FOLKETINGET

Folketingstidende
Tillæg A

Lovforslag nr. **L 87** Folketinget 2026-27

Fremsat den 5. november 2026 af sundhedsministeren (Ida Auken)

Forslag

til

Lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

(Kronikerpakker, frit valg og befordring til sundheds- og omsorgspladser m.v.)

§ 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 896 af 5. oktober 2026, som ændret bl.a. ved § 1 i lov nr. 1761 af 29. december 2025 og senest ved lov nr. 1764 af 29. december 2025, foretages følgende ændringer:

1. Efter § 60 indsættes:

»**§ 60 a.** Regionsrådet tilbyder via de almenmedicinske tilbud en personlig behandlingsplan, og regionsrådet tilbyder opstart i patientrettet forebyggelse til følgende patientgrupper inden for fristerne fastsat i stk. 2 og 3:

1) Patienter diagnosticeret med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).
2) Patienter diagnosticeret med kroniske lænderygsmerter.
3) Patienter diagnosticeret med type 2-diabetes.
4) Patienter diagnosticeret med hjertesygdomme.
5) Patienter diagnosticeret med kompleks multisygdom.

Stk. 2. Det almenmedicinske tilbud, hvor en patient er tilmeldt, jf. § 60, skal senest 30 kalenderdage efter, at patienten har fået stillet en diagnose, som er nævnt i stk. 1, udarbejde en personlig behandlingsplan sammen med patienten. Det almenmedicinske tilbud skal i den forbindelse vurdere, om patienten skal henvises til patientrettet forebyggelse efter § 119, stk. 3, og henvise patienten, hvis det vurderes relevant.

Stk. 3. Bopælsregionsrådet skal, senest 21 kalenderdage efter en patient har fået en henvisning til et tilbud om patientrettet forebyggelse efter § 119, stk. 3, tilbyde opstart af relevant patientrettet forebyggelse og meddele patienten en dato for opstart af første indsats.

Stk. 4. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om de almenmedicinske tilbuds og regionsrådets forpligtelser efter stk. 2 og 3.«

2. Efter kapitel 34 indsættes:

»Kapitel 34 a

Sundheds- og omsorgspladser

§ 118 e. Regionsrådet tilbyder vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser til personer, der har bopæl i regionen, og som har behov for sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, hvis disse ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt under ophold i eget hjem.

Stk. 2. Regionsrådet er ansvarligt for at yde sundhedsfaglige indsatser med et rehabiliterende sigte samt den pleje og omsorg, som borgeren har behov for under opholdet.

Stk. 3. Regionsrådet kan tilvejebringe tilbud efter stk. 1 ved at etablere tilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftale med et andet regionsråd, kommunalbestyrelse eller privat institution.

Stk. 4. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om omfanget af og kravene til sundheds- og omsorgspladser.

§ 118 f. En person, der tilbydes vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgsplads efter § 118 e, stk. 1, kan frit vælge mellem bopælsregionens sundheds- og omsorgspladser og andre regioners sundheds- og omsorgspladser, herunder sundheds- og omsorgspladser, der varetages som led i en kontrakt om samarbejde om sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen efter sundhedslovens § 118 d, jf. dog stk. 2 og reglerne fastsat i medfør af stk. 4.

Stk. 2. Regionsrådet kan afvise at modtage personer på et tilbud med sundheds- og omsorgspladser omfattet af stk. 1, hvis det er begrundet i kapacitetsmæssige årsager, og hvis væsentlige hensyn til personer med bopæl i regionen ellers vil blive tilsidesat.

Stk. 3. Sundhedsministeren kan efter forhandling med justitsministeren, socialministeren, børne-, ældre- og boligmi-

Sundheds- og Kirkemin., j.nr. 2026-1705

nisteren og udlændinge- og integrationsministeren fastsætte regler om, at personer ikke har ret til selv at vælge sundheds- og omsorgsplads efter stk. 1, når

1) de er anbragt i institutioner under Danmarks Fængsler,
2) de er anbragt i institution i henhold til retsplejeloven, kapitel 11 i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien eller straffeloven,
3) de er anbragt på en sikret døgninstitution eller en særligt sikret afdeling i henhold til lov om social service, lov om bekæmpelse af ungdomskriminalitet eller barnets lov, eller
4) de er frihedsberøvet, eller deres handlefrihed i øvrigt er undergivet begrænsninger i henhold til udlændingeloven eller hjemrejseloven.

Stk. 4. Sundhedsministeren kan efter ansøgning fra en privat institution som nævnt i § 118 e, stk. 3, bestemme, at reglerne om frit valg til sundheds- og omsorgspladser skal finde anvendelse på institutionen.

Stk. 5. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om regionsrådets forpligtelse til at oplyse borgere om deres mulighed for frit valg efter stk. 1 og om afvisning af kapacitetsmæssige årsager efter stk. 2.«

3. I *§ 171, stk. 1, 1. pkt.,* indsættes efter »sygehusbehandling«: »eller i medfør af § 118 e er tilbudt ophold på sundheds- og omsorgsplads,«.

4. I *§ 171, stk. 1, 2. pkt.,* indsættes efter »til behandling på regionale sygehuse og de i § 75 nævnte institutioner«: », på sundheds- og omsorgspladser«.

5. I *§ 171, stk. 3,* indsættes efter »der efter eget valg behandles på et sygehus uden for bopælsregionen i henhold til reglerne i §§ 86, 87 og 89 a«: »eller på sundheds- og omsorgsplads i henhold til reglerne i § 118 f«.

6. I *§ 171, stk. 4, 1. pkt.,* indsættes efter »hvis deres tilstand gør det nødvendigt«: »samt til personer, der i medfør af § 118 e er tilbudt ophold på sundheds- og omsorgsplads«.

7. *§ 171, stk. 4, 2. pkt.,* ophæves.

8. I *§ 171* indsættes efter stk. 4 som nyt stykke:

»*Stk. 5.* Regionsrådet yder godtgørelse for befordring til personer, der er omfattet af stk. 4 og har ret til refusion af udgifter til behandling i andre EU- eller EØS-lande i medfør af § 89 a.«

Stk. 5 bliver herefter stk. 6.

9. *Overskriften* før § 246 a og *§ 246 a* ophæves.

10. Efter § 246 indsættes i *kapitel 77:*

»Statsligt tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene

§ 246 a. Staten yder et tilskud til regionerne til brug for aftaler mellem regionsråd og kommunalbestyrelser om økonomiske tilsagn til varetagelse af kommunale sundhedsydelser i medfør af § 118 c, stk. 1-4. Tilskuddets størrelse fastsættes årligt af finansministeren med tilslutning fra Folketingets Finansudvalg.

Stk. 2. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om vilkår for fordeling, udbetaling og tilbagebetaling m.v. af tilskuddet efter stk. 1.

Stk. 3. Sundhedsministeren fastsætter regler om revision af tilskuddet efter stk. 1 og i henhold til § 118 c, stk. 1 og 2.

Sundheds- og omsorgspladser

§ 246 b. Bopælsregionen afholder udgifter til sundheds- og omsorgspladser efter § 118 e.

Stk. 2. Den region, der yder sundheds- og omsorgspladsen, kan opkræve bopælsregionen betaling herfor.

Stk. 3. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om betalingen, når bopælsregionen skal betale for en borgers ophold og indsatser ved en anden regions sundheds- og omsorgsplads, jf. stk. 2.

Forebyggende sundhedsordninger

§ 246 c. Bopælskommunen afholder udgifter til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne efter § 119, stk. 2.

Stk. 2. Bopælsregionen afholder udgifter til patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser efter § 119, stk. 3 og 4.«

§ 2

I lov nr. 1761 af 29. december 2025 om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.) foretages følgende ændringer:

1. *§ 1, nr. 6,* ophæves.

2. *§ 1, nr. 19,* ophæves.

3. I *§ 14, stk. 2,* ændres »6-15« til: »7-15«.

4. *§ 14, stk. 3,* ophæves.

Stk. 4-8 bliver herefter stk. 3-7.

5. I *§ 14, stk. 7,* der bliver stk. 6, ændres »1. april« til: »1. juni«.

§ 3

I lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, jf. lovbekendtgørelse nr. 1250 af 28. oktober 2025, foretages følgende ændring:

1. I *§ 6, stk. 1,* indsættes efter nr. 4 som nyt nummer:

»5) frit valg til sundheds- og omsorgspladser efter § 118 f i sundhedsloven og regler fastsat med hjemmel heri,«

Nr. 5-15 bliver herefter nr. 6-16.

§ 4

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. januar 2027.

Stk. 2. § 60 a, som affattet ved § 1, nr. 1, har virkning fra den 1. januar 2028 for patienter, der er diagnosticeret med type 2-diabetes og hjertesygdomme.

Stk. 3. § 60 a, som affattet ved § 1, nr. 1, har virkning fra den 1. januar 2029 for patienter, der er diagnosticeret med kompleks multisygdom.

§ 5

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men § 3 kan ved kongelig anordning helt eller delvis sættes i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

Indholdsfortegnelse

1. Indledning
2. Baggrund
3. Lovforslagets hovedpunkter
3.1. Kronikerpakker
3.1.1. Gældende ret
3.1.1.1 Indsats for patienter med visse kroniske sygdomme i almenmedicinske tilbud
3.1.1.2 Patientrettet forebyggelse
3.1.2. Sundheds- og Kirkeministeriets overvejelser
3.1.3. Den foreslåede ordning
3.2. Etablering af sundheds- og omsorgspladser
3.2.1. Gældende ret
3.2.2. Sundheds- og Kirkeministeriets overvejelser
3.2.3. Den foreslåede ordning
3.3. Frit valg for sundheds- og omsorgspladser
3.3.1. Gældende ret
3.3.2. Sundheds- og Kirkeministeriets overvejelser
3.3.3. Den foreslåede ordning
3.4. Befordring til sundheds- og omsorgspladser
3.4.1. Gældende ret
3.4.2. Sundheds- og Kirkeministeriets overvejelser
3.4.3. Den foreslåede ordning
3.5. Statsligt tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene og understøttelse af kommunalt og regionalt samarbejde
3.5.1. Gældende ret
3.5.2. Sundheds- og Kirkeministeriets overvejelser
3.5.3. Den foreslåede ordning
4. Regionale konsekvenser, herunder for landdistrikter
5. Konsekvenser for opfyldelsen af FN's verdensmål
6. Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige
6.1. Økonomiske konsekvenser for det offentlige
6.2. Implementeringskonsekvenser for det offentlige
6.3. Forholdet til principperne for digitaliseringsklar lovgivning
7. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.
8. Administrative konsekvenser for borgerne
9. Klimamæssige konsekvenser
10. Miljø- og naturmæssige konsekvenser
11. Forholdet til EU-retten
12. Hørte myndigheder og organisationer m.v.
13. Sammenfattende skema

1. Indledning

Lovforslaget er et led i udmøntningen af Aftale om sundhedsreform 2024 (sundhedsreformen), som den daværende regering (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne) og Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre indgik den 15. november 2024.

Forslaget er således en del af den samlede lovgivningsmæssige gennemførelse af sundhedsreformen. Regeringen (Socialdemokratiet, Socialistisk Folkeparti, Moderaterne og Radikale Venstre) vil gennemføre reformen bl.a. med henblik på at sikre en god implementering af kronikerpakker.

Lovforslaget indeholder tre overordnede dele, der på baggrund af sundhedsreformen skal indføre nye rettigheder for patienter med kronisk sygdom og borgere, der behandles på sundheds- og omsorgspladser.

Lovforslagets første del omhandler indførelsen af kronikerpakker, der har til formål at indføre patientrettigheder til mennesker med kronisk sygdom, som følger af sundheds-

reformen. Lovforslaget vil i overensstemmelse med sundhedsreformen medføre, at der hen over en årrække indføres kronikerpakker for udvalgte målgrupper startende med henholdsvis kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og kroniske lænderygsmerter i 2027, type 2-diabetes og hjertesygdomme i 2028 og kompleks multisygdom i 2029. De nye og styrkede patientrettigheder i kronikerpakker har til formål at understøtte en systematisk ramme for behandlingsforløbet for den enkelte patient, hvor egen læge bliver ansvarlig koordinator og skal sikre, at de relevante indsatser tilpasses den enkelte.

Kronikerpakkerne indfører to nye patientrettigheder med dette lovforslag. Målgruppen får ret til en personlig behandlingsplan, som udarbejdes hos egen læge i dialog med den enkelte patient inden for 30 kalenderdage efter diagnosen er stillet. Endvidere får patienter i kronikerpakker ret til tilbud om opstart af relevante patientrettede forebyggelsestilbud efter § 119, stk. 3 inden for 21 kalenderdage efter modtagelse af henvisning fra egen læge. Det vil sige, at patienten skal have tilbud om opstart samt mulighed for at opstarte første indsats senest 21 kalenderdage efter modtagelse af henvisningen fra egen læge.

Lovforslagets anden del skal indføre ret til frit valg til sundheds- og omsorgspladser. Det betyder, at borgere, der er tilbudt en sundheds- og omsorgsplads, får frit valg mellem sundheds- og omsorgspladser i hele landet og dermed mulighed for at tage ophold nær familie og venner, egen bopæl eller andre steder, der giver tryghed og ro for den enkelte borger. Bopælsregionen kan fortsat afholde udgifterne, når en borger tager ophold på en sundheds- og omsorgsplads i en anden region. Lovforslaget indfører desuden adgang til at klage over afgørelser m.v. om frit valg til sundheds- og omsorgspladser.

Lovforslagets tredje del skal indføre, at sundheds- og omsorgspladser bliver omfattet af retten til befordring eller befordringsgodtgørelse. Det betyder, at borgere, der har behov for et ophold på en sundheds- og omsorgsplads, skal omfattes af reglerne for befordring. Regionerne vil derfor yde befordring eller befordringsgodtgørelse efter samme model, som gælder på sygehusområdet.

I tillæg hertil skal lovforslaget også sikre, at fristen for vedtagelse af de første nærsundhedsplaner rykkes fra 1. april 2027 til 1. juni 2027. Dette sker af hensyn til den lokale sundhedsplanlægning som opfølgning på Sommeraftale 2026 om implementering af sundhedsreformen mellem regeringen, Danske Regioner og KL.

Af lovtekniske årsager nyaffattes i lovforslaget de tidligere vedtagne bestemmelser i § 118 e, § 246 a, § 246 b, stk. 1, og § 246 c, i sundhedsloven. Bestemmelserne vedrører etableringen af nye sundheds- og omsorgspladser, statsligt tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsråd samt afholdelse af udgifter for sundheds- og omsorgspladser og forebyggende sundhedsordninger. Nyaffattelserne indebærer ikke indholdsmæssige ændringer.

2. Baggrund

Baggrunden for sundhedsreformen er, at sundhedsvæsenet er under et stigende pres. Den demografiske udvikling med flere ældre og færre i den arbejdsdygtige alder indebærer, at flere får behov for pleje og behandling, og at der vil mangle medarbejdere i sundhedsvæsenet, hvis ikke måden, opgaver løses på, ændres. Samtidig er forskellene i borgernes adgang til god sundhedsbehandling blevet for store på tværs af landet.

Aftalepartierne ønsker med aftalen at skabe et stærkt og balanceret sundhedsvæsen, der er tættere på borgerne, ligesom reformen skal være med til at reducere ulighed i sundhed. I sundhedsreformen fremgår det, at aftalepartierne er enige om behovet for en ny organisering og styring af sundhedsvæsenet, så der sker en bedre og mere lige fordeling af sundhedsvæsenets ressourcer, og så sundhedsvæsenet bliver bedre rustet til fremtidens udfordringer og bringes tættere på borgerne. En væsentlig del af reformen er derfor at styrke det nære sundhedsvæsen og heri ligger, at patientrettighederne også skal styrkes, og for dem, hvor sygdom fylder meget i hverdagen, er der behov for en endnu mere systematisk og sammenhængende indsats.

Aftalepartierne er enige om, at det skal være nemmere at få den hjælp, man har brug for, hvis man er syg, og at patientrettighederne i det nære sundhedsvæsen skal udbygges. Alle, uanset hvor ofte man er i kontakt med sundhedsvæsenet, skal i højere grad tilbydes indsatser og behandling, der passer til dem.

I dag lever mindst én ud af fem borgere med én eller flere kroniske sygdomme, og i fremtiden forventes det, at endnu flere borgere vil blive diagnosticeret med kroniske sygdomme, i takt med at flere lever længere. Som borger skal man kunne føle sig tryg i mødet med sundhedsvæsenet, og det er vigtigt, at f.eks. de mennesker, der diagnosticeres med en kronisk sygdom, gribes tidligt i forløbet. Aftalepartierne bag sundhedsreformen er derfor enige om, at indsatsen på kronikerområdet skal styrkes, så personer med kronisk sygdom kan leve et godt og langt liv med deres sygdom.

Aftaleparterne er desuden enige om, at de regionale sundheds- og omsorgspladser skal omfattes af en ret til frit valg. Borgere skal have mulighed for at vælge, hvor i landet de ønsker at benytte en sundheds- og omsorgsplads. Det skal være muligt at være i nærheden af f.eks. eget hjem eller familie og venner, mens man opholder sig på en sundheds- og omsorgsplads. Det fremgår endvidere af aftalen, at der vil blive fastsat regler for afregning mellem myndigheder og med leverandører.

3. Lovforslagets hovedpunkter

3.1. Kronikerpakker

3.1.1. Gældende ret

3.1.1.1. Indsats for patienter med visse kroniske sygdomme i almenmedicinske tilbud

Der er efter de gældende regler ikke fastsat bestemmelser om indsatsen for patienter med visse kroniske sygdomme.

Der er dog med § 57 l i sundhedsloven, som er indført ved § 1, nr. 2, i lov nr. 1764 af 29. december 2025 om ændring af sundhedsloven (Indførelse af national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, aftale om vilkår for alment praktiserende læger, differentieret honorarstruktur, etablering af Praksisklagenævnet m.v.), fastsat bestemmelser om krav og opgaver i den nationale opgavebeskrivelse. Efter § 2 i lov nr. 1764 af 29. december 2025 træder § 57 l i kraft den 1. januar 2027.

Det fremgår af sundhedslovens § 57, stk. 1, at regionsrådet har ansvar for at tilvejebringe tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner.

Det almenmedicinske tilbuds forpligtelser for patienter med visse kroniske sygdomme er både fastlagt ved lov, som en del af den nationale opgavebeskrivelse og ved aftale om blandt andet kronikerprogrammer, der indgår i Overenskomst om almen praksis, som indgås mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (herefter RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO).

Det fremgår af sundhedslovens § 57 l, stk. 1, at Sundhedsstyrelsen fastsætter krav og opgaver i den nationale opgavebeskrivelse inkl. basisfunktion for de almenmedicinske tilbud, herunder nærmere regler om indhold og udarbejdelse af krav og opgaver m.v. og inddragelse af det rådgivende udvalg. Kravene i basisfunktionen og den nationale opgavebeskrivelse i § 57 l blev indført ved lov nr. 1764 af 29. december 2025 og træder i kraft den 1. januar 2027. I henhold til bestemmelsens bemærkninger, jf. Folketingstidende 2025-26, tillæg A, L78, som fremsat, side 14 f, skal kravene ses i sammenhæng med gældende faglige standarder, kliniske retningslinjer og øvrig lovgivning.

Det følger af sundhedslovens § 57 l, stk. 3, at de almenmedicinske tilbud har ansvar for at leve op til basisfunktionen for det almenmedicinske tilbud. Basisfunktionen er en del af Sundhedsstyrelsens nationale opgavebeskrivelse, jf. National opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud af 26. februar 2026, som alle klinikker i de almenmedicinske tilbud i udgangspunktet skal leve op til, jf. § 57 l, stk. 3, med virkning fra den 1. januar 2027. Det fremgår af basisfunktionen, at de almenmedicinske tilbud fra 1. januar 2027 skal varetage rollen som koordinator for patienter omfattet af pakkeforløb for mennesker med udvalgte kroniske sygdomme og tilrettelægge indsatsen i henhold til pakkeforløbene. Heri beskrives også de almenmedicinske tilbuds ansvar for det digitale overblik for patienter i pakkeforløb.

Foruden en forpligtelse for at leve op til pakkeforløbene for personer med udvalgte kroniske sygdomme har de almenmedicinske tilbud en generel forpligtelse til populationsomsorg og en særlig koordinatorfunktion for patienter, der – generelt eller i en periode – er sårbare, og har et særligt behov for hjælp og støtte for at kunne modtage relevante sundhedsydelser. Det kan være personer med en eller flere kroniske sygdomme, f.eks. personer med multisygdom eller ældre.

De almenmedicinske tilbuds indsats overfor patienter med kronisk sygdom reguleres også via Overenskomst om almen praksis, som senest er fornyet 10. september 2024 og senere videreført med mindre fornyelser. Det følger således af sundhedslovens § 227, stk. 1, at RLTN afslutter overenskomster med organisationer af sundhedspersoner m.fl. om vilkårene for ydelser i praksissektoren, det vil sige ydelser hos alment praktiserende læger m.fl.

RLTN og PLO indførte med overenskomsten, som trådte i kraft i 2018, et såkaldt kronikerprogram. Formålet med kronikerprogrammet var at styrke almen praksis i opgavevaretagelsen i forhold til patienter diagnosticeret med type 2-diabetes og KOL og for patienter, som er diagnosticeret med begge sygdomme. Programmet indebar, at almen praksis i udgangspunktet varetager den største del af ansvaret for opfølgning og behandling af mennesker med kronisk sygdom – og udgjorde en opgaveomlægning mod mere behandling og opfølgning i det nære sundhedsvæsen og mindre i det specialiserede sundhedsvæsen. En central del af programmet var derfor ændrede samarbejdsrelationer mellem den praktiserende læge og den specialiserede viden på hospitaler med henblik på, at den praktiserende læge med støtte fra specialister kan påtage sig et større behandlingsansvar for patienter med kronisk sygdom. Som et led i programmet blev det aftalt, at alle praktiserende læger skal arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling bl.a. med centralt fastlagte kvalitetsmål og -indikatorer for KOL og type 2-diabetes.

Hertil følger det af Overenskomst om almen praksis, at den praktiserende læge kan tilbyde patienter med kronisk sygdom en årsstatus/årskontrol. Tilbuddet er et på forhånd aftalt møde mellem patient og læge, hvor patienten på forhånd er bekendt med indholdet, og hvor lægen har forberedt en systematisk forebyggelses- og behandlingsindsats. Årsstatus tilbydes patienter med kronisk sygdom i overensstemmelse med fagligt anerkendte kliniske retningslinjer og efter individuel lægefaglig vurdering af behovet.

Indsatsen omfatter en systematisk samlet vurdering af patientens risikovurdering og ressourcevurdering, herunder patientens helbredssituation, som består af anamnese, objektiv undersøgelse og relevante laboratorieprøver. Desuden foretages der en vurdering af medicinordinationerne og ajourføring i det Fælles Medicinkort (FMK). På baggrund heraf fastlægges behandlingsmål i samarbejde med patienten.

Det følger desuden af sundhedslovens § 57 d, stk. 1, at alment praktiserende læger, der yder behandling efter § 60, stk. 1, skal foretage kodning af henvendelser til almen praksis og anvende datafangst. Det er konkret fastlagt, at alment praktiserende læger skal foretage ICPC-kodning af alle henvendelser vedrørende udvalgte kroniske sygdomme,

dvs. diagnoserne KOL, astma, kroniske muskel- og skeletlidelser, knogleskørhed (osteoporose), hjerte-kar-sygdomme, kræft, diabetes og ikke-psykotiske, psykiske lidelser. Kravene til kodning og datafangst reguleres i bekendtgørelse nr. 490 af 13. maj 2018 om kodning og datafangst i almen praksis, indberetning af data til regionen og offentliggørelse af oplysninger om lægen eller klinikken. Kravene om kodning af disse udvalgte kroniske sygdomme giver mulighed for datadrevet kvalitetsarbejde og -udvikling overfor disse patientgrupper. Ved at sammenholde ICPC-koderne med øvrige data for patientkontakterne, f.eks. prøvesvar, information om årskontroller og henvisninger, er der potentiale for kvalitetsarbejde både inden for og på tværs af klinikker og principielt på tværs af forløb i hele sundhedsvæsenet. Samtidig bliver de indsamlede indikatordata sendt til Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, hvorefter data er tilgængelige for lægens videre arbejde med henblik på en kontinuerlig kvalitetsudvikling af patientbehandlingen.

3.1.1.2. Patientrettet forebyggelse

Det fremgår af sundhedslovens § 119, stk. 1, om sundhedsfremme og forebyggelse, at kommunalbestyrelsen har ansvaret for at skabe rammerne for en sund levevis ved varetagelsen af sine opgaver.

Det følger af § 119, stk. 2, at kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Det fremgår af bemærkningerne til denne bestemmelse, jf. Folketingstidende 2004-05, 2. samling, tillæg A, side 3226, at kommunernes opgaver på det forebyggende og sundhedsfremmende område omfatter dels en indsats i forhold til kommunens indbyggere med henblik på at forebygge sygdom og ulykker (borgerrettet forebyggelse), dels en indsats med henblik på at forebygge, at sygdom udvikler sig yderligere og om at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer og senkomplikationer (patientrettet forebyggelse).

Det fremgår af § 119, stk. 3, at kommunalbestyrelsen etablerer patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser i kommunen. Det fremgår af bemærkningerne til denne bestemmelse, jf. Folketingstidende 2022-23, 2. samling, tillæg A, L 103 som fremsat, side 7, at stk. 3 blev indført som en tydeliggørelse af allerede eksisterende praksis, da kommunerne allerede havde ansvaret for at etablere patientrettede forebyggelsestilbud til f.eks. patienter med visse kroniske sygdomme. Som følge af § 1, nr. 7 i lov nr. 1761 af 29. december 2025 foretages der fra 1. januar 2027 ændringer af § 119, stk. 3, således at ansvaret for patientrettet forebyggelse flyttes fra kommunerne til regionerne. Det indgår som led i opgaveflytningen fra sundhedsreformen, at den enkelte region kan skabe mere sammenhængende løsninger for borgere med kronisk eller langvarig sygdom med behov for regelmæssig eller tilbagevendende kontakt til sundhedsvæsenet. Fra 1. januar 2027 vil regionerne således med sundhedslovens § 119, stk. 3, som ændret ved lov nr. 1761 af 29. december 2025, få ansvaret for patientrettet forebyggelse. Kommunerne bevarer ansvaret for borgerrettet forebyggelse, jf. sundhedslovens § 119, stk. 1 og 2.

Det fremgår af § 119, stk. 4, at regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1-3. Det fremgår af bemærkningerne til denne bestemmelse, jf. Folketingstidende 2004-05, 2. samling, tillæg A, side 3228, at regionernes opgaver på det forebyggende og sundhedsfremmende område vedrører specielt den patientrettede forebyggelse. Det drejer sig bl.a. om videreudvikling af de forebyggende sygehuse, almen praksis og deres opgaver på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet og samarbejdet med kommuner om især indsatsen i forhold til kronisk syge, langvarigt syge, samt patienter med genoptræ-nings- og rehabiliteringsbehov.

Det fremgår af ændringen af sundhedslovens § 119, stk. 4, som affattet ved § 1, nr. 8, i lov nr. 1761 af 29. december 2025, at regionsrådet fra 1. januar 2027 tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2. Denne ændring skal ses i sammenhæng med ændringen i § 119, stk. 3, hvor regionsrådet får ansvaret for den patientrettede forebyggelse i stedet for kommunalbestyrelsen. Den foreslåede ændring medfører, at regionernes rådgivningsforpligtelse i § 119, stk. 4, alene henviser til de opgaver, som fremadrettet er kommunale, nemlig i stk. 1 og 2.

Der kan i medfør af den gældende sundhedslovs § 118 b fastlægges nærmere regler for kommunalbestyrelser og regionsråd om indsatser, herunder om kvalitetskrav og tilrettelæggelse af indsatserne i henhold til sundhedsydelserne i nærværende afsnit. Det fremgår videre i § 118 b, stk. 2, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for regionsrådenes rådgivning, sparring og vejledning i forhold til kommunernes indsatser efter stk. 1. På baggrund heraf har Sundhedsstyrelsen udstedt "Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" i januar 2024 (herefter kvalitetsstandarderne). I kvalitetsstandarderne beskrives krav og anbefalinger til målgruppe, indsatser og tilrettelæggelsen heraf, kompetencer og uddannelse, tilgængelighed og henvisningsveje samt kvalitetsudvikling og monitorering af de dele af patientrettet forebyggelse, som kvalitetsstandarderne omfatter. Kvalitetsstandarderne revideres i 2026 som følge af kronikerpakkerne.

