

UDKAST

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. 275 af 12. marts 2025, som ændret bl.a. ved lov nr. 719 af 20. juni 2026, lov nr. 1761 af 29. december 2025 og senest ved lov nr. 1764 af 29. december 2025, foretages følgende ændringer:

1. Efter § 60 indsættes:

Maksimal ventetider for forløb for patienter med visse kroniske sygdomme

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

- 1) Patienter, der er diagnosticeret med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).
- 2) Patienter, der er diagnosticeret med kroniske lænderygsmærter.
- 3) Patienter, der er diagnosticeret med type 2-diabetes.
- 4) Patienter, der er diagnosticeret med hjertesygdomme.
- 5) Patienter, der er 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 herunder 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, at en patient har fået en henvisning til et tilbud om patientrettet forebyggelse, meddele patienten, om regionsrådet kan tilbyde opstart af relevant patientrettet forebyggelse efter § 119, stk. 3. I bekræftende fald meddele patienten en dato for opstart af første indsats inden for 21 kalenderdage efter henvisningen. Kan bopælsregionsrådet ikke tilbyde opstart af første indsats inden for den fastsatte frist, skal patienten så vidt muligt tilbydes et relevant patientrettet

forebyggelsestilbud i en anden region, som kan tilbyde indsatsen inden for den fastsatte frist.«

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. Indenrigs- og 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. Private institutioner efter § 118, stk. 3, er ikke omfattet af retten til frit valg efter denne bestemmelse.

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 væsentlige hensyn til personer med bopæl i regionen ellers vil blive tilsidesat. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler herom.

Stk. 3. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om regionsrådets forpligtelse til at oplyse borgere om deres muligheder for frit valg efter stk. 1.

Stk. 4. Sundhedsministeren kan efter forhandling med justitsministeren, socialministeren, børne-, ældre- og boligministeren og udlændinge- og

UDKAST

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, herunder som led i en strafferetlig afgørelse afsagt ved dom eller kendelse, eller
- 4) de er frihedsberøvet, eller deres handlefrihed i øvrigt er undergivet begrænsninger i henhold til hjemrejseloven.«

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., ændres »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« til: »efter nærmere regler, som er fastsat af sundhedsministeren, til følgende:

- 1) Behandling på regionale sygehuse.
- 2) Behandling på sundheds- og omsorgspladser.
- 3) Behandling på de i § 75 nævnte institutioner.
- 4) Behandling på andre sygehuse m.v.«

5. I § 171, stk. 3, ændres »der efter eget valg behandles på et sygehus uden for bopælsregionen i henhold til reglerne i §§ 86, 87 og 89 a« til: »der efter eget valg:

- 1) Behandles på et sygehus uden for bopælsregionen i henhold til reglerne i §§ 86, 87 og 89 a.
- 2) Behandles på en sundheds- og omsorgsplads i henhold til reglerne i § 118 f.«

6. I § 171, stk. 4, 1. pkt., ændres »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.« til: »følgende persongrupper, hvis deres tilstand gør det nødvendigt:

- 1) Personer, der i medfør af §§ 79-83 og 86-89 har ret til vederlagsfri sygehusbehandling.
- 2) Personer, der i medfør af § 118 e er tilbudt ophold på sundheds- og omsorgsplads.

- 3) Personer, der er henvist til diagnostiske undersøgelser på sygehus til brug for udredning hos alment praktiserende læge eller hos praktiserende speciallæge.«

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-/EØS-lande i medfør af § 89 a.«

Stk. 5 bliver herefter stk. 6.

9. Efter § 246 a indsættes i kapitel 77:

»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 beregning af betalingen, når bopælsregionen skal betale for en borgers ophold og indsatser ved en anden regions sundheds- og omsorgsplads.

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 ændring:

1. § 1, nr. 6, ophæves.

2. Overskriften før § 246 b og § 246 b, som affattet ved § 1, nr. 19, ophæves.

3. Overskriften før § 246 c og § 246 c, som affattet ved § 1, nr. 19, ophæves.

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

UDKAST

5. § 14, stk. 3, ophæves.

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

6. I § 14, stk. 7, der bliver stk. 6, ændres »den 1. april 2027« til: »den 1. juni 2027«.

§ 3

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

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

Loven træder i kraft den 1. januar 2027.

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

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

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

Indholdsfortegnelse	
1.	Indledning og baggrund
2.	Lovforslagets hovedpunkter
2.1.	Kronikerpakker
2.1.1.	Gældende ret
2.1.2.	Sundheds- og Kirkeministeriets overvejelser

UDKAST

2.1.3.	Den foreslåede ordning
2.2.	Frit valg for sundheds- og omsorgspladser
2.2.1.	Gældende ret
2.2.2.	Sundheds- og Kirkeministeriets overvejelser
2.2.3.	Den foreslåede ordning
2.3.	Befordring til sundheds- og omsorgspladser
2.3.1	Gældende ret
2.3.2	Sundheds- og Kirkeministeriets overvejelser
2.3.3	Den foreslåede ordning
3.	Regionale konsekvenser, herunder for landdistrikter
4.	Konsekvenser for opfyldelsen af FN's verdensmål
5.	Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige
6.	Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervs- livet m.v.
7.	Administrative konsekvenser for borgerne
8.	Klimamæssige konsekvenser
9.	Miljø- og naturmæssige konsekvenser
10.	Forholdet til EU-retten
11.	Hørte myndigheder og organisationer m.v.
12.	Sammenfattende skema

1. Indledning og baggrund

Lovforslaget er en del af den samlede lovgivningsmæssige gennemførelse af sundhedsreformen. Regeringen vil gennemføre reformen bl.a. med henblik på at sikre en god implementering af kronikerpakker.

Forslaget er således 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.

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 tryk i mødet med sundhedsvæsenet, og det er vigtigt, at f.eks. de mennesker, der diagnosticeres med en kronisk sygdom, gribes tidligt i forløbet. Aftalepartierne 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.

Lovforslaget indeholder tre overordnede dele, der på baggrund af sundhedsreformen skal indføre nye rettigheder for kronikere 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 sundhedsreformen. Lovforslaget vil i overensstemmelse med sundhedsreformen medføre, at der hen over en årrække indføres kronikerpakker for udvalgte målgrupper startende med henholdsvis KOL og kroniske lænderygmerter 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. 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 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 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.

Lovforslaget skal ses i sammenhæng med lovforslag om flytning af opgaver fra kommuner til regioner m.v., jf. 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.), hvor det blandt andet er vedtaget, at regionerne blandt andet overtager myndighedsansvaret for den patientrettede forebyggelse efter § 119, stk. 3, og for sundheds- og omsorgspladserne med virkning fra 1. januar 2027.

