



Fremsat den 9. oktober 2025 af indenrigs- og sundhedsministeren (Sophie Løhde)

Forslag

til

Lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love

(Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandards, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.)

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

§ 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 275 af 12. marts 2025, som ændret senest ved lov nr. 719 af 20. juni 2025, foretages følgende ændringer:

1. *Overskriften* til afsnit IX affattes således:

»Afsnit IX

Kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen«.

2. *Overskriften* til kapitel 34 affattes således:

»Kapitel 34

Kommunalbestyrelsens og regionsrådets ansvar«.

3. I § 118 indsættes efter »Kommunalbestyrelsen«: »eller regionsrådet«.

4. § 118 b affattes således:

»§ 118 b. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler i kvalitetsstandards for kommunalbestyrelser og regionsråd om indsatser i forbindelse med sundhedsydelser i dette afsnit i loven, herunder om kvalitetskrav til og tilrettelæggelse af indsatserne.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler i kvalitetsstandards for regionsrådenes rådgivning, sparring og vejledning af kommunerne i forhold til indsatser i forbindelse med sundhedsydelser i dette afsnit i loven.«

5. Efter § 118 b indsættes i *kapitel 34*:

»§ 118 c. Et regionsråd kan indgå aftale med en eller flere kommunalbestyrelser om at give økonomisk tilsagn om

medfinansiering af den kommunale varetagelse af sundhedsydelser efter afsnit IX.

Stk. 2. Et regionsråd kan i medfør af stk. 1 indgå aftale om betingelserne for et tilsagn, herunder kommunernes tilrettelæggelse af sundhedsydelser efter afsnit IX.

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter årlige minimumsrammer for hvert sundhedsråd i medfør af regionslovens § 13, stk. 1, som regionsrådene skal udmønte gennem aftaler med kommunalbestyrelser efter stk. 1.

Stk. 4. Efter aftale med samtlige kommunalbestyrelser i et sundhedsråd kan et regionsråd anvende de økonomiske minimumsrammer efter stk. 3 til regionale sundhedsydelser.

Stk. 5. Et regionsråd kan indgå aftale med en eller flere kommunalbestyrelser om at give økonomisk tilsagn om medfinansiering af kommunalt anlæg på sundhedsområdet.

§ 118 d. Et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser i den pågældende region kan i overensstemmelse med udbudslovens § 15 indgå en kontrakt om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, jf. lovens afsnit IX. I en kontrakt om samarbejde efter 1. pkt. vil et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser kunne overdrage driften af opgaver mellem hinanden, herunder kan ansvaret for at tildele sundhedsydelsen overdrages, hvis det overdrages i tilknytning til opgaven med at levere en sundhedsydelse. Ansvar i øvrigt for opgaven kan dog ikke overdrages.

Stk. 2. Er en sundhedsydelse omfattet af lov om forpligtende kommunale samarbejder, og er kommunalbestyrelser i medfør af lov om forpligtende kommunale samarbejder pålagt at samarbejde med hinanden om levering af sundhedsydelsen, skal både den bemyndigede og den delegerende kommunalbestyrelse være parter i en kontrakt efter stk. 1 om levering af sundhedsydelsen i den kommune, hvis kommunalbestyrelse efter lov om forpligtende kommunale samarbejder ikke må varetage udøvelsen af opgaven.

Stk. 3. Indebærer kontrakten, at der overdrages opgaver, jf. stk. 1, afholder overdrageren af opgaverne modtagerens udgifter ved udførelsen af de overtagne opgaver.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kontrakter omfattet af stk. 1, herunder om den tilladte periode fra kontraktens indgåelse indtil dens ikrafttræden, kontraktens gyldighedsperiode, parternes adgang til at kunne opsige kontrakten og meddelelse til indenrigs- og sundhedsministeren om indgåelse af kontrakten.

Stk. 5. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om beregning og afholdelse af udgifterne efter stk. 3.«

6. Efter kapitel 34 indsættes:

»Kapitel 34 a

Sundheds- og omsorgspladser

§ 118 e. Regionsrådet tilbyder vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser til personer, der har bopæl i regionen, og som har behov for sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, hvis disse ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt under ophold i eget hjem.

Stk. 2. Regionsrådet er ansvarligt for at yde sundhedsfaglige indsatser med et rehabiliterende sigte samt den pleje og omsorg, som borgeren har behov for under opholdet.

Stk. 3. Regionsrådet kan tilvejebringe tilbud efter stk. 1 ved at etablere tilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftale med et andet regionsråd, kommunalbestyrelse eller privat institution.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om omfanget af og kravene til sundheds- og omsorgspladser.«

7. I § 119, stk. 3, ændres »Kommunalbestyrelsen« til: »Regionsrådet«, og »kommunen« ændres til: »regionen«.

8. I § 119, stk. 4, ændres »stk. 1-3« til: »stk. 1 og 2«.

9. Overskriften til kapitel 38 affattes således:

»Kapitel 38

Kommunal sygepleje og regional akutsygepleje«.

10. I § 138, stk. 1, indsættes efter »vederlagsfri«: »kommunal«.

11. Efter § 138 indsættes:

»§ 138 a. Regionsrådet er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri regional akutsygepleje efter lægehenvielse til personer med ophold i regionen.

Stk. 2. Regionsrådet tilbyder kommunalbestyrelsen rådgivning og sparring i relation til indsatser efter § 138, stk. 1.«

12. I § 139 ændres »den kommunale sygeplejeordning« til: »kommunal sygepleje efter § 138 og regional akutsygepleje efter § 138 a«.

13. Efter § 139 indsættes i *kapitel 39*:

»§ 139 a. Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri almen genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84, jf. dog § 118 e, stk. 2.

§ 139 b. Regionsrådet tilbyder vederlagsfri genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84.«

14. § 140 affattes således:

»§ 140. Kommunalbestyrelsens og regionsrådets indsatser efter §§ 139 a og 139 b tilrettelægges i sammenhæng med andre relaterede kommunale og regionale træningsindsatser m.v.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen henholdsvis regionsrådet kan tilvejebringe tilbud om genoptræning efter §§ 139 a og 139 b ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftaler herom med andre kommunalbestyrelser, regionsråd eller private institutioner.

Stk. 3. En person, der udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan, jf. § 84, kan, medmindre genoptræningen skal foregå på sygehus eller på en sundheds- og omsorgsplads efter § 118 e, stk. 2, vælge at modtage genoptræningen hos en privat leverandør, som KL henholdsvis Danske Regioner har indgået aftale med efter stk. 4, hvis kommunalbestyrelsen eller regionsrådet ikke inden for 7 dage efter udskrivning fra sygehus kan tilbyde opstart af genoptræningen, jf. stk. 2. For borgere med ophold på en sundheds- og omsorgsplads efter § 118 e, stk. 2, med fortsat genoptræningsbehov efter § 139 a, vil fristen regnes fra endt ophold på sundheds- og omsorgspladsen. Angiver genoptræningsplanen, at genoptræningen af sundhedsfaglige grunde først bør opstartes på et senere tidspunkt end udskrivningstidspunktet, regnes fristen dog fra dette tidspunkt.

Stk. 4. KL indgår på kommunernes vegne aftale med private leverandører om levering af genoptræning efter § 139 a. Danske Regioner indgår på regionernes vegne aftale efter med private leverandører om levering af genoptræning efter § 139 b.

Stk. 5. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om borgerens mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud efter stk. 2 og 3.

Stk. 6. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kommunalbestyrelsens og regionsrådets forpligtelser i forhold til udmøntningen af stk. 3, herunder om kommunalbestyrelsens og regionsrådets forpligtelse til at informere borgerne om frit valg og vilkårene herfor, og om kommunalbestyrelsens og regionsrådets forpligtelse til at føre tilsyn med leverandørerne, der indgår aftale efter stk. 4.

Stk. 7. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om leverandørernes forpligtelser i forhold til modtagelse af borgere i ordningen og deklaration af oplysninger til brug for borgerens frie valg, herunder dokumentation af faglige kvalifikationer, leveret genoptræning samt information om ændringer i borgerens behov.

Stk. 8. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om borgerens valg af leverandør efter stk. 3.

Stk. 9. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om KLs og Danske Regioners aftaleindgåelse med leverandører, herunder om brug af underleverandører og tilsyn med leverandører.

Stk. 10. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om løsningen af tvister mellem KL og Danske Regioner og private leverandører af genoptræning om vilkårene for aftaler efter stk. 4.

15. I § 172, 1. pkt., og § 263 ændres »§ 140« til: »§§ 139 a og 139 b«.

16. Efter § 205 d indsættes i *kapitel 62*:

»§ 205 e. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om overførsel og fordeling mellem regioner og kommuner og mellem kommuner af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, herunder om ansattes rettigheder, ved indgåelsen af kontrakter, der indebærer overdragelse af opgaver, indgået i medfør af øvrige regler i denne lov. Indenrigs- og sundhedsministeren kan i den forbindelse fastsætte regler om fremgangsmåden for overførslen og delingen efter 1. pkt., herunder nedsættelsen af selvstændige myndigheder, der kan træffe beslutning ved uenighed om overførsel og deling mellem regionsråd og kommunalbestyrelser og mellem kommunalbestyrelser.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om overførsel og fordeling mellem regioner og kommuner og mellem kommuner af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, herunder om ansattes rettigheder, ved opsigelse eller udløb af kontrakter, der indebærer overdragelse af opgaver, indgået i medfør af øvrige regler i denne lov eller overgangsloven eller ved ophør eller udløb af anmodninger efter overgangslovens § 5, stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren kan i den forbindelse fastsætte regler om fremgangsmåden for overførslen og delingen efter 1. pkt., herunder nedsættelsen af selvstændige myndigheder, der kan træffe beslutning ved uenighed om overførsel og deling mellem regionsråd og kommunalbestyrelser og mellem kommunalbestyrelser.

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at hele eller dele af kapitlerne 10-13 i overgangsloven finder tilsvarende anvendelse på overdragelse af opgaver i medfør af øvrige regler i denne lov eller overgangsloven.

17. Efter § 206 b indsættes i *kapitel 63*:

»§ 206 c. Indenrigs- og sundhedsministeren fastlægger en national sundhedsplan, som sætter retning for udvikling af sundhedsvæsenet og national og lokal sundhedsplanlægning.

Stk. 2. Sundhedsmyndigheders, regioners og kommuners planlægning af sundhedsvæsenet skal være i overensstemmelse med den nationale sundhedsplan.

§ 206 d. Regionsrådet har ansvar for, at hvert sundhedsråd for eget geografiske område udarbejder en nærsundhedsplan, der konkret beskriver omstilling og udbygning af det

nære sundhedsvæsen, herunder hvordan sygehusene understøtter behandling tæt på borgerne.

Stk. 2. Nærsundhedsplanen skal tage afsæt i den nationale sundhedsplan, jf. § 206 c, samt være i overensstemmelse med den regionale sundhedsplan, jf. § 206.

Stk. 3. Regionsrådet har ansvar for, at regionen forud for regionens vedtagelse af nærsundhedsplanen indhenter Sundhedsstyrelsens rådgivning.

Stk. 4. Regionsrådet har ansvar for, at regionen indsender nærsundhedsplanen og senere væsentlige ændringer heri til Sundhedsstyrelsen.

Stk. 5. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om indholdet af og rammerne og fremgangsmåden for behandlingen af nærsundhedsplanen, herunder kadence, løbende opdatering og opfølgning på nærsundhedsplanen.

18. *Overskriften* til kapitel 77 affattes således:

»Kapitel 77

Regionale og kommunale sundhedsydelse i det nære sundhedsvæsen«.

19. Efter § 246 indsættes i *kapitel 77*:

»Statsligt tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene

§ 246 a. Staten yder et tilskud til regionerne til brug for aftaler mellem regionsråd og kommunalbestyrelser om økonomiske tilsagn til varetagelse af kommunale sundhedsydelse i medfør af § 118 c, stk. 1-4. Tilskuddets størrelse fastsættes årligt af finansministeren med tilslutning fra Folketingets Finansudvalg.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om vilkår for fordeling, udbetaling og tilbagebetaling m.v. af tilskuddet efter stk. 1.

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om revision af tilskuddet efter stk. 1 og i henhold til § 118 c, stk. 1 og 2.

Sundheds- og omsorgspladser

§ 246 b. Bopælsregionen afholder udgifter til sundheds- og omsorgspladser efter § 118 e.

Forebyggende sundhedsordninger

§ 246 c. Bopælskommunen afholder udgifter til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne efter § 119, stk. 2.

Stk. 2. Bopælsregionen afholder udgifter til patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser efter § 119, stk. 3 og 4.

20. *Overskriften* for § 247 ophæves.

21. I § 250 indsættes efter »udgifter til«: »kommunale«.

22. I § 250 indsættes som *stk. 2* og *3*:

»Stk. 2. Bopælsregionen afholder udgifter til regionale akutsygeplejeydelser efter § 138 a.

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om bopælsregionens betaling til opholdsregionen efter stk. 2.«

23. I § 251, stk. 1, ændres »§ 140« til: »§ 139 a«.

24. § 251, stk. 2, affattes således:

»Stk. 2. Bopælsregionen afholder udgifter til genoptræningsydelser efter § 139 b.«

§ 2

I overgangsloven, lov nr. 699 af 20. juni 2025, foretages følgende ændringer:

1. Efter § 2 indsættes før overskriften før § 3:

»§ 2 a. Bestemmelsen i § 2, stk. 1, nr. 2, omfatter også den overførsel, der sker som følge af etableringen af sundheds- og omsorgspladser, jf. sundhedslovens § 118 e.«

2. I § 5, stk. 1, og § 138, stk. 1, ændres »kommunen til regionen« til: »kommune til regionen«.

3. § 5, stk. 2, affattes således:

»Stk. 2. Et regionsråd og det forberedende regionsråd for Region Østdanmark kan i overensstemmelse med udbudslovens § 15 indgå en kontrakt med en kommune om, at kommunen på regionens vegne varetager driften af en eller flere af de opgaver, som den 1. januar 2027 overføres fra kommunen til regionen, jf. § 2, herunder kan ansvaret for at tildele sundhedsydelsen overdrages, hvis det overdrages i tilknytning til opgaven med at levere en sundhedsydelse. Ansvaret i øvrigt for opgaven varetages fortsat af regionen.«

4. I § 5, stk. 3, 1. pkt., ændres »Fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren ikke regler efter stk. 2 for en kommune« til: »Indgås der ikke med en kommune en kontrakt omfattet af stk. 2 eller en kontrakt efter sundhedslovens § 118 d, stk. 1«.

5. § 5, stk. 3, 2. pkt., affattes således:

»Ansvaret for opgaven varetages fortsat af regionen, dog kan en anmodning efter 1. pkt. omfatte, at en kommune i tilknytning til opgaven med at levere en sundhedsydelse også får overdraget ansvaret for at tildele en sundhedsydelse.«

6. I § 5 indsættes efter stk. 3 som nyt stykke:

»Stk. 4. Er en sundhedsydelse omfattet af lov om forpligtende kommunale samarbejder, og er kommunalbestyrelser i medfør af lov om forpligtende kommunale samarbejder pålagt at samarbejde med hinanden om levering af sundhedsydelsen, skal både den bemyndigede og den delegerende kommunalbestyrelse være parter i en kontrakt efter stk. 2 om levering af sundhedsydelsen i den kommune, hvis kommunalbestyrelse efter lov om forpligtende kommunale samarbejder ikke må varetage udøvelsen af opgaven, og en

anmodning efter stk. 3 om levering af sundhedsydelsen i den pågældende kommune skal omfatte begge kommuner.«

Stk. 4-9 bliver herefter stk. 5-10.

7. § 5, stk. 5, der bliver stk. 6, affattes således:

»Stk. 6. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kontrakter omfattet af stk. 2, herunder om det seneste tidspunkt for kontraktens indgåelse, kontraktens gyldighedsperiode, parternes adgang til at opsige kontrakten og meddelelse til indenrigs- og sundhedsministeren om indgåelse af kontrakten.«

8. I § 5, stk. 8, der bliver stk. 9, udgår »om kommunens varetagelse af driften af en eller flere opgaver på regionens vegne efter stk. 2, herunder regler, der fastsætter vilkår for varetagelsen af driften, og«.

9. I § 141, stk. 1, udgår »hos en kommune inden for regionens område«.

10. I § 141, stk. 5, indsættes efter »Er kommunen forpligtet til at varetage driften af en opgave på vegne af regionen,«: »herunder som følge af en anmodning fra regionen,«, og »§ 5, stk. 1 og 2« ændres til: »§ 5, stk. 1-3«.

11. I § 141, stk. 5, indsættes som 2. pkt.:

»Aktiver, passiver, rettigheder og pligter, der udelukker eller helt overvejende er knyttet til opgaven med at tildele en sundhedsydelse, overføres dog ikke, hvis det er aftalt eller omfattet af en anmodning, at kommunen overdrages ansvaret for at tildele en sundhedsydelse.«

12. I § 142, stk. 3, indsættes efter »Er kommunen forpligtet til at varetage driften af en opgave på vegne af regionen,«: »herunder som følge af en anmodning fra regionen,«, og »§ 5, stk. 1 og 2« ændres til: »§ 5, stk. 1-3«.

13. I § 142, stk. 3, indsættes som 2. pkt.:

»Ansatte, der udelukkende eller helt overvejende er knyttet til opgaven med at tildele en sundhedsydelse, overføres dog ikke, hvis det er aftalt eller omfattet af en anmodning, at kommunen overdrages ansvaret for at tildele en sundhedsydelse.«

§ 3

I lov om forpligtende kommunale samarbejder, jf. lovbekendtgørelse nr. 789 af 24. juni 2024, som ændret ved § 9 i lov 427 af 18. maj 2016 og § 6 i lov nr. 560 af 27. maj 2025, foretages følgende ændring:

1. § 1, stk. 2, nr. 2, litra a, affattes således:

»a) § 139 a i sundhedsloven,«.

*Miljø- og Ligestillingsministeriet***§ 4**

I lov om vandforsyning m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 1149 af 28. oktober 2024, som ændret senest ved § 2 i lov nr. 742 af 20. juni 2025, foretages følgende ændringer:

1. § 13 b, stk. 4 og 5, ophæves, og i stedet indsættes:

»Stk. 4. Såfremt der ikke kan opnås enighed blandt de berørte kommunalbestyrelser om den nærmere udformning af indsatsplanen for kommunen, skal kommunalbestyrelserne forelægge sagen for miljøministeren, som herefter træffer afgørelse.«

Stk. 6 bliver herefter stk. 5.

2. I § 70 udgår »en landvæsensret, et amtsråd eller«.

§ 5

I lov om miljøbeskyttelse, jfr. lovbekendtgørelse nr. 1093 af 11. oktober 2024, foretages følgende ændring:

1. I § 18 a ændres », der bidrager til at realisere den ønskelige fremtidige udvikling, som beskrevet i den regionale udviklingsstrategi efter lov om erhvervsfremme« til: »på områder, hvor regionen varetager myndighedsopgaver, herunder til samarbejdsprojekter med relevante statslige, regionale, kommunale og lokale interessenter«.

*Børne- og Undervisningsministeriet***§ 6**

I lov om institutioner for erhvervsrettet uddannelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 145 af 14. februar 2024, som ændret senest ved § 3 i lov nr. 1662 af 30. december 2024, foretages følgende ændring:

1. I § 34 a, stk. 2, 1. pkt., ændres »Med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi kan regionsrådet« til: »Regionsrådet kan«.

§ 7

I lov om institutioner for almengymnasiale uddannelser og almen voksenuddannelse m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 146 af 14. februar 2024, som ændret ved § 1 i lov nr. 1355 af 29. november 2023, § 5 i lov nr. 635 af 11. juni 2024 og § 2 i lov nr. 1662 af 30. december 2024 og § 20 i lov nr. 719 af 20. juni 2025, foretages følgende ændring:

1. I § 10, stk. 3, 1. pkt., ændres »Med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi kan regionsrådet« til: »Regionsrådet kan«.

§ 8

I lov om institutioner for forberedende grunduddannelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 85 af 31. januar 2025, som ændret

ved § 9 i lov nr. 630 af 11. juni 2024 og § 4 i lov nr. 1659 af 30. december 2024, foretages følgende ændring:

1. I § 31, stk. 2, 1. pkt., ændres »Med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi kan regionsrådet« til: »Regionsrådet kan«.

*By-, Land- og Kirkeministeriet***§ 9**

I lov om planlægning, jf. lovbekendtgørelse nr. 572 af 29. maj 2024, som ændret senest ved § 23 i lov nr. 719 af 20. juni 2025, foretages følgende ændring:

1. I § 22 a, stk. 2, ændres »Regionsråd og kommunalbestyrelser« til: »Kommunalbestyrelser«.

*Erhvervsministeriet***§ 10**

I lov om erhvervsfremme, jf. lovbekendtgørelse nr. 230 af 29. februar 2024, som ændret ved § 5 i lov nr. 1668 af 30. december 2024, foretages følgende ændringer:

1. § 9, stk. 1, nr. 6, ophæves.

Nr. 7-9 bliver herefter nr. 6-8.

2. I § 10, stk. 1, ændres »17« til: »16«.

3. § 10, stk. 2, nr. 4, ophæves.

Nr. 5-7 bliver herefter nr. 4-6.

4. I § 10, stk. 3, udgår »én gang«.

5. I § 13, stk. 1, 2. pkt., ændres »11« til: »10«.

6. I § 13, stk. 2, nr. 4, indsættes efter »videninstitution,« »og«, i nr. 5, ændres »i fællesskab, og« til: »i fællesskab.«, og § 13, stk. 2, nr. 6, ophæves.

7. Overskriften til kapitel 7 affattes således:

»Kapitel 7*Regioners deltagelse i Socialfondsplusprojekter og i grænseoverskridende samarbejder«*

8. § 15, stk. 1-5, ophæves.

Stk. 6 og 7 bliver herefter stk. 1 og 2.

*Ministeriet for Grøn Trepert***§ 11**

I lov om landbrugsejendomme, jf. lovbekendtgørelse nr. 116 af 6. februar 2020, foretages følgende ændringer:

1. I § 3, stk. 1, udgår »de regionale udviklingsstrategier,«.

2. I § 3, stk. 2, udgår »den regionale udviklingsplanlægning samt«.

§ 12

I lov om naturbeskyttelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 927 af 28. juni 2024, som ændret ved § 1 i lov nr. 1467 af 10. december 2024 og § 1 i lov nr. 695 af 20. juni 2025, foretages følgende ændring:

1. § 55 a ophæves.

Kulturministeriet

§ 13

I lov om regionernes opgaver og kommunernes samarbejde på kulturområdet, jf. lovbekendtgørelse nr. 728 af 7. juni 2007, som ændret ved § 1 i lov nr. 1681 af 30. december 2024, foretages følgende ændringer:

1. I § 1 indsættes som *stk. 2*:

»*Stk. 2.* Region Østdanmark og Region Syddanmark, der deltager i samarbejde på tværs af landegrænser på kulturområdet, kan fortsat indgå i sådanne samarbejder.«

2. § 3 a ophæves.

3. I § 3 b, *stk. 2*, udgår »og regionerne«.

§ 14

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. januar 2026, jf. dog *stk. 2* og *3*.

Stk. 2. § 1, nr. 1-4, 6-15, 18 og 21-24, § 3 og § 13 træder i kraft den 1. januar 2027.

Stk. 3. §§ 246 b og 246 c i sundhedsloven, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 19, træder i kraft den 1. januar 2027.

Stk. 4. § 118 c i sundhedsloven, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 5, og § 246 a i sundhedsloven, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 19, har virkning fra tilskudsåret 2027.

Stk. 5. Kontrakter om samarbejde indgået i medfør af sundhedslovens § 118 d, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 5, har virkning fra den 1. januar 2027.

Stk. 6. Den nationale sundhedsplan, jf. sundhedslovens § 206 c, som affattet ved § 1, nr. 17, har virkning fra den 1. januar 2027.

Stk. 7. Nærsundhedsplanen, jf. sundhedslovens § 206 d, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 17, har virkning fra den 1. april 2027.

Stk. 8. Lovens § 13, nr. 2, finder ikke anvendelse for tilskud til kulturelle anliggender, som der er givet tilsagn om forud for denne lovs ikrafttræden. For sådanne tilskud finder den hidtil gældende § 3 a anvendelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 728 af 7. juni 2007.

§ 15

Stk. 1. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.

Stk. 2. § 10 kan ved kongelig anordning helt eller delvis sættes i kraft for Færøerne og Grønland med de ændringer, om henholdsvis de færøske og de grønlandske forhold tilsiger. Lovens bestemmelser kan sættes i kraft på forskellige tidspunkter.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

Indholdsfortegnelse

1. Indledning
2. Baggrund
3. Lovforslagets hovedpunkter
 - 3.1. Opgaveflytning og etablering af sundheds- og omsorgspladser
 - 3.1.1. Gældende ret
 - 3.1.1.1. Opgaveflytning
 - 3.1.1.2. Etablering af sundheds- og omsorgspladser
 - 3.1.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
 - 3.1.2.1. Opgaveflytning
 - 3.1.2.2. Etablering af sundheds- og omsorgspladser
 - 3.1.3. Den foreslåede ordning
 - 3.1.3.1. Opgaveflytning
 - 3.1.3.2. Etablering af sundheds- og omsorgspladser
 - 3.2. Regional medfinansiering af kommunale sundhedsydelse
 - 3.2.1. Gældende ret
 - 3.2.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
 - 3.2.3. Den foreslåede ordning
 - 3.3. Fastsættelse af minimumsrammer til sundhedsrådene målrettet til kommunale indsatser
 - 3.3.1. Gældende ret
 - 3.3.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
 - 3.3.3. Den foreslåede ordning
 - 3.4. Statsligt tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene og understøttelse af kommunalt og regionalt samarbejde
 - 3.4.1. Gældende ret
 - 3.4.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
 - 3.4.3. Den foreslåede ordning
 - 3.5. National sundhedsplan og nærsundhedsplan
 - 3.5.1. Gældende ret
 - 3.5.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
 - 3.5.3. Den foreslåede ordning
 - 3.6. Horisontale samarbejdsaftaler mellem regioner og kommuner
 - 3.6.1. Gældende ret
 - 3.6.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
 - 3.6.3. Den foreslåede ordning
 - 3.7. Bortfald af øvrige regionale opgaver
 - 3.7.1. Bortfald af regionale opgaver på miljøområdet
 - 3.7.1.1. Gældende ret
 - 3.7.1.2. Miljø- og ligestillingsministeriets overvejelser
 - 3.7.1.3. Den foreslåede ordning
 - 3.7.2. Bortfald af regionale opgaver på undervisningsområdet
 - 3.7.2.1. Gældende ret
 - 3.7.2.2. Børne- og Undervisningsministeriets overvejelser
 - 3.7.2.3. Den foreslåede ordning
 - 3.7.3. Bortfald af regionsrådenes adgang til over for ministeren for byer og landdistrikter at fremsætte forslag til landsplanlægning
 - 3.7.3.1. Gældende ret
 - 3.7.3.2. By-, Land- og Kirkeministeriets overvejelser
 - 3.7.3.3. Den foreslåede ordning
 - 3.7.4. Bortfald af regionale opgaver på erhvervsfremmeområdet
 - 3.7.4.1. Gældende ret

- 3.7.4.2. Erhvervsministeriets overvejelser
- 3.7.4.3. Den foreslåede ordning
- 3.7.5. Bortfald af regionale opgaver på kulturområdet
- 3.7.5.1. Gældende ret
- 3.7.5.2. Kulturministeriets overvejelser
- 3.7.5.3. Den foreslåede ordning
- 4. Forholdet til databeskyttelsesforordningen og databeskyttelsesloven
- 5. Konsekvenser for opfyldelsen af FN's Verdensmål
- 6. Regionale konsekvenser, herunder for landdistrikter
- 7. Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige
- 7.1. Økonomiske konsekvenser
- 7.2. Implementeringskonsekvenser
- 7.3. Digitaliseringsklar lovgivning
- 8. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.
- 9. Administrative konsekvenser for borgerne
- 10. Klimamæssige konsekvenser
- 11. Miljø- og naturmæssige konsekvenser
- 12. Forholdet til EU-retten
- 13. Hørte myndigheder og organisationer m.v.
- 14. Sammenfattende skema

1. Indledning

Lovforslaget er en del af den samlede lovgivningsmæssige gennemførelse af Aftale om sundhedsreform 2024, som regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne) og Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre har indgået den 15. november 2024.

Baggrunden for reformen er, at sundhedsvæsenet er under et stigende pres. Den demografiske udvikling med flere ældre og færre i den arbejdsdygtige alder indebærer, at flere får behov for pleje og behandling, og at der vil mangle medarbejdere i sundhedsvæsenet, hvis ikke den måde tingene gøres på ændres. Samtidig er forskellene i borgernes adgang til god sundhedsbehandling blevet for store på tværs af landet.

Aftalepartierne ønsker med aftalen at skabe et stærkt og balanceret sundhedsvæsen, der er tættere på borgerne. Der er brug for en reform af sundhedsvæsenets politiske og økonomiske struktur og en ny opgavefordeling mellem myndighederne.

Reformen skal også være med til at reducere ulighed i sundhed. Ressourcerne skal fordeles bedre på tværs af landet. Og muligheden for at prioritere indsatser og ressourcer til dem, der har det største behov, skal styrkes økonomisk, fagligt og geografisk. Via de nye sundhedsråd forpligtes regioner og kommuner til at indgå i et tæt samarbejde for at skabe et stærkere sundhedsvæsen tæt på borgerne.

En ny organisering skal samtidig sikre bæredygtighed i sundhedsvæsenet, og at der bygges videre på de seneste årtiers forbedringer af sundhedsvæsenet.

Aftalepartierne er enige om, at sundhedsopgaver skal løses så tæt på borgerne som muligt. Der er dog en række opgaver, hvor mange kommuner i dag har udfordringer med at

sikre borgerne et tilbud af tilstrækkelig høj kvalitet. Det kan være udfordringer med at sikre døgndækkede tilbud eller med at ansætte medarbejdere med de rette og tilstrækkelige faglige kompetencer. Samtidig ønsker aftalepartierne, at flere sundhedstilbud kan løses i sammenhæng til gavn for borgerne. Regionerne skal have et større og mere samlet ansvar for at sikre behandling tættere på eller i borgernes hjem. Dette skal fremme kvalitet og kontinuitet i behandlingen samt sikre, at flere borgere oplever en tidlig, nær og sammenhængende indsats.

Aftalepartierne er i forlængelse heraf enige om, at ansvaret for en række sundhedsopgaver skal flyttes fra kommuner til regioner fra den 1. januar 2027, herunder patientrettet forebyggelse, akutsygepleje og dele af genoptræningsindsatsen. Samtidig overgår ansvaret for borgere med behov for sundhedsfaglige indsatser, som ikke hensigtsmæssigt kan tilbydes i deres eget hjem, og som i dag varetages på akutpladser samt på hovedparten af øvrige midlertidige pladser i kommunerne, til regionerne som sundheds- og omsorgspladser uden egenbetaling for opholdet.

Ændringerne skal give regionerne et større og mere samlet ansvar for at sikre behandling helt ud i borgerens eget hjem. Det skal samtidig give mulighed for at forebygge unødige sygehusindlæggelser, f.eks. ved i højere grad at sammentænke indsatserne og modvirke kassetækning. Samtidig flyttes visse opgaver, som kræver en vis specialisering og volumen, som derfor kan være vanskelig for nogle kommuner at løfte med tilstrækkelig faglig og økonomisk bæredygtighed. Nærhed kombineret med mere ensartet kvalitet i hele landet har således været pejlemærker for aftalepartiernes overvejelser om behovet for konkrete opgaveflytninger.

Lovforslaget gennemfører, at ansvaret for patientrettet forebyggelse, akutsygeplejen og dele af genoptræningsindsatsen samt hovedparten af målgruppen for de midlertidige pladser,

herunder alle akutpladser, flyttes fra kommunerne til regionerne. Med lovforslaget justeres finansieringsbestemmelser i sundhedslovens kapitel 77 knyttet til de sundhedsydelser, som flyttes, i overensstemmelse med opgaveflytningen.

Lovforslaget gennemfører også, at der fastlægges en national sundhedsplan, som skal sætte fælles retning for sundhedsvæsenet og national og lokal sundhedsplanlægning. En national sundhedsplan skal have fokus på sundheden i hele landet, f.eks. bedre geografisk fordeling af ressourcerne i sundhedsvæsenet samt på at styrke det almene sundhedsvæsen og omstilling af aktivitet fra sygehusene til sundhedsvæsenet tæt på borgerne.

Med lovforslaget gennemføres desuden, at hvert af de 17 nye sundhedsråd, som etableres med reformen og består af både regionale og kommunale folkevalgte repræsentanter, skal udarbejde en nærsundhedsplan. Nærsundhedsplanen skal konkret beskrive omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen inden for sundhedsrådets område, herunder f.eks. hvordan sygehusene skal understøtte behandlingen tæt på borgerne. Nærsundhedsplanen skal udarbejdes med afsæt i den nationale sundhedsplan og inden for de overordnede rammer, som er fastsat i regionsrådet, herunder de fastlagte maksimale sygehusbudgetter og den regionale sundhedsplan.

De nye sundhedsråd skal varetage på regionsrådets vegne og regionsrådets ansvar den umiddelbare forvaltning af regionernes sundhedsopgaver inden deres geografiske område. Heri ligger også ansvaret for den samlede økonomiske ramme til regionale sundhedsindsatser indenfor sundhedsrådets område. Derudover skal sundhedsrådene også som en central opgave fungere som en investeringsmotor, der skal sikre den nødvendige investering og udbygning af det nære sundhedsvæsen, herunder med fokus på de områder, hvor behovet er størst.

Investeringsmotorens massive økonomiske ramme er på op til 4,4 mia. kr. årligt i 2030. Af den samlede investering målrettes 2,4 mia. kr. til indsatser i det nære regionale sundhedsvæsen, mens 2,0 mia. kr. målrettes tiltag i den kommunale sundhedsindsats. Investeringsrammen kommer oven i de mange andre tiltag i sundhedsreformen, som skal medvirke til at udbygge det nære sundhedsvæsen, herunder bl.a. nye kronikerpakker, hjemmebehandlingsteams og kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser.

Lovforslaget gennemfører etableringen af en aftalebaseret udmøntning af midlerne målrettet kommunale indsatser. Der etableres hjemmel til, at sundhedsrådene kan anvende midlerne til at medfinansiere kommunale sundhedsindsatser og stille dertilhørende implementeringskrav. Endvidere gennemfører lovforslaget, at regionerne modtager et statslig tilskud til brug for aftalerne med kommunerne.

Som følge af sundhedsreformens tilpasning af regionernes øvrige opgaver ud over sundhedsområdet gennemføres med lovforslaget ændringer i lovgivningen på Miljø- og Ligetil-

lingsministeriets, Børne- og Undervisningsministeriets, By-, Land- og Kirkeministeriets, Erhvervsministeriets og Kulturministeriets områder.

Lovforslaget gennemfører herunder en række ændringer på erhvervsfremmeområdet som følge af den smallere opgaveportefølje inden for regional udvikling, herunder bortfald af muligheden for at udarbejde regionale udviklingsstrategier og bortfald af medlemmer på erhvervsfremmeområdet.

Lovforslaget skal endvidere ses i sammenhæng med Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen af den 25. maj 2025 mellem regeringen, KL og Danske Regioner. Med aftalen er der bl.a. enighed om de økonomiske konsekvenser for henholdsvis kommuner og regioner forbundet med opgaveflytningen af sundhedsopgaver beskrevet med nærværende lovforslag. Med aftalen er der desuden enighed om fordelingen af midler til kommunale sundhedsindsatser via sundhedsrådene.

Med aftalen er regeringen og Danske Regioner desuden enige om de økonomiske konsekvenser for regionerne som følge af bortfald af øvrige regionale opgaver beskrevet med nærværende lovforslag.

2. Baggrund

I Aftale om sundhedsreform 2024 fremgår det, at aftalepartierne er enige om behovet for en ny organisering og styring af sundhedsvæsenet, så der sker en bedre og mere lige fordeling af sundhedsvæsenets ressourcer, og så sundhedsvæsenet bliver bedre rustet til fremtidens udfordringer og bringes tættere på borgerne. Det skal bidrage til, at sundhedsvæsenet gennemgår den nødvendige udvikling, og at patienterne oplever et mere nært, lige og sammenhængende sundhedsvæsen.