Det bemærkes, at ordlyden i sundhedslovens § 118 b ændres med virkning fra 1. januar 2027, jf. lov nr. 1761 af 29. december 2025. Disse ændringer har ikke betydning for Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder, som der fortsat vil være hjemmel til at udstede.

Det følger af sundhedslovens § 246 c, som også blev indført ved lov nr. 1761 af 29. december 2025, og som træder i kraft den 1. januar 2027, at bopælsregionen afholder udgifter til hhv. forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til

borgerne efter § 119, stk. 2 samt patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser efter § 119, stk. 3 og 4.

3.1.2. Sundheds- og Kirkeministeriets overvejelser

Den demografiske udvikling betyder, at antallet af ældre borgere vokser markant i de kommende år, og flere vil leve længere med én eller flere kroniske sygdomme. For mange patienter med kronisk sygdom oplever på nuværende tidspunkt at være tovholder på deres eget forløb i et uoverskueligt system. De oplever, at der ikke er en sammenhængende indsats på tværs af sundhedsvæsenet og flere indlæggelser, som kunne være forebygget. Dertil kan det være svært for mange at få tid hos egen læge, når de har brug for det.

Med sundhedsreformen mellem den daværende regering (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne) og Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre, er aftalepartierne derfor enige om, at indsatsen på kronikerområdet skal styrkes bredt set for at understøtte, at det stigende antal personer 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. Dette understøttes af en række øvrige initiativer i reformen, herunder at ansvaret og kapaciteten udvides i det almenmedicinske tilbud, som også skal have en særlig koordinatorfunktion for de mest sårbare borgere.

Aftalepartierne er enige om at indføre en styrket indsats til personer med kronisk sygdom som en systematisk ramme for behandling på tværs af sundhedsvæsenet, herunder to nye patientrettigheder i form af tidsfrister. I forlængelse heraf er aftalepartierne med Aftale om tidsfrister for patientrettigheder i kronikerpakker fra januar 2026 enige om de specifikke tidsfrister for patientrettighederne i kronikerpakkerne. Målgrupperne for kronikerpakker får inden for 30 kalenderdage ret til en samlet behandlingsplan, målrettet den enkelte, samt tilbud om opstart af patientrettet forebyggelse inden for 21 kalenderdage efter modtagelse af henvisning fra egen læge. Det skal sikre en sammenhængende indsats. En tidlig indsats har desuden positiv indvirkning på sundhedstilstanden, og patientens motivation er ofte størst tidligt i sygdomsforløbet. Det skal derudover bidrage til, at flere med kronisk sygdom får tilbudt og gennemfører patientrettede forebyggelsestilbud med henblik på at få indsigt, redskaber og tro på egne evner, som over tid kan føre til bedre håndtering af livet med kronisk sygdom, forbedret helbredsstatus og egenomsorg.

Mennesker, der har en kronisk sygdom, har meget forskellige sygdomsbilleder og dermed også forskellige behov for indsatser og behandling, som tilsvarende kan variere over tid. Ministeriet overvejer på den baggrund, at der er behov for, at konkrete forløb og indsatser skal være tilpasset den enkelte med en differentiering efter behov. Det vil sige, at forløbet tilpasses afhængigt af, om man eksempelvis er en sårbar borger, der har behov for omfattende og håndholdte indsatser ofte fra flere steder i sundhedsvæsenet, eller om man er en borger med god sygdomsmestring, der har en hverdag præget af en høj grad af egenomsorg.

Aftalepartierne er enige om, at implementeringen af pakkerne indfases over en årrække startende med KOL og kroniske lænderygsmerter i 2027, type 2-diabetes og hjertesygdomme i 2028 og kompleks multisygdom i 2029.

3.1.3. Den foreslåede ordning

I overensstemmelse med sundhedsreformen foreslås det at indføre patientrettigheder som en del af kronikerpakker for borgere med KOL, kroniske lænderygsmerter, type 2-diabetes, hjertesygdomme og kompleks multisygdom.

Et pakkeforløb vil bestå af en indledende fase og en vedvarende fase, idet et pakkeforløb som udgangspunkt er varigt. Den faglige ramme for pakkeforløb er udviklet af Sundhedsstyrelsen med bred inddragelse af eksperter, patientorganisationer m.fl. i udgivelsen Generisk model for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom af januar 2026. Sundhedsstyrelsen vil desuden publicere sygdomsspecifikke pakkeforløb for målgrupperne med KOL og kroniske lænderygsmerter ultimo 2026. De øvrige sygdomsspecifikke pakkeforløb for type 2-diabetes, hjertesygdomme og kompleks multisygdom publiceres løbende forud for pakkernes ikrafttrædelse. I de sygdomsspecifikke pakkeforløb beskrives målgrupperne og pakkeforløbet nærmere.

Pakkeforløb for borgere med kronisk sygdom vil medføre, at ansvaret forankres ét sted i sundhedsvæsenet.

Pakkeforløb foreslås at blive forankret i de almenmedicinske tilbud, som vil varetage en stor del af patienternes forløb og have en central rolle som koordinator. Forslaget vil indebære en styrket tidlig indsats efter diagnose.

Den foreslåede ordning vil derfor medføre, at målgruppen får ret til en personlig behandlingsplan inden for 30 kalenderdage, efter diagnosen er stillet.

Der vil med forslaget blive stillet krav til, at almenmedicinske tilbud i opstarten af et pakkeforløb foretager en behovsvurdering og en systematisk differentiering af patienternes behov for støtte samt udarbejder en behandlingsplan i samarbejde med patienten.

Behovsvurderingen skal medvirke til, at den individuelle behandlingsplan og den efterfølgende opfølgning tilpasses patientens fysiske og psykiske helbredstilstand, men også øvrige aspekter som f.eks. livsomstændigheder, ressourcer, motivation, sundhedskompetence, herunder digitale sundhedskompetencer, samt patientens egne ønsker, mål og forventninger til forløbet.

På baggrund af patientens behov vil patientens egen læge foretage en differentiering, der skal afgøre egen læges rolle og proaktivitet i forløbet. Differentieringen omhandler således ikke indsatserne, som de enkelte patienter tilbydes,

da der er tale om generiske indsatser i de patientrettede forebyggelsestilbud. Dog vil der være forskel på, hvilke indsatser, der er relevante for de enkelte patienter. Selvom der er tale om generiske indsatser i de patientrettede forebyggelsestilbud, skal forebyggelsestilbuddene styrke og understøtte en mere differentieret tilgang til patienterne ift. deres sundhedskompetence. Indsatsen vil således være den samme, men patienten vil mødes forskelligt afhængig af deres sundhedskompetence. Som led i differentieringen af patienten skal egen læge også tage stilling til, hvorvidt patientrettet forebyggelse er relevant for den enkelte patient. Differentieringen vil blive baseret på patientens sundhedskompetence, sygdomskompleksitet og patientens sårbarhed, og vil blive baseret både på patientens oplysninger og en faglig vurdering. Pakkeforløbene vil i denne sammenhæng også bidrage til at fremme aktiv inddragelse, motivation og medbestemmelse i patientens egen behandling og sygdomshåndtering.

Det foreslås med ordningen, at patienterne kan placeres på tre forskellige differentieringsniveauer. I niveau 1 understøtter egen læge patientens egenomsorg og forløb og tilbyder opfølgning ved behov. I niveau 2 skal egen læge yde støtte og proaktivitet over for patienterne. Det kan ske i form af prioritering af kontinuitet i behandlerrelationen, tættere opfølgning, forskellige konsultationstyper (f.eks. behov for fysisk fremmøde eller video- eller e-konsultation), længere konsultationer, konsultationer med gennemgang af behandlingsplan som det specifikke formål samt opfølgning ved udeblivelser fra konsultationer i de almenmedicinske tilbud, udeblivelse efter henvisning til patientrettet forebyggelse eller ved andre afvigelser fra behandlingsplanen. I niveau 3 skal egen læge yde støtte og være proaktiv over for patienterne. Der skal desuden være en særlig opmærksomhed på, at patienter i særligt sårbare situationer tilbydes den nødvendige støtte. Dette vil blandt andet inkludere, at egen læge skal afdække relevante ressourcepersoner omkring patienten og understøtte samarbejdet med disse, f.eks. kommune, støttekontaktperson, forløbssygeplejersker og socialt netværk.

Efter det foreslåede, vil differentieringsniveauet i et pakkeforløb blive revurderet løbende, f.eks. ved opfølgninger hos egen læge, og når egen læge vurderer, at det er relevant. Revurdering kan eksempelvis overvejes, når der opstår væsentlige ændringer i patientens sygdomsforløb eller livssituation. Patienter med flere kroniske sygdomme skal have én samlet behandlingsplan, som omfatter alle diagnoser og patientens samlede situation og sygdomstilstand, for at understøtte det sammenhængende forløb.

Starttidspunktet for rettigheden hos egen læge vil være fra tidspunktet, hvor diagnosen er stillet, som enten kan være hos egen læge, sygehus eller ved kontakt til andre sundhedsfaglige aktører, f.eks. praktiserende speciallæger. Herefter vil patienten blive indkaldt til en konsultation af egen læge, når egen læge har modtaget en epikrise fra et sygehus eller en anden behandler. I de tilfælde, hvor diagnosen stilles på sygehus i forbindelse med en indlæggelse, tæller rettigheden således fra diagnosetidspunkt. I de tilfælde, hvor diagnosen stilles forud for udskrivelsesdatoen, er det det endelige diagnosetidspunkt, der afgør starttidspunktet for rettigheden, og diagnosedatoen skal dermed fremgå af epikrisen, som tilgår de almenmedicinske tilbud.

For visse målgrupper vil starttidspunktet dog være, når patienten har en udvalgt diagnosekode og opfylder øvrige inklusionskriterier. Det er egen læge, der skal bekræfte om patienten opfylder inklusionskriterierne, og dermed er starttidspunktet for rettigheden således, når dette er bekræftet hos egen læge. Det gør sig gældende for målgrupperne med kroniske lænderygsmerter og kompleks multisygdom. Inklusionskriterierne defineres i Sundhedsstyrelsens sygdomsspecifikke pakkeforløb for målgrupperne.

Det er vigtigt, at rettigheden afspejler patienternes konkrete sygdomsforløb. Såfremt en patient ønsker at afvente en konsultation hos egen læge efter, at diagnosen er stillet i forbindelse med en indlæggelse, vil rettigheden stadig betragtes som opfyldt, hvis egen læge har forsøgt at indkalde patienten til en konsultation mhp. udarbejdelse af behandlingsplan. Det kan f.eks. være i situationer efter en omfattende indlæggelse, hvor patienten ønsker at afvente konsultation hos egen læge i længere tid end 30 kalenderdage.

Sluttidspunktet for rettigheden vil være, når behandlingsplanen betragtes som udarbejdet, og patienten kan tilgå denne på sundhed.dk. Retten til behandlingsplanen vil være betragtet som opfyldt, når behandlingsplanen indeholder de væsentligste oplysninger i behovsvurderingen samt differentieringsniveauet for patientens behov for støtte. Oplysningerne beskrives i det omfang og med den detaljeringsgrad, der er sundhedsfagligt relevant for patientens samlede behandlingsforløb. Behandlingsplanen vil blive justeret løbende efter behov.

Patienter kan til en hver tid vælge at takke nej til et pakkeforløb, herunder den personlige behandlingsplan. De almenmedicinske tilbud er i disse tilfælde ikke forpligtet til at overholde rettigheden. Patienter kan også vælge at udgå af et eksisterende pakkeforløb, såfremt de ønsker det.

Et pakkeforløb vil også omfatte et digitalt overblik over behandlingsplanen, som kan tilgås af patienten selv samt relevante sundhedsfaglige aktører. Behandlingsplanen skal gøre det let at involvere patienten i tilrettelæggelsen af og målene for forløbet. Dertil skaber behandlingsplanen sammenhæng i patientens forløb, ved at alle relevante oplysninger fremgår ét samlet sted, herunder relevante sundhedsoplysninger, aftaler, mål, resultater og opfølgninger. På den måde kan behandlingsplanen medvirke til at styrke samarbejde og patientens motivation i forløbet. De almenmedicinske tilbud vil være ansvarlige for at følge op på oplysningerne om patienten i pakkeforløb med afsæt i behandlingsplanen. For at understøtte lægernes rolle som proaktive og tovholdere for patientens forløb, vil de digitale løsninger bidrage til lægens initiale behovsvurdering, udarbejdelse af behandlingsplan samt populationsoverblik. Den digitale understøttelse udvikles med involvering af relevante parter og i dialog med sundhedsfaglige aktører og patienter. Det skal sikre,

at løsningerne bedst muligt imødekommer sundhedsfaglige aktørers og patienters behov.

De digitale løsninger til understøttelse af pakkeforløb skal ses i sammenhæng med et bredere økosystem af digital infrastruktur, der understøtter sammenhæng i patientforløb, som f.eks. det fælles medicinkort og fælles overblik over journalnotater. Understøttelsen af pakkeforløbene vil således blive videreudviklet løbende i tæt sammenhæng med de øvrige digitale løsninger på sundhedsområdet.

Det foreslås, at borgere med de specifikke kroniske sygdomme efter § 60 a, stk. 1, får ret til opstart af relevante patientrettede forebyggelsestilbud inden for en maksimal ventetid på 21 kalenderdage efter modtagelse af henvisning fra egen læge.

Pakkeforløbene vil ikke medføre ændringer i eksisterende henvisningsmuligheder og -praksis, men pakkeforløbene vil få en bærende rolle i at understøtte en mere systematisk henvisning af patienter fra de almenmedicinske tilbud til patientrettet forebyggelse efter § 119, stk. 3 og med fokus på tidlig indsats. Det betyder også, at egen lægen kun skal henvise patienten, såfremt det vurderes relevant. Det vil medføre, at patientrettet forebyggelse indgår som en integreret og systematisk del af pakkeforløb for at fremme patienternes rehabilitering, sygdomsmestring og forhindre sygdomsforværring.

Indholdet og kravene til forebyggelsestilbuddene fremgår af Sundhedsstyrelsens gældende kvalitetsstandarder, som vil blive opdateret i forbindelse med implementeringen af kronikerpakkerne. Kvalitetsstandarderne skal bidrage til ensartet kvalitet og tilgængelighed på tværs af landet. De patientrettede forebyggelsestilbud tilrettelægges individuelt med en rehabiliterende tilgang med udgangspunkt i den afklarende samtale. Tilbuddene kan eksempelvis vedrøre sygdomsmestring, nikotinafvænning, fysisk aktivitet, ernæringsindsats eller forebyggende samtale om alkohol. I tilrettelæggelsen af patientrettede forebyggelsestilbud skal der være fleksibilitet f.eks. i forhold til opstart, mulighed for genoptagne forløb, digitale forløb m.v., og der skal være et gennemgående fokus på fastholdelse og brobygning til civilsamfundet.

Med det foreslåede vil henvisning til en afklarende samtale og iværksættelse af patientrettede forebyggelsestilbud ske tidligt i sygdomsforløbet. Starttidspunktet for rettigheden til opstart af patientrettet forebyggelsestilbud efter § 119, stk. 3, vil derfor være fra tidspunkt for henvisning til patientrettet forebyggelse fra egen læge. Sluttidspunktet for rettigheden vil være, når første indsats er opstartet. Retten til opstart af patientrettet forebyggelse betragtes som opfyldt, når afklaring af behov og planlægning af forløb er gennemført, samt at patienten er tilbudt opstart på et relevant patientrettet forebyggelsestilbud inden for 21 dage fra modtagelse af henvisning fra egen læge. Det indebærer, at patienten både skal have tilbud om opstart samt mulighed for at opstarte første indsats inden for de 21 kalenderdage. Den afklarende samtale tæller ikke som første indsats. Såfremt patienten ønsker at opstarte første indsats senere end inden for de 21 kalenderdage, betragtes rettigheden stadig som opfyldt, da patienten har haft mulighed for at starte inden for fristen.

Der kan være overlap mellem indholdet i behovsvurderingen i de almenmedicinske tilbud og den afklarende samtale i forbindelse med opstart af patientrettede forebyggelsestilbud. Hvor den afklarende samtale har til formål at afdække den enkelte borgers behov, ressourcer og ønsker med henblik på at kunne tilrettelægge et forebyggelses- og rehabiliteringsforløb, er formålet med behovsvurderingen i almenmedicinske tilbud at foretage en samlet vurdering af patientens helbredsmæssige, psykiske og sociale situation som grundlag for differentiering og en individuel behandlingsplan. Det vil indebære, at relevante oplysninger deles mellem de almenmedicinske tilbud og de patientrettede forebyggelsestilbud for at undgå unødvendige gentagelser for patienter i pakkeforløb. Den foreslåede ordning vil ikke ændre på, at de sundhedsprofessionelle, som varetager den afklarende samtale, kan være uenige i henvisningen fra de almenmedicinske tilbud. Den afklarende samtale skal stadig afholdes, men såfremt det vurderes under samtalen, at der ikke er relevante indsatser at tilbyde grundet patientens situation, igangværende forløb m.v., sendes patienten tilbage til de almenmedicinske tilbud med en forklaring om, hvorfor det ikke vurderes relevant for den enkelte patient.

Såfremt en sundhedsfaglig vurdering ifm. den afklarende samtale tilsiger, at den rette indsats for patienten er opstart i et digitalt forløb, træning hjemmefra via en app eller brobygning til f.eks. en idrætsforening eller en anden civilsamfundsbaseret aktivitet, opfylder dette ligeledes retten til opstart.

For at følge området, herunder vurdere om borgerne modtager de relevante indsatser som led i pakkeforløbet, skal der udvikles en monitorering af indsatserne i både de almenmedicinske tilbud og i de patientrettede forebyggelsestilbud.

Med en kommende ændring af sundhedsloven, vil det blive muligt for regionerne at gå i dialog med et almenmedicinsk tilbud og evt. træffe afgørelse om tildeling af en sanktion overfor tilbuddet i henhold til §§ 276 a og 276 b.

Hvis et almenmedicinsk tilbud ikke overholder fristen eller patienten ikke får en behandlingsplan eller får en mangelfuld behandlingsplan, som ikke er i overensstemmelse med § 60 a, kan patienten indgive en klage til regionsrådet. Når reglerne om mulighed for opfølgning på overtrædelse af regulering af almenmedicinske tilbud, er indarbejdet i sundhedsloven, kan regionsrådet vurdere, om klagen skal give anledning til dialog med det almenmedicinske tilbud og på baggrund heraf eventuelt vælge at træffe en forvaltningsretlig afgørelse om opfølgning overfor tilbuddet, jf. sundhedslovens kapitel 83 a om Opfølgning på nationale krav m.v. over for de almenmedicinske tilbud. Regionsrådet skal ved deres vurdering af en klage lægge vægt på, om en manglen-

de overholdelse af en frist skyldes forhold, som det almenmedicinske tilbud ikke har haft indflydelse på.

Hvis det almenmedicinske tilbud ikke er enig i en forvaltningsretlig afgørelse fra regionsrådet, kan de klage til Praksisklagenævnet med henblik på at få en vurdering af afgørelsen. Det er forventningen, at regler, som fastslår regionsrådets mulighed for at følge op på de nye krav i sundhedslovens § 60 a, indarbejdes i sundhedsloven først i 2027.

Hvis regionsrådet ikke overholder tidsfristen på de 21 kalenderdage efter modtagelse af henvisning fra egen læge for at tilbyde opstart af første indsats i patientrettet forebyggelsestilbud efter § 119, stk. 3, kan patienten indgive en klage til regionsrådet, som skal tage stilling til den og rette op på forholdet.

For de enkelte pakkeforløb sker en gradvis indfasning, hvor ny-diagnosticerede bliver vurderet i forbindelse med diagnosen, mens borgere, der tidligere har fået en diagnose, vurderes løbende ved kontakt med egen læge. Allerede diagnosticerede patienter skal tilbydes en behandlingsplan inden for det første år efter ikrafttræden, f.eks. i forbindelse med næste planlagte årsstatus. I de tilfælde hvor en patient henvender sig med et ønske om en behandlingsplan, skal egen læge tilstræbe at udarbejde denne hurtigst muligt og gerne inden for 30 dage.

Det foreslås, at de nye rettigheder skal træde i kraft for de første kronikerpakker 1. januar 2027 for de patienter, der diagnosticeres med KOL og kroniske lænderygsmerter. Det foreslås videre, at de nye rettigheder først vil få virkning for de patienter, der diagnosticeres med type 2-diabetes og hjertesygdomme 1. januar 2028 og kompleks multisygdom 1. januar 2029.

Variationen af virkningstidspunkterne følger af sundhedsreformen og regeringens beslutning om at fremrykke kronikerpakkerne for hjertesygdomme og kompleks multisygdom. Det forventes, at Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer og anbefalinger for tværsektorielle forløb for de omfattede målgrupper i pakkeforløbene udfases i takt med implementeringen af pakkeforløbene, da indhold og beskrivelser er overlappende. Det forventes således, at de almenmedicinske tilbud ikke udfaser forløbsprogrammerne for type 2-diabetes, hjertesygdomme og kompleks multisygdom, før kronikerpakkerne får virkning for disse målgrupper.

3.2. Etablering af sundheds- og omsorgspladser

3.2.1. Gældende ret

Der kan både tilbydes midlertidige ophold i kommunerne efter serviceloven, ældreloven og sundhedsloven. Midlertidige pladser forstås som en stationær plads på en kommunal matrikel.

Kommunerne skal efter servicelovens § 84, stk. 1, tilbyde afløsning eller aflastning af ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende til personer, der passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Aflastning gives udenfor hjemmet, f.eks. i form af et dag-, nat- eller døgnophold på plejehjem eller i plejebolig til den plejekrævende person, mens afløsning gives i hjemmet.

Tilbud efter § 84, stk. 1, retter sig mod den person, der passer en plejekrævende person i hjemmet. Formålet med § 84, stk. 1, er at imødegå den både fysiske og psykiske belastning, det kan være at passe en plejekrævende person i hjemmet. Det er ikke formålet med § 84, stk. 1, at tilbyde aflastningsophold til personer, der har behov for f.eks. kompleks sundhedsfaglig behandling i forlængelse af en sygehusindlæggelse.

Det fremgår af servicelovens § 84, stk. 2, at kommunerne kan tilbyde midlertidigt ophold til personer, der i en periode har et særligt behov for omsorg og pleje.

Ifølge bemærkningerne til § 84, stk. 2, jf. Folketingstidende 2005-06, Tillæg A, side 3136, har bestemmelsen til formål at præcisere, at kommunalbestyrelsen kan tilbyde personer, der har behov herfor, tilbud om et midlertidigt ophold. Det følger videre af bemærkningerne til § 84, stk. 2, jf. Folketingstidende 2005-06, Tillæg A, side 3137, at bestemmelsen har til formål at sikre en klar hjemmel til at tilbyde personer, der i praksis vil dreje sig om ældre, et ophold, hvis der ikke er nære pårørende, der skal aflastes.

Tilbud efter servicelovens § 84, stk. 2, kan således gives, hvis borgeren har et særligt behov for omsorg og pleje. Tilbuddet kan indeholde indsatser efter forskellige lovgivninger, herunder indsatser efter sundhedsloven, men omfatter ikke borgere, der primært har behov for kompleks sundhedsfaglig behandling i forlængelse af en sygehusindlæggelse.

Kommunalbestyrelsen har ikke en pligt til, men mulighed for, at tilbyde et midlertidigt ophold efter § 84, stk. 2. Det betyder, at kommunen f.eks. kan vælge i stedet at give den fornødne hjælp i borgerens egen bolig. På tilsvarende vis kan borgeren vælge ikke at tage imod et tilbud om midlertidigt ophold efter § 84, stk. 2, og i stedet vælge at få den eventuelt fornødne hjælp i egen bolig.

Det fremgår af ældrelovens § 16, at kommunalbestyrelsen skal tilbyde afløsning eller aflastning til en ægtefælle eller andre nære pårørende, der passer en person, der er omfattet af loven. Personer, der er omfattet af loven, vil være personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne over folkepensionsalderen. Aflastning gives udenfor hjemmet, f.eks. i form af et dag-, nat- eller døgnophold på plejehjem eller i plejebolig, mens afløsning gives i hjemmet.

Tilbud efter ældrelovens § 16 retter sig mod den person, der passer en plejekrævende person i hjemmet. Formålet er at imødegå den både fysiske og psykiske belastning, det kan være at passe en plejekrævende person i hjemmet. Det er ikke formålet med § 16, at tilbyde aflastningsophold til personer, der primært har behov for f.eks. kompleks sundhedsfaglig behandling i forlængelse af en sygehusindlæggelse.

Det fremgår af ældrelovens § 17, at kommunerne kan tilbyde midlertidigt ophold for personer, der i en periode har et særligt behov for pleje og omsorg. Personer, der er omfattet af loven, vil være personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne over folkepensionsalderen.

Ifølge bemærkningerne til ældrelovens § 17, jf. Folketingstidende 2024-25, Tillæg A, L 89 som fremsat, side 71, bør tilbud om midlertidigt ophold ligesom i dag rettes mod personer, der bor alene, og som midlertidigt har

et særligt behov for pleje og omsorg, og hvor et midlertidigt ophold vurderes at være den bedste løsning, hvis der skal ydes den optimale pleje og omsorg. Videre fremgår det af bemærkningerne, at tilbuddet også vil kunne omfatte almindelig sygepleje som f.eks. medicinhåndtering. Tilbuddet omfatter ikke borgere, der primært har behov for kompleks sundhedsfaglig behandling i forlængelse af en sygehusindlæggelse.

Kommunen er ikke forpligtet til at tilbyde et midlertidigt ophold. Det betyder, at kommunen f.eks. kan vælge i stedet at give den fornødne hjælp i borgerens egen bolig.

Kommunerne kan også tilbyde borgeren ophold på en midlertidig plads efter sundhedsloven som led i en sundhedsfaglig indsats, f.eks. i forbindelse med indsatser efter reglerne om kommunal sygepleje og genoptræning efter udskrivning fra sygehus efter sundhedslovens §§ 138-140. Borgerne kan således modtage den nødvendige sundhedsfaglige indsats efter sundhedsloven på midlertidige pladser, i det omfang der er et sundhedsfagligt behov for døgndækkende tilbud.

Det fremgår af vejledning om vederlagsfri hjemmesygepleje ved kommunale akutfunktioner nr. 9235 af 21. marts 2019, at en kommunal akutplads i sygeplejen ofte vil være placeret på et rehabiliterings- eller plejecenter i kommunen. Akutpladserne kan være fleksible, da de også bruges til øvrige kommunale ophold, der ikke nødvendigvis omfatter de sygeplejefaglige opgaver, som en akutfunktion varetager. Pladsen kan ændre karakter, hvis borgerens behov skifter fra sygeplejefaglig indsats til hjælp efter serviceloven.

Tilbuddet om et midlertidigt ophold på en akutplads er ikke et krav i Sundhedsstyrelsens kvalitetstandarder om kommunale akutfunktioner af 19. september 2023, men en mulighed i kommunernes organisering af den kommunale akutfunktion.

Der er i gældende sundhedslovgivning ikke eksplicitte regler om midlertidige døgnophold som led i genoptræningsindsatser efter udskrivning fra sygehuset. Borgerens behov i forbindelse med genoptræning efter udskrivning fra sygehuset kan fordre enten ambulante indsatser eller døgndækkende indsatser. Borgerens behov kan ændre sig undervejs i et forløb. Kommunerne tilrettelægger selv indsatserne ud fra borgerens samlede behov. Hvis en borger har behov for døgndækkende indsatser, kan opholdet f.eks. finde sted på et kommunalt opholdssted efter anden lovgivning, kommunerne kan oprette pladser til formålet eller indsatserne kan finde sted i borgerens eget hjem.

Det følger af bekendtgørelse om betaling for generelle tilbud og for tilbud om personlig og praktisk hjælp m.v. efter servicelovens §§ 79, 83 og 84 (betalingsbekendtgørelsen), jf. servicelovens § 161, at der kan opkræves egenbetaling for ydelser efter servicelovens § 84 om aflastning, afløsning og midlertidigt ophold. Der kan således opkræves egenbetaling for kost, linned, tøjvask og lignende for borgere i forbindelse med ophold på en midlertidig plads efter serviceloven, herunder aflastningspladser.

Det følger af ældrelovens § 21, at der kan opkræves egenbetaling for hjælp efter ældrelovens §§ 16 og 17.

Efter sundhedslovens regler om kommunal sygepleje er det præciseret i en bekendtgørelsesændring nr. 165 af 26. februar 2019, at sygepleje, der i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, leveres ved en kommunal akutfunktion, organiseret som en kommunal akutplads, også omfatter kost, linned, tøjvask og lignende, hvilket kommunerne således ikke kan opkræve egenbetaling for.

