

Opsamling på sundhedsreform

Dato: 15. november 2024

Der er den 15. november 2024 blevet offentliggjort en aftale om sundhedsreform. Nedenfor gennemgås kort hovedtrækkene i reformen.

Ny organisering af sundhedsvæsenet

Den politiske og administrative organisering af sundhedsvæsenet ændres for at styrke samarbejdet mellem de ansvarlige myndigheder – med det mål at etablere et fælles ansvar for at opbygge og styrke sundhedsvæsenet tæt på borgerne.

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 11

Fire regioner

Antallet af regionerne reduceres til fire. Region Hovedstaden og Region Sjælland lægges sammen til én region – Region Østdanmark.

Antallet af direkte folkevalgte medlemmer af regionsrådene afhænger af regionens størrelse: 47 i Region Østdanmark, 25 i Region Nordjylland og 31 i hhv. Region Syddanmark og Region Midtjylland.

Regionsrådet har det samlede budget- og bevillingsansvar, herunder fordeling af ressourcer indenfor regionen og for den samlede sundhedsplanlægning.

Regionerne får på sundhedsområdet ansvaret for sygehusbehandling, almen medicinske tilbud og øvrig praksissektor samt det præhospitalt område. Herudover flyttes fra kommunerne til regionerne: akutsygeplejen, patientrettet forebyggelse, størstedelen af de midlertidige pladser, specialiseret rehabilitering og dele af den avanceret genoptræning.

Regionerne forpligtes til at:

- Udvikle og robustgøre sygehusene
- Sikre lægedækning
- Understøtte kommunale tilbud i regionens geografiske område (plejehjem og botilbud) indenfor en nationale fastlagt opgavebeskrivelse
- Lægedækning på mindre sygehuse
- Kvalitetsarbejde på tværs af sundhedsvæsenet
- Bedre fysiske rammer for nye lokale sundhedsindsatser
- Udbygge hjemmebehandling
- Klare mål for den akutte sundhedsindsats
- Statslig godkendelse af praksisplaner for privatpraktiserende speciallæger

Etablering af 17 sundhedsråd

Der etableres (i udgangspunktet) 17 sundhedsråd som stående udvalg under regionsrådet. Sundhedsrådene har repræsentation fra regionsrådene og kommunerne i rådets geografi. Kommuner og regioner vil få mulighed for at komme med indsigelser ift. den foreslåede geografisk afgrænsning (via en opmand).

Dato: 15. november 2024

Sundhedsrådene skal varetage den umiddelbare forvaltning af regionernes opgaver. Rådene får bl.a. ansvar for:

- Drift af sygehusene inden for klart definerede rammer, herunder omlægge ambulant aktivitet og opbygge og styrke kapaciteten i nære sundhedstilbud
- Regionens opgaver på socialområdet
- Nærsundhedsplan – udarbejde og vedtage, med afsat i national sundhedsplan og regionalrådets planlægning
- Implementering af omstilling fra sygehusene, styrket nært sundhedsvæsen og lokal implementering af almen medicinske sundhedstilbud
- Udmønte af nye midler og omprioritering af indsatser bl.a. til flere læger
- Lokal planlægning af almen medicinske tiltag og praksissektor
- Lokal planlægning af akutsygepleje, sundheds- og omsorgspladser, hjemmebehandlingsteams.

Sundhedsrådene får også det umiddelbare ansvar for regionens opgaver på socialområdet. Det er uklart om og i så fald hvilken konkret betydning dette får for fx kapacitetsplanlægning af regionale sociale tilbud.

Som følge af ovenstående nedlægges sundhedsklynger, Sundhedssamarbejdsudvalg og kontaktudvalg, og der skal ikke længere udarbejdes sundhedsaftaler.

Sundhedsrådene tildeles en rolle som investeringsmotor for oprustning af det nære sundhedsvæsen. Rådene får økonomi og beslutningskompetence til at skabe flere tilbud tæt på borgerne.

Det understreges, at oprettelsen af sundhedsrådene giver kommunerne en formel ramme for deres styrkede indflydelse på det samlede sundhedsområde.

