

Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen

1. Indledning

Aftale om sundhedsreform 2024 af 15. november 2024 lægger fundamentet for, at det danske sundhedsvæsen også i fremtiden skal være blandt de bedste. Reformen indebærer den største og vigtigste ændring af sundhedsvæsenet siden aftalen om kommunalreformen i 2004. Gennem de sidste årtier har især den specialiserede behandling på sygehusene været igennem en positiv udvikling. Mange ting er lykkedes godt, og det skal fastholdes. Men sundhedsvæsenet er samtidigt under et stigende pres.

Den demografiske udvikling med flere ældre og færre i den arbejdsdygtige alder betyder, at flere får behov for pleje og behandling, og at der vil mangle medarbejdere i sundhedsvæsenet, hvis vi ikke ændrer måden, vi gør tingene på. Samtidig er forskellene i borgernes adgang til god sundhedsbehandling blevet for store på tværs af landet. Derfor skal sundhedsvæsenet omstilles, så det kan klare fremtidens udfordringer.

Flere opgaver og mere behandling skal foregå tættere på borgerne og uden for sygehusene. Det almenmedicinske tilbud skal udbygges og i højere grad tage ansvar for patientens samlede forløb. Sygehusene skal have en mere udadvendt rolle og støtte resten af sundhedsvæsenet, og ressourcerne skal fordeles bedre på tværs af landet, så borgerne har bedre adgang til sundhedsvæsenet, tæt på hvor de bor.

Regeringen, KL og Danske Regioner ønsker at skabe et stærkt, sammenhængende og balanceret sundhedsvæsen. Vi skal sammen omstille og forandre vores sundhedsvæsen for at gøre det bedre og rykke det tættere på borgerne.

Denne aftale udgør den første aftale mellem regeringen, Danske Regioner og KL om den samlede implementering af sundhedsreformen samt udmøntningen af en række konkrete initiativer. Regioner og kommuner spiller en afgørende rolle i udviklingen af det danske sundhedsvæsen. Med reformen skabes en ændret opgavefordeling og grundlaget for et godt samarbejde mellem kommuner, regioner og stat om udviklingen af et stærkere sundhedsvæsen. Regeringen, Danske Regioner og KL ser frem til de kommende års tætte samarbejde om at omsætte reformens visioner til konkrete resultater til gavn for borgere og patienter.

Parterne er enige om, at et godt og tæt samarbejde om implementeringen af sundhedsreformen 2024 er en afgørende forudsætning for, at reformen bliver en succes. Reformens implementering hviler på et grundlæggende politisk ejerskab til de nødvendige forandringer og på det stærke samarbejde, der kendetegner det danske folkestyre i både kommuner, regioner og stat.

Vigtigheden af godt samarbejde gælder særligt i de nye sundhedsråd, der får en hovedrolle i omstillingen af sundhedsvæsenet og udviklingen af det sundhedsvæsen, der er tættest på borgerne. Gennem sundhedsrådene sker en markant investering i sundhedsvæsenet i både kommuner og regioner. Der påhviler alle en stor og vigtig opgave med implementering af reformen, og arbejdet med omstillingen af sundhedsvæsenet vil strække sig over en årrække.

Dygtige medarbejdere og ledere på alle niveauer både administrativt og klinisk i hele sundhedsvæsenet vil få en væsentlig rolle med at få ny organisering og indsatser til at fungere i hverdagen og skabe de ønskede forandringer i sundhedsvæsenet til gavn for borgere og patienter. Der er brug for alle medarbejdere, og mange kompetencer skal bedre i spil i hele sundhedsvæsenet.

Realiseringen af reformens mål kræver, at vi gør tingene på nye måder. Vi skal formå at holde op med at gøre det, der ikke virker. Det gode skal fastholdes og videreudvikles - andet skal tænkes på helt nye måder.

Stat, regioner og kommuner skal gøre mere i fællesskab. Implementeringen af reformen skal sikre en omstilling af sundhedsvæsenet, så borgerne får et stærkere sundhedsvæsen lokalt og flere og bedre sundhedstilbud i eller tæt på hjemmet. Samtidig skal Danmark også i fremtiden have robuste sygehuse med plads til dem, der har brug for sygehusbehandling. På sygehuse skal behandling og pleje af mennesker med fysisk og med psykisk sygdom integreres og ligestilles.

Sundhedsvæsenets ressourcer skal fordeles bedre på tværs af landet. Det gælder især fordelingen af de lægefaglige ressourcer, der over tid har udviklet sig på en måde, så lægerne ikke er der, hvor patienterne har det største behov. Den ulige fordeling har over tid bl.a. bidraget til uønsket ulighed i sundhedsvæsenet. Der tages samtidig et bedre, samlet ansvar for tilrettelæggelsen af tilbuddene i patienternes samlede forløb, og der skabes et stærkere samarbejde på tværs af kommuner, regioner og stat om udviklingen af sundhedsvæsenet, hvad angår digitalisering, innovation og den samlede strategiske udvikling bl.a. som led i den nationale sundhedsplan.

Parter er enige om, at borgerne og sundhedsvæsenet skal møde hinanden på nye måder, og der skal være rum for langt mere differentierede tilbud tilpasset den enkeltes behov og ressourcer. Der kommer flere og bedre tilbud i eller tæt på hjemmet, bedre adgang til digitale løsninger, nye rettigheder til patienterne, pakkeforløb til borgere med kronisk sygdom baseret på den enkeltes behov samt en fælles organisering af det digitale sundhedsvæsen.

Parterne prioriterer implementeringen af reformen højt og har fokus på, at reformens forandringer har den nødvendige fremdrift samtidigt med, at sundhedsvæsenet fortsat skal kunne levere indsatser af høj kvalitet. Nogle af reformens elementer tager tid at implementere. Andre kan mærkes hurtigere. Parterne er enige om at samarbejde om at håndtere de udfordringer, som måtte opstå undervejs i implementeringsarbejdet. Der lægges særlig vægt på, at den nye organisering og sundhedsrådene får en god start, samt at der på kortere sigt sker forbedringer i fordelingen af lægeressourcerne og en større ensartethed i adgangen til almenmedicinske tilbud. Parterne lægger også vægt på, at de organisatoriske forandringer i reformen implementeres på en måde, der sikrer trygge rammer for både patienter og personale ved omlægningerne, samt at forandringer og planer implementeres på en meningsfuld og velplanlagt måde. Det skal være trygt at være i sundhedsvæsenet for både borgere og medarbejdere, mens vi bygger om og gør klar til fremtiden.

2. Implementeringssamarbejde og opfølgning - sammen om at implementere reformen

Over de kommende år undergår sundhedsvæsenet en stor og vigtig forandring. Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om vigtigheden af et vedholdende og fælles fokus på implementeringen af reformen og et tæt samarbejde herom. Der er samtidig enighed om at samarbejde om at følge reformens mål og intentioner tæt og løbende gøre status herfor i fællesskab.

Opstarten af de nye sundhedsråd

De nye sundhedsråd får med reformen en nøglerolle med et væsentligt ansvar for omstilling og udvikling af det nære sundhedsvæsen og opgaven med at vende sygehusene mere udad. Med repræsentation af politisk valgte fra både regionsråd og kommunalbestyrelser vil sundhedsrådene også udgøre rammen for et tæt og forpligtende lokalt samarbejde om at skabe mere sammenhængende forløb for patienterne og understøtte kommuner og almenmedicinske tilbud i deres opgaveløsning.

De forberedende sundhedsråd vil allerede fra 2026 forberede sundhedsrådenes opgaver og virke. Det gælder bl.a. forberedelse og implementering af flytningen af myndigheds- og finansieringsansvaret for en række sundhedsopgaver fra kommuner til regioner. Det gælder ligeledes forberedelse af de kommende nærsundhedsplaner, som vil skulle foreligge for hvert sundhedsråds område 1. april 2027, samt udmøntning af midler til bedre fysiske rammer for nære sundhedsindsatser.

Parterne er enige om, at det er afgørende for reformens implementering og succes, at de kommende regionsråd sikrer, at sundhedsrådene får et godt afsæt for deres arbejde og samarbejdet med kommunerne om udviklingen af sundhedsvæsenet tæt på borgerne. Der er i forlængelse heraf enighed om, at regionerne skal sikre et godt og inddragende samarbejde

med kommunerne og de kommunale forvaltninger. Det indebærer bl.a., at når en sag skal oplyses forud for behandling i sundhedsrådet, så vil det regionale sekretariat inddrage den kommunale forvaltning, hvis det handler om opgaver, som en kommune løser, eller der er behov for oplysninger om lokale forhold fra en kommune. Derudover vil regioner og kommuner sikre et fagligt og administrativt samarbejde på de relevante niveauer om at levere sammenhængende patientforløb for borgere, der modtager ydelser fra både kommuner og regioner.

Parterne noterer sig, at der er udpeget en opmand, som frem til den 1. juni 2025 har til opgave at lytte til lokale indsigelser om den geografiske inddeling og navngivning af de kommende sundhedsråd. Opmanden udarbejder derpå et vejledende oplæg. På baggrund af oplægget tager indenrigs- og sundhedsministeren efter en drøftelse med aftalepartierne endeligt stilling til sundhedsrådenes geografiske inddeling og navngivning.

Implementeringspartnerskab

Sundhedsreformen indebærer en stor og vigtig opgave med implementering af en række omfattende reformelementer. Det gælder bl.a. etableringen af de 17 sundhedsråd og opgaveflytning fra kommuner til regioner. For at understøtte en succesfuld implementering er der enighed om at nedsætte et implementeringspartnerskab. Partnerskabet skal bl.a. understøtte, at der er en løbende dialog og samarbejde mellem kommuner, regioner og stat om implementeringen af sundhedsreformen. Det vil også være et forum, hvor parterne kan bringe det op, som er svært med henblik på, at de rette afklaringer kan findes, og barrierer kan fjernes.

Partnerskabet vil bl.a. drøfte og komme med forslag til, hvordan implementeringsstøtten kan tilrettelægges, så den skaber størst værdi i forhold til at understøtte implementeringen. Fokus kan i overgangsperioden bl.a. være på konkrete produkter, der understøtter opgaveflytningen samt opstarten af de nye sundhedsråd med bl.a. en konference for de nye sundhedsrådsmedlemmer primo 2026. Midlerne kan også anvendes til analyser af fx erfaringerne i opstartsperioden med henblik på at understøtte læring på tværs.

Parterne er enige om, at der udpeges fem kommunale medlemmer samt én fra KL til partnerskabet (direktørniveau), én regional repræsentant fra hver region (sundheds- eller sygehusdirektørniveau) samt én fra Danske Regioner, én repræsentant fra Sundhedsstyrelsen og to repræsentanter fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Deltagerkredsen i partnerskabet kan tilpasses undervejs. Kommissorium fremgår af bilag 1.

Opfølgningen på reformen

Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om behovet for en løbende databaseret opfølgning på reformens mål og intentioner, samt at opfølgningen ikke må føre til unødigt administration. Parterne er enige om at bidrage til at sikre det tilstrækkelige før og efter

grundlag hertil. Det kan fx vedrøre effekter af behandling, kommunale indsatser, patientrettigheder, omstillingen til det nære sundhedsvæsen mv. Det skal gøre det muligt at evaluere på reformens effekter.

Parterne er enige om, at der i 2025 og 2026 skal arbejdes med en større udvikling af de nationale mål, således at målene og indikatorerne er i overensstemmelse med de overordnede hensyn i reformen samt sammentænkes med opfølgningen på en kommende national sundhedsplan. Parterne noterer sig endvidere, at udviklingen af målene skal tænkes sammen med opfølgningen på 10-årsplanen for psykiatrien. Parterne er også enige om, at der inden for rammen af arbejdet med de nationale mål arbejdes mod mere tidstro data i en national dataplatform.

I udviklingen af de nationale mål skal der tages udgangspunkt i relevante eksisterende indikatorer samt nye, der skal udvikles, herunder skal der være fokus på indsamling af data til brug for monitorering i det nære sundhedsvæsen og tværsektorielt. Et helt overordnet hensyn er at anvende eksisterende dokumentation og data, således der ikke unødigt stilles nye dokumentationskrav eller øgede registreringskrav, og at antallet af indikatorer ikke forøges. Der skal udvikles nye indikator(er) vedrørende omkostningseffektivitet, der bl.a. belyser adgangen til og tilgængeligheden af sundhedstilbud og kvalitet i det samlede sundhedsvæsen, herunder den borger- og patientrettede kvalitet. Over tid skal det tilstræbes, at indikatorerne også afspejler effekter.

I nærværende aftale fastsættes samtidig en række lofter, fordelinger af midler og øvrige målsætninger. Parterne er enige om at følge med i udviklingen på disse prioriterede områder med henblik på at følge reformens implementering tæt og sikre, at relevante tiltag iværksættes ved behov over de kommende år.

Den aftalte opfølgning i de første år ses i bilag 2. I takt med, at der iværksættes og aftales yderligere tiltag over de kommende år, kan yderligere mål, evalueringer og opfølgningspunkter tilføjes i opfølgningen eller som led i udviklingen af de nationale mål. På samme vis kan der være anden aftalt opfølgning, som skal justeres eller ikke længere er relevant og derfor bortfalder.

Øvrig opfølgning

Som følge af aftalen om Sundhedsreformen får regionerne midler til at styrke demensudredningen med henblik på at nedbringe ventetiderne, herunder midler til at understøtte omstillingen til udredning tættere på borgerne. Derudover får regionerne som følge af aftalen om finansloven for 2025 midler til at styrke den regionale demensudredning også med henblik på at nedbringe ventetiderne.

Parterne er enige om, at regionerne skal have fokus på at nedbringe ventetiderne til demensudredning, som bl.a. skal ses i lyset af stigende efterspørgsel på området. Regeringen og Danske Regioner er enige om, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet årligt indhenter en status fra Danske Regioner mhp. at følge udviklingen i ventetider, og hvordan regionerne

understøtter omstillingen til udredning tættere på borgeren. Første status skal være Indenrigs- og Sundhedsministeriet i hænde primo 2026.

Samarbejde frem mod kommende udmøntningsaftaler

Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om at mødes et par gange årligt for at gøre status for initiativer, som udmøntes i denne aftale og samarbejdet om reformens implementering generelt.

Med nærværende aftale igangsættes også en række samarbejdsspor, som skal føde ind i en kommende udmøntningsaftale i foråret 2026. Det gælder bl.a. national sundhedsplan, hjemmebehandlingsteams og kvalitetsstandarder mv.

Arbejdet med den nationale sundhedsplan igangsættes foråret 2025. Frem mod drøftelserne om den nationale sundhedsplan i foråret 2026 udarbejder Sundhedsstyrelsen et fagligt oplæg hertil med tæt inddragelse af bl.a. repræsentanter for patienter, regioner og kommuner samt eksperter på relevante områder. Der etableres et dialogforum om arbejdet med deltagelse af Sundhedsstyrelsen, KL, Danske Regioner samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Regeringen vil i foråret 2026 desuden indgå en særskilt implementeringsaftale med det forberedende regionsråd i Region Østdanmark om sammenlægningen af Region Sjælland og Region Hovedstaden. Aftalen skal bl.a. omfatte, hvordan regionen vil udnytte de muligheder, der ligger i sammenlægningen af de to regioner for at sikre bl.a. lægedækning, robuste sygehuse og velfungerende sygehussamarbejder samt realisering af de forventede potentialer ved administrative synergier i sammenlægningen, der kan udnyttes og komme patienterne i den nye region til gavn.

3. Løft af kommunale sundhedsindsatser via sundhedsrådene

Med reformen er der afsat knap 0,6 mia. kr. i 2027 stigende til 2,0 mia. kr. i 2030 til et betydeligt løft af det kommunale sundhedsområde via sundhedsrådene¹. Det skal understøtte en udbygning af de kommunale sundhedstilbud som led i omstillingen til et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen.

Disse konkrete midler fordeles til sundhedsrådene ud fra en statsligt fastsat fordelingsnøgle, der tager højde for forskelle i alderssammensætning og helbredstilstand, *jf. bilag 3*. En del af midlerne er målrettet nationale tværgående kvalitetsstandarder, men de resterende midler udmøntes gennem lokale aftaler indgået mellem sundhedsråd og kommunalbestyrelser.

¹ Alle beløb i denne aftale er anført i 2025-pl niveau, hvis ikke andet er anført.

Udmøntning af midler til nationale tværgående kvalitetsstandarder

Af den samlede ramme er 250 mio. kr. i 2027 stigende til 618 mio. kr. i 2030 afsat til udmøntning af nationale tværgående kvalitetsstandarder. Heraf skal 250 mio. kr. årligt gå til standarder, der styrker den almene sygepleje i kommunerne samt en mere ensartet basal palliation i borgerens eget hjem. Der vil løbende blive taget stilling til anvendelsen af de resterende midler via yderligere nationale kvalitetsstandarder.

Kvalitetsstandarderne udarbejdes af Sundhedsstyrelsen med inddragelse af KL og Danske Regioner. De vil bestå af en blanding af bindende krav til kommunale indsatser og ikke-bindende anbefalinger. Midler vedrørende bindende krav udgør 130 mio. kr. i 2027, 300 mio. kr. i 2028, 340 mio. kr. i 2029 og 420 mio. kr. i 2030. Parterne er enige om, at sundhedsrådene fordeler disse midler til alle kommuner ud fra kommunernes indbyggertal. De resterende midler til kvalitetsstandarder udmøntes lokalt i sundhedsrådene gennem aftaler mellem sundhedsrådene og kommunerne med fokus på de ikke-bindende anbefalinger. Dermed sikres det, at der både er midler, som kommer alle kommuner til gavn, samt at der er rum for prioritering i sundhedsrådene.

Udmøntning af midler gennem lokale aftaler

Parterne er enige om, at udmøntningen af den resterende økonomiske ramme til løft af kommunale sundhedsindsatser på 325 mio. kr. i 2027 stigende til 1.388 mio. kr. i 2030 skal anvendes til reelle løft af de nære sundhedsindsatser i kommunerne. Det sker gennem aftaler mellem sundhedsrådene og de enkelte kommuner. Sundhedsrådene kan indgå samlede aftaler med alle kommuner i de enkelte sundhedsråd med fx ophæng i nærsundhedsplaner og kan også indgå bilaterale aftaler med enkeltkommuner. Aftalerne skal bidrage til, at der kan investeres i langsigtet kapacitetsopbygning i tråd med sundhedsreformens intentioner om omstilling af sundhedsvæsenet. Der kan heri også indgå midlertidige løft fx ifm. udvikling og afprøvning af nye indsatser. Der er enighed om en række principper for aftalerne, *jf. bilag 3*. Tilsagnskrav kan ikke omfatte en låsning af bestemte kommunale udgiftsniveauer, men der kan som led i det aftalte tilsagn indgå forudsætninger om niveauet for fx faglighed og kvalitet for den konkrete kommunale indsats.

Der er samtidig enighed om at følge op på samarbejdet om løft af de nære kommunale indsatser, herunder erfaringer med de etablerede aftaleprocesser og de konkrete prioriteringer i de kommunale sundhedsindsatser. Parterne aftaler den nærmere tilrettelæggelse heraf som led i opfølgningen på den samlede sundhedsreform. Det forudsættes ikke, at regionerne skal have ansvaret for eller foretage konkret opfølgning på midlernes anvendelse i den enkelte kommune. Parterne kan også aftale, hvordan der lokalt skal følges op.

4. Fysiske rammer for nære sundhedsindsatser

Der er med reformaftalen afsat 3,5 mia. kr. i 2027 til 2031 (anlægsmidler) til nybyggeri, ombygning og/eller renovering af de fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser samt nødvendige investeringer i IT, teknologi og udstyr.

Det følger af reformaftalen, at midlerne udmøntes af sundhedsrådene, og at der både kan være tale om nærhospitalet/sundhedshuse, som samler flere funktioner på en eller flere adresser. Det kan være både regionale og kommunale tilbud. Den konkrete sammensætning af tilbud aftales i sundhedsrådene og vil afhænge af lokale forhold, behov og ønsker og kan tænkes sammen med øvrige sociale-, sundheds- eller civilsamfundsindsatser i lokalområdet.

