

Sundheds- og Kirkeministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

Den 16. september 2026

## **Høringssvar vedr. udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan samt Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan.**

Dansk Erhverv takker for muligheden for at deltage i høring vedr. hhv. udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og udkast til Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan.

Dansk Erhverv noterer sig, at nærsundhedsplanen skal udformes inden for rammerne af sundhedsloven, herunder blandt andet § 206 d i regionsloven samt nærværende bekendtgørelse og vejledning.

Dansk Erhverv repræsenterer en bred vifte af virksomheder og organisationer inden for sundheds- og velfærdsområdet. Herunder virksomheder, som enten producerer eller leverer sundhedsprodukter inden for life science, biotek og velfærdsteknologi, virksomheder og organisationer, der leverer sundhedsydelser til det offentlige (f.eks. privathospitaler, klinikker og leverandører af forskellige velfærdsydelser og tilbud inden for genoptrænings- og præhospitalsområdet). Ligeledes tæller Dansk Erhvervs medlemmer en række private og selvejende virksomheder på ældreområdet og leverandører af socialpsykiatriske botilbud, samt en række patientorganisationer.

Dansk Erhverv henviser til tidligere afgivne høringssvar om emnet på et overordnet lovgivningsniveau [høringssvar fra Dansk Erhverv vedr. lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v. den 2. juli 2025<sup>1</sup>](#)

### **Generelle bemærkninger**

Dansk Erhverv stiller sig positivt over for, at man i den nye sundhedsstruktur har fokus på at forankre en stærkere indsats tættere på borgeren. Dansk Erhverv anerkender, at der ses et udfor-dringsbillede præget af flere patienter med kroniske sygdomme, multisyge patienter og ældre patienter, som lever længere. Her er en del af løsningen en styrkelse af indsatsen tættere på borgerne, som man ønsker at forankre blandt andet i de nye sundhedsråd, med nærsundhedsplanerne som en central komponent.

Dansk Erhverv bemærker, at der med sundhedsreformen blandt andet er åbnet op for **1)** at regionerne kan indgå aftale med private leverandører om at drive regionale sundheds- og omsorgs-pladser, **2)** at private leverandører af helhedsplejen også skal have mulighed for at levere almene

---

<sup>1</sup> Se evt. også: høringssvar fra Dansk Erhverv vedr. Supplerende høring over lovforslag om opgaveflyt, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner mv. [18. september 2025]. Alle Dansk Erhvervs høringssvar offentliggøres på [danskerhverv.dk](http://danskerhverv.dk)

sygeplejeydelser, der integreres i helhedsplejen, og **3)** at muligheden for offentlig-privat samarbejde tænkes med i arbejdet med hjemmebehandlingsteams, akutsygepleje samt genoptrænings- og rehabiliteringsområdet. Hermed peger aftalen i retningen af et politisk ønske om et styrket offentlig-privat samarbejde om sundhed.

Dansk Erhverv støtter op om at sætte tidligere ind og skabe mere sammenhæng for både patienter og borgere i berøringen med sundhedsvæsenet. I forhold til at skabe mere sammenhæng, er det dog væsentligt, at man skelner mellem sundhedsreformens ønske om at samle og styrke samarbejdet om et myndigheds- og populationsansvar<sup>2</sup> på den ene side, og på den anden side muligheden for at levere sundhedsindsatser fra forskellige tilbud fra eksisterende aktører, der allerede har tilbud af høj kvalitet.

Dansk Erhverv har tidligere anbefalet, at sundhedsplaner og nærsundhedsplaner har bindende mål. Det bør blandt andet understøtte samarbejde mellem offentlige og private aktører på tværs af områder, produktivitet, en fælles indsats for styrket forebyggelse, digitalisering, styrket hjemmebehandling, kvalitet og ventetid i sundhedsvæsenet mv. Sundhedsrådene bør, hvor det er relevant i forhold til lokale behov og de enkelte planområder, forholde sig konkret til, hvordan disse hensyn bidrager til bedre og mere sammenhængende forløb for borgerne.

