Aftale mellem regeringen og Dansk Folkeparti:

# Et stærkere sundhedsvæsen – tættere på dig

(26. marts 2019)

Aftale om en sundhedsreform

**Styrkede patientrettigheder**
- Bedre støtte og vejledning
- Patientrettighederne skal respekteres og overholdes i hele landet
- Stærkere opfølgning på overholdelse af rettigheder
- Oplysningspligt om alternativt behandlingssted
- Udbredelse af patientrettigheder til speciallægeområdet
- Ret til to dages ophold på sygehus eller patienthotel for førstegangsfødende
- Flere muligheder for eksperimentel behandling ved livstruende sygdom

**En styrket psykiatri**
- Styrkelse af kapacitet og kvalitet for de mest syge psykiatriske patienter
- Udbygning af behandlingskapacitet i psykiatrisk speciallægepraksis for børn og unge
- En særlig indsats for sårbare unge

**Flere hænder**
- Mere kapacitet i almen praksis
- Mere fleksibel opgavetilrettelæggelse
- Initiativer fra ”Flere hænder og større arbejdsglæde”

**Forbedringer for patienterne i et nationalt sundhedsvæsen**
- Øget tryghed på akutområdet
- Et forpligtende nationalt samarbejde om højt specialiseret sygehusbehandling
- Øget samarbejde og flere tværgående løsninger på it- og dataområdet

**Nærhed og sammenhæng**
- 21 sundhedsfællesskaber skal sikre sammenhæng og nærhed
- Kvalitetsplan og bedre kompetencer i det nære sundhedsvæsen
- Nye moderne sundhedshuse
- En ny Nærhedsfond giver et løft på 8,5 mia. kr. 2020-2025

**Den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet**
- Regeringen og Folketinget fastsætter retning med en udviklingsplan
- Sundhedsvæsen Danmark sikrer fremdrift og sammenhængende løsninger i hele landet
- Sundhedsforvaltninger erstatter regionerne

**De øvrige opgaver udover sundhed**
- De specialiserede sociale tilbud og specialundervisning
- Lokal og regional kollektiv trafik
- Miljø

- Kultur
- Undervisning
- Regional udviklingsstrategi
- Partistøtte
- Bornholms Regionskommune
- Grænseoverskridende samarbejde

**Finansiering**

**Overgangen til en ny struktur**

- Medarbejderforhold – en tryg overgang
- Fordeling af aktiver og passiver og rettigheder og pligter i forbindelse med opgaveflytninger
- Videreførelse af overenskomstsystemet
- Vederlag til regionsrådsmedlemmer i 2021 og regionsrådsformænds vederlag, eftervederlag og pension
- Finansieringsudvalg vedr. de byrdefordelingsmæssige virkninger
- Implementeringsudvalg mv.
- Tidsplan for ikrafttræden

# Et stærkere sundhedsvæsen - tættere på dig

Et stærkt sundhedsvæsen er en grundsten i vores fælles velfærdssamfund. Det er vigtigt for alle borgere.

Siden 2001 har det danske sundhedsvæsen været gennem en rivende udvikling. Der er ansat markant flere læger og sygeplejersker, og vi bruger flere penge på sundhed end nogensinde før. Vi får meget ud af pengene. Ventelisterne er kortere, og behandlingen er bedre. Flere overlever alvorlig sygdom. Tilliden til kræftbehandlingen er genskabt, og vi har indført rettigheder, som sætter patienten i centrum.

Trods markante forbedringer står sundhedsvæsenet over for store udfordringer. Både nu og i de kommende år. Frem mod 2030 vil antallet af +75-årige stige med ca. 230.000 personer, og markant flere borgere med kroniske og psykiske sygdomme vil have behov for hjælp fra sundhedsvæsenet.

Allerede i dag opleves travlheden i sundhedsvæsenet. Vores dygtige medarbejdere mangler kolleger og tid til patienterne. Patienterne mangler sammenhæng på tværs af sygehus, kommune og almen praksis. Og alt for mange borgere skal i dag på sygehuset for at få relativt ukompliceret behandling eller få foretaget kontrol. Det presser vores sygehuse unødigt, og det er en belastning for patienterne.

Hvis vi ikke tager skridt mod en markant omstilling af vores sundhedsvæsen, hvor flere behandlinger kan foregå tættere på borgernes hjem, vil vores sygehuse oftere risikere overbelægning og forlænget ventetid. Det er ikke rimeligt for hverken patienterne, deres pårørende, eller sundhedspersonalet.

At gøre ingenting er ikke et svar. Tværtimod vil stilstand forværre travlheden og risikere at omdanne fremskridt til tilbageskridt. Derfor er regeringen og Dansk Folkeparti enige om en sundhedsreform, der tager hånd om problemerne og bringer sundhedsvæsenet tættere på borgerne.

Trods udfordringerne er der gode muligheder for at styrke sundhedsvæsenet, hvis der handles i tide. Sundhedsreformen vil forbedre forholdene for såvel patienter, medarbejdere som pårørende.

*Mere nærhed og sammenhæng*
Der mangler nærhed og sammenhæng. Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om at gennemføre en reform, der rykker sundhedsvæsenet tættere på borgerne. Målet er et decentralt forankret sundhedsvæsen, hvor flere behandlinger tilbydes tættere på borgerne. Der investeres med Nærhedsfonden ekstraordinært 8,5 mia. kr.

For et godt helbred er ikke noget, borgerne skal rejse langt efter, med mindre de har brug for specialiseret behandling. Derfor afsætter vi 4 mia. kr. til en massiv udbygning af nye moderne sundhedshuse, psykiatrihuse og flerlægepraksis i kommunerne. Den travle småbørnsmor, den gangbesværede diabetespatient og gymnasieeleven med psykiske udfordringer skal opleve, at hjælpen er nær, og at den behandling, de har brug for, er samlet et sted. I dag er der

alt for mange patienter, som bliver ”tabt” mellem forskellige behandlere i sundhedsvæsenet. Behandlingsforløb, hvor patienter bliver sendt rundt mellem forskellige tilbud, der ikke er koordinerede – det skal der ændres på. Derfor etableres der 21 nye sundhedsfællesskaber, som skal sikre, at sygehuse, praktiserende læger og kommunerne i fællesskab tager ansvar for patienten.

Med sundhedsreformen ændres der ikke på den fastlagte sygehusstruktur – hverken for de 21 akutsygehuse eller de øvrige sygehuse. Sundhedsfællesskaberne organiseres om de 21 akutsygehuses naturlige optageområder.

Sundhedsvæsenet skal tage udgangspunkt i den enkelte patient. Det skal opleves som nært og inddragende. Regeringen og Dansk Folkeparti har besluttet, at der skal oprettes særskilte patient- og pårørenderåd i hvert af de 21 sundhedsfællesskabers geografiske område. Borgernes synspunkter og erfaringer er vigtige, og de skal bidrage til udviklingen af sundhedsfællesskaberne. Rådene får høringsret i forhold til større beslutninger. Medlemmerne vælges som enkeltpersoner ved direkte valg.

*Mere tid til patienterne – flere hænder og større arbejdsglæde*
I Danmark bliver vi flere ældre, flere med kroniske sygdomme og flere med psykiske lidelser. Det er store patientgrupper, som for manges vedkommende med fordel vil kunne behandles i det nære sundhedsvæsen. For deres egen skyld, og så hospitalerne har tid og ressourcer til at videreudbygge det store kvalitetsløft, vi i de senere år har skabt, når det gælder fx kræft og en række andre alvorlige sygdomme.

For at sikre nærheden skal der ansættes flere medarbejdere i det nære sundhedsvæsen, og flere skal have deres faglige kompetencer løftet. En national kvalitetsplan for det nære skal sætte rammen for det faglige arbejde, så samarbejdet mellem sygeplejersker, læger og øvrige ansatte styrkes gennem sundhedsfællesskaberne. Derfor er regeringen og Dansk Folkeparti enige om at afsætte 1,8 mia. kr. til kapacitet og kompetenceløft af medarbejderne.

For regeringen og Dansk Folkeparti er det afgørende, at personalet i sundhedsvæsenet kan fokusere på de patienter, som de gør den største forskel for. Vi skal undgå, at sygehuspersonalet bukker under for et for stort arbejdspres. Derfor vil regeringen og Dansk Folkeparti iværksætte en række initiativer, der skal sikre flere hænder og større arbejdsglæde i sundhedsvæsenet - både på kort og langt sigt. Vi ønsker bl.a. at øge dimensioneringen af sygeplejeuddannelsen, så der i perioden 2019-2022 vil kunne optages 2.000 flere sygeplejersker end i perioden 2015-2018.

Vi har også brug for flere alment praktiserende læger, og derfor løftes antallet af uddannelsesstillinger i almen medicin. Reformen sikrer 160 ekstra hoveduddannelsesstillinger og opslag af op til 320 ekstra introduktionsstillinger i almen medicin i 2019 og 2020.

*For stor ulighed i sundhedsvæsenet*
Der er i dag for stor ulighed – både geografisk og socialt – i vores sundhedsvæsen. Der er behov for mere ensartet kvalitet og større nationalt samarbejde.

Regeringen og Dansk Folkeparti vil gøre op med de forskelle i behandling og akuttider, som der i dag er mellem forskellige landsdele. I børne- og ungdomspsykiatrien udredes kun 6 ud

af 10 patienter til tiden i Region Hovedstaden, mens det er 9 ud af 10 i Region Syddanmark. I Region Nordjylland venter patienterne i gennemsnit 2,5 uge mere end patienterne i Region Midtjylland. Det er ikke acceptabelt, at patientrettighederne overholdes så forskelligt landet over. Patientens postnummer skal ikke afgøre mulighederne for hurtig udredning og behandling.

Regeringen og Dansk Folkeparti vil styrke patientrettighederne og bl.a. sikre, at man som patient fremover får tilbudt et alternativt behandlingssted, hvis sygehuset ikke selv har mulighed for at tilbyde behandling inden for 30 dage. Det vil særligt gavne de mindre ressourcestærke patienter, der ikke altid har mulighed for eller kræfter til at finde et alternativt behandlingstilbud.

Samtidig oprettes et landsdækkende patientvejledernummer, så patienten aldrig er ladt alene, når det handler om at finde ud af, hvilke rettigheder man har. Patientrettighederne skal respekteres og overholdes i hele landet.

Fremover skal Folketinget sætte den overordnede retning, mens sammenhæng og udvikling sikres lokalt. Den sundheds- og lægefaglige ledelse styrkes i såvel de 21 sundhedsfællesskaber, de fem sundhedsforvaltninger og i Sundhedsvæsen Danmark. Samtidig styrkes kommunernes rolle i sundhedsvæsenet markant både i sundhedsfællesskaberne og i de nye sundhedsforvaltningsbestyrelser, hvor kommunerne kommer til at deltage med tre repræsentanter. Også patienterne vil få en langt stærkere stemme direkte i sundhedsvæsenets fremtidige styring og organisering.

Et nyt Sundhedsvæsen Danmark, placeret i Aarhus, skal sikre, at patienterne oplever flere fælles løsninger og god behandling i hele landet. Et forpligtende nationalt samarbejde skal sikre, at patienter med behov for højt specialiseret behandling ses som fælles patienter på tværs af sygehusene. Samtidig skal Sundhedsvæsen Danmark sikre fælles it-løsninger, så der ikke bruges tid og ressourcer på at udvikle løsninger, som allerede findes andre steder, eller som kun bør udvikles én gang nationalt. Vi skal have ét sundhedsvæsen i Danmark – ikke fem vidt forskellige.

Med en national kvalitetsplan sørger vi for, at de lokale behandlingstilbud lever op til samme høje kvalitet. Det er hvad man fejler og ikke, hvor man bor, der er afgørende for, hvilken behandling patienterne bliver tilbudt.

*Større tryghed og hurtigere hjælp*
Alle borgere skal være trygge ved, at der kommer den nødvendige hjælp, hvis de kommer ud for en ulykke eller bliver ramt af akut sygdom. I dag er der for stor forskel på akutindsatsen i Danmark. Det er ikke i orden, når vi alle sammen ved, at hvert minut tæller i situationer med akut sygdom.

Regeringen og Dansk Folkeparti forudsætter, at alle placerede beredskaber ikke flyttes de kommende år, så der ikke sker forringelser af dækningen.

Med sundhedsreformen vil regeringen og Dansk Folkeparti ikke bare fastfryse de nuværende akutberedskaber. Målet er at sikre en bedre dækning, så hjælpen kommer hurtigere frem.

Der placeres 20 nye beredskaber – ambulancer og akutlægebiler - over hele landet, og det kommer oveni den akuthelikopter, der blev aftalt sidste år.

Samtidig vil regeringen og Dansk Folkeparti sikre et ensartet nationalt akutsystem, så borgerne fremover skal ringe på ét vagtlægenummer 113, når der er behov for kontakt til lægen, i stedet for forskellige ordninger afhængigt af, hvor man er i landet. Opgøret med fem forskellige sundhedsvæsener med forskellig indretning, forskellig ventetid, og forskellig tid for, hvornår akuthjælpen er fremme, er et centralt led i reformen.

Som borger i Danmark skal du opleve, at du lever i et trygt samfund, hvor hvert enkelt menneske har værdi. At vi er et fællesskab, som løfter i flok, når den enkelte bliver ramt af sygdom eller en ulykke. Det kræver et stærkt offentligt sundhedsvæsen over hele Danmark.

Sundhedsreformen lægger grundlaget for et endnu stærkere sundhedsvæsen – tættere på dig.

# Styrkede patientrettigheder

Sundhedsvæsenet er til for patienterne. Derfor skal patienterne sættes først, når der skal skabes forbedringer. Patientrettigheder udgør en vigtig del af det danske sundhedsvæsen, men der er i dag for store forskelle i overholdelsen af patientrettighederne alt efter, hvor i landet man bor. Samtidig skal det være nemmere som patient at navigere i sundhedsvæsenet og kende sine rettigheder. Aftaleparterne er derfor enige om en række tiltag, der strammer op og styrker patientens rettigheder.

## Bedre støtte og vejledning

Patienter skal kende deres rettigheder og have lige mulighed for at gøre brug af dem. Der skal gøres op med en række potentielle barrierer, som kan gøre det vanskeligt for patienterne at bevæge sig på tværs af regionerne og gøre brug af deres frie valg. Det kan særligt være en udfordring for de mest ressourcesvage patienter, der kan have svært ved at overskue deres rettigheder og navigere i sundhedsvæsenet. Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om at styrke informationsindsatsen og gøre regelgrundlaget mere gennemsigtigt, så patienterne – uanset deres ressourcer – kan få gavn af deres rettigheder i sundhedsvæsenet. Det skal også sikres, at den information, som patienterne modtager er mere letforståelig. Derudover ønsker regeringen og Dansk Folkeparti, at de eksisterende rettigheder fungerer efter hensigten og overholdes i hele landet.

*Klart overblik over rettigheder med en ny patientrettighedslov*
Patienternes rettigheder inden for udredning og behandling samles i én særskilt lov. Det skal sikre bedre overblik og gøre det nemmere for patienter, pårørende og personale at orientere sig i rettighederne.

*Et nyt fælles patientvejledernummer*
Der etableres ét fælles patientvejledernummer, så alle patienter i hele landet let kan komme i kontakt med en patientvejleder, som kan give råd og vejledning i forbindelse med udredning og behandling. For at gøre det nemt for patienterne, skal telefonnummeret være det samme, uanset hvor i landet man ringer fra, men opkaldet viderestilles til lokale patientvejledere i sundhedsforvaltninger eller på sygehuse, som kender til lokale forhold.

Der er gode erfaringer med at have patientvejledere placeret lokalt på sygehusene. Det giver patienter og pårørende kortere adgang til deres patientvejledere. Og det styrker patientvejledernes mulighed for at tage udgangspunkt i den enkeltes udfordringer og håndtere eventuelle udfordringer i patienternes forløb i opløbet. Derfor er der enighed om at sikre øget synlighed og mere lokal fysisk tilstedeværelse af patientvejledere på de større sygehuse.

Der skal stilles skarpere krav til, at sygehusene leverer tidstro og korrekte ventetidsoplysninger til portalen mitsygehusvalg.dk, sådan at borgere og patientvejledere let og tilgængeligt kan finde korrekte informationer, som understøtter det frie og det udvidede frie valg af sygehus. Aftaleparterne er enige om, at der skal stilles krav om lovhjemlet obligatorisk indberetning, samt at patientvejlederne skal pålægges at orientere Sundhedsvæsen Danmark, hvis der er udfordringer med korrekte ventetidsoplysninger på mitsygehusvalg.dk. Sundhedsdata-

styrelsen skal hvert år følge op på indmeldte forventede ventetider og de realiserede ventetider. Sundhedsvæsen Danmark får til ansvar at følge op på eventuelle udfordringer i forhold til sundhedsforvaltningerne.

## Patientrettighederne skal respekteres og overholdes i hele landet

Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om, at det skal sikres, at patientrettighederne i forhold til udredning og behandling implementeres og fortolkes ensartet og korrekt i hele landet. For at hjælpe med bedre implementering vil Sundheds- og Ældreministeriet udbygge vejledningen om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og information til henviste patienter.

I den nye struktur for sundhedsvæsenet skal patienter og pårørende opleve et samlet sundhedsvæsen, hvor en styrket national koordinering skal bidrage til, at ens bopæl ikke er afgørende for, hvor hurtigt man kan blive udredt og behandlet. Med udgangspunkt i en undersøgelse af potentielle barrierer skal det sikres, at borgere ikke forhindres i at vælge sygehus uden for egen region. Blandt andet skal det afdækkes, om taksterne for mellemregional afregning udgør en reel barriere for det frie valg, samt i hvilket omfang sygehusene i dag afviser fritvalgspatienter af kapacitetsmæssige årsager. I den forbindelse skal anvendelsen af de private specialsygehuse, der er beskrevet under sundhedslovens § 79, stk. 2, også afdækkes.

## Stærkere opfølgning på overholdelse af rettigheder

Rigsrevisionen har i sin rapport fra 2018 om udredningsretten beskrevet, at regionerne i mange tilfælde ikke overholder loven, når patienterne udredes. Det er ikke tilfredsstillende. Sundhedsvæsen Danmark pålægges derfor løbende at følge op på, om patientrettighederne implementeres korrekt i hele landet. Sundhedsvæsen Danmark får endvidere ansvar for at sikre, at patientrettighederne overholdes i hele landet. Der skal være stærkere opfølgning på både sundhedsforvaltningsniveau, sygehus- og afdelingsniveau. Sundhedsvæsen Danmark skal systematisk og i en fast kadence følge op på udrednings- og behandlingsrettens overholdelse, herunder anbefale og udarbejde redskaber, der kan sikre de nødvendige tiltag, hvor der viser sig udfordringer med at overholde udrednings- og behandlingsrettighederne. Overholdelse af patientrettigheder kan også indgå i den årlige udviklingsplan med Sundhedsvæsen Danmark og de fem sundhedsforvaltninger. Det nuværende tilsyn hos Styrelsen for Patientsikkerhed fastholdes uændret.

## Oplysningspligt om alternativt behandlingssted

En del patienter har selv eller med hjælp fra deres pårørende overskud til at finde rundt i de forskellige rettigheder, være bevidste om deres muligheder og have overskud til at handle herpå. Andre patienter er i en situation, hvor de har svært ved at overskue de muligheder, rettighederne giver dem, og have svært ved at udnytte deres rettigheder fuldt ud.

Aftaleparterne er derfor enige om at udvide patientrettighederne, så sygehuse fremover har pligt til at oplyse om alternativt behandlingssted, som kan tilbyde hurtigere behandling, såfremt sygehuset ikke selv har mulighed for at tilbyde behandling inden for 30 dage. Sygehuset skal således oplyse navn på et konkret alternativt behandlingssted – enten andet sted i den offentlige sektor eller på privat aftalesygehus.

## Udbredelse af patientrettigheder til speciallægeområdet

De praktiserende speciallæger er i dag især koncentreret i og omkring kommuner med store byer dvs. København, Aarhus, Odense, Aalborg og Esbjerg, og der er i dag store forskelle på ventetider til praktiserende speciallæger på tværs af landet. Det skal der ændres på.

Der er enighed om på sigt at udbrede patienters ret til udredning og behandling til speciallægeområdet. Men speciallægeområdet er indrettet anderledes end det øvrige sundhedsområde, og det er derfor ikke muligt at overføre eksisterende rettigheder direkte.

