

**Aftale mellem regeringen (Socialdemokratiet), Venstre, Socialistisk Folkeparti, Radikale Venstre, Enhedslisten, Det Konservative Folkeparti, Dansk Folkeparti, Nye Borgerlige, Liberal Alliance, Fri Grønne, Alternativet, Kristendemokraterne og Liselott Blixt på vegne af arbejdsfællesskabet af løsgængere (Bent Bøgsted, Hans Kristian Skibby, Karina Adsbøl, Marie Krarup og Lise Bech) om:**

## **Sundhedsreform**

### Et sammenhængende, nært og stærkt sundhedsvæsen

Det danske sundhedsvæsen er fundamentet under vores velfærdssamfund. Et velfungerende sundhedsvæsen med høj kvalitet, sammenhæng for patienterne, og hvor afstand ikke er en barriere, er vigtigt for alle danskere.

Gennem de sidste tyve år er der sket en positiv udvikling med specialisering af behandlingen og nye supersygehuse. Det har været afgørende for at kunne tilbyde den bedst mulige kvalitet i behandlingen, når der er tale om alvorlig sygdom. Men specialisering rummer ikke hele svaret på et stærkt sundhedsvæsen.

I Danmark vil vi også fremadrettet blive flere ældre og flere med kroniske sygdomme og psykiske lidelser. Samtidig bliver vi færre i den arbejdsdygtige alder. Det er en grundlæggende udfordring, som for sundhedsvæsenet betyder, at flere vil få behov for behandling, og der er færre til at yde den nødvendige behandling, pleje og omsorg.

Vi skal derfor sikre en solid plan, der rækker ud i fremtiden og tage de første skridt mod en omstilling af vores sundhedsvæsen til et mere sammenhængende, nært og stærkt sundhedsvæsen. Så borgerne ikke oplever at blive udskrevet fra sygehuset for kort efter at blive genindlagt på trods af, at det kunne have været forebygget. Og så der på sygehusene er tid og kapacitet til de patienter, som har brug for indlæggelse og specialiseret behandling. Det kræver en fælles retning, målsætninger og løsninger på tværs af regioner, kommuner, praksissektoren og andre private aktører.

Derfor er aftalepartierne enige om en reform, som skal sætte retning for en nødvendig omstilling af sundhedsvæsenet. Vi skal styrke det nære sundhedsvæsen, så flere kan blive behandlet i eller tæt på hjemmet bl.a. ved hjælp af digitale løsninger. Der skal være høj kvalitet i den nære indsats og et stærkere samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet, så flere kan leve et godt og langt liv med kronisk sygdom. Medarbejderne skal i centrum, og der skal sættes fokus på, at vores dygtige sundhedspersonale har både tid, rum og kompetencer til at løse kerneopgaven. Der skal være adgang til en praktiserende læge i hele landet og hurtig hjælp, hvis ulykken rammer. Og vi skal arbejde for mere lighed i sundhed, og for at borgerne og deres pårørende i endnu højere grad inddrages i behandlingsforløbet.

Aftalepartierne er enige om at afsætte i alt 1,3 mia. kr. i perioden 2022-2025 og herefter 387 mio. kr. varigt om året til at løfte indsatsen i det nære sundhedsvæsen og gøre sundhedsvæsenet mere robust. Midlerne vil blive udmøntet i en aftale med Danske Regioner og KL. Aftalepartierne er derudover enige om at afsætte en pulje på 4 mia. kr. i perioden 2023-2028 til nærhospitalet.

## Omstilling til det nære sundhedsvæsen

I takt med at vi lever længere, vil stadig flere borgere leve med sygdomme, som kræver løbende behandling, rehabilitering eller pleje i sundhedsvæsenet. Frem mod 2030 forventes 230.000 flere borgere over 75 år og 200.000 flere patienter med diabetes eller KOL. Samtidig genindlægges hver tiende patient, der har været indlagt med en somatisk sygdom. Knap hver fjerde patient genindlægges efter en udskrivning fra psykiatrien.

Aftalepartierne er enige om, at en styrket indsats for særligt ældre, mennesker med kroniske sygdomme og psykiske lidelser forudsætter en omstilling fra behandling på sygehusene til indsatser i det nære sundhedsvæsen, herunder almen praksis.

Et centralt led i omstillingen er tiltag for at styrke kvaliteten i den nære sundhedsindsats. Det store fokus på den nødvendige specialisering af sygehusene har betydet mindre fokus på krav til og investeringer i de nære sundhedstilbud, som derfor ikke har gennemgået samme udvikling som på sygehusområdet. Styrket kvalitet i den nære sundhedsindsats skal bidrage til mere social og geografisk lighed i sundhed.

Aftalepartierne er samtidig enige om, at omstillingen indebærer strukturelle tiltag, der skal sikre sammenhæng for patienterne på tværs i sundhedsvæsenet og et styrket samarbejde mellem sygehus, kommune og almen praksis. Herunder skal det sikres, at de specialiserede kompetencer på sygehusene rækker ud i det nære sundhedsvæsen. Det skal bl.a. ske ved hjælp af digitale løsninger og deling af relevante data om patientforløbet.

Aftalepartierne noterer sig regeringens lovforslag om etableringen af sundhedsklynger. Nye formaliserede sundhedsklynger omkring akutsygehusene skal sikre et forpligtende samarbejde på tværs af sektorer og dermed være drivende for omstillingen til et mere sammenhængende og nært sundhedsvæsen.

Omstillingen til det nære sundhedsvæsen indebærer optimal brug af digitale løsninger, der bl.a. skal understøtte, at mere behandling kan foregå i patientens eget hjem. Digitale løsninger er et centralt led i at sikre et nært, fleksibelt sundhedsvæsen og mindske geografisk og i en række tilfælde også social ulighed i sundhed.

### **Adgang til kommunale sundhedstilbud af høj kvalitet i hele landet gennem implementering af national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen**

I dag er en stor del af kommunernes sundhedsindsats ikke forankret som forpligtelser for den enkelte kommune. Der er således stor forskel på både, hvilke tilbud der er, og hvilken kvalitet de har på tværs af landet. Aftalepartierne er enige om at skabe et bedre og mere sammenhængende sundhedsvæsen for den enkelte borger uanset, hvor man bor. Regeringen vil derfor fremsætte et lovforslag om indførelsen af en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen, som skal sikre indførelsen af kvalitetspakker med konkrete kvalitetskrav og -anbefalinger til indsatsen. Der vil blive fremsat et lovforslag, der skal give hjemmel til, at der kan fastsættes forpligtende krav til bl.a. kommunernes sundhedstilbud samt rådgivning fra sygehusene som led i kvalitetsplanen.

Kvalitetsplanen skal sikre, at borgere i målgrupperne for indsatser i kvalitetsplanen får kommunale sundhedstilbud af en mere ensartet kvalitet i hele landet. Et styrket nært sundhedsvæsen skal bidrage til bedre og tidligere indsatser, som kan forebygge behov for senere behandling og unødvendige indlæggelser på sygehusene. Der er behov for en omstilling af sundhedsvæsenet for at kunne imødegå stigningen i antallet af ældre borgere samt plejekrævende borgere med kroniske sygdomme. Vi kan ikke bare fortsætte med at gøre mere af det samme, og derfor skal udviklingen af det nære sundhedsvæsen også ses i tæt sammenhæng med bedre digitale løsninger til fx hjemmemonitorering mv.

Med en kvalitetsplan løftes indsatsen til gavn for borgerne i hele landet og bidrager til omstilling af sundhedsvæsenet, så mere kan løftes i det nære sundhedsvæsen, herunder i eget hjem. Kvalitetsplanen skal samlet bidrage til at forebygge, at fx kroniske sygdomme udvikler sig og bliver mere behandlingskrævende, og så vi undgår mere behandlingskrævende indsatser, der kunne være forebygget.

I udarbejdelsen af kvalitetskrav og -anbefalinger og i implementeringen heraf skal der være en særlig opmærksomhed på medarbejdernes faglighed og faglige vurdering samt, at kommunerne har meget forskellige forudsætninger både i forhold til økonomi, andel af plejekrævende ældre, mv. for at løse opgaverne, herunder også i forhold til rekruttering af medarbejdere. Samtidig skal der være fokus på at inddrage borgerne og deres pårørende i behandlingsforløbet.

De første trin i kvalitetsplanen er udarbejdelse af kvalitetspakker for:

- 1) Styrkelse af de kommunale akutfunktioner i 2022.
- 2) Patientrettede forebyggelsestilbud for borgere med kroniske sygdomme i 2023.

Samlet set afsættes der med aftalen 264,1 mio. kr. årligt ved fuld indfasning til de første indsatsområder i kvalitetsplanen og udviklingen heraf. Der afsættes til udarbejdelsen af kvalitetspakkerne 10,8 mio. kr. i 2022, 11,0 mio. kr. i 2023, 10,0 mio. kr. i 2024 og 8,7 mio. kr. årligt fra 2025 og frem til Sundhedsministeriets concern, herunder til Sundhedsstyrelsens udarbejdelse af konkrete kvalitetskrav og –anbefalinger samt dataunderstøttelse fra Sundhedsdatastyrelsen.

#### *Opfølgning på implementering af kvalitetsplanen samt proces for udvælgelse af fremtidige fokusområder i kvalitetsplanen*

Aftalepartierne vil årligt blive præsenteret for en status på arbejdet med implementeringen af kvalitetsplanen i regi af den politiske følgegruppe for aftalen i første omgang, når Sundhedsstyrelsen med inddragelse af relevante parter har udviklet kvalitetspakkerne for de kommunale akutfunktioner og patientrettet forebyggelse for borgere med kronisk sygdom. Derudover er aftalepartierne enige om, at der skal nedsættes et interessentforum med relevante aktører, herunder patientforeninger der følger arbejdet.

