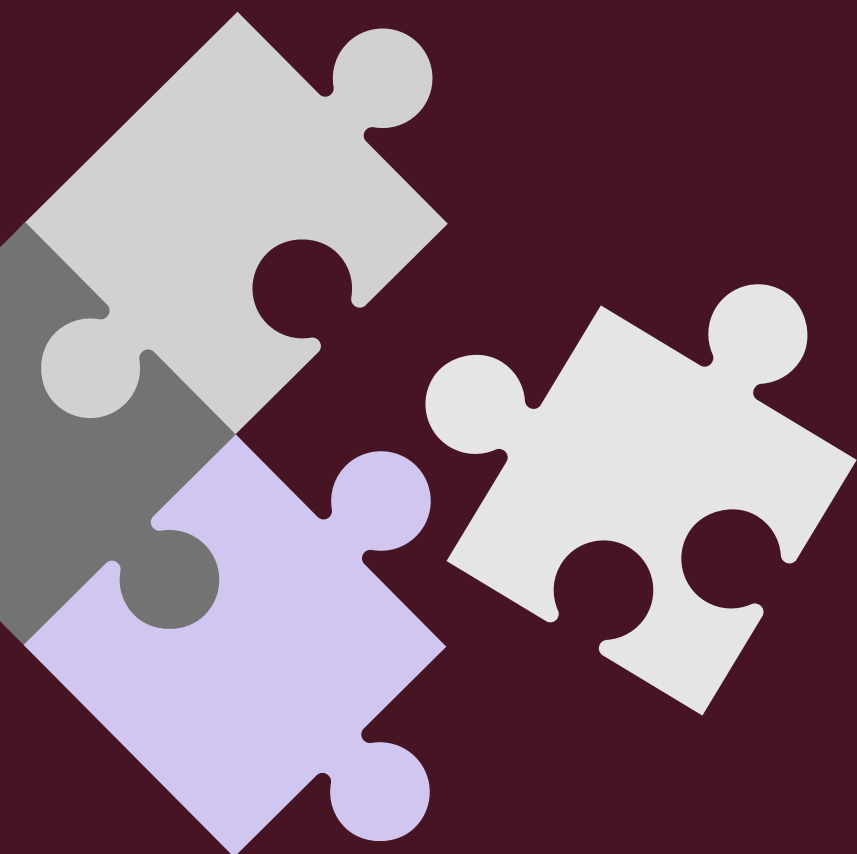


Inspirations- katalog

**Sundhedsrådsmidler
til nære indsatser**



KL

Inspirationskatalog – Sundhedsrådsmidler til nære indsatser

Sundhedsreformen giver sundhedsrådene ansvar for at udvikle et mere nært, sammenhængende og lige sundhedsvæsen, hvor det primære sundhedsvæsen er fundamentet. Denne folder er lavet til jer, der skal omsætte reformens ambitioner til konkrete, lokale beslutninger. Formålet er at inspirere til og give eksempler på anvendelsen af de 1,4 mia. kr. i investeringsmidler, som sundhedsrådene skal udmønte til at udbygge de nære kommunale sundhedstilbud. Folderen giver inspiration til kommunale principper og processer for udmøntning af midlerne, mulige indsatsområdet samt overblik over de nationalt aftalte rammer, når midlerne skal prioriteres i sundhedsrådene.

