



Bilag 1

Orientering vedr. ny aftale om sundhedsreform

Den 15. november 2024 blev der indgået en aftale om en ny sundhedsreform mellem regeringen, Danmarksdemokraterne, SF, Konservative og Radikale. Aftalen er vedlagt som bilag. Nedenfor opsummeres hovedelementer i reformen, og de væsentligste enkeltelementer, herunder deres konsekvenser for Københavns Kommune.

15. november 2024
Edoc-sagsnummer
2024-0191468

F2 sagsnummer
2024 - 10809

Sagsbehandler
Ida Kirstine Riber

Hovedelementer i sundhedsreform 2024

- Reformen giver sundhedsvæsenet en ny struktur med 4 regioner og 17 nye sundhedsråd, hvor regioner og kommuner i et tæt og forpligtende samarbejde skal skabe et stærkere sundhedsvæsen tæt på borgerne.
- En ændring af opgavefordelingen mellem kommuner og regioner (udbygges nedenfor).
- Reformen styrker borgerens adgang til egen læge særligt i yderområder og har en målsætning om i alt mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud i 2035
- Reformen styrker patienternes frie valg og indfører flere patientretigheder og nye kronikerpakker, så borgere med kronisk sygdom får ret til en samlet pakke med sundhedsindsatser, der er tilpasset den enkelte.
- Reformen har som formål at skabe mere ensartethed i sundhedstilbuddene gennem en styrket national koordinering af digitale tilbud og udbredelse af nye innovative løsninger samt en bedre fordeling af læger og sundhedsressourcer på tværs af landet. Kommuner og regioner har et ansvar for, at det bliver implementeret.

Ny organisering af sundhedsvæsenet

Reformen medfører en ny struktur for sundhedsvæsen og en ny opgavefordeling mellem myndighederne.

Centrale initiativer inkluderer bl.a.:

- 4 regioner – og én samlet Region Østdanmark (nu Region Sjælland og Region Hovedstaden)
- 17 nye sundhedsråd

- Nationalt prioriteringsråd
- Én national plan for udviklingen af sundhedsvæsenet
- Digital Sundhed Danmark

Reformen indebærer en omorganisering af sundhedsvæsenet. De nuværende fem regioner reduceres til fire, hvor Østdanmark, nuværende region Hovedstaden og Sjælland, bliver en samlet region.

På nationalt niveau etableres en langsigtet national sundhedsplan, som sikrer en mere effektiv ressourcefordeling og understøtter innovation, især gennem digitale løsninger. Staten sætter med den nationale sundhedsplan de overordnede rammer, som det derefter er regionerne og sundhedsrådenes opgave at omsætte til konkrete handlinger til gavn for borgerne. Sundhedsrådene skal derfor udarbejde en nærsundhedsplan, der udmønter dele af den nationale sundhedsplan.

Regeringen vil styrke samarbejde om digitalisering og udbredelse af innovative løsninger i sundhedsvæsenet. Det skal ske gennem en ny organisering af den digitale del af sundhedsvæsenet i en national drifts- og udviklingsorganisation Digital Sundhed Danmark og oprettelsen af et nyt Nationalt Center for Sundhedsinnovation. Med etableringen samler organisationen også fælles, nationale opgaver, der i dag løses af regionerne og kommunerne, hvilket skal drøftes nærmere med regionerne og kommunerne.

Et af hovedinitiativer i reformen er derudover at bringe behandling tættere på borgernes hjem. Dette skal opnås gennem hjemmebehandlings-teams og udvidede lokale sundhedstilbud. Borgerne skal kunne modtage behandling i hjemmet, hvor det er muligt, og undgå unødvendige hospitalsindlæggelser. For at støtte denne udvikling er der afsat midler til etablering af lokale sundhedshuse, som kan samle flere funktioner.

Regionernes inddeling og styring

Aftalepartierne er enige om, at der etableres fire regioner ledet af folkevalgte regionsråd, der erstatter de nuværende fem regioner, herunder en ny Region Østdanmark med hovedsæde i Sorø, som bliver den største region med 2,8 mio. indbyggere. Region Nordjylland bliver den mindste region med 0,6 mio. indbyggere. Målet er at etablere fire bæredygtige regioner med et bedre forhold mellem befolkningens behov for sundhedsydelse og sundhedsvæsenets ressourcer, så alle borgere sikres et sundhedsvæsen af høj kvalitet.