Aftalepartierne er enige om, at den aftalte organisering af sundhedsvæsenet sammen med reformens øvrige tiltag er det rette og nødvendige grundlag for et stærkt sundhedsvæsen med fri og lige adgang i de kommende årtier.

Med reformen etableres der den 1. januar 2027 en ny Region Østdanmark, der består af den nuværende Region Hovedstaden og den nuværende Region Sjælland, og landet inddeles herefter i fire regioner. De øvrige tre regioner svarer til de nuværende Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark. Herunder dannes endvidere som udgangspunkt i alt 17 sundhedsråd med både regionale og kommunale folkevalgte repræsentanter. Sundhedsrådene varetager på regionsrådets vegne det umiddelbare politiske og forvaltningsmæssige ansvar for bl.a. de regionale sundhedsopgaver i et afgrænset geografisk område. Sundhedsrådene skal endvidere være drivende i omstillingen af sundhedsvæsenet til det nære, og understøtte at nære indsatser, bindes bedre sammen med mere specialiserede indsatser, herunder indsatser i sygehusvæsenet.

De nye sundhedsråd får egne ressourcer til understøttelse

af denne opgave, idet der med Aftale om sundhedsreform af den 15. november 2024 er prioriteret samlet 4,4 mia. kr. frem mod 2030 til styrkelse og etablering af nære regionale og kommunale sundhedsindsatser. Sundhedsrådene skal derved danne rammen om et tæt og forpligtende samarbejde mellem regioner og kommuner om sundhedsopgaverne i et afgrænset geografisk område. Regioner og kommuner er således begge betydelige aktører i sundhedsvæsenet, der styrkes gennem samarbejde og økonomisk prioritering.

Flytning af ansvaret for visse sundhedsydelser fra kommuner til regioner, som er aftalt mellem partierne bag Aftale om sundhedsreform 2024, bygger bl.a. på Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering fra juni 2024.

Det fremgår bl.a. af Sundhedsstrukturkommissionens rapport, at der gennem årene har været peget på, at nogle kommuners størrelse og befolkningsgrundlag gør det vanskeligt for den enkelte kommune at levere fagligt bæredygtige sundhedstilbud til borgere med de mest specialiserede eller sygdomsspecifikke behov. Sundhedsstrukturkommissionen henviser til Sundhedsstyrelsens publikation ”Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning” fra marts 2024. Heri fremgår, at der inden for genoptræning og rehabilitering, og for de kommunale akutfunktioner som led i den kommunale sygepleje er en række opgaver, hvor der aktuelt er en for lille patientvolumen til, at der kan opbygges tilstrækkelig faglig bæredygtighed. Hvad angår den patientrettede forebyggelse, som i dag varetages af kommunerne, er der også udfordringer for indsatser, hvori der indgår sygdomsspecifikke elementer.

Det vurderes derfor, at der er potentiale for, at rammerne for bæredygtig opgaveløsning inden for disse områder styrkes, hvis patientvolumen øges, og hvis de samles med sygehus og praksissektor.

Det fremgår videre af Sundhedsstrukturkommissionens rapport, at der kan være et vist potentiale for sammenhæng, styrket kvalitet og omstilling ved at flytte akutsygeplejen, patientrettet forebyggelse og dele af genoptræningsindsatserne fra kommuner til regioner. Opgaveflytningen vil således understøtte kapacitetsudvikling og styrket opgaveløsning inden for disse opgaver, som i varierende omfang ydes i forlængelse af udredning og behandling enten ved sygehus eller almenmedicinsk tilbud.

Det fremgår også af Sundhedsstrukturkommissionens rapport, at der er variation i kommunernes kapacitet og kompetencer i forhold til de midlertidige pladser, og at tilknytningen af læger til disse pladser er sket usystematisk og i varierende grad. I rapporten fremgår desuden, at kommissionen har overvejet, om der bør etableres en entydig hjemmel i sundhedsloven for at tydeliggøre, hvornår midlertidige ophold skal tilbydes borgere, der udskrives fra sygehuset, for at sikre, at der ikke kan opkræves egenbetaling i sådanne tilfælde. Således fremgår det af rapporten, det i praksis er vanskeligt at skelne mellem, om en borger bør tilbydes et

ophold som en akutplads efter sundhedsloven eller en midlertidige plads efter serviceloven.

3. Lovforslagets hovedpunkter

3.1. Opgaveflytning og etablering af sundheds- og omsorgspladser

3.1.1. Gældende ret

3.1.1.1. Opgaveflytning

3.1.1.1.1. Kvalitetsstandarder

Sundhedslovens afsnit IX med overskriften ”Kommunale sundhedsydelser” indeholder en række bestemmelser om forskellige sundhedsydelser, hvor det primært er kommunerne, der er den ansvarlige myndighed.

Kapitel 34 under afsnit IX har overskriften ”Kommunalbestyrelsens ansvar”, hvorunder det fremgår af § 118, at kommunalbestyrelsen har ansvaret for at tilvejebringe tilbud om sundhedsydelser efter afsnit IX.

I medfør af § 118 b fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren nærmere regler for kommunalbestyrelser og regionsråd om indsatser, herunder om kvalitetskrav til og tilrettelæggelse af indsatserne, i henhold til sundhedsydelserne i nærværende afsnit. Efter § 118 b, stk. 2, fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren nærmere regler for regionsrådenes rådgivning, sparring og vejledning i forhold til kommunernes indsatser efter stk. 1.

Bemyndigelsesbestemmelserne i § 118 b er udmøntet i bekendtgørelse nr. 138 af 8. februar 2024 om kvalitetsstandarder. Bekendtgørelsen indeholder nærmere bestemmelser om bl.a. formålet med kvalitetsstandarder, at der kan fastsættes forpligtende kvalitetskrav og kvalitetsanbefalinger til indsatser i lovens afsnit IX, at det i praksis er Sundhedsstyrelsen, som udarbejder kvalitetsstandarder og hvilket nærmere indhold, der kan udarbejdes krav og anbefalinger om.

3.1.1.1.2. Patientrettet forebyggelse

Det fremgår af sundhedslovens § 119, stk. 1, om sundhedsfremme og forebyggelse, at kommunalbestyrelsen har ansvaret for at skabe rammerne for en sund levevis ved varetagelsen af sine opgaver.

Det følger af § 119, stk. 2, at kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Ifølge bemærkningerne til denne bestemmelse, jf. Folketingstidende 2004-05, 2. samling, tillæg A, side 3226 fremgår det, at kommunernes opgaver på det forebyggende og sundhedsfremmende område omfatter dels en indsats i forhold til kommunens indbyggere med henblik på at forebygge sygdom og ulykker (borgerrettet forebyggelse), dels en indsats med henblik på at forebygge, at sygdom udvikler

sig yderligere og om at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer (patientrettet forebyggelse).

Det fremgår af § 119, stk. 3, at kommunalbestyrelsen etablerer patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser i kommunen. Ifølge bemærkningerne til denne bestemmelse, jf. Folketingstidende 2022-23, 2. samling, tillæg A, L 103 som fremsat, side 7, fremgår det, at stk. 3 blev indført som en tydeliggørelse af allerede eksisterende praksis, da kommunerne allerede havde ansvaret for at etablere patientrettede forebyggelsestilbud til f.eks. patienter med visse kroniske sygdomme.

Det fremgår af § 119, stk. 4, at regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1-3. Ifølge bemærkningerne til denne bestemmelse, jf. Folketingstidende 2004-05, 2. samling, tillæg A, side 3228 fremgår det, at regionernes opgaver på det forebyggende og sundhedsfremmende område vedrører specielt den patientrettede forebyggelse. Det drejer sig bl.a. om videreudvikling af de forebyggende sygehuse, almen praksis og deres opgaver på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet og samarbejdet med kommuner om især indsatsen i forhold til kronisk syge, langvarigt syge, samt patienter med genoptrænings- og rehabiliteringsbehov.

Der kan fastlægges nærmere krav og anbefalinger til indsatser målrettet patientrettet forebyggelse i medfør af lovens § 118 b, se nærmere ovenfor om denne bestemmelse samt bekendtgørelse om kvalitetsstandarder.

I Sundhedsstyrelsens ”Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom” fra januar 2024 beskrives krav og anbefalinger til målgruppe, indsatser og tilrettelæggelsen heraf, kompetencer og uddannelse, tilgængelighed og henvisningsveje samt kvalitetsudvikling og monitorering af de dele af patientrettet forebyggelse, som kvalitetsstandarderne omfatter.

Sundhedslovens afsnit XIX vedrører finansiering, hvorunder kapitel 77 om kommunale sundhedsydelser bl.a. indeholder bestemmelser om finansiering af forebyggende sundhedsordninger.

Det følger af § 247, at bopælskommunen afholder udgifter til de øvrige forebyggende ydelser efter §§ 120-123. Videre følger det af 2. pkt. i bestemmelsen, at den kommune, hvor institutionen eller skolen er beliggende, afholder udgifter til ydelser §§ 124 og 125.

Der findes ikke regulering i sundhedsloven om afholdelse af udgifter til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne eller patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser efter § 119. Det antages, at bopælskommunen i praksis har afholdt udgifterne hertil.

3.1.1.1.3. Kommunal sygepleje

Det fremgår af sundhedslovens § 138, stk. 1, om kommunal sygepleje, at kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri sygepleje efter lægehenviisning til personer med ophold i kommunen. Det følger af stk. 2, at kommunalbestyrelsen kan delegere ansvaret for tildeling af sygeplejen efter stk. 1, som udføres i en fælles kommunal sygepleje, til de øvrige kommunalbestyrelser, som indgår i det pågældende tværkommunale samarbejde.

Efter § 139 kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte nærmere regler om omfanget af og kravene til den kommunale sygeplejeordning.

Bemyndigelsen er udmøntet ved bekendtgørelse nr. 1601 af 21. december 2007 om hjemmesygepleje, som er ændret ved bekendtgørelse nr. 165 af 26. februar 2019, der indeholder nærmere regler om målgruppe, omfang, krav til kompetencer og tilrettelæggelse af ordningen.

I bekendtgørelse nr. 165 af 26. februar 2019 fremgår det, at den vederlagsfri kommunale hjemmesygepleje omfatter

- 1) sygepleje, der leveres til borgere med ophold i kommunen, herunder i eget hjem, samt ved midlertidigt ophold, hvor hjælpen udgår fra servicearealer, der er tilknyttet fast personale,
- 2) sygepleje, der i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i sygeplejen, leveres ved en kommunal akutfunktion, organiseret som en udkørende funktion, til borgere med ophold i kommunen, herunder i eget hjem, samt ved midlertidigt ophold, hvor hjælpen udgår fra servicearealer og der er tilknyttet fast personale,
- 3) sygepleje, der i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i sygeplejen, leveres ved en kommunal akutfunktion, organiseret som en kommunal akutplads, og
- 4) sygepleje, der leveres på en kommunal sygeplejeklinik.

I gældende vejledning nr. 102 fra 11. december 2006 beskrives, hvad formålet med den kommunale sygepleje er, herunder beskrivelser af indhold, tilrettelæggelse, personale i sygeplejen, plejehjælpemidler, dokumentation, tilsyn og klageadgang m.v. Endvidere beskriver vejledning nr. 9235 af 21. marts 2019 om vederlagsfri hjemmesygepleje ved kommunale akutfunktioner, hvilke krav der er til organisering, kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, målgruppe, samt omfang af den vederlagsfri kommunale sygepleje.

Der kan endvidere fastlægges nærmere krav og anbefalinger til indsatser i lovens afsnit IX i medfør af lovens § 118 b, se nærmere ovenfor om denne bestemmelse samt bekendtgørelse om kvalitetsstandarder.

Siden 2023 har det været et krav, at alle kommuner har en akutfunktion i sygeplejen, som lever op til Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder på området. I Sundhedsstyrelsens ”Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner” fra september 2023 beskrives krav og anbefalinger til den omfattede målgruppe, indsatser og tilrettelæggelsen heraf,

udstyr, kompetencer og uddannelse, organisering og tilgængelighed, henvisning og behandlingsansvar, kvalitetsudvikling og monitorering, implementering og opfølgning, samt samarbejde med andre aktører, herunder rådgivning m.v.

Det følger af sundhedslovens § 250, at opholdskommunen afholder udgifter til sygeplejeydelser efter § 138.

3.1.1.1.4. Genoptræning

3.1.1.1.4.1. Genoptræningsplaner og niveauer af genoptræning

Ifølge sundhedslovens § 84 fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren nærmere regler om, at regionsrådet tilbyder en genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for fortsat genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

Denne bemyndigelse er udmøntet ved bekendtgørelse nr. 918 af 22. juni 2018 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus.

Det fremgår bl.a. af bekendtgørelsen, at genoptræningsplanen skal være skriftlig, og den skal udarbejdes i samarbejde med patienten og eventuelle pårørende. Genoptræningsplanen skal angive, om patienten har behov for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau.

Det fremgår videre af bekendtgørelsen, at såfremt genoptræningsplanen angiver, at patienten har behov for almen genoptræning efter udskrivning, skal kommunalbestyrelsen snarest muligt og på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering angive, hvorvidt patienten har behov for genoptræning på basalt eller avanceret niveau.

Ifølge bekendtgørelsen skal genoptræningsplanen også indeholde en beskrivelse af patientens funktionsevne og genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet herunder en angivelse af, hvilke funktionsevnedssættelser som genoptræningen skal rette sig imod m.v. Derudover skal genoptræningsplanen indeholde oplysninger om, hvordan bopælsregionen og bopælskommunen kan kontaktes med henblik på koordinering af genoptræningsforløbet.

I henhold til bekendtgørelsen skal genoptræningsplanen senest udleveres til patienten på udskrivningstidspunktet. Den skal samtidig efter aftale med patienten sendes til patientens bopælskommune samt til patientens læge. Hvis en patient efter udskrivning fra sygehus har behov for genoptræning som foregår på et sygehus, skal genoptræningsplanen efter aftale med patienten også sendes til det valgte sygehus.

I bilag 1 i bekendtgørelsen fremgår de forskellige niveauer af genoptræning på sundhedsområdet, som afhænger af patientens funktionsevne på udskrivningstidspunktet: almen genoptræning, herunder genoptræning på basalt og avanceret niveau eller genoptræning på specialiseret niveau eller

rehabilitering på specialiseret niveau. Niveauerne er beskrevet bl.a. i forhold til patientens funktionsnedsættelser, krav til sundhedspersoners faglige kompetencer og organisering af patientens forløb på de forskellige niveauer.

Beskrivelsen af og kriterier for, hvornår en patient har behov for genoptræning på enten basalt, avanceret eller specialiseret niveau eller behov for rehabilitering på specialiseret niveau er yderligere udfoldet i vejledning nr. 9538 af 2. juli 2018 om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner. Her er kravene til de forskellige niveauer yderligere udfoldet, bl.a. i forhold til forekomst, udstyr og nærmere om organisering af patientens forløb. I vejledningen findes yderligere og nærmere gennemgang af bl.a. sundhedslovens regler om kommunernes og regionernes ansvar på træningsområdet, herunder niveauer af genoptræning, genoptræningsplaner og patienternes frie valg.

Det fremgår endvidere af vejledningen, at sundhedslovens bestemmelser om genoptræning efter udskrivning fra sygehus omfatter alle patienter uanset diagnose og alder, der på udskrivningstidspunktet har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, der relaterer sig til den aktuelle sygehuskontakt. Dette gælder også patienter, der udskrives fra en psykiatrisk afdeling.

3.1.1.1.4.2. Ansvar for genoptræning

Efter sundhedslovens § 140, stk. 1, skal kommunalbestyrelsen tilbyde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84 om genoptræningsplaner.

Kommunalbestyrelsens indsats efter stk. 1 tilrettelægges i sammenhæng med de kommunale træningstilbud m.v. i henhold til anden lovgivning i henhold til § 140, stk. 2. Det kan f.eks. være i sammenhæng med kommunalbestyrelsens ansvar for at tilbyde genoptræning og vedligeholdelsestræning efter lov om social service samt andre rehabiliteringsindsatser efter anden lovgivning.

Kommunalbestyrelsen kan, som fastsat i sundhedslovens § 140, stk. 3, tilvejebringe tilbud om genoptræning i henhold til stk. 1 ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser, regionsråd eller private institutioner.

Bopælsregionens pligt til at yde genoptræning under indlæggelse på regionens sygehuse følger af, at bopælsregionen er forpligtet til at tilbyde vederlagsfri sygehusbehandling på regionens sygehuse, ved sygehuse i andre regioner eller ved de i § 79, stk. 2 nævnte specialsygehuse jf. sundhedslovens §§ 5, 79 og 81.

Efter § 251, stk. 1, afholder bopælskommunen udgifter til genoptræningsydelser efter § 140, og efter § 251, stk. 2, bemyndiges indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte regler om bopælskommunens betaling efter stk. 1, som udmøntet i bekendtgørelse nr. 1113 af 18. oktober 2024

om betalinger for færdigbehandlede patienter, indlagte på hospice og genoptræning på specialiseret niveau. Det følger bl.a. af bekendtgørelsen, at bopælsregionen opkræver bopælskommunen betaling for genoptræning efter sundhedslovens § 140, og at betalingen omfatter ydelsen genoptræning på specialiseret niveau, som foregår på sygehus.

Bopælskommunerne har således myndigheds- og finansieringsansvaret for al genoptræning, der ikke foregår under indlæggelse, og som skal tilbydes til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Regionerne har dog driftsansvaret for genoptræning på specialiseret niveau, som skal foregå på sygehuset. Bopælskommunen har myndigheds- og finansieringsansvaret.

Det følger af bekendtgørelse nr. 918 af 22. juni 2018 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, at kommunalbestyrelsen ikke kan tilsidesætte den lægefaglige vurdering af patientens genoptrænings- eller rehabiliteringsbehov, herunder om patienten har behov for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau.

3.1.1.1.4.3. Frit valg til genoptræning

Efter § 140, stk. 4, kan en person, der udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan, jf. § 84, medmindre genoptræningen skal foregå på sygehus, vælge at modtage genoptræningen hos en privat leverandør, som KL har indgået aftale med efter stk. 5, hvis kommunalbestyrelsen ikke inden for syv dage efter udskrivning fra sygehus kan tilbyde opstart af genoptræningen, jf. stk. 3. Angiver genoptræningsplanen, at genoptræningen af sundhedsfaglige grunde først bør opstartes på et senere tidspunkt end udskrivningstidspunktet, regnes fristen dog fra dette tidspunkt.

Efter § 140, stk. 5, indgår KL på kommunernes vegne aftale med de private leverandører om levering af genoptræning efter stk. 4.

Ifølge § 140, stk. 6, fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren nærmere regler om patienternes mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kommunalbestyrelsens forpligtelser i forhold til udmøntningen af stk. 4, herunder om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at informere borgerne om deres muligheder for frit valg og vilkårene herfor, og om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at føre tilsyn med leverandørerne, der indgår aftale efter stk. 5. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om leverandørernes forpligtelser i forhold til modtagelse af borgere i ordningen, om deklaration af oplysninger til brug for borgerens frie valg og dokumentation af faglige kvalifikationer og leveret genoptræning og om information om ændringer i borgerens behov. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om betingelser for borgerens valg af leverandør efter stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren kan endvidere fastsætte

regler om KLs aftaleindgåelse med leverandører, herunder om brug af underleverandører og tilsyn med leverandører.

Endelig kan indenrigs- og sundhedsministeren ifølge § 140, stk. 7, fastsætte nærmere regler om løsningen af tvister mellem KL og private leverandører af genoptræning om vilkårene for aftaler efter stk. 5.

Ovenstående bemyndigelsesbestemmelser er udmøntet i bekendtgørelse nr. 918 af 22. juni 2018 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus og i bekendtgørelse nr. 919 af 22. juni 2018 om aftaleindgåelse i forhold til frit valg af genoptræning efter sundhedsloven.

Det følger af § 7, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 918 af 22. juni 2018, at patienter, der har fået en genoptræningsplan efter udskrivning fra sygehus, kan vælge mellem de genoptræningstilbud, som bopælskommunen har etableret ved egne institutioner eller indgået aftaler om med andre myndigheder eller private leverandører. Patienten kan også vælge genoptræningstilbud på andre kommuners institutioner på det til patientens angivne specialiseringsniveau. En kommunes genoptræningsinstitution kan af kapacitetsmæssige årsager dog afvise at modtage patienter, der har bopæl i en anden kommune, hvis institutionen har væsentlig længere ventetider til genoptræning end andre kommunale genoptræningsinstitutioner, og hvis væsentlige hensyn til patienter fra egen kommune ellers vil blive tilsidesat, jf. bekendtgørelsens § 7, stk. 2.

Efter bekendtgørelsens § 7, stk. 6, kan personer, der efter udskrivning har behov for genoptræning, som ydes på et sygehus, vælge mellem enhver regions sygehuse, jf. §§ 15-17 og §§ 19-22 i bekendtgørelse nr. 958 af 29. august 2014 om ret til sygehusbehandling.

3.1.1.1.4.4. Befordring til genoptræning

Ifølge sundhedslovens § 172 yder kommunalbestyrelsen befordring eller befordringsgodtgørelse til genoptræning til personer, der har behov for genoptræning efter endt behandling på sygehus, jf. § 140 og § 168, stk. 1. Befordringen eller befordringsgodtgørelsen ydes efter reglerne i § 171.

Efter § 264 afholder bopælskommunen udgifter til befordring i forbindelse med genoptræning efter § 140 og § 168, stk. 1.

3.1.1.2. Etablering af sundheds- og omsorgspladser

Der kan både tilbydes midlertidige ophold i kommunerne efter serviceloven, ældreloven og sundhedsloven. Midlertidige pladser forstås som en stationær plads på en kommunal matrikel.

Kommunerne skal efter servicelovens § 84, stk. 1, tilbyde afløsning eller aflastning af ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende til personer, der passer en person med nedsat

fysisk eller psykisk funktionsevne. Aflastning gives udenfor hjemmet, f.eks. i form af et dag-, nat- eller døgnophold på plejehjem eller i plejebolig til den plejekrævende person, mens afløsning gives i hjemmet.

Tilbud efter § 84, stk. 1, retter sig mod den person, der passer en plejekrævende person i hjemmet. Formålet med § 84, stk. 1, er at imødegå den både fysiske og psykiske belastning, det kan være at passe en plejekrævende person i hjemmet. Det er ikke formålet med § 84, stk. 1, at tilbyde aflastningsophold til personer, der har behov for f.eks. kompleks sundhedsfaglig behandling i forlængelse af en sygehusindlæggelse.

Det fremgår af servicelovens § 84, stk. 2, at kommunerne kan tilbyde midlertidigt ophold til personer, der i en periode har et særligt behov for omsorg og pleje.

Ifølge bemærkningerne til § 84, stk. 2, jf. Folketingstidende 2005-06, Tillæg A, side 3136, har bestemmelsen til formål at præcisere, at kommunalbestyrelsen kan tilbyde personer, der har behov herfor, tilbud om et midlertidigt ophold. Det følger videre af bemærkningerne til § 84, stk. 2, jf. Folketingstidende 2005-06, Tillæg A, side 3137, at bestemmelsen har til formål at sikre en klar hjemmel til at tilbyde personer, der i praksis vil dreje sig om ældre, et ophold, hvis der ikke er nære pårørende, der skal aflastes.

Tilbud efter servicelovens § 84, stk. 2, kan således gives, hvis borgeren har et særligt behov for omsorg og pleje. Tilbuddet kan indeholde indsatser efter forskellige lovgivninger, herunder indsatser efter sundhedsloven, men omfatter ikke borgere, der primært har behov for kompleks sundhedsfaglig behandling i forlængelse af en sygehusindlæggelse.

Kommunalbestyrelsen har ikke en pligt til, men mulighed for, at tilbyde et midlertidigt ophold efter § 84, stk. 2. Det betyder, at kommunen f.eks. kan vælge i stedet at give den fornødne hjælp i borgerens egen bolig. På tilsvarende vis kan borgeren vælge ikke at tage imod et tilbud om midlertidigt ophold efter § 84, stk. 2, og i stedet vælge at få den eventuelt fornødne hjælp i egen bolig.

Det fremgår af ældrelovens § 16, at kommunalbestyrelsen skal tilbyde afløsning eller aflastning til en ægtefælle eller andre nære pårørende, der passer en person, der er omfattet af loven. Personer, der er omfattet af loven, vil være personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne over folkepensionsalderen. Aflastning gives udenfor hjemmet, f.eks. i form af et dag-, nat- eller døgnophold på plejehjem eller i plejebolig, mens afløsning gives i hjemmet.

Tilbud efter ældrelovens § 16 retter sig mod den person, der passer en plejekrævende person i hjemmet. Formålet er at imødegå den både fysiske og psykiske belastning, det kan være at passe en plejekrævende person i hjemmet. Det er ikke formålet med § 16, at tilbyde aflastningsophold til personer, der primært har behov for f.eks. kompleks sundhedsfaglig behandling i forlængelse af en sygehusindlæggelse.

Det fremgår af ældrelovens § 17, at kommunerne kan tilbyde midlertidigt ophold for personer, der i en periode har et særligt behov for pleje og omsorg. Personer, der er omfattet af loven, vil være personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne over folkepensionsalderen.

Ifølge bemærkningerne til ældrelovens § 17, jf. Folketingstidende 2024-25, Tillæg A, L 89 som fremsat, side 71, bør tilbud om midlertidigt ophold ligesom i dag rettes mod personer, der bor alene, og som midlertidigt har et særligt behov for pleje og omsorg, og hvor et midlertidigt ophold vurderes at være den bedste løsning, hvis der skal ydes den optimale pleje og omsorg. Videre fremgår det af bemærkningerne, at tilbuddet også vil kunne omfatte almindelig sygepleje som f.eks. medicin håndtering. Tilbuddet omfatter ikke borgere, der primært har behov for kompleks sundhedsfaglig behandling i forlængelse af en sygehusindlæggelse.

Kommunen er ikke forpligtet til at tilbyde et midlertidigt ophold. Det betyder, at kommunen f.eks. kan vælge i stedet at give den fornødne hjælp i borgerens egen bolig.

Kommunerne kan også tilbyde borgeren ophold på en midlertidig plads efter sundhedsloven som led i en sundhedsfaglig indsats, f.eks. i forbindelse med indsatser efter reglerne om kommunal sygepleje og genoptræning efter udskrivning fra sygehus efter sundhedslovens §§ 138-140. Borgerne kan således modtage den nødvendige sundhedsfaglige indsats efter sundhedsloven på midlertidige pladser, i det omfang der er et sundhedsfagligt behov for døgndækkende tilbud.

Det fremgår af vejledning om vederlagsfri hjemmesygepleje ved kommunale akutfunktioner nr. 9235 af 21. marts 2019, at en kommunal akutplads i sygeplejen ofte vil være placeret på et rehabiliterings- eller plejecenter i kommunen. Akutpladserne kan være fleksible, da de også bruges til øvrige kommunale ophold, der ikke nødvendigvis omfatter de sygeplejefaglige opgaver, som en akutfunktion varetager. Pladsen kan ændre karakter, hvis borgerens behov skifter fra sygeplejefaglig indsats til hjælp efter serviceloven.

Tilbuddet om et midlertidigt ophold på en akutplads er ikke et krav i Sundhedsstyrelsens kvalitetstandards om kommunale akutfunktioner af 19. september 2023, men en mulighed i kommunernes organisering af den kommunale akutfunktion. Der henvises i øvrigt til pkt. 3.1.1.1.3 om gældende ret om kommunal sygepleje.

Der er i gældende sundhedslovgivning ikke eksplicitte regler om midlertidige døgnophold som led i genoptræningsindsatser efter udskrivning fra sygehuset. Borgerens behov i forbindelse med genoptræning efter udskrivning fra sygehuset kan fordre enten ambulante indsatser eller døgndækkende indsatser. Borgerens behov kan ændre sig undervejs i et forløb. Kommunerne tilrettelægger selv indsatserne ud fra borgerens samlede behov. Hvis en borger har behov for døgndækkende indsatser, kan opholdet f.eks. finde sted på et kommunalt opholdssted efter anden lovgivning, kommuner-

ne kan oprette pladser til formålet eller indsatserne kan finde sted i borgerens eget hjem.

Det følger af bekendtgørelse om betaling for generelle tilbud og for tilbud om personlig og praktisk hjælp m.v. efter servicelovens §§ 79, 83 og 84 (betalingsbekendtgørelsen), jf. servicelovens § 161, at der kan opkræves egenbetaling for ydelser efter servicelovens § 84 om aflastning, afløsning og midlertidigt ophold. Der kan således opkræves egenbetaling for kost, linned, tøjvask og lignende for borgere i forbindelse med ophold på en midlertidig plads efter serviceloven, herunder aflastningspladser.

Det følger af ældrelovens § 21, at der kan opkræves egenbetaling for hjælp efter ældrelovens §§ 16 og 17.

Efter sundhedslovens regler om kommunal sygepleje er det præciseret i en bekendtgørelsesændring nr. 165 af 26. februar 2019, at sygepleje, der i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, leveres ved en kommunal akutfunktion, organiseret som en kommunal akutplads, også omfatter kost, linned, tøjvask og lignende, hvilket kommunerne således ikke kan opkræve egenbetaling for.

Kommunerne skal efter servicelovens § 4 sikre, at der er de nødvendige tilbud i henhold til servicelovens bestemmelser ved brug af egne tilbud eller gennem samarbejde med andre kommuner, regioner eller private tilbud.

Dette indebærer blandt andet, at kommunerne kan indgå aftaler med regioner om, at regionerne varetager hele eller dele af driften af aflastningsophold og midlertidige pladser efter serviceloven.

Kommunerne skal efter ældrelovens § 28 sikre, at der er de nødvendige tilbud i henhold til ældrelovens bestemmelser ved brug af egne tilbud eller gennem samarbejde med andre kommuner, regioner eller private.

Dette indebærer blandt andet, at kommunerne kan indgå aftaler med regioner om, at regionerne varetager hele eller dele af driften af aflastningsophold og midlertidige pladser efter ældreloven.

Patienter, der behandles på midlertidige pladser, køber som udgangspunkt den nødvendige medicin på et apotek og modtager tilskud til medicinen efter sundhedslovens regler.

Der er mulighed for, at bl.a. læger og sygeplejersker kan udlevere lægemidler til en patient fra et fælles medicinskab, indtil patienten f.eks. kan komme på apoteket og hente et receptpligtigt lægemiddel.

Det følger af lægemiddellovens § 39, stk. 1, at fremstilling, indførsel, udførsel, oplagring, forhandling, fordeling, udlevering, opsplitning og emballering af lægemidler til mennesker og dyr kun må ske med tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen. Lægemiddellovens § 39, stk. 3, undtager i nr. 1-14 en række institutioner og personer fra kravet i lovens § 39, stk.

1, om tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen til at udføre de i stk. 1 nævnte aktiviteter med lægemidler.

Det følger af lægemiddellovens § 39, stk. 3, nr. 1, at hovedreglen i stk. 1 ikke gælder for sygehuse og andre behandlende institutioners fordeling, opsplitning og udlevering af lægemidler til mennesker og dyr, som skal bruges i behandlingen.

Det følger desuden, at kommuner og private virksomheder i medfør af lægemiddellovens § 39, stk. 3, nr. 13 kan opbevare medicin i et fælles medicinskab til brug for sygeplejerskers og lægers behandling af patienter på midlertidige pladser, akutpladser og døgnophold og i eget hjem med henblik på bl.a. hurtig iværksættelse af behandling, som ellers skulle afvente, at lægemidlerne blev afhentet på et apotek. Det fælles medicinskab vil kunne tilgås af sundhedsfagligt personale, som enten har et forbeholdt virksomhedsområde, eller som virker som medhjælp til en læge eller sygeplejerske. Lægemidlerne i medicinskabet vil skulle rekvireres fra et apotek af en læge eller sygeplejerske inden for deres respektive forbeholdte virksomhedsområder.

3.1.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

3.1.2.1. Opgaveflytning

Med Aftale om sundhedsreform 2024 er aftalepartierne enige om, at myndighedsansvaret for visse kommunale sundhedsopgaver skal flyttes til regionerne. Nærhed for borgerne kombineret med mere ensartet kvalitet i hele landet har været pejlemærker for overvejelserne bag de konkrete opgaveflytninger. Et andet overordnet hensyn bag opgaveflytningerne er, at flere sundhedsopgaver bør løses af samme myndighed, som har ansvaret for sygehuse og de almenmedicinske tilbud, hvormed der skabes bedre incitamenter for forebyggende indsatser og for at skabe bedre rammer for sammenhæng mellem sundhedsopgaver på tværs af sundhedsvæsenet. Regionsrådet vil med ansvaret for den samlede sundhedsplanlægning få bedre mulighed for at understøtte omstillingen af, at mere behandling kan foregå i det nære sundhedsvæsen.

Opgaveflytningerne vedrører følgende kommunale indsatser i det nære sundhedsvæsen: patientrettet forebyggelse, akutsygeplejen og dele af genoptræningsindsatserne efter udskrivning fra sygehus. Disse opgaveflytninger skal ses i sammenhæng med etablering af sundheds- og omsorgspladser, hvor hovedparten af målgruppen for midlertidige pladser i kommunerne skal varetages, jf. pkt. 3.1.2.2 nedenfor.

Som led i at afgrænse de konkrete opgaver, der skal flyttes fra kommuner til regioner, har Sundhedsstyrelsen udarbejdet faglige oplæg, som er drøftet med aftalepartierne bag sundhedsreformen. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har med den foreslåede afgrænsning af opgaver, der flytter, i lovforslaget taget afsæt i Sundhedsstyrelsens faglige oplæg, som blev offentliggjort på Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside i marts 2025.

Aftalepartierne er enige om, at kommuner vil kunne varetage hele eller dele af driften på vegne af regionen for de opgaver, som flyttes, men at regionen fortsat har myndigheds- og finansieringsansvar.

Sundhedsrådene vil spille en rolle i forhold til de opgaver, der flyttes fra kommuner til regioner i og med, at det vil være en del af sundhedsrådenes umiddelbare forvaltningsansvar at udmønte de økonomiske rammer for nye og udbyggede indsatser i det nære sundhedsvæsen samt at sikre det fortsatte fokus på de lokale behov for nærhed og sammenhæng i opgaveløsningen på tværs af kommuner og regioner. De forberedende sundhedsråd kan i 2026 bidrage til forberedelse og beslutning om, hvordan driftsopgaven skal løses for de opgaver, der flytter til regionerne.

Et særligt hensyn bag beslutningen om flytning af den patientrettede forebyggelse fra kommuner til regioner er at sikre ensartede patientrettede forebyggelsestilbud af en høj kvalitet samt sikre faglig bæredygtighed på tværs af lokale tilbud og løsninger. Det skal også understøtte, at den myndighed, som investerer i en indsats, også høster gevinsten heraf. Regionerne får større mulighed og ansvar for at sikre sammenhængende forløb og behandling helt ud i borgerens eget hjem samt mulighed for at udvikle og tilpasse de patientrettede forebyggelsestilbud, således at sundhedsvæsenet indrettes, så det bedst muligt tager hånd om befolkningens sundheds- og sygdomsmæssige problemstillinger.

Dette skal også ses i sammenhæng med aftalens del om kommende kronikerpakker til mennesker med kronisk sygdom, som forventeligt kommer til at indeholde nye patientrettigheder for målgrupperne for kronikerpakkerne. Dette vil indgå i et senere lovforslag.

Et særligt hensyn bag beslutningen om flytning af ansvaret for akutsygeplejen til regionerne er at give regionerne mulighed for at flytte specialiserede sygeplejefaglige kompetencer tættere på borgerne og udvikle et samlet og bæredygtigt akuttilbud, f.eks. robust døgndækning tæt på eller i borgerens eget hjem. Den regionale akutsygepleje kan som eksempel også planlægges og koordineres i sammenhæng med den præhospitale indsats.

Et særligt hensyn bag beslutningen om flytning af ansvaret for dele af genoptræningsindsatserne efter sundhedsloven fra kommuner til regioner er at sikre genoptræningsindsatser af høj kvalitet for borgere med komplekse genoptræningsbehov, samtidig med at der er medarbejdere med de rette kompetencer til at løfte opgaverne. Sikring af en fagligt bæredygtig opgaveløsning af høj kvalitet kræver et patientgrundlag, der overstiger størrelsen på en række kommuner.