Alle kommuner repræsenteres i sundhedsrådene, og kommunerne vælger selv deres repræsentant inden for nedenstående rammer:

- 80.000 indbyggere – en repræsentant (udvalgsformand eller borgmester)
- 80.000 – 300.000 indbyggere – to repræsentanter (udvalgsformænd og/eller borgmester)
- 300.000 indbyggere – tre repræsentanter
 - Århus – En eller flere rådmænd, borgmesteren eller udvalgsformand.
 - København – borgmestre og/eller overborgmester
- Kommuner kan have observatørposter i andre sundhedsråd. Sundhedsrådene bestemmer i udgangspunktet, hvem der kan få observatørpost, men ministeren kan fastsætte retten til observatørpost.
- Kommunerne har ikke instruktionsret overfor deres repræsentanter.

De regionale medlemmer har flertal i rådet og formand og næstformand vælges blandt de regionale medlemmer. Formand for sundhedsrådet eller 1/3 af regionsrådsmedlemmerne har standsningsret.

Overgangsordning

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 11

- Den nye forvaltningsstruktur træder i kraft pr. 1. januar 2027, 2026 er derfor et overgangsår. Der er valg til de nye regionsråd i november 2025.
- I Region Sjælland og Region Hovedstaden vil de eksisterende regionsråd blive videreført for at varetage driften frem til udgangen af 2026. Det nyvalgte regionsråd for den kommende Region Østdanmark vil i 2026 fungere som et forberedende udvalg.
- Der etableres 17 forberedende sundhedsråd. Disse fungerer i 2026, som er overgangsåret mellem den gamle og nye forvaltningsstruktur. De forberedende sundhedsråd vil i forhold til geografisk inddeling og medlemmer være de samme, som de sundhedsråd, som træder i kraft fra 1. januar 2027. Der vil således være både kommunale og regionale repræsentanter i de forberedende sundhedsråd.

Dato: 15. november 2024

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 11

Flytning af opgaver fra kommunerne

Følgende opgaver flyttes fra kommunerne til regionerne pr. 1. januar 2027.

- *Midlertidige pladser*: De kommunale akutpladser og hovedparten af de øvrige kommunale midlertidige pladser.
- *Den akutte, specialiserede sygepleje* (dele af § 138-139 i sundhedsloven). Den kommunale akutsygepleje flyttes til regionerne – der vil få mulighed for at etablere døgndækkende udgående teams. Den almene sygepleje fastholdes i kommunerne.
- *Patientrettet forebyggelse* (§ 119, stk. 3 i sundhedsloven): Den patientrettede forebyggelse placeres i regionerne. Der er tale om en række opgaver vedrørende forebyggende og sundhedsfremmende indsatser for borgere med kronisk sygdom. Borgerrettet forebyggelse fastholdes i kommunerne.
- *Dele af genoptræning i form af den specialiserede rehabilitering, dele af genoptræning på avanceret niveau samt finansieringsansvaret for genoptræning på specialiseret niveau* (dele af § 140 i sundhedsloven)

Økonomien forbundet med opgaveflytningen skønnes fra ministeriets side at udgøre op til 5 mia. kr. Endelig økonomi forbundet hermed vurderes på baggrund af faglig afgrænsning af opgaveændring foretaget af Sundhedsstyrelsen i foråret 2025 og drøftes med kommuner og regioner medio 2025.

Lovforslag om opgaveflytning fremsættes i oktober 2025. Kommunerne tilvejebringer sideløbende hermed i 2025 oplysninger til regionerne om, hvordan opgaverne løses i dag og om omkostninger forbundet hermed.

Kommunerne som leverandører

Kommuner vil kunne varetage hele eller dele af driften på vegne af regionen for de opgaver, som flyttes, men med fortsat regionalt myndigheds- og finansieringsansvar. Det vil være konkrete aftaler mellem region og kommuner om de økonomiske vilkår. Krav om varighed af driftsaftalerne søges som udgangspunkt aftalt centralt med kommuner og regioner. Der indføres samtidig en lovhjemmel til, at ministeren kan fastsætte det, såfremt det ikke er muligt. Regionen skal senest 1. april i 2026 have indgået aftale med relevante kommuner om de sundhedsopgaver, som kommunerne skal varetage driften af fra 1. januar 2027.