Der igangsættes derfor et udvalgsarbejde, som skal kigge på udformningen af patientrettigheder på speciallægeområdet, herunder vurdere hvilke specialer, der skal omfattes af nye patientrettigheder og hvordan, samt hvordan produktiviteten i speciallægepraksis kan forbedres.

Som en del af udvalgets arbejde på kort sigt – og som en trædesten frem mod en egentlig rettighed – skal der sikres hurtig adgang til første konsultation inden for en række udvalgte specialer, fx gynækologer, øre-, næse- og halslæger, hudlæger og børne- og ungdomspsykiatere. Der skal være fokus på at sikre en bedre fordeling af speciallæger i hele Danmark.

## Ret til to dages ophold på sygehus eller patienthotel for førstegangsfødende

I 2016 udgjorde fødselstallet 62.000, mens der forventes at være 72.000 nyfødte i Danmark i 2026. Fødselsudspillet ”En god og sikker start på livet” fra januar 2018 har sat fokus på fremtidens fødselsindsats med skræddersyede forløb, gode fødesteder, sundt arbejdsmiljø og bedre digital tilgængelighed. Der er i forlængelse heraf igangsat et projekt om udvikling af en fælles digital vandrejournal.

Regeringen og Dansk Folkeparti ønsker at sikre gode og trygge rammer for de fødende, så alle børn kan få en god start på livet. Aftaleparterne vil derfor sikre førstegangsfødende ret til to dages ophold på sygehuset eller patienthotel umiddelbart efter fødslen, hvis familien ønsker at være tæt på hjælp og støtte fra sundhedspersonalet til at komme godt i gang med amning og pleje af det nye familiemedlem. De fødende og nybagte familier skal desuden mødes af en mere sammenhængende indsats. Fx ved at konsultation med en jordemoder foregår i sundhedshuse med flere fagligheder, så der skabes et tættere fagligt samarbejde mellem jordemødre og kommunale sundhedsplejersker i det nære sundhedsvæsen.

Regeringen og Dansk Folkeparti har i forbindelse med finansloven for 2019 prioriteret midler til et ”1.000-dages-program – en bedre start på livet”, som skal sikre en tidlig og bred indsats overfor sårbare og udsatte familier og børn. Regeringen og Dansk Folkeparti afsatte endvidere i forbindelse med finansloven for 2019 5 mio. kr. årligt i perioden 2019-2022 til at styrke og fokusere indsatsen over for fødselsdepressioner.

## Flere muligheder for eksperimentel behandling ved livstruende sygdom

Sundhedsstyrelsens rådgivende panel om eksperimentel behandling skal styrkes, så patienterne får bedre mulighed for eksperimentel behandling ved livstruende sygdom.

Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om at styrke informationsindsatsen, sådan at det er tydeligere for patienter og behandlere, at det rådgivende panel kan vurdere alle former for livstruende sygdom og ikke kun kræft.

Derudover er der enighed om at oprette to nye centre for eksperimentel behandling inden for livstruende neurologiske sygdomme (fx ALS og sklerose) og livstruende hjertesvigt (fx 'kunstigt hjerte'). Det vil skabe bedre mulighed for at modtage eksperimentel behandling i det offentlige sundhedsvæsen, som det også er sket på kræftområdet, som led i Kræftplan IV. De to centre skal forankres på eksisterende afdelinger, som i forvejen har specialiserede funktioner på de pågældende områder.

# En styrket psykiatri

Der er i dag udfordringer, når det kommer til danskernes mentale sundhed og antallet af personer, der kæmper med psykiske lidelser. Det kan have store konsekvenser for den enkelte, og det skaber et pres på sundhedsvæsenet, hvilket bl.a. kan ses af en stigende aktivitet på psykiatriområdet. Siden 2010 har 28 pct. flere voksne og 53 pct. flere børn og unge fået hjælp fra sygehuspsykiatrien.

Selvom der er sket en stor udvikling i behandlingen af mennesker med psykiske lidelser, så er psykiatrien på mange måder således stadig udfordret. Derfor blev der i efteråret 2018 lanceret en ny psykiatrihandlingsplan. Med psykiatrihandlingsplanen er der taget væsentlige skridt frem mod en fremtidssikring af psykiatrien bl.a. med oprettelsen af intensive behandlingstilbud, udvidelse og videreførelse af psykologordningen, tidlige og forebyggende opsporings- og behandlingstilbud særligt målrettet børn og unge, bedre brug af personaleressourcer samt en række andre indsatser.

Men med sundhedsreformen vil regeringen og Dansk Folkeparti  gerne gå skridtet videre. Derfor er psykiatrien tænkt ind i hele sundhedsreformen, så også psykiatriske patienter vil opleve markante forbedringer.

Mennesker med psykiske lidelser har i den grad brug for, at der bliver skabt bedre strukturelle rammer for det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde og for en høj, ensartet kvalitet i hele landet. For mange psykiatriske patienter oplever usammenhængende forløb kendetegnet ved fx udskrivning fra psykiatrien, uden at der er klare aftaler for, hvad der skal ske videre med patienten. Og når mere end hver femte indlæggelse i psykiatrien efterfølges af en akut genindlæggelse, er der behov for handling.

Med de 21 nye sundhedsfællesskaberne sikres et langt større lokalt samarbejde, så der bygges bro mellem de lokale sygehuse, kommunerne og de praktiserende læger. De nye sundhedsfællesskaber er netop til gavn for patienter, som har mange forskellige sundhedspersoner inde over deres behandling – det er bl.a. de psykiatriske patienter, der får allerstørst gavn af det samlede overblik, man skal have i sundhedsfællesskaberne. Ligesom sundhedsfællesskaberne vil få bedre mulighed for at igangsætte projekter med fælles økonomi og fælles ledelse, som Psykiatriens Hus i Silkeborg, hvor de allerede kendte barrierer for samarbejde er fjernet.

Med sundhedsreformen igangsættes desuden et kvalitetsløft af indsatsen i det nære sundhedsvæsen. I første omgang skal vi have styrket de sundhedsfaglige indsatser på de socialpsykiatriske tilbud. Derfor skal Sundhedsstyrelsen som noget af det første også udarbejde faglige standarder for den sundhedsfaglige indsats i kommunernes socialpsykiatriske tilbud. Og derefter kommer de nye anbefalinger til en ændret opgavevaretagelse for bl.a. angst og depression, der af to af de mest udbredte psykiske lidelser i Danmark.

Der findes en stor gruppe af ambulante patienter med angst og depression, som ud fra en faglig betragtning vil have lige så meget gavn af forskellige former for samtaleterapi, som fx kan tilbydes af psykologer eller særligt uddannede sygeplejersker i almen praksis eller i de

nye sundhedshuse. Det kan suppleres af kommunale tilbud om fx støtte til mestring eller lettere behandling i PPR for børn og unge. For at sikre en mere hensigtsmæssig brug af personaleressourcerne i psykiatrien, skal der opbygges kompetencer i det nære sundhedsvæsen, som lige så kvalificeret kan varetage behandlingen.

Sundhedsstyrelsens kvalitetsplan skal sætte rammerne for indsatsen. Det drejer sig både om målgruppe, visitation, kompetencer mv. Det betyder faste rammer for, hvordan og hvor en behandlingsopgave skal løses fx i kommunalt regi, i de nye sundhedshuse, i almen praksis eller på sygehusene. Ligesom kvalitetsplanen også skal omfatte krav til rådgivning og sparring fra almen praksis og sygehuse, så kommunerne kan komme i kontakt med fx en læge for at få rådgivning – alt sammen for at sikre en høj kvalitet i indsatsen på tværs af landet.

Regeringen og Dansk Folkeparti er desuden enige om at styrke psykiatrien med flere konkrete målrettede indsatser. Dertil ønsker regeringen og Dansk Folkeparti at styrke rekrutteringen til psykiatrien.

## Styrkelse af kapacitet og kvalitet for de mest syge psykiatriske patienter – intensive pladser

For at styrke indsatsen for de mest syge psykiatriske patienter og samtidig understøtte en øget sengekapacitet i psykiatrien, afsættes 60 mio. kr. årligt fra 2021 til oprettelsen af nye intensive sengepladser i psykiatrien frem for opgradering af eksisterende senge. Dette betyder, at sengekapaciteten øges på landsplan samtidig med, at den intensive indsats styrkes.

Prioriteringen kommer oveni aftalen om finansloven for 2019, hvor regeringen og Dansk Folkeparti afsatte 70 mio. kr. årligt til opgradering af sengepladser i voksenpsykiatrien til intensive sengepladser.

## Fremrykket udbygning af behandlingskapacitet i psykiatrisk speciallægepraksis for børn og unge

Der afsættes 30 mio. kr. årligt fra 2021 til, at der kan oprettes flere ydernumre for privatpraktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatrien. Midlerne afsættes med henblik på at få flere speciallæger i områder, der i dag ikke har et stort antal privatpraktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatrien.

## En særlig indsats for sårbare unge

Der er i dag mange unge, der har udfordringer, når de bevæger sig gennem ungdommen mod voksenlivet. Det er en tid, hvor de unge kan være særligt udsatte og psykisk sårbare. Derfor afsættes 10 mio. kr. årligt fra 2020 til særlige indsatser for sårbare unge mellem 17 og 20 år for at sikre sammenhængende forløb i overgangen fra børne- og ungepsykiatrien til voksenpsykiatrien.

# Flere hænder

Det danske sundhedsvæsen bæres af de mange dygtige ansatte, som hver dag yder en fantastisk indsats. Overbelægning og travlhed på sygehusene, mangel på praktiserende læger og for få sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter koblet med den demografiske udvikling med flere ældre og flere borgere med en eller flere kroniske sygdomme betyder, at der i de kommende år er behov for mere sundhedspersonale og mere fleksibel opgavevaretagelse i det danske sundhedsvæsen. Vi vil gerne sikre flere hænder til at løfte opgaven og derigennem skabe mere arbejdsglæde for social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, sygeplejersker, læger og andre ansatte. Alene i 2. halvår 2018 var der 960 forgæves rekrutteringer af sygeplejersker på offentlige sygehuse.

## Mere kapacitet i almen praksis

Der er udfordringer med manglende kapacitet i almen praksis. Op mod 70 pct. af lægepraksis på landsbasis er lukket for tilgang af nye patienter. Samtidig er 10 pct. af de praktiserende læger over 65 år, og helt op mod en tredjedel er, ifølge PLO, på vej på pension inden for 10 år. Der er derfor behov for ambitiøse initiativer til at sikre en bedre lægedækning. Der er allerede taget en række tiltag på området – både i forlængelse af den brede politiske aftale mellem Folketingets partier om bedre lægedækning fra februar 2017 og med regeringens udspil ”En læge tæt på dig”.

Lægedækningsudvalget præsenterede i 2017 en række udfordringer og forslag til løsninger på lægedækningsudfordringer. På baggrund af forslagene og den politiske aftale om bedre lægedækning er der fx indført differentieret basishonorar i overenskomsten for almen praksis, åbnet mulighed for at almen praktiserende læger, der ønsker at eje flere ydernumre, kan købe ydernumre direkte fra andre praktiserende læger, og regionerne har fået mulighed for at drive regionsklinikker i en seksårig periode mod tidligere fire år.

Der er godkendt en række ansøgninger om forsøg med sammenhængende uddannelsesforløb i lægedækningstruende områder, som skal understøtte rekruttering af læger til uddannelsesforløb i disse områder.

Regeringen og Dansk Folkeparti ønsker, at der arbejdes aktivt for at få besat stillinger i hele Danmark. Fx ved at lave kombinerede ansættelser, så mindre søgte stillinger kombineres med mere søgte stillinger.

Herudover er antallet af studiepladser på medicinstudiet på Aalborg Universitet først øget med 50, og senest er dimensioneringen af bacheloruddannelsen på medicinstudiet øget med over 250 pladser. Det har skabt rammerne for etablering af kandidatuddannelser i Køge og Esbjerg. Samtidig er der indført todelt dimensionering af bachelor- og kandidatuddannelsen på medicinuddannelsen med henblik på at begrænse vandringen af medicinstuderende fra Vest- til Østdanmark.

Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om, at alle borgere skal have adgang til en praktiserende læge tæt på, hvor de bor. Samtidig skal læger og praksispersonale som fx sygeplejersker opleve, at de har tilstrækkelig tid til behandling og omsorg for den enkelte patient.

Regeringen og Dansk Folkeparti ønsker at styrke og udbygge det nære sundhedsvæsen. Her spiller de praktiserende læger en nøglerolle. Når de praktiserende læger skal løse en række behandlinger og kontroller, som i dag foregår på sygehusene, kræver det, at sektoren har den rette kapacitet – der skal være flere læger og mere praksispersonale. Det er forventningen, at den aktivitetsstigning, der vil komme i almen praksis, når flere behandlinger og kontroller fremover skal håndteres uden for sygehusene frem mod 2025, vil svare til, at der skal være i størrelsesordenen 100 nye ydernumre i almen praksis. Derfor er der behov for en øget rekruttering til almen praksis og behov for, at der uddannes flere alment praktiserende læger.

År for år vil der komme flere penge i almen praksis i takt med, at opgaverne flyttes ud af sygehusene. Mere aktivitet i sektoren vil også betyde en løbende justering af økonomiloftet og behov for oprettelse af flere nye ydernumre.

*Flere hoveduddannelsesforløb i almen medicin*
Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om, at der skal uddannes flere praktiserende læger. Parterne er enige om at løfte antallet af hoveduddannelsesforløb med 100 ekstra forløb i 2019 og 2020 ud over løftet på 30 ekstra forløb i henholdsvis 2019 og 2020 på baggrund af "En læge tæt på dig". Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om, at der med Nærhedsfonden ekstraordinært afsættes midler hertil. Det betyder, at dimensioneringen af almen medicin øges med i alt samlet set 160 ekstra hoveduddannelsesforløb i 2019 og 2020 i forhold til den oprindelige Dimensioneringsplan for 2018-2020.

I alt vil der i 2020 være dimensioneret med 370 hoveduddannelsesforløb i almen medicin. I 2015 var der dimensioneret med 252, og i 2011 var der dimensioneret med 240. Det er samtidig aftaleparternes ambition, at satsningen på almen praksis fortsættes i den kommende dimensioneringsplan, som vil dække perioden 2021-2025. Det betyder, at antallet af hoveduddannelsesstillinger i almen medicin er hævet med 118 fra 2015 til 2020. Fra 2011 til 2015 blev antallet af hoveduddannelsesstillinger hævet med 12.

*Aflastning af læger*
Regeringen og Dansk Folkeparti ønsker, at de praktiserende læger bliver aflastet, så lægerne kan koncentrere sig om den lægefaglige kerneopgave. Det kan dels være ved at ansætte mere praksispersonale som fx bioanalytikere, sygeplejersker og andre personalegrupper. Det kan også være ved, at opgaver, der i dag løses i almen praksis, fremover løses andre steder, som fx udstedelse af attester.

Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om at igangsætte en analyse, der har til formål at se på, om der er områder, som i dag varetages af almen praksis, der mere hensigtsmæssigt kan håndteres et andet sted. Analysen vil bl.a. omhandle attestarbejdet i almen praksis og henvisningskrav fra almen praksis.

*Ophævelse af henvisningskrav til fysioterapi*
Som et led i ønsket om at aflaste de praktiserende læger er regeringen og Dansk Folkeparti enige om at prioritere en økonomisk ramme til at gennemføre en ophævelse af kravet om henvisning fra egen læge for adgang til tilskudsberettiget fysioterapibehandling fra 2021.

Det vil betyde, at man som borger kan henvende sig direkte ved fysioterapeuten med tilskud fra det offentlige. For at sikre, at man ikke overser en sygdom hos patienten, fastsættes en

begrænsning med et loft på fem henvisningsfri kontakter om året. Såfremt en patient ønsker kontakt nummer seks inden for et år, kræves der lægehenvisning på samme måde som under det nuværende system.

Med tiltaget aflastes de praktiserende læger, da patienterne ikke længere skal have en konsultation og henvisning. Dermed frigøres kapacitet hos de alment praktiserende læger svarende til størrelsesorden 125.000 konsultationer pr. år af en varighed på ti minutter.

Der er enighed om, at ordningen løbende følges i regi af Sundhedsstyrelsen i forhold til de økonomiske konsekvenser, patienttilfredshed og patientsikkerhed. Resultaterne drøftes med relevante aktører, herunder Danske Fysioterapeuter og PLO. Der foretages en samlet evaluering af ordningen efter tre år.

Parterne er enige om at afsætte en ramme på 140 mio. kr. årligt fra 2021. Hvis de økonomiske konsekvenser afviger fra det forudsatte niveau, er regeringen og Dansk Folkeparti enige om at tilvejebringe eventuel nødvendig yderligere finansiering og i øvrigt beslutte eventuelle relevante ændringer i lyset af udviklingen.

Den nærmere udformning af ordningen forberedes gennem en analyse af, hvordan den frie adgang til fysioterapi skal indrettes. Analysen gennemføres af Sundheds- og Ældreministeriet, Erhvervsministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet og Danske Regioner med inddragelse af KL, Danske Fysioterapeuter og PLO.

Parterne drøfter et oplæg til model ultimo 2019.

Der fremsættes lovforslag i 2020. Ordningen etableres som en forsøgsordning for perioden 2021-2025.

*Udvalg om almen praksis*

For at styrke og modernisere almen praksis er aftaleparterne enige om at nedsætte et udvalg om almen praksis med deltagelse af repræsentanter fra PLO, regionerne, KL, Finansministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet under ledelse af en ekstern formand med indsigt i sundhedsvæsenet.

Udvalget skal sikre, at lægerne får medindflydelse på udviklingen i sundhedsfællesskaberne og skal udarbejde anbefalinger til udviklingen af almen praksis frem mod 2030. Anbefalingerne skal bidrage til en mere hensigtsmæssig indretning af almen praksis og samspillet med det øvrige sundhedsvæsen.

Forslagene skal endvidere tage afsæt i borgernes egne behov og ressourcer samt udgangspunkt i det såkaldte LEON-princip, som indebærer, at behandlingen og rehabilitering skal tilbydes på laveste, effektive omsorgs- og omkostningsniveau.

Udvalgets anbefalinger skal være forenelige med den nuværende struktur i almen praksis med landsdækkende overenskomstaftale med PLO. De forslag fra udvalget, som berører overenskomsten om almen praksis, vil kunne indgå i kommende forhandlinger om overenskomsten. Den nuværende overenskomst trådte i kraft 1. januar 2018. Parterne er enige om,

at næste forhandling af overenskomsten på uopsagt grundlag bør være gennemført til ikrafttræden den 1. januar 2021.

## Mere fleksibel opgavetilrettelæggelse

Regeringen og Dansk Folkeparti anerkender den store indsats, som bliver leveret af vores dygtige sundhedspersonale hver dag i hele landet. Aftaleparterne ønsker at understøtte, at sundhedspersonalets kompetencer i videst muligt omfang bliver bragt i spil, og at de lægefaglige ressourcer udnyttes bedst muligt.

Læger har med få undtagelser monopol på bl.a. at foretage blodprøver, sy sår og foretage vaccinationer. Sygeplejersker, der udfører sådanne opgaver, gør det derfor i dag som medhjælp for en læge.

Det skal derfor afdækkes, om der er opgaver som sygeplejersker og andre autoriserede sundhedspersoner, som fx bioanalytikere, radiografer og jordemødre har relevante kompetencer til at udføre på egen hånd, og som de således ikke fremover behøver at virke som medhjælp for en læge for at udføre. Der vil være tale om nærmere afgrænsede områder, hvor det vurderes patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt. For sygeplejersker vil det fx være en opgave som blodsukkermåling.

En tilpasning af virksomhedsområdet for sygeplejersker og evt. andre autoriserede sundhedspersoner vil skulle ske gennem en ændring af autorisationsloven.

## Initiativer fra ”Flere hænder og større arbejdsglæde”

Omdrejningspunktet i sundhedsvæsenet er alle de medarbejdere, som hver dag gør en forskel for andre, og de fortjener respekt og anerkendelse for deres arbejde. For de fleste læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere og andre medarbejdergrupper i sundhedsvæsnet er det i mødet med den enkelte patient, at deres arbejde giver størst mening. Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om, at det er vigtigt med flere hænder og mere tid til kerneopgaven, sådan at medarbejdernes faglighed får de bedst mulige rammer for at komme i spil.