Oprettelse af sundhedsråd

Sygehusstrukturen med 21 akutsygehuse bevares, men reformen etablerer 17 sundhedsråd under de fire regioner. Sundhedsrådene består af folkevalgte repræsentanter fra både regioner og kommuner og får ansvaret for drift og udvikling af regionale sundhedsopgaver i et afgrænset geografisk område.

Sundhedsrådene skal drive den lokale omstilling, sikre udbygning af det nære sundhedsvæsen og fordele midler til nye sundhedstilbud.

Kommuner repræsenteres afhængigt af indbyggertal, mens regionens repræsentanter altid udgør flertallet. Sundhedsrådene vil bestå af 6-21 medlemmer.

Kommuner med under 80.000 indbyggere har én repræsentant, kommuner mellem 80.000-300.000 indbyggere har to repræsentanter, mens kommuner med over 300.000 indbyggere har tre repræsentanter. Hver repræsentant har én stemme. De regionale repræsentanter har også hver én stemme og regionens medlemmer har dermed altid flertallet. I alle sundhedsråd udgør medlemmer fra regionen et flertal og regionen har formandsposten.

Standsningsret og initiativret

Aftalepartierne er enige om, at der skal være en standsningsret i sundhedsrådene. Standsningsretten indebærer retten til at indbringe en sag fra sundhedsrådet til behandling i regionsrådet, der har myndigheds- og finansieringsansvaret.

Standsningsretten kan benyttes af enten mindst 1/3 af sundhedsrådets regionsrådsmedlemmer, eller af formanden for sundhedsrådet.

Ethvert medlem af sundhedsrådet kan udøve initiativret og i den forbindelse stille forslag om, at en sag sættes på dagsordenen til et møde i sundhedsrådet.

Københavns Kommune i sundhedsråd

Københavns Kommune vil indgå i sundhedsråd Hovedstaden med i alt 13 folkevalgte rådsmedlemmer, hvor regionen har flertal: 7 regionsrådspolitikere med 7 stemmer, og 6 kommunalpolitikere med 6 stemmer, heraf har Københavns Kommune 3 repræsentanter og Frederiksberg 2 repræsentanter samt Bornholm har 1. Repræsentanterne skal være udvalgsformænd eller borgmestre. For Københavns Kommune fastslås det at det kan være tre borgmestre eller to borgmestre og en overborgmester.

Sundhedsråd Hovedstaden får ansvaret for de nære sundhedstilbud til alle københavnere (selvom ca. halvdelen af borgere er en del af optageområdet for Amager og Hvidovre Hospitaler).

Samtidigt har Københavns Kommune mulighed for at deltage som observatør i Sundhedsråd Hovedstaden Syd og Vest, hvor Amager og Hvidovre Hospital drives under

Sundhedsrådenes opgaver

Sundhedsrådene varetager på regionsrådets vegne planlægning og drift af sundhedstilbud, herunder sygehuse, almen medicin og praksissektor. De får også ansvar for nye opgaver som akutsygepleje, patientrettet forebyggelse og avanceret genoptræning samt sociale opgaver på regionalt niveau.

Rådene skal sikre nærsundhedsplaner, der beskriver, hvordan behandling bringes tættere på borgerne, og opstille mål for sammenhængende patientforløb og geografisk tilgængelighed. De skal styrke samarbejdet med kommuner og gøre sundhedssektoren attraktiv for arbejdskraft.

Forberedende sundhedsråd

I 2026 nedsættes 17 forberedende sundhedsråd, der skal sikre en smidig overgang til den nye struktur. De forbereder bl.a. varetagelsen af opgaver, som flyttes fra kommuner til regioner og besluttet hvem som skal varetage opgaven.

Afvikling af eksisterende samarbejdsorganer

Sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og kontaktudvalg nedlægges. Dette skal forenkle samarbejdet mellem regioner og kommuner og reducere administrationen.

Opgaver, der lægges op til at rykkes fra kommunerne

Reformen indebærer, at flere sundhedsopgaver, som tidligere har ligget hos kommunerne, nu skal overtages af sundhedsrådene.