Kommunerne skal efter servicelovens § 4 sikre, at der er de nødvendige tilbud i henhold til servicelovens bestemmelser ved brug af egne tilbud eller gennem samarbejde med andre kommuner, regioner eller private tilbud.

Dette indebærer blandt andet, at kommunerne kan indgå aftaler med regioner om, at regionerne varetager hele eller dele af driften af aflastningsophold og midlertidige pladser efter serviceloven.

Kommunerne skal efter ældrelovens § 28 sikre, at der er de nødvendige tilbud i henhold til ældrelovens bestemmelser ved brug af egne tilbud eller gennem samarbejde med andre kommuner, regioner eller private.

Dette indebærer blandt andet, at kommunerne kan indgå aftaler med regioner om, at regionerne varetager hele eller dele af driften af aflastningsophold og midlertidige pladser efter ældreloven.

Patienter, der behandles på midlertidige pladser, køber som udgangspunkt den nødvendige medicin på et apotek og modtager tilskud til medicinen efter sundhedslovens regler.

Der er mulighed for, at bl.a. læger og sygeplejersker kan udlevere lægemidler til en patient fra et fælles medicinskab, indtil patienten f.eks. kan komme på apoteket og hente et receptpligtigt lægemiddel.

Det følger af lægemiddellovens § 39, stk. 1, at fremstilling, indførsel, udførsel, oplagring, forhandling, fordeling, udlevering, opsplitning og emballering af lægemidler til mennesker og dyr kun må ske med tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen. Lægemiddellovens § 39, stk. 3, undtager i nr. 1-14 en række institutioner og personer fra kravet i lovens § 39, stk.

1, om tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen til at udføre de i stk. 1 nævnte aktiviteter med lægemidler.

Det følger af lægemiddellovens § 39, stk. 3, nr. 1, at hovedreglen i stk. 1 ikke gælder for sygehuses og andre behandlende institutioners fordeling, opsplitning og udlevering af lægemidler til mennesker og dyr, som skal bruges i behandlingen.

Det følger desuden, at kommuner og private virksomheder i medfør af lægemiddellovens § 39, stk. 3, nr. 13 kan opbevare medicin i et fælles medicinskab til brug for sygeplejerskers og lægers behandling af patienter på midlertidige pladser, akutpladser og døgnophold og i eget hjem. Baggrunden herfor er bl.a., at der hurtigt kan iværksættes behandling, som ellers skulle afvente, at lægemidlerne blev afhentet på et apotek. Det fælles medicinskab vil kunne tilgås af sundhedsfagligt personale, som enten har et forbeholdt virksomhedsområde, eller som virker som medhjælp til en læge eller sygeplejerske. Lægemidlerne i medicinskabet vil skulle rekvireres fra et apotek af en læge eller sygeplejerske inden for deres respektive forbeholdte virksomhedsområder.

3.2.2. Sundheds- og Kirkeministeriets overvejelser

Det er Sundheds- og Kirkeministeriets vurdering, at det af lovtekniske årsager er nødvendigt at nyaffatte § 118 e om sundheds- og omsorgspladser, der træder i kraft d. 1. januar 2027, i sammenhæng med den foreslåede nye § 118 f om frit valg til sundheds- og omsorgspladser.

Med Aftale om sundhedsreform 2024 er aftalepartierne enige om, at myndighedsansvaret for visse kommunale sundhedsopgaver skal flyttes til regionerne. Nærhed for borgerne kombineret med mere ensartet kvalitet i hele landet har været pejlemærker for overvejelserne bag de konkrete opgaveflytninger. Et andet overordnet hensyn bag opgaveflytningerne er, at flere sundhedsopgaver bør løses af samme myndighed, som har ansvaret for sygehuse og de almenmedicinske tilbud, hvormed der skabes bedre incitamenter for forebyggende indsatser og for at skabe bedre rammer for sammenhæng mellem sundhedsopgaver på tværs af sundhedsvæsenet. Regionsrådet vil med ansvaret for den samlede sundhedsplanlægning få bedre mulighed for at understøtte omstillingen af, at mere behandling kan foregå i det nære sundhedsvæsen.

Etablering af sundheds- og omsorgspladser gennem overdragelse af ansvaret for målgruppen for de nuværende akutpladser og hovedparten af øvrige midlertidige pladser er en del af den samlede flytning af myndighedsansvaret for udvalgte sundhedsopgaver fra kommunerne til regionerne, som bl.a. skal sikre, at flere opgaver løses af den samme myndighed, der har ansvaret for sygehuse og almenmedicinske tilbud.

Aftalepartierne er enige om, at etablering af sundheds- og omsorgspladser i sundhedsloven skal fremme kvalitet og kontinuitet for borgerne samt sikre, at langt flere oplever en tidlig, nær og sammenhængende indsats. Det skal styrke sammenhæng til sygehusindsatserne samt sikre højere grad af lægedækning på området, så (gen)indlæggelser forebygges. Det er et vigtigt element i omstillingen af sundhedsvæsenet, som vil reducere kassetænkning på området.

Aftalepartierne er også enige om, at regionerne kan indgå aftaler med private leverandører om at drive sundheds- og omsorgspladser, forudsat at disse lever op til relevante krav på området, herunder i forhold til kvalitet.

Et særligt hensyn bag beslutningen om flytning af ansvaret for borgere med behov for sundhedsfaglige indsatser, der ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges under ophold i eget hjem, som i dag varetages på akutpladser og hovedparten af øvrige midlertidige pladser i kommunerne, til sundheds- og omsorgspladser i regionerne, er at give regionerne mulighed for at skabe større sammenhæng til sygehusindsatserne samt sikre en højere grad af lægedækning på området, så flere indlæggelser og genindlæggelser forebygges. Flytning af ansvaret skal også modvirke kassetænkning, f.eks. ved at den myndighed, som investerer i en indsats, også høster gevinsten heraf. Det skal også sikre, at borgere, der er færdigbehandlede i sygehusregi, med behov for sundhedsfaglige indsatser, som ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges under ophold i eget hjem, kan udskrives til et tilbud af høj kvalitet. Der skal bl.a. være bedre mulighed for at trække på relevante specialistkompetencer på sygehuset. Et yderligere hensyn er, at patienter, der har brug for en sundhedsfaglig indsats og et midlertidigt ophold, og som ikke har behov for indlæggelse på sygehus, skal kunne modtage ensartede tilbud om midlertidigt ophold efter sundhedsloven over hele landet uden egenbetaling. I forlængelse heraf har aftalepartierne i aftalen lagt vægt på, at sundheds- og omsorgspladser som udgangspunkt skal være til stede i alle kommuner, med mindre der er hensyn til faglig og organisatoriske bæredygtighed, der taler imod det.

På den baggrund er det ambitionen, at sundheds- og omsorgspladserne skal spille en central rolle i det nære sundhedsvæsen. De skal bidrage til opbygningen af et stærkt nært sundhedsvæsen ved at sikre tilbud om midlertidige ophold for personer med behov for en sundhedsfaglig indsats uden for eget hjem, og som er af høj og ensartet kvalitet på tværs af landet.

3.2.3. Den foreslåede ordning

I overensstemmelse med Aftale om sundhedsreform 2024 foreslås det, at ansvaret for ophold og indsatser for en større gruppe borgere med behov for sundhedsfaglige indsatser, som i dag varetages på kommunale akutpladser og hovedparten af øvrige midlertidige pladser, flyttes til regionerne.

Forslaget vil medføre, at regionsrådet vil være ansvarligt for at tilbyde ophold og indsatser på sundheds- og omsorgspladser til personer, der vil have behov for et midlertidigt ophold for at modtage sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, som ikke hensigtsmæssigt

kan tilrettelægges under ophold i eget hjem og heller ikke kræver sygehusindlæggelse. Målgruppen for sundheds- og omsorgspladser vil omfatte borgere med somatisk sygdom og eventuel samtidig psykisk lidelse, der vil have behov for sundhedsfaglige indsatser i tilfælde, hvor der f.eks. er akut opstået sygdom, forværring af kendt sygdom eller helbredstilstande med komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, f.eks. efter udskrivelse fra sygehus.

Det vil være regionen, f.eks. en medarbejder på sundheds- og omsorgspladsen, der tildeler ophold på en sundheds- og omsorgsplads på baggrund af en konkret sundhedsfaglig helhedsvurdering af, om den enkelte person opfylder kriterierne for ophold. Det er hensigten, at f.eks. sygehusafdelinger, den kommunale sygepleje og almenmedicinske tilbud skal kunne henvise borgere til en sundheds- og omsorgsplads.

I helhedsvurderingen vil det primære kriterium skulle være det sundhedsfaglige behov, som kan omfatte sundhedsfaglige indsatser som observation, pleje og/eller behandling og genoptræning. I mange forløb vil der desuden indgå en basal palliativ indsats. Det vil være et afgørende princip for ophold på pladserne, at borgerens sundhedsfaglige behov fordrer adgang til lægefaglige kompetencer, herunder at borgernes behov afgør adgangen til specialistkompetence. Behovet for adgang til lægefaglige kompetencer vil desuden kunne variere inden for målgruppen. Derudover vil andre forhold, der vil kunne påvirke muligheden for tilrettelæggelsen af indsatsen under ophold i eget hjem, også skulle tages i betragtning. Det vil kunne skyldes flere forhold, når de sundhedsfaglige indsatser ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges i borgerens eget hjem, f.eks. praktiske forhold eller hensynet til organisatorisk bæredygtighed, herunder også økonomisk effektivitet.

Tildelingen af ophold på sundheds- og omsorgspladser vil skulle ske uafhængigt af, hvor borgeren forudgående har haft ophold. En borger vil f.eks. kunne tildeles et ophold på en sundheds- og omsorgsplads efter udskrivelse fra et sygehus eller direkte fra eget hjem, herunder plejebolig, plejehjem m.v.

Med de foreslåede regler vil borgere, der primært har behov for personlig pleje og praktisk hjælp som led i helhedspleje efter ældreloven eller personlig pleje og praktisk hjælp efter serviceloven ikke skulle tildeles ophold på sundheds- og omsorgspladser. Borgere, der primært har behov for socialfaglige indsatser, vil heller ikke skulle tildeles ophold på sundheds- og omsorgspladser.

Det foreslås, at regionsrådet vil få ansvaret for at levere og finansiere de sundhedsfaglige indsatser med et samlet rehabiliterende sigte, som borgerne vil have behov for under opholdet. Regionerne vil desuden være ansvarlige for at levere og finansiere den nødvendige pleje og omsorg, der indgår i den samlede indsats, som borgerne skal modtage på sundheds- og omsorgspladserne.

Der vil være tale om en række sundhedsfaglige indsatser som f.eks. observation, pleje og/eller behandling, genoptræning og basal palliation, der tilsammen har et rehabiliterende sigte med henblik på at forbedre, vedligeholde eller forsinke forringelse af borgerens fysiske og kognitive funktioner. Indsatsen vil både kunne være forebyggende for sygehusindlæggelser og opfølgende efter en indlæggelse. Hensigten er ikke, at indsatserne skal kræve sygehuskompetencer eller specialiseret hospitalsudstyr, da sådanne tilfælde vil skulle håndteres på et sygehus.

Sundheds- og omsorgspladser vil skulle organiseres, så der er fast tilknytning af lægefaglige kompetencer, f.eks. speciallæger i almen medicin eller geriatri. Borgernes behov for adgang til lægefaglige kompetencer vil kunne variere i omfang og karakter inden for målgruppen for sundheds- og omsorgspladser.

Regionerne vil have ansvar for at koordinere i forhold til sundhedsindsatser m.v., som ikke er relateret til formålet med opholdet på en sundheds- og omsorgsplads, eller som ikke er omfattet af regionernes myndighedsansvar.

En tidlig og løbende koordinering og informationsudveksling mellem region og kommune vil være afgørende for at sikre sammenhæng i borgerens forløb og forberede relevante kommunale indsatser f.eks. efter ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Dette vil styrke overgangen for borgeren og mindske risikoen for genindlæggelse på sygehus. F.eks. vil medarbejdere på sundheds- og omsorgspladsen også skulle koordinere med borgerens almenmedicinske tilbud, når det er relevant.

Regioner og kommuner vil blandt andet skulle være særligt opmærksomme på at skabe sammenhængende og koordinerede forløb for borgere, der vurderes at kunne have behov for plejebolig, plejehjem m.v. Det vil f.eks. også kunne være relevant for borgere med sociale udfordringer, at regionen og kommunen koordinerer socialfaglige tilbud og indsatser fra kommunen under et ophold på en sundheds- og omsorgs plads.

Det foreslås, at regionsrådet vil kunne tilvejebringe tilbud om midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser ved at etablere tilbud på egne institutioner eller ved indgåelse af aftale herom med et andet regionsråd, kommunalbestyrelse eller privat institution.

Andre regioner, kommuner eller private institutioner vil med understøttelse af regionen skulle leve op til relevante krav for sundheds- og omsorgspladser, herunder for krav der følger af kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser, der træder i kraft den 1. januar 2027. Regionerne vil have myndighedsansvar for opgavevaretagelsen på de nye sundheds- og omsorgspladserne, også i tilfælde hvor driften er udlagt til andre aktører. Det indebærer bl.a., at regionerne skal sikre, at kvaliteten af tilbuddene lever op til både lovgivningsmæssige krav og standarder for området.

Et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser vil endvidere kunne indgå samarbejde om sundheds- og omsorgs-

pladser efter § 118 d i sundhedsloven. Bestemmelsen giver mulighed for, at regioner og kommuner kan indgå kontrakter om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, herunder sundheds- og omsorgspladser.

Det foreslås, at sundhedsministeren får hjemmel til at fastsætte nærmere regler om sundheds- og omsorgspladser.

Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer, at det er hensigtsmæssigt, at ministeren bemyndiges til at kunne fastsætte nærmere regler i det omfang, der måtte opstå behov herfor. Formålet vil blandt andet være at kunne forebygge uklarhed om ansvarsplacering samt at kunne understøtte sammenhængende forløb for borgerne.

Der vil desuden kunne fastsættes kvalitetsstandarder om indsatser på sundheds- og omsorgspladserne i medfør af sundhedslovens § 118 b.

Disse kvalitetsstandarder vil blive udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, som således vil kunne fastsætte forpligtende kvalitetskrav og -anbefalinger om blandt andet kapacitet, udstyr og sundhedsfagligt indhold.

Der vil, som en del af kvalitetsstandarderne, blive udarbejdet 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 tildele ophold på en sundheds- og omsorgsplads og tilsvarende afslutte opholdet.

Kvalitetsstandarder vil blandt andet også indeholde beskrivelse af behandlingsansvaret under ophold på sundheds- og omsorgspladser. Det forventes yderligere, at standarderne vil beskrive relevante lægefaglige specialer i forhold til f.eks. sparring og rådgivning i forhold til at kunne imødekomme borgernes forskellige behov i forbindelse med ophold på sundheds- og omsorgspladser.

Kvalitetsstandarderne vil bl.a. også omfatte overordnede overvejelser vedrørende f.eks. overgang til kommunale indsatser, der kan være relevante for nogle borgere efter afsluttet ophold. Det kan f.eks. være borgere med fortsat behov for genoptræning i kommunen efter sundhedslovens § 139 a, der træder i kraft den 1. januar 2027. Kvalitetsstandarderne udarbejdes med inddragelse af relevante aktører og eksisterende fagligt vidensgrundlag.

Sundhedsstyrelsen har den 19. februar 2026 efter bemyndigelse og anmodning fra daværende indenrigs- og sundhedsminister udgivet kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser i medfør af § 118 b, stk. 1, i sundhedsloven med virkning fra den 1. januar 2027.

Det bemærkes, at nyaffattelsen af den foreslåede § 118 e foretages af lovtekniske årsager og sker i sammenhæng med den foreslåede § 118 f, jf. nedenfor. Der er med nyaffattelsen ikke foretaget indholdsmæssige ændringer i forhold til bestemmelsen i § 118 e, der blev vedtaget i lov nr. 1761 af 29. december 2025.

3.3. Frit valg for sundheds- og omsorgspladser

3.3.1. Gældende ret

Der skal etableres sundheds- og omsorgspladser fra den 1. januar 2027, jf. ovenstående pkt. 3.2.3.

Regionsrådet vil som del af sit myndighedsansvar på området skulle føre tilsyn og kontrol med sundheds- og omsorgspladserne, herunder også sundheds- og omsorgspladser som drives helt eller delvist af en kommune, region eller privat institution efter aftale med et regionsråd, samt sundheds- og omsorgspladser som en kommune driver i samarbejde med en region som led i et horisontalt samarbejde efter sundhedslovens § 118 d.

Regionsrådet vil bl.a. skulle sikre sig, at sundheds- og omsorgspladserne lever op til gældende krav, herunder bl.a. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser, der er fastsat med hjemmel i sundhedslovens § 118 b, stk. 1.

Sundheds- og omsorgspladser vil fra 1. januar 2027 være omfattet af Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med behandlingssteder efter sundhedsloven. Det indebærer efter sundhedslovens § 213 c, stk. 1 og 213 d, stk. 1, at sundheds- og omsorgspladser skal lade sig registrere i Styrelsens for Patientsikkerheds behandlingsregister og betale gebyr. Et behandlingssted med sundheds- og omsorgspladser, der har flere læger tilknyttet, vil være omfattet af registreringskategori 2. Et behandlingssted med sundheds- og omsorgspladser, der har én læge eller flere læger tilknyttet, som sammenlagt udfører lægelig behandling maksimalt svarende til én fuldtidsstilling, vil være omfattet af kategori 3. Både regionale, kommunale og private leverandører af sundheds- og omsorgspladser er omfattet af Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn.

Den behandling, der udføres på sundheds- og omsorgspladserne, er desuden omfattet af reglerne i klage- og erstatningsloven. Det betyder bl.a., at patienter kan klage til Styrelsen for Patientklager over den sundhedsfaglige virksomhed, der udføres på sundheds- og omsorgspladserne.

Der findes ikke regler om frit valg i forbindelse med midlertidige ophold eller lignende, mens der gælder frit valg på andre områder i sundhedsvæsenet, herunder frit sygehusvalg.

Det følger af sundhedslovens § 75, stk. 2, at et regionsråd kan indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private institutioner som led i løsningen af sygehusvæsenets opgaver.

Det følger videre af sundhedslovens § 75, stk. 5, at sundhedsministeren efter ansøgning fra en privat institution som nævnt i sundhedslovens § 75, stk. 2, kan bestemme, at frit

valgs-reglerne i § 86 helt eller delvist skal finde anvendelse på institutionen.

Det fremgår af bemærkninger til sundhedslovens § 75, stk. 5, jf. Folketidende 2004-2005, 2. samling, tillæg A, side 7120, at bestemmelsen alene skal bruges, når der er særligt behov for de ydelser, som et sygehus m.v. tilbyder. Bestemmelsen kan bl.a. bruges, når private sygehuse med høj ekspertise har driftsaftale med et amt (nu region) om at varetage amtets patientbehandling inden for et nærmere bestemt behandlingsområde. Det sigter bl.a. mod at undgå en udhuling af det frie sygehusvalg, når et amt lægger en behandling ud på et privat sygehus. Ved behandling af en konkret ansøgning om at blive omfattet af det frie sygehusvalg, vil det amtsråd (nu regionsråd), som institutionen har overenskomst med, blive hørt. Det vil ved afgørelsen blive tillagt vægt, om amtet mere eller mindre permanent har løst sin sygehusopgave inden for et givent behandlingsområde ved at indgå overenskomst med den pågældende private institution. En tilladelse vil i givet fald omfatte det givne behandlingsområde, og som udgangspunkt gælde, så længe som overenskomsten med amtsrådet løber. Er overenskomsten derimod begrænset til et bestemt antal behandlinger eller er af midlertidig karakter, f.eks. fordi den har til formål at nedbringe en venteliste, vil der som udgangspunkt ikke blive givet tilladelse efter bestemmelsen.

Det følger videre af sundhedslovens § 86, stk. 1, at en person, der er henvist til sygehusbehandling, kan vælge, hvilket offentligt sygehus patienten vil behandles på. Retten til frit sygehusvalg gælder også til visse private specialsygehuse m.fl.

Det følger af sundhedslovens § 86, stk. 2, at et sygehus kan afvise at modtage personer, hvis det er begrundet i kapacitetsmæssige årsager, og hvis væsentlige hensyn til personer med bopæl i regionen ellers vil blive tilsidesat. Af vejledning om frit sygehusvalg m.v. fremgår det endvidere, at et sygehus kan afvise en patient, hvis det kan begrundes i kapacitetsmæssige årsager, og hvis væsentlige hensyn til patienter med bopæl i sygehusets optageområde ellers ville blive tilsidesat.

Det følger af sundhedslovens § 86, stk. 3, at sundhedsministeren efter forhandling med relevante ressortministre kan fastsætte regler om, at visse personer ikke har ret til selv at vælge sygehus. Det gælder f.eks. borgere, der er anbragt i institutioner under Danmarks Fængsler.

3.3.2. Sundheds- og Kirkeministeriets overvejelser

Med sundhedsreformen er aftalepartierne enige om, at regionale sundheds- og omsorgspladser omfattes af en ret til frit valg, så borgerne har mulighed for at vælge den sundheds- og omsorgsplads, der passer den enkelte.

Det fremgår endvidere af Sommeraftale 2026 om implementering af sundhedsreformen mellem regeringen (Socialdemokratiet, Socialistisk Folkeparti, Moderaterne og Radikale Venstre), Danske Regioner og KL, at regeringen vil fremsætte lovforslag med etablering af det frie valg til sundheds- og omsorgspladser, som tager udgangspunkt i de tilsvarende regler for frit sygehusvalg, herunder mulighed for at prioritere lokale borgere af kapacitetsmæssige hensyn.

For at sikre borgerne mulighed for ophold i det område af landet, de ønsker, er det efter Sundheds- og Kirkeministeriets opfattelse afgørende, at det frie valg skal gælde sundheds- og omsorgspladser i hele landet og uanset den enkelte borgers bopælsregion.

Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer herunder, at sundheds- og omsorgspladser, som en kommune varetager på vegne af en region som en del af et horisontalt samarbejde, skal omfattes af frit valg. Det lægges i den forbindelse vægt på, at tilvejebringelse af det frie valg på tværs af regionerne kan anses for en del af regionens myndighedsansvar og derfor kan leveres under en horisontal samarbejdsaftale.

Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer desuden, at sundhedsministeren skal bemyndiges til at kunne beslutte, at private institutioner med sundheds- og omsorgspladser, der tilvejebringer en fast del af kapaciteten af sundheds- og omsorgspladser for sundheds- og omsorgspladser efter aftale med en region, også skal kunne omfattes af retten til frit valg til sundheds- og omsorgspladser efter ansøgning. Det skal sikre, at private institutioner får tilsvarende muligheder for at blive omfattet af retten til frit valg til sundheds- og omsorgspladser som under ordningen om frit sygehusvalg. Det skal understøtte, at retten til frit valg til sundheds- og omsorgspladser ikke udhules, når en region tilvejebringer en fast del af kapaciteten af sundheds- og omsorgspladser gennem en privat institution. Samtidig skal modellen give mulighed for, at en region f.eks. kan indgå en korterevarende aftale med en privat leverandør ved midlertidige kapacitetsudfordringer, uden at disse pladser omfattes af frit valg.

Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer desuden, at regionsrådet undtagelsesvist skal kunne afvise borgere af kapacitetsmæssige hensyn på et tilbud om sundheds- og omsorgspladser af hensyn til regionens egne borgere, herunder for at undgå, at borgere får betydeligt længere afstand til sundheds- og omsorgspladser som følge af manglende kapacitet i nærområdet. Der skal endvidere være tilsvarende mulighed for at kunne fastsætte regler om begrænsning af retten til frit valg til sundheds- og omsorgspladser for visse persongrupper som ved frit sygehusvalg, herunder f.eks. personer, der er anbragt i institutioner under Danmarks Fængsler.

Endelig er det Sundheds- og Kirkeministeriet vurdering, at borgerne skal kunne klage over regionsrådets afgørelser m.v. om frit valg til sundheds- og omsorgspladser til Styrelsen for Patientklager. Behovet for at kunne klage over regionernes afgørelser m.v. efter de foreslåede regler om frit valg til sundheds- og omsorgspladser opstår først og fremmest som følge af, at regionsrådet i visse situationer vil kunne afvise en borger, hvis det sker af kapacitetsmæssige årsager, og

hvis væsentlige hensyn til personer med bopæl i regionen eller vil blive tilsidesat.

3.3.3. Den foreslåede ordning

I overensstemmelse med Aftale om sundhedsreform 2024 foreslås det, at personer, der tilbydes ophold på en sundheds- og omsorgsplads, vil få ret til frit valg til sundheds- og omsorgspladser.

Den foreslåede ordning vil medføre, at sundheds- og omsorgspladser omfattes af en ret til frit valg. Borgere, der af egen bopælsregion tilbydes ophold på en sundheds- og omsorgsplads efter gældende kriterier, vil således kunne vælge mellem tilbud om sundheds- og omsorgspladser i hele landet.

Den foreslåede ordning vil omfatte sundheds- og omsorgspladser både inden for og uden for borgerens bopælsregion. Den vil også omfatte sundheds- og omsorgspladser, som en kommune driver i samarbejde med en region som led i et horisontalt samarbejde efter sundhedslovens § 118 d.

Det foreslås, at sundhedsministeren bemyndiges til samtidig at kunne beslutte, at en privat leverandør, som indgår aftale med en region om at tilvejebringe sundheds- og omsorgspladser efter § 118 e, stk. 3, efter ansøgning, kan omfattes af retten til frit valg af sundheds- og omsorgspladser efter den foreslåede § 118 f i sundhedsloven.

Det er forventningen, at der ved imødekommelse af en ansøgning fra en privat institution om at blive omfattet af retten til frit valg, vil blive lagt vægt på, at en region har indgået en aftale med den private leverandør om at tilvejebringe en fast kapacitet af sundheds- og omsorgspladser i regionen. Det vil som udgangspunkt være tilfældet, når aftalen er indgået for en længere periode, typisk af mindst et års varighed, og vedrører hovedparten af målgruppen for sundheds- og omsorgspladser efter Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder. Det er ikke forventningen, at en ansøgning som udgangspunkt skal kunne imødekommes, hvis en region alene har indgået en korterevarende aftale med en privat leverandør om tilvejebringelse af sundheds- og omsorgspladser, f.eks. om et begrænset antal ophold. Det forventes, at korterevarende aftaler især vil kunne være relevante i situationer, hvor en region skal disponere over pladserne i forbindelse med en midlertidig kapacitetsudfordring. Det er heller ikke forventningen, at en ansøgning som udgangspunkt skal kunne imødekommes, hvis en region alene har indgået aftale med en privat leverandør om tilvejebringelse af sundheds- og omsorgspladser for en afgrænset del af målgruppen for sundheds- og omsorgspladser, der har behov for særlige kompetencer, som ikke nødvendigvis kan være til stede på alle pladser.

Den foreslåede ordning vil også medføre, at regionsrådet vil kunne afvise at modtage en borger efter reglerne om frit valg på et tilbud om sundheds- og omsorgspladser af kapacitetsmæssige årsager, og hvis væsentlige hensyn til personer med bopæl i regionen ellers vil blive tilsidesat. Det kan eksempelvis være tilfældet, hvis modtagelsen vil begrænse muligheden for at tilbyde personer med bopæl i tilbuddets nærområde en plads på tilbuddet, så disse borgere får betydeligt længere til en sundheds- og omsorgsplads.

Hvis en borgers valg af sundheds- og omsorgsplads ikke vil kunne imødekommes på grund af kapacitetsmangel, vil borgeren af bopælsregionen kunne anvises et andet tilbud, der i videst muligt omfang tilgodeser borgerens ønsker og behov.

Den foreslåede ordning vil derudover indebære, at sundhedsministeren bemyndiges til at kunne fastsætte nærmere regler for afvisning af fritvalgsborgere til sundheds- og omsorgspladser af kapacitetsmæssige årsager m.v. samt regler om regionsrådets forpligtelse til at oplyse borgere om deres muligheder for frit valg i forbindelse med tildeling af ophold på sundheds- og omsorgspladser.

Den foreslåede ordning vil endvidere indebære, at sundhedsministeren efter forhandling med justitsministeren, socialministeren, børne-, ældre- og boligministeren og udlændinge- og integrationsministeren vil kunne fastsætte regler om, at visse personer ikke har ret til selv at vælge sundheds- og omsorgsplads. Det vil f.eks. kunne omfatte personer, der er anbragt i institutioner under Danmarks Fængsler. Den foreslåede bemyndigelse vil således give mulighed for at begrænse retten til selv at vælge sundheds- og omsorgsplads for den samme personkreds, som efter gældende regler kan få begrænset retten til selv at vælge sygehus. For personer, der er anbragt i institutioner under Danmarks Fængsler, vil en sådan begrænsning bl.a. kunne begrundes i sikkerhedsmæssige hensyn.

