Regeringen
Danske Regioner
KL

Sommeraftale 2026 om implementering af sundhedsreformen

26. juni 2026

1. Indledning

Borgerne skal opleve et stærkt sundhedsvæsen, der er tilgængeligt i hverdagen, hænger bedre sammen på tværs af sektorer og møder den enkelte med høj kvalitet – uanset hvor i landet man bor. Det forudsætter fælles løsninger, politisk handlekraft og vilje til at tænke nyt i både organisering og opgaveløsning, så ressourcerne anvendes klogt, og flere borgere får den rette hjælp tættere på eget liv.

Aftale om sundhedsreform 2024 af 15. november 2024 lagde de overordnede rammer for en gennemgribende omstilling, hvor lighed, nærhed og sammenhæng er bærende principper. Denne aftale udgør den anden aftale mellem regeringen, Danske Regioner og KL om den samlede implementering af sundhedsreformen.

De forberedende sundhedsråd trådte til 1. januar 2026. Sundhedsrådene danner rammen om et tæt og forpligtende politisk samarbejde mellem kommuner og regioner om at opbygge stærke sundhedsindsatser tættere på borgerne, hvor forebyggelse styrkes og der sikres bedre sammenhæng på tværs af sygehuse og sundhedsvæsenet i både regioner og kommuner. Sundhedsrådene er kommet godt fra start. Der er i foråret samarbejdet tæt om vigtige og vanskelige beslutninger lokalt om tilrettelæggelsen af de sundhedsopgaver, der flytter til regionerne.

Sundhedsrådene skal spille en afgørende rolle i at omstille og fremtidssikre sundhedsvæsenet. Det skal bl.a. ske ved at opbygge stærke sundhedsindsatser tættere på borgerne og ved at vende sygehusene mere udad. I efteråret indleder de forberedende sundhedsråd arbejdet med nærsundhedsplaner og strategiske drøftelser om omstillingen og udbygningen af de nære sundhedsopgaver. Kommunernes arbejde med sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme er et centralt element i sundhedsreformen og styrkes med en kommende folkesundhedslov. Sundhedsrådene skal arbejde med udviklingen af den patientrettede forebyggelse og kan i forbindelse med nærsundhedsplanerne bl.a. forholde sig til hvordan regionerne kan understøtte kommunernes arbejde med forebyggelses- og sundhedsfremmende indsatser. Ligeledes skal der i efteråret også aftales udmøntning af midler i 2027 til nære kommunale indsatser mellem kommuner og sundhedsråd. Sundhedsrådene får en vigtig rolle i at sikre, at forebyggelse understøttes og at der er sammenhæng i indsatser til mennesker, der både har psykiske og somatiske sygdomme. Arbejdet med at sikre adgang til data er

også en afgørende forudsætning for samarbejde – særligt i nærmiljøer, hvor flere parter er inde over borgerens forløb parallelt.

Med denne aftale styrkes sundhedsvæsnet med knap 800 mio. kr. i 2027 stigende til over 1,1 mia. kr. i 2030 og frem[1]. Aftalen sætter bl.a. retningen for sundhedsvæsenets samlede omstilling gennem en ny national sundhedsplan, styrker de nære indsatser gennem implementering af bl.a. nye kronikerpakker og nye vederlagsfrie sundheds- og omsorgspladser i hele landet og sikrer bedre sammenhæng med udvidelse af 96 timers behandlingsansvar.

Aftalen bygger videre på sidste års forårsaftale og fastholder det fælles fokus på at omsætte reformens ambitioner til konkret praksis. Med denne aftale fortsættes arbejdet med at udvikle et sundhedsvæsen, der er rustet til fremtiden og skaber værdi for borgerne i hele landet. Det forudsætter et fortsat stærkt fokus på implementeringsarbejdet.

Parterne er enige om, at der er behov for at aftale udmøntning af yderligere initiativer i senere aftaler, herunder at drøfte og aftale forpligtelser i folkesundhedsloven.

2. Status på implementering af opgaveflytning og kvalitetsstandarder

I løbet af foråret har der været mange vigtige milepæle og beslutninger om flytningen af udvalgte sundhedsopgaver fra kommuner til regioner. Det har krævet et omfattende arbejde i de forberedende sundhedsråd at nå hertil. Og det har krævet åbenhed og villighed til at finde fælles løsninger mellem regioner og kommuner.

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om fortsat at samarbejde om at håndtere de udfordringer, som måtte opstå undervejs i implementeringsarbejdet, således at den igangværende overdragelse af opgaver skal ske på den mest gnidningsfrie måde af hensyn til medarbejdere og borgere.

Regeringen, Danske Regioner og KL er samtidig enige om, at den praktiske overgang ifm. overgangsperioden omkring d. 1. januar 2027 skal ske fleksibelt og med

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

den rette adgang til relevant viden, så der sikres kontinuitet og sammenhæng for borgere og det berørte personale.

Med sundhedsreformen skabes en ændret opgavefordeling og dermed nye opgavesnit. Sundhedsrådene får en stor rolle i at få de nye ansvarsfordelinger til at fungere hensigtsmæssigt bl.a. med afsæt i relevante og kommende nationale kvalitetsstandarder. Det gælder eksempelvis i at sikre et godt samspil mellem den regionale akutsygepleje og den kommunale sygepleje, og at samarbejdet foregår så sømløst som muligt til gavn for borgerne.