Regeringen, KL og Danske Regioner er i forlængelse heraf enige om, at midlerne skal understøtte, at sundhedstilbud i højere grad samles og rykkes tættere på borgerne, at sammenhængen i behandlingsforløb øges, og at flere forløb starter og slutter i det almene sundhedsvæsen tæt på borgerne. I den forbindelse skal midlerne 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. Målet er hermed også at understøtte omstillingen mod et mere nært sundhedsvæsen og en øget tilgængelighed af sundhedstilbud på tværs af landet, og at udmøntningen bl.a. kan bidrage til at sundhedstilbud på tværs af sektorer placeres i sammenhængende rammer. Tilbuddene kan fx tænkes sammen med almene boligforeninger og efter samme tværsektorielle model, som der arbejdes med i partnerskabet Fælles om Lokal Sundhed.

Parterne noterer sig, at midlerne fordeles til sundhedsrådene via regionerne ud fra en statslig fordelingsmodel, som fordeler flest midler til sundhedsråd med størst patienttyngde, som beregnes ud fra demografiske, socioøkonomiske og helbredsmæssige karakteristika, og store afstande, jf. tabel 1.

Tabel 1**Fordeling af midler til fysiske rammer for nære sundhedsindsatser mellem de 17 sundhedsråd (PL-25)**

Sundhedsråd	Mio. kr.	Kr. per indbygger
Hovedstaden	210	261
Hovedstaden Nord	121	254
Hovedstaden Syd og Vest	99	325
Nordsjælland	214	643
Østsjælland og Øerne	324	741
Midt- og Vestsjælland	310	744
Fyn	333	714
Trekantsområdet	216	696
Sønderjylland	170	759
Sydvestjylland	177	742
Aarhus	172	462
Kronjylland	168	731
Horsens	159	677
Midt	175	718
Vestjylland	212	736
Limfjorden	317	734
Vendsyssel	123	770

Anm.: Der kan forekomme mindre ændringer i tallene pba. opdatering og kvalitetssikring af modellen frem mod implementeringen. Den geografiske inddeling af sundhedsrådene kan ligeledes ændres pba. den opmandsproces, som skal give kommuner og regioner mulighed for at komme med indsigelser.

Kilde: Indenrigs- og sundhedsministeriets egne beregninger

Midlerne udmøntes med jævn fordeling over hele perioden 2027-2031, dog med forventeligt mindre afløb i 2027, jf. tabel 2.

Tabel 2**Fordeling af midler til fysiske rammer for nære sundhedsindsatser i 2027-2031 (mio. kr., PL-25)**

Sundhedsråd	2027	2028	2029	2030	2031
Hovedstaden	23	47	47	47	47
Hovedstaden Nord	13	27	27	27	27
Hovedstaden Syd og Vest	11	22	22	22	22
Nordsjælland	24	48	48	48	48
Østsjælland og Øerne	36	72	72	72	72
Midt- og Vestsjælland	34	69	69	69	69
Fyn	37	74	74	74	74
Trekantsområdet	24	48	48	48	48
Sønderjylland	19	38	38	38	38
Sydvestjylland	20	39	39	39	39
Aarhus	19	38	38	38	38
Kronjylland	19	37	37	37	37
Horsens	18	35	35	35	35
Midt	19	39	39	39	39
Vestjylland	24	47	47	47	47
Limfjorden	35	70	70	70	70
Vendsyssel	14	27	27	27	27
I alt	389	778	778	778	778

Anm.: Der kan forekomme mindre ændringer i tallene pba. opdatering og kvalitetssikring af modellen frem mod implementeringen. Den geografiske inddeling af sundhedsrådene kan ligeledes ændres pba. den opmandsproces, som skal give kommuner og regioner mulighed for at komme med indsigelser.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriets egne beregninger.

Parterne er enige om, at der for hvert sundhedsråd skal udarbejdes en plan for midlernes anvendelse, som dækker den fulde periode fra 2027-2031, og som lever op til det aftalte formål. Regionerne skal indsende planerne for den fulde periode til Indenrigs- og Sundhedsministeriet senest den 1. april 2027.

Derudover er parterne enige om, at der årligt frem mod økonomiaftalerne følges op på fremdriften i udmøntningen samt evt. ændringer til eller afvigelser fra den oprindelige plan. Regionerne indsender i den forbindelse en årlig opfølgning på det foregående års anvendelse af midlerne den 15. april hvert år i perioden 2028 til 2032 samt forventet fremadrettet afløb.

Parterne noterer sig, at der planlægges fremsættelse af lovforslag som muliggør regional medfinansiering af kommunale anlægsprojekter i efteråret 2025. Parterne noterer sig endvidere, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet i dialog med parterne ser på mulighederne for i kommende lovgivning om udmøntningen af sundhedsreformen at skabe yderligere hjemler til, at regioner og kommuner kan samarbejde om opgaver i det nære sundhedsvæsen.

5. 96 timers behandlingsansvar

Patienter skal opleve, at der er sammenhæng i deres behandlingsforløb, når de behandles i vores sundhedsvæsen. Det gælder ikke mindst, når patienter udskrives fra sygehuse fx til et kommunalt tilbud.

72 timers behandlingsansvar har eksisteret siden 2022 i Region Hovedstaden, og er i forlængelse af *Aftale om en akutplan for sygehusvæsenet* fra februar 2023 blevet udbredt til de øvrige regioner. I dag omfatter behandlingsansvaret borgere, som er indlagt i mindst 24 timer, og som er udskrevet fra en somatisk afdeling til midlertidige kommunale døgnpladser, plejecentre eller sygepleje i eget hjem eller på bosteder.

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om at styrke ordningen yderligere for at skabe endnu tryggere overgange mellem hospital og kommune, mere sammenhængende patientforløb samt forbedre kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer.

Udvidelse af ordningen til 96 timer

Parterne er enige om at udvide sygehusenes behandlingsansvar med 24 timer efter udskrivelse, således at sygehusenes behandlingsansvar gælder 96 timer efter udskrivelse. Parterne er enige om, at udvidelsen af behandlingsansvaret fra 72 timer til 96 timer for de eksisterende målgrupper træder i kraft 1. januar 2026.

Det vil bidrage til, at de sundhedsprofessionelle i kommunerne har lettere adgang til relevant viden om patienters behandlingsforløb, ligesom det understøtter, at den udskrivende sygehusafdeling i overgangsfasen tager et mere samlet ansvar for patientens fortsatte forløb

med pleje og behandling uden for sygehuset. Målet er, at patienten i højere grad oplever sammenhæng i overgangene mellem sektorer.

Udvidelse af målgruppen for ordningen – psykiatriske patienter

Ordningen udvides til også at gælde psykiatriske patienter. Formålet med at udvide målgruppen er dels at skabe bedre sammenhæng mellem psykiatriske og somatiske indsatser, dels at skabe bedre og tryggere overgange for patienterne mellem den regionale psykiatri og socialpsykiatrien.

Parterne er enige om, at målgruppen for det udvidede behandlingsansvar for psykiatriske patienter er patienter, der har været indlagt i over 24 timer, er lægeligt færdigbehandlet og har behov for kommunal sygepleje, men som ikke kræver yderligere indlæggelse. Målgruppen inkluderer både patienter, der allerede modtager kommunal sygepleje ved indlæggelsen, samt patienter, som under indlæggelsen vurderes at have behov for at starte op med kommunal sygepleje efter udskrivelse. Parterne er desuden enige om, at udover ovenstående gruppe omfatter det udvidede behandlingsansvar også psykiatriske patienter, der har været indlagt minimum 24 timer, og som efterfølgende udskrives til enten midlertidige eller længerevarende socialpsykiatriske botilbud eller botilbudslignende tilbud, herunder afklaringspladser. Parterne er enige om, at udvidelsen af behandlingsansvaret for disse målgrupper træder i kraft primo 2026.

Der findes en række eksisterende udgående ambulante behandlingstilbud for psykiatriske patienter, som skal indtænkes og understøtte det udvidede behandlingsansvar. Der er fx etableret FACT-teams og botilbudsteams, som overtager ansvaret for visse patientgrupper efter udskrivelse.

For psykiatriske patienter er der ikke i dag den samme systematik i overgangen til kommunerne, som der er for somatiske patienter, der overgår til kommunal sygepleje. En udvidelse af behandlingsansvaret til 96 timer fordrer derfor klare aftaler mellem region og kommune om, hvilken indsats der kan forventes, og hvem der er den relevante kommunale aktør til at varetage kommunikationen med den behandlingsansvarlige afdeling. Parterne er enige om at KL og Danske Regioner igangsætter et arbejde ift. at fastlægge det konkrete indhold i samarbejdet mellem sektorer om patienten, således at der er formaliserede samarbejdsaftaler mellem region og kommuner. Arbejdet skal være afsluttet inden udgangen af 2025. I 2026 skal gruppen også undersøge, hvordan børn og unge, der udskrives fra psykiatrisk indlæggelse til botilbud eller sikrede institutioner, kan omfattes af det udvidede behandlingsansvar.

Udvidelsen skal ses i tæt sammenhæng med den generelle kapacitetsopbygning i psykiatrien i regi af arbejdet med en 10-årsplan for psykiatrien.

Udvidelse af målgruppen for ordningen - øvrige patienter

Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om, at der kan også være andre målgrupper, hvor der kan være behov for at skabe mere sammenhængende forløb, herunder bedre opfølgning efter udskrivelse, end det er tilfældet i dag.

Flere regioner er i gang med at afprøve, hvordan et sammenhængende tværsektorielt patientforløb sikres bedst muligt, herunder også hvordan det kan undgås, at borgere har behov for kontakt med en akutmodtagelse.

Parterne er enige om, at det primo 2026 drøftes og aftales, hvordan det udvidede behandlingsansvar kan udvides til at omfatte udskrivning af ældre medicinske patienter fra akutmodtagelser, herunder hvordan målgruppen nærmere afgrænses. Drøftelserne kan tage afsæt i erfaringer fra igangsatte tiltag i regionerne med henblik på at sikre, at den indsats, der sættes i gang, hjælper målgruppen bedst muligt.

Parterne noterer sig videre, at Sundhedsstyrelsen inden udgangen af 2025 vil udarbejde kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgspladserne, som bl.a. vil beskrive placering af lægefagligt behandlingsansvar for borgere, mens de opholder sig på pladserne. I forlængelse heraf er parterne enige om at drøfte, om ordningen med 96 timers behandlingsansvar for sygehuse har relevans ift. borgere, som afsluttes fra en sundheds- og omsorgsplads.

6. Opgaveflytning af sundhedsopgaver og økonomiske konsekvenser

Med sundhedsreformen flyttes myndigheds- og finansieringsansvaret for en række opgaver fra kommunerne til regionerne pr. 1. januar 2027, *jf. boks 1* nedenfor.

Boks 1

Kommende lovforslag om opgaver omfattet af opgaveflytningen

I den kommende lovgivning fastlægges den nærmere opgaveflytning- og snit. Lovforslaget vil tage afsæt i de målgruppe- og opgaveafgrænsninger, som er beskrevet i Sundhedsstyrelsens faglige oplæg fra marts 2025. Nedenfor fremgår det forventede hovedindhold for de fire opgaver, der er omfattet af opgaveflytningen. Parterne noterer sig, at der som led i implementeringen af sundhedsreformen, og som følge af samarbejdsprogrammet på det regionale område, foretages et generelt eftersyn af befordringsreglerne i sundhedsloven.

Akutsygeplejen

Jf. Sundhedsstyrelsens faglige oplæg vil denne opgaveflytning omfatte de eksisterende kommunale indsatser, som er omfattet af kvalitetsstandards for kommunale akutfunktioner fra 2023, og som er hjemlet i § 138-139 i sundhedsloven. De eksisterende lovgivningsmæssige rammer for sygeplejen videreføres i regionalt regi. Regionerne vil få en forpligtelse til, at akutsygeplejen skal stå til rådighed for rådgivning og sparring for den almene kommunale sygepleje, hvilket forventes skrevet ind i sundhedsloven. Hvordan man lokalt vil organisere rådgivning og sparring kan drøftes i sundhedsrådene.

Som opfølgning på lovændring som følge af opgaveflytningen, vil ministeriet revidere bekendtgørelser, vejledninger mv. for sygeplejen, som præciserer de nærmere rammer for opgavedelingen mellem regioner og kommuner. Ligesom der skal udarbejdes en ny kvalitetsstandard for den almene kommunale sygepleje.

Sundheds- og omsorgspladser

Regionerne får ansvaret for at tilbyde vederlagsfrit ophold for borgere, som har behov for sundhedsfaglige indsatser, der understøtter rehabilitering, når disse ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt i eget hjem. Regionen vil være ansvarlig for de sundhedsfaglige indsatser og pleje under opholdet. Målgruppe samt principper for visitations- og afslutningskriterier er uddybet i bilag 5.

Dele af genoptræning

Regionerne får ansvar for at tilbyde rehabilitering på specialiseret niveau. Regionerne får desuden finansieringsansvaret for specialiseret genoptræning, som allerede foregår på sygehusene i dag. Jf. Sundhedsstyrelsens faglige oplæg udvides målgruppen for rehabilitering på specialiseret niveau til at omfatte den mest specialiserede del af avanceret genoptræning. Som led i at regionerne får ansvaret for rehabilitering på specialiseret niveau, får de også ansvaret for varetagelsen af ordningen om frit valg på området. De eksisterende regler på genoptræningsområdet, som blandt andet omfatter regler om frit valg, overføres uændret. Fsva. rehabilitering på specialiseret niveau får Danske Regioner dermed bl.a. til opgave at indgå aftaler med private leverandører på vegne af regionerne om frit valg. Gældende bekendtgørelse om aftaleindgåelse ift. frit valg til genoptræning efter sundhedsloven vil blive opdateret som led i lovarbejdet.

De målgrupper i regi af genoptræning på avanceret niveau, som Sundhedsstyrelsen peger på med fordel kan varetages i regi af rehabilitering på specialiseret niveau, udspecificeres ikke i sundhedsloven. Gældende bekendtgørelser og vejledning om genoptræning vil blive opdateret som følge af lovændringen, så de bl.a. afspejler niveauinddelingen af genoptræningsindsatser og den nye opgavefordeling på genoptræningsområdet pba. opgaveflytningen. Det er særligt opdatering af vejledningen, som skal understøtte den lokale implementering.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at der overvejende vil være tale om en meget lille gruppe inden for det neurologiske område, fordi denne gruppe ofte har komplekse funktionsevneindsættelser af betydning for flere livsområder. Og fordi der er et potentiale i at opbygge flere faglig bæredygtige tilbud, der kan levere specialiseret neurorehabilitering på et tilstrækkeligt antal matrikler, geografisk fordelt over landet.

Patientrettet forebyggelse

Jf. Sundhedsstyrelsens faglige oplæg flyttes den patientrettede forebyggelse efter sundhedslovens § 119 stk. 3 fra kommunerne til regionerne.

Patientrettet forebyggelse omhandler indsatser målrettet en patientgruppe med kronisk sygdom eller langvarigt syge, der kan have behov for regelmæssig og tilbagevendende kontakt til sundhedsvæsenet. Det gælder eksempelvis borgere med en eller flere sygdomme som KOL, type 2 diabetes, kræftsygdomme, hjertesygdom, depression, angst, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser mv. Indsatser vedr. patientrettet forebyggelse kan eksempelvis være nikotinafvænning, forebyggende samtale om alkohol, sygdomsmestring, fysisk træning eller ernæringsindsats.

Parterne er enige om, at kommunerne som borgerrettet forebyggelse fortsat kan tilbyde indsatser vedrørende mental trivsel fx stress samt lettere angst og depression mhp. at forebygge forværring. Egentlig behandling af borgere med en diagnose fastholdes som regionalt ansvar. Hermed er der tale om en præcisering i forhold til opgavesnittet, der beskrives i Sundhedsstyrelsens faglige oplæg.

Med nærværende aftale er parterne enige i de økonomiske konsekvenser ved denne opgaveflytning samt om at samarbejde tæt om implementeringen af opgaveændringerne i de kommende år.

Økonomiske konsekvenser ved opgaveændringen

Regeringen, KL og Danske Regioner er med denne aftale enige om, at hhv. det statslige tilskud til kommuner nedreguleres og det statslige tilskud til regioner på sundhedsområdet opreguleres med 4,2 mia. kr. (25-pl) pr. 1. januar 2027 på baggrund af opgaveændringerne, jf. bilag 4 vedrørende forudsætninger og vidensgrundlag, der ligger til grund for de økonomiske konsekvenser ved opgaveflytningen.

Parterne noterer sig, at opgaveflytningen vil ske med afsæt i det oplæg til målgruppe- og opgaveafgrænsning, som er beskrevet i notater fra Sundhedsstyrelsen offentliggjort d. 5.

marts 2025. Indenrigs- og sundhedsministeren vil udarbejde lovforslag herom til fremsættelse oktober 2025.

Parterne noterer sig desuden, at der med reformaftalen er afsat midler til de kommende regionale opgaver, som vil blive udmøntet i de kommende år. For den patientrettede forebyggelse er der med kronikerpakkerne afsat midler til regionerne. I 2027 afsættes 190 mio. kr. med en stigende udgiftsprofil til 520 mio. kr. i 2031 og 390 mio. kr. årligt fra 2034. Regionerne får med reformaftalen også ansvaret for hjemmebehandlingsteams, der har nær tilknytning til akutsygeplejen. Med reformaftalen er der afsat 200 mio. kr. årligt fra 2027 og frem til de kommende hjemmebehandlingsteams.

Parterne noterer sig videre, at det indgår i reformaftalen, at Sundhedsstyrelsen skal udarbejde en kvalitetsstandard for sundheds- og omsorgspladserne, som bl.a. beskriver kapacitet, udstyr, sundhedsfagligt indhold og målgruppe. Standarderne vil indeholde visitations- og afslutningskriterier, som har afsæt i de principper, der fremgår af bilag 5. Standarderne forventes at foreligge ultimo 2025, og KL og Danske Regioner inddrages i forbindelse med udarbejdelsen. Der er med reformen afsat 300 mio. kr. i 2027 og 400 mio. kr. fra 2028 og frem til implementeringen af kvalitetsstandarden, der tilføres til regionerne.

Opgaveflytningen og udmøntningen af midler til kvalitetsstandarden vil endeligt blive implementeret i den regionale og kommunale økonomi med bloktilskudsaktstykke for 2027, som forventes tiltrådt medio 2026.

Parterne noterer sig i den forbindelse, at det følger af reformaftalen, at der etableres en midlertidig likviditetsneutral overgangsordning med henblik på at håndtere de byrdefordelingsmæssige konsekvenser for kommuner samlet set som følge af flytning af opgaver fra kommunerne og bortfald af den kommunale medfinansieringsordning. I den videre proces med at fastlægge datagrundlaget for den kommunale overgangsordning sker dette i samarbejde med KL.

Med reformaftalen er der aftalt en overgangsordning, der neutraliserer tab og gevinster over 0,05 pct. af kommunens beskatningsgrundlag. Tilskuddet til kommuner med tab finansieres af bidrag fra kommuner med gevinst og en evt. forskel fordeles efter indbyggertal.

Tilskud og bidrag fra denne overgangsordning beregnes én gang for alle. Indenrigs- og Sundhedsministeriet udmelder de opgjorte tilskud og bidrag i ordningen som led i tilskudsudmeldingen for 2027. Overgangsordningen vil gælde frem til, der tages stilling til samlede ændringer i tilskuds- og udligningssystemet på baggrund af et bredere arbejde i Finansieringsudvalget.