2. Lovforslagets hovedpunkter

2.1. Kronikerpakker

2.1.1. Gældende ret

2.1.1.1. 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 den almenmedicinske klinik 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 populationsansvar 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 (senest 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 diabetes type 2 og kronisk obstruktiv lungesygdom (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 diabetes type 2.

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 (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.

De konkrete krav 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 ICPK-koderne med øvrige data for patient-kontakterne 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.

2.1.1.2. 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 genoptrænings- 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 er en konsekvens af 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 (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. Kvalitetsstanderne 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.

2.1.2. 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 henvisning fra egen læge. Det skal sikre en

sammenhængende indsats og give borgerne bedre forudsætning for at håndtere egen sygdom, så den ikke forværres.

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. Konkrete forløb og indsatser skal derfor 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 indføres over en årrække startende med KOL og kroniske lænderygmerter i 2027, type 2-diabetes og hjertesygdomme i 2028 og kompleks multisygdom i 2029.

2.1.3. Den foreslåede ordning

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

Et pakkeforløb vil bestå af en indledende fase og en vedvarende fase, idet et pakkeforløb 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 lænderygmerter 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. En tidlig indsats har positiv indvirkning på sundhedstilstanden, og patientens motivation er ofte størst tidligt i sygdomsforløbet.

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 en differentiering i hvilke indsatser, som er relevante for de enkelte patienter, ligesom at forebyggelsestilbuddene skal styrke og understøtte en mere differentieret tilgang til patienterne ift. deres sundhedskompetence. 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 disse patienter. Det kan ske i form af tættere opfølgning (enten ved fysiske konsultationer eller opbringninger), efterstræbelse af kontinuitet i behandlerrelationen, længere konsultationer, konsultationer med gennemgang af behandlingsplan som det specifikke formål samt opfølgning ved udeblivelser fra konsultationer i de almenmedicinske tilbud eller ved andre afvigelser fra behandlingsplanen. I niveau 3 er der tale om udvidet støtte, hvor egen læge i tillæg til proaktiv opfølgning skal følge op på udeblivelser fra patientrettet forebyggelse, afdække og støtte eventuelle ressourcepersoner omkring patienter, herunder kommune og socialt netværk.

I et pakkeforløb revurderes differentieringsniveauet 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.

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 eller fysioterapeuter. 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.

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 der er taget stilling til elementerne i behovsvurderingen, herunder bl.a. medicinsk behandling, udredning for mulige følgesygdomme, behov for patientrettet forebyggelse m.v. Behandlingsplanen betragtes ikke på noget tidspunkt som endelig, da den løbende kan justeres i det varige pakkeforløb.

Et pakkeforløb vil også omfatte et fælles digitalt overblik over behandlingsplanen, som skal gøre det let at involvere patienten i tilrettelæggelsen af og målene for forløbet. Det vil skabe sammenhæng i forløbet ved, at henvisninger, aftaler, mål, resultater og opfølgninger fremgår tydeligt og 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 det digitale overblik. Den digitale understøttelse af pakkeforløbene hos almenmedicinske tilbud og øvrige sundhedsfaglige aktører involveret i pakkeforløb skal ses som en del af et bredere økosystem af digital understøttelse og infrastruktur, som skal understøtte sammenhæng med den løbende videreudvikling af digital understøttelse på sundhedsområdet. Den digitale understøttelse vil blive udviklet med involvering af relevante parter og i nærmere dialog med sundhedsfaglige aktører og patienter for at sikre den bedst mulige imødekommelse af de sundhedsfaglige aktørers og patienternes behov.

Det foreslås, at borgere med de specifikke kroniske sygdomme får ret til opstart af relevante patientrettede forebyggelsestilbud inden for en maksimal ventetid på 21 kalenderdage efter 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 vil medføre, at patientrettet forebyggelse indgår som en integreret og systematisk del af pakkeforløb for at fremme patienternes rehabilitering, sygdomsmestring og forhindre sygdomsforværring. Det skal 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.

Indholdet og kravene til forebyggelsestilbuddene fremgår af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder. 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.

Henvisning til en afklarende samtale og iværksættelse af patientrettede forebyggelsestilbud skal ske tidligt i sygdomsforløbet, da den tidlige indsats har positiv indvirkning på sundhedstilstanden. 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. 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 er vigtigt, 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.

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. Monitorering af pakkeforløb på populationsniveau skal bidrage til at fremme høj faglig og ensartet kvalitet i forløbene.

En patient, som ikke får overholdt fristen eller ikke får en behandlingsplan i overensstemmelse med reglerne i § 60 a, kan indgive en klage til regionsrådet. Regionsrådet kan derefter som følge af kommende lovgivning vurdere, om klagen skal indgå i dialog med det almenmedicinske tilbud og kan på baggrund heraf vælge at træffe en forvaltningsretlig afgørelse med en sanktion overfor tilbuddet, jf. sundhedslovens kapitel 83 a om Opfølgning på nationale krav m.v. over for de almenmedicinske tilbud. Hvis det almenmedicinske tilbud ikke er enig i en forvaltningsretlig afgørelse, kan de indbringe sagen for Praksisklagenævnet til vurdering. 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 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 førstkommende kontakt med egen læge.

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 lænderygsmærter. 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. 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 og de faglige anbefalinger for type 2-diabetes, hjertesygdomme og kompleks multisygdom, før kronikerpakkerne får virkning for disse målgrupper.

2.2. Frit valg for sundheds- og omsorgspladser

2.2.1. Gældende ret

Ved vedtagelsen af lov nr. 1761 af 29. december 2025 blev det fastlagt, at der i overensstemmelse med sundhedsreformen skal etableres sundheds- og omsorgspladser med virkning fra den 1. januar 2027.

Ovennævnte ændringslov gennemfører dele af sundhedsreformen fra 2024. Med loven flyttes ansvaret for en række sundhedsopgaver fra kommuner til regioner fra den 1. januar 2027. Herunder overgår ansvaret for borgere med behov for sundhedsfaglige indsatser, som ikke hensigtsmæssigt kan tilbydes i deres eget hjem, og som i dag varetages på akutpladser samt på hovedparten af øvrige midlertidige pladser i kommunerne, til regionerne som sundheds- og omsorgspladser uden egenbetaling for opholdet.

Som led heri blev der med ændringsloven indsat en ny bestemmelse i § 118 e om sundheds- og omsorgspladser, der træder i kraft den 1. januar 2027.

Det følger af § 118 e, stk. 1, 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. Det følger endvidere, at der ikke er behov for sundhedsfaglige indsatser, som nødvendiggør sygehusindlæggelse.

Det følger af § 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.

