



Fremsat den 29. april 2022 af sundhedsministeren (Magnus Heunicke)

Forslag

til

Lov om ændring af sundhedsloven

(Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.)

§ 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 210 af 27. januar 2022, foretages følgende ændringer:

1. I § 203 indsættes som *stk. 2 - 6*:

»*Stk. 2.* Regionsrådet og de berørte kommunalbestyrelser i regionen opretter sundhedsklynger omkring hvert akutsygehus. Sundhedsklynger er et samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis om indsatsen på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang om indsatsen for sammenhængen mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Det gælder for både det somatiske og psykiatriske område.

Stk. 3. Sundhedsklyngen skal løfte populationsansvaret med udgangspunkt i akutsygehusenes optageområde og sikre sammenhæng i behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Sundhedsklyngen skal samtidig styrke forebyggelse, kvalitet og omstilling til det primære sundhedsvæsen.

Stk. 4. Sundhedsklyngen udgøres af et politisk niveau og et fagligt strategisk niveau. Det politiske niveau består af regionsrådsmedlemmer, heriblandt regionsrådsformanden, borgmestrene for de deltagende kommunalbestyrelser og repræsentanter for almen praksis. Det faglige strategiske niveau består af repræsentanter for henholdsvis regionen, herunder det psykiatriske område, de deltagende kommuner, almen praksis samt repræsentanter for patienter og pårørende.

Stk. 5. Formandskabet i en sundhedsklynge varetages af regionsrådsformanden og en af de deltagende borgmestre. Regionsrådet og de deltagende kommunalbestyrelser i sundhedsklyngen samarbejder om at sekretariatsbetjene sundhedsklyngen.

Stk. 6. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om sundhedsklynger, herunder om opgavevaretagelse, sammen-

sætning, organisering, beslutningskompetence, mødekadence og inddragelse.«

2. I § 204, *stk. 1*, ændres »nedsætter i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen« til: »og kommunalbestyrelserne i regionen nedsætter i samarbejde«.

3. I § 204, *stk. 1 og 5*, ændres »sundhedskoordinationsudvalg« til: »sundhedssamarbejdsudvalg«.

4. I § 204, *stk. 1*, indsættes som *2. og 3. pkt.*:

»Sundhedssamarbejdsudvalget består af repræsentanter for regionsrådet, heriblandt regionsrådsformanden, én borgmester fra hver sundhedsklynge, som samtidig er den kommunale formand i sundhedsklyngen, og repræsentanter for almen praksis. Sundhedssamarbejdsudvalget koordinerer og sætter retning for arbejdet på tværs af sundhedsklyngerne i regionen.«

5. § 204, *stk. 2*, affattes således:

»Formandskabet i sundhedssamarbejdsudvalget varetages af en formand, som vælges blandt regionsrådets repræsentanter, og en næstformand, som vælges blandt de borgmestre, der er medlemmer af sundhedssamarbejdsudvalget. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen sekretariatsbetjener i samarbejde sundhedssamarbejdsudvalget.«

6. I § 204, *stk. 3, 1. pkt.*, § 205 c, *stk. 2*, og § 206 a, *stk. 2*, ændres »sundhedskoordinationsudvalg« til: »sundhedssamarbejdsudvalg«.

7. I § 204, *stk. 3, 1. pkt.*, udgår »og praksisplanudvalget, jf. stk. 2,«.

8. I § 204, *stk. 5*, udgår », herunder om sammensætning og formandskab m.v., det i stk. 2 nævnte praksisplanudvalg«.

9. I § 206 a, stk. 1, 1. pkt., ændres »Det i § 204, stk. 2, nævnte udvalg« til: »Regionsrådet med inddragelse af kommunerne og almen praksis«.

10. I § 206 a, stk. 1, indsættes efter 1. pkt. som nyt punktum:
»Den endelige beslutning vedrørende praksisplanens udformning tilfalder regionsrådet.«

§ 2

Loven træder i kraft den 1. juli 2022.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

Indholdsfortegnelse

1. Indledning
2. Lovforslagets hovedpunkter
 - 2.1. Etablering af sundhedsklynger
 - 2.1.1. Gældende ret
 - 2.1.2. Sundhedsministeriets overvejelser og den foreslåede ordning
 - 2.2. Etablering af sundhedssamarbejdsudvalg og nedlæggelse af sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg
 - 2.2.1. Gældende ret
 - 2.2.2. Sundhedsministeriets overvejelser og den foreslåede ordning
 - 2.3. Patient- og pårørendeinddragelse
 - 2.3.1. Gældende ret
 - 2.3.2. Sundhedsministeriets overvejelser og den foreslåede ordning
3. Forhold vedr. dataanvendelse
 - 3.1. Udveksling af helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med patientbehandling
 - 3.2. Deling af data til andre formål end patientbehandling, herunder kvalitetsarbejde, analyser m.v.
4. Konsekvenser for opfyldelsen af FN's verdensmål
5. Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige
6. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet 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

Sundhedsvæsenet står over for en betydelig udfordring som følge af den demografiske udvikling, der medfører flere ældre og flere borgere med kroniske sygdomme og øget behandlingsbehov. Desuden kan tilstrækkelig sammenhæng på tværs af sundhedsområdet og mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer stadig være en udfordring. En udfordring, der ofte rammer de svageste, f.eks. mennesker med psykiske lidelser eller kroniske sygdomme, der i særlig grad har behov for et sammenhængende forløb. Der er behov for at tænke indsatsen bedre sammen på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer bl.a. for at mindske ulighed i sundhed. Det gælder i forhold til forebyggelse af sygdom, ældre medicinske patienter, borgere med kroniske sygdomme og borgere med psykiske lidelser, herunder borgere, som ud over en psykisk lidelse har et alkohol- eller stofmisbrug. Overgange mellem sygehus, kommune og almen praksis bør ikke kunne mærkes hos den enkelte borger. Det handler grundlæggende om, hvordan regionerne, kommunerne og almen praksis i samarbejde fremover bedst skal kunne sikre lokalt samarbejde om borgernes sundhed, varetage flere opgaver af høj kvalitet i borgernes nærmiljø og samtidig frigøre ressourcer til den patientbehandling, som er så specialiseret, at den skal foretages på sygehusene.

Regeringen (Socialdemokratiet), Danske Regioner og KL er i Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger) af 11. juni 2021 (herefter Aftalen) enige om, at en del af

løsningen på de betydelige udfordringer er etablering af nye formaliserede sundhedsklynger omkring hvert af landets akutsygehuse og forenkling og styrkelse af den nuværende politiske samarbejdsstruktur i hver region.

Med lovforslaget foreslås for det første, at der etableres sundhedsklynger omkring akutsygehusene, der skal skabe bedre forebyggelse af sygdom og sikre mere sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb for bl.a. ældre medicinske patienter, borgere med kroniske sygdomme og borgere med psykiske lidelser, herunder borgere, som ud over en psykisk lidelse har et alkohol- eller stofmisbrug. Sundhedsklynger er et samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis om indsatsen på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang om indsatsen for sammenhængen mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

Sundhedsklyngerne vil skulle løfte populationsansvaret med udgangspunkt i akutsygehusenes optageområde. Det betyder, at sundhedsklyngerne vil skulle understøtte befolkningens sundhedstilstand mere generelt og bidrage til den forebyggende indsats inden for et nærmere bestemt geografisk område, som et sygehus' patienter hovedsageligt forventes at komme fra. Sundhedsklyngerne vil skulle have mulighed for at udvikle, planlægge og iværksætte indsatser målrettet lokale behov og omstilling til det primære sundhedsvæsen, så der kan sikres mere geografisk og social lighed i sundhed.

I sundhedsklyngerne vil der både skulle være en politisk

dialog og et tæt fagligt strategisk samarbejde, som vil skulle omfatte repræsentanter for regionen, herunder for det psykiatriske område, kommunerne og almen praksis med udgangspunkt i akutsygehusenes optageområde samt repræsentanter for patienter og pårørende. Patienter og pårørendes perspektiv og erfaringer er et centralt element i udviklingen af mere sammenhængende patientforløb på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Sundhedsklyngerne vil skulle inddrage relevant fagkundskab, herunder relevante sundhedsprofessionelle, efter behov.

For det andet foreslås det, at den nuværende politiske samarbejdsstruktur vil skulle forenkles og styrkes således, at de eksisterende sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg, som i dag findes i hver region, vil skulle erstattes af ét sundhedssamarbejdsudvalg i hver region. Sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle fastlægge fælles rammer og retning for udviklingen af samarbejdet på tværs af de foreslåede sundhedsklynger og understøtte ensartethed og sammenhæng på tværs af sundhedsklyngerne, så der kan sikres mere geografisk og social lighed i sundhed. Sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle bestå af repræsentanter for regionsrådet, heriblandt regionsrådsformanden, en borgmester fra hver sundhedsklynge og repræsentanter for almen praksis. Sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle inddrage repræsentanter for patienter og pårørende i deres drøftelser, når det er relevant. Sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle inddrage relevant fagkundskab, herunder relevante sundhedsprofessionelle, efter behov.

2. Lovforslagets hovedpunkter

2.1. Etablering af sundhedsklynger

2.1.1. Gældende ret

Det fremgår af sundhedslovens § 203, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen samarbejder om indsatsen på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

Bestemmelsen fordrer et tæt og løbende samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis på sundhedsområdet samt de tilgrænsende områder. Det gælder både i forbindelse med behandling, pleje m.v. af den enkelte patient og i forbindelse med tilrettelæggelsen og prioriteringen af indsatsen på sundhedsområdet.

2.1.2. Sundhedsministeriets overvejelser og den foreslåede ordning

Sundhedsvæsenets udfordring i de kommende år med flere ældre og flere borgere med kroniske sygdomme kræver styrket samarbejde og sammenhæng og en fortsat gradvis omstilling til det primære sundhedsvæsen, således at flere opgaver kan varetages lokalt og med høj kvalitet. Flere borgere skal opleve sammenhæng i deres behandlings-, rehabiliterings-, forebyggelses- og plejetilbud, når det gælder tilbud fra sygehusene, i kommunerne og i praksissektoren. Mere behandling og opfølgning skal fremadrettet løses i praksissektoren, i kommunerne og i hjemmet, herunder gen-

nem udgående og virtuel sygehusbehandling. Det skal sikre bedre sammenhæng og nærhed for borgeren og samtidig frigøre ressourcer til patientbehandlingen. Dette stiller krav til samarbejdet på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Det bemærkes, at lovforslaget ikke ændrer på den afgrænsning af begrebet ”tilgrænsende sektorer”, som fremgår af sundhedslovens § 203. Tilgrænsende sektorer kan f.eks. være socialområdet, beskæftigelsesområdet, skole- og dagtilbudsområdet m.v.

Regeringen (Socialdemokratiet), Danske Regioner og KL er i Aftalen enige om, at en del af løsningen på de betydelige udfordringer bl.a. er etablering af sundhedsklynger omkring hvert af landets akutsygehuse.

Med afsæt i Aftalen foreslås det, at der i hver region omkring hvert akutsygehus vil skulle etableres sundhedsklynger, som vil skulle være drivkraft for nogle af de forandringer i sundhedsvæsenet, som er nødvendige for at fremtidssikre sundhedsvæsenet og sikre, at patienterne oplever sammenhæng, kvalitet og kontinuitet i deres forløb. Der vil som hovedregel skulle etableres én sundhedsklynge omkring hvert akutsygehus. Det er regionerne og kommunerne selv, der vil skulle stå for oprettelse af sundhedsklyngerne omkring akutsygehusene.