Den regionale økonomiske ramme for opgaver omfattet af opgaveflytningen vil fremadrettet være en del af den samlede regionale ramme for nære indsatser og vil således ikke være omfattet af det kommende loft over sygehusudgifter. Opgaveflytningen indgår i den generelle finansiering af regionerne. Regionsrådet vil have ansvaret for fordeling af rammen for nære regionale indsatser til de enkelte sundhedsråd. Det er sundhedsrådenes umiddelbare ansvar at planlægge tilbuddene.

Med sundhedsreformen får regionerne et større og mere samlet ansvar for patientbehandlingen før og efter indlæggelse. Parterne noterer sig desuden, at der i aftalen om sundhedsreformen 2024 fremgår, at der som led i etableringen af sundheds- og omsorgspladser under regionalt myndigheds- og finansieringsansvar skal etableres en særskilt afregningsordning, som understøtter, at kommunerne har et medansvar for patienterne, der opholder sig på pladserne, og at disse kommer hjem, når det kan lade sig gøre med den fornødne kommunale hjælp og omsorg. Det noteres endvidere, at det fremgår af aftalen, at der skal foretages en nærmere vurdering af grundlaget for at opkræve den eksisterende færdigbehandlingstakst, for borgere, som har fortsat ophold på sygehuse, efter de lægeligt er erklæret færdigbehandlet, og at videre behandling ikke forudsætter sygehusindlæggelse. Den nye særskilte afregningsordning samt evt. ændring af den eksisterende færdigbehandlingstakst vil indgå som en del af lovforslag til fremsættelse 1. halvår 2026.

Endelig har parterne noteret, at det fremgår af *Aftale om Sundhedsreform 2024*, at aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, der helt eller overvejende er knyttet til sundhedsopgaver, der overføres fra kommuner til regioner, også skal overføres til regionerne. Parterne er enige om, at overførelsen tager udgangspunkt i DUT-vejledningens retningslinjer for opgaveflytning. Det indebærer, medmindre andet aftales, at ejendomme, der helt eller overvejende er knyttet til sundhedsopgaver, der overføres fra kommuner til regioner (inkl. løsøre) skal overføres vederlagsfrit til regionerne uanset tidspunktet for overførelse. Udgangspunktet for overførelsen er ejendommenes anvendelse som anvendt d. 25. maj 2025. Det forudsættes, at overførelse af evt. gældsforpligtelser vedr. ejendomme ikke belaster regionernes økonomi og likviditet. Der etableres en pulje mhp. at yde tilskud målrettet de kommuner, der overdrager bygninger. Puljen modsvares af tilsvarende lavere bloktilskud. Der kan efter en periode være behov for at tilpasse puljens størrelse for enten at tilføre yderligere midler til puljen eller tilbageføre evt. overskydende midler til bloktilskuddet. Puljens størrelse og perioden for tilpasning af puljens størrelse fastlægges nærmere, når delingsaftalerne foreligger.

Samarbejde om processen med opgaveflytningen

Parterne er enige om, at et stærkt samarbejde er afgørende for at implementere sundhedsreformen. Det gælder i særdeleshed for opgaveflytningen af sundhedsopgaver, hvor lokal dialog og samarbejde skal skabe et fælles vidensgrundlag om indholdet og omfanget af de nære sundhedstilbud.

Det følger af sundhedsreformaftalen, at kommunerne i løbet af 2025 tilvejebringer oplysninger til regionerne om, hvordan opgaverne i opgaveflytningen løses i dag og om omkostninger forbundet hermed. Hertil kommer supplerende data vedrørende kommunernes aktiviteter for sundhedstilbud, der har indgået i grundlaget for økonomien i opgaveflytningen fra kommuner til regioner. Heri vil blandt andet indgå antallet af pladser, forløb eller aktiviteter underopdelt hvor muligt, gennemsnitlige enhedsudgifter, samlede

udgifter samt oplysninger om organisering af opgaverne. Nu når rammerne i den nationale aftale er klarlagt, deler kommunerne detaljeret viden om de opgaver, der berøres af opgaveflytningen.

De forberedende sundhedsråd vil skulle forberede varetagelsen af de nye regionale opgaver i 2026. Kommuner og regioner vil i sundhedsrådene samarbejde om at finde et godt grundlag for beslutninger om den videre drift af opgaverne.

Det indgår i reformaftalen, at regionen kan indgå aftale med kommunerne om, at de fortsat skal kunne varetage driften af hele eller dele af de sundhedsopgaver, der flytter fra kommuner til regioner. Dette indgår i det fremsatte lovforslag til overgangslov.

Parterne noterer sig, at indenrigs- og sundhedsministeren vil fremsætte et ændringsforslag hertil, som indebærer, at ministeren bemyndiges til at fastsætte regler om, at en kommune varetager driftsopgaven på regionens vegne på de vilkår, som indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter på baggrund af indstilling fra en region efter drøftelser i sundhedsrådene. Formålet med ændringsforslaget er at honorere intentionerne i den politiske aftale om, at kommunerne skal kunne varetage driften på vegne af regionerne. Forslaget ændrer ikke ved, at der skal ske en indledende drøftelse mellem region og kommune om vilkårene for driftsopgaven. Sundhedsrådene skal spille en vigtig rolle i denne drøftelse. Ligeledes vil driftsopgaven kun blive tildelt de kommuner, der ønsker at varetage opgaven.

Parterne er enige om, at hensigten med at bemyndige indenrigs- og sundhedsministeren til at henlægge driftsopgaven til kommunerne er at give mulighed for, at driftsopgaven kan henlægges til kommunerne i de tilfælde, hvor det giver mening for både region og kommune, at kommunen drifter en opgave for regionerne på drøftede vilkår. De indledende drøftelser mellem region og kommune vil derfor spille en vigtig rolle for indenrigs- og sundhedsministerens udøvelse af denne beføjelse.

Ændringsforslaget ændrer ikke ved, at kommunerne i de tilfælde, hvor regionen efterfølgende anmoder kommunen om at varetage driftsopgaven, har pligt til at varetage denne opgave til og med 2028.

Parterne noterer sig videre, at indenrigs- og sundhedsministeren forventer at fremsætte lovforslag oktober 2025 vedrørende de konkrete opgaveflytninger af sundhedsopgaver fra kommuner til regioner. Dette lovforslag forventes bl.a. også at forholde sig til mulighederne for, at kommuner og regioner kan samarbejde om varetagelsen af de opgaver, som flyttes fra kommuner til regioner samt brugen af private leverandører til opgaverne. Parterne er enige om at samarbejde om at afklare de nærmere rammer i forhold til udbudsreglerne i relation til disse bestemmelser. Og er desuden enige om at bidrage til sammen at finde gode, fleksible og holdbare løsninger.

Parterne er enige om, at en fleksibel opgavevaretagelse, der har til formål at skabe sammenhængende patientforløb, er vigtig for, at sundhedsrådene kan udfylde den rolle, som de er tiltænkt med reformen. Parterne tager en dialog om, hvordan en fleksibel

opgavevaretagelse sikres bedst muligt, når der foreligger en afklaring af de nærmere juridiske rammer.

De forberedende sundhedsråd vil også i 2026 skulle drøfte og træffe beslutning om udmøntning af midler til indsatser, der understøtter udbygningen af det nære sundhedsvæsen fra 2027 i forbindelse med budgettet for 2027. Beslutninger forberedes i løbet af efteråret 2025 i dialogen mellem kommuner og regioner.

Danske Regioner, KL og regeringen er enige om at arbejde sammen om at sikre den mest gnidningsfri opgaveoverdragelse af hensyn til medarbejdere og borgere. Kommuner og regioner er derfor også allerede i lokal dialog om opgaverne.

Parterne er enige om at understøtte den lokale dialog ved at udvikle overordnede generiske koncepter, der kan tilpasses lokalt og hermed anvendes i aftalerne mellem regioner og kommuner vedrørende opgaveflytningen. Disse udarbejdes som led i det fælles arbejde i implementeringspartnerskabet, der igangsættes i 2025. Det gælder særligt rammerne for delingsaftaler.

Parterne noterer sig samtidig, at hensigten med opgaveflytningen bl.a. er at skabe grundlag for at udvikle og ensarte kvaliteten på de områder, hvor opgaveansvaret ændres. Der er med reformaftalen afsat betydelige midler til at styrke tilbuddene bl.a. med nye kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser, kronikerpakker som bl.a. vil omfatte patientrettede forebyggelsestilbud samt midler til hjemmebehandlingsteams. Der er enighed om, at ambitionen om at ensarte og udvikle kvaliteten på landsplan vil ske over lidt tid i takt med udmøntningen af nye standarder, midler og regulering. Det kan også betyde, at eksisterende velfungerende tilbud og indsatser skal bringes i spil i forhold til borgere på tværs af kommunegrænser. Der er samtidig enighed om, at det fordrer, at der i opgaveflytningen er et væsentligt fokus på at fastholde stærke faglige miljøer med et fokus på, at de kommer bredere i spil.

Parterne er enige om vigtigheden af tilstrækkelig kapacitet og geografisk nærhed og tilgængelighed for borgerne i de regionale sundhedstilbud. Regionerne skal derfor sikre en geografisk nærhed og tilgængelighed i hele regionen i de regionale sundhedstilbud. Hensynet til geografisk fordeling og tilgængelighed gælder særligt de sundhedstilbud af almen karakter, hvor det er et væsentligt element i at sikre høj kvalitet til borgerne, at tilbuddene er nære og let tilgængelige. Det gælder således bl.a. sundheds- og omsorgspladserne samt de patientrettede forebyggelsestilbud, der som udgangspunkt skal forefindes i alle kommuner, med mindre hensyn til faglig og organisatorisk bæredygtighed tilsiger andet. Regionerne er samtidigt forpligtede til at understøtte de kommunale sundhedstilbud inden for regionernes geografiske område.

Danske Regioner og Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil drøfte muligheder for at sikre effektiv medicinbestilling, dokumentation og monitorering af medicinforbrug på sundheds- og omsorgspladser samt i forbindelse med akutsygeplejen.

Parterne er enige om, at det er afgørende at sikre et godt og effektivt samspil også på tværs af de ændrede grænser, der fremadrettet vil være mellem kommuners og regioners

ansvarsområder fx i forhold til kommunale og regionale sygeplejeopgaver, hvor der kræves et tæt samspil. Indenrigs- og Sundhedsministeriet tager initiativ til, at parterne drøfter, hvordan der sikres tilstrækkelig digital understøttelse af opgaveflytningen. Parterne planlægger herefter, hvordan Danske Regioner og KL igangsætter et arbejde for at udvikle og tilpasse den digitale understøttelse, herunder den nødvendige deling af data ifm. patientbehandling, af opgaveflytningen. Sundhedsdatastyrelsen og Medcom bistår hvor relevant. Parterne drøfter status for arbejdet løbende, herunder om det afføder opgaver, der bør løses i den kommende fælles organisation, Digital Sundhed Danmark.

Parterne er enige om at etablere et datagrundlag, som kan understøtte centrale hensyn såsom drift, national monitorering, styring, planlægning og kvalitetsudvikling, herunder særligt for at understøtte sundhedsrådenes beslutningsgrundlag og for at kunne evaluere på reformens effekter. Det skal i videst muligt omfang ske med afsæt i eksisterende indberetninger, og for nye indberetninger skal administrativ byrde stå mål med værdien af indberetningerne fx om ophold på sundheds- og omsorgspladser. Parterne er derfor enige om at tilvejebringe et grundlag for national indberetning på tværs af leverandører i såvel kommune, region eller private med udgangspunkt i eksisterende EOJ/EPJ-systemer og eksisterende metoder og standarder som fx FSIII. Indenrigs- og Sundhedsministeriet med inddragelse af Sundhedsdatastyrelsen nedsætter en arbejdsgruppe med relevante aktører, herunder KL og Danske Regioner, der skal opstille løsninger for national indberetning. Parterne er enige om, at såfremt der vælges en løsning baseret på FSIII-standarder, så vil parterne fortsætte implementeringen af FSIII ift. patientrettet forebyggelse. Parterne er enige om at drøfte arbejdsgruppens arbejde i 2. halvår 2025.

Boks 2

Væsentlige forventede milepæle for arbejdet med flytning af myndigheds- og finansieringsansvar for udvalgte opgaver fra kommuner til regioner

2025

Forår

Afklaring af afgrænsning af opgaver, hvor myndigheds- og finansieringsansvaret flyttes fra kommuner til regioner. Eksisterende kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom og kvalitetsstandarder for akutsygepleje opdateres til kommende opgaveflytninger.

Aftale om økonomiske konsekvenser.

Juni

Forventet vedtagelse af lovforslag om overgangen til en ny sundhedsstruktur, lovforslag om styrket almen medicin samt lovforslag om ny forvaltningsmodel.

Lovforslag vedrørende opgaveflytningen i ekstern høring.

Oktober

Lovforslag vedrørende opgaveflytningen fremsættes.

Eksisterende bekendtgørelser, herunder om niveauinddeling af genoptræningsindsatsen er opdateret på baggrund af opgaveflytning.

Ultimo

Kvalitetsstandard for sundheds- og omsorgspladser er udarbejdet med krav til kapacitet, udstyr, sundhedsfagligt indhold samt visitations- og afslutningskriterier.

2026

1. januar

Forberedende sundhedsråd og forberedende regionsråd opstarter.

Primo

Sundhedsstyrelsen afleverer fagligt oplæg til den nationale sundhedsplan

1. maj

Fristen for kommunalbestyrelsens forelæggelse af udkast til aftale om overførsel af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte for regionsrådet/ forberedende regionsråd for Region Østdanmark.

April-maj

Udmøntningsaftale II mellem regeringen, KL og Danske Regioner ifm. sundhedsreformen, herunder national sundhedsplan og udmøntning af midler til kvalitetsstandarder.

Medio

Den tidligere indgåede aftale om økonomiske konsekvenser ved opgaveflytning afspejles i bloktilskudsaktstykke for 2027.

1. juli

Fristen for indgåelse af aftale om overførsel af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte samt regional forberedelse af overtagelse af driftsopgaven.

Efterår

Fremsættelse af lovforslag om kronikerpakker, integration af helhedspleje og almen kommunal sygepleje mv.

Eksisterende vejledning om genoptræning og rehabilitering er revideret bl.a. i forhold til beskrivelse af niveauer af genoptræning, herunder præcisering af forekomst, kompetencer, udstyr og organisering på de enkelte niveauer.

2027

1. januar

Ny forvaltningsmodel træder i kraft. Flytning af myndigheds- og finansieringsansvaret for opgaver træder i kraft. Den nationale sundhedsplan træder i kraft.

1. april

Nærsundhedsplaner skal foreligge for hvert sundhedsråd.

Forår

Eksisterende vejledning om genoptræning og rehabilitering er revideret bl.a. ift. henvisningspraksis.

7. Flytning af kulturmidler

Det indgår i aftalen om sundhedsreformen, at de midler, regionerne i dag bruger på tilskud til kulturelle aktiviteter, overføres til kommunerne via bloktilskuddet fra 2027. Det indgår ligeledes, at Region Syddanmark og Region Østdanmark skal have adgang til at kunne deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder på kulturområdet fra 2027.

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om, at de midler, som regionerne i dag bruger på tilskud til kulturelle aktiviteter, svarer til 34 mio. kr. (2025-pl). Heraf udgør grænseoverskridende samarbejder på kulturområdet i Region Syddanmark og Region Østdanmark 1,4 mio. kr.

Ændringerne giver anledning til regulering af regionernes bloktilskud for det regionale udviklingsområde i 2025-pl med -32,6 mio. kr. i 2027 og frem. Ændringerne giver desuden

anledning til regulering af kommunernes bloktilskud i 2025-pl med 32,6 mio. kr. i 2027 og frem.

8. Økonomisk støtte til områder med svag lægedækning i det almenmedicinske tilbud

Et centralt tema i sundhedsreformen er en lægereform og en omstilling af sundhedsvæsenet, så langt mere behandling kommer til at foregå hos egen læge og tæt på eller i eget hjem.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at det almenmedicinske tilbud skal styrkes markant, og kapaciteten og kompetencerne skal udbygges i takt med, at det almenmedicinske tilbud skal varetage flere opgaver. Målet er mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud i 2035.

Borgernes egen læge og de alment praktiserende læger er en afgørende grundsten i det danske sundhedsvæsen og løfter i dag en stor og vigtig opgave. Egen læge skal også i fremtiden spille en markant rolle og varetage en større del af behandlingen tæt på borgeren.

Parterne noterer sig, at det fremgår af aftaleteksten for sundhedsreformen, at regionerne fra 2027 bl.a. skal sikre en styrket indsats i det almenmedicinske tilbud over for særligt sårbare borgere og sikre fasttilknyttet lægehjælp på plejehjem, sundheds- og omsorgspladser og botilbud.

Der er udpeget en ekspertambassadør i perioden 2025 til 2028, som skal understøtte implementeringen af tiltag i *Aftale om sundhedsreform 2024* om det almenmedicinske tilbud. Ekspertambassadøren skal understøtte regioner og sundhedsråd i den udvikling, som reformen fastlægger, herunder i at sikre god lægedækning i hele landet. Det skal ske igennem en målrettet og dialogbaseret tilgang med interessenter og praktikere på området.

Når egen læge skal spille en større rolle, så kræver det, at der sker en langt bedre og mere ligelig fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud, så alle borgere har let og lige adgang til egen læge. I december 2024 satte regeringen og Danske Regioner ind på den korte bane og aftalte, at nye lægeklinikker målrettes de områder, som har den dårligste lægedækning, og hvor patienter har størst behov.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at det er en kerneopgave for regionerne at sikre kapacitetsudbygningen og adgangen til egen læge i områder, hvor den i dag er svag. Der er i mange år arbejdet på at tiltrække læger til områder med lægemangel og bl.a. til områder i Region Sjælland, hvor udfordringerne i dag er store, men tiltagene har ikke vist sig at være tilstrækkelige. Regeringen og Danske Regioner er derfor enige om at give regionerne nye muligheder og økonomi til at sætte mere målrettet ind i med tiltag i områder med lægemangel.

Tiltagene i denne aftale har særligt fokus på at styrke lægedækningen og gøre det mere attraktivt at være læge i områder med størst behov i 2025 og 2026. Fra 2027 skal initiativer for en ny styring og udvikling af det almenmedicinske tilbud træde i kraft, herunder en ny

honorarstruktur, der ændrer fordelingen af honorarer, så de i højere grad afspejler patienttyngde.

Parterne noterer sig derudover, at der med aftalen om sundhedsreformen var enighed om at oprette en pulje til at udvikle og afprøve en model for udgående eller målrettede almenmedicinske tilbud til udsatte og sårbare borgere og brugere på bl.a. bosteder og brugere af forsorgshjem mv. Regionerne kan ansøge puljen i perioden 2026-2030.

Det fastlægges i sundhedsloven, at den overordnede fordeling af ydernumre og lægekapaciteter fra 1. juli 2025 skal ske i henhold til en ny national fordelingsmodel, der tager udgangspunkt i patienternes behandlingsbehov. Regionerne får ansvar for at planlægge og styre lægekapaciteterne i det almenmedicinske tilbud i henhold til modellen. På baggrund af patienternes behandlingsbehov og den nationale fordelingsmodel får regionerne derfor også ansvaret for og kompetencen til at fastlægge antallet af patienter, en klinik som minimum skal have tilknyttet.

Fremadrettet vil den lokale planlægning være forankret i de nye sundhedsråd, men den første fastlæggelse af minimumspatienttallet sker forud for sundhedsrådenes oprettelse. I den forbindelse er parterne enige om, at det er vigtigt at sikre en god indfasning af modellen samt gode lokale processer, hvor de lokale almenmedicinske tilbud involveres, og hvor tilpasningen til en ny fordelingsmodel sker med lydhørhed over for de enkelte klinikkers konkrete omstændigheder og muligheder. Den bedre fordeling af kapaciteter sker ved at udbygge kapaciteten der, hvor der er for få, dvs. at områder med god lægedækning ikke får færre læger. Dette begrænser behovet for, at andre klinikker i området vil skulle øge patienttallet. I situationer, hvor der i regionsrådets planlægning vil være lagt op til at fastsætte et minimumspatienttal for en klinik, der vil ligge væsentligt over det gældende og over klinikkens nuværende patienttal, forudsættes det, at regionsrådet først søger at aftale patienttallet frivilligt med klinikken ud fra en fælles forståelse af klinikkens samlede situation og muligheder.