Regeringen, Danske Regioner og KL vil derudover – bl.a. i regi af det nedsatte implementeringspartnerskab – samarbejde om at skabe klarhed om de nye rammer for opgaveløsningen i overgangsperioden ml. 2026 og 2027.

Parterne noterer sig endvidere, at Sundheds- og Kirkeministeriet, i dialog med parterne, ser på mulighederne for i kommende lovgivning om udmøntningen af sundhedsreformen at skabe yderligere hjemler til, at regioner og kommuner kan samarbejde om opgaver i sundhedsvæsenet.

Parterne er enige om behovet for at understøtte en systematisk og ensartet henvisningspraksis til hhv. rehabiliteringstilbud (§ 119) og genoptræning (§ 140). Der er som en del af Kræftplan V igangsat et projekt om dette med særligt fokus på kræftområdet. Parterne noterer sig ligeledes, at regeringen og aftalepartierne bag sundhedsreformen i regi af Sundhedsstyrelsen har igangsat en afdækning af genoptræningsområdet. Afdækningen består af en kvantitativ og en kvalitativ analyse, og skal bl.a. belyse visitationspraksis. Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om, at afdækningen skal udvides til bl.a. at omfatte henvisningspraksis fsva. § 119 og § 140, mhp. at ensarte henvisningspraksis til de to tilbud.

Parterne er enige om at belyse, om opgaven med befordring til rehabilitering på specialiseret niveau kan løses mere hensigtsmæssigt fremadrettet inden for den eksisterende økonomi på området.

Regeringen, KL og Danske Regioner er desuden enige om, at det skal være muligt at følge udviklingen vedrørende sundheds- og omsorgspladser.

Kvalitetsstandarder

Som en del af reformudmøntningen udarbejder og reviderer Sundhedsstyrelsen en række kvalitetsstandarder. D. 19. februar 2026 udgav Sundhedsstyrelsen kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser. Sundhedsstyrelsen vil i løbet af 2026 udarbejde nye kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation. Sund-

hedsstyrelsen vil med afsæt i nuværende *Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner* fra 2023 revidere kvalitetsstandarder for den regionale akutsygepleje. Der planlægges efter, at begge kommer i høring i september 2026 mhp. udstedelse i december 2026. Sundhedsstyrelsen vil desuden opdatere kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til patienter med kronisk sygdom bl.a. på baggrund af kronikerpakkerne. Der planlægges med høring i juli 2026 mhp. udstedelse i november 2026. Kvalitetsstandarderne skal understøtte den fortsatte udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet og vil blive udarbejdet med inddragelse af bl.a. KL og Danske Regioner. Der er enighed om, at kvalitetsstandarderne skal understøtte lighed ved, at kvaliteten ensartes og udvikles i alle dele af landet. Der er samtidigt i etableringsperioden et stort arbejde med at opbygge kapacitet og kompetence, bl.a. i forhold til opkvalificering af personale og sikre gode rammer for de nye regionale opgaver.

Der er med reformaftalen afsat betydelige midler til at styrke de tilbud, som flyttes fra kommuner til regioner, bl.a. med kvalitetsstandarderne. Midlerne udmøntes til regionerne over det regionale bloktilskud. Der er enighed om, at den enkelte region skal sikre en fordeling af midlerne mellem sundhedsråd i regionen, som tager højde for lokale forskelle i tråd med reformens intentioner om at styrke sundhedsvæsenet dér, hvor befolkningen har det største behov.

Med reformen er der også afsat midler til udvikling af det kommunale sundhedsområde, heraf til nationale tværgående kvalitetsstandarder. Udmøntning af midlerne sker gennem aftaler mellem sundhedsrådene og de enkelte kommuner. Som aftalt med *Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen* skal midlerne anvendes til reelle løft af faglighed og kvalitet i de nære sundhedsindsatser i kommunerne, og skal understøtte en udbygning af de kommunale sundhedstilbud fx med udgangspunkt i nærsundhedsplaner. Aftalerne skal bidrage til, at der kan investeres i en langsigtet kapacitetsopbygning i tråd med sundhedsreformens intentioner om mere lighed, nærhed og sammenhæng. Der kan heri også indgå midlertidige løft fx ifm. udvikling og afprøvning af nye indsatser.

3. Gode overgange
96 timers behandlingsansvar på akutmodtagelser

Formålet med udvidet behandlingsansvar er at sikre et bedre og mere trygt forløb for patienter, som udskrives fra sygehus til kommunal sygepleje. Med ordningen beholder sygehuset behandlingsansvaret i 96 timer efter udskrivelse/afslutning og stiller sig til rådighed ift. spørgsmål og rådgivning om patientens behandling og tilstand.

Fra 1. januar 2027 udvides målgruppen til også at omfatte ældre medicinske patienter, herunder patienter under 65 år, hvor det fagligt vurderes relevant, der har haft et ophold på en akutmodtagelse og udskrives til kommunal sygepleje. Udvidelse af ordningen omfatter alle ophold i akutmodtagelsen, herunder ophold under 12 timer. Parterne er derfor også enige om, at det er vigtigt, at akutmodtagelserne ifm. opholdet kan tilgå opdaterede oplysninger om, hvorvidt borgeren allerede modtager kommunal sygepleje. Sundhedsrådene fastlægger den nærmere udmøntning af udvidelsen, som skal være fuldt implementeret den 1. januar 2027.