### *Flere læger i almen praksis*

Praktiserende læger er centrale i mødet mellem borgere og sundhedsvæsenet. Derfor er det afgørende, at der er praktiserende læger nok, og at man tager initiativer til at understøtte rekruttering og fastholdelse af alment praktiserende læger i hele landet. Op mod 70 pct. af lægepraksis på landsbasis er lukket for tilgang af nye patienter. Samtidig er 10 pct. af de praktiserende læger over 65 år, og op mod en tredjedel er, ifølge PLO, på vej på pension inden for 10 år. Der er allerede taget en række tiltag på området – både i forlængelse af den brede politiske aftale mellem Folketingets partier om bedre lægedækning og med regeringens udspil ”En læge tæt på dig”. Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om, at der er behov for yderligere at styrke indsatsen for at sikre en bedre lægedækning.

Flere introduktionsstillinger

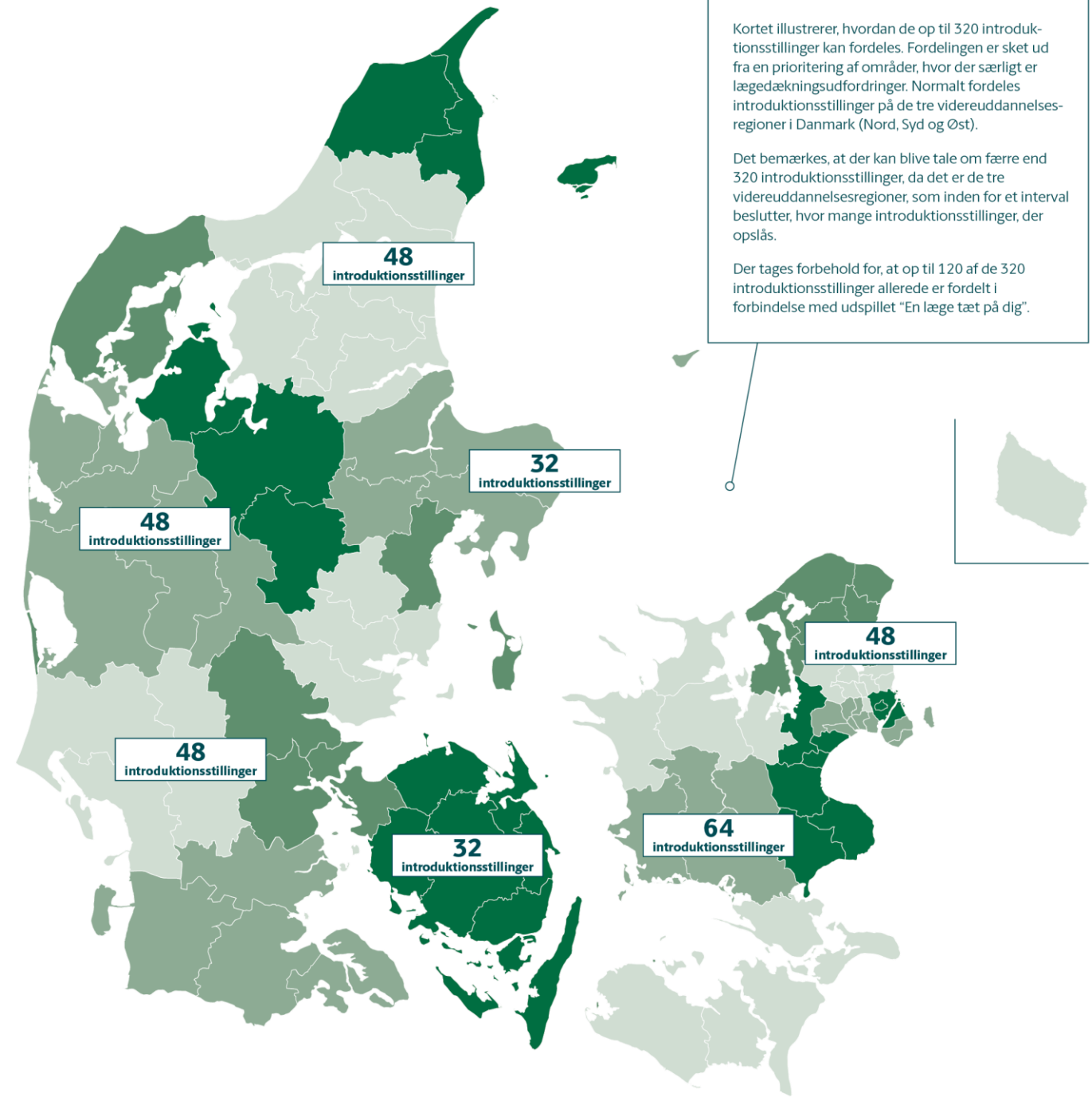
Som en følge af flere hoveduddannelsesforløb i almen medicin vil det også være muligt at opslå flere introduktionsstillinger i almen medicin. Det samlede løft på i alt 160 hoveuddannelsesstillinger i 2019 og 2020 betyder, at der i samme periode kan opslås op til 320 ekstra introduktionsstillinger i almen medicin. Det giver mulighed for flere hænder, som allerede på den korte bane kan komme ud i almen praksis og bidrage til tryghed og bedre lægedækning. Samtidig kan en introduktionsstilling i almen medicin være med til at afklare, om en speciallægeuddannelse i almen medicin er det rette for lægen.

Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om, at der afsættes en opstartspulje på 20 mio. kr. i 2019.

Aftaleparterne har et ønske om, at de op til 320 ekstra introduktionsstillinger fordeles ud fra en politisk målsætning om at sikre god lægedækning på tværs af landet. En illustrativ fordeling er vist i kortet nedenfor, hvor fordelingen beregningsteknisk er baseret på en politisk målsætning om at sikre god lægedækning på tværs af landet. Det er de tre videreuddannelsesregioner (Nord, Syd og Øst), der opslår hoveduddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse på baggrund af Sundhedsstyrelsens udmelding om fordeling af forløb. Fordeling vil ske under hensyn til fx rekrutteringsmuligheder, lægedækningsudfordringer, indbyggertal mv.

# Mere kapacitet i almen praksis – op til 320 ekstra introduktions-stillinger i almen medicin

Sundhedsfællesskaberne




## Introduktionsstillinger

Kortet illustrerer, hvordan de op til 320 introduktionsstillinger kan fordeles. Fordelingen er sket ud fra en prioritering af områder, hvor der særligt er lægedækningsudfordringer. Normalt fordeles introduktionsstillinger på de tre videreuddannelsesregioner i Danmark (Nord, Syd og Øst).

Det bemærkes, at der kan blive tale om færre end 320 introduktionsstillinger, da det er de tre videreuddannelsesregioner, som inden for et interval beslutter, hvor mange introduktionsstillinger, der opslås.

Der tages forbehold for, at op til 120 af de 320 introduktionsstillinger allerede er fordelt i forbindelse med udspillet "En læge tæt på dig".

Afskaffelse af 6-årsfristen i den lægelige videreuddannelse

Der er i dag en 6-årsfrist i den lægelige videreuddannelse, som indebærer, at der i udgangspunktet ikke må gå mere end 6 år fra en læge har første dag i den kliniske basisuddannelse (KBU), til hoveduddannelsen i et givent speciale påbegyndes. For at sikre, at antallet af speciallæger ikke mindskes, fordi der er læger, som falder for fristen, er regeringen og Dansk Folkeparti enige om at afskaffe 6-årsfristen i den lægelige videreuddannelse.

Partnerskab om rekruttering og fastholdelse af alment praktiserende læger i hele landet

Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om, at der skal inviteres til et partnerskab mellem de lægefaglige organisationer, KL, Danske Regioner, Finansministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet om rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger. Partnerskabet skal fordomsfrit se på, hvilke tiltag der kan iværksættes her og nu for at sikre flere læger i almen praksis – særligt i de lægedækningstruede områder af landet. Partnerskabet skal bl.a. udvikle initiativer, som understøtter, at alment praktiserende læger, som overvejer at gå på pension, får incitamenter til at blive længere i arbejdet og løbende understøtte muligheden fra seneste overenskomstaftale for almen praksis om, at praktiserende læger over 65 år fritages fra akkreditering for i stedet at få besøg af en kvalitetskonsulent og ved at indgå i en kvalitetsklynge. Derudover skal partnerskabet udvikle initiativer, som kan understøtte, at yngre læger vælger almen praksis og initiativer, som kan understøtte, at praktiserende læger slår sig ned i lægedækningsudfordrede områder, bl.a. i form af flyttepakker med inspiration fra udflytningen af statslige arbejdspladser. Partnerskabet skal også se på, om der er behov for en særlig rekrutteringsindsats i forhold til læger, der i dag arbejder uden for faget eller i udlandet. Regeringen vil endvidere gå i dialog med regionerne om eksempelvis mulighederne for orlov for læger med speciale i almen medicin fra det sygehus, hvor de er ansat.

Partnerskabet skal endvidere se på, om flere læger, som endnu ikke er speciallæger, bør kunne ansættes i almen praksis i kortere perioder, fx ved at perioden, hvori en læge, som fx befinder sig i overgangen mellem to uddannelsesstillinger, kan være ansat i et vikariat, hæves fra de nuværende to måneder til fx seks måneder. Tilsvarende skal der ses på mulighed for uklassificeret ansættelse i almen praksis i op til seks måneder.

Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om at afsætte 40 mio. kr. i 2019 til initiativer i forbindelse med partnerskabet.

Mere fleksible rammer for tutorlæger

I dag kan praktiserende læger kun have én KBU-læge tilknyttet ad gangen. For at gøre specialet i almen medicin mere attraktivt er det regeringens og Dansk Folkepartis ambition, at det under hensyntagen til kvaliteten skal gøres muligt for tutorlæger at have tilknyttet op til tre uddannelseslæger (KBU-læger, introlæger og hoveduddannelseslæger) ad gangen.

Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om, at der skal ses på, hvad der gør det attraktivt at være tutorlæge.

Flere almen medicinere på sygehuse søger ud i almen praksis

For at gøre det mere attraktivt for gruppen af almen medicinere, som arbejder på sygehuse i dag, at søge ud i almen praksis, er aftaleparterne enige om, at regeringen går i dialog med

regionerne om, at sygehusene med fordel kan være mere restriktive med at ansøge efter læger med speciale i almen medicin, såfremt der i stedet kan ansøges efter andre speciallæger med relevante kompetencer i forhold til den konkrete afdeling.

*Flere sygeplejersker*
Sygeplejersker er nøglemedarbejdere i det danske sundhedsvæsen - på sygehusene, i almen praksis, i de kommunale sundhedsordninger mv. Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om, at det er afgørende, at der er tilstrækkeligt med sygeplejersker til både det nuværende og morgendagens sundhedsvæsen. Der skal være tid til den enkelte patient og fokus på arbejdsglæde hos sygeplejerskerne.

Øget optag på sygeplejerskeuddannelsen
Optaget på sygeplejerskeuddannelsen er i de seneste år steget. I perioden 2015-2018 er der således optaget 1.310 flere på sygeplejerskeuddannelsen end i perioden 2011-2014. Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om, at der er behov for at øge optaget til sygeplejerskeuddannelsen yderligere for at imødekomme behovet i fremtidens sundhedsvæsen.

Regeringen vil gå i dialog med de relevante uddannelsesinstitutioner, KL og Danske Regioner om at øge optaget, herunder for at tilvejebringe det nødvendige antal praktikpladser. Det er regeringen og Dansk Folkepartis ambition – og afsættet for dialogen med parterne – at øge dimensioneringen af sygeplejerskeuddannelsen med minimum 150 pladser årligt frem til 2022. Det svarer til, at der i perioden 2019-2022 vil kunne optages omkring 2.000 flere sygeplejersker end i perioden 2015-2018.

Hvor de forventede ekstra optagne sygeplejerskestuderende vil blive optaget, og hvordan de vil fordeles regionalt, afhænger imidlertid af dialogen med parterne om bl.a. kapacitet på uddannelserne, det regionale og lokale behov for sygeplejersker og mulighederne for at etablere praktikpladser i regioner og kommuner.

En regional fordeling af de 2.000 ekstra optagne sygeplejerskestuderende i perioden 2019-2022 kan illustreres ved en simpel beregningsteknisk fremskrivning baseret på fordelingen af pladserne på professionshøjskolerne i 2018. Den illustrative fordeling kan ses på kortet nedenfor. Det må forventes, at fordelingen i praksis vil afvige fra denne fremskrivning.

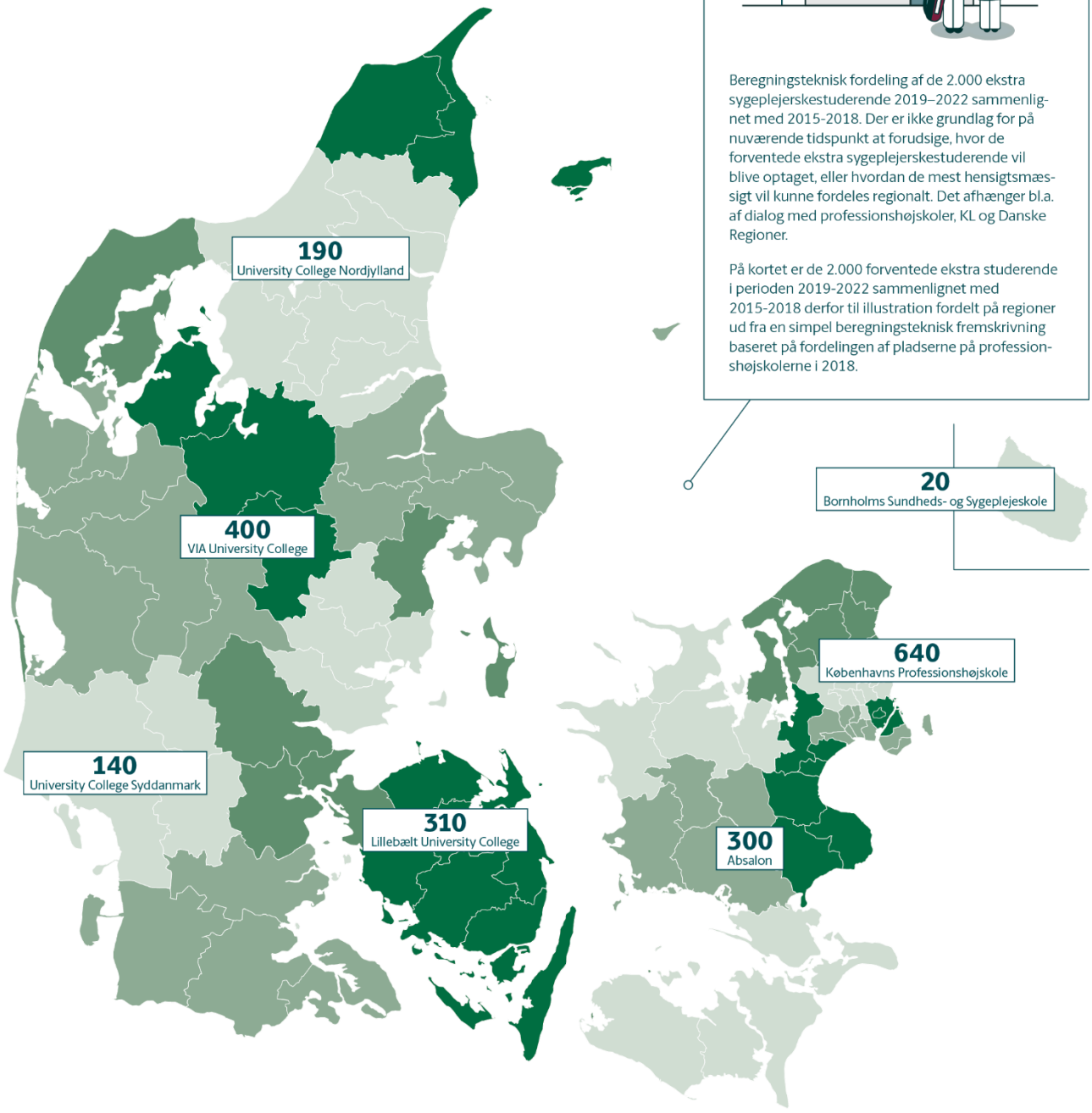
# 2.000 flere sygeplejerskestuderende – mulig fordeling af meroptag på professionshøjskolerne

Sundhedsfællesskaberne

**Sygeplejersker**

Beregningsteknisk fordeling af de 2.000 ekstra sygeplejerskestuderende 2019–2022 sammenlignet med 2015-2018. Der er ikke grundlag for på nuværende tidspunkt at forudsige, hvor de forventede ekstra sygeplejerskestuderende vil blive optaget, eller hvordan de mest hensigtsmæssigt vil kunne fordeles regionalt. Det afhænger bl.a. af dialog med professionshøjskoler, KL og Danske Regioner.

På kortet er de 2.000 forventede ekstra studerende i perioden 2019-2022 sammenlignet med 2015-2018 derfor til illustration fordelt på regioner ud fra en simpel beregningsteknisk fremskrivning baseret på fordelingen af pladserne på professionshøjskolerne i 2018.



Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om, at der afsættes 20 mio. kr. til at etablere en opstartspulje, som kan understøtte kvaliteten og kapaciteten i praktikken. Puljen kan fx anvendes til uddannelse af flere praktikvejledere og initiativer, der kan understøtte overgangene mellem teori og praktikforløb med henblik på at styrke sammenhæng og fastholdelse på sygeplejerskeuddannelsen. Aftalepartierne er enige om, at den nærmere ramme bør aftales mellem Uddannelses- og Forskningsministeriet, Danske Professionshøjskoler, Danske Regioner og KL.

Flere sygeplejersker op i tid

Der er ca. 53.500 ansatte sygeplejersker i det kommunale og regionale sundhedsvæsen i 2018 (januar). Heraf arbejder ca. 28.900 på deltid. I gennemsnit har de deltidsansatte en arbejdsuge på 29,2 timer (ekskl. overarbejde). Det giver en samlet fuldtidsbeskæftigelse på 47.400. Hvis 17 pct. af samtlige deltidsansatte sygeplejersker går op på fuld tid, eller hvis alle deltidsansatte sygeplejersker arbejder 1,3 time mere om ugen, svarer det til at ansætte 1.000 flere sygeplejersker.

Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om, at flere sygeplejersker skal motiveres til at gå op i tid. Det er en gevinst for både borgere og medarbejdere. Det er væsentligt, at medarbejdere på sundhedsområdet får lov til at bidrage med deres fulde potentiale. Aftaleparterne er derfor enige om, at der iværksættes et forsøg, hvor forskellige modeller for arbejdstilrettelæggelse mv., der kan forbedre arbejdsmiljøet og motivere sygeplejersker til at gå på fuld tid, afprøves på udvalgte arbejdspladser. Aftalepartierne er enige om, at der efter forsøgets afslutning foretages en evaluering, og at den nærmere ramme for forsøget aftales mellem Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet, Dansk Sygeplejeråd, Danske Regioner og KL.

Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om, at der skal være fokus på at understøtte, at flere medarbejdere i sundhedssektoren ansættes på fuldtid, og at flere eksisterende medarbejdere får mulighed for at øge deres ugentlige arbejdstid. For at dette kan opnås, er det væsentligt med et godt arbejdsmiljø og et lavt sygefravær. Lavere sygefravær kan højne arbejdstilfredsheden og samtidig frigøre ressourcer, der kan bidrage til en bedre trivsel og kvalitet i opgaveløsningen.

Regeringen og Dansk Folkeparti er endvidere enige om, at der iværksættes en kortlægning, der kan skabe mere viden om, hvordan arbejdsmiljøet for sygeplejersker kan forbedres, og hvad der kan motivere sygeplejersker til at gå op i tid.

Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om at afsætte 15 mio. kr. i 2019 til forsøg og kortlægning.

Partnerskab om rekruttering og fastholdelse på sygeplejerskeuddannelsen

Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om, at der skal inviteres til et partnerskab mellem Sundheds- og Ældreministeriet, Uddannelses- og Forskningsministeriet, Dansk Sygeplejeråd, Danske Professionshøjskoler, Danske Regioner og KL om rekruttering og fastholdelse på sygeplejerskeuddannelsen.

Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om at afsætte 3 mio. kr. i 2019 til initiativer i forbindelse med partnerskabet.