Det foreslås derudover, at regionsrådets afgørelser m.v. om frit valg til sundheds- og omsorgspladser skal kunne påklages til Styrelsen for Patientklager.

Forslaget vil betyde, at borgere vil få adgang til at klage over afgørelser m.v. om frit valg til sundheds- og omsorgspladser. En borger, der f.eks. mener, at regionsrådet uberettiget har afvist borgerens anvendelse af retten til frit valg, vil således med forslaget kunne påklage denne afgørelse til Styrelsen for Patientklager. Hvis Styrelsen for Patientklager vurderer, at betingelserne for en afvisning af en borgers frie valg til en sundheds- og omsorgsplads ikke er opfyldt, vil styrelsen kunne træffe en afgørelse med kritik til regionen.

Den foreslåede ordning vil yderligere medføre, at det i sundhedsloven præciseres, at den region, der yder sundheds- og omsorgspladsen, vil kunne opkræve bopælsregionen betaling herfor. Hvis en borger får ophold på en sundheds- og omsorgsplads i en anden region via de foreslåede regler om frit valg, vil opholdsregionen således kunne opkræve betaling fra bopælsregionen for udgifterne hertil.

Den foreslåede ordning vil yderligere indebære, at sundhedsministeren bemyndiges til at kunne fastsætte nærmere regler om bopælsregionens betaling for en borgers ophold

og indsatser ved en anden regions sundheds- og omsorgsplads.

For nærmere om de foreslåede bestemmelser om betaling for en borgers ophold og indsatser ved en anden regions sundheds- og omsorgspladser efter § 246 b, stk. 2 og 3, henvises til lovforslagets § 1, nr. 10, og bemærkningerne hertil.

3.4. Befordring til sundheds- og omsorgspladser

3.4.1. Gældende ret

Sundhedsloven indeholder ikke regler om befordring eller befordringsgodtgørelse til midlertidige døgndækkede tilbud i kommuner eller regioner, herunder regionale sundheds- og omsorgspladser.

Ved vedtagelsen af lov nr. 1761 af 29. december 2025, der træder i kraft den 1. januar 2027, blev det fastlagt, at der i overensstemmelse med sundhedsreformen skal etableres sundheds- og omsorgspladser. Etablering af sundheds- og omsorgspladser følger af overdragelsen af ansvaret for målgruppen for de nuværende akutpladser og hovedparten af øvrige midlertidige pladser og er en del den samlede flytning af myndighedsansvaret for udvalgte sundhedsopgaver fra kommunerne til regionerne.

Det følger af § 118 e, stk. 1 i sundhedsloven, at regionsrådet skal tilbyde vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser til personer, der har bopæl i regionen, og som har behov for sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, hvis disse ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt under ophold i eget hjem. For nærmere om § 118 e i sundhedsloven, der af lovtekniske årsager nyaffattes i dette lovforslag, henvises der til lovforslagets pkt. 3.2.3 ovenfor.

Ved en "sundheds- og omsorgsplads" forstås en stationær plads til et midlertidigt ophold uden for sygehusregi. Pladsen vil f.eks. kunne ligge på en regional matrikel eller en kommunal matrikel, som regionen har råderet over f.eks. via leje- og leasingaftale. Det fremgår videre, at målgruppen for sundheds- og omsorgspladser omfatter personer med somatisk sygdom og eventuel samtidig psykisk lidelse, der f.eks. har akut opstået sygdom, forværring af kendt sygdom eller helbredstilstande med komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, f.eks. efter udskrivelse fra sygehus. Regionerne vil være ansvarlige for ophold og de sundhedsfaglige indsatser som f.eks. observation, pleje og/eller behandling, genoptræning og basal palliation, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, og som ikke hensigtsmæssigt vil kunne tilrettelægges under ophold i eget hjem, herunder plejebolig, plejehjem m.v., jf. lovforslagets § 1, nr. 2, og bemærkningerne hertil.

Derudover nævnes det i bemærkningerne til sundhedslovens § 118 e, som blev indsat i sundhedsloven ved lov nr. 1761 af 29. december 2025, og som nyaffattes i dette lovforslag, at der vil skulle tages højde for behovet for befordring til og fra de kommende regionale sundheds- og omsorgspladser, jf. Folketingstidende, 2025-2026, tillæg A, L 42 som fremsat, side 20.

3.4.2. Sundheds- og Kirkeministeriets overvejelser

Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer, at borgere, der tildeles vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser, skal omfattes af de samme regler for befordring og befordringsgodtgørelse, som gælder for personer, der er henvist til sygehusbehandling.

Sundheds- og Kirkeministeriet lægger i den forbindelse vægt på, at sundheds- og omsorgspladser er regionale institutioner, hvor borgerne kan have ophold i en periode som led i behandling og pleje.

Derudover lægges der også vægt på, at en stor andel af målgruppen for sundheds- og omsorgspladser vil være nyudskrevne borgere fra sygehuse, og at et samlet regionalt ansvar for befordring og befordringsgodtgørelse til og fra sygehus og sundheds- og omsorgspladser kan understøtte sammenhængende forløb.

3.4.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås, at borgere, der er tildelt ophold på sundheds- og omsorgspladser, omfattes af de samme regler for befordring og befordringsgodtgørelse, som gælder for borgere, der er henvist til sygehusbehandling.

Den foreslåede ordning vil medføre, at regionsrådet yder befordring eller befordringsgodtgørelse til borgere, der i medfør af foreslåede § 118 e i sundhedsloven er tilbudt vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser, og som modtager social pension. Ved placering af opgaven hos regionsrådet er der lagt vægt på, at sundheds- og omsorgspladser er et regionalt behandlingstilbud, og at regionerne i forvejen har ansvaret for at yde befordring eller befordringsgodtgørelse til og fra sygehusbehandling.

Den foreslåede ordning vil indebære, at borgere kan få adgang til befordring eller befordringsgodtgørelse efter de betingelser og vilkår, der gælder ved sygehusbehandling i henhold til sundhedslovens kapitel 53.

Den foreslåede ordning vil indebære, at regionsrådet bliver ansvarlig for befordring eller befordringsgodtgørelse for borgere, der tildeles ophold på sundheds- og omsorgspladser f.eks. i forlængelse af et sygehusophold eller direkte fra eget hjem, herunder plejebolig m.v. Regionsrådet vil ligeledes være ansvarligt for befordring eller befordringsgodtgørelse for borgere, der afslutter ophold på sundheds- og omsorgspladser. Det forudsættes, at afslutning af ophold på en sundheds- og omsorgsplads vil være koordineret med borgerens bopælskommune i forbindelse med borgernes overgang til eget hjem, herunder plejebolig m.v.

Den foreslåede ordning vil desuden indebære, at sundhedsministeren bemyndiges til at kunne fastsætte nærmere regler om befordring eller befordringsgodtgørelse til sundheds- og omsorgspladser i samme omfang som der er mulighed for ved befordring og befordringsgodtgørelse ved sygehusbehandlinger.

3.5. Statsligt tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene og understøttelse af kommunalt og regionalt samarbejde

3.5.1. Gældende ret

Efter sundhedslovens § 246 a, stk. 1, yder staten et tilskud til regionerne til brug for aftaler mellem regionsråd og kommunalbestyrelser om økonomiske tilsagn til varetagelse af kommunale sundhedsydelser i medfør af sundhedslovens § 118 c, stk. 1-4. Herved kan de overordnede økonomiske rammer til brug for udbygning af kommunale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen ydes som et tilskud til regionerne. Tilskuddet fastsættes årligt af finansministeren med tilslutning fra Folketingets Finansudvalg.

Efter § 246 a, stk. 2, kan sundhedsministeren fastsætte nærmere regler og vilkår for fordeling, udbetaling og tilbagebetaling af det statslige tilskud. Det sker bl.a. af hensyn til at understøtte den aftalebaserede udmøntning af økonomiske rammer.

Efter sundhedslovens § 246 a, stk. 3, kan sundhedsministeren fastsætte regler om revision af det statslige tilskud til regionerne målrettet det kommunale sundhedsvæsen.

Sundhedslovens § 246 a trådte i kraft den 1. januar 2026, men har først virkning fra tilskudsåret 2027.

3.5.2. Sundheds- og Kirkeministeriets overvejelser

Det er Sundheds- og Kirkeministeriets vurdering, at det af lovtekniske årsager er nødvendigt at ophæve den gældende § 246 a og nyaffatte bestemmelsen i sammenhæng med de foreslåede ændringer af §§ 246 b og 246 c.

Det er Sundheds- og Kirkeministeriets vurdering, at der til understøttelse af aftaler i medfør af de foreslåede § 118 c, stk. 1-4, er behov for at etablere en styringsmekanisme for det statslige tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene, der skal understøtte, at tilskuddet øremærkes løft af kommunale sundhedsindsatser og understøtte kommunalt og regionalt samarbejde. Dette skal ses i lyset af, at ordningen bør indrettes på en måde, som understøtter, at den kommunale tilskyndelse til at investere i og udvikle egne sundhedsindsatser fastholdes, ligesom det er vigtigt, at ordningen understøtter den regionale interesse i vedvarende udbygning af nære tilbud i kommunerne.

Ministeriet har på baggrund af disse overordnede hensigter med den aftalebaserede model haft en række overvejelser om den mest hensigtsmæssige indretning af styringsmekanismen. I det omfang, at tilskuddet til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene har gennemslag på regionernes driftsloft for sundhedsudgifter, vil det som udgangspunkt være muligt for regionerne at anvende tilskuddet til at afholde egne udgifter finansieret af egne likvide beholdninger. Derfor har der været gjort nøje overvejelser om, hvordan det kan understøttes, at tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene til regionerne til dækning for de fastsatte minimumsrammer til aftaler om løft af kommunale sundhedsydelser faktisk anvendes efter hensigten. Det vurderes nødvendigt at etablere en mekanisme, som kan understøtte dette. Det foreslås, at der etableres en statslig styringsmekanisme rettet mod betingelser om tilbagebetaling af det øremærkede tilskud i tilfælde af manglende udmøntning.

Det vurderes nødvendigt, at sundhedsministeren får bemyndigelse til at fastsætte vilkår for anvendelse og fordeling af rammen mellem sundhedsråd, krav om revision samt tilbagebetaling af uforbrugte midler. I forlængelse kan den autoriserede regionale kontoplan i Budget- og regnskabssystemet for regioner indrettes på en sådan måde, at udmøntningen af de konkrete midler til kommunerne fremgår i såvel budgetter og regnskab.

3.5.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås, den gældende § 246 a ophæves, og at bestemmelsen nyaffattes uændret i forbindelse med de foreslåede §§ 246 b og 246 c.

Det foreslås i § 246 a, stk. 1, at de overordnede økonomiske rammer til brug for udbygning af kommunale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen ydes som et tilskud til regionerne og at tilskuddet fastsættes årligt af finansministeren med tilslutning fra Folketingets Finansudvalg.

Det forudsættes, at den videre udmøntning af økonomiske tilsagn til kommunerne, jf. bestemmelserne i § 118 c, stk. 1-4, udmøntes som direkte tilskud fra regionsrådene til kommunerne, således at tilskuddet udgør en indtægt i kommunernes serviceramme. Således forudsættes det, at de økonomiske tilskud udgør en bruttoindtægt og dermed ikke har netto gennemslag på den kommunale serviceramme. Dette indebærer, at tilskuddene fra regionerne ikke har virkning på de kommunale driftsrammer, men dog udgør et realt løft af den samlede kommunale økonomi. Det forudsættes endvidere, at tilskuddet til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene vil have virkning på det regionale driftsloft for sundhedsudgifter.

Af hensyn til at understøtte den aftalebaserede udmøntning af økonomiske rammer, jf. § 118 c, stk. 1-4, foreslås det i § 246 a, stk. 2, at sundhedsministeren kan fastsætte regler og vilkår for fordeling, udbetaling og tilbagebetaling af det statslige tilskud.

Det forudsættes, at de økonomiske minimumsrammer målrettet til kommunale sundhedsydelser som udgangspunkt

ikke kan anvendes til andre formål end aftaler med kommunalbestyrelser om løft af kommunale eller regionale sundhedsopgaver.

Dette vil indebære, at sundhedsministeren vil kunne kræve uforbrugte midler i de enkelte regioner tilbageført til staten i det omfang, at det enkelte regionsråd ikke har udmøntet minimumsrammerne til kommunerne i aftaler. Det forventes, at der vil blive fastsat regler herom i medfør af den foreslåede § 118 c, stk. 4.

Bestemmelsen skal understøtte, at såvel regionsråd som kommunalbestyrelser vil møde tilskyndelse til at indgå aftaler om løft af de kommunale sundhedsopgaver og derved understøtte omstillingen til det nære sundhedsvæsen i kommunerne. Det følger heraf, at de fastsatte minimumsrammer skal forblive uforbrugte, såfremt regionsrådene ikke udmønter disse til kommunerne i fuldt omfang.

For at understøtte en nøjagtig regnskabsførelse vedrørende det statslige tilskud til regionerne målrettet det kommunale sundhedsvæsen, herunder at sundhedsministeren kan kræve minimumsrammerne tilbageført, vurderes det i forlængelse heraf hensigtsmæssigt, at der etableres hjemmel til, at sundhedsministeren kan fastsætte regler om revision af det statslige tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene. Det forudsættes, at sådanne regler som minimum skal godtgøre, hvor store økonomiske delrammer der er blevet reserveret til de enkelte sundhedsråd, samt hvor store økonomiske tilsagn hvert sundhedsråd i de enkelte regioner har ydet til kommunerne gennem aftaler.

Yderligere er det muligt, at revisionen også kan dokumentere størrelsen af de samlede økonomiske tilsagn, der er ydet til de enkelte kommuner. Det forudsættes i forbindelse hermed, at sundhedsrådenes midler til kommunale indsatser fremgår af regionernes regnskaber, således at niveauet for den uforbrugte del af rammen kan opgøres i forbindelse med aflæggelse af regnskab. Dette skal samtidig understøtte den politiske aftale om, at regionsrådene kan prioritere midler fra sygehusdrift til nære indsatser, herunder nære kommunale indsatser, men ikke omvendt.

Det foreslås i § 246 a, stk. 3, at sundhedsministeren fastsætter regler om revision af det statslige tilskud til regionerne målrettet det kommunale sundhedsvæsen.

Det forudsættes, at regionerne senest den første hverdag i maj fremsender ovennævnte oplysninger om det foregående regnskabsår til Sundheds- og Kirkeministeriet. Der forventes at blive fastsat regler om, at ovennævnte oplysninger vil skulle revideres af regionens revisor og forsynes med revisors erklæring med henblik på at sikre en retvisende regulering. Det forventes endvidere fastsat, i disse bestemmelser, at revisionen vil skulle foretages i overensstemmelse med god offentlig revisionsskik, således som den er fastsat i § 3 i lov om revision af statens regnskaber m.m., jf. lovbekendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012.

Det bemærkes, at nyaffattelsen af den foreslåede § 246 a foretages af lovtekniske årsager og sker i sammenhæng med de §§ 246 b og c. Der er med nyaffattelsen ikke foretaget indholdsmæssige ændringer i forhold til bestemmelsen i § 246 a, der blev vedtaget i lov nr. 1761 af 29. december 2025, og som trådte i kraft d. 1. januar 2026 med virkning fra tilskudsåret 2027.

4. Regionale konsekvenser, herunder for landdistrikter

Lovforslagets del om kronikerpakker forventes at have positive regionale konsekvenser, herunder på landdistriktsområder.

Med de fastsatte frister for den personlige behandlingsplan og tilbud om opstart af patientrettet forebyggelse efter § 119, stk. 3 etableres der et grundlag for en mere ensartet opgaveløsning og tilgængelighed på tværs af landet. Forslaget forventes således at understøtte høj kvalitet i opgavevaretagelsen i områder, hvor der er flere syge borgere med stort behandlingsbehov samt understøtte og prioritere indsatser for borgere med størst behov. Disse områder vil ofte være sammenfaldende med landdistrikter.

5. Konsekvenser for opfyldelsen af FN's verdensmål

Lovforslagets del om kronikerpakker vurderes på sigt at medføre positive konsekvenser for opfyldelse af FN's verdensmål 3 "Sikre et sundt liv for alle og fremme trivsel for alle aldersgrupper".

Lovforslagets del om kronikerpakker vurderes samlet set at styrke den nære sundhedsindsats og blandt andet bidrage positivt til at undgå unødige forværringer og komplikationer og dermed bedre behandling af ikke-smitsomme sygdomme, som fremgår af delmål 3.4. Forslaget vurderes desuden at understøtte delmål 3.8 om universel sundhedsdækning.

6. Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige

Det vurderes, at lovforslagets del om kronikerpakker samt frit valg og befordring for sundheds- og omsorgspladser vil medføre økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige.

6.1. Økonomiske konsekvenser for det offentlige

Lovforslagets del om kronikerpakker vil medføre økonomiske konsekvenser for regionerne. Udmøntningen af afsatte midler til kronikerpakker i sundhedsreformen er aftalt mellem regeringen (Socialdemokratiet, Socialistisk Folkeparti, Moderaterne og Radikale Venstre), Danske Regioner og KL som den del af Sommeraftale 2026 om implementering af sundhedsreformen mellem regeringen, Danske Regioner og KL. Det fremgår heraf, at regeringen, Danske Regioner og KL er enige om, at det statslige bloktilskud til regionerne hæves med 190 mio. kr. i 2027 (2025-pl) med en stigende udgiftsprofil til 520 mio. kr. i 2031 (2025-pl) med en varig

profil på 390 mio. kr. årligt fra 2034 (2025-pl) og frem. Det fremgår af aftalen, at parterne er enige om, at de afsatte midler dækker udgiftsniveauet for udvidelsen af kvalitetsstandardens indhold og målgruppe og digital understøttelse af kronikerpakkerne. Dernæst har regionsrådene til opgave at sikre, at de almenmedicinske tilbud lever op til reglerne om udarbejdelse af den personlige behandlingsplan. Endvidere skal indsatserne i både de almenmedicinske tilbud og i de patientrettede forebyggelsestilbud monitoreres. Der skal i den forbindelse udvikles en model for national monitorering og opfølgning på pakkeforløb, som blandt andet skal varetages af Digital Sundhed Danmark. Der vil ligeledes være økonomiske konsekvenser forbundet med Sundhedsdatastyrelsens / Digital Sundhed Danmarks udvikling af den digitale understøttelse og en økonomisk udgift til den efterfølgende drift. Lovforslagets del om kronikerpakker har dermed økonomiske konsekvenser for staten. Det er aftalt med Danske Regioner, at udgifterne finansieres af de afsatte midler fra Sommeraftalen.

Regeringen har ifm. Finanslovforslaget 2027 afsat 156,1 mio. kr. i 2028 og 177,7 mio. kr. årligt i 2029 og 2030 til at fremrykke kronikerpakken for hjertesygdomme fra 2029 til 2028 og kronikerpakken for kompleks multisygdom fra 2031 til 2029. Dermed vil alle kronikerpakker være indført i 2029 – to år tidligere end hidtil planlagt med sundhedsreformen.

Lovforslagets del om frit valg og befordring for sundheds- og omsorgspladser vil medføre økonomiske konsekvenser for regionerne. Udmøntningen af afsatte midler til sundheds- og omsorgspladser i sundhedsreformen er aftalt mellem regeringen og Danske Regioner som en del af Sommeraftale 2026 om implementering af sundhedsreformen mellem regeringen, Danske Regioner og KL. Det fremgår heraf, at regeringen og Danske Regioner er enige om, at det statslige bloktilskud til regionerne hæves med 445 mio. kr. i 2027 (2025-pl) og 545 mio. kr. i 2028 (2025-pl) og frem som følge af implementering af kvalitetstandarden for sundheds- og omsorgspladser, vederlagsfrihed, frit valg og befordring for de regionale sundheds- og omsorgspladser.

For så vidt angår staten vil de økonomiske konsekvenser afhænge af, i hvilket omfang private institutioner gør brug af ansøgningsmuligheden, men de vurderes at være marginale på baggrund af erfaringerne med den eksisterende ansøgningsbestemmelse om frit sygehusvalg. Styrelsen for Patientklager vil kunne behandle klager over afgørelser m.v. om frit valg til sundheds- og omsorgspladser. Klagebehandlingen er gebyrfinansieret og vurderes derfor ikke at medføre økonomiske konsekvenser for staten. Lovforslagets del om frit valg vil ikke medføre økonomiske konsekvenser for kommunerne.

Lovforslagets del om opgaveflytningen af ansvaret for hovedparten af målgruppen for de midlertidige pladser i kommunerne til regionerne i forbindelse med etableringen af nye sundheds- og omsorgspladser vil medføre økonomiske konsekvenser for både kommuner og regioner.

Omfanget af de økonomiske konsekvenser i forbindelse med opgaveflytningen af hovedparten af de midlertidige pladser til regionerne som led i etableringen af sundheds- og omsorgspladser er aftalt i Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen mellem den daværende regering (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne), KL og Danske Regioner. Opgaveflytningen vedrørende sundheds- og omsorgspladser indebærer, at 2,798 mia. kr. (2025-pl) overgår fra kommunerne til regionerne. Det sker ved, at det statslige bloktilskud til kommunerne nedreguleres, mens det statslige tilskud til regionerne vedrørende sundhedsområdet opreguleres. Bestemmelsen om sundheds- og omsorgspladser nyaffattes i dette lovforslag af lovtekniske årsager.

Lovforslaget indebærer yderligere, at sundhedsministeren kan kræve den uforbrugte andel af midlerne målrettet til kommunale indsatser tilbageført fra hver enkelt region i det omfang, at det enkelte regionsråd ikke har udmøntet rammerne til kommunale indsatser fuldt ud gennem aftale med de relevante kommunalbestyrelser. I 2026 vil der pågå aftaleforløb mellem regionsråd og kommuner med henblik på at indgå aftaler for udmøntning af 0,4 mia. kr. for tilskudsåret 2027. Bestemmelsen om statsligt tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene nyaffattes i dette lovforslag af lovtekniske årsager.

6.2. Implementeringskonsekvenser for det offentlige

Lovforslagets del om kronikerpakker har implementeringskonsekvenser for regionerne, kommunerne og staten. Lovforslagets del om kronikerpakker medfører, at de almenmedicinske tilbud får en større opgave i at være koordinator på forløbene for de patienter, der er i målgruppen for en kronikerpakke og sikre den tidlige indsats. Regionsrådene får i den forbindelse en opgave i at sikre, at der er den tilstrækkelige kapacitet i regionerne til at tilbyde patientrettet forebyggelse efter § 119, stk. 3 inden for fristen, herunder evt. udvidelse af kapaciteten samt opsamling til, at patienter, der tidligere har fået en diagnose, får tilbud om patientrettet forebyggelse.

Der er, jf. § 118 d i lov nr. 1761 af 29. december 2025, fra 1. januar 2027 indført hjemmel i sundhedsloven, hvorefter regionsråd og en kommunalbestyrelse eller flere kommunalbestyrelser i overensstemmelse med udbudslovens § 15 kan indgå kontrakt om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, jf. sundhedslovens afsnit IX. Lovforslagets del om kronikerpakker kan derfor i praksis også medføre afledte implementeringskonsekvenser for kommunerne, da en region kan samarbejde med en eller flere kommuner om patientrettet forebyggelse som led i et horisontalt samarbejde efter sundhedslovens § 118 d. De afledte implementeringskonsekvenser for kommunerne kan ikke kvantificeres nærmere.

Derudover skal kvalitetsstandarden for patientrettet forebyggelse revideres, særligt så tilbuddene kan imødekomme gruppen af patienter med kroniske lænderygsmerter. Der

skal endvidere udarbejdes sygdomsspecifikke kronikerpakker for hver målgruppe. Lovforslagets del om kronikerpakker har dermed implementeringskonsekvenser for staten.

Lovforslagets del om frit valg og befordring til sundheds- og omsorgspladser vurderes at medføre implementeringskonsekvenser for regionerne.

De implementeringsmæssige konsekvenser vedrørende frit valg følger af den foreslåede udvidelse i borgerens valgmuligheder. Det vil omfatte tilpasning af administrative procedurer ved tildeling af ophold på sundheds- og omsorgspladser, herved ved oplysning af borgeren om retten til frit valg samt koordinering mellem regionerne.

De implementeringsmæssige konsekvenser for staten ved indførelse af frit valg vurderes at være marginale, jf. pkt. 6.1. Forslaget vurderes ikke at medføre implementeringsmæssige konsekvenser for kommunerne. En eventuel overdragelse af kompetencen til at tildele ophold og vilkårene herfor skal således fremgå af en aftale efter sundhedslovens § 118 d om horisontalt samarbejde mellem en region og en eller flere kommuner.

De implementeringsmæssige konsekvenser vedrørende befordring omfatter administrative opgaver i forbindelse med tildeling af befordring og befordringsgodtgørelse til borgere, der har ret hertil i forbindelse med ophold på sundheds- og omsorgspladser. De administrative konsekvenser vurderes at være af begrænset omfang, idet regionerne allerede i dag i et vist omfang varetager opgaver vedrørende befordring og befordringsgodtgørelse i forbindelse med midlertidige pladser.

Lovforslagets del om etablering af sundheds- og omsorgspladser, som nyaffattes i dette lovforslag af lovtekniske årsager, vil medføre midlertidige implementeringskonsekvenser. Med den ændrede ansvarsfordeling på sundhedsområdet og opdelt myndighedsansvar om indsatser, som kan være en del af en borgers samlede forløb, følger, som i dag, også ansvar for at sikre relevante it-systemer, som kan understøtte deling af relevante sundhedsoplysninger på tværs af myndigheder. Den foreslåede opgaveflytning fra kommuner til regioner i forbindelse med etableringen af sundheds- og omsorgspladser vil kunne kræve f.eks. IT-tilpasninger og/eller ændrede arbejdsgange mellem myndighederne for at understøtte sammenhængende forløb for borgerne.

Regionerne har i forvejen omfangsrige it-systemer med en bred vifte af funktionalitet, som understøtter de opgaver, som regionerne allerede i dag udfører, herunder tværgående kommunikation i sundhedsvæsenet, lige fra epikriser og korrespondancemeddelelser til deling af journalnotater, prøver og aftaler med patienter. De implementeringsmæssige konsekvenser vil forventeligt bestå af primært ændrede konfigurationer af eksisterende systemer, og dermed begrænsede implementeringskonsekvenser og it-udvikling.

6.3. Forholdet til principperne for digitaliseringsklar lovgivning

Lovforslaget vurderes at være i overensstemmelse med princip nr. 1, der tilsiger, at lovgivningen bør være enkel og klar, så den er let at forstå for virksomheder og borgere.

For så vidt angår lovforslagets del om kronikerpakker ændres ikke på eksisterende praksis ift. udarbejdelse af behandlingsplaner og henvisning til relevante indsatser, herunder patientrettet forebyggelse. Desuden er lovforslaget udarbejdet, så nye digitale løsninger kan understøtte kronikerpakkerne. Det digitale overblik "Forløb for kronisk sygdom" skal give patienterne et bedre overblik over deres samlede forløb. Der er ikke tale om et nyt it-system, men en overbliksvisning i den eksisterende løsning, sundhed.dk. Derudover etableres der et populationsoverblik, som lægerne skal kunne bruge til at holde overblik over og sikre opfølgning med de relevante patienter. På sigt skal der udvikles et værktøj til beslutningsstøtte til lægerne i forbindelse med behovsvurderingen. Det digitale overblik "Forløb for kronisk sygdom" forventes klar i en første version fra 1. januar 2027 og vil løbende blive videreudviklet. Populationsoverblikket og værktøjet til beslutningsstøtte skal udvikles og forventes derfor at være klar senere. For populationsoverblikket gælder det, at det forventeligt vil være klar andet halvår af 2027.

Lovforslaget vurderes at være i overensstemmelse med princip nr. 2 om mulig digital kommunikation. Med lovforslagets del om kronikerpakker får patienter adgang til den digitale behandlingsplan, som viser patientens samlede forløb på tværs af sundhedsvæsenet, og som understøtter digital kommunikation med sundhedspersonalet.

Det vurderes, at lovforslaget er i overensstemmelse med princip nr. 3 om automatisk sagsbehandling på baggrund af objektive kriterier. Eksempelvis forventes en digital løsning på sigt at understøtte lægerne i de almenmedicinske tilbud i at kategorisere målgruppen for kronikerpakker i niveau 1, 2 eller 3.