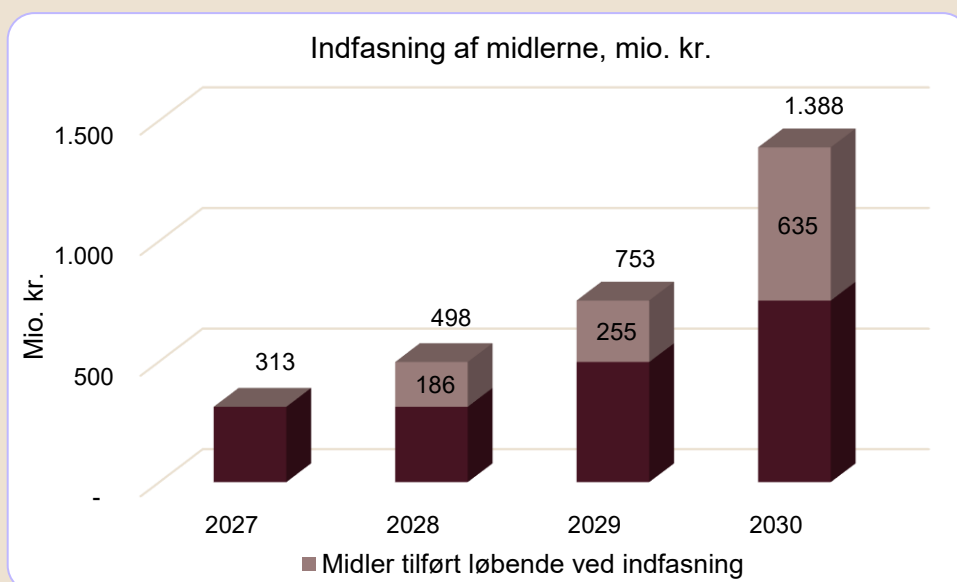
De kommunale investeringsmidler i sundhedsrådene

Sundhedsrådene skal samlet set udmønte 4,4 mia. kr. årligt til den nære sundhed fra 2030. I alt 2,4 mia. kr. går til nære sundhedsindsatser i regionerne, herunder flere læger i de almen medicinske tilbud. Og i alt 2 mia. kr. går til kommunale sundhedsindsatser, hvoraf 600 mio. går til kommunale sundhedsopgaver, hvor der udarbejdes nationale kvalitetsstandarder (bl.a. sygepleje og palliation), mens de 1,4 mia. kr. skal målrettes kommunale sundhedsopgaver og udmøntes gennem aftaler mellem sundhedsrådene og kommunerne.

Det er de 1,4 mia. kr., vi i denne folder kalder for de 'kommunale investeringsmidler'. Midlerne skal anvendes til reelle løft af de nære sundhedsindsatser i kommunerne, enten via nye indsatser eller udbygning af eksisterende indsatser.

2,0 mia. Kommunale ydelser	2,4 mia. Regionale ydelser
• 1,4 mia. til kommunale investeringsmidler • 0,4 mia. til bindende kvalitetsstandarder • 0,2 mia. til ikke-bindende kvalitetsstandarder	• Nære sundhedsindsatser i regionerne, herunder flere læger i de almen medicinske tilbud

De kommunale investeringsmidler indfases med 312,5 mio. fra 2027 stigende til 1,4 mia. årligt ved fuld indfasning fra 2030, som vist nedenfor. Fx tilføres der i 2028 yderligere 185,5 mio. kr. relativt til de 312,5 mio. kr. der udmøntes i 2027. En gennemgang af økonomien kan ses i bilag 1.



Processen og kommunale principper for udmøntning

Kommunernes koordinering

I forbindelse med sundhedsrådenes drøftelser om hvor og hvordan midlerne bedst og mest meningsfuldt udmøntes, vil der være behov for, at kommunerne har fælles drøftelser om og koordinering af mål og ønsker ift. midlerne. Det gælder både mellem kommuner inden for de enkelte sundhedsråd og på tværs af kommuner i hele regionen. Målet er at forventningsafstemme ønsker og prioriteringer ift. udmøntningen af midlerne op mod regionen og undgå udvikling af parallelle indsatser i kommuner og regioner.

De følgende principper kan bruges som fælles ramme for kommunernes prioriteringer og beslutninger om, hvordan midlerne omsættes i praksis.

Fire kommunale principper for udmøntning af investeringsmidler

1. Langsigtet kapacitetsopbygning bør være prioriteret over projekter
2. Fokus bør være på at udvikle og robustgøre de kommunale sundhedsopgaver
3. Alle kommuner bør have andel i midlerne
4. Aftaler indgås af den enkelte kommune og sundhedsrådet i forlængelse af fælleskommunale drøftelser og koordinering

Det **første princip** er, at midlerne bør bidrage til, at der investeres i langsigtet kapacitetsopbygning i kommunerne. Demografi- og samfundsudviklingen medfører øget efterspørgsel på kommunale sundhedstilbud, og de betydelige midler afsat med sundhedsreformen skal således bidrage til, at kommunerne kan styrke kapacitet og kvalitet. Som led heri kan en mindre andel af midlerne anvendes til udvikling og afprøvning af nye tiltag. Her anbefaler KL, at det gøres med henblik på senere udbredelse, såfremt indsatserne viser sig succesfulde.

Det **andet princip** sætter fokus på, at kommunerne indgår aftaler om at løse opgaver, der falder under det eksisterende kommunale myndighedsansvar. De kommunale investeringsmidler kan ikke anvendes til at finansiere opgaver, som regionen har ansvar for at løfte. Hvis der er ønske om, at kommunerne skal varetage en regional opgave er det muligt at indgå en horisontal samarbejdsaftale, som finansieres særskilt af regionale midler. Der er afsat særskilte midler på 2,4 mia. kr. til udvikling af regionernes nære tilbud, ligesom der samlet er afsat 1,165 mia. kr. yderligere til at løfte kvaliteten på de fire opgaveområder, som med sundhedsreformen overdrages fra kommuner til region.

Det bemærkes, at sundhedsrådet efter aftale med *samtlige* kommunalbestyrelser i et sundhedsråd kan anvende midlerne til nære kommunale sundhedsindsatser til betaling for nære regionale sundhedsydelser. KL anbefaler ikke at gøre brug af denne mulighed.

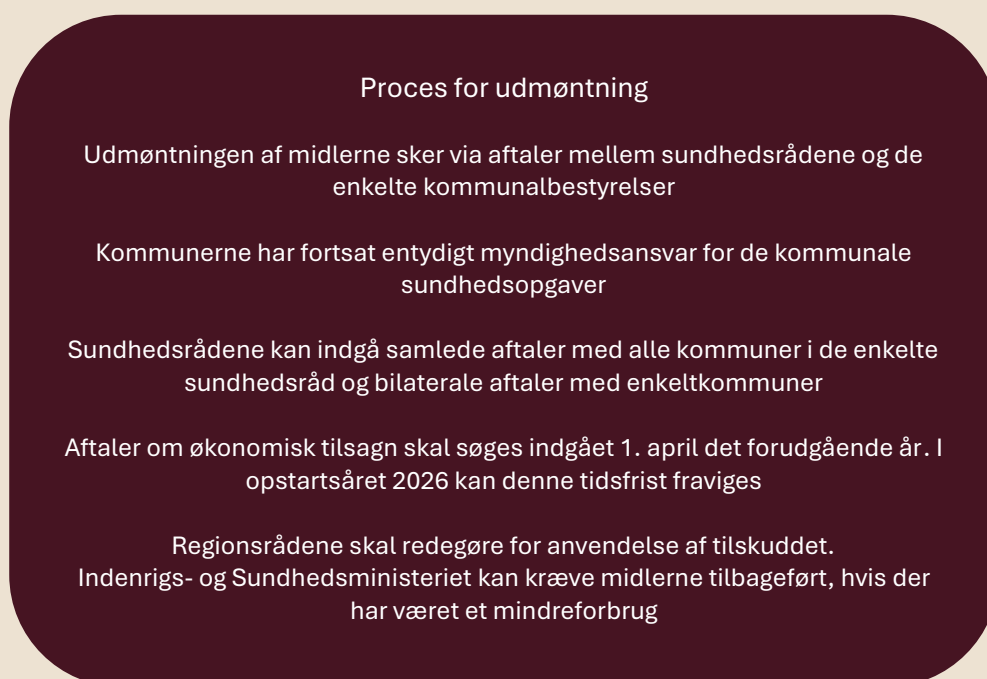
Det **tredje princip** er, at alle kommuner i de enkelte sundhedsråd som udgangspunkt bør have andel i midlerne. Udfordringsbilledet og eksisterende indsatser kan variere fra kommune til kommune,

hvilket også betyder, at indholdet af konkrete aftaler kan variere mellem i de enkelte kommuner. Det vil understøtte, at kommunerne har gode, fælles udgangspunkter for at løfte den kommunale sundhedsopgave.

Det **fjerde princip** er, at selvom aftaler indgås mellem den enkelte kommune og sundhedsrådet, så sker det i forlængelse af en gensidig drøftelse eller koordinering mellem de kommuner, som indgår i samme sundhedsråd og på tværs af kommunerne i regionen, fx i regi af Sundhedskoordinationsfora (SKF). Dette er vigtigt for at give kommuner det bedste mulige udgangspunkt for at påvirke udkommet af forhandlingerne.

Alle sundhedsråd skal udarbejde en nærsundhedsplan, der beskriver omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen. Nærsundhedsplanen skal sætte mål for og beskrive arbejdet med understøttelse af kommunale sundhedsindsatser og samarbejde omkring tværsektorielle temaer. Derfor er nærsundhedsplanen et instrument, som sundhedsrådet kan bruge til at fastlægge mulige temaer og rammer for den aftalebaserede udmøntning af midlerne til de kommunale sundhedsindsatser.

Proces for udmøntning



Selve udmøntningen af midlerne sker via aftaler med sundhedsrådet og de enkelte kommunalbestyrelser inden for det enkelte sundhedsråd. Det betyder også, at kommunerne fortsat har det entydige myndighedsansvar for de kommunale sundhedsopgaver, der indgås aftale om tilskud til.

Sundhedsrådene kan både indgå samlede aftaler med alle kommuner i de enkelte sundhedsråd fx med ophæng i nærsundhedsplaner og kan også indgå bilaterale aftaler med enkeltkommuner.

Ved indgåelse af aftalerne skal konkrete tids- og bindingsperioder aftales lokalt og fremgå af aftalerne. Dette er særligt af hensyn til stabiliteten i de kommunale driftsopgaver. Det samme gælder rammerne for at ophæve tilsagnet fra begge parter side.

Der er ikke fastsat en begrænsning fra statslig side på tidsperioden for et tilsagn. Det er op til kommunalbestyrelsen og sundhedsrådet at aftale lokalt. Det understreger behovet for at indgå langsigtede aftaler om langvarig kapacitetsopbygning for stabilitet i den kommunale drift.

Aftaler om økonomisk tilsagn fra regioner til kommuner skal søges indgået 1. april det forudgående år for at imødekomme den kommunale budgetlægningsproces. I opstartsåret 2026 kan tidsfristen dog fraviges.

Efterfølgende skal regionsrådene afgive en redegørelse for anvendelse af tilskuddet der er givet til kommunerne. Hvis redegørelsen viser, at der har været et mindreforbrug af midlerne i tilskudsrammen, det vil sige, at hvis der ikke er indgået aftaler om udmøntning af alle midlerne, så kan Indenrigs- og Sundhedsministeriet vælge at kræve midlerne tilbageført.

Indsatsområder

Med sundhedsreformen er der en klar ambition om at omstille sundhedsvæsenet mod et mere nært, lige og sammenhængende sundhedsvæsen. Det skal disse midler bidrage til at realisere.

Samtidig er der relativt vide rammer for, hvad de kommunale midler i sundhedsrådene kan udmøntes til. Det kan både være kommunale sundhedslovsopgaver eller kommunale opgaver på tilgrænsende områder, fx social-, ældre-, børn og unge- eller beskæftigelsesområdet.

Det afgørende er, at indsatserne skal have betydning for borgernes sundhed, eksempelvis tiltag der understøtter forebyggende indsatser, tidlig opsporing eller rehabiliterende indsatser som reducerer borgerens kommunale plejebehov. Det kan også bidrage til at aflaste sygehusene.

Nedenfor fremgår der en figur, der viser inspiration til en række forskellige formål som midlerne kan målrettes til inden for rammen af at styrke den kommunale kerneopgave.

Figur 1 Eksempler på mulige indsatsområder



Nationalt aftalte rammer

Udover de anbefalede kommunale principper for udmøntning af midlerne er der også nationalt aftalte principper. Regeringen, KL og Danske Regioner har i **Forårsaftalen 2025** indgået aftaler om fire grundlæggende principper for aftaleindgåelsen mellem sundhedsrådene og kommunalbestyrelserne om udmøntning af midler til nære kommunale sundhedsindsatser (1,4 mia. kr. – kommunale midler). Midlerne fordeles, først mellem landets 17 sundhedsråd og herefter til kommunerne.

Nedenfor kan du se de fire grundlæggende principper for aftaleindgåelsen mellem sundhedsrådene og kommunalbestyrelserne, som aftalt i Forårsaftalen 2025.

Fire principper for aftaleindgåelsen med sundhedsrådene

1. Myndighedsansvar: Den aftalebaserede udmøntning understøtter, at det entydige ansvar for den konkrete varetagelse af kommunale sundhedsopgaver fortsat påhviler kommunerne, således at borgerne har mulighed for at placere et politisk ansvar for varetagelsen af konkrete opgaver i kommunerne. Det er således en præmis for den aftalte model, at selvom midlerne udmøntes af regionerne via sundhedsrådene, påhviler det formelle myndighedsansvar for opgavevaretagelsen kommunerne.

2. Gennemsigtighed og videndeling: For at understøtte gennemsigtigheden i de økonomiske prioriteringer, er parterne enige om at dele relevante informationer med hinanden, herunder stille fornøden information om konkrete kommunale og regionale sundhedsindsatser til rådighed i forbindelse med aftaleprocesserne.

3. Rækkevidden for tilsagnskrav: I de aftalebaserede tilsagn om midler til løft af kommunale sundhedsindsatser kan indgå krav til og aftaler om niveauet for faglighed, indsatser og kvalitet i sundhedsindsatser, som i lovgivningen er henlagt til kommunerne – også sundhedsindsatser som er forankret på andre kommunale områder fx ældreområdet eller socialområdet. Der skal være proportionalitet mellem tilsagnets størrelse og kravenes omfang og rækkevidde. Kommunerne skal fortsat have mulighed for tværgående prioritering på tværs af opgaveområder, herunder sundheds- og ældreområdet. Tilsagnskrav kan ikke låse en kommune på et bestemt udgiftsniveau. Som led i et aftalt tilsagn om løft af kommunale sundhedsindsatser kan dog indgå forudsætninger om niveauet for fx faglighed og kvalitet i opgaveløsningen.

4. Tilsagnsbetingelser: Aftalerne skal bidrage til, at der kan investeres i langsigtet kapacitetsopbygning og udvikles indsatser i tråd med sundhedsreformens intentioner om omstilling af sundhedsvæsenet. Der kan heri også indgå midlertidige løft, fx ifm. udvikling og afprøvning af nye indsatser. Aftaler om løft af kommunale indsatser skal tage højde for interne driftshensyn i kommunerne fx i forhold til budgetlægningsprocessen, og aftaleprocesserne skal tilrettelægges under hensyn til at mindske afledt administration. Som led heri, er det ikke hensigten at sundhedsrådene skal foretage en egentlig udgiftsopfølgning i kommunerne. Desuden er det vigtigt, at konkrete aftaler om økonomiske tilsagn til kommunale indsatser skal forholde sig til centrale vilkår, herunder tids- og bindingsperioder for det konkrete tilsagn samt rammerne for at ophæve tilsagnet fra parternes side.

KL