Dansk Erhverv finder det væsentligt, at nærsundhedsplanerne skal bygge på et fælles og tilstrækkeligt oplyst grundlag, der gør det muligt både at følge resultaterne for borgerne og at bringe relevant kapacitet i spil. Det forudsætter klare mål og opfølgning, leverandørneutral planlægning, tidlig dialog om mulige løsninger samt data og digitale rammer, der gør samarbejde på tværs muligt. Samtidig skal processerne omkring vedtagelse og ændringer være gennemsigtige og forudsigelige, hvis planerne skal skabe et reelt grundlag for investeringer og samarbejde.

Dansk Erhverv bemærker kritisk, at nærværende lovgivning og vejledning må forventes at skabe mere offentligt bureaukrati og flere administrative stillinger, og opfordrer til, at man er opmærksom på en implementering, der understøtter mindre bureaukrati i alle led og har fokus på at forenkle beslutningsprocesserne. Tal for tallenes egen skyld, dokumentation, visioner, ambitioner og mål skaber ikke *i sig selv* mere sundhed, og det er væsentligt, at sundhedsbehandlingen udvikles med patienten og borgeren, frem for systemet, i centrum.

## Specifikke bemærkninger

### ***Bemærkninger til bekendtgørelsens § 1, stk. 3, og §§ 5 og 6 samt vejledningens afsnit 2.1, 4.1 og 6 (Mål, og opfølgning på nærsundhedsplaner)***

Bekendtgørelsens § 1, stk. 3, fastsætter, at nærsundhedsplanerne skal indeholde mål for omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen. Vejledningens afsnit 4.1 præciserer herudover, at de lokale mål skal omsættes til indikatorer.

Kommunerne har siden 2007 haft ansvaret for sundhedsfremmende og forebyggende tilbud. Dansk Erhverv konstaterer, at bl.a. på grund af den uklare lovgivning, [ofte kaldt 'gummiparagraffen'](#), har der været meget varierende forebyggelsesindsatser, og der er i høj grad brug for en

<sup>2</sup> Se også vejledningens differentiering mellem at nærsundhedsplanen har et samlet populationsansvar, men at sundhedsrådet ikke tillægges et selvstændigt myndighedsansvar i afsnit 2.2.

styrkelse af området. Dansk Erhverv mener, at målene bør være bindende og have karakter af egentlige krav.

Dansk Erhverv støtter, at der gives plads til lokale prioriteringer, men anbefaler, at det tydeliggøres, at planerne, hvor det er relevant, skal indeholde mål for kvalitet, ventetid, produktivitet, hjemmebehandling og hjemmemonitorering, digitalisering samt samarbejde mellem offentlige og private aktører mv. (Se Dansk Erhvervs tidligere høringssvar til rammelovgivningen. Dansk Erhverv bemærker i den forbindelse, at det kan være hensigtsmæssigt med sammenlignelige mål/krav på tværs, så udbydere af tilbud til det nære sundhedsvæsen kan byde ind på tværs.

Dansk Erhverv er enig i den opmærksomhed, der fremhæves når vejledningen i afsnit 2.1 skriver at *"Patientforløb følger ikke nødvendigvis sundhedsrådenes geografiske afgrænsning, og nærsundhedsplanen bør derfor også have blik for, hvordan sammenhæng og koordinering understøttes på tværs af sundhedsrådsgrænser og sektorer."* Dansk Erhverv noterer sig i forlængelse heraf *for det første*, at teknologi, særligt digitale sundhedsløsninger, også kan skabe nærhed, der er løsrevet fra de enkelte geografiske enheder. Inddelingen i yderligere geografiske enheder bør derfor ikke stå i vejen for udbredelsen af digitale sundhedsløsninger og den fleksibilitet, det kan medføre. *For det andet* mener Dansk Erhverv også, at *nærhed i sig selv* ikke bør være et kvalitetsparameter, når det kommer til den specialiserede rehabilitering, hvor Dansk Erhverv ligesom andre aktører er bekymret for, om man formår at bygge videre på de eksisterende vidensmiljøer på området, de steder hvor det fungerer godt og man har en høj specialisering og stærke faglige miljøer. Og *for det tredje*, at logikken bør føres videre til, at arbejdet med at styrke sundheden ikke er noget, myndighederne kan lykkes med alene, men det kræver en samfundstilgang, hvor flere kræfter og løsninger bringes i spil.