Fra 2027 skal den nationale fordelingsmodel desuden lægge til grund for en ny honorarstruktur, som skal sikre sammenhæng mellem lægernes honorar og borgernes behandlingsbehov. Honorarerne skal differentieres, så læger med en høj patienttyngde kan have færre patienter uden at miste indtjening, mens læger med en lavere patienttyngde skal have flere patienter for at opretholde den samme indtjening.

Regeringen og Danske Regioner finder, at der er behov for nye tiltag og løsninger, særligt i Region Sjælland og Region Nordjylland, hvor problemerne med lægemangel i dag er størst. Regionerne skal i 2025 og 2026 derfor sætte ind med nye målrettede og opsøgende indsatser for både på kort og længere sigt at sikre flere læger i det almenmedicinske tilbud og styrke lægedækningen i områder, hvor der i dag mangler læger.

Der afsættes derfor i alt 85 mio. kr. i 2025 og 163 mio. kr. i 2026 til økonomisk støtte til områder med svag lægedækning.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at midlerne skal understøtte regionernes tiltag til at styrke lægedækningen og det almenmedicinske tilbud i områder med svag lægedækning. Aftaleparterne er enige om, at midlerne differentieres, så regioner, der i dag har de største udfordringer og har en særlig opgave med at sikre lægedækning, særligt tilgodeses, dvs. Region Sjælland og Region Nordjylland. Af tabel 3 fremgår fordelingen mellem regionerne.

Tabel 3

Fordeling af midler til økonomisk støtte til områder med svag lægedækning mv., mio. kr. PL-25

Nuværende regioner	Den foreslåede fordeling af midlerne, mio. kr.
Region Hovedstaden	22 (8 pct.)
Region Sjælland	123 (44 pct.)
Region Syddanmark	15 (5 pct.)
Region Midtjylland	15 (5 pct.)
Region Nordjylland	106 (38 pct.)

Anm.: Opgørelsen viser fordelingen af de samlede midler i 2025 og 2026 til økonomisk støtte til områder med svag lægedækning og økonomiske incitamenter til uddannelseslæger. 75 pct. af midlerne udmøntes efter samme fordeling som ulighedspuljen i *Aftale om regionernes økonomi for 2025*, de resterende 25 pct. af midlerne udmøntes via bloktilskudsnøglen.

Parterne er på den baggrund enige om følgende initiativer i 2025 og 2026:

- Regionerne kan udbygge kapaciteten i det almenmedicinske tilbud ved at opslå flere og nye lægekapaciteter, hvor fordelingen afspejler den kommende nationale fordelingsmodel fra 1. juli 2025. Udvidelsen kan på baggrund af regionernes nye mulighed i sundhedsloven fra 1. juli 2025 for flere og nye klinikformer ske i form af både flere praktiserende læger, udbudsklinikker og regionsklinikker. Regionerne kan desuden gøre brug af muligheden for et midlertidigt tillæg til læger, der opnår et lavere patienttal, som følge af de nye differentierede patienttal fra 1. juli 2025.
- Alle regioner forpligtes til at yde en særlig og målrettet indsats med at besætte ledige kapaciteter i de områder, hvor udfordringerne med lægedækningen er størst. Det gælder navnlig i Region Nordjylland og Region Sjælland. Regionerne skal tilrettelægge målrettede og opsøgende indsatser for tiltrækning, rekruttering og fastholdelse af læger i områder med svag lægedækning. Danske Regioner og regeringen er enige om, at det kan være nye og brede tiltag, som skal gøre det fagligt attraktivt at være læge i områder, som har lang afstand til de store universitetsbyer. Det forudsættes samtidig, at regionerne gør brug af de muligheder, som allerede i dag findes, herunder sundhedslovens mulighed for at give et særligt vederlag til læger i områder med lægemangel til fx etableringsudgifter og muligheden for at oprette licensklinikker.
- Alle regioner fastlægger og tilrettelægger relevante indsatser rettet mod læger over 63 år efter konkrete, lokale behov for at motivere læger, der er på vej på pension, til at blive længere i almenmedicinske tilbud. Det kan fx være tiltag, hvor regionerne

understøtter mere fleksible ansættelsesformer, der skal motivere læger til at fortsat at arbejde inden for det almenmedicinske tilbud, selvom man ikke længere ønsker egen klinik.

Regionerne vil i relevant omfang sikre inddragelse af kommunerne og de almenmedicinske tilbud ved udmøntning af initiativerne.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at det bliver en kerneopgave for regionerne at implementere en bedre og mere lige fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud og samtidig understøtte implementeringen af kapacitetsudvidelsen frem mod 2035. Regionerne noterer sig derfor, at de skal prioritere den faglige ledelse og udvikling af det almenmedicinske tilbud, når regionerne i de kommende år får en helt central opgave i at understøtte det almenmedicinske tilbud og lede samarbejdet og den faglige udvikling.

Udviklingen i lægedækningen og i nye lægekapaciteter i områderne følges tæt og indgår i den løbende opfølgning på aftalen mellem regeringen og Danske Regioner. Regionerne skal følge udviklingen i henholdsvis udmøntede og besatte lægekapaciteter, patienttallet i klinikkerne samt udviklingen i sammensætningen af klinikformer. Danske Regioner skal udarbejde tre statusser baseret på eksisterende data: En ultimo 2025, en medio 2026 og en ultimo 2026. Regionerne skal løbende igangsætte yderligere målrettede tiltag, hvis der ikke sker den forventede udvikling.

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om, at regionerne og kommunerne har et fælles ansvar for at løfte opgaven med at tiltrække læger og gøre det attraktivt at nedsætte sig som læge i det almenmedicinske tilbud i områder med rekrutteringsudfordringer og fremme, at læger vælger at bosætte sig i områderne. Det er derfor vigtigt, at kommuner og regioner i regi af sundhedsrådene samarbejder om udvikling og den lokale planlægning af det almenmedicinske tilbud, herunder tiltag for bedre lægedækning. Regeringen, Danske Regioner og KL er dermed også enige om, at sundhedsrådet skal udgøre en fælles ramme for samarbejde mellem regioner og kommuner i området om at skabe attraktive rammer for, at sundhedspersoner vil bosætte sig i områder med rekrutteringsudfordringer.

Afviste henvisninger og tilbagehenvisninger

Det er afgørende med et godt samarbejde om henvisninger mellem de almenmedicinske tilbud og hospitalerne. Særligt er det vigtigt med god kommunikation, når en henvisning sendes tilbage til henvisende læge. Regionerne har allerede igangsat tiltag for at styrke samarbejdet og dialogen om henvisninger. Det er bl.a. sket gennem fælles audits af tilbagehenvisninger, opdatering af henvisningsvejledninger samt temadage og dialogmøder mellem hospitaler og alment praktiserende læger.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der er behov for at styrke indsatsen og fortsætte samarbejdet og dialogen om henvisninger mellem hospitaler og almen praksis. I forlængelse heraf skal samarbejdet om henvisninger være et tema i det kommende arbejde

med opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud, herunder hvordan regionerne understøtter opgavevaretagelsen i det almenmedicinske tilbud for eksempel i forhold til diagnostiske undersøgelser og specialistrådgivning om komplekse patientforløb. Samtidig er parterne enige om, at en tilbagehenvielse altid skal ledsages af en begrundelse for, hvorfor henvisningen er sendt tilbage, og at der som udgangspunkt er dialog om det næste skridt i patientforløbet.

Økonomiske incitamenter til uddannelseslæger

En vigtig forudsætning for bedre lægedækning er stærke faglige miljøer og gode uddannelsesmiljøer. Regeringen og Danske Regioner er enige om, at de uddannelsesfaglige miljøer i almen medicin skal styrkes i områder med svag lægedækning for at øge incitamentet til og gøre det attraktivt for læger at vælge uddannelsesstillinger i det almenmedicinske tilbud i disse områder. Der skal derfor igangsættes tiltag, som bidrager til en stærk faglighed i uddannelsesforløbene, fx ved at styrke og udbygge faglige netværk. Det kan også være individuelle understøttende tiltag som fx betalte kurser, skræddersyede supervisionsforløb, etablering af transportordninger samt lokalt aftalte engangsbeløb.

Der afsættes 11 mio. kr. til initiativet i 2025 og 22 mio. kr. i 2026. Det er den enkelte region, der vurderer, hvilke uddannelsesforløb i almen medicin der mest hensigtsmæssigt skal understøttes, herunder hvordan de afsatte midler skal anvendes inden for formålet af denne aftale.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der følges op på udmøntning af midlerne i foråret 2026 og i foråret 2027.

9. Nedbringelse af ventetid til speciallægehjælp

Der er i dag for lange ventetider til udredning og behandling hos praktiserende speciallæger. Samtidig er der stor forskel på, hvor lang ventetid der er til speciallæger på tværs af landet. Med *Aftale om sundhedsreform 2024* er derfor afsat 50 mio. kr. til at nedbringe ventetider til speciallægehjælp i 2026. Regeringen og Danske Regioner er enige om, at regionerne skal yde en særlig og målrettet indsats til at nedbringe ventetiderne til speciallægehjælp inden for de specialer i hver region, hvor de erfarede ventetider er længst. Det indebærer, at midlerne prioriteres til konkrete specialer, og at det er muligt at måle ventetid fra henvisning til 1. konsultation. Der udmøntes derfor 50 mio. kr. til regionernes lokale prioritering med henblik på nedbringelse af ventetiderne. Midlerne kan fx anvendes i lokale aftaler mellem regionerne og de praktiserende speciallæger. Midlerne fordeles til regionerne efter den årlige bloktilskudsnøgle.

Udmøntningen af midlerne skal i sammenhæng med de styringsmæssige og økonomiske mekanismer i overenskomsten om speciallægehjælp underbygge, at kapaciteten på området

øges og udnyttes bedst muligt. Det skal ske for at forkorte ventetid og understøtte en effektiv brug af den offentligt finansierede aktivitet efter overenskomsten. Det indebærer, at regionerne sikrer en øget aktivitet inden for speciallægehjælp med henblik på at nedbringe ventetiderne.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at følge udviklingen i regionernes anvendelse af midlerne tæt, herunder hvilken aktivitet de genererer, hvilke konkrete aktiviteter regionerne igangsætter med midlerne, hvor mange patienter, der bliver behandlet, og hvordan de erfarede ventetider til speciallægepraksis udvikler sig. Der gøres status på disse parametre i midten af 2026 og ved udgangen af 2026.

Denne aftale forventes ikke alene at kunne løse udfordringerne med for lange ventetider til de praktiserende speciallæger. Derfor skal aftalen ses i sammenhæng med sundhedsreformens øvrige initiativer om bedre fordeling af og adgang til praktiserende speciallæger, som har et længere sigte samt initiativ om ret til hurtig behandling og udredning hos praktiserende speciallæger.

10. Flere speciallæger inden for bl.a. almen medicin, psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri og geriatri samt flere uddannelsesforløb uden for de store byer

Der er i dag stor forskel på fordelingen af de lægefaglige ressourcer på tværs af landet. Det gælder ikke kun almenmedicinske læger, men også sygehuslæger og praktiserende speciallæger. Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der fremadrettet skal være en bedre geografisk lægedækning, som understøtter, at borgere i hele landet har adgang til stærke og nære sundhedstilbud tæt på.

Det kræver en fælles indsats af staten og regionerne. Fra statslig side er Sundhedsstyrelsens dimensionering af speciallægeuddannelsen fx et vigtigt redskab i fordelingen af uddannelseslæger, ligesom placeringen og sammensætningen af de enkelte uddannelsesforløb i regionerne har betydning for, hvor læger efterfølgende vælger at slå sig ned.

For at sikre bedre lægedækning skal der de kommende år uddannes flere speciallæger i de specialer og geografiske områder, hvor behovet er størst. Det fremgår af *Aftale om sundhedsreform 2024*, at antallet af uddannelsesstillinger i bl.a. almen medicin, psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri samt geriatri skal øges i forbindelse med Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan gældende fra 2026.

Dimensioneringen af hoveduddannelsesforløb øges med 100 forløb til 1.240 årligt for 2026-2030, heraf prioriteres et løft på 50 forløb i almen medicin, så den samlede dimensionering for almen medicin er 400 forløb årligt i 2026-2030. Hertil kommer 30 ekstraordinære forløb, jf. side 27. Sundhedsstyrelsen fastsætter de nærmere rammer for dimensioneringsplanen.

Flere uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse uden for de store byer

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at flere af uddannelsesforløbene i den lægelige videreuddannelse skal placeres uden for de store byer. Det er samtidig prioriteret at besætte uddannelsesforløb i de specialer og områder, hvor der er udfordringer med lægedækningen. Fx er det afgørende at få besat uddannelsesstillinger i almen medicin for at nå målsætningen om mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud i 2035.

Regionerne vil i de kommende år arbejde intensivt med at skabe attraktive uddannelsesstillinger af høj kvalitet i specialer og områder, hvor der i dag er rekrutteringsudfordringer. Parterne noterer sig, at Danske Regioner har peget på 25 veje til bedre lægedækning, herunder bl.a. en række redskaber, som regionerne kan tage i brug for at styrke lægedækningen på tværs af landet. Fx muligheden for at opslå sammenhængende forløb i områder og specialer med lægedækningsudfordringer.

Parterne er enige om, at der er behov for at afdække og fjerne eventuelle barrierer for at tilrettelægge attraktive uddannelsesforløb uden for de store byer, herunder bl.a. statslige regler. Arbejdet skal bl.a. understøtte mulighederne for, at der kan tilrettelægges mere sammenhængende uddannelsesforløb forankret i en afgrænset geografi, samt mulighederne for at tilpasse uddannelsesforløbene til de enkelte uddannelseslæger. Som led i arbejdet vil Sundhedsstyrelsen revidere bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger, herunder reglen om at en del af hoveduddannelsen i sygehusspecialer som hovedregel skal foregå på en afdeling med specialiseret funktion. Parterne er enige om, at der skal være høj kvalitet i alle uddannelsesforløb.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at akuthospitalerne i langt højere grad skal være omdrejningspunkt for den lægelige videreuddannelse. Det skal bl.a. understøtte behovet for større faglig bredde og flere generalistkompetencer hos kommende speciallæger. Sundhedsstyrelsen skal i arbejdet med de nye speciale- og målbeskrivelser derfor tage afsæt i, at kompetencemålene i speciallægeuddannelsen i videst mulig udstrækning kan opnås på et akuthospital i de specialer, som er relevante for et akuthospital. De nye speciale- og målbeskrivelser skal samtidig understøtte målene om robuste akuthospitaler og uddannelsesforløb af høj kvalitet uden for de store byer. Parterne er enige om at aftale en prioritering af rækkefølgen af revisionen af målbeskrivelserne. Der er desuden enighed om, at Sundhedsstyrelsen skal gå i dialog med videreuddannelsesregionerne og regionerne om mulighederne for at dispensere fra anbefalinger til ansættelsessteder i relevante målbeskrivelser, som ellers kan vanskeliggøre arbejdet for bedre lægedækning. Arbejdet skal være afsluttet inden udgangen af 2025.

Regeringen og Danske Regioner er desuden enige om at arbejde for, at regionernes kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen styrkes. Parterne er i forlængelse heraf enige om, at de regionale videreuddannelsesråd fortsat skal rådgive regionerne om forhold vedrørende den lægelige videreuddannelse, og at fordelingen og tilrettelæggelsen af uddannelsesforløb skal følge takterne i en national sundhedsplan. Hertil kommer, at sammensætning og tilrettelæggelse af

hoveduddannelsesforløbene skal fremme langvarig tilknytning til rekrutteringsudfordrede områder. Det bør derfor som minimum sikres, at en markant større andel af forløbene afsluttes i et lægedækningstruet område.

I forlængelse af *Aftale om initiativer til styrkelse af lægedækningen i yderområder* af 12. december 2024 er parterne derudover enige om at se på, hvordan der kan skabes bedre muligheder for at få merit i speciallægeuddannelsen. Det skal særligt sikre, at der kan uddannes flere speciallæger i almen medicin ved at gøre det nemmere for speciallæger fra andre specialer at skifte til almen medicin. Der sættes et arbejde i gang i regi af Sundhedsstyrelsen, som bl.a. skal belyse mulighederne for forhåndsmeritvurderinger og merit for erhvervs erfaring for uddannelseslæger i almen medicin.

De aftalte lofter for antal speciallægestillinger på universitetssygehusene og sygehusene i hovedstadsområdet er, *jf. afsnit 14*, med til at understøtte, at flere uddannelsesforløb kan placeres uden for de store byer. Flere færdiguddannede speciallæger på et sygehus bidrager til at øge sygehusets uddannelseskapacitet og dermed mulighed for at uddanne læger.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der løbende skal følges op på målsætningen om, at flere uddannelsesforløb skal placeres uden for de store byer. Danske Regioner sender en første status herpå ved udgangen af 2026.

Ekstraordinære forløb

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der som led i en forsøgsordning skal være mulighed for at oprette ekstraordinære hoveduddannelsesforløb i almen medicin, psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri og geriatri.

Det vil være muligt at oprette op til 30 ekstraordinære forløb. Forløbene kan være i almen medicin i områder med lægedækningsudfordringer. Det kan også være forløb i psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri eller geriatri, hvor uddannelsesforløbene er centreret om et enkelt akuthospital uden for de fire største byer. Ordningen for ekstraordinære forløb skal ses i tillæg til de ordinære forløb i Sundhedsstyrelsens kommende dimensioneringsplan for speciallægeuddannelsen gældende fra 2026.

Ordningen skal understøtte, at der kan oprettes særligt attraktive forløb, som er geografisk forankret i et specifikt område, og hvor der samtidig er mulighed for ekstraordinært at tilpasse uddannelsesforløbet til den enkelte uddannelseslæge. Den konkrete udmøntning af ordningen skal aftales nærmere med Danske Regioner.

Regeringen og Danske Regioner er samtidig enige om, at etableringen af en forsøgsordning med ekstraordinære forløb indebærer, at muligheden for fleksforløb ikke videreføres, da ordningen ikke har fungeret efter hensigten.

Introduktionsstillinger

For at understøtte omstillingen af sundhedsvæsenet og sikre, at de lægelige ressourcer er dér, hvor behovet er størst, skal der de kommende år også sikres den rette balance mellem introduktionsstillinger og hoveduddannelsesstillinger.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at antallet og placeringen af introduktionsstillinger skal understøtte rekruttering i de specialer og områder af landet, hvor der er det største behov for flere speciallæger, så der her undgås flaskehalse i forhold til at besætte hoveduddannelsesstillinger.

Parterne er videre enige om, at det fremadrettet ikke skal være muligt at tage flere introduktionsstillinger inden for det samme speciale og mere end to introduktionsstillinger inden for den intern medicinske blok. Regionerne iværksætter dette via ansættelsesprocedurerne.

I dag er det ikke muligt at opgøre opslåede og besatte introduktionsstillinger på samme måde, som man kan opgøre opslåede og besatte hoveduddannelsesstillinger. For at kunne følge området nærmere, er parterne enige om, at Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen i samarbejde skal sikre, at data på dette område fremadrettet kan følges.

11. Robuste akuthospitaler og attraktive karriereveje

Det er vigtigt, at borgere i hele landet har adgang til behandling af høj kvalitet på landets akuthospitaler både ved akut opstået sygdom og andre sygdomme, der kræver hospitalsbehandling. Det forudsætter robuste, døgnåbne akuthospitaler med tilstrækkelig speciallægedækning. Akuthospitalerne i nogle dele af landet har lettere ved at rekruttere sundhedspersonale og dermed sikre tilstrækkelig kapacitet end i andre dele af landet. Regionerne har løbende gjort en indsats for at sikre en robust kapacitet ved fx at etablere samarbejder på tværs af enheder, foretage omorganiseringer og sammenlægninger, iværksætte særlige rekrutteringstiltag mv. Der er dog fortsat udfordringer nogle steder i landet.

