



Kommissorium for

SUNDHEDSSTRUKTUR- KOMMISSIONEN

Marts 2023

Kommissorium for SUNDHEDSSTRUKTURKOMMISSIONEN

Det er en hovedprioritet for regeringen, at vi har et velfungerende sundhedsvæsen.

Gennem reformer, investeringer og moderniseringer er det danske sundhedsvæsen forbedret markant over de sidste 20 år, hvor kvaliteten i behandlingerne er løftet, og flere overlever alvorlig sygdom.

Regeringen vil samtidig insistere på, at vi ser virkeligheden i øjnene. Det danske sundhedsvæsen er presset. Stadig flere borgere får behov for pleje og behandling fra flere dele af vores sundhedsvæsen, og der mangler allerede i dag medarbejdere, mens udviklingen i arbejdsstyrken betyder, at vi ikke kan rekruttere os ud af problemstillingerne. Hvor de specialiserede sygehuse igennem en årrække er blevet udbygget og specialiseret, er indsatsen i de nære sundhedstilbud kun i varierende grad fulgt med udviklingen. Borgerne oplever derfor ofte store forskelle i sundhedstilbud på tværs af landet og der er alt for ofte ikke nogen rød tråd i deres forløb på tværs af specialer og myndighedsskel.

Mangel på medarbejdere, en utidssvarende organisation og et stigende antal patienter kræver således fundamentale forandringer. Ellers risikerer de seneste to årtiers fremskridt at blive afløst af tilbagegang.

Regeringen er klar til at tage initiativ til de nødvendige beslutninger og gennemføre grundlæggende strukturelle forandringer, som er forudsætningen for at skabe fremtidens sundhedsvæsen.

Regeringen vil derfor nedsætte en sundhedsstrukturkommission, der skal udarbejde et beslutningsgrundlag, der fordomsfrit opstiller og belyser modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet. Modellerne skal understøtte et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen med mere lighed og som er mere nært og bæredygtigt, *jf. boks 1.*

Boks 1

Sigtelinjer for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen

- Et **sundhedsvæsen, der er sammenhængende og samarbejder** på tværs af fagligheder, sektorer og geografi, og hvor løsninger inden for fx digitalisering udvikles i fællesskab og hurtigt udbredes.
- En **opgavefordeling i sundhedsvæsnet** mellem sygehuse og det nære sundsvæsen, der sikrer, at patienten kommer i centrum og får en sammenhængende plan for behandling, og hvor der tages et mere samlet ansvar for patientforløbet.
- Et **sundhedsvæsen med ensartet, høj kvalitet**, hvor uligheden i sundhed både geografisk og socialt bliver nedbragt, så borgerne har lige adgang til samme høje kvalitet i hele landet og på tværs af sociale skel.
- Et sundhedsvæsen, der understøtter **frit valg og patientrettigheder**, og sikrer den mest hensigtsmæssige brug af private aktører som en del af det samlede sundhedsvæsen.
- Et **nært sundhedsvæsen**, hvor borgerne har let adgang til sundhedstilbud, og langt flere borgere kan blive mødt og behandlet i eller tæt på hjemmet, hvor det nære sundhedsvæsen styrkes, og sygehusene aflastes, bl.a. ved udbredelse af teknologiske løsninger for nye behandlingsformer.
- Et **bæredygtigt sundhedsvæsen**, hvor ressourcer bruges der, hvor de giver mest sundhed for pengene, hvor flere sygehusophold forebygges gennem en mere forpligtende, datadrevet og systematisk forebyggelsesindsats af høj og ensartet kvalitet, hvor unødigt brug af specialiserede funktioner reduceres, og hvor trækket på medarbejderressourcer på de enkelte opgaver bliver mindre bl.a. ved at potentialer i ny teknologi indfries.

Kommissionens opgaver

Kommissionen får til opgave at opstille forskellige modeller for organisering af sundhedsvæsenet. Modellerne skal forholde sig til udfordringer med, at der på tværs af landet er forskellige forudsætninger for at levere sundheds- og behandlingstilbud og skal samtidig understøtte en markant omstilling af sundhedsvæsenet, så det nære sundhedsvæsen styrkes og tager større ansvar for flere patienter.