96 timers behandlingsansvar for psykiatriske patienter

Ordningen om 96 timers behandlingsansvar blev med *Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen* aftalt til også at gælde visse psykiatriske patienter fra 2026. KL og Danske Regioner har i fællesskab udarbejdet en rammeaftale, der fastlægger en fælles forståelse for, hvilke målgrupper, tilbud, tiltag, ansvar mv., som det udvidede behandlingsansvar til psykiatrien dækker. Rammeaftalen danner således grundlag for udarbejdelse af lokale samarbejdsaftaler mellem kommuner og regioner. Kommuner og regioner har igangsat arbejdet med at udarbejde lokale aftaler.

Parterne er enige om, at KL og Danske Regioner i forlængelse heraf igangsætter et arbejde, der skal undersøge, hvordan børn og unge, der udskrives fra psykiatrisk indlæggelse til botilbud eller sikrede institutioner, kan omfattes af det udvidede behandlingsansvar. Arbejdet igangsættes ultimo 2026 mhp. afrapportering senest ved udgangen af tredje kvartal 2027. Arbejdet skal tage udgangspunkt i de erfaringer, der er gjort i forbindelse med implementeringen af 96-timers behandlingsansvar for voksne psykiatriske patienter.

KL og Danske Regioner er enige om at følge udmøntningen af udvidelserne til de nye målgrupper og løbende være i dialog om status for implementering og behov for opfølgning.

Gode overgange i forbindelse med sundheds- og omsorgspladserne

Sammenhæng i borgernes forløb i forbindelse med sundheds- og omsorgspladserne er en vigtig prioritet for både kommuner og regioner. Dette gælder både ved borgernes start på ophold, under opholdet og ved borgernes afslutning til eget hjem. Rammerne for gode overgange, samarbejde og kriterier for tildeling og afslutning til sundheds- og omsorgsplader er beskrevet i Sundhedsstyrelsens *Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser (2026).*

I forlængelse af *Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen* er parterne enige om, at der skal etableres en tæt dialog mellem personale på sundheds- og omsorgspladserne og borgerens kommune allerede ved tildeling af regionalt ophold. Kommunen skal sikre, at regionen har adgang til relevante informationer om borgeren, når borgeren tildeles et ophold, og regionen skal sikre rettidig og relevant information til kommunen om borgerens ophold, herunder om sundhedsfaglige indsatser og forventet varighed af ophold, jf. også Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard. Parterne er desuden enige om at inddrage og informere borgerens egen læge under opholdet, så behandlingsansvaret kan overdrages til egen læge ved afslutning af opholdet på en sundheds- og omsorgsplads. Det bidrager til kontinuitet i den efterfølgende behandling og indsats.

Parterne bemærker desuden, at sundhedsrådene skal have fokus på at sikre sammenhængende forløb med færrest mulige skift og gode rammer for, at borgerne kan vende tilbage til eget hjem, herunder plejebolig. Parterne forventer, at hovedparten af borgerne kan afsluttes til eget hjem, herunder plejebolig, efter endt ophold på en regional sundheds- og omsorgsplads. Nogle borgere kan dog have behov for ophold på en kommunal venteplads, indtil der er en ledig plejebolig. Afslutning fra en regional sundheds- og omsorgsplads skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens afslutningskriterier, som er fastsat i kvalitetsstandarderne for sundheds- og omsorgspladser, herunder at afslutningen er koordineret med borgerens bopælskommune og almenmedicinske tilbud.

4. National sundhedsplan

Regeringen, KL og Danske Regioner bakker med denne aftale op om Sundhedsstyrelsens oplæg til national sundhedsplan. Oplægget udgør således den endelige nationale sundhedsplan, som fastlægges af sundhedsministeren for perioden 2027-2030.

Planen indeholder en række principper og anbefalinger for udvikling og planlægning i sundhedsvæsenet i de kommende ti år. Sigtet er en omstilling af sundhedsvæsenet, hvor det nære sundhedsvæsen styrkes, borgerne oplever mere sammenhængende forløb og ressourcerne fordeles bedre på tværs af landet efter behov. Udviklingen sker med blik for det samlede sundhedsvæsen, og med udgangspunkt i bl.a. viden om kvalitet. Parterne er samtidig enige om at samarbejde om at implementere principperne og anbefalingerne.

Den nationale sundhedsplan skal omsættes gennem nationale og lokale planlægningsværktøjer. På nationalt niveau gælder det f.eks. specialeplanlægning, kvalitetsstandarder, dimensioneringsplan for speciallægeuddannelsen og opgavebeskrivel-

sen for det almenmedicinske tilbud. Staten skal sikre, at nye nationale krav for sundhedsplanlægning er i overensstemmelse med den nationale sundhedsplan.

Tilsvarende vil regionsråd, sundhedsråd og kommunalbestyrelser i de kommende år forholde sig til, hvordan de sikrer, at den nationale sundhedsplan implementeres lokalt i f.eks. de regionale sundhedsplaner, sundhedsrådenes nærsundhedsplaner og kommunale sundhedspolitikker, såfremt de findes. Hertil kommer det løbende strategiske arbejde i kommunerne på sundhedsområdet og relaterede velfærdsområder, hvor der tilbydes indsatser efter sundhedsloven og den kommende folkesundhedslov.