Rekruttering af sygeplejersker uden for faget

Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om, at det bør undersøges, om der skal iværksættes særlige rekrutteringstiltag rettet mod sygeplejersker, der ikke længere arbejder i faget, eller som arbejder i udlandet. Aftalepartierne er enige om, at der gennemføres en afdækning af barrierer for, at sygeplejersker kan vende tilbage til faget. Med udgangspunkt i afdækningens resultater kan det undersøges, om der med fordel kan iværksættes rekrutteringstiltag.

Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om at afsætte 2 mio. kr. i 2019 til initiativet.

Uddannelse af flere sundhedsplejersker

Sundhedsplejersken er en afgørende sundhedsfaglig hjælp og støtte til børnefamilier. Regeringen og Dansk Folkeparti har med finanslovsaftalen for 2019 sat et målrettet fokus på de første 1.000 dage for børn i sårbare familier, hvilket understreger behovet for, at der er nok sundhedsplejersker i landets kommuner til at tage hånd om både de nye og de eksisterende opgaver, der er i sundhedsplejen. Regeringen vil derfor gå i dialog med KL om at øge antallet af uddannelsespladser på uddannelsen til sundhedsplejersker med op til 30 pladser årligt i en femårig periode. Regeringen og Dansk Folkeparti er dermed indstillet på, at der stilles mindst ca. 150 uddannelsespladser til rådighed årligt i en femårig periode.

Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om at afsætte 7,5 mio. kr. årligt i perioden 2019-2023 til at understøtte initiativet.

*Flere social- og sundhedsassistenter og -hjælpere*

Social- og sundhedsassistenter og -hjælpere er centrale medarbejdere, og det er afgørende, at der i fremtiden er tilstrækkeligt med hænder i plejen og omsorgen for ældre og syge. Regeringen og Dansk Folkeparti afsatte med aftale om finansloven for 2019 149 mio. kr. over fire år til en række initiativer, som skal understøtte rekrutteringen, herunder bl.a. en styrket praktikvejledning på social- og sundhedsuddannelserne, en kampagneindsats for at forbedre områdets image og fastholdelse i faget samt to nye videreuddannelser for social- og sundhedsassistenter inden for psykiatri og demens.

Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om, at der som led i arbejdet med de nye videreuddannelser inden for psykiatri og demens også ses på muligheden for en ny specialiseringsvej for social- og sundhedsassistenter inden for palliation. Der afsættes 0,1 mio. kr. i 2019 og herefter 2 mio. kr. årligt fra 2020 og frem med henblik på i endnu højere grad at styrke karriererevejene for fremtidens social- og sundhedsassistenter.

Regeringen vil ligeledes gå i dialog med "Det faglige udvalg for Den Pædagogiske Assistentuddannelse og Social- og Sundhedsuddannelserne (PASS)" med henblik på at vurdere behovet og mulighederne for enten at oprette en ny social- og sundhedsuddannelse, som er rettet mod at uddanne personale til håndtering af udadreagerende patienter i psykiatrien, eller at justere uddannelsen med et trin, speciale eller andet rettet mod samme formål.

I forlængelse heraf vil regeringen gå i dialog med social- og sundhedsskolerne om årsager til, at mænd i højere grad end kvinder falder fra uddannelsen med henblik på målrettede initiativer. Skolerne kan i denne forbindelse afprøve mulighederne for at samle mandlige elever på færre hold på tværs af skoler. Der afsættes 2 mio. kr. i 2019 til undersøgelse og forsøg med at samle mandlige elever på færre hold.

Regeringen, FOA, KL og Danske Regioner er i februar 2019 blevet enige om en 2-årig praktikpladsaftale om uddannelserne til social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistent. Aftalen indeholder bl.a. en stigning i antal praktikpladser på i alt 30 pct.

Mere klarhed om social- og sundhedsassistenters muligheder for at varetage opgaver
Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om, at der skal udarbejdes en faglig vejledning om social- og sundhedsassistenters generelle kompetencer, arbejdsopgaver mv. Formålet er at skabe mere synlighed omkring, hvilke opgaver social- og sundhedsassistenter kan varetage og understøtte en mere ensartet opgavevaretagelse på tværs af kommuner.

# Forbedringer for patienterne i et nationalt sundhedsvæsen

Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om, at en ny organisering af sundhedsområdet skal omsættes til klare forbedringer for patienterne. Den nye organisering på sundhedsområdet skal gennem et nationalt forankret sundhedsvæsen med decentral styring og klar fælles politisk retning understøtte, at patienterne møder samme høje kvalitet i sundhedstilbuddene uanset, hvor man bor.

Sundhedsvæsenet har siden 2001 været igennem en rivende udvikling. Der er etableret en ny sygehusstruktur med moderne supersygehuse, hvor kompetencerne samles på færre enheder for at sikre de bedst mulige vilkår for stærke faglige miljøer, hvor personalet har ekspertise og øvelse. Aftalepartierne er enige om, at der med sundhedsreformen ikke ændres på den fastlagte sygehusstruktur.

## Øget tryghed på akutområdet

Akutområdet er en hovedindgang for patienterne til sundhedsvæsenet og er samtidig afgørende for trygheden for hurtig hjælp. Regeringen og Dansk Folkeparti prioriterer befolkningens tryghed på akutområdet højt. Bl.a. er der i forbindelse med aftale om finansloven for 2018 prioriteret midler til en fjerde akuthelikopter i den nordlige del af Danmark.

Alle borgere i Danmark skal være trygge ved, at de får den nødvendige hjælp, hvis de bliver ramt af akut sygdom eller kommer ud for en ulykke. Det skal være tilfældet døgnet rundt og i alle dele af landet. Regeringen og Dansk Folkeparti ønsker at hæve ambitionerne for en enstrenget sundhedsindsats på det akutte område med tre klare ambitioner: Nem og enkel indgang, sammenhæng i de akutte tilbud og høj kvalitet og service.

Den nye organisering betyder derfor et opgør med den nuværende forskellige indretning mellem regionerne:

- Aftaleparterne forudsætter, at allerede placerede beredskaber ikke flyttes de kommende år, så der ikke sker forringelse af dækningen i dele af landet. Regionerne kan herudover af egen drift frem mod 2021 forbedre responstiderne i områder med særlige behov.

- Der etableres 20 nye akutberedskaber i de områder i landet, hvor der er særlige behov for at forbedre responstiderne. Placeringen sker ud fra et politisk ønske om særligt at styrke akutberedskabet i landets yderområder og under hensyntagen til de nuværende responstider. Regeringen og Dansk Folkeparti er på den baggrund enige om, at midlerne fordeles svarende til, at der kan placeres 4 ekstra beredskaber i Nordjylland, 4 ekstra beredskaber på Sjælland (uden for hovedstadsområdet), 1 ekstra akutberedskab i Nordsjælland, 1 ekstra akutberedskab i den sydlige del af hovedstadsområdet, 1 på Bornholm, 2 på Fyn, 3 i Sydjylland, 2 i Østjylland samt 2 i Midt- og Vestjylland. Fordelingen af de 20 ekstra beredskaber kan ses på kortet nedenfor. Den konkrete placering og valget af beredskab (ambulance, akutbil og akutlægebil) vil ske i dialog med regionerne og fra 2021 sundhedsforvaltningerne.

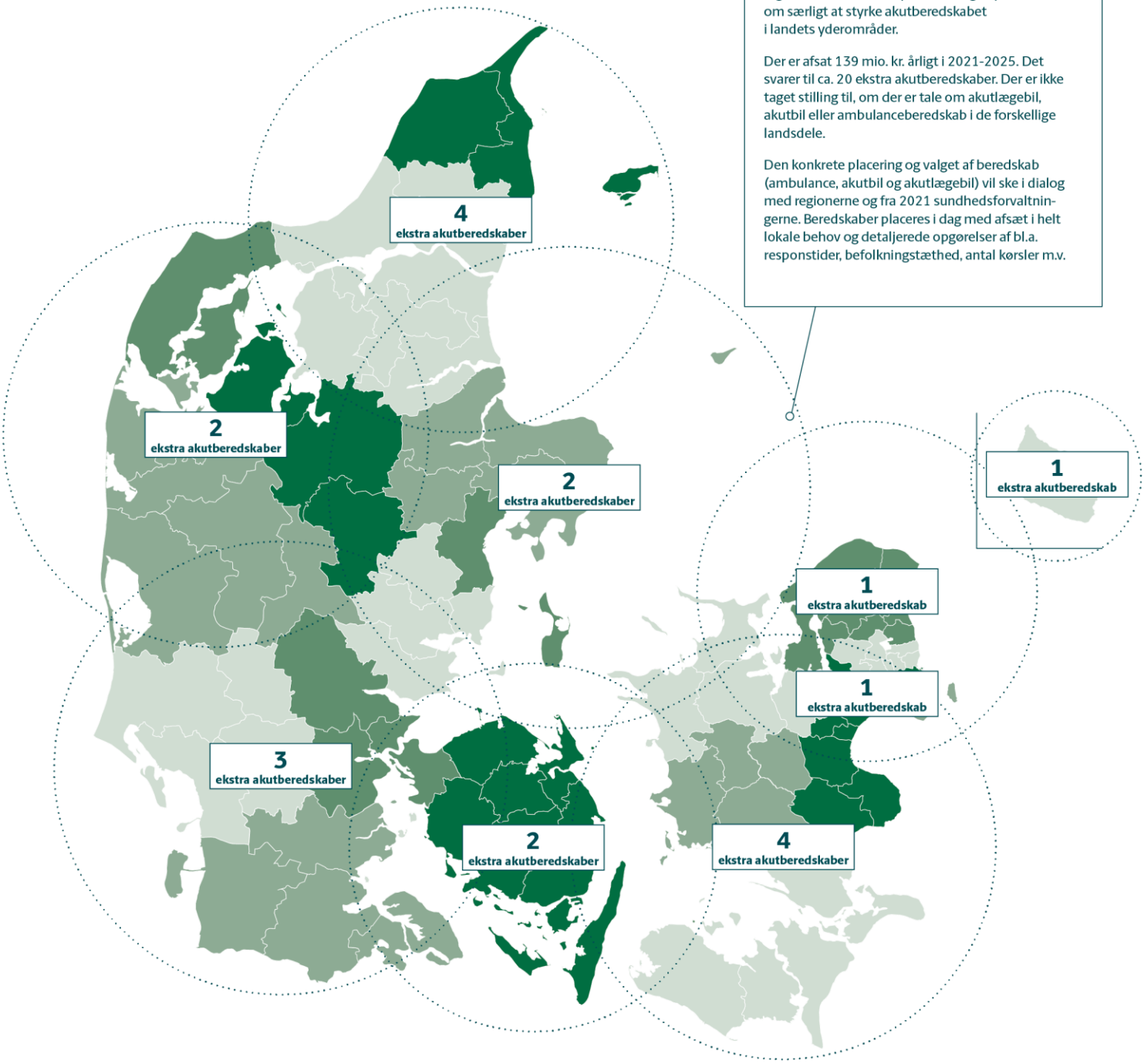
- Der fastsættes nationale, bindende retningslinjer om indretningen af akutområdet i hele landet. Det betyder, at patienten møder samme system, når de kommer akut til skade. De bindende retningslinjer fastsættes på grundlag af Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger, der forventes færdiggjort i 2019. Ansvaret for implementeringen af retningslinjerne forankres i Sundhedsvæsen Danmark.
- Regeringen og Dansk Folkeparti vil give alle danskere mulighed for nemt og enkelt at komme i kontakt med sundhedsvæsenet, uanset om de befinder sig hjemme eller et andet sted i landet. Der indføres et fælles, landsdækkende lægevagtnummer 113. Det skal sikre, at patienterne altid ved, hvor de skal henvende sig, hvis der opstår en akut situation, uanset hvor i landet de befinder sig. Opkaldet viderestilles til et lokalt sundhedstilbud, som kender de lokale forhold. Den nye telefonnummer supplerer 112, som fortsat skal bruges, når der er akut livsfare. I dag kan borgere opleve alt for stor usikkerhed om, hvordan man skal kontakte sundhedsvæsenet, hvis der opstår en akutsituation, og det ikke er muligt at få kontakt til sin praktiserende læge.

  Sundhedsstyrelsen har igangsat et arbejde med at revidere anbefalingerne på akutområdet, herunder i forhold til lægevagten. Arbejdet forventes færdiggjort i 2019. Sundhedsvæsen Danmark vil skulle stå for den praktiske etablering af det nye lægevagtnummer, bl.a. med afsæt i de reviderede anbefalinger. Sigtet er et højt fagligt ensartet niveau i hele landet, så der sikres både tryghed og en sundheds- og lægefaglig håndtering af henvendelser.

  De kommende akutanbefalinger fra Sundhedsstyrelsen vil bl.a. have til formål at sikre en mere ensartet organisering af akutområdet på tværs af landet. Sigtet er et højt fagligt ensartet niveau i hele landet, så der sikres både tryghed og en enstrenget visitation af høj sundheds- og lægefaglig kvalitet, der ikke tager udgangspunkt i den nuværende 1813-ordning i Region Hovedstaden, som dermed ikke vil blive videreført i sin nuværende form.

# Et styrket akutberedskab – fordeling af 20 ekstra akutberedskaber

Sundhedsfællesskaberne




## Ekstra akutberedskaber

Fordeling er sket med udgangspunkt i seneste tal på regionalt niveau for responstider og et politisk ønske om særligt at styrke akutberedskabet i landets yderområder.

Der er afsat 139 mio. kr. årligt i 2021-2025. Det svarer til ca. 20 ekstra akutberedskaber. Der er ikke taget stilling til, om der er tale om akutlægebil, akutbil eller ambulanceberedskab i de forskellige landsdele.

Den konkrete placering og valget af beredskab (ambulance, akutbil og akutlægebil) vil ske i dialog med regionerne og fra 2021 sundhedsforvaltningerne. Beredskaber placeres i dag med afsæt i helt lokale behov og detaljerede opgørelser af bl.a. responstider, befolkningstæthed, antal kørsler m.v.

## Et forpligtende nationalt samarbejde om højt specialiseret sygehusbehandling

På nogle specialiserede behandlingsområder er ekspertisen samlet få steder i landet for at sikre det rette kompetenceniveau. Men hvis der er udfordringer på en afdeling i en del af landet, er det afgørende, at der er et samarbejde på tværs, så ventetiden for patienterne ikke bliver unødigt forlænget.

Regeringen og Dansk Folkeparti er derfor enige om, at den nationale koordinering af de højt specialiserede funktioner skal styrkes, så patienter med behov for højt specialiseret behandling ses som fælles patienter i det danske sundhedsvæsen, som sygehusene på tværs af landet har en forpligtelse til at sikre hurtig udredning og behandling af. Det skal sikre hurtig behandling og bedre udnyttelse af kapaciteten, særligt på de områder, hvor en livstruende sygdom skal behandles hurtigt.

Den styrkede faglige koordinering forankres i Sundhedsstyrelsen, mens samarbejdet om konkrete patienter forankres i Sundhedsvæsen Danmark. Det er nødvendigt at sikre et mere systematisk fokus på et bedre samarbejde, så kapaciteten udnyttes bedst muligt, og patienter ikke venter unødigt på grund af manglende samarbejde mellem regionerne.

Det følger af sundhedslovens regler om specialeplanlægning, at det er Sundhedsstyrelsen, som beslutter placeringen af specialfunktioner på landets sygehuse. Det sker på baggrund af solid faglig rådgivning fra bl.a. de førende danske eksperter på området.

Regeringen og Danske Folkeparti ønsker at påpege, at Sundhedsstyrelsen kan inddrage internationale eksperter i helt særlige situationer, hvor den højt specialiserede behandling vil blive samlet på ét sygehus, og hvor der er tale om helt nye, ressourcekrævende og særlig komplekse teknologier og behandlingsformer.

## Øget samarbejde og flere tværgående løsninger på it- og dataområdet

Sammenhængende it-systemer og digitalt samarbejde er en central forudsætning for et sammenhængende sundhedsvæsen. Den smidige udveksling af oplysninger sikrer patienten, at sundhedspersonalet har de rigtige og opdaterede oplysninger om patientens tilstand og hidtidige behandling, så der undgås fejl og spild af tid og ressourcer med nye spørgsmål og udredninger, og det sikrer også, at patienter ikke 'tabes' i overgangen mellem fx sygehus og kommunen.

Digitale løsninger og data er afgørende elementer i et moderne sundhedsvæsen, der fortsat skal være i udvikling. Samtidig er det afgørende, at it-løsninger understøtter de dygtige medarbejdere i vores sundhedsvæsen i daglige beslutninger og samarbejde med og om patienten. It skal være nemt, overskueligt og brugervenligt. Det vigtigste er, at det understøtter opgaveløsning i det daglige og ikke tager unødig tid fra patientkontakten.

Den dybe tallerken skal ikke opfindes hver gang et nyt system skal tages i anvendelse. Til gengæld skal vi blive bedre til at genbruge og bygge på de gode erfaringer, der også skal spredes hurtigere på tværs af landet. Det duer ikke, at patienter og medarbejdere skal vente i årevis på at få glæde af løsninger, der allerede har vist sig at virke ét sted. Der er meget, der fungerer, men det kan og skal blive endnu bedre i de kommende år, særligt når det gælder

samarbejde og fælles indsatser på tværs af sygehuse og kommuner og på tværs af landsdele. De skylder vi både patienter, pårørende og medarbejdere.

Regeringen og Dansk Folkeparti er derfor enige om, at der skal sikres en bedre samlet prioritering og fremdrift for fælles it-løsninger og digitalt samarbejde til gavn for patienterne og sundhedspersonalet. Ligeledes er der brug for mere entydig retning og prioritering, når det gælder større strategiske investeringer i it og teknologisk infrastruktur, der skal anvendes på tværs af sundhedsvæsenet til patientbehandling, forskning, planlægning mv.

Derfor får Sundheds- og Ældreministeriet styrket kompetence til at planlægge, prioritere og beslutte etablering af fælles nationale løsninger samt fastsætte krav til standarder og integration til fælles it- og datainfrastruktur. De konkrete tiltag udmøntes i dialog med en ny national bestyrelse for sundhedsdata og digital sundhed, hvor KL, kommunerne, Sundhedsvæsen Danmark og sundhedsforvaltningerne også repræsenteres.

Sundhedsvæsen Danmark får endvidere kompetence til at godkende alle større it- og digitaliseringsprojekter i sundhedsforvaltningerne med det sigte at sikre, at systemer integreres og kan tale sammen på tværs. Dermed kan de enkelte sundhedsforvaltninger ikke længere frit beslutte systemvalg, men skal i dialog med Sundhedsvæsen Danmark og på baggrund af fastsatte krav fra nationalt niveau udarbejde løsninger, der lever op til kravene om sammenhængen med den samlede infrastruktur.

Det samlede ansvar for indsamling og brug af data til kvalitetsudvikling, herunder ansvar der i dag er placeret i regionerne (kvalitetsdatabaser og biobanker), samles på nationalt niveau med etableringen af én indgang til sundhedsdata til forskning mv. nationalt. Ligeledes vil formandskabet for sundhed.dk blive placeret på nationalt niveau. Der gennemføres en foranalyse om bedre data for det nære sundhedsvæsen i almen praksis og kommunerne, som kan danne grundlag for mere kvalitetsudvikling i det nære sundhedsvæsen og borgernes samlede forløb i de 21 sundhedsfælleskaber.

# Nærhed og sammenhæng

En hovedudfordring i sundhedsvæsenet i dag er manglende sammenhæng i behandlingen på sygehuse, hos praktiserende læge og i kommunen. En udbygning af det nære sundhedsvæsen er nødvendig for at undgå, at for mange ukomplicerede behandlinger og kontroller foregår på sygehuse.

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) viste i 2018, at hver femte af de indlagte patienter i det somatiske sundhedsvæsen "i ringe grad" eller "slet ikke" oplevede, at sygehuset samarbejdede med den kommunale pleje, da de blev udskrevet fra sygehuset. Dette gjaldt både for planlagte og akut indlagte patienter. Undersøgelsen viser også problemer med manglende sammenhæng i psykiatrien, hvor næsten hver femte af de indlagte voksne i psykiatrien "slet ikke" eller "i mindre grad" oplevede, at de fik hjælp til at tage kontakt til kommunen.