Det foreslås, at sundhedsklyngerne vil skulle løfte populationsansvaret og prioritere indsatser, der imødekommer de lokale behov og som sikrer bedre og mere sammenhængende patientforløb. Sundhedsklyngerne vil løbende skulle drøfte udfordringer og behov, f.eks. ved at følge og drøfte centrale nøgletal og data for populationen i sundhedsklyngen, så data understøtter det tætte samarbejde. Dette kan medvirke til at sikre en større systematik og ensartethed i indsatser på tværs af sundhedsklyngen, men også understøtte muligheden for en målrettet rådgivning fra sygehus til den enkelte kommune i forhold til lokale udfordringer, f.eks. i forhold til at forebygge yderligere forværring af kroniske sygdomme. Sundhedsklyngerne vil endvidere skulle sætte fælles retning for og sikre lokal implementering af lokalt og nationalt aftalte initiativer og mål, f.eks. kvalitetstiltag, handlingsplaner, forløbsprogrammer og andre tværsektorielle retningslinjer. Sundhedsklyngerne vil også skulle drøfte initiativer, herunder omstilling af behandling til det primære sundhedsvæsen eller større ændringer i regionens eller kommunernes opgaver, som har politisk eller økonomisk betydning. Endvidere vil sundhedsklyngerne skulle drøfte og aftale lokale modeller for bedre patientforløb med fokus på styrket kvalitet og øget nærhed i forbindelse med omstilling af behandling til det primære sundhedsvæsen, f.eks. for udvalgte patientgrupper. De vil også skulle igangsætte relevante samarbejdsprojekter, f.eks. samarbejde om akutpladser, forløb for patienter med psykiske lidelser, herunder patienter, som ud over en psykisk lidelse har et alkohol- eller stofmisbrug, bedre forløb for borgere med kronisk sygdom og fælles indsatser til forebyggelse af sygdom. Det forudsættes, at samarbejdsprojekterne ikke indebærer indgreb i vedkommende myndigheds beføjelser. Endelig vil sundhedsklyngerne skulle bidrage med sundhedsklyngens indspil

til sundhedsaftalen og praksisplanen for almen praksis, og bidrage til retning for sundhedssamarbejdsudvalgets prioritering ift. implementering af nationale handleplaner m.v. Myndighedsansvaret vil fortsat være placeret i henholdsvis regioner og kommuner. Yderligere regulering af opgaver vil skulle fastsættes i en bekendtgørelse i medfør af den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse i sundhedslovens § 203, stk. 6.

I sundhedsklyngerne vil der både skulle være en politisk dialog og et tæt fagligt strategisk samarbejde, som vil skulle varetages af repræsentanter fra regionen, kommunerne og almen praksis med udgangspunkt i akutsygehusets optageområde. Nogle kommuner indgår i to eller flere sygehuses optageområde. Det må forventes, at nogle kommuner politisk og administrativt vil skulle dække flere sundhedsklynger. Det vil derfor skulle være muligt for kommunerne at deltage i to eller flere sundhedsklynger. Tilsvarende vurderes at være relevant for regionerne, hvor psykiatriens optageområder adskiller sig fra de somatiske optageområder, og hvor der er også forskel på optageområder i hhv. børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Som følge heraf kan der derfor være behov for, at særligt repræsentanter fra de psykiatriske sygehuse lader sig repræsentere i to eller flere sundhedsklynger.

Hver sundhedsklynge vil skulle fungere på to niveauer – et politisk niveau og et fagligt strategisk niveau.

Det politiske niveau vil skulle sikre politisk forankring af arbejdet. Det politiske niveau vil som udgangspunkt skulle mødes to gange årligt for at sætte retning for sundhedsklyngen, herunder igangsætte indsatser med omstilling til det primære sundhedsvæsen samt implementere og komme med input til den sundhedsaftale, som regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen indgår om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet efter sundhedslovens § 205. Det politiske niveau vil skulle implementere og komme med input til nationale tiltag og drøfte og beslutte anvendelsen af prioriterede midler m.v. Det politiske niveau vil inden for sundhedsaftalens rammer skulle opstille selvstændige mål for arbejdet med udgangspunkt i de lokale udfordringer og behov, f.eks. i forhold til særlige indsatser for at imødegå sammenhængsproblematikker i sundhedsklyngens population og evt. lokale folkesundhedsmæssige udfordringer eller sygdomsbyrder.

Det politiske niveau vil skulle bestå af regionsrådsmedlemmer, heriblandt regionsrådsformanden, borgmestrene fra de deltagende kommunalbestyrelser og repræsentanter for almen praksis. Hvis ikke andet aftales, vil det politiske niveau skulle bestå af mindst to regionsrådsmedlemmer, heriblandt regionsrådsformanden, borgmestrene for de deltagende kommunalbestyrelser i sundhedsklyngen, og to praktiserende læger udpeget af Praktiserende Lægers organisation (PLO) som repræsentanter for almen praksis inden for sundhedsklyngens område. Det bemærkes, at der ud over drøftelserne i det politiske niveau i sundhedsklyngen kan være tværgående emner af f.eks. strategisk og økonomisk karakter, som myndighederne i form af repræsentanterne for regionsrådet og kommunalbestyrelserne kan have behov for

at drøfte særskilt. Repræsentanter for patienter og pårørende vil skulle inddrages i relevant omfang, da patienternes perspektiv og erfaringer er et centralt element i udviklingen af mere sammenhængende patientforløb på tværs af sundhedsvæsenet. Yderligere regulering af det politiske niveau vil skulle fastsættes i en bekendtgørelse i medfør af den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse i sundhedslovens § 203, stk. 6.

Det faglige strategiske niveau vil som hovedopgave skulle tage hånd om borgere med fokus på at sikre konkrete løsninger for bedre sammenhæng, kvalitet og øget nærhed og samtidig være en drivende kraft for styrket kvalitet og omstilling i det primære sundhedsvæsen. Det er samtidig af stor betydning, at det faglige strategiske niveau er operationelt og handlekraftigt. Det betyder, at der vil skulle være et handlerum til at iværksætte indsatser hurtigt. Det faglige strategiske niveau vil skulle bestå af repræsentanter for regionen, kommunerne, almen praksis samt patienter og pårørende. Hvis ikke andet aftales, vil det faglige strategiske niveau skulle bestå af tre repræsentanter fra regionen, herunder det psykiatriske område, én repræsentant for hver af de deltagende kommuner, to praktiserende læger udpeget af PLO som repræsentanter for almen praksis inden for sundhedsklyngens område, og to repræsentanter for patienter og pårørende. Sundhedsklyngerne vil skulle inddrage relevant fagkundskab, herunder relevante sundhedsprofessionelle, efter behov. Yderligere regulering af det faglige strategiske niveau vil skulle fastsættes i en bekendtgørelse i medfør af den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse i sundhedslovens § 203, stk. 6.

Det foreslås, at formandskabet i en sundhedsklynge vil skulle varetages af regionsrådsformanden og en af de deltagende borgmestre. Det foreslås endvidere, at regionsrådet og de deltagende kommunalbestyrelser i sundhedsklyngen vil skulle samarbejde om at sekretariatsbetjene sundhedsklyngerne. Formålet er at skabe et ligeværdigt samarbejde og størst muligt sammenhængskraft mellem regionen og kommunerne. Yderligere regulering af formandskabet vil skulle fastsættes i en bekendtgørelse i medfør af den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse i sundhedslovens § 203, stk. 6.

I det omfang der indgås aftaler, som gælder inden for en sundhedsklynge og indebærer nye opgaver for almen praksis, er det forudsat, at det vil skulle være med afsæt i en rammeaftale indgået af relevante parter på enten regionalt eller nationalt niveau. Dette svarende til eksempelvis den indgåede rammeaftale mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og PLO om covid-19 vaccination i almen praksis.

2.2. Etablering af sundhedssamarbejdsudvalg og nedlæggelse af sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg

2.2.1. Gældende ret

Det fremgår af sundhedslovens § 204, stk. 1, at regionsrådet i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen nedsætter et sundhedskoordinationsudvalg vedrørende den

regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

Det følger af sundhedslovens § 204, stk. 2, at der i hver region nedsættes et praksisplanudvalg, der består af fem medlemmer udpeget blandt kommunalbestyrelsesmedlemmer fra kommunerne i regionen, tre medlemmer fra regionsrådet og tre medlemmer udpeget blandt alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede personer, jf. § 227, stk. 1, jf. § 60, stk. 1. Regionsrådet varetager formandskabet og sekretariatsbetjener udvalget. Der skal tilstræbes enighed i udvalget om den endelige udformning af praksisplanen. Er det ikke muligt at opnå enighed, tilfalder den endelige beslutning vedrørende praksisplanens udformning regionsrådet.

Praksisplanen vedrørende almen praksis, som udarbejdes i henhold til sundhedslovens § 206 a, er et samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommune og almen praksis, der beskriver, hvilke opgaver almen praksis skal varetage og snitflader til det øvrige sundhedsvæsen. Praksisplanen indeholder overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre. Den konkrete udmøntning af praksisplanen forudsætter, at der indgås en underliggende aftale om evt. nye opgaver med de praktiserende læger, hvor implementering og ressourcer aftales.

Sundhedslovens § 204, stk. 5, bemyndiger sundhedsministeren til bl.a. at fastsætte nærmere regler om det i stk. 1 nævnte sundhedskoordinationsudvalg, herunder om sammensætning og formandskab m.v., og det i stk. 2 nævnte praksisplanudvalg. Denne bemyndigelsesbestemmelse er udmøntet i bekendtgørelse nr. 679 af 30. maj 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Det fremgår af bekendtgørelsen, at sundhedskoordinationsudvalget består af repræsentanter for regionen, kommunerne i regionen og praksissektoren. Det fremgår ligeledes af bekendtgørelsen, at den nærmere sammensætning kan aftales mellem regionsrådet og kommunekontaktrådet i regionen. Dog skal mindst ét medlem udpeges af PLO i regionen. Hvor ikke andet aftales, består sundhedskoordinationsudvalget af tre medlemmer udpeget af regionsrådet, fem medlemmer udpeget af kommunekontaktrådet i regionen og to medlemmer udpeget af PLO i regionen. Det fremgår endvidere af bekendtgørelsen, at sundhedskoordinationsudvalget udarbejder et generelt udkast til sundhedsaftaler. Sundhedskoordinationsudvalget følger og drøfter endvidere efter behov sundhedsaftalernes praktiske gennemførelse og stiller sine vurderinger heraf til rådighed for aftaleparterne, ligesom udvalget vurderer udkast til regionens sundhedsplan og kan fremkomme med anbefalinger til, hvordan planen kan fremme sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, kommuner og praksissektor. Sundhedskoordinationsudvalget drøfter i øvrigt emner, der er relevante for sammenhæng i patientforløb mellem sygehuse, praksissektor og kommuner. Det fremgår endelig af bekendtgørelsen, at sundhedskoordinationsudvalget mødes minimum fire gange årligt. Sundhedsstyrelsen har i tilknytning hertil udarbejdet vejledning nr. 9504 af 4. juni 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Bemyndigelsesbestemmelsen er endvidere udmøntet i bekendtgørelse nr. 256 af 19. marts 2014 om praksisplanudvalg for almen praksis. Det fremgår af bekendtgørelsen, at praksisplanudvalget vælger sin formand blandt regionsrådets medlemmer i udvalget. Endvidere vælges en næstformand blandt regionsrådets medlemmer. Praksisplanudvalget udarbejder en praksisplan for almen praksis med afsæt i bl.a. Sundhedsstyrelsens Vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner for almen praksis, jf. sundhedslovens § 206 a. Praksisplanudvalget inddrager den nødvendige fagkundskab i forbindelse med udarbejdelse af praksisplanen. Dette kan ske ved, at praksisplanudvalget systematisk inddrager rådgivning fra fagpersoner, der repræsenterer almen praksis (Dansk Selskab for Almen Medicin og PLO), relevante sygehusspecialister og kommuner. Inden praksisplan udarbejdes, skal der ske en høring af de praksisser, der yder vederlagsfri behandling til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, jf. sundhedslovens § 60, stk. 1. De enkelte praksis skal i forbindelse med høringen have mulighed for at give udtryk for praksis' planer for den kommende periode, herunder i relation til de øvrige behandlende sundhedsvæsen. Praksisplanudvalget skal systematisk inddrage patientinddragelsesudvalget i regionen i drøftelserne af emner, der ligger inden for praksisplanens emneområder.

Det fremgår af sundhedslovens § 205 c, at aktiviteterne vedr. udlejning af lokaler og udstyr m.v. efter sundhedslovens §§ 205 a og 205 b skal drøftes i sundhedskoordinationsudvalget.

Det følger af sundhedslovens § 206 a, at praksisplanudvalget i hver valgperiode skal udarbejde en praksisplan vedrørende almen praksis, der udgør en del af regionens sundhedsplan, jf. sundhedslovens § 206. Praksisplanen skal revideres i valgperioden, hvis der sker væsentlige ændringer i dens forudsætninger. Praksisplanen skal inden den endelige vedtagelse forelægges for Sundhedsstyrelsen, som yder rådgivning vedrørende praksisplanens udformning. Forud for udarbejdelse og revision af praksisplanen vedrørende almen praksis skal der gennemføres en høring blandt kommunerne og regionen, og praksisplanen skal inden vedtagelsen forelægges for sundhedskoordinationsudvalget.