Det vurderes, at lovforslaget er i overensstemmelse med princip nr. 4 om sammenhæng på tværs af den offentlige sektor, da den digitale understøttelse i videst muligt omfang bygger videre på allerede eksisterende data og digitale løsninger. Det indebærer blandt andet, at populationsoverblikket vil blive indarbejdet i eksisterende IT-systemer, som lægerne allerede arbejder med. Dog afsøges det, om der i forbindelse med lægens opfølgning på den patientrettede forebyggelse vil være behov for at indsamle ny data.

Det vurderes, at lovforslaget følger princip nr. 5 og 6 om tryg og sikker databehandling og anvendelse af offentlig infrastruktur.

Der ændres med lovforslaget ikke på de allerede eksisterende regler for datahåndtering, ligesom løsningen baseres på den eksisterende digitale infrastruktur på sundhedsområdet og dennes indbyggede datasikkerhedsmekanismer m.v.

Anvendelsen af retten til frit valg til sundheds- og omsorgspladser kan i praksis forudsætte, at regionen henviser borge-

ren til en anden sundheds- og omsorgsplads end den tildelte m.v. Det forudsættes, at indhentelse og videregivelse af personoplysninger i forbindelse med en borgers anvendelse af sit frie valg til sundheds- og omsorgspladser på tværs af regioner vil ske i overensstemmelse med gældende lovmæssige rammer for deling af oplysninger om borgerne, herunder regler for samtykke.

Det vurderes slutteligt, at lovforslaget efterlever princip nr. 7 om forebyggelse af snyd, idet lovforslaget ikke forventes at åbne op for muligheder for snyd.

7. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.

Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer, at lovforslagets del om kronikerpakker vil påvirke alment praktiserende læger og de øvrige almenmedicinske tilbud. Lovforslaget vurderes at indebære mindre administrative konsekvenser for de almenmedicinske tilbud, da lovforslaget indebærer en differentieret arbejdsgang med en større indsats for visse grupper.

Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer, at lovforslagets del om etablering af sundheds- og omsorgspladser, som nyaffattes i dette lovforslag af lovtekniske årsager, kan medføre administrative konsekvenser for erhvervslivet. Disse vurderes at bestå i krav om information og dokumentation for de private virksomheder, som får mulighed for og vælger at tilbyde sundheds- og omsorgspladser. Ministeriet har observeret, at der i øjeblikket kun er et begrænset antal private leverandører, der udbyder døgntilbud med fokus på rehabilitering eller lignende. Det er derfor ministeriets umiddelbare vurdering, at antallet af pladser, som forventes drevet af private leverandører, vil være af begrænset omfang. Ministeriet vurderer endvidere, at det ikke er muligt at kvantificere omfanget nærmere på nuværende tidspunkt, men at de administrative konsekvenser for erhvervslivet ikke vurderes at overstige 4 mio. kr.

Det er muligt, at en mindre andel af de borgere med behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus, der i dag har ophold på midlertidige pladser og som fremadrettet vil være omfattet af målgruppen for de regionale sundheds- og omsorgspladser, aktuelt benytter sig af reglerne om frit valg til genoptræning. Som følge af ændringen vil de borgere, som efter udskrivelse fra sygehus har behov for almen genoptræning efter sundhedslovens § 139 a, som træder i kraft den 1. januar 2027, fremover først være omfattet af fritvalgsreglerne, når deres ophold på pladserne afsluttes. Dette kan have en mindre konsekvens for efterspørgslen efter ydelser leveret af private leverandører af genoptræning. Det forventes dog, at ændringen kun vil have en meget begrænset negativ økonomisk betydning for erhvervslivet samlet set.

8. Administrative konsekvenser for borgerne

Lovforslagets del om kronikerpakker vurderes at medføre positive administrative konsekvenser for patienterne omfattet af målgruppen. De almenmedicinske tilbud vil varetage en central rolle som koordinator på patienternes forløb, ligesom egen læge skal sikre øget opfølgning med de mest sårbare patienter. Forslaget vil desuden indebære en styrket tidlig indsats efter diagnose, idet målgruppen får ret til en personlig behandlingsplan inden for en maksimal ventetid på 30 kalenderdage efter diagnosen er stillet samt en maksimal ventetid på 21 kalenderdage for tilbud om og mulighed for opstart af patientrettet forebyggelsestilbud efter modtagelse af henvisning fra egen læge.

Lovforslagets del om frit valg til sundheds- og omsorgspladser vurderes at medføre positive administrative konsekvenser for borgerne, idet borgere, der tilbydes ophold på en sundheds- og omsorgsplads, får udvidede valgmuligheder til sundheds- og omsorgspladser i hele landet.

Lovforslagets del om befordring i forbindelse med sundheds- og omsorgspladser har ikke administrative konsekvenser for borgerne.

9. Klimamæssige konsekvenser

Lovforslaget har ikke klimamæssige konsekvenser.

10. Miljø- og naturmæssige konsekvenser

Lovforslaget har ikke miljø- og naturmæssige konsekvenser.

11. Forholdet til EU-retten

Lovforslaget indeholder ingen EU-retlige aspekter.

12. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

Et udkast til lovforslag har i perioden fra den 24. august 2026 til den 18. september 2026 (26 dage) været sendt i høring hos følgende myndigheder og organisationer m.v.:

Advokatrådet, Alzheimerforeningen, Angstforeningen, Center for hjerneskade, Danish. Care, Danmarks Evalueringsinstitut – EVA, Danmarks Lungeforening, Dansk Erhverv, Dansk Handicap Forbund, Dansk Industri, Dansk Kiropraktor Forening, Dansk Lungemedicinsk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), Dansk Selskab for Folkesundhed, Dansk Selskab for Fysioterapi, Dansk Selskab for Kiropraktik, Dansk Selskab for Multisygdom og Polyfarmaci, Dansk Selskab for Palliativ Medicin (DSPaM), Dansk Selskab for Patientsikkerhed (PS!), Dansk Reumatologisk Selskab, Dansk Sygeplejeråd (DSR), Dansk Sygepleje Selskab, Danske Fysioterapeuter, Danske Osteopater, Danske Patienter, Danske Regioner, Danske Seniorer, Danske Universiteter, Danske Ældreråd, Datatilsynet, Diabetesforeningen, Ergoterapeutforeningen, Fagbevægelsens Hovedorganisation, Fagligt Selskab af Kliniske Diætister i Kost og Ernæringsforbundet (FaKD, FOA, Foreningen

af danske lægestuderende, Foreningen af danske sundhedsvirksomheder – Sundhed Danmark, Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer i Danmark (FSD), Foreningen af Speciallæger (FAS), Foreningen for Ledere af Offentlig Rusmiddelbehandling (FLOR), Gigtforeningen, Hjernesagen, Hjerneskadeforeningen, Hjerteforeningen, Institut for Menneskerettigheder, KL, Kommunale Velfærdschefer, Kost og Ernæringsforbundet, Kræftens Bekæmpelse, Københavns Universitet, Landdistrikternes Fællesråd, Lægeforeningen, MEDCOM, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, Osteoporoseforeningen - landsforeningen mod knogleskørhed, Patientforeningen, Praktiserende Lægers Organisation (PLO), Radiograf Rådet, Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Sønderjylland/Schleswig, Roskilde Universitet, Røde Kors Rådet for Socialt Udsatte, Scleroseforeningen, Sekretariat for den lægelige videreuddannelse Syd, Sekretariat for lægelige videreuddannelse Øst, Sekretariat for lægers videreuddannelse Nord, Selveje Danmark, Sjældne Diagnoser, Stenocare, SUFO - Landsforeningen for ansatte i SUndhedsfremmende FOrebyggende hjemmebesøg, Sundhed Danmark - Foreningen af danske sundhedsvirksomheder, Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, Syddansk Universitet, Sydslesvigsk Vælgerforening, VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, Yngre Læger, Ældre Sagen, Aalborg Universitet, Aarhus Universitet.

Høringsfristen har været 26 dage, hvilket er to dage kortere end fire uger. Sundheds- og Kirkeministeriet har dog medtaget høringssvar, der er indkommet umiddelbart efter fristens udløb.

13. Sammenfattende skema

	Positive konsekvenser/mindreudgifter (hvis ja, angiv omfang/hvis nej, anfør »Ingen«)	Negative konsekvenser/merudgifter (hvis ja, angiv omfang/hvis nej, anfør »Ingen«)
Økonomiske konsekvenser for stat, kommuner og regioner	Ingen	Forpligtelsen til at overholde de fastsatte tidsfrister i medfør af kronikerpakkerne medfører økonomiske konsekvenser for regionsrådene. Disse finansieres via midler i henhold til Sommeraftale 2026 om implementering af sundhedsreformen. Regionsrådenes forpligtelse til at yde befordring samt sikre frit valg til sundheds- og omsorgspladser vil samlet medføre økonomiske konsekvenser for regionerne. Disse finansieres via midler i henhold til Sommeraftale 2026 om implementering af sundhedsreformen. For så vidt angår nyaffattede bestemmelser om sundheds- og omsorgspladser og statsligt tilskud henvises til pkt. 6.1.
Implementeringskonsekvenser for stat, kommuner og regioner	Ingen	Regionsrådene skal sikre, at patienter i pakkeforløb kan opstarte første relevante indsats i patientrettede forebyggelsestilbud inden for 21 kalenderdage efter modtagelse af henvisning. Regionsrådene skal administrere borgernes anvendelse af frit valg samt befordring og befordringsgodtgørelse til og fra sundheds- og omsorgspladser. For så vidt angår den nyaffattede bestemmelse om sundheds- og

		omsorgspladser henvises til pkt. 6.2.
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet m.v.	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.	Ingen	De almenmedicinske tilbud skal varetage rollen som koordinator af pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom og tilrettelægge indsatsen i henhold til pakkeforløbene. Som led i dette skal de almenmedicinske tilbud sikre, at der udarbejdes en behandlingsplan inden for den fastsatte frist, samt at der tages stilling til evt. henvisning til patientrettet forebyggelse. For så vidt angår den nyaffattede bestemmelse om sundheds- og omsorgspladser henvises til pkt. 7.
Administrative konsekvenser for borgerne	Kronikerpakker medfører mere sammenhængende forløb for patienterne omfattet af målgruppen. Frit valg til sundheds- og omsorgspladser medfører flere valgmuligheder for borgere, der tilbydes ophold på sundheds- og omsorgspladser.	Ingen
Klimamæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Miljø- og naturmæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Forholdet til EU-retten	Lovforslaget indeholder ingen EU-retlige aspekter.	
Er i strid med de fem principper for implementering af erhvervsrettet EU-regulering (der i relevant omfang også gælder ved implementering af ikke-erhvervsrettet EU-regulering) (sæt X)	Ja	Nej X

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1

Der er ikke i gældende lovgivning regler om, at mennesker med udvalgte kroniske sygdomme kan få ret til en personlig behandlingsplan eller ret til opstart af patientrettet forebyggelse efter § 119, stk. 3 inden for en fastsat tidsfrist.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret om indsatsen for patienter med visse kroniske sygdomme i almenmedicinske tilbud henvises til pkt. 3.1.1.1 i lovforslagets almindelige bemærkninger. For en nærmere beskrivelse af gældende ret om patientrettet forebyggelse henvises til pkt. 3.1.1.2 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i *§ 60 a, stk. 1,* at regionsrådet via de almenmedicinske tilbud tilbyder en personlig behandlingsplan, og regionsrådet tilbyder opstart i patientrettet forebyggelse inden for fristerne fastsat i stk. 2 og 3, til patienter, der er diagnosticeret med kronisk obstruktiv lungesygdom, kroniske lænderygsmerter, type 2-diabetes, hjertesygdomme og kompleks multisygdom.

Den foreslåede bestemmelse vil indebære, at regionsrådet via almenmedicinske tilbud vil være ansvarligt for at tilbyde en behandlingsplan og opstart af patientrettet forebyggelse til en i bestemmelsen fastsat målgruppe af mennesker med udvalgte kroniske sygdomme inden for frister, som er fastsat i bestemmelsens stk. 2 og 3.

Målgruppen efter det foreslåede, vil være patienter, der diagnosticeres med KOL, kroniske lænderygsmerter, type 2-diabetes, hjertesygdomme og kompleks multisygdom. Pakkeforløb indfases gradvist for målgruppen. Det vil sige, at nydiagnosticerede bliver vurderet i forbindelse med diagnosen, mens patienter, der tidligere har fået en af udvalgte diagnoser, vurderes løbende ved kontakt med deres almenmedicinske tilbud. Tidsfristen for patientrettigheden til en behandlingsplan omfatter derfor ny-diagnosticerede, mens tidsfristen for patientrettigheden til patientrettet forebyggelse efter § 119, stk. 3, omfatter alle i målgruppen. Patienter, der tidligere har fået en af de udvalgte diagnoser, har dog stadig ret til en personlig behandlingsplan, såfremt planen ikke tidligere er udarbejdet, men tidsfristen på de 30 kalenderdage kan selvsagt ikke overholdes i og med, at diagnosen allerede er stillet. Allerede diagnosticerede patienter skal tilbydes en behandlingsplan inden for det første år efter ikrafttræden, f.eks. i forbindelse med næste planlagte årsstatus. Dog bør det i de tilfælde, hvor en patient henvender sig til egen læge med ønske om en behandlingsplan, efterstræbes at udarbejde behandlingsplanen hurtigst muligt og gerne inden for 30 dage efter, at patienten har henvendt sig.

Ved "behandlingsplan" forstås en individuelt tilrettelagt behandlingsplan, der udarbejdes i almenmedicinske tilbud på baggrund af en behovsvurdering og differentiering. Behandlingsplanen skal give dokumentation og overblik over patientens videre plan og mål for behandling, udredning, indsatser, støtte og opfølgning. Behandlingsplanen justeres løbende i takt med ændringer i patientens tilstand, behov eller ønsker. Hvis patienten diagnosticeres med flere sygdomme i målgruppen for kronikerpakker, skal egen læge kun udarbejde én behandlingsplan til patienten, som omfatter alle diagnoser og patientens samlede situation og sygdomstilstand. Når en patient får stillet en ny diagnose, som er i målgruppen for kronikerpakker, skal behandlingsplanen opdateres inden for 30 kalenderdage. Behandlingsplanen følger samme overordnede struktur som de normale journalkoncepter, der anvendes af sundhedsfaglige. Men med udgangspunkt i behovsvurderingen, har behandlingsplanen samtidig til formål at beskrive en udvidet vurdering af de psykosociale elementer fremfor kun at fokusere på den biomedicinske del af patientens behandling og indsatser.

Det foreslås i § 60 a, *stk. 2,* at det almenmedicinske tilbud, hvor en patient er tilmeldt, jf. § 60, senest 30 kalenderdage efter, at borgeren har fået stillet en diagnose, som nævnt i stk. 1, skal udarbejde en personlig behandlingsplan sammen med patienten. Det almenmedicinske tilbud skal i den forbindelse vurdere om patienten skal henvises til patientrettet forebyggelse efter § 119, stk. 3 og henvise patienten, hvis det vurderes relevant.

Den foreslåede bestemmelse vil indebære, at patienter på tværs af landet vil få ret til en indsats og behandling, som er målrettet deres individuelle omstændigheder. Det vil betyde, at det overordnede overblik placeres hos egen læge. Dels på baggrund af overblikket, dels idet behandlingsplanen også genbesøges i den vedvarende fase i det videre behandlingsforløb. Det almenmedicinske tilbud og patienten vil efter opstart af behandling fortsat være i dialog om forløbet, og egen læge har ansvar for at vurdere, om behandlingsplanen skal tilpasses.

Den foreslåede bestemmelse vil også indebære, at opstart af patientens rettighed kan opstartes andetsteds end hos egen læge, da starttidspunktet for rettigheden er diagnosetidspunktet. Det kan medføre, at retten til en personlig behandlingsplan f.eks. begynder i forbindelse med en indlæggelse. Hvis en patient eksempelvis bliver diagnosticeret med en hjertesygdom på et sygehus ifm. en indlæggelse, kan det almenmedicinske tilbud ikke indkalde til en konsultation, før patienten er udskrevet. I disse situationer vil sygehuset, der i dette tilfælde stiller diagnosen, skulle orientere patientens egen læge, hvorefter patientens læge skal indkalde til en konsultation og udarbejde behandlingsplanen, når patienten er udskrevet. Ved en omfattende og længere indlæggelse kan faglige hensyn eller patientens eget ønske tilsige, at behandlingsplanen udarbejdes senere end inden for de 30 kalenderdage.

Ved "at borgeren har fået stillet en diagnose" forstås, når patienten har en udvalgt diagnosekode og evt. også opfylder udvalgte inklusionskriterier. Inklusionskriterierne defineres i Sundhedsstyrelsens sygdomsspecifikke pakkeforløb for målgrupperne.

Det foreslås i § 60 a, *stk. 3,* at bopælsregionsrådet senest 21 kalenderdage efter en patient har fået en henvisning til et tilbud om patientrettet forebyggelse efter § 119, stk. 3 tilbyde opstart af relevant patientrettet forebyggelse og meddele patienten en dato for opstart af første indsats. Det vil sige, at patienten både skal have tilbud om opstart samt mulighed for at opstarte første relevante indsats inden for de 21 kalenderdage. Såfremt patienten ønsker at starte første indsats senere end inden for de 21 kalenderdage, betragtes rettigheden stadig som opfyldt. Det kan eksempelvis være i situationer, hvor patienten skal på ferie eller ikke er klar til opstart af indsats efter en indlæggelse.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at patienter i pakkeforløb får ret til en tidlig indsats, idet patienten skal have mulighed for at opstarte første relevante indsats i den patientrettede forebyggelse senest 21 kalenderdage efter modtagelse af henvisning fra egen læge. Patientrettede forebyggelsestilbud kan eksempelvis være ernæringsindsats, fysisk aktivitet, sygdomsmestring, nikotinafvænning m.v. Fristen vil sikre en positiv virkning på sundhedstilstanden hos de nydiagnosticerede patienter i et tidligt stadie i sygdomsforløbet, hvor patientens motivation forventes at være størst. De patienter, der allerede har fået diagnosen tidligere, vurderes løbende ved kontakt med egen læge. Det vil sikre en tidlig opstart i relevant indsats, såfremt egen læge har vurderet det relevant at henvise patienten. Hvis en patient med en kronisk sygdom i målgruppen for kronikerpakker får stillet en ny diagnose, som er i målgruppen for kronikerpakker, skal egen læge vurdere, om det er relevant at henvise til patientrettet forebyggelse igen. I tilfælde af, at patienten

henvises igen skal regionen tilbyde patientrettet forebyggelse inden for fristen. Tidsfristen vil dog ikke være gældende ved genhenvisning til patientrettet forebyggelse med samme kroniske sygdom.

Patientrettet forebyggelse vil i medfør af den foreslåede bestemmelse i stk. 3 indebære, at indsatser målrettet en patientgruppe med kronisk eller langvarig sygdom, der kan have behov for regelmæssig og tilbagevendende kontakt til sundhedsvæsenet omfattes af regionsrådet forpligtelse i medfør af § 119, stk. 3, om at etablere patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser i regionen. Den foreslåede bestemmelse vil dermed sikre, at borgeren gives indsigt, redskaber og tro på egne evner, som over tid kan føre til bedre håndtering af livet med sygdom f.eks. forbedret helbredsstatus, egenomsorg og sundhedsadfærd.

Målgruppen vil ofte have et sammenfaldende behov for indsatser; typisk sygdomsmestring, fysisk aktivitet, nikotinafvænning og ernæringsindsats, samtidig med at der også vil være mulighed for målgruppespecifikke elementer. Med det foreslåede vil det skulle gælde for samtlige forebyggelsestilbud, at der tages udgangspunkt i patientens motivation, ønsker og mål for hverdagslivet.

For nogle patienter kan det på den afklarende samtale vurderes mere relevant for patienten at opstarte i et digitalt forløb, træne hjemmefra via en app eller indgå i en civilsamfundsbaseret aktivitet, f.eks. i en idrætsforening. Såfremt det er den sundhedsfaglige vurdering ifm. den afklarende samtale, betragtes rettigheden stadig som opfyldt.

Effektive indsatser i den patientrettede forebyggelse forventes at komme sygehusene til gavn i form af en reduktion i antallet af akutte indlæggelser og behandlingsforløb, i og med at der gribes rettidigt ind med behandling af kroniske sygdomme gennem en styrket henvisningspraksis. Patienterne understøttes i at håndtere livet med kronisk sygdom, får styrket deres egenomsorg og dermed forbedret deres helbredsstatus. Dette kan samlet set medvirke til, at behandlingsbehovet reduceres.

Ved anvendelse af bestemmelsen forudsættes det, at regionsrådene vil lægge vægt på tilstrækkelig kapacitet og geografisk nærhed og tilgængelighed for borgerne i de regionale sundhedstilbud. Det forudsættes samtidig, at patientrettede forebyggelsestilbud som udgangspunkt skal forefindes i alle kommuner, med mindre hensyn til faglige og organisatorisk bæredygtighed tilsiger andet.

Der kan også være tale om en ledelsesmæssig samorganisering, der fortsat leveres på flere forskellige fysiske lokationer. Regionerne vil skulle håndtere en balancegang mellem at tilrettelægge tilgængelige tilbud af høj kvalitet tæt på borgeren samtidig med, at regionen i praksis kan drifte tilbuddet med hensyn til volumen og driftsoptimering. Geografisk nærhed, tilgængelighed og nem adgang til forebyggelsestilbuddene er centralt for den fremtidige organisering af den patientrettede forebyggelse.

Relevante indsatser i patientrettede forebyggelsestilbud vil kunne opstartes senere end inden for 21 kalenderdage. Det kan være i situationer, hvor patienten selv ønsker det, f.eks. hvis patienten har et ønske om at holde ferie og derfor først kan starte i patientrettet forebyggelse senere. Der kan ligeledes være sundhedsfaglige hensyn til patientens helbredssituation, som tilsiger, at indsatser i patientrettede forebyggelsestilbud først påbegyndes senere end inden for tidsfristen. Det kan være i tilfælde, hvor patienten er nyligt udskrevet fra en omfattende indlæggelse og ikke er i en helbredssituation, hvor eksempelvis opstart af fysisk aktivitet er hensigtsmæssigt. Regionen har således overholdt sine forpligtelser i henhold til patientrettigheden i situationer, hvis de har kunne tilbyde opstart inden for 21 dage. Såfremt, at patienten af egen drift eller lægen vurderer pba. faglige hensyn, at den patientrettede forebyggelsesindsats bør startes senere end 21 dage, bør bopælsregionen i videst muligt omfang forsøge at tilbyde opstart i henhold til patientens ønske eller lægens sundhedsfaglige vurdering.

Det foreslås i § 60 a, *stk. 4,* at sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om det almenmedicinske tilbuds og regionsrådets forpligtelser efter stk. 2 og 3.

Bemyndigelsen forventes alene at blive anvendt i det omfang, der vil opstå behov for at fastsætte nærmere regler og retningslinjer for tilrettelæggelse og organisering af det almenmedicinske tilbuds rolle. Bemyndigelsen vil f.eks. kunne anvendes til at sætte nærmere rammer for opgavevaretagelsen m.v., hvis det viser sig nødvendigt med henblik på at forebygge uklarhed om ansvarsplacering og understøtte kontinuitet i patientens forløb.

Til nr. 2

(Til § 118 e)

Ved lov nr. 1761 af 29. december 2025 blev § 118 e indsat i sundhedsloven, hvorefter regionsrådet skal tilbyde vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser til personer, der har bopæl i regionen, og som har behov for sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, hvis disse ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt under ophold i eget hjem. Efter ikrafttrædelsesbestemmelsen i § 14, stk. 2, i lov nr. 1761 af 29. december 2025 skal § 118 e træde i kraft den 1. januar 2027.

Det foreslås af lovtekniske årsager at nyaffatte *§ 118 e* i sundhedsloven. Forslaget skal ses i sammenhæng med den foreslåede § 118 f.

Forslaget skal i øvrigt ses i sammenhæng med lovforslaget § 2, nr. 1, hvor det foreslås at ophæve § 1, nr. 6, i lov nr. 1761 af 29. december 2025.

Der er med den foreslåede nyaffattelse af § 118 e ikke foretaget ændringer af bestemmelsen.

Der findes ikke i gældende sundhedslov regler, der forplig-

ter regioner eller kommuner til at tilbyde borgere et midlertidigt ophold. Der er efter sundhedsloven mulighed for, at sundhedsfaglige indsatser indebærer døgndækning af borgeren, herunder tilbud om et midlertidigt ophold, som led i en sundhedsfaglig indsats. Det kan f.eks. være i forbindelse med indsatser efter reglerne om kommunal sygepleje og genoptræning efter udskrivelse fra sygehuset efter sundheds lovens §§ 138-140.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.2.1 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås at indsætte et nyt kapitel 34 a om sundheds- og omsorgspladser, som indeholder en ny bestemmelse, § 118 e.

Forslaget vil medføre, at der i sundhedsloven skabes overblik over de indholdsmæssige regler om regionsrådets ansvar for tilbud om sundheds- og omsorgspladser, idet reglerne samles i ét kapitel.

Det foreslås i *§ 118 e, stk. 1,* at regionsrådet tilbyder vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser til personer, der har bopæl i regionen, og som har behov for sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, hvis disse ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt under ophold i eget hjem.

Den foreslåede bestemmelse vil indebære, at regionsrådet vil være ansvarligt for at tilbyde ophold og indsatser på sundheds- og omsorgspladser til personer, der har behov for et midlertidigt ophold for at modtage sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, som ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges under ophold i eget hjem eller i forbindelse med borgerens ophold der.

Ved "sundheds- og omsorgsplads" forstås en stationær plads til et midlertidigt ophold uden for sygehusregi. Pladsen vil f.eks. kunne ligge på en regional matrikel eller en kommunal matrikel, som regionen har råderet over f.eks. via leje- og leasingaftale.

Med de foreslåede regler vil målgruppen for sundheds- og omsorgspladser omfatte personer med somatisk sygdom og eventuel samtidig psykisk lidelse, der f.eks. har akut opstået sygdom, forværring af kendt sygdom eller helbredstilstande med komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, f.eks. efter udskrivelse fra sygehus. Regionerne vil være ansvarlige for ophold og de sundhedsfaglige indsatser som f.eks. observation, pleje og/eller behandling, genoptræning og basal palliation, som ikke hensigtsmæssigt vil kunne tilrettelægges under ophold i eget hjem, herunder plejebolig, plejehjem m.v. Formål med indsatserne vil være at forbedre, vedligeholde eller forsinke forværring af borgerens fysiske og kognitive funktionsniveau og vil både kunne forebygge sygehusindlæggelse og fungere som opfølgning efter en indlæggelse.

Målgruppen for sundheds- og omsorgspladser og deres samlede behov for sundhedsfaglige indsatser tilsiger, at der vil skulle tilknyttes lægefaglige kompetencer. Sundheds- og omsorgspladser vil derfor skulle organiseres således, at der sikres fast tilknytning af lægefaglige kompetencer som f.eks. speciallæger i almen medicin eller geriatri.

Det følger af de foreslåede regler, at det vil være regionen, f.eks. en medarbejder på sundheds- og omsorgspladsen, der tildeler borgerne ophold på sundheds- og omsorgspladser samt afslutningsmelder ophold på sundheds- og omsorgs pladser. Den regionale tildeling og afslutning fra sundheds- og omsorgspladserne vil skulle basere sig på en konkret sundhedsfaglig helhedsvurdering af, om den enkelte borger opfylder kriterierne for ophold. Det er hensigten, at f.eks. sygehusafdelinger, den kommunale sygepleje og almenmedicinske tilbud skal kunne henvise borgere til sundheds- og omsorgspladsen, med henblik på at regionen foretager en konkret vurdering af, om en borger, der er henvist, skal tildeles ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

I helhedsvurderingen vil det primære kriterium skulle være det sundhedsfaglige behov, som kan omfatte behov for sundhedsfaglige indsatser som observation, pleje og/eller behandling og genoptræning. I mange forløb vil der desuden indgå en basal palliativ indsats. Det vil være et afgørende princip for ophold på pladserne, at borgerens sundhedsfaglige behov fordrer adgang til lægefaglige kompetencer, herunder at borgerens behov afgør adgangen til specialistkompetence. Samtidig vil andre forhold, herunder også praktiske forhold, der vil kunne påvirke muligheden for at tilrettelægge indsatsen under ophold i eget hjem, også skulle tages i betragtning. F.eks. vil borgerens samlede situation ved udskrivelse fra sygehus til eget hjem skulle indgå i vurderingen, hvilket også vil kunne drøftes og aftales nærmere i sundhedsrådene.