I 2023 blev der ved lov nr. 739 af 13. juni om ændring af bl.a. sundhedsloven indført bemyndigelseshjemler til, at indenrigs- og sundhedsministeren kunne fastsætte nærmere krav og anbefalinger om, hvordan kommunale sundhedsopgaver i det nære sundhedsvæsen skulle udføres. Videre kunne der stilles krav til, hvordan regionerne skulle rådgive

kommunerne i forhold til denne udførelse. Hensigten var, at der fra centralt hold skulle kunne sikres en ensartet kvalitet i opgaveudførelsen på tværs af landets kommuner med tilstrækkelig faglig støtte fra de almenmedicinske tilbud eller relevant personale fra hospitalerne.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet finder det hensigtsmæssigt at videreføre, at der vil kunne stilles krav til, hvordan opgaver i det nære sundhedsvæsen udføres samt krav til regionernes rådgivningsforpligtelse i forbindelse med denne opgavevaretagelse uagtet, at ansvaret for visse opgaver flyttes fra kommuner til regioner.

Det er fortsat hensigten, at der skal være mulighed for at kunne sikre omstilling i opgavevaretagelse i det nære sundhedsvæsen ved at stille krav til indsatserne, hvis det vurderes hensigtsmæssigt for f.eks. at tilbuddet vil komme tættere på borgerne.

Muligheden for at udstede kvalitetsstandarder med krav og anbefalinger til sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen vil skulle ses i sammenhæng med en række øvrige initiativer, som også har til hensigt at understøtte det nære sundhedsvæsen og samarbejdet på tværs af sundhedsvæsenet. Det drejer sig bl.a. om initiativerne om mere behandling i eget hjem, bedre data til kvalitetsudvikling af indsatser i det nære sundhedsvæsen samt initiativer om flere læger i de almenmedicinske tilbud og en bedre fordeling af læger m.v.

3.1.2.2. Etablering af sundheds- og omsorgspladser

Etablering af sundheds- og omsorgspladser gennem overdragelse af ansvaret for målgruppen for de nuværende akutpladser og hovedparten af øvrige midlertidige pladser er en del den samlede flytning af myndighedsansvaret for udvalgte sundhedsopgaver fra kommunerne til regionerne, som bl.a. skal sikre, at flere opgaver løses af den samme myndighed, der har ansvaret for sygehuse og almenmedicinske tilbud, jf. pkt. 3.1.2.1.

Aftalepartierne er enige om, at etablering af sundheds- og omsorgspladser i sundhedsloven skal fremme kvalitet og kontinuitet for borgerne samt sikre, at langt flere oplever en tidlig, nær og sammenhængende indsats. Det skal styrke sammenhæng til sygehusindsatserne samt sikre højere grad af lægedækning på området, så (gen)indlæggelser forebygges. Det er et vigtigt element i omstillingen af sundhedsvæsenet, som vil reducere kassetækning på området.

Aftalepartierne er videre enige om, at kommuner vil kunne varetage hele eller dele af driften af sundheds- og omsorgspladserne på vegne af regionen, men at regionen fortsat har myndigheds- og finansieringsansvar.

Aftalepartierne er også enige om, at regionerne kan indgå aftaler med private leverandører om at drive sundheds- og omsorgspladser, forudsat at disse lever op til relevante krav på området, herunder i forhold til kvalitet.

Et særligt hensyn bag beslutningen om flytning af ansvaret for borgere med behov for sundhedsfaglige indsatser, der ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges under ophold i eget hjem, som i dag varetages på akutpladser og hovedparten af øvrige midlertidige pladser i kommunerne, til sundheds- og omsorgspladser i regionerne, er at give regionerne mulighed for at skabe større sammenhæng til sygehusindsatserne samt sikre en højere grad af lægedækning på området, så flere indlæggelser og genindlæggelser forebygges. Flytning af ansvaret skal også modvirke kassetænkning, f.eks. ved at den myndighed, som investerer i en indsats, også høster gevinsten heraf. Det skal også sikre, at borgere, der er færdigbehandlede i sygehusregi, med behov for sundhedsfaglige indsatser, som ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges under ophold i eget hjem, kan udskrives til et tilbud af høj kvalitet. Der skal bl.a. være bedre mulighed for at trække på relevante specialistkompetencer på sygehuset. Et yderligere hensyn er, at patienter, der har brug for en sundhedsfaglig indsats og et midlertidigt ophold, og som ikke har behov for indlæggelse på sygehus, skal kunne modtage ensartede tilbud om midlertidigt ophold efter sundhedsloven over hele landet uden egenbetaling. I forlængelse heraf har aftalepartierne i aftalen lagt vægt på, at sundheds- og omsorgspladser som udgangspunkt skal være til stede i alle kommuner, med mindre der er hensyn til faglige og organisatoriske bæredygtighed, der taler imod det.

På den baggrund er det ambitionen, at sundheds- og omsorgspladserne skal spille en central rolle i det nære sundhedsvæsen. De skal bidrage til opbygningen af et stærkt nært sundhedsvæsen ved at sikre tilbud om midlertidige ophold for personer med behov for en sundhedsfaglig indsats uden for eget hjem, og som er af høj og ensartet kvalitet på tværs af landet.

3.1.3. Den foreslåede ordning

3.1.3.1. Opgaveflytning

I overensstemmelse med Aftale om sundhedsreform 2024 foreslås det, at ansvaret for patientrettet forebyggelse, akutsygeplejen samt dele af genoptræningsindsatserne efter udskrivning fra sygehus (genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau) fra den 1. januar 2027 flyttes fra kommunerne til regionerne.

Forslaget vil indebære, at regionerne vil få myndigheds- og finansieringsansvaret for disse sundhedsopgaver.

Patientrettet forebyggelse omhandler indsatser målrettet en patientgruppe med kronisk eller langvarig sygdom, der kan have behov for regelmæssig og tilbagevendende kontakt til sundhedsvæsenet. Det gælder f.eks. borgere med en eller flere sygdomme som KOL, type 2 diabetes, kræftsygdomme, hjertesygdom, depression, angst, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser m.v.

Kommunerne har i dag og vil fortsat have ansvaret for borgerrettede forebyggelsestilbud og at skabe rammer for og til-

bud med henblik på sundhedsfremme og forebyggelse, både for somatiske og for psykiske sygdomme. Det gælder bl.a. forebyggelsestilbud til borgere i risiko for eller symptomer på kronisk sygdom.

Flytning af ansvaret for patientrettet forebyggelse fra kommuner til regioner vil medføre, at den enkelte region kan skabe mere sammenhængende løsninger for borgere med kronisk eller langvarig sygdom med behov for regelmæssig eller tilbagevendende kontakt til sundhedsvæsenet. Regionerne vil kunne finde løsninger, som tilpasses lokale forhold, for eksempel i samarbejde med de enkelte kommuner i regionen.

Målgruppen for akutsygepleje vil overordnet set være patienter med somatisk sygdom og eventuel samtidig psykisk lidelse, hvor der er akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling, men uden behov for sygehusindlæggelse.

Forløbene er overvejende kendetegnet ved at være subakutte eller akutte og komplekse, hvor der kræves de særlige sundhedsfaglige kompetencer, der er til stede i akutsygeplejen. Indsatserne dækker også over mere planlagte, komplekse forløb. I dag er de kendetegnet ved de indsatser, der kaldes akutfunktionerne under kommunal sygepleje, jf. Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, 2023.

Den foreslåede opdeling af den nuværende kommunale sygepleje vil medføre, at kommunerne alene vil have myndigheds- og finansieringsansvaret for en del af sygeplejen i det nære sundhedsvæsen, hvilket fremadrettet benævnes »kommunal sygepleje«. Regionerne vil tilsvarende have myndigheds- og finansieringsansvaret for akutsygeplejen. En opdeling af den nuværende kommunale sygepleje vil forventeligt bidrage til, at myndighederne kan skabe grundlag for den faglige bæredygtighed i den samlede kæde af sygeplejeindsatser, herunder sikre, at akutindsatsen uden for sygehusene styrkes, samtidig med at der bibeholdes en faglig bæredygtighed i sygeplejeindsatsen i kommunerne. Den kommunale sygepleje vil også blive understøttet gennem rådgivning og sparring fra den regionale akutsygepleje.

For så vidt angår opdeling af genoptræningsindsatsen foreslås det, at det fremover vil være regionsrådet, der har myndigheds- og finansieringsansvar for genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau. Rehabilitering på specialiseret niveau vil fremover udvides til også at omfatte de mest specialiserede dele af genoptræning på avanceret niveau.

Ved »genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau« forstås specifikke niveauer af genoptræning efter udskrivning fra sygehuset. Det er bl.a. genoptræningsindsatser, som er målrettet mindre patientgrupper med specialiserede og komplekse behov, og som regionen vil skulle visitere til. Behov for rehabilitering på specialiseret niveau ved udskrivning fra sygehus vil f.eks. kunne

omfatte borgere med behov for flere forskellige indsatser efter sundhedsloven og anden lovgivning, som en del af en bredere rehabiliteringsindsats. De to niveauer for genoptræning følger den opdeling, som allerede fremgår af bilag 1 i bekendtgørelse nr. 918 af 22. juni 2018. Opgaveflytningen vil medføre, at Sundhedsstyrelsen vil skulle opdatere beskrivelsen af niveauerne for genoptræning, herunder præcisere den faglige afgrænsning af målgrupperne for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau.

Den foreslåede opdeling af genoptræning efter udskrivning fra sygehus vil indebære, at regionsrådet får myndigheds- og finansieringsansvaret for de patienter, som har behov for den mest specialiserede genoptræningsindsats det vil sige genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau. Kommunalbestyrelsen vil alene bevare myndigheds- og finansieringsansvaret for de almene genoptræningsindsatser, det vil sige almen genoptræning.

Udover den foreslåede opdeling af genoptræningsindsatserne og flytning af den mest specialiserede del, foreslås øvrige dele af nuværende bestemmelse i sundhedslovens § 140 om genoptræning efter udskrivning fra sygehus i stk. 2-7 i høj grad videreført. Det er dog med en strukturmæssig justering, dels som følge af, at indholdet i gældende stk. 1 foreslås videreført i ny § 139 a, og dels for at bestemmelsens bemyndigelsesbestemmelser vil blive delt op i selvstændige stykker for læsevenlighedens skyld.

Der indføres desuden enkelte undtagelser til reglerne for genoptræning efter udskrivning fra sygehus som led i indførsel af sundheds- og omsorgspladser i regionerne. Det gælder f.eks. i forhold til frit valg, idet indsatser svarende til almen genoptræning vil kunne være en del af den samlede sundhedsfaglige indsats, som varetages på pladsen. Se nærmere herom under § 1 nr. 6.

Det er således hensigten med dette lovforslags dele om opgaveflytning fra kommuner til regioner at understøtte, at indsatserne vil kunne varetages på et mere fagligt bæredygtigt grundlag som følge af regionernes størrelse.

De foreslåede ændringer i sundhedslovens afsnit IX om opgaveflytninger vil forventeligt medføre, at regionerne vil kunne drage fordel af at være ansvarlig for flere sundhedsopgaver med tilknytning til hinanden i forhold til bedre planlægning og sammenhængskraft. Det kan for eksempel gøre sig gældende for akutsygeplejen og den præhospitale indsats samt de patientrettede forebyggelsestilbud, som kan tænkes bedre sammen med patienternes forløb i forlængelse af udredning på sygehuset og eventuel behandling i for eksempel det almenmedicinske tilbud. Det ændrede opgaveansvar vil forventeligt kunne bidrage positivt til at løse de udfordringer, der i dag eksisterer, hvor gevinst og investering hidtil har været adskilt mellem forskellige myndigheder, og som Sundhedsstrukturkommissionen for eksempel har peget på som en barriere for, at regioner og kommuner prioriterer indsatser, der kan forebygge unødige sygehusindlæggelser.

Som i dag vil der som følge af den foreslåede opgaveflytning fortsat skulle være fokus på koordinering og samarbejde mellem kommuner og regioner.

I medfør af lov nr. 719 af 20. juni 2025 om ændring af lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab (regionsloven) og forskellige andre love vil de nye sundhedsråd på regionsrådets vegne få en central rolle i at sikre det fortsatte fokus på de lokale behov for nærhed og sammenhæng i opgaveløsningen på tværs af kommuner og regioner. Sundhedsrådene vil skulle varetage den umiddelbare forvaltning af regionernes sundhedsopgaver inden for et afgrænset geografisk område. Det indebærer bl.a. det umiddelbare politiske ansvar for strategi og planlægning af driften af sygehuse, lokal planlægning af almenmedicinske tilbud og praksissektor samt de sundhedsopgaver, som flyttes fra kommunerne til regionerne, bl.a. ved udarbejdelse af en nærsundhedsplan. Den kommunale repræsentation i sundhedsrådene skal understøtte, at nærsundhedsplanen også indeholder et klart kommunalt perspektiv på omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen, herunder fokus på samarbejdet mellem regionale og kommunale tilbud og indsatser. Der henvises i øvrigt til pkt. 3.5.2 og pkt. 3.5.3 om national sundhedsplan og nærsundhedsplan.

Den foreslåede opgaveflytning skal ses i sammenhæng med, at et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser endvidere vil kunne indgå samarbejde efter den foreslåede § 118 d i sundhedsloven om bl.a. de opgaver, som flyttes fra kommuner til regioner. Bestemmelsen giver mulighed for, at regioner og kommuner vil kunne indgå kontrakter om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen. Der henvises i den forbindelse til pkt. 3.6.3 for en nærmere beskrivelse af betingelserne for kontrakter om samarbejde.

Forslaget vil desuden indebære, at bl.a. bekendtgørelser, kvalitetsstandards og vejledninger om patientrettet forebyggelse, akutsygepleje, kommunal sygepleje og genoptræning, som indeholder nærmere regler og vejledning om, hvad de forskellige sundhedsindsatser indeholder, vil skulle opdateres.

Som følge af de foreslåede opgaveflytninger foreslås desuden justeringer i visse overskrifter i sundhedsloven.

Idet de ovennævnte sundhedsydelser, patientrettet forebyggelse, akutsygeplejen samt genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau efter udskrivning fra sygehus, med dette lovforslag foreslås flyttet fra kommuner til regioner foreslår Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at den gældende bemyndigelses hjemmel til at udstede kvalitetsstandards justeres. Dels for at kunne afspejle i bemærkningerne til bestemmelsen, hvordan kommuner og regioner kan omfattes af kvalitetsstandards i forhold til, at regionerne i henhold til lovforslaget foreslås at blive ansvarlige for visse sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, og dels for at forbedre bestemmelsen rent sprogligt, idet det

ikke fremgår af den gældende hjemmel, at det produkt, som kan udstedes efter denne hjemmel, er kvalitetsstandarder.

Som følge af justeringer i bemyndigelsesbestemmelserne vil der skulle foretages mindre tilpasninger i bekendtgørelse om kvalitetsstandarder.

For nærmere om bemyndigelsesbestemmelsen til at kunne udstede kvalitetsstandarder henvises til lovforslagets § 1, nr. 4, og bemærkningerne hertil.

3.1.3.2. Etablering af sundheds- og omsorgspladser

I overensstemmelse med Aftale om sundhedsreform 2024 foreslås det, at ansvaret for ophold og indsatser for en større gruppe borgere med behov for sundhedsfaglige indsatser, som i dag varetages på kommunale akutpladser og hovedparten af øvrige midlertidige pladser, flyttes til regionerne.

Forslaget vil medføre, at regionsrådet vil være ansvarligt for at tilbyde ophold og indsatser på sundheds- og omsorgspladser til personer, der vil have behov for et midlertidigt ophold for at modtage sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, som ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges under ophold i eget hjem og heller ikke kræver sygehusindlæggelse. Målgruppen for sundheds- og omsorgspladser vil omfatte borgere med somatisk sygdom og eventuel samtidig psykisk lidelse, der vil have behov for sundhedsfaglige indsatser i tilfælde, hvor der f.eks. er akut opstået sygdom, forværring af kendt sygdom eller helbredstilstande med komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, f.eks. efter udskrivelse fra sygehus.

Det vil være regionen, f.eks. en medarbejder på sundheds- og omsorgspladsen, der tildeler ophold på en sundheds- og omsorgsplads på baggrund af en konkret sundhedsfaglig helhedsvurdering af, om den enkelte person opfylder kriterierne for ophold. Det er hensigten, at f.eks. sygehusafdelinger, den kommunale sygepleje og almenmedicinske tilbud skal kunne henvise borgere til en sundheds- og omsorgsplads.

I helhedsvurderingen vil det primære kriterium skulle være det sundhedsfaglige behov, som kan omfatte sundhedsfaglige indsatser som observation, pleje og/eller behandling og genoptræning. I mange forløb vil der desuden indgå en basal palliativ indsats. Det vil være et afgørende princip for ophold på pladserne, at borgerens sundhedsfaglige behov fordrer adgang til lægefaglige kompetencer, herunder at borgernes behov afgør adgangen til specialistkompetence. Behovet for adgang til lægefaglige kompetencer vil desuden kunne variere inden for målgruppen. Derudover vil andre forhold, der vil kunne påvirke muligheden for tilrettelæggelsen af indsatsen under ophold i eget hjem, også skulle tages i betragtning. Det vil kunne skyldes flere forhold, når de sundhedsfaglige indsatser ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges i borgerens eget hjem, f.eks. praktiske forhold eller hensynet til organisatorisk bæredygtighed, herunder også økonomisk effektivitet.

Tildelingen af ophold på sundheds- og omsorgspladser vil skulle ske uafhængigt af, hvor borgeren forudgående har haft ophold. En borger vil f.eks. kunne tildeles et ophold på en sundheds- og omsorgsplads efter udskrivelse fra et sygehus eller direkte fra eget hjem, herunder plejebolig, plejehjem m.v.

Med de foreslåede regler vil borgere, der primært har behov for personlig pleje og praktisk hjælp som led i helhedspleje efter ældreloven eller personlig pleje og praktisk hjælp efter serviceloven ikke skulle tildeles ophold på sundheds- og omsorgspladser. Borgere, der primært har behov for socialfaglige indsatser, vil heller ikke skulle tildeles ophold på sundheds- og omsorgspladser.

Det foreslås, at regionsrådet vil få ansvaret for at levere og finansiere de sundhedsfaglige indsatser med et samlet rehabiliterende sigte, som borgerne vil have behov for under opholdet. Regionerne vil desuden være ansvarlige for at levere og finansiere den nødvendige pleje og omsorg, der indgår i den samlede indsats, som borgerne skal modtage på sundheds- og omsorgspladserne.

Der vil være tale om en række sundhedsfaglige indsatser som f.eks. observation, pleje og/eller behandling, genoptræning og basal palliation, der tilsammen har et rehabiliterende sigte med henblik på at forbedre, vedligeholde eller forsinke forringelse af borgerens fysiske og kognitive funktioner. Indsatsen vil både kunne være forebyggende for sygehusindlæggelser og opfølgende efter en indlæggelse. Hensigten er ikke, at indsatserne skal kræve sygehuskompetencer eller specialiseret hospitalsudstyr, da sådanne tilfælde vil skulle håndteres på et sygehus.

Sundheds- og omsorgspladser vil skulle organiseres, så der er fast tilknytning af lægefaglige kompetencer, f.eks. speciallæger i almen medicin eller geriatri. Borgernes behov for adgang til lægefaglige kompetencer vil kunne variere i omfang og karakter inden for målgruppen for sundheds- og omsorgspladser.

Regionerne vil have ansvar for at koordinere i forhold til sundhedsindsatser m.v., som ikke er relateret til formålet med opholdet på en sundheds- og omsorgsplads, eller som ikke er omfattet af regionernes myndighedsansvar.

En tidlig og løbende koordinering og informationsudveksling mellem region og kommune vil være afgørende for at sikre sammenhæng i borgerens forløb og forberede relevante kommunale indsatser f.eks. efter ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Dette vil styrke overgangen for borgeren og mindske risikoen for genindlæggelse på sygehus. F.eks. vil medarbejdere på sundheds- og omsorgspladsen også skulle koordinere med borgerens almenmedicinske tilbud, når det er relevant.

Regioner og kommuner vil blandt andet skulle være særligt opmærksomme på at skabe sammenhængende og koordinerede forløb for borgere, der vurderes at kunne have behov for plejebolig, plejehjem m.v. Det vil f.eks. også kunne være

relevant for borgere med sociale udfordringer, at regionen og kommunen koordinerer socialfaglige tilbud og indsatser fra kommunen under et ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

Det foreslås, at regionsrådet vil kunne tilvejebringe tilbud om midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser ved at etablere tilbud på egne institutioner eller ved indgåelse af aftale herom med et andet regionsråd, kommunalbestyrelse eller privat institution.

Andre regioner, kommuner eller private institutioner vil med understøttelse af regionen skulle leve op til relevante krav for sundheds- og omsorgspladser, herunder for krav der følger af de kommende kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgspladser. Regionerne vil have myndighedsansvar for opgavevaretagelsen på de nye sundheds- og omsorgspladserne, også i tilfælde hvor driften er udlagt til andre aktører. Det indebærer bl.a., at regionerne skal sikre, at kvaliteten af tilbuddene lever op til både lovgivningsmæssige krav og standarder for området.

Et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser vil endvidere kunne indgå samarbejde om sundheds- og omsorgspladser efter den foreslåede § 118 d i sundhedsloven. Bestemmelsen giver mulighed for, at regioner og kommuner vil kunne indgå kontrakter om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, herunder sundheds- og omsorgspladser. Der henvises i den forbindelse til pkt. 3.6.3 for en nærmere beskrivelse af betingelserne for kontrakter om samarbejde.

Det foreslås, at indenrigs- og sundhedsministeren får hjemmel til at fastsætte nærmere regler om sundheds- og omsorgspladser.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderer, at det er hensigtsmæssigt, at ministeren bemyndiges til at kunne fastsætte nærmere regler i det omfang, der måtte opstå behov herfor. Formålet vil blandt andet være at kunne forebygge uklarhed om ansvarsplacering samt at kunne understøtte sammenhængende forløb for borgerne.

Der vil desuden kunne fastsættes kvalitetsstandards om indsatser på sundheds- og omsorgspladserne i medfør af sundhedslovens § 118 b, som nyaffattet i dette lovforslags § 1, nr. 4.

Disse kvalitetsstandards vil blive udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, som således vil kunne fastsætte forpligtende kvalitetskrav og -anbefalinger om blandt andet kapacitet, udstyr og sundhedsfagligt indhold.

Der vil, som en del af kvalitetsstandards, blive udarbejdet en nærmere beskrivelse af karakteristika ved målgruppen for pladserne og indsatserne som led i en tydeligere afgrænsning af, hvornår i et forløb det kan være relevant at tildele ophold på en sundheds- og omsorgsplads og tilsvarende afslutte opholdet.

Kvalitetsstandards vil blandt andet også indeholde beskrivelse af behandlingsansvaret under ophold på sundheds- og omsorgspladser. Det forventes yderligere, at standarderne vil beskrive relevante lægefaglige specialer i forhold til f.eks. sparring og rådgivning i forhold til at kunne imødekomme borgernes forskellige behov i forbindelse med ophold på sundheds- og omsorgspladser.

Kvalitetsstandards vil bl.a. også omfatte overordnede overvejelser vedrørende f.eks. overgang til kommunale indsatser, der kan være relevant for nogle borgere efter afsluttet ophold. Det kan f.eks. være borgere med fortsat behov for genoptræning i kommunen efter den foreslåede § 139 a. Kvalitetsstandards vil udarbejdes med inddragelse af relevante aktører og eksisterende fagligt vidensgrundlag.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet planlægger i kommende lovforslag at fastsætte nærmere regler om en række forhold angående sundheds- og omsorgspladser, der også følger af Aftale om sundhedsreform 2024 mellem regeringen (Socialdemokratiet, Venstre, Moderaterne), Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet forventer i et andet kommende lovforslag at etablere en særskilt afregningsordning i relation til sundheds- og omsorgspladserne. Formålet med ordningen vil være at understøtte, at kommunerne vil have et medansvar for patienterne, der opholder sig på pladserne, og at disse vil kunne komme hjem, når det kan lade sig gøre med den fornødne kommunale hjælp og omsorg.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet forventer i et andet kommende lovforslag at fastsætte regler om frit valg til regionale sundheds- og omsorgspladser.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil derudover som led i implementeringen af sundhedsreformen, og som følge af samarbejdsprogrammet på det regionale område, foretage et generelt eftersyn af befordringsreglerne i sundhedsloven. Eftersynet vil også skulle tage højde for behovet for befordring til og fra de kommende regionale sundheds- og omsorgspladser.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil derudover vurdere behovet for lovændringer med henblik på at igangsætte et lovforberedende arbejde for at sikre effektiv og hensigtsmæssig medicinbehandling på sundheds- og omsorgspladser og i forbindelse med akutsygepleje. Heri vil indgå muligheder for, at vilkårene for medicinindkøb, udlevering og registrering m.v. på sundheds- og omsorgspladserne svarer til medicinudlevering på sygehusene.

3.2. Regional medfinansiering af kommunale sundhedsydelser

3.2.1. Gældende ret

Der er ikke i gældende lovgivning generelle regler om, at

et regionsråd kan yde økonomiske tilsagn til varetagelsen af kommunale sundhedsydelser.

I gældende lovgivning kan regionsrådene dog i medfør af § 239 i sundhedsloven indgå aftale med kommunalbestyrelser om betaling for personer, der henvises til kommunale tilbud som alternativ til sygehusindlæggelse, hvilket dog indebærer, at regional betaling for kommunale sundhedsydelser er formålsbegrænset til at mindske antallet af sygehusindlæggelser.

Det kan ligeledes nævnes, at et regionsråd i medfør af § 78, stk. 3-8, kan samarbejde med offentlige myndigheder (herunder kommunalbestyrelser) om løsningen af fælles opgaver efter afsnit VI, XI, XII og XIV-XVI og opgaver, der har tilknytning hertil, og som regionsrådet lovligt kan varetage efter anden lovgivning. Regionsrådet kan i den forbindelse påtage sig de forbundne udgifter. Bestemmelserne er dog formålsbegrænsede til fælles opgaveløsning.

3.2.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Sundhedsstrukturkommissionen har i deres afrapportering af juni 2024 blotlagt en række koordinationsudfordringer mellem den kommunale og regionale sundhedssektor. Blandt andet fremhæver de, at regionerne under den nuværende sundhedsstruktur har begrænset tilskyndelse til at stille ressourcer, herunder økonomiske ressourcer, til rådighed for det nære kommunale sundhedsvæsen. Samtidigt påpeger de en risiko for, at kommunerne underinvesterer i aktivitet, der ud fra en samlet vurdering ellers er hensigtsmæssig.

I Aftale om sundhedsreform 2024 mellem regeringen, Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti, Radikale Venstre er det aftalt, at der etableres 17 lokale sundhedsråd. For at understøtte, at sundhedsindsatser på tværs af regioner og kommuner bindes bedre sammen til gavn for borgerne, er det bl.a. aftalt, at sundhedsrådene skal udmønte en årlig økonomiske ramme til kommunale sundhedsindsatser. Den økonomiske ramme skal styrke de allerede eksisterende kommunale sundhedstilbud eller anvendes til etablering af helt nye indsatser i kommunerne, og hensigten er at sikre en bedre lokal sammenhæng mellem de kommunale og regionale sundhedstilbud, herunder sygehusbehandlingen, så førnævnte koordinationsudfordringer fremover kan imødegås i større grad.

Det er et nybrud, at regionsrådene skal modtage økonomiske rammer, de efterfølgende skal udmønte til kommunerne med henblik på at styrke kommunale sundhedsydelser. Indenrigs- og Sundhedsministeriet finder det i den forbindelse afgørende, at udmøntningen foregår på en måde, der understøtter, at kommunerne fortsat har det entydige ansvar for varetagelsen af de kommunale sundhedsydelser, således at muligheden for at placere såvel politisk og juridisk ansvar for varetagelsen af sundhedsopgaver fastholdes - trods et større samarbejde om indsatser mellem kommuner og regioner.

Samtidig vurderes det afgørende, at udmøntningen under-

støtter et fælles ejerskab af, at indsatser i det samlede sundhedsvæsen tilrettelægges med øje for at sikre større sammenhæng til gavn for borgere og patienter.

Efter de gældende regler kan regionsrådene ikke yde betaling til kommunale sundhedsindsatser med henblik på at understøtte sammenhængen mellem sundhedstilbud i kommuner og regioner. Det er på den baggrund Indenrigs- og Sundhedsministeriets samlede opfattelse, at der er behov for at udvide den nuværende ordning.

Det er samtidig Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering, at udmøntningen skal balancere hensynet til at sikre kommunal tilskyndelse til at investere i egne sundhedsopgaver med hensynet til ikke at binde kommunernes prioriteringsrum på tværs af områder unødigt. Den foreslåede ordning for udmøntningen beskrives i pkt. 3.2.3.

Det følger af Aftale om sundhedsreform 2024, at sundhedsrådene udrustes med en investeringsmotor målrettet kommunale indsatser, hvoraf 0,6 mia. kr. er prioriteret til implementering af nationale tværgående kvalitetsstandarder i kommunerne.

Det følger af Aftale om sundhedsreform 2024, at "kommunerne og de nye sundhedsråd skal sørge for at tilpasse de overordnede krav til de lokale forhold, så implementeringen sker ud fra lokale hensyn". Samtidig er det ministeriets vurdering, at kvalitetsstandarder skal udmøntes med en vis statslig styring i forhold til den konkrete implementering i de enkelte kommuner, da f.eks. kvalitetsstandarder målrettet kommunal sygepleje og basal palliation skal skabe "mere ensartet" basal palliation tæt på borgerne.

Den statslige styring med løft af kvaliteten via kvalitetsstandarder er i dag i overensstemmelse med hensynet til entydigt opgaveansvar, da indenrigs- og sundhedsministeren aftaler økonomi og vilkår vedr. implementering med den relevante forhandlingsorganisation, hvorefter kommunerne og regionerne alene er ansvarlige for implementeringen af de dele af indsatsen, som hører under deres ansvarsområde. Ved udmøntning af kvalitetsstandarder via sundhedsrådene er det ministeriets vurdering, at der ville være risiko for, at ansvaret vil være uklart placeret, da det følger af Aftale om sundhedsreform 2024, at sundhedsråd og kommuner sammen skal tilpasse indsatserne efter lokale forhold.

I det tilfælde, hvor en kommune og et sundhedsråd ikke kan blive enige om at indgå aftale om implementeringsvilkårene, f.eks. i tilfælde af uenighed om de finansielle vilkår, kan der opstå uklarhed om, hvorvidt det er kommunerne eller regionerne, der i sidste ende har ansvaret for, at borgere i den pågældende kommune ikke kan modtage sundhedsbehandling i overensstemmelse med de bindende standarder eller kvalitetskrav.

Det er således ministeriets vurdering, at kvalitetsstandarder i sin nuværende bindende form ikke vil kunne implementeres/udmøntes via sundhedsrådene uden, til en vis grad, at kompromittere hensynet til entydigt ansvar for varetagelse

af kommunale sundhedsydelser. Samtidig vurderes det ikke muligt at afvige fra hensynet til at placere entydigt ansvar for opgavevaretagelsen og implementeringsansvaret.

Derfor er det ministeriets vurdering, at der skal fastsættes en alternativ model for kvalitetsstandarder til brug for sundhedsrådenes udmøntning af de nye nationale tværgående kvalitetsstandarder. Denne model beskrives i pkt. 3.2.3.

3.2.3. Den foreslåede ordning

I overensstemmelse med Aftale om sundhedsreform 2024, foreslås det, at regionsrådene fremover kan indgå aftaler med en eller flere kommunalbestyrelser om at yde økonomiske tilsagn til medfinansiering af de kommunale sundhedsopgaver.

Ordningen skal understøtte, at regionsråd og kommunalbestyrelser gennem aftaler kan styrke de nære kommunale sundhedstilbud og skabe mere sammenhæng i sundhedsydelserne på tværs af de kommunale og regionale opgaveområder.

Det foreslås, at der indsættes en § 118 c, stk. 1, hvorefter et regionsråd efter aftale med en eller flere pågældende kommunalbestyrelser kan medfinansiere kommunale sundhedsydelser, som er henlagt til kommunerne efter sundhedslovens kapitel 34-41 (afsnit IX).

Det vil indebære, at regionsrådene ikke kan yde økonomiske tilsagn til varetagelsen af kommuners varetagelse af sundhedsydelser uden forudgående aftale herom.

Bestemmelsen skal understøtte, at regioner og kommuner kan tage fælles ansvar for løft af de kommunale sundhedsydelser. Samtidig skal en aftalebaseret udmøntning understøtte, 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 entydige ansvar for opgavevaretagelsen understøttes, idet regionsrådene alene kan medfinansiere kommunale sundhedsydelser efter aftale med pågældende kommunalbestyrelser, og da det kommunale ansvar for varetagelse og drift af konkrete sundhedsydelser også omfatter eventuelle kontraktuelle eller aftalebaserede ansvar.

Den foreslåede § 118 c, stk. 1, vil også betyde, at der f.eks. kan indgås aftale om løft af borgerrettet forebyggelse igennem kommunale skoleindsatser og fritidsområdet, der kan understøtte, at børn får en sundere opvækst som beskrevet i sundhedslovens kapitel 36, ligesom sygeplejeindsatser efter sundhedslovens § 138 kan omfattes af aftaler f.eks. i forhold til styrkelse af sygeplejen blandt de ældre medicinske patienter. Andre eksempler på relevante indsatser kan være en styrkelse af det basale palliative område, så ældre borgere i højre grad kan opleve en værdig død i kendte omgivelser, eller en styrkelse af sundhedsindsatserne på bosteder og andre

dele af socialpsykiatrien i kommunerne også som led i den kommunale sygepleje efter sundhedslovens § 138.

At regionsrådene med den foreslåede bestemmelse i § 118 c, stk. 1, vil kunne indgå aftale med enkeltkommuner vil som udgangspunkt indebære, at regionsrådene ikke vil være forpligtede til at indgå aftaler med alle kommunerne om økonomiske tilsagn for varetagelse af kommunale sundhedsydelser. Regionsrådene vil ikke blive mødt med en konkret forpligtelse til at udmønte de politisk afsatte økonomiske rammer målrettet til kommunale indsatser i Aftale om sundhedsreform 2024 efter en bestemt fordeling mellem kommunerne. Dog vil der gælde en undtagelse herom for så vidt angår midlerne til kvalitetsstandarder.

Dette skal ses i lyset af, at regionsrådene skal have mulighed for at rejse forskelligartede økonomiske tilsagn og ledsagende krav til forskellige kommuner, der i vidt omfang også har forskelligartede sundhedsindsatser, politiske interesser og kvalitet i sundhedsydelserne. Således vil de konkrete løft af hver enkelt kommunes sundhedsopgaver afhænge af de konkrete prioriteringer, der måtte gøre sig gældende i de respektive sundhedsråd og regionsråd, og de aftaler, der indgås mellem de specifikke kommunalbestyrelser og regionsråd.

Det er intentionen, at de enkelte regionsråd og kommunalbestyrelser skal tilrettelægge aftaleprocessen og aftalens form på en måde, der tilgodeser begge parter løbende samarbejde og relevante interne driftshensyn, herunder hensynet til at mindske afledt administration. Det forudsættes i den forbindelse, at regionsråd og kommunalbestyrelser kan indgå aftaler om langsigtet kapacitetsopbygning i tråd med sundhedsreformens intentioner om omstilling af sundhedsvæsenet. Der kan heri også indgå midlertidige løft f.eks. i forbindelse med udvikling og afprøvning af nye indsatser.

Af hensyn til særligt stabiliteten i de kommunale driftsopgaver er det desuden centralt, at regionsråd og kommunalbestyrelser i de enkelte aftaler tager stilling til tidsperioden for det økonomiske tilsagn. Endvidere er det centralt, at der også tages konkret stilling til eventuelle bindingsperioder i de respektive aftaler samt rammerne for parternes mulighed for at ophæve tilsagnet, således at der er klarhed om betingelserne med betydning for den kommunale driftsopgave på sundhedsområdet. Hermed forstås også, at der fra statsligt hold ikke fastsættes nogen begrænsning på tidsperioden for de enkelte tilsagn. Det er således op til aftaleparterne at fastsætte rammerne for tilsagnene.

Der lægges op til, at aftaler om udmøntning for det efterfølgende budgetår skal søges indgået senest 1. april af hensyn til den kommunale budgetlægning.

Det foreslås i § 118 c, stk. 2, at et regionsråd kan indgå nærmere aftale med en eller flere kommunalbestyrelser om betingelserne for økonomiske tilsagn i medfør af § 118 c, stk. 1, herunder opstille konkrete implementeringskrav til kommunernes sundhedsopgaver. Hermed forstås, at der kan

stilles krav om niveauet for f.eks. faglighed og kvalitet i opgaveløsningen.