Udviklingen og implementeringen af kvalitetsplanen for det nære sundhedsvæsen forventes at foregå løbende i dialog med særligt KL og Danske Regioner bl.a. i regi af de årlige økonomiaftaler og skal ske ud fra et sundhedsmæssigt, økonomisk og borgermæssigt perspektiv inden for både det somatiske og psykiatriske sundhedsområde. De konkrete krav og anbefalinger i kvalitetspakkerne skal udformes af Sundhedsstyrelsen med inddragelse af relevante aktører, herunder Danske Regioner, KL, kommuner og sundhedsfaglige selskaber mv. Kvalitetspakkerne vil desuden indeholde krav og anbefalinger til kvalitetssikring og monitorering af indsatsen for at sikre, at indsatsen dokumenteres bl.a. med henblik på kvalitetsudvikling og for at sikre den nødvendige opfølgning. Der vil blive fulgt op på de kommunale sundhedsindsatser i de årlige økonomiforhandlinger med kommunerne samt i regi af de nationale mål.

I takt med udviklingen af kvalitetspakkerne arbejdes der på at sikre det nødvendige datagrundlag for indsatserne i det nære sundhedsvæsen. Dette skal ses i tæt sammenhæng med de afsatte midler til indsatsen for bedre brug af data til kvalitetsudvikling af indsatser i det nære sundhedsvæsen.

#### **Kvalitetspakker målrettet patientrettet forebyggelse for borgere med kroniske sygdomme**

Aftalepartierne vil sikre, at mennesker med kroniske sygdomme bliver understøttet bedst muligt i at kunne klare sig selv og får adgang til patientrettede forebyggelsestilbud af høj kvalitet i kommunerne i form af fx bedre og mere ensartede tilbud om træning, kostomlægning og patientuddannelse. Dette skal understøtte,

at fx diabetespatienter får en bedre forståelse for egen sygdom, og hvordan faktorer som bl.a. kost og motion påvirker sygdomsudviklingen, så vi forebygger, at sygdom udvikler sig og bliver mere behandlingskrævende senere i livet. Det skal understøttes, at flere lever et godt og langt liv med en kronisk sygdom.

Som led i kvalitetsplanen skal nye kvalitetspakker med kvalitetskrav og -anbefalinger således understøtte, at flere lever et godt og langt liv med kroniske sygdomme såsom KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdomme og muskel-skelet-lidelser eller flere kroniske lidelser på samme tid (multisygdom). Bedre og mere ensartede tilbud om træning, kostomlægning og patientuddannelse skal give bedre redskaber for den enkelte til at håndtere egen sygdom og bidrage til en bedre sundhed for den enkelte og dermed udskyde eller mindske brugen af sundhedsydelse senere i livet. Indsatsen skal ses i tæt sammenhæng med bedre digitale løsninger til fx hjemmemonitorering. Med patientuddannelse kan borgere med kroniske sygdomme som fx diabetes få en bedre forståelse for egen sygdom, for risikofaktorer og tegn på forværring, forståelse for brug af medicin, kendskab til relevante hjælpemidler, forståelse for hjemmemonitorering af blodsukkermålinger, samt hvordan faktorer som bl.a. kost og motion kan påvirke sygdomsudviklingen.

Indsatsen skal ses i tæt sammenhæng med bedre digitale løsninger til fx hjemmemonitorering.

Sundhedsstyrelsen vil i 2023 få til opgave at levere de nærmere faglige kvalitetskrav og -anbefalinger i forhold til træning, kostomlægning og patientuddannelse inden for den aftalte økonomiske ramme. Implementeringen skal ske i lokal dialog bl.a. i de nye sundhedsklynger.

Partierne vil afsætte 102,9 mio. kr. i 2023, 103,6 mio. kr. i 2024, 104,8 mio. kr. i 2025, 107,8 mio. kr. i 2026 og 127,4 mio. kr. i 2027 og 2028 og herefter 130,4 mio. kr. årligt fra 2029 og frem til kommunerne til kvalitetskrav og -anbefalinger i forhold til træning, kostomlægning og patientuddannelse. Herudover afsættes midler til implementeringen af kvalitetspakker målrettet kommunale akuttilbud, jf. nedenfor.

### **Kvalitetspakker målrettet kommunale akutfunktioner**

Aftalepartierne er enige om, at de nuværende kommunale akutfunktioner er væsentlige for at sikre en omstilling til det nære sundhedsvæsen og sikre, at flere kan behandles tæt på eller i eget hjem og dermed bidrage til at forebygge indlæggelser og undgå unødvendige genindlæggelser. Øgede nationale krav til indsatsen kan understøtte dette. Regeringen og aftalepartierne er derfor enige om at styrke de kommunale akutfunktioner som en del af den nationale kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen til gavn for borgere, der ikke har behov for en sygehusindlæggelse, men som har særlige observations-, pleje- eller behandlingsbehov. Det kan fx være ældre, medicinske patienter, hvor der opstår forværring af kendt sygdom eller patienter, der efter udskrivning fra sygehus fortsat har et komplekst pleje- eller behandlingsbehov.

Et centralt led i omstillingen til det nære sundhedsvæsen indebærer at sikre, at akutsygehusets specialistkompetencer rækker ud i det nære sundhedsvæsen. Derfor er partierne enige om at sikre, at de kommunale akutfunktioner har direkte adgang til relevant faglig rådgivning fra akutsygehusets specialister. Indsatsen skal lægge vægt på patientens egne ønsker, behov og selvbestemmelse, uanset om indsatsen foregår på et kommunalt tilbud eller i patientens eget hjem.

Sundhedsstyrelsen vil i 2022 få til opgave at levere de nærmere faglige kvalitetskrav og -anbefalinger til de kommunale akutfunktioner, herunder nye krav og anbefalinger om rådgivning fra sygehusene, kommunal IV-behandling mv. inden for den aftalte økonomiske ramme. De lokale aftaler for samarbejdet skal efterfølgende udvikles i de nye sundhedsklynger.

Aftalepartierne er enige om at afsætte 50 mio. kr. i 2022 og 125 mio. kr. årligt i 2023 og fremover til kommuner og regioner til at løfte de kommunale akutfunktioner og rådgivningen heraf.

## Nærhospitaler til behandling tættere på patientens hjem

Aftalepartierne er enige om, at sundhedsvæsenet skal bringes tættere på borgerne i områder, hvor der er langt til det nærmeste akutsygehus, gennem nye og moderne nærhospitaler. Partierne vil afsætte op til 4 mia. til at oprette op til 25 nærhospitaler fordelt over hele landet i de kommende år. Midlerne kan gå til både ombygning og nybyggeri samt investeringer i IT, teknologi og udstyr til undersøgelse, behandling og gode og trygge rammer for patienter med både somatisk og psykiatrisk sygdom, herunder tryghedsskabende indretning.

Aftalepartierne er enige om, at der afsættes en særskilt delramme på 500 mio. kr. af den samlede nærhospitalspulje til investeringer i it, teknologi og udstyr til at understøtte bedre hjemmebehandling og sammenhæng mellem sektorer i tilknytning til nærhospitalernes opgaveløsning og andre dele af den samlede struktur for nære og sammenhængende tilbud.

Nærhospitaler skal bidrage til, at flere borgere oplever et sammenhængende og trygt sundhedstilbud, fordi flere aktører under samme tag understøtter stærkere samarbejde om patientens forløb, tilgængelighed for patienterne og sparring på tværs af sektorer og faggrænser.

Nærhospitalet indeholder sygehusfunktioner, som er koblet op på det nærmeste akutsygehus som en frem-skudt funktion. Derfor kan patienter, der fx har en kronisk sygdom eller en psykisk lidelse, få foretaget ukomplicerede undersøgelser, herunder diagnostik såsom røntgenbilleder og blodprøver eller ambulante opfølgning, ligesom jordemoderkonsultation også kan foregå på nærhospitalet. Nærhospitalerne skal kunne rumme kommunale tilbud såsom genoptræning, misbrugsbehandling samt tilbud, som kommunerne vælger at oprette som led i deres forebyggelsesindsats, herunder tilbud til unge.

Samtidig skal alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger, psykologer, fysioterapeuter, kiropraktorer, apoteker og andre private aktører kunne rummes i nærhospitalet – tilpasset lokale forhold. Nærhospitalet indeholder således ikke sengepladser, men er målrettet ambulante forløb.

Der er enighed om, at det er et fælles ansvar for kommuner og regioner at skabe en hensigtsmæssig organisering og ledelsesmæssig koordinering i nærhospitalet med afsæt i erfaringerne fra de eksisterende tværsektorielle sundhedshuse.

Med videoløsninger vil det være muligt at inddrage de relevante speciallægekompetencer fra det tilknyttede akutsygehus i en konsultation i nærhospitalet. Samtidig skal nærhospitalerne skabe øget tilgængelighed (via bl.a. digitale løsninger). Således skal nærhospitalerne bidrage til visionen om øget brug af hjemmebehandling ved at forbedre muligheden for at tilbyde borgere virtuelle konsultationer og andre digitale løsninger.

Sundhedsstyrelsen udarbejder et fagligt oplæg, som bl.a. vil beskrive hvilke patientgrupper og funktioner, som med fordel kan indgå på nærhospitalerne. Der bliver slået en nærhospitalspulje op, som regioner og kommuner kan søge i fællesskab. Aftalepartierne vil blive inddraget i forbindelse med puljeopslaget forud for, at nærhospitalspuljen slås op. De første midler forventes udmøntet i 2023.

Aftalepartierne er enige om, at aftalen indebærer en invitationsret til forhandlinger om anvendelse af eventuelt overskydende midler efter udmøntning af midler til etablering af nærhospitaler.