Planer for robuste akuthospitaler

Regeringen og Danske Regioner er på den baggrund enige om, at hver region inden udgangen af første kvartal 2026 skal vedtage konkrete og forpligtende planer for at sikre og opretholde robuste akuthospitaler i hele regionen.

Følgende elementer skal indgå i planerne:

- Hvordan hospitaler og afdelinger med større robusthed og fx god speciallægedækning kan understøtte hospitaler og afdelinger med mindre god speciallægedækning.
- Hvordan hospitalerne og regionerne håndterer, at der løbende kan opstå nye udfordringer, hvor en afdeling i en periode har mindre robusthed.
- Hvornår de enkelte elementer i planerne skal være opfyldt, samt hvilke redskaber regionerne vil anvende ift. de udfordringer, der opleves i dag eller kan opstå fremadrettet.
- Planerne kan bl.a. tage afsæt i eksisterende erfaringer med partnerskabs- og netværksmodeller, der anvendes til at styrke udfordrede afdelinger, hospitaler og specialer.
- De steder, hvor planerne adresserer konkrete, aktuelle udfordringer med robusthed, skal planerne indeholde konkrete tiltag for at håndtere disse og en tidshorisont for implementering.
- Planerne skal i relevant omfang indtænke muligheden for samarbejde mellem hospitaler på tværs af regionsgrænser.

Regeringen og Danske Regioner er desuden enige om, at regionerne forpligtes til at arbejde aktivt for at skabe attraktive karriereveje uden for de store byer, og at regionerne i den forbindelse udbreder brugen af kombinationsstillinger, hvor man som læge ansættes på et akuthospital uden for de større byer, men også har arbejdstid på et universitetshospital. Attraktive karriereveje kan gå på tværs af sygehuse og dermed på tværs af sundhedsrådene i regionerne.

Planerne skal desuden ses i sammenhæng med de kommende nærsundhedsplaner og de regionale sundhedsplaner, som sætter rammen for anvendelsen af den samlede kapacitet inden for sundhedsrådene og regionerne, såvel som den nationale sundhedsplan, som skal sætte en fælles retning for sundhedsvæsenet.

Kriterier for robuste akuthospitaler

Parterne er enige om, at en række forskellige forhold er afgørende for robuste akuthospitaler:

- Akuthospitalet skal kunne varetage de funktioner, som det er blevet tildelt i Sundhedsstyrelsens specialeplan og regionens hospitalsplansplanlægning. Herunder skal de døgnet rundt kunne modtage patienter med skader og akut opstået eller forværret sygdom. Dette kan forudsætte samarbejder om arbejdsdeling og visitation i forhold til de funktioner, som ikke varetages på det enkelte hospitaler.
- Akuthospitalet skal råde over tilstrækkeligt med speciallæger inden for relevante specialer og tilstrækkeligt personale fra øvrige faggrupper med de rette kompetencer i forhold til at kunne varetage hospitalets opgaver, herunder akut behandling af hospitalets patientpopulation. I den forbindelse skal regionerne sikre, at de begrænsede speciallægeressourcer og øvrige personaleressourcer bruges bedst

muligt, herunder med afsæt i Robusthedskommissionens anbefalinger om fx fleksibel opgavevaretagelse.

- Akuthospitalet skal have etableret en strategisk forsyning af sundhedspersonale via uddannelse, herunder videreuddannelse af læger, som efterfølgende ansættes på hospitalet. Det forudsætter et attraktivt uddannelsesmiljø og attraktive karriereveje. I den forbindelse er parterne enige om, at:
 - Hospitalerne skal samarbejde om at styrke og udvikle de faglige miljøer, og at der tænkes nyt i forhold til at få skabt attraktive uddannelsesmiljøer, der kan være med til at bryde rekrutteringsudfordringerne. Attraktive uddannelsesmiljøer og stærke faglige miljøer på alle akuthospitaler sikres bl.a. gennem forskning, kvalitetsudvikling og muligheder for faglig udvikling.
 - Akuthospitalerne skal i langt højere grad være omdrejningspunkt for den lægelige videreuddannelse. For afdelinger eller hospitaler med rekrutteringsudfordringer er det afgørende at opbygge et attraktivt uddannelsesmiljø, hvilket bl.a. forudsætter, at det er en attraktiv karrierevej at være uddannelsesansvarlig i klinikken.

Regionernes planer for robuste akuthospitaler skal forholde sig til disse elementer.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der gøres status to gange årligt. Den ene status sker i forbindelse med ØA. Den anden status foretages i andet halvår, og til brug for dette møde sender regionerne forud en status på arbejdet med planerne, herunder en status på speciallægedækningen pr. 100.000 indbyggere.

Regeringen og Danske Regioner noterer sig, at der ifm. forårsaftalen 2026 skal udarbejdes en national sundhedsplan. Parterne er enige om, at regionernes planer for robuste akuthospitaler kan revideres på baggrund af den nationale sundhedsplan.

Region Østdanmark

Der skal laves en særskilt plan for Region Østdanmark, som indgår i regeringens aftale med det forberedende Regionsråd for Region Østdanmark i foråret 2026. Planen skal følge ovenstående rammer og kriterier.

12. Måltal Ph.d.

Mål for ph.d.-stillinger i regioner, der målrettes det primære sundhedsvæsen

Den sundhedsfaglige forskning skal understøtte et stærkt og nært sundhedsvæsen, hvor langt mere behandling og pleje fremover skal foregå i eller tættere på borgerens hjem. Regeringen og Danske Regioner er derfor enige om, at der er behov for mere forskning i omstillingen til det primære sundhedsvæsen, og at forskningen i højere grad skal foregå uden for de store

universitetshospitaler. Regeringen og Danske Regioner vil sammen arbejde for at sikre denne udvikling.

En målretning af forskningen mod det primære sundhedsvæsen skal bl.a. understøtte en bedre geografisk fordeling af forskningsaktiviteten samt bidrage til at skabe attraktive karriereveje, der kan udvide og robustgøre eksisterende forskningsmiljøer uden for de store byer.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der skal skabes et bedre datagrundlag med henblik på, at udviklingen kan følges, og at det i foråret 2026 kan drøftes at opstille et mål for udviklingen i forskning blandt ph.d.er ansat ved regionerne, der er målrettet det primære sundhedsvæsen.

Det skal derfor undersøges, hvordan det fremover kan opgøres, hvad der forskes i blandt ph.d.er på det regionale sundhedsområde, samt om forskningen er tilknyttet fx et hospital eller praksissektoren. Der skal bl.a. igangsættes et arbejde med at afdække, om tilpasninger i regionernes og ph.d.-skolernes indberetning af forskningsaktiviteter til fx Danmarks Statistik på sigt kan skabe bedre data om forskning i det primære sundhedsvæsen.

Mål for ph.d.-forløb, som besættes af andre faggrupper end læger

Regeringen og Danske Regioner er også enige om vigtigheden af, at flere forskellige faggrupper bedriver forskning. Hovedparten af ph.d.-forløb på sygehusene varetages i dag af læger.

Regeringen og Danske Regioner er på den baggrund enige om, at minimum en tredjedel af sundhedsvidenskabelige ph.d.-forløb på sygehusene i 2026 skal besættes af andre faggrupper end læger.

Mål for hoveduddannelsesstillinger, som besættes af læger uden en ph.d.

For mange læger er en ph.d. i praksis blevet en nødvendig adgangsbetingelse for at komme ind på de mest søgte lægefaglige hoveduddannelser. Det gælder særligt i hovedstadsområdet. I 2024 var der fx næsten tre gange så mange af de læger, der blev ansat i en hoveduddannelsesstilling i Videreuddannelsesregion Øst, som havde en ph.d., end der var i Videreuddannelsesregion Syd.

For at sikre at læger ikke tager en ph.d.-uddannelse alene for at komme i betragtning til de mest søgte lægefaglige hoveduddannelsesstillinger, er regeringen og Danske Regioner enige om, at forskningskompetencer ikke skal vægtes uforholdsmæssigt tungt ved ansættelsen af læger i videreuddannelsesstillinger. Danske Regioner vil derfor gennemgå måden, hvorpå ansøgerne vurderes og prioriteres til hoveduddannelsesstillinger. Det skal fjerne uønskede incitamenter til at gennemføre en ph.d. og sikre, at der fx lægges vægt på kliniske kompetencer opnået på et akuthospital uden for de større byer.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at det er målet, at andelen af hoveduddannelsesstillinger, som besættes af læger uden en ph.d., øges over de kommende år, særligt i Videreuddannelsesregion Øst. Parterne er videre enige om, at der på baggrund af regionernes gennemgang i foråret 2026 skal opstilles mål inden for udvalgte specialer for andelen af hoveduddannelsesstillinger, der besættes af læger uden en ph.d. Dette med henblik på at følge udviklingen.

Regeringen og Danske Regioner noterer sig, at der i dag er store forskelle på tværs af de lægefaglige specialer. Fx havde 72 pct. af lægerne, som i 2024 blev ansat i et hoveduddannelsesforløb i kardiologi, en ph.d.-grad. Til sammenligning gjaldt det kun 4 pct. af lægerne, der blev ansat i almen medicin, 8 pct. af lægerne i børne- og ungdomspsykiatri og 11 pct. af lægerne i psykiatri.

Parterne noterer sig desuden, at Sundhedsstyrelsen har igangsat en revision af de syv lægeroller, som definerer de roller og kompetencer, som alle læger skal mestre. Revisionen skal understøtte, at fx forskerrollen ikke får en uforholdsmæssig stor vægt ift. andre centrale lægeroller. Revisionen forventes at være færdig i løbet af første halvår af 2026.

13. Regional økonomi og lofter over sygehusudgifter

For at styrke regionernes fokus på at prioritere det nære sundhedsvæsen, herunder udbygningen af det almenmedicinske tilbud, indgår det i aftalen om sundhedsreformen 2024, at der inden for den regionale samlede udgiftsramme skal fastsættes årligt loft for de maksimale sygehusudgifter. Regionerne kan således prioritere udgifter under sygehusrammen til det nære, men ikke omvendt.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der nedsættes en arbejdsgruppe med repræsentanter fra Danske Regioner, regionerne, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Arbejdsgruppen skal give konkret bidrag til udformningen af et loft over sygehusudgifterne inden for den samlede sundhedsramme, herunder med overvejelser om, hvordan en kontoplansløsning kan understøtte et sådant loft. KL inddrages undervejs i arbejdet.

Arbejdet skal understøtte aftalepartiernes ønske om, at der kommer et loft over sygehusudgifter, mens regionerne fortsat kan prioritere udgifter under sundhedsrammen til nære sundhedsindsatser. Arbejdsgruppens løsningsforslag skal også tage hensyn til reformens hensigt om mere hjemmebehandling og behandling tæt på borgerens hjem, samt at sygehusene skal styrke det udadvendte og understøttende arbejde. Regeringen og Danske Regioner er desuden enige om, at arbejdsgruppen skal balancere hensynene til, at løsningen ikke indebærer en stor administrativ byrde i regionerne, er implementerbar i praksis og sikrer de rette incitamenter til at sikre nærhed, sammenhæng og at opgaven varetages på det lavest effektive omkostningsniveau.

Arbejdsgruppens resultater skal danne grundlag for fastsættelsen af sygehusloftet for 2027 som led i aftalen om regionernes økonomi for 2027.

Tilpasning af regional finansieringsmodel som følge af reformen

Endvidere fremgår det af den politiske aftale om sundhedsreformen, at en ny finansieringsmodel for de fire regioner baseres på en videreførelse af den gældende finansieringsmodel og tilpasses som følge af reformen vedrørende forvaltningsstruktur og opgavefordelingen. En ny finansieringsmodel tager afsæt i et analysearbejde, hvor de eksisterende fordelingskriterier gennemgås og revideres og evt. nye kriterier analyseres. Der udarbejdes et oplæg til ny finansieringsmodel mhp. lovgivning i foråret 2026 forud for tilskudsudmeldingen for 2027.

Den regionale investeringsmotor

Det fremgår endvidere af den politiske aftale om sundhedsreformen, at der afsættes i alt 2,4 mia. kr. målrettet nære sundhedsindsatser i regionerne, herunder flere læger i de almenmedicinske tilbud frem mod 2030. Midlerne indgår i den generelle finansiering af det regionale sundhedsområde. Regionerne er ansvarlige for at sikre en prioritering og fordeling af økonomi inden for regionen og mellem sundhedsrådene. Regionens fordeling skal tage højde for de statslige bindinger, bl.a. på fordelingen af almenmedicinske læger.

Vederlag i overgangsåret 2026

Danske Regioner og Regeringen er enige om, at udgifterne til vederlag i overgangsåret 2026 finansieres for den nærværende ramme til vederlagsudgifter i regionerne tillagt 8,6 mio. kr. vedrørende vederlæggelse af de forberedende sundhedsråd og forbedrende regionsråd i Østdanmark. Parterne noterer sig endvidere, at aftalekredsen har besluttet at løfte vederlaget for alle medlemmer i de forberedende sundhedsråd i 2026 i forhold til niveauerne i sundhedsreformaftalen. Vederlaget løftes fra 50 pct. til 75 pct. af vederlagsniveauet fra 2027.

14. Lofter for antal speciallægestillinger på universitetssygehuse

For at skabe større geografisk lighed i adgangen til sundhedstilbud på tværs af landet, er der behov for, at flere læger søger mod de sygehuse, hvor det i dag er svært at rekruttere. Universitetshospitalerne og hospitalerne i de store byer har i en årrække optaget en uforholdsmæssig stor andel af lægerne.

Danske Regioner indførte derfor i 2016 et speciallægeloft for AUH, OUH, Rigshospitalet samt Herlev/Gentofte hospital. Loftet har i den nuværende form ikke haft den ønskede effekt.

Regeringen og Danske Regioner er på den baggrund enige om at indføre lofter for antallet af speciallægestillinger på landets fem universitetshospitaler samt de øvrige sygehuse i hovedstadsområdet med undtagelse af Bornholm. Det skal understøtte, at sygehuse i hele landet er robuste, og at der kan oprettes flere uddannelsesstillinger uden for de store byer.

Det betyder, at der indføres lofter for antallet af speciallæger på Rigshospitalet, Sjællands Universitetshospital, Aarhus Universitetshospital, Odense Universitetshospital, Aalborg Universitetshospital samt sygehuse i Hovedstadsområdet, som omfatter Amager og Hvidovre Hospital, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Herlev og Gentofte Hospital og Nordsjællands Hospital.

Lofterne vil i perioden frem mod foråret 2026 fastlægges som ét individuelt loft for hvert enkelt universitetshospital, *jf. tabel 4*. For øvrige hospitaler i Region Hovedstaden fastsættes et samlet loft.

Der vil i perioden frem mod april 2026 ikke være mulighed for at dispensere fra de fastlagte lofter, *jf. dog nedenstående afsnit om undtagelser*.

Lofterne træder i kraft umiddelbart efter aftaleindgåelse.

Baseline

Baseline for lofterne fastlægges til gennemsnittet for antallet af speciallæger på de respektive sygehuse for perioden januar-december 2024, *jf. tabel 4*. Det vil sige, at loftet er et gennemsnit beregnet ud fra det faktiske antal læger i perioden. Da loftet er et beregnet gennemsnitsloft, vil det enkelte hospital i perioder kunne have flere læger, end loftet tilsiger under forudsætning af, at der i andre perioder er et lavere antal læger.

I beregningen af lofterne medregnes læger med ansættelse på et af de omfattede hospitaler. Læger, der er ansat på et hospital, som ikke er omfattet loftet, og som samtidigt arbejder to dage om ugen (maksimalt) på et hospital, som er omfattet af loftet, vil ikke tælle med i loftet.

For yderligere at styrke mobiliteten og sikre speciallægedækning på kort sigt vil det i en overgangsperiode desuden gælde, at læger, der er ansat på et hospital, som er omfattet loftet, og som samtidigt arbejder to dage om ugen (minimum) på et hospital, som ikke er omfattet af loftet, tæller 50 pct. med i loftet. Det skal bidrage til at understøtte samarbejde på tværs af hospitaler og gøre det attraktivt at søge fx kombinationsstillinger. Undtagelsen varer til og med 1. kvartal 2027. Denne undtagelse fra loftet er midlertidig, da det er den langsigtede hensigt, at akutsygehuse skal være bemandet af lokaltansat personale.

I beregningen af lofterne medregnes ikke de psykiatriske specialer. Regeringen og Danske Regioner er imidlertid enige om, at de psykiatriske specialer indgår i arbejdet med at fastsætte lofter fra og med 2026.

Tabel 4
Lofter på antallet af speciallæger fordelt på hospitaler

Hospital	Antal speciallæger fordelt på hospitaler, somatik Gennemsnit jan.-dec. 2024
Rigshospitalet	1.290
Øvrige hospitaler i Region Hovedstaden (Herlev og Gentofte Hospital, Amager, Hvidovre, Bispebjerg og Frederiksberg samt Nordsjælland)	1.860
Aarhus Universitetshospital	1.060
Odense Universitetshospital	1.000
Aalborg Universitetshospital eks. Thisted*	740
Sjællands Universitetshospital eks. Nykøbing Falster**	630

Anm.: Populationen er afgrænset til 066 Overlæger, lægelige chefer m.v. og 11304 Afdelingslæger, overenskomstansatte. Inklusiv overenskomstansatte, tjenestemænd og månedslønnede. *Loftet er inklusiv et vækstrum på 4 pct. for AAUH eks. Thisted. **Loftet er inklusiv et vækstrum på 6 pct. eks. Nykøbing Falster.

Kilde: KRL, særtræk.

Undtagelser

Lofterne skal fastlægges på en måde, der tager særligt hensyn til de mest udfordrede sygehuse, der har svært ved at rekruttere og opretholde kapaciteten, og som har lokaliteter i lægedækningstruede områder. Derfor er Aalborg Universitetshospitals matrikel i Thisted og Sjællands Universitetshospitals matrikel i Nykøbing Falster undtaget fra lofterne.

Det er samtidig vigtigt, at der tages hensyn til en balanceret og holdbar omfordeling af ressourcerne ift. lokale behov. Derfor vil loftet for Sjællands Universitetshospital i perioden frem mod april 2026 blive tillagt et vækstrum på 6 pct., idet et af formålene med et kommende loft bl.a. er at tilføre flere speciallæger til Region Sjælland, herunder også Sjællands Universitetshospital. Aalborg Universitetshospital vil samtidigt i perioden frem mod april 2026 blive tillagt et vækstrum på 4 pct.

Danske Regioner og Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan ifm. den årlige opgørelse, jf. nedenfor, beslutte at korrigere lofterne, hvis der i perioden har været større organisatoriske ændringer og/eller opgaveflytninger. Særligt skal konsekvensen for de psykiatriske specialer følges de næste år, jf. *Aftale om ligestilling og integration af psykiatri og somatik*.

Der er mange afvejninger, der skal tages hensyn til ifm. fastsættelsen af et loft, som også fungerer på langt sigt. Regeringen og Danske Regioner er derfor enige om, at de aftalte lofter drøftes igen i foråret 2026. I den forbindelse overvejes bl.a. muligheden for at fastsætte lofter for enkelte specialer, herunder et eventuelt behov for undtagelser.

Opfølgning

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der skal følges op på de aftalte lofter. Den første opfølgning sker i forbindelse med den kommende aftale i foråret 2026. Derefter sker opfølgningen en gang årligt i forbindelse med økonomiaftalerne. Forud for forhandlingerne skal Danske Regioner sende en status.

Formålet med opfølgningen er at følge med i, om lofterne overholdes, herunder om der er behov for justeringer af loftet og/eller undtage specialer.

