



## Notat

### **Orientering vedr. Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger til fremtidens sundhedsvæsen**

Regeringen nedsatte den 28. marts 2023 Sundhedsstrukturkommissionen, der har haft til opgave at udarbejde et beslutningsgrundlag, der opstiller forskellige modeller for organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen. Sundhedsstrukturkommissionen præsenterede tirsdag den 11. juni i alt tre modeller for forvaltningsstrukturen og opgaveplacering i sundhedsvæsenet og seks tværgående anbefalinger.

Nedenfor opsummeres de væsentlige elementer i afrapporteringen i forhold til dels forslag til forvaltningsmodeller og dels de tværgående anbefalinger.

### **Forvaltningsmodeller**

Sundhedsstrukturkommissionen har fået til opgave at opstille og vurdere modeller for organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen, som understøtter et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen præget af lighed, nærhed og en bæredygtig organisering. Sundhedsstrukturkommissionen opstiller tre forvaltningsmodeller for sundhedsvæsenet. Kommissionen anbefaler ikke én konkret forvaltningsmodel, men i overensstemmelse med kommissoriet afvejer kommissionen for hver af modellerne fordele og ulemper.

#### **Model 1 - Regionalt enhedssundhedsvæsen med sundheds- og omsorgsregioner**

I forvaltningsmodel 1 nedlægges de nuværende regioner, og der etableres et nyt forvaltningsled i form af 8-10 sundheds- og omsorgsregioner. Hver sundheds- og omsorgsregion ledes af 21-25 direkte valgte politikere, og det foreslås, at der oprettes nærudvalg som dækker et geografisk delområde i sundheds- og omsorgsregionen. De skal understøtte politisk og administrativ opmærksomhed på omstilling til og udvikling af det primære sundhedsvæsen og på de lokale problemer og behov indenfor sundheds- og omsorgsregionerne.

De nye sundheds- og omsorgsregioner får det samlede ansvar for sygehuse, almenmedicinske tilbud og den øvrige praksissektor. En væsentlig del af kommunernes nuværende opgaver på sundheds- og ældreområdet overføres til de nye sundheds- og omsorgsregioner. Dette inkluderer driftsansvar og politisk ansvar for sundhedsydelse, som nu er placeret hos kommunerne.

11. juni 2024

Edoc-sagsnummer

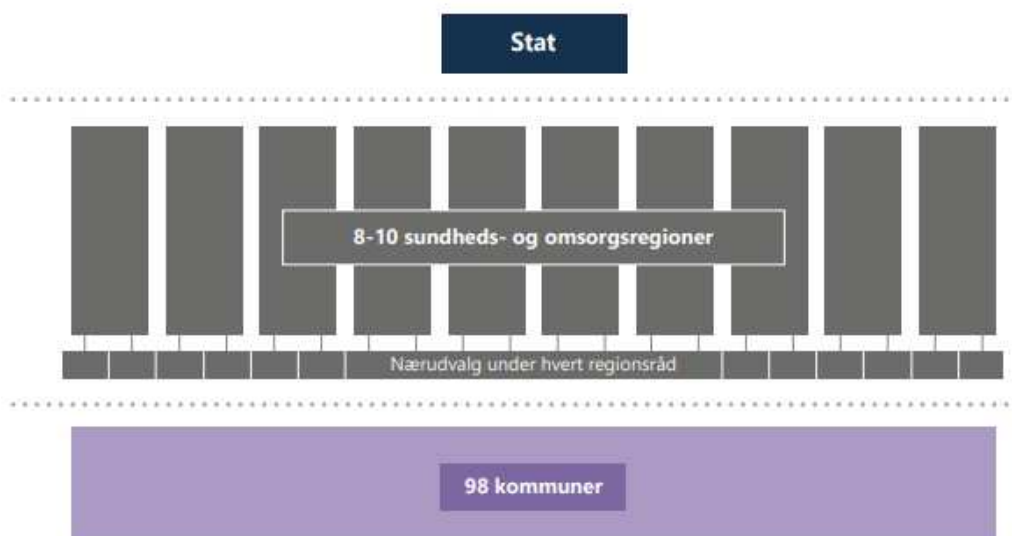
F2 sagsnummer  
2024 - 12433

Sagsbehandler  
Ida Kirstine Riber

De nye sundheds- og omsorgsregioner får dermed et bredt ansvar for sammenhængende opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i dag er delt mellem regioner og kommuner. De eksisterende sundhedsklynger nedlægges, da de ikke er relevante i en model, der samler opgaver på sundheds- og ældreområdet under samme myndighed.