## Vision om mere behandling i eget hjem med digitale løsninger

Aftalepartierne er enige om, at borgere skal have en lettere og mere fleksibel adgang til sundhedsvæsenet. Det gavner særligt patienter med regelmæssige kontakter på tværs af sundhedsvæsenet, fx borgere med kroniske sygdomme, psykiske lidelser eller ældre og med langt til nærmeste sundhedstilbud. Øget brug af digitale løsninger bidrager til, at sundhedspersonalets tid kan anvendes bedre, når nogle borgere selv kan foretage eksempelvis hjemmemålinger.

Visionen er et sundhedsvæsen, hvor patienterne har mulighed for digitale sundhedsydelser, hvor det giver fagligt mening. Aftalepartierne ønsker at fremme denne udvikling. Derfor er aftalepartierne enige om ambitionen om at etablere en ret til digital konsultation, hvor det giver faglig mening, når der er sket en afklaring af de tekniske, juridiske og økonomiske forudsætninger.

Visionen skal samtidig bidrage til den nødvendige omstilling til et mere nært sundhedsvæsen og til et sundhedsvæsen, hvor borgerne også understøttes i selv at kunne håndtere deres sygdom, så genindlæggelser, der kunne have været undgået, forebygges, og sundhedspersonalets tid kan anvendes bedre.

Aftalepartierne har afsat 8,1 mio. kr. i 2023 til at fortsætte udbredelsen af eksisterende projekter for telemedicin til borgere med KOL eller hjertesvigt, afprøvning af brug af patientrapporterede oplysninger i behandling af borgere med diabetes og hjerterehabilitering. Af midlerne udmøntes 7 mio. kr. således til kommunernes udbredelse af telemedicin. Derudover undersøges mulighederne og forudsætningerne for at tilbyde flere udvalgte patientgrupper, herunder patienter med osteoporose, at blive omfattet af telemedicinske tilbud og blive indlagt i eget hjem gennem brug af digitale løsninger til monitorering. Aftalepartierne betoner, at det altid er frivilligt for borgerne at bruge digitale løsninger. Der skal være opmærksomhed på patienter, der ikke er fortrolige med brugen af digitale løsninger. Lige adgang til sundhedsvæsenet i Danmark kræver både adgang til fysiske og digitale tilbud.

Indsatsen skal derudover ses i sammenhæng med den investering i teknologi og udstyr, som skal ske ved etableringen af nærhospitaler og deres bidrag til visionen om mere behandling i eget hjem og den øvrige omstilling til det nære sundhedsvæsen.

### **Patientansvarlig læge eller anden sundhedsperson**

Aftalepartierne er enige om, at alle patienter, hvor det giver fagligt mening, skal have en patientansvarlig læge eller anden sundhedsperson, så flere patienter oplever tryghed og kontinuitet i behandlingen på sygehuset. Ved fagligt relevant forstås, når et diagnostisk- og/eller behandlingsforløb med rimelighed forventes at omfatte noget mere end det enkle og helt ukomplicerede forløb og involverer såvel et tidsaspekt som flere autoriserede sundhedsprofessionelle med selvstændigt behandlingsansvar. Ordningen indebærer, at en navngiven læge eller anden sundhedsperson er udpeget til at bære det overordnede ansvar og overblik for en given patients forløb på sygehuset. Sundhedspersonen har en funktion som koordinator og tovholder for det samlede udrednings- og behandlingsforløb.

Aftalepartierne konstaterer også, at ordningen, der blev aftalt med regionernes økonomiaftale for 2018, ikke er implementeret til fulde, og at det i dag er vanskeligt at få et overblik over, hvordan ordningen reelt er implementeret i de enkelte regioner.

Aftalepartierne er derfor enige om at sikre implementeringen af ordningen, herunder at give fleksibilitet til, at en sundhedsperson og ikke kun en læge kan være patientansvarlig, og at der i samarbejde med Danske Regioner udarbejdes en forpligtende plan for, hvordan målet, om at alle patienter, hvor det giver fagligt mening, skal have en patientansvarlig sundhedsperson, reelt realiseres. Det gælder fx borgere, der lider af multisygdom, med flere konkurrerende lidelser og parallelle behandlingsforløb og behandlingsansvarlige, der strækker sig over flere specialer, aktører og måske flere matrikler.

Som led i dette arbejde aftales en ny konkret målsætning for hvor stor en andel af patienterne, som skal opleve, at de havde en patientansvarlig læge eller anden sundhedsperson. Der gøres status i 2024.

Aftalepartierne noterer sig samtidigt, at der i Region Hovedstanden og andre steder i sundhedsvæsenet afprøves modeller for mere tydelig ansvarsfordeling mellem sygehus, kommune og almen praksis i forbindelse med udskrivelse fra hospitalet. Erfaringerne med disse modeller skal bidrage til mulige indsatser for et mere sammenhængende patientforløb.

### **Apotekernes rolle i det nære sundhedsvæsen og adgang til lægemidler**

Aftalepartierne er enige om, at apotekerne spiller en central rolle i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Apotekerne befinder sig tæt på borgerne, og apotekerne kan varetage flere opgaver, end de gør i dag, fx inden for medicinbehandling, reduceret medicinspild og mindsket risiko for medicinfejl. Det kan bidrage til at aflaste fx sygeplejersker og læger i det nære sundhedsvæsen og kan understøtte øget patientsikkerhed og tilgængelighed. Aftalepartierne er derfor enige om, at der som et første skridt nedsættes en hurtigt arbejdende arbejdsgruppe, der skal se på hvilke opgaver apotekerne med fordel kan varetage, fx dosisdispensering og øget mulighed for substitution mv. Arbejdsgruppen skal afrapportere senest primo 2023. Hvis arbejdsgruppens anbefalinger fører til nye opgaver til apotekerne, som kræver finansiering, skal disse håndteres i regi af bruttoavanceaftalen eventuelt via en tillægsaftale. Forslaget forventes ikke at have negative statsfinansielle konsekvenser.

Der vil endvidere blive igangsat en undersøgelse af medicintilskudssystemet i 2023, der skal undersøge fordele og ulemper ved innovative prismodeller i medicintilskudssystemet. Aftalepartierne noterer sig endvidere, at Sundhedsministeriet i slutningen af 2020 har bedt Statens Institut for Folkesundhed (SIF) om at udarbejde en analyse, der skal se på hvorfor og hvilke patienter, der undlader at hente deres lægeordnede medicin på apoteket. Analysens første del, der ser på hvilke patienter, der ikke afhenter deres medicin, forventes at være færdig i løbet af 2022. Når analysen foreligger, vil Sundhedsministeriet sammen med Lægemiddelstyrelsen overveje behovet for videre tiltag, herunder fx en abonnementsordning.

## Flere læger til almen praksis og bedre lægedækning

Den praktiserende læge spiller en nøglerolle i det danske sundhedsvæsen, og en stærk almen praksis er en afgørende forudsætning for, at den nødvendige omstilling fra behandling på sygehusene til indsatser i det nære sundhedsvæsen kan lykkes. Almen praksis har en vigtig opgave med at sikre, at borgerne får den rette behandling og også bliver henvist til den rette behandling eller tilbud fx i det specialiserede sundhedsvæsen, når dette er nødvendigt. Samtidig er den praktiserende læge for de fleste borgere ansigtet på det nære sundhedsvæsen, når man har behov for hjælp. Den alment praktiserende læge skal være et kendt og trygt tilbud for alle borgere. Aftalepartierne er derfor enige om, at der skal være alment praktiserende læger nok i hele landet, herunder at der er behov for en særlig indsats for at styrke lægedækningen i de lægedæknings-truede områder og for at styrke fordelingen af læger på tværs af landet. Aftalepartierne er desuden enige om, at et øget antal læger skal understøtte, at almen praksis skal løse flere og nye opgaver, samt bidrage til bedre tilgængelighed, fx via mere fleksible åbningstider.

Aftalepartierne er enige om at prioritere i alt 7,5 mio. kr. i 2022, 9 mio. kr. årligt i 2023-2024, 7 mio. kr. i 2025, 4 mio. kr. i 2026, 1 mio. kr. årligt i 2027 og 2028 til arbejdet for bedre lægedækning. Det er aftalepartiernes ambition, at alle borgere skal have adgang til en fast læge tæt ved deres bopæl, og at der skal flere læger til almen praksis i lægedæknings-truede områder.

### Mål om mindst 6.500 speciallæger i almen medicin i 2035

Aftalepartierne er enige om en politisk målsætning om mindst 6.500 speciallæger i almen medicin i Danmark senest i 2035. Det svarer til en stigning på ca. 43 procent i antallet af speciallæger i almen medicin fra 2022 til 2035. Aftalepartierne er enige om, at fremtidige dimensioneringsplaner skal sikre, at målet indfries. Dette vil styrke lægedækningen i almen praksis i hele Danmark ved at styrke rekrutteringsgrundlaget. Antager man, at 85 procent af speciallæger i almen medicin vil være beskæftigede i almen praksis, vil det svare til samlet over 5.000 alment praktiserende læger i 2035.

Som følge af den forventede udvikling i antallet af speciallæger i almen medicin er aftalepartierne enige om at igangsætte et analysearbejde, som skal bidrage til at indfri en fælles politisk ambition om, at kapaciteten i almen praksis styrkes og udvides frem mod 2035, så udviklingen i almen praksis understøtter de praktiserende læger i at håndtere øget kompleksitet i opgaver og i at overtage nye opgaver.

Analysen skal understøtte omstillingen til det nære sundhedsvæsen, herunder opgavevaretagelse og samarbejde mellem kommuner og almen praksis. Det skal bl.a. bidrage til kommunernes arbejde med kvalitet i den nære sundhedsindsats og understøtte, at almen praksis gennem aftaler får et styrket patientansvar ved at påtage sig nye og flere opgaver i sundhedsvæsenet.