15. Sygehusmodernisering

Det indgår i sundhedsreformen, at der etableres en sundhedsfond på i alt 22 mia. kr. til modernisering og vedligeholdelse af landets sygehuse for at sikre et strategisk kvalitetsløft af bygninger og apparatur på sygehuse i hele landet. Med investeringen vil regionerne over en 10-årig periode få en ekstraordinær mulighed for at gennemføre et strategisk kvalitetsløft af bygninger og apparatur på de sygehuse, der i dag - i forskelligt omfang - ikke er tidssvarende. Patienterne vil dermed opleve mere tidssvarende faciliteter, der både kan understøtte mere moderne behandlingsformer og lokaler.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at drøfte og aftale den nærmere proces for igangsættelse af sundhedsfonden, udmøntning af midler og det kommende ekspertpanel med *Aftale om regionernes økonomi for 2026* med fokus på, hvordan investeringerne kan gøre mest mulig gavn, jf. *Aftale om sundhedsreform 2024*.

16. Opgavebortfald vedrørende regionernes øvrige opgaver

Det indgår i *Aftale om sundhedsreform 2024*, at dele af regionernes øvrige opgaver om regional udvikling bortfalder eller begrænses, jf. boks 3.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at regionernes bloktilskud for det regionale udviklingsområde reguleres med 112 mio. kr. (2025-pl) i 2026 og 223 mio. kr. (2025-pl) fra 2027 og frem som følge af opgavebortfaldet. Midlerne overføres til sundhedsområdet og bidrager til at finansiere den samlede reform.

Boks 3

Regionernes opgaver vedr. regional udvikling, jf. Aftale om sundhedsreform 2024

Af Aftale om sundhedsreform 2024 fremgår det, at regionernes opgaveportefølje, udover den primære sundhedsopgave, fremadrettet alene vil bestå af følgende:

- Drift af tilbud og institutioner på det specialiserede socialområde og på specialundervisningsområdet
- Jordforening
- Råstofindvinding på land
- Opgaver på uddannelsesområdet
- Indstillingsret til 20 pct. af socialfondsmidlerne i programperioden 2021-2027
- Åbenhed om privat partistøtte for folketingskandidater og kredsorganisationer
- Opgaver relateret til kollektiv trafik

Regionernes resterende øvrige opgaver om regional udvikling, herunder regionernes mulighed for at udarbejde udviklingsstrategier samt aktiviteter, der relaterer sig hertil, bortfalder.

Regionerne vil iht. aftalen desuden fortsat have mulighed for at deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder, herunder Interreg-projekter, som ligger inden for deres opgaveportefølje på det tilbageværende regionale udviklingsområde. Den administrative forankring af Interreg-programmer vil fortsat være i regionerne. Derudover vil Region Syddanmark og Region Østdanmark fortsat have adgang til også at kunne deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder på kulturområdet.

Med denne liste af opgaver er der foretaget en positiv afgrænsning af, hvilke opgaver regionerne fremadrettet skal varetage på det regionale udviklingsområde. Udgangspunktet er, at alle øvrige opgaver bortfalder.

17. Information om patientrettigheder

Danmark har stærke patientrettigheder, som giver patienter, der er henvist til et sygehus, en række rettigheder til hurtig udredning og behandling. Rettighederne sætter patienten i centrum og giver den enkelte større indflydelse i eget udrednings- og behandlingsforløb. For at patienterne kan gøre brug af deres rettigheder, er det vigtigt, at de kender til dem. Derfor skal patienter informeres om deres rettigheder i tråd med sundhedslovens § 90.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at alle patienter skal sikres en ensartet, tydelig og letforståelig information om deres rettigheder. På den baggrund er regeringen og Danske Regioner enige om følgende tre initiativer.

Faktaark om patientrettigheder i indkaldelsesbreve

Regionerne vil vedlægge et faktaark med information om retten til hurtig udredning, retten til frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg til indkaldelsesbreve. Tiltaget implementeres inden udgangen af 2025.

Danske Regioner vil i den forbindelse udarbejde et faktaark, som vedlægges indkaldelsesbreve på tværs af regionerne. Dette vil ske i forlængelse af Indenrigs- og Sundhedsministeriets arbejde.

Let og hurtig adgang til information om patientrettigheder

Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil gennemføre et eftersyn af og opdatere ministeriets hjemmeside og pjece samt øvrige relevante hjemmesider om patientrettigheder i 2025. Regionerne vil henvise til Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside og pjece for generel information om patientrettigheder i indkaldelsesbrevene, så patienter let og hurtigt kan få adgang til information om rettighederne.

Tværregionalt forum om patientrettigheder

Regionerne har etableret et tværregionalt forum om patientrettigheder mhp. videndeling og at understøtte arbejdet med ensartet og letforståelig patientinformation. Det vil også fortsat være muligt at indlevere eksempler på indkaldelsesbreve, hvor informationen om patientrettigheder kan forbedres. Danske Regioner vil inddrage bl.a. Sundhed Danmark, Danske Patienter, Ældre Sagen og øvrige relevante aktører i det tværregionale forum.

Opfølgning

Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner vil følge op på tiltagene primo 2026, herunder vurdere om der er behov for yderligere tiltag.

Bilag 1. Kommissorium for implementeringspartnerskab

Baggrund

Aftale om sundhedsreform af den 15. november 2024 indebærer en stor og vigtig opgave med implementering af en række omfattende reformelementer, som skal medvirke til at realisere reformens sigte om et mere nært, lige og sammenhængende sundhedsvæsen. Implementeringen hviler grundlæggende på, at dygtige ledere og medarbejdere i kommuner, regioner og praksissektor bidrager til implementeringen og omstillingen af sundhedsvæsenet.

Den lokale implementering skal understøttes gennem en række målrettede initiativer, der skal give de bedst mulige forudsætninger for at gennemføre reformens målsætninger. For at understøtte en succesfuld implementering er løbende samarbejde og dialog mellem kommuner, regioner og stat afgørende. Det er nødvendigt at håndtere de udfordringer og problemer, der måtte opstå undervejs på tværs af aktører, samt understøtte en løbende vidensdeling og læring på tværs af kommuner og regioner.

Som led i implementering af sundhedsreformen nedsættes derfor et implementeringspartnerskab mellem Danske Regioner, KL, fem kommuner, regionerne, Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand). Kommissoriet beskriver partnerskabets formål og opgaver, sammensætning, organisering og møder.

Partnerskabets formål og opgaver

Formålet med partnerskabet er at understøtte den lokale implementering af sundhedsreformen gennem løbende opfølgning og status, dialog, videndeling og drøftelser af udfordringer og løsninger på tværs af sundhedsvæsenet. Partnerskabet vil have særligt fokus på at understøtte opstarten af de 17 nye sundhedsråd, opgaveflytning og implementeringen af større nye indsatser, bl.a. kronikerpakkerne.

Partnerskabet er et arbejdende forum og skal derfor drøfte og samarbejde om de konkrete dagsordener og spørgsmål, som partnerskabet finder aktuelle og relevante at håndtere i regi af partnerskabet. På den måde skal partnerskabet være med til løbende at rydde sten af vejen for den praktiske implementering af sundhedsreformen.

Med afsæt i det ovenfor beskrevne formål har implementeringspartnerskabet følgende primære opgaver:

- Tilvejebringe viden, input og forskellige perspektiver i forhold til implementeringen af konkrete initiativer i sundhedsreformen – fx om, hvor der er brug for øget klarhed eller håndtering af barrierer for den praktiske implementering.
- Løbende følge op og gøre status over udviklingen og fremdriften i implementeringen af centrale reformelementer.

- Bidrage til en kontinuerlig og åben dialog om implementeringen af sundhedsreformen på tværs af sundhedsvæsenets aktører med fokus på de udfordringer og problemstillinger, der vil opstå undervejs.
- Give konkrete input til anvendelse af midler til implementeringsstøtte med særligt fokus på konkrete initiativer, der giver værdi på tværs af aktører.
- I de første år efter reformens ikrafttræden kan der som led i implementeringspartnerskabet igangsættes analyser af erfaringerne i opstartsperioden med henblik på at understøtte læring på tværs.

De enkelte medlemmer af partnerskabet skal både være med til at belyse udfordringer i implementeringen og medvirke til konkrete løsninger – både i forhold til hvad der skal igangsættes i fællesskab, og hvad de enkelte organisationer i partnerskabet kan bidrage til.

Arbejdsgrupper og temanetværk

Implementering af sundhedsreformen skal ske på mange niveauer i de enkelte myndigheder og vil ligeledes afhænge af en række øvrige aktører på sundhedsområdet. Partnerskabet kan derfor nedsætte temanetværk med relevante aktører eller arbejdsgrupper, der arbejder med udvalgte temaer, herunder giver input til implementeringsstøtte fx i form af inspirationsmaterialer, koncepter og vejledninger ifm. bodeling og opgaveflytning.

Implementeringsstøtte

Med aftalen om sundhedsreformen blev der afsat midler til implementeringsstøtte. Det er en af partnerskabets opgaver at drøfte og komme med forslag til, hvordan implementeringsstøtten kan tilrettelægges og skaber størst værdi i forhold til at understøtte implementeringen. I overgangsperioden kan fokus i implementeringsstøtten bl.a. være på udarbejdelse af konkrete produkter, der understøtter opgaveflytningen, herunder bodeling, samt opstart af de 17 sundhedsråd med bl.a. en konference for de nye sundhedsrådsmedlemmer primo 2026.

Sammensætning og organisering

Følgende medlemmer af partnerskabet udpeges (ét medlem pr. organisation):

- Lene Brøndum Jensen, afdelingschef, Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand)
- Pernille Tougaard, kontorchef, Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- Steen Dalsgård Jespersen, vicedirektør, Sundhedsstyrelsen
- Rikke Albrechtsen, direktør, Frederikshavn Kommune
- Per Bennetsen, direktør, Københavns Kommune
- Irene Ravn, direktør, Middelfart Kommune
- Thomas Krarup, direktør, Randers Kommune

- Jakob Bigum, direktør, Næstved Kommune
- Christian Harsløf, direktør, KL
- Frank Skriver Mikkelsen, hospitalsdirektør, Regionshospital Nordjylland, Region Nordjylland
- Lise Graae, chef for reformsekretariatet, Region Hovedstaden
- Jonas Dahl, regionsdirektør, Region Midtjylland
- Niels Nørgaard, adm. sygehusdirektør, OUH, Region Syddanmark
- Lisbeth Iversen, udviklingsdirektør med ansvar for reform, Region Sjælland
- Naja Warrer Iversen, vicedirektør, Danske Regioner.

Ved etableringen af Region Østdanmark vil regionen blive repræsenteret af to medlemmer. Partnerskabet kan inddrage yderligere relevante aktører ifm. konkrete opgaver, herunder ambassadøren for sundhedsrådene og ambassadøren for almenmedicinske tilbud.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet sekretariatsbetjener partnerskabet. Sekretariatsbetjeningen koordineres løbende med KL, Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen. Der kan udpeges afløser ved behov.

Møder og temaer

Partnerskabet nedsættes for perioden april 2025-2028. Mødekadence drøftes i partnerskabet.

Temaer og drøftelser for møder i partnerskabet vil afspejle de, som behov aktørerne ser, og følge fremdriften i sundhedsreformens implementering.

Implementeringspartnerskabet vil ikke særskilt beskæftige sig med sammenlægning af Region Sjælland og Region Hovedstaden til Region Østdanmark, idet dette drøftes i et dialogforum mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Region Sjælland og Region Hovedstaden, *jf. reformaftalen*.

Bilag 2. Oversigt over opfølgning og redegørelser som følger af aftalen

Tabel 5
Oversigt over opfølgning og redegørelser

	2025	2026	2027	2028
2. Implementerings-partnerskab	Nedsættelse af implementeringspartnerskab jf. kommissorium i forårsaftalen 2025.	Løbende partnerskabsmøder.	Løbende partnerskabsmøder.	Løbende partnerskabsmøder.
2.1 Nationale mål	Igangsættelse af udvikling af de nationale mål, der er i overensstemmelse med reformens overordnede hensyn. Indenrigs- og Sundhedsministeriet i samarbejde med Danske Regioner og KL	Fortsat udvikling af de nationale mål, der er i overensstemmelse med reformens overordnede hensyn. Indenrigs- og Sundhedsministeriet i samarbejde med Danske Regioner og KL		
2.2 Demensudredning		Første samlet status over demensudredning. Primo 2026. Danske Regioner	Anden samlet status over demensudredning. Danske Regioner	Tredje samlet status over demensudredning. Danske Regioner
2.3 National sundhedsplan	Fagligt oplæg til national sundhedsplan udarbejdes. Sundhedsstyrelsen	Aftale om national sundhedsplan, herunder koncept for opfølgning og sammentænkning med de nationale mål. Forårsaftale 2026 mellem regeringen, Danske Regioner og KL		
	Nedsættelse af dialogforum. Sundhedsstyrelsen, KL, Danske Regioner samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet.			

2.4 Region Østdanmark		Aftale med forberedende regionsråd for Region Østdanmark om implementering i forbindelse med forårsaftale 2026. Regeringen og Region Østdanmark		
3. Løft af kommunale indsatser via sundhedsråd	Opfølgning på samarbejdet om løft af de nære kommunale indsatser, herunder erfaringer med de etablerede aftaleprocesser og de konkrete prioriteringer i de kommunale sundhedsindsatser. Parterne aftaler den nærmere tilrettelæggelse heraf som led i opfølgningen på den samlede sundhedsreform. Det forudsættes ikke, at regionerne skal have ansvaret for eller foretage konkret opfølgning på midlernes anvendelse i den enkelte kommune. Indenrigs- og sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL			
4. Fysiske rammer for nære sundhedsindsatser			Plan for anvendelse af midler 1. april 2027. Regionerne	Opfølgning på fremdrift, ændringer og afvigelser i årlig opfølgning (senest 15. april) frem til 2032. Regionerne
5. 96 timers behandlingsansvar	Arbejde ift. at fastlægge det konkrete indhold i samarbejdet mellem sektorer om psykiatriske patienter, således at der er formaliserede samarbejdsaftaler mellem region og kommuner. Arbejdet skal være afsluttet inden udgangen af 2025. KL og Danske Regioner	Arbejde om at undersøge, hvordan børn og unge, der udskrives fra psykiatrisk indlæggelse til botilbud eller sikrede institutioner, kan omfattes af det udvidede behandlingsansvar. KL og Danske Regioner		
		Det drøftes og aftales primo 2026, hvordan det udvidede behandlingsansvar kan udvides til at omfatte udskrivning af ældre medicinske patienter fra akutmodtagelser, herunder hvordan målgruppen nærmere afgrænses. Regeringen, Danske Regioner og KL		

6. Opgaveflytning	Arbejdsgruppe med relevante aktører skal opstille løsninger for national indberetning. Indenrigs- og Sundhedsministeriet med inddragelse af Sundhedsdatastyrelsen, KL og Danske Regioner			
	Parterne drøfter, hvordan der sikres tilstrækkelig digital understøttelse af opgaveflytningen. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL			
8. Lægedækning	Opfølgning på hhv. udmøntede og besatte lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud. Første status ultimo 2025. Danske Regioner	Opfølgning på hhv. udmøntede og besatte lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud. Anden status medio 2026. Tredje status ultimo 2026. Danske Regioner	Opfølgning på udmøntning af midler til uddannelsesforløb i almen medicin (foråret). Danske Regioner	
		Opfølgning på udmøntning af midler til uddannelsesforløb i almen medicin (foråret). Danske Regioner		
9. Praktiserende speciallæger		Der gøres status på bl.a. udvikling i aktivitet, antallet af patienter og målte ventetider medio og ultimo 2026 Danske Regioner		

10. Flere uddannelsesforløb uden for de store byer		Løbende opfølgning på målsætningen om flere uddannelsesforløb uden for de store byer. Første status ultimo 2026. Danske Regioner		
		Arbejde mhp. at styrke regionernes kompetencer til at fordele og tilrettelægge uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen. Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og Indenrigs- og Sundhedsministeriet		
	Samarbejde om, at data for opslåede og besatte introduktionsstillinger kan følges. Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen			
11. Robuste akuthospitaler		Plan for at opretholde robuste akuthospitaler i hele landet inden udgangen af første kvartal. Regionerne	Status på planer to gange årligt i forbindelse med økonomiaftaler og i andet halvår. Regionerne	Status på planer to gange årligt i forbindelse med økonomiaftaler og i andet halvår. Regionerne
12. Ph.d.-mål		Opstille mål for udviklingen i forskningen blandt ph.d.er ansat ved regionerne, der er målrettet det primære sundhedsvæsen. Forårsaftale 2026 mellem regeringen og Danske Regioner		
		Opstille mål inden for udvalgte specialer for andelen af hoveduddannelsesstillinger, der besættes af læger uden en ph.d. Forårsaftale 2026 mellem regeringen og Danske Regioner		
13. Loft over sygehusudgifter	Nedsættelse af arbejdsgruppe til udvikling af model for lofter over sygehusudgifter.	Fastsættelsen af loft over sygehusudgifter for 2027 sker i forbindelse med ØA27.		

	Danske Regioner, regionerne, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. KL inddrages.	Regeringen og Danske Regioner		
14. Lofter over speciallægestillinger		Opfølgning på lofter aftalt i forårsaftalen 2025 sker i forbindelse med forårsaftalen 2026. Danske Regioner	Opfølgning på de aftalte lofter sker i forbindelse med ØA på baggrund af status. Danske Regioner	Opfølgning på de aftalte lofter sker i forbindelse med ØA på baggrund af status. Danske Regioner
15. Sundhedsfond	Nedsættelse af ekspertpanel Regeringen			
	Udmøntning og håndtering af sundhedsfond aftales med Aftale om regionernes økonomi for 2026 Regeringen og Danske Regioner			
17. Information om patientrettigheder		Opfølgning på aftalte tiltag om information om patientrettigheder primo 2026. Indenrigs- og sundhedsministeriet og Danske Regioner		

Bilag 3: Udmøntning af løft af kommunale sundhedsindsatser via sundhedsråd

Der indgås aftale om de centrale elementer af udmøntningsmodellen for midlerne målrettet kommunale indsatser i sundhedsrådenes investeringsmotor. Herunder, principper for aftaleindgåelsen mellem sundhedsrådene og kommunalbestyrelserne, fordelingen af midler mellem sundhedsråd og til kommuner samt udmøntningen og fordelingen af midler til de bindende krav i kvalitetsstandarderne.

Principper for aftaleindgåelsen mellem sundhedsrådene og kommunalbestyrelserne for de øvrige midler, herunder midler for ikke bindende krav i kvalitetsstandarderne.