2.2.2. Sundhedsministeriets overvejelser og den foreslåede ordning

Regeringen (Socialdemokratiet), Danske Regioner og KL er i Aftalen enige om, at en del af løsningen på sundhedsvæsenets udfordringer i de kommende år bl.a. er en forenkling og styrkelse af den politiske tværsektorielle samarbejdsstruktur. Det foreslås, at der etableres fem sundhedssamarbejdsudvalg – ét i hver region – der vil skulle erstatte de eksisterende sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg. Sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle stå for at koordinere og sætte retningen for arbejdet på tværs af regionens sundhedsklynger. Sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle understøtte samarbejdet på tværs af sundhedsvæsenet og understøtte, at der skabes sammenhæng for bl.a. ældre medicinske patienter, borgere med kroniske sygdomme og borgere med psykiske lidelser, herunder borgere, som ud

over en psykisk lidelse har et alkohol- eller stofmisbrug, der har forløb på tværs af sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud.

Det fremgår af Aftalen, at konkrete indsatser vil variere på tværs af sundhedsklyngerne, afspejlende forskellige udfordringer i de enkelte sundhedsklynger, og at det nye sundhedssamarbejdsudvalg vil skulle have en opgave i at fastlægge fælles rammer og retning for udviklingen af det tværsektorielle samarbejde og samarbejdet på tværs af regionens sundhedsklynger. Det vil f. eks. skulle gælde i forhold til samarbejdet mellem regioner, kommuner og almen praksis.

Formålet med det foreslåede sundhedssamarbejdsudvalg er at understøtte ensartethed, høj kvalitet og sammenhæng på tværs af regionen, så den nye samarbejdsstruktur bidrager til at sikre mere geografisk og social lighed i sundhed. Fokus på sammenhæng på tværs af regionen er bl.a. vigtigt, da nogle sygehusfunktioner efter specialplanen ikke tilbydes på alle akutsygehuse, ligesom nogle kommuner indgår i optageområdet for to eller flere akutsygehuse. Regionen vil i disse situationer skulle sikre, at borgere, der er fordelt på flere sundhedsklynger, ikke oplever væsentlige forskelle i behandling eller sygehus tilbud, uanset hvilket sygehus de tilhører. Når kommunen indgår i to eller flere sygehuses optageområde, vil det skulle være muligt for kommunerne at deltage i flere sundhedsklynger.

Derudover vil sundhedssamarbejdsudvalget skulle understøtte, at nationale handleplaner for det tværsektorielle samarbejde implementeres på tværs af sundhedsklyngerne i regionen. Drøftelser og beslutninger i sundhedssamarbejdsudvalg vil således skulle fungere som retningsættende og som oplæg til sundhedsklyngernes mere patient- og borgernære drøftelser og beslutninger, der tager udgangspunkt i den enkelte sundhedsklynges behov og ønsker.

Lovforslaget ændrer ikke ved, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen efter sundhedslovens § 205 indgår en sundhedsaftale om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet. Lovforslaget ændrer heller ikke ved, at regionsrådet indsender sundhedsaftalen til Sundhedsstyrelsen, som skal godkende aftalen. Som følge af lovforslaget vil kadencen for indsendelse og godkendelse af sundhedsaftalerne i indeværende og førstkommende periode ændres. Det betyder, at den nuværende sundhedsaftale forlænges med et halvt år fra 1. juli 2023 indtil 1. januar 2024, og at den førstkommende aftale dermed forkortes tilsvarende med et halvt år.

Sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle fastlægge fælles rammer og retning for udviklingen af samarbejdet på tværs af regionens sundhedsklynger, herunder drøfte rammerne for sundhedsklyngernes udmøntning af nationale handlingsplaner. Sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle udarbejde udkast til sundhedsaftale, der bl.a. beskriver udviklingen i det tværsektorielle samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis, følge op på sundhedsaftalens mål, som er fastsat med udgangspunkt i de nationale mål for sundhedsvæsenet, opstille principper for prioritering af indsatser, målgrupper, temaer m.v. i forbindelse med implementering af natio-

nale handleplaner og aftaler på tværs af sundhedsklynger i regionen m.v. Sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle drøfte samarbejdsaftaler mellem kommuner og regioner, f.eks. om hjemmebehandling, som går på tværs af sundhedsklynger, og som ofte vil skulle ske på baggrund af afprøvede indsatser i én eller flere sundhedsklynger og evt. foranlediget af nationale retningslinjer m.v. Sundhedssamarbejdsudvalget vil endvidere skulle drøfte sundhedsklyngernes udviklings tiltag og evt. indstille veldokumenterede tiltag til udbredelse på tværs af sundhedsklynger eller på nationalt niveau.

Sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle bestå af repræsentanter for regionsrådet, heriblandt regionsrådsformanden, én borgmester fra hver sundhedsklynge, som samtidig vil skulle være den kommunale formand i sundhedsklyngen, så der sikres sammenhæng mellem de indsatser, der iværksættes i sundhedsklyngerne og de indsatser, der iværksættes i sundhedssamarbejdsudvalget, og repræsentanter for almen praksis. For så vidt angår kommuner, der har mellemformsstyrelse med delt administrativ ledelse (København, Odense og Aalborg Kommuner), jf. § 64 a, jf. § 65, i lov om kommunernes styrelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 47 af 15. januar 2019, og Aarhus Kommune, der har magistratsstyrelse, jf. § 64 i den nævnte lov, vil sundhedsministeren med hjemmel i den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse i sundhedslovens § 203, stk. 6, i sundhedsloven skulle fastsætte, at borgmesterdeltagelse kan varetages af vedkommende rådmand i stedet for borgmesteren, og for Københavns Kommune af vedkommende fagborgmester i stedet for overborgmesteren. Hvis ikke andet aftales, vil sundhedssamarbejdsudvalget skulle bestå af tre repræsentanter for regionsrådet, heriblandt regionsrådsformanden, én borgmester fra hver sundhedsklynge i regionen, som samtidig vil skulle være den kommunale formand i sundhedsklyngen og to praktiserende læger udpeget af PLO som repræsentanter for almen praksis i regionen.

Formandskabet i sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle varetages af en formand, som vælges blandt regionsrådets repræsentanter, og en næstformand, som vælges blandt borgmestrene for de deltagende kommunalbestyrelser. Regionsrådet og de deltagende kommunalbestyrelser i sundhedssamarbejdsudvalget i samarbejde vil skulle sekretariatsbetjene sundhedssamarbejdsudvalget. Sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle inddrage repræsentanter for patienter og pårørende i sundhedssamarbejdsudvalgets drøftelse af relevante dagsordenspunkter. Sundhedssamarbejdsudvalget vil også skulle inddrage relevant fagkundskab, herunder relevante sundhedsprofessionelle, efter behov. Det bemærkes, at der ud over drøftelserne i sundhedssamarbejdsudvalget kan være tværgående emner af f.eks. strategisk og økonomisk karakter, som myndighederne i form af repræsentanterne for regionsrådet og kommunalbestyrelserne kan have behov for at drøfte særskilt. Yderligere regulering af sundhedssamarbejdsudvalg vil skulle fastsættes i en bekendtgørelse i medfør af bemyndigelsesbestemmelsen i sundhedslovens § 204, stk. 5.

I forbindelse med at praksisplanudvalget nedlægges, vil regionsrådet med inddragelse af kommunerne og repræsen-

tanter for almen praksis, herunder PLO, skulle have ansvar for at udarbejde og følge op på praksisplanen. Der vil skulle tilstræbes at opnå enighed om praksisplanens indhold. Dermed sikres, dels at det fortsat vil være regionsrådet, som har den endelige beslutning omkring praksisplanen, hvis der ikke kan opnås enighed, og dels at praksisplanen udarbejdes i tæt samarbejde mellem repræsentanter fra almen praksis, kommuner og region. Lovforslaget ændrer ikke ved, at der skal gennemføres en høring af praksisplanen vedrørende almen praksis blandt kommunerne i regionen efter sundhedslovens § 206 a, stk. 2, en høring af de praksisser i regionen, der yder vederlagsfri behandling til personer, der er omfattet af sygesikringsgruppe 1, jf. sundhedslovens § 60, stk. 1, og at planen inden vedtagelsen skal forelægges patientinddragelsesudvalget til høring efter sundhedslovens § 206 a, stk. 3. Inden regionsrådet vedtager praksisplanen, vil den skulle forelægges sundhedssamarbejdsudvalget.

Der vil være behov for at revidere Sundhedsstyrelsens vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner for almen praksis fra 2013. Arbejdet med indhold af praksisplaner vil skulle ske i regi af en nedsat arbejdsgruppe med inddragelse af relevante interessenter.

Det forudsættes, at kommende praksisplaner bl.a. vil kunne adressere spørgsmål om lægedækning, udviklingstiltag, tilgængelighed, kapacitet og almen praksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen. Drøftelser omkring almen praksis' rolle i samarbejdet mellem regioner, kommuner og almen praksis vil løbende skulle foregå i bl.a. sundhedssamarbejdsudvalget i relation til udformning af sundhedsaftaler.

Lovforslaget indebærer ikke ændringer for så vidt angår, at nye opgaver i medfør af sundhedsaftaler og praksisplaner vil skulle udmøntes ved underliggende aftale med repræsentanter for de praktiserende læger, hvor implementering og ressourcer aftales.

Lovforslaget nødvendiggør ændring af bekendtgørelse nr. 679 af 30. maj 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler og Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9504 af 4. juni 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler samt ophævelse af bekendtgørelse nr. 256 af 19. marts 2014 om praksisplanudvalg for almen praksis.

2.3. Patient- og pårørendeinddragelse

2.3.1. Gældende ret

I medfør af sundhedslovens § 204, stk. 3, skal der i hver region nedsættes et patientinddragelsesudvalg, som sundhedskoordinationsudvalget og praksisplanudvalget systematisk og i relevant omfang inddrager i drøftelserne af emner, der ligger inden for disse udvalgs områder. Patientinddragelsesudvalget består af medlemmer, som er udpeget af patient- og pårørendeorganisationer. Det er forudsat, at patientinddragelsesudvalget består af personer, der repræsenterer patienter med såvel somatiske sygdomme som psykiske lidelser. Udvalget kan i øvrigt drøfte og kommentere emner, som udvalget finder, er relevante for sammenhængen i patientforløb mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud.

Sundhedslovens § 204, stk. 5, bemyndiger sundhedsmi-

nisteren til at fastsætte nærmere regler om bl.a. patientinddragelsesudvalg. Denne bemyndigelsesbestemmelse er udmøntet i bekendtgørelse nr. 257 af 19. marts 2014 om patientinddragelsesudvalg. Det følger af bekendtgørelsen, at patientinddragelsesudvalgene i hver region består af tre medlemmer udpeget af Danske Patienter, tre medlemmer udpeget af Danske Handicaporganisationer, ét medlem udpeget af Regionsældrerådet, og ét medlem udpeget af Ældre Sagen. Funktionsperioden for udvalgets medlemmer følger kommunalbestyrelsernes og regionsrådets valgperiode. Regionen tager initiativ til, at der udpeges medlemmer til patientinddragelsesudvalget. Regionen tager endvidere initiativ til, at de udpegede medlemmer indkaldes til et konstituerende møde i patientinddragelsesudvalget. Patientinddragelsesudvalget forestår herefter selv tilrettelæggelsen og afholdelsen af møder i resten af funktionsperioden. Regionsrådet sekretariatsbetjener og stiller mødefaciliteter til rådighed for patientinddragelsesudvalget. Der afholdes møde mindst én gang om året, eller når mindst et af patientinddragelsesudvalgets medlemmer fremsætter begæring herom. Patientinddragelsesudvalget kan afgive udtalelser vedrørende de emner, der ligger inden for patientinddragelsesudvalgets kompetenceområde, og der skal tilstræbes enighed i patientinddragelsesudvalget om patientinddragelsesudvalgets prioriteringer. Udvalget skal systematisk inddrages i drøftelsen af emner, der ligger inden for praksisplanerne for almenpraksis' emneområder og inden for sundhedskoordinationsudvalgets emneområder. Patientinddragelsesudvalget behandler ikke enkeltsager.

Af bekendtgørelsen fremgår det endvidere, at praksisplanudvalget i regionen inden udarbejdelsen af den første praksisplan i hver valgperiode indkalder patientinddragelsesudvalget til et møde. På mødet drøftes forventningerne til samarbejdet i forbindelse med udarbejdelsen af praksisplanerne, og repræsentanterne fra patientinddragelsesudvalget får mulighed for at give udtryk for forventninger og forslag til indholdet i praksisplanerne. Praksisplanudvalget tilrettelægger på baggrund af drøftelserne med patientinddragelsesudvalget proceduren for den systematiske inddragelse. Den videre inddragelse af patientinddragelsesudvalget omfatter som minimum høring af patientinddragelsesudvalget i forbindelse med udarbejdelse af praksisplanen og fornyet høring i forbindelse med revision af praksisplanen.