Partierne er på den baggrund enige om at flytte myndigheds- og finansieringsansvaret for en række opgaver fra kommunerne til regionerne fra d. 1. januar 2027. Formålet med opgaveflytningen er at give regionen og sundhedsrådene et større og mere sammenhængende ansvar for behandlingen.

Regeringen vil igangsætte et arbejde med nærmere at konkretisere afgrænsningen af de opgaver, der skal flyttes. Sundhedsstyrelsen vil få til opgave at udarbejde et oplæg prmo 2025, der præsenteres for og drøftes med aftalepartierne. Efterfølgende vil opgavefordelingen blive udmøntet i sundhedslovgivningen i oktober 2025

Økonomien forbundet med opgaveflytningen skønnes at udgøre op til 5 mia. kr. Endelig økonomi forbundet hermed vurderes på baggrund af den faglig afgrænsning foretaget af Sundhedsstyrelsen i foråret 2025 og udmøntes i et lovforslag i oktober 2025. Det statslige tilskud til kommuner og regioner reguleres på baggrund af opgaveændringerne, jf. DUT-princip.

Aftalepartierne er i forlængelse heraf enige om, at følgende opgaver flyttes fra kommuner til regioner:

- *Den akutte specialiserede sygepleje:* Regionerne får ansvaret for den specialiserede del af den nuværende kommunale sygepleje. Regionerne forpligtes til at sparre med kommunerne og understøtte den almen kommunale sygepleje. Indsatser beskrevet i eksisterende kvalitetsstandarder for de dele af de kommunale akutfunktioner, der er en del af opgaveflytningen, vil indledningsvist danne grundlag for den regionale opgavevaretagelse.
- *Patientrettet forebyggelse:* Regionerne får det samlede ansvar for den patientrettede forebyggelse.
- *Genoptræning efter sundhedsloven (Rehabilitering på specialiseret niveau og dele af avanceret genoptræning):* Regionerne får ansvaret for rehabilitering på specialiseret niveau. Sundhedsstyrelsen får til opgave at se på, hvilke dele af den avancerede genoptræning, der skal

flyttes. Derudover flyttes finansieringsansvaret for genoptræning på specialiseret niveau fra kommuner til regionerne.

Midlertidige ophold på sundheds- og omsorgspladser: Regionerne overtager ansvaret for at tilbyde midlertidige ophold til borgere, der har behov for en sundhedsfaglig indsats, men ikke kræver sygehusindlæggelse eller kan behandles i eget hjem. Dette omfatter flytning af kommunale akutpladser og de fleste andre midlertidige pladser til regionalt ansvar under sundhedsloven. Der etableres en afregningsordning, hvor regioner kan opkræve kommuner betaling for borgere, der er færdigbehandlede, men fortsat opholder sig på en plads. Ordningen skal sikre en rimelig opgavefordeling mellem regioner og kommuner. Tilbuddet bliver landsdækkende, gratis og omfattet af frit valg. Regionerne sikrer lægedækning og kan indgå aftaler med private leverandører, hvis kvalitetskrav opfyldes.

En særlig finansieringsordning etableres for at sikre kommunalt medansvar, så borgere kan komme hjem, når de er klar, med nødvendig hjælp og omsorg fra kommunen.

Kommunernes fremtidige opgaver på sundhedsområdet

Kommunerne skal fortsat løse en række opgaver på sundhedsområdet.

Inden for rammerne af regionens overordnede planlægning, vil sundhedsrådene på regionsrådets vegne konkret kunne vælge at indgå aftaler med kommunerne om, at de varetager driften af hele eller dele af de ovenstående opgaver tæt på borgerne på vegne af regionen. Regionen beholder myndigheds- og finansieringsansvaret uanset om det er regionerne eller kommunerne, der løser opgaverne.

Det kommunale driftsansvar vil især være relevant i de kommuner, hvor grundlaget for den tilstrækkelige kvalitet er til stede, og hvor der er faglig og økonomisk bæredygtighed i tilbuddene til borgerne. Regionen og kommunen skal indgå denne aftale inden 1. april 2026, således at delingsprocessen også kan nå at blive gennemført i 2026. Der vil være mulighed for, at kommuner og regioner løbende, og dermed også efter 2026, aftaler ændringer for at sikre den mest hensigtsmæssige drift.