Endelig er der også udfordringer med inddragelse af de pårørende. I LUP 2017 svarede 33 pct. af de akut indlagte patienter således, at personalet slet ikke spørger patienterne om deres forventninger til involvering af pårørende og 28 pct., at personalet slet ikke løbende informerer de pårørende om, hvad der sker under indlæggelsen. I LUP 2018 svarer 26 pct. af pårørende til ambulante patienter, at personalet slet ikke spørger til egne erfaringer, mens det er 28 pct. for pårørende til voksne indlagte patienter. Det skal der tages bedre hånd om, så både pårørende inddrages bedre, og patienterne får mere sammenhæng i forløbet.

Den demografiske udvikling med flere ældre og flere borgere med en eller flere kroniske sygdomme betyder, at der skal handles nu, hvis ikke presset på sygehusene med bl.a. overbelægning bare skal forværres.

Regeringen og Dansk Folkeparti er derfor enige om, at sammenhængen skal styrkes, og at kapaciteten og kvaliteten i det nære sundhedsvæsen skal udbygges. Det skal imødegå den stigende aktivitet som følge af den demografiske udvikling. Flere borgere skal modtage behandling i det nære sundhedsvæsen i stedet for på sygehuse, og alle patienter skal opleve mere sammenhængende patientforløb. Ikke mindst de ældre borgere og mennesker med kroniske lidelser vil få gavn af et stærkt, nært sundhedsvæsen.

For den ældre borger med KOL kan det betyde, at han slipper for en længere køretur til sygehuset flere gange om året. I stedet kan han få sine kontroller hos egen læge, hvor han måske i forvejen kommer jævnligt til kontrol for sit forhøjede blodtryk, og der kan være samarbejde om telemedicinsk behandling med kommunerne. Men han kan selvfølgelig stadig komme på sygehuset, hvis behovet herfor opstår.

På samme måde vil det for en yngre borger med en alvorlig infektion, der kræver intravenøs antibiotikabehandling, være muligt at modtage behandlingen hjemme. I nogle tilfælde vil borgeren kunne varetage behandlingen selv ved hjælp af en telemedicinsk løsning, hvor der er kontakt til sygehuset. I andre tilfælde vil der være behov for, at det er den kommunale hjemmesygepleje, der efter en læges ordination varetager behandlingen i hjemmet. Sådanne muligheder for behandling i hjemmet betyder, at borgeren kan udskrives fra sygehus tidligere, så hun både mindsker risici for infektioner, der følger med en indlæggelse og kan være hjemme hos familien.

Fremover vil aktiviteten i hele vores sundhedsvæsen stige – også på sygehusene. Med sundhedsreformen arbejdes der efter en målsætning om, at der i 2025 er mindst 500.000 af de årlige ambulante besøg, der ellers skulle håndteres på sygehusene, som løses i det nære sundhedsvæsen, og at der årligt forebygges mindst 40.000 af de uhensigtsmæssige indlæggelser, der er i dag på sygehusene.

Det betyder, at fx ældre medicinske patienter og patienter med psykiske lidelser fremover skal kunne forvente tilbud af høj kvalitet i det nære sundhedsvæsen hos kommunerne og i almen praksis.

Det er vigtigt at understrege, at omstillingen og målsætningen ikke er knyttet sammen med økonomien i reformen. Der mangler således ikke nogen penge i finansieringen af reformen, hvis vi ikke kommer i mål, men målsætningen er et vigtigt pejlemærke og retning for indsatsen i de kommende år.

Regeringen og Dansk Folkeparti vil styrke struktur, kompetencer, kapacitet og kvalitet i det nære sundhedsvæsen for at sikre god sammenhæng for det stigende antal patienter. Hovedelementerne i reformen som skal sikre et godt og nært sundhedsvæsen er:

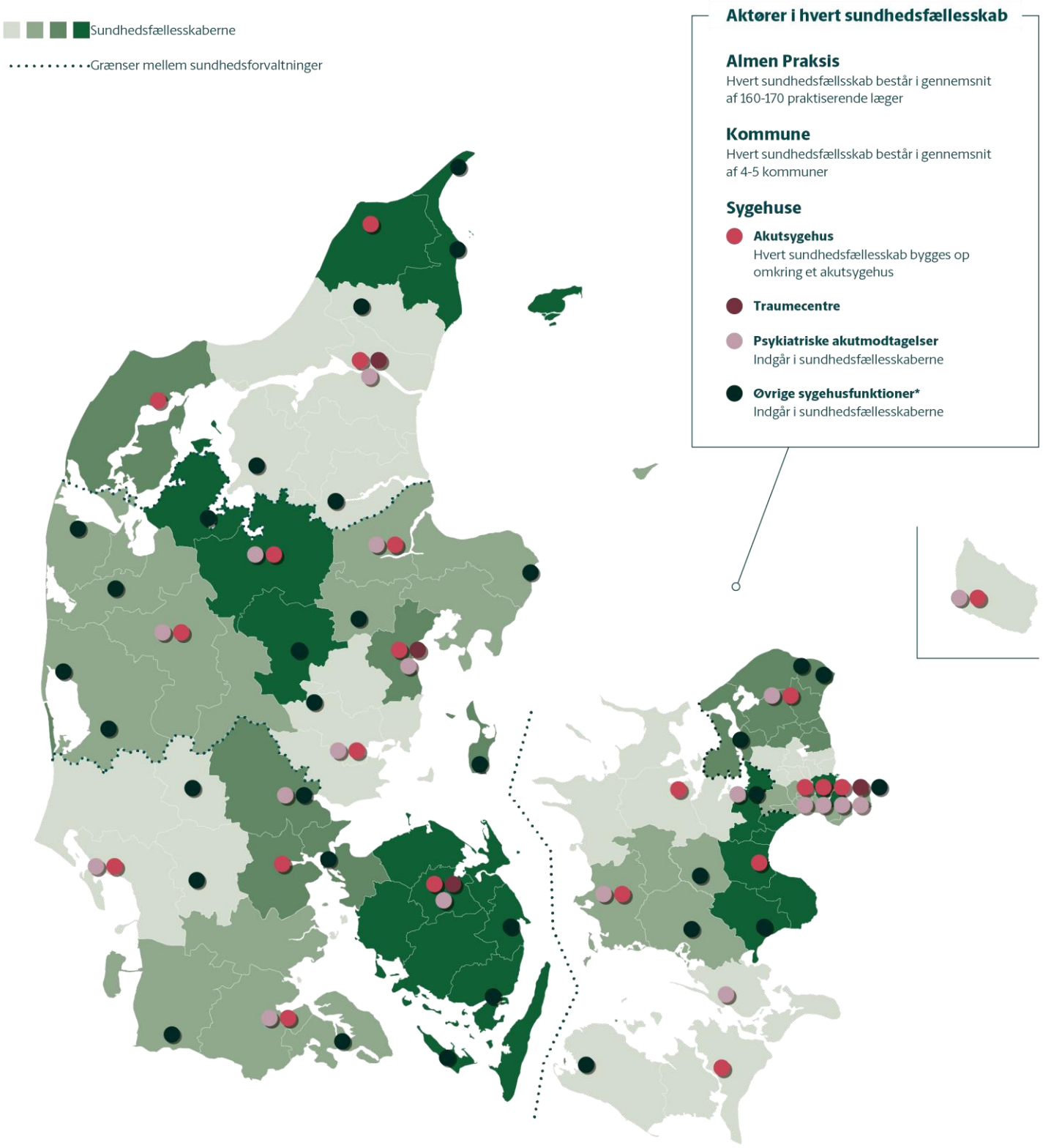
- Etablering af 21 nye sundhedsfællesskaber, der forpligter aktørerne på at samarbejde om borgerne på tværs af sygehuse, praktiserende læge og kommunale sundhedstilbud.
- En national kvalitetsplan, der danner rammen for et løft af kvaliteten i det nære sundhedsvæsen.
- Nye moderne sundhedshuse.
- En ny Nærhedsfond, der med 8,5 mia. kr. i 2020-2025 skal fungere som løftestang for udvikling af kapacitet og kompetencer i det nære sundhedsvæsen i kommuner og almen praksis.

Nærhedsfonden er tilvejebragt gennem afsatte midler på finansloven, administrative gevinster ved reformen, videreførte puljemidler samt prioritering fra rammen for offentlige investeringer mv. Fonden har dermed ikke lagt beslag på de kommende års økonomiske råderum. Nærhedsfondens midler kommer således oveni den løbende prioritering til sundhedsområdet de kommende år som led i de årlige økonomiaftaler og finanslovaftaler. Det vil sige, at muligheden for at foretage politiske prioriteringer inden for det såkaldte ”offentlige forbrugsråderum” er uforandret før og efter reformen.

## 21 Sundhedsfællesskaber skal sikre sammenhæng og nærhed

Regeringen og Danske Folkeparti er enige om at oprette 21 nye sundhedsfællesskaber, som skal sikre sammenhæng og bygge bro mellem sygehuse, de praktiserende læger og kommunerne og være drivkraft for udviklingen af det nære sundhedsvæsen, så behandlingen kommer tættere på borgerne. Det betyder, at der inden for hver af de nuværende regioner vil blive oprettet 3-5 sundhedsfællesskaber. Sygehuse, kommuner og almen praksis skal forpligtes til at tage et fælles ansvar for patienterne i området.

# Kort over de 21 sundhedsfælleskaber




## Akutsygehuse

Bispebjerg Hospital
Nordsjællands Hospital, Hillerød
Herlev Hospital
Hvidovre Hospital
Bornholms Hospital
Holbæk Sygehus

Sjællands Universitetssygehus, Køge
Nykøbing Falster Sygehus
Slagelse Sygehus
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg
Sygehus Lillebælt, Kolding

Odense Universitetshospital
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa
Aarhus Universitetshospital
Regionshospitalet Herning, Hospitalsenheden Vest
Hospitalsenhed Midt, Viborg

Regionshospitalet Horsens
Regionshospitalet Randers
Aalborg Universitetshospital
Aalborg Universitetshospital, Thisted
Regionshospital Nordjylland, Hjørring

* Steder med én eller flere matrikler, hvor der bedrives offentlig somatisk og/eller psykiatrisk sygehusmæssig aktivitet pr. 1. januar 2018.

Med sundhedsreformen ændres der ikke på den fastlagte sygehusstruktur – hverken for de 21 akutsygehuse eller de øvrige sygehuse. Sundhedsfællesskaberne organiseres om de 21 akutsygehuses naturlige optageområder.

Sundhedsfællesskaberne skal sætte patienterne i fokus og sikre, at den enkelte borger møder et sammenhængende sundhedsvæsen fra forebyggelse til diagnose over behandling til genoptræning.

Samarbejdet skal være mere forpligtende og have særligt fokus på at opfylde målet om, at mere behandling skal foregå uden for sygehusene. Derfor skal sundhedsfællesskaberne holdes op på resultater om bl.a. sammenhæng på tværs og omstilling af behandling.

Aftaleparterne er enige om, at sundhedsfællesskaberne skal have et fagligt niveau bestående af en repræsentant for hver deltagende kommune (dog minimum to i alt), to repræsentanter fra almen praksis, fire repræsentanter fra sygehuse i området, minimum en fra akutsygehusets direktion og et medlem fra direktionen i den regionale psykiatri.

Der etableres endvidere en politisk overbygning bestående af to repræsentanter fra hver kommune (henholdsvis borgmester og relevant udvalgsformand), to repræsentanter fra almen praksis, et medlem af sundhedsforvaltningens bestyrelse, den administrerende direktør for akutsygehuset og øvrige sygehuse og den administrerende direktør for psykiatrien. Den politiske overbygning kan beslutte en anden sammensætning af det faglige niveau, hvis det ønskes.

Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om, at sundhedsfællesskaberne skal være dynamiske enheder og fungere som drivkraft i udviklingen, så det sikres, at flere patienter får behandling i det nære sundhedsvæsen – og hvor det samtidig sikres, at der følger penge med, når fx kommunerne eller almen praksis skal løse nye opgaver. Pengene følger patienten. Det betyder, at kommunerne og almen praksis bliver kompenseret for, hvad det koster at løse de nye opgaver.

Sundhedsfællesskaberne træffer beslutninger i enighed. Alle parter skal leve op til de faglige krav, der stilles i kvalitetsplanen. Men hvis enkelte parter er imod en konkret løsning, som går videre end kravene fra kvalitetsplanen, kan de øvrige medlemmer vælge at gå videre, idet det ikke vil være muligt at tvinge en part med i en løsning. Det betyder fx, at tre ud af fire kommuner godt kan aftale en løsning ud over kvalitetsplanen med akutsygehuset og almen praksis, som den sidste kommune ikke er en del af. Beslutninger, der binder alle parter, skal således også være truffet i enighed mellem alle parter. For beslutninger, der har implikationer for kommuners og sundhedsforvaltningers drift, har den politiske overbygning indstillingsret til den endelige beslutning i kommunalbestyrelser og i sundhedsforvaltningens bestyrelse. I det tilfælde hvor sundhedsfællesskabet har fælles midler til udmøntning, kan der træffes beslutninger ved simpelt flertal blandt kommunerne.

Sundhedsfællesskabernes politiske overbygning får endvidere høringsret i forhold til større strukturelle beslutninger i sundhedsforvaltningerne. Sundhedsforvaltningerne forpligtes således til at høre alle sundhedsfællesskaber om større strukturelle beslutninger inden, der træffes endelig beslutning.

Hvert sundhedsfællesskab bygges op omkring ét af de nuværende 21 akutsygehuse og tager højde for, at borgerne tilknyttes det sundhedsfællesskab, hvor deres behandling primært foregår. Grænsedragningen skal så vidt muligt tage hensyn til lokale forhold. Grænsedragningen fastlægges med udgangspunkt i den inddeling, som er angivet i regeringens sundhedsudspil. Men aftaleparterne er åbne overfor at se på og tage dialogen om lokale forslag til den inddeling, der giver bedst mening.

Tre af de 21 akutsygehuse er i dag sygehuse med en særlig status, da de har et mindre befolkningsgrundlag. Det drejer sig om Thisted Hospital, Nykøbing Falster Sygehus og Bornholms Hospital. Der vil være en særlig dialog med sundhedsfællesskaberne omkring disse akutsygehuse.

Den endelige fastlæggelse af inddelingen de 21 sundhedsfællesskaber sker i foråret 2020.

Sundhedsfællesskaberne skal finansiere aftaler om ændret opgavedeling med sygehusmidler og kan herudover tildeles en økonomisk ramme til prioritering fra sundhedsforvaltning og kommuner. Sundhedsfællesskaberne vil samtidig blive tildelt midler til prioritering i forbindelse med økonomiaftaler/udviklingsplanen eller midler til indsatser for særlige patientgrupper fx patienter med psykiske lidelser og patienter med både en psykisk lidelse og et misbrug (dobbeltbelastning).

I de tilfælde hvor et sundhedsfællesskab ikke i sit eget geografiske område har et psykiatrisk sygehus/akutmodtagelse, skal sundhedsfællesskabet inddrage det psykiatriske sygehus, som varetager den psykiatriske akutfunktion. Psykiatrien skal være repræsenteret i både det faglige og politiske ledelsesniveau. Det skal understøtte, at personer med psykiske lidelser, som ofte har kontakt med både behandlingspsykiatri, egen læge, sociale indsatser, jobcenter eller misbrugsbehandling mv. oplever et koordineret og sammenhængende forløb.

Sundhedsfællesskaberne overtager opgaver fra de nuværende sundhedskoordinationsudvalg, praksisplanudvalg og samordningsudvalg, der dermed afskaffes.

Med Nærhedsfonden afsættes penge til kommuner og almen praksis (sundhedsforvaltninger) for bl.a. at understøtte, at der er tilstrækkeligt med sundhedspersonale samt de rette kompetencer til at leve op til de krav til opgaveløsning og til de kvalitetsstandarder, der vil indgå i en national kvalitetsplan.

*Fælles løsninger på tværs af sektorer*
For at sikre de bedste forudsætninger for samarbejdet i sundhedsfællesskaberne er regeringen og Dansk Folkeparti enige om at fjerne de lovgivningsmæssige barrierer for fælles løsninger, der er i dag. Ændringen vil sikre sundhedsfællesskaberne mulighed for fælles finansiering og fælles opgavevaretagelse af sundhedstilbud, hvor det giver mening. Således gives sundhedsforvaltningerne og kommunerne hjemmel til efter aftale mellem parterne at overdrage myndighedsansvaret for en opgave i sundhedslovgivningen til hinanden.

For at undgå, at borgeren bliver kastebold, vil fx håndtering af behandlingsredskaber og hjælpemidler være en naturlig del af det, som sundhedsfællesskaberne skal samarbejde om at finde fælles løsninger på i forbindelse med, at de lovgivningsmæssige barrierer herfor fjernes.

I sundhedsfællesskaberne er det også naturligt at afklare, hvorvidt der med fordel kan etableres fælles hjælpemiddelcentre.

Sundhedsfællesskaberne skal være den bro mellem kommune og behandlingspsykiatri, der har manglet. Herudover skal der være fokus på, at mennesker med dobbeltbelastning oplever en helhedsorienteret indsats

*Patient- og pårørenderåd*
Patienter og pårørende kan bidrage med indsigt og perspektiver i forhold til at skabe en mere sammenhængende indsats i det nære sundhedsvæsen og i forhold til sundhedsfællesskabernes udvikling generelt. Derfor er parterne enige om, at der inden for hvert af de 21 sundhedsfællesskabers geografiske område skal vælges et patient- og pårørenderåd, som skal rådgive i forhold til den videre udvikling af sundhedsfællesskaberne. Patient- og pårørenderådet vil få høringsret i forhold til udvalgte større beslutninger i sundhedsfællesskaberne og får samtidig mulighed for proaktivt at tage emner op til drøftelse. Blandt rådets medlemmer vælges ét medlem, som sidder med i den politiske overbygning i sundhedsfællesskabet. Medlemmerne af rådet gives ikke vederlag for deltagelse.

Medlemmer af patient- og pårørenderådet vælges som enkeltpersoner ved direkte valg. Alle patienter og borgere, som har en interesse i det fælles sundhedsvæsen, vil få mulighed for at stille op og bidrage til arbejdet i sundhedsfællesskaberne uden at skulle have tilknytning til politiske partier, foreninger eller lignende.

Antallet af medlemmer i rådet kan differentieres i lyset af antallet af kommuner i sundhedsfællesskabet. Der skal vælges repræsentanter fra alle kommunerne dog således, at der er min. 14 og maks. 30 repræsentanter i alt (for sundhedsfællesskabet på Bornholm dog minimum 7 repræsentanter).

Kommunalbestyrelserne inden for et sundhedsfællesskab får kompetence til at beslutte, hvordan valget til patient- og pårørenderådet tilrettelægges og gennemføres. Der skal afholdes valg til rådet hvert andet år forskudt af den kommunale valgperiode. Første valg til rådet afholdes i 2. halvår 2020 med henblik på, at rådet tiltræder 1. januar 2021.

Patientforeninger mv. vil desuden kunne blive inddraget i arbejdet og bidrage med deres erfaring og viden.

Rådet sekretariatsbetjenes af sundhedsforvaltningerne.

## Kvalitetsplan og bedre kompetencer i det nære sundhedsvæsen

En ny national kvalitetsplan skal understøtte en udvikling af det eksisterende kvalitetsniveau i kommuner og almen praksis samt løbende afklare, hvordan opgaver fremover vil kunne flyttes ud af sygehusene og varetages mere hensigtsmæssigt i borgernes nærmiljø. Kvalitetsplanen udarbejdes af Sundhedsstyrelsen, og KL og repræsentanter fra kommunerne vil få en central rolle i arbejdet og vil løbende blive inddraget, ligesom faglige selskaber og patientorganisationer vil blive inddraget tæt.

*Kvalitetsløft af eksisterende opgaver i det nære sundhedsvæsen*
Aftaleparterne er enige om at indføre nye faglige kvalitetsstandarder på områder, hvor kommunerne i dag enten varetager opgaven eller dele af opgaven med henblik på at styrke og ensarte kvaliteten i opgaveløsningen. Standarderne udvikles gradvist og vil starte med følgende områder:

- Kommunernes rammesættende og borgerrettede forebyggelsestilbud.
- Generelle forebyggelses- og rehabiliteringstilbud til borgere i risiko for udvikling af kronisk sygdom, fx KOL og diabetes.
- Diagnosespecifikke rehabiliteringstilbud, fx til borgere med kræft eller erhvervet hjerneskade.
- Sundhedsfaglige indsatser i kommunale socialpsykiatriske tilbud.