Borgernes behov for adgang til lægefaglige kompetencer vil kunne variere i omfang og karakter inden for målgruppen for sundheds- og omsorgspladser. For nogle borgere vil behovet for tilgængelighed af lægefaglige kompetencer f.eks. være med henblik på udredning og behandling. For andre borgere vil behovet f.eks. omhandle løbende justeringer af indsatser og behandlingsplan. Derudover vil det faste sundhedsfaglige personale kunne have behov for let adgang til at modtage lægefaglig sparring og rådgivning om borgere, herunder både i forhold til enkelte borgere og til generelle forhold relateret til målgruppen.

Den foreslåede ordning vil indebære, at tilbuddet om sundheds- og omsorgspladser kun tildeles personer, hvor de sundhedsfaglige indsatser ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges under ophold i borgerens eget hjem, herunder plejebolig, plejehjem m.v. Det vil kunne skyldes flere forhold, når de sundhedsfaglige indsatser ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges i borgerens eget hjem. Det vil f.eks. kunne dreje sig om praktiske forhold og vil kunne være af hensyn til organisatorisk bæredygtighed, herunder også økonomisk effektivitet. F.eks. vil en borger med behov for indsatser fra forskellige faglige kompetencer og høj intensitet i indsatsen over døgnet skulle tildeles et midlertidigt ophold på en

sundheds- og omsorgsplads, hvis det ikke vil være hensigtsmæssigt at planlægge indsatsen i eget hjem. Det vil f.eks. også skulle omfatte borgere med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus og en genoptræningsplan til almen genoptræning, hvor det vurderes, at indsatsen ikke vil kunne tilbydes på f.eks. genoptræningscenter eller i eget hjem på grund af f.eks. praktiske forhold. Ligeledes vil f.eks. en borger i en ustabil og fluktuerende tilstand kunne tildeles et midlertidigt ophold på en sundheds- og omsorgsplads for at sikre hurtig adgang til sundhedsfagligt personale ved behov.

Tildelingen af ophold på en sundheds- og omsorgsplads vil skulle foregå uafhængigt af, hvor borgeren forudgående har haft ophold. En borger vil f.eks. kunne tildeles et ophold på en sundheds- og omsorgsplads efter udskrivelse fra et somatisk eller psykiatrisk sygehus eller direkte fra eget hjem, herunder plejebolig, plejehjem m.v.

Tilrettelæggelsen af indsatser og tilbud bør, så vidt det er muligt, ske med inddragelse af borgeren, samt, når relevant, pårørende og borgerens egen læge ved et almenmedicinsk tilbud, med henblik på, i det omfang det er muligt, at tage højde for den enkelte borgers behov og ønsker.

Det vil i den forbindelse være væsentligt at vurdere den enkelte borgers behov for rette type af indsats og tilbud. For f.eks. borgere, der bor i plejebolig, på plejehjem m.v., vil der ofte være et særligt behov for, at forløbet med sundhedsfaglige indsatser kan håndteres i vante rammer. Det gælder f.eks. borgere med nedsat kognitiv funktion (f.eks. demens), som er særligt følsomme over for ændringer i omgivelser og rutiner, og hvor et midlertidigt ophold på en sundheds- og omsorgsplads vil kunne have en negativ indvirkning på behandlingsudfaldet. Her vil det være afgørende, at der arbejdes forebyggende, og at f.eks. en overflytning fra sygehus til plejebolig sker i et tæt samarbejde mellem kommune og region, herunder borgerens egen læge. Det vil dog altid skulle bero på en samlet, konkret vurdering af den enkelte borgers situation og behov, om en borger, der bor i plejebolig, plejehjem m.v., skal tildeles ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

Borgere, der vil have behov for sygehusindlæggelse, vil ikke skulle tildeles ophold på sundheds- og omsorgspladser. Hvorvidt en sygehusindlæggelse er påkrævet eller ej, skal altid bero på en individuel, lægefaglig vurdering. Sygehusbehandling skal typisk iværksættes, når en problemstilling er alvorlig og tidskritisk, og hvor der er behov for kontinuerlig sundhedsfaglig observation, adgang til multidisciplinære lægefaglige kompetencer døgnet rundt samt specialiseret udstyr, som kun findes på sygehuse. Eksempler på typer af behandling, som skal foregå på et sygehus, kan samtidig ændre sig over tid. Det skyldes, at teknologiske fremskridt og udvikling af nye behandlingsmetoder kan medføre, at grænsen for, hvornår og hvor længe sygehusindlæggelse er nødvendig, flytter sig.

Borgere, som vil blive udskrevet fra sygehuset med lægefagligt begrundet behov for rehabilitering på specialiseret niveau, vil ligeledes ikke skulle tilbydes ophold på en sundheds- og omsorgsplads i de tilfælde, hvor der vil være behov for døgnophold. Dette ophold vil skulle tilbydes efter reglerne om genoptræning efter udskrivning fra sygehus, jf. sundhedslovens § 139 b, der træder i kraft den 1. januar 2027. Det vil dog være muligt for regionen at oprette pladser målrettet rehabilitering på specialiseret niveau efter § 139 b på den samme matrikel som sundheds- og omsorgspladser, forudsat at relevante krav til genoptræningsindsatsen overholdes.

For borgere, som vil blive udskrevet med behov for genoptræning på specialiseret niveau, vil disse indsatser fortsat skulle foregå på sygehuset for at sikre den rette ekspertise og udstyr, som kun findes i sygehusregi. Se nærmere om genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau i bemærkninger til bestemmelsen, jf. Folketingstidende, 2025-2026, tillæg A, L 42 som fremsat.

Borgere, der vil kunne opholde sig i eget hjem, når borgeren modtager de nødvendige kommunale og regionale indsatser og tilbud, og hvor de sundhedsfaglige indsatser vil kunne tilrettelægges i forbindelse med eget hjem, vil ikke skulle tilbydes ophold på sundheds- og omsorgspladser. Det vil også gælde borgere med behov for basale palliative indsatser, som vil kunne tilrettelægges i eget hjem – f.eks. fordi der ikke vil være behov for sundhedsfaglig observation eller lægedækning, som ellers vil være tilgængelig på sundheds- og omsorgspladserne. Kommunen vil blandt andet efter serviceloven fortsat have 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 vil bl.a. ligeledes have ansvar for at yde støtte til hjælpemidler til personer med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Borgere, der primært vil have behov for personlig pleje og praktisk hjælp efter serviceloven eller personlig pleje og praktisk hjælp som led i helhedspleje efter ældreloven i forbindelse med et midlertidigt ophold, vil ikke skulle tilbydes ophold på sundheds- og omsorgspladser. Kommunerne vil fortsat være ansvarlige for at yde den nødvendige sygepleje til borgere med ophold i kommunen, herunder f.eks. på en midlertidig plads efter ældreloven eller serviceloven. Det må forventes, at der overvejende vil være tale om borgere, der, set fra et sundhedsfagligt perspektiv, er i stabile forløb, hvor indsatserne i nogen grad er forudsigelige. Der forventes derfor f.eks. ikke at være behov for akutte justeringer i indsatser og behandlingsplan. Målgruppen for sundheds- og omsorgspladser vil f.eks. ikke omfatte borgere, der primært har behov for midlertidigt ophold for at aflaste pårørende eller afvente f.eks. en plejebolig eller boligindretning af eget hjem. For disse borgere vil kommunerne fortsat kunne tilbyde ophold efter serviceloven eller ældreloven.

Med den foreslåede regel vil borgere, der primært vil have behov for socialfaglige indsatser, ikke skulle tildeles ophold på sundheds- og omsorgspladser. Målgruppen vil skulle

modtage kommunal støtte for at sikre kontinuitet i deres indsatser. Det vil f.eks. omfatte borgere, hvis udfordringer primært relaterer sig til f.eks. hjemløshed, eller behov for social rehabilitering eller social misbrugsbehandling. Borgere med f.eks. sociale problemer vil skulle tildeles ophold på sundheds- og omsorgspladser, når det primære behov er sundhedsfagligt og betingelserne for ophold i øvrigt er opfyldt.

For at understøtte planlægningen af eventuelle efterfølgende kommunale indsatser for borgere, der har ophold på sundheds- og omsorgspladser, vil det være afgørende, at regionen tidligt og løbende formidler rettidig og relevant information til kommunen. Det vil bl.a. kunne gælde oplysninger om borgerens aktuelle ophold på en sundheds- og omsorgsplads, forventede sundhedsfaglige indsatser, fortsatte behandlingsbehov, herunder medicinsk behandling, og opholdets forventede varighed. Allerede tidligt i forløbene bør der være fokus på et tæt samarbejde mellem region og kommune med henblik på at forberede og iværksætte relevante sundhedsfaglige, pleje og sociale indsatser m.v. efter opholdet. En tidlig brobygning til de videre kommunale indsatser vil kunne bidrage til, at borgerne oplever en tryg og sammenhængende overgang og mindsker risikoen for genindlæggelser.

Tilsvarende vil det kunne være relevant, at kommunen videregiver oplysninger, f.eks. om borgerens sundhedstilstand, til regionen, f.eks. i nogle situationer, hvor en borger overgår fra eget hjem til et midlertidigt ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

Regioner og kommuner vil blandt andet i sundhedsrådene kunne samarbejde om planlægning af sundheds- og omsorgspladserne, så disse understøtter sammenhængende forløb for borgerne. Sundhedsrådene vil f.eks. kunne have fokus på gode rammer for hjemtagning. Det vil for eksempel kunne ske ved at samarbejde om at begrænse antallet af overgange i borgerens forløb og sikre en rettidig og koordineret indsats på tværs af sundhedsvæsenet.

Regioner og kommuner vil herunder skulle være opmærksomme på at skabe sammenhængende og koordinerede forløb for borgere, der vurderes at kunne have behov for plejebolig, plejehjem m.v. Dette vil bl.a. omfatte at sikre, at borgere, der opholder sig på en sundheds- og omsorgsplads, får den rette opfølgning og vurdering i forhold til deres eventuelle behov for plejebolig m.v. Under et ophold på en sundheds- og omsorgsplads vil der således skulle være mulighed for, at kommunen kan afklare og evt. visitere borgeren til plejebolig m.v. Det vil f.eks. være tilfældet, hvis en borger undervejs i et ophold får en ændret helbredsmæssig tilstand, som gør, at vedkommende vurderes at kunne have behov for en plejebolig m.v.

Ved afslutning af ophold på en sundheds- og omsorgsplads vil medarbejdere på sundheds- og omsorgspladserne skulle varsle kommunen rettidigt, når en borger ikke længere har behov for ophold på en sundheds- og omsorgsplads og f.eks. kan overgå til eget hjem, forudsat at borgeren samtidig modtager kommunale indsatser som f.eks. praktisk hjælp og personlig pleje efter serviceloven eller helhedspleje efter ældreloven. Det vil være væsentligt, at varslingen sker i tilstrækkelig god tid, så kommunen kan iværksætte nødvendige forberedelser og sikre en tryg og sammenhængende overgang for borgeren.

De nærmere frister for varsling forventes at følge de rammer, der fremgår af Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen mellem den daværende regering (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne), Danske Regioner og KL eller af eventuelle lokale aftaler. Det fremgår af aftalen, at regionen som udgangspunkt vil skulle give kommunen besked senest 48 timer før, at en borger vurderes at kunne opfylde betingelserne for ikke længere at have behov for ophold. Hvis vurderingen foretages om fredagen, vil beskeden skulle gives senest 72 timer før. Det fremgår endvidere af aftalen, at kommuner og regioner lokalt, på baggrund af drøftelser i sundhedsrådene, vil kunne aftale at afvige fra disse frister.

Regionen vil have ansvaret for, at kommunen får rettidig og relevant information om borgerens behov inden afslutning af opholdet. Herunder vil regionen være ansvarlig for at sikre, at oplysninger om borgerens forsatte behandling, herunder medicinske behandling, vil være til rådighed for kommunen. Formålet med dette vil være at sikre, at kommunen bl.a. har den nødvendige tid til at igangsætte de rette indsatser, som f.eks. helhedspleje efter ældreloven, boligindretning, personlig pleje og praktisk hjælp efter serviceloven, behandling og genoptræning i forbindelse med eget hjem efter sundhedsloven, samt at sikre, at de nødvendige hjælpemidler, arbejdsredskaber m.v. er tilgængelige ved hjemkomsten. Derudover vil medarbejdere på sundheds- og omsorgspladserne, når det vil være relevant, skulle koordinere med borgernes egen læge ved almenmedicinske tilbud med henblik på at sikre sammenhæng i borgernes samlede forløb på tværs af sundhedsvæsenet.

Ophold på sundheds- og omsorgspladser efter sundhedsloven vil være vederlagsfrie. Herved forstås, at borgerne ikke vil kunne opkræves egenbetaling for kost, linned, tøjvask og lignende under ophold på sundheds- og omsorgspladser efter sundhedsloven.

Lægemidler, der udleveres til borgere på sundheds- og omsorgspladser samt ved opstart af behandling i akutsygeplejen, vil ligeledes være vederlagsfrie for borgerne.

Dette indebærer, at regionen yder og udleverer vederlagsfri medicin, som er udskrevet på et sygehus til fortsat behandling, eller som er udskrevet på en sundheds- og omsorgsplads med henblik på behandling under hele opholdet på sundheds- og omsorgspladsen samt medicin, som en borger i øvrigt har været i behandling med før indlæggelse på et sygehus eller på en sundheds- og omsorgsplads.

I tilfælde af at en borger vil være i målgruppen for sundheds- og omsorgspladser, men vælger ikke at tage imod et

tilbud om et midlertidigt ophold på en sådan plads, bør relevante myndigheder samarbejde om at tilrettelægge alternative løsninger ud fra borgerens konkrete situation og behov.

Det foreslås i *§ 118 e, stk. 2,* at regionsrådet er ansvarligt for at yde sundhedsfaglige indsatser med et rehabiliterende sigte samt den pleje og omsorg, som borgeren har behov for under opholdet.

Den foreslåede bestemmelse vil indebære, at regionsrådet vil være ansvarligt for at levere og finansiere de relevante sundhedsfaglige indsatser som observation, pleje og/eller behandling, genoptræning og basal palliation, samt pleje og omsorg, som borgeren har behov for under opholdet på en sundheds- og omsorgsplads. Formålet vil være, at de samlede indsatser understøtter et rehabiliterende sigte og bidrager til at forbedre, vedligeholde eller forsinke forværring af borgerens fysiske og kognitive funktionsniveau i en sammenhængende indsats med let adgang til lægefaglige kompetence. Der forventes, at der vil kunne opnås væsentlige synergier ved at planlægge og gennemføre indsatserne med afsæt i borgerens samlede situation og behov.

Ved kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser vil der kunne fastsættes nærmere krav til bl.a. sundhedsfagligt indhold. Kvalitetsstandarder vil løbende kunne justeres i takt med udviklingen i sundhedsvæsenet.

Da ansvaret for målgruppen for de kommunale akutpladser vil overgå til de regionale sundheds- og omsorgspladser fra 2027, forventes det, at de kommende kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser bl.a. vil kunne bygge oven på på de gældende krav og anbefalinger til den kommunale akutfunktion, der omfatter sundhedsfaglige indsatser som sygepleje og behandling, herunder observation, undersøgelse og vurdering samt udvalgte instrumentelle indsatser, når borgerne vil have behov for denne type af indsatser under ophold på sundheds- og omsorgspladserne. Sundhedsstyrelsen har den 19. februar 2026 efter bemyndigelse og anmodning fra daværende indenrigs- og sundhedsminister udgivet kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser i medfør af § 118 b, stk. 1, i sundhedsloven med virkning fra den 1. januar 2027.

For borgere, der har ophold på sundheds- og omsorgspladser, og som er udskrevet fra sygehuset med en genoptræningsplan, vil regionen have ansvar for at levere og finansiere genoptræningsindsatsen under opholdet svarende til behovene beskrevet i borgerens genoptræningsplan efter § 84. Det vil kun omfatte borgere, som udskrives med en genoptræningsplan til almen genoptræning, jf. sundhedslovens § 139 a, der træder i kraft den 1. januar 2027.

For disse borgere vil genoptræningsindsatsen skulle påbegyndes hurtigst muligt, med mindre sundhedsfaglige forhold tilsiger en senere opstart. Disse borgere vil ikke omfattes af reglerne om frit valg for genoptræning, jf. sundhedslovens § 140, stk. 3. Dette er bl.a. af hensyn til, at genoptræningsindsatsen på sundheds- og omsorgspladserne ofte vil være en del af en samlet rehabiliterende indsats, og derfor vurderes det, at det ikke vil kunne varetages hensigtsmæssigt særskilt fra de øvrige rehabiliterende indsatser på pladsen. Borgere med ophold på en sundheds- og omsorgsplads vil samtidig være omfattet af frit valg til regionale sundheds- og omsorgspladser jf. pkt. 3.3.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Sundheds- og omsorgspladserne vil kunne varetage genoptræningsindsatser svarende til genoptræning på alment niveau efter sundhedslovens § 139 a, der træder i kraft den 1. januar 2027, forudsat at medarbejdere har de rette kompetencer og erfaringer samt relevant udstyr m.v. Nærmere krav om kompetencer, udstyr m.v. fremgår af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser, der træder i kraft den 1. januar 2027.

For en del af de borgere, der overgår fra en sundheds- og omsorgsplads til eget hjem, herunder f.eks. plejebolig m.v., fordi de ikke længere opfylder betingelserne for ophold, vil det være muligt, at de fortsat vil have behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehuset, det vil sige på baggrund af en genoptræningsplan fra sygehuset.

For denne gruppe af borgere vil sundhedsfaglige medarbejdere på sundheds- og omsorgspladsen, som led i overdragelsen af ansvaret fra regionen til kommunen, skulle udarbejde en sundhedsfaglig vurdering af den aktuelle status på funktionsevnen som tillæg til genoptræningsplanen fra sygehuset. Det vil gælde for borgere, der fortsat har behov for almen genoptræning efter genoptræningsplan efter endt ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Vurderingen vil også skulle beskrive genoptræningsbehov under opholdet samt angive, hvilke genoptræningsindsatser borgeren har modtaget. Vurderingen vil samlet set skulle give kommunen et veloplyst grundlag for at kunne overtage ansvaret for borgerens videre genoptræningsindsats inden for almen genoptræning. Vurderingen vil skulle sendes til kommunen og borgerens alment praktiserende læge.

Genoptræning på sundheds- og omsorgspladser vil også kunne iværksættes på baggrund af en konkret sundhedsfaglig vurdering fra en ansvarlig sundhedsperson på sundheds- og omsorgspladsen, hvis det vurderes, at borgeren har behov for genoptræning under opholdet og uden forudgående sygehuskontakt.

Basale palliative indsatser vil være omfattet af de sundhedsfaglige indsatser, der skal varetages på sundheds- og omsorgspladserne, da der er tale om en sundhedsfaglig indsats, som foregår integreret med rehabilitering.

Regionernes ansvar for sundheds- og omsorgspladserne vil, ud over ansvaret for selve opholdet og den sundhedsfaglige indsats, også omfatte ansvaret for den nødvendige pleje og omsorg, som borgeren vil have behov for under opholdet. Dette ansvar vil svare til det, regionerne allerede varetager for pleje og omsorg for borgere indlagt på sygehus i regionalt regi.

Det vil også omfatte, at regionerne vil have ansvaret for praktiske foranstaltninger som blandt andet vask af linned og tøj, rengøring samt udlevering af midlertidige hjælpemidler som f.eks. rollatorer og toiletforhøjere og andre hjælpemidler, som borgeren har behov for under selve opholdet.

Regionerne vil have ansvar for at koordinere i forhold til sundhedsindsatser m.v., som ikke er relateret til formålet med opholdet på en sundheds- og omsorgsplads, eller som ikke er omfattet af regionernes myndighedsansvar.

Regionen vil have ansvar for at sikre en tilstrækkelig koordinering med kommunen vedrørende kommunale sundhedsfaglige indsatser, når det er relevant, at kommunen vurderer, om indsatserne skal foregå sideløbende med en borgers ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Det vil f.eks. være tilfældet, hvis en borger har behov for tandpleje, og medarbejdere på sundheds- og omsorgspladsen vurderer, at det er relevant at henvise kommunen til borgeren med henblik på en vurdering af, om borgeren tilhører målgruppen for f.eks. socialtandpleje efter sundhedslovens § 134 a eller omsorgstandplejen efter sundhedslovens § 131. Omsorgstandpleje vil bl.a. kunne være relevant i en situation med akut behov for tandpleje hos en person med nedsat funktionsevne, som vil have vanskeligt ved at benytte de almindelige tandpleje tilbud.

Det er væsentligt, at der på sundheds- og omsorgspladserne vil være de nødvendige faglige kompetencer til stede, så personalet kan imødekomme borgere med forskellige behov, herunder borgere i udsatte positioner eller med psykiske vanskeligheder. En god støtte til borgerens videre forløb forventes i nogle situationer at kræve, at medarbejdere på sundheds- og omsorgspladser og kommunale medarbejdere fra socialområdet arbejder tæt sammen og koordinerer deres hjælp. Det vil f.eks. kunne være relevant, at kommunen koordinerer relevante socialfaglige indsatser under et ophold på en sundheds- og omsorgsplads. I sådanne tilfælde vil det være vigtigt, at regionen gør kommunen opmærksom på eventuelle behov for sådanne indsatser, så kommunen kan vurdere behovet for at videreføre eller igangsætte nødvendige socialfaglige indsatser.

Det vil f.eks. kunne være relevant, at kommunen vurderer, om det er hensigtsmæssigt at fastholde f.eks. socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85, ledsageordning efter servicelovens § 97, eller støtte- og kontaktperson efter servicelovens § 99 under ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Det vil f.eks. også kunne være relevant, at kommunen under ophold på en sundheds- og omsorgsplads har mulighed for at foretage en vurdering af, om en borger med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer skal visiteres til et socialfagligt tilbud eller indsatser efter afsluttet ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Det vil f.eks. kunne vedrøre botilbud efter servicelovens §§ 107-108, hjælpemidler efter servicelovens § 112, forbrugsgoder efter servicelovens § 113 eller befordring med individuelle transportmidler efter servicelovens § 117. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser, der træder i kraft den 1. januar 2027, indeholder en nærmere beskrivelse af sammenhængen til kommunale tilbud og indsatser.

Det foreslås i *§ 118 e, stk. 3,* at regionsrådet kan tilvejebringe tilbud efter stk. 1 ved at etablere tilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftale med et andet regionsråd, kommunalbestyrelse eller privat institution.

Den foreslåede bestemmelse vil indebære, at regioner gives mulighed for at indgå aftaler med andre regionsråd, kommuner eller private institutioner om tilvejebringelse af tilbud om sundheds- og omsorgspladser på vegne af regionsrådet.

Forslaget vil medføre, at hele eller dele af driftsansvaret for et tilbud om sundheds- og omsorgspladser vil kunne varetages af en anden region, kommune eller privat institution. Det forudsættes, at aftaler om tilvejebringelse af tilbud indgås i overensstemmelse med reglerne om offentlige udbud.

Regionen vil fortsat have myndighedsansvaret for tilbuddene, som et andet regionsråd, kommune eller privat institution tilvejebringer efter aftale med regionen. Myndighedsansvaret omfatter bl.a. muligheden for at kunne fastsætte retningslinjer for driftsopgaven og forpligtelsen til at føre kontrol og tilsyn med udøvelsen af driftsopgaven. Der henvises i øvrigt til bemærkninger til sundhedslovens § 118 d om muligheden for horisontale samarbejdsaftaler mellem regioner og kommuner, jf. Folketingstidende, 2025-2026, tillæg A, L 42 som fremsat, side 33, hvor også en nærmere beskrivelse myndighedsansvaret for sundhedsydelser i relation til sådanne kontrakter fremgår.

Ansvaret for tildeling af ophold på sundheds- og omsorgspladser vil ikke kunne overdrages til en kommune, andet regionsråd eller privat leverandør i medfør af en aftale efter § 118 e, stk. 3. Der henvises endvidere til muligheden for horisontale samarbejder mellem regioner og kommuner, som også vil kunne omfatte overdragelse af ansvaret for tildeling af en sundhedsydelse som f.eks. tildeling af ophold på sundheds- og omsorgsplads.

Regionen forventes også at skulle monitorere anvendelsen af kapaciteten og indsatser, herunder med henblik på opfølgning på målgruppens anvendelse og udvikling, samt at indsatser lever op til de relevante krav på området, herunder i forhold til kvalitet.

Det foreslås i *§ 118 e, stk. 4,* at sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om omfanget af og kravene til sundheds- og omsorgspladser.

Bemyndigelsen forventes alene at vil blive anvendt i det omfang, der vil opstå behov for at fastsætte nærmere regler og retningslinjer for tilrettelæggelse og organisering af tilbuddet. Bemyndigelsen vil f.eks. kunne anvendes til at fastsætte nærmere rammer for opgavevaretagelsen m.v., hvis det viser sig nødvendigt med henblik på at forebygge uklarhed

om ansvarsplacering og understøtte kontinuitet i borgernes forløb på tværs af sundhedsvæsenet.

Bemyndigelsen vil f.eks. også kunne anvendes til at fastsætte nærmere regler i administrative forskrifter om tilrettelæggelsen af genoptræningsforløb for patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Reglerne vil kunne supplere de beskrivelser af sundhedsfagligt indhold, der indgår i de kommende kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser. Dette vil f.eks. kunne omfatte, hvordan genoptræningen skal tilrettelægges og koordineres i forbindelse med overgangen til borgerens eget hjem, herunder plejebolig, plejebolig m.v.

Endvidere vil bemyndigelsen f.eks. også kunne anvendes, hvis det viser sig nødvendigt at fastsætte nærmere regler i administrative forskrifter for aftaler vedrørende tilvejebringelse af sundheds- og omsorgspladser mellem en region og en anden myndighed eller privat institution. Et behov for nærmere regulering vil f.eks. kunne opstå, hvis det viser sig nødvendigt at regulere aftalerne nærmere for at sikre, at tilbuddene opfylder de nødvendige faglige krav og standarder m.v.

Der vil desuden kunne fastsættes kvalitetsstandarder om indsatser m.v. på sundheds- og omsorgspladserne i medfør af sundhedslovens § 118 b. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser, der er udgivet den 19. februar 2026, træder i kraft den 1. januar 2027.

(Til § 118 f)

Der findes ikke i den gældende sundhedslov regler om frit valg til sundheds- og omsorgspladser.

Det foreslås i *§ 118 f, stk. 1,* at en person, der tilbydes vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgsplads efter § 118 e, stk. 1, frit kan vælge mellem bopælsregionens sundheds- og omsorgspladser og andre regioners sundheds- og omsorgspladser, herunder sundheds- og omsorgspladser, der varetages som led i en kontrakt om samarbejde om sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen efter sundhedslovens § 118 d, jf. dog stk. 2 og reglerne fastsat i medfør af stk. 4.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at borgere, der af deres bopælsregion tilbydes ophold på en sundheds- og omsorgsplads efter § 118 e i sundhedsloven, vil kunne vælge mellem tilbud om sundheds- og omsorgspladser i hele landet.

Det følger af den foreslåede bestemmelse, at retten til frit valg til sundheds- og omsorgspladser vil omfatte sundheds- og omsorgspladser, som et regionsråd tilvejebringer ved at etablere tilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftale med et andet regionsråd eller en kommunalbestyrelse efter sundhedslovens § 118 e, stk. 3. Retten til frit valg til sundheds- og omsorgspladser vil endvidere omfatte sundheds- og omsorgspladser, som en kommune varetager som led i en aftale om sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen efter sundhedslovens § 118 d.

Retten til frit valg til sundheds- og omsorgsplads vil ikke automatisk omfatte sundheds- og omsorgspladser, som et regionsråd tilvejebringer ved at indgå aftale med en privat institution efter sundhedslovens § 118 e, stk. 3, jf. det foreslåede § 118 f, stk. 4.

Bopælsregionen skal tilbyde borgere at viderehenvise til en anden sundheds- og omsorgsplads efter de foreslåede regler om frit valg til sundheds- og omsorgspladser. Således skal regionsrådet, hvis en borger ønsker ophold på en sundheds- og omsorgsplads i en anden region, videreformidle borgerens ønske til relevante region, hvori sundheds- og omsorgspladsen er beliggende.

Det er hensigten, at en borger, der ønsker at gøre brug af retten til frit valg og tage ophold på en anden sundheds- og omsorgsplads end den tildelte, gør dette i forbindelse med tildeling af ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Borgeren vil dog også kunne vælge at gøre brug af retten til frit valg, efter at borgeren har taget ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

Efter den foreslåede bestemmelse forudsættes det, at de kriterier for tildeling og afslutning af ophold i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser, der vil gælde fra 1. januar 2027, i øvrigt efterleves.

