

HØRING

Dato: 18-02-2022
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPSIST
Sagsnr.: 2113001
Dok. nr.: 2129207

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.* I hver region etableres der omkring hvert akutsygehus sundhedsklynger, som er et formaliseret 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 det fælles populationsansvar med udgangspunkt i akutsygehusenes optageområde og sikre sammenhængende 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, og borgmestrene for de deltagende kommunalbestyrelser. 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 to ligeværdige formænd, som vælges henholdsvis blandt regionsrådets repræsentanter og blandt borgmestrene for de deltagende kommunalbestyrelser. Regionsrådet og de deltagende kommunalbestyrelser i sundhedsklyngen samarbejder om at sekretariatsbetjene sundhedsklyngen.

Stk. 6. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om sundhedsklynger.«

2. I § 204, stk. 1 og 5, ændres »sundhedskoordinationsudvalg« til: »sundhedssamarbejdsudvalg«, og i § 204, stk. 3, 1. pkt., § 205 c, stk. 2, og § 206 a, stk. 2 ændres »sundhedskoordinationsudvalget« til: »sundhedssamarbejdsudvalget«.

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

4. I § 204, stk. 1, indsættes som 2. pkt.: »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 repræsenteret i sundhedssamarbejdsudvalget. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen sekretariatsbetjener i samarbejde sundhedssamarbejdsudvalget.«

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

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

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

9. 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

2.4. Deling af data

2.4.1. Gældende ret

2.4.2. Sundhedsministeriets overvejelser

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

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

3. Konsekvenser for opfyldelsen af FN's verdensmål

4. Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige

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

6. Administrative konsekvenser for borgerne
7. Klimamæssige konsekvenser
8. Miljø- og naturmæssige konsekvenser
9. Forholdet til EU-retten
10. Hørte myndigheder og organisationer m.v.
11. 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. Der er behov for at tænke indsatsen bedre sammen på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. 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 nye formaliserede 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.

Sundhedsklyngerne vil skulle løfte det fælles populationsansvar med udgangspunkt i akutsygehusenes optageområde. 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 de formaliserede sundhedsklynger 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.

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, og en borgmester fra hver sundhedsklynge. Sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle inddrage repræsentanter for almen praksis og repræsentanter for patienter og pårørende i deres drøftelser, når det er relevant.

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 kunne få behandlings-, rehabiliterings-, forebyggelses- og plejetilbud i nærmiljøet. Mere behandling og opfølgning skal fremadrettet 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. Dette stiller krav til samarbejdet på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

Regeringen, Danske Regioner og KL er i Aftalen enige om, at en del af løsningen på de betydelige udfordringer bl.a. er etablering af nye formaliserede 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 det fælles populationsansvar 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 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 til det primære sundhedsvæsen eller større ændringer i regionens eller kommunernes opgaver, som har politisk eller økonomisk betydning. Desuden vil sundhedsklyngerne skulle beslutte udmøntning af midler til udvikling og afprøvning af 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. 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 regioner og kommuner.

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 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.

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 kvartalsvis 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. Den nærmere sammensætning i det politiske niveau vil kunne aftales mellem

regionsrådet og borgmestrene fra de deltagende kommunalbestyrelser i sundhedsklyngen. Hvis ikke andet aftales, vil det politiske niveau skulle bestå af mindst to regionsrådsmedlemmer, heriblandt regionsrådsformanden, og borgmestrene for de deltagende kommunalbestyrelser i sundhedsklyngen. Repræsentanter fra praksissektoren, herunder almen praksis, vil skulle inddrages i arbejdet i det politiske niveau i relevant omfang, herunder ift. omstilling af behandling til det primære sundhedsvæsen, der medfører nye opgaver for almen praksis samt sundhedsklyngens input til sundhedsaftale. 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 i sundhedsvæsenet.

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 strategiske faglige 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 repræsentanter for almen praksis og to repræsentanter for patienter og pårørende.

Det foreslås, at formandskabet i en sundhedsklynge vil skulle varetages af to ligeværdige formænd, som vælges henholdsvis blandt regionsrådets repræsentanter og blandt borgmestrene for de deltagende kommunalbestyrelser. Det foreslås endvidere, at regionsrådet og de deltagende kommunalbestyrelser vil skulle samarbejde om at sekretariatsbetjene sundhedsklyngerne. Formålet er at skabe et ligeværdigt samarbejde og størst muligt sammenhængskraft mellem regionen og kommunerne.

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 Praktiserende Lægers Organisation om covid-19 vaccination i almen praksis.

Det foreslås, at sundhedsministeren bemyndiges til at kunne fastsætte nærmere regler om sundhedsklynger. Denne bemyndigelse vil kunne anvendes til at fastsætte nærmere regler om sammensætning, organisering, mødekadence, opgaver, inddragelse m.v.