Dette vil betyde, at et regionsråd alene kan rejse konkrete krav til indholdet og varetagelsen af kommunale sundhedsydelser efter aftale med den eller de pågældende kommunalbestyrelser.

Det forudsættes, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne igennem aftalerne har vid mulighed for at definere rækkevidden og karakteren af de konkrete betingelser og implementeringskrav. Imidlertid skal disse være direkte relateret til den konkrete sundhedsopgave, der aftales at give økonomisk tilsagn til varetagelsen af. I forlængelse heraf bemærkes det, at tilsagns krav ikke kan omfatte en låsning af kommunale udgiftsniveauer.

Forslaget vil betyde, at et regionsråd f.eks. kan aftale med en eller flere kommunalbestyrelser at medfinansiere kommunale sundhedsydelser mod betingelser om, at der ikke sker en samtidig udhuling af direkte relaterede kommunale sundhedsopgaver. Dette skal understøtte, at aftalerne parterne imellem skaber reelle løft af kvaliteten i de kommunale indsatser på sundhedsområdet.

Det vil også betyde at et regionsråd, efter aftale med en eller flere kommunalbestyrelser, kan yde tilsagn til etablering af en sundhedsindsats i kommunerne mod betingelse om implementeringskrav i indsatser, der har direkte tilknytning til den nye indsats.

Det forudsættes, at parterne skal sikre proportionalitet mellem tilsagnets størrelse og kravenes omfang og rækkevidde. I kraft af, at kommunerne har driftsansvaret for varetagelsen af egne sundhedsydelser, herunder også eventuelle kontraktuelle ansvar, forudsættes det, at kommunerne har et medansvar for at sikre proportionalitet mellem tilsagnets størrelse og de aftalte implementeringskrav. Det lægges til grund, at aftaleparterne i fællesskab kan definere deres forståelse af proportionalitet mellem tilsagnets størrelse og kravenes omfang og rækkevidde.

Regionsrådet og kommunalbestyrelsen vil kunne beslutte, at specifikke tilsagn kan ophæves, hvis implementeringskraverne ikke efterleves, så længe rammerne herfor indgår i den konkrete aftale for tilsagnet.

Endelig foreslås det i § 118 c, stk. 5, at regionsrådet kan medfinansiere kommunale anlægsinvesteringer på det kommunale sundhedsområde.

Bestemmelsen udmønter intentionen fra Aftale om sundhedsreform 2024, hvor der er afsat 3,5 mia. kr. til nybyggeri, ombygning og/eller renovering af de fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser samt nødvendige investeringer i IT, teknologi og udstyr. Dermed lægges det til grund, at regionsrådet kan medfinansiere kommunale anlægsinvesteringer, som falder inden for ovenstående kategorier.

Det forudsættes, at den nærmere fordeling af de afsatte mid-

ler til investeringer i bedre fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser fastsættes af indenrigs- og sundhedsministeren ud fra en statslig fordelingsmodel, som fordeler flest midler til sundhedsråd med størst patienttyngde, som beregnes ud fra demografiske, socioøkonomiske og helbredsmæssige karakteristika, og store afstande.

Det forudsættes, at midlerne kan anvendes til regional medfinansiering af alle kommunale anlægsprojekter, som i varierende grad leverer sundhedsydelser til kommunernes borgere. Hermed forstås det, at midlerne kan bruges til at finansiere anlægsprojekter hvor der er samproduktion af flere typer kommunale ydelser, så længe at der også produceres sundhedsydelser.

Bestemmelsen om medfinansiering af kommunalt anlæg omfattes ikke af de samme styringsmekanismer, som gør sig gældende for udmøntning af midler til investeringer i den kommunale drift, jf. 118 c, stk. 1 og 2.

Udover midlerne til de frie aftaler om regional medfinansiering af kommunale indsatser efter den aftalebaserede model præsenteret ovenfor, indgår der også midler til nationale kvalitetsstandarder i sundhedsrådenes investeringsmotor.

Kvalitetsstandarderne vil bestå af en blanding af både bindende krav til kommunale indsatser og en række ikke-bindende anbefalinger, der kan tilvælges lokalt og implementeres efter lokale hensyn. En del af rammen til kvalitetsstandarder fordeles til kommunerne efter en centralt aftalt fordelingsnøgle, som baserer sig på kommunernes indbyggertal samt tager højde for kommunens patienttyngde og alderssammensætning. Disse kobles til de bindende krav til kommunale indsatser i kvalitetsstandarderne. Den resterende del af midlerne til kvalitetsstandarder udmøntes efter den beskrevne aftalebaserede model med en kobling til anbefalingerne i kvalitetsstandarderne uden bindinger på fordelingen mellem kommuner.

Det forudsættes, at rammerne for udmøntningen af nye nationale tværgående kvalitetstandarder i sundhedsrådene fastlægges i aftaler med KL og Danske Regioner. Det gælder desuden, at for så vidt angår midlerne til bindende krav i kvalitetsstandarderne, mødes regionsrådene med en konkret forpligtelse til at udmønte midlerne efter en bestemt fordeling mellem kommunerne.

3.3. Fastsættelse af minimumsrammer til sundhedsrådene målrettet til kommunale indsatser

3.3.1. Gældende ret

Der er ikke i gældende lovgivning regler om minimumsrammer målrettet til kommunale indsatser i regionsrådene eller i de respektive sundhedsråd, herunder regler om fordeling m.v.

3.3.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Det følger af Aftale om sundhedsreform 2024, at rammen målrettet til kommunale indsatser fordeles til de fire kommende regioner på baggrund af fordelingen af bloktilskuddet til det regionale sundhedsområde. Samtidig følger dog, at de økonomiske delrammer til kommunale indsatser skal fordeles mellem sundhedsrådene efter en statsligt fastsat fordeling, således at denne tager højde for forskelle i patienttyngde og demografi.

Det vurderes afgørende, at man fra statsligt hold og i forbindelse med f.eks. nye nationale politiske aftaler på sundhedsområdet kan prioritere nye investeringer i sundhedsrådenes investeringsmotor, der tager udgangspunkt i samme principper for udmøntning og fordeling mellem regioner og de underliggende sundhedsråd.

Samtidig er det hensigten med Aftale om sundhedsreform 2024, at regionsrådene kan omprioritere økonomiske rammer fra sygehusdriften til nære indsatser, herunder til nære kommunale indsatser, for at understøtte omstillingen til det nære sundhedsvæsen lokalt.

Det vurderes derfor, at den foreslåede regulering skal indeholde fornøden fleksibilitet til, at der på den ene side kan fastsættes klare rammer for de allerede afsatte økonomiske prioriteringer til kommunale sundhedsindsatser, herunder fordelingen af disse rammer mellem sundhedsråd, samtidig med at investeringsniveauet kan forøges efterfølgende som led i enten nationale eller regionale politiske prioriteringer.

I lyset heraf vurderes det centralt, at de økonomiske rammer målrettet til kommunale indsatser, der er blevet prioriteret med Aftale om sundhedsreform 2024, og eventuelle ændringer i den overordnede økonomiske ramme skal fastsættes centralt, samtidig med at regionsrådene hver især skal have mulighed for at reservere flere midler til kommunale indsatser som led i regionale politiske prioriteringer.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har gjort overvejelser om, hvorvidt det enkelte regionsråds eventuelle omprioritering af midler fra drift af sygehusvæsenet til det nære kommunale sundhedsvæsen skal følge den nationalt fastsatte fordeling af den økonomiske ramme mellem sundhedsrådene. En sådan forpligtelse kunne retfærdiggøres under hensyn til at sikre, at midler inden for hver region reelt fordeles efter lokale forskelle i patienttyngde og demografi. Imidlertid vil en sådan tilgang også kunne mindske incitamentet i de enkelte regioner til at udbygge det nære sundhedsvæsen, da en sådan løsning begrænser regionsrådets mulighed for at prioritere supplerende løft i tilfælde af lokale behov.

Der har yderligere været overvejelser om, hvorvidt midlerne målrettet til kommunale indsatser skal kunne anvendes på løft af regionale sundhedsopgaver, såfremt kommunerne indvilger heri og i overensstemmelse med hensigten i Aftale om sundhedsreform 2024.

I den forbindelse er det ministeriets opfattelse, at modellen bør indrettes således, at der ikke er mulighed for, at regionsrådet kan indgå aftaler med få eller en enkelt kommune om

at anvende midlerne til regional drift på bekostning af en eller flere øvrige kommuner i sundhedsrådets område. Hermed forstås en situation, hvor regionsrådet undlader at indgå aftale med en eller flere kommunalbestyrelser i sundhedsrådets område, for i stedet at indgå en større aftale med f.eks. en enkelt kommune og samtidig aftale et regionalt løft på bekostning af de øvrige kommuner. Det vurderes derfor mest hensigtsmæssigt at indrette ordningen således, at alle kommunalbestyrelser i et givent sundhedsråd skal indvilge i eller indgå konkret aftale om, at midlerne målrettet til kommunale indsatser anvendes på løft af regionale sundhedsopgaver.

I forlængelse heraf, har ministeriet overvejet, om der skulle gives mulighed for, at en kommunalbestyrelse vil kunne indgå aftale om, at midlerne til kommunale indsatser ikke alene kunne bruges til finansiering af regionale sundhedsopgaver, men også gav muligheden for regionale varetagelse af sundhedsopgaver, der alene er henlagt til kommunerne efter sundhedslovens kapitel 34-41. Det er ministeriets vurdering, at aftalemodellen ikke bør kunne regulere det overordnede regionale opgaveområde, hvorfor den foreslåede ordning alene bør sigte mod at give mulighed for at løfte regionale sundhedsopgaver, som regionerne i øvrigt må varetage i medfør af gældende lovgivning.

3.3.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås i § 118 c, stk. 3, at indenrigs- og sundhedsministeren årligt fastsætter minimumsrammer målrettet til kommunale indsatser for hvert sundhedsråd, som regionsrådene er forpligtet til at reservere til sundhedsrådene med henblik på medfinansiering af kommunale sundhedsydelser.

Det er hensigten, at fastsættelsen af minimumsrammeniveauerne for de enkelte sundhedsråd vil ske i overensstemmelse med den samlede økonomiske prioritering til kommunale indsatser som aftalt i Aftale om sundhedsreform 2024 samt efterfølgende ændringer heri.

Med minimumsrammer forstås, at regionsrådene som led i en politisk prioritering kan reservere en større delramme målrettet kommunale indsatser til de enkelte sundhedsråd, end det fastsættes af indenrigs- og sundhedsministeren.

Dette vil indebære, at et regionsråd kan omprioritere økonomiske rammer fra det specialiserede sygehusområde område til det nære kommunale sundhedsvæsen, og at regionsrådene efter øvrige gældende regler kan fordele forøgede rammeniveauer frit mellem sundhedsrådene.

Det forudsættes, at den samlede ramme målrettet til kommunale indsatser i Aftale om sundhedsreform 2024 samt efterfølgende ændringer heri fordeles til de fire regioner fra 2027. Fordelingen vil som udgangspunkt basere sig på fordelingen af bloktilskuddet til det regionale sundhedsområde.

Det forudsættes endvidere, at fordelingen af rammerne målrettet til kommunale indsatser fordeles mellem sundhedsrå-

dene inden for hver region efter en model, der fastsættes af indenrigs- og sundhedsministeren. Det forudsættes, at fordelingen fastsættes og bekendtgøres årligt. Det forudsættes, at der bekendtgøres en foreløbig fordeling i starten af året, som skal danne basis for de aftaler, der skal indgås inden d. 1. april. Herefter vil den endelige fordeling blive meldt ud med den årlige tilskudsmelding.

Fordelingsmodellen til brug for fastsættelse af de konkrete minimumsrammer til sundhedsrådene inden for hver region vil tage højde for sundhedsrådenes patienttyngde og demografiske sammensætning, og vil tage udgangspunkt i den nationale fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud. Det forudsættes i tillæg hertil, at der implementeres korrektioner i fordelingsmodellen, herunder med henblik på at tage hensyn til, at udgifter til kommunale sundhedsopgaver kan variere med særegne demografiske karakteristika.

Det foreslås i § 118 c, stk. 4, at de økonomiske minimumsrammer kan prioriteres til finansiering af regionale indsatser, såfremt alle kommunalbestyrelser under et givent sundhedsråd indgår aftale med regionsrådet herom, og forudsat at der er tale om sundhedsopgaver, regionerne må varetage efter gældende lovgivning i øvrigt.

I det tilfælde, hvor regionsrådet indgår aftale med samtlige kommuner om at anvende midlerne til regionale indsatser, vil regionsrådet forsat have det entydige ansvar for den konkrete regionale opgavevaretagelse. Det forudsættes desuden, at de i øvrigt beskrevne regler og hensyn for aftaleindgåelse mellem kommunalbestyrelser og regionsråd også gør sig gældende i aftaler om anvendelse af midler til regionale indsatser. Det indebærer f.eks., at kommunalbestyrelserne og regionsrådet fastsætter nærmere rammer for såvel tidsperioden for tilsagnet og betingelser for eventuel ophævelse af tilsagnet på lige fod med aftaler om medfinansiering af kommunale sundhedsopgaver.

3.4. Statsligt tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene og understøttelse af kommunalt og regionalt samarbejde

3.4.1. Gældende ret

Der er ikke i gældende lovgivning hjemmel til, at der kan gives statsligt øremærket tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene til regionerne, som målrettes til at finansiere aftaler mellem regionsråd og kommunalbestyrelser om løft af kommunale indsatser, herunder at der kan fastsættes regler om revision, fordeling, udbetaling og tilbagebetaling m.v. i forbindelse med tilskuddet.

3.4.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Det er Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering, at der til understøttelse af aftaler i medfør af de foreslåede § 118 c, stk. 1-4, er behov for at etablere en styringsmekanisme for det statslige tilskud til kommunernes sundhedsindsats

via sundhedsrådene, der skal understøtte, at tilskuddet øremærkes løft af kommunale sundhedsindsatser og understøtte kommunalt og regionalt samarbejde. Dette skal ses i lyset af, at ordningen bør indrettes på en måde, som understøtter, at den kommunale tilskyndelse til at investere i og udvikle egne sundhedsindsatser fastholdes, ligesom det er vigtigt, at ordningen understøtter den regionale interesse i vedvarende udbygning af nære tilbud i kommunerne.

Ministeriet har på baggrund af disse overordnede hensigter med den aftalebaserede model haft en række overvejelser om den mest hensigtsmæssige indretning af styringsmekanismen. I det omfang, at tilskuddet til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene har gennemslag på regionernes driftsloft for sundhedsudgifter, vil det som udgangspunkt være muligt for regionerne at anvende tilskuddet til at afholde egne udgifter finansieret af egne likvide beholdninger. Derfor har der været gjort nøje overvejelser om, hvordan det kan understøttes, at tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene til regionerne til dækning for de fastsatte minimumsrammer til aftaler om løft af kommunale sundhedsydelser faktisk anvendes efter hensigten. Det vurderes nødvendigt at etablere en mekanisme, som kan understøtte dette. Det foreslås, at der etableres en statslig styringsmekanisme rettet mod betingelser om tilbagebetaling af det øremærkede tilskud i tilfælde af manglende udmøntning.

Det vurderes nødvendigt, at indenrigs- og sundhedsministeren får bemyndigelse til at fastsætte vilkår for anvendelse og fordeling af rammen mellem sundhedsråd, krav om revision samt tilbagebetaling af uforbrugte midler. I forlængelse kan den autoriserede regionale kontoplan i Budget- og regnskabssystemet for regioner indrettes på en sådan måde, at udmøntningen af de konkrete midler til kommunerne fremgår i såvel budgetter og regnskab.

3.4.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås, at der indsættes en ny § 246 a i sundhedsloven.

Det foreslås i § 246 a, stk. 1, at de overordnede økonomiske rammer til brug for udbygning af kommunale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen ydes som et tilskud til regionerne og at tilskuddet fastsættes årligt af finansministeren med tilslutning fra Folketingets Finansudvalg.

Det forudsættes, at den videre udmøntning af økonomiske tilsagn til kommunerne, jf. bestemmelserne i § 118 c, stk. 1-4, udmøntes som direkte tilskud fra regionsrådene til kommunerne, således at tilskuddet udgør en indtægt i kommunernes servicerramme. Således forudsættes det, at de økonomiske tilskud udgør en bruttoindtægt og dermed ikke har netto gennemslag på den kommunale servicerramme. Dette indebærer, at tilskuddene fra regionerne ikke har virkning på de kommunale driftsrammer, men dog udgør et reelt løft af den samlede kommunale økonomi. Det forudsættes endvidere, at tilskuddet til kommunernes sundhedsindsats via

sundhedsrådene vil have virkning på det regionale driftsloft for sundhedsudgifter

Af hensyn til at understøtte den aftalebaserede udmøntning af økonomiske rammer, jf. § 118 c, stk. 1-4, foreslås det i § 246 a, stk. 2, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler og vilkår for fordeling, udbetaling og tilbagebetaling af det statslige tilskud.

Det forudsættes, at de økonomiske minimumsrammer målrettet til kommunale sundhedsydelser som udgangspunkt ikke kan anvendes til andre formål end aftaler med kommunalbestyrelser om løft af kommunale eller regionale sundhedsopgaver.

Dette vil indebære, at indenrigs- og sundhedsministeren vil kunne kræve uforbrugte midler i de enkelte regioner tilbageført til staten i det omfang, at det enkelte regionsråd ikke har udmøntet minimumsrammerne til kommunerne i aftaler. Det forventes, at der vil blive fastsat regler herom i medfør af den foreslåede § 118 c, stk. 4.

Bestemmelsen skal understøtte, at såvel regionsråd som kommunalbestyrelser vil møde tilskyndelse til at indgå aftaler om løft af de kommunale sundhedsopgaver og derved understøtte omstillingen til det nære sundhedsvæsen i kommunerne. Det følger heraf, at de fastsatte minimumsrammer skal forblive uforbrugte, såfremt regionsrådene ikke udmønter disse til kommunerne i fuldt omfang.

For at understøtte en nøjagtig regnskabsførelse vedrørende det statslige tilskud til regionerne målrettet det kommunale sundhedsvæsen, herunder at indenrigs- og sundhedsministeren kan kræve minimumsrammerne tilbageført, vurderes det i forlængelse heraf hensigtsmæssigt, at der etableres hjemmel til, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om revision af det statslige tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene. Det forudsættes, at sådanne regler som minimum skal godtgøre, hvor store økonomiske delrammer der er blevet reserveret til de enkelte sundhedsråd, samt hvor store økonomiske tilsagn hvert sundhedsråd i de enkelte regioner har ydet til kommunerne gennem aftaler.

Yderligere er det muligt, at revisionen også kan dokumentere størrelsen af de samlede økonomiske tilsagn, der er ydet til de enkelte kommuner. Det forudsættes i forbindelse hermed, at sundhedsrådenes midler til kommunale indsatser fremgår af regionernes regnskaber, således at niveauet for den uforbrugte del af rammen kan opgøres i forbindelse med aflæggelse af regnskab. Dette skal samtidig understøtte den politiske aftale om, at regionsrådene kan prioritere midler fra sygehusdrift til nære indsatser, herunder nære kommunale indsatser, men ikke omvendt.

Det foreslås i § 246 a, stk. 3, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om revision af det statslige tilskud til regionerne målrettet det kommunale sundhedsvæsen.

Det forudsættes, at regionerne senest den første hverdag i

maj fremsender ovennævnte oplysninger om det foregående regnskabsår til Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Der forventes at blive fastsat regler om, at ovennævnte oplysninger vil skulle revideres af regionens revisor og forsynes med revisors erklæring med henblik på at sikre en retvisende regulering. Det forventes endvidere fastsat, i disse bestemmelser, at revisionen vil skulle foretages i overensstemmelse med god offentlig revisionsskik, således som den er fastsat i § 3 i lov om revision af statens regnskaber m.m., jf. lovbekendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012.

3.5. National sundhedsplan og nærsundhedsplan

3.5.1. Gældende ret

Der findes i gældende lovgivning på sundhedsområdet en række bestemmelser, som regulerer sundhedsmyndigheders sundhedsplanlægning.

Visse af disse bestemmelser udgår i medfør af lov nr. 719 af 20. juni 2025, bl.a. bestemmelser i sundhedsloven om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler. Hensigten med disse bestemmelser har været at sikre 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. Baggrunden for at lade disse bestemmelser udgå af sundhedsloven er bl.a., at der etableres nye sundhedsråd med både kommunale og regionale repræsentanter, som skal sikre en større lokal, politisk beslutningskraft, og som bl.a. skal udarbejde nærsundhedsplaner.

Det bemærkes, at sundhedsloven ikke forpligter kommunerne til at udarbejde planer for deres sundhedsindsatser. Kommunale sundhedspolitikker er dog udbredte og adresserer f.eks. de faglige anbefalinger til den kommunale borgerrettede forebyggelsesindsats i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker samt de fælles mål, der er aftalt med regionen i forbindelse med sundhedsaftalen.

Der findes ikke regler i gældende lovgivning vedrørende nærsundhedsplaner, som skal udarbejdes i de nye sundhedsråd. Der findes ligeledes ikke regler, der bemyndiger indenrigs- og sundhedsministeren til at fastlægge et nationalt styrings- og planlægningsværktøj, som sætter retning for udvikling af det samlede sundhedsvæsen og national og lokal sundhedsplanlægning.

Øvrige relevante bestemmelser til styring og planlægning på sundhedsområdet vedrører bl.a. kvalitetsstandarder, patient- og pårørendeudvalg, regional sundhedsplan, national fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, specialeplanlægning og dimensioneringsplan for speciallæger. Bestemmelserne gennemgås i den nævnte rækkefølge i det følgende.

For kvalitetsstandarder følger det af sundhedslovens § 118 b, stk. 1, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for kommunalbestyrelser og regionsråd om

indsatser, herunder om kvalitetskrav til og tilrettelæggelse af indsatserne, i henhold til sundhedsydelse i nærværende afsnit. Efter § 118 b, stk. 2, fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren nærmere regler for regionsrådenes rådgivning, sparring og vejledning i forhold til kommunernes indsatser efter stk. 1.

Bemyndigelsesbestemmelserne i sundhedslovens § 118 b er udmøntet i bekendtgørelse nr. 138 af 8. februar 2024 om kvalitetsstandarder. Bekendtgørelsen indeholder nærmere bestemmelser om bl.a. formålet med kvalitetsstandarder, at der kan fastsættes forpligtende kvalitetskrav og kvalitets anbefalinger til indsatser i lovens afsnit IX, at det i praksis er Sundhedsstyrelsen, som udarbejder kvalitetsstandarder og hvilket nærmere indhold, der kan udarbejdes krav og anbefalinger om.

For patient- og pårørendeudvalg følger det af sundhedslovens § 204, stk. 1, at regionsrådet i tilknytning til hvert sundhedsråd nedsætter et patient- og pårørendeudvalg, som sundhedsrådet systematisk inddrager i deres drøftelser i forbindelse med større, planlægningsmæssige beslutninger. Patient- og pårørendeudvalget består af medlemmer, som er udpeget af patient- og pårørendeorganisationer.

Det følger videre af sundhedslovens § 204, stk. 2, at regionsrådet skal høre patient- og pårørendeudvalgene i regionen i forbindelse med større, planlægningsmæssige beslutninger i regionen.

Det følger desuden af sundhedslovens § 204, stk. 3, at regionsrådet kan beslutte at yde diæter, erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste og udgiftsgodtgørelse til medlemmerne af patient- og pårørendeudvalgene efter regionslovens § 11, jf. § 16 a, stk. 1-4, 7-10, i lov om kommunernes styrelse og regler fastsat i medfør heraf. Medlemmerne af patient- og pårørendeudvalgene er ikke forpligtet til at modtage diæter, erstatning for tabt arbejdsfortjeneste eller udgiftsgodtgørelse, der tilkommer den pågældende efter 1. pkt.

Endelig følger det af sundhedslovens § 204, stk. 4, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om de i stk. 1 nævnte patient- og pårørendeudvalg.

De nye patient- og pårørendeudvalg har virkning fra den 1. januar 2027, hvor de fungerende sundhedsråd er etableret. De eksisterende fem patientinddragelsesudvalg på regionalt niveau består i 2026.

For den regionale sundhedsplan følger det af sundhedslovens § 206, stk. 1, at der for hver regionsråd udarbejdes en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet.

Bestemmelsen er en videreførelse af § 27 e i sygesikringsloven, lov nr. 1024 af 19. december 1992, hvorefter der i hvert amt skal foreligge en sundhedsplan. Den regionale sundhedsplan fungerer som den samlede beskrivelse af regionens sundhedsindsats, gengiver regionens planlægning

på specialeområdet (sygehusspecialer og praksisplaner) og beskriver de aftaler, regionsrådet har med kommunalbestyrelserne på de centralt udmeldte områder, men også på områder man i øvrigt lokalt har valgt at gøre en indsats på.

Bestemmelsen blev videreført i Sundhedslovens § 207, stk. 1, i lov nr. 546 af 24. juni 2005. Det fremgår af bemærkningerne til bestemmelsen, jf. Folketingstidende 2004-2005, tillæg A, side 3247, at den regionale sundhedsplan fungerer som regionens samlede ramme om indsatsen på sundhedsområdet. Den giver de regionale aktører (politikere, administratorer og sundhedspersonale), samarbejdspartner (kommunerne og de privatpraktiserende, hvor sidstnævnte benævnes i dag praksissektoren) og borgere et samlet overblik over den regionale sundhedsplanlægning. Herudover vil en regional sundhedsplan naturligt kunne indeholde; Planens forudsætninger, herunder en beskrivelse af sundhedstilstanden i regionen, det regionale sundhedsvæsens betjening af regionens borgere for så vidt angår ydelser efter denne lov om sygehusvæsenet, svangerskabshygiejne og fødselsbistand, vaccination mod visse sygdomme, lægeundersøgelse af børn samt forebyggelse, regionens forebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger i øvrigt herunder aftaler med kommunerne om særlige indsatsområder, regionens samarbejde med alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger og øvrige ydere i privat praksis (praksisplanlægningen), regionens samarbejde med kommunerne i regionen og med andre regioner om varetagelse af sundhedsvæsenets opgaver, regionens tilrettelæggelse af den præhospitale indsats og regionens sundhedsberedskab.

Det følger videre af sundhedslovens § 206, stk. 2, at regionsrådet forud for regionsrådets behandling af forslag til sundhedsplan skal indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning.

Det følger endvidere af sundhedslovens § 206, stk. 3, at regionsrådet skal ændre sundhedsplanen forud for gennemførelse af væsentlige ændringer i regionens sundhedsvæsen, der ikke er forudsat i planen. Regionsrådet indsender planen og senere ændringer heri til Sundhedsstyrelsen, jf. sundhedslovens § 206, stk. 4.

Det følger desuden af sundhedslovens § 206, stk. 5, at stk. 2 ikke finder anvendelse for Region Hovedstaden og Region Sjælland. Regions Hovedstaden og Region Sjælland indhenter i perioden fra den 1. juli 2025 til og med den 31. december 2026 godkendelse fra Sundhedsstyrelsen af deres nye sundhedsplaner. Ved ændringer af deres eksisterende sundhedsplaner eller væsentlige organisatoriske ændringer på sundhedsområdet indhenter Region Hovedstaden og Region Sjælland i samme periode tilsvarende godkendelse fra Sundhedsstyrelsen.

For national fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud følger det af sundhedslovens § 206 b, stk. 1, at regionsrådet er ansvarligt for planlægning og kapacitetsstyring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud i overensstemmelse med den nationale fordeling og

styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud efter regler fastsat i medfør af stk. 3.

Det følger videre af sundhedslovens § 206 b, stk. 2, at regionsrådet i planlægningen og kapacitetsstyringen af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud skal fastlægge antallet af patienter, en klinik som minimum skal have tilknyttet, før klinikken får ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter, på baggrund af patienternes behandlingsbehov og den nationale fordelingsmodel efter regler fastsat i medfør af stk. 3.

Det følger endvidere af sundhedslovens § 206 b, stk. 3, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om og indhold af den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, herunder på grundlag af befolkningens behandlingsbehov inden for et afgrænset geografisk område.

Det følger endvidere af sundhedslovens § 206 b, stk. 4, at regionsrådet i perioden fra den 1. juli 2025 til og med den 31. december 2026 kan indgå aftaler om et midlertidigt tillæg, der supplerer overenskomst indgået efter sundhedslovens § 227, stk. 1, med indehaveren af et ydernummer i områder med lægemangel.

For specialeplanlægning følger det af sundhedslovens § 207, stk. 1, at Sundhedsstyrelsen skal nedsætte et rådgivende udvalg for specialeplanlægning.

Efter sundhedslovens § 207, stk. 2, består udvalget består af repræsentanter for de lægevidenskabelige selskaber, sygeplejefaglige selskaber, regionsrådene, Sundhedsstyrelsen og indenrigs- og sundhedsministeren.

Det følger endvidere af sundhedslovens § 207, stk. 3, at indenrigs- og sundhedsministeren udnævner formanden for udvalget efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen og ministeriets medlem af udvalget samt suppleanter herfor. Sundhedsstyrelsen udpeger de øvrige medlemmer samt suppleanter herfor, jf. § 207, stk. 3.

Det følger endelig af sundhedslovens § 207, stk. 4, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om udvalgets sammensætning og funktionsperiode samt regler for udvalgets virksomhed.

Efter sundhedslovens § 208, stk. 1, fastsætter Sundhedsstyrelsen krav til lands- og landsdelsfunktioner, herunder til placeringen af lands- og landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse, efter høring af det i § 207 nævnte udvalg.

Det følger videre af sundhedslovens § 208, stk. 2, at Sundhedsstyrelsen godkender lands- og landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse. Sundhedsstyrelsen fastsætter, jf. sundhedslovens § 208, stk. 3, nærmere regler om visitation af patienter til behandling på afdelinger med lands- og landsdelsfunktioner efter høring af det i § 207 nævnte udvalg.

Det følger endvidere af sundhedslovens § 208, stk. 4, at Sundhedsstyrelsen kan inddrage en godkendelse efter stk. 2 efter høring af det i § 207 nævnte udvalg, såfremt en sygehusafdeling med lands- eller landsdelsfunktion trods pålæg herom fra Sundhedsstyrelsen ikke opfylder de i stk. 1 fastsatte krav. Sundhedsstyrelsens afgørelse kan indbringes for indenrigs- og sundhedsministeren. Indbringelsen har ikke opsættende virkning, medmindre indenrigs- og sundhedsministeren bestemmer andet, jf. § 208, stk. 4.

Det følger endelig af sundhedslovens § 208, stk. 5, at regionsrådet og vedkommende private sygehuse årligt afgiver en statusrapport til Sundhedsstyrelsen om opfyldelsen af de i stk. 1 fastsatte krav på afdelinger med lands- eller landsdelsfunktion.

Efter sundhedslovens § 209, stk. 1, påhviler det hvert regionsråd under iagttagelse af de i § 208 fastsatte krav at indgå aftaler om benyttelse af lands- og landsdelsfunktioner på regionale sygehuse samt på private sygehuse.

Det følger videre af sundhedslovens § 209, stk. 2, at kan der ikke opnås enighed om indholdet af aftaler efter stk. 1, kan Sundhedsstyrelsen træffe afgørelse herom efter anmodning fra en af de berørte parter og efter høring af det i § 207 nævnte udvalg.

Det følger endvidere af sundhedslovens § 209, stk. 3, at indgår et regionsråd ikke de fornødne aftaler efter stk. 1, kan Sundhedsstyrelsen bestemme, at betaling kan afkræves vedkommende region for patienter, der modtages til behandling på afdelinger med lands- og landsdelsfunktion på sygehuse i andre regioner samt på private sygehuse.

For dimensioneringsplan for speciallæger følger, at indenrigs- og sundhedsministeren efter § 32 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (herefter autorisationsloven), jf. lovbekendtgørelse nr. 1008 af 29. august 2024 fastsætter regler for lægers videreuddannelse ud over den i § 31 nævnte turnusuddannelse med henblik på udøvelse af nærmere bestemte lægelige funktioner, herunder virke i almen praksis, og for anvendelse af særlige betegnelser for læger, der har gennemgået sådan uddannelse.

Det følger videre af autorisationslovens § 34, stk. 5, at Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere regler for videreuddannelsesrådenes sammensætning og virksomhed.

Bemyndigelsesbestemmelserne i autorisationslovens § 32 og § 34, stk. 5, er udmøntet i bekendtgørelse nr. 95 af 2. februar 2018 om uddannelse af speciallæger. I medfør af § 16, stk. 1, i bekendtgørelsen kan Sundhedsstyrelsen i dimensioneringsplanen fastsætte årlige rammer for dimensionering af introduktions- og hoveduddannelsesforløb i hver enkelt videreuddannelsesregion og for hvert enkelt speciale. Det sker efter rådgivning fra Prognose- og Dimensioneringsudvalget under Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse. I medfør af bekendtgørelsens § 16, stk. 2, udarbejder Sundhedsstyrelsen vejledninger for dokumentation og godkendelse af gennemførte uddannelsesforløb.

3.5.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Med Aftale om sundhedsreform 2024 mellem regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne) og Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre, er aftalepartierne enige om, at der skal udarbejdes en national sundhedsplan, som skal sætte fælles strategisk retning for sundhedsvæsenet.

Aftalepartierne er desuden enige om, at den nationale sundhedsplan skal have fokus på sundheden i hele landet, f.eks. bedre geografisk fordeling af ressourcerne i sundhedsvæsenet samt på at styrke det almene sundhedsvæsen og omstilling af aktivitet fra sygehusene til sundhedsvæsenet tæt på borgerne.

Af aftalen følger også, at Sundhedsstyrelsen udarbejder et fagligt oplæg til den nationale sundhedsplan frem mod primo 2026, hvori der sikres sammenhæng med øvrige redskaber til at understøtte omstillingen, herunder Sundhedsstyrelsens revision af specialeplanen og den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse af det almenmedicinske sundhedstilbud. Den nationale sundhedsplan aftales herefter mellem regering, regioner og kommuner i 2026 med henblik på at træde i kraft i 2027, samt at planen skal have en tidshorisont på otte til ti år med en fast opdatering hvert fjerde år.

Det følger desuden af aftalen, at den nationale sundhedsplan skal omsættes til lokale løsninger for et stærkere sundhedsvæsen tæt på borgerne. Det skal bl.a. ske gennem de nærsundhedsplaner, der skal udarbejdes i sundhedsrådene.

Den nationale sundhedsplan vil som led i at sætte retning for udvikling af det samlede sundhedsvæsen omfatte både somatik og psykiatri. Den nationale sundhedsplan vil derfor også forholde sig til retningen i Aftale om en samlet 10-års planen for psykiatrien mellem regeringen (Socialdemokratiet, Venstre, Moderaterne), Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Liberal Alliance, Det Konservative Folkeparti, Enhedslisten, Dansk Folkeparti, Radikale Venstre og Alternativet.

Derudover er aftalepartierne enige om, at sundhedsrådene skal udarbejde en nærsundhedsplan, som konkret beskriver en omstillingsproces og udbygning af det nære sundhedsvæsen inden for sundhedsrådets område.

Aftalepartierne er desuden enige om, at nærsundhedsplanen skal udarbejdes inden for de overordnede rammer, som er fastsat i regionsrådet, herunder de fastlagte maksimale sygehusbudgetter, og med afsæt i en national sundhedsplan.

Det fremgår endvidere af aftalen, at nærsundhedsplanen også skal omfatte en plan for, at sygehusene skal drive og understøtte behandling tæt på borgerne. Herunder hvordan sygehusene kan vendes udad ved f.eks. i langt højere grad at stille specialiseret rådgivning til rådighed for nære tilbud og tage et ansvar før og efter sygehusophold. Det gælder både udvikling af nye løsninger (f.eks. rådgivende funktioner i

form af telefon-hotlines til specialister, udstyr der stilles til rådighed m.v.) samt ændringer i opgaveforståelsen hos det sundhedsfaglige personale.

Aftalepartierne er desuden enige om, at sundhedsrådet i nærsundhedsplanen opstiller konkrete og forpligtende mål, der er relevante for at sikre borgerne en mere lige, nær og sammenhængende patientbehandling. Nærsundhedsplanen skal samtidig indeholde en plan for sundhedstilbuddenes geografiske tilgængelighed. Med nærsundhedsplanen kan sundhedsrådene også sætte rammen for et tættere samarbejde mellem sundhedsaktørerne og en fleksibel og effektiv anvendelse af den samlede kapacitet.