Kommunerne får pligt til at varetage driften af sundhedsopgaverne under regionernes ansvar og finansiering, såfremt regionerne anmoder herom, til og med 2028.

For de driftsopgaver, som regionen selv varetager driften af fra 2027, skal der i 2026 ske en deling af aktiver og passiver i forbindelse med opgaveoverdragelsen

Se uddybning af enkelte af flytningerne nedenfor:

Regionale sundheds og omsorgspladser uden egenbetaling samt flytning af akutsygeplejen

Regionerne overtager ansvaret for at tilbyde midlertidige ophold til en større gruppe af borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats, der ikke kræver sygehusindlæggelse. Sundhedsrådene driver sundheds- og omsorgspladser – svarende til de kommunale akutpladser og hovedparten af de midlertidige pladser. Pladserne hjemles i Sundhedsloven, og der opkræves ikke egenbetaling på pladserne og pladserne vil være omfattet af frit valg.

Pladserne omfattes af krav til kapacitet, udstyr og sundhedsfagligt indhold. Kvalitetstandarden for akutfunktioner vil udgøre rammen

Der etableres en finansieringsordning som understøtter, at kommunerne har medansvar for patienter, der opholder sig på pladserne, herunder ift. hjemtagning. Udgangspunktet herfor er en afslutningstakst svarende til den færdigbehandlingstakst der findes i dag.

Regionerne får en særlig opgave med at sikre tilstrækkelig kapacitet og geografisk tilgængelighed for borgere i de regional sundhedstilbud, herunder på regionalt sundheds- og omsorgspladser. Som udgangspunkt skal der forefindes pladser i alle kommuner, medmindre hensynet til faglig og organisatorisk bæredygtighed tilsiger andet.

Kommunerne kan være leverandører, men pladserne kan også drives af private leverandører efter aftale med regionerne.

Etableringen af sundheds- og omsorgspladser ses i sammenhæng med, at ansvaret for akutsygeplejen overgår til regionen.

Borgere med kronisk sygdom

Den *patientrettede forebyggelse* flyttes fra kommunerne. Målet er ifølge aftalen at modvirke høste-så udfordringer, således at den myndighed, der bruger ressourcerne på fx træning også får gevinstene, fx reduktion i behovet for operation.

Kronikerpakker

Der oprettes kronikerpakker med inspiration fra kræftpakkerne. Man starter med KOL og kroniske lænderyg-smerter i 2027 og derefter følger: diabetes (2028), hjertesygdomme (2029), og kompleks multisygdom (2031). Almen praksis rolle og ansvar styrkes bl.a. som tovholder for patienterne.

Med kronikerpakkerne indføres ret til en personlig behandlingsplan samt ret til opstart af behandling og inden for en given tidsfrist relevante patientrettede tilbud. Pakkerne differentieres efter den enkeltes behov i rød, gul og grøn gruppe. Nydiagnosticerede bliver vurderet ifm. diagnosen, og borgere med tidligere diagnose vurderes løbende ved kontakt med egen læge

Dato: 15. november 2024

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 4 af 11

Styrket indsats på demensområdet

Der etableres en styrket indsats for mennesker med demens, herunder Hurtigere udredning for demens, bl.a. via almen praksis. I 2026 drøftes et konkret oplæg til styrket demensudredning i almen praksis mhp. kortere ventetider og udredning tættere på eget hjem.

Den samlede kapacitet øges i demensudredningen herunder de udgående og rådgivende funktioner.