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 Praktiserende Lægers Organisation (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 sygehus-specialister og kommuner. Inden praksisplan udarbejdes, skal der ske en høring af de praksis,

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, 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 i 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 klynger, 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 i regionen, så den nye samarbejdsstruktur bidrager til at sikre mere geografisk og social lighed i sundhed. Fokus på sammenhæng på tværs i 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. 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 retningsgivende 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 førstkomende periode ændres. Det betyder, at den nuværende sundhedsaftale forlænges med et halvt år fra 1. juli 2022 indtil 1. januar 2023, og at den førstkomende aftale forkortes tilsvarende med et halvt år fra 1. juli 2026 til 1. januar 2026.

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 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 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 udviklingstiltag og evt. indstille veldokumenterede tiltag til udbredelse på tværs af klynger eller på nationalt niveau.

Sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle bestå af repræsentanter for regionsrådet, heriblandt regionsrådsformanden, og 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. Den nærmere sammensætning for sundhedssamarbejdsudvalget vil kunne aftales mellem regionsrådet og kommunekontaktrådet i regionen. Hvis ikke andet aftales, vil sundhedssamarbejdsudvalget skulle bestå af tre repræsentanter for regionsrådet, heriblandt regionsrådsformanden, og én borgmester fra hver sundhedsklynge i regionen, som samtidig vil skulle være den kommunale formand i sundhedsklyngen. 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 fra praksissektoren, herunder almen praksis, og repræsentanter for patienter og pårørende i sundhedssamarbejdsudvalgets drøftelse af relevante dagsordenspunkter.

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 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 praksis i regionen, der yder vederlagsfri behandling til personer, der er omfattet af sygesikringsgruppe 1, jf. § 60, stk. 1, og at planen inden vedtagelsen skal forelægges patientinddragelsesudvalget til høring efter § 206 a, stk. 3. 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. 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, tilgængelighed, kapacitet og almen praksis' rolle i det regionale sundhedsvæsen. Drøftelser omkring almen praksis' rolle i samarbejdet mellem regioner, kommuner og almen praksis vil skulle foregå i sundhedssamarbejdsudvalget i relation til udformning af sundhedsaftaler. Repræsentanter fra almen praksis vil skulle inddrages heri.

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 en ophævelse eller 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. 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 sundhedsministeren 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.

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.

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. Patientinddragelsesudvalget vil ligeledes skulle inviteres, hvis sundhedssamarbejdsudvalget nedsætter relevante arbejdsgrupper og udviklingsprojekter.

Lovforslaget nødvendiggør en ændring af bekendtgørelse nr. 257 af 19. marts 2014 om patientinddragelsesudvalg, herunder inddragelse, udpegning m.v.

2.4. Deling af data

2.4.1. Gældende ret

Sundhedslovens § 41 fastsætter rammerne for, hvornår en sundhedsperson kan videregive helbredsoplysninger m.v. til andre sundhedspersoner i forbindelse med behandling af patienter. Efter § 41, stk. 1, kan en sundhedsperson med samtykke fra patienten videregive oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger i forbindelse med behandling af patienten eller behandling af andre patienter. Uden patientens samtykke kan sundhedspersoner efter stk. 2 videregive oplysninger i en række situationer forbundet med behandling, herunder eksempelvis når det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten, og videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesse og behov.

Sundhedslovens § 42 a, stk. 1, fastsætter rammerne for, hvornår sundhedspersoner kan indhente oplysninger i elektroniske systemer, herunder elektroniske patientjournaler. Det fremgår af sundhedslovens § 42 a, stk. 1, 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 patienten. Ifølge sundhedslovens § 42 a, stk. 4, kan andre personer, der efter lovgivningen er undergivet tavshedspligt, indhente oplysninger som nævnt i § 42 a, stk. 1, hvis det er nødvendigt af hensyn til den samlede aktuelle behandling af patienten, eller hvis det er nødvendigt med henblik på at yde teknisk bistand til sundhedspersoners indhentning af oplysninger efter § 42 a, stk. 1 og stk. 2, i det omfang ledelsen på behandlingsstedet har givet tilladelse hertil. Sundhedspersoner skal forstås i overensstemmelse med sundhedslovens § 6 og omfatter således personer, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.

Det følger desuden af sundhedslovens § 42 a, stk. 6, stk. 1, 1. pkt., at sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler for autoriserede sundhedspersoners adgang til at indhente oplysninger i elektroniske systemer om helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger om en patient, der aktuelt er i behandling, og om andre patienter med henblik på at støtte sundhedspersonen i at træffe sundhedsfaglige beslutninger som led i patientbehandling. Denne bestemmelse er ikke udmøntet.