Det beskrives endvidere i aftalen, at den kommunale repræsentation i sundhedsrådene skal understøtte, at nærsundhedsplanen også indeholder et klart kommunalt perspektiv på omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen, herunder fokus på samarbejdet mellem regionale og kommunale tilbud og indsatser.

Aftalepartierne er desuden enige om, patienters og pårørendes viden og perspektiver er centrale for udviklingen af sundhedsvæsenet. Det fremgår af aftalen, at sundhedsrådet skal høre det regionale patient- og pårørendeudvalg eller relevante lokale patient- og pårørendeorganisationer i forbindelse med nærsundhedsplanen og tilsvarende større planlægningsmæssige beslutninger. Det bemærkes, at der på baggrund af høringen af lovforslag om Ny regional forvaltningsmodel med sundhedsråd, afskaffelse af kontaktudvalg, sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler i deres nuværende form, praksisplaner, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet og nærhedsfinansiering samt konsekvensændringer i flere love som følge af sammenlægningen af Region Hovedstaden og Region Sjælland m.v., som er fremsat den 24. april 2025, efterfølgende er lagt op til, at der fremfor regionale patient- og pårørendeudvalg etableres et udvalg i hvert af de 17 nye sundhedsråd.

Endelig er aftalepartierne enige om, at der som led i den lokale implementering af nærsundhedsplanerne skal indgås aftaler i sundhedsrådene om, at regionerne skal sikre fasttilknyttet almenmedicinsk lægehjælp på plejehjem og botilbud, som ligger inden for regionens geografiske område.

3.5.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås at der fastlægges en national sundhedsplan, som sætter retning for udvikling af sundhedsvæsenet og national og lokal sundhedsplanlægning.

Den foreslåede ordning vil afstedkomme, at der fra nationalt niveau kan fastlægges en retning for udviklingen af sundhedsvæsenet og den samlede sundhedsplanlægning. Den fælles planlægningsramme skal sikre, at der på både nationalt og lokalt niveau i sundhedsplanlægningen er fokus på omstilling mod nære og almene sundhedsindsatser samt en bedre og mere lige fordeling af ressourcer på tværs af landet. Herunder vil forslaget om en national sundhedsplan

sikre, at sundhedsrådene har en ramme til udarbejdelse af nærsundhedsplanerne og de lokale omstillingsindsatser, som skal indgå heri.

Forslaget vil desuden afstedkomme, at eksisterende planlægningsværktøjer skal indgå i en ny kontekst, hvor der findes en national planlægningsramme, som sætter den overordnede retning for udviklingen af sundhedsvæsenet.

Forslaget vil desuden indebære, at indenrigs- og sundhedsministeren fastlægger den nationale sundhedsplan, forstået således, at ministeren har ansvaret for, at der foreligger en national sundhedsplan og kan træffe beslutning om indholdet af planen. I praksis forventes det, at der vil være tæt inddragelse af regioner og kommuner i fastlæggelsen af planen.

Bestemmelsen om en national sundhedsplan vil træde i kraft den 1. januar 2026. Øvrig national og lokal sundhedsplanlægning skal ske i overensstemmelse med den nationale sundhedsplan med virkning fra 1. januar 2027.

Det foreslås derudover, at hvert sundhedsråd for eget geografiske område udarbejder en nærsundhedsplan, der konkret beskriver omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen, herunder f.eks. hvordan sygehusene understøtter behandling tæt på borgerne.

Det foreslås endvidere, at regionsrådet får ansvaret for at sikre, at hvert sundhedsråd udarbejder en nærsundhedsplan, som tager afsæt i den nationale sundhedsplan, jf. § 206 c, samt er i overensstemmelse med den regionale sundhedsplan.

Forslaget omfatter desuden, at regionsrådet får ansvar for at sikre, at regionen forud for vedtagelse af nærsundhedsplanen indhenter Sundhedsstyrelsens rådgivning.

Den foreslåede ordning vil muliggøre planlægning af de nære sundhedsopgaver i sundhedsrådene, herunder udviklingen af almenmedicinske tilbud, nære regionale sundhedsindsatser, understøttelse af kommunale sundhedsindsatser samt initiativer med fokus på at vende sygehusene udad. Dertil kommer, at nærsundhedsplanen skal omfatte indsatser indenfor både somatik og psykiatri samt integration af de to områder. Heri ligger, at nærsundhedsplanen skal have fokus på indsatser for mennesker med psykiske lidelser, som har forløb på tværs af psykiatri og somatik, og understøtte samspil med kommunale indsatser.

en foreslåede ordning vil dermed afstedkomme, at region og kommuner i regi af sundhedsrådene kan planlægge og sætte rammer for den samlede omstillingsindsats af sundhedsvæsenet indenfor sundhedsrådets område. Nærsundhedsplanen vil dermed skabe en ny ramme for sundhedssamarbejdet mellem regioner og kommuner, som også skal ses i lyset af ophævelsen af sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler i deres hidtidige form.

Den kommunale repræsentation i sundhedsrådene skal un-

derstøtte, at nærsundhedsplanen også indeholder et klart kommunalt perspektiv på omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen, herunder fokus på samarbejdet mellem regionale og kommunale tilbud og indsatser.

Sundhedsrådet skal desuden systematisk inddrage det patient- og pårørendeudvalg, som regionsrådet nedsætter i tilknytning til hvert sundhedsråd, i dets drøftelser af nærsundhedsplanen. Dette skal ses i sammenhæng med lov nr. 719 af 20. juni 2025 om ændring af lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab (regionsloven) og forskellige andre love (Ny regional forvaltningsmodel med sundhedsråd, afskaffelse af kontaktudvalg, sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler i deres nuværende form, praksisplaner, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet og nærhedsfinansiering samt konsekvensændringer i flere love som følge af sammenlægningen af Region Hovedstaden og Region Sjælland m.v.), som træder i kraft den 1. januar 2026. Heraf følger, at der nedsættes 17 nye patient- og pårørendeudvalg med virkning fra den 1. januar 2027 i tilknytning til de nye sundhedsråd, som også fungerer fra den 1. januar 2027. De nuværende patientinddragelsesudvalg på regionalt niveau består til og med den 31. december 2026. Det er hensigten, at regionsrådet i 2026 løbende vil inddrage patientinddragelsesudvalget i sine drøftelser i forbindelse med større, planlægningsmæssige beslutninger, herunder forberedelsen af nærsundhedsplanen.

Den foreslåede ordning vil desuden afstedkomme, at nærsundhedsplanen følger den retning for udvikling af sundhedsvæsenet, som angives i den nationale sundhedsplan. Dertil kommer, at nærsundhedsplanen skal udarbejdes indenfor de overordnede rammer, som er fastsat af regionsrådet, og herunder være i overensstemmelse med den regionale sundhedsplan.

Forslaget vil afstedkomme, at der sikres et hensigtsmæssigt samspil mellem den nationale sundhedsplan, den eksisterende regionale sundhedsplan og nærsundhedsplanen. For en yderligere beskrivelse af det foreslåede fremtidige samspil mellem de tre planer henvises til lovforslagets § 1, nr. 17 og bemærkningerne hertil.

Den foreslåede ordning, hvor Sundhedsstyrelsen får en rådgivende rolle i forhold til nærsundhedsplanen i tråd med den gældende rådgivningsfunktion i relation til den regionale sundhedsplan, skal understøtte sammenhæng i den samlede planlægning på henholdsvis nationalt, regionalt og sundhedsrådsniveau.

Den foreslåede ordning vil medføre, at indenrigs- og sundhedsministerens bemyndiges til at kunne fastsætte nærmere regler for indhold af og rammer og fremgangsmåde for behandlingen af nærsundhedsplanen, herunder kadence, løbende opdatering og opfølgning på nærsundhedsplanen.

Ordnningen vil skulle træde i kraft den 1. januar 2026, og nærsundhedsplanen vil med forslaget have virkning fra den

1. april 2027, hvor den første nærsundhedsplan skal være vedtaget.

3.6. Horisontale samarbejdsaftaler mellem regioner og kommuner

3.6.1. Gældende ret

Bestemmelsen i § 5 i lov nr. 699 af 20. juni 2025 om overgangen til ny sundhedsstruktur (overgangsloven) indeholder regler om kommuners fortsatte driftsansvar for opgaver, som ellers den 1. januar 2027 flyttes fra kommunerne til regionerne. Bestemmelsen skal ses i sammenhæng med, at det fremgår af Aftale om sundhedsreform 2024, som regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne) og Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre indgik den 15. november 2024, at kommunerne i en periode skulle kunne varetage hele eller dele af driften på vegne af regionen for de opgaver, som flyttes, men med fortsat regionalt myndigheds- og finansieringsansvar.

Det fremgår således bl.a. af § 5, stk. 2, i overgangsloven, at indenrigs- og sundhedsministeren efter indstilling fra en region kan fastsætte regler om, at en kommune på regionens vegne kan varetage driften af en eller flere af de opgaver, som den 1. januar 2027 overføres fra kommunerne til regionerne.

Det følger af § 5, stk. 2, 1. pkt., at indenrigs- og sundhedsministeren i 2026 efter indstilling fra en region, herunder det forberedende regionsråd for Region Østjylland, kan fastsætte regler om, at en kommune på regionens vegne kan varetage driften af en eller flere af de opgaver, som den 1. januar 2027 overføres fra kommunen til regionen.

Reglen giver alene mulighed for at overlade driftsansvaret for opgaverne til en kommune. Regionerne vil derimod have myndighedsansvaret for opgaverne, jf. § 5, stk. 2, 2. pkt. Regionerne vil således bl.a. kunne fastsætte retningslinjer for kommunens udøvelse af driftsopgaven, som kommunen vil være forpligtet til at følge, ligesom regionen vil være forpligtet til at føre kontrol og tilsyn med kommunens udøvelse af driftsopgaven.

Desuden følger det af § 5, stk. 2, 3. pkt., at ministeren kan fastsætte regler om omfang og vilkår for varetagelsen af den eller de opgaver, som kommunen varetager for regionen, herunder forskellige frister for den periode, hvori kommunen varetager driften af opgaverne på regionens vegne. Kommunen kan ikke udtræde af driften før udløbet af den fastsatte periode, jf. § 5, stk. 2, 4. pkt.

Henlæggelsen af driftsopgaver til en kommune med hjemmel i § 5, stk. 2, vil alene skulle gælde for en tidsbegrænset periode, hvis længde vil skulle fastsættes ved de regler, som efter bestemmelsen kan udstedes af indenrigs- og sundhedsministeren.

Det følger af § 5, stk. 4, at regionen betaler kommunens udgifter ved udøvelsen af de opgaver, kommunen varetager efter stk. 2 på regionens vegne. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om beregning og betaling af udgifterne efter stk. 4, jf. § 5, stk. 9.

Ifølge § 5, stk. 5, fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren regler om frister for indstilling fra en region, herunder det forberedende regionsråd for Region Østjylland, om, at en kommune på regionens vegne varetager driften af en eller flere af de opgaver, som den 1. januar 2027 overføres fra kommunen til regionen, og om meddelelse til indenrigs- og sundhedsministeren om indstillingen og frister for en sådan meddelelse. Desuden kan ministeren fastsætte nærmere regler om kommunens varetagelse af driften af en eller flere opgaver på regionens vegne efter stk. 2, herunder regler, der fastsætter vilkår for varetagelsen af driften, jf. § 5, stk. 8.

Reglen i § 5, stk. 2, er udformet således, at fordelingen af opgaver mellem regioner og kommuner kan ske på en måde, der ikke strider mod reglerne om offentlige udbud. Det skal ses i lyset af, at aftaler mellem regioner og kommuner, hvorved de gensidigt påfører hinanden forpligtelser, som udgangspunkt vil være underlagt udbudspligt.

Der vil også på anden vis kunne etableres samarbejder mellem regioner og kommuner om opgaveløsningen på sundhedsområdet, som ikke vil være underlagt udbudspligt. F.eks. vil der kunne indgås såkaldte horisontale samarbejdsaftaler. Sådanne aftaler er nærmere reguleret i udbudslovens § 15 og retspraksis fra bl.a. EU-Domstolen (se hertil f.eks. C-480/06, Kommissionen mod Tyskland og C-51/15, Remondis).

Det følger af udbudslovens § 15, at loven ikke gælder for offentlige kontrakter, der indgås mellem ordregivere, når 1) kontrakten etablerer eller gennemfører et samarbejde mellem ordregivere med det formål at sikre, at de offentlige tjenester, som ordregiverne skal udføre, leveres med henblik på at realisere fælles målsætninger, 2) gennemførelsen af dette samarbejde udelukkende er underlagt hensyn, der vedrører forfølgelsen af formål af almen interesse, og 3) ordregiverne på det åbne marked tilsammen udfører mindre end 20 pct. af de aktiviteter, der berøres af samarbejdet. Sidstnævnte betingelse har til formål at forhindre konkurrenceforvridning. Alle tre betingelser skal være opfyldt.

Bestemmelsen i udbudslovens § 15 forudsætter, at der foreligger et reelt samarbejde mellem ordregiverne, og f.eks. vil en aftale, hvor en ordregiver blot leverer tjenesteydelser til en anden mod betaling, ikke blive betragtet som en reel samarbejdsaftale, jf. herom f.eks. EU-Domstolens dom i C-386/11, Piepenbrock.

Muligheden for at indgå horisontale samarbejdsaftaler mellem kommuner og regioner forudsætter, at der etableres en særskilt hjemmel til at indgå sådanne aftaler.

Det bemærkes i øvrigt, at lovgivningen, herunder sundhedsloven, indeholder forskellige udtrykkelige hjemler til offent-

lige myndigheder om at kunne indgå i samarbejder med private eller andre offentlige myndigheder, se f.eks. sundhedslovens §§ 78, 203 og 239. Se i øvrigt herom pkt. 3.2.1 ovenfor. Disse bestemmelser udgør ikke hjemler til fravigelser af reglerne om offentlige udbud. Reglerne om offentlige udbud vil således også i sådanne tilfælde skulle overholdes, hvilket kan ske på forskellig vis. F.eks. vil det kunne opnås ved at holde sig inden for de regler, der tillader, at der kan indgås aftaler under visse tærskelværdier.

Desuden bemærkes det, at der i kapitel 10-13 i overgangsloven er fastsat nærmere regler om overførsel af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte. Reglerne regulerer de nævnte overførsler af aktiver m.v. som følge af overførslen af opgaver fra kommuner til regioner som led i sundhedsreformen, jf. lovens § 2. I det omfang der som følge af overgangslovens § 5 ikke sker overførsel af opgaver, vil der heller ikke ske overførsel af aktiver m.v. i medfør af overgangslovens kapitel 10-13. Der er ikke i sundhedsloven eller i medfør af sundhedsloven fastsat tilsvarende regler om overførsel af aktiver m.v., hvis der inden for sundhedslovens rammer indgås aftaler om overdragelse af opgaver mellem regioner og kommuner.

Endelig bemærkes det, at kommunalbestyrelser efter lov om forpligtende kommunale samarbejder, jf. lovbekendtgørelse nr. 789 af 24. juni 2024, kan pålægges at samarbejde inden for bestemte områder, herunder inden for genoptræningsområdet, for så vidt angår kommunalbestyrelsens opgaver efter den gældende sundhedslovs § 140, jf. § 1, stk. 2, nr. 2, litra a, i lov om forpligtende kommunale samarbejder. Ifølge § 2, stk. 1, i lov om forpligtende kommunale samarbejder, udpeger indenrigs- og sundhedsministeren de grupper af kommuner, hvis kommunalbestyrelser skal samarbejde efter reglerne i loven, og udpeger, hvilken kommunalbestyrelse der inden for hver af de udpegede grupper af kommuner er bemyndiget til at varetage udøvelsen af opgaverne inden for opgaveområdet på vegne af alle kommunalbestyrelserne i gruppen af kommuner. Udøvelsen af opgaverne må ikke varetages af de delegerende kommunalbestyrelser. Med hjemmel i bl.a. lov om forpligtende kommunale samarbejder har Indenrigsministeriet udstedt bekendtgørelse nr. 656 af 29. juni 2005 om revision af den kommunale og regionale inddeling og om forpligtende kommunale samarbejder, som ændret ved bekendtgørelse nr. 1628 af 14. december 2015. Bekendtgørelsen fastlægger, hvilke kommunalbestyrelser, der skal samarbejde efter de nævnte regler i lov om forpligtende kommunale samarbejder.

3.6.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Dette lovforslag indebærer, at regioner og kommuner fremadrettet i endnu videre omfang begge vil få ansvar for at levere sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen. Det har på den baggrund været overvejet, hvorledes det bedst sikres, at regioner og kommuner på fleksibel vis kan samarbejde om løsningen af opgaverne på området.

Behovet for på fleksibel vis at kunne samarbejde knytter sig ikke alene til en overgangsperiode i forlængelse af, at ansvaret for en række opgaver den 1. januar 2027 flyttes fra kommunerne til regionerne, men vil også være til stede på længere sigt. Det vil derfor være hensigtsmæssigt at stille en mere permanent og generel mulighed for samarbejde til rådighed for regionerne og kommunerne.

Samtidig skal der tages højde for, at aftaler mellem regioner og kommuner, hvorved de gensidigt påfører hinanden forpligtelser, som udgangspunkt vil være underlagt udbudspligt, og at der skal findes en løsning, som ikke er i strid med reglerne om offentlige udbud.

En mulig samarbejdsform, som er undtaget fra udbudspligten, er såkaldte horisontale samarbejdsaftaler. Sådanne aftaler er nærmere reguleret i udbudslovens § 15 og retspraksis fra bl.a. EU-Domstolen (se hertil f.eks. C-480/06, Kommissionen mod Tyskland og C-51/15, Remondis). Som nævnt under pkt. 3.6.1 vil indførelsen af muligheden for at indgå samarbejdsaftaler mellem kommuner og regioner om løsning af opgaverne i det nære sundhedsvæsen forudsætte, at der etableres en særskilt hjemmel dertil.

På baggrund af drøftelser med Danske Regioner og KL vurderes det hensigtsmæssigt at indføre mulighed for, at regionsråd og kommunalbestyrelser kan indgå horisontale samarbejdsaftaler vedrørende kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen.

Muligheden for at kunne indgå sådanne aftaler vurderes ikke alene at være relevant i en overgangsperiode i forbindelse med, at ansvaret for en række opgaver den 1. januar 2027 flyttes fra kommunerne til regionerne, men også på længere sigt. Derfor foreslås det, at muligheden indsættes både i overgangsloven og i sundhedsloven, og i sidstnævnte lov som en generel mulighed for at indgå horisontale samarbejdsaftaler på området for sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, jf. sundhedslovens afsnit IX.

Det vurderes desuden, at med indførelse af muligheden for at indgå horisontale samarbejdsaftaler vil der ikke længere være behov for den nugældende mulighed efter overgangslovens § 5, stk. 2, for ved bekendtgørelse at henlægge opgaver fra en region til en kommune. Denne mulighed vil således blive ophævet og erstattet af muligheden for at indgå horisontale samarbejdsaftaler.

Forslaget om at indføre muligheden for at indgå horisontale samarbejdsaftaler skal ses i sammenhæng med Forårsaftalen 2025 om implementering af sundhedsreformen mellem regeringen, Danske Regioner og KL, hvoraf det bl.a. fremgår, at parterne noterer sig, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet i dialog med parterne ser på mulighederne for i kommende lovgivning om udmøntning af sundhedsreformen at skabe yderligere hjemler til, at regioner og kommuner kan samarbejde om opgaver i det nære sundhedsvæsen. Forslaget er et led i udmøntningen af denne tilkendegivelse, og samtidig vil Indenrigs- og Sundhedsministeriet fortsætte dialogen med

Danske Regioner og KL om mulige yderligere hjemler til samarbejde.

3.6.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås, at der indsættes en ny § 118 d i sundhedsloven, der vil give hjemmel til, at et regionsråd og en kommunalbestyrelse eller flere kommunalbestyrelser vil kunne indgå en kontrakt om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, jf. sundhedslovens afsnit IX.

De vil i den forbindelse kunne overdrage driften af opgaver mellem hinanden, men ikke ansvaret for sundhedsydelsen. Et regionsråd og en kommunalbestyrelse eller flere kommunalbestyrelser vil dog i tilknytning til opgaven med at levere en sundhedsydelse også kunne få overdraget ansvaret for at tildele sundhedsydelsen.

Udgangspunktet er altså, at hele eller dele af driftsansvaret vil kunne overdrages ved en samarbejdsaftale, men ikke myndighedsansvaret. Myndighedsansvaret omfatter bl.a. muligheden for at kunne fastsætte retningslinjer for driftsopgaven og forpligtelsen til at føre kontrol og tilsyn med udførelsen af driftsopgaven. Myndighedsansvaret omfatter også tildelingskompetencen. Det foreslås som en undtagelse til hovedreglen om, at myndighedsansvaret ikke kan overdrages, at ansvaret for at beslutte visitering til eller tildeling af en sundhedsydelse (tildelingskompetencen) godt kan overdrages, men dog under den forudsætning, at det vil blive varetaget af det regionsråd eller den kommunalbestyrelse eller de kommunalbestyrelser, som i øvrigt får ansvaret for at levere sundhedsydelsen.

Det bemærkes i øvrigt, at uanset hvor mange opgaver der ved en samarbejdsaftale overdrages, vil det være på den overdragende myndigheds vegne, at opgaven udføres. Det gælder også ved en overdragelse af tildelingskompetencen.

Endvidere bemærkes det, at en opgave vil kunne udgøre en del af leveringen af en sundhedsydelse. Det vil altså ikke være en forudsætning, at hele opgaven med at levere en sundhedsydelse bliver overdraget ved en samarbejdsaftale. Det vil godt kunne aftales, at en del af leveringen af en sundhedsydelse overdrages. Hvis tildelingskompetencen skal overdrages, vil det dog være en forudsætning, at det modtagende regionsråd eller den modtagende kommunalbestyrelse får ansvaret for at levere den ydelse, som det eller den får kompetence til at tildele.

Desuden vil det være et krav efter den foreslåede § 118 d, at kommunen eller kommunerne, der indgår kontrakten, skal ligge i den pågældende region. Bestemmelsen vil således ikke omfatte aftaler mellem en region og en eller flere kommuner, der ligger i andre regioner. Ligeledes vil bestemmelsen ikke omfatte aftaler mellem flere regioner, ligesom den ikke vil omfatte aftaler, som alene indgås mellem kommuner.

Det vil fremgå, at kontrakten vil skulle indgås i overensstemmelse med udbudslovens § 15, det vil sige, kontrakten skal opfylde kravene til offentlige kontrakter mellem ordregivere efter udbudslovens § 15. Det skal ses i lyset af, at fritagelsen for udbudspligten alene gælder for horisontale samarbejdsaftaler, der lever op til kravene efter udbudsretten til sådanne aftaler. Henvisningen til udbudsloven omfatter ikke alene, hvad der udtrykkeligt fremgår af udbudslovens § 15, men også den tilknyttede retspraksis, herunder fra EU-Domstolen (se hertil f.eks. C-480/06, Kommissionen mod Tyskland og C-51/15, Remondis).

Den foreslåede bestemmelse om muligheden for at indgå samarbejdsaftaler vil alene omfatte sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen. Det vil ved vedtagelsen af denne lov omfatte ydelser i sundhedslovens afsnit IX.

Som nævnt under pkt. 3.6.1 indeholder lovgivningen, herunder sundhedsloven, forskellige udtrykkelige hjemler til offentlige myndigheder om at kunne indgå i samarbejder med private eller andre offentlige myndigheder. Disse bestemmelser udgør ikke hjemler til at fravige reglerne om offentlige udbud. Reglerne om offentlige udbud vil således også i sådanne tilfælde skulle overholdes, hvilket kan ske på forskellig vis. F.eks. vil det kunne opnås ved at holde sig inden for de regler, der tillader, at der kan indgås aftaler under visse tærskelværdier. Hvis denne lov bliver vedtaget, vil det også kunne opnås ved at indgå en horisontal samarbejdsaftale i overensstemmelse med sundhedslovens § 118 d, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 5.

Det bemærkes i øvrigt, at den foreslåede § 118 d ikke alene er en bestemmelse, der giver hjemmel til, at der kan indgås horisontale samarbejdsaftaler i overensstemmelse med udbudsloven. Den vil udgøre et selvstændigt hjemmelgrundlag for at kunne indgå aftaler vedrørende sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, og det forudsættes altså ikke, at der tillige er hjemmel til et sådant samarbejde i andre af lovens bestemmelser.

Det foreslås, at der indsættes et stykke i § 118 d, som særligt regulerer de tilfælde, hvor en sundhedsydelse er omfattet af lov om forpligtende kommunale samarbejder, og kommunalbestyrelser i medfør af lov om forpligtende kommunale samarbejder er pålagt at samarbejde med hinanden om levering af sundhedsydelsen. I sådanne tilfælde skal både den bemyndigede og den delegerende kommunalbestyrelse være parter i en kontrakt efter § 118 d om levering af sundhedsydelsen i den kommune, hvis kommunalbestyrelse efter lov om forpligtende kommunale samarbejder ikke må varetage udførelsen af opgaven. Forslaget skal ses i lyset af, at de to kommuner i disse tilfælde er i en sådan situation af gensidig afhængighed, at det ikke bør være muligt at indgå aftale om levering af sundhedsydelsen uden involvering af begge kommuner.

Det foreslås, at indenrigs- og sundhedsministeren vil kunne fastsætte regler om kontrakterne, herunder om den tilladte periode fra kontraktens indgåelse indtil dens ikrafttræden,

kontraktens gyldighedsperiode, parternes adgang til at opsiges kontrakten og meddelelse til indenrigs- og sundhedsministeren om indgåelse af kontrakten.

Det er hensigten at benytte adgangen til at kunne fastsætte tidsfrister til bl.a. at sikre, at der i tilstrækkelig god tid inden overdragelsen af opgaver er klarhed over, hvilken myndighed der varetager hvilke opgaver, af hensyn til de ansatte og borgerne samt til en hensigtsmæssig planlægning. Ligeledes er det hensigten, at der af hensyn til forudsigeligheden om arbejdsfordelingen fastsættes regler om en minimumsgyldighedsperiode for samarbejdsaftaler og en mindsteperiode for opsigelse, når minimumsgyldighedsperioden er udløbet. Endelig er det hensigten, at der fastsættes regler om meddelelse til indenrigs- og sundhedsministeren om indgåelsen af kontrakter, således at det vil være muligt at danne sig et samlet overblik over fordelingen af opgaver mellem regioner og kommuner.

Det er hensigten løbende at opsamle erfaringer om indgåelsen af samarbejdsaftaler og i det lys fastsætte relevante regler om aftalerne, herunder eventuelt ændre allerede fastsatte frister, hvis de måtte vise sig uhensigtsmæssige.

Desuden foreslås det, at hvis samarbejdsaftalen indebærer, at der overdrages drift af opgaver, vil overdrageren af driften af opgaverne skulle betale modtagerens udgifter ved udøvelsen af de opgaver, som modtageren vil varetage på overdragerens vegne. Det foreslås også, at indenrigs- og sundhedsministeren vil kunne fastsætte nærmere regler om beregning og afholdelse af disse udgifter.

Baggrunden for disse forslag er, at det efter almindelige kommunalretlige grundsætninger om kommuners opgavevaretagelse hverken er en kommunal opgave at yde tilskud til andre myndigheder eller at opnå fortjeneste ved kommunens virksomhed. Det tilsvarende gør sig gældende for regioner.

Betalingen til den myndighed, der modtager opgaver, vil skulle omfatte alle de direkte udgifter, der er forbundet med opgavevaretagelsen, det vil sige de udgifter, der direkte kan henføres til den pågældende aktivitet, som f.eks. løn, køb af materialer og tjenesteydelser, reparations- og vedligeholdelsesudgifter og eventuel husleje m.v., og indirekte udgifter herved, det vil sige de udgifter, der ikke direkte kan henføres til den pågældende aktivitet, som f.eks. andel af fællesudgifter til lokaler, administration m.v. Der vil alene kunne medtages udgifter, der er forbundet med udførelsen af opgaver for den overdragende myndighed som følge af den indgående aftale og opgavefordelingen deri. Der vil ikke kunne medregnes en fortjeneste for den modtagende myndighed. Det forudsættes, at den myndighed, der modtager opgaver, vil skulle foretage en opgørelse af udgifterne forbundet med at udføre opgaverne og vil skulle være i stand til at dokumentere disse.

Regler, der udstedes med hjemmel i den foreslåede regel om, at indenrigs- og sundhedsministeren vil kunne fastsætte nærmere regler om beregning og afholdelse af udgifterne

forbundet med de opgaver, der overdrages, vil kunne omfatte den nærmere fastlæggelse af udgifterne, herunder hvorledes udgifterne beregnes. Reglerne vil endvidere kunne omfatte fastsættelsen af terminer og frister for betaling af disse omkostninger.

For nærmere om den foreslåede bestemmelse om muligheden for generelt at indgå horisontale samarbejdsaftaler henvises til sundhedslovens § 118 d, som affattet ved dette lovforslags § 1, nr. 5, og bemærkningerne hertil.

Som nævnt under pkt. 3.6.1 ovenfor er der ikke i sundhedsloven eller i medfør af sundhedsloven fastsat regler om overførsel af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, hvis der inden for sundhedslovens rammer indgås aftaler om overdragelse af opgaver mellem regioner og kommuner. Hvis der ikke fastsættes sådanne regler, vil der kunne opstå uklarhed om, hvad der skal overføres, og hvordan det skal ske, når der indgås aftaler, som indebærer overdragelse af opgaver.

Det foreslås derfor, at der indsættes en bestemmelse i sundhedsloven, som bemyndiger indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte regler om overførsel og fordeling mellem regioner og kommuner og mellem kommuner af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, herunder om ansattes rettigheder, ved indgåelsen af kontrakter, der indebærer overdragelse af opgaver, indgået i medfør af øvrige regler i sundhedsloven.

Det foreslås, at bestemmelsen indsættes i sundhedslovens kapitel 62, som generelt omhandler samarbejde, og bestemmelsen vil således finde anvendelse på alle de tilfælde, hvor der efter sundhedsloven vil kunne indgås kontrakter mellem regionsråd og kommunalbestyrelser om overdragelse af opgaver mellem dem. Bestemmelsen vil således også finde anvendelse, hvis der på et fremtidigt tidspunkt indsættes yderligere bestemmelser i sundhedsloven, der muliggør sådanne kontrakter, f.eks. på andre områder end det nære sundhedsvæsen, jf. sundhedslovens afsnit IX.

Tilsvarende foreslås det, at der fastsættes en bestemmelse, som bemyndiger indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte regler om overførsel og fordeling mellem regioner og kommuner og mellem kommuner af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, herunder om ansattes rettigheder, ved opsigelse eller udløb af kontrakter, der indebærer overdragelse af opgaver, indgået i medfør af øvrige regler i sundhedsloven eller overgangsloven eller ved ophør eller udløb af anmodninger efter overgangslovens § 5, stk. 3. Denne bestemmelse vil omfatte kontrakter indgået i medfør af overgangslovens § 5, stk. 2, som affattet ved denne lovs § 2, nr. 3.

Desuden foreslås det, at indenrigs- og sundhedsministeren vil kunne fastsætte regler om fremgangsmåden for overførslen og delingen af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, herunder nedsættelse af selvstændige myndigheder, der kan træffe beslutning ved uenighed om overførsel og de-

ling mellem regionsråd og kommunalbestyrelser eller mellem kommunalbestyrelser.

Ved fastsættelsen af regler i medfør af den foreslåede bestemmelse vil der kunne tages udgangspunkt i kapitel 10-13 i overgangsloven, som omhandler overførsel af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte i forbindelse med overførslen af opgaver som led i sundhedsreformen. Der vil blive fastsat regler om ansattes forhold med udgangspunkt i overgangslovens kapitel 11. Behovet for øvrige regler, herunder f.eks. om aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, jf. overgangslovens kapitel 10, vil blive nøje overvejet.

Det foreslås samtidig, at indenrigs- og sundhedsministeren vil kunne fastsætte regler om, at hele eller dele af kapitlerne 10-13 i overgangsloven finder tilsvarende anvendelse på overdragelse af opgaver i medfør af øvrige regler i sundhedsloven eller overgangsloven.

For nærmere om den foreslåede bestemmelse om muligheden for generelt at indgå horisontale samarbejdsaftaler henvises til sundhedslovens § 205 e, som affattet ved dette lovforslags § 1, nr. 16, og bemærkningerne hertil.

Det foreslås desuden, at den gældende bestemmelse i § 5, stk. 2, i overgangsloven erstattes af en mulighed for, at regioner og kommuner kan indgå horisontale samarbejdsaftaler om, at kommunen på regionens vegne varetager driften af en eller flere af de opgaver, som den 1. januar 2027 overføres fra kommunen til regionen.

Den ordning, der foreslås indført ved ændringer af overgangsloven, svarer i vidt omfang til den generelle ordning, som foreslås indført i sundhedsloven, og som er nærmere beskrevet ovenfor. Ordningen i overgangsloven omhandler dog udelukkende samarbejdsaftaler om, at en kommune på regionens vegne skal varetage driften af en eller flere opgaver, som den 1. januar 2027 ellers overføres til regionen. Ordningen efter sundhedsloven er derimod ikke særligt knyttet til overførslen af opgaver i forbindelse med sundhedsreformen. Ordningen efter overgangsloven giver i øvrigt ikke mulighed for at omfordele ansvaret mellem flere kommuner. Det gør derimod ordningen efter sundhedsloven.

Det bemærkes i øvrigt, at der – ligesom i sundhedsloven – foreslås indført en hjemmel til, at indenrigs- og sundhedsministeren vil kunne fastsætte regler om kontrakter omfattet af den nye bestemmelse i overgangsloven, herunder om det seneste tidspunkt for kontraktens indgåelse, kontraktens gyldighedsperiode, parternes adgang til at kunne opsige kontrakten og meddelelse til indenrigs- og sundhedsministeren om indgåelse af kontrakten.

Det er bl.a. hensigten at fastsætte, at en samarbejdsaftale om opgaver, som den 1. januar 2027 overføres fra kommunen til regionen, skal indgås senest den 1. april 2026. Det skal bl.a. ses i sammenhæng med overgangslovens § 5, stk. 3, som vil indebære, at hvis der ikke indgås en sådan kontrakt med en kommune, skal kommunen også efter den 1. januar

2027, såfremt regionen inden for en frist, der fastsættes efter § 5, stk. 6, anmoder kommunen herom, varetage driften af opgaven på vegne af regionen inden for en periode, der fastsættes efter § 5, stk. 7. Det er hensigten at fastsætte fristen for sådanne anmodninger til den 15. april 2026.

Hvis der i medfør af den nye bestemmelse i overgangsloven indgås en samarbejdsaftale, som indebærer, at en kommune i en periode på vegne af en region varetager opgaver, der ellers ville blive overført til regionen den 1. januar 2027, medfører det, at der ikke i medfør af overgangslovens kapitel 10-13 vil skulle ske overførsel af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte fra kommunen til regionen knyttet til de relevante driftsopgaver. Det bemærkes dog, at i det omfang myndighedsansvaret for opgaverne vil skulle varetages af regionen, vil der i medfør af overgangslovens kapitel 10-13 skulle ske overførsel af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte fra kommunen til regionen knyttet til denne myndighedsopgave. Se nærmere herom overgangslovens § 141, stk. 5, og § 142, stk. 3.

Lovforslaget indeholder desuden visse mindre ændringer af overgangsloven, der har til formål at præcisere visse forhold eller at gennemføre visse ændringer, hvor ministeriet efter lovens vedtagelse er blevet opmærksom på behovet for ændringerne, ligesom lovforslaget indeholder visse konsekvensændringer som følge af ændringerne i lovens § 5.

For nærmere om den foreslåede bestemmelse i overgangsloven om muligheden at indgå horisontale samarbejdsaftaler og de øvrige ændringer af overgangsloven henvises til lovforslagets § 2, nr. 1-13, og bemærkningerne hertil.