Nærsundhedsplanerne skal sætte den lokale retning for bl.a. omstilling af sundhedsvæsenet, udbygning af det nære sundhedsvæsen samt afspejle et samlet populationsansvar inden for sundhedsrådets geografiske område. 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. Regeringen vil fremsætte lovforslag herom i efteråret 2026.

Nærsundhedsplanerne udarbejdes med afsæt i den nationale sundhedsplan og i overensstemmelse med den regionale sundhedsplan. De skal beskrive den lokale planlægning af sundhedsopgaver indenfor sundhedsrådets geografiske område, herunder bl.a. følge op på følgende områder: Den lokale planlægning af det almenmedicinske tilbud og øvrige praksisområder for bl.a. at opnå bedre lægedækning, udviklingen af de nære regionale indsatser såsom akutsygepleje, den specialiserede genoptræning, patientrettet forebyggelse og sundheds- og omsorgspladser. De skal også afspejle de regionale sundhedsplaner på sygehusområdet og bl.a. konkretisere sygehusenes udadvendte opgaver i forhold til at understøtte de nære sundhedstilbud. Der skal både være fokus på indsatser for mennesker med psykiske og fysiske lidelser.

Nærsundhedsplanerne skal derudover forholde sig til de regionale tilbuds samspil med og understøttelse af kommunale sundhedsindsatser og indsatser på områder, der relaterer sig til sundhedsområdet. Planerne skal også forholde i sig til den regionale understøttelse af tværgående borger- og patientforløb.

Sundhedsministeren vil i sensommeren 2026 sende udkast til bekendtgørelse og vejledning for sundhedsrådenes nærsundhedsplaner i høring. Danske Regioner og KL vil blive inddraget i forbindelse med udarbejdelsen af vejledningen og bekendtgørelsen.

Parterne er enige om, at der nationalt og decentralt skal opstilles mål for omstillingen af sundhedsvæsenet, så det er muligt at følge, om sundhedsvæsenet bevæger sig mod et mere lige, nært og sammenhængende sundhedsvæsen. Mål på nationalt ni-

veau aftales i efteråret 2026 i forbindelse med aftale om nationale mål for sundhedsvæsenet, hvor den konkrete opfølgning på den nationale sundhedsplan også aftales, herunder ift. erfaringer med arbejdet med den nationale sundhedsplan.

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om, at nærsundhedsplanerne, som et vigtigt planlægningsværktøj i omstillingen af sundhedsvæsenet, skal indeholde lokale mål. Målene skal understøtte den retning, der sættes med principperne i den nationale sundhedsplan og nationale mål for sundhedsvæsenet, men kan også have fokus på lokale behov.

Planer for robuste akuthospitaler

Regionerne har udarbejdet planer, som skal sikre opretholdelsen af robuste akuthospitaler i hver enkelt region. Regeringen og Danske Regioner er enige om at gøre status på planerne første gang i 2026.

Planerne for robuste akuthospitaler skal ses i sammenhæng med de kommende nærsundhedsplaner, den nationale sundhedsplan og særligt de regionale sundhedsplaner, som sætter rammen for anvendelsen af den samlede kapacitet inden for regionerne. Regeringen og Danske Regioner er på den baggrund enige om, at opfølgningen på planer for robuste akuthospitaler efterfølgende sker ifm. arbejdet med de regionale sundhedsplaner, og hvor det er relevant nærsundhedsplanerne, herunder at der følges op på elementerne om robuste akuthospitaler efter behov, og at Sundhedsstyrelsen inddrages i ændringer i overensstemmelse med gældende regler.

5. Nationale mål

Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om, at de nationale mål for sundhedsvæsenet skal understøtte en fælles retning for udviklingen af sundhedsvæsenet. Dermed er der enighed om, at de nationale mål fokuseres, så de harmonerer med sundhedsreformens intentioner, herunder med fokus på retningen i den nationale sundhedsplan og reformens centrale mål om omstilling til et mere lige, nært og sammenhængende sundhedsvæsen.

For at understøtte, at de nationale mål i videst muligt omfang udgør en samlet ramme for målopfølgning skal de nationale mål endvidere rumme øvrige væsentlige politiske prioriteter i udviklingen af sundhedsvæsenet. Det gælder b.la. opfølgning på en samlet 10-års plan for psykiatrien samt den kommende folkesundhedslov.

Der er enighed om, at de nuværende otte mål og tilhørende indikatorer skal reduceres og have fokus på omstillingen af sundhedsvæsenet, bedre og mere lige fordeling af ressourcer, sammenhæng i patientforløb, forebyggelse og sundhedsfremme samt et sundhedsvæsen, der leverer høj og ensartet kvalitet.

Parterne er enige om, at der skal sikres fortsat politisk og lokal forankring af og årlig opfølgning på de nationale mål *jf. afsnit 4 national sundhedsplan*. Forankring og opfølgning på de nationale mål konkretiseres og aftales i efteråret 2026.

Parterne er enige om, at der med udgangspunkt i ovennævnte rammer arbejdes videre med resterende elementer for udvikling af de nationale mål, som skal aftales i efteråret 2026. I efteråret aftales målbillede og indikatorer samt metoder for visning og sammenligning af data.