I denne forbindelse er aftalepartierne enige om, at der skal dannes overblik over omfanget af de forskellige typer organisationsformer i almen praksis, herunder antallet af ejerlæger der ikke har hovedbeskæftigelse med at drive og tage ansvar for egen klinik/egne klinikker. Aftalepartierne er enige om at arbejde for at fremme rekrutteringen af speciallæger i almen medicin, som arbejder uden for almen praksis i samarbejde med Danske Regioner og relevante lægelige organisationer. Derfor igangsættes en undersøgelse af almen medicinernes karrierevalg og -veje med fokus på de læger, som ikke vælger en karriere i almen praksis og årsagerne til dette som fx arbejdsvilkår. Formålet er at styrke den fremtidige rekruttering til almen praksis.

Aftalepartierne er enige om at afsætte i alt 2 mio. kr. årligt i 2022-2024 til arbejdet. De konkrete analyser drøftes i regi af det kommende partnerskab om bedre lægedækning. Der er enighed om, at aftalepartierne drøfter analyseresultaterne i relation til udvikling af almen praksis, når disse foreligger.



### **Praksispligt og en styrket fordeling af læger på tværs af landet**

Aftalepartierne er enige om at omlægge hoveduddannelsen i almen medicin, så uddannelseslægerne får en praksispligt på op til et halv år mere i almen praksis og tilsvarende mindre tid på sygehusene. Aftalepartierne er samtidig enige om at styrke fordelingen af uddannelsesstillinger i speciallægeuddannelsen til bl.a. lægedækningstruede områder samt at understøtte attraktive uddannelsesforløb i eksempelvis almen medicin, som bidrager til at tiltrække uddannelseslæger til områder med lægedækningsudfordringer. Aftalepartierne bakker derfor op om, at regeringen fremsætter et lovforslag, som skal give mulighed for fastsættelsen af kriterier for styrket fordeling af uddannelsesstillinger i speciallægeuddannelsen samt relevante bekendtgørelsesændringer.

### **Særlig indsats for flere læger til områder med lægemangel**

Aftalepartierne er enige om at styrke regionernes muligheder for og redskaber til at sætte målet ind for at sikre flere læger i områder med lægemangel. Aftalepartierne er derfor enige om følgende nye initiativer. For det første skal regionerne have mulighed for i en tidsbegrænset periode og i visse områder med særligt store udfordringer med lægemangel at yde et særligt økonomisk tilskud. Dette kan fx være i form af et særligt honorar til praktiserende læger, som ansætter praksispersonale for at tage imod væsentligt flere patienter.

For det andet er aftalepartierne enige om at afsætte 3 mio. kr. i 2022, 6 mio. kr. om året i perioden 2023-2025 og 3 mio. kr. i 2026 til at understøtte etableringen af 10 nye licensklinikker i samarbejde med regionerne og de praktiserende læger i lægedækningstruede områder.

For det tredje er aftalepartierne enige om at smidiggøre lovgivningen om regionsklinikker ved, at regionerne i lægedækningstruede områder kan vælge enten at igangsætte udbud til private leverandører eller at oprette en regionsklinik, såfremt regionen allerede har udtømt de eksisterende muligheder inden for overenskomsten. Tidsbegrænsningen på seks år erstattes af et krav om, at ydernummeret vil skulle overdrages, såfremt der er en praktiserende læge, som ønsker at overtage behandlingen af patienterne inden for de muligheder, som findes i overenskomsten, herunder ved etablering af en licensklinik.

For det fjerde er aftalepartierne enige om, at der etableres et partnerskab omkring lægedækning, hvor parterne på området forpligtiges til at bidrage til bedre lægedækning og til at følge op på udviklingen i almen praksis i lægedækningstruede områder. Partnerskabet vil bestå af repræsentanter fra relevante organisationer, herunder bl.a. Sundhedsministeriet, Danske Regioner, KL, regionerne og lægelige organisationer, hvor bl.a. de Praktiserende Lægers Organisation deltager. Derudover er der enighed om, at der indgås lægedækningsaftaler mellem de enkelte regioner og Sundhedsministeriet om, hvordan lægedækningsudfordringer håndteres. Aftalepartierne er enige om at afsætte 0,5 mio. kr. i 2022 og 1,0 mio. kr. årligt fra 2023-2028 hertil.

### **Analyser af forskellige modeller for vagtlægeordningerne**

Aftalepartierne er enige om, at der skal udarbejdes analyser af vagtlægeordningerne med henblik på at belyse potentiale for at frigøre lægetid og fremme rekruttering til almen praksis og dermed lægedækningen. Analyserne skal se på, hvordan de eksisterende modellers respektive organisering påvirker brugen og udbuddet af speciallægeressourcer i almen praksis. Analyserne skal også bidrage til at belyse fordele og ulemper ved de forskellige vagtlægeordninger i forhold til bl.a. hensigtsmæssig udnyttelse af lægefaglige ressourcer og sammenhæng til akutafdelingerne. De konkrete analyser drøftes i regi af partnerskabet for bedre lægedækning, hvor bl.a. de Praktiserende Lægers Organisation deltager. Aftalepartierne er enige om at afsætte 2 mio. kr. i 2022.

## Data og digitalisering skal understøtte kvalitet og et fleksibelt og nært sundhedsvæsen

Bedre udnyttelse af data og digitale løsninger er en central del af omstillingen til et nært, fleksibelt og robust sundhedsvæsen med løbende kvalitetsudvikling. Let, smidig og sikker deling og adgang til sundhedsoplysninger under hensyn til gældende lovgivning og respekt for borgernes privatliv understøtter samarbejdet på tværs i sundhedsvæsenet og er en forudsætning for, at borgerne møder et sammenhængende patientforløb. Samtidig forbedrer deling af sundhedsdata muligheden for at hjælpe især sårbare borgere, fx borgere der lider af multisygdom, og som har vanskeligt ved at navigere i sundhedsvæsenet.

### Bedre brug af data til kvalitetsudvikling af indsatser i det nære sundhedsvæsen

Aftalepartierne er enige om, at bedre anvendelse af sundhedsdata er en forudsætning for at styrke behandlingen i det nære sundhedsvæsen. Sundhedsklyngerne og sundhedsmedarbejdere i kommuner, regioner og praksissektor skal have en større viden om, hvordan deres indsatser og behandlinger virker for deres population af borgere, så de kan forbedre indsatsen og øge kvaliteten for den enkelte borger. Med indsatsen vil kommuner fx kunne se effekten af deres genoptræningsforløb på aggregere niveau ved at sammenligne med borgeres efterfølgende kontakt til sygehuse og almen praksis.

Partierne har derfor afsat 9,3 mio. kr. i 2023, 13,3 mio. kr. i 2024, 21,3 mio. kr. i 2025, 21,3 mio. kr. i 2026, 13,3 mio. kr. 2027, 13,3 mio. kr. i 2028 og 11,3 mio. kr. i 2029 og frem. Midlerne udmøntes overvejende til Sundhedsdatastyrelsens etablering og drift af nationale løsninger til indsamling, anvendelse og visning af lokale data fra kommuner og praksissektor. Heraf går 1,0 mio. kr. i 2023 og 2,0 mio. kr. årligt i 2024-2028 til kommunernes arbejde med datakvalitet som en forudsætning for indsatsen. Et bedre datagrundlag er en forudsætning for en dataunderstøttet national kvalitetsplan for mennesker med kronisk sygdomme og for sundhedsklyngernes arbejde med at sikre bedre sammenhæng.

### Deling af data som en forudsætning for sammenhængende forløb

Let adgang til relevante sundhedsoplysninger for både borgere og sundhedspersonale understøtter bedre samarbejde på tværs af sygehus, kommune og praktiserende læger. Det kræver både konkrete digitale løsninger, og at det løbende sikres, at det rette juridiske grundlag er på plads i takt med udbredelsen af nye digitale løsninger

Den digitale løsning *Et Samlet Patientoverblik* vil sikre et godt og fyldestgørende overblik, som letter arbejdsgangene for sundhedspersonalet på sygehusene, i kommunerne, i almen praksis mfl., sikrer mere tid til den enkelte patient og fremmer gode, sammenhængende patientforløb, fordi det smidiggør sundhedspersonalets adgang til relevante oplysninger, når der er brug for dem i patientens behandlingsforløb.

Aftalepartierne er enige om at afsætte 14 mio. kr. i 2023, 20 mio. kr. i 2024, 13 mio. kr. i 2025, 13 mio. kr. i 2026, 8 mio. kr. i 2027 og 8 mio. kr. i 2028 og frem til at styrke udviklingen af *Et Samlet Patientoverblik*. Med indsatsen udbygges den eksisterende infrastruktur for *Et Samlet Patientoverblik*, så det bliver muligt for parterne at udveksle oplysninger om patientens planer, som indeholder diagnoser, aktiviteter og mål. Med denne infrastruktur bygges fundamentet for deling af planer for både somatiske og psykiatriske patienter på tværs af sundhedsvæsenet bl.a. med henblik på at sikre bedre og mere sammenhængende patientbehandling. Som del af den aftalte indsats afprøves deling af planer på psykiatriområdet fx udskrivningsaftaler, forløbsplaner for patienter med KOL og diabetes fra almen praksis, diagnoser fra almen praksis og genoptræningsplaner, da det er oplysninger, som kommuner og regioner har udtrykt efterspørgsel efter.

Midlerne udmøntes overvejende til Sundhedsdatastyrelsens videreudvikling af de nationale løsninger. Initiativet indeholder midler til afprøvning af løsningerne sammen med regioner og kommuner, men der vil være lokale udgifter til kommuner, regioner og praksissektorens efterfølgende implementering af løsningerne i deres systemer, når de tilslutter sig. Derfor skal den konkrete udbygning aftales med kommuner og regioner, herunder rækkefølgen på afprøvning af løsningerne. Aftalepartierne vil primo 2023 blive orienteret om den konkrete proces for udvikling og implementering, herunder rækkefølgen på afprøvning af løsninger.