Den sundheds- og omsorgsplads, der yder ophold og indsats til en borger, der har fået ophold på en anden regions sundheds- og omsorgsplads via reglerne om frit valg, vil være ansvarlig for den behandling og pleje m.v., som borgeren modtager som en del af opholdet på sundheds- og omsorgspladsen. For borgere, der vælger at gøre brug af retten til frit valg, vil sundheds- og omsorgspladsen skulle leve op til relevante krav for sundheds- og omsorgspladser, herunder de kvalitetskrav, der følger af de gældende kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser. Opholdet vil også være vederlagsfrit for kost, linned, tøjvask m.v. tilsvarende for borgere, der ikke har gjort brug af retten til frit valg. Lægemidler, der udleveres på sundheds- og omsorgspladser, vil også være vederlagsfri.

Det foreslås i § 118 f, *stk. 2,* at regionsrådet kan afvise at modtage personer på et tilbud med sundheds- og omsorgspladser omfattet af stk. 1, hvis det er begrundet i kapacitetsmæssige årsager, og hvis væsentlige hensyn til personer med bopæl i regionen ellers vil blive tilsidesat.

Det foreslåede vil indebære, at borgerne som udgangspunkt har frit valg til sundheds- og omsorgspladser med visse undtagelser hertil. Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at regionsrådet vil kunne afvise en borger, hvis det kan begrundes i kapacitetsmæssige årsager, og hvis væsentlige hensyn til personer med bopæl i regionen ellers ville blive tilsidesat. Det vil både gælde borgere, der ønsker en sundheds- og omsorgsplads i en anden region end bopælsregionen og

borgere, der ønsker en plads på et andet sted end borgeren blev tildelt i bopælsregionen.

Det vil eksempelvis kunne gælde i situationer, hvor kapacitetspresset på et konkret tilbud om sundheds- og omsorgspladser er usædvanligt højt, og det derfor er nødvendigt at afvise en borger, der ønsker ophold på tilbuddet via de foreslåede regler for frit valg.

Det vil f.eks. kunne ske for at sikre tilstrækkelig kapacitet af pladser til borgere med bopæl i regionen. Hvis en borger ønsker at benytte det frie valg til et bestemt tilbud med sundheds- og omsorgspladser inden for borgerens bopælsregion, vil regionsrådet også kunne afvise en borger for at sikre tilstrækkelig kapacitet af pladser til personer med bopæl i tilbuddets nærområde. Det vil kunne være relevant, hvis en afvisning er nødvendig for at undgå, at personer med bopæl i tilbuddets nærområde, som tilbydes et ophold på sundheds- og omsorgsplads, får betydelig længere til en sundheds- og omsorgsplads.

Muligheden for, at regionsrådet kan afvise en fritvalgsborger, vil være afgrænset til den periode, hvor der er kapacitetsudfordringer på et tilbud med sundheds- og omsorgspladser i regionen. Det er forventningen, at regionsrådet meddeler skriftligt afslag til borgeren, hvis en borgers valg af sundheds- og omsorgsplads ikke kan imødekommes på grund af manglende kapacitet.

Det er hensigten, at hvis en borgers valg af sundheds- og omsorgsplads ikke kan imødekommes på grund af manglende kapacitet, vil borgeren, når det er relevant og muligt, kunne få anvist et alternativt tilbud, som i videst muligt omfang imødekommer borgerens ønsker og behov. Bopælsregionen kan i den forbindelse samarbejde med andre regioner, herunder med henblik på at imødekomme eventuelle ønsker til geografisk placering.

Det foreslås i § 118 f, *stk. 3,* at sundhedsministeren efter forhandling med justitsministeren, socialministeren, børne-, ældre- og boligministeren og udlændinge- og integrationsministeren kan fastsætte regler om, at personer ikke har ret til selv at vælge sundheds- og omsorgsplads i henhold til stk. 1, når 1) de er anbragt i institutioner under Danmarks Fængsler, 2) de er anbragt i institution i henhold til retsplejeloven, kapitel 11 i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien eller straffeloven, 3) de er anbragt på en sikret døgninstitution eller en særligt sikret afdeling i henhold til lov om social service, lov om bekæmpelse af ungdomskriminalitet eller barnets lov, eller 4) de er frihedsberøvet, eller deres handlefrihed i øvrigt er undergivet begrænsninger i henhold til udlændingeloven eller hjemrejseloven.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at der vil kunne fastsættes regler om at begrænse retten til frit valg af sundheds- og omsorgspladser for visse persongrupper.

De hensyn, der kan begrunde begrænsninger i retten til selv at vælge sygehus, vil tilsvarende kunne gøre sig gældende i forhold til personers ret til selv at vælge sundheds- og omsorgsplads. Det vil f.eks. kunne være sikkerhedsmæssige hensyn, herunder begrundet i faren for undvigelse, som også vil kunne foreligge ved ophold på sundheds- og omsorgspladser.

Den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse vil bl.a. indebære, at der vil kunne fastsættes regler om, at retten til at vælge sundheds- og omsorgsplads kan begrænses af sikkerhedsmæssige hensyn eller af hensyn til retshåndhævelsen for de samme persongrupper, som efter bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v. kan få begrænset retten til at vælge sygehus af tilsvarende hensyn. Det vil eksempelvis kunne omfatte personer, der er anbragt i institutioner under Danmarks Fængsler, eller som opholder sig i en institution i henhold til retsplejeloven, straffeloven eller et farlighedsdekret efter kapitel 11 i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. Det vil være den myndighed, der meddeler tilladelse til udgang m.v., som træffer afgørelse herom.

Bemyndigelsen vil eksempelvis også kunne anvendes i forhold til personer, der er anbragt på en sikret døgninstitution eller en særligt sikret afdeling i henhold til lov om social service, lov om bekæmpelse af ungdomskriminalitet eller barnets lov, herunder som led i en strafferetlig afgørelse afsagt ved dom eller kendelse.

Det foreslås i § 118 f, *stk. 4*, at sundhedsministeren efter ansøgning fra en privat institution med sundheds- og omsorgspladser som nævnt i § 118 e, stk. 3, kan bestemme, at reglerne om frit valg til sundheds- og omsorgspladser skal finde anvendelse på institutionen.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at sundhedsministeren efter ansøgning fra en privat institution, der efter aftale med et regionsråd driver sundheds- og omsorgspladser efter sundhedslovens § 118 e, stk. 3, får bemyndigelse til at bestemme, at reglerne om frit valg til sundheds- og omsorgspladser skal finde anvendelse på institutionen. En privat institution, der efter aftale med en region driver sundheds- og omsorgspladser, vil således kunne ansøge sundhedsministeren om at blive omfattet af reglerne om frit valg til sundheds- og omsorgspladser efter den foreslåede § 118 f.

Bestemmelsen forudsættes at kunne anvendes, hvis en privat institution har en fast aftale med en region om helt eller delvist at drive sundheds- og omsorgspladser på vegne af regionen, og pladserne er målrettet hovedparten af den målgruppe, som er beskrevet i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder. Det kan eksempelvis være en privat leverandør, som tilvejebringer hovedparten af sundheds- og omsorgspladser inden for et geografisk område.

I forbindelse med behandling af en konkret ansøgning om at blive omfattet af retten til frit valg til sundheds- og omsorgspladser, vil det regionsråd, som institutionen har aftale med, blive hørt. Der vil ved afgørelsen bl.a. blive lagt vægt på, om den private institution har en fast aftale, typisk af mindst et års varighed for målgruppen for sundheds- og omsorgspladser. En beslutning om, at institutionen skal om-

fattes af reglerne om frit valg vil som udgangspunkt gælde, så længe aftalen med regionsrådet løber. I tilfælde, hvor aftalen er af korterevarende karakter, typisk under et års varighed, eller omhandler et begrænset antal ophold, fordi den har til formål at afhjælpe en konkret og midlertidig kapacitetsudfordring, vil der som udgangspunkt ikke blive truffet beslutning om at lade reglerne om frit valg finde anvendelse på institutionen.

Det er heller ikke hensigten, at en ansøgning imødekommes, hvis aftalen med den private leverandør alene vedrører reservekapacitet af sundheds- og omsorgspladser, som regionen har reserveret med henblik på at kunne håndtere konkrete kapacitetsudfordringer, som måtte opstå. Dette gælder, selv om en sådan aftale er indgået for en længere periode.

Endvidere er det heller ikke hensigten, at en ansøgning som udgangspunkt skal imødekommes, hvis en region alene har indgået aftale med en privat leverandør om tilvejebringelse af sundheds- og omsorgspladser for en afgrænset del af målgruppen for sundheds- og omsorgspladser, der har behov for særlige kompetencer, som ikke nødvendigvis kan være til stede på alle pladser. Det vil eksempelvis kunne omhandle borgere med erhvervet hjerneskade og genoptræningsplan på avanceret niveau, som har behov for særlige kompetencer og indsatser inden for rehabilitering under ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

Det foreslås i § 118 f, *stk. 5,* at sundhedsministeren kan fastsætte regler om regionsrådets forpligtelse til at oplyse borgere om deres muligheder for frit valg efter stk. 1 og om afvisning af kapacitetsmæssige årsager efter stk. 2.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at sundhedsministeren kan fastsætte regler om regionsrådets oplysningsforpligtelse om frit valg over for borgerne.

Det forventes, at ministeren vil fastsætte regler om, at regionerne vil skulle oplyse borgere, der tilbydes ophold på sundheds- og omsorgspladser om muligheden for frit valg til sundheds- og omsorgspladser i forbindelse med tildeling af ophold på sundheds- og omsorgspladser og senest inden for 8 hverdage efter tildelingen samt udarbejde informationsmateriale herom.

Regionerne vil i den forbindelse også skulle oplyse om øvrige forhold, der kan være relevante at overveje for den enkelte borger og eventuelle pårørende, f.eks. hvis borgeren har lokale aftaler, f.eks. på sygehuse, som ikke kan varetages ved digitale løsninger, i den periode, som opholdet på sundheds- og omsorgspladsen forventes at vare. Regionerne vil endvidere kunne oplyse borgeren om mulighederne for at benytte frit sygehusvalg, hvis dette er relevant i den periode, som opholdet på sundheds- og omsorgspladsen forventes at vare.

Endvidere vil regionerne skulle oplyse, om borgeren kan få dækket udgifter i forbindelse med transport til og fra en anden sundheds- og omsorgsplads end den, som regionen har henvist til. Borgeren har ikke krav på befordring i sådanne tilfælde. Borgere, der er berettiget til befordringsgodtgørelse, vil som udgangspunkt kunne opnå godtgørelse svarende til den, som borgeren ville have været berettiget til ved ophold på den sundheds- og omsorgsplads, som regionen har henvist borgeren til. Det er bopælsregionen, som er ansvarlig for og afholder udgifter til befordring og befordringsgodtgørelse, uanset om borgeren tager ophold på den henviste sundheds- og omsorgsplads eller vælger en sundheds- og omsorgsplads i en anden region. Der henvises i øvrigt til pkt. 3.4.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Regionerne vil også kunne inddrage eventuelt pårørende, når det er relevant og muligt. I så fald bør regionerne inddrage borgeren og eventuelt pårørende tidligst muligt i forbindelse med visitation til en sundheds- og omsorgsplads. Inddragelse af eventuelle pårørende vil typisk være særligt relevant for borgere, der har kognitive udfordringer. Inddragelsen af pårørende vil skulle ske i overensstemmelse med gældende lovmæssige rammer for deling af oplysninger om borgerne, herunder regler for samtykke m.v.

Den foreslåede bestemmelse vil yderligere medføre, at sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om kriterier for afvisning af en borger af kapacitetsmæssige årsager, og hvis væsentlige hensyn til personer med bopæl i regionen ellers vil blive tilsidesat. Det vil eksempelvis kunne omfatte kriterier, der skal forebygge, at borgere får betydelig længere afstand til sundheds- og omsorgspladser som følge af manglende kapacitet i nærområdet.

Til nr. 3

Det fremgår af den gældende § 171, stk. 1, 1. pkt., i sundhedsloven, at regionsrådet yder befordring eller befordringsgodtgørelse til personer, der i medfør af §§ 79-83 og 86-89 a har ret til vederlagsfri sygehusbehandling og som modtager social pension. Befordring og befordringsgodtgørelse ydes til behandling på regionale sygehuse og de i § 75 nævnte institutioner samt til behandling på andre sygehuse m.v. efter nærmere af sundhedsministeren fastsatte regler.

Det foreslås, at der i *§ 171, stk. 1, 1. pkt.,* efter »sygehusbehandling« indsættes »eller i medfør af § 118 e er tildelt ophold på sundheds- og omsorgsplads«.

Den foreslåede ændring vil medføre, at regionsrådet fremover yder befordring eller befordringsgodtgørelse til personer, der i medfør af sundhedslovens § 118 e er tilbudt et vederlagsfrit midlertidigt ophold på en sundheds- og omsorgsplads, og som modtager social pension.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.4.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger for nærmere beskrivelse af, hvad forslaget vil medføre.

Til nr. 4

Det fremgår af den gældende § 171, stk. 1, 2. pkt., i sund-

hedsloven, at befordring og befordringsgodtgørelse ydes til behandling på regionale sygehuse og de i § 75 nævnte institutioner samt til behandling på andre sygehuse m.v. efter nærmere af sundhedsministeren fastsatte regler.

Det foreslås, at der i *§ 171, stk. 1, 2. pkt.,* efter »til behandling på regionale sygehuse og de i § 75 nævnte institutioner« indsættes: », på sundheds- og omsorgspladser«.

Den foreslåede ændring vil medføre, at sundhedsministerens bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler om befordring eller befordringsgodtgørelse til behandling på regionale sygehuse og de i § 75 nævnte institutioner samt til behandling på andre sygehuse m.v. udvides til også at omfatte sundheds- og omsorgspladser.

Ændringen vil blandt andet muliggøre, at sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om befordring eller befordringsgodtgørelse til sundheds- og omsorgspladser, der forventes at svare til de regler, der gælder for sygehusene, som fastsat i blandt andet kapitel 3 i bekendtgørelse nr. 816 af 18. juni 2018 om befordring eller befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven.

Den foreslåede ændring vil ikke have indvirkning på bemyndigelsens materielle rækkevidde i øvrigt.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.4.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger for nærmere beskrivelse af, hvad forslaget vil medføre.

Til nr. 5

Det fremgår af den gældende § 171, stk. 3, i sundhedsloven, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om, i hvilke tilfælde og i hvilket omfang personer i øvrigt har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse til sygehusbehandling og til diagnostiske undersøgelser på sygehus til brug for udredning hos alment praktiserende læge eller hos praktiserende speciallæge, herunder i hvilket omfang ret hertil tilkommer personer, der efter eget valg behandles på et sygehus uden for bopælsregionen i henhold til reglerne i §§ 86, 87 og 89 a.

Det foreslås, at der i *§ 171, stk. 3,* efter »der efter eget valg behandles på et sygehus uden for bopælsregionen i henhold til reglerne i §§ 86, 87 og 89 a« indsættes »eller på sundheds- og omsorgsplads i henhold til reglerne i § 118 f.«.

Den foreslåede ændring vil medføre, at sundhedsministerens bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler om, hvornår og i hvilket omfang personer i øvrigt, herunder personer, der efter eget valg behandles på et sygehus uden for bopælsregionen, har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse, udvides til også at omfatte sundheds- og omsorgspladser.

Ændringen vil blandt andet muliggøre, at sundhedsministeren kan indføre regler om, at borgere, der ikke modtager social pension, kan modtage befordring eller befordringsgodtgørelse, hvis de lever op til visse nærmere fastsatte betingelser. Det forventes, at betingelserne herfor vil svare til de betingelser, der gælder for sygehusbehandlinger, som fastsat i blandt andet § 15 i bekendtgørelse nr. 816 af 18. juni 2018 om befordring eller befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven.

Den foreslåede ændring vil desuden medføre, at såfremt borgeren under ophold på den af regionen tildelte sundheds- og omsorgsplads vil blive indkaldt til eksempelvis kontrol eller ambulant behandling på sygehus jf. blandt andet de i bekendtgørelsens § 15 fastsatte betingelser, vil borgeren have ret til befordring eller befordringsgodtgørelse. Såfremt borgeren vil have valgt en anden sundheds- eller omsorgsplads end den tildelte, vil borgeren have ret til befordringsgodtgørelse svarende til afstanden mellem den tildelte sundheds- og omsorgsplads og behandlingsstedet, med mindre andet bliver aftalt i forbindelse med valget af sundheds- og omsorgspladsen. Regionen vil i forbindelse med valget af sundheds- og omsorgsplads skulle oplyse borgeren om mulighederne for at få dækket udgifter i forbindelse med transport under ophold på en anden sundheds- og omsorgsplads end den, som regionen vil have henvist til. Bopælsregionen vil have myndigheds- og finansieringsansvaret for at befordre borgeren eller yde befordringsgodtgørelse, når borgeren vil have krav på det.

Den foreslåede ændring vil ikke have indvirkning på bemyndigelsens materielle rækkevidde i øvrigt.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.4.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger for nærmere beskrivelse af, hvad forslaget vil medføre, samt til lovforslagets § 1, nr. 2 og bemærkningerne hertil om frit valg til sundheds- og omsorgspladser.

Til nr. 6

Det fremgår af sundhedslovens § 171, stk. 4, 1. pkt., at regionsrådet yder befordring med ambulance eller særligt sygekøretøj til personer, der i medfør af §§ 79-83 og 86-89 har ret til vederlagsfri sygehusbehandling og til diagnostiske undersøgelser på sygehus til brug for udredning hos alment praktiserende læge eller hos praktiserende speciallæge, hvis deres tilstand gør det nødvendigt.

Det foreslås, at der i *§ 171, stk. 4, 1. pkt.,* efter »hvis deres tilstand gør det nødvendigt« indsættes »samt til personer, der i medfør af § 118 e er tilbudt ophold på sundheds- og omsorgsplads«.

Den foreslåede ændring vil medføre, at regionsrådet fremover yder befordring eller befordringsgodtgørelse med ambulance eller særligt sygekøretøj til personer, der i medfør af sundhedslovens § 118 e er tilbudt et vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser, hvis deres tilstand gør det nødvendigt.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.4.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger for nærmere beskrivelse af, hvad forslået vil medføre.

Til nr. 7

Det fremgår af sundhedslovens § 171, stk. 4, 2. pkt., at regionsrådet yder godtgørelse for befordring til personer, der er omfattet af 1. pkt. og har ret til refusion af udgifter til behandling i andre EU- eller EØS-lande i medfør af § 89 a.

Det foreslås, at *§ 171, stk. 4, 2. pkt.,* ophæves.

Den foreslåede ændring skal ses i sammenhæng med lovforslagets § 1, nr. 6 og nr. 8, hvor bestemmelsen videreføres.

Til nr. 8

Det fremgår af sundhedslovens § 171, stk. 4, 2. pkt., at regionsrådet yder godtgørelse for befordring til personer, der er omfattet af 1. pkt. og har ret til refusion af udgifter til behandling i andre EU- eller EØS-lande i medfør af § 89 a.

Det foreslås i *§171*, at indsætte et nyt *stk. 5.,* hvorefter regionsrådet yder godtgørelse for befordring til personer, der er omfattet af stk. 4 og har ret til refusion af udgifter til behandling i andre EU- eller EØS-lande i medfør af § 89 a.

Den foreslåede bestemmelse vil videreføre bestemmelsen i § 171, stk. 4, 2. pkt., hvorefter regionsrådet yder godtgørelse for befordring til personer, der er omfattet af 1. pkt. og har ret til refusion af udgifter til behandling i andre EU- eller EØS-lande i medfør af § 89 a.

Den foreslåede ændring er en redaktionel ændring, som foretages, da det er hensigtsmæssigt at holde indholdet det foreslåede stk. 5 adskilt fra indholdet af det foreslåede stk. 4. Den foreslåede ændring skal ses i sammenhæng med lovforslagets § 1, nr. 6, hvorefter de i § 171, stk. 4, 1. pkt., omfattede de persongrupper, oplistes i nummeret form.

Til nr. 9

§ 246 a blev indsat i sundhedsloven ved lov nr. 1761 af 29. december 2025 og trådte i kraft den 1. januar 2026.

Det følger af sundhedslovens § 246 a, at der kan gives øremærket statsligt tilskud til regionerne målrettet til kommunale indsatser, herunder at der kan fastsættes regler om revision, fordeling, udbetaling og tilbagebetaling m.v. i forbindelse med tilskuddet.

Det foreslås, at o*verskriften* før § 246 a og *§ 246 a* ophæves.

Forslaget om at ophæve overskriften før § 246 a og § 246 a foretages af lovtekniske årsager og skal ses i sammenhæng med forslaget i § 1, nr. 10, hvor det foreslås at nyaffatte § 246 a uændret.

Til nr. 10

(Til § 246 a)

Det følger af sundhedslovens § 246 a, at der kan gives øremærket statsligt tilskud til regionerne målrettet til kommunale indsatser, herunder at der kan fastsættes regler om revision, fordeling, udbetaling og tilbagebetaling m.v. i forbindelse med tilskuddet.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.5.1 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås af lovtekniske årsager at nyaffatte *§ 246 a* uændret i sundhedslovens kapitel 77. Det foreslås også at nyaffatte *overskriften* før § 246 a uændret.

Det foreslås således, at overskriften før § 246 a affattes »Statsligt tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene«.

Det foreslås i *§ 246 a, stk. 1,* at staten yder et tilskud til regionerne til brug for aftaler mellem regionsråd og kommunalbestyrelser om økonomiske tilsagn til varetagelse af kommunale sundhedsydelser i medfør af § 118 c, stk. 1-4. Tilskuddets størrelse fastsættes årligt af finansministeren med tilslutning fra Folketingets Finansudvalg.

Bestemmelsen vil medføre, at den økonomiske ramme målrettet kommunale indsatser udmøntes gennem regionerne med gennemslag på regionernes driftsloft for sundhedsudgifter.

Det vil følge heraf, at videre udmøntning af økonomiske tilsagn, jf. den foreslåede § 118 c, stk. 1-4, udmøntes fra regionsrådene til kommuner som direkte tilskud, og dermed udgør en bruttoindtægt i kommunernes serviceramme.

Det foreslås i *§ 246 a, stk. 2,* at sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om vilkår for fordeling, udbetaling og tilbagebetaling m.v. af tilskuddet efter stk. 1.

Bestemmelsen vil medføre, at sundhedsministeren ved bekendtgørelse fastsætter regler om at kunne kræve tilbageførsel af en uforbrugt del af tilskuddet til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene i den enkelte region, der i omfang svarer til, hvor stor en del af de afsatte minimumsrammer til sundhedsrådene, som den enkelte region har modtaget, modregnet det niveau som regionen faktisk i tilskudsåret har indgået aftaler med kommunerne om, og som dermed ikke er udmøntet i aftaler med kommunalbestyrelser, jf. § 118 c, stk. 1-4.

Dette skal understøtte, at såvel regionsråd og kommunalbestyrelser tilskyndes til at indgå aftaler. Bestemmelsen påvirker ikke det regionale udgiftsloft for tilskudsåret og har alene likviditetsmæssigt gennemslag. Bestemmelsen vil i øvrigt medføre, at sundhedsministeren gennem bekendtgørelse fastsætter minimumsrammer for hvert sundhedsråd, som det enkelte regionsråd er forpligtet til at reservere til aftale med de lokale kommunalbestyrelser. Det forudsættes, at ministeren i bekendtgørelsen vil fastsætte minimumsrammerne med udgangspunkt i en model, der tager højde for forskelle i patienttyngde og demografisk sammensætning sundhedsrådene

imellem. Det forudsættes, at sundhedsministeren vil til brug hertil bl.a. tage udgangspunkt i den nationale fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.5.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i *§ 246 a, stk. 3,* at sundhedsministeren fastsætter regler om revision af tilskuddet efter stk. 1 og i henhold til § 118 c, stk. 1 og 2.

Bestemmelsen vil medføre, at sundhedsministeren vil fastsætte regler om revision af det statslige tilskud til regionerne målrettet det kommunale sundhedsvæsen. Disse regler vil blive fastsat ved bekendtgørelse.

Det forudsættes, at ministeren vil udstede bekendtgørelse om, at regionerne skal godtgøre, hvor store økonomiske delrammer der er blevet reserveret til de enkelte sundhedsråd, samt hvor store økonomiske tilsagn hvert sundhedsråd i de enkelte regioner har ydet til kommunerne gennem aftaler. Det forudsættes endvidere, at der fastsættes nærmere regler om, at sundhedsrådenes midler til kommunale indsatser vil skulle registreres særskilt i regionernes regnskaber, således at niveauet for den uforbrugte del af rammen vil kunne opgøres i forbindelse med regnskabsoverholdelse.

(Til § 246 b)

Det følger af sundhedslovens § 246 b, som blev indført ved lov nr. 1761 af 29. december 2025, og som træder i kraft den 1. januar 2027, at bopælsregionen afholder udgifter til sundheds- og omsorgspladser efter § 118 e.

Det foreslås at nyaffatte *§ 246 b* i sundhedsloven. Det foreslås også at nyaffatte *overskriften* før § 246 b uændret.

Det foreslås at nyaffatte § 246 b, *stk. 1,* således at bopælsregionen afholder udgifter til sundheds- og omsorgspladser efter § 118 e.

Forslaget vil medføre, at regionsrådet skal afholde udgifterne forbundet med borgere med bopæl i regionens anvendelse af sundheds- og omsorgspladser.

Den foreslåede bestemmelse er uændret i forhold til den bestemmelse i § 246 b, der blev indsat i sundhedsloven ved § 1, nr. 19, i lov nr. 1761 af 29. december 2025 om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.).

Nyaffattelsen af § 246 b, stk. 1, sker af lovtekniske årsager og skal ses i sammenhæng med indsættelsen af nye stk. 2 og 3 i § 246 b.

Samtidig er det foreslået i lovforslagets § 2, nr. 2, at overskriften før § 246 b og § 246 b, som affattet ved § 1, nr. 19, i lov nr. 1761 af 29. december 2025, ophæves.

Det foreslås i § 246 b, *stk. 2,* at den region, der yder sundheds- og omsorgspladsen, kan opkræve bopælsregionen betaling herfor.

Den foreslåede bestemmelse vil tydeliggøre, at en region, der yder ophold og indsatser på en sundheds- og omsorgsplads til en borger fra en anden region, vil kunne opkræve bopælsregionen betaling herfor. Det omfatter også tilbud med sundheds- og omsorgspladser, som varetages helt eller delvist af en anden leverandør efter aftale med en region, herunder private leverandører og sundheds- og omsorgspladser, som drives af en kommune som led i et horisontalt samarbejde med et regionsråd.

Det foreslås i § 246 b, *stk. 3*, at sundhedsministeren kan fastsætte regler om betalingen, når bopælsregionen skal betale for en borgers ophold og indsatser ved en anden regions sundheds- og omsorgsplads.

Med den foreslåede ændring indsættes der en bestemmelse, der vil give sundhedsministeren bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler om bopælsregionens betaling til opholdsregionen efter stk. 2.

Det forventes, at der vil kunne fastsættes regler og rammer for opgørelse af udgifter forbundet med ophold, sundhedsfaglige indsatser, pleje m.v. i overensstemmelse med bl.a. de gældende kvalitetskrav, eller at betalingen vil kunne fastsættes som en fast takst, f.eks. på nationalt niveau.

(Til § 246 c)

Det følger af sundhedslovens § 246 c, som blev indført ved lov nr. 1761 af 29. december 2025, og som træder i kraft den 1. januar 2027, at bopælskommunen afholder udgifter til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne efter sundhedslovens § 119, stk. 2, og bopælsregionen afholder udgifter til patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser efter sundhedslovens § 119, stk. 3 og 4.

Det foreslås at nyaffatte *§ 246 c* i sundhedsloven uændret. Det foreslås også at nyaffatte *overskriften* før § 246 c uændret.

Den foreslåede nyaffattelse af § 246 c er uændret i forhold til den bestemmelse i § 246 c, der blev indsat i sundhedsloven ved § 1, nr. 19, i lov nr. 1761 af 29. december 2025 om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.), og foretages af lovtekniske årsager.

Forslaget skal ses i sammenhæng med forslaget om nyaffattelse af § 246 b.

Samtidig er det foreslået i lovforslagets § 2, nr. 2, at overskriften før § 246 c og § 246 c, som affattet ved § 1, nr. 19, i lov nr. 1761 af 29. december 2025, ophæves.

Det foreslås således at nyaffatte § 246 c, *stk. 1,* således at bopælskommunen afholder udgifter til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne efter § 119, stk. 2.

Forslaget vil medføre, at bopælskommunen skal afholde udgifterne forbundet med forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne efter § 119, stk. 2.

Det foreslås videre at nyaffatte § 246 c, *stk. 2,* således at bopælsregionen afholder udgifter til patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser efter § 119, stk. 3 og 4.