Herudover er følgende aftalt:

- Indsatser ift. præhabilitering og tilbud til mennesker med slidgigt
- Adgang til fysioterapi uden lægehenvielse i forsøgsordning
- Klar ansvar for behandlingsredskaber og hjælpemidler (model skal afklares)
- Der udarbejdes en model, skaber mere klarhed for borgerne og sikrer tydelighed om, hvilken myndighed der er ansvarlig for at udlevere og finansiere hhv. behandlingsredskaber og hjælpemidler, lovgivning ændres og cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber ophæves.
- Eftersyn af befordringsreglerne i sundhedsloven

Flere læger og bedre fordeling

Med aftalen gennemføres en lægereform i to hovedspor. Ét der styrker almen praksis og ét der skal skabe mere lige adgang til sygehuslæger og praktiserende speciallæger (f.eks. øjenlæger og ørelæger).

Den praktiserende læge skal have en større rolle som tovholder ved at koordinere forløb på tværs af sygehuset, kommunen og lægen selv. Det almenmedicinske tilbud skal styrkes, udvikles og flere af de opgaver, som i dag løses på sygehusene skal løses i det nære sundhedsvæsen, tæt på borgere. Det kræver en større kapacitet og flere praktiserende læger for at sikre, at alle har adgang til en alment praktiserende læge i hele landet.

Målsætningen er fortsat, at der frem til 2035 skal blive mindst 1500 flere praktiserende læger. I sundhedsloven fastlægges, at den nationale fordeling af ydernumre og lægekapaciteter i hele landet. Der tages udgangspunkt i patienternes behandlingsbehov.

Der gives økonomisk støtte i 2025-26 til områder med lægemangel og mange behandlingskrævende borgere fx med mhp. at fastholde læger tæt på pension og via fleksible ansættelsesformer. Målet er, at sikre flere læger i områderne indtil en ny honorarstruktur træder i kraft i 2027.

Den nuværende aftalemodel hvor Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) forhandler hele overenskomsten om almen praksis erstattes af en ny aftalemodel, hvor de økonomiske vilkår, med afsæt i national fastsat opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud, fastsættes i en central rammeaftale. Honorarerne skal differentieres således læger med høj patienttyngde kan have færre patienter uden at miste indtjening. Samtidig skal et aftalebaseret grundlag som fastlægger vilkårene for de praktiserende læger bevares.

Dato: 15. november 2024

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 5 af 11

Øvrige tiltag på sundhedsområdet

Herudover oprettes Digital Sundhed Danmark som en ny national drifts- og udviklingsorganisation, som ejes af kommuner, regioner og staten i fællesskab. Digital Sundhed Danmark skal samle en række af de fælles digitale løsninger og infrastrukturer, som binder sundhedsvæsenet sammen, men hvor ansvaret i dag er spredt på mange aktører. Det gælder bl.a. opgaver, som i dag løses i sundhed.dk, MedCom, Sundhedsdatastyrelsen m.fl., og fælles nationale opgaver, som i dag løses af regionerne.

Der etableres et Nationalt center for sundhedsinnovation, der skal styrke udvikling og skalering af innovative sundhedsløsninger og understøtte lokale innovationsindsatser på tværs af sundhedsvæsenet. Målet er at styrke sundhedsvæsenets forudsætninger for at udbrede velafprøvede løsninger, som kan forbedre patientbehandlingen og frigøre arbejdskraft til bedre indsatser for patienterne.

En national sundhedsplan skal sætte en fælles strategisk regning for sundhedsvæsenet. Planen vil dels fokusere på den geografiske fordeling af ressourcer i hele landet, dels på at styrke det almene sundhedsvæsen og omstilling af sygehusaktivitet til det nære. Planen udarbejdes af Sundhedsstyrelsen og omsættes til lokale løsninger via sundhedsrådenes nærsundhedsplaner.

Kapacitetsløft i psykiatrien

Der afsættes med aftalen i 2025 25 mio. kr. til kapacitetsløft af sociale akuttilbud i socialpsykiatrien samt 150 mio. til kapacitetsløft af børne- og ungdomspsykiatrien i regionerne. Finansieringen kommer fra de ressourcer, der allerede er afsat til den kommende tredje del af 10-årsplanen. Det er ikke hensigtsmæssigt, at man her vælger at gå uden om det Nationale råd for Psykiatri, som ellers har til opgave at rådgive regeringen om prioriteringen af midlerne under 10-årsplanen.