Bekendtgørelsens § 5 pålægger regionsrådet at følge op på fremdrift og realisering af planens mål, mens vejledningens afsnit 6 beskriver den regionale og nationale opfølgning. Dansk Erhverv anbefaler, at der for hvert væsentligt indsatsområde bør være en konkret plan for tidsplan, ansvar mv., så opfølgningen vedrører reel gennemførelse og resultater frem for alene igangsatte aktiviteter, og så aktører udover myndighederne selv har en klar og forudsigelig ramme, som de kan spille ind i.

### ***Bemærkninger til bekendtgørelsens § 1, stk. 4, samt vejledningens afsnit 4.2 og 4.3 (Styrket lokal planlægning og brug af den samlede kapacitet)***

Bekendtgørelsens § 1 stk. 4, stiller krav om lokal planlægning inden for *"1) De almenmedicinske tilbud 2) Nære regionale sundhedsindsatser 3) Sygehuse, herunder sygehusenes samspil med det øvrige sundhedsvæsen 4) Det øvrige praksisområde 5) Forløb, hvor der indgår indsatser inden for psykiatri og somatik"*, og § 1 stk. 5 giver muligheden for at supplere den *"lokale planlægning af øvrige regionale sundhedsindsatser ud fra lokale behov, herunder i forhold til sundhedsrådenes arbejde med at fremme lighed i sundhed og folkesundheden, samt samarbejde med civilsamfundet."* Vejledningens afsnit 4.3 udfolder disse områder yderligere.

Dansk Erhverv anbefaler, at det præciseres, hvad der skal indgå i vurderingen af *"den samlede kapacitet"*, når det nævnes i vejledningens, så den reelt samlede kapacitet kan bringes i spil inklusiv

kapaciteten uden for det offentlige. Der bør ligeledes tilføjes en eksplicit formulering om, at sundhedsrådet i relevant omfang kan og bør inddrage eksterne samarbejdspartnere for at understøtte kvalitet og tilgængelighed.

Nærsundhedsplanerne bør således forholde sig aktivt til, hvordan relevant offentlig, privat og civil kapacitet kan anvendes, når det styrker kvalitet, tilgængelighed og sammenhæng i forløb for borgere og patienter. Planlægningsansvaret for en befolkningsgruppe bør ikke blive lig med en forventning om egenproduktion. Dansk Erhverv anbefaler derfor også, at der indsættes en præcisering i vejledningens afsnit 4.3 om, at nærsundhedsplanen skal omfatte og beskrive relevante samarbejdsformer og innovative partnerskaber mellem offentlige og private aktører.

Dansk Erhverv kvitterer positivt for, at hjemmebehandling og hjemmemonitorering er nævnt i vejledningen flere steder, som vi også har peget på i tidligere høringssvar. Der er bred folkelig opbakning til denne udvikling mod mere hjemmebehandling og hjemmemonitorering. [En undersøgelse fra Dansk Erhverv viser](#), at knap to ud af tre danskere (65 pct.) foretrækker at blive indlagt i hjemmet frem for på sygehuset, når det er sundhedsfagligt forsvarligt. Ligeledes mener 66 pct., at sundhedsvæsenet i højere grad bør anvende digitale løsninger til monitorering i hjemmet. Dansk Erhverv gør opmærksom på, at det indgår i sundhedsreformen, at der skal være mulighed for offentlig-privat samarbejde om området. Dansk Erhvervs specifikke kommentarer om det er uddybet nedenfor knyttet til de relevante punkter i vejledningen.