#### Model 1

##### Enhedssundhedsvæsen med 8-10 sundheds- og omsorgsregioner



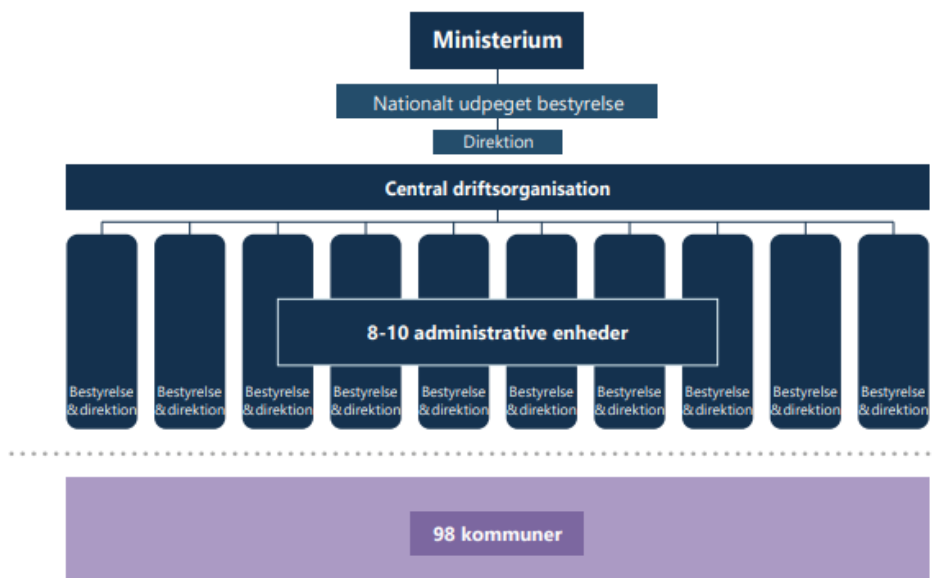
#### Model 2 - Statsligt enhedssundhedsvæsen

I kommissionens anden model nedlægges regionerne, og staten overtager myndigheds- og driftsansvaret for sygehuse, almenmedicinske tilbud og den øvrige praksissektor. Derudover får staten myndigheds- og driftsansvar for de kommunale sundhedstilbud.

"Sundhed og Omsorg Danmark" er en fællesbetegnelse for det opgaveområde, som staten overtager ansvaret for. Det politiske ansvar er placeret hos ministeren for området, som fastsætter den overordnede strategi og udviklingsplan for sundhedsvæsenet.

Der etableres en central bestyrelse og driftsorganisation under det ansvarlige ministerium, som har det overordnede driftsansvar med ansvar for den samlede økonomi (drift og anlæg) og en central HR-funktion. Den daglige drift varetages af 8-10 decentrale, administrative enheder med en decentral bestyrelse og direktion for hver enhed.

## Model 2

**Statsligt enhedssundhedsvæsen med 8-10 administrative enheder****Model 3 - Sundhedsregioner**

I kommissionens tredje model tages der udgangspunkt i den nuværende opgavefordeling indenfor sundheds- og ældreområdet. Det vil sige, at regionerne fortsat har ansvaret for sygehuse og praksissektoren, og kommunerne har fortsat ansvaret for deres nuværende opgaver på sundheds- og ældreområdet. I denne model lægges der umiddelbart ikke op til en betydelig overførsel af opgaver fra kommunerne. Kommunerne bevarer deres nuværende ansvarsområder på sundheds- og ældreområdet, men der kan i modellen ske en mindre samling af opgaver på sundheds- og ældreområdet.

Modellen bygger på et rationale om en væsentligt mindre opgavesamling sammenlignet med model 1 og 2. Modellen indeholder til gengæld en række andre forslag, som skal understøtte bedre sammenhæng for borgerne og styrke en omstilling af sundhedsvæsenet. Modellen kræver derudover færre omstillings- og implementeringsomkostninger sammenlignet med model 1 og 2.

Kommissionen foreslår to variationer af modellen ift. antallet af sundhedsregioner: En variant, hvor antallet af regioner reduceres fra de nuværende fem til tre regioner, og en variant, hvor de nuværende fem regioner bevares. Alle andre opgaver end sundhed (socialområdet og regional udvikling) fjernes fra regionerne.

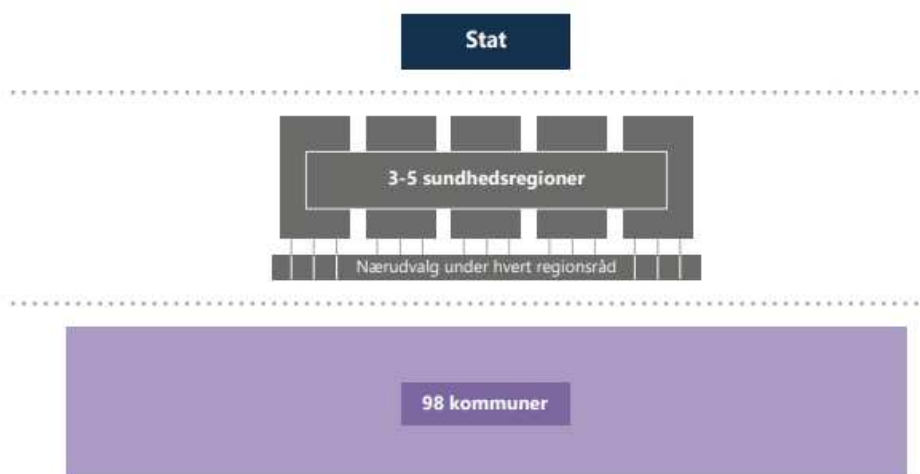
Modellen indebærer bl.a., at en del af regionernes økonomi målrettes indsatsen i det primære sundhedsvæsen. Formålet er at sikre et øget regionalt fokus på en ændret opgaveløsning, hvor en større del af opgaveløsningen sker i det primære sundhedsvæsen fremfor på sygehusene.