KL har længe efterspurgt udbredelse af sociale akuttilbud til kommunerne. Det er dog problematisk at fordele midlerne på denne her måde, da sociale akuttilbud pt. er en kan-bestemmelse efter serviceloven og således ikke findes i alle kommuner, ligesom der er stor variation i formen på tilbuddet i kommunerne. Det vil således pt. være vanskeligt at afgrænse, hvordan midlerne skal anvendes og fordeles. Der må forventes at være en sammenhæng til en kommende aftale om 10-årsplan for psykiatrien, da 25 mio. kr. langt fra er dækkende til at finansiere sociale akuttilbud i alle kommuner.

Frit valg og styrkede patientrettigheder

Der indføres en række patientrettigheder og frit valg, med særligt fokus på udredning og behandlingen i det nære sundhedsvæsen. Det drejer sig om:

- Ret til hurtig udredning og behandling hos praktiserende speciallæger
- Frit valg til almene sygepleje som del af helhedsplejen Borgernes frie valg vil dermed også favne sygeplejeydelser. Det betyder, at private leverandører af helhedsplejen også skal kunne løfte de almene sygeplejeopgaver.
- Ret til digitale sundhedstilbud, der understøtter mere behandling hjemme
- Frit valg til de regionale sundheds- og omsorgspladser.

Dato: 15. november 2024

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 6 af 11

Dato: 15. november 2024

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København Swww.kl.dk
Side 7 af 11**Mere behandling i eller tæt på eget hjem**

Mere behandling skal foregå i eller tæt på eget hjem med henblik på at sikre behandling trygge rammer for borgeren, og reducere forebyggelige indlæggelser:

- *Hjemmebehandlingsteams:* Regionerne har svar for at etablere nye døgn-dækkende hjemmebehandlingsteams, som fx kan assistere med behandling og tidlige indsatser i eget hjem. Opgaven vil efter aftale også kunne løses af kommunale medarbejdere med relevant sparring og oplæring fra hjemmebehandlingsteamsne, eller via offentlige private samarbejder.
- *96 timers behandlingsansvar for sygehusene efter udskrivning:* Ordningen om 72 timers behandlingsansvar udvides til 96 timer og omfatter en større gruppe. Fx ældre patienter på akutmodtagelser og psykiatriske patienter.
- *Fasttilknyttet læge på botilbud og forsorgshjem:* Aftaleparterne opretter i tillæg til overenskomsttaftalen om fasttilknyttede læger på botilbud 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. i perioden 2026-2030, som regionerne kan ansøge.
- *Styrket udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien.*
Kvalitetsløft af den sundhedsfaglige indsats i kommunerne og palliativ indsats. De afsatte midler er en del af investeringerne i de nye sundhedsråd og skal udmøntes lokalt gennem sundhedsrådene. Indførsel af nationale tværgående kvalitetsstandarder for bl.a. de kommunale sundhedsindsatser, udarbejdes af Sundhedsstyrelsen mhp. at sikre udvikling og styrke den almene sygepleje. Styrkelse af den basale og specialiserede palliative indsats skal ses i lyset af Kræftplan V

Folkesundhedslov

Den strukturelle forebyggelse i kommunerne styrkes via en Folkesundhedslov, der udarbejdes med inspiration fra Norge.

Loven vil forpligte kommunerne til arbejde systematisk og på tværs af velfærdsområder med at styrke folkesundheden og mindske ulighed i sundhed uden at det indebærer øget administration for kommunerne. Fokus vil bl.a. omfatte den almene boligsektor.

Det står kommunerne frit for at målrette indsatserne til netop de behov og udfordringer, der er lokalt. Kommunerne kan inddrage civilsamfund, almene boligorganisationer og lokale virksomheder. For at understøtte kommunerne prioritering og mulighed for at arbejde målrettet og effektiv vil Sundhedsstyrelsen revidere de eksisterende forebyggelsespakker.