Kommissionen anmodes i den forbindelse om at vurdere inden for hvilke områder og målgrupper, hvor der særligt er potentiale for forbedringer i samspil og øget omstilling af opgaveløsningen, så den i højere grad løses koordineret og i eller tæt på borgerens eget hjem, og hvor der tages et mere samlet ansvar for patientforløbet. Vurderingen skal bl.a. omfatte de største kronikergrupper, borgere med multisygdom, herunder samtidig somatisk og psykisk sygdom samt ældre medicinske patienter.

Kommissionen skal se fordomsfrit på strukturen og organiseringen af sundhedsvæsenet og for hver af modellerne afveje fordele og ulemper med afsæt i sigtelinjerne for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen, *jf. boks 1 ovenfor*.

Kommissionen skal inddrage betydningen af kultur og ledelse i sundhedsvæsenet.

Kommissionens anbefalinger og vurderinger af fremtidens struktur skal bl.a. omfatte følgende områder:

- ▶ Den **regionale struktur**, herunder en afvejning af fordele og ulemper ved en ændret forvaltningsstruktur med sigte på styrket sammenhæng og omstilling til nære sundhedstilbud og øget lighed i adgangen til behandling af høj kvalitet.
- ▶ Rammer for **den kommunale sundheds- og forebyggelsesindsats**, hvor opgaveløsningen i højere grad bygger på nationale kvalitetsstandarder, og som understøtter mere ensartet kvalitet på tværs af landet. Herunder en vurdering af, hvordan øget organisering af tværkommunalt samarbejde kan sikre en fagligt bæredygtig opgaveløsning.
- ▶ Samspillet mellem det **specialiserede sundhedsvæsen på sygehusene og det nære sundhedsvæsen i kommuner og almen praksis**, herunder **forpligtende** samarbejdsstrukturer samt muligheder for samlokalisering af kommunale tilbud og udgående sygehusfunktioner og skabelse af tværfaglige miljøer (læger, sygeplejersker, jordemødre, bioanalytikere, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer, diætister mv.) i form af eksempelvis nærhospitaler. Endvidere skal det

overvejes, hvordan det præhospitale akutberedskab bedst spiller sammen med det øvrige sundhedsvæsen.

- ▶ En **organisering og styring af almen praksis**, der understøtter øget patientansvar og styrket opgavevaretagelse, herunder en afvejning af fordele og ulemper ved forskellige organisatoriske løsninger.
- ▶ **Finansierings- og incitamentsstrukturer, samt kultur og ledelse** i sundhedsvæsenet, der understøtter omstilling til det nære samt en bedre udnyttelse af ressourcer og kapacitet inden for og på tværs af sektorer, herunder en vurdering af løsninger baseret på økonomiske incitamenter og øget synlighed om resultater.
- ▶ **Koordination af kvalitetsudvikling** på sundhedsområdet med henblik på at indfri potentialer i øget nyttiggørelse af data om kvalitet samt øget udbredelse af god praksis, herunder en afvejning af fordele og ulemper ved en styrket statslig rolle heri.
- ▶ En **organisering af digitale løsninger og it-infrastruktur** i sundhedsvæsenet, der understøtter udbredelsen af fælles løsninger og gnidningsfri udveksling af digitale oplysninger på tværs af sektorer, herunder en afvejning af fordele og ulemper ved at styrke den nationale koordinering og samarbejde på området.
- ▶ En regulering, der understøtter **frit valg og patientrettigheder**, og som sikrer den mest hensigtsmæssige brug af private aktører som en del af det samlede sundhedsvæsen.

Fokus for kommissionens forslag til organisering er hensynet til fremtidssikring af det samlede sundhedsvæsen. Kommissionen skal i den sammenhæng tillige pege på potentialer for bedre forebyggelse.