Elektroniske systemer, jf. sundhedslovens § 42 a, omfatter systemer, hvor der er tale om en direkte on-lineadgang. Det er endvidere en forudsætning for at indhente oplysninger i et givent system, at oplysningerne i systemet oprindeligt er indsamlet til det formål at understøtte den sundhedsfaglige behandling af de registrerede personer (patienter), eller er indsamlet til et formål, som ikke er uforeneligt med sundhedsfaglig behandling, jf. databeskyttelsesforordningens artikel 5, stk. 2. Elektroniske systemer omfatter dermed bl.a. elektroniske patientjournal-systemer, som indeholder oplysninger, der noteres i forbindelse med behandling af patienter, og som er nødvendige for en god og sikker patientbehandling, jf. journalføringspligten i § 22 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. Elektroniske systemer omfatter eksempelvis også den fælles digitale infrastruktur, som Sundhedsdatastyrelsen er dataansvarlig for, og som indeholder oplysninger fra kilde-systemer, herunder f.eks. elektroniske patientjournaler. Der henvises i øvrigt til afsnit 2.2.2. i de almindelige bemærkninger og bemærkninger til § 1, nr. 3, i forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.v. (Bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet, påmindelser til forældre vedrørende børnevaccination og bestemmelser om territorial gyldighed for Færøerne og Grønland) (L127) fremsat den 13. december 2018 af sundhedsministeren for en nærmere beskrivelse af, hvem der er omfattet af adgangen til at indhente oplysninger efter sundhedslovens § 42 a.

Det følger af sundhedslovens § 193 b, stk. 1, at Sundhedsdatastyrelsen er ansvarlig for at drive en fælles digital infrastruktur til udveksling og registrering af udvalgte oplysninger om de enkelte borgers helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger.

Det følger af sundhedslovens § 193 b, stk. 2, at oplysninger, der opbevares i den fælles digitale infrastruktur, kun må behandles, hvis det er nødvendigt med henblik på forebyggende sygdomsbekæmpelse, medicinsk diagnose, sygepleje, patientbehandling eller forvaltning af læge- og sundhedstjenester og behandlingen af oplysningerne foretages af en person inden for sundhedssektoren, der efter lovgivningen er undergivet tavshedspligt.

Sundhedsministeren fastsætter efter sundhedslovens § 193 b, stk. 3, nærmere regler om driften m.v. af den i § 193 b, stk. 1, nævnte digitale infrastruktur og fastsætter herunder nærmere regler om typen af oplysninger, der må registreres i den digitale infrastruktur, pligt til opbevaring og

sletning af registrerede oplysninger, den registreredes direkte elektroniske adgang til de elektroniske oplysninger, der er registreret om vedkommende i den digitale infrastruktur, den registreredes direkte elektroniske adgang til registrering (logning) af anvendelser af de registrerede oplysninger, den dataansvarliges adgang og pligt til indberetning til den digitale infrastruktur, herunder tekniske krav og formkrav til sådanne indberetninger, og den dataansvarliges pligt til at opdatere og korrigere urigtige oplysninger hidrørende fra den digitale infrastruktur, herunder tekniske krav og formkrav til sådanne opdateringer og korrektioner, tekniske og forretningsmæssige krav vedrørende sundhedspersoners og myndigheders tilslutning til den digitale infrastruktur, og hvilke systemer der skal tilknyttes den digitale infrastruktur som kildesystemer.

Det følger af forarbejderne til sundhedslovens § 193 b, at det kun er oplysninger, der hidrører fra sundhedsvæsenets elektroniske systemer, der må opbevares i den fælles digitale infrastruktur. Det følger bl.a. af forarbejderne til bestemmelsen, at alle systemer, der bruges til at dele oplysninger i sundhedsvæsenet, vil kunne tilknyttes den fælles digitale infrastruktur som kildesystemer efter den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse, jf. Folketingstidende 2018-19 (1. samling), tillæg A, L 127 som fremsat, side 51.

Det følger herudover af forarbejderne til § 193 b, at adgangen til at indhente oplysninger i den fælles digitale infrastruktur følger af sundhedslovens §§ 42 a og 42 b, jf. Folketingstidende 2018-19 (1. samling), tillæg A, L 127 som fremsat, side 17.

Bemyndigelsen i sundhedslovens § 193 b, stk. 3, er udmøntet i bekendtgørelse nr. 1101 af 29. juni 2020 om drift m.v. af den fælles digitale infrastruktur. Det følger af § 1, stk. 2, i denne bekendtgørelse, at Sundhedsdatastyrelsen i medfør af denne bekendtgørelse og som dataansvarlig for de oplysninger som Sundhedsdatastyrelsen får adgang til, jf. § 2, stk. 3, må behandle, herunder registrere, de oplysninger om helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger, som fremgår af bekendtgørelsens bilag 1, i den fælles digitale infrastruktur. Af bilag 1 fremgår bl.a., at oplysninger om aftaler i sundhedsvæsenet, oplysninger om henvisninger i sundhedsvæsenet, stamoplysninger i det Fælles Stamkort, oplysninger om planer og indsatser i sundhedsvæsenet, patientrapporterede oplysninger (PRO-data m.v.) og selvvalgte data må registreres i den fælles digitale infrastruktur. Det følger af bekendtgørelsens § 4, at sundhedspersoner og andre personer ved opslag i den fælles digitale infrastruktur via patientoverblikket kan indhente oplysninger om helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger, jf. sundhedslovens § 42 a.