Tilpasning af regionernes øvrige opgaver

Fremadrettet vil regionernes opgaveportefølje, ud over den primære sundhedsopgave, alene bestå af følgende:

- Drift af tilbud og institutioner på det specialiserede socialområde og på specialundervisningsområdet
- Jordforurening
- Råstofindvinding på land
- Opgaver på uddannelsesområdet
- Indstillingsret til 20 pct. af socialfondsmidlerne i programperioden 2021-2027

- Åbenhed om privat partistøtte for folketingskandidater og kredsorganisati-
oner opgaver relateret til kollektiv trafik (Placeringen af regionernes opga-
ver vedrørende kollektiv trafik afventer anbefalingerne fra Ekspertudvalget
om kollektiv mobilitet i hele Danmark.)

Dato: 15. november 2024

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 8 af 11

Regionernes opgaver om regional udvikling, herunder regionernes mulighed
for at udarbejde udviklingsstrategier samt aktiviteter, der relaterer sig hertil,
bortfalder. De tilskud regionerne bruger i dag til kulturelle aktiviteter overfø-
res til kommunerne.

Implementering

Regeringen vil i foråret 2025 drøfte en samlet implementeringsplan med
kommuner og regioner samt indgå en række efterfølgende aftaler med kom-
muner og regioner om reformens implementering, herunder om udmøntning
af en række konkrete initiativer i reformen.

Tabel 2

Tidspunkter for ikrafttrædelse af udvalgte, centrale initiativer mv.

Initiativer	2025	2026	2027
Forvaltningsmodel		De nuværende regionsråd for Hovedstaden og Sjælland fortsætter.	
	Lovgivning om bl.a. nye myndigheder med effekt fra den 1. januar 2027 samt overgangsår og forlængelse af periode for eksisterende regionsråd i Østdanmark i 2026 forventes fremsat april 2025 mhp. vedtagelse juni 2025.	Det nyvalgte regionsråd for Østdanmark fungerer som forberedelsesudvalg for den nye region (regionsråd, sundhedsråd, forvaltning m.v.)	De nye sundhedsråd virker fra den 1. januar 2027.
	Valg til nye regionsråd den 18. november 2025.	De nyvalgte regionsråd i øvrige regioner varetager både driftsopgaver samt fungerer som forberedelsesudvalg for reformen i 2026.	Det nye regionsråd for Østdanmark fungerer som regionsråd for den nye region.
		Der etableres 17 forberedende sundhedsråd, som skal forberede sundhedsrådenes opgaver og virke, som træder i kraft endeligt den 1. januar 2027.	De nye regionsråd for øvrige regioner fungerer som regionsråd for de nye regioner fra den 1. januar 2027.
Flytning af dele af regionernes øvrige opgaver	Lovforslag forventes fremsat oktober 2025.		Træder i kraft den 1. januar 2027.
Bortfald af dele af regionernes øvrige opgaver	Lovforslag forventes fremsat oktober 2025.	Træder i kraft den 1. januar 2026.	
Flytning af opgaver fra kommuner til regioner (akutsygepleje, sundheds- og omsorgs- pladser, patientrettet forebyg- gelse, dele af genoptræning m.v.)	Lovforslag forventes fremsat oktober 2025.		Træder i kraft den 1. januar 2027.
Styrket almen medicin	Lovforslaget om styrket kapacitet, bedre fordeling af læger samt flere og nye klinikfor- mer forventes fremsat april 2025. Initiativerne forventes at træde i kraft den 1. juli 2025.		Ny honorarstruktur, afta- lemodel og nationalt fast- sat opgavebeskrivelse og styrket kompetence til regionerne til at lede og følge op på nationale krav træder i kraft.

Kronikerpakker	Det faglige arbejde igangsættes.	Lovforslag forventes fremsat 2026.	Den første kronikerpakke implementeres fra 2027.
National drifts- og udviklingsorganisation for digitalisering og data (Digital Sundhed Danmark) og Nationalt Center for Sundhedsinnovation	Lovforslag forventes fremsat oktober 2025.	Lovgivningen forventes at træde i kraft den 1. januar 2026. Organisationen etableres i løbet af 2026. Derefter kan organisationen udbygges trinvist med flere opgaver.	
National sundhedsplan	Sundhedsstyrelsen udarbejder udkast til national sundhedsplan.	Aftalen indgås mellem regeringen og kommuner og regioner 2026.	National sundhedsplan forventes at gælde fra 2027.
Indførelse af folkesundhedslov		Lovforslag forventes fremsat i 1. halvår 2026.	Lovgivningen forventes at træde i kraft den 1. januar 2027.