På tilsvarende vis indkalder sundhedskoordinationsudvalget inden udarbejdelsen af udkastet til en sundhedsaftale i hver valgperiode patientinddragelsesudvalget til et møde. På mødet drøftes forventningerne til samarbejdet i forbindelse med udarbejdelsen af sundhedsaftalen, og repræsentanterne fra patientinddragelsesudvalget får mulighed for at give udtryk for forventninger og forslag til indholdet af sundhedsaftalen. Sundhedskoordinationsudvalget tilrettelægger på baggrund af drøftelserne med patientinddragelsesudvalget proceduren for den systematiske inddragelse. Den videre inddragelse af patientinddragelsesudvalget skal som minimum omfatte høring af patientinddragelsesudvalget i forbindelse med udarbejdelse af sundhedsaftalen og fornyet høring, hvis det vurderes, at sundhedsaftalen skal revideres.

2.3.2. Sundhedsministeriets overvejelser og den foreslåede ordning

Patienter og pårørendes perspektiv og erfaringer er et centralt element i udviklingen af mere sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Patientinddragelse har en positiv virkning på behandlingsudfald såvel som på patienttilfredshed, og derfor er patientinddragelse en væsentlig faktor i arbejdet med at højne kvaliteten i det danske sundhedsvæsen. Det gælder både patientens mulighed for indflydelse på eget forløb, dvs. at patienten med afsæt i egne ressourcer aktivt involveres og får den ønskede indflydelse på beslutninger om behandling og egenomsorg. Det gælder også patienters og pårørendes mulighed for at få indflydelse på organisering og udvikling af sundhedsvæsenet via repræsentativ brugerinddragelse.

Patientinddragelsesudvalgene har en vigtig funktion i forhold til arbejdet i de foreslåede sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg. Lovforslaget tager i det lys sigte på at sikre, at de foreslåede sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg i højere grad end de eksisterende sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg vil skulle inddrage patientinddragelsesudvalget i deres drøftelser. Det vil også kunne være muligt at inddrage andre repræsentanter for patienter og pårørende i deres drøftelser. Sundhedsklyngerne og sundhedssamarbejdsudvalgene kan eksempelvis lave en plan for inddragelse med særligt fokus på f. eks. ulighed i sundhed.

Inddragelse af patientinddragelsesudvalget vil som minimum skulle omfatte, at repræsentanter for patientinddragelsesudvalget inviteres til dialogmøder om konkrete emner i sundhedsklyngernes politiske niveau. Repræsentanter fra patientinddragelsesudvalget vil ligeledes skulle inviteres, hvis sundhedsklyngerne nedsætter relevante arbejdsgrupper og udviklingsprojekter. Det foreslås endvidere, at repræsentanter for patientinddragelsesudvalget vil skulle tilbydes to faste pladser i sundhedsklyngerne på det faglige strategiske niveau. Det vil også kunne være muligt at inddrage repræsentanter for patienter og pårørende, uanset om disse er repræsenteret i patientinddragelsesudvalget. Yderligere regulering af patient- og pårørendeinddragelse i sundhedsklyngernes arbejde vil skulle fastsættes i en bekendtgørelse i medfør af den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse i sundhedslovens § 203, stk. 6, samt i forbindelse med ændring af bekendtgørelse nr. 257 af 19. marts 2014 om patientinddragelsesudvalg.

Sundhedssamarbejdsudvalget i regionen vil årligt skulle invitere patientinddragelsesudvalget til et møde, hvor forventningerne til samarbejde drøftes, og hvor repræsentanterne fra patientinddragelsesudvalget får mulighed for at give udtryk for forventninger og forslag til samarbejdet. Sundhedssamarbejdsudvalget vil på baggrund af drøftelserne med patientinddragelsesudvalget skulle tilrettelægge proceduren for den systematiske inddragelse. Den videre inddragelse af patientinddragelsesudvalget vil som minimum skulle omfatte høring om større politiske udspil, f.eks. i forbindelse med udarbejdelse af sundhedsaftalen og fornyet høring, hvis det vurderes, at sundhedsaftalen skal revideres. Patientinddra-

gelsesudvalget vil ligeledes skulle inviteres, hvis sundhedssamarbejdsudvalget nedsætter relevante arbejdsgrupper og udviklingsprojekter. Yderligere regulering af patient- og pårørendeinddragelse i sundhedssamarbejdsudvalgets arbejde vil skulle fastsættes i en bekendtgørelse i medfør af bemyndigelsesbestemmelsen i sundhedslovens § 204, stk. 5, og i forbindelse med ændring af bekendtgørelse nr. 679 af 30. maj 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9504 af 4. juni 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, og bekendtgørelse nr. 257 af 19. marts 2014 om patientinddragelsesudvalg.

3. Forhold vedr. dataanvendelse

Af Aftalen fremgår, at parterne er enige om, at der skal udvikles relevante, herunder forløbsbaserede, data for populationen, der sammen med de Nationale Mål for Sundhedsvæsenet kan understøtte et datadrevet fokus. Parterne er endvidere enige om, at arbejdet med dokumentation efter ens standarder og udbygning af den tværsektorielle datadeling skal fortsættes. Det omfatter også styrket indsigt i resultater og data for almen praksis og en fælles forpligtelse på at fjerne barrierer for sammenhængende indsatser, herunder barrierer for deling af data om de fælles patienter.

Nærværende lovforslag indeholder ikke forslag til ændringer af regler vedr. deling af data, men lovforslaget indeholder en beskrivelse af relevante forhold i relation til dataanvendelse i de foreslåede sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg og en overordnet beskrivelse af lovgrundlaget for deling af data.

3.1. Udveksling af helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med patientbehandling

Lovgrundlaget for, at sundhedspersoner på tværs af sundhedsvæsenet kan få elektronisk adgang til de oplysninger, der er nødvendige i forbindelse med aktuel patientbehandling, er etableret med vedtagelse af lov nr. 273 af 26. marts 2019 om ændring af sundhedsloven m.v. (Bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet, påmindelse til forældre vedrørende børnevaccination og bestemmelser om territorial gyldighed for Færøerne og Grønland).

Denne lov fastsætter bl.a., at sundhedspersoner ved opslag i elektroniske systemer i fornødent omfang kan indhente oplysninger om en patients helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af en patient, og der er med denne lov skabt hjemmel til etablering af en fælles digital infrastruktur til brug for patientbehandling, der giver mulighed for at få adgang til data på tværs af sektorer. Mange oplysninger deles allerede i dag på tværs af sundhedsvæsenet. En forudsætning for, at sundhedsklynger kan skabe et sammenhængende sundhedsvæsen er, at der deles endnu flere relevante oplysninger i den digitale infrastruktur på tværs af almen praksis, sygehuse og kommuner i patientbehandlingen. Til det formål arbejdes der i programmet Samlet Patientoverblik på at udveksle stamdata, aftaler, diagnoser, planer og indsatser for de enkelte patienter, ligesom en modernisering af den elektroniske kommunikation er en forudsætning for sømløse

overgange og høj patientsikkerhed inden for sundhedsklyngerne. Parterne er således enige om, at den digitale løsning i et Samlet Patientoverblik og Sundhedsjournalen – sammen med en modernisering af MedCom beskeder – er fundamentet for i fremtiden at kunne dele endnu flere relevante data mellem de faglige medarbejdere på tværs af sektorer.

Sundhedsydelser efter sundhedsloven, f.eks. hjemmesygepleje, og omsorgsydelser efter serviceloven, f.eks. hjemmehjælp, er meget tæt forbundne i kommunerne, og opgaverne bliver i praksis udført af de samme medarbejdere. Det forhold, at der er særlige regler i sundhedsloven for deling af data i sundhedsvæsenet, som ikke omfatter omsorgsydelser, giver udfordringer i kommunerne. Med lov nr. 2619 af 28. december 2021 om ændring af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område og sundhedsloven (Udveksling af visse oplysninger mellem kommuner og sundhedssektoren for at sikre bedre sammenhængende behandling og omsorg for borgerne), som er trådt i kraft den 1. marts 2022, gives der mulighed for, at sundhedspersoner m.fl. kan se aftaler om nærmere angivne ydelser efter serviceloven uden samtykke fra borgeren, hvis det er nødvendigt i forbindelse med planlægning af patientens behandling. Denne mulighed for at dele data er dog begrænset til alene at se aftaler og ikke øvrig relevant dokumentation omkring borgeren. Efter loven indgår oplysninger om borgere, der modtager forebyggende hjemmebesøg efter servicelovens § 79 a, personlig hjælp og pleje, hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og madservice (hjemmehjælp) efter servicelovens § 83, rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a, afløsning eller aflastning efter servicelovens § 84 eller genoptræning efter servicelovens § 86, i aftaleoversigten i den fælles digitale infrastruktur.

3.2. Deling af data til andre formål end patientbehandling, herunder kvalitetsarbejde, analyser m.v.

Parterne er enige om, at dagsordener til sundhedsklynge-møderne fra starten skal være dataunderstøttet, og til det formål skal der udvikles databasispakker med relevante data, der belyser de enkelte sundhedsklyngers population, herunder data for de fælles patienter og borgere, der går på tværs af sektorerne, f.eks. data for ældre medicinske patienter, borgere med kroniske sygdomme og borgere med psykiske lidelser. Samtidig arbejdes der på, at sundhedsklyngerne via digitale løsninger, herunder bl.a. Dialogværktøj for Fælles Patienter og andre løsninger, får mulighed for at få adgang til relevante sundheds- og ældredata for sundhedsklyngen, hvor data fra almen praksis, sygehus og kommune kan udstilles og sammenstilles på et aggregeret niveau. Derudover arbejdes der på at indsamle og dermed udstille flere relevante data om indsatserne i kommuner og praksissektor. Det skal også være muligt for sundhedsklyngerne selv at arbejde med, kombinere og dele relevant data mellem sektorerne.

Sundhedsdatastyrelsen har i medfør af sundhedslovens § 220 a til opgave at skabe sammenhængende data og digitale løsninger til gavn for borgere, patienter og sundhedspersoner samt til styringsmæssige, statistiske og videnskabelige formål i sundheds- og ældresektoren.

Sundhedsdatastyrelsen er ansvarlig for behandling af personoplysninger i en række nationale sundhedsregistre. Oplysningerne er i overvejende grad indberettet til Sundhedsdatastyrelsen med hjemmel i sundhedslovens § 195. Såfremt der er behov for at indsamle yderligere data til brug for sundhedsklyngernes arbejde, vil der med hjemmel i sundhedslovens § 195, stk. 3, blive udstedt en særskilt bekendtgørelse om indberetning af oplysninger til Sundhedsdatastyrelsen.

Sundhedsdatastyrelsen kan behandle personoplysninger i overensstemmelse med databeskyttelseslovens § 7, stk. 3, hvis behandlingen er nødvendig med henblik på forebyggende sygdomsbekæmpelse, medicinsk diagnose, sygepleje eller patientbehandling eller forvaltning af læge- og sundhedstjenester.

Sundhedsdatastyrelsen kan herudover behandle personoplysninger til statistiske og videnskabelige formål i overensstemmelse med artikel 6, stk. 1, litra e, og de supplerende regler i databeskyttelseslovens § 10, stk. 1, om behandling af personoplysninger til statistiske eller videnskabelige undersøgelser af væsentlig samfundsmæssig betydning.

Behandlingen af personoplysninger skal endvidere ske i medfør af de databeskyttelsesretlige regler om behandlingssikkerhed herunder reglerne i databeskyttelsesforordningens artikel 32 om passende tekniske og organisatoriske foranstaltninger, f.eks. pseudonymisering og kryptering.

Der kan i arbejdet med databasispakke til sundhedsklyngerne – og i sundhedsklyngernes arbejde med data i øvrigt – blive identificeret udfordringer og ressourcemæssigt krævende processer i forhold til at dele data mellem sektorer til sekundær anvendelse f.eks. kvalitetsanalyser eller styringsformål. Når disse udfordringer identificeres, er parterne enige om at arbejde for at løse udfordringerne, så sundhedsklyngernes arbejde kan dataunderstøttes til gavn for patienterne og borgerne. I takt med at eventuelle udfordringer om deling af data på tværs af sektorer identificeres, vil Sundhedsministeriet løbende vurdere mulighederne for at tilvejebringe de relevante hjemler eller give det relevante fortolkningsbidrag til at sikre den nødvendige datadeling.