Kommissionen bør dog i sine forslag til organisering også forholde sig til samspillet med nærliggende områder, som er tæt koblet til sundhedsområdet, i det omfang det vurderes relevant for at sikre bedre samspil med sundhedsområdet. Ved modeller, som involverer ændringer i antallet af forvaltningsniveauer, skal afledte konsekvenser for andre opgaveområder også beskrives.

Kommunernes styreform og geografiske afgrænsninger indgår ikke i arbejdet i denne kommission. Samtidig lægges det til grund, at skatteudskrivningsretten ikke kan placeres på andre forvaltningsled end i dag.

Kommissionens forslag til ændret organisering forudsættes at bidrage til en bedre brug af kapacitet og ressourcer og muliggøre kvalitetsforbedringer, og være samlet set udgiftsneutrale og ikke medføre øget træk på personalekapacitet.

Eksisterende viden og igangværende analyser og udredninger inden for kommissionens opgavefelt vil kunne tilgå og indgå i kommissionens arbejde, herunder internationale erfaringer. Kommissionen kan herudover rekvirere eksterne analyser om relevante emner inden for rammerne af kommissionens opgavebeskrivelse.

Kommissionen skal afslutte sit arbejde med én samlet afrapportering i foråret 2024, så følgelovgivning kan behandles i folketingssamlingen 2024/25.

Kommissionens medlemmer vil være eksperter og praktikere på området, som udpeges af indenrigs- og sundhedsministeren. Ved udvælgelsen af kommissionsmedlemmer lægges vægt på en sammensætning, der sikrer kompetencer inden for sundhedsøkonomi, offentlig organisering og forvaltning, sygehusdrift, den kommunale sundhedsindsats, patientperspektiv, praksissektoren, sammenhæng i sundhedssektoren, innovation samt internationale erfaringer.

Kommissionen vil bestå af:

- En formand.
- 6-8 medlemmer.

Kommissionen betjenes af et sekretariat, der varetages af Indenrigs- og Sundhedsministeriet med deltagelse af Finansministeriet, Økonomiministeriet samt Social-, Bolig- og Ældreministeriet. Andre relevante ministerier inddrages efter behov, herunder i arbejdsgrupper nedsat af kommissionen.

Kommissionen skal samtidig understøtte bred offentlig debat, der involverer medarbejdere, patienter, pårørende, eksperter og andre aktører omkring sundhedsvæsenet. Det kan bl.a. ske gennem høringer og offentliggørelse af analyser, som belyser udfordringer mv. Danske Regioner og KL og andre relevante parter inddrages samtidig undervejs med henblik på at bidrage med viden og data til brug for analysearbejdet. Kommissionens medlemmer skal aktivt deltage i den offentlige debat om kommissionens arbejde med at fremtidssikre sundhedsvæsenet.

Medlemmer af SUNDHEDSSTRUKTURKOMMISSIONEN

Sundhedsstrukturkommissionen består af følgende kommissionsmedlemmer pr. den 28. marts 2023:

- Formand: Jesper Fisker, Administrerende direktør, Kræftens Bekæmpelse, og bl.a. tidligere departementschef, tidligere Adm. direktør i Sundhedsstyrelsen og tidligere Adm. direktør for sundheds- og omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune.
- Jakob Kjellberg, Professor i sundhedsøkonomi, VIVE
- Peter Bjerre Mortensen, Professor ved Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet
- Dorthe Gylling Crüger, koncerndirektør, Region Hovedstaden
- Sidsel Vinge, konsulent og tidligere projektchef i Vive og tidligere sundhedschef i Gladsaxe Kommune
- Mogens Vestergaard, overlæge, seniorforsker og Professor i almen medicin, Aarhus Universitet
- Marie Paldam Folker, centerchef, Center for Digital Psykiatri i Region Syddanmark
- Søren Skou, tidligere administrerende direktør, A.P. Møller Mærsk
- Gunnar Bovim, formand for Helsepersonalkommisjonen og rådgiver på Norges teknisk-naturvidenskabelige Universitet



**INDENRIGS- OG
SUNDHEDSMINISTERIET**