1,6 mia. kr. (2030-niveau) af midlerne udmøntes gennem aftaler mellem sundhedsrådene og kommunerne. Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om, at aftalerne mellem sundhedsråd og kommuner om udmøntning af midler skal basere sig på følgende principper:

1. **Myndighedsansvar:** Den aftalebaserede udmøntning understøtter, at det entydige ansvar for den konkrete varetagelse af kommunale sundhedsopgaver fortsat påhviler kommunerne, således at borgerne har mulighed for at placere et politisk ansvar for varetagelsen af konkrete opgaver i kommunerne. Det er således en præmis for den aftalte model, at selvom midlerne udmøntes af regionerne via sundhedsrådene, påhviler det formelle myndighedsansvar for opgavevaretagelsen kommunerne.
2. **Gennemsigtighed og videndeling:** For at understøtte gennemsigtigheden i de økonomiske prioriteringer, er parterne enige om at dele relevante informationer med hinanden, herunder stille fornøden information om konkrete kommunale og regionale sundhedsindsatser til rådighed i forbindelse med aftaleprocesserne.
3. **Rækkevidden for tilsagnskrav:** I de aftalebaserede tilsagn om midler til løft af kommunale sundhedsindsatser kan indgå krav til og aftaler om niveauet for faglighed, indsatser og kvalitet i sundhedsindsatser, som i lovgivningen er henlagt til kommunerne – også sundhedsindsatser som er forankret på andre kommunale områder fx ældreområdet eller socialområdet. Der skal være proportionalitet mellem tilsagnets størrelse og kravenes omfang og rækkevidde. Kommunerne skal fortsat have mulighed for tværgående prioritering på tværs af opgaveområder, herunder sundheds- og ældreområdet. Tilsagnskrav kan ikke låse en kommune på et bestemt udgiftsniveau. Som led i et aftalt tilsagn om løft af kommunale sundhedsindsatser kan dog indgå forudsætninger om niveauet for fx faglighed og kvalitet i opgaveløsningen.
4. **Tilsagnsbetingelser:** Aftalerne skal bidrage til, at der kan investeres i langsigtet kapacitetsopbygning og udvikles indsatser i tråd med sundhedsreformens intentioner om omstilling af sundhedsvæsenet. Der kan heri også indgå midlertidige løft, fx ifm. udvikling og afprøvning af nye indsatser. Aftaler om løft af kommunale indsatser skal tage højde for interne driftshensyn i kommunerne fx i forhold til budgetlægningsprocessen og

aftaleprocesserne skal tilrettelægges under hensyn til at mindske afledt administration. Som led heri, er det ikke hensigten at sundhedsrådene skal foretage en egentlig udgiftsopfølgning i kommunerne. Desuden er det vigtigt, at konkrete aftaler om økonomiske tilsagn til kommunale indsatser skal forholde sig til centrale vilkår, herunder tids- og bindingsperioder for det konkrete tilsagn samt rammerne for at ophæve tilsagnet fra parternes side.

Aftaler om økonomisk tilsagn fra regioner til kommuner skal søges indgået 1. april det forudgående år for at imødekomme den kommunale budgetlægningsproces. I opstartsåret 2026 kan denne tidsfrist fraviges.

Fordelingen af midler til sundhedsråd

Parterne noterer sig, at fordelingen af ramme til kommunale indsatser mellem sundhedsråd fastsættes nationalt med henblik på at tage højde for patienttyngde og demografi. Disse konkrete midlerne fordeles til sundhedsrådene med udgangspunkt i den nationale fordelingsmodel til læger i det almenmedicinske tilbud. Fordelingsmodellen tilføjes yderligere korrektion for middellevetid for at kompensere for, at kommunernes sundhedsudgifter er forholdsmæssigt mere følsomme overfor befolkningens alderssammensætning og helbredstilstand.

Der kan ved indfasningen af investeringsmotoren i det første år (2027) være behov for en midlertidig fordeling af rammen mellem regionerne, indtil der er nærmere klarhed om den nye finansieringsmodel for de fire regioner i løbet af 2026. Den endelige fordeling vil således først være endelig pr. 1. juli 2026.

I tabel 6 nedenfor fremgår et eksempel på en foreløbig fordeling af midlerne til kommunale indsatser mellem sundhedsrådene. Det bemærkes, at den bagvedliggende fordelingsmodel er foreløbig. Herunder bl.a. da den endelige fordeling til sundhedsrådene vil basere sig på en endnu ikke fastlagt fremtidig bloktilskudsfordeling.

Udmøntning og fordeling af midler til bindende krav i kvalitetsstandarden

Af den samlede ramme er 250 mio. kr. i 2027 stigende til 618 mio. kr. i 2030 afsat til udmøntning af nationale tværgående kvalitetsstandarde, heraf 250 mio. kr. årligt til almen sygepleje i kommunerne og basal palliation. Disse midler fordeles til sundhedsrådene efter samme fordeling som de øvrige midler.

Kvalitetsstandarden vil bestå af en blanding af både bindende krav til kommunale indsatser og ikke-bindende anbefalinger. Midler vedrørende bindende krav udgør 130 mio. kr. i 2027, 300 mio. kr. i 2028, 340 mio. kr. i 2029 og 420 mio. kr. i 2030. Parterne er enige om, at sundhedsrådene skal fordele disse midler til kommunerne ud fra kommunernes indbyggertal.

De resterende midler til kvalitetsstandarder udmøntes lokalt i sundhedsrådene gennem aftaler mellem sundhedsrådene og kommunalbestyrelserne efter ovenstående principper med fokus på de ikke-bindende anbefalinger i kvalitetsstandarder.

Midler vedrørende de bindende krav fordeles til regionerne på baggrund af bloktilskudsfordelingen, herefter fordeles midlerne mellem sundhedsrådene inden for hver region med fordelingsnøglen nedenfor. Derefter fordeles midlerne til kommunerne, hvilket betyder, at kommuner vil modtage rammer baseret på deres indbyggertal, mens det konkrete antal kr. pr. indbygger følger samme fordelingsmæssige hensyn, som fordelingen mellem sundhedsråd.

Tabel 6

Foreløbig relativ fordeling af midler til kommunale indsatser (indeks 100 = befolkningsfordelt)

Sundhedsråd	Indeks
Hovedstaden	88
Hovedstaden Nord	73
Hovedstaden Syd og Vest	102
Midt- og Vestsjælland	127
Nordsjælland	96
Østsjælland og øerne	128
Fyn	106
Sydvestjylland	102
Sønderjylland	106
Trekantsområdet	94
Horsens	86
Kronjylland	113
Midt	99
Vestjylland	104
Aarhus	79
Limfjorden	100
Vendsyssel	115

Anm.: Tabellen viser den foreløbige indekserede relative fordeling af midler til kommunale indsatser mellem sundhedsrådene, baseret på den ovenfor beskrevne fordelingmodel. Baseline er et senarie hvor alle sundhedsråd får det samme antal kr. pr. indbygger. Rammen til kommunale indsatser fordeles til regionerne på baggrund af bloktilskudsfordelingen, hvorefter midlerne fordeles mellem sundhedsrådene inden for hver region med den ovenstående fordelingsnøgle. For begge fordelingsnøgler i regneeksemplet, dvs. det regionale bloktilskud og fordelingsnøglen mellem sundhedsråd inden for hver region, gælder det, at der er forbehold for ændringer. Det bemærkes yderligere, at den endelige fordeling til sundhedsrådene vil basere sig på en endnu ikke fastlagt fremtidig bloktilskudsfordeling. Midlerne fastlægges som minimumsrammer, som regionen skal afsætte til de enkelte sundhedsråd.

Bilag 4. Grundlag for økonomi i opgaveflytning

KL, Danske Regioner og regeringen er enige om de økonomiske konsekvenser ved flytning af myndigheds- og finansieringsansvaret for følgende opgaver fra kommunerne til regionerne pr. 1. januar 2027:

- Akutsygeplejen, der i dag er en del af den kommunale sygepleje (dele af § 138-139 i sundhedsloven)
- Tilbud om midlertidige ophold til den gruppe borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats, som ikke kræver sygehusindlæggelse, men ikke hensigtsmæssigt kan varetages i eget hjem, og som i dag varetages på kommunale midlertidige pladser i medfør af serviceloven og sundhedsloven (regionale sundheds- og omsorgspladser)
- Dele af genoptræning i form af rehabilitering på specialiseret niveau, som fremover udvides til også at omfatte de mest specialiserede dele af genoptræning på avanceret niveau samt finansieringsansvaret for genoptræning på specialiseret niveau (dele af § 140 i sundhedsloven)
- Patientrettet forebyggelse (§ 119, stk. 3 i sundhedsloven).

Aftalen indebærer, at hhv. det statslige bloktilskud til kommuner nedreguleres, og det statslige tilskud til regioner vedr. sundhedsområdet opreguleres med 4,208 mia. kr. (2025-pl) pr. 1. januar 2027 på baggrund af opgaveændringerne.

De samlede opgjorte konsekvenser fordelt på områder fremgår af tabel 7.

Tabel 7
Økonomiskøn for opgaveflytningen, mia. kr. (2025-pl*)

	Udgifter til flyttet opgave	Overhead	Total
Midlertidige pladser	2,544	0,254	2,798
Genoptræning og rehabilitering på specialiseret niveau	0,512	0,041	0,554
• heraf rehabilitering på specialiseret niveau	0,398	0,040	0,438
• heraf finansieringsansvar vedr. genoptræning på specialiseret niveau	0,100	-	0,100
• heraf dele af genoptræning på avanceret niveau	0,014	0,001	0,016
Specialiseret akutsygepleje	0,386	0,039	0,424
Patientrettet forebyggelse	0,393	0,039	0,432
I alt	3,833	0,373	4,208

Anm.: *Opgaveflytningen opreguleres med det kommunale PL for serviceudgifter fra 2025 til 2027. Totaler kan afvige fra summen af enkeltelementer som følge af afrunding.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

KL, Danske Regioner og regeringen er derudover enige om at flytte udmøntning af tilskud til kulturelle aktiviteter fra regioner til kommuner svarende til 0,0326 mia. kr. (2025-pl). Det indebærer, at hhv. det statslige tilskud til kommuner opreguleres, og det statslige tilskud til det regionale udviklingsområde nedreguleres med 0,0326 mia. kr. (2025-pl) pr. 1. januar 2027 på baggrund af denne opgaveændring.

Deling af oplysninger, der har ligget til grund for denne aftale

Det følger af sundhedsreformaftalen, at kommunerne i løbet af 2025 tilvejebringer oplysninger til regionerne om, hvordan opgaverne i opgaveflytningen løses i dag og om omkostninger forbundet hermed. Hertil kommer supplerende data vedrørende kommunernes aktiviteter for sundhedstilbud, der har indgået i grundlaget for økonomien i opgaveflytningen fra kommuner til regioner. Heri vil blandt andet indgå antallet af pladser, forløb eller aktiviteter underopdelt hvor muligt, gennemsnitlige enhedsudgifter, samlede udgifter samt oplysninger om organisering af opgaverne. Nu når rammerne i den nationale aftale er klarlagt, deler kommunerne detaljeret viden om de opgaver, der berøres af opgaveflytningen.

Opgaveafgrænsning

Definition af opgaverne, der er omfattet af myndighedsflyttet tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens notater af 11. marts 2025 samt de ændringer, der efterfølgende er blevet aftalt vedrørende patientrettet forebyggelse. Dette indarbejdes i kommende lovforslag, *jf. boks 1 i aftaletekst*. Økonomien er, *jf. DUT-vejledningen*, beregnet med udgangspunkt i de nuværende udgifter til opgaverne. Nedenfor beskrives de forudsætninger, der har ligget til grund for denne aftale.

Midlertidige pladser (fremover sundheds- og omsorgspladser)

Andelen af midlertidige pladser, som fremover vil overgå til sundheds- og omsorgspladser under regionale myndighedsansvar, er nærmere defineret i bilag 5 (principper for visitations- og afslutningskriterier).

Målgruppe og dimensionering

Sundhedsstyrelsen har på baggrund af den eksisterende viden om målgruppen på de nuværende kommunale, midlertidige pladser beskrevet hvilke borgere, der er i målgruppen for fremover at blive behandlet på sundheds- og omsorgspladser i regionerne.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at mellem 70 til 80 pct. af den nuværende målgruppe for midlertidige pladser i kommunerne fremover vil være i målgruppen for en sundheds- og omsorgsplads. Sundhedsstyrelsen vurderer endvidere, at dette svarer til 75 pct. af de nuværende midlertidige pladser.

På baggrund af det samlede vidensgrundlag, dvs. Sundhedsstyrelsen, MIDO-studier, VIVES og Implement Consulting Groups analyser samt KL's spørgeskemaundersøgelse mv. vurderes, at 70 pct. af de nuværende pladser skal overgå til sundheds- og omsorgspladser. Vurderingen baseres på en genovervejelse af Implements kategorisering af fleksible pladser bl.a. i lyset af kommunernes angivelser i KL's spørgeskemaundersøgelse. Hidtil har det været lagt til grund, at alle fleksible pladser overføres til regionerne. Genovervejslen

indebærer, at en mindre andel af de fleksible pladser (*jf. Implements kategorisering*) henføres til opgaver, der forbliver i kommunerne fx ventepladser.

KL skønner på baggrund af oplysninger fra 93 kommuner, at der er 3.753 pladser på landsplan. Samlet set vurderes derfor, at ansvaret for 2.627 pladser (70 pct. af 3.753 pladser) skal overgå fra kommunalt til regionalt myndigheds- og finansieringsansvar.

Enhedsudgifter

Der er generelt stor variation mellem kommunernes enhedsudgifter. De gennemsnitlige enhedsudgifter varierer fra 0,483 mio. kr. til 1,245 mio. kr. Heri er inkluderet udgifterne til vente- og aflastningspladser.

KL oplyser på baggrund af deres spørgeskemaundersøgelse, at de gennemsnitlige udgifter pr. plads udgør hhv. 0,997 mio. kr. ved flyt af 66 pct. og 0,945 mio. kr. ved flyt af 75 pct. pladser. Disse beregninger er eksklusive brugerbetaling og indeholder en korrektion for vente- og aflastningspladser, som har en lavere gennemsnitlig udgift på hhv. 0,612 og 596 mio. kr.

De korrigerede, gennemsnitlige udgifter pr. plads ved flyt af 70 pct. af pladserne beregnes som et vægtet gennemsnit mellem enhedsudgifterne ved 66 og 75 pct. flyt. Enhedsudgifterne svarer derfor til 0,968 mio. kr. Heri indgår lokalt overhead, *jf. næste afsnit*.

Kommuner opkræver brugerbetaling for alle pladser under serviceloven for de ydelser, der går ud over sygepleje, personlig og praktisk hjælp mv. Udgifterne til disse ydelser indgår ikke i opgørelsen af enhedsudgifter pga. brugerbetalingen. På de kommunale akutpladser må der ikke opkræves betaling fra brugerne². Udgifterne til de vederlagsfrie ydelser på akutpladserne er derfor indeholdt i de gennemsnitlige udgifter, som beskrives ovenfor.

Sammenholdt med antallet af pladser (2.627), giver det samlede driftsudgifter for 2,544 mia. kr.

Centralt overhead

I KL's spørgeskemaundersøgelse blev kommunerne bedt om at inkludere delte opgaver og support fra andre enheder, såsom plejecentre, ældreboliger, sygepleje og træningsområdet i opgørelsen af de årlige driftsudgifter. Herudover skulle kommunerne inkludere løn til ledere, administration, biler, IT/telefoni og leje/vedligehold af bygninger. Det vurderes derfor, at decentrale udgifter til driftsunderstøttelse indgår i kommunernes opgørelser.

Hertil kommer centralt overhead. Centralt overhead omfatter bl.a. central ledelse, udvikling af ledere og medarbejdere, løbende forbedringsarbejde, politisk betjening, projekt- og

² Kommunerne er blevet kompenseret med 33,4 mio. kr. (2020-pl) for stop af egenbetaling på kommunale akutpladser ifm. ØA20. Det svarer til 41,1 mio. kr. i 2025-pl. Med opgaveflytningen overgår de kommunale akutpladser til regionerne, og den tidligere kompensation følger med opgaven.

implementeringsstøtte, samarbejdsfunktioner, system- og dataunderstøttelse, økonomifunktioner, løn-, HR- og rengøringsfunktioner samt facility management mv.

For den centrale understøttelse af pladserne tillægges derfor et centralt overhead svarende til 10 pct. For de samlede udgifter, svarende til 2,544 mia. kr., udgør det centrale overhead derfor 0,254 mia. kr.

Afsatte midler i reformaftalen

Med reformaftalen er der afsat midler til implementeringen af kvalitetsstandarden for sundheds- og omsorgspladserne, som bl.a. beskriver kapacitet, udstyr, sundhedsfagligt indhold og målgruppe. Der er i alt afsat 305 mio. kr. i 2027 og 410 mio. kr. fra 2028 som tilføres til regionerne.

Genoptræning og rehabilitering på specialiseret niveau

Genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau er specifikke niveauer af genoptræning efter udskrivning fra sygehuset. De to niveauer for genoptræning følger den opdeling, som allerede fremgår af bilag 1 i eksisterende bekendtgørelse og den dertilhørende vejledning om genoptræning.

Opgaveflytningen vil medføre, at Sundhedsstyrelsen vil skulle opdatere beskrivelsen af niveauerne for genoptræning, herunder præcisere den faglige afgrænsning af, hvad der falder under de forskellige niveauer af genoptræning. Opgaveflytningen vil ikke medføre en anden faglig afgrænsning af, hvad der falder under genoptræning på specialiseret niveau, men rehabilitering på specialiseret niveau vil fremover udvides til også at omfatte de mest specialiserede dele af genoptræning på avanceret niveau.

Genoptræning på specialiseret niveau (finansieringsansvar)

Målgruppen for genoptræning på specialiseret niveau er patienter med komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnenedsættelser. Der kan være behov for at anvende hjælpemidler og udstyr, som er særligt kostbart, og/eller som kræver særlige kompetencer at anvende, herunder individuelt tilpassede hjælpemidler og behandlingsredskaber. Genoptræningsindsatserne på dette niveau kræver ofte et samtidigt samarbejde på speciallægeniveau og har til formål at understøtte en tæt koordinering af genoptræning og behandling, hvor der forudsættes mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi. Sygehusene har derfor allerede ansvar for varetagelse af indsatsen og med sundhedsreformen vil både myndigheds- og finansieringsansvaret fremover være regionalt.

Sundhedsdatastyrelsen har for 2024 opgjort den samlede kommunale afregning vedr. den specialiserede genoptræning jf. *Bekendtgørelse om betalinger for færdigbehandlede patienter, indlagte på hospice og genoptræning på specialiseret niveau af 18. oktober 2024.*

Heraf fremgår, at udgifterne i 2024 var 0,100 mia. kr. (2025-pl). Dette beløb lægges til grund for opgaveflytningen. Beløbet tillægges ikke yderligere overhead, fordi det kommunale ansvar alene vedrører afregning med regionerne, og alt øvrigt overhead er indeholdt i DRG-taksten for den specialiserede genoptræning og dermed allerede varetages af regionerne.

Rehabilitering på specialiseret niveau

Patienter, der henvises til rehabilitering på specialiseret niveau, har typisk komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnenedsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder, herunder oftest omfattende mentale funktionsnedsættelser. Forløbene er helhedsorienterede og tværfaglige med involvering af flere faggrupper, herunder blandt andet fysioterapeuter, ergoterapeuter, neuropsykologer, socialrådgivere, logopæder m.m. med specialiserede kompetencer. Derudover vil indsatserne have en høj intensitet.

Der er ofte tale om døgnophold, men matrikelløse indsatser og ambulante forløb er ligeledes anvendt. Selvom rehabilitering på specialiseret niveau ikke er forbeholdt patientgrupper indenfor specifikke specialer eller diagnoser, er det i dag oftest personer med følger efter erhvervet hjerneskade, der modtager rehabilitering på specialiseret niveau. Derudover vil patienterne ofte have behov for flere forskellige indsatser efter sundhedsloven og anden lovgivning, som en del af en bredere rehabiliteringsindsats. Med opgaveflytningen vil rehabilitering på specialiseret niveau fremover udvides til også at omfatte de mest specialiserede dele af genoptræning på avanceret niveau.

Der er generel stor variation mellem kommunernes udgifter til specialiseret rehabilitering. I 2023 varierede udgifterne pr. forløb fra 0,021 mio. kr. til 1,758 mio. kr. mellem kommunerne. Medianudgiften var på 0,409 mio. kr. Forløb for børn og unge er særligt omkostningsfulde, og antallet af disse forløb er steget fra 2023 til 2024.

KL anfører på baggrund af oplysninger fra 77 kommuner en enhedsudgift på 550.000 kr. pr. forløb for specialiseret rehabilitering i 2023, hvor der var 587 forløb. Det svarer til en gennemsnitlig enhedsudgift for et forløb for børn og unge under 18 år på 1,300 mio. kr. og 0,508 mio. kr. for andre forløb.