For hvert område bliver der udviklet en faglig standard, som stiller krav til en specifik opgavevaretagelse, herunder kompetencer, befolkningsgrundlag, organisering mv., når opgaven varetages i det nære sundhedsvæsen. Standarderne kan også omfatte krav til rådgivning og sparring fra almen praksis og sygehuse.

Med sundhedsreformen igangsættes et kvalitetsløft af indsatsen i det nære sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen skal i den forbindelse som noget af det første også udarbejde faglige standarder for den sundhedsfaglige indsats i kommunernes socialpsykiatriske tilbud, og derefter de nye anbefalinger til en ændret opgavevaretagelse for bl.a. angst og depression. Den ændrede opgavevaretagelse skal ikke lede til øget brugerbetaling.

Kommunerne vil blive kompenseret for kompetenceopbygning mv. gennem Nærhedsfonden. Nye krav til kommunernes opgaveudførelse vil på sædvanlig vis blive kompenseret efter DUT-princippet. Hvis der fra centralt hold stilles bindende krav til opgaveløsningen, vil kommunerne således blive kompenseret helt efter sædvanlig praksis.

Det vil imidlertid være væsentligt at få en nærmere afdækning af de konkrete konsekvenser, så eventuelle skævheder kan håndteres. Der vil derfor som led i reformens implementering blive gennemført en afdækning af de byrdefordelingsmæssige konsekvenser efter udligning som følge af sundhedsreformsaftalen i regi af Økonomi- og Indenrigsministeriets finansieringsudvalg med henblik på de nødvendige justeringer af udligningssystemet. Finansieringsudvalget forventes at færdiggøre afdækningen i efteråret 2019.

*En ændret opgavevaretagelse – nye opgaver til kommuner og almen praksis*
Derudover bliver der i kvalitetsplanen peget på områder og indsatser, hvor det fagligt giver mening, at behandlingen ikke længere udføres på sygehusene, men finder sted tættere på patienternes eget hjem. Det vil være op til sundhedsfællesskaberne og de involverede parter at beslutte, på hvilke områder og i hvilken hastighed, der arbejdes videre med omstillingen.

Når patienterne behandles i det nære sundhedsvæsen, er der behov for en styrket indsats. Det grundlæggende princip er her, at pengene følger med patienten, og kommunerne og almen praksis bliver således kompenseret for, hvad det koster at løse opgaven.

Sundhedsstyrelsen har peget på KOL, diabetes, hjertekarsygdom, muskel-skeletsygdom samt angsttilstande og depression, som områder, der i dag varetages i sygehusregi, hvor dele heraf mere hensigtsmæssigt kan foregå i det nære sundhedsvæsen.

Ved omlægningen af behandling fra sygehusene skal der ikke ske en øget brugerbetaling. Sundhedsreformen medfører således ikke mere brugerbetaling.

*Sygehuse skal bidrage med rådgivning og støtte*
Sygehusene skal forpligtes til at yde rådgivning over for almen praksis og kommuner i forhold til forebyggelse, behandling og rehabilitering af den enkelte patient, og sundhedsfællesskaberne skal understøtte, at sygehusene vender sig mere mod resten af sundhedsvæsenet.

## Nye moderne sundhedshuse

Aftaleparterne er enige om, at flere nye, moderne sundhedshuse skal bidrage til at forbedre behandlingen gennem et nært og fleksibelt sundhedstilbud af høj kvalitet i hele landet.

Sundhedshusene skal danne de fysiske rammer for bedre tværfagligt samarbejde og dermed rumme funktioner og udstyr, der understøtter realiseringen af den nationale kvalitetsplan. Derudover skal moderne fysiske rammer og stærke faglige miljøer være med til at tiltrække praktiserende læger og andet sundhedspersonale over hele landet og dermed sikre en bedre lægedækning både hos almen praksis og i psykiatrien.

Sundhedshusene kan fx bestå af alment praktiserende læger og andre speciallæger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, bioanalytikere, kiropraktorer, psykologer, jordemødre, sundhedsplejersker, diætister, radiografer, lægesekretærer, den kommunale hjemmesygepleje mv. Det vil betyde, at patienterne fremover kan gå samme sted hen og møde forskellige fagligheder og modtage forskellige sundhedstilbud i deres nærmiljø. Sundhedshuse kan også indeholde psykiatriske funktioner, herunder fungere som deciderede psykiatrihuse i større eller mindre omfang.

Sundhedshuse kan omfatte flere forskellige ejerforhold og fysiske udformninger, der også afspejler den gældende struktur og de gældende udfordringer lokalt, varierende fra lokaler til at huse en flerlægepraksis til fuldt udstyrede sundheds- og akuthuse med læger, udgående sygehusfunktioner og kommunale funktioner samlet under et tag.

Investeringerne i nye sundhedshuse støttes gennem Nærhedsfonden. I udmøntningen inddrages ekstern faglig ekspertise og en forudgående dialog med de enkelte sundhedsfællesskaber. Sundhedsfællesskaberne skal sikre sammenhængen for patienterne inden for optageområdet og skal udarbejde en plan for at styrke den nære indsats. Sundhedsfællesskaberne skal derfor inddrages i prioriteringen af midlerne til de nye sundhedshuse, så etableringen af sundhedshusene sker i overensstemmelse med de lokale planer for den nære sundhedsindsats og dermed bidrager til en samlet infrastruktur for de lokale tilbud.

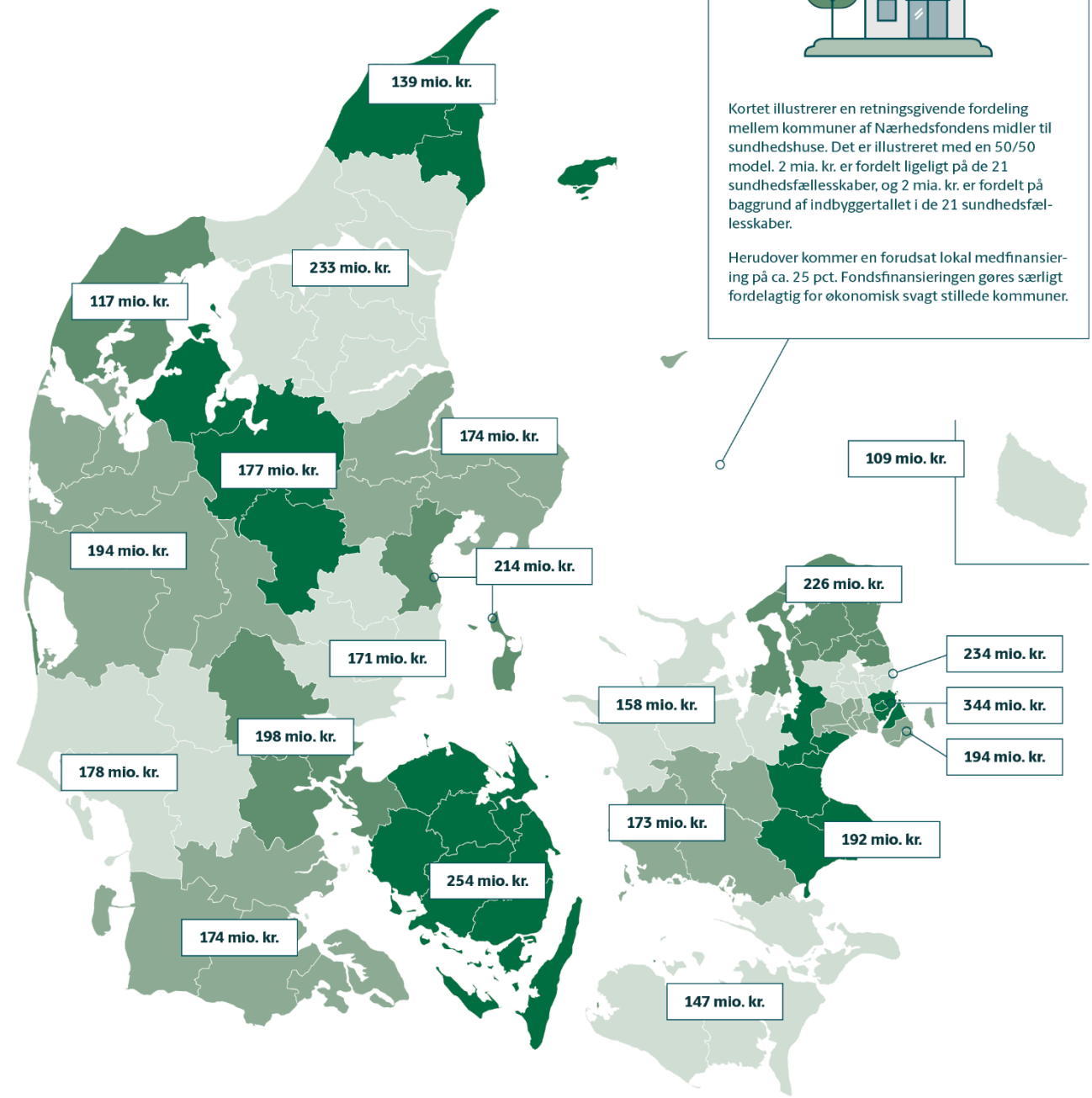
De ansøgningsberettigede parter vil være kommuner og sundhedsforvaltninger i samarbejde med andre relevante aktører, herunder almen praksis. Midlerne kan anvendes til etablering eller renovering af offentligt ejede sundhedshuse, hvor myndighederne udlejer lokaler til praktiserende sundhedspersoner eller sundhedstilbud. Der kan desuden ydes støtte til indkøb af udstyr, der stilles til rådighed for fx de alment praktiserende læger.

Samlet set investeres der med reformen ca. 5,3 mia. kr., hvoraf 4 mia. kr. kommer fra Nærhedsfonden, mens de resterende 25 pct. (ca. 1,3 mia. kr.) kommer fra medfinansiering fra kommunerne. Det muliggør byggeri af fx 35 store, komplette sundhedshuse med flerlægepraksis, kommunale funktioner og udgående sygehusfunktioner, fx psykiatri og samtidig 120 moderne flerlægepraksis. Den lokale medfinansiering skal sikre ejerskab til projekterne, men er holdt på et lavt niveau for at undgå, at medfinansieringen bremser konkrete projekter.

I forhold til fordelingen af den samlede ramme på 4 mia. kr. (eksklusiv medfinansiering) er der foretaget en retningsgivende fordeling, hvor halvdelen af rammen fordeles ligeligt ud, (fordelt i forhold til de 21 sundhedsfællesskaber) og resten fordeles efter indbyggertal i sundhedsfællesskaberne. Fordelingen kan ses på kortet i nedenfor.

# Nye moderne sundhedshuse – fordeling af 4 mia. kr. til det nære sundhedsvæsen

Sundhedsfællesskaberne




## Fordeling til sundhedshuse

Kortet illustrerer en retningsgivende fordeling mellem kommuner af Nærhedsfondens midler til sundhedshuse. Det er illustreret med en 50/50 model. 2 mia. kr. er fordelt ligeligt på de 21 sundhedsfællesskaber, og 2 mia. kr. er fordelt på baggrund af indbyggertallet i de 21 sundhedsfællesskaber.

Herudover kommer en forudsat lokal medfinansiering på ca. 25 pct. Fondsfinansieringen gøres særligt fordelagtig for økonomisk svagt stillede kommuner.

Aftaleparterne er enige om, at økonomisk svagt stillede kommuner skal prioriteres gennem reduceret krav til egenfinansiering og eventuelt låneadgang. Derudover øremærkes op til 150 mio. kr. til Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune på grund af hovedstadsområdets særlige udfordring med for mange sololæger.

## En ny Nærhedsfond giver et løft på 8,5 mia. kr. 2020-2025

Nærhedsfonden er ny ekstra finansiering, der skal fungere som løftestang for den udvikling af kapacitet og kompetencer i det nære sundhedsvæsen i kommuner og almen praksis, som er et centralt mål med sundhedsreformen.

Det sker bl.a. gennem store investeringer i sundhedshuse og gennem et løft af kompetencer og kvalitet i den kommunale indsats i samspil med kvalitetsplanen.

Nærhedsfonden udgør samlet 8,5 mia. kr. 2020-2025. Fondens midler udgør et målrettet ekstraordinært tilskud til at få løftet udviklingen af det nære sundhedsvæsen, der kommer oven i den løbende prioritering til sundhedsområdet de kommende år gennem økonomiaftaler og finanslovaftaler.

Fondens 8,5 mia. kr. fordeles med 4 mia. kr. til anlæg og 4,5 mia. kr. til drift. Driftsmidlerne er varige og videreføres efter 2025.

Nærhedsfondens midler prioriteres til følgende indsatsområder:

- Nye sundhedshuse, med henblik på etableringen af en ny infrastruktur for de nære sundhedstilbud, herunder mulighed for prioritering af psykiatrien i forbindelse med udmøntningen af midler.
- Kapacitets- og kompetenceløft i det nære sundhedsvæsen i kommuner og almen praksis til bl.a. mere sundhedspersonale og til at understøtte, at kommunerne og praksispersonale har de rette kompetencer til at leve op til de krav til opgaveløsning og kvalitetsstandarder, der følger af kvalitetsplanen.
- Styrket rådgivning fra sygehuse til almen praksis og kommuner, der understøtter en ændring af regionernes rådgivningsforpligtelse i sundhedsloven, så sygehusene understøtter det øvrige sundhedsvæsen med hurtig og fleksibel adgang til rådgivning.
- Øget tryghed og sammenhæng i akutberedskabet gennem dels flere akutbredskaber i områder af landet med særlige behov, dels etableringen af en national model for akutområdet, der sikrer en ensartet og enstrenget sundhedsindsats på det akutte område.
- Flere uddannelsesstillinger i almen medicin i lyset af efterspørgsel efter alment praktiserende læger samt udfordringer med læger, der forventes at være på vej på pension.
- Et udvidet Medicinråd: Medicin og Behandlingsråd.
- Fri adgang til fysioterapeut og dermed aflastning af læger: En ophævelse af kravet om henvisning fra egen læge for adgang til tilskudsberettiget fysioterapibehandling fra 2021.
- Styrkelse af kapacitet og kvalitet for de mest syge psykiatriske patienter med en opgradering af sengepladser i voksenpsykiatrien til intensive sengepladser.

- Fremrykket udbygning af behandlingskapacitet i psykiatrisk speciallægepraksis for børn og unge med henblik på at få flere speciallæger i områder, der i dag ikke har et stort antal praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri.
- En særlig indsats for sårbare unge mellem 17 og 20 år for at sikre sammenhængende overgange mellem børne- og ungepsykiatrien og voksenpsykiatrien.
- En ny specialiseringsvej for social- og sundhedsassistenter inden for palliation.
- Undersøgelse og forsøg vedrørende mænd på social- og sundhedsuddannelserne.

# Den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet

## Regeringen og Folketinget fastsætter retningen med en udviklingsplan

Der er behov for at sikre et stærkt fælles nationalt forankret sundhedsvæsen. Regeringen og Dansk Folkeparti er derfor enige om at give regeringen og Folketinget styrkede kompetencer til at fastsætte retningen for sundhedsvæsenets udvikling.

Sundhedsministeren fastsætter fremover en årlig udviklingsplan for Sundhedsvæsen Danmark og de fem sundhedsforvaltninger. Udviklingsplanen beskriver den overordnede retning og prioriteringer på sundhedsområdet. Sundhedsvæsen Danmark og sundhedsforvaltningerne forpligtes til at følge indholdet i udviklingsplanen. Sundhedsministeren gives endvidere beføjelser til at fastsætte fælles retningslinjer og krav på akutområdet og på it- og dataområdet.

Den samlede økonomiske ramme vil blive fastlagt efter dialog mellem regeringen og Sundhedsvæsen Danmark. Rammen indgår som en del af regeringens finanslovforslag og forudsætter dermed Folketingets tilslutning som en del af en finanslovaftale.

Sundhedsstyrelsen vil få kompetence til at fastlægge en kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen. Kvalitetsplanen vil danne udgangspunkt for, at de nære sundhedsopgaver løses på et mere ensartet niveau og med høj kvalitet. Nærhedsfonden vil prioritere midler til kapacitets- og kompetenceløft i det nære sundhedsvæsen i kommuner og almen praksis til bl.a. mere sundhedspersonale og til at understøtte, at kommunerne og praksispersonale har de rette kompetencer til at leve op til de krav til opgaveløsning og kvalitetsstandarder, der følger af kvalitetsplanen.

## Sundhedsvæsen Danmark sikrer fremdrift og sammenhængende løsninger i hele landet

Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om at sikre en markant højere grad af koordination og understøtte den nationale retning for sundhedsvæsenet. Med det sigte oprettes en ny myndighed, Sundhedsvæsen Danmark, som skal sikre fremdrift i de fem sundhedsforvaltninger og udbrede de gode løsninger til hele landet.

Sundhedsvæsen Danmark vil få en bestyrelse udpeget af regeringen. Formændene for de fem sundhedsforvaltninger er fødte medlemmer i bestyrelsen. Bestyrelsen vil herudover bestå af en formand, ét medlem udpeget efter forslag fra patientforeningerne samt fire øvrige medlemmer, fx med sundhedsfaglige kompetencer, drifts- og ledelsesmæssige kompetencer samt juridiske kompetencer.

Bestyrelsesmedlemmer (udover formændene for sundhedsforvaltningerne) udpeges for en periode på fire år, hvor halvdelen af medlemmerne udskiftes hvert andet år. Bestyrelsen nedsættes allerede med virkning fra 1. april 2020 for at forberede overgangen til en ny struktur.

Sekretariatet for Sundhedsvæsen Danmark etableres i Aarhus.

Sundhedsvæsen Danmark vil få til opgave at:

- Følge op på patientrettighederne, så alle patienter har sikkerhed for, at rettighederne efterleves ens og korrekt i hele landet.
- Implementere de nationale retningslinjer på akutområdet.
- Sikre efterlevelsen i sundhedsforvaltningerne af de nationale retningslinjer for sammenhængende sundheds-it og bedre brug af data til kvalitetsudvikling og forskning.
- Godkende større it- og digitaliseringsprojekter i sundhedsforvaltningerne.
- Fastsætte bindende standarder på indkøbsområdet, herunder beslutte fælles indkøb på tværs af sundhedsforvaltningerne, hvor det er fordelagtigt.
- Understøtte det forpligtende nationale samarbejde om højt specialiseret behandling.

På disse områder vil Sundhedsvæsen Danmark have en afgørende indflydelse på sundhedsforvaltningernes opgavevaretagelse.

Bestyrelsen for Sundhedsvæsen Danmark vil få et stærkt afsæt for at skabe større koordination på sundhedsområdet. Det gælder også på områder, der ikke er omfattet af den formelle koordinationskompetence. Denne rolle understøttes bl.a. af, at alle bestyrelsesformænd for sundhedsforvaltningerne indgår i bestyrelsen for Sundhedsvæsen Danmark.

Sundhedsvæsen Danmark vil repræsentere sundhedsvæsenet i drøftelser med regeringen om den videre udvikling af sundhedsvæsenet og om de økonomiske rammer herfor.

Sundhedsvæsen Danmark vil endvidere få til opgave at videreføre nogle af de opgaver, som regionerne hidtil i fællesskab har løst. Overenskomst- og forhandlingsområdet, Medicinrådet og Amgros vil således med uændret geografisk placering blive videreført og høre under Sundhedsvæsen Danmark.

På overenskomstområdet videreføres et særligt nævn med tilhørende sekretariat, der skal varetage arbejdsgiverrollen i forbindelse med indgåelse af overenskomster mv. Dermed opretholdes et system med særskilte overenskomster for ansatte i sundhedsvæsenet. Med henblik på at sikre størst mulig kontinuitet forudsættes det, at det nuværende overenskomst- og forhandlingspersonale i Danske Regioner kan virksomhedsoverdrages og udgøre det fremtidige sekretariat, jf. også kapitel om overgangen til ny struktur.

Amgros, som hidtil har varetaget fælles indkøb af sygehusmedicin, vil ud over de nuværende opgaver få udvidet arbejdsområdet til også at omfatte koordination af indkøb af medicinsk udstyr. Indkøbet af medicinsk udstyr skal medvirke til at øge kvaliteten og effektiviteten af patientbehandlingen. Her er det væsentligt, at der, med inddragelse af relevante fagpersoner, indgår overvejelser om udnyttelse af relevant sundhedsinnovation, og at udstyret bidrager til, at patienterne får den bedste og mest omkostningseffektive behandling, så indkøbet og driften af udstyret samlet set bidraget til den mest effektive drift af sundhedssektoren.