Vejledningens afsnit 4.3 favner som nævnt ovenfor en bred vifte af områder, hvilket giver anledning til en række konkrete bemærkninger til indholdet:

- **Almenmedicinske tilbud.** Bekendtgørelsen anvender i § 4 stk. 1 den brede betegnelse “*almenmedicinske tilbud*”, hvilket er i overensstemmelse med sundhedsreformens vision om at sikre en bred sammensætning af klinikformer. Dansk Erhverv opfordrer til, at denne del præciseres, så der ikke opstår tvivl om, hvorvidt udvalgte offentlige eller private organisationer eller klinikformer tildeles eksklusive rettigheder, men at planlægningen i stedet tager udgangspunkt i patienternes lokale behov.
- **Sygehuse, herunder sygehusenes samspil med det øvrige sundhedsvæsen.** Bekendtgørelsen anvender i § 1, stk. 4, nr. 3, den brede betegnelse ‘*sygehuse*’, mens vejledningens beskrivelse af sygehusområdet i afsnit 4.3 navnlig tager afsæt i regionale sygehuse. Dansk Erhverv anbefaler, at det præciseres, at planlægningen skal tage udgangspunkt i den behandlingskapacitet, der reelt indgår i borgernes forløb, uanset organisatorisk forankring. Sundhedsrådenes ansvar bør være et myndighedsansvar for resultater, kvalitet og adgang for borgerne og ikke en implicit præference for en bestemt driftsform.

Det beskrives yderligere, hvordan nærsundhedsplanen skal arbejde med *udadvendte sygehuse*, herunder ”udvikling af nye løsninger”. Dansk Erhverv anbefaler, at formuleringen ”udvikling af nye løsninger” erstattes af ”brug af nye og eksisterende løsninger” for at afspejle, at der allerede i dag findes en lang række digitale, diagnostiske, etc. løsninger, som kan skaleres systematisk. Der er således primært brug for, at nærsundhedsplanen beskriver rammerne for brug af løsninger, snarere end at udvikle løsninger i konkurrence med eksisterende offentlige og private udbydere.

Dansk Erhverv kvitterer også for, at der er lagt op til *'Styrket hjemmebehandling og hjemme-monitorering'* som en del af sygehusenes udvikling, men foreslår, at der indskrives, at denne rådgivning skal ske leverandørneutralt, underlagt nationale faglige kvalitetskrav, men ikke med én enkelt leverandør på tværs af landet.

- **Det øvrige praksisområde.** Bekendtgørelsens § 1, stk. 4, nr. 4, kræver planlægning af *det øvrige praksisområde*, som vejledningens afsnit 4.3 konkretiserer til blandt andet fysioterapeuter. Dansk Erhverv bemærker i den forbindelse, at det er væsentligt at tage udgangspunkt i eksisterende fysioterapiklinikker, som allerede er lokalt forankret i hele landet. Klinikkerne bør med fordel indgå i sundhedsrådenes kapacitetsvurderinger og i en lokal dialog om relevante løsninger, herunder i forløb om rehabilitering, forebyggelse og kronisk sygdom. Dansk Erhverv repræsenterer sammen med 'Sundhed Danmark - Fysioterapi' flertallet af klinikker med ydernummer, og vores medlemmer vil gerne bidrage til at løfte sundheden i det nære sundhedsvæsen.
- **Forløb, hvor der indgår indsatser inden for psykiatri og somatik.** Dansk Erhverv er positiv over for, at området indgår særskilt i nærsundhedsplanerne, hvilket er i tråd med Dansk Erhvervs tidligere anbefaling til lovgrundlaget. Planerne bør understøtte sammenhæng mellem behandlingspsykiatrien, somatikken og socialpsykiatrien og fleksibelt inddrage relevante private og selvejende tilbud samt andre aktører, som bidrager til borgernes samlede forløb. En væsentlig del af tilbuddene i socialpsykiatrien drives af private og selvejende aktører, og arbejdet med området bør derfor afspejle den faktiske sammensætning af området.

Private leverandører bidrager også allerede væsentligt til udredning og behandling på psykiatriområdet og har også kompetencer til at understøtte sammenhængende forløb på tværs af psykiatri og somatik. Dansk Erhverv anbefaler derfor ligesom Sundhed Danmark, at vejledningen tydeliggør, at private leverandører kan indgå i kapacitetsplanlægningen, så den afspejler den kapacitet, der reelt anvendes.