I 2024 var der 699 genoptræningsplaner til specialiseret rehabilitering, *jf.*

Sundhedsdatastyrelsen. Når der tages højde for udviklingen af forløb til børn og unge fra 31 til 54 forløb, svarer den gennemsnitlige enhedsudgift til 0,569 mio. kr. og de samlede udgifter til 0,398 mia. kr.

Centralt overhead vedr. specialiseret rehabilitering

Lokalt overhead er indeholdt i enhedsudgiften, *jf. uddybning ovenfor*. Hertil kommer centralt overhead, svarende til et tillæg på 10 pct. vedr. specialiseret rehabilitering, svarende til 0,040 mia. kr.

Genoptræning på avanceret niveau

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at en lille gruppe af de patienter, der i dag modtager genoptræning på avanceret niveau, har omfattende funktionsevnenedsættelser af betydning for flere livsområder og genoptræningsbehov, der gør, at de med fordel kan omfattes af det ændrede opgaveansvar. Dette vil overvejende være relevant for målgrupper inden for det neurologiske område (erhvervet hjerneskade samt kroniske neurodegenerative sygdomme og andre neurologiske tilstande) fordi denne gruppe ofte har komplekse funktionsevnenedsættelser af betydning for flere livsområder, og fordi der er et potentiale i at opbygge flere fagligt bæredygtige tilbud, der kan levere specialiseret neurorehabilitering på et tilstrækkeligt antal matrikler, geografisk fordelt over landet.

Erhvervet hjerneskade er en fællesbetegnelse for en hjerneskade, der er forårsaget af en række forskellige sygdomme eller ulykker eks. hjernetumor. Indbefattet er også den meget lille gruppe af børn og unge med erhvervet hjerneskade. Målgrupperne for opgaveflytningen afspejler således Sundhedsstyrelsens notat *'Ændret ansvar for rehabilitering på specialiseret niveau og den mest specialiserede del af genoptræning på avanceret niveau'* fra 5. marts 2025.

Med flytningen af den lille målgruppe fra genoptræning på avanceret niveau til rehabilitering på specialiseret niveau forudsættes der en større differentiering i rehabiliteringsforløb på specialiseret niveau, fordi der omfattes en bredere gruppe patienter i forbindelse med dette ændrede ansvar. Hensigten med opgaveflytningen er overførelse af opgaven til et mere faglig bæredygtigt grundlag.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at 400 forløb vedr. genoptræning på avanceret niveau er omfattet af opgaveflytningen. For genoptræning på avanceret niveau skønnes på baggrund af oplysninger fra KL for syv kommuner, at enhedsudgiften udgør 0,036 mio. kr. pr. forløb, hvormed de samlede udgifter svarer til 0,144 mia. kr.

Omkostningerne kan variere betydeligt baseret på patientens behov og kommunale forskelle. Det, at der alene indgår syv kommuner, skal ses i lyset af at Sundhedsstyrelsens notat og opgaveafgrænsning først var tilgængelig primo marts, og at man i forlængelse heraf har ønsket at foretage en nærmere præcisering ift. den oprindelige undersøgelse.

Centralt overhead avanceret genoptræning

Lokalt overhead er indeholdt i enhedsudgiften, *jf. uddybning ovenfor*. Hertil kommer centralt overhead, svarende til et tillæg på 10 pct., svarende til 0,001 mia. kr.

Specialiseret akutsygepleje

Målgruppen for akutsygepleje vil overordnet set være patienter med somatisk sygdom og eventuel samtidig psykisk lidelse, hvor der er akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling, men uden behov for sygehusindlæggelse.

Forløbene er overvejende kendetegnet ved at være subakutte eller akutte og komplekse, hvor der kræves de særlige sundhedsfaglige kompetencer, der er til stede i akutsygeplejen. I dag er de kendetegnet ved de indsatser, der kaldes akutfunktionerne under kommunal sygepleje, *jf. Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, 2023.*

Ifølge KL har 49 kommuner organiseret akutsygeplejen i en selvstændig enhed. Disse kommuner har angivet de samlede driftsudgifter forbundet med opgaven svarende til 0,223 mia. kr., inkl. lokale overheadudgifter. Der tages udgangspunkt i disse enheder, da oplysningerne om driftsudgifter kan fastlægges med større sikkerhed. Udgifterne for kommuner med særskilt enhed, *jf. KL*, opregnet til landsplan giver 0,386 mia. kr. Opregningen er foretaget på baggrund af andelen af samtlige 67+ årlige, som har bopæl i disse 49 kommuner.

KL bekræfter, at alle 49 enheder har døgndækning 24/7 uden understøttelse fra den øvrige kommunale sygepleje ifm. døgndækningen.

Det bemærkes, at sparring og vejledning af den kommunale sygepleje bliver en forpligtelse i den regionale akutsygepleje, *jf. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard for akutsygepleje i det nære sundhedsvæsen mv.* Der er med reformaftalen afsat 200 mio. kr. fra 2027 og frem, som tilføres til regionerne for at understøtte hjemmebehandlingsteams, der også har nær tilknytning til akutsygeplejen.

Centralt overhead

Lokalt overhead er indeholdt i enhedsudgiften, *jf. uddybning ovenfor.* Hertil kommer centralt overhead, svarende til et tillæg på 10 pct., svarende til 0,039 mia. kr.

Beregnet antal årsværk omfattet.

Ved en forudsat gennemsnitlig samlet lønudgift på 0,718 mio. kr. pr. årsværk inkl. et overhead på 20 pct. svarer udgiften til 591 årsværk.

Patientrettet forebyggelse

Patientrettet forebyggelse omhandler indsatser målrettet en patientgruppe med kronisk sygdom eller langvarigt syge, der kan have behov for regelmæssig og tilbagevendende kontakt til sundhedsvæsenet. Det gælder eksempelvis borgere med en eller flere sygdomme som KOL, type 2 diabetes, kræftsygdomme, hjertesygdom, depression, angst, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser mv.

Indsatser vedr. patientrettet forebyggelse kan eksempelvis være nikotinafvænning, forebyggende samtale om alkohol, sygdomsmestring, fysisk træning eller ernæringsindsats, og patienter henvises indledningsvis til en afklarende samtale, der skal afklare, hvilke indsatser den enkelte borger har gavn af. Henvisning til afklarende samtale kan ske via sygehus, speciallæge, egen læge eller via andre kommunale forvaltningsområder som jobcenter med kontakt til målgruppen samt ved egen henvendelse.

Der er fastsat nærmere krav til dele af indsatsen, som fremgår af 'Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom' fra januar 2024. Der er med reformaftalen ifm. kronikerpakkerne afsat 190 mio. kr. i 2027 med en stigende udgiftsprofil til 520 mio. kr. i 2031 og 390 mio. kr. årligt fra 2034 og frem, der tilføres regionerne.

Simpelt skåret kan siges, at indsatser målrettet mennesker i risiko for kronisk sygdom samt med symptomer på kronisk sygdom anses som borgerrettet forebyggelse, mens indsatser målrettet borgere med egentlig kronisk sygdom anses som patientrettet forebyggelse. Indsatserne kan dog i nogle tilfælde indholdsmæssigt være af samme type, udføres af samme personalegrupper og konteres på samme konto.

Det fremgår af kontoplanfunktion 4.62.88.1, at kommunernes udgifter til sundhedsfremme og forebyggelse i 2023 er 1,246 mia. kr. Det svarer til 1,355 mia. kr. i 2025-pl. Det er ikke muligt at udtrække den specifikke andel målrettet til patientrettet forebyggelse i kontoplanen. KL har på baggrund af udredning fra kommuner angivet, at 50 pct. eller 0,678 mia. kr. af alle udgifter på kontofunktionen, er relateret til borger- og patientrettet forebyggelse, mens den resterende andel anvendes til andre sundhedsopgaver, der ikke følger af sundhedslovens § 119 stk. 2 og 3. og dermed ikke til borger- og patientrettet forebyggelse. I gennemsnit vurderer kommunerne, at 58 pct. af disse udgifter vedrører den patientrettede forebyggelse, dvs. 0,393 mia. kr., inkl. lokal overhead.

Der er store forskelle mellem kommunernes udgifter til patientrettet forebyggelse. Kommunerne vil med denne aftale søge at udrede for regionerne, hvordan borger- og patientrettet forebyggelse er organiseret i hver kommune, herunder også ud på institutionsniveau.

Centralt overhead

Lokalt overhead er indeholdt i enhedsudgiften, *jf. uddybning ovenfor*. Hertil kommer centralt overhead, svarende til et tillæg på 10 pct., svarende til 0,039 mia. kr.

Kulturelle aktiviteter

Regionerne anvendte i 2023 34 mio. kr. (2025-pl) på tilskud til kulturelle aktiviteter baseret på nettodriftsudgifter under kontofunktionen 3.20.10 i regnskab 2023. Heraf udgør grænseoverskridende samarbejder på kulturområdet i Region Syddanmark og Region Østdanmark 1,4 mio. kr. De to regioner skal fortsat have adgang til at kunne deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder på kulturområdet.

På baggrund af de tilgængelige oplysninger vurderes, at det samlede flyt vedr. tilskud til kulturelle aktiviteter udgør 32,6 mio. kr.

Bilag 5: Målgruppe og principper for kommende visitations- og afslutningskriterier for sundheds- og omsorgspladser

Regeringen, KL og Danske Regioner noterer sig Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til målgruppeafgrænsning for sundheds- og omsorgspladserne.

Målgruppen for sundheds- og omsorgspladser omfatter borgere med behov for sundhedsfaglige indsatser, som ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges under ophold i eget hjem, herunder plejebolig mv., men uden behov for sygehusindlæggelse. Der er tale om en række sundhedsfaglige indsatser som observation, pleje og/eller behandling, genoptræning og basal palliation, der tilsammen har et rehabiliterende sigte. Formål med indsatserne er at forbedre, vedligeholde eller forsinke forringelse af borgerens fysiske og kognitive funktioner. Indsatsen kan både være forebyggende for sygehusindlæggelser og opfølgende efter en indlæggelse.

Det kan skyldes flere forhold, når de sundhedsfaglige indsatser ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges i borgerens eget hjem. Det kan fx dreje sig om praktiske forhold og kan ofte være af hensyn til organisatorisk bæredygtighed, herunder også økonomisk effektivitet. Fx kan en borger med behov for forskellige faglige kompetencer og høj intensitet i indsatsen over døgnet tilbydes et midlertidigt ophold på en sundheds- og omsorgsplads, da det ikke er hensigtsmæssigt at planlægge indsatsen i eget hjem. Det kan også gælde borgere med genoptræningsbehov, herunder almene genoptræningsbehov, hvor det vurderes, at indsatsen ikke kan tilrettelægges på genoptræningscenter eller i eget hjem, fx pga. praktiske forhold. Ligeledes kan en borger i en ustabil og fluktuerende tilstand tilbydes et midlertidigt ophold på en sundheds- og omsorgsplads for at sikre hurtig adgang til personale ved behov.

I forlængelse heraf er borgere, der kan opholde sig i eget hjem, når borgeren modtager de nødvendige kommunale og/eller regionale indsatser og tilbud, og hvor de sundhedsfaglige indsatser kan tilrettelægges i forbindelse med eget hjem, ikke i målgruppen for sundheds- og omsorgspladser. Det gælder også borgere med behov for basale palliative indsatser, som kan tilrettelægges i eget hjem – fx fordi der ikke er behov for sundhedsfaglig observation eller lagedækning, som ellers er tilgængelig på sundheds- og omsorgspladserne. Kommunen har blandt andet efter serviceloven ansvar for at tilvejebringe boligindretning til borgere med varige funktionsnedsættelser, når indretning er nødvendig for at gøre boligen bedre egnet som opholdssted for den pågældende. Kommunen har ligeledes ansvar for at yde støtte til hjælpemidler til personer med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Målgruppen for sundheds- og omsorgspladser og deres samlede behov for sundhedsfaglige indsatser tilsiger, at der tilknyttes lægefaglige kompetencer med henblik på tæt og løbende justering af indsatser og behandlingsplan. Sundheds- og omsorgspladser organiseres derfor således, at der sikres fast tilknytning af lægefaglige kompetencer som fx speciallæger i almen medicin eller geriatri.

Målgruppen for sundheds- og omsorgspladser omfatter borgere med somatisk sygdom og eventuelt samtidig psykisk lidelse, der har behov for sundhedsfaglige indsatser, i tilfælde hvor der fx er akut opstået sygdom, forværring af kendt sygdom eller helbredstilstande med

komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, fx efter udskrivelse fra sygehus. Indsatserne, der samlet set har et rehabiliterende sigte, kan fx gives med henblik på at forbedre, vedligeholde eller forsinke forringelse af borgerens funktionsniveau og kan fx bidrage til at forebygge sygehusindlæggelse.

Målgruppen for sundheds- og omsorgspladser svarer til flytning af ansvaret for målgruppen for de nuværende kommunale akutpladser og hovedparten af de øvrige midlertidige kommunale pladser. Borgere med behov for aflastningsophold, fx ved demenssygdom, skal fortsat tilbydes midlertidigt kommunalt ophold efter ældreloven eller serviceloven. Borgere, der fx afventer tilbud om plejebolig eller boligindretning af eget hjem, kan fortsat tilbydes midlertidigt kommunalt ophold efter ældreloven eller serviceloven og er heller ikke omfattet af de regionale sundheds- og omsorgspladser.

Indenrigs- og sundhedsministeren vil i kommende folketingssamling fremsætte lovforslag, som med afsæt i denne målgruppeafgrænsning fastlægger det regionale ansvar for at tilbyde vederlagsfrit ophold på sundheds- og omsorgspladser. Regionen vil være ansvarlig for de relevante sundhedsfaglige indsatser og pleje under opholdet. Lovforslaget vil fastlægge, at regionerne har visitations- og afslutningskompetence til pladserne. Sygehusafdelinger, den kommunale sygepleje og det almenmedicinske tilbud vil kunne henvise borgere til den myndighed, der har ansvaret for visitation.

Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om, at borgere skal opleve sammenhæng og tryghed i deres forløb, herunder for ophold på sundheds- og omsorgspladserne, og at der løbende følges op på dette i sundhedsrådene. Sundhedsrådene vil ligeledes følge op på udviklingen i antallet af sundheds- og omsorgspladser.

Principper for det videre arbejde med visitations- og afslutningskriterier for sundheds- og omsorgspladser

Sundhedsstyrelsen udarbejder en nærmere beskrivelse af karakteristika ved målgruppen for pladserne og indsatserne som led i en tydeligere afgrænsning af, hvornår i et forløb, det kan være relevant at visitere til en plads og tilsvarende afslutte opholdet – dette som en del af arbejdet med kvalitetsstandarder. Ældreministeriet, Social- og Boligministeriet, KL og Danske Regioner inddrages i arbejdet.

Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om, at visitations- og afslutningskriterierne skal basere sig på følgende overordnede principper:

- **Den regionale visitation og afslutning på sundheds- og omsorgspladser skal tage højde for borgerens samlede situation.** Den regionale visitation til og afslutning fra sundheds- og omsorgspladserne skal basere sig på en sundhedsfaglig helhedsvurdering med afsæt i målgruppeafgrænsningen for pladserne, *jf. også uddybning ovenfor*. I helhedsvurderingen skal det primære kriterium være det sundhedsfaglige behov, som kan omfatte sundhedsfaglige indsatser som observation, pleje, behandling og genoptræning. Det er i den forbindelse et afgørende princip for ophold på pladserne, at borgerens sundhedsfaglige

behov fordrer adgang til lægefaglige kompetencer, herunder at borgernes behov afgør adgangen til specialistkompetence. Derudover skal øvrige forhold, herunder også praktiske forhold, der kan påvirke muligheden for tilrettelæggelsen af indsatsen under ophold i eget hjem, også tages i betragtning. Som eksempel skal borgerens samlede situation ved udskrivelse fra sygehus til eget hjem indgå i vurderingen, hvilket drøftes og aftales nærmere i sundhedsrådene.

- **Regionen og kommunen skal samarbejde om at skabe sammenhæng i overgangen fra opholdet på en regional sundheds- og omsorgsplads og til de kommunale indsatser.**

Sundhedsrådene skal samarbejde om planlægning af sundheds- og omsorgspladserne, så disse understøtter sammenhængende forløb med færrest mulige skift. Regioner og kommuner skal have en løbende dialog om borgeren. Sundhedsrådene skal også have fokus på gode rammer for hjemtagning. Regionen skal sikre rettidig og relevant information til kommunen om borgerens ophold på en sundheds- og omsorgsplads, forventede indsatser, herunder behandlingsbehov og forventet varighed med henblik på, at kommunen kan planlægge iværksættelsen af efterfølgende relevante indsatser, som kommunen er ansvarlig for, herunder helhedspleje efter ældreloven, boligindretning, hjælpemidler, personlig pleje og praktisk hjælp efter serviceloven, genoptræning og fortsat behandling. Kommunen skal sikre, at regionen modtager informationer om borgeren, som tilbydes en sundheds- og omsorgsplads, når borgeren ankommer til pladsen fra eget hjem.

Regionen kan lægge til grund for afslutningen fra pladserne, at kommunen skal sikre dette, men skal inden afslutning af borgerens ophold sikre, at kommunen får rettidig og relevant information om borgerens behov, så de kan sætte de nødvendige indsatser i gang. Samtidig er regionen ansvarlig for at sikre, at oplysninger og information om borgerens fortsatte behandling, herunder medicinske behandling, er til rådighed for kommunen. Regionen skal som udgangspunkt give kommunen besked senest 48 timer før, dog om fredagen senest 72 timer før, at en borger vurderes at kunne opfylde betingelserne for ikke længere at have behov for ophold. Kommuner og regioner kan lokalt på baggrund af drøftelser i sundhedsrådene aftale at afvige fra denne regel.

- **Kommunen kan fortsat tilbyde midlertidigt døgndækket tilbud efter serviceloven og ældreloven til borgere, der primært har behov for helhedspleje (efter ældreloven) og/eller personlig pleje og praktisk hjælp (efter serviceloven).** Det gælder fx borgere, der afventer tilbud om plejebolig, eller hvor kommunen har brug for tid til at indrette boligen, og ikke kan opholde sig i eget hjem. Kommunerne er fortsat ansvarlige for at yde den nødvendige sygepleje til borgere med ophold i kommunen, herunder på en midlertidig kommunal plads efter ældrelov og servicelov. Det må forventes, at der overvejende vil være tale om borgere, der ud fra et sundhedsfagligt perspektiv, er i stabile forløb, og hvor indsatser i nogen grad er forudsigelige, dvs. der forventes ikke at være behov for akutte

justeringer i indsatser og behandlingsplan.

- **Sundheds- og omsorgspladserne er ikke tiltænkt borgere, der primært har behov for socialfaglige indsatser**

Det følger af det faglige oplæg fra Sundhedsstyrelsen, at pladserne ikke er tiltænkt borgere, der primært har behov for socialfaglige indsatser. Det betyder, at borgere, hvor det overvejende behov ikke er en sundhedsfaglig indsats, forbliver kommunalt ansvar.

Målgruppen omfatter derfor ikke personer, hvis udfordringer primært relaterer sig til fx hjemløshed eller behov for social rehabilitering eller social misbrugsbehandling. Det udelukker dog ikke borgere med komplekse sociale problemer, så længe det primære behov er sundhedsfagligt.

Videre proces

Sundhedsstyrelsen udarbejder i 2. halvår 2025 i samarbejde med relevante aktører nærmere kriterier for målgruppen og indsatserne som afsæt for visitations- og afslutningskriterierne, herunder:

- Målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne og deres behov for sundhedsfaglige indsatser
- En samlet sundhedsfaglige vurdering af målgruppens behov for ophold på en sundheds- og omsorgsplads
- Samarbejde og kommunikation mellem region og kommune om opholdet på en sundheds- og omsorgsplads, herunder relevante informationer der bør videregives dels løbende, dels afsluttende. Kommuner og regioner kan fortsat basere samarbejde og kommunikation på de modeller for forløbskoordination, som er udviklet i de senere år.