*Et udvidet Medicinråd: Medicin- og Behandlingsråd*
Sundhedsområdet er præget af en betydelig nyudvikling af nye og i mange tilfælde dyre behandlingsmetoder og medicinsk udstyr. For at understøtte den løbende prioritering, så sundhedsvæsenet også fremadrettet kan sikre behandling af høj kvalitet for alle patienter, udvides Medicinrådet til også at kunne vurdere nye, dyre medicinske teknologier og behandlingsformer.

Medicin- og Behandlingsrådet får til opgave at anbefale nye medicinske teknologier og behandlingsformer og fravalg af samme i sundhedsvæsenet på baggrund af en vurdering af effekten set i forhold til omkostningerne. Rådet kan udstede anbefalinger om udrulning af den mest rationelle behandlingsform. Der lægges op til, at der foretages 5-8 analyser årligt med opstart i 2020.

Udvidelsen ligger i forlængelse af overvejelserne bag Medicinrådet, hvor partierne samlet tilkendegav, at man på sigt kunne rette fokus mod teknologi og behandlinger generelt.

Der foreligger begrænset erfaring med sådanne vurderinger, og Medicinrådet udarbejder derfor i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og Lægemiddelstyrelsen og øvrige relevante aktører i 2019 en analyse om metode og tilgang i vurderingen af nye, dyre teknologier og behandlinger.

## Nye sundhedsforvaltninger erstatter regionerne

Driften af sundhedsvæsenet vil fremover komme til at ske inden for rammerne af stærkere nationale retningslinjer. Sundhedsvæsenet skal i højere grad fungere som et samlet sundhedsvæsen med samme høje standard overalt i landet. Til varetagelse af driften oprettes fem nye sundhedsforvaltninger, der overtager regionernes opgaver på sundhedsområdet under den stærkere nationale styring. Regionernes øvrige opgaver udskilles, jf. afsnit om de øvrige opgaver ud over sundhed.

Hver sundhedsforvaltning ledes af en bestyrelse på otte medlemmer, der udpeges af regeringen. I bestyrelsen vil indgå medlemmer med erfaring med sundhedssektoren og væsentlige ledelseserfaring, herunder skal minimum én person i hver bestyrelse have stærke sundhedsfaglige kompetencer fx forsknings- eller lægefaglige. Der vil være tale om:

- En formand
- Tre medlemmer udpeget efter indstilling fra kommunerne i området
- Ét medlem udpeget efter forslag fra patientforeningerne
- Tre øvrige medlemmer med kompetencer inden for fx it, anlæg, jura og driftsledelse ud over sundhedsfaglige kompetencer

Formanden for den enkelte sundhedsforvaltning vil samtidig være født medlem af den nationale bestyrelse for Sundhedsvæsen Danmark.

Alle medlemmer af bestyrelsen skal være bosiddende i sundhedsforvaltningens område. De tre medlemmer som udpeges efter indstilling fra kommunerne skal være bosiddende i forskellige sundhedsfællesskabsområder med henblik på at sikre en geografisk spredning i repræsentationen.

Bestyrelsen nedsættes allerede med virkning fra 1. april 2020 for at forberede overgangen til ny struktur. Bestyrelsesmedlemmer udpeges for en periode på fire år. Den første udpegningsperiode for de kommunale repræsentanter og medlemmet udpeget af patientforeningerne vil dog blive to-årig fra 1. april 2020 og frem til udgangen af marts 2022 med henblik på at udpegningen af disse repræsentanter fremover kan ske umiddelbart efter kommunevalgene. De øvrige medlemmer tiltræder første periode fra 1. april 2020 til udgangen af marts 2024.

Aftaleparterne ønsker, at de nuværende fem regionsrådsformænd påtager sig opgaven som formænd for sundhedsforvaltningerne i den første udpegningsperiode.

Den uændrede geografiske afgrænsning af sundhedsforvaltningerne giver kontinuitet i forhold til administrationen af sundhedsvæsenet, herunder styringen af de store sygehusbyggerier. Den betyder også, at der for personalet på sundhedsområdet vil blive skabt trygge rammer for at gå på arbejde på samme sted, som man plejer.

De administrative hovedsæder for de fem sundhedsforvaltninger forbliver uændret i Aalborg, Viborg, Vejle, Sorø og Hillerød. Størstedelen af det administrative personale på regionsgårdene, herunder den administrative ledelse, vil efter virksomhedsoverdragelseslovens principper overgå til de nye sundhedsforvaltninger.

Den årligt fastsatte økonomiske ramme på sundhedsområdet i udviklingsplanen fordeles mellem sundhedsforvaltningerne efter samme fordelingsnøgler som hidtil. Dermed vil der også være skabt stabile økonomiske forhold i forbindelse med overgangen til ny organisering.

Parterne forventer, at sundhedsforvaltningerne vil tage bestik af de investeringsplaner, som indgår i de regionale budgetaftaler for 2019. Budgetoverslagsårene i regionernes politisk vedtagne investeringsplaner vil således være udgangspunktet for sundhedsforvaltningernes investeringsplaner. Det samme gælder eksempelvis for de regionale prioriteringer og investeringsbeslutninger i tilknytning til de 16 kvalitetsfondsstøttede byggerier rundt om i landet.

Parterne forventer, at sundhedsforvaltningerne vil tage bestik af de investeringsplaner, som indgår i de regionale budgetaftaler for 2019. Beslutninger truffet før aftalen om en sundhedsreform, som er afspejlet i budgetoverslagsårene i regionernes politisk vedtagne investeringsplaner, vil således være udgangspunktet for sundhedsforvaltningernes investeringsplaner. Det samme gælder for allerede besluttede regionale prioriteringer og investeringsbeslutninger i tilknytning til de 16 kvalitetsfondsstøttede byggerier rundt om i landet, hvor det er væsentligt, at de planlagte kvalitetsfondsprojekter færdiggøres. Beslutninger om øvrige regionale projekter i tilknytning til kvalitetsfondsprojekterne forudsættes ligeledes opretholdt. Det gælder fx etablering af stråleterapi på Regionshospitalet i Gødstrup efter afslutning af kvalitetsfondsprojektet. Tilsvarende har Region Hovedstaden planlagt kvalitetsfondsbyggeriet i Hillerød sådan, at der vil kunne etableres et produktionskøkken i tilknytning til hospitalet. Det ændrer sundhedsreformen ikke på.

*Life science*

Forskning og udvikling af nye behandlingsmetoder er en kerneopgave i det danske sundhedsvæsen. Og det er centralt for regeringens vision om, at Danmark skal være en førende life science nation i Europa. Det offentlige sundhedsvæsens tradition for at udvikle innovative behandlinger, også i samarbejde med private aktører, bl.a. om kliniske forsøg, er vigtig for at kunne tilbyde behandling af høj kvalitet.

Med den nye organisering fastholdes det stærke fokus på udviklingen i life science branchen. Som i dag vil der være et vedvarende fokus på at styrke innovation og forskning, herunder også klinisk forskning. Kliniske forsøg er helt afgørende for udviklingen af nye lægemidler og medicinsk udstyr og er til gavn for forskningsmiljøerne, patienter og læger, der får hurtigere adgang til og erfaring med nye lægemidler og medicinsk udstyr.

# De øvrige opgaver udover sundhed

Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om, at regionernes øvrige opgaver udover sundhed skal flyttes til den myndighed, hvor de ligger mest naturligt i forlængelse af andre eksisterende opgaver. Der er desuden enighed om, at enkelte opgaver også vil falde bort, da de ikke længere er relevante i den nye struktur. Det skal være med til at sikre en mere enkel, effektiv og sammenhængende opgaveløsning i den offentlige sektor. Hvor pengene bruges der, hvor de giver mest værdi for borgeren.

## De specialiserede sociale tilbud og specialundervisning

Regionerne driver i dag lidt over 60 tilbud på det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet. Nogle af disse tilbud retter sig mod meget små målgrupper og/eller med meget komplekse behov. Det er afgørende for aftaleparterne, at den mest specialiserede viden på det sociale område og på specialundervisningsområdet sikres og videreudvikles, så der også fremover er de rette tilbud og specialiseret viden til målgrupperne. Derfor vil placeringen af de regionalt drevne socialtilbud og specialundervisningstilbud i den nye struktur ske på en sådan måde, at der tages hensyn til tilbuddenes særlige karakter, herunder bl.a. under hensyn til den sundhedsfaglige indsats i eksempelvis Synscenter Refsnæs.

I dag eksisterer den nationale koordinationsstruktur (NATKO), der blev oprettet efter evalueringen af kommunalreformen, med det formål at sikre, at vi i Danmark har et tilstrækkelig udbud af højt specialiserede tilbud og indsatser til målgrupper med sjældne eller særligt komplekse behov. NATKO indebærer i praksis, at Socialstyrelsen skal sikre, at kommunerne har adgang til tilbud til personer med behov for særlig ekspertise.

Der er derfor enighed om at igangsætte en undersøgelse med henblik på at identificere de regionale tilbud, som indeholder mest specialiseret viden og dermed leverer de mest specialiserede indsatser. Undersøgelsen skal være afsluttet i august 2019. Børne- og socialministeren og undervisningsministeren kan i forbindelse med en høring over de identificerede tilbud fastsætte deres fremtidige placering i den nye decentrale struktur. Parterne er desuden enige om at styrke den nationale koordinationsstruktur med henblik på - via en observationsliste over de identificerede mest specialiserede regionale tilbud - at følge udviklingen i specialiseringen og sikre, at behovet for en specialiseret indsats og viden fortsat imødekommes. Sigtet er at sikre, at borgere med sjældne og eller særligt komplekse behov har adgang til tilbud af høj kvalitet.

## Lokal og regional kollektiv trafik

Parterne er enige om at sikre en stærk, lokal forankring af den kollektive bus-, privatbane-, og letbanetrafik. Derfor skal kommunerne overtage den fulde styring af de regionale trafikselskaber, som videreføres med den nuværende geografiske dækning. Dette vil endvidere sikre en mere klar og enkel ansvarsfordeling.

De fælleskommunale trafikselskaber får til opgave samlet set at sørge for en passende lokal og regional kollektiv trafikforsyning. Kommunerne vil fortsat være forpligtede til at deltage i det trafikselskab, som de i dag deltager i. Som udgangspunkt fastholdes den struktur, der er i dag med fire trafikselskaber vest for Storebælt og med ét trafikselskab øst for Storebælt og

derudover med Bornholm som et selvstændigt trafikselskab. De fire selvstændige ø-kommuner vil fortsat kunne varetage den kollektive trafik selvstændigt uden om et trafikselskab.

Parterne er desuden enige om, at alle medlemmer til trafikselskabets bestyrelse udpeges af og blandt kommunalbestyrelsesmedlemmer, og at reglerne for valg til trafikselskabernes bestyrelse ændres, således at henholdsvis København, Aarhus, Aalborg og Odense kommuner får to faste pladser i deres respektive trafikselskabers bestyrelse. De øvrige pladser i bestyrelsen besættes ved forholdstalsvalg (d'Hondts metode), hvor repræsentantskabsmedlemmerne har stemmer svarende til kommunens indbyggertal med mulighed for valgforbund. Som udgangspunkt vil der som i dag være syv kommunalt udpegede bestyrelsesmedlemmer.

Kommunerne vil fortsat have mulighed for at komme med konkrete ønsker til den lokale busbetjening, og det er i sidste ende den enkelte kommune, der godkender trafikselskabets forslag til trafikplan for kommunen. Kommunerne vil ligeledes have mulighed for at komme med forslag og bemærkninger til den regionale bustrafik, idet den endelige beslutningskompetence herfor dog ligger hos det fælleskommunale trafikselskabs bestyrelse. Aftaleparterne er enige om at undersøge mulighederne for at øge kommunernes frihedsgrader og fleksibiliteten for kommunerne i forbindelse med bestilling og indkøb af kommunal bustrafik. Undersøgelsen foretages med inddragelse af relevante parter inden udgangen af 2019.

Trafikselskaberne fastlægger fremover omfanget af den regionale kollektive trafik, mens kommunerne som hidtil bestiller og betaler for lokal kollektiv trafik. Finansieringen af den regionale kollektive trafik sker via passagerindtægter, via direkte statslige tilskud til privatbanetrafik, jf. nedenfor, og via bidrag fra kommunerne. Trafikselskabernes bestyrelse får således kompetencen til at opkræve finansiering af den regionale trafik hos kommunerne efter indbyggertal. Niveauet for denne regionale trafik og dermed finansieringsomfanget besluttes af trafikselskabets bestyrelse, jf. dog nedenfor vedrørende letbaner.

Parterne er enige om, at regionernes fulde tilskud til regional trafik videreføres efter regionernes nedlæggelse. Det vil ske ved, at et beløb heraf svarende til regionernes nuværende forbrug på privatbanetrafik fordeles fra staten direkte til trafikselskaberne efter antal kilometer privatbanespor med trafik, mens det resterende tilskud fordeles til kommunerne, så kommunerne kompenseres for deres fremtidige bidrag til trafikselskabet for regional trafik, med en fremadrettet regulering efter sædvanlige DUT-principper.

*Særligt vedrørende privatbaner og letbaner*
Trafikselskaberne ejer i dag store andele af landets privatbaneselskaber. Dette ejerskab opretholdes uændret. Desuden opretholdes trafikselskabernes nuværende låneadgang til at finansiere anlægs- og materielinvesteringer i privatbanerne.

Det statslige tilskud til privatbanetrafik er betinget af, at der opretholdes trafik på privatbanerne på samme måde som det tilskud regionerne i dag modtager til privatbaner er betinget af opretholdelse af trafik. Trafikselskaberne vil i øvrigt fremover modtage det tilskud vedrørende privatbaners tjenestemandspensioner, som staten yder frem til 2030.

Placering af regionernes ejerskab og øvrige forpligtelser i forhold til Aarhus Letbane og Hovedstadens Letbane skal aftales nærmere med de lokale parter. Aftaleparternes udgangspunkt er, at Region Midtjyllands ejerskab for så vidt angår Aarhus Letbane (50 pct.) overgår

til Aarhus Kommune, som i dag ejer den anden halvdel af letbaneselskabet. Det er endvidere parternes udgangspunkt, at Region Hovedstadens ejerskab af Hovedstadens Letbane (43 pct.) overgår til de 11 nuværende ejer-kommuner. Fremover vil letbanerne således fuldt ud være kommunalt ejede.

Regionernes økonomiske forpligtelser over for letbaneselskaberne overgår til kommunerne i de relevante regioners område. Således vil Movia og Midtrafik være forpligtet til at opkræve betaling fra kommunerne i henholdsvis Region Hovedstaden (ekskl. Bornholm) og Region Midtjylland (ekskl. Samsø) svarende til de forudsatte betalinger fra regionerne. Med denne finansieringsmodel for de regionale anlægs- og driftsforpligtelser vil de geografiske områder, der dækker regionens finansieringsandel være sammenfaldende med de geografiske områder, der har truffet beslutningen om denne finansiering. For så vidt angår Odense Letbane vil Fynbus være forpligtet til at opkræve betaling for regionens finansieringsandel hos kommunerne på Fyn.

*Lokal togtrafik på udvalgte strækninger*
I dag har regionerne ansvaret for indkøb af statslig finansieret lokal togtrafik på udvalgte strækninger. Parterne er enige om, at regionernes trafikkøberansvar for lokal togtrafik på udvalgte strækninger fremover varetages af trafikselskaberne.

*Særligt for hovedstadsområdet*
Parterne er enige om, at der i hovedstadsområdet gælder særlige trafikale udfordringer, som kræver en særlig løsning. Regeringen har derfor foreslået etablering af Hovedstadens Offentlige Transport, HOT, hvilket vil være et nyt trafikselskab i hovedstadsområdet. En tværministeriel arbejdsgruppe er nedsat for nærmere at konkretisere modeller for en sådan ny organisation. Med udgangspunkt heri vil transport-, bygnings- og boligministeren tage initiativ til særskilte forhandlinger herom.

## Miljø
Opgaven med at forebygge og forhindre skadelige virkninger fra jordforurening skal styrkes i den nye struktur. Der er derfor enighed om, at staten overtager regionernes opgaver vedrørende kortlægning, prioritering og udførelse af oprydninger, mens kommunerne fortsat vil varetage en central rolle i den nære kommunikation med og rådgivning af borgerne.

Placeringen af opgaven i staten giver mulighed for tværgående national prioritering, faglige synergier og opgaveprioritering. Aftaleparterne forventer, at dette vil resultere i en effektiviseringsgevinst på op til 0,5 mia. kr. i alt i perioden 2021-2030, som kan anvendes på de ni såkaldte generationsforureninger. De frigivne midler kommer oveni den allerede eksisterende indsats mod generationsforureninger. Aftaleparterne er enige om at prioritere 200 mio. kr. af den forudsatte effektiviseringsgevinst fra 2021-2030 samt 100 mio.kr. i alt i 2019 og 2020 fordelt på 150 mio. kr. til at øge indsatsen over for de forureninger, der stammer fra Grindstedværket (Grindsted by og Kærgaard Klitplantage) og tilsvarende 150 mio. kr. til en øget indsats over for forureningerne fra Cheminova på Harborøre Tange (Høfde 42 og fabriksgrundene). De 100 mio. kr. i alt i 2019 og 2020 disponeres fra regeringsreserven og reserve til grønne initiativer. Midlerne vil blive prioriteret til generationsforureningerne i takt med, at effektiviseringerne realiseres. Midlerne i 2019 og 2020 skal udmøntes efter aftale med Danske Regioner.

Samlet prioriteres der dermed 600 mio. kr. til de mest komplekse jordforureninger. Den danske viden som opbygges ved ovenstående indsatser vil bidrage til, at danske virksomheder kan hjælpe med at håndtere forureninger i resten af verden.

Prioriteringen af den samlede jordforureningsopgave i øvrigt og den nærmere udmøntning af de prioriterede midler til generationsforureningerne forankres i et nævn. Nævnets arbejdsområde afgrænses til en konkret og fagligt funderet indsatsprioritering. Miljø- og fødevareministeren får kompetence til at udpege nævnet, som vil bestå af en uafhængig formand og fem medlemmer. Medlemmerne udpeges på baggrund af deres faglige meritter i relation til håndtering af jordforurening. Nævnet sekretariatsbetjenes af Miljøstyrelsen.

Regionerne deler i dag ansvaret for forvaltningen af råstofområdet med staten. Der er enighed om fremover at placere opgaverne med at kortlægge råstofforekomster, udarbejde råstofplaner, udstede tilladelser til indvinding på land og føre tilsyn i Miljø- og Fødevareministeriet, som allerede i dag har ansvaret for råstofindvindingen til havs. Aftaleparterne forventer, at samlingen af ansvaret hos Miljø- og Fødevareministeriet vil give et stærkt fagligt miljø, en mere effektiv opgaveløsning samt en mere tværgående styring.

## Kultur

Parterne ønsker at understøtte et varieret kulturliv, hvor regionernes hidtidige mulighed for tilskud til igangsættelse af kulturbegivenheder og udvikling af kulturelle tilbud rundt om landet videreføres i den nye struktur. Der er derfor enighed om, at opgaven placeres hos staten. Midlerne uddeles via Kulturministeriets kulturaftaler med kommunerne, regionale kunstfonde og Sport Event Danmark.

## Undervisning

Der skal fortsat være et tilstrækkeligt og varieret uddannelsestilbud af ungdomsuddannelser på tværs af hele landet. Aftaleparterne er derfor enige om, at undervisningsministeren fremover skal overtage regionernes koordinerende rolle og sikre, at der også fremadrettet tages højde for lokale forhold. Det vil fx ske gennem høring af lokale interessenter i forbindelse med placeringen af uddannelsesudbud. Undervisningsministeren vil endvidere få beføjelse til at påbyde en institution at indgå i et forpligtende samarbejde tilsvarende regionsrådets beføjelser i dag.