4. Konsekvenser for opfyldelsen af FN's verdensmål

Med lovforslaget foreslås det, at der etableres sundhedsklynger omkring akutsygehusene, og den nuværende politiske samarbejdsstruktur forenkles og styrkes. Formålet er bl.a. at imødegå udfordringer som følge af den demografiske udvikling, der medfører flere ældre og flere borgere med kroniske sygdomme og øget behandlingsbehov. På den baggrund vurderes det, at lovforslaget vil kunne bidrage til at understøtte delmål 3.8 om universel sundhedsdækning, herunder beskyttelse mod økonomiske risici, adgang til essentielle sundhedsydelser af høj kvalitet, og adgang til sikker og effektiv livsvigtig kvalitetsmedicin og vacciner til en overkommelig pris for alle.

5. Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige

Flere steder eksisterer der allerede i dag forskellige former

for klyngesamarbejde, som der i relevant omfang kan tages udgangspunkt i, når det med lovforslaget foreslås at etablere sundhedsklynger omkring akutsygehusene. Der vil skulle oprettes et sundhedssamarbejdsudvalg, der skal erstatte sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg. Der er med Aftalen afsat 80 mio. kr. i 2022 med en 50/50 fordeling, som anvendes af hhv. regioner og kommuner til sundhedsklyngernes arbejde. Lovforslaget medfører ikke offentlige merudgifter.

Det vurderes, at lovforslaget følger de syv principper for digitaliseringsklar lovgivning, og det bemærkes, at bestemmelserne i lovforslaget er udarbejdet så enkelt og klart som muligt.

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

Lovforslaget vurderes ikke at have økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet.

7. Administrative konsekvenser for borgerne

Lovforslaget vurderes ikke at have administrative konsekvenser for borgere.

8. Klimamæssige konsekvenser

Lovforslaget vurderes ikke at have klimamæssige konsekvenser.

9. Miljø- og naturmæssige konsekvenser

Lovforslaget vurderes ikke at have 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 18. februar til den 17. marts 2022 været sendt i høring hos følgende myndigheder og organisationer m.v.: Danske Regioner, KL, 3F, Akademikerne, Ansatte Tandlægers Organisation, Dansk Kiropraktor Forening, Dansk Psykolog Forening, Dansk Psykoterapeutforening, Dansk Socialrådgiverforening, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Tandplejerforening, Danske Bandagister, Danske Bioanalytikere, Danske Fodterapeuter, Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen, Fagbevægelsens Hovedorganisation, Farmakonomforeningen, FOA, Foreningen af Speciallæger, Jordemoderforeningen, Kost og Ernæringsforbundet, Kristelig Lægeforening, Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere, Ledernes Hovedorganisation, Lægeforeningen, Organisati-

onen af Lægevidenskabelige Selskaber, Pharmadanmark, Praktiserende Lægers Organisation, Praktiserende Tandlægers Organisation, Radiograf Rådet, Socialpædagogernes Landsforbund, Tandlægeforeningen, Yngre Læger, Alzheimerforeningen, Angstforeningen, Astma-Allergi Forbundet, Bedre Psykiatri, Danmarks Lungeforening, Dansk Handicap Forbund, Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, Danske Ældekræfter, Depressionsforeningen, Det Sociale Netværk, Diabetesforeningen, Epilepsiforeningen, Gigtforeningen, Hjernesagen, Hjerneskadeforeningen, Hjerterforeningen, Høreforeningen, Kost- og Ernæringsforbundet, Kræftens Bekæmpelse, Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere (LAP), Landsforeningen af HPV-bivirkningsramte, Landsforeningen LEV, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS), Landsforeningen SIND, Muskelsvindfonden, OCD-Foreningen, Osteoporoseforeningen, Patientforeningen, Polioforeningen, Scleroseforeningen, Sjældne Diagnoser, Sundhed Danmark - Foreningen af danske sundhedsvirksomheder, Udviklingshæmmedes Landsforbund, UlykkesPatientForeningen, Vaccinationsforum, Ældresagen, Advokatrådet, Alkohol og Samfund, ATP, Børnerådet, Børnesagens Fællesråd, Børns Vilkår, Center for hjerneskade, Danish Care, Danmarks Optikerforening, Danmarks Tekniske Universitet, Dansk Arbejdsgiverforening, Dansk Farmaceutisk Selskab, Dansk Erhverv, Dansk Farmaceutisk Industri, Dansk Industri, Dansk Neurokirurgisk Selskab, Dansk Neurologisk Selskab, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin, Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Danske Dental Laboratorier, Danske Diakonhjem, Danske Seniorer, Danske Universiteter, Den Uvildige Konsulentordning på Handicapområdet, Demenskoordinatorer i Danmark, Det Centrale Handicapråd, Det Ethiske Råd, Faglige Seniorer, Forbrugerrådet, Foreningen af Døgn- og Dagtilbud for udsatte børn og unge, Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer i Danmark, Institut for Menneskerettigheder, IT-Universitetet i København, Københavns Universitet, Landbrug & Fødevarer, Landsforeningen Børn og Forældre, Landsforeningen for ansatte i sundhedsfremmende forebyggende hjemmebesøg, MEDCOM, Medicoindustrien, Patienterstatningen, Pharmadanmark, Psykiatrifonden, Psykolognævnet, Roskilde Universitet, Rådet for Digital Sikkerhed, Rådet for Socialt Udsatte, Syddansk Universitet, Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning, Udbetaling Danmark, VIVE - Det nationale forskningscenter for velfærd, Aalborg Universitet og Aarhus Universitet.

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	Flere steder eksisterer der allerede i dag forskellige former for klyngesamarbejde, som der i relevant omfang kan tages udgangspunkt i, når det med lovforslaget foreslås at etablere sundhedsklynger omkring akutsygehusene. Der vil skulle oprettes et sundheds-samarbejdsudvalg, der skal erstatte sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg.	Ingen.
Implementeringskonsekvenser for stat, kommuner og regioner	Flere steder eksisterer der allerede i dag forskellige former for klyngesamarbejde, som der i relevant omfang kan tages udgangspunkt i, når det med lovforslaget foreslås at etablere sundhedsklynger omkring akutsygehusene. Der vil skulle oprettes et sundheds-samarbejdsudvalg, der skal erstatte sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg.	Ingen
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for borgerne	Ingen	Ingen
Klimamæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Miljø- og naturmæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Forholdet til EU-retten	Lovforslaget indeholder ingen EU-retlige aspekter.	
Er i strid med de principper for implementering af erhvervsrettet EU-regulering/ Går videre end minimumskrav i EU-regulering (sæt X)	Ja	Nej X

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1

Det fremgår af sundhedslovens § 203, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen samarbejder om indsatsen på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Tilgrænsende sektorer kan f.eks. være socialområdet, beskæftigelsesområdet, skole- og dagtilbudsområdet m.v.

Det foreslås, at der i sundhedslovens § 203, stk. 2 – 6, indsættes bestemmelser om sundhedsklynger.

Af det foreslåede stk. 2 fremgår, at regionsrådet og de berørte kommunalbestyrelser i regionen opretter sundhedsklynger omkring hvert akutsygehus. Sundhedsklynger er et samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis om indsatsen på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang om indsatsen for sammenhængen mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Det gælder for både det somatiske og psykiatriske område.

Akutsygehusene er ikke defineret i lovgivningen, men

i Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats fra 2020 omfatter akutte sundhedstilbud på sygehuse også modtagelse og behandling af patienter med psykisk lidelse med akut behov på akutmodtagelse på psykiatriske akutsygehuse. Organisering af psykiatriens akutmodtagelser er forskellig i regionerne. I Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Nordjylland er den psykiatriske akutmodtagelse i mere eller mindre grad i geografisk nærhed til de somatiske akutmodtagelser. I Region Syddanmark og Region Midtjylland planlægges fælles akutmodtagelse med både somatiske og psykiatriske patienter. De foreslåede sundhedsklynger bør derfor være særlig opmærksomme på implementering af psykiatrien i den pågældende sundhedsklynge.

De foreslåede sundhedsklynger vil skulle være drivkraft for nogle af de forandringer i sundhedsvæsenet, som er nødvendige for at fremtidssikre sundhedsvæsenet og sikre, at patienterne oplever sammenhæng, kvalitet og kontinuitet i deres forløb. Der vil som hovedregel skulle etableres én sundhedsklynge omkring hvert akutsygehus. Det er regionerne og kommunerne selv, der vil skulle stå for oprettelse af sundhedsklyngerne omkring akutsygehusene.

Sundhedsklyngerne vil skulle sikre, at flere borgere oplever sammenhæng i behandlings-, rehabiliterings-, forebyggelses- og plejetilbud, når det gælder tilbud fra sygehuse, i kommunerne og almen praksis. Mere behandling og opfølgning vil fremadrettet skulle løses i praksissektoren, i kommunerne og i hjemmet, herunder gennem udgående og virtuel sygehusbehandling. Det skal sikre bedre sammenhæng og nærhed for borgeren og samtidig frigøre ressourcer til patientbehandling på sygehusene.

I *stk. 3* foreslås, at sundhedsklyngen skal løfte populationsansvaret med udgangspunkt i akutsygehusenes optageområde og sikre sammenhæng i behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Sundhedsklyngen skal samtidig styrke forebyggelse, kvalitet og omstilling til det primære sundhedsvæsen.

Når der er tale om at løfte populationsansvaret med udgangspunkt i akutsygehusenes optageområde, handler det om, at sundhedsklyngerne vil skulle understøtte befolkningens sundhedstilstand mere generelt og bidrage til den forebyggende indsats inden for et nærmere bestemt geografisk område, som et sygehus' patienter hovedsageligt forventes at komme fra. Formålet er bl.a. at sikre øget generel sundhed hos borgerne og højere patientoplevelt kvalitet, som samtidig frigør ressourcer til den patientbehandling, som er så specialiseret, at den skal foretages på sygehusene. Sundhedsklynger omkring akutsygehusene vil skulle skabe bedre forebyggelse af sygdom og sikre mere sammenhæng i behandlings- og rehabiliteringsforløb for bl.a. ældre medicinske patienter, borgere med kroniske sygdomme og borgere med psykiske lidelser, herunder borgere, som ud over en psykisk lidelse har et alkohol- eller stofmisbrug.

Regionerne, kommunerne og almen praksis i samarbejde vil således skulle sikre lokalt samarbejde om borgernes sundhed, varetage flere opgaver af høj kvalitet i borgerens

nærmiljø og samtidig frigøre ressourcer til den patientbehandling, som er så specialiseret, at den skal foretages på sygehusene.

Opgaverne i en sundhedsklynge vil skulle indebære løft af populationsansvaret og prioritering af indsatser, der imødekommer de lokale behov og som sikrer bedre og mere sammenhængende patientforløb. Sundhedsklyngerne vil løbende skulle drøfte udfordringer og behov, f.eks. ved at følge og drøfte centrale nøgletal og data for populationen og de fælles patienter og borgere i sundhedsklyngen, så data understøtter det tætte samarbejde. Sundhedsklyngerne vil endvidere skulle sætte fælles retning for og sikre lokal implementering af lokalt og nationalt aftalte initiativer og mål, f.eks. kvalitetstiltag, handlingsplaner, forløbsprogrammer og andre tværsektorielle retningslinjer m.v. Sundhedsklyngerne vil også skulle drøfte initiativer, herunder omstilling af behandling i det primære sundhedsvæsen eller større ændringer i regionens eller kommunernes opgaver, som har politisk eller økonomisk betydning. Desuden vil sundhedsklyngerne skulle udvikle og afprøve nye samarbejdsformer og indsatser. Endvidere vil sundhedsklyngerne skulle drøfte og aftale lokale modeller for bedre patientforløb med fokus på styrket kvalitet og øget nærhed i forbindelse med omstilling af behandling til det primære sundhedsvæsen, f.eks. for udvalgte patientgrupper. De vil også skulle igangsætte relevante samarbejdsprojekter, f.eks. samarbejde om akutpladser, forløb for patienter med psykiske lidelser, herunder patienter, som ud over en psykisk lidelse har et alkohol- eller stofmisbrug, bedre forløb for borgere med kronisk sygdom og fælles indsatser til forebyggelse af sygdom. Det er en forudsætning, at dette samarbejde ikke indebærer indgreb i vedkommende myndigheds beføjelser. Endelig vil sundhedsklyngerne skulle bidrage med sundhedsklyngens indspil til sundhedsaftalen og praksisplanen for almen praksis og til retning for sundhedssamarbejdsudvalgets prioritering ift. implementering af nationale handleplaner m.v. Sundhedsklyngens arbejde vil skulle beskrives nærmere i en bekendtgørelse i medfør af den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse i sundhedslovens § 203, stk. 6.