Opgaveflyttet forudsætter, at regionerne er forpligtede til at sikre direkte og hurtigt tilgængelig sparring med og understøttelse af den almene kommunale sygepleje for ældre borgere.

Der er en række spørgsmål, som er uafklarede, men på nuværende tidspunkt forventes det at det i Københavns Kommune vil være følgende opgaver, der flyttes:

- Akutsygepleje (akutteamet)

- *Midlertidige døgnophold* på Center for Rehabilitering og Akutpleje: Akutplejepladser, lindrende pladser og almene rehabiliteringspladser
- *Neurorehabilitering - Kbh* (ambulant specialiseret rehabilitering samt alle døgnpladser)
- *Patientrettet forebyggelse*: Center for Diabetes og Hjertesygdomme, Center for Kræft og Sundhed, Center for Lungesygdomme samt Center for Genoptræning ift. lænderyg og artrose.

Den præcise afgrænsning for de enkelte opgaveflytninger skal afklares ud fra en faglig vurdering fra Sundhedsstyrelsen.

I reformen lægges det derudover op til, at kommunerne fortsat kan varetage de opgaver, der med fordel kan løses tæt på borgeren og med tilstrækkelig høj kvalitet. Kommunerne får med reformen bedre adgang til lægehjælp til deres borgere, fx den ældre borger på et plejehjem eller en beboer på et botilbud, for at forebygge forværring af sygdom og undgå unødige sygehusindlæggelser.

Ny folkesundhedslov

Aftalepartierne er enige om at styrke den strukturelle forebyggelse i kommunerne ved at indføre en folkesundhedslov. Loven udarbejdes bl.a. med inspiration fra relevante organisationer og eksperter samt erfaringer fra fx Norges folkesundhedslov. Loven skal i sin formålsbestemmelse angive den overordnede retning og mål med en systematisk folkesundhedsindsats.

Loven skal sætte rammerne for, at kommunerne kan fastlægge konkrete mål for deres indsats. Kommunerne får frihed til at iværksætte de rammer og indsatser, der har effekt i forhold til lokale behov

For at gøre det enklere for kommunerne at prioritere indsatserne og arbejde målrettet og effektivt, reviderer Sundhedsstyrelsen de eksisterende forebyggelsespakker. Aftalepartierne inviteres til drøftelser om forslag til folkesundhedslov, inden regeringen fremsætter lovforslag herom i 2026.

Mere frit valg og sammenhæng mellem sygepleje og helhedspleje

Regeringen vil integrere den almene sygepleje i den kommende helhedspleje for ældre borgere, som implementeres i forbindelse med ældreloven. Målet er at sikre mere sammenhæng og mere kontinuitet i indsatsen på tværs af ældreplejen og sygeplejen.

Flere borgere vil modtage ydelser efter den kommende ældrelov og kommunal sygepleje efter sundhedsloven. Regeringen foreslår derfor at samle dette i helhedsplejen. I mange kommuner løftes de sygeplejefaglige opgaver allerede af medarbejdere, som også udfører opgaver på ældreområdet fx i form af personlig pleje. Ved at integrere sygeplejen for ældre borgere i helhedsplejen sikres det, at sygeplejeindsatser i højere grad løftes af de faste, tværfaglige teams fra starten af et forløb, i stedet for at være adskilte.

Dermed vil borgerens frie valg ikke kun omhandle helhedsplejen efter ældreloven men også favne sygeplejeydelser. Det betyder, at private leverandører af helhedsplejen også skal kunne løfte de almene sygeplejeopgaver. Den konkrete model og ramme herfor skal udvikles i tæt sammenhæng med de øvrige initiativer til at styrke hjemmebehandlingen.

Hjemmebehandlingsteams

Aftalepartierne ønsker, at mere behandling kan foregå i borgerens hjem, og er derfor enige om, at regionerne får ansvaret for at etablere nye hjemmebehandlingsteams. De nye hjemmebehandlingsteams skal udbygge og understøtte døgndækkende hjemmebehandling med flere sundhedsfaglige medarbejdere

Opgaverne vil efter aftale med kommunerne også kunne løses af de kommunale medarbejdere, som i forvejen er i borgerens hjem, med relevant sparring og oplæring fra de nye hjemmebehandlingsteams.