3.7. Bortfald af øvrige regionale opgaver

3.7.1. Bortfald af regionale opgaver på miljøområdet

3.7.1.1. Gældende ret

3.7.1.1.1. Ophævelse af regionernes mæglingsopgave i § 13 b, stk. 4 og 5, i vandforsyningsloven.

Kommunerne skal udarbejde indsatsplaner for udpegede indsatsområder. For indsatsområder der går på tværs af kommunegrænser, skal de berørte kommuner nå til enighed om udformningen af indsatsplanen. I tilfælde af at der ikke kan opnås enighed blandt de berørte kommunalbestyrelser, fremgår det af vandforsyningslovens § 13 b, stk. 4, i lov om vandforsyning m.v. (herefter vandforsyningsloven), jf. lovbekendtgørelse nr. 1179 af 28. maj 2024 med senere ændringer, at regionsrådet efter anmodning skal indkalde til mægling om den nærmere udformning af indsatsplanen for kommunen. Såfremt der ikke kan opnås enighed, skal regionsrådet forelægge sagen for miljøministeren, som herefter træffer afgørelse.

3.7.1.1.2. Ophævelse af kommunens pligt til registrering af indvindingstilladelser meddelt af en landvæsensret eller et amtsråd.

Det fremgår af vandforsyningslovens § 70, at miljøministeren kan bestemme, at kommunalbestyrelsen skal føre register over de indvindingstilladelser, som er meddelt inden for kommunen af en landvæsensret, et amtsråd eller kommunalbestyrelsen.

3.7.1.2. Miljø- og ligestillingsministeriets overvejelser

3.7.1.2.1. Ophævelse af regionernes mæglingsopgave i § 13 b, stk. 4 og 5, i vandforsyningsloven.

Regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne), Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og De Radikale Venstre indgik den 15. november 2024 Aftale om sundhedsreform 2024.

Regionerne varetager i dag andre opgaver end på sundhedsområdet, herunder inden for regional udvikling. Aftalepartierne er enige om, at der skal ske en tilpasning af regionernes øvrige opgaver med henblik på at anvende ressourcerne mest hensigtsmæssigt og effektivt. Det betyder, at regionerne fremadrettet skal varetage en smallere opgaveportefølje end hidtil.

Regionernes resterende øvrige opgaver om regional udvikling, herunder regionernes mægling om kommunalbestyrelsernes vedtagelse af indsatsplaner, bortfalder. Det er Miljø- og Ligestillingsministeriets vurdering, at det er den mest hensigtsmæssige løsning.

Der er ikke oplysninger om, at vandforsyningsloven § 13 b, stk. 4, har været anvendt, og det er på den baggrund Miljø- og ligestillingsministeriets opfattelse, at bestemmelsen ikke tjener et formål og vil kunne bortfalde. I de sager, hvor kommuner ikke kan blive enige om indsatsplaner, vurderer Miljø- og Ligestillingsministeriet, at en ordning om, at sagen kan indbringes direkte for miljøministeren, der herefter kan træffe afgørelse sagen, vil være hensigtsmæssig.

3.7.1.2.2. Ophævelse af kommunens pligt til registrering af indvindingstilladelser meddelt af en landvæsensret eller et amtsråd.

Som følge af, at landvæsensretter og amterne er blevet nedlagt, er der behov for at konsekvensændre § 70 i vandforsyningsloven.

3.7.1.3. Den foreslåede ordning

3.7.1.3.1. Ophævelse af regionernes mæglingsopgave i § 13 b, stk. 4 og 5, i vandforsyningsloven.

Det foreslås at ophæve den nuværende adgang for kommunalbestyrelserne til at anmode regionsrådet om at mægle i sager, hvor kommuner ikke er enige om udformningen af indsatsplaner.

Det foreslås at ophæve § 13 b, stk. 4 og 5, og at der i stedet indsættes en ny bestemmelse som stk. 4, hvorefter kommu-

nalbestyrelsen vil kunne forelægge sagen for miljøministeren, som vil kunne træffe endelig afgørelse ved uenighed om indsatsplanens udformning.

3.7.1.3.2. Ophævelse af kommunens pligt til registrering af indvindingstilladelser meddelt af en landvæsensret eller et amtsråd.

Det foreslås, at miljøministerens adgang til at pålægge kommunalbestyrelsen at føre register over indvindingstilladelser, begrænses til indvindingstilladelser meddelt af kommunalbestyrelsen indenfor kommunen.

Den foreslåede ændring af vandforsyningslovens er en konsekvens af, at landvæsensretter og amterne er blevet nedlagt.

3.7.2. Bortfald af regionale opgaver på undervisningsområdet

3.7.2.1. Gældende ret

Det fremgår af § 34 a, stk. 2, i lov om institutioner for erhvervsrettet uddannelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 145 af 14. februar 2024 med senere ændringer, § 10 a, stk. 3, i lov om institutioner for almen gymnasiale uddannelser og almen voksenuddannelse m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 146 af 14. februar 2024 med senere ændringer, og § 31, stk. 2, i lov om institutioner for forberedende grunduddannelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 85 af 31. januar 2025 med senere ændringer, at regionsrådet med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi efter ansøgning fra en institution kan yde formåls- og tidsbestemte udviklingstilskud, herunder anlægstilskud.

3.7.2.2. Børne- og Undervisningsministeriets overvejelser

Med Aftale om sundhedsreform 2024 fra 15. november 2024 er det besluttet at fokusere regionernes opgavevaretagelse, herunder bortfald af regionernes mulighed for at udarbejde udviklingsstrategier.

Børne- og Undervisningsministeriet finder, at der på ovenstående baggrund er behov for at tilpasse bestemmelserne om regionernes mulighed for at yde formåls- og tidsbestemte udviklingstilskud, herunder anlægstilskud, med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi således, at der stadig kan ydes tilskud, selvom regionens udviklingsstrategi bortfalder.

3.7.2.3. Den foreslåede ordning

På baggrund af ovenstående overvejelser foreslår Børne- og Undervisningsministeriet, at bestemmelserne om regionernes mulighed for at yde formåls- og tidsbestemte udviklingstilskud, herunder anlægstilskud, ændres således, at tilskuddene ikke længere ydes med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi.

Der henvises i øvrigt til lovforslagets §§ 6-8 og bemærkningerne hertil.

3.7.3. Bortfald af regionsrådenes adgang til over for ministeren for byer og landdistrikter at fremsætte forslag til landsplanlægning

3.7.3.1. Gældende ret

Det er den almindelige ordning i lov om planlægning (herefter planloven) jf. lovbekendtgørelse nr. 572 af 29. maj 2024 med senere ændringer, at kommunalbestyrelsen er planmyndighed, det vil sige har ansvaret for at tilvejebringe fysisk planlægning i form af kommune- og lokalplanlægning for arealanvendelsen i kommunen.

Bestemmelser om landsplanlægning findes i planlovens kapitel 2.

Efter planlovens § 2 er ministeren for byer og landdistrikter ansvarlig for den sammenfattende fysiske landsplanlægning og for, at der foretages de undersøgelser, som er nødvendige herfor.

Planlovens § 3 indeholder en række bestemmelser om de såkaldte landsplanbeføjelser, der tilkommer ministeren for byer og landdistrikter.

F.eks. fremgår det af § 3, stk. 1, at ministeren for byer og landdistrikter til varetagelse af landsplanmæssige interesser, herunder sikring af kvalitet i planlægningen, kan fastsætte regler for anvendelsen af lovens beføjelser og for indholdet af planlægningen efter loven, sidstnævnte i almindelighed omtalt som landsplandirektiver. Efter § 3, stk. 2, kan ministeren for byer og landdistrikter tillægge regler efter stk. 1 retsvirkning som kommuneplaner og kan endvidere i særlige tilfælde bestemme, at bygge- og anlægsarbejder, der er forudsat i en regel efter stk. 1, kan iværksættes uden kommune- og lokalplan og uden tilladelse efter § 35, stk. 1 (landzone-tilladelse).

Efter planlovens § 22 a, stk. 2, der indgår i lovens kapitel 6 om planers tilvejebringelse og ophævelse, kan regionsråd og kommunalbestyrelser på eget initiativ over for ministeren for byer og landdistrikter fremsætte forslag til landsplanlægningen.

3.7.3.2. By-, Land- og Kirkeministeriets overvejelser

Det fremgår bl.a. af Aftale om sundhedsreform 2024, at regionerne i dag varetager andre opgaver end sundhedsområdet, og at aftalepartierne er enige om, at der skal ske en tilpasning af regionernes øvrige opgaver med henblik på at anvende ressourcerne mest hensigtsmæssigt og effektivt. Det betyder bl.a., at en række af regionernes nuværende opgaver om regional udvikling bortfalder.

3.7.3.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås, at regionsrådene udgår af planlovens § 22 a, stk. 2.

Den foreslåede ændring vil indebære, at regionsrådene ikke længere vil have adgang til på eget initiativ over for ministeren for byer og landdistrikter at fremsætte forslag til landsplanlægningen.

Der henvises i øvrigt til lovforslagets § 9 og bemærkningerne hertil.

3.7.4. Bortfald af regionale opgaver på erhvervsfremmeområdet

3.7.4.1. Gældende ret

Det fremgår af § 9, stk. 1, nr. 6, i den gældende lov om erhvervsfremme, jf. lovbekendtgørelse nr. 230 af 29. februar 2024, som ændret ved § 5 i lov nr. 1668 af 30. december 2024, at Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse har til opgave at igangsætte og finansiere decentrale erhvervsfremmeindsatser, herunder bl.a. at udtale sig som høringspart om regionernes udviklingsstrategier.

Det fremgår af § 10, stk. 1, at Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse består af 17 medlemmer, herunder 1 formand. Medlemmerne af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse udpeges således, at 1 formand, der skal være fra erhvervslivet, udpeges af erhvervsministeren, 5 kommunale medlemmer udpeges af kommunekontaktrådene, 6 medlemmer fra erhvervslivet, herunder mindst 1 fra en lille eller mellemstor virksomhed og 1 fra en turismevirksomhed, udpeges af erhvervsministeren efter indstilling fra erhvervsorganisationer, 1 regionalt medlem udpeges af regionsrådene, 2 medlemmer repræsenterer medarbejdersiden og udpeges af erhvervsministeren efter indstilling fra arbejdstagerorganisationer, 1 medlem fra en videninstitution udpeges af uddannelses- og forskningsministeren, samt 1 medlem, der repræsenterer staten, udpeges af erhvervsministeren.

De indstillingsberettigede parter til Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse fremgår af bekendtgørelse nr. 1589 af 18. december 2018 om udpegning af medlemmer og fastsættelse af indstillingsberettigede parter til Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse, som er ændret ved bekendtgørelse nr. 80 af 14. januar 2022.

Det fremgår af § 10, stk. 3, i lov om erhvervsfremme, at formanden og medlemmerne udpeges for op til fire år ad gangen med mulighed for genudpegning én gang.

Det fremgår af § 13, stk. 1, at hvert erhvervshus ledes af en bestyrelse. Erhvervshusenes bestyrelser består af 11 medlemmer, herunder 1 formand, og en observatør. Det fremgår af § 13, stk. 2, at erhvervshusenes bestyrelser sammensættes af én formand, der udpeges af kommunekontaktrådene, og som skal være folkevalgt og gerne have baggrund i det private erhvervsliv, tre medlemmer, der udpeges af kommunekontaktrådene blandt kommunale politiske repræsentan-

ter, fire medlemmer, der udpeges af kommunekontaktrådene blandt virksomhedsrepræsentanter, herunder små og mellemstore virksomheder, efter indstilling fra erhvervsorganisationer, ét medlem, der udpeges af kommunekontaktrådene blandt repræsentanter fra en videninstitution, ét medlem, der udpeges af kommunekontaktrådene fra en arbejdstagerorganisation efter indstilling fra de faglige hovedorganisationer i fællesskab, samt ét medlem, der udpeges af regionsrådene.

Det fremgår af § 15, stk. 1, at regionerne efter høring af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse kan udarbejde en regional udviklingsstrategi. Udarbejder regionerne en strategi, kan den omfatte regionernes lovhjemlede opgaver inden for regional udvikling og i tilknytning hertil den fremtidige udvikling i regionen, infrastruktur, udvikling i yderområderne, natur og rekreative formål, grøn omstilling og klimatilpasning og eventuelle grænseoverskridende samarbejder.

Det fremgår af § 15, stk. 2, at den regionale udviklingsstrategi ikke må omhandle erhvervsfremme, herunder turisme, og de regionale udviklingsstrategier udarbejdes under hensyntagen til Danmarks Erhvervsfremmebestyrelsens strategi for den decentrale erhvervsfremmeindsats. Gennemfører en region ikke Danmarks Erhvervsfremmebestyrelsens anbefalinger efter stk. 1, jf. § 9, stk. 1, nr. 5, skal regionen begrunde dette over for Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse.

Det fremgår af § 15, stk. 3, at den regionale udviklingsstrategi skal udarbejdes i samarbejde med relevante lokale, regionale og statslige interessenter. Inden vedtagelsen af den regionale udviklingsstrategi skal regionsrådet foretage en offentlig høring af udkast til strategien. Regionsrådet fastsætter en frist på mindst 8 uger for fremsættelse af kommentarer. Offentliggørelse kan ske udelukkende digitalt.

Det fremgår af § 15, stk. 4, at den regionale udviklingsstrategi kan indeholde en redegørelse for de initiativer, som regionsrådet vil foretage som opfølgning på strategien.

Det fremgår af § 15, stk. 5, at regionerne som led i udarbejdelse af og opfølgningen på den regionale udviklingsstrategi skal iagttage rammebetingelserne for de regionale udviklingsområder.

3.7.4.2 Erhvervsministeriets overvejelser

Regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne), Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og De Radikale Venstre indgik den 15. november 2024 Aftale om sundhedsreform 2024. Regionerne varetager i dag andre opgaver end på sundhedsområdet, herunder inden for regional udvikling. Aftalepartierne er enige om, at der skal ske en tilpasning af regionernes øvrige opgaver med henblik på at anvende ressourcerne mest hensigtsmæssigt og effektivt. Det betyder, at regionerne fremadrettet skal varetage en smallere opgaveportefølje end hidtil.

Regionernes resterende øvrige opgaver om regional udvikling, herunder regionernes mulighed for at udarbejde udvik-

lingsstrategier samt aktiviteter, der relaterer sig hertil, bortfalder.

Aftalepartierne er enige om, at regionerne fortsat skal have mulighed for at deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder, herunder Interreg-projekter, som ligger inden for deres opgaveportefølje på det regionale udviklingsområde, jf. Aftale om sundhedsreform 2024 fra 15. november 2024. Den administrative forankring af Interreg-programmer vil fortsat være i regionerne.

Erhvervsministeriet finder, at der på ovenstående baggrund er behov for at tilpasse en række bestemmelser i lov om erhvervsfremme og foretage de nødvendige konsekvensrettelser i lov om landbrugsejendomme, jf. lovbekendtgørelse nr. 116 af 6. februar 2020. Endvidere er der behov for at foretage nødvendige konsekvensrettelser i lov om miljøbeskyttelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 1093 af 11. oktober 2024.

Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse, som har til formål at understøtte en sammenhængende decentral erhvervsfremmeindsats, herunder at der er sammenhæng mellem den decentrale og den statslige indsats, berøres af opgavebortfaldet på det regionale område. For det første har regionerne et medlem af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse, som nu bortfalder.

For det andet har regionerne i dag mulighed for, men det er ikke et krav, at udarbejde en regional udviklingsstrategi, der omfatter regionernes opgaver inden for regional udvikling og i tilknytning hertil den fremtidige udvikling i regionen, infrastruktur, udvikling i yderområderne, natur og rekreative formål, grøn omstilling og klimatilpasning og eventuelle grænseoverskridende samarbejder. En opgave som fremadrettet bortfalder. Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse udtaler sig som høringspart om regionernes udviklingsstrategier, som nu bortfalder.

Erhvervsministeriet finder det afgørende for at sikre en fortsat effektiv erhvervsfremmeindsats, at Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse besidder indsigt og faglighed i erhvervslivets behov med henblik på at kunne styrke produktiviteten og bæredygtig vækst i SMV'er gennem enkle og effektfulde indsatser i hele Danmark, og at det arbejde, som har pågået siden etableringen af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse 1. januar 2019, kan fortsætte på en smidig måde uden for mange administrative benspænd, som gør, at bestyrelsens arbejde unødigt forsinkes.

Endelig har det regionale opgavebortfald også betydning for regionernes bestyrelsesposter i de seks tværkommunale erhvervshuse.

3.7.4.3 Den foreslåede ordning

På baggrund af ovenstående overvejelser foreslår Erhvervsministeriet, at regionernes opgaver vedrørende regionale udviklingsstrategier, udviklingsaktiviteter i relation til ud-

viklingsstrategierne, samt indstillingsret til bestyrelser på erhvervsfremmeområdet, bortfalder.

Det foreslås, at regionerne ikke længere skal have adgang til at udarbejde regionale udviklingsstrategier i henhold til lov om erhvervsfremme. Det medfører en række konsekvensændringer for blandt andet Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse, som derfor ikke længere skal udtale sig som høringspart i forbindelse med udarbejdelsen af de regionale udviklingsstrategier, hvor der i dag gælder et følg-eller-forklar-princip forud for vedtagelsen.

Det foreslås endvidere, at lov om landbrugsejendomme § 3, der indeholder henvisninger til de regionale udviklingsstrategier, tilpasses således, at de regionale udviklingsstrategier udgår af bestemmelsen. De foreslåede ændringer af bestemmelsen i § 3 i lov om landbrugsejendomme er alene en konsekvensændring som følge af de foreslåede ændringer i lov om erhvervsfremme.

Det foreslås videre, at lov om miljøbeskyttelse § 18a, der indeholder henvisninger til de regionale udviklingsstrategier, tilpasses således, at de regionale udviklingsstrategier udgår af bestemmelsen. De foreslåede ændringer af bestemmelsen i § 18 a i lov om miljøbeskyttelse er alene en konsekvensændring som følge af de foreslåede ændringer i lov om erhvervsfremme.

Det foreslås også, at det medlem, der udpeges af regionsrådene som medlem af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse, udgår. Dermed reduceres Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse fra 17 til 16 medlemmer.

Som følge af det øvrige regionale opgavebortfald på erhvervsfremmeområdet foreslås det, at det medlem, der udpeges af regionsrådene i de seks tværkommunale erhvervs-huse, bortfalder. Samtidig foreslås det, at reglerne om genudpegning af formanden og medlemmerne af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse ophæves.

De eksisterende regler om regionernes grænseoverskridende og internationale samarbejder videreføres, men opgavebortfaldet inden for regional udvikling vil i øvrigt medføre, at der kan være projekter, som regionerne ikke længere kan varetage, og regionerne skal derfor udtræde af disse projekter, da de fra den 1. januar 2026 ikke længere har hjemmel til at udføre opgaverne.

3.7.5. Bortfald af regionale opgaver på kulturområdet

3.7.5.1. Gældende ret

Regionerne kan medvirke til at igangsætte kulturbegivenheder samt udvikle kulturelle tilbud, som kan videreføres af andre parter i en mere permanent drift, jf. § 3 a i lov om regionernes opgaver og kommunernes samarbejde på kulturområdet, jf. lovbekendtgørelse nr. 728 af 7. juni 2007, som ændret ved § 1 i lov nr. 1681 af 30. december 2024.

Kommuner og regioner kan samarbejde på tværs af lande-

grænser på kulturområdet, jf. § 3 b, stk. 2, i lov om regionernes opgaver og kommunernes samarbejde på kulturområdet.

3.7.5.2 Kulturministeriets overvejelser

Med Aftale om sundhedsreform 2024 fra november 2024 er det besluttet at fokusere regionernes opgavevaretagelse.

Som konsekvens heraf er det besluttet, at hvis en region fremover ønsker at videreføre eller iværksætte initiativer af kulturel karakter, vil det alene kunne ske inden for sundhedsvæsnets rammer, hvilket indebærer, at initiativerne skal have sundhedsfremmende formål og være finansieret inden for regionernes sundhedsbudgetter.

Kommuner vil som hidtil kunne samarbejde på tværs af både kommunegrænser og landegrænser på kulturområdet.

3.7.5.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås at regionerne ikke som hidtil vil kunne samarbejde på tværs af landegrænser på kulturområdet.

På grund af helt særlige hensyn til det landegrænseoverskridende kultursamarbejde, der allerede finder sted i henholdsvis Region Østdanmark og Region Syddanmark, foreslås det, at Region Østdanmark og Region Syddanmark, der allerede indgår i landegrænseoverskridende samarbejder på kulturområdet, fortsat vil kunne indgå i samarbejde på tværs af landegrænser på kulturområdet.

Forlaget vil indebære, at det ikke længere vil være muligt for de øvrige regioner, det vil sige i Region Nordjylland og Region Midtjylland, at indgå i landegrænseoverskridende samarbejder på kulturområdet.

4. Forholdet til databeskyttelsesforordningen og databeskyttelsesloven

Databeskyttelsesforordningen har direkte virkning i Danmark, hvilket betyder, at der som udgangspunkt ikke må være anden dansk lovgivning, der regulerer behandling af personoplysninger, i det omfang dette er reguleret i databeskyttelsesforordningen. Databeskyttelsesforordningen indeholder imidlertid et nationalt råderum til at supplere databeskyttelsesforordningens bestemmelser om behandling af personoplysninger.

Det er et grundprincip efter sundhedsloven, at når man som patient giver informeret samtykke til at modtage behandling i sundhedsvæsenet, må sundhedspersoner gerne behandle oplysninger, når det er nødvendigt i forbindelse med patientbehandling.

De foreslåede bestemmelser i lovforslagets elementer om opgaveflytning vil indebære, at regionsrådet får ansvaret for visse sundhedsydelser eller dele deraf, som i dag er kommunernes ansvar, og dermed også for behandling, herunder indhentning og videregivelse af personoplysninger.

Regionsrådet vil få ansvaret for indsatser, som kan være en del af en borgers samlede forløb på linje med andre indsatser, som kommunalbestyrelsen fortsat vil have ansvar for. Det kan medføre behov for udveksling af helbredsoplysninger m.v. mellem myndigheder.

For så vidt angår almindelige personoplysninger følger det af databeskyttelsesforordningens artikel 6, stk. 2 og 3, at der er mulighed for at opretholde og indføre mere specifikke bestemmelser for at tilpasse anvendelsen af dele artikel 6, stk. 1. Det gælder bl.a. artikel 6, stk. 1, litra e, hvorefter behandling af almindelige personoplysninger kan ske, hvis det er nødvendigt af hensyn til udførelse af en opgave i samfundets interesse eller som henhører under offentlig myndighedsudøvelse, som den dataansvarlige har fået pålagt.

Det er vurderingen, at behandlingen af almindelige personoplysninger i medfør af de foreslåede bestemmelser om opgaveflytning kan ske i i henhold til databeskyttelsesforordningens artikel 6, stk. 1, litra eller e, jf. stk. 2 og 3. Regionsråd og kommunalbestyrelser vil således have eller få opgaver, som forudsætter behandling af personoplysninger.

For så vidt angår følsomme personoplysninger følger det af databeskyttelsesforordningens artikel 9, stk. 2, litra h, at der må behandles følsomme personoplysninger, hvis behandling er nødvendig med henblik på forebyggende medicin eller arbejdsmedicin til vurdering af arbejdstagerens erhvervsevne, medicinsk diagnose, ydelse af social- og sundhedsomsorg eller -behandling eller forvaltning af social- og sundhedsomsorg og -tjenester på grundlag af EU-retten eller medlemsstaternes nationale ret eller i henhold til en kontrakt med en sundhedsperson og underlagt de betingelser og garantier, der er omhandlet i artikel 9, stk. 3.

Det er vurderingen, at behandlingen af følsomme personoplysninger efter de foreslåede opgaveflytninger kan ske i medfør af databeskyttelsesforordningens artikel 9, stk. 2, litra h, jf. artikel 6, stk. 1, litra eller e. Det er vurderingen, at de foreslåede bestemmelser vil leve op til kravene i forordningens artikel 9, stk. 2, litra h, idet regionsråds og kommuners behandling af følsomme personoplysninger, herunder oplysninger om patienters helbredsforhold, er en forudsætning for, at myndighederne kan tilbyde den sundhedsomsorg og -behandling, som de efter lovforslaget bliver pålagt.

Det vurderes, at behandlingen af oplysninger er proportionel med lovforslagets formål. Der lægges i den forbindelse vægt på, at regionsråd og kommunalbestyrelser, herunder ved indgåelse af samarbejdsaftaler med leverandører om at løfte opgaven, alene vil indsamle og videregive de oplysninger, der er nødvendige, for at kunne vurdere, om en person har behov for behandling og skal have tilbud herom. Det bemærkes, at oplysningerne som regel vil være indsamlet hos personen selv, i forbindelse med at vedkommende har opsøgt og modtager behandling, og vil blive videregivet mellem de relevante myndigheder og leverandører som led i deres samarbejde om at facilitere borgerens behandling, herunder tilbud som borgeren kan vælge imellem.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet skal afslutningsvis bemærke, at det forudsættes, at de øvrige bestemmelser i databeskyttelsesforordningen og databeskyttelsesloven, herunder de grundlæggende principper i databeskyttelsesforordningens artikel 5, også iagttages, når der behandles personoplysninger i medfør af de foreslåede bestemmelser. Det bemærkes endelig, at i det omfang der vil være tale om sundhedspersoners indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger og andre fortrolige oplysninger, reguleres dette af reglerne i sundhedslovens kapitel 9, som er inden for forordningens rammer og går forud for databeskyttelsesloven.

Med lovforslaget ændres der ikke på eksisterende almindelige regler for behandlingen af personoplysninger i forbindelse med indsatserne, er det Indenrigs- og Sundhedsministeriets opfattelse, at lovforslaget lever op til kravene i databeskyttelsesforordningen.

5. Konsekvenser for opfyldelsen af FN's Verdensmål

Lovforslagets del om opgaveflytning af patientrettet forebyggelse samt dele af kommunal sygepleje og dele af genoptræning efter udskrivning fra sygehus forventes på sigt at medføre positive konsekvenser for indfrielsen af FN's verdensmål 3 om at sikre et sundt liv for alle og fremme trivsel for alle aldersgrupper.

Der forventes en positiv påvirkning af f.eks. delmål 3.4 om forebyggelse og behandling af ikke-smitsomme sygdomme, idet flere sundhedsopgaver samles i regionerne og forventeligt vil medføre incitament for regionerne til at have fokus på at bidrage til forebyggelse og dermed udskyde eller undgå forværring af sygdom. Herunder også indikator 3.4.1 om reduktionen af tidlig dødelighed som følge af ikke-smitsomme sygdomme gennem forebyggelse og behandling, f.eks. dødelighed som følge af hjerte-kar-sygdomme, kræft, diabetes eller KOL.

Forslaget vurderes ligeledes at understøtte indfrielsen af delmål 3.8 om adgang til essentielle sundhedsydelser af høj kvalitet, herunder indikator 3.8.1 om dækningsgrad af essentielle sundhedsydelser af høj kvalitet, da formålet bl.a. er at sikre høj kvalitet, faglig og økonomisk bæredygtighed i indsatserne for borgeren på tværs af hele landet.

6. Regionale konsekvenser, herunder for landdistrikter

Lovforslagets del om opgaveflytning af ansvaret for visse sundhedsopgaver fra kommuner til regioner forventes at have positive regionale konsekvenser og en positiv påvirkning af landdistriktsområder. De positive konsekvenser vil forventeligt udmønte sig ved, at sundhedsydelserne vil blive styrket og komme borgerne i tyndtbefolkede dele af landet til gavn, hvor det i dag kan være vanskeligt at opretholde et fagligt højt niveau i de kommunale sundhedstilbud.

Med lovforslaget får regionerne bedre mulighed for at strukturere sundhedsindsatser på tværs af regionen, hvilket for-

venteligt vil medføre en ensretning i kvaliteten på tværs i regionen. Det vil gøre det nemmere at opretholde et økonomisk bæredygtigt tilbud på et tilstrækkeligt højt fagligt niveau, hvor patientgrundlaget er begrænset pga. enten geografi eller sygdomsmæssig kompleksitet. Hensynet til geografisk fordeling og tilgængelighed gælder særligt de sundhedstilbud af almen karakter, hvor det er et væsentligt element i at sikre høj kvalitet til borgerne, at tilbuddene er let tilgængelige.

7. Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige

7.1. Økonomiske konsekvenser

Lovforslagets dele om opgaveflytning fra kommuner til regioner, herunder etablering af sundheds- og omsorgspladser, vil medføre økonomiske konsekvenser for både kommuner og regioner. Omfanget af de økonomiske konsekvenser af

de opgaver, som flyttes med dette lovforslag, er aftalt i Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen mellem regeringen, KL og Danske Regioner. Af denne aftale fremgår det, at de økonomiske konsekvenser indebærer, at henholdsvis det statslige bloktilskud til kommuner nedreguleres, og det statslige tilskud til regioner vedr. sundhedsområdet opreguleres med 4,208 mia. kr. (2025-pl) pr. 1. januar 2027 på baggrund af opgaveændringerne, hvilket indebærer, at opgaveoverflytningen samlet set er udgiftsneutral. Indeholdt i de økonomiske konsekvenser er samtlige opgaver, herunder diverse udgifter til overhead.

Tabel: Økonomiske konsekvenser for opgaveflytning for kommuner, regioner og staten, jf. 3.1.3.

Område, Mia. kr. (2025-pl)*	Kommuner	Regioner	Staten
Patientrettet forebyggelse	-0,432	0,432	0,000
Akutsygepleje	-0,424	0,424	0,000
Specialiseret rehabilitering	-0,438	0,438	0,000
Specialiseret genoptræning	-0,100	0,100	0,000
Avanceret genoptræning	-0,016	0,016	0,000
Sundheds- og omsorgspladser	-2,798	2,798	0,000
I alt	-4,208	4,208	0,000

Anm. : *Opgaveflytningen opreguleres med det kommunale PL for serviceudgifter fra 2025 til 2027. Totaler kan afvige fra summen af enkeltelementer som følge af afrunding.

Lovforslagets element om justering af bemyndigelsesbestemmelserne til at kunne udstede kvalitetsstandarder medfører ikke i sig selv økonomiske eller administrative konsekvenser for hverken stat, regioner eller kommuner.

Der kan være økonomiske og administrative konsekvenser for regioner og kommuner forbundet med at udmønte bemyndigelserne. Omfanget af de mulige økonomiske og administrative konsekvenser vil afhænge af indholdet i de udstedte kvalitetsstandarder, hvis indhold og økonomi vil blive drøftet med kommuner og regioner.

En overførsel af opgaver fra kommuner til regioner medfører et tilsvarende lavere udgiftsniveau og bloktilskud. Som en afledt konsekvens kan det medføre byrdefordelingsmæssige konsekvenser for kommunerne.

Med sundhedsreformen er det aftalt, at afledte byrdefordelingsmæssige konsekvenser for kommuner, der følger af sundhedsreformen, skal håndteres midlertidigt via en overgangsordning. Der er aftalt en likviditetsneutral overgangsordning, der neutraliserer tab og gevinster over 0,05 pct. af kommunernes beskatningsgrundlag.

Det følger videre af aftalen, at overgangsordningen vil gæl-

de for de samlede byrdefordelingsmæssige konsekvenser for kommunerne som følge af dels bortfald af den kommunale medfinansieringsordning og dels overførsel af opgaver fra kommuner til regioner.

Med lov nr. 719 af 20. juni 2025, hvor den kommunale medfinansieringsordning på sundhedsområdet afskaffes, er etableret en overgangsordning, som i første omgang omfatter de byrdefordelingsmæssige konsekvenser for kommunerne som følge af bortfaldet af den kommunale medfinansieringsordning.

Denne overgangsordning forudsættes med et senere lovforslag tilpasset, så den omfatter de samlede afledte byrdefordelingsmæssige konsekvenser som følge af bortfald af den kommunale medfinansieringsordning samt overførsel af opgaver fra kommunerne til regionerne.

For så vidt angår lovforslagets dele om regional medfinansiering af kommunale sundhedsindsatser er der med aftalen om en sundhedsreform sikret finansiering til investeringssmotorens virke for perioden 2027 til 2030 og frem bl.a. via en målretning af en andel af det demografiske træk, som fra år 2030 forventes at udgøre 2,7 mia. kr., samt af de

midler som er afsat på reserve til sundhedsreform 2024 på finansloven for 2025 på § 35.11.27.

Ordningen vurderes ikke at have økonomiske konsekvenser mellem kommunerne. Det skal ses i lyset af, at udmøntningerne er aftalebaseret, og det dermed er sikret, at der er sammenhæng mellem opgave og finansiering for hver enkelt kommune.

Det følger endvidere af lovforslaget, at regionsrådene kan reservere større delrammer til de enkelte sundhedsråd end de fastsatte minimumsrammer, da regionsrådene kan prioritere, at rammerne til drift af sygehuse i stedet anvendes på udbygning af nære kommunale indsatser.

Lovforslaget indebærer, at indenrigs- og sundhedsministeren kan kræve den uforbrugte andel af midlerne målrettet til kommunale indsatser tilbageført fra hver enkelt region i det omfang, at det enkelte regionsråd ikke har udmøntet rammerne til kommunale indsatser fuldt ud gennem aftale med de relevante kommunalbestyrelser.

Regionsråd og kommunalbestyrelser vil dermed i 2026 skulle påbegynde aftaleforløb med henblik på at indgå aftaler for udmøntning af 0,4 mia. kr. for tilskudsåret 2027. Det følger af lovforslaget, at udmøntningen af rammen for tilskudsåret 2027 kan søges aftalt mellem regionsråd og kommuner 1. april 2026 og tilsvarende herefter årligt. Det forudsættes i den forbindelse, at kommuner og regionsråd sammen har

frihed til at etablere aftaleprocesser under hensyn til at mindske det afledte administrationsbehov.

Lovforslagets element om en national sundhedsplan medfører ikke i sig selv økonomiske eller administrative konsekvenser for hverken stat, regioner eller kommuner. Der kan dog være økonomiske og administrative konsekvenser for regioner og kommuner forbundet med at udmønte planerne. Omfanget af de mulige økonomiske og administrative konsekvenser vil afhænge af indholdet af planerne, hvis indhold og økonomi vil blive drøftet med kommuner og regioner.

Vedrørende lovforslagets dele om regionalt opgavebortfald er der med Aftale om sundhedsreform 2024 aftalt, at der skal ske en tilpasning af regionernes øvrige opgaver vedrørende regional udvikling med henblik på at anvende ressourcerne mest hensigtsmæssigt og effektivt. Det betyder, at regionerne fremadrettet skal varetage en smallere opgaveportefølje end hidtil.

Opgavebortfaldet indebærer en reduktionen i den regionale udgiftsramme for regional udvikling på 112 mio. kr. i 2026 og 223 mio. kr. (2025-pl) fra 2027 og frem overføres til et tilsvarende løft på 112 mio. kr. i 2026 og 223 mio. kr. (2025-pl) fra 2027 og frem af den regionale sundhedsramme og bidrager til at finansiere den samlede sundhedsreform.

Tabel: Økonomiske konsekvenser ved opgavebortfald vedr. regional udvikling

Område, Mia. kr. (2025-pl)*	2026	2027 og frem
Regional delramme for udvikling	-112	-223
Regional delramme for sundhed	112	223

Anm. : Opreguleres med det regionale PL for regional udvikling fra 2025 til 2027.

Det indgår i Aftale om sundhedsreform 2024, at de midler, regionerne i dag bruger på tilskud til kulturelle aktiviteter, overføres til kommunerne via bloktilskuddet fra 2027. Det indgår ligeledes, at Region Syddanmark og Region Østdanmark skal have adgang til at kunne deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder på kulturområdet fra 2027. Ændringerne giver anledning til regulering af regionernes bloktilskud for det regionale udviklingsområde i 2025-pl med -32,6 mio. kr. i 2027 og frem. Ændringerne giver desuden anledning til regulering af kommunernes bloktilskud i 2025-pl med 32,6 mio. kr. i 2027 og frem.

Overordnet set er de afledte økonomiske konsekvenser af lovforslagets elementer aftalt mellem parterne i Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen. For så vidt angår lovforslagets resterende elementer vurderes de ikke i sig selv at medføre økonomiske konsekvenser for hverken stat, regioner eller kommuner.

7.2. Implementeringskonsekvenser

Det følger af lovforslaget, at kommuner og regioner i større

grad skal samarbejde om løft af eksisterende og etablering af nye kommunale sundhedsindsatser. Dertil kommer, at regioner og kommuner skal samarbejde om udarbejdelsen af nærsundhedsplanen hvilket vil medføre et behov for kommunikation og heraf afledt administration i såvel kommuner og regioner. Dette skal ses i sammenhæng med, at der med lov nr. 719 af 20. juni fjernes bestemmelser vedrørende sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler og praksisplaner, hvilket må forventes at afbalancere det administrationsbehov, som tilføjes med nærsundhedsplanen.