Aftalepartierne er også enige om på baggrund af allerede udarbejdede afdækninger at analysere fortsatte barrierer for, at flere relevante oplysninger kan deles smidigt og sikkert på tværs af kommuner, regioner og almen praksis i takt med, at de digitale løsninger videreudvikles. Der skal herunder ses på barrierer og muligheder for at dele oplysninger på tværs af forskellige lovgivninger som servicelov og sundhedslov. Arbejdet skal ske i tæt samarbejde med regioner og kommuner, så der tages udgangspunkt i de barrierer for datadeling, som opleves i sundhedsvæsenet, og så der blandt parterne opnås en større sikkerhed for anvendelse af reglerne i praksis. Det skal give borgerne tryghed for både, hvem der har adgang til deres sundhedsdata, og at oplysningerne deles.

Det er tidskrævende for både personale og forældre, at adgangen til journaloplysninger om børn i dag sker med håndtering og besvarelse af aktindsigt i børns oplysninger, og at børns prøvesvar i mange tilfælde skal oplyses over telefonen. Aftalepartierne er enige om efter inddragelse forud for høring vedrørende lovforslagets indhold at ændre sundhedsloven, så forældre får mulighed for at tilgå flere af deres børns sundhedsoplysninger digitalt, fx via sundhed.dk, indtil barnet fylder 15 år som er aldersgrænsen i sundhedsloven for, hvornår en patient har ret til aktindsigt og har ret til at give samtykke til patientbehandlingen. Samtidig skal det i lovarbejdet afklares, hvordan det kan sikres, at forældre ikke får adgang til deres børns oplysninger i de situationer, hvor det vil kunne medføre en uønsket risiko for barnet.

### **Forskning som grundlag for fremtidens patientbehandling**

Aftalepartierne er enige om, at sundhedsforskning er afgørende for udviklingen af fremtidens patientbehandling. Derfor er partierne enige om, at rammerne for sundhedsforskning skal forbedres, herunder klinisk forskning og forskning i store datasæt, samt at der skal ske en styrkelse af patienters og forsøgsdeltageres information og selvbestemmelsesret i forbindelse med sundhedsforskning, hvor der indgår biologisk materiale og genetiske oplysninger.

I den forbindelse er det vigtigt, at lovgivningen følger med den teknologiske udvikling. Derfor ønsker aftalepartierne i efteråret 2022 at give lovgivningen et eftersyn med henblik på at muliggøre eksplorative studier og forskning i store datasæt samt mulighederne for at forske i realtidsdata.

Herudover ønsker aftalepartierne, at der udarbejdes ensartede fortolkninger af reglerne for sundhedsforskning. Derudover er det væsentligt, at det organisatoriske set up for godkendelse af forskningsprojekter og adgang til sundhedsdata, og herunder sagsbehandlingstiderne, er smidig og effektiv. Derfor er aftalepartierne enige om, at afsætte 4 mio. kr. i 2023 og 3 mio. kr. i 2024 til at afprøve en national analyseplatform og digitale ansøgningsprocesser for at muliggøre realiseringen af ambitionen i ”Visionen for strategisk samarbejde om bedre brug af sundhedsdata”, og herunder én indgang til sundhedsdata i samarbejde med de centrale parter på sundhedsdataområdet.

## Hurtig og mere målrettet indsats i hele landet

Kvaliteten og effekten af den akutte behandling afhænger i mange tilfælde af, hvor hurtigt behandlingen opstartes. Det akutte beredskab er løbende blevet udbygget og opkvalificeret med flere ambulancer, akutbiler og akutlægehelikoptere. Men der er stadig geografisk forskel på, hvor hurtigt den akutte hjælp når frem. Aftalepartierne er enige om, at alle borgere skal kunne føles sig trygge ved, at hjælpen kommer hurtigt frem ved akut behov, uanset hvor i landet man bor.

### Styrket akutindsats i hele landet

Aftalepartierne er enige om, at danskere skal kunne forvente hurtig og sammenhængende behandling af høj kvalitet – uanset hvor i landet, de er bosat. Partierne vil afsætte 23,5 mio. kr. i 2022 og 60 mio. kr. i 2023 og 65 mio. kr. årligt fra 2024 og frem i en pulje, hvor regionerne kan søge om varige midler til at styrke akutberedskabet med 5-10 ekstra ambulancer, akutlægebiler eller akutbiler, hvilket bl.a. omfatter mandskab, udstyr og køretøjer, i de dele af landet, hvor behovet er størst. Aftalepartierne vil blive orienteret om udmøntningen af de ekstra akutberedskaber. Puljen administreres af Sundhedsstyrelsen.

### Hjertestartere og akutløbere

Den førstehjælp, som almindelige danskere yder, redder liv. Aftalepartierne er derfor enige om at afsætte 5 mio. kr. i 2022 til iværksættelse af en kampagne, der både skal sikre flere hjerteløbere og understøtte en bedre udbredelse og registrering af hjertestartere. I alle regioner er der etableret forskellige førstehjælpsordninger, hvor enten frivillige eller professionelle i lokalområdet tilkaldes og kan påbegynde førstehjælp, indtil ambulancen eller akutbilen kommer frem. Disse ordninger er livsreddende supplement til det præhospitale beredskab. Det er desuden afgørende for at redde liv, at vagtcentralen ved, hvor hjertestarterne hænger og dermed kan sende hjerteløbere til den hjertestarter, der er tættest på. Der indgås et partnerskab med TrygFonden om udvikling af indsatsen og en bedre udbredelse af hjertestarterne, så hjælpen kan komme hurtigt frem, når der er akut brug for den.

## Medarbejderen i centrum – tid til kerneopgaven gennem god ledelse, bedre organisering og smartere opgaveløsning

Aftalepartierne er enige om, at sundheds- og plejepersonalet er sundhedsvæsenets allervigtigste ressource. Uden tilstrækkeligt med personale er der ingen plads til god omsorg, pleje og behandling. Det kræver personale med både tid, rum og kompetencer til at løse kerneopgaven, og at arbejdet understøttes af god ledelse og planlægning. Samtidig er aftalepartierne enige om, at det er vigtigt, at rammerne for at udføre arbejdsopgaver er så fleksible som muligt, så de understøtter, at alle faggruppers kompetencer og faglighed kommer bedst muligt i brug. Det kræver både nytænkning og helt nye måder at løse kerneopgaven på.

### **Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet**

Aftalepartierne er enige om at nedsætte en kommission, der skal komme med anbefalinger til løsninger, som kan håndtere de grundlæggende udfordringer i sundhedsvæsenet, så der sikres robusthed i opgaveløsningen og adgang til uddannet og kompetent personale i hele landet. Det gælder også løsninger på længere sigt, hvor der bliver flere ældre og flere med kroniske sygdomme og psykiske lidelser.

Kommissionen skal konkret komme med anbefalinger til, hvordan der kan sikres mere personale med mere tid til kerneopgaven. Det kan være gennem fx bedre rekruttering til og tilrettelæggelse af grund- og videreuddannelser, bedre overgang fra uddannelse til praksis og styrket fastholdelse i jobbet. Og det kan være gennem mere fleksibel anvendelse af personaleresourcer, øget tværfaglig løsning af opgaver og ved at skabe større arbejdsglæde og tillid, så der undgås fx udbrændthed blandt personale. Endelig skal kommissionen komme med anbefalinger til smartere opgaveløsning gennem systemer og teknologier, der nedbringer bureaukrati og giver mere tid og bedre rum til at løse kerneopgaven.

Dette indebærer, at kommissionen bl.a. skal se på:

- Hvordan bedre arbejdstilrettelæggelse og medindflydelse på eget arbejde kan mindske spidsbelastninger og samtidig sikre, at flere medarbejdere ønsker at arbejde på fuldtid, at flere deltager i vagtarbejde, og at flere medarbejdere får et langt arbejdsliv tæt på patient og borger.
- Nye organisationsformer, der bl.a. giver rum til kerneopgaven og styrker den tværfaglige opgaveløsning, fx ved organisering i mindre enheder, tværfaglig organisering, bedre vagtplanlægning og nye ledelsesformer, fx mindre ledesspænd, mere praksisnær faglig ledelse samt opgør med siloopdelt ledelse med mere tværfaglighed i ledelsen. Nye karriereveje, i bred forstand, der kan fastholde flere i klinisk eller patientnært arbejde længere, herunder erfarne kolleger, og eventuelle tiltag, der kan få endnu flere studerende til at tage klinisk eller patientnært arbejde ved siden af studierne.
- Bedre rekruttering til og tilrettelæggelse af grund- og videreuddannelser.
- Mulighederne for i højere grad at inddrage kortuddannede og andre personalegrupper end autoriserede sundhedspersoner i sundhedsfaglige kliniske opgaver, herunder også unge og ufaglærte, som måske senere ønsker at uddanne sig inden for sundhedsfagene.
- At vurdere muligheden for at autorisere eller på anden vis registrere social- og sundhedshjælpere, som har gennemført en uddannelse som social- og sundhedshjælper (hovedforløb) på en SOSU-skole, herunder ift. betydningen for patientsikkerhed, smidig arbejdstilrettelæggelse og fastholdelse af medarbejdere.
- Mulighederne for bedre brug af udenlandsk arbejdskraft samt hvordan geografiske forskelle kan reduceres, så der sikres adgang til uddannet og kompetent personale i hele landet. Arbejdet skal ses i sammenhæng med et særskilt analysearbejde om, hvordan autorisationsprocessen for sundhedspersoner fra tredjelande kan optimeres.