6. Kronikerpakker
Bedre forløb for mennesker med kronisk sygdom

Som følge af *Aftale om Sundhedsreform 2024* indføres der sygdomsspecifikke kronikerpakker til borgere med udvalgte kroniske sygdomme. Det skal sikre sammenhængende behandling af høj kvalitet og give borgerne bedre forudsætninger for at håndtere egen sygdom, så den ikke forværres.

Der er udvalgt fem målgrupper for kronikerpakkerne. Pakkerne udrulles gradvist, startende med kronikerpakkerne for KOL og kroniske lænderygsmerter i 2027, efterfulgt af type-2 diabetes i 2028, hjertesygdom i 2029 og kompleks multisygdom i 2031. Sommeraftalen udmønter de midler, som er sat af til kronikerpakkerne i reformaftalen. Parterne noterer sig, at det fremgår af regeringsgrundlaget, at regeringen ønsker at fremrykke finansieringen og ikrafttrædelsen af kronikerpakkerne og vurdere, om konceptet med samlede patientforløb i forbindelse med sygdom kan udbredes til flere sygdomsområder.

Der er med reformaftalen ifm. kronikerpakkerne afsat 190 mio. kr. i 2027 med en stigende udgiftsprofil til 520 mio. kr. i 2031 med en varig profil på 390 mio. kr. årligt fra 2034 og frem. Dette kommer oveni det eksisterende aktivitetsniveau på 432 mio. kr., som aftalt i forbindelse med opgaveflyttet i 2025. Regeringen og Danske Regioner noterer sig, at der er afsat midler til, at patienter, der tidligere har fået en diagnose, får tilbud om patientrettet forebyggelse, samt at der afsættes et beløb til hhv. udvikling og den efterfølgende varige drift af den digitale understøttelse. Udgifter til udvikling og drift af digital understøttelse af kronikerpakkerne finansieres af regionerne gennem Digital Sundhed Danmark fra den samlede ramme til kronikerpakkerne. Det konkrete finansieringsniveau aftales på baggrund af det beslutningsgrundlag, som udarbejdes af Digital Sundhed Danmark og afstemmes med

øvrige relevante digitaliseringsinitiativer i sundhedsreformen. De afsatte midler vil dermed finansiere udvidelsen af kvalitetsstandardens indhold og målgruppe samt digital understøttelse af kronikerpakkerne.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en generisk model for pakkeforløb for patienter med kronisk sygdom. I november 2026 publiceres de sygdomsspecifikke pakkeforløb for patienter med KOL og for patienter med kroniske lænderygsmerter. Parterne involveres i arbejdet med de sygdomsspecifikke pakkeforløb.

De sygdomsspecifikke pakkeforløb skal være tilpasset den enkelte patient. De udarbejdes inden for rammen i "Generisk model for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom". I de sygdomsspecifikke pakker kan de almenmedicinske tilbud kun henvise til allerede eksisterende indsatser og indsatser i den kommende reviderede kvalitetsstandard. Det sundhedsfaglige indhold i et pakkeforløb vil basere sig på gældende retningslinjer på området – eksempelvis kliniske retningslinjer, faglige anbefalinger og relevante vejledninger.

Ret til opstart af relevante tilbud om patientrettet forebyggelse hos regionerne og revidering af kvalitetsstandarden for forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom

Patientrettet forebyggelse, som regionerne overtager myndighedsansvaret for med virkning fra 1. januar 2027, omhandler indsatser målrettet patienter med kronisk sygdom, og kan eksempelvis være kurser i sygdomsmestring, nikotinafvænning, fysisk aktivitet, ernæringsindsats og forebyggende samtale om alkohol. Hvilke indsatser, som er relevante for den enkelte at modtage, vurderes ifm. den afklarende samtale.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at kvalitetsstandarden for forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom skal revideres. Parterne er enige om, at revideringen skal sikre et kvalitetsløft i forebyggelsestilbuddene. Parterne er ligeledes enige om, at der fortsat er tale om generiske tilbud og således tilbud, hvor der kan deltage patienter med forskellige sygdomme for hvem, den konkrete indsats er vurderet relevant. Der vil være et øget fokus på sygdomsmestring og fysisk aktivitet, herunder vejledning og superviseret træning og mobilitets- og balancetræning, som kan imødekomme gruppen af patienter med kroniske lænderygsmerter. Tilbuddene vil stadig afholdes inden for kvalitetsstandardernes generiske ramme og vil kunne sammentænkes med de allerede eksisterende tilbud. Målgruppen for kroniske lænderygsmerter afgrænses i den sygdomsspecifikke pakke. Derudover vil der være fokus på øget tilgængelighed til udvalgte tilbud samt øget fokus på at sikre tilbud til patienter, der tager højde for patienternes forskellige sundhedskompetencer.

Parterne samt KL, faglige eksperter og patientforeninger, vil blive inddraget i det faglige arbejde med revideringen af kvalitetsstandarden, som forventes publiceret i november 2026. Parterne er herunder enige om, at forebyggelsestilbuddene skal styrke og understøtte en mere differentieret tilgang til patienterne ift. deres sundhedskompetence samt have et øget fokus på inddragelse af civilsamfundet. Dertil skal kvalitetsstandarden for forebyggelsestilbud til patienter med kronisk sygdom beskrive patienter med kræft, herunder præhabilitering og senfølger.