Modellen indeholder også et forslag, der skal styrke kommunernes incitament til at prioritere effektive forebyggelses- og plejeindsatser til gavn for borgerne.

Herudover indeholder modellen forslag om styrkede statslige krav til den kommunale opgavevaretagelse på sundhedsområdet. Desuden indebærer modellen en grundlæggende forandring af de nuværende sundhedsklynger og forslag til ændringer af regionernes politiske styreform med bl.a. oprettelse af geografisk forankrede nærudvalg.

### Model 3

#### Sundhedsregioner



## Tværgående anbefalinger

Sundhedsstrukturkommissionen har opstillet seks tværgående anbefalinger, der er uafhængige af valg af forvaltningsmodel. Det er kommissionens vurdering, at fem af de seks anbefalinger kan gennemføres uanset hvilken forvaltningsmodel, der kommer til at udgøre sundhedsvæsenets fremtidige struktur. De fem anbefalinger og tilhørende forslag vedrører det almenmedicinske tilbud, digitaliserings- og dataområdet, fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet, psykiatri og private aktører inden for sundhedsvæsenet.

### Anbefaling 1 - Betydelig kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud inden for rammerne af en ændret organisering

Formålet er, at udviklingen af det almenmedicinske tilbud afspejler patienternes stigende behov for sundhedsydelse og tilgængelighed i det primære sundhedsvæsen. Derfor skal de ansvarlige myndigheders kompetence til at påvirke udviklingen styrkes ved at:

- Fjerne de lovmæssige begrænsninger så det i højere grad kan være muligt at benytte forskellige klinikformer ud fra lokale forhold og behov (almindelige klinikker, offentligt drevne klinikker, private klinikker drevet efter udbud).

- Opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud skal fastlægges af nationale myndigheder.
- Differentieret patienttal og honorarer skal fastlægges pba. en national model, der estimerer behandlingsbehovet for patienterne i den enkelte klinik.

### **Anbefaling 2 - Ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet**

En ny organisering skal være med til at sikre større national beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering og retning for digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet. Det er nødvendigt for, at bedre brug af digitale løsninger og data kan bidrage til at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen præget af nærhed, tilgængelighed og bæredygtighed. En ny organisering skal derfor også ses som et middel til at skabe bedre forudsætninger for den lokale opgaveløsning tættere på borgerne. Fx skal ansvaret for både de regionale patientjournalssystemer og de kommunale omsorgsjournalssystemer gøres nationalt.

### **Anbefaling 3 - National sundhedsplan**

Der skal sættes en strategisk retning for tiltag, der sikrer tilpasning af resourcefordelingen mellem både det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet. Formålet med anbefalingen er at sikre en mere hensigtsmæssig balance mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen, som skal muliggøre den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet, hvor flere borgere har forløb i det primære sundhedsvæsen. Derudover skal se på nationale kvalitetsstandarder som ensartet kvalitet.

### **Anbefaling 4 - Ændring af organisering og samarbejde på psykiatriområdet**

Psykiatrien integreres organisatorisk med det samlede sygehusvæsen for at understøtte en styrket sammenhæng for den enkelte og et løft af kvaliteten i den tværgående indsats for mennesker med psykiske lidelser.

### **Anbefaling 5 - Tilpasning af de organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger**

Rammerne skal tilpasses for at understøtte en effektiv brug af de samlede privatpraktiserende speciallægerressourcer i omstillingen af sundhedsvæsenet.

### **Anbefaling 6 - Reformsekretariat under indenrigs- og sundhedsministeren**

Reformsekretariatet skal med afsæt i en national implementeringsplan følge implementeringen af de enkelte initiativer og understøtte den decentrale implementering. En national implementeringsplan skal indeholde ambitiøse mål, tydeliggøre implementeringsansvaret hos relevante aktører og opstille tidsrammer for implementeringen af de forskellige dele af reformen af sundhedsvæsenet.

## **Videre proces for høringssvar for Københavns Kommune**

Aktører på sundhedsområdet har 8 uger hen over sommeren med frist den 6. august 2024 til at afgive høringssvar til kommissionens rapport. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (SUF) er i proces med at udarbejde et udkast til høringssvar fra Sundheds- og Omsorgsudvalget der bl.a. forholder sig til de fremlagte modeller ud fra et KK-perspektiv.

SOU vil forelagt høringssvaret den 20. juni. Socialforvaltningen (SOF), og herunder Socialudvalget (SUD), er derudover blevet inddraget og hørt ift. SOF-ressort ifm. udarbejdelsen af høringssvar. SUD bliver den 19. juni forelagt for en orienteringssag med samme høringssvar.