Sundhedslovens regler om indhentning af helbredsoplysninger og andre fortrolige oplysninger til andre formål end behandling.

Det følger af sundhedslovens § 42 d, stk. 1, at autoriserede sundhedspersoner med samtykke fra patienten til andre formål end behandling ved opslag i elektroniske patientjournaler og andre systemer, der supplerer patientjournalen i fornødent omfang kan indhente oplysninger om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger. Uden samtykke fra patienten kan sundhedspersoner og andre personer, der er underlagt tavshedspligt, efter sundhedslovens § 42 d, stk. 2, i en række nærmere angivne tilfælde ved opslag i den elektroniske patientjournal i fornødent omfang indhente oplysninger om patientens helbredsforhold m.v., herunder i forbindelse med kvalitetsprojekter. Der henvises til

forarbejderne til § 42 d, jf. Folketingstidende 2016-2017, tillæg A, L 132 som fremsat, side 28-35 (bemærkningerne til § 1, nr. 9, vedrørende § 42 d).

Videregivelse af helbredsoplysninger m.v. til andre formål end konkret og aktuel behandling af patienten kan ske efter sundhedslovens § 43. Efter stk. 1 kan sundhedspersoner med patientens samtykke til andre formål end behandling videregive oplysninger om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger til sundhedspersoner, myndigheder, organisationer, private personer m.fl. Uden patientens samtykke kan sundhedspersoner efter stk. 2, videregive oplysninger som nævnt i stk. 1, i en række nærmere angivne situationer. Der skal foretages en konkret afvejning i hvert enkelt tilfælde.

Det følger af sundhedslovens § 195, stk. 1, at det påhviler regionsråd, kommunalbestyrelser, autoriserede sundhedspersoner og de private personer eller institutioner, der driver sygehuse m.v., at give oplysninger om virksomheden til de centrale sundhedsmyndigheder m.fl.

Det følger af § 195, stk. 2, at det påhviler de alment praktiserende læger, der yder behandling til gruppe 1-sikrede personer, at give oplysninger om virksomheden til regionsrådene til brug for planlægning, kvalitetssikring, kontrol af udbetalte tilskud og honorarer. Lægen på efter bestemmelsen ikke videregive oplysninger der identificere eller gør det muligt at identificere patienten.

Det følger af § 195, stk. 3, at sundhedsministeren er bemyndiget til at fastsætte nærmere regler om, hvilke oplysninger regionråd, kommunalbestyrelser, autoriserede sundhedspersoner, herunder alment praktiserende læge og speciallæger, samt de private personer eller institutioner, der driver sygehuse m.v. skal indberette til de centrale sundhedsmyndigheder m.fl.

Det fremgår af forarbejderne til bestemmelsen, at praksissektoren sammen med almen praksis og de praktiserede speciallæger skal spille en stærkere rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Det er derfor vigtigt, at praksissektoren i højere grad deler relevante strukturerede data og oplysninger med de øvrige sundhedsvæsen til både patientbehandling og kvalitetsudvikling på tværs af sektorer. Med den nuværende formulering af § 195, stk. 3 er reglerne om autoriserede sundhedspersoners indberetningspligt blevet præciseret.

Det fremgår af forarbejderne, at bestemmelsen alene er møntet på at fastsætte regler om indberetningen fra praksissektoren af strukturerede oplysninger, der er relevante for de samlede patientforløb. Dette kan bl.a. være oplysninger, som kan anvendes til patientbehandling, planlægning, kvalitetsudvikling m.v. på tværs af sundhedsvæsenet. Det skal give større viden om den del af patienters forløb, som varetages i praksissektoren, så der skabes sammenhæng i patientens samlede forløb i sundhedsvæsenet.

Bestemmelsen er udmøntet til at fastsætte regler om indberetning fra praksissektoren af strukturerede oplysninger, der er relevante for det samlede patientforløb, ex. indberetning til Landspatientsregisteret. Dette kan bl.a. være oplysninger, som kan anvendes til patientbehandling, planlægning, kvalitetsudvikling m.v. på tværs af sundhedsvæsenet. Det skal give større viden om den del af patienternes forløb, som varetages i praksissektoren, så der kan skabes sikkerhed for kvaliteten i hele patientens forløb i sundhedsvæsenet, dvs. også i praksissektoren. Der vil i medfør af bemyndigelsesbestemmelsen kunne fastsættes regler om

pligt til indberetning til nationale administrative registre eller andre registre, der er relevante for at styrke sammenhæng i sundhedsvæsenet.

Det bemærkes, at oplysninger, der videregives efter § 195, stk. 1 ikke er underlagt en formålsbegrænsning i forhold til den videre anvendelse af oplysningerne, hvorimod oplysninger efter § 195, stk. 2, fortsat kun må videregives til brug for planlægning, kvalitetssikring og kontrol af udbetalte tilskud og honorarer.