- **Nære regionale sundhedsindsatser.** Vejledningens afsnit 4.2 definerer, at *"Nærsundhedsplanen skal indeholde en beskrivelse af den lokale planlægning af nære regionale sundhedsindsatser inden for sundhedsrådets geografiske område, fx sundheds- og omsorgspladser, regional akutsygepleje, patientrettet forebyggelse, rehabilitering på specialiseret niveau samt den mest specialiserede del af genoptræning på avanceret niveau, hjemmebehandling og indsatser til borgere med kronisk sygdom"*.
  - Dansk Erhverv bemærker i forhold til *rehabilitering på det specialiserede niveau*, at en væsentlig del af den specialiserede rehabilitering på hjerneskadet i dag varetages af private og selvejende tilbud med stærke faglige og tværfaglige miljøer. Hvis disse svækkes som følge af en ensidig regional opbygning eller usikkerhed om det fremtidige patientgrundlag, risikerer vi at miste vigtig tværfaglig specialisering – til skade for nogle af de mest komplekse patientforløb. Dansk Erhverv bemærker derfor, at det er væsentligt at sikre et stærkt offentlig-privat samarbejde på området, både på kort og lang sigt, og at dette ønske er bredt forankret i aftalekredsen bag sundhedsreformen.

Dansk Erhverv er kritiske over for, at den specialiserede rehabilitering jævnf. vejledningens afsnit skal udvikles i relation til "geografisk tilgængelighed". Formålet med at op-

bygge et mere nært sundhedsvæsen bl.a. er at sikre et mere tilgængeligt sundhedsvæsen både er at imødegå den demografi, vi står over for og at udvikle, ikke afvikle den eksisterende sundhedsbehandling (m.v.). Med nærhed, hvor det giver mening, og fortsat med centrale, specialiserede funktioner, hvor det giver den bedste kvalitet. Dansk Erhverv mener derfor, at det står i modsætning til patienternes interesse, at det specialiserede hjerneskadeområde bliver omfattet af det ”geografisk tilgængelighed”, og foreslår der indskrives en undtagelse for dette område.

- Dansk Erhverv bemærker som også nævnt i tidligere høringssvar, at arbejdet med at flytte ansvaret for *akutsygeplejen* foregår samtidig med implementeringen af helhedsplejen<sup>3</sup>, og opfordrer til dialog på tværs, så det sikres, at helhedsplejen bliver implementeret hensigtsmæssigt. Der er brug for en hurtig afklaring af grænsen mellem akut og specialiseret sygepleje, som skal forankres i regionerne, og den almene sygepleje, som både kommunale og private leverandører skal levere tæt på borgeren. Private aktører skal snarest have indsigt i, hvor meget sygepleje deres borgere modtager, så de kan ansætte det rette personale og sikre stabile forløb for de ældre, ligesom der skal være ensartethed på landsplan i, hvad der kan udføres af forskellige faggrupper. Derfor anbefaler Dansk Erhverv, at der i forbindelse med implementeringen sikres klare snitflader mellem den almene kommunale sygepleje og den regionale akutsygepleje samt gode samarbejdsmodeller for ikke-offentlige leverandører. Herunder for eksempel med særlig opmærksomhed på at sikre, at datasystemer på tværs af myndigheder og leverandører spiller sammen, så man ikke de facto ender med at favorisere nogle leverandørformer frem for andre.
- Ift. hhv. *patientrettet forebyggelse, sundheds- og omsorgspladser, genoptræning og kvalitetsstandarder* henviser Dansk Erhverv til vores bemærkninger ved rammelovgivningen, afgivet den 2. juli 2025, [vedr. lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner mv.](#) I forhold til *sundheds- og omsorgspladser* specifikt, se også den sideløbende høring om lovpakke 3a, lovforslag 1 vedr. bl.a. frit valg til sundheds- og omsorgspladser, der også offentliggøres på Dansk Erhvervs hjemmeside efter høringsfristen, samt afsnittet ”*Sundheds- og omsorgspladser (§ 118d)*” på side 3-4 i ovennævnte høringssvar for Dansk Erhvervs anbefalinger til området.
- Ift. *hjemmebehandling* bemærker Dansk Erhverv, at for at lykkes med en markant udbredelse af hjemmebehandling og -monitorering er der behov for en helhedsorienteret tilgang med udgangspunkt i patientens behov. Her er det værd at være opmærksom på ”*not invented here*”-problematikker, hvor man tror, man bruge ressourcer på at udvikle sine egne, offentlige løsninger, i stedet for at skalere eksisterende, fungerende løsninger. Det er ligeledes væsentligt at udflytning af behandling understøttes systematisk – både organisatorisk, digitalt og indkøbsmæssigt – og at offentligt-private samarbejder kan fungere gnidningsløst. Fokus bør være at lære af og skalere løsninger, der allerede har dokumenteret gode resultater, herunder erfaringer fra både Dan-