I henhold til § 118 e, stk. 3, kan regionsrådet tilvejebringe tilbud om sundheds- og omsorgspladser ved at etablere tilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftale med et andet regionsråd, kommunalbestyrelse eller privat institution.

Det følger af bemærkningerne til bestemmelsen, jf. Folketingstidende, 2025-2026, tillæg A, L 42 som fremsat, side 57, at hvis en region f.eks.

vælger at indgå aftale med en privat leverandør af sundheds- og omsorgspladser efter § 118 e, stk. 3, forudsættes vilkårene for opgavevaretagelsen fastlagt i en aftale mellem regionen og den private leverandør, herunder finansieringen, i overensstemmelse med udbudsreglerne.

Det følger endvidere af sundhedslovens § 118 d, at et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser i den pågældende region kan indgå en kontrakt om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, herunder sundheds- og omsorgspladser efter sundhedslovens § 118 e.

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

Det følger af sundhedslovens § 246 b, 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 sundheds- og omsorgspladser efter § 118 e.

Sundhedsministeren kan efter sundhedslovens § 118 b, stk. 1, som også blev indført ved lov nr. 1761 af 29. december 2025 og som træder i kraft den 1. januar 2027, fastsætte regler i kvalitetsstandarder for kommunalbestyrelser og regionsråd om indsatser i forbindelse med kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, herunder sundheds- og omsorgspladser.

Det følger af bekendtgørelse nr. 138 af 8. februar 2024, om kvalitetsstandarder, som ændret ved bekendtgørelse nr. 1806 af 29. december 2025, som træder i kraft den 1. januar 2027, at Sundhedsstyrelsen i medfør af § 118 b i sundhedsloven efter bemyndigelse og anmodning fra sundhedsministeren udarbejder nationale kvalitetsstandarder med konkrete kvalitetskrav og -anbefalinger til indsatser, herunder om krav til og tilrettelæggelse af indsatserne i henhold til sundhedslovens afsnit IX om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen.

Sundhedsstyrelsen har den 19. februar 2026 efter bemyndigelse og anmodning fra daværende indenrigs- og sundhedsminister udstedt kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser i medfør af § 118 b, stk. 1, i sundhedsloven med virkning fra den 1. januar 2027. Kvalitetsstandarderne indeholder bl.a. krav til målgruppe samt kriterier for tildeling og afslutning af ophold.

Regionsrådet vil som del af deres 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 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 § 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 tilside-sat.

Det følger af sundhedslovens § 86, stk. 3, at sundhedsministeren efter forhandling med relevante ressourceministre 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.

2.2.2. 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.

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 omsorgspladser, som en private institution efter sundhedslovens § 118, stk. 3, driver efter aftale med en region, omfattes ikke af retten til frit valg. Regionen, der har indgået aftale med en privat leverandør, kan dermed selv disponere over pladserne. En region vil herunder kunne beslutte, at en privat leverandør af sundheds- og omsorgspladser, kan indgå som et muligt tilbud til alle borgere i regionen, der tilbydes ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer desuden, at regionsrådet undtagelsesvist skal kunne afvise borgere af kapacitetsmæssige hensyn på et tilbud om sundheds- og omsorgspladser, og at retten til frit valg kan begrænses af bl.a. sikkerhedsmæssige hensyn, ligesom det gælder for frit sygehusvalg.

Endelig er det Sundheds- og Kirkeministeriet opfattelse, at borgerne skal kunne klage over regionsrådets afgørelser om frit valg til sundheds- og omsorgspladser til Styrelsen for Patientklager. Behovet for at kunne klage over regionernes afgørelser 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 af væsentlige hensyn til personer med bopæl i regionen.

2.2.3. Den foreslåede ordning

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

Retten til frit valg af sundheds- og omsorgsplads vil ikke omfatte sundheds- og omsorgspladser, som et regionsråd tilvejebringer ved at indgå aftale med en privat leverandør efter sundhedslovens § 118 e, stk. 3.

En region vil samtidig kunne beslutte, at en privat leverandør af sundheds- og omsorgspladser, som regionen har indgået aftale med efter § 118 e, stk. 3, kan indgå som et muligt tilbud til alle borgere i regionen, der tilbydes ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

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 hvor væsentlige hensyn til personer med bopæl i regionen ellers vil blive tilsidesat.

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

Den foreslåede ordning vil derudover indebære, at sundhedsministeren be- myndiges til at kunne fastsætte nærmere regler for afvisning af fritvalgsbor- gere til sundheds- og omsorgspladser af kapacitetsmæssige årsager m.v. samt regler om regionsrådets forpligtelse til at oplyse borgere om deres mu- ligheder for frit valg, først og fremmest i forbindelse med tildeling af ophold på sundheds- og omsorgspladser.

Den foreslåede ordning vil også medføre, at sundhedsministeren efter for- handling med justitsministeren, socialministeren, børne-, ældre- og bolig- ministeren og udlændinge- og integrationsministeren vil kunne fastsætte

regler om, at visse personer ikke har ret til selv at vælge sundheds- og omsorgsplads.

Det er hensigten, at samme personkreds, som efter gældende regler kan få begrænset retten til selv at vælge sygehus, tilsvarende vil kunne få begrænset retten til selv at vælge sundheds- og omsorgsplads. Det vil f.eks. omfatte personer, der er anbragt i institutioner under Danmarks Fængsler, hvor afgørelsen bl.a. træffes på baggrund af 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 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. Den foreslåede ordning vil yderligere indebære, at sundhedsministeren bemyndiges til at kunne fastsætte nærmere regler om beregning af bopælsregionens betaling for en borgers ophold og indsatser ved en anden regions sundheds- og omsorgsplads.

For nærmere om de foreslåede bestemmelser om finansiering i § 246 b, stk. 2 og 3, henvises til lovforslagets § 1, nr. 9, og bemærkningerne hertil.

Af lovtekniske årsager nyaffattes desuden de tidligere vedtagne bestemmelser i § 118 e, § 246 b, stk. 1, og § 246 c, stk. 1 og 2, i sundhedsloven i relation til sundheds- og omsorgspladser m.v. Nyaffattelsen er alene af lovteknisk karakter og indebærer ikke indholdsmæssige ændringer.

2.3. Befordring til sundheds- og omsorgspladser

2.3.1. 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 i den forbindelse af § 118 e, stk. 1, 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 indholdet af sundhedslovens § 118 e, henvises der til lovforslagets pkt. 2.2.1.

Det fremgår af bemærkningerne til § 118 e, jf. Folketingstidende, 2025-2026, tillæg A, L 42 som fremsat, side 53, at der ved »sundheds- og omsorgsplads« forstår 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.

Derudover nævnes det i bemærkningerne, 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.