7. Sundheds- og omsorgspladserne

De nye sundheds- og omsorgspladser giver regionerne et større og mere samlet ansvar for at sikre sundhedsfaglige indsatser tæt på borgerens eget hjem. De skal samtidig give mulighed for at forebygge unødige (gen)indlæggelser.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at borgere i hele landet skal kunne tilbydes ophold på en sundheds- og omsorgsplads af ensartet høj kvalitet, som beskrevet i Sundhedsstyrelsens *Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser (2026)*. Ophold på sundheds- og omsorgspladserne er uden egenbetaling.

Regionale sundheds- og omsorgspladser omfattes af frit valg. Det betyder, at borgerne, der er tildelt en sundheds- og omsorgsplads, kan benytte deres frie valg til at tage ophold nær familie og venner, egen bopæl eller andre steder, der giver tryghed og ro for den enkelte borger. Regeringen vil fremsætte lovforslag med etablering af det frie valg til regionale sundheds- og omsorgspladser, som tager udgangspunkt i de tilsvarende regler for frit sygehusvalg, herunder mulighed for at prioritere lokale borgere af kapacitetsmæssige hensyn.

Borgere der har behov for et ophold på en sundheds- og omsorgsplads skal have ret til befordring. Regionerne vil derfor yde befordring og befordringsgodtgørelse til og fra sundheds- og omsorgspladser efter samme regler, som ved befordring til og fra sygehuse. Regeringen vil fremsætte lovforslag, der etablerer, at sundheds- og omsorgspladser omfattes af retten til befordring og befordringsgodtgørelse.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at det statslige bloktilskud til regionerne hæves med 445 mio. kr. i 2027 og 545 mio. kr. i 2028 og frem som følge af implementering af kvalitetsstandarden for sundheds- og omsorgspladser, vederlagsfrihed, frit valg og befordring for de regionale sundheds- og omsorgspladser.

8. Lofter over speciallægestillinger

Med *Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen* blev Regeringen og Danske Regioner enige om at indføre lofter for antallet af speciallægestillinger på landets fem universitetshospitaler samt de øvrige sygehuse i hovedstadsområdet med undtagelse af Bornholm. Formålet med lofterne er at skabe større geografisk lighed i adgangen til sundhedstilbud på tværs af landet, hvor flere læger søger mod de sygehuse, hvor det har været svært at rekruttere.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at justere de i 2025 fastsatte lofter, så disse kan danne grundlag for fremadrettede lofter. Parterne er samtidig enige om at videreføre de tidligere aftalte principper for lofterne, herunder at voksenpsykiatrien samt børne- og ungdomspsykiatrien også fremadrettet er undtaget fra lofterne.

Parterne er opmærksomme på, at lofterne, som en utilsigtet konsekvens, kan modvirke fastholdelse og ansættelse af erfarne læger, der fortsat ønsker at bidrage, men som med tiden ønsker at gå ned i tid. Parterne har derfor aftalt, at det nye speciallægeloft ikke omfatter læger, som er fyldt 67 år. De nye lofter fremgår af *bilag 1*.

For fortsat at styrke mobiliteten og sikre speciallægedækning vil der fortsat være en overgangsperiode der gælder, at læger, der er ansat på et hospital, som er omfattet loftet, og som samtidigt arbejder to dage om ugen (minimum) på et hospital, som ikke er omfattet af loftet, tæller 50 pct. med i loftet. Det skal bidrage til at understøtte samarbejde på tværs af hospitaler og gøre det attraktivt at søge fx kombinationsstillinger. Undtagelsen varer til og med 1. kvartal 2028. Denne undtagelse fra loftet er midlertidig, da det er den langsigtede hensigt, at akutsygehusene skal være bemandet af lokaltansat personale.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der skal følges op på de aftalte lofter. Opfølgningen sker en gang årligt i forbindelse med økonomiaftalerne.

Danske Regioner og Sundheds- og Kirkeministeriet kan ifm. den årlige opgørelse beslutte at korrigere lofterne, hvis der i perioden har været større organisatoriske ændringer på de omfattede hospitaler eller større nationale politiske prioriteringer, som påvirker kapacitetsbehovet generelt.

9. Lettere adgang til praktiserende speciallæger

Der er i dag for lange ventetider til udredning og behandling hos praktiserende speciallæger. Det er med *Aftale om sundhedsreform 2024* aftalt at indføre en ret til hurtig udredning og behandling hos praktiserende speciallæger. For at kunne indføre en rettighed er det nødvendigt at nedbringe de lange ventetider til de praktiserende

speciallæger først og understøtte en ligelig geografisk spredning af speciallægepraksis.

Der udmøntes derfor 128 mio. kr. i 2027 til regionernes lokale prioritering med henblik på nedbringelse af ventetiderne i speciallægepraksis og som forberedelse til den kommende patientrettighed i speciallægepraksis. Regeringen og Danske Regioner er enige om, at midlerne skal målrettes relevante specialer for at sikre bedst mulige rammevilkår for implementeringen af patientrettigheden. Midlerne kan fx udmøntes via lokale aftaler mellem regionerne og de praktiserende speciallæger, ligesom en mindre del evt. kan udmøntes som en del af den kommende overenskomst om speciallægehjælp. Midlerne fordeles til regionerne efter den årlige bloktilskudsnøgle.