Af det foreslåede *stk. 4* fremgår, at sundhedsklyngen udgøres af et politisk niveau og et fagligt strategisk niveau. Det politiske niveau består af regionsrådsmedlemmer, heriblandt regionsrådsformanden, borgmestrene for de deltagende kommunalbestyrelser og repræsentanter for almen praksis. Det faglige strategiske niveau består af repræsentanter for henholdsvis regionen, herunder det psykiatriske område, de deltagende kommuner, almen praksis samt repræsentanter for patienter og pårørende.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at der i sundhedsklyngerne vil både skulle være en politisk dialog og et tæt fagligt strategisk samarbejde, som vil skulle varetages af repræsentanter fra regionen, kommunerne og almen praksis med udgangspunkt i akutsygehusets optageområde med inddragelse af repræsentanter for patienter og pårørende.

For så vidt angår kommuner, der har mellemformsstyre med delt administrativ ledelse (København, Odense og Aalborg Kommuner), jf. § 64 a, jf. § 65, i lov om kommunernes

styrelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 47 af 15. januar 2019, og Aarhus Kommune, der har magistratsstyre, jf. § 64 i den nævnte lov, vil sundhedsministeren med hjemmel i den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse i sundhedslovens § 203, stk. 6, skulle fastsætte, at borgmesterdeltagelse kan varetages af vedkommende rådmand i stedet for af borgmesteren – for Københavns Kommune af vedkommende fagborgmester i stedet for af overborgmesteren.

Nogle kommuner vil indgå i to eller flere sygehuses optageområde. Det må forventes, at nogle kommuner politisk og administrativt vil skulle dække flere sundhedsklynger. Det vil derfor skulle være muligt for kommunerne at deltage i to eller flere sundhedsklynger. Tilsvarende vurderes at være relevant for regionerne, fordi psykiatriens optageområder adskiller sig fra de somatiske optageområder, og der er også forskel på optageområder i hhv. børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Som følge heraf kan der derfor være behov for, at særligt psykiatrien lader sig repræsentere i to eller flere sundhedsklynger.

Hver sundhedsklynge vil således skulle fungere på to niveauer – et politisk niveau og et fagligt strategisk niveau.

Det politiske niveau vil skulle sikre politisk forankring af arbejdet. Det politiske niveau vil som udgangspunkt skulle mødes to gange årligt og sætte retning for sundhedsklyngen, herunder igangsætte indsatser med omstilling til det primære sundhedsvæsen samt implementere og komme med input til sundhedsaftale efter sundhedslovens § 205. Det politiske niveau vil skulle implementere og komme med input til nationale tiltag og drøfte og beslutte anvendelsen af prioriterede midler m.v. Det politiske niveau vil inden for sundhedsaftalens rammer skulle opstille selvstændige mål for arbejdet med udgangspunkt i de lokale udfordringer og behov, f.eks. i forhold til særlige indsatser for at imødegå sammenhængsproblematikker i sundhedsklyngens population og evt. lokale folkesundhedsmæssige udfordringer eller sygdomsbyrder.

Det politiske niveau vil skulle bestå af regionsrådsmedlemmer, heriblandt regionsrådsformanden, borgmestrene for de deltagende kommunalbestyrelser og repræsentanter for almen praksis. Hvis ikke andet aftales, vil det politiske niveau skulle bestå af mindst to regionsrådsmedlemmer, heriblandt regionsrådsformanden, borgmestrene for de deltagende kommunalbestyrelser, og to praktiserende læger udpeget af PLO som repræsentanter for almen praksis inden for sundhedsklyngens område. Repræsentanter for patienter og pårørende vil skulle inddrages i relevant omfang, da patienternes perspektiv og erfaringer er et centralt element i udviklingen af mere sammenhængende patientforløb på tværs af sundhedsvæsenet. Sundhedsklyngerne vil også skulle inddrage relevant fagkundskab, herunder relevante sundhedsprofessionelle, efter behov. Det bemærkes, at der ud over drøftelserne i det politiske niveau i sundhedsklyngerne kan være tværgående emner af f.eks. strategisk og økonomisk karakter, som myndighederne i form af repræsentanterne for regionsrådet og kommunalbestyrelserne kan have behov for at drøfte særskilt. Yderligere regulering af det politiske niveau vil skulle fastsættes i en bekendtgørel-

se i medfør af den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse i sundhedslovens § 203, stk. 6.

Det faglige strategiske niveau vil som hovedopgave skulle tage hånd om borgere med fokus på at sikre konkrete løsninger for bedre sammenhæng, kvalitet og øget nærhed og samtidig være en drivende kraft for styrket kvalitet og omstilling til det primære sundhedsvæsen. Det er samtidig af stor betydning, at det faglige strategiske niveau vil skulle være operationelt og handlekraftigt. Det betyder, at der vil skulle være et handlerum til at iværksætte indsatser hurtigt. Det faglige strategiske niveau vil skulle bestå af repræsentanter for regionen, kommunerne, almen praksis samt patienter og pårørende. Hvis ikke andet aftales, vil det faglige strategiske niveau skulle bestå af tre repræsentanter fra regionen, herunder det psykiatriske område, én repræsentant for hver af de deltagende kommuner, to praktiserende læger udpeget af PLO som repræsentanter for almen praksis inden for sundhedsklyngens område, og to repræsentanter for patienter og pårørende. Sundhedsklyngerne vil skulle inddrage relevant fagkundskab, herunder relevante sundhedsprofessionelle, efter behov.

De foreslåede sundhedsklynger vil således både skulle løfte populationsansvaret med mulighed for at udvikle, planlægge og iværksætte indsatser målrettet lokale behov og omstilling til det primære sundhedsvæsen og samtidig være operationelle og handlekraftige.

Af det foreslåede *stk. 5* fremgår, at formandskabet i en sundhedsklynge varetages af regionsrådsformanden og en af de deltagende borgmestre. Regionsrådet og de deltagende kommunalbestyrelser samarbejder om at sekretariatsbetjene sundhedsklyngerne.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at formandskabet vil skulle være ligeligt fordelt mellem regionen og kommunerne i sundhedsklyngen, og at begge parter har et ligeligt fordelt ansvar for samarbejdet i sundhedsklyngen. Bestemmelsen vil endvidere medføre, at regionsrådet og de deltagende kommunalbestyrelser vil skulle samarbejde om at sekretariatsbetjene sundhedsklyngerne. Bestemmelsen vil medføre et ligeværdigt samarbejde og størst muligt sammenhængskraft mellem kommunerne og regionen. Yderligere regulering af formandskabet vil skulle fastsættes i en bekendtgørelse i medfør af den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse i sundhedslovens § 203, stk. 6.

Endelig foreslås det med *stk. 6*, at sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om sundhedsklynger, herunder om opgavevaretagelse, sammensætning, organisering, beslutningskompetence, mødekadence og inddragelse.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at der vil skulle udstedes bekendtgørelse om de nærmere forhold i sundhedsklyngernes virkemåde i overensstemmelse med beskrivelsen i disse lovbemærkninger. Der vil således skulle ske en yderligere regulering af det politiske niveau og det faglige strategiske niveau i sundhedsklyngerne, formandskabet i sundhedsklyngerne, sundhedssamarbejdsudvalget og yderligere regulering af patient- og pårørendeinddragelse.

Til nr. 2

Det fremgår af sundhedslovens § 204, stk. 1, at regionsrådet i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen nedsætter et sundhedskoordinationsudvalg vedrørende den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

I sundhedslovens § 204, stk. 1, foreslås det, at ”nedsætter i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen” ændres til ”og kommunalbestyrelserne i regionen nedsætter i samarbejde”.

Den foreslåede ændring af § 204, stk. 1, vil indebære, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen i samarbejde nedsætter et sundhedssamarbejdsudvalg vedrørende den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

Den foreslåede ændring af § 204, stk. 1, 1. pkt., vil medføre, at det er ”regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen i samarbejde” og ikke ”regionsrådet i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen”, der nedsætter et sundhedssamarbejdsudvalg. Den foreslåede ændring har den virkning, at det fordrer til et mere ligeværdigt samarbejde mellem regionen og kommunerne i forbindelse med etablering af sundhedssamarbejdsudvalg.

Til nr. 3

Det fremgår af sundhedslovens § 204, stk. 1, at regionsrådet nedsætter i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen et sundhedskoordinationsudvalg vedrørende den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

Det fremgår af sundhedslovens § 204, stk. 5, at sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om det i stk. 1 nævnte sundhedskoordinationsudvalg, herunder om sammensætning og formandskab m.v., det i stk. 2 nævnte praksisplanudvalg og det i stk. 3 nævnte patientinddragelsesudvalg.

Det foreslås, at ”sundhedskoordinationsudvalg” i § 204, stk. 1 og 5, ændres til ”sundhedssamarbejdsudvalg”.

Den foreslåede ændring er en konsekvensændring som følge af, at sundhedskoordinationsudvalget og praksisplanudvalget foreslås nedlagt og erstattet af et sundhedssamarbejdsudvalg. Det foreslåede vil indebære, at sundhedskoordinationsudvalget erstattes af et sundhedssamarbejdsudvalg.

Den foreslåede ændring af § 204, stk. 1, vil medføre, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen i samarbejde nedsætter et sundhedssamarbejdsudvalg vedrørende den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Der vil skulle etableres fem sundhedssamarbejdsudvalg – ét i hver region – der vil skulle erstatte de eksisterende sundhedskoordinationsudvalg.

Den foreslåede ændring af § 204, stk. 5, vil medføre, at sundhedsministeren vil skulle fastsætte nærmere regler om sundhedssamarbejdsudvalget og patientinddragelsesudvalget

som følge af, at den politiske samarbejdsstruktur på regionalt niveau i regionerne forenkles og styrkes med dette lovforslag. Den foreslåede ændring har den virkning, at bekendtgørelse nr. 256 af 19. marts 2014 om praksisplanudvalg for almen praksis ophæves, og bekendtgørelse nr. 679 af 30. maj 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, bekendtgørelse nr. 257 af 19. marts 2014 om patientinddragelsesudvalg og vejledning nr. 9504 af 4, juni 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler ændres.

Til nr. 4

Det fremgår af sundhedslovens § 204, stk. 1, at regionsrådet i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen nedsætter et sundhedskoordinationsudvalg vedrørende den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

I sundhedslovens § 204, stk. 1, nyt 2. og 3. pkt., foreslås det, at sundhedssamarbejdsudvalget består af repræsentanter for regionsrådet, heriblandt regionsrådsformanden, én borgmester fra hver sundhedsklynge, som samtidig er den kommunale formand i sundhedsklyngen, og repræsentanter for almen praksis. Sundhedssamarbejdsudvalget koordinerer og sætter retning for arbejdet på tværs af sundhedsklyngerne i regionen.

Den foreslåede bestemmelse i § 204, stk. 1, vil medføre, at sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle bestå af repræsentanter for regionsrådet, heriblandt regionsrådsformanden, én borgmester fra hver sundhedsklynge, som samtidig er den kommunale formand i sundhedsklyngen, og repræsentanter for almen praksis. Hvis ikke andet aftales, vil sundhedssamarbejdsudvalget bestå af mindst to repræsentanter for regionsrådet, heriblandt regionsrådsformanden, én borgmester fra hver sundhedsklynge i regionen, og to praktiserende læger udpeget af PLO som repræsentanter for almen praksis inden for regionen. Formandskabet i sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle varetages af en formand, som vælges blandt regionsrådets repræsentanter, og en næstformand, som vælges blandt borgmestre fra de deltagende kommunalbestyrelser.

Bestemmelsen vil medføre, at sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle stå for at koordinere og sætte retningen for arbejdet på tværs af regionens sundhedsklynger. Sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle understøtte samarbejdet på tværs af sundhedsvæsenet og understøtte, at der skabes sammenhæng for bl.a. ældre medicinske patienter, borgere med kroniske sygdomme og borgere med psykiske lidelser, herunder borgere, som ud over en psykisk lidelse har et alkohol- eller stofmisbrug, der har forløb på tværs af sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud. De konkrete indsatser vil variere på tværs af sundhedsklyngerne, afspejlende forskellige udfordringer i de enkelte sundhedsklynger, og det nye sundhedssamarbejdsudvalg vil skulle have en opgave i at fastlægge fælles rammer og retning for udviklingen af samarbejdet på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren

ren og de tilgrænsende sektorer samt samarbejdet på tværs af regionens sundhedsklynger. Det vil f. eks. skulle gælde i forhold til samarbejdet mellem regioner, kommuner og almen praksis.