Initiativet udmøntes i en aftale mellem regeringen og regionerne med henblik på, at det kan få virkning fra 2027. Den nærmere implementering og tilrettelæggelse sker i de nye sundhedsråd.

Yderligere elementer i reformen

Derudover kan følgende elementer fremhæves:

- *Bedre lægedækning:* Regionerne er forpligtede til at sikre lægedækning i det almenmedicinske tilbud i hele regionernes geografiske område.
- *Ligestilling af psykiatrien og somatikken:* Reformen indebærer også en bedre og mere sammenhængende organisering og ligestilling af psykiatrien og somatikken.
- *Fra 72 til 96 timers behandlingsansvar:* Sygehusene får ansvar for patienten i op til 96 timer efter udskrivning. Det gælder også for patientgrupper som psykiatriske og ældre patienter. Det skal aftales nærmere mellem regeringen og relevante parter, hvilke patientgrupper ordningen skal udvides til, herunder i forhold til ansvar i forbindelse med afslutning på en sundheds- og omsorgsplads.
- *Kvalitetsløft af den kommunale sundhedsindsats og styrkelse af den samlede palliative indsats:* Aftalepartierne er enige om at investere i kvaliteten af den sundhedsfaglige indsats i kommunerne. De afsatte midler er en del af investeringerne i de nye sundhedsråd og skal udmøntes lokalt gennem sundhedsrådene, så det sikres, at de styrkede indsatser i kommunerne tilpasses de lokale behov og forhold.
- *Klart ansvar for behandlingsredskaber og hjælpemidler:* Regeringen vil revidere reglerne for, hvem der udleverer nødvendige hjælpemidler. Regeringen vil, med udgangspunkt i

sundhedsstrukturkommissions anbefalinger, udvikle en konkret og udgiftsneutral model, der kan skabe mere klarhed for borgeren og tydelighed om, hvilken myndighed der er ansvarlig for at udlevere og finansiere produkterne. Aftalepartierne er endvidere enige om, at regelsættet for udlevering af behandlingsredskaber og hjælpemidler skal revideres, ordningen med patientansvarlig læge skal udvides og revideres, og der skal igangsættes et eftersyn af reglerne om befordring.

- *Slidgigt:* Desuden igangsættes en indsats for præhabilitering og mennesker med slidgigt.
- *Bedre forløb for borgere med kronisk sygdom:* Aftalepartierne er derfor enige om, at indsatsen på kronikerområdet skal styrkes bredt set for at understøtte, at det stigende antal borgere med kroniske sygdomme kan leve et godt og langt liv med deres sygdom, og at sundhedsvæsenet kan imødekomme det stigende behandlingsbehov hos mennesker med kronisk sygdom. Aftalepartierne er desuden enige om at indføre sygdomsspecifikke kronikerpakker til personer med kronisk sygdom. Den første kronikerpakke forventes implementeret i 2027.
- *Demens:* Aftalepartierne er enige om, at der fortsat er behov for fokus på, at mennesker med demens får den nødvendige udredning, behandling og omsorg. Bl.a. styrke indsatsen for hurtigere udredning for demens samt nedbringe ventetiden.
- *Forsøg med adgang til fysioterapi uden lægehenvi- sning:* Aftalepartierne vurderer at det kan være relevant at undersøge om man kan afskaffe kravet om lægehenvi- sning til fysioterapi med henblik på at opnå mere smidige patientforløb og aflaste særligt det almenmedi- cinske tilbud uden, at det fører til utilsigtet overbehandling.
- *Understøtte de kommunale tilbud inden for regionernes geografi- ske område:* Regionerne skal sikre fasttilknyttet almenmedicinsk læ- gehjælp på plejehjem og botilbud og forsorgshjem, som ligger in- den for regionens geografiske område. Desuden skal der indgås af- taler i sundhedsrådene herom som led i den lokale implementering af nærsundhedsplanerne.
- *Understøtte kvalitetsarbejdet på tværs af sundhedsvæsenet:* Der er indgået aftale med Danske Regioner om, at regionerne overtager og viderefører opgaven med at modtage og analysere rapporter- inger om utilsigtede hændelser samt driften af databasen med indrap- porteringer fra sundhedspersonale, patienter og pårørende på tværs af regioner, kommuner, almen praksis og apoteker. Dette sker fra maj 2025.