Det følger af Aftale om sundhedsreform 2024, at regionsrådene første gang i 2027 skal reservere minimumsrammer i de enkelte sundhedsråd målrettet til løft af kommunale sundhedsindsatser.

Lovforslagets dele om opgaveflytning fra kommuner til regioner vil medføre midlertidige implementeringskonsekvenser. Med den ændrede ansvarsfordeling på sundhedsområdet og opdelt myndighedsansvar om indsatser, som kan være en del af en borgers samlede forløb, følger, som i dag, også ansvar for at sikre relevante it-systemer, som kan understøtte deling af relevante sundhedsoplysninger på tværs af myn-

digheder. Den foreslåede opgaveflytning af visse sundhedsopgaver fra kommuner til regioner vil kunne kræve f.eks. IT-tilpasninger og/eller ændrede arbejdsgange mellem myndighederne for at understøtte sammenhængende forløb for borgerne.

Regionerne har i forvejen omfangsrige it-systemer med en bred vifte af funktionalitet, som understøtter de opgaver, som regionerne allerede i dag udfører, herunder tværgående kommunikation i sundhedsvæsenet, lige fra epikriser og korrespondancemeddelelser til deling af journalnotater, prøver og aftaler med patienter. De implementeringsmæssige konsekvenser vil forventeligt bestå af primært ændrede konfigurationer af eksisterende systemer, og dermed begrænsede implementeringskonsekvenser og it-udvikling.

I 2026 vil der desuden være en delingsproces mellem regioner og kommuner relateret til den ændrede ansvarsfordeling på sundhedsområdet. Dette vil indebære midlertidige meropgaver. Disse meropgaver skal dog ses i lyset af, at som det fremgår af Aftale om sundhedsreform 2024, at den isolerede effekt af reformen samlet set medfører et fald i administrationen på tværs af forvaltningsniveauer og -organisationer ved fuld implementering. Dette skyldes bl.a. implementeringskonsekvenser i form af administrative tilpasninger som følge af bortfald i regionerne vedrørende regionale udviklingsopgaver, jf. pkt. 3.7.

Lovforslagets del om opgaveflytning fra kommuner til regioner vil skulle ses i sammenhæng med overgangsloven. Denne giver hjemmel til, at aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, der helt overvejende eller udelukkende er knyttet til en sundhedsopgave, der overføres, som udgangspunkt overføres til den myndighed, der modtager opgaven.

For så vidt angår lovforslagets resterende elementer vurderes de ikke i sig selv at medføre implementeringskonsekvenser for hverken stat, regioner eller kommuner.

7.3. Digitaliseringsklar lovgivning

Lovforslaget følger principperne for digitaliseringsklar lovgivning.

Det bemærkes, at lovforslagets elementer om opgaveflytninger er i overensstemmelse med princip nr. 1, der tilsiger, at lovgivningen bør være enkel og klar, så den er let at forstå for virksomheder og borgere. Med lovforslaget bliver det gjort tydeligt, hvilken myndighed, der har ansvar for hvilke sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen.

Det vurderes, at princip nr. 2 om at muliggøre digital kommunikation ikke er relevant for lovforslaget, da der med lovforslaget ikke ændres på de allerede eksisterende regler om myndigheders anvendelse af digital kommunikation med borgerne og private leverandører.

Det vurderes, at lovforslaget er i overensstemmelse med

princip nr. 3 om at muliggøre automatisk sagsbehandling, da der ikke ændres på eksisterende muligheder for dette.

Det vurderes, at lovforslaget er i overensstemmelse med princip nr. 4 om sammenhæng på tværs af den offentlige sektor og understøtter effektiv offentlig service, da det vil være muligt at anvende allerede eksisterende it-systemer til kommunikation og overførsel af relevant information mellem relevant fagperson og ansvarlig myndighed.

Det vurderes, at lovforslaget følger princip nr. 5 og 6 om tryk og sikker databehandling og anvendelse af offentlig infrastruktur, da der ikke ændres på de allerede eksisterende regler for datahåndtering.

Det vurderes slutteligt, at lovforslaget lever op til princip nr. 7 om forebyggelse af snyd, idet lovforslaget ikke åbner for nye muligheder for snyd.

De 7 principper for digitaliseringsklar lovgivning vurderes ikke at være relevante for de øvrige dele af lovforslaget.

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

Lovforslagets elementer om opgaveflytning vurderes ikke i sig selv at medføre økonomiske eller administrative konsekvenser for erhvervslivet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderer, at lovforslagets del om etablering af sundheds- og omsorgspladser kan medføre administrative konsekvenser for erhvervslivet. Disse vurderes at bestå i krav om information og dokumentation for de private virksomheder, som får mulighed for og vælger at tilbyde sundheds- og omsorgspladser. Ministeriet har observeret, at der i øjeblikket kun er et begrænset antal private leverandører, der udbyder døgntilbud med fokus på rehabilitering eller lignende. Det er derfor ministeriets umiddelbare vurdering, at antallet af pladser, som forventes drevet af private leverandører, vil være af begrænset omfang. Ministeriet vurderer endvidere, at det ikke er muligt at kvantificere omfanget nærmere på nuværende tidspunkt, men at de administrative konsekvenser for erhvervslivet ikke vurderes at overstige 4 mio. kr.

Det er muligt, at en mindre andel af de borgere med behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus, der i dag har ophold på midlertidige pladser og som fremadrettet vil være omfattet af målgruppen for de regionale sundheds- og omsorgspladser, aktuelt benytter sig af reglerne om frit valg til genoptræning. Som følge af ændringen vil de borgere, som efter udskrivelse fra sygehus har behov for almen genoptræning efter den foreslåede § 139 a, fremover først være omfattet af fritvalsreglerne, når deres ophold på pladserne afsluttes. Dette kan have en mindre konsekvens for efterspørgslen efter ydelser leveret af private leverandører af genoptræning. Det forventes dog, at ændringen kun vil have en meget begrænset negativ økonomisk betydning for erhvervslivet samlet set.

Det vurderes, at tilpasning af regionernes opgaveportefølje på det regionale udviklingsområde, ikke har direkte økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet.

Lovforslagets øvrige elementer vurderes ikke at have økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet.

9. Administrative konsekvenser for borgerne

Lovforslaget vurderes ikke at have administrative konsekvenser for borgerne.

10. Klimamæssige konsekvenser

Lovforslaget har ingen direkte klimamæssige konsekvenser. Regionerne har ikke lovbundne opgaver eller ansvar for klimatilpasning. De opgaver, som regionerne evt. har påtaget sig som led i arbejdet med udviklingsstrategier, bortfalder.

11. Miljø- og naturmæssige konsekvenser

Lovforslaget har ingen direkte miljø- og naturmæssige konsekvenser. Regionerne har ikke lovbundne opgaver eller ansvar på miljø- eller naturområdet, der bortfalder som følge af lovforslaget. De opgaver, som regionerne evt. har påtaget sig som led i arbejdet med udviklingsstrategier, bortfalder.

12. Forholdet til EU-retten

Forslaget indeholder ingen EU-retlige aspekter.

13. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

Et udkast til lovforslag har i perioden fra den 4. juni til og med den 2. juli 2025 (28 dage) været sendt i høring hos nedenstående myndigheder og organisationer m.v.

Et udkast til lovbidrag om horisontale samarbejdsaftaler samt konsekvensændringer i anden lovgivning, der henviser til regionernes udviklingsstrategier, har i perioden fra den 5. til og med den 18. september 2025 (14 dage) været sendt i supplerende høring hos nedenstående myndigheder og organisationer m.v. samt Reddernes Fagforening. Årsagen til den forkortede høringsperiode af den supplerende høring er dels af procesmæssige årsager, dels fordi der er tale om et emnemæssigt afgrænset område med en begrænset målgruppe.

3F, Advokatrådet, Akademikerne, Alzheimerforeningen, Angstforeningen, Ansatte Tandlægers Organisation (ATO), Astma-Allergi Danmark, Autismeforeningen, Bedre Psykiatri, Børnerådet, Børnesagens Fællesråd, Børns Vilkår, Center for Bioetik og Nanoetik, Center for Etik og Ret, Center for hjerneskade, CP Danmark, Danish. Care, Danmarks Apotekerforening, Danmarks Evalueringsinstitut – EVA, Danmarks Lungeforening, Danmarks Tekniske Universitet (DTU), Dansk Dermatologisk Selskab (DDS), Dansk Epi-

demiologisk Selskab (DES), Dansk Erhverv, Dansk Farmaceutisk Industri a-s, Dansk Farmaceutisk Selskab, Dansk Handicap Forbund, Dansk Industri (DI), Dansk Kiropraktor Forening, Dansk Neurokirurgisk Selskab (DNKS), Dansk Neurologisk Selskab (DNS), Dansk Oftalmologisk Selskab, Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS), Dansk Psykolog Forening (DP), Dansk Psykoterapeutforening, Dansk Pædiatrisk Selskab (DPS), Dansk Samfundsmedicinsk Selskab (DASAMS), Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM), Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM), Dansk Selskab for Folkesundhed, Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi (DSFK), Dansk Selskab for Klinisk Onkologi (DSKO), Dansk Selskab for Palliativ Medicin (DSPaM), Dansk Selskab for Patientsikkerhed (PS!), Dansk Selskab for Retsmedicin, Dansk Socialrådgiverforening, Dansk Standard, Dansk Sygepleje Selskab (DASYS), Dansk Sygeplejeråd (DSR), Dansk Tandsundhed, Danske Bioanalytikere – dbio, Danske Erhvervsskoler og -Gymnasier – Bestyrelserne, Danske Erhvervsskoler og -Gymnasier – Lederne, Danske Fodterapeuter, Danske Fysioterapeuter, Danske Gymnasieelevs Sammenslutning, Danske Gymnasier, Danske Handicaporganisationer (DH), Danske HF & VUC, Danske HF og VUC – Bestyrelserne, Danske Landbrugsskoler, Danske Osteopater, Danske Patienter, Danske Regioner (DR), Danske Revisorer, Danske Seniorer, Danske SOSU-skoler, Danske SOSU-skoler -Bestyrelserne, Danske Tandplejere, Danske Universiteter, Danske Vandværker, Danske Ældre-råd, DANVA, Datatilsynet, De praktiserende psykiateres organisation (DPBO), Demenskoordinatorer i Danmark, Den Uvildige Konsulentordning på Handicapområdet – DUKH, Depressionsforeningen, Det Børne- og ungdomspsykiatriske selskab (BUP-DK), Det Centrale Handicapråd (DCH), Det Ethiske Råd, Det Sociale Netværk, Diabetesforeningen, DØNHO (Danske Øre- Næse- Halslægers Organisation), Epilepsiforeningen, Ergoterapeutforeningen, Erhvervshus Fyn, Erhvervshus Hovedstaden, Erhvervshus Midtjylland, Erhvervshus Nordjylland, Erhvervshus Sjælland, Erhvervshus Sydjylland, Erhvervsskolelederne, Erhvervsskolernes Elevorganisation, Fagbevægelsens Hovedorganisation (FH), Faglige Seniorer, Fagligt Selskab af Kliniske Diætister i Kost og Ernæringsforbundet (FaKD), Farmakonomforeningen, FGU Danmark, FOA – Fag og Arbejde, Forbrugerrådet TÆNK, Foreningen af danske lægestuderende, Foreningen af danske sundhedsvirksomheder – Sundhed Danmark, Foreningen af Døgn- og Dagtilbud for udsatte børn og unge (FADD), Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer i Danmark (FSD), Foreningen af Speciallæger (FAS), Foreningen for Ledere af Offentlig Rusmiddelbehandling (FLOR), Gigtforeningen, Greater Copenhagen, Gymnasiernes Bestyrelsesforening, Hjernesagen, Hjerneskadeforeningen, Hjerterforeningen, HK, HØPA (Foreningen af høreapparatbehandlende øre-næse-halslæger i speciallægepraksis), Høreforeningen, Institut for Menne-skerettigheder, Jordemoderforeningen, KA Pleje, Kirkens Korshær, KKR Hovedstaden, KKR Midtjylland, KKR Nordjylland, KKR Sjælland, KKR Syddanmark, KL, Kommunale Velfærdschefer, Kost og Ernæringsforbundet, Kristelig

Lægeforening (KLF), Kræftens Bekæmpelse, Københavns Universitet, LandboUngdom, Landdistrikternes Fællesråd, Landselevbestyrelsen for det pædagogiske område, Landselevbestyrelsen for social- og sundhedsområdet, Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere (LKT), Landsforeningen Børn og Forældre, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS), Landsorganisationen for Sociale Tilbud – LOS, Landssammenslutningen af Handelsskoleelever, LAP - Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere, Ledernes Hovedorganisation, Lev – livet med udviklingshandicap, Lægeforeningen, Menighedsplejen i Danmark, Modstrøm - Foreningen for FGU-elever og unge omkring FGU, Muskelsvindfonden, OCD-foreningen, Optikerforeningen, Organisation af Lægevidenskabelige Selskaber (LVS), Osteoporoseforeningen - landsforeningen mod knogleskørhed, Patientforeningen, Praktiserende Lægers Organisation (PLO), Praktiserende Tandlægers Organisation, (PTO), Psoriasisforeningen Psykiatrifonden, Radiograf Rådet, Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Sønderjylland - Schleswig, Retspolitisk Forening,

Roskilde Universitet, Røde Kors, Rådet for de Grundlæggende Erhvervsrettede Uddannelser (REU), Rådet for Socialt Udsatte, Rådet for Voksen og Efteruddannelse (VEU-rådet), Sammenslutningen af Unge med Handicap, SAND – De hjemløses Landsorganisation, Scleroseforeningen, Sekretariat for den lægelige videreuddannelse Syd, Sekretariat for lægelige videreuddannelse Øst, Sekretariat for lægers videreuddannelse Nord, Selveje Danmark, Sex og Samfund, SIND - Landsforeningen for psykisk sundhed, Sjældne Diagnoser, Slesvigsk Parti, SMVdanmark, Socialpædagogernes Landsforbund (SL), Socialt Lederforum, Stenocare, SUFO - Landsforeningen for ansatte i Sundhedsfremmende Forebyggende hjemmebesøg, Sundhed Danmark - Foreningen af danske sundhedsvirksomheder, Syddansk Universitet, Sydslesvigsk Vælgerforening, Tandlægeforeningen, Tolkebureauernes Brancheforening, Udviklingshæmmedes Landsforbund (ULF), VaccinationsForum, VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, Yngre Læger, Ældre Sagen, Øjenforeningen, Aalborg Universitet og Aarhus Universitet.

14. 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	Der vil være mindreudgifter på 4,2 mia. kr. i kommunerne og merudgifter på 4,2 mia.kr. i regionerne som følge af opgaveflytning.	Ingen
Implementeringskonsekvenser for stat, kommuner og regioner	Ingen	Øget administrationsbehov i kommuner og regioner som følge af aftaleindgåelse om udmøntning af rammer målrettet kommunale indsatser samt udarbejdelse af nærsundhedsplaner. Dette skal dog ses i sammenhæng med, der i tidligere lovændring er gennemført ophævelse af bestemmelser om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler m.v., hvilket vil medføre en administrativ lettelse for kommuner og regioner.
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet m.v.	Ingen	Begrænsede økonomiske omkostninger. Ingen direkte konsekvenser ved lovforslagets del om bortfald af øvrige opgaver.
Administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.	Ingen	Mindre administrative byrder. Ingen direkte konsekvenser ved lovforslagets del om bortfald af øvrige opgaver.
Administrative konsekvenser for borgerne	Ingen	Ingen
Klimamæssige konsekvenser	Ingen	Ingen direkte konsekvenser ved lovforslaget
Miljø- og naturmæssige konsekvenser	Ingen	Ingen direkte konsekvenser ved lovforslaget
Forholdet til EU-retten	Lovforslaget indeholder ingen EU-retlige aspekter.	
Er i strid med de fem principper for implementering af erhvervs-	Ja	Nej

rettet EU-regulering (der i relevant omfang også gælder ved implementering af ikke-erhvervsrettet EU-regulering) (sæt X)	X
---	---

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1

Sundhedslovens afsnit IX med overskriften ”Kommunale sundhedsydelser” indeholder en række bestemmelser om forskellige sundhedsydelser, som i overvejende grad er placeret hos og varetages af kommunerne.

Det foreslås, at *overskriften* til afsnit IX nyaffattes til »Kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen«.

Med »det nære sundhedsvæsen« i afsnit IX forstås en betegnelse for sundhedsydelser, der varetages uden for sygehuse- ne i eller tæt på borgerens eget hjem f.eks. af kommuner eller regioner. Det kan være i samarbejde med de almen- medicinske tilbud, øvrige privatpraktiserende sundhedspro- fessionelle, herunder privatpraktiserende speciallæger, udgå- ende funktioner fra sygehusene m.v. eller sundhedsydelser, der varetages af borgeren selv f.eks. ved hjælp af digitale løsninger.

Den foreslåede ændring vil medføre, at overskriften til af- snittet afspejler, at det ikke alene er kommunerne, men fremadrettet også regionerne, der varetager sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen. Kommunale og regionale sund- hedsydelser i afsnit IX er ikke udtømmende i forhold til indsatser i det nære sundhedsvæsen.

Til nr. 2

Sundhedslovens kapitel 34 under afsnit IX har overskriften ”Kommunalbestyrelsens ansvar”.

Det foreslås, at *overskriften* til kapitel 34 nyaffattes til »Kommunalbestyrelsens og regionsrådets ansvar«.

Den foreslåede ændring vil medføre, at overskriften til ka- pitlet, som indeholder overordnede regler til øvrige bestem- melser i afsnit IX, afspejler, at det ikke alene er komm- unerne, men fremadrettet også regionerne, der er ansvarlig myndighed.

Til nr. 3

Det følger af sundhedslovens § 118, at kommunalbestyrel- sen har ansvaret for at tilvejebringe tilbud om sundhedsyd- ser efter afsnit IX.

Det foreslås, at der i § 118 efter »Kommunalbestyrelsen« indsættes: »eller regionsrådet«.

Den foreslåede ændring vil medføre, at bestemmelsen af- spejler, at det både er kommunerne og regionerne, der vil have ansvaret for at sikre de i afsnittet nævnte sundheds- ydelser.

Til nr. 4

Det fremgår af sundhedslovens § 118 b, stk. 1, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for kom- munalbestyrelser og regionsråd om indsatser, herunder om kvalitetskrav til og tilrettelæggelse af indsatserne, i henhold til sundhedsydelserne i nærværende afsnit.

Efter § 118 b, stk. 2, fastsætter indenrigs- og sundhedsmi- nisteren nærmere regler for regionsrådenes rådgivning, spar- ring og vejledning i forhold til kommunernes indsatser efter stk. 1.

Det foreslås at nyaffatte § 118 b.

Det foreslås i § 118 b, stk. 1, at indenrigs- og sundhedsmi- nisteren kan fastsætte regler i kvalitetsstandarder for kom- munalbestyrelser og regionsråd om indsatser i forbindelse med sundhedsydelser i dette afsnit i loven, herunder om kvalitetskrav til og tilrettelæggelse af indsatserne.

Den foreslåede nyaaffattelse af bemyndigelsesbestemmelsen vil medføre, at bestemmelsen forbedres sprogligt. I gælden- de formulering fremgår det ikke, at det produkt, der kan udstedes med hjemmel i bemyndigelsesbestemmelsen, er kvalitetsstandarder, hvilket foreslås tilføjet.

Den foreslåede nyaaffattelse vil videre medføre, at det i høje- re grad afspejles, at ministeren ikke er forpligtet til at udstede kvalitetsstandarder, men at det er en mulighed, hvilket alene er en præcisering af bestemmelsens tilsigtede anvendelse

Den foreslåede nyaaffattelse vil endvidere give mulighed for at ændre bemærkningerne til bestemmelsen således, at de i højere grad afspejler lovforslagets dele om opgaveflytning, hvor regionerne foreslås at skulle være ansvarlige for visse sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, se nærmere her-

om under pkt. 3.1.3.1 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Den foreslåede justering af bemyndigelsesbestemmelsen vil videreføre selve indholdet af den gældende regel om, at der kan fastlægges krav og anbefalinger til sundhedsydelser i lovens afsnit IX.

Ved »indsatser« i den foreslåede bestemmelser forstås, at det kan dreje sig om dele af eller elementer i en sundhedsydelse. Ved »sundhedsydelse« forstås den lovbestemte opgave og opgavefordeling. Som eksempel på en sundhedsydelse kan nævnes sundhedslovens § 140 a, hvorefter kommunerne er ansvarlige for at tilbyde vederlagsfri behandling hos en fysioterapeut i praksissektoren efter lægehenvielse. Under denne sundhedsydelse vil der kunne være særlige indsatser eller elementer, som der kan udstedes kvalitetsstandards inden for, f.eks. for at sikre ensartethed i forhold til samarbejde med de almenmedicinske tilbud.

Ved udmøntningen af bemyndigelsesbestemmelsen vil indenrigs- og sundhedsministeren fortsat skulle anmode Sundhedsstyrelsen om at udvikle konkrete kvalitetsstandards med kvalitetskrav og -anbefalinger i samarbejde med relevante aktører. Kvalitetsstandards kan f.eks. vedrøre krav og anbefalinger til den omfattede målgruppe, indsatser og tilrettelæggelsen heraf, kompetencer og uddannelse, udstyr, kvalitetssikring og registrering/monitorering, samarbejde med andre aktører, herunder rådgivning m.v. Dette skal bl.a. understøtte nytænkning af opgaveløsningen, så nye og bedre teknologier og behandlingsformer løbende tages i brug som en del af omstillingsprocessen og understøtte en effektiv brug af ressourcer.

Med bemyndigelsesbestemmelsen vil der fortsat også kunne fastsættes forpligtende krav til kvaliteten af de kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen. Under nye nationale krav og anbefalinger i eventuelt kommende kvalitetsstandards til sundhedsindsatser vil der fortsat være mulighed for lokale tilpasninger i forbindelse med implementeringen, bl.a. i sundhedsrådene.

Kvalitetsstandards vil både kunne omfatte eksisterende sundhedsindsatser i det nære sundhedsvæsen for bl.a. at forebygge behovet for mere intensive indsatser på f.eks. de regionale sygehuse. Det vil også kunne omfatte, hvordan og hvor en indsats "under" en sundhedsydelse i lovens afsnit IX varetages. Der vil kunne ske en gradvis omstilling til, at flere opgaver løses i det nære sundhedsvæsen frem for f.eks. på sygehuse og sikre sammenhæng i indsatsen på tværs. Bemyndigelsesbestemmelsen vil ikke kunne anvendes til såkaldt opgaveglidning eller opgaveflytning, hvor hele ansvaret for en sundhedsydelse "flyttes" fra én myndighed til en anden.

I regi af kvalitetsstandards vil der således være mulighed for at kunne sikre omstilling til opgavevaretagelse i det nære sundhedsvæsen, hvis det vurderes hensigtsmæssigt og fagligt forsvarligt, at tilbuddet vil komme tættere på borge-

ren. Det kan være sundhedsopgaver, der f.eks. varetages i kommunalt regi, på tværs af flere kommuner eller i tværfaglige teams med speciallæger i almen medicin, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter m.v., eller af patienten selv.

Omstillingen kan omfatte krav til opgaveudvikling, tilgængelighed, samarbejde og opgavevaretagelse mellem kommuner, regioner og de almenmedicinske tilbud, som samles i en eller flere kvalitetsstandards på et givent område.

Formålet er at sikre høj, ensartet og sammenhængende kvalitet i sundhedsindsatserne i det nære sundhedsvæsen for både somatiske og psykiatriske patienter.

Udviklingen af kvalitetsstandards som fagligt fundament vil skulle fungere dynamisk og understøtte, at der løbende sker en udvikling og nytænkning af opgaveløsningen, så nye og bedre teknologier og behandlingsformer løbende tages i brug som en del af omstillingsprocessen i sundhedsvæsenet.

Dette skal bidrage til at understøtte, at sundhedsvæsenet indrettes, så det bedst muligt tager hånd om befolkningens sundheds- og sygdomsmæssige problemstillinger og for at imødekomme ændringer i befolkningens behov for sundhedsindsatser.

Brugen af kvalitetsstandards vil kunne være et redskab til kvalitetssikring i det nære sundhedsvæsen, hvor der vil kunne sættes rammer og retning for en ensartet opgaveløsning og mulig omstilling af indsatserne uden for sygehuse, men fortsat med tæt sammenhæng i indsatsen på tværs af både kommunal-, praksis- og sygehussektor.

Sundhedsstyrelsen vil fortsat kunne rådgive ministeren om konkrete sundhedsopgaver, som fremadrettet vil kunne løses mere hensigtsmæssigt inden for det nære sundhedsvæsen som en del af omstillingsprocessen. Det kan f.eks. være tilfældet, hvor der med fordel kan iværksættes tidlige og forebyggende indsatser i det nære sundhedsvæsen, som kan mindske eller fjerne behovet for mere behandlingskrævende indsatser på f.eks. sygehuse.

En ændret opgaveløsning som en del af omstillingsprocessen vil kræve dialog og aftale mellem de involverede parter, f.eks. kommuner og regioner. Myndighedsansvaret vil fortsat være placeret i henholdsvis regioner og kommuner.

Dette skal ses i sammenhæng med, at et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser vil kunne indgå samarbejde efter en ny hjemmel, som foreslås indført i sundhedslovens § 118 d, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 5. Bestemmelsen giver mulighed for, at regioner og kommuner vil kunne indgå kontrakter om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i lovens afsnit IX. Der henvises i den forbindelse til pkt. 3.6.3 for en nærmere beskrivelse af betingelserne for kontrakter om samarbejde.

Den eksisterende bekendtgørelse om kvalitetsstandards nr. 138 af 8. februar 2024, som udmønter bemyndigelsesbe-

stemmelsen i § 118 b, indeholder nærmere om udarbejdelsen af kvalitetsstandards, herunder formål og indhold.

Som følge af justeringer i bemyndigelsesbestemmelsen vil der skulle foretages mindre tilpasninger i bekendtgørelse om kvalitetsstandards samt i de allerede udstedte kvalitetsstandards.

Justeringen af bemyndigelsesbestemmelsen vil ikke ændre på, at kommuner og regioner fortsat vil skulle rette henvendelse til Sundhedsstyrelsen og få konkret rådgivning om tvivsspørgsmål i forbindelse med implementering af kvalitetsstandarderne.

Videreførelsen af bemyndigelsesbestemmelsen vil skulle ses i sammenhæng med en række øvrige initiativer, som også har til hensigt at understøtte omstillingsprocessen og udvikle det nære sundhedsvæsen. Det drejer sig bl.a. om initiativerne om mere behandling i eget hjem, bedre data til kvalitetsudvikling af indsatser i det nære sundhedsvæsen samt initiativer om flere læger i de almenmedicinske tilbud og en bedre fordeling af disse m.v.

Den justerede bemyndigelsesbestemmelse vil fortsat stå i sundhedslovens afsnit IX om sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen. Dette afsnit indeholder ikke bestemmelser om læger i almenmedicinske tilbud, hvorfor der fortsat ikke vil være hjemmel i den justerede bemyndigelsesbestemmelse til at forpligte læger i almenmedicinske tilbud. Læger i almenmedicinske tilbud er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med de nationale faglige retningslinjer, der udstedes i medfør af sundhedslovens § 57 c. Som følge af Aftale om sundhedsreform 2024 vil de fremover fra 2027 også blive forpligtet i sundhedsloven til at levere ydelser i henhold til en national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud. Den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion vil fastlægge en faglig beskrivelse af krav og opgaver, funktioner, samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, herunder tilgængelighed i det almenmedicinske tilbud m.v.

Det skønnes derfor ikke nødvendigt at lade den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse række ud over lovens afsnit IX for at sikre rammerne for kvalitetsløft og sammenhæng på tværs af sektorerne.

Efter § 118 b, stk. 2, kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte regler i kvalitetsstandards for regionsrådenes rådgivning, sparring og vejledning af kommunerne i forhold til indsatser i forbindelse med sundhedsydelser i dette afsnit i loven.

Den foreslåede nyaaffattelse af bemyndigelsesbestemmelsen i stk. 2 om regionernes rådgivningsforpligtelse vil medføre, at der fortsat kan stilles krav om, at regionerne skal yde rådgivning i forbindelse med kommunernes udførelse af opgaver, som der er udstedt kvalitetsstandards om. Det nærmere indhold eller tilrettelæggelse af rådgivningen fra regioner til kommuner vil kunne beskrives i faglige kvalitetsstandards i

medfør af bestemmelsens stk. 1, se nærmere herom ovenfor under bemærkninger til § 118 b, stk. 1.

Det vil kunne være rådgivning fra læger i almenmedicinske tilbud såvel som lægefaglig rådgivning eller rådgivning fra andre faggrupper med særlige kompetencer fra sygehuse- ne. Rådgivningen vil skulle understøtte, at opgaverne varetages på et fagligt sikkert grundlag.

Det vil kunne dreje sig om både sundhedsfaglig rådgivning, sparring og vejledning i relation til en konkret patient eller vedrøre problemstillinger af mere generel karakter. Det kan f.eks. være i forbindelse med tilrettelæggelsen af tværgående patientforløb.

Den eksisterende bekendtgørelse om kvalitetsstandards nr. 138 af 8. februar 2024, som udmønter bemyndigelsesbestemmelsen i § 118 b, indeholder nærmere om udarbejdelsen af kvalitetsstandards, herunder formål og indhold.

Som følge af justeringer i bemyndigelsesbestemmelsen vil der skulle foretages mindre tilpasninger i bekendtgørelse om kvalitetsstandards samt i de allerede udstedte kvalitetsstandards.

Til nr. 5

(Til § 118 c)

Der er ikke i gældende lovgivning regler om, at et regionsråd kan yde økonomiske tilsagn til varetagelsen af kommunale sundhedsopgaver.

Efter den gældende § 239 i sundhedsloven kan regionsrådene dog indgå aftale med kommunalbestyrelser om betaling for personer, der henvises til kommunale tilbud som alternativ til sygehusindlæggelse.

Der henvises i øvrigt til bemærkningerne i pkt. 3.2.1.

Det foreslås, at der indsættes et nyt § 118 c i sundhedslovens kapitel 34.

Det foreslås i § 118 c, stk. 1, at et regionsråd kan indgå aftale med en eller flere kommunalbestyrelser om at give økonomisk tilsagn om medfinansiering af den kommunale varetagelse af sundhedsydelser efter afsnit IX.

Forslaget vil indebære, at et regionsråd udelukkende kan medfinansiere kommunale sundhedsopgaver, efter lovens afsnit IX, efter aftale med pågældende kommunalbestyrelser herom.

Forslaget indebærer, at regionsrådene kan indgå aftale med enkeltkommuner og ikke er forpligtede til at indgå aftaler med samtlige kommuner om betaling for udøvelsen af kommunale sundhedsydelser. Dette vil indebære, at regionsrådene ikke forpligtes til at udmønte de politisk afsatte økonomiske rammer til kommunerne efter en bestemt fordeling. Dette undtaget midlerne til kvalitetsstandards beskrevet i pkt.

3.2.3, hvor regionsrådene mødes med en forpligtelse til at fordele midlerne efter en statsligt fastsat fordeling.

De enkelte regionsråd og kommunalbestyrelser vil skulle tilrettelægge aftaleprocessen og aftalens form på en måde, der tilgodeser begge parter løbende samarbejde og relevante interne driftshensyn. Det forudsættes, at regionsråd og kommuner kan indgå aftaler om både løft af varige driftsopgaver, samt om etablering af udviklings- eller forsøgsprojekter over tidsbegrænsede perioder.

Af hensyn til stabiliteten i de kommunale driftsopgaver vurderes det, at der i særligt aftaler om løft af driftsopgaver skal tages stilling til tidsperioden for tilsagnet. Endvidere bør kommunalbestyrelser og regionsråd tage stilling til rammerne for parternes mulighed for at ophæve tilsagnet og eventuelle bindingsperioder i de respektive aftaler, således at der er klarhed om betingelserne herom.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.2.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 118 c, stk. 2, at et regionsråd i medfør af stk. 1 kan indgå aftale om betingelserne for et tilsagn, herunder kommunernes tilrettelæggelse af sundhedsydelser efter afsnit IX.

Bestemmelsen vil medføre, at regionsrådene som led i et tilsagn om medfinansiering af kommunale sundhedsopgaver og kommunalt anlæg vil kunne opstille konkrete implementeringskrav til kommunernes sundhedsindsats. Det følger af bestemmelsen, at regionsråd og kommunalbestyrelser igennem løbende aftaler har vid mulighed for at definere rækkevidden af de konkrete implementeringskrav. Dermed vil regionsrådene f.eks. kunne aftale at medfinansiere kommunale sundhedsydelser mod betingelser om, at der ikke sker samtidig udhuling af direkte relaterede kommunale sundhedsopgaver.

Det forudsættes i bestemmelsen, at regionsråd og kommunalbestyrelse i aftaler vil kunne fastsætte nærmere rammer for mulighederne for at ophæve specifikke tilsagn, hvis implementeringskravene ikke efterleves.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.2.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 118 c, stk. 3, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter årlige minimumsrammer for hvert sundhedsråd i medfør af regionslovens § 13, stk. 1, som regionsrådene skal udmønte gennem aftaler med kommunalbestyrelser efter stk. 1.

Bestemmelsen vil medføre, at indenrigs- og sundhedsministeren årligt fastsætter minimumsrammer for hvert sundhedsråd til kommunale indsatser, som regionsrådene er forpligtet til at bevilge til hvert enkelt sundhedsråd med henblik på medfinansiering af kommunale sundhedsydelser.

Det vil ydermere følge, at regionsrådene som led i en poli-

tisk prioritering kan yde en større bevilling til et eller flere sundhedsråd end fastsat af indenrigs- og sundhedsministeren, men dermed ikke en mindre bevilling.

Det vil indebære, at et regionsråd kan omprioritere økonomiske rammer fra f.eks. det specialiserede sygehusområde område til det nære kommunale sundhedsvæsen, og at regionsrådene efter øvrige gældende regler kan fordele forøgede økonomiske rammer frit mellem sundhedsrådene.

Det vil være tilfældet, at fastsættelsen af minimumrammerne for de enkelte sundhedsråd vil skulle ske i overensstemmelse med den samlede økonomiske prioritering til kommunale indsatser som aftalt i Aftale om sundhedsreform 2024, samt efterfølgende ændringer heri, og at fordelingen af den samlede ramme vil tage højde for forskelle i patienttyngde og demografisk sammensætning sundhedsrådene imellem. Indenrigs- og sundhedsministeren vil til brug hertil bl.a. tage udgangspunkt i den nationale fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.3.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 118 c, stk. 4, at et regionsråd efter aftale med samtlige kommunalbestyrelser i et sundhedsråd kan anvende de økonomiske minimumsrammer efter stk. 3 til regionale sundhedsydelser.

Forslaget vil betyde, at midlerne fra det statslige tilskud kan anvendes til betaling for regionale indsatser i det omfang, at alle kommunalbestyrelser i et givent sundhedsråd indgår aftale med regionsrådet herom. I sådanne tilfælde vil gælde, at regionsrådet har det entydige ansvar for den konkrete regionale opgavevaretagelse, og at kommunalbestyrelser og regionsråd gennem aftale kan fastsætte nærmere rammer for såvel tidsperioden for tilsagnet og betingelserne for eventuel ophævelse af tilsagnet.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.3.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 118 c, stk. 5, at et regionsråd kan indgå aftale med en eller flere kommunalbestyrelser om at give økonomisk tilsagn om medfinansiering af kommunalt anlæg på sundhedsområdet.

Bestemmelsen vil medføre, at regionsråd vil kunne indgå aftale med en eller flere kommunalbestyrelser om fordeling af de 3,5 mia. kr. afsat med Aftale om sundhedsreform 2024, til investering i bedre fysiske rammer for lokale sundhedshuse m.v. Hermed forstås både regionale og kommune anlægsprojekter. Det vil følge, at den nærmere fordeling af de afsatte midler til investeringer i bedre fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser vil blive fastsat af indenrigs- og sundhedsministeren ud fra en statslig fordelingsmodel, som fordeler flest midler til sundhedsråd med størst patienttyngde, som beregnes ud fra demografiske, socioøkonomiske og helbredsmæssige karakteristika, og store afstande. Bestemmelsen om medfinansiering af kommunalt anlæg vil ikke

blive omfattet af de samme styringsmekanismer i § 246 a, stk. 1-4, som gør sig gældende for udmøntning af midler til investeringer i den kommunale drift, jf. § 118 c, stk. 1 og 2.