- Bedre anvendelse af kompetencer og diagnostisk udstyr på tværs af sektorer, fx røntgenundersøgelser tættere på borgerne.
- Mulighederne for bedre prioritering og målrettethed i visitationen, således at medarbejdernes tid bruges bedst til dem, der har mest behov.
- Rekruttering og fastholdelse i sundhedsvæsenet, herunder til uddannelserne, samt et arbejdsmiljø, der sikrer, at medarbejderne fastholdes i sundhedsvæsenet.

Kommissionen skal have fokus på et bredt spænd af personalegrupper på sundheds- og ældreområdet, herunder læger, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter, social- og sundhedsmedarbejdere, bioanalytikere, psykologer, lægesekretærer, farmaceuter, farmakonomer, portører, servicemedarbejdere, ambulancereddere, paramedicinere m.v. Kommissionen skal også have fokus på faggrupper med specialiserede kompetencer, der forudsætter special- eller videreuddannelser. Kommissionen skal ikke forholde sig til løn-, ansættelses- eller andre overenskomstforhold.

Kommissionen skal samle væsentlige aktører på området, herunder relevante parter og interessenter, der har kendskab til og erfaring med sundhedsvæsenets drift. Kommissionen skal løbende komme med anbefalinger, hvor de første anbefalinger skal forelægges regeringen primo 2023 og afrapportere sine samlede anbefalinger senest ved udgangen af 2023. Kommissorium for kommissionen vil blive drøftet blandt aftalepartierne, ligesom aftalepartierne løbende vil blive inddraget i drøftelser om kommissionens anbefalinger.

Arbejdsgiverne inden for sundheds- og ældreområdet skal ikke vente på kommissionens arbejde, da der allerede nu kan sættes øget fokus på fastholdelse og rekrutteringen inden for det nuværende vidensgrundlag.

Der afsættes 4,5 mio. kr. i 2022 og 6,9. mio. kr. i 2023, bl.a. til vederlag til eksperter, eksterne analyser, sekretariatsbetjening af kommissionen mv.

### **Bedre anvendelse og udvikling af sundhedspersonalets kompetencer**

Aftalepartierne er enige om allerede nu at give sygeplejerskerne mulighed for selvstændigt at udføre bestemte opgaver, som i dag er forbeholdt læger. Aftalepartierne vil også udvide jordemødrenes nuværende virksomhedsområde. Tiltagene skal ses som et skridt mod at sikre personale nok og mere tid til patienten gennem mere fleksibel brug af kompetencer. Tiltagene skal dermed ses i sammenhæng med kommissionens arbejde med fx at se på muligheder for mere fleksibel anvendelse af personaleressourcer og øget tværfaglig løsning af opgaver, der skal give mere tid og bedre rum for personalet til at løse kerneopgaven. Der afsættes 13,6 mio. kr. i 2023 og 10,3 mio. kr. i 2024, 9,4 mio. kr. årligt i 2025-2026 og 8,3 mio. kr. i 2027 og frem. Udgifterne dækker bl.a. over it-tilpasninger, autorisation og sundhedsfaglige tilsyn. Der vil også være udgifter forbundet med at give sygeplejersker øgede muligheder for at kunne vaccinere.

Aftalepartierne er enige om, at det er vigtigt at skabe nye karriereveje for social- og sundhedsassistenter. Det sker med afsæt i Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe for specialiseringsveje for social og sundhedsassistenter. I første omgang udvikles nye specialiseringsveje for social og sundhedsassistenter inden for områderne psykiatri og demens. Andre nye specialiseringsveje kunne være ift. børn, misbrug eller palliation. Sundhedsstyrelsens arbejde er finansieret af tidligere afsat bevilling på 0,3 mio. kr. i 2019 og 4 mio. kr. årligt frem til 2023.

### **Afdække patientklagesystemet**

Hvis en patient oplever, at der er sket en fejl i behandlingsforløbet, er det Styrelsen for Patientklager, der sørger for, at patienten kan få en uvildig vurdering af, om der er grund til kritik af behandlingen. Der skal være fokus på afklaring og læring, når der er sket en fejl. Derfor er der igangsat en undersøgelse af, hvordan patientklagesystemet fungerer for sundhedspersoner og patienter. I undersøgelsen er der særligt fokus på, om der kan ske øget brug af dialogsamtaler og vejledning, så klagesagsbehandling undgås, men at læringen alligevel opnås. Det belyses også, om klagerne i højere grad kan behandles som forløbsklager frem for disciplinærnævnsager (sager om kritik af bestemte sundhedspersoner). Endelig skal det indgå, hvordan det samlede sundhedsvæsen i højere grad kan uddrage læring af sagerne. Undersøgelsen skal være færdig i 2023.

## Mere lighed i sundhed

Sygdom rammer socialt skævt, og ulighed i sundhed starter tidligt i livet. I dag er der for mange børn og unge, som ikke trives. Mistrivsel og udvikling af overvægt kan hænge sammen og føre til både psykiske og fysiske sygdomme og ikke mindst sociale problemstillinger, som kan følge den enkelte ind i voksenlivet. Der mangler aktuelt viden om de komplekse udfordringer herunder den sociale slagside.

Aftalepartierne er enige om, at udviklingen skal vendes gennem mere viden om børn og unges trivsel. Det er vigtigt for det enkelte barn og for familierne.

Aftalepartierne er samtidig enige om, at mødet med sundhedsvæsenet ikke må forstærke den sociale ulighed i sundhed.

## Udbygget ordning med vederlagsfri antipsykotisk medicin til patienter med skizofreni

Aftalepartierne anerkender, at der er en udfordring med den strukturelle ulighed i sundhed, og at det er nødvendigt med et skærpet fokus på at bekæmpe denne ulighed. Både for at styrke forebyggelsen, for at forbedre folkesundheden generelt, men også for at sikre bedst mulig udnyttelse af ressourcer i sundhedsvæsenet. Det kræver en langsigtet indsats, herunder med fokus på særligt udsatte grupper. Som et første skridt er aftalepartierne enige om at se på mulighederne for at udbygge den nuværende ordning med vederlagsfri antipsykotisk medicin til ikke-indlagte patienter med skizofreni. I dag har regionerne besluttet bl.a. at udlevere vederlagsfri, antipsykotisk medicin i en begrænset periode på ca. 2 år til ikke-indlagte patienter med skizofreni i starten af deres sygdomsforløb. Med en udbygget ordning sikres bedre muligheder for, at patienterne administrerer deres medicin i overensstemmelse med behandlingsplanen (compliance), hvilket både vil have positive effekter for patienterne, deres pårørende og samfundet som helhed.

Mange patienter oplever bivirkninger ved de anvendte præparater. Disse bivirkninger kan – særligt sammen med manglende sygdomsindsigt og dårlig økonomi - medføre, at patienterne fravælger medicinen, når patienten ikke længere er dækket af den nuværende vederlagsfri ordning, hvilket øger risikoen for tilbagefald og psykose.

Der afsættes 8,9 mio. kr. i 2023 og 20 mio. kr. i 2024 og frem til at udvide den økonomiske ramme for ordningen med vederlagsfri antipsykotisk medicin, så ikke-indlagte patienter med skizofreni sikres bedre muligheder for at følge medicineringen, samtidig med at risikoen for tilbagefald og genindlæggelser mindskes.

## Rehabilitering for Parkinson, sclerose og hjerneskade

Neurologiske sygdomme som Parkinson, sclerose og hjerneskade kan have stor betydning for den enkeltes hverdag. Sygdommene kræver specialiseret behandling, rehabilitering og opfølgning, der sikrer, at patienterne får de bedste mulige forudsætninger for at leve med deres sygdom. Aftalepartierne er enige om i alt at afsætte 3 mio. kr. i 2022 og 21,5 mio. kr. i 2023 til specialiseret rehabiliteringstilbud for Parkinson, sclerose og hjerneskade.

Parkinson kan ikke helbredes, men sygdomsudviklingen kan forhales, og specialiseret rehabilitering kan udsætte en nedsættelse af funktionsevnen og dermed øge patientens livskvalitet. Bevillingen til det eksisterende rehabiliteringstilbud for mennesker med Parkinson, der er det eneste rehabiliteringstilbud for personer med Parkinson i Danmark, udløber ved udgangen af 2022. Indsatsen er til gavn for patienter og pårørende og bidrager samtidig til at reducere samfundets udgifter til pleje- og omsorgsopgaver ved at understøtte, at patienten kan blive længst muligt i job og i eget hjem.



Aftalepartierne er enige om at afsætte 10 mio. kr. i 2023 til rehabiliteringstilbud for parkinsonpatienter, så der fortsat kan tilbydes rehabilitering til det stigende antal parkinsonpatienter.

Antallet af sclerosepatienter er ligeledes stigende, og i Danmark lever over 16.500 mennesker med multipel sclerose. I takt med et stigende antal sclerosepatienter er efterspørgslen på specialiserede rehabiliterings- og behandlingsforløb, som tilbydes på landets to sclerosehospitaller i Haslev og Ry, også stigende. Indsatsen på Sclerosehospitallerne skal bidrage til, at scleroseramte får lettere ved at klare hverdagen med sclerose. Under indlæggelse på et sclerosehospital er der blandt andet fokus på at træne fysiske og kognitive færdigheder samt på at styrke trivsel og livskvalitet.

Aftalepartierne er enige om at afsætte 11,5 mio. kr. i 2023 for at opretholde aktivitetsniveau og nødvendig kapacitet på Sclerosehospitallerne ved at sikre hospitalernes finansiering efter udløb af den nuværende merbevilling i 2022.

Der er enighed blandt aftalepartierne om, at yderligere bevillinger til hhv. rehabiliteringstilbud for parkinsonpatienter og Sclerosehospitallerne fra 2024 og frem vil afhænge af de politiske prioriteringer i de kommende forhandlinger om finansloven for 2023.