Formålet med det foreslåede sundhedssamarbejdsudvalg er at understøtte ensartethed, høj kvalitet og sammenhæng på tværs af regionen, så den nye samarbejdsstruktur bidrager til at sikre mere geografisk og social lighed i sundhed. Fokus på sammenhæng på tværs af regionen er bl.a. vigtigt, da nogle sygehusfunktioner efter specialplanen ikke tilbydes på alle akutsygehuse, ligesom nogle kommuner indgår i optageområdet for to eller flere akutsygehuse. Regionen vil i disse situationer skulle sikre, at borgere, der er fordelt på flere sundhedsklynger, ikke oplever væsentlige forskelle i behandling eller sygehusstilbud, uanset hvilket sygehus de tilhører. Når kommunen indgår i to eller flere sygehuses optageområde, vil det skulle være muligt for kommunerne at deltage i flere sundhedsklynger.

Derudover vil sundhedssamarbejdsudvalget skulle understøtte, at nationale handleplaner for samarbejdet på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer implementeres på tværs af sundhedsklyngerne i regionen. Drøftelser og beslutninger i sundhedssamarbejdsudvalg vil således skulle fungere som retningsgivende og som oplæg til sundhedsklyngernes mere patient- og borger-nære drøftelser og beslutninger, der tager udgangspunkt i den enkelte sundhedsklynges behov og ønsker. Sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle fastlægge fælles rammer og retning for udviklingen af samarbejdet på tværs af regionens sundhedsklynger, herunder drøfte rammerne for sundhedsklyngernes udmøntning af nationale handlingsplaner.

Lovforslaget ændrer ikke ved, at regionsrådet og kommunalbestyrelsen i regionerne efter sundhedsloven § 205 indgår en sundhedsaftale om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet. Det ændrer heller ikke ved, at regionsrådet indsender sundhedsaftale til Sundhedsstyrelsen, som skal godkende sundhedsaftalen. Som følge af lovforslaget vil kadencen for indsendelse og godkendelse af sundhedsaftalerne i indeværende og førstkommende periode ændres. Det betyder, at den nuværende sundhedsaftale forlænges med et halvt år fra 1. juli 2023 indtil 1. januar 2024, og at den førstkommende aftale dermed forkortes tilsvarende med et halvt år.

Sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle udarbejde udkast til sundhedsaftalen efter sundhedslovens § 205, der bl.a. beskriver udviklingen i det tværsektorielle samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis, følge op på sundhedsaftalens mål, som er fastsat med udgangspunkt i de nationale mål for sundhedsvæsenet, opstille principper for prioritering af indsatser, målgrupper, temaer m.v. i forbindelse med implementering af nationale handleplaner og aftaler på tværs af sundhedsklynger i regionen m.v. Samarbejdsudvalget vil skulle drøfte samarbejdsaftaler mellem kommuner og regioner, f.eks. om hjemmebehandling, som går på tværs af sundhedsklynger, og som ofte vil ske på baggrund af afprøvede indsatser i én eller flere sundhedsklynger og evt. foranledi-

get af nationale retningslinjer m.v. Sundhedssamarbejdsudvalget vil endvidere skulle drøfte sundhedsklyngernes udviklingstiltag og evt. indstille veldokumenterede tiltag til udbredelse på tværs af sundhedsklynger eller på nationalt niveau.

Sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle inddrage repræsentanter for patienter og pårørende i udvalgets drøftelse af relevante dagsordenspunkter.

Sundhedssamarbejdsudvalget vil også skulle inddrage relevant fagkundskab, herunder relevante sundhedsprofessionelle, efter behov. Det bemærkes, at der ud over drøftelserne i sundhedssamarbejdsudvalget kan være tværgående emner af f.eks. strategisk og økonomisk karakter, som myndighederne i form af repræsentanterne for regionsrådet og kommunalbestyrelserne kan have behov for at drøfte særskilt.

Regionsrådet vil med inddragelse af kommunerne og repræsentanter for almen praksis, herunder PLO, skulle have ansvar for at udarbejde og følge op på praksisplanen. Der vil skulle tilstræbes at opnå enighed om praksisplanens indhold. Dermed sikres, dels at det fortsat vil være regionrådet, som har den endelige beslutning omkring praksisplanen, hvis der ikke kan opnås enighed, og dels at praksisplanen udarbejdes i tæt samarbejde mellem repræsentanter fra almen praksis, kommuner og region. Inden regionsrådet vedtager praksisplanen, vil den skulle forelægges sundhedssamarbejdsudvalget.

I forbindelse med at praksisplanudvalget nedlægges, vil der være behov for at revidere Sundhedsstyrelsens vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner for almen praksis fra 2013. Arbejdet med indhold af praksisplaner vil skulle ske i regi af en nedsat arbejdsgruppe med inddragelse af relevante interessenter.

Det forudsættes, at kommende praksisplaner bl.a. vil kunne adressere spørgsmål om lægedækning, udviklingstiltag, tilgængelighed, kapacitet og almen praksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen. Drøftelser omkring almen praksis' rolle i det tværsektorielle arbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis, tværsektorielle patientforløb og øvrigt samarbejde mellem de tre sektorer vil løbende skulle foregå i bl.a. sundhedssamarbejdsudvalget i relation til udformning af sundhedsaftaler.

Lovforslaget indebærer ikke ændringer for så vidt angår, at nye opgaver i medfør af sundhedsaftaler og praksisplaner vil skulle udmøntes ved underliggende aftale med repræsentanter for de praktiserende læger, hvor implementering og ressourcer aftales.

Yderligere regulering af sundhedssamarbejdsudvalg vil skulle fastsættes i en bekendtgørelse i medfør af bemyndigelsesbestemmelsen i sundhedslovens § 204, stk. 5. Lovforslaget nødvendiggør en ændring af bekendtgørelse nr. 679 af 30. maj 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler og Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9504 af 4. juni 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler samt ophævelse af bekendtgørelse nr. 256 af 19. marts 2014 om praksisplanudvalg for almen praksis.

Til nr. 5

Det fremgår af sundhedslovens § 204, stk. 2, at der i hver region nedsættes et praksisplanudvalg, der består af fem medlemmer udpeget blandt kommunalbestyrelsesmedlemmer fra kommunerne i regionen, tre medlemmer fra regionsrådet og tre medlemmer udpeget blandt alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede personer, jf. § 227, stk. 1, jf. § 60, stk. 1. Regionsrådet varetager formandskabet og sekretariatsbetjener udvalget. Der skal tilstræbes enighed i udvalget om den endelige udformning af praksisplanen. Er det ikke muligt at opnå enighed, tilfalder den endelige beslutning vedrørende praksisplanens udformning regionsrådet.

Som konsekvens af, at praksisplanudvalget foreslås nedlagt, foreslås det, at sundhedslovens § 204, stk. 2, nyaffattes og i stedet fastsætter nærmere regulering af sundhedssamarbejdsudvalg. Det foreslås, at formandskabet i sundhedssamarbejdsudvalget varetages af en formand, som vælges blandt regionsrådets repræsentanter, og en næstformand, som vælges blandt de borgmestre, der er medlemmer af sundhedssamarbejdsudvalget. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen sekretariatsbetjener i samarbejde sundhedssamarbejdsudvalget.

Den foreslåede bestemmelse i § 204, stk. 2, vil medføre, at formandskabet i sundhedssamarbejdsudvalget vil blive varetaget af en formand, der repræsenterer regionsrådet, heriblandt regionsrådsformanden, og en næstformand, der er borgmester i en af de deltagende kommunalbestyrelser, og som samtidig er en af de kommunale formænd i sundhedsklyngerne. Denne formandskonstruktion vil skabe et mere ligeværdigt samarbejde og størst mulig sammenhængskraft mellem kommuner og regioner. Det forhold, at den kommunale formand i sundhedsklyngen også er næstformand i sundhedssamarbejdsudvalget vil sikre, at der er sammenhæng mellem de indsatser, der iværksættes i sundhedssamarbejdsudvalget og de indsatser, der iværksættes i sundhedsklyngerne. Bestemmelsen vil også medføre, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen i samarbejde vil sekretariatsbetjene sundhedssamarbejdsudvalget.

Til nr. 6

Det fremgår af sundhedslovens § 204, stk. 3, 1. pkt., at der i hver region nedsættes et patientinddragelsesudvalg, som sundhedskoordinationsudvalget og praksisplanudvalget systematisk inddrager i deres drøftelser.

Det fremgår af sundhedslovens § 205 c, stk. 2, at aktiviteterne, jf. stk. 1, skal drøftes i sundhedskoordinationsudvalget, jf. § 204.

Det fremgår af sundhedslovens § 206 a, stk. 2, at der forud for udarbejdelse og revision af praksisplanen vedrørende almen praksis skal gennemføres en høring blandt kommunerne i regionen, og at praksisplanen inden vedtagelsen skal forelægges for sundhedskoordinationsudvalget, jf. § 204, stk. 1.

Det foreslås, at ”sundhedskoordinationsudvalget” i § 204,

stk. 3, 1. pkt., § 205 c, stk. 2, og § 206 a, stk. 2, ændres til ”sundhedssamarbejdsudvalget”.

Den foreslåede ændring er en konsekvensændring som følge af, at sundhedskoordinationsudvalget og praksisplanudvalget foreslås nedlagt og erstattet af et sundhedssamarbejdsudvalg. Det foreslåede vil indebære, at sundhedskoordinationsudvalg erstattes af et sundhedssamarbejdsudvalg.

Af den foreslåede ændring af § 204, stk. 3, 1. pkt., fremgår, at der i hver region nedsættes et patientinddragelsesudvalg, som sundhedssamarbejdsudvalget systematisk inddrager i deres drøftelser. Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at sundhedssamarbejdsudvalget systematisk vil skulle inddrage patientinddragelsesudvalget i deres drøftelser. Det vil således skulle være sundhedssamarbejdsudvalget, og ikke længere sundhedskoordinationsudvalget og praksisplanudvalget, der systematisk vil skulle inddrage patientinddragelsesudvalget i deres drøftelser.

Af den foreslåede ændring af § 205 c, stk. 2, fremgår, at aktiviteterne, jf. stk. 1, skal drøftes i sundhedssamarbejdsudvalget. Den foreslåede ændring vil medføre, at aktiviteterne, der er omfattet af sundhedslovens § 205 a og § 205 b, det vil sige udlejning af lokaler og udstyr m.v. vil skulle drøftes i sundhedssamarbejdsudvalget. Det er således sundhedssamarbejdsudvalget og ikke længere sundhedskoordinationsudvalget, der vil skulle drøfte aktiviteter, der er omfattet af sundhedslovens § 205 a og § 205 b, det vil sige udlejning af lokaler og udstyr m.v.

Af den foreslåede ændring af § 206 a, stk. 2, fremgår, at der forud for udarbejdelse og revision af praksisplanen vedrørende almen praksis skal gennemføres en høring blandt kommunerne i regionen, og praksisplanen inden vedtagelsen skal forelægges for sundhedssamarbejdsudvalget. Det er således sundhedssamarbejdsudvalget, og ikke længere sundhedskoordinationsudvalget, der skal få forelagt praksisplanen inden vedtagelsen.

Til nr. 7

Det fremgår af sundhedslovens § 204, stk. 3, 1. pkt., at der i hver region nedsættes et patientinddragelsesudvalg, jf. stk. 1, som sundhedskoordinationsudvalget og praksisplanudvalget, jf. stk. 2, systematisk inddrager i deres drøftelser.

Det foreslås, at ”og praksisplanudvalget, jf. stk. 2,” udgår af § 204, stk. 3, 1. pkt., hvorefter det af bestemmelsen fremgår, at der i hver region nedsættes et patientinddragelsesudvalg, jf. stk. 1, som sundhedssamarbejdsudvalget systematisk inddrager i deres drøftelser.

Den foreslåede ændring er en konsekvensændring som følge af, at sundhedskoordinationsudvalget og praksisplanudvalget foreslås nedlagt og erstattet af et sundhedssamarbejdsudvalg. Den foreslåede bestemmelse ændrer ikke ved, at patientinddragelsesudvalget fortsat vil blive systematisk inddraget i det foreslåede sundhedssamarbejdsudvalgs drøftelser, og at praksisplanen fortsat vil skulle forelægges patientinddragelsesudvalget til høring inden vedtagelsen, jf. § 206 a, stk. 3, sidste pkt. Yderligere regulering af inddra-

gelse af patientinddragelsesudvalget vil skulle fastsættes i en bekendtgørelse i medfør af bemyndigelsesbestemmelsen i sundhedslovens § 204, stk. 5.

Til nr. 8

Det fremgår af sundhedslovens § 204, stk. 5, at sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om sundhedskordinationsudvalget, herunder om sammensætning og formandskab m.v., praksisplanudvalg og patientinddragelsesudvalget.