Udmøntningen af midlerne skal ses i sammenhæng med de styringsmæssige og økonomiske mekanismer i overenskomsten om speciallægehjælp, der skal underbygge, at kapaciteten på området øges og udnyttes bedst muligt. Det skal ske for at forkorte ventetiden og understøtte en effektiv brug af den offentligt finansierede aktivitet efter overenskomsten

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at Danske Regioner inddrages i udviklingen af den kommende patientrettighed, herunder ift. digital understøttelse. Regionerne forpligter sig til at afholde udgifter i 2027 til udvikling af digital understøttelse indenfor de afsatte 128 mio. kr. Regeringen og Danske Regioner er også enige om, at der er behov for videre dialog om den konkrete udmøntning af rettigheden, herunder ift. digital understøttelse.

Regeringen og Danske Regioner er derudover enige om at følge udviklingen i regionernes anvendelse af midlerne tæt, herunder hvilken aktivitet de genererer, hvilke konkrete aktiviteter regionerne igangsætter med midlerne, hvor mange patienter, der bliver behandlet, og hvordan de målte ventetider til speciallægepraksis udvikler sig. Danske Regioner gør status på disse parametre i midten af 2027 og ved udgangen af 2027.

10. Mere behandling i borgerens eget hjem

Når mere behandling kan foregå i borgerens eget hjem, kan borgerens møde med sundhedsvæsenet blive mere nært og fleksibelt. Samtidig kan flere borgere få den rettidige indsats, der skal til, inden deres tilstand bliver så dårlig, at der er behov for sygehusbehandling eller -indlæggelse.

Når regionerne overtager myndighedsansvaret for akutsygeplejen, får de nye muligheder for at planlægge indsatser i borgernes eget hjem. Med sundhedsreformen er

der desuden afsat 200 mio. kr. årligt fra 2027 til at udbygge og understøtte døgndækkende hjemmebehandling med flere sundhedsfaglige medarbejdere (hjemmebehandlingsteams).

Regeringen og Danske Regioner vil i efteråret 2026 indgå en aftale om udmøntning af midlerne. Sigtet vil være at udbrede hjemmebehandling yderligere, så mere behandling kan foregå i hjemmet i stedet for ved fremmøde på et sygehus. I udmøntningen af midlerne kan der peges på indsatser, som skal styrkes på tværs af regionerne. KL inddrages i arbejdet.

Regionerne kan, hvor det er relevant, indgå horisontale samarbejdsaftaler med kommunerne om, at kommunerne varetager dele af opgaven med behandling i borgerens eget hjem. Ligeledes kan det være relevant med offentligt/privat samarbejde om løsninger.

11. Øvrige emner

Nedbringe ventetider på demensudredning

Regeringen og Danske Regioner noterer sig, at ventetiderne til demensudredning fortsat er lange og for langt de fleste patienter betydeligt længere end lovfristen på 30 dage, hvis det er fagligt muligt (udredningsretten). I 2025 var medianventetiden til udredning på 136 dage og varierede fra 110 til 231 dage på tværs af regionerne.

Parterne noterer sig imidlertid, at regionerne har iværksat en række indsatser for at nedbringe ventetiderne og understøtte omstillingen til udredning tættere på borgerne. Det har foreløbigt resulteret i et mindre fald i ventetiderne i 2025 sammenlignet med 2024.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at regionerne fortsat skal have fokus på at nedbringe ventetider til demensudredning. Det skal ske med afsæt i Sundhedsstyrelsens "Faglige anbefalinger til organisering af udredning af demens" fra august 2025, som handler om, hvordan udredning af demens bør tilrettelægges og koordineres på tværs af sektorer. I forlængelse heraf er parterne enige om, at regionerne skal have fokus på at sikre fremdrift og ensartethed i implementeringen af anbefalingerne. Det skal sikre den faglige kvalitet og en organisatorisk robustgørelse af udredningen, bl.a. gennem samling af udredningen på færre enheder.

Regeringen og Danske Regioner noterer sig, at et andet vigtigt element i at nedbringe ventetiderne til demensudredning er omstillingen af sundhedsvæsenet, hvor det almenmedicinske tilbud fremover skal udrede og behandle en større andel af personer med demens, sådan som det også er beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Udredning af demens i det almenmedicinske tilbud skal im-

plementeres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens opgavebeskrivelse for det almenmedicinske tilbud fra februar 2026.

Parterne noterer sig desuden, at det fremgår af regeringsgrundlaget, at regeringen vil fremlægge en ny national demenshandleplan.

Der er afsat 11 mio. kr. i 2027, 12 mio. kr. i 2028, 11 mio. kr. i 2029 og 10 mio. kr. i 2030 og frem til at øge den samlede kapacitet i demensudredningen. Disse midler kommer oveni de allerede afsatte midler til området siden 2017.

Styrkelse af den specialiserede palliative indsats

Regeringen og Danske Regioner er enige om at videreføre og styrke den specialiserede palliative indsats i henhold til *Udmøntningsaftale om Kræftplan V (2026 og frem)* af 27. november 2025, så flere får et værdigt forløb.