Dato: 15. november 2024

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København Swww.kl.dk
Side 9 af 11

Økonomi

- Der bliver afsat midler til en markant investering i sundhed de kommende år. Stigende til et løft på 6,4 mia. kr. årligt fra 2030.
 - o Heraf afsættes 4,4 mia. kr. til investeringer i nære sundhedsindsatser via de nye sundhedsråd
 - o De resterende 2,0 mia. kr. i 2030 prioriteres til konkrete indsatsområder
- Af de 4,4 mia. kr. til investeringer i nære sundhedsindsatser målrettes 2,4 mia. kr. i 2030 til det nære regionale sundhedsvæsen og 2,0 mia. kr. i 2030 til det kommunale sundhedsvæsen - heraf 0,6 mia. kr. til udmøntning af nationale tværgående kvalitetsstandarder, bl.a. til en styrkelse af den almen sygepleje i kommunerne samt løft af basale palliative indsatser.
- Økonomien forbundet med opgaveflytningen skønnes at udgøre op til 5 mia. kr. Endelig økonomi forbundet hermed vurderes på baggrund af faglig afgrænsning af opgaveændring foretaget af Sundhedsstyrelsen i foråret 2025 og drøftes med kommuner og regioner medio 2025. Det statslige tilskud til kommuner og regioner reguleres på baggrund af opgaveændringerne, jf. DUT-princip.
- Aftalepartierne er enige om, at den kommunale medfinansieringsordning nedlægges
- Aftalepartierne er enige om, at der i en overgangsperiode etableres en likviditetsneutral overgangsordning med henblik på at håndtere byrdefordelingsmæssige konsekvenser for kommunerne som følge af flyt af opgaver fra kommuner og bortfald af den kommunale medfinansieringsordning.
- Der er enighed om 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 og med 2028 mhp. at de afledte konsekvenser ved sundhedsreformen vil kunne indgå i arbejdet i Finansieringsudvalget, der skal forberede ændringer i udligningssystemet. Sidstnævnte er ikke en del af denne aftale.
- Der fremsættes lovforslag om afskaffelse af den kommunale medfinansieringsordning og det resultatafhængige tilskud til regionernes sundhedsvæsen samt overgangsordning i marts 2025 og i den forbindelse om principperne for overgangsordningen. Når afgrænsning af opgaver, der flyttes fra

kommuner, foreligger og konsekvenserne heraf kan nærmere opgøres udvides overgangsordningen til at omfatte de afledte konsekvenser herved.