Center for Hjerneskade er i dag højt specialiseret inden for medfødte og erhvervede hjerneskader, hjerne-rystelser, udviklingsforstyrrelser og kognitive vanskeligheder hos alle aldre. Centret har som følge af COVID-19 behov for en ekstraordinær bevilling for at stabilisere økonomien og sikre en holdbar drift fremover.

Aftalepartierne er derfor enige om, at Center for Hjerneskade tildeles en ekstraordinær engangsbevilling ved at hæve fritvalgsrammen med 3 mio. kr. i 2022. Derved kan antallet af genoptræningsforløb øges ligesom centerets unikke viden om neurorehabilitering, der anvendes i opkvalificering af tilbud over hele landet via undervisning, supervision og forskning, kan bevares fremover.

### **Mere viden om børns sundhed og trivsel**

Børns trivsel er udfordret, og mange mistrives desværre. Negativ kropsopfattelse og stigmatisering af børn med overvægt skaber både mistrivsel i sig selv og udfordrer indsatsen for at forbedre sundheden og rette op på den markante ulighed i bl.a. vægt, som forstærker uligheden i sundhed ind i voksenlivet. De kausale forhold mellem trivsel og vægt er ikke tilstrækkeligt afdækket. Der er derfor et stort behov for mere viden om årsagerne til udviklingen, og hvilke indsatser der kan overkomme stigmatiseringen og bidrage til flere børneliv i balance.

Aftalepartierne er derfor enige om at prioritere en bevilling på 10 mio. kr. årligt 2023-2032 til mere viden om sundhed og trivsel. Midlerne skal medfinansiere Center for Sundt Liv og Trivsel, som bl.a. bygger videre på det brede samarbejde i Alliancen for Børnevægt i Balance. Center for Sundt Liv og Trivsel skal være et fagligt uafhængigt, specialiseret videns- og kompetencecenter, hvis primære formål er forskning og at tilvejebringe ny viden, herunder bl.a. evidens om hvilke indsatser der effektivt kan fremme trivsel, være afstigmatiserende og forebygge en vægtudvikling, som truer den enkeltes psykiske eller fysiske sundhed. Centerets arbejde vil involvere uafhængige faglige eksperter. Novo Nordisk Fonden har til hensigt at bevilde omtrent 1 mia. kr. over 10 år (2023-2032) til centeret.

### **Måltrettet indsats til sårbare familier fra sundhedsplejersken**

Aftalepartierne er enige om at udbrede en model for niveauinddeling i sundhedsplejen, som tidligere har været afprøvet med et stort satspuljeprojekt i 16 kommuner. Formålet med modellen er at reducere ulighed i sundhed og forebygge negativ social arv ved at give sundhedsplejerskerne redskaber til at målrette indsatsen over for familier og give ekstra støtte til dem, som har brug for det. Der afsættes 1,5 mio. kr. i

2023, og 2,5 mio. kr. årligt i 2024-2026 til arbejdet i Sundhedsstyrelsen med at udbrede redskaberne i kommunerne gennem bl.a. rådgivning og aktiviteter, som fx rejsehold til at understøtte den lokale implementering af metoden. Halvdelen af midlerne afsættes til frikøb i kommunerne, så sundhedsplejerskerne oplæres i metoden. Sundhedsstyrelsen vil på den baggrund opdatere ”Vejledningen om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge”, og sikre at den er i overensstemmelse med seneste faglige viden.

### **Bekæmpelse af ulighed i kræft**

Den danske kræftbehandling kan måle sig med de bedste i verden. Men statistikken viser, at chancen for at overleve en kræftdiagnose er bedre, hvis du er blandt de mest velstillede i samfundet. Samtidig kan fire ud af ti kræfttilfælde forebygges. Aftalepartierne er enige om at iværksætte et fagligt arbejde med at kortlægge indsatsområder og mulige tiltag med fokus på ulighed i kræft, herunder eksempelvis se på tidlig opsporing og diagnostik af alvorlig sygdom såsom kræft, senfølgeindsatser, rehabilitering og palliation, ligesom det er vigtigt at se på strukturelle tiltag for mindre geografisk og kønnet ulighed. Arbejdet forankres i Sundhedsstyrelsen. Arbejdet skal være en trædesten for at sætte fokus på ulighed i andre sygdomme, herunder fx hjerte-karsygdomme, lungesygdomme og diabetes.

### **De lovgivningsmæssige rammer for folkesundheden**

Aftalepartierne er enige om, at der på baggrund af erfaringerne med de øvrige initiativer på forebyggelsesområdet skal foretages en vurdering af, hvordan lovgivningen fremadrettet bedst understøtter en bred indsats for folkesundheden. Der skal bl.a. ses på erfaringerne fra andre lande, som fx Norge, og hvordan data bedre kan anvendes til viden om befolkningens sundhed, så der kan sættes målrettet ind. Vurderingen skal ske i dialog med en bred vifte af aktører.

## Globale og sektoroverskridende sundhedstrusler

Antibiotikaresistens er en af nutidens største sundhedstrusler. Konsekvenser af klimaforandringer betyder, at nogle infektionssygdomme udbredes i nye områder på verdenskortet. Uden handling stiger risikoen for, at infektion, som kunne være bekæmpet med antibiotika, slår mennesker ihjel. Antibiotikaresistens er en grænseoverskridende trussel. Det kræver handling på internationalt niveau her og nu.

International Centre for Antimicrobial Resistance Solutions (ICARS) er en selvejende institution, som hjælper lande med at udvikle omkostningseffektive og implementerbare løsninger mod antibiotikaresistens og understøtter at viden bliver til handling. ICARS arbejder bl.a. ved at lave partnerskabsaftaler med enkelte lande og bygger bro mellem de nyeste løsninger og nationale forandringer. Fokus er særligt på lav- og mellemindkomstlande, hvor antibiotikaresistens er særligt udbredt. Truslen fra antibiotika gør sig gældende i og op tværs af både human-, veterinær-, og miljøsektoren, og derfor fokuserer ICARS på alle tre sektorer i et "One Health" perspektiv. ICARS forventes inden for det næste år at indgå to til tre nye internationale partnerskaber med lande i samarbejde med Sundhedsministeriet og Udenrigsministeriet.

Der er på finanslove afsat 390 mio. kr. i årene 2019-2026 til arbejdet, og der blev afsat 6 mio. i 2019 og 34 mio. i 2020. Aftalepartierne er enige i, at Danmark forsat skal gå forrest i kampen mod antibiotikaresistens.

Derudover skal sundhedsvæsenet forsat bidrage til kampen mod klimaforandringer. Regionerne har sat en målsætning om at reducere CO<sub>2</sub>-udledningen fra bygningsdrift og optimeret transport med 75 pct. i 2030 i forhold til 2018. Men vi kender ikke alle løsningerne. Derfor skal der ske en forsat indsats for nye løsninger, der sikrer, at sundhedsvæsenets CO<sub>2</sub>-aftryk reduceres. Regeringen vil invitere regionerne til drøftelser om regionernes CO<sub>2</sub>-aftryk, og hvordan reduktioner af sundhedsvæsenets CO<sub>2</sub>-udledninger konkret realiseres.

## Økonomi

**Tabel 1**  
Oversigt over finansiering af initiativer i udspil til sundhedsreform

| Mio. kr.   | 2022         | 2023         | 2024                      | 2025         | 2026         | 2027         | 2028         | 2029         | 2022-2029      |
|--|--------------|--------------|---------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
| Reserve til Land, By og Sundhed                                | 100,0        | 300,0        | 300,0                     | 300,0        | 300,0        | 300,0        | 300,0        | 300,0        | 2.200,0        |
| Afgifter på nikotinprodukter                                   | 0,0          | 97,0         | 83,0                      | 78,0         | 78,0         | 78,0         | 78,0         | 78,0         | 570,0          |
| Afvikling af IKAS  | 4,3          | 8,7          | 8,7                       | 8,7          | 8,7          | 8,7          | 8,7          | 8,7          | 65,2           |
| <b>I alt – driftsfinansiering</b>                              | <b>104,3</b> | <b>405,7</b> | <b>391,7</b>              | <b>386,7</b> | <b>386,7</b> | <b>386,7</b> | <b>386,7</b> | <b>386,7</b> | <b>2.835,2</b> |
| Investeringsramme til anlæg*                                   | -            |              | Op til 4 mia. i 2023-2028 |              |              |              |              | -            | 4.000,0        |
| <i>Heraf videreført pulje til læge- og sundhedshuse (FL16)</i> | -            |              | 425,6                     |              |              |              |              | -            | 425,6          |

Anm.: \*Puljen udmøntes i perioden 2023-2028. Som konsekvens heraf bortfalder opsparede midler på § 16.51.87. Pulje til læge- og sundhedshuse.