Regeringen bemærker, at indsatsen skal adressere den kritik, som Rigsrevisionen rejste i 2025 af den specialiserede palliative indsats i regionerne. Danske Regioner bakker op om, at Sundhedsstyrelsen har igangsat et arbejde med udarbejdelse af nationale visitationsretningslinjer og -kriterier for den specialiserede palliation, som forventes at foreligge i 2026, hvorefter regionerne vil implementere retningslinjerne lokalt. Arbejdet med at styrke den specialiserede palliative indsats skal ses i lyset af, at der med Kræftplan V desuden er aftalt et løft af basal palliation i både kommuner og regioner. Ligeledes er der i sundhedsreformen aftalt at løfte de basale palliative indsatser som led i styrkelse af den almene sygepleje i kommunerne.

Der er afsat 20 mio. kr. årligt i 2027-2029 og 40 mio. kr. årligt fra 2030 og varigt frem til at styrke den specialiserede palliative indsats i regionerne.

Bilag 1: Teknisk udmøntning af aftale om lofter for antal speciallægestillinger på universitetssygehuse

---

Baggrund

I nærværende bilag skitseres den tekniske udmøntning af aftale om lofter for antal speciallægestillinger på universitetssygehuse samt sygehuse i hovedstadsområdet.

Løsning

Baseline for lofterne tager udgangspunkt i den baseline, der blev aftalt i Forårsaftale af 23. maj 2025 (herefter Forårsaftalen) mellem den daværende regering (S, V og M) og Danske Regioner.

Det indebærer, at det fortsat er Rigshospitalet, Sjællands Universitetshospital, Aarhus Universitetshospital, Odense Universitetshospital, Aalborg Universitetshospital samt sygehusene i Hovedstadsområdet, som omfatter Amager og Hvidovre Hospital, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Herlev og Gentofte Hospital og Nordsjællands Hospital, som er omfattet af lofterne. Der er fortsat ét individuelt loft for hvert enkelt universitetshospital, mens de øvrige hospitaler i Region Hovedstaden fortsat er omfattet af et samlet loft.

Det indebærer endvidere, at undtagelserne aftalt i Forårsaftalen fortsat gælder. Det vil sige, at læger, der er ansat på et hospital, som ikke er omfattet et loft, og som samtidigt arbejder to dage om ugen (maksimalt) på et loftsomfattet hospital, ikke vil tælle med i loftet samt at læger, der er ansat på et hospital, som er omfattet af loftet, og som samtidigt arbejder to dage om ugen (minimum) på et hospital, som ikke er omfattet af loftet, tæller 50 pct. med i loftet. Sidstnævnte undtagelse gælder til og med 1. kvartal 2028.

Det indebærer desuden, at Aalborg Universitetshospitals matrikel i Thisted og Sjællands Universitetshospitals matrikel i Nykøbing Falster fortsat er undtaget fra lofterne.

Med Forårsaftalen blev det aftalt, Sjællands Universitetshospital i perioden frem mod april 2026 vil blive tillagt et vækstrum på 6. pct., samt at Aalborg Universitetshospital i samme periode vil blive tillagt et vækstrum på 4 pct. Vækstrummene *er* indregnet i baseline fra Forårsaftalen.

Korrektioner som følge af organisatoriske ændringer mv.
Som følge af sammenlægningen af somatik og psykiatri er der foretaget justeringer i baseline. Herudover er baseline justeret for hospitalsdirektører, så disse ikke længere er omfattet. Ledende overlæger og cheflæger indgår fortsat i baseline. Der er samtidig gennemført en mindre harmonisering af opgørelsen vedrørende diabetescentrene, så de indgår i lofterne for alle regioner.

Korrektioner som følge af Sommeraftale 2026
Som følge af Sommeraftale 2026 mellem regeringen, KL og Danske Regioner foretages følgende justeringer i baseline fra Forårsaftalen.
Det er aftalt, at erfarne læger over 67 år ikke medtages i baseline.

Som følge af Sommeraftalen 2026 gælder, at voksenpsykiatrien samt børne- og ungdomspsykiatrien fortsat undtages fra loftet.

Gældende baseline
Den gældende baseline fremgår af tabel 1.

Tabel 1

Lofter på antallet af speciallæger fordelt på hospitaler

Hospital	Antal speciallæger fordelt på hospitaler, somatik. Gennemsnit jan.-dec. 2024
Rigshospitalet	1.199
Øvrige hospitaler i Region Hovedstaden (Herlev og Gentofte Hospital, Amager, Hvidovre, Bispebjerg og Frederiksberg samt Nordsjælland)	1.726
Aarhus Universitetshospital	1.008
Odense Universitetshospital	920
Aalborg Universitetshospital eks. Thisted*	677
Sjællands Universitetshospital eks. Nykøbing Falster**	607

Anm.: Populationen er afgrænset til 11304 Speciallæger, overenskomstansatte og 066 overlæger, lægelige chefer m.v. eksklusiv lægelige direktører. Inklusiv overenskomstansatte, tjenestemænd og månedslønnede.
*Loftet er inklusiv et vækstrum på 4 pct. for AAUH eks. Thisted.
**Loftet er inklusiv et vækstrum på 6 pct. eks. Nykøbing Falster. Steno diabetes indgår under AUH, OUH, AAUH, SUH og Øvrige hospitaler i Hovedstaden. Speciallæger på 67 år og derover indgår ikke i opgørelsen.
Kilde: Danske Regioner