Dato: 15. november 2024

Tabel 4
Reformøkonomi

jade 10
0
avn S

Mio. kr. 2025-PL	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Investeringer i de nye sundhedsråd	-	-	1.063	2.048	3.066	4.381
Ramme til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene	-	-	575	998	1.253	2.006
Måltrening af midler til kommunal demografi	-	-	75	198	358	558
Styrkede tværgående kvalitetsstandarder	-	-	250	500	500	618
- Heraf styrket basal palliation og kommunal sygepleje	-	-	250	250	250	250
Udbygning af det regionale nære sundhedsvæsen og flere læger i det almenmedicinske tilbud	-	-	488	1.050	1.813	2.375
Måltrening af midler til regional demografi	-	-	488	1.050	1.613	2.175
Konkrete indsatser	369	328	1.370	1.704	1.927	1.974
1. Ny organisering: Implementering af digitalisering, Center for Sundhedsinnovation og etablering af prioriteringsråd	15	49	50	50	45	45
- Heraf til implementeringsstøtte og evaluering	-	5	10	10	-	4
Forberedende sundhedsråd og regionsråd (vederlag, forberedende sundhedsråd og regionsråd Østdanmark)	-	7	-	-	-	-
2. Flere læger og bedre fordeling	96	185	22	22	22	22
Økonomisk støtte til områder med svag lægedækning, herunder til uddannelseslæger	96	185	22	22	22	22
3. Sundhedsvæsenet skal styrkes der, hvor behovet er størst	83	35	23	25	25	25
Flere pladser på medicinuddannelsen uden for de største byer, herunder styrket regional forankring på Sjælland	83	35	20	20	20	20
Nationalt Center for Sundhedstjenesteforskning	-	-	3	5	5	5
4. Bedre forløb for borgere med kronisk sygdom	-	-	221	372	518	540
Tidlige indsatser for mennesker med demens (3-årigt forsøg) ⁶	-	-	20	-	-	-
Demensreserve (varig indsats fra 2030)	-	-	-	-	-	100
Nedbringe ventetid til demensudredning	-	-	11	12	11	10
Bedre tilbud til mennesker med kronisk sygdom i det nære sundhedsvæsen ²	-	-	190	360	507	430
5. Frit valg og styrkede patientrettigheder	175	55	150	195	278	283
Frit valg til regionale sundheds- og omsorgspladser og ret til hurtig behandling hos praktiserende speciallæge	-	50	148	180	263	268
- Frit valg til regionale sundheds- og omsorgspladser	-	-	20	20	20	20
- Ret til hurtig udredning og behandling hos praktiserende speciallæge	-	50	128	160	243	248
Mere frit valg og sammenhæng mellem sygepleje og helhedspleje	-	-	-	15	15	15
Psykiatri ³	175	-	-	-	-	-
- Kapacitetsløft børne- og ungdomspsykiatrien	150	-	-	-	-	-
- Kapacitetsløft sociale akuttilbud	25	-	-	-	-	-
Vision om digital fordør	-	5	2	-	-	-
6. Mere behandling i eller tæt på eget hjem	-	3	654	789	789	809
Bedre kvalitet på regionale sundheds- og omsorgspladser uden egenbetaling	-	-	430	535	535	535
- Afskaffelse af brugerbetaling	-	-	125	125	125	125
- Bedre kvalitet på regionale sundheds- og omsorgspladser	-	-	300	400	400	400
- Faste læger på midlertidige pladser	-	-	5	10	10	10
Fasttilknyttet læge på botilbud og styrket udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien	-	3	4	34	34	34
- Styrket udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien	-	-	-	30	30	30
- Fasttilknyttet læge på forsorgshjem	-	3	4	4	4	4
Hjemmebehandlingsteams i hele landet	-	-	200	200	200	200
Styrkelse af det specialiserede palliative område	-	-	20	20	20	40
7. Lige muligheder for et sundere liv	-	-	250	250	250	250
Indførelse af en folkesundhedslov	-	-	250	250	250	250
Driftsudgifter i alt	369	328	2.433	3.751	4.993	6.356
Mio. Kr.	2025	2026	2027	2028	2029	2030



Finansiering i alt	369	328	2.433	3.751	4.993	6.356
- FFL25 ⁴	194	186	177	181	400	400
- Bortfald af opgaver inden for regional udvikling	-	112	223	223	223	223
- Råderum til at målrette andel af det demografiske træk ¹	-	-	563	1.248	1.970	2.733
- Råderum til udgift ekskl. demografisk træk	-	30	1.470	2.100	2.400	3.000
- Psykiatrimidler 10-årsplan	175	-	-	-	-	-
Anlægsrammer	27,5 mia. kr. i alt for perioden 2026-2035					
Ramme til investeringer i moderne sygehuse	22 mia. kr. i 2026-2035					
Ramme til investeringer i udbredelse af nye digitale løsninger i regi af Digital Sundhed Danmark og Nationalt Center for sundhedsinnovation	2 mia. kr. i 2026-2035					
Investeringer i bedre fysiske rammer for lokale sundhedshuse (sundhedsråd - skævdeles) ⁵	3,5 mia. kr. i 2027-2031					

ember 2024

gade 10
0
avn S