- *Udbygge og understøtte hjemmebehandling:* Alle regioner skal udbygge og understøtte hjemmebehandling, herunder etablere hjemmebehandlingsteams. De nye hjemmebehandlingsteams skal udbygge og understøtte døgndækkende hjemmebehandling med flere sundhedsfaglige medarbejdere. Det sker i forlængelse af indgåede aftaler og kvalitetsstandarder, og der afsættes midler hertil. Desuden indgår udviklingen af tilbud om hjemmebehandling som en del af den nationale sundhedsplan.
- *National dataplatform:* Digital Sundhed Danmark skal bidrage til, at borgere og medarbejdere i sundhedsvæsenet kan få en nem, overskuelig og samlet adgang til de oplysninger, som er relevante i forbindelse med patientbehandling, og at sundhedsdata smidigt og sikkert kan anvendes til forskning og innovation, understøttet af en styrket fælles datainfrastruktur.

Overordnede økonomiske prioriteringer i reformen

Den samlede reformøkonomi fremgår i tabel 4 i selve reformen. Den årlige ramme til driftsudgifter hæves løbende de kommende år stigende til et løft i 2030 på 6,4 mia. kr. Reformen giver sundhedsvæsenet en såkaldt 'økonomisk investeringsmotor' som stiger til 4,4 mia. kr. i 2030 målrettet det nære sundhedsvæsen og de områder af Danmark, der trænger mest. Ud af rammen på 6,4 mia. kr. målrettes 4,4 mia. kr. i 2030 til nære sundhedsindsatser via de nye sundhedsråd. Af den samlede investering målrettes 2,4 mia. kr. til indsatser i det nære regionale sundhedsvæsen, mens 2,0 mia. kr. målrettes tiltag i den kommunale sundhedsindsats.

Nedenfor er et overordnet overblik:

Mio. kr. 2025-PL	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Investeringer i de nye sundhedsråd	-	-	1.063	2.048	3.066	4.381
Konkrete indsatsområder	369	328	1.370	1.704	1.927	1.974
I alt	369	328	2.433	3.751	4.993	6.356

Økonomien fordeles blandt andet på følgende initiativer:

- *Ny investeringsmotor:* 4,4 mia. kr. årligt fra 2030 til sundhedsråd, som skaber flere borgernære sundhedstilbud.
- *Kommunalt sundhedsvæsen:* 2 mia. kr. årligt fra 2030 til at udbygge sundhedstilbud i kommunerne, herunder 0,6 mia. kr. til kvalitetsstandarder, almen sygepleje og palliative indsatser.

- *Regionalt sundhedsvæsen: 2,4 mia. kr. årligt fra 2030 til at styrke regionale sundhedstilbud, finansieret gennem demografimidler.*
- *Digitalisering og innovation: Op til 50 mio. kr. årligt fra 2029 til digitalisering, nyt prioriteringsråd og et center for sundhedsinnovation.*
- *Flere læger og bedre fordeling: Økonomisk støtte til lægedækning i udsatte områder, med 22 mio. kr. årligt fra 2027.*
- *Kroniske sygdomme: 540 mio. kr. årligt fra 2030 til kronikerpakker og demensindsatser.*
- *Frit valg og patientrettigheder: Op til 283 mio. kr. årligt fra 2030 til frit valg af sundheds- og omsorgspladser, hurtig udredning, psykiatri og digital adgang.*
- *Behandling nær hjemmet: 809 mio. kr. årligt fra 2030 til hjemmebehandling, digitale løsninger og specialiseret palliativ indsats.*
- *Forebyggelse og folkesundhed: 250 mio. kr. årligt fra 2027 til forebyggelse via en ny folkesundhedslov.*
- *Fysiske og teknologiske rammer: 27,5 mia. kr. over 10 år til forbedring af sundhedsvæsenets faciliteter og teknologi.*