2.4.2. Sundhedsministeriets overvejelser

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 ændringer ift. deling af data, men beskriver gældende ret og Sundhedsministeriets overvejelser i relation til dataanvendelse i de foreslåede sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg.

2.4.2.1. 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 hjemlet via sundhedsloven, 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 giver sundhedspersoner adgang til at indhente helbredsoplysninger m.v. i elektroniske systemer til brug for patientbehandling, og der er 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 de digitale løsninger 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 træder i kraft d. 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 for 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.

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

Parterne er enige om, at dagsordener til sundhedsklyngemøderne fra starten skal være dataunderstøttet, og til det formål skal der udvikles basisdatapakker 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. 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 klyngerne selv at arbejde med, kombinere og dele relevant data mellem sektorerne.

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 klyngernes 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.

3. Konsekvenser for opfyldelsen af FN's verdensmål

Det vurderes, at lovforslaget bidrager til at understøtte delmål 3.8 om universel sundhedsdækning, adgang til essentielle sundhedsydelser af høj kvalitet m.v.

4. 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 nye formaliserede sundhedsklynger omkring akutsygehusene. Den nuværende politiske samarbejdsstruktur på regionsniveau forenkles og styrkes ved etablering af et sundhedssamarbejdsudvalg, der skal erstatte sundhedskoordinationsudvalg og

praksisplanudvalg. Sundhedsklyngernes arbejde understøttes med 80 mio. kr. i 2022 til opstart af sundhedsklyngernes arbejde, der afsættes med en 50/50 fordeling mellem regioner og kommuner.

Lovforslaget efterlever de syv principper for digitaliseringsklar lovgivning. Det vurderes, at de syv principper for digitaliseringsklar lovgivning – 1) enkle og klare regler, 2) digital kommunikation, 3) muliggør automatisk sagsbehandling, 4) sammenhæng på tværs – ensartede begreber og genbrug af data, 5) tryk og sikker datahåndtering, 6) anvendelse af offentlig infrastruktur, og 7) forebygger snyd og fejl - er fulgt i lovforslaget. Flere steder eksisterer der allerede i dag forskellige former for klyngesamarbejde, som der kan tages udgangspunkt i, når det med lovforslaget foreslås at etablere nye formaliserede sundhedsklynger omkring akutsygehusene. Sundhedsklyngerne vil skulle omfatte repræsentanter for regionen, kommunerne og almen praksis med udgangspunkt i akutsygehusets optageområde. Hver sundhedsklynge vil skulle inddrage repræsentanter for patienter og pårørende. Den nuværende politiske samarbejdsstruktur forenkles og styrkes ved etablering af et sundhedssamarbejdsudvalg, der skal erstatte sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg. Sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle fastlægge fælles rammer og retning for udviklingen af samarbejdet på tværs af de foreslåede regionale sundhedsklynger. Der bliver ikke med lovforslaget skabt hjemmel til at dele flere data, end det er tilfældet i dag.

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

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

6. Administrative konsekvenser for borgerne

Lovforslaget vurderes ikke at have administrative konsekvenser for borgere.

7. Klimamæssige konsekvenser

Lovforslaget vurderes ikke at have klimamæssige konsekvenser.

8. Miljø- og naturmæssige konsekvenser

Lovforslaget vurderes ikke at have miljø- og naturmæssige konsekvenser.

9. Forholdet til EU-retten

Lovforslaget indeholder ingen EU-retlige aspekter.

10. 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, Organisation 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 Ældreråd, Depressionsforeningen, Det Sociale Netværk, Diabetesforeningen, Epilepsiforeningen, Gigtforeningen, Hjernesagen, Hjerneskadeforeningen, Hjerteforeningen, 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, Patientforeningen i Danmark, 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 Fertilitetsselskab, 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, Dansk Selskab for Palliativ Medicin, 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, Fagligt Selskab af Kliniske Diætister i Kost og Ernæringsforbundet, 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.

11. 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	Sundhedsklyngernes arbejde skal understøttes med 80 mio. kr. i 2022 til opstart af sundhedsklyngernes arbejde, der afsættes med en 50/50

	lovforslaget foreslås at etablere nye formaliserede sundhedsklynger omkring akutsygehusene. Den nuværende politiske samarbejdsstruktur på regionsniveau forenkles og styrkes ved etablering af et sundhedssamarbejdsudvalg, der skal erstatte sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg.	fordeling mellem regioner og kommuner.
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 nye formaliserede sundhedsklynger omkring akutsygehusene. Den nuværende politiske samarbejdsstruktur forenkles og styrkes ved etablering af et sundhedssamarbejdsudvalg, 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		
Er i strid med de principper for implementering af erhvervsrettet EU-regulering/ Går videre end	Nej	Nej

minimumskrav i EU-regulering (sæt 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.

Det foreslås, at der i sundhedslovens § 203 indsættes nye *stk. 2 – 6* om etablering af formaliserede sundhedsklynger.

Af det foreslåede *stk. 2* fremgår, at i hver region etableres der omkring hvert akutsygehus sundhedsklynger, som er et formaliseret 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 akut indsats 2022 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 kan få behandlings-, rehabiliterings-, forebyggelses- og plejetilbud i nærmiljøet. Mere behandling og opfølgning skal fremadrettet 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 sygehuse.

I *stk. 3* foreslås, at sundhedsklyngen vil skulle løfte det fælles populationsansvar med udgangspunkt i akutsygehusenes optageområde og sikre sammenhængende 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 det fælles populationsansvar, handler det om 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. De formaliserede sundhedsklynger omkring akutsygehusene vil skulle 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. 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 det fælles populationsansvar 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 beslutte udmøntning af midler til udvikling og afprøvning af 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. Endelig vil sundhedsklyngerne skulle bidrage med sundhedsklyngens indspil til sundhedsaftalen og praksisplanen for almen praksis, og at bidrage til retning for sundhedssamarbejdsudvalgets prioritering ift. implementering af nationale handleplaner m.v. Sundhedsklyngens arbejde vil skulle beskrives nærmere i vejledning om sundhedsaftaler.

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, og borgmestrene for de deltagende kommunalbestyrelser. 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 i de formaliserede sundhedsklynger 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 med inddragelse af repræsentanter for patienter og pårørende.

I forhold til borgmesterdeltagelse i det politiske niveau bemærkes, at der i Frederiksberg, København, Odense, Aalborg og Aarhus Kommuner kan oprettes en magistrat, og at formændene for de stående udvalg har den øverste daglige ledelse af den del af kommunens administration, der varetager udvalgets forvaltningsområder, jf. lov om kommunernes styrelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 47 af 15. januar 2019. Fra Odense, Aarhus og Aalborg Kommune kan det således være en rådmand, som repræsenterer kommunen på det politiske niveau. Fra Københavns Kommune kan det være en anden borgmester end overborgmesteren.

Nogle kommuner vil indgå i to eller flere sygehusers 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.

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 kvartalsvis 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. Den nærmere sammensætning i det politiske niveau vil kunne aftales mellem regionsrådet og borgmestrene fra de deltagende kommunalbestyrelser i sundhedsklyngen. Hvis ikke andet aftales, vil det politiske niveau skulle bestå af mindst to regionsrådsmedlemmer, heriblandt regionsrådsformanden, og borgmestrene for de deltagende kommunalbestyrelser i sundhedsklyngen. Repræsentanter fra praksissektoren, herunder almen praksis, vil skulle inddrages i arbejdet i det politiske niveau i relevant omfang, herunder ift. omstilling af behandling til det primære sundhedsvæsen, der medfører nye opgaver for almen praksis samt sundhedsklyngens input til sundhedsaftale. 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 i sundhedsvæsenet.

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 strategiske faglige 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 repræsentanter for almen praksis og to repræsentanter for patienter og pårørende.

De foreslåede sundhedsklynger vil således både skulle løfte det fælles populationsansvar 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 vil skulle varetages af to ligeværdige formænd, som vælges henholdsvis blandt regionsrådets repræsentanter og blandt borgmestrene for de deltagende kommunalbestyrelser. Det foreslås endvidere, at regionsrådet og de deltagende kommunalbestyrelser vil skulle samarbejde om at sekretariatsbetjene sundhedsklyngerne. Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at formandskabet er ligeligt fordelt mellem regionen og kommunerne i sundhedsklyngen, og at begge parter har et ligeligt fordelt ansvar for samarbejdet i sundhedsklyngen. Bestemmelsen vil medføre endvidere, 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.

Endelig foreslås det med *stk. 6*, at sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om sundhedsklynger. Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at sundhedsministeren vil kunne fastsætte nærmere regler om sundhedsklynger, herunder om opgavevaretagelse, sammensætning, organisering, beslutningskompetence, mødekadence, inddragelse m.v. Der vil således kunne udstedes bekendtgørelse om de nærmere forhold i sundhedsklyngernes virkemåde i overensstemmelse med beskrivelsen i disse lovbemærkninger.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.1 om etablering af sundhedsklynger, 2.2 om etablering af sundhedssamarbejdsudvalg m.v. og 2.3 om patient- og pårørendeinddragelse i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 2

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. 3, 1. pkt., at der i hver region nedsættes et patientinddragelsesudvalg, som sundhedskoordinationsudvalget og praksisplanudvalget systematisk inddrager i deres drøftelser.

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 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 ”sundhedskoordinationsudvalg” i § 204, stk. 1 og 5, ændres til ”sundhedssamarbejdsudvalg”, og at ”sundhedskoordinationsudvalget” i § 204, stk. 3, 1. pkt., § 205 c, stk. 2, og § 206 a, stk. 2, ændres til ”sundhedssamarbejdsudvalget”.

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. 3, 1. pkt., 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.

Den foreslåede ændring af § 204, stk. 5, vil medføre, at sundhedsministeren kan 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, 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 kan ændres eller ophæves.

Den foreslåede ændring af § 205 c, stk. 2, vil medføre, at aktiviteterne, der er omfattet af sundhedslovens § 205 a og § 205 b, det vil sige udlejning af lokaler og udstyr m.v. skal 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.

Den foreslåede ændring af § 206 a, stk. 2, vil medføre, 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 sundhedssamarbejdsudvalget. Det er således sundhedssamarbejdsudvalget, og ikke længere sundhedskoordinationsudvalget, der skal få forelagt praksisplanen inden vedtagelsen.

Der henvises i øvrigt til afsnit 2.2 om etablering af sundhedssamarbejdsudvalg m.v. i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 3

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.

Med lovforslagets § 1, nr. 3, 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.

Der henvises i øvrigt til afsnit 2.2 om etablering af sundhedssamarbejdsudvalg m.v. i lovforslagets almindelige bemærkninger.

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.

Det foreslås, at der i § 204, stk. 1, indsættes et nyt *pkt. 2*, hvorefter sundhedssamarbejdsudvalget koordinerer og sætter retningen for arbejdet på tværs af sundhedsklyngerne i regionen.

Den foreslåede bestemmelse i § 204, stk. 1, 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 i 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 klynger, 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 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 i regionen, så den nye samarbejdsstruktur bidrager til at sikre mere geografisk og social lighed i sundhed. Fokus på sammenhæng på tværs i 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. 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 retningsættende og som oplæg til sundhedsklyngernes mere patient- og borgernære 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 2022 indtil 1. januar 2023, og at den førstkommende aftale forkortes tilsvarende med et halvt år fra 1. juli 2026 til 1. januar 2026.

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 nationale handleplaner og aftaler på tværs af sundhedsklynger i regionen m.v. Samarbejdsudvalget skal 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. foranlediget af nationale retningslinjer m.v. Sundhedssamarbejdsudvalget skal endvidere drøfte sundhedsklyngernes udviklingstiltag og evt. indstille veldokumenterede tiltag til udbredelse på tværs af klynger eller på, nationalt niveau.

Sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle bestå af repræsentanter for regionsrådet, heriblandt regionsrådsformanden, og én borgmester fra hver sundhedsklynge, som samtidig vil skulle være den kommunale formand i sundhedsklyngen. Den nærmere sammensætning for sundhedssamarbejdsudvalget kan aftales mellem regionsrådet og kommunekontaktrådet i regionen. Hvis ikke andet aftales, vil sundhedssamarbejdsudvalget bestå af to til tre repræsentanter for regionsrådet, heriblandt regionsrådsformanden, og én borgmester fra hver

sundhedsklynge i 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. Regionsrådet og de deltagende kommunalbestyrelser i sundhedssamarbejdsudvalget i samarbejde vil skulle sekretariatsbetjene sundhedssamarbejdsudvalget. Sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle inddrage repræsentanter fra praksissektoren, herunder almen praksis, og repræsentanter for patienter og pårørende i udvalgets drøftelse af relevante dagsordenspunkter.

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 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. 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. 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, tilgængelighed, kapacitet og almen praksis' rolle i det regionale 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 skulle foregå i sundhedssamarbejdsudvalget i relation til udformning af sundhedsaftaler. Repræsentanter for almen praksis vil skulle inddrages heri.

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 en ophævelse eller ændring af bekendtgørelse nr. 679 af 30. maj 2018 om sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler, Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9504 af 4. juni 2018 om sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler og 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 sundhedssamarbejdsudvalget.

Det foreslås, § 204, stk. 2, affattes således, at formandskabet i sundhedssamarbejdsudvalget varetages af en formand, som vælges blandt regionsrådets repræsentanter, og en næstformand, som vælges blandt de borgmestre, der er repræsenteret i 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 den kommunale formand i sundhedsklyngen. 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.

Der henvises i øvrigt til afsnit 2.2 om etablering af sundhedssamarbejdsudvalg m.v. i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 6

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.

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.

Sundhedssamarbejdsudvalget vil i højere grad end de eksisterende sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg skulle inddrage patientinddragelsesudvalget i deres drøftelser. Sundhedssamarbejdsudvalget i regionen vil således 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. Patientinddragelsesudvalget vil ligeledes skulle inviteres, hvis sundhedssamarbejdsudvalget nedsætter relevante arbejdsgrupper og udviklingsprojekter.

Lovforslaget medfører behovet for at ændre bekendtgørelse nr. 257 af 19. marts 2014 om patientinddragelsesudvalg, som bl.a. vil skulle omfatte ovennævnte forudsætninger for patient- og pårørendeinddragelse, udpegning af patient- og pårørenderepræsentanter m.v.

Der henvises i øvrigt til afsnit 2.2 om etablering af sundhedssamarbejdsudvalg m.v. og afsnit 2.3 om patient- og pårørendeinddragelse i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 7

Det fremgår af sundhedslovens § 204, stk. 5, at sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om sundhedskoordinationsudvalget, 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.

Der er tale om en konsekvensændring som følge af, at sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg foreslås nedlagt og erstattet af et sundhedssamarbejdsudvalg.

Den foreslåede ændring i § 204, stk. 5, vil medføre, at sundhedsministeren vil kunne fastsætte nærmere regler om de foreslåede sundhedssamarbejdsudvalg og patientinddragelsesudvalg i overensstemmelse med afsnit 2.2. om etablering af sundhedssamarbejdsudvalg m.v. i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Bekendtgørelse nr. 256 af 19. marts 2014 om praksisplanudvalg for almen praksis, 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 vil som følge af den foreslåede ændring skulle ændres eller ophæves.

Til nr. 8

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 sundhedskoordinationsudvalget.

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.

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 praksis 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.

Der henvises i øvrigt til afsnit 2.2 om etablering af sundhedssamarbejdsudvalg m.v. i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 9

Det fremgår af sundhedslovens § 204, stk. 2, sidste 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 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. Ansvar for udarbejdelse af praksisplan fremover vil 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.

Til § 2

Det foreslås, at loven skal træde i kraft d. 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, ligeledes ikke gælder for Færøerne og Grønland.

Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

<i>Gældende formulering</i>	<i>Lovforslaget</i>
	§ 1 I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2019, som ændret senest ved § 2 i lov nr. 2619 af 28. december 2021, foretages følgende ændringer:
§ 203. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen samarbejder om indsatsen på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.	1. I § 203 indsættes som stk. 2 - 6: »Stk. 2. I hver region etableres der omkring hvert akutsygehus sundhedsklynger, som er et formaliseret 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 det fælles populationsansvar med udgangspunkt i akutsygehusenes optageområde og sikre sammenhængende 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, og borgmestrene for de deltagende kommunalbestyrelser. 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.

	<i>Stk. 5.</i> Formandskabet i en sundhedsklynge varetages af to ligeværdige formænd, som vælges henholdsvis blandt regionsrådets repræsentanter og blandt borgmestrene for de deltagende kommunalbestyrelser. Regionsrådet og de deltagende kommunalbestyrelser i sundhedsklyngen samarbejder om at sekretariatsbetjene sundhedsklyngen. <i>Stk. 6.</i> Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om sundhedsklynger.«
§ 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. <i>Stk. 2.</i> 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. <i>Stk. 3.</i> I hver region nedsættes et patientinddragelsesudvalg, som sundhedskoordinationsudvalget, jf. stk. 1, og praksisplanudvalget, jf. stk. 2, systematisk inddrager i deres drøftelser. Patientinddra-	2. I § 204, <i>stk. 1</i> og <i>5</i>, ændres »sundhedskoordinationsudvalg« til: »sundhedssamarbejdsudvalg«, og i § 204, <i>stk. 3, 1. pkt.</i>, § 205 <i>c</i>, <i>stk. 2</i>, og § 206 <i>a</i>, <i>stk. 2</i> ændres »sundhedskoordinationsudvalget« til: »sundhedssamarbejdsudvalget«. 3. I § 204, <i>stk. 1</i>, ændres »nedsætter i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen« til: »og kommunalbestyrelserne i regionen nedsætter i samarbejde«. 4. I § 204, <i>stk. 1</i>, indsættes som <i>2. pkt.</i>: »Sundhedssamarbejdsudvalget koordinerer og sætter retning for arbejdet på tværs af sundhedsklyngerne i regionen.« 5. § 204, <i>stk. 2</i>, affattes således: »Formandskabet i sundhedssamarbejdsudvalget varetages af en formand, som vælges blandt regionsrådets repræsentanter, og en næstformand, som vælges blandt de borgmestre, der er repræsenteret i sundhedssamarbejdsudvalget. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen sekretariatsbetjener i samarbejde sundhedssamarbejdsudvalget.« 6. I § 204, <i>stk. 3, 1. pkt.</i>, udgår »og praksisplanudvalget, jf. stk. 2,«.

gelsesudvalget består af medlemmer, som er udpeget af patient- og pårørendeorganisationer. <i>Stk. 4. ---</i> <i>Stk. 5.</i> 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. <i>Stk. 2.</i> Aktiviteterne, jf. stk. 1, skal drøftes i sundhedskoordinationsudvalget, jf. § 204.	7. I § 204, <i>stk. 5</i>, udgår », herunder om sammensætning og formandskab m.v., det i stk. 2 nævnte praksisplanudvalg«.
§ 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. <i>Stk. 2.</i> 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. <i>Stk. 3. ---</i>	8. I § 206 a, <i>stk. 1, 1. pkt.</i>, ændres »Det i § 204, stk. 2, nævnte udvalg« til: » Regionsrådet med inddragelse af kommunerne og almen praksis.«. 9. I § 206 a, <i>stk. 1</i>, indsættes efter 1. pkt. som nyt punktum: »Den endelige beslutning vedrørende praksisplanens udformning tilfalder regionsrådet.«