Aftaleparterne er enige om, at der også i fremtiden skal findes et varieret og tilstrækkeligt uddannelsesudbud uden for de store byer i Danmark, så unge har gode muligheder for at vælge en uddannelse i sit nærområde. Derfor aftalte regeringen og Dansk Folkeparti på aftale om finansloven for 2019 at afsætte 10 mio. kr. årligt i perioden 2019-2022 til en midlertidig forhøjelse af det nuværende udkantstilskud for at understøtte almene gymnasier i tyndt befolkede områder og understøtte et bredt geografisk udbud af gymnasier i hele landet.

Aftaleparterne noterer sig desuden, at regeringen har igangsat et eftersyn af taxameter- og tilskudssystemet på ungdomsuddannelsesområdet, som bl.a. i højere grad skal understøtte kvalitet, resultater og et bredt udbud af ungdomsuddannelser i hele landet. Der er med aftale om finansloven for 2019 afsat 60 mio. kr. årligt til at understøtte overgangen til et nyt taxameter- og tilskudssystem.

## Regional udviklingsstrategi

Regionerne har i dag mulighed for at udarbejde en regional udviklingsstrategi om regionale udviklingsopgaver inden for kollektiv trafik, kultur, uddannelse og miljø. Med den nye placering af disse opgaver er parterne enige om, at det ikke længere er relevant at udarbejde en regional udviklingsstrategi. Afskaffelsen af den regionale udviklingsstrategi frigiver administrative ressourcer, som indgår i finansieringen af Nærhedsfonden.

## Partistøtte

Der er enighed om, at den regionale partistøtte bortfalder. De frigivne midler indgår i finansieringen af Nærhedsfonden.

## Bornholms Regionskommune

Bornholms Regionskommune har i dag særlig hjemmel til at varetage de fleste af regionernes opgaver udover sundhed. Den største enkeltopgave er den kollektive trafik, hvor Bornholms Regionskommunes opgave ikke vil blive påvirket af den ændrede opgavevaretagelse, da den hidtidige finansiering fra regionen bliver omlagt til et kommunalt bloktilbud. Parterne er enige om, at de resterende øvrige opgaver fremover vil skulle løses på samme måde som i det øvrige land. Regeringen vil nærmere drøfte de økonomiske konsekvenser af omlægningen med Bornholms Regionskommune.

## Grænseoverskridende samarbejde

Regionerne deltager sammen med kommunerne i en række grænseoverskridende samarbejder eksempelvis Øresundsregionens "Greater Copenhagen" og i det dansk-tyske grænseland. Efter ikrafttræden af erhvervsfremmereformen 1. januar 2019 har kommunerne fået en mere fremtrædende rolle i disse samarbejder, da regionerne ikke længere kan deltage i erhvervsfremmeindsatser, herunder turisme. Aftaleparterne lægger vægt på, at kommunerne også fremover kan indgå i grænseoverskridende samarbejder, ligesom Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse vil kunne igangsætte og finansiere grænseoverskridende projekter og samarbejder inden for rammerne af dens strategi for den decentrale erhvervsfremmeindsats.

Parterne er desuden enige om at understøtte, at kommunerne fortsætter de grænseoverskridende samarbejder i det dansk-tyske grænseland også om andre forhold end erhvervsfremme fx kultur, uddannelse, sundhed, kollektiv trafik og miljø. Samarbejdet forankres bl.a. i kontoret for Region Sønderjylland-Schleswig i Padborg, der allerede i dag har ansvar for det institutionelle samarbejde i grænseregionen. Der vil fortsat ske en inddragelse af aktørerne, herunder mindretallene i det fremadrettede grænseoverskridende samarbejde, også når det handler om de fremtidige grænseregionsrelaterede interregprojekter i indeværende programperiode.

Ud over forankringen af det grænseoverskridende samarbejde i de fire Sønderjyske kommuner, vil samarbejdet mellem den danske regering og delstatsregeringen i Slesvig-Holsten som politisk ramme for fælles dansk-tyske grænselandsprojekter blive styrket.

Der er derfor enighed om at videreføre de tilskud som Region Syddanmark og Region Sjælland yder til grænseoverskridende samarbejder i 2019 til det dansk-tyske grænseland omkring de fire sønderjyske kommuner og Femern-området.

# Finansiering

Regeringen og Dansk Folkeparti er med Aftalen om sundhedsreformen enige om at afsætte 8,5 mia. kr. i alt i 2020-2025 til en Nærhedsfond. Endvidere prioriteres 0,3 mia. kr. 2019-2025 til styrkede patientrettigheder og knap 0,2 mia. kr. 2019-2025 til flere hænder.

De samlede udgifter på knap 9 mia. kr. finansieres gennem afsatte midler på finansloven, de administrative besparelser, der muliggøres gennem reformen, videreførte puljemidler, en negativ budgetregulering målrettet beskæftigelses- og integrationsindsatsen samt prioritering fra rammen for offentlige investeringer og en forudsat brug af Danske Regioners formue.

**Tabel**

**Aftale om en sundhedsreform – tiltag og finansiering 2019-2025**

| *Mio. kr., 19pl* | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** | **2019-25** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nye tiltag** | | | | | | | | |
| Nærhedsfonden | **-** | 744 | 1.350 | 1.601 | 1.601 | 1.602 | 1.602 | 8.500 |
| - *Investeringer* | - | *500* | *700* | *700* | *700* | *700* | *700* | *4.000* |
| - *Drift* | - | *244* | *650* | *901* | *901* | *902* | *902* | *4.500* |
| Styrkede patientrettigheder | 21 | 50 | 45 | 44 | 44 | 44 | 44 | 292 |
| Flere hænder | 132 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 177 |
| Undersøgelse og forsøg vedr. mænd på social- og sundhedsuddannelserne | 2 | - | - | - | - | - | - | 2 |
| **I alt nye tiltag** | **155** | **802** | **1.403** | **1.653** | **1.653** | **1.654** | **1.654** | **8.971** |
| **Finansiering** | | | | | | | | |
| Afsatte midler på finansloven | 155 | 277 | 283 | 308 | 308 | 309 | 309 | 1.946 |
| Frigjorte administrative ressourcer | - | - | 125 | 350 | 350 | 350 | 350 | 1.525 |
| Videreført pulje til læge- og sundhedshuse | - | 200 | 200 | - | - | - | - | 400 |
| Investeringsramme og Danske Regioners formue | - | 300 | 500 | 700 | 700 | 700 | 700 | 3.600 |
| Budgetregulering på beskæftigelses- og integrationsområdet | - | 250 | 250 | 250 | 250 | 250 | 250 | 1.500 |
| **I alt finansiering** | **155** | **1.027** | **1.358** | **1.608** | **1.608** | **1.609** | **1.609** | **8.971** |

Parterne er samtidig enige om, at den nuværende kontingentbetaling fra regionerne til Danske Regioner bortfalder og prioriteres til finansiering af den nye organisering med etablering af Sundhedsvæsen Danmark (i Aarhus) og styrkede nationale kompetencer i udviklingen af kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen og på bl.a. it-området.

De prioriterede midler udgør et ekstra løft til sundhedsområdet, som kommer oven i den løbende prioritering gennem økonomiaftaler, aftaler om udviklingsplaner og finanslovaftaler.

Prioriteringen skal ses som en yderligere tilførsel, der ligger ud over de 380 mio. kr. 2019-2025, som allerede er disponeret til forberedelse af sundhedsreformen gennem indsatser for en styrket almen praksis gennem udspillet "En læge tæt på dig – en plan for fremtidens almene praksis" (juni 2018), bedre sundhedsdata gennem udspillet "*Sundhed i fremtiden – ansvarlig brug af data til gavn for patienten*" (juni 2018) samt til etablering af en svangerskabsjournal.

Parterne er enige om, at Danske Regioners formue, som er skabt gennem offentlig virksomhed og skattebetaling gennem mange år, kan indgå i finansiering af Nærhedsfonden med 0,3 mia. kr. Regeringen vil drøfte dette med Danske Regioner.

Reformen frigør samlet administrative ressourcer på knap 2,3 mia. kr. i perioden 2021-2025. Heraf udmøntes de godt 1,5 mia. kr. i perioden og 350 mio. kr. årligt fuldt indfaset som direkte gevinster gennem bortfald af regionsrådsvederlag mv. samt tilpasning af administrationen på de ikke-sundhedsopgaver, der i dag varetages i regionerne, og som med reformen bortfalder eller overføres til kommunerne og staten. Det afspejler opgavebortfald og synergigevinster som følge af, at de regionale opgaver overføres til myndigheder, der i forvejen varetager lignende administrative opgaver herunder intern administration.

Samtidig fastsættes med aftalen en målsætning om en løbende tilpasning af administrationen på sundhedsområdet på 75 mio. kr. i 2022, 150 mio. kr. i 2023, 225 mio. kr. i 2024 og 300 mio. kr. årligt fra 2025. De frigjorte ressourcer på i alt knap 0,8 mia. kr. i 2022-2025 bliver på sundhedsområdet til brug på øget sundhedsbehandling.

I sammenhæng med målsætningen om reduceret administration er regeringen og Dansk Folkeparti enige om, at det nuværende omprioriteringsbidrag på sundhedsområdet samtidig bortfalder. Omprioriteringsbidraget udgør i dag godt 60 mio. kr. årligt, som tages ud af udgiftslofterne for sundhedsområdet. Målsætningen om en reduceret administration betyder derfor samlet en mere lempelig model end det nuværende omprioriteringsbidrag.

Parterne er samtidig enige om en konsekvent opfølgning, så det sikres, at administrationen reelt nedbringes fra 2022, og at de frigjorte ressourcer omflyttes til et løft af ressourcerne til patientbehandling. Opfølgningen vil indgå i den årlige dialog om udviklingsplanen.

Der tilvejebringes endelig finansiering ved at indfase en negativ budgetregulering på Beskæftigelsesministeriets og Udlændinge- og Integrationsministeriets område på i alt 1,5 mia. kr. i 2020-2025. Den stramme udlændingepolitiske linje har været med til at sikre, at tilstrømningen af asylansøgere er på det laveste niveau siden 2008. En lavere tilstrømning indebærer, at der skal anvendes færre skattekroner på udlændinge- og integrationsområdet end ellers. Oven i det har vi en faldende ledighed og en stigende beskæftigelse, hvilket letter presset på

vores beskæftigelsessystem.  De penge kan i stedet bruges til andre formål. I lyset af den lave ledighed og den lave tilstrømning af asylansøgere til Danmark indarbejdes således i forlængelse heraf en negativ budgetregulering på Beskæftigelsesministeriets og Udlændinge- og Integrationsministeriets område, som udmøntes gennem initiativer, der sikrer en mere målrettet og prioriteret beskæftigelses- og integrationsindsats. Den negative budgetregulering udgør 250 mio. kr. årligt i 2020 og frem, svarende til i alt 1,5 mia. kr. i perioden 2020-2025.

# Overgangen til en ny struktur

I overgangen til den nye struktur skal der sikres så trygge og klare rammer som muligt. Derfor er parterne enige om at skabe tryghed for de sundhedsansattes arbejdssituation, opstille rimelige vilkår for afgående regionrådspolitikere og tage tiltag for at understøtte en smidig og grundig implementering.

## Medarbejderforhold – en tryg overgang

De ca. 137.000 medarbejdere i de danske regioner skal opleve en smidig og ordentlig overgang til den nye organisering. For langt de fleste medarbejdere vil deres arbejdsopgaver fremover ligne sig selv.

Medarbejdere på sygehuse og andre regionale sundhedsinstitutioner vil ifølge virksomhedsoverdragelseslovens regler overgå til de nye sundhedsforvaltninger. Tilsvarende anses ansatte på sociale tilbud og specialundervisningsområdet for omfattet af virksomhedsoverdragelsesloven.

Sundhedsmedarbejderne vil derfor også fremover kunne gå på arbejde og levere den høje kvalitet, som de plejer. Også medarbejderne på regionernes sociale tilbud og specialundervisningsskoler vil trygt kunne fortsætte deres arbejde uanset omlægningerne.

Sundhedsopgaven er i dag langt den største opgave i regionerne svarende til over 90 procent af opgavemængden. Der er derfor endvidere enighed om, at der vil være behov for, at også langt de fleste administrative medarbejdere på regionsgårdene overgår til de nye sundhedsforvaltninger efter virksomhedsoverdragelseslovens principper.

Samtidig er der enighed blandt parterne om, at der på de øvrige, ikke-sundhedsrelaterede områder skal ske administrative tilpasninger som en del af implementeringen af reformen. Det betyder, at en mindre gruppe af de administrative medarbejdere på regionsgårdene ikke bliver overført til den nye struktur. I alt skønnes op mod 800 administrative medarbejdere ud af de ca. 137.000 ansatte at blive berørt af opgaveflytning og opgavebortfald.

Dansk Folkeparti har noteret sig, at ministeren for offentlig innovation har orienteret de ansattes organisationer om regeringens udspil til en sundhedsreform og udspillets forventede konsekvenser for medarbejderne. Ministeren for offentlig innovation har desuden tilkendegivet over for organisationerne, at de relevante organisationer vil blive inddraget i den videre proces, når der foreligger en politisk afklaring om reformen. Herunder vil der kunne ske en drøftelse af håndteringen af de tilpasninger, der skal ske på regionsgårdene. Det vil være naturligt, at Danske Regioner som repræsentant for arbejdsgiversiden inddrages i drøftelserne herom.

Der sigtes efter, at alle medarbejdere i god tid inden den nye struktur træder i kraft 1. januar 2021 vil få en afklaring i forhold til deres fremadrettede jobsituation. Parterne vil desuden opfordre til, at der bliver iværksat en dialog mellem regionerne og de myndigheder, der skal overtage opgaverne med henblik på, at flest mulige berørte medarbejdere får mulighed for et nyt arbejde hos overtagende myndigheder.

## Fordeling af aktiver og passiver og rettigheder og pligter i forbindelse med opgaveflytninger

Langt størstedelen af regionernes aktiver og passiver, rettigheder og pligter er knyttet til de regionale opgaver på sundhedsområdet, som overgår til sundhedsforvaltningerne. Regionernes øvrige opgaver bliver fordelt til enten stat eller kommuner og enkelte vil falde bort.

Sundhedsforvaltningerne vil derfor som udgangspunkt overtage alle regionernes aktiver og passiver. Dog vil aktiver, passiver, rettigheder og pligter, der udelukkende eller helt overvejende er knyttet til de opgaver, der overføres til andre statslige myndigheder eller kommunerne, følge med disse opgaver.

Den foreslåede model er enklere end den som lå til grund for fordelingen i forbindelse med strukturreformen i 2007 og svarende til de principper, der anvendes ved opgaveudlægninger i øvrigt.

Der fastsættes frister i lovgivningen for, hvornår regionerne skal udfærdige en endelig identifikation af aktiver og passiver og rettigheder og pligter, som ikke skal overgå til sundhedsforvaltningerne, således at de modtagende myndigheder gives tid til at agere i forhold til kontrakter mv., som de indtræder i.

## Videreførelse af overenskomstsystemet

Med henblik på i vidt omfang at videreføre de kendte rammer for overenskomstforhandlingerne på sundhedsområdet er parterne enige om at oprette et særligt nævn (svarende til Regionernes Lønnings- og Takstnævn i dag) med kompetence til at indgå lønmodtageroverenskomster og overenskomster med praksissektoren.

Nævnet vil bestå af ti medlemmer som udpeges efter indstilling fra nedenstående parter til ministeren for offentlig innovation:

- Sundhedsvæsen Danmark indstiller ét medlem
- De fem sundhedsforvaltninger indstiller hvert ét medlem
- KL indstiller to medlemmer
- Sundhedsministeren indstiller ét medlem (med vetoret)
- Ministeren for offentlig innovation indstiller ét medlem (med vetoret).

Nævnet vælger en formand blandt de seks medlemmer, der er indstillet af hhv. Sundhedsvæsen Danmark og sundhedsforvaltningerne. Formanden for nævnet skal være bestyrelsesformand for enten Sundhedsvæsen Danmark eller en sundhedsforvaltning. Med henblik på at sikre kontinuitet i arbejdet, forudsættes det, at medarbejderne i Danske Regioners Center for Forhandling, Aftaler og Overenskomster kan virksomhedsoverdrages til den nye struktur.

## Vederlag til regionsrådsmedlemmer i 2021 og regionsrådsformænds vederlag, eftervederlag og pension

Aftaleparterne er enige om, at de 205 regionsrådsmedlemmer ikke skal stilles økonomisk ringere ved, at regionsrådene nedlægges et år før udløb af valgperioden.

Det betyder grundlæggende, at regionsmedlemmer og regionsrådsformændene oppebærer et vederlag, der svarer til det vederlag, de pågældende ville have oppebåret, hvis funktionstiden også omfattede 2021. Det gælder også i forhold til beregningen af eftervederlag og pension.

## Finansieringsudvalg vedr. de byrdefordelingsmæssige virkninger

Med sundhedsreformen tildeles kommunerne en styrket fremtidig rolle gennem gradvist flere opgaver og et løft af det eksisterende kvalitetsniveau i kommunerne. De afledte udgifter heraf kan variere mellem kommunerne bl.a. i lyset af forskelle i befolkningssammensætning mv. Parterne er på den baggrund enige om, at der som led i implementeringen af sundhedsreformen skal gennemføres en afdækning af de byrdefordelingsmæssige konsekvenser af sundhedsreformen efter udligning med henblik at kunne korrigere for eventuelle skævheder. Det skal ske i regi af Økonomi- og Indenrigsministeriets Finansieringsudvalg med henblik på de nødvendige justeringer af udligningssystemet. Finansieringsudvalget forventes at færdiggøre afdækningen i efteråret 2019.

## Implementeringsudvalg mv.

Med henblik på at iværksætte et grundigt forberedelsesarbejde for implementeringen af sundhedsreformen er parterne enige om at nedsætte et implementeringsudvalg.

Implementeringsudvalget vil have deltagelse af Finansministeriet (formand), Sundheds- og Ældreministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, KL og Danske Regioner/Sundhedsvæsen Danmark.

Implementeringsudvalget skal forberede den nye struktur og sikre en god overgang. Implementeringsudvalget nedsætter et underudvalg om forberedelse af sundhedsfælleskaber (nærmere beskrevet nedenfor) og kan herudover nedsætte andre underudvalg.

Øvrige nedsatte udvalg om fx almen praksis, patientrettigheder på speciallægeområdet og barrierer for brug af frit sygehusvalg skal koordinere deres arbejde med det overordnede implementeringsudvalg.

Aftaleparterne vil senest september 2019 få forelagt en status for implementeringsudvalgets arbejde og forventningerne til bl.a. afviklingen af lovprogrammet.

*Forberedelsesudvalg om sundhedsfællesskaber*

Udvalget vil have deltagelse af Sundheds- og Ældreministeriet (formand), Finansministeriet, KL og Danske Regioner/Sundhedsvæsen Danmark. Udvalget skal have til formål at forberede sundhedsfællesskaberne på den opgave, de står overfor, herunder opstarten af sundhedsfællesskaberne og samspillet mellem sundhedsfællesskaberne, kvalitetsplanen og Nærhedsfonden. Udvalget kan inddrage øvrige relevante interessenter efter behov.

## Tidsplan for ikrafttræden

Parterne er enige om, at den ny organisering træder endeligt i kraft den 1. januar 2021. Der er desuden enighed om, at sundhedsfællesskaberne og de nye bestyrelser for Sundhedsvæsen Danmark og sundhedsforvaltningerne vil kunne begynde at forberede deres arbejdsopgaver fra 1. april 2020.

2020 vil fungere som et overgangsår, hvor regionsrådene fortsat vil have ansvaret. Regionsrådene vil alene have fokus på beslutninger vedr. 2020, mens regeringen, Folketinget og Sundhedsvæsen Danmark skal sætte retningen for 2021 og frem. Det særlige nævn vedrørende overenskomster deltager i forberedelsen af overenskomsterne for 2021.

Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om, at en ansvarlig styring i overgangsperioden er central for at sikre de nye bestyrelser et godt grundlag for deres arbejde i den nye struktur. Der vil derfor blive taget de nødvendige skridt for at sikre en balanceret økonomi i de enkelte regioner frem til 31. december 2020. Der vil fortsat være mulighed for at træffe investeringsbeslutninger i overgangsperioden.

Regionernes øvrige opgaver flyttes samtidig med, at regionsrådene ophører pr. 1. januar 2021.

Aftalen er en stemmeaftale. Aftaleparternes tilslutning til aftalen indebærer således, at aftaleparterne forpligter sig til at stemme for de forslag, der implementerer reformen.