Midlerne vil kunne anvendes til regional medfinansiering af alle kommunale anlægsprojekter, som i varierende grad leverer sundhedsydelser til kommunernes borgere. Hermed forstås det, at midlerne vil kunne bruges til at finansiere anlægsprojekter, hvor der er samproduktion af flere typer kommunale ydelser, så længe at der også produceres sundhedsydelser.

(Til § 118 d)

Aftaler mellem regioner og kommuner, hvorved de gensidigt påfører hinanden forpligtelser, vil som udgangspunkt være underlagt udbudspligt. Indgåelsen af såkaldte horisontale samarbejdsaftaler mellem offentlige myndigheder er en af de måder, hvorpå der vil kunne etableres samarbejder mellem offentlige myndigheder om opgaveløsningen på et område, uden at samarbejdet vil være underlagt udbudspligt. Sådanne aftaler er nærmere reguleret i udbudslovens § 15 og retspraksis fra bl.a. EU-Domstolen (se hertil f.eks. C-480/06, Kommissionen mod Tyskland og C-51/15, Remondis).

Det følger af udbudslovens § 15, at loven ikke gælder for offentlige kontrakter, der indgås mellem ordregivere, når 1) kontrakten etablerer eller gennemfører et samarbejde mellem ordregivere med det formål at sikre, at de offentlige tjenester, som ordregiverne skal udføre, leveres med henblik på at realisere fælles målsætninger, 2) gennemførelsen af dette samarbejde udelukkende er underlagt hensyn, der vedrører forfølgelsen af formål af almen interesse, og 3) ordregiverne på det åbne marked tilsammen udfører mindre end 20 pct. af de aktiviteter, der berøres af samarbejdet. Sidstnævnte betingelse har til formål at forhindre konkurrenceforvridning. Alle tre betingelser skal være opfyldt.

Bestemmelsen i udbudslovens § 15 forudsætter, at der foreligger et reelt samarbejde mellem ordregiverne, og f.eks. vil en aftale, hvor en ordregiver blot leverer tjenesteydelser til en anden mod betaling, ikke blive betragtet som en reel samarbejdsaftale, jf. herom f.eks. EU-Domstolens dom i C-386/11, Piepenbrock.

Muligheden for at indgå horisontale samarbejdsaftaler mellem kommuner og regioner forudsætter, at der etableres en særskilt hjemmel til at indgå sådanne aftaler.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.6.1 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås, at der indsættes en ny § 118 d i sundhedsloven, der vil give hjemmel til, at et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser vil kunne indgå en kontrakt om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, jf. sundhedslovens afsnit IX.

Det foreslås således i § 118 d, stk. 1, at et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser i den pågældende region i overensstemmelse med udbudslovens § 15 vil kunne indgå en kontrakt om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, jf. lovens afsnit IX. I en kontrakt om samarbejde efter 1. pkt. vil et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser kunne overdrage driften af opgaver mellem hinanden, herunder kan ansvaret for at tildele sundhedsydelsen overdrages, hvis det overdrages i tilknytning til opgaven med at levere en sundhedsydelse. Ansvar i øvrigt for opgaven kan dog ikke overdrages.

Udgangspunktet er altså, at hele eller dele af driftsansvaret vil kunne overdrages ved en samarbejdsaftale, men ikke myndighedsansvaret. Myndighedsansvaret omfatter bl.a. muligheden for at kunne fastsætte retningslinjer for driftsopgaven og forpligtelsen til at føre kontrol og tilsyn med udførelsen af driftsopgaven. Myndighedsansvaret omfatter også tildelingskompetencen. Det foreslås som en undtagelse til hovedreglen om, at myndighedsansvaret ikke kan overdrages, at ansvaret for at beslutte visitering til eller tildeling af en sundhedsydelse (tildelingskompetencen) godt kan overdrages, men dog under den forudsætning, at det vil blive varetaget af det regionsråd eller den kommunalbestyrelse eller de kommunalbestyrelser, som i øvrigt får ansvaret for at levere sundhedsydelsen.

Det bemærkes i øvrigt, at uanset hvor mange opgaver der ved en samarbejdsaftale overdrages, vil det være på den overdragende myndigheds vegne, at opgaven udføres. Det gælder også ved en overdragelse af tildelingskompetencen.

Endvidere bemærkes det, at en opgave vil kunne udgøre en del af leveringen af en sundhedsydelse. Det vil altså ikke være en forudsætning, at hele opgaven med at levere en sundhedsydelse bliver overdraget ved en samarbejdsaftale. Det vil godt kunne aftales, at en del af leveringen af en sundhedsydelse overdrages. Hvis tildelingskompetencen skal overdrages, vil det dog være en forudsætning, at det modtagende regionsråd eller den modtagende kommunalbestyrelse får ansvaret for at levere den ydelse, som det eller den får kompetence til at tildele.

Det følger desuden af den foreslåede bestemmelse, at kommunen eller kommunerne skal ligge i den pågældende region. Bestemmelsen vil således ikke omfatte aftaler mellem en region og en eller flere kommuner, der ligger i andre regioner. Ligeledes vil bestemmelsen ikke omfatte aftaler mellem flere regioner, ligesom den ikke vil omfatte aftaler, som alene indgås mellem kommuner.

Som det ligeledes fremgår af den foreslåede bestemmelse, vil kontrakten skulle opfylde kravene til offentlige kontrakter mellem ordregivere efter udbudslovens § 15. Det skal ses i lyset af, at fritagelsen for udbudspligten alene gælder for horisontale samarbejdsaftaler, der lever op til kravene efter udbudsretten til sådanne aftaler. Henvisningen til udbudsloven omfatter ikke alene, hvad der udtrykkeligt fremgår af udbudslovens § 15, men også den tilknyttede retspraksis,

herunder fra EU-Domstolen (se hertil f.eks. C-480/06, Kommissionen mod Tyskland og C-51/15, Remondis).

Som nævnt forudsætter udbudsretten, at en horisontal samarbejdsaftale indebærer et reelt samarbejde mellem ordregiverne, og f.eks. vil en aftale, hvor en ordregiver blot leverer tjenesteydelser til en anden mod betaling, ikke blive betragtet som en reel samarbejdsaftale, jf. herom f.eks. EU-Domstolens dom i C-386/11, Piepenbrock.

Som et eksempel på et område, hvor der vil kunne indgås horisontale samarbejdsaftaler, fordi kommuner og regioner vil have fælles målsætninger at realisere, kan nævnes patientrettet forebyggelse. Regionerne vil med sundhedslovens § 119, stk. 3, som ændret ved denne lovs § 1, nr. 7, få ansvaret for patientrettet forebyggelse. Kommunerne bevarer ansvaret for borgerrettet forebyggelse, jf. sundhedslovens § 119, stk. 1 og 2. Regionernes og kommunernes fælles målsætninger vil være at tilbyde en sammenhængende og helholdsorienteret indsats for borgere med behov for midlertidige sundhedsindsatser og at forhindre udvikling af kronisk sygdom hos borgerne og undgå genindlæggelser.

Som et andet eksempel på et område, hvor der vil kunne indgås horisontale samarbejdsaftaler, fordi kommuner og regioner vil have fælles målsætninger at realisere, kan nævnes sundheds- og omsorgspladser. Regionerne vil med sundhedslovens § 118 e, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 6, få ansvaret for ophold og sundhedsfaglige indsatser på nye sundheds- og omsorgspladser. Kommunerne bevarer ansvaret for kommunale pleje-, omsorgs- og rehabiliteringsydelser før og efter ophold, jf. bl.a. §§ 83 og 84 i lov om social service og ældrelovens §§ 16 og 17. Regionernes og kommunernes fælles målsætninger vil være at tilbyde et sammenhængende og helholdsorienteret forløb for borgere med behov for midlertidige sundhedsindsatser uden for hospitaler og at undgå genindlæggelser.

Et tredje eksempel på et område, hvor der vil kunne indgås horisontale samarbejdsaftaler, er akutsygeplejen. Regionerne vil med sundhedslovens § 138 a, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 11, bl.a. få ansvaret for den regionale akutsygeplejeindsats. Kommunerne bevarer ansvaret for den kommunale sygepleje, jf. sundhedslovens § 138, og for kommunale pleje- og omsorgsydelser, jf. §§ 83 og 112 i lov om social service og ældrelovens § 9. Også i dette tilfælde vil regionernes og kommunernes fælles målsætninger være at tilbyde et sammenhængende og helholdsorienteret forløb for borgere med behov for midlertidige sundhedsindsatser uden for hospitaler og at undgå genindlæggelser.

Et fjerde eksempel på et område, hvor der vil kunne indgås horisontale samarbejdsaftaler, er rehabilitering på specialiseret niveau. Regionerne vil med sundhedslovens § 139 b, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 13, bl.a. få ansvaret for rehabilitering på specialiseret niveau. Kommunerne bevarer ansvaret for almen genoptræning, jf. sundhedslovens § 139 a, som ligeledes affattet ved denne lovs § 1, nr. 13, og der findes relaterede indsatser i både regioner og kommuner,

også indsatser efter anden lovgivning, såsom lovgivning på det sociale område, specialundervisningsområdet og beskæftigelsesområdet. Regionernes og kommunernes fælles målsætninger vil være at tilbyde sammenhængende og effektive rehabiliteringsforløb og at undgå genindlæggelser.

Hvis der ved indgåelse af en horisontal samarbejdsaftale på et af de fire nævnte områder f.eks. foretages en omfordeling af driftsopgaver, men samtidig bevares en fælles koordination af både faglige og organisatoriske forhold, herunder af den overordnede planlægning af pladser, indsatser m.v. samt rammerne for den daglige indsats, rollefordeling og udvikling af tilbuddene, og hvor opgaveløsningen i øvrigt sammensættes af bidrag fra alle parter, vil der i almindelighed ikke være tale om, at en ordregiver blot leverer tjenesteydelser til en anden mod betaling.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil i tilknytning til vedtagelsen af den foreslåede bestemmelse udarbejde en vejledning til regioner og kommuner, som nærmere beskriver muligheden for at indgå horisontale samarbejdsaftaler, herunder de krav, som følger af udbudsretten.

Den foreslåede bestemmelse om muligheden for at indgå samarbejdsaftaler vil alene omfatte sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen. Det vil ved vedtagelsen af denne lov omfatte ydelser i sundhedslovens afsnit IX.

Det bemærkes i øvrigt, at lovgivningen, herunder sundhedsloven, indeholder forskellige udtrykkelige hjemler til offentlige myndigheder om at kunne indgå i samarbejder med private eller andre offentlige myndigheder, se f.eks. sundhedslovens §§ 78, 203 og 239. Se i øvrigt herom pkt. 3.2.1 ovenfor. Disse bestemmelser udgør ikke hjemler til at fravige reglerne om offentlige udbud. Reglerne om offentlige udbud vil således også i sådanne tilfælde skulle overholdes, hvilket kan ske på forskellig vis. F.eks. vil det kunne opnås ved at holde sig inden for de regler, der tillader, at der kan indgås aftaler under visse tærskelværdier. Hvis denne lov bliver vedtaget, vil det også kunne opnås ved at indgå en horisontal samarbejdsaftale i overensstemmelse med sundhedslovens § 118 d, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 5.

Det bemærkes desuden, at den foreslåede § 118 d ikke alene er en bestemmelse, der giver hjemmel til, at der kan indgås horisontale samarbejdsaftaler i overensstemmelse med udbudsloven. Den vil udgøre et selvstændigt hjemmelgrundlag for at kunne indgå aftaler vedrørende sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, og det forudsættes altså ikke, at der tillige er hjemmel til et sådant samarbejde i andre af lovens bestemmelser.

Endelig bemærkes det, at i 2026 vil det forberedende regionsråd for Region Østjylland kunne indgå kontrakter efter sundhedslovens § 118 d, stk. 1, på vegne af det kommende regionsråd for Region Østjylland. Det følger af overgangslovens § 66, hvilke opgaver det forberedende regionsråd har hjemmel til at løse i 2026 som led i forberedelsen af den nye region Østjylland. En af disse opgaver er indgåelse

af aftaler med virkning for Region Østdanmark fra den 1. januar 2027, jf. overgangslovens § 66, stk. 2, nr. 10.

Det foreslås i § 118 d, stk. 2, at er en sundhedsydelse omfattet af lov om forpligtende kommunale samarbejder, og er kommunalbestyrelser i medfør af lov om forpligtende kommunale samarbejder pålagt at samarbejde med hinanden om levering af sundhedsydelsen, skal både den bemyndigede og den delegerende kommunalbestyrelse være parter i en kontrakt efter stk. 1 om levering af sundhedsydelsen i den kommune, hvis kommunalbestyrelse efter lov om forpligtende kommunale samarbejder ikke må varetage udøvelsen af opgaven.

Forslaget skal ses i lyset af, at de to kommuner i disse tilfælde er i en sådan situation af gensidig afhængighed, at det ikke bør være muligt at indgå aftale om levering af sundhedsydelsen uden involvering af begge kommuner. Bestemmelsen vil alene finde anvendelse, hvor kontrakten angår leveringen af sundhedsydelsen i den kommune, hvis kommunalbestyrelse efter lov om forpligtende kommunale samarbejder ikke må varetage udøvelsen af opgaven, med andre ord hvor kontrakten angår den delegerende kommune. Regionen kan altså godt indgå en kontrakt alene med den bemyndigede kommune, så længe aftalen kun angår levering af sundhedsydelsen i denne kommune.

Kontrakten om horisontalt samarbejde efter stk. 1 vil i øvrigt skulle indgås med de kommuner, der er omfattet af et forpligtende kommunalt samarbejde, i overensstemmelse med reglerne i lov om forpligtende kommunale samarbejder. Dette vil blandt andet medføre, at den delegerende kommunalbestyrelse ikke må deltage i udøvelsen af de opgaver, der er omfattet af samarbejdet, medmindre der efter reglerne i lov om forpligtende kommunale samarbejder er meddelt dispensation hertil, jf. §§ 2, stk. 1, 2. pkt., og §§ 11 og 11 a.

Omfatter et forpligtende kommunalt samarbejde tre kommuner, vil et sådant forpligtende kommunalt samarbejde være omfattet af bestemmelsen.

Det foreslås i § 118 d, stk. 3, at hvis kontrakten indebærer, at der overdrages opgaver, jf. stk. 1, afholder overdrageren af opgaverne modtagerens udgifter ved udførelsen af de overtagne opgaver.

Baggrunden for dette forslag er, at det efter almindelige kommunalretlige grundsætninger om kommuners opgavevaretagelse hverken er en kommunal opgave at yde tilskud til andre myndigheder eller at opnå fortjeneste ved kommunens virksomhed. Det tilsvarende gør sig gældende for regioner.

Betalingen til den myndighed, der modtager opgaver, vil skulle omfatte alle de direkte udgifter, der er forbundet med opgavevaretagelsen, det vil sige de udgifter, der direkte kan henføres til den pågældende aktivitet, som f.eks. løn, køb af materialer og tjenesteydelser, reparations- og vedligeholdelsesudgifter og eventuel husleje m.v., og indirekte udgifter herved, det vil sige de udgifter, der ikke direkte kan henføres til den pågældende aktivitet, som f.eks. andel af

fællesudgifter til lokaler, administration m.v. Der vil alene kunne medtages udgifter, der er forbundet med udførelsen af opgaver for den overdragende myndighed som følge af den indgående aftale og opgavefordelingen deri. Der vil ikke kunne medregnes en fortjeneste for den modtagende myndighed. Det forudsættes, at den myndighed, der modtager opgaver, vil skulle foretage en opgørelse af udgifterne forbundet med at udføre opgaverne og vil skulle være i stand til at dokumentere disse.

Omfatter kontrakten om horisontalt samarbejde efter stk. 1 et forpligtende kommunalt samarbejde, regulerer betalingsbestemmelsen alene forholdet mellem den overdragende myndighed og den myndighed, der modtager opgaven. Forholdet mellem den delegerende og den bemyndigede kommunalbestyrelse i et forpligtende kommunalt samarbejde reguleres fortsat af lov om forpligtende kommunalt samarbejde, herunder af betalingsbestemmelsen i denne lovs § 4.

Det foreslås i § 118 d, stk. 4, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kontrakter omfattet af stk. 1, herunder om den tilladte periode fra kontraktens indgåelse indtil dens ikrafttræden, kontraktens gyldighedsperiode, parternes adgang til at kunne opsiges kontrakten og meddelelse til indenrigs- og sundhedsministeren om indgåelse af kontrakten.

Det er hensigten at benytte adgangen til at kunne fastsætte tidsfrister til bl.a. at sikre, at der i tilstrækkelig god tid inden overdragelsen af opgaver er klarhed over, hvilken myndighed der varetager hvilke opgaver, af hensyn til de ansatte og borgerne samt til en hensigtsmæssig planlægning. Ligeledes er det hensigten, at der af hensyn til forudsigeligheden om arbejdsfordelingen fastsættes regler om en minimumsgyldighedsperiode for samarbejdsaftaler og en mindsteperode for opsigelse, når minimumsgyldighedsperioden er udløbet. Endelig er det hensigten, at der fastsættes regler om meddelelse til indenrigs- og sundhedsministeren om indgåelsen af kontrakter, således at det vil være muligt at danne sig et samlet overblik over fordelingen af opgaver mellem regioner og kommuner.

Det er hensigten løbende at opsamle erfaringer om indgåelsen af samarbejdsaftaler og i det lys fastsætte relevante regler om aftalerne, herunder eventuelt ændre allerede fastsatte frister, hvis de måtte vise sig uhensigtsmæssige.

Det foreslås i § 118 d, stk. 5, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om beregning og afholdelse af udgifterne efter stk. 3.

Regler, der vil kunne udstedes med hjemmel i denne bestemmelse, vil kunne omfatte den nærmere fastlæggelse af udgifterne, herunder hvorledes udgifterne beregnes. Reglerne vil endvidere kunne omfatte fastsættelsen af terminer og frister for betaling af disse omkostninger.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.6.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 6

Der findes ikke i gældende sundhedslov regler, der forpligter regioner eller kommuner til at tilbyde borgere et midlertidigt ophold. Der er efter sundhedsloven mulighed for at sundhedsfaglige indsatser indebærer døgndækning af borgeren, herunder tilbud om et midlertidigt ophold, som led i en sundhedsfaglig indsats. Det kan f.eks. være i forbindelse med indsatser efter reglerne om kommunal sygepleje og genoptræning efter udskrivelse fra sygehuset efter sundhedslovens §§ 138-140.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.2 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås at indsætte et nyt kapitel 34 a om sundheds- og omsorgspladser, som indeholder en ny bestemmelse, § 118 e.

Forslaget vil medføre, at der i sundhedsloven skabes overblik over de indholdsmæssige regler om regionsrådets ansvar for tilbud om sundheds- og omsorgspladser, idet reglerne samles i ét kapitel.

Det foreslås i § 118 e, stk. 1, at regionsrådet tilbyder vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser til personer, der har bopæl i regionen, og som har behov for sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, hvis disse ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt under ophold i eget hjem.

Den foreslåede bestemmelse vil indebære, at regionsrådet vil være ansvarligt for at tilbyde ophold og indsatser på sundheds- og omsorgspladser til personer, der har behov for et midlertidigt ophold for at modtage sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, som ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges under ophold i eget hjem eller i forbindelse med borgerens ophold der.

Ved »sundheds- og omsorgsplads« forstår en stationær plads til et midlertidigt ophold uden for sygehusregi. Pladsen vil f.eks. kunne ligge på en regional matrikel eller en kommunal matrikel, som regionen har råderet over f.eks. via leje- og leasingaftale.

Med de foreslåede regler vil målgruppen for sundheds- og omsorgspladser omfatte personer med somatisk sygdom og eventuel samtidig psykisk lidelse, der f.eks. har akut opstået sygdom, forværring af kendt sygdom eller helbredstilstande med komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, f.eks. efter udskrivelse fra sygehus. Regionerne vil være ansvarlige for ophold og de sundhedsfaglige indsatser som f.eks. observation, pleje og/eller behandling, genoptræning og basal palliation, som ikke hensigtsmæssigt vil kunne tilrettelægges under ophold i eget hjem, herunder plejebolig, plejehjem m.v. Formål med indsatserne vil være at forbedre, vedligeholde eller forsinke forværring af borgerens fysiske og kognitive funktionsniveau og vil både kunne forebygge sygehusindlæggelse og fungere som opfølgning efter en indlæggelse.

Målgruppen for sundheds- og omsorgspladser og deres samlede behov for sundhedsfaglige indsatser tilsiger, at der vil skulle tilknyttes lægefaglige kompetencer. Sundheds- og omsorgspladser vil derfor skulle organiseres således, at der sikres fast tilknytning af lægefaglige kompetencer som f.eks. speciallæger i almen medicin eller geriatri.

Det følger af de foreslåede regler, at det vil være regionen, f.eks. en medarbejder på sundheds- og omsorgspladsen, der tildeler borgerne ophold på sundheds- og omsorgspladser samt afslutningsmelder ophold på sundheds- og omsorgspladser. Den regionale tildeling og afslutning fra sundheds- og omsorgspladserne vil skulle basere sig på en konkret sundhedsfaglig helhedsvurdering af, om den enkelte borger opfylder kriterierne for ophold. Det er hensigten, at f.eks. sygehusafdelinger, den kommunale sygepleje og almenmedicinske tilbud skal kunne henvise borgere til sundheds- og omsorgspladsen, med henblik på at regionen foretager en konkret vurdering af, om en borger, der er henvist, skal tildeles ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

I helhedsvurderingen vil det primære kriterium skulle være det sundhedsfaglige behov, som kan omfatte behov for sundhedsfaglige indsatser som observation, pleje og/eller behandling og genoptræning. I mange forløb vil der desuden indgå en basal palliativ indsats. Det vil være et afgørende princip for ophold på pladserne, at borgerens sundhedsfaglige behov fordrer adgang til lægefaglige kompetencer, herunder at borgerens behov afgør adgangen til specialistkompetence. Samtidig vil andre forhold, herunder også praktiske forhold, der vil kunne påvirke muligheden for at tilrettelægge indsatsen under ophold i eget hjem, også skulle tages i betragtning. F.eks. vil borgerens samlede situation ved udskrivelse fra sygehus til eget hjem skulle indgå i vurderingen, hvilket også vil kunne drøftes og aftales nærmere i sundhedsrådene.

Borgernes behov for adgang til lægefaglige kompetencer vil kunne variere i omfang og karakter inden for målgruppen for sundheds- og omsorgspladser. For nogle borgere vil behovet for tilgængelighed af lægefaglige kompetencer f.eks. være med henblik på udredning og behandling. For andre borgere vil behovet f.eks. omhandle løbende justeringer af indsatser og behandlingsplan. Derudover vil det faste sundhedsfaglige personale kunne have behov for let adgang til at modtage lægefaglig sparring og rådgivning om borgere, herunder både i forhold til enkelte borgere og til generelle forhold relateret til målgruppen.

Den foreslåede ordning vil indebære, at tilbuddet om sundheds- og omsorgspladser kun tildeles personer, hvor de sundhedsfaglige indsatser ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges under ophold i borgerens eget hjem, herunder plejebolig, plejehjem m.v. Det vil kunne skyldes flere forhold, når de sundhedsfaglige indsatser ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges i borgerens eget hjem. Det vil f.eks. kunne dreje sig om praktiske forhold og vil kunne være af hensyn til organisatorisk bæredygtighed, herunder også økonomisk effektivitet. F.eks. vil en borger med behov for indsatser

fra forskellige faglige kompetencer og høj intensitet i indsatsen over døgnet skulle tildeles et midlertidigt ophold på en sundheds- og omsorgsplads, hvis det ikke vil være hensigtsmæssigt at planlægge indsatsen i eget hjem. Det vil f.eks. også skulle omfatte borgere med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus og en genoptræningsplan til almen genoptræning, hvor det vurderes, at indsatsen ikke vil kunne tilbydes på f.eks. genoptræningscenter eller i eget hjem på grund af f.eks. praktiske forhold. Ligeledes vil f.eks. en borger i en ustabil og fluktuierende tilstand kunne tildeles et midlertidigt ophold på en sundheds- og omsorgsplads for at sikre hurtig adgang til sundhedsfagligt personale ved behov.

Tildelingen af ophold på en sundheds- og omsorgsplads vil skulle foregå uafhængigt af, hvor borgeren forudgående har haft ophold. En borger vil f.eks. kunne tildeles et ophold på en sundheds- og omsorgsplads efter udskrivelse fra et somatisk eller psykiatrisk sygehus eller direkte fra eget hjem, herunder plejebolig, plejehjem m.v.

Tilrettelæggelsen af indsatser og tilbud bør, så vidt det er muligt, ske med inddragelse af borgeren, samt, når relevant, pårørende og borgerens egen læge ved et almenmedicinsk tilbud, med henblik på, i det omfang det er muligt, at tage højde for den enkelte borgers behov og ønsker.

Det vil i den forbindelse være væsentligt at vurdere den enkelte borgers behov for rette type af indsats og tilbud. For f.eks. borgere, der bor i plejebolig, på plejehjem m.v., vil der ofte være et særligt behov for, at forløbet med sundhedsfaglige indsatser kan håndteres i vante rammer. Det gælder f.eks. borgere med nedsat kognitiv funktion (f.eks. demens), som er særligt følsomme over for ændringer i omgivelser og rutiner, og hvor et midlertidigt ophold på en sundheds- og omsorgsplads vil kunne have en negativ indvirkning på behandlingsudfaldet. Her vil det være afgørende, at der arbejdes forebyggende, og at f.eks. en overflytning fra sygehus til plejebolig sker i et tæt samarbejde mellem kommune og region, herunder borgerens egen læge. Det vil dog altid skulle bero på en samlet, konkret vurdering af den enkelte borgers situation og behov, om en borger, der bor i plejebolig, plejehjem m.v., skal tildeles ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

Borgere, der vil have behov for sygehusindlæggelse, vil ikke skulle tildeles ophold på sundheds- og omsorgspladser. Hvorvidt en sygehusindlæggelse er påkrævet eller ej, skal altid bero på en individuel, lægefaglig vurdering. Sygehusbehandling skal typisk iværksættes, når en problemstilling er alvorlig og tidskritisk, og hvor der er behov for kontinuerlig sundhedsfaglig observation, adgang til multidisciplinære lægefaglige kompetencer døgnet rundt samt specialiseret udstyr, som kun findes på sygehuse. Eksempler på typer af behandling, som skal foregå på et sygehus, kan samtidig ændre sig over tid. Det skyldes, at teknologiske fremskridt og udvikling af nye behandlingsmetoder kan medføre, at grænsen for, hvornår og hvor længe sygehusindlæggelse er nødvendig, flytter sig.

Borgere, som vil blive udskrevet fra sygehuset med lægefagligt begrundet behov for rehabilitering på specialiseret niveau, vil ligeledes ikke skulle tilbydes ophold på en sundheds- og omsorgsplads i de tilfælde, hvor der vil være behov for døgnophold. Dette ophold vil skulle tilbydes efter reglerne om genoptræning efter udskrivning fra sygehus, jf. den foreslåede § 139 b. Det vil dog være muligt for regionen at oprette pladser målrettet rehabilitering på specialiseret niveau efter den foreslåede § 139 b på den samme matrikel som sundheds- og omsorgspladser, forudsat at relevante krav til genoptræningsindsatsen overholdes.

For borgere, som vil blive udskrevet med behov for genoptræning på specialiseret niveau, vil disse indsatser fortsat skulle foregå på sygehuset for at sikre den rette ekspertise og udstyr, som kun findes i sygehusregi. Se nærmere om genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau under § 1 nr. 13.

Borgere, der vil kunne opholde sig i eget hjem, når borgeren modtager de nødvendige kommunale og regionale indsatser og tilbud, og hvor de sundhedsfaglige indsatser vil kunne tilrettelægges i forbindelse med eget hjem, vil ikke skulle tilbydes ophold på sundheds- og omsorgspladser. Det vil også gælde borgere med behov for basale palliative indsatser, som vil kunne tilrettelægges i eget hjem – f.eks. fordi der ikke vil være behov for sundhedsfaglig observation eller lagedækning, som ellers vil være tilgængelig på sundheds- og omsorgspladserne. Kommunen vil blandt andet efter serviceloven fortsat have ansvar for at tilvejebringe boligindretning til borgere med varige funktionsnedsættelser, når indretning er nødvendig for at gøre boligen bedre egnet som opholdssted for den pågældende. Kommunen vil bl.a. ligeledes have ansvar for at yde støtte til hjælpemidler til personer med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Borgere, der primært vil have behov for personlig pleje og praktisk hjælp efter serviceloven eller personlig pleje og praktisk hjælp som led i helhedspleje efter ældreloven i forbindelse med et midlertidigt ophold, vil ikke skulle tilbydes ophold på sundheds- og omsorgspladser. Kommunerne vil fortsat være ansvarlige for at yde den nødvendige sygepleje til borgere med ophold i kommunen, herunder f.eks. på en midlertidig plads efter ældreloven eller serviceloven. Det må forventes, at der overvejende vil der være tale om borgere, der, set fra et sundhedsfagligt perspektiv, er i stabile forløb, hvor indsatserne i nogen grad er forudsigelige. Der forventes derfor f.eks. ikke at være behov for akutte justeringer i indsatser og behandlingsplan. Målgruppen for sundheds- og omsorgspladser vil f.eks. ikke omfatte borgere, der primært har behov for midlertidigt ophold for at aflaste pårørende eller afvente f.eks. en plejebolig eller boligindretning af eget hjem. For disse borgere vil kommunerne fortsat kunne tilbyde ophold efter serviceloven eller ældreloven.

Med den foreslåede regel vil borgere, der primært vil have behov for socialfaglige indsatser, ikke skulle tildeles ophold på sundheds- og omsorgspladser. Målgruppen vil skulle modtage kommunal støtte for at sikre kontinuitet i deres

indsatser. Det vil f.eks. omfatte borgere, hvis udfordringer primært relaterer sig til f.eks. hjemløshed, eller behov for social rehabilitering eller social misbrugsbehandling. Borgere med f.eks. sociale problemer vil skulle tildeles ophold på sundheds- og omsorgspladser, når det primære behov er sundhedsfagligt og betingelserne for ophold i øvrigt er opfyldt.

For at understøtte planlægningen af eventuelle efterfølgende kommunale indsatser for borgere, der har ophold på sundheds- og omsorgspladser, vil det være afgørende, at regionen tidligt og løbende formidler rettidig og relevant information til kommunen. Det vil bl.a. kunne gælde oplysninger om borgerens aktuelle ophold på en sundheds- og omsorgsplads, forventede sundhedsfaglige indsatser, fortsatte behandlingsbehov, herunder medicinsk behandling, og opholdets forventede varighed. Allerede tidligt i forløbene bør der være fokus på et tæt samarbejde mellem region og kommune med henblik på at forberede og iværksætte relevante sundhedsfaglige, pleje og sociale indsatser m.v. efter opholdet. En tidlig brobygning til de videre kommunale indsatser vil kunne bidrage til, at borgerne oplever en tryk og sammenhængende overgang og mindsker risikoen for genindlæggelser.

Tilsvarende vil det kunne være relevant, at kommunen videregiver oplysninger, f.eks. om borgerens sundhedstilstand, til regionen, f.eks. i nogle situationer, hvor en borger overgår fra eget hjem til et midlertidigt ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

Regioner og kommuner vil blandt andet i sundhedsrådene kunne samarbejde om planlægning af sundheds- og omsorgspladserne, så disse understøtter sammenhængende forløb for borgerne. Sundhedsrådene vil f.eks. kunne have fokus på gode rammer for hjemtagning. Det vil for eksempel kunne ske ved at samarbejde om at begrænse antallet af overgange i borgerens forløb og sikre en rettidig og koordineret indsats på tværs af sundhedsvæsenet.

Regioner og kommuner vil herunder skulle være opmærksomme på at skabe sammenhængende og koordinerede forløb for borgere, der vurderes at kunne have behov for plejebolig, plejehjem m.v. Dette vil bl.a. omfatte at sikre, at borgere, der opholder sig på en sundheds- og omsorgsplads, får den rette opfølgning og vurdering i forhold til deres eventuelle behov for plejebolig m.v. Under et ophold på en sundheds- og omsorgsplads vil der således skulle være mulighed for, at kommunen kan afklare og evt. visitere borgeren til plejebolig m.v. Det vil f.eks. være tilfældet, hvis en borger undervejs i et ophold får en ændret helbredsmæssig tilstand, som gør, at vedkommende vurderes at kunne have behov for en plejebolig m.v.

Ved afslutning af ophold på en sundheds- og omsorgsplads vil medarbejdere på sundheds- og omsorgspladserne skulle varsle kommunen rettidigt, når en borger ikke længere har behov for ophold på en sundheds- og omsorgsplads og f.eks. kan overgå til eget hjem, forudsat at borgeren samtidig modtager kommunale indsatser som f.eks. praktisk hjælp

og personlig pleje efter serviceloven eller helhedspleje efter ældreloven. Det vil være væsentligt, at varslingen sker i tilstrækkelig god tid, så kommunen kan iværksætte nødvendige forberedelser og sikre en tryk og sammenhængende overgang for borgeren.

De nærmere frister for varsling forventes at følge de rammer, der fremgår af Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen mellem regeringen, Danske Regioner og KL eller af eventuelle lokale aftaler. Det fremgår af aftalen, at regionen som udgangspunkt vil skulle give kommunen besked senest 48 timer før, at en borger vurderes at kunne opfylde betingelserne for ikke længere at have behov for ophold. Hvis vurderingen foretages om fredagen, vil beskeden skulle gives senest 72 timer før. Det fremgår endvidere af aftalen, at kommuner og regioner lokalt, på baggrund af drøftelser i sundhedsrådene, vil kunne aftale at afvige fra disse frister.

Regionen vil have ansvaret for, at kommunen får rettidig og relevant information om borgerens behov inden afslutning af opholdet. Herunder vil regionen være ansvarlig for at sikre, at oplysninger om borgerens fortsatte behandling, herunder medicinske behandling, vil være til rådighed for kommunen. Formålet med dette vil være at sikre, at kommunen bl.a. har den nødvendige tid til at igangsætte de rette indsatser, som f.eks. helhedspleje efter ældreloven, boligindretning, personlig pleje og praktisk hjælp efter serviceloven, behandling og genoptræning i forbindelse med eget hjem efter sundhedsloven, samt at sikre, at de nødvendige hjælpemidler, arbejdsredskaber m.v. er tilgængelige ved hjemkomsten. Derudover vil medarbejdere på sundheds- og omsorgspladserne, når det vil være relevant, skulle koordinere med borgernes egen læge ved almenmedicinske tilbud med henblik på at sikre sammenhæng i borgernes samlede forløb på tværs af sundhedsvæsenet.

Ophold på sundheds- og omsorgspladser efter sundhedsloven vil være vederlagsfri. Herved forstås, at borgerne ikke vil kunne opkræves egenbetaling for kost, linned, tøjvask og lignende under ophold på sundheds- og omsorgspladser efter sundhedsloven.

Rammerne for medicinhåndtering på sundheds- og omsorgspladserne vil som udgangspunkt blive de samme som på de nuværende midlertidige pladser. Der henvises i øvrigt til pkt. 3.1.1.2 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

I tilfælde af at en borger vil være i målgruppen for sundheds- og omsorgspladser, men vælger ikke at tage imod et tilbud om et midlertidigt ophold på en sådan plads, bør relevante myndigheder samarbejde om at tilrettelægge alternative løsninger ud fra borgerens konkrete situation og behov.

Det foreslås i § 118 e, stk. 2, at regionsrådet er ansvarligt for at yde sundhedsfaglige indsatser med et rehabiliterende sigte samt den pleje og omsorg, som borgeren har behov for under opholdet.

Den foreslåede bestemmelse vil indebære, at regionsrådet

vil være ansvarligt for at levere og finansiere de relevante sundhedsfaglige indsatser som observation, pleje og/eller behandling, genoptræning og basal palliation, samt pleje og omsorg, som borgeren har behov for under opholdet på en sundheds- og omsorgsplads. Formålet vil være, at de samlede indsatser understøtter et rehabiliterende sigte og bidrager til at forbedre, vedligeholde eller forsinke forværring af borgerens fysiske og kognitive funktionsniveau i en sammenhængende indsats med