Forslaget vil medføre, at det bliver muligt at afholde udgifter til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud for henholdsvis kommunalbestyrelsen og regionsbestyrelsen, samt at det bliver muligt at henføre finansieringsansvaret til henholdsvis bopælskommunen og bopælsregionen.

Forslaget vil medføre en hjemmel om, at afholdelse af udgifter målrettet de forskellige forebyggelsestilbud følger myndigheds- og driftsansvaret i og med, at ansvaret for den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse med den foreslåede ordning fordeles mellem det kommunale og regionale.

Forslaget vil medføre, at det bliver muligt at afholde udgifter til borgerrettet forebyggelsestilbud for kommunalbestyrelsen, samt at det bliver muligt at henføre finansieringsansvaret til bopælskommunen. Forslaget vil endvidere medføre, at det bliver muligt at afholde udgifter til patientrettede forebyggelsestilbud for regionsrådet, samt at det bliver muligt at henføre finansieringsansvaret til bopælsregionen. Der findes efter gældende lovgivning diverse patientrettede forebyggelsestilbud, som er underlagt myndigheds- og driftsansvar hos kommunalbestyrelsen. Forslaget vil medføre en hjemmel om, at udgifter målrettet patientrettede forebyggelsestilbud følger myndigheds- og driftsansvaret, som ved den foreslåede ordning overgår til det regionale myndighedsniveau.

Forslaget indebærer også en tydeliggørelse af det regionale finansieringsansvar for bopælsregionen i forbindelse med indsatser tilbudt efter § 119, stk. 4. Dette fremgår ikke af gældende lovgivning. Det bemærkes, at nærværende lovforslag ikke ændrer på eksisterende finansieringsansvar, men alene medfører en tydeliggørelse heraf.

Til § 2

Til nr. 1

Ved lovens § 1, nr. 6, blev § 118 e indsat i sundhedsloven, hvorefter regionsrådet skal tilbyde vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser til personer, der har bopæl i regionen, og som har behov for sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, hvis disse ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt under ophold i eget hjem.

Det følger af lovens § 14, stk. 2, at § 118 e i sundhedsloven som affattet i § 1, nr. 6, træder i kraft den 1. januar 2027.

Det foreslås, at § 1, nr. 6, ophæves.

Ophævelsen af bestemmelsen skal ses i sammenhæng med forslaget i dette lovforslags § 1, nr. 2, der, udover at nyaffatte § 118 e uændret, indsætter en ny § 118 f til ikrafttrædelse den 1. januar 2027.

Til nr. 2

Ved § 1, nr. 19, i lov nr. 1761 af 29. december 2025 blev § 246 b indsat i sundhedsloven, hvorefter bopælsregionen afholder udgifter til sundheds- og omsorgspladser efter § 118 e.

Endvidere blev § 246 c indsat i sundhedsloven ved § 1, nr. 19, i lov nr. 1761 af 29. december 2025. Efter bestemmelsen afholder bopælsregionen udgifter til hhv. forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne efter sundhedslovens § 119, stk. 2 samt patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser efter sundhedslovens § 119, stk. 3 og 4.

Det følger af § 14, stk. 3, i lov nr. 1761 af 29. december 2025, at §§ 246 b og 246 c i sundhedsloven som affattet i § 1, nr. 19, træder i kraft den 1. januar 2027.

Det foreslås, at *overskriften* før § 246 b og *§ 246 b*, som affattet ved § 1, nr. 19, ophæves.

Ophævelsen af bestemmelsen skal ses i sammenhæng med forslaget i dette lovforslags § 1, nr. 10, der, udover at indsætte *overskriften* før § 246 b og nyaffatte § 246 b, stk. 1, uændret, indsætter stk. 2 og 3 i § 246 b til ikrafttrædelse den 1. januar 2027.

Det foreslås endvidere, at *overskriften* før § 246 c og *§ 246 c*, som affattet ved § 1, nr. 19, ophæves.

Ophævelsen af bestemmelsen skal ses i sammenhæng med forslaget i dette lovforslags § 1, nr. 10, der indsætter *overskriften* før § 246 c og nyaffatter § 246 c uændret til ikrafttrædelse den 1. januar 2027.

Til nr. 3

Det foreslås i *§ 14, stk. 2,* at »6-15« ændres til »7-15«.

Den foreslåede ændring fra »6-15« til: »7-15« i § 14, stk. 2, er en konsekvens af, at § 1, nr. 6, ophæves, i dette lovforslags § 2, nr. 1. Der henvises til bemærkningerne hertil.

Til nr. 4

Det foreslås, at *§ 14, stk. 3,* ophæves.

Den foreslåede ophævelse af § 14, stk. 3, skal ses i sammenhæng med, at overskriften før § 246 b og § 246 b og overskriften før § 246 c og § 246 c, som affattet ved § 1, nr. 19, ophæves, i dette lovforslags § 2, nr. 2 og 3. Der henvises til bemærkningerne hertil.

Til nr. 5

Ved § 1, nr. 17 i lov nr. 1761 af 29. december 2025, blev der indsat en § 206 d, hvorefter regionsrådet har ansvaret for, at hvert sundhedsråd for eget geografiske område udarbejder en nærsundhedsplan.

Bestemmelsen trådte ifølge ændringslovens § 14, stk. 1, i kraft den 1. januar 2026. Det fremgår dog af ændringslovens § 14, stk. 7, at sundhedslovens § 206 d først har virkning fra den 1. april 2027. Dette medfører, at den første nærsundhedsplan skal være vedtaget den 1. april 2027, og at der i perioden fra lovens ikrafttræden 1. januar 2026 til og med 31. marts 2027 skal foregå en proces med udarbejdelse, indhentelse af rådgivning fra Sundhedsstyrelsen samt vedtagelse af planerne m.v.

Det foreslås i *§ 14, stk. 7,* der bliver *stk. 6,* at »1. april« ændres til »1. juni«.

Forslaget vil medføre, at den første nærsundhedsplan skal være vedtaget fra den 1. juni 2027. Frem til vedtagelsen vil der være tid til processen med udarbejdelse, indhentelse af rådgivning fra Sundhedsstyrelsen samt vedtagelse af planerne m.v.

Til § 3

Til nr. 1

Der er efter gældende regler i klage- og erstatningsloven mulighed for at påklage en række regionale afgørelser til Styrelsen for Patientklager. Klageadgangen omfatter dog efter de gældende regler ikke regionale afgørelser m.v. om frit valg til sundheds- og omsorgspladser efter den foreslåede § 1, nr. 2.

Der vil således efter de gældende regler i klage- og erstatningsloven ikke være mulighed for at klage over regionsrådenes afgørelser om afvisninger af ophold på bestemte sundheds- og omsorgspladser efter de foreslåede regler om frit valg.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.3.1 og 3.3.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i *§ 6, stk. 1, nr. 5,* at regionsrådets afgørelser m.v. kan påklages til Styrelsen for Patientklager, når de vedrører frit valg til sundheds- og omsorgspladser efter sundhedslovens § 118 f og regler fastsat med hjemmel heri.

Forslaget vil indebære, at en borger, der mener, at regionsrådet uberettiget har afvist borgerens ønske om ophold på en bestemt sundheds- og omsorgsplads, vil få adgang til at kunne påklage en afgørelse om afvisning af frit valg til sundheds- og omsorgsplads efter den foreslåede § 118 f, stk. 2, i sundhedsloven til Styrelsen for Patientklager. Ligeledes vil en regions manglende videreformidling af en anmodning om frit valg til sundheds- og omsorgsplads til det ønskede sted, kunne sidestilles med et afslag på frit valg af sundheds- og omsorgsplads.

Styrelsen for Patientklager vil herefter bl.a. kunne tage stilling til, om betingelserne for afvisning af borgerens ønske om ophold på en bestemt sundheds- og omsorgsplads er opfyldt. Styrelsen for Patientklager vil bl.a. også kunne tage stilling til, om regionen har undladt at henvise til en anden sundheds- og omsorgsplads, selvom patienten har anmodet om dette. Styrelsen for Patientklager vil på den baggrund kunne træffe en afgørelse, hvori der udtales kritik af regionen, eller en afgørelse uden kritik.

Regionerne vil efter de foreslåede regler kunne afvise at modtage personer på et tilbud med sundheds- og omsorgspladser efter reglerne om frit valg, hvis det er begrundet i kapacitetsmæssige årsager, og væsentlige hensyn til personer med bopæl i regionen. Ved afvisning af en borger inden for bopælsregionen vil dette herunder kunne ske af hensyn til personer med bopæl i tilbuddets nærområde. Endvidere følger det af de foreslåede regler, at sundhedsministeren vil kunne fastsætte nærmere regler herom.

Hvis Styrelsen for Patientklager vurderer, at betingelserne for en afvisning af en borgers frie valg til en bestemt sundheds- og omsorgsplads ikke er opfyldt, vil Styrelsen for Patientklager kunne træffe en afgørelse med kritik til regionen. Det forventes, at regionen på baggrund af en eventuel kritik vil træffe de nødvendige foranstaltninger, herunder i forhold til den fremtidige praksis.

Til § 4

Det foreslås i *stk. 1,* at loven træder i kraft den 1. januar 2027.

Forslaget vil indebære, at retten til en personlig behandlingsplan og opstart i patientrettet forebyggelse inden for de fastsatte tidsfrister for patienter diagnosticeret med kronisk obstruktiv lungesygdom og patienter diagnosticeret med kroniske lænderygsmerter, træder i kraft 1. januar 2027.

Forslaget vil også indebære, at retten til frit valg til sundheds- og omsorgspladser, herunder ny klageadgang m.v., træder i kraft 1. januar 2027.

Forslaget vil videre indebære, at retten til befordring og befordringsgodtgørelse til sundheds- og omsorgspladser træder i kraft 1. januar 2027.

Forslaget vil yderligere indebære, at de foreslåede nyaffattelser af sundhedslovens § 118 e, § 246 a, § 246 b, stk. 1, og § 246 c træder i kraft 1. januar 2027.

Herved sikres det, at regionerne fra den 1. januar 2027 vil have ansvaret for tilbud om sundheds- og omsorgspladser, og at bopælsregionen afholder udgifterne hertil, at bopælskommunen afholder udgifter til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud, at bopælsregionen afholder udgifter til patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser, og at der fra tilskudsåret 2027 kan fastsættes og udbetales et statsligt tilskud til kommunernes sundhedsydelser via sundhedsrådene, som regionerne kan bruge på at medfinansiere kommunale sundhedsydelser.

Det foreslås i § 60 a, stk. 2, at lovforslaget har virkning fra 1. januar 2028 for patienter diagnosticeret med type 2-diabetes og hjertesygdomme.

Forslaget vil indebære, at retten til en personlig behandlingsplan og opstart i patientrettet forebyggelse inden for de fastsatte tidsfrister for patienter diagnosticeret med type 2-diabetes og patienter diagnosticeret med hjertesygdomme, træder i kraft 1. januar 2028.

Det foreslås i § 60 a, stk. 3, at lovforslaget har virkning fra 1. januar 2029 for patienter diagnosticeret med kompleks multisygdom.

Forslaget vil indebære, at retten til en personlig behandlingsplan og opstart i patientrettet forebyggelse inden for de fastsatte tidsfrister for patienter diagnosticeret med kompleks multisygdom, træder i kraft 1. januar 2029.

Til § 5

Det foreslås, at loven ikke skal gælde for Færøerne og Grønland.

Det følger af § 278, stk. 2, i sundhedsloven, at §§ 5 og 6, kapitel 4-9, §§ 61-63, kapitel 61 og 66-68, §§ 266-268, § 271, stk. 1, nr. 1-3, og stk. 2 og 3, og §§ 272, 273 og 276 ved kongelig anordning kan sættes helt eller delvis i kraft for Færøerne med de ændringer, som de særlige færøske forhold tilsiger. Lovens bestemmelser kan sættes i kraft på forskellige tidspunkter.

Det følger videre af § 278, stk. 3, at kapitel 12 og kapitel 54-57 ved kongelig anordning kan sættes i kraft for Færøerne og Grønland med de ændringer, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger. Lovens bestemmelser kan sættes i kraft på forskellige tidspunkter for Færøerne.

Da de foreslåede ændringer i lovforslagets § 1 ikke er omfattet af sundhedslovens § 278, stk. 2 og 3, betyder det, at de foreslåede ændringer i lovforslagets § 1 ikke kan sættes i kraft for Færøerne og Grønland.

Det følger af § 64 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, jf. lovbekendtgørelse nr. 1250 af 28. oktober 2025, at loven kan sættes i kraft for Færøerne ved kongelig anordning med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger.

Det foreslås derfor, at lovforslagets § 3 ved kongelig anordning helt eller delvis kan sættes i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.

Bilag 1

Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

Gældende formulering

Lovforslaget

§ 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 896 af 5. oktober 2026, som ændret bl.a. ved § 1 i lov nr. 1761 af 29. december 2025 og senest ved lov nr. 1764 af 29. december 2025, foretages følgende ændringer:

1. Efter § 60 indsættes:

»**§ 60 a.** Regionsrådet tilbyder via de almenmedicinske tilbud en personlig behandlingsplan, og regionsrådet tilbyder opstart i patientrettet forebyggelse til følgende patientgrupper inden for fristerne fastsat i stk. 2 og 3:

1) Patienter diagnosticeret med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).
2) Patienter diagnosticeret med kroniske lænderygsmerter.
3) Patienter diagnosticeret med type 2-diabetes.
4) Patienter diagnosticeret med hjertesygdomme.
5) Patienter diagnosticeret med kompleks multisygdom.

Stk. 2. Det almenmedicinske tilbud, hvor en patient er tilmeldt, jf. § 60, skal senest 30 kalenderdage efter, at patienten har fået stillet en diagnose, som er nævnt i stk. 1, udarbejde en personlig behandlingsplan sammen med patienten. Det almenmedicinske tilbud skal i den forbindelse vurdere, om patienten skal henvises til patientrettet forebyggelse efter § 119, stk. 3, og henvise patienten, hvis det vurderes relevant.

Stk. 3. Bopælsregionsrådet skal senest 21 kalenderdage efter en patient har fået en

henvisning til et tilbud om patientrettet forebyggelse efter § 119, stk. 3, tilbyde opstart af relevant patientrettet forebyggelse og meddele patienten en dato for opstart af første indsats.

Stk. 4. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om det almenmedicinske tilbuds og regionsrådets forpligtelser efter stk. 2 og 3.«

2. Efter kapitel 34 indsættes:

»Kapitel 34 a

Sundheds- og omsorgspladser

§ 118 e. Regionsrådet tilbyder vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser til personer, der har bopæl i regionen, og som har behov for sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, hvis disse ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt under ophold i eget hjem.

Stk. 2. Regionsrådet er ansvarligt for at yde sundhedsfaglige indsatser med et rehabiliterende sigte samt den pleje og omsorg, som borgeren har behov for under opholdet.

Stk. 3. Regionsrådet kan tilvejebringe tilbud efter stk. 1 ved at etablere tilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftale med et andet regionsråd, kommunalbestyrelse eller privat institution.

Stk. 4. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om omfanget af og kravene til sundheds- og omsorgspladser.

§ 118 f. En person, der tilbydes vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgsplads efter § 118 e, stk. 1, kan frit vælge mellem bopælsregionens sundheds- og omsorgspladser og andre regioners sundheds- og omsorgspladser, herun-

der sundheds- og omsorgspladser, der varetages som led i en kontrakt om samarbejde om sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen efter sundhedslovens § 118 d, jf. dog stk. 2 og reglerne fastsat i medfør af stk. 4.

Stk. 2. Regionsrådet kan afvise at modtage personer på et tilbud med sundheds- og omsorgspladser omfattet af stk. 1, hvis det er begrundet i kapacitetsmæssige årsager, og hvis væsentlige hensyn til personer med bopæl i regionen ellers vil blive tilsidesat.

Stk. 3. Sundhedsministeren kan efter forhandling med justitsministeren, socialministeren, børne-, ældre- og boligministeren og udlændinge- og integrationsministeren fastsætte regler om, at personer ikke har ret til selv at vælge sundheds- og omsorgsplads efter stk. 1, når

1) de er anbragt i institutioner under Danmarks Fængsler,
2) de er anbragt i institution i henhold til retsplejeloven, kapitel 11 i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien eller straffeloven,
3) de er anbragt på en sikret døgninstitution eller en særligt sikret afdeling i henhold til lov om social service, lov om bekæmpelse af ungdomskriminalitet eller barnets lov, eller
4) de er frihedsberøvet, eller deres handlefrihed i øvrigt er undergivet begrænsninger i henhold til udlændingeloven eller hjemrejseloven.

Stk. 4. Sundhedsministeren kan efter ansøgning fra en privat institution som nævnt i § 118 e, stk. 3, bestemme, at reglerne om frit valg til sundheds- og omsorgspladser skal finde anvendelse på institutionen.

Stk. 5. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om regionsrådets forpligtelse til at oplyse borgere om deres mulighed for frit valg efter stk. 1 og om afvisning af kapacitetsmæssige årsager efter stk. 2.

§ 171.

Regionsrådet yder befordring eller befordringsgodtgørelse til personer, der i medfør af §§ 79-83 og 86-89 a har ret til vederlagsfri sygehusbehandling og som modtager social pension. Befordring og befordringsgodtgørelse ydes til behandling på regionale sygehuse og de i § 75 nævnte institutioner samt til behandling på andre sygehuse m.v. efter nærmere af indenrigs- og sundhedsministeren fastsatte regler.

Stk. 2-5. ---

3. I *§ 171, stk. 1, 1. pkt.*, indsættes efter »sygehusbehandling«: »eller i medfør af § 118 e er tilbudt ophold på sundheds- og omsorgsplads,«.

§ 171.

Regionsrådet yder befordring eller befordringsgodtgørelse til personer, der i medfør af §§ 79-83 og 86-89 a har ret til vederlagsfri sygehusbehandling og som modtager social pension. Befordring og befordringsgodtgørelse ydes til behandling på regionale sygehuse og de i § 75 nævnte institutioner samt til behandling på andre sygehuse m.v. efter nærmere af indenrigs- og sundhedsministeren fastsatte regler.

Stk. 2-5. ---

4. I *§171, stk. 1, 2. pkt.,* indsættes efter »til behandling på regionale sygehuse og de i § 75 nævnte institutioner«: », på sundheds- og omsorgspladser«.

§ 171.

Stk. 1-2. ---

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om, i hvilke tilfælde og i hvilket omfang personer i øvrigt har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse til sygehusbehandling og til diagnostiske undersøgelser på sygehus til brug for udredning hos alment praktiserende læge eller hos praktiserende speciallæge, herunder i hvilket omfang ret hertil tilkommer personer, der efter eget valg behandles på et sygehus uden for bopælsregionen i henhold til reglerne i §§ 86, 87 og 89 a.

Stk. 4-5. ---

5. I *§ 171, stk. 3,* indsættes efter »der efter eget valg behandles på et sygehus uden for bopælsregionen i henhold til reglerne i §§ 86, 87 og 89 a«: » eller på sundheds- og omsorgsplads i henhold til reglerne i § 118 f«.

§ 171.

Stk. 1-3. ---

Stk. 4. Regionsrådet yder befordring med ambulance eller særligt sygekøretøj til personer, der i medfør af §§ 79-83 og 86-89 har ret til vederlagsfri sygehusbehandling og til diagnostiske undersøgelser på sygehus til brug for udredning hos alment praktiserende læge eller hos praktiserende speciallæge, hvis deres tilstand gør det nødvendigt. Regionsrådet yder godtgørelse for befordring til personer, der er omfattet af 1. pkt. og har ret til refusion af udgifter til behandling i andre EU-/EØS-lande i medfør af § 89 a.

Stk. 5. ---

6. I *§ 171, stk. 4, 1. pkt.,* indsættes efter »hvis deres tilstand gør det nødvendigt«: » samt til personer, der i medfør af § 118 e er tilbudt ophold på sundheds- og omsorgsplads«.

§ 171.

Stk. 1-3. ---

Stk. 4. Regionsrådet yder befordring med ambulance eller særligt sygekøretøj til personer, der i medfør af §§ 79-83 og 86-89 har ret til vederlagsfri sygehusbehandling og til diagnostiske undersøgelser på sygehus til brug for udredning hos alment praktiserende læge eller hos praktiserende speciallæge, hvis deres tilstand gør det nødvendigt. Regionsrådet yder godtgørelse for befordring til personer, der er omfattet af 1. pkt. og har ret til refusion af udgifter til behandling i andre EU-/EØS-lande i medfør af § 89 a.

Stk. 5. ---

7. *§ 171, stk. 4, 2. pkt.,* ophæves.

§ 171.

Stk. 1-4) ---

Stk. 5. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om godtgørelse efter stk. 4.

8. I *§ 171* indsættes efter stk. 4, som nyt stykke:

»*Stk. 5.* Regionsrådet yder godtgørelse for befordring til personer, der er omfattet af stk. 4 og har ret til refusion af udgifter til behandling i andre EU- eller EØS-lande i medfør af § 89 a.«

Stk. 5 bliver herefter stk. 6.

Statsligt tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene

§ 246 a. Staten yder et tilskud til regionerne til brug for aftaler mellem regionsråd og kommunalbestyrelser om økonomiske tilsagn til varetagelse af kommunale sundhedsydelser i medfør af § 118 c, stk. 1-4. Tilskuddets størrelse fastsættes årligt af finansministeren med tilslutning fra Folketingets Finansudvalg.

Stk. 2. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om vilkår for fordeling, udbetaling og tilbagebetaling m.v. af tilskuddet efter stk. 1.

Stk. 3. Sundhedsministeren fastsætter regler om revision af tilskuddet efter stk. 1 og i henhold til § 118 c, stk. 1 og 2.

9. *Overskriften* før § 246 a og *§ 246 a* ophæves.

10. Efter § 246 indsættes i *kapitel 77:*

»Statsligt tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene

§ 246 a. Staten yder et tilskud til regionerne til brug for aftaler mellem regionsråd og kommunalbestyrelser om økonomiske tilsagn til varetagelse af kommunale sundhedsydelser i medfør af § 118 c, stk. 1-4. Tilskuddets størrelse fastsættes årligt af finansministeren med tilslutning fra Folketingets Finansudvalg.

Stk. 2. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om vilkår for fordeling, udbetaling og tilbagebetaling m.v. af tilskuddet efter stk. 1.

Stk. 3. Sundhedsministeren fastsætter regler om revision af tilskuddet efter stk. 1 og i henhold til § 118 c, stk. 1 og 2.

Sundheds- og omsorgspladser

6. Efter kapitel 34 indsættes:

»Kapitel 34 a

Sundheds- og omsorgspladser

§ 118 e. Regionsrådet tilbyder vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser til personer, der har bopæl i regionen, og som har behov for sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, hvis disse ikke kan til-

§ 246 b. Bopælsregionen afholder udgifter til sundheds- og omsorgspladser efter § 118 e.

Stk. 2. Den region, der yder sundheds- og omsorgspladsen, kan opkræve bopælsregionen betaling herfor.

Stk. 3. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om betalingen, når bopælsregionen skal betale for en borgers ophold og indsatser ved en anden regions sundheds- og omsorgsplads, jf. stk. 2.

Forebyggende sundhedsordninger

§ 246 c. Bopælskommunen afholder udgifter til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne efter § 119, stk. 2.

Stk. 2. Bopælsregionen afholder udgifter til patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser efter § 119, stk. 3 og 4.

§ 2

I lov nr. 1761 af 29. december 2025 om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.) foretages følgende ændringer:

1. § 1, nr. 6, ophæves.

rettelægges hensigtsmæssigt under ophold i eget hjem.

Stk. 2. Regionsrådet er ansvarligt for at yde sundhedsfaglige indsatser med et rehabiliterende sigte samt den pleje og omsorg, som borgeren har behov for under opholdet.

Stk. 3. Regionsrådet kan tilvejebringe tilbud efter stk. 1 ved at etablere tilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftale med et andet regionsråd, kommunalbestyrelse eller privat institution.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om omfanget af og kravene til sundheds- og omsorgspladser.«

19. Efter § 246 indsættes i *kapitel 77:*

»*Statsligt tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene*

§ 246 a. Staten yder et tilskud til regionerne til brug for aftaler mellem regionsråd og kommunalbestyrelser om økonomiske tilsagn til varetagelse af kommunale sundhedsydelser i medfør af § 118 c, stk. 1-4. Tilskuddets størrelse fastsættes årligt af finansministeren med tilslutning fra Folketingets Finansudvalg.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om vilkår for fordeling, udbetaling og tilbagebetaling m.v. af tilskuddet efter stk. 1.

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om revision af tilskuddet efter stk. 1 og i henhold til § 118 c, stk. 1 og 2.

Sundheds- og omsorgspladser

§ 246 b. Bopælsregionen afholder udgifter til sundheds- og omsorgspladser efter § 118 e.

2. § 1, nr. 19, ophæves.

Forebyggende sundhedsordninger

§ 246 c. Bopælskommunen afholder udgifter til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne efter § 119, stk. 2.

Stk. 2. Bopælsregionen afholder udgifter til patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser efter § 119, stk. 3 og 4.«

§ 14. ---

Stk. 2. § 1, nr. 1-4, 6-15, 18 og 21-24, § 3 og § 13 træder i kraft den 1. januar 2027.

Stk. 3. §§ 246 b og 246 c i sundhedsloven som affattet ved denne lovs § 1, nr. 19, træder i kraft den 1. januar 2027.

Stk. 4. § 118 c i sundhedsloven som affattet ved denne lovs § 1, nr. 5, og § 246 a i sundhedsloven som affattet ved denne lovs § 1, nr. 19, har virkning fra tilskudsåret 2027.

Stk. 5. Kontrakter om samarbejde indgået i medfør af sundhedslovens § 118 d som affattet ved denne lovs § 1, nr. 5, har virkning fra den 1. januar 2027.

Stk. 6. Den nationale sundhedsplan, jf. sundhedslovens § 206 c som affattet ved denne lovs § 1, nr. 17, har virkning fra den 1. januar 2027.

Stk. 7. Nærsundhedsplanen, jf. sundhedslovens § 206 d som affattet ved denne lovs § 1, nr. 17, har virkning fra den 1. april 2027.

Stk. 8. § 13, nr. 2, finder ikke anvendelse for tilskud til kulturelle anliggender, som der er givet tilsagn om forud for denne lovs ikrafttræden. For sådanne tilskud finder den hidtil gældende § 3 a i lov om regionernes opgaver og kommunernes samarbejde på kulturområdet anvendelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 728 af 7. juni 2007.

3. I § 14, stk. 2, ændres »6-15« til: »7-15«.

4. § 14, stk. 3, ophæves.

Stk. 4-8 bliver herefter stk. 3-7.

5. I *§ 14, stk. 7,* der bliver stk. 6, ændres »den 1. april« til: »den 1. juni«.

§ 3

I lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, jf. lovbekendtgørelse nr. 1250 af 28. oktober 2025, foretages følgende ændring:

§ 6. Regionsrådets afgørelser m.v. kan påklages til Styrelsen for Patientklager, når de vedrører

1-4) ---

5) maksimale ventetider for behandling af livstruende sygdomme efter § 88 i sundhedsloven og regler fastsat med hjemmel heri,

6) behandling i udlandet efter § 89 i sundhedsloven og regler fastsat med hjemmel heri, for så vidt angår retlige forhold,

7) regionernes oplysningspligt efter § 90 i sundhedsloven og regler fastsat med hjemmel heri,

8) beløb til personlige fornødenheder efter regler fastsat med hjemmel i § 91 i sundhedsloven,

9) tilskud til ernæringspræparater efter § 159 i sundhedsloven og regler fastsat med hjemmel heri,

10) hjemtransport af afdøde patienter efter § 160 a i sundhedsloven og regler fastsat med hjemmel heri,

11) tilskud til tandpleje efter § 166 i sundhedsloven og regler fastsat med hjemmel heri,

12) tilskud til ydelser i et andet EU/EØS-land efter § 168 i sundhedsloven og regler fastsat med hjemmel heri,

13) kørselsgodtgørelse til læger efter § 175 i sundhedsloven og regler fastsat med hjemmel heri,

14) refusion af udgifter til sygehusbehandling i et andet EU/EØS-land efter regler

1. I *§ 6, stk. 1,* indsættes efter nr. 4 som nyt nummer:

»*5) frit valg til sundheds- og omsorgspladser efter § 118 f i sundhedsloven og regler fastsat med hjemmel heri.*«

Nr. 5-15 bliver herefter nr. 6-16.

fastsat med hjemmel i §§ 76 og 89 a i sundhedsloven eller

15) regionsrådets ydelser for personer fra andre EU/EØS-lande, Færøerne og Grønland efter §§ 57 a, 118 a og 164 a i sundhedsloven.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om adgangen til at klage efter stk. 1.