Kilde: Sundhedsministeriet

**Tabel 2**  
Oversigt over udgifter initiativer i sundhedsreformen

| Mio. kr.   | 2022        | 2023         | 2024                            | 2025         | 2026         | 2027         | 2028         | 2029         | 2022-2029      |
|--|-------------|--------------|---------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
| <b>Omstilling til det nære sundhedsvæsen</b>   | <b>60,8</b> | <b>247,0</b> | <b>238,6</b>                    | <b>238,5</b> | <b>241,5</b> | <b>261,1</b> | <b>261,1</b> | <b>264,1</b> | <b>1.812,7</b> |
| Adgang til kommunale sundhedstilbud af høj kvalitet i hele landet gennem implementering af national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen | 10,8        | 11,0         | 10,0                            | 8,7          | 8,7          | 8,7          | 8,7          | 8,7          | 74,3           |
| Kvalitetspakker målrettet patientrettet forebyggelse for borgere med kroniske sygdomme   | -           | 102,9        | 103,6                           | 104,8        | 107,8        | 127,4        | 127,4        | 130,4        | 804,3          |
| Kvalitetspakker målrettet kommunale akutfunktioner   | 50,0        | 125,0        | 125,0                           | 125,0        | 125,0        | 125,0        | 125,0        | 125,0        | 925,0          |
| Nærhospitaller til behandling tættere på patientens hjem*  | -           |              | Op til 4,0 mia. kr. i 2023-2028 |              |              |              |              | -            | -              |
| <i>Heraf delramme vedr. it, teknologi og udstyr til hjemmebehandling og sammenhæng mellem sektorer*</i>                                      | -           |              | 500 mio. kr.                    |              |              |              |              | -            | -              |
| Vision om mere behandling i eget hjem med digitale løsninger   | -           | 8,1          | -                               | -            | -            | -            | -            | -            | 8,1            |
| Patientansvarlig læge eller anden sundhedsperson   | -           | -            | -                               | -            | -            | -            | -            | -            | 0,0            |
| Apotekernes rolle i det nære sundhedsvæsen og adgang til lægemidler  | -           | -            | -                               | -            | -            | -            | -            | -            | 0,0            |
| <b>Flere læger til almen praksis og bedre lægedækning</b>  | <b>7,5</b>  | <b>9,0</b>   | <b>9,0</b>                      | <b>7,0</b>   | <b>4,0</b>   | <b>1,0</b>   | <b>1,0</b>   | <b>0,0</b>   | <b>38,5</b>    |
| Mål om mindst 6.500 speciallæger i almen medicin i 2035  | 2,0         | 2,0          | 2,0                             | -            | -            | -            | -            | -            | 6,0            |
| Praksispligt og en styrket fordeling af læger på tværs af landet   | -           | -            | -                               | -            | -            | -            | -            | -            | 0,0            |
| Særlig indsats for flere læger til områder med lægemangel  | 3,5         | 7,0          | 7,0                             | 7,0          | 4,0          | 1,0          | 1,0          | -            | 30,5           |
| Analyser af forskellige modeller for vagtlægeordningerne   | 2,0         | -            | -                               | -            | -            | -            | -            | -            | 2,0            |
| <b>Data og digitalisering skal understøtte kvalitet og et fleksibelt og nært sundhedsvæsen</b>   | <b>0,0</b>  | <b>27,3</b>  | <b>36,3</b>                     | <b>34,3</b>  | <b>34,3</b>  | <b>21,3</b>  | <b>21,3</b>  | <b>19,3</b>  | <b>194,1</b>   |
| Bedre brug af data til kvalitetsudvikling af indsatser i det nære sundhedsvæsen  | -           | 9,3          | 13,3                            | 21,3         | 21,3         | 13,3         | 13,3         | 11,3         | 103,1          |

|  |              |              |              |              |              |              |              |              |                |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
| Deling af data som en forudsætning for sammenhængende forløb   | -            | 14,0         | 20,0         | 13,0         | 13,0         | 8,0          | 8,0          | 8,0          | 84,0           |
| Forskning som grundlag for fremtidens patientbehandling  | -            | 4,0          | 3,0          | -            | -            | -            | -            | -            | 7,0            |
| <b>Hurtig og mere målrettet indsats i hele landet</b>  | <b>28,5</b>  | <b>60,0</b>  | <b>65,0</b>  | <b>65,0</b>  | <b>65,0</b>  | <b>65,0</b>  | <b>65,0</b>  | <b>65,0</b>  | <b>478,8</b>   |
| Styrket akutindsats i hele landet  | 23,5         | 60,0         | 65,0         | 65,0         | 65,0         | 65,0         | 65,0         | 65,0         | 473,5          |
| Hjertestartere og akutløbere   | 5,0          | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | 5,0            |
| <b>Medarbejderen i centrum – tid til kerneopgaven gennem god ledelse, bedre organisering og smartere opgaveløsning</b> | <b>4,5</b>   | <b>20,5</b>  | <b>10,3</b>  | <b>9,4</b>   | <b>9,4</b>   | <b>8,3</b>   | <b>8,3</b>   | <b>8,3</b>   | <b>79,0</b>    |
| Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet   | 4,5          | 6,9          | -            | -            | -            | -            | -            | -            | 11,4           |
| Bedre anvendelse og udvikling af sundhedspersonalets kompetencer   | -            | 13,6         | 10,3         | 9,4          | 9,4          | 8,3          | 8,3          | 8,3          | 67,6           |
| Afdække patientklagesystemet   | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -              |
| <b>Mere lighed i sundhed</b>   | <b>3,0</b>   | <b>41,9</b>  | <b>32,5</b>  | <b>32,5</b>  | <b>32,5</b>  | <b>30,0</b>  | <b>30,0</b>  | <b>30,0</b>  | <b>232,4</b>   |
| Udbygget ordning med vederlagsfri antipsykotisk medicin til patienter med skizofreni                                   | -            | 8,9          | 20,0         | 20,0         | 20,0         | 20,0         | 20,0         | 20,0         | 128,9          |
| Rehabilitering for parkinson, sclerose og hjerneskade  | 3,0          | 21,5         | -            | -            | -            | -            | -            | -            | 24,5           |
| Mere viden om børns sundhed og trivsel   | -            | 10,0         | 10,0         | 10,0         | 10,0         | 10,0         | 10,0         | 10,0**       | 70,0           |
| Målrettet indsats til sårbare familier fra sundhedsplejersken  | -            | 1,5          | 2,5          | 2,5          | 2,5          | -            | -            | -            | 9,0            |
| Bekæmpelse af ulighed i kræft  | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | 0,0            |
| De lovgivningsmæssige rammer for folkesundheden  | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | -            | 0,0            |
| <b>Hovedtotal (drift)</b>  | <b>104,3</b> | <b>405,7</b> | <b>391,7</b> | <b>386,7</b> | <b>386,7</b> | <b>386,7</b> | <b>386,7</b> | <b>386,7</b> | <b>2.835,2</b> |

Anm.: 2029-niveauet udgør det varige niveau. \*Udmøntes som en pulje i perioden 2023-2028. \*\*Beløb afsat til og med 2032.

Kilde: Sundhedsministeriet.

## Opfølgning og implementering

Aftalepartierne er enige om, at det er afgørende, at reformen implementeres og omsættes til konkrete løsninger til gavn for borgerne. Det forudsætter inddragelse af og faglig forankring hos de centrale aktører i sundhedsvæsenet. Samtidig skal omstillingen til et mere sammenhængende, nært og stærk sundhedsvæsen følges tæt gennem en række målsætninger og udvalgte indikatorer.

### Målsætninger

Aftalen skal overordnet bidrage til at sikre, at færre borgere skal opleve at blive indlagt eller genindlagt, når det kunne have været forebygget. Derfor er aftalepartierne enige om, at andelen af akutte genindlæggelser skal nedbringes med 5 procent i 2026, 10 procent i 2030 og 15 procent i 2035.

Derudover skal aftalen bidrage til at sikre, at:

- Flere borgere modtager en indsats tæt på eller i eget hjem frem for på sygehusene. Derfor skal antallet af sygehusforløb per borger samt sygehusaktivitet per borger med KOL og/eller type 2 diabetes falde.
- Adgangen til sygehusbehandling skal være bedre og mere fleksibel ved mulighed for digitale løsninger. Derfor skal andelen af virtuelle sygehusforløb af de samlede antal sygehusforløb stige.
- Der skal være bedre lægedækning i lægedækningstruede områder.
- En større andel af sundhedspersonalet ønsker at blive i faget og arbejde på fuld tid i det offentlige sundhedsvæsen.

Grundlaget for vurderingen af målene vil blive fastsat under hensynstagen til afvigelser som følge af coronapandemien. Arbejdet med målsætningerne drøftes løbende med aftalepartierne. Tallene offentliggøres så vidt muligt mindst en gang årligt på national, regionalt og kommunalt niveau.

### Implementering

Aftalepartierne er enige om, at inddragelse af de centrale aktører i sundhedsvæsenet er en forudsætning for faglig forankring og implementering. Derfor vil Danske Regioner og KL have en væsentlig rolle i implementeringen, og set up for opfølgning vil blive drøftet med parterne. Det skal understøtte implementering og den faglig forankring af tiltagene i sundhedsreformen. Der vil være fokus på tiltag, der skal sikre omstillingen til et mere nært sundhedsvæsen med styrket kvalitet, herunder kvalitetsplan, sundhedsklynger, nærhospitaler samt dataudvikling og tiltagenes indbyrdes sammenhæng. I forlængelse her af vil regeringen sammen med KL, Danske Regioner, PLO og relevante patientorganisationer og faglige organisationer følge omstillingen til det nære sundhedsvæsen, der skal sikre en ændret opgavefordeling mellem kommuner, almen praksis og sygehuse.

Midlerne i aftalen til regioner og kommuner vil blive udmøntet i en aftale med Danske Regioner og KL.

Der nedsættes en politisk følgegruppe bestående af aftalepartierne, som skal følge og drøfte implementeringen af reformen, herunder med særligt fokus på implementering af omstillingen til det nære sundhedsvæsen. Det gælder bl.a. nærhospitaler, hvor aftalepartierne har invitationsret til forhandlinger om anvendelse af eventuel overskydende midler efter udmøntning af midler til etablering af nærhospitaler, og Kommissionen for robusthed, hvor kommissoriet vil blive drøftet blandt aftalepartierne, og hvor aftalepartierne løbende vil blive inddraget i drøftelser om kommissionens anbefalinger. Der vil i den politiske følgegruppe være drøftelse og dialog med centrale aktører, herunder KL, Danske Regioner, PLO og relevante patientorganisationer og faglige organisationer.

**Aftalens karakter**

Aftalen har karakter af en stemmeaftale. Aftalepartierne skal inddrages i udarbejdelsen af de lovforslag, som aftalen indebærer, forud for ekstern høring.