---

<sup>3</sup> Se bl.a.:

- [Dansk Erhvervs høringssvar vedr. lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner mv.](#)
- [Dansk Erhvervs høringssvar til sundhedsstrukturkommissionen.](#)

mark og udlandet. Der eksisterer allerede i dag offentlig-privat samarbejde på området, der viser, at hjemmebehandling kan gennemføres sikkert, effektivt og med høj patienttilfredshed, hvis rammerne er de rette<sup>4</sup>.

Vejledningens afsnit 4.2 omhandler fælles, national dataunderstøttelse og afsnit 4.3 omhandler lokal planlægning af regionale sundhedsopgaver. Dansk Erhverv bemærker, at nærsundhedsplanerne bør konkretisere principper for sikker og lovlig dataadgang samt interoperabilitet, så digitale løsninger kan indgå i de faglige arbejdsgange på tværs af sektorer og driftsformer. Dansk Erhverv anbefaler, at der sammentænkes med indholdet i den nationale sundhedsplan på side 25.

Dansk Erhverv anbefaler, at der i bekendtgørelsens § 1, stk. 5 efter "Civilsamfundet" bør tilføjes "og almene boligorganisationer, virksomheder m.fl.". Dansk Erhverv bemærker, at teksten refererer til folkesundhedsloven, hvor der i sundhedsreformen bl.a. står "*Kommunernes arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme skal foregå i et tæt samarbejde med **civilsamfundet, de almene boligorganisationer, lokale virksomheder m.fl.** Det kan fx ske ved at inddrage lokale foreninger og styrke samarbejdet med frivillige organisationer for, at flere børn, unge og voksne kan samles i aktive lokale fællesskaber. Det kan bl.a. medvirke til at forbedre den mentale sundhed og mindske ensomhed. Det kan også ske ved at etablere partnerskaber med lokale arbejdspladser og sætte fokus på trivsel og sundt arbejdsmiljø.*" (Kilde, Sundhedsreformen side 60, egne fremhævninger)

Da der i lovteksten som nævnt henvises til den kommende folkesundhedslov i paragraffen, mener Dansk Erhverv, at den politiske intention fra sundhedsreformen bør tilvejebringes helt i lovgrundlaget, hvis man ønsker at følge aftalen til dørs i implementeringen. Dette bør også opfølges en tilsvarende ændring af vejledningen i afsnit 3 og afsnit 4.3.

### **Bemærkninger til §§ 2 og 3 samt vejledningens afsnit 2.4, 3.3, 3.4, 4.4 og 4.5 (Samarbejde om sammenhængende forløb på tværs af sektorer)**

Bekendtgørelsens §§ 2 og 3 stiller krav om beskrivelser af regionalt samarbejde med og understøttelse af kommunale tilbud og indsatser. Vejledningens afsnit 4.4 og 4.5 angiver, at beskrivelserne blandt andet bør omfatte relevante snitflader, opgavefordeling og mål for indsatsen. Samtidig fremgår det af vejledningens afsnit 3.3 og 3.4, at nærsundhedsplanerne kan danne grundlag for udmøntning af midler og efterfølgende samarbejdsaftaler.

Dansk Erhverv kvitterer positivt for, at indsatser inden for forebyggelse og sundhedsfremme er fremhævet i bekendtgørelsens § 3, stk. 3. Dansk Erhverv noterer sig dog, at begreberne ikke er nærmere defineret i vejledningen. Dansk Erhverv anbefaler, at man bruger en bred definition af forebyggelse, der også inkluderer vaccination og medicinsk forebyggelse.