Det følger af den foreslåede ændring af § 204, stk. 5, at ordlyden ”herunder om sammensætning og formandskab m.v., det i stk. 2 nævnte praksisplanudvalg” udgår, hvorefter det af bestemmelsen fremgår, at sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om det i stk. 1 nævnte sundhedssamarbejdsudvalg og det i stk. 3 nævnte patientinddragelsesudvalg. Der er tale om en konsekvensændring som følge af, at sundhedskordinationsudvalget og praksisplanudvalg foreslås nedlagt og erstattet af et sundhedssamarbejdsudvalg.

Den foreslåede ændring i § 204, stk. 5, vil medføre, at sundhedsministeren vil skulle fastsætte nærmere regler om de foreslåede sundhedssamarbejdsudvalg og patientinddragelsesudvalg.

Bekendtgørelse nr. 256 af 19. marts 2014 om praksisplanudvalg for almen praksis vil som følge af den foreslåede ændring skulle ophæves. Bekendtgørelse nr. 679 af 30. maj 2018 om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler, bekendtgørelse nr. 257 af 19. marts 2014 om patientinddragelsesudvalg og vejledning nr. 9504 af 4. juni 2018 om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler vil som følge af den foreslåede ændring skulle ændres.

Til nr. 9

Det følger af sundhedslovens § 206 a, at det i § 204, stk. 2, nævnte praksisplanudvalg i hver valgperiode skal udarbejde en praksisplan vedrørende almen praksis, der udgør en del af regionens sundhedsplan, jf. sundhedslovens § 206. Praksisplanen skal revideres i valgperioden, hvis der sker væsentlige ændringer i dens forudsætninger. Praksisplanen skal inden den endelige vedtagelse forelægges for Sundhedsstyrelsen, som yder rådgivning vedrørende praksisplanens udformning. Forud for udarbejdelse og revision af praksisplanen vedrørende almen praksis skal der gennemføres en høring blandt kommunerne og regionen, og praksisplanen skal inden vedtagelsen forelægges for sundhedskordinationsudvalget.

Det foreslås, at sundhedslovens § 206 a, stk. 1, 1. pkt., ændres således, at ”det i § 204, stk. 2, nævnte praksisplanudvalg” ændres til ”regionsrådet med inddragelse af kommunerne og almen praksis”, hvorefter det af bestemmelsen fremgår, at regionsrådet med inddragelse af kommunerne og almen praksis i hver valgperiode skal udarbejde en praksisplan vedrørende almen praksis, der udgør en del af regionens sundhedsplan, jf. sundhedslovens § 206.

Den foreslåede ændring af § 206 a, stk. 1, 1. pkt., er en konsekvensændring af, at praksisplanudvalg foreslås nedlagt, og vil medføre, at det er regionsrådet med inddragelse

af kommunerne og almen praksis, og ikke praksisplanudvalget, der i hver valgperiode skal udarbejde en praksisplan vedrørende almen praksis, der udgør en del af regionens sundhedsplan, jf. sundhedslovens § 206.

Lovforslaget ændrer ikke ved, at praksisplanen efter § 206 a skal revideres i valgperioden, hvis der sker væsentlige ændringer i dens forudsætninger. Praksisplanen skal inden den endelige vedtagelse således fortsat forelægges for Sundhedsstyrelsen, som yder rådgivning vedrørende praksisplanens udformning. Forud for udarbejdelse og revision af praksisplanen vedrørende almen praksis skal der fortsat gennemføres en høring blandt kommunerne i regionen, og praksisplanen skal inden vedtagelsen forelægges for sundhedssamarbejdsudvalget. Inden praksisplanen vedrørende almen praksis udarbejdes eller revideres, skal der fortsat ske en høring af de praksisser i regionen, der yder vederlagsfri behandling til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, jf. § 60. Planen skal inden vedtagelsen fortsat forelægges patientinddragelsesudvalget til høring.

Til nr. 10

Det fremgår af sundhedslovens § 204, stk. 2, 3. og 4. pkt., at der skal tilstræbes enighed i praksisplanudvalget om den endelige udformning af praksisplanen. Er det ikke muligt at opnå enighed, tilfalder den endelige udformning vedrørende praksisplanens udformning regionsrådet.

Det fremgår af sundhedslovens § 206 a, stk. 1, at det i § 204, stk. 2, nævnte praksisplanudvalg i hver valgperiode skal udarbejde en praksisplan vedrørende almen praksis, der udgør en del af regionens sundhedsplan, jf. § 206. Praksisplanen skal revideres i valgperioden, hvis der sker væsentlige ændringer i dens forudsætninger. Praksisplanen skal inden den endelige vedtagelse forelægges for Sundhedsstyrelsen, som yder rådgivning vedrørende praksisplanens udformning.

Det foreslås, at der i sundhedslovens § 206 a, stk. 1, indsættes efter 1. pkt. som nyt punktum, at den endelige beslutning vedrørende praksisplanens udformning tilfalder regionsrådet.

Den foreslåede ændring af § 206 a, stk. 1, er en konsekvensændring af, at praksisplanudvalg foreslås nedlagt og § 204, stk. 2, foreslås nyaffattet. Ansvaret for udarbejdelse af praksisplan vil fremover skulle overgå til regionsrådet med inddragelse af kommunerne og almen praksis. Med bestemmelsen sikres det dels, at den endelige beslutning vedrørende praksisplanens udformning som hidtil vil skulle tilfalde regionsrådet, og dels, at praksisplanen udarbejdes i tæt samarbejde mellem repræsentanter fra almen praksis, kommuner og region.

Lovforslaget ændrer ikke ved, at praksisplanen skal revideres i valgperioden, hvis der sker væsentlige ændringer i dens forudsætninger, og at praksisplanen inden den endelige vedtagelse skal forelægges for Sundhedsstyrelsen, som yder rådgivning vedrørende praksisplanens udformning.

Til § 2

Det foreslås, at loven skal træde i kraft den 1. juli 2022.

Det foreslås, at loven ikke skal gælde for Færøerne og Grønland, da sundhedslovens bestemmelser, som berøres af lovforslaget, det vil sige §§ 203, 204, 205 c og 206 a, lige-

ledes ikke gælder for Færøerne og Grønland, og kan heller ikke sættes i kraft ved en anordningshjemmel.

Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

Gældende formulering

Lovforslaget

§ 203. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen samarbejder om indsatsen på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

§ 204. Regionsrådet nedsætter i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen et sundhedskoordinationsudvalg vedrørende den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

§ 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 210 af 27. januar 2022, som ændret ved lov nr. 1638 af 26. december 2013 og lov nr. 620 af 8. juni 2016, foretages følgende ændringer:

1. I § 203 indsættes som *stk. 2 - 6*:

»*Stk. 2.* Regionsrådet og de berørte kommunalbestyrelser i regionen opretter sundhedsklynger omkring hvert akutsygehus. Sundhedsklynger er et samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis om indsatsen på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang om indsatsen for sammenhængen mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Det gælder for både det somatiske og psykiatriske område.

Stk. 3. Sundhedsklyngen skal løfte populationsansvaret med udgangspunkt i akutsygehusenes optageområde og sikre sammenhæng i behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Sundhedsklyngen skal samtidig styrke forebyggelse, kvalitet og omstilling til det primære sundhedsvæsen.

Stk. 4. Sundhedsklyngen udgøres af et politisk niveau og et fagligt strategisk niveau. Det politiske niveau består af regionsrådsmedlemmer, heriblandt regionsrådsformanden, borgmestrene for de deltagende kommunalbestyrelser og repræsentanter for almen praksis. Det faglige strategiske niveau består af repræsentanter for henholdsvis regionen, herunder det psykiatriske område, de deltagende kommuner, almen praksis samt repræsentanter for patienter og pårørende.

Stk. 5. Formandskabet i en sundhedsklynge varetages af regionsrådsformanden og en af de deltagende borgmestre. Regionsrådet og de deltagende kommunalbestyrelser i sundhedsklyngen samarbejder om at sekretariatsbetjene sundhedsklyngen.

Stk. 6. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om sundhedsklynger, herunder om opgavevaretagelse, sammensætning, organisering, beslutningskompetence, mødekadence og inddragelse.«

2. I § 204, *stk. 1*, ændres »nedsætter i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen« til: »og kommunalbestyrelserne i regionen nedsætter i samarbejde«.

3. I § 204, *stk. 1* og *5*, ændres »sundhedskoordinationsudvalg« til: »sundhedssamarbejdsudvalg«.

4. I § 204, *stk. 1*, indsættes som *2. og 3. pkt.*:

Stk. 2. I hver region nedsættes et praksisplanudvalg, der består af 5 medlemmer udpeget blandt kommunalbestyrelsesmedlemmer fra kommunerne i regionen, 3 medlemmer fra regionsrådet og 3 medlemmer udpeget blandt alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede personer, jf. § 227, stk. 1, jf. § 60, stk. 1. Regionsrådet varetager formandskabet og sekretariatsbetjener udvalget. Der skal tilstræbes enighed i udvalget om den endelige udformning af praksisplanen. Er det ikke muligt at opnå enighed, tilfalder den endelige beslutning vedrørende praksisplanens udformning regionsrådet.

Stk. 3. I hver region nedsættes et patientinddragelsesudvalg, som sundhedskoordinationsudvalget, jf. stk. 1, og praksisplanudvalget, jf. stk. 2, systematisk inddrager i deres drøftelser. Patientinddragelsesudvalget består af medlemmer, som er udpeget af patient- og pårørendeorganisationer.

Stk. 4. ---

Stk. 5. Sundheds- og ældreministeren fastsætter nærmere regler om det i stk. 1 nævnte sundhedskoordinationsudvalg, herunder om sammensætning og formandskab m.v., det i stk. 2 nævnte praksisplanudvalg og det i stk. 3 nævnte patientinddragelsesudvalg.

§ 205 c. Regionsrådet og kommunalbestyrelsen koordinerer de aktiviteter, der er omfattet af §§ 205 a og 205 b.

Stk. 2. Aktiviteterne, jf. stk. 1, skal drøftes i sundhedskoordinationsudvalget, jf. § 204.

§ 206 a. Det i § 204, stk. 2, nævnte udvalg skal i hver valgperiode udarbejde en praksisplan vedrørende almen praksis, der udgør en del af regionens sundhedsplan, jf. § 206. Praksisplanen skal revideres i valgperioden, hvis der sker væsentlige ændringer i dens forudsætninger. Praksisplanen skal inden den endelige vedtagelse forelægges for Sundhedsstyrelsen, som yder rådgivning vedrørende praksisplanens udformning.

Stk. 2. Forud for udarbejdelse og revision af praksisplanen vedrørende almen praksis skal der gennemføres en høring blandt kommunerne i regionen, og praksisplanen skal inden vedtagelsen forelægges for sundhedskoordinationsudvalget, jf. § 204, stk. 1.

Stk. 3. ---

»Sundhedssamarbejdsudvalget består af repræsentanter for regionsrådet, heriblandt regionsrådsformanden, én borgmester fra hver sundhedsklynge, som samtidig er den kommunale formand i sundhedsklyngen, og repræsentanter for almen praksis. Sundhedssamarbejdsudvalget koordinerer og sætter retning for arbejdet på tværs af sundhedsklyngerne i regionen.«

5. § 204, stk. 2, affattes således:

»Formandskabet i sundhedssamarbejdsudvalget varetages af en formand, som vælges blandt regionsrådets repræsentanter, og en næstformand, som vælges blandt de borgmestre, der er medlemmer af sundhedssamarbejdsudvalget. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen sekretariatsbetjener i samarbejde sundhedssamarbejdsudvalget.«

6. I § 204, stk. 3, 1. pkt., § 205 c, stk. 2, og § 206 a, stk. 2, ændres »sundhedskoordinationsudvalget« til: »sundhedssamarbejdsudvalget«.

7. I § 204, stk. 3, 1. pkt., udgår »og praksisplanudvalget, jf. stk. 2,«.

8. I § 204, stk. 5, udgår », herunder om sammensætning og formandskab m.v., det i stk. 2 nævnte praksisplanudvalg«.

6. I § 204, stk. 3, 1. pkt., § 205 c, stk. 2, og § 206 a, stk. 2, ændres »sundhedskoordinationsudvalget« til: »sundhedssamarbejdsudvalget«.

9. I § 206 a, stk. 1, 1. pkt., ændres »Det i § 204, stk. 2, nævnte udvalg« til: » Regionsrådet med inddragelse af kommunerne og almen praksis.«

10. I § 206 a, stk. 1, indsættes efter 1. pkt. som nyt punktum:
»Den endelige beslutning vedrørende praksisplanens udformning tilfalder regionsrådet.«

6. I § 204, stk. 3, 1. pkt., § 205 c, stk. 2, og § 206 a, stk. 2, ændres »sundhedskoordinationsudvalget« til: »sundhedssamarbejdsudvalget«.