2.3.2. 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.

2.3.3. 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 sundhedslovens § 118 e 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. 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.

4. 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.

5. 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.

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

Udmøntningen af afsatte midler til kronikerpakker i sundhedsreformen er aftalt mellem regeringen, Danske Regioner og KL som den del af

Sommeraftale 2026 om implementering af sundhedsreformen mellem regeringen (S, SF, M og RV), 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 udvikling af den digitale understøttelse og en økonomisk udgift til den efterfølgende drift.

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.

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 (S, SF, M og RV), 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.

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

De administrative 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 administrative 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.

5.1. 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 overbliksvision 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 tryk 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 borgeren 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.

6. 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 arbejdsangang med en større indsats for visse grupper.

7. Administrative konsekvenser for borgerne

Lovforslagets del om kronikerpakker vurderes at medføre positive administrative konsekvenser for 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 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.

8. Klimamæssige konsekvenser

Lovforslaget har ikke klimamæssige konsekvenser.

9. Miljø- og naturmæssige konsekvenser

Lovforslaget har ikke miljø- og naturmæssige konsekvenser.

10. Forholdet til EU-retten

Lovforslaget indeholder ingen EU-retlige aspekter.

11. 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 hjerne-skade, 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, Organisation 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.

Lovforslaget har i den overnævnte periode desuden været offentliggjort på Høringsportalen.

12. 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		Forpligtelsen til at overholde de fastsatte tidsfrister i medfør af kronikerpakkerne medfører økonomiske konsekvenser for regionsrådene.

UDKAST

		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.
Implementeringskonsekvenser for stat, kommuner og regioner		Regionsrådene skal sikre, at patienter i pakkeforløb kan opstarte første relevante indsats i patientrettede forebyggelsestilbud inden for 21 kalenderdage efter henvisning. Regionsrådene skal administrere borgernes anvendelse af frit valg samt befordring og befordringsgodtgørelse til og fra sundheds- og omsorgspladser.
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet m.v.	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.		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.

UDKAST

Administrative konsekvenser for borgerne	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	(Beskriv forholdet til EU-retten/anfør »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. 2.1.1.1 i lovforslagets almindelige bemærkninger. For en nærmere beskrivelse af gældende ret om patientrettet forebyggelse henvises til pkt. 2.1.1.2 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås at indsætte et en ny bestemmelse, § 60 a.

Forslaget vil medføre, at der i sundhedsloven indføres to patientrettigheder til mennesker med udvalgte kroniske sygdomme (kronikerpakker). Ret til personlig behandlingsplan inden for 30 kalenderdage efter diagnosen er stillet og ret til tilbud om opstart af første indsats i relevant patientrettet forebyggelse efter § 119 stk. 3 inden for 21 kalenderdage efter henvisning.

Det foreslås i § 60 a, stk. 1, at regionsrådet via de almenmedicinske tilbud tilbyder en behandlingsplan, og at regionsrådet tilbyder opstart i patientrettet forebyggelse inden for frister, som er fastsat i stk. 2 og 3, til patienter, der er diagnosticeret med kronisk obstruktiv lungesygdom, kroniske lænderygsmærter, 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 for kronikerpakker er fastsat i sundhedsreformen og omfatter patienter, der diagnosticeres med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), kroniske lænderygsmærter, type 2-diabetes, hjertesygdomme og kompleks multisygdom. Pakkeforløb indføres 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 førstkommende 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. Dog bør det i disse tilfælde efterstræbes at udarbejde behandlingsplanen hurtigst muligt og gerne inden for 30 dage efter, at patienten har henvendt sig til egen læge med ønske om en behandlingsplan.

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. 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 borger er tilmeldt, jf. § 60, senest 30 kalenderdage efter, at borgeren har fået stillet en diagnose, som er omfattet af stk. 1, skal udarbejde en personlig behandlingsplan sammen med patienten, herunder vurdere om patienten skal henvises til patientrettet forebyggelse efter § 119, stk. 3 og henvise såfremt det vurderes relevant.

Den foreslåede bestemmelse vil indebære, at patienter på tværs af landet får ret til en tidlig indsats og behandling, som er målrettet deres individuelle omstændigheder. Det vil betyde, at patienter ikke længere skal agere koordinator på eget forløb, men at det overordnede overblik placeres hos egen læge. Formålet er, at flere patienter skal opleve sammenhæng i forløbet. 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 tilsige, at behandlingsplanen udarbejdes senere end inden for de 30 kalenderdage.

Det foreslås i § 60 a, stk. 3, at bopælsregionsrådet senest 21 kalenderdage efter, at en patient har fået en henvisning til et tilbud om patientrettet forebyggelse, skal meddele patienten, om regionsrådet kan tilbyde opstart af relevant patientrettet forebyggelse efter § 119 stk. 3, og i bekræftende fald meddele patienten en dato for opstart af første indsats inden for fristen. 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. I bestemmelsen foreslås det videre, at hvis bopælsregionsrådet ikke kan tilbyde behandling inden for den fastsatte maksimale ventetid, skal patienten i det omfang det er muligt, tilbydes behandling i en anden region, som kan tilbyde behandling inden for den fastsatte ventetid.

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 henvisning. Patientrettede forebyggelsestilbud kan eksempelvis være ernæringsindsats, fysisk aktivitet, sygdomsmestring, nikotinafvænning m.v. Fristen vil sikre en positiv virkning på sundhedstilstanden hos de ny-diagnosticerede 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 førstkommande kontakt med egen læge. Det vil sikre en tidlig opstart i relevant indsats, såfremt egen læge har vurderet det relevant at henvise patienten. 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 borgerens 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. Det vil skulle gælde for samtlige forebyggelsestilbud, at der tages udgangspunkt i patientens motivation, ønsker og mål for hverdagslivet.

Den foreslåede bestemmelse har til formål at lette behandlingsforløbet i sundhedsvæsenet for den enkelte patient i pakkeforløb, idet regionerne med opgaveflyttet fra 1. januar 2027 får et større og mere samlet ansvar for flere sundhedsydelser, og dermed vil kunne tilrettelægge indsatser og sammenhængende forløb mere hensigtsmæssigt for patienten. 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 tidlig behandling af kroniske sygdomme og patienterne får styrket deres egenomsorg og dermed forbedret deres helbredsstatus. Dette kan samlet set medvirke til, at, sygdomsforløbet forkortes, og behandlingsbehovet reduceres.

Ved anvendelse af bestemmelsen forventes det, at regionsrådene lægger vægt på tilstrækkelig kapacitet og geografisk nærhed og tilgængelighed for borgerne i de regionale sundhedstilbud. Det forventes samtidig, at patientrettede forebyggelsestilbud som udgangspunkt skal forefindes i alle kommuner, med mindre hensyn til faglige og organisatorisk bæredygtighed tilsiger andet. Opgaveflytningen af den patientrettede forebyggelse kan få den konsekvens, at nogle patienter kan få længere transporttid til relevante tilbud. Det skyldes, at der f.eks. for udvalgte målgrupper kan være behov for at samle enkelte indsatser for at sikre tilstrækkelig kvalitet og bæredygtighed, hvor der kræves en særlig ekspertise eller patientgrundlag for at sikre en faglig bæredygtighed i tilbuddene.

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. Det gælder også i de tilfælde, hvor bopælsregionen ikke kan tilbyde patientrettet forebyggelse inden for de 21 kalenderdage, og hvor patienten i det omfang det er muligt, skal tilbydes patientrettet forebyggelse i en anden region, som kan tilbyde behandling inden for den fastsatte ventetid.

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.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.1.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

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.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.2.1 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

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

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

Samtidig foreslås det, at § 1, nr. 6, i lov nr. 1761 af 29. december 2025 ophæves, jf. lovforslagets § 2, nr. 1.

(Til § 118 f)

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

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.2.1 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

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. Private institutioner efter § 118, stk. 3, er ikke omfattet af retten til frit valg efter denne bestemmelse.

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.

Retten til frit valg til sundheds- og omsorgspladser vil omfatte sundheds- og omsorgspladser såvel inden for som uden for borgerens bopælsregion, herunder sundheds- og omsorgspladser, hvor en region samarbejder med en eller flere andre kommuner om driften af sundheds- og omsorgspladser som led i et horisontalt samarbejde efter sundhedslovens § 118 d.

Det følger således 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 driver i samarbejde med en region som led i et horisontalt samarbejde efter sundhedslovens § 118 d.

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

En region vil samtidig kunne beslutte, at en privat leverandør af sundheds- og omsorgspladser, som regionsrådet har indgået aftale med efter sundhedslovens § 118 e, stk. 3, kan indgå som et muligt tilbud til alle borgere i regionen, der tilbydes ophold på en sundheds- og omsorgsplads efter sundhedslovens § 118 e, stk. 1. En sådan beslutning vil ikke forpligte i forhold til andre regioner.

Hvis en borger ønsker ophold på en sundheds- og omsorgsplads i en anden region end bopælsregionen, skal bopælsregionen 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 principperne i de gældende kriterier for tildeling og afslutning af ophold i øvrigt efterleves. Sundhedsministeren kan efter sundhedslovens § 118 b fastsætte regler i kvalitetsstandarder for regionsråd om indsatser i forbindelse med regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, herunder sundheds- og

omsorgspladser. Senest har Sundhedsstyrelsen den 19. februar 2026 udgivet kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgspladser med bl.a. tildelings- og afslutningskriterier for sundheds- og omsorgspladserne med virkning fra 1. januar 2027.

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 kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgspladser. Opholdet vil også være vederlagsfrit tilsvarende for borgere, der ikke har gjort brug af retten til frit valg.

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 væsentlige hensyn til personer med bopæl i regionen ellers vil blive tilsidesat. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler herom.

Det er hensigten, at borgernes ret til frit valg til sundheds- og omsorgspladser i udgangspunktet imødekommes med visse undtagelser hertil.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at regionsrådet kan afvise en borger, hvis det kan begrundes i kapacitetsmæssige årsager, og væsentlige hensyn til borgere med bopæl i regionen ellers ville blive tilsidesat. Det gælder både 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 sengepladser til borgere med bopæl i regionen. Det vil i forbindelse med en borgers ønske om frit valg til en bestemt sundheds- og omsorgs inden for bopælsregionen også kunne ske af hensyn til at sikre tilstrækkelig kapacitet af sengepladser til øvrige borgere med bopæl i regionen. 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.

Den foreslåede bestemmelse vil yderligere medføre, at sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om betingelserne for afvisning af en borger af kapacitetsmæssige årsager m.v.

UDKAST

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. Dette vil også kunne omfatte eventuelle ønsker til geografisk placering.

Det foreslås i § 118 f, stk. 3, at sundhedsministeren kan fastsætte regler om regionsrådets forpligtelse til at oplyse borgere om deres muligheder for frit valg efter stk. 1.

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

Det er hensigten, at regionerne vil skulle oplyse borgere, der tilbydes ophold på sundheds- og omsorgspladser, og eventuelt pårørende om muligheden for frit valg til sundheds- og omsorgspladser i forbindelse med tildeling af ophold på sundheds- og omsorgspladser, samt udarbejde informationsmateriale herom.

Regionerne vil i den forbindelse også kunne 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. Regionen 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.

Regionerne bør 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.

Det foreslås i § 118 f, stk. 4, 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

UDKAST

- 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, herunder som led i en strafferetlig afgørelse afsagt ved dom eller kendelse, eller
- 4) de er frihedsberøvet, eller deres handlefrihed i øvrigt er undergivet begrænsninger i henhold til 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. Herved sikres det, at der efter sundhedsloven vil være tilsvarende muligheder for at fastsætte regler om begrænsning af retten til frit valg til sundheds- og omsorgspladser som gælder for frit sygehusvalg.

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 f.eks. 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 nævnte tilfælde forventes som udgangspunkt at 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.

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 befording 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. 2.3.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 4

Det fremgår af den gældende § 171, stk. 1, 2. pkt., i sundhedsloven, at befording 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 i § 171, stk. 1, 2. pkt. ændres »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« til »efter nærmere regler, som er fastsat af sundhedsministeren, til følgende:

- 1) Behandling på regionale sygehuse.
- 2) Behandling på sundheds- og omsorgspladser.
- 3) Behandling på de i § 75 nævnte institutioner.
- 4) Behandling på andre sygehuse m.v.«

Den foreslåede ændring vil medføre, at sundhedsministerens bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler om befording 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 befording eller befordringsgodtgørelse til sundheds- og omsorgspladser, der forventes at svare til de regler, der gælder for sygehuse, som fastsat i blandt andet kapitel 3 i bekendtgørelse nr. 816 af 18. juni 2018 om befording eller befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven.

Den foreslåede ændring vil ikke have indvirkning på bemyndigelsens materielle rækkevidde i øvrigt idet gældende ret videreføres.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.3.3. i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Ændringen vil derudover medføre en redaktionel justering af bestemmelsens ordlyd. Justeringen vil indebære, at de behandlinger, der er omfattet af bestemmelsen bliver oplistet i nummeret form for at gøre ordlyden mere overskuelig og gøre det lettere at identificere, hvilke behandlinger, der er omfattet af bemyndigelsen.

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 i § 171, stk. 3, ændres »der efter eget valg behandles på et sygehus uden for bopælsregionen i henhold til reglerne i §§ 86, 87 og 89 a« til »der efter eget valg:

- 1) Behandles på et sygehus uden for bopælsregionen i henhold til reglerne i §§ 86, 87 og 89 a.
- 2) Behandles på en sundheds- og omsorgsplads i henhold til reglerne i § 118 f.«

Den foreslåede ændring vil medføre, at sundhedsministerens bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler om i hvilke tilfælde og i hvilket omfang personer i øvrigt har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse herunder i hvilket omfang ret hertil tilkommer personer, der efter eget valg behandles på et sygehus uden for bopælsregionen 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 ikke have indvirkning på bemyndigelsens materielle rækkevidde i øvrigt idet gældende ret videreføres.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.3.3. i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Ændringen vil derudover medføre en redaktionel justering af bestemmelsen, hvorefter de persongrupper, der er omfattet af bestemmelsen bliver oplistet i nummeret form for at gøre ordlyden mere overskuelig idet det forventes, at borgere og myndigheder lettere vil kunne identificere, hvorvidt vedkommende borger er omfattet af retten til befordring eller befordringsgodtgørelse.

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 i § 171, stk. 4, 1. pkt., ændres »personer, der i medfør af §§ 79-83 og 86-89 har ret til vederlagsfri sygehusbehandling, i medfør af § 118 e er tilbudt ophold på sundheds- og omsorgsplads og til diagnostiske undersøgelser på sygehus til brug for udredning hos alment praktiserende læge eller hos praktiserende speciallæge, hvis deres tilstand gør det nødvendigt.« til »følgende persongrupper, hvis deres tilstand gør det nødvendigt:

- 1) Personer, der i medfør af §§ 79-83 og 86-89 har ret til vederlagsfri sygehusbehandling.
- 2) Personer, der i medfør af § 118 e er tilbudt ophold på sundheds- og omsorgsplads.
- 3) Personer, der er henvist til diagnostiske undersøgelser på sygehus til brug for udredning hos alment praktiserende læge eller hos praktiserende speciallæge.«

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 en

vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser, hvis deres tilstand gør det nødvendigt.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.3.3. i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Ændringen vil derudover medføre en redaktionel justering af bestemmelsen, hvorefter de persongrupper, der er omfattet af bestemmelsen bliver oplistet i nummeret form for at gøre ordlyden mere overskuelig og gøre det lettere at identificere, hvorvidt vedkommende borger er omfattet af retten til befordring eller befordringsgodtgørelse.

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-/EØS-lande i medfør af § 89 a.

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

Den foreslåede ændring er en konsekvensrettelse som følge af lovforslagets § 1, nr. 6, hvorefter de i § 171, stk. 4, 1. pkt. omfattede de persongrupper, oplistes i nummeret form. Den foreslåede ændring skal ses i sammenhæng med lovforslagets § 1, nr. 8, hvor bestemmelsen videreføres.

Der er med den foreslåede ændring være tale om en teknisk ændring med hvilken, der ikke er tiltænkt ændringer i retstilstanden.

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-/EØS-lande i medfør af § 89 a.

Det foreslås, at der indsættes et nyt *§ 171, stk. 5.*

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-/EØS-lande i medfør af § 89 a.

UDKAST

Den foreslåede ændring er en konsekvensrettelse som følge af lovforslagets § 1, nr. 6, hvorefter de i § 171, stk. 4, 1. pkt. omfattede de persongrupper, oplistes i nummeret form.

Den foreslåede ændring har ikke betydning for Regionsrådets forpligtelse til at yde godtgørelse for befordring til personer, der er omfattet af § 171, stk. 4 og har ret til refusion af udgifter til behandling i andre EU-/EØS-lande i medfør af § 89 a idet indholdet af § 171, stk. 4, 1. pkt. videreføres.

Til nr. 9

Det fremgår af sundhedslovens § 246 b, som træder i kraft den 1. januar 2027, at bopælsregionen afholder udgifter til sundheds- og omsorgspladser efter § 118 e.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.2.1 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås, at der indsættes *overskriften* »Sundheds- og omsorgspladser«, som indeholder en ny bestemmelse, § 246 b.

Det foreslås at nyaffatte § 246 b i sundhedsloven. Den foreslåede § 246 b, stk. 1, 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 sker af lovtekniske årsager og skal ses i sammenhæng med indsættelsen af stk. 2 og 3 i § 246 b.

Samtidig foreslås det, at § 246 b, som affattes ved § 1, nr. 19, i lov nr. 1761 af 29. december 2025 ophæves, jf. lovforslagets § 2, nr. 2.

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 sundheds-

UDKAST

og omsorgspladser som drives af en kommune som led i et horisontalt samarbejde med en region.

Bestemmelsen forventes primært at være relevant i forhold til borgere, der gør brug af retten til frit valg, jf. lovforslagets § 1, nr. 2, og får ophold på en sundheds- og omsorgsplads i en anden region end bopælsregionen. I disse tilfælde vil opholdsregionen kunne opkræve betaling fra bopælsregionen for udgifterne hertil.

Det foreslås i § 246 b, stk. 3, at sundhedsministeren kan fastsætte regler om beregning af 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 beregning af bopælsregionens betaling til opholdsregionen efter stk. 2.

Det forventes, at der vil blive fastsat regler og rammer for opgørelse af udgifter forbundet med ophold, sundhedsfaglige indsatser, pleje m.v. i overensstemmelse med bl.a. de gældende kvalitetskrav. Reglerne forventes bl.a. at omfatte principper for beregningsgrundlaget for en mellemregional takstfastsættelse.

(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 bopælsregionen afholder 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 foreslås af lovtekniske årsager af nyaffatte § 246 c i sundhedsloven. Forslaget skal ses i sammenhæng med forslaget om nyaffattelse af § 246 b.

Der er med den foreslåede nyaffattelse af § 246 c ikke foretaget ændringer af bestemmelsen.

Samtidig foreslås det, at § 246 c, som affattes ved § 1, nr. 19, i lov nr. 1761 af 29. december 2025 ophæves, jf. lovforslagets § 2, nr. 3.

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.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.2.1. i de almindelige bemærkninger.

Det følger af lovens § 14, stk. 2, at § 118 e i sundhedsloven som affattet i § 1, stk. 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 lovens § 1, nr. 19, blev § 246 b indsat i sundhedsloven, hvorefter bopælsregionen afholder udgifter til sundheds- og omsorgspladser efter § 118 e.

Det følger af lovens § 14, stk. 3, at § 246 b i sundhedsloven som affattet i § 1, stk. 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. 9, der, udover at nyaffatte § 246 b, stk. 1, uændret, indsætter stk. 2 og 3 i § 246 b til ikrafttrædelse den 1. januar 2027.

Til nr. 3

Ved lovens § 1, nr. 19, blev § 246 c indsat i sundhedsloven, hvorefter bopælsregionen afholder udgifter til hhv. forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne efter sundhedslovens § 119, stk. 2 samt

UDKAST

patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser efter sundhedslovens § 119, stk. 3 og 4.

Det følger af lovens § 14, stk. 3, at § 246 c i sundhedsloven som affattet i § 1, stk. 19, træder i kraft den 1. januar 2027.

Det foreslås, 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. 9, der, udover at nyaffatte § 246 b uændret, indsætter stk. 2 og 3 i § 246 b til ikrafttrædelse den 1. januar 2027.

Til nr. 4

Det foreslås, at § 14, stk. 2, ændres »6-15« 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. 5

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

Den foreslåede ophævelse af § 14, stk. 3, er en konsekvens af, 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. 6

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 i følge 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.

UDKAST

Det fremgår af Sommeraftale 2026 mellem regeringen (S, SF, M og RV), KL og Danske Regioner, at parterne er enige om, at det er hensigtsmæssigt for den lokale sundhedsplanlægning, at fristen for vedtagelsen af de første nærsundhedsplaner rykkes fra 1. april 2027 til 1. juni 2027.

Det foreslås, at i § 14, stk. 7, ændres »den 1. april 2027« til: »den 1. juni 2027«.

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

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. 2.2.1 og 2.2.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås, at der indsættes et nyt *nr. 5* i § 6, *stk. 1*, i klage- og erstatningsloven.

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. 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 skal træde 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, der er diagnosticeret med kronisk obstruktiv lungesygdom og patienter, der er diagnosticeret med kroniske lænderygsmærter, træder i kraft 1. januar 2027.

Forslaget vil også indebære, at retten til frit valg til sundheds- og omsorgspladser 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.

UDKAST

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

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

Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

<i>Gældende formulering</i>	<i>Lovforslaget</i>
	§ 1 I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 275 af 12. marts 2025, som ændret bl.a. ved lov nr. 719 af 20. juni 2026, lov nr. 1761 af 29. december 2025 og senest ved lov nr. 1764 af 29. december 2025, foretages følgende ændringer:
	1. Efter § 60 indsættes: <i>Maksimal ventetider for forløb for patienter med visse kroniske sygdomme</i> »§ 60 a. Regionsrådet tilbyder via de almenmedicinske tilbud en behandlingsplan, og regionsrådet tilbyder opstart i patientrettet forebyggelse til følgende patientgrupper inden for de frister, der er fastsat i stk. 2 og 3: 6) Patienter, der er diagnosticeret med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). 7) Patienter, der er diagnosticeret med kroniske lænderygsmerter. 8) Patienter, der er diagnosticeret med type 2-diabetes. 9) Patienter, der er diagnosticeret med hjertesygdomme. 10) Patienter, der er diagnosticeret med kompleks multisygdom.

	<i>Stk. 2.</i> 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 herunder vurdere, om patienten skal henvises til patientrettet forebyggelse efter § 119, stk. 3, og henvise patienten, hvis det vurderes relevant. <i>Stk. 3.</i> Bopælsregionsrådet skal senest 21 kalenderdage efter, at en patient har fået en henvisning til et tilbud om patientrettet forebyggelse, meddele patienten, om regionsrådet kan tilbyde opstart af relevant patientrettet forebyggelse efter § 119, stk. 3. I bekræftende fald meddele patienten en dato for opstart af første indsats inden for 21 kalenderdage efter henvisningen. Kan bopælsregionsrådet ikke tilbyde opstart af første indsats inden for den fastsatte frist, skal patienten så vidt muligt tilbydes et relevant patientrettet forebyggelsestilbud i en anden region, som kan tilbyde indsatsen inden for den fastsatte frist.« <i>Stk. 4.</i> Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om det almenmedicinske tilbuds og regionsrådets forpligtelser efter stk. 2 og 3.
	2. Efter kapitel 34 indsættes: »Kapitel 34 a <i>Sundheds- og omsorgspladser</i>

	§ 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. <i>Stk. 2.</i> Regionsrådet er ansvarligt for at yde sundhedsfaglige indsatser med et rehabiliterende sigte samt den pleje og omsorg, som borgeren har behov for under opholdet. <i>Stk. 3.</i> 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. <i>Stk. 4.</i> Indenrigs- og 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. Private institutioner efter § 118, stk. 3, er ikke omfattet af retten til frit valg efter denne bestemmelse.
--	---

	<i>Stk. 2.</i> 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 væsentlige hensyn til personer med bopæl i regionen ellers vil blive tilsidesat. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler herom. <i>Stk. 3.</i> Sundhedsministeren kan fastsætte regler om regionsrådets forpligtelse til at oplyse borgere om deres muligheder for frit valg efter stk. 1. <i>Stk. 4.</i> 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, herunder som led i en strafferetlig
--	--

UDKAST

	afgørelse afsagt ved dom eller kendelse, eller 4) de er frihedsberøvet, eller deres handlefrihed i øvrigt er undergivet begrænsninger i henhold til hjemrejseloven.«
§ 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. <i>Stk. 2-5. ---</i>	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. <i>Stk. 2-5. ---</i>	4. I § 171, stk. 1, 2. pkt., ændres »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« til: »efter nærmere regler, som er fastsat af sundhedsministeren, til følgende: 1) Behandling på regionale sygehuse. 2) Behandling på sundheds- og omsorgspladser. 3) Behandling på de i § 75 nævnte institutioner. 4) Behandling på andre sygehuse m.v.«

§ 171. <i>Stk. 1-2. ---</i> <i>Stk. 3.</i> 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. <i>Stk. 4-5. ---</i>	5. I § 171, stk. 3, ændres »der efter eget valg behandles på et sygehus uden for bopælsregionen i henhold til reglerne i §§ 86, 87 og 89 a« til: »der efter eget valg: 1) Behandles på et sygehus uden for bopælsregionen i henhold til reglerne i §§ 86, 87 og 89 a. 2) Behandles på en sundheds- og omsorgsplads i henhold til reglerne i § 118 f.«
§ 171. <i>Stk. 1-3. ---</i> <i>Stk. 4.</i> 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. <i>Stk. 5. ---</i>	6. I § 171, stk. 4, 1. pkt., ændres »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.« til: »følgende persongrupper, hvis deres tilstand gør det nødvendigt: 1) Personer, der i medfør af §§ 79-83 og 86-89 har ret til vederlagsfri sygehusbehandling. 2) Personer, der i medfør af § 118 e er tilbudt ophold på sundheds- og omsorgsplads. 3) Personer, der er henvist til diagnostiske undersøgelser på sygehus til brug for udredning hos alment praktiserende læge eller hos praktiserende speciallæge.«

UDKAST

§ 171. <i>Stk. 1-3. ---</i> <i>Stk. 4.</i> 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. <i>Stk. 5. ---</i>	<i>7. § 171, stk. 4, 2. pkt. ophæves.</i>
§ 171. <i>Stk. 1-4) ---</i> <i>Stk. 5.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om godtgørelse efter stk. 4.	8. I § 171 indsættes efter stk. 4, som nyt stykke: »<i>Stk. 5.</i> 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-/EØS-lande i medfør af § 89 a.« Stk. 5 bliver herefter stk. 6.
	9. Efter § 246 a indsættes i <i>kapitel 77</i>: »<i>Sundheds- og omsorgspladser</i> § 246 b. Bopælsregionen afholder udgifter til sundheds- og omsorgspladser efter § 118 e. <i>Stk. 2.</i> Den region, der yder sundheds- og omsorgspladsen, kan opkræve bopælsregionen betaling herfor.

UDKAST

	<i>Stk. 3.</i> Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om beregning af betalingen, når bopælsregionen skal betale for en borgers ophold og indsatser ved en anden regions sundheds- og omsorgsplads. <i>Forebyggende sundhedsordninger</i> § 246 c. Bopælskommunen afholder udgifter til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne efter § 119, stk. 2. <i>Stk. 2.</i> 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 ændring:
Efter kapitel 34 indsættes: »Kapitel 34 a <i>Sundheds- og omsorgspladser</i> § 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	1. § 1, nr. 6, ophæves.

ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt under ophold i eget hjem. <i>Stk. 2.</i> Regionsrådet er ansvarligt for at yde sundhedsfaglige indsatser med et rehabiliterende sigte samt den pleje og omsorg, som borgeren har behov for under opholdet. <i>Stk. 3.</i> 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. <i>Stk. 4.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om omfanget af og kravene til sundheds- og omsorgspladser.«	
Efter § 246 indsættes i <i>kapitel 77</i>: <i>»Statsligt tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene</i> § 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. <i>Stk. 2.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om vilkår for fordeling, udbetaling og tilbagebetaling m.v. af tilskuddet efter stk. 1. <i>Stk. 3.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om revision	2. Overskriften før § 246 b og § 246 b, som affattet ved § 1, nr. 19, ophæves.

af tilskuddet efter stk. 1 og i henhold til § 118 c, stk. 1 og 2. <i>Sundheds- og omsorgspladser</i> § 246 b. Bopælsregionen afholder udgifter til sundheds- og omsorgspladser efter § 118 e. <i>Forebyggende sundhedsordninger</i> § 246 c. Bopælskommunen afholder udgifter til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne efter § 119, stk. 2. <i>Stk. 2.</i> Bopælsregionen afholder udgifter til patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser efter § 119, stk. 3 og 4.«	
Efter § 246 indsættes i <i>kapitel 77</i>: <i>»Statsligt tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene</i> § 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. <i>Stk. 2.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om vilkår for fordeling, udbetaling og tilbagebetaling m.v. af tilskuddet efter stk. 1.	3. Overskriften før § 246 c og § 246 c, som affattet ved § 1, nr. 19, ophæves.

<i>Stk. 3.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om revision af tilskuddet efter stk. 1 og i henhold til § 118 c, stk. 1 og 2. <i>Sundheds- og omsorgspladser</i> § 246 b. Bopælsregionen afholder udgifter til sundheds- og omsorgspladser efter § 118 e. <i>Forebyggende sundhedsordninger</i> § 246 c. Bopælskommunen afholder udgifter til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne efter § 119, stk. 2. <i>Stk. 2.</i> Bopælsregionen afholder udgifter til patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser efter § 119, stk. 3 og 4.«	
§ 14. <i>Stk. 1.</i> --- <i>Stk. 2.</i> § 1, nr. 1-4, 6-15, 18 og 21-24, § 3 og § 13 træder i kraft den 1. januar 2027. <i>Stk. 3-8.</i> ---	2. I § 14, stk. 2, ændres »6-15« til: »7-15«.
§ 14. <i>Stk. 1-2.</i> --- <i>Stk. 3.</i> §§ 246 b og 246 c i sundhedsloven som affattet ved denne lovs § 1, nr. 19, træder i kraft den 1. januar 2027. <i>Stk. 4.</i> § 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. <i>Stk. 5.</i> Kontrakter om samarbejde indgået i medfør af sundhedslovens	3. § 14, stk. 3, ophæves. Stk. 4-8 bliver herefter stk. 3-7.

UDKAST

§ 118 d som affattet ved denne lovs § 1, nr. 5, har virkning fra den 1. januar 2027. <i>Stk. 6.</i> Den nationale sundhedsplan, jf. sundhedslovens § 206 c som affattet ved denne lovs § 1, nr. 17, har virkning fra den 1. januar 2027. <i>Stk. 7.</i> Nærsundhedsplanen, jf. sundhedslovens § 206 d som affattet ved denne lovs § 1, nr. 17, har virkning fra den 1. april 2027. <i>Stk. 8.</i> § 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.	
§ 14. Stk. 1-6. --- Stk. 7. Nærsundhedsplanen, jf. sundhedslovens § 206 d som affattet ved denne lovs § 1, nr. 17, har virkning fra den 1. april 2027. Stk. 8. ---	4. I § 14, stk. 7, der bliver stk. 6, ændres »den 1. april 2027« til: »den 1. juni 2027«.
	§ 3
	I lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, jf. lovbekendtgørelse nr. 1250 af 28. oktober 2025, foretages følgende ændringer:
§ 6. Regionsrådets afgørelser m.v. kan påklages til Styrelsen for Patientklager, når de vedrører 1-4) --- 5) maksimale ventetider for behandling af livstruende sygdomme	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.«

UDKAST

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 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. <i>Stk. 2.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om adgangen til at klage efter stk. 1.	Nr. 5-15 bliver herefter nr. 6-16.
---	---

UDKAST

	§ 4
	Loven træder i kraft den 1. januar 2027. <i>Stk. 2.</i> § 60 a, som affattet ved § 1, nr. 1, har virkning for patienter, der er diagnosticeret med type 2-diabetes og hjertesygdomme, fra den 1. januar 2028. <i>Stk. 3.</i> § 60 a, som affattet ved § 1, nr. 1, har virkning for patienter, der er diagnosticeret med kompleks multisygdom, fra den 1. januar 2029.