<sup>4</sup> Modeller for offentlig-private samarbejde om området inkluderer bl.a.:

- Offentlig-privat samarbejde om selve ydelsen, hvor private aktører i samarbejde med regionerne og evt. sundhedsråd og kommuner i fællesskab varetager dele af **behandlingen i hjemmet**, fx hjemmeindlæggelse, akut vurdering og opfølgning. Dette kan ses i flere konstellationer. (eksempel: Acucare)
- Offentligt-privat samarbejde om selve ydelsen, hvor private aktører på vegne af regionerne varetager **monitorering i hjemmet**, fx af hjertepatienter (fjernmonitorering vha. digitalt udstyr)
- Privat-privat samarbejde eller konsortier hvor virksomheder går sammen om at levere **ydelse som understøtter at behandling eller monitorering flyttes fra hospitalet til hjemmet** (fx IV-understøttet lægemiddelbehandling)

Vejledningens afsnit 2.4 beskriver bl.a. nærsundhedsplanen som ramme for regionens samarbejde med øvrige aktører, mens afsnit 3.3 og 3.4 beskriver planernes betydning for investeringer og samarbejdsaftaler. Det er ikke tilstrækkeligt, at private og andre eksterne aktører i princippet kan bidrage. Der bør være reel og tidlig adgang til dialog om behov, løsninger og kapacitet, før valg af løsning og samarbejdsmodel er låst.

Dansk Erhverv finder det væsentligt, at denne planlægning ikke fører til, at valg af kapacitet og leveringsmodel træffes som en intern myndighedsplanlægningsøvelse. Når sundhedsrådet udpeger samarbejdsområder eller forbereder investeringer og aftaler, bør relevante private aktører inddrages tidligt og transparent. Det vil kvalificere vurderingen af behov, eksisterende kapacitet og løsningsmuligheder og skabe et reelt rum for innovative samarbejder mellem offentlige og private aktører inden for rammerne af gældende regler. Vejledningen bør således tydeliggøre, at regional understøttelse af kommunale indsatser også kan ske i samspil med relevante private leverandører og partnerskaber, når det styrker kvalitet, sammenhæng eller tilgængelighed.

#### **Bemærkninger til § 4 samt vejledningens afsnit 5 (Inddragelse ved udarbejdelse og ændring af nærsundhedsplanerne)**

Bekendtgørelsens § 4 og vejledningens afsnit 5.1 til 5.4 fastlægger rammerne for udarbejdelse, vedtagelse, rådgivning og indsendelse af nærsundhedsplanerne. Dansk Erhverv finder det positivt, at der etableres en tydelig planlægningscyklus. For at sikre et tilstrækkeligt oplyst grundlag bør vejledningen samtidig understrege, at relevante private og øvrige eksterne aktører inddrages tidligt i arbejdet, herunder når lokale behov, kapacitet og løsningsmuligheder kortlægges.

Det bør endvidere fremgå tydeligere, hvordan den lokale proces giver relevante leverandører og organisationer en reel og forudsigelig mulighed for at bidrage, før centrale prioriteringer og organiseringsvalg er fastlagt. Det vil gøre det lettere for virksomheder at planlægge investeringer, stille kapacitet og kompetencer til rådighed og indgå i partnerskaber, der kan bidrage til at realisere nærsundhedsplanerne. Som nævnt i første afsnit af de specifikke bemærkninger, respektere Dansk Erhverv behovet for lokal autonomi i opgaveløsningen omkring nærsundhedsplaner, men ser også gerne en vis ensartethed på tværs i form og indhold hvor der er meningsfuldt i de elementer, hvor ikke-offentlige aktører kan bidrage, så nære sundhedsløsninger smidigt kan skaleres på tværs af sundhedsråd.

Vejledningens afsnit 5.5 beskriver, hvad der forstås ved væsentlige ændringer i en nærsundhedsplan, herunder ændringer i planens mål, prioriteringer, geografiske dækning eller forudsætninger for kapacitet og opgavevaretagelse. Ved ændringer med betydning for kapacitet, samarbejdsmodeller eller opgavevaretagelse anbefaler Dansk Erhverv, at regionen på ny går i dialog med relevante aktører. Det vil styrke forudsigeligheden om rammerne for samarbejde og understøtte, at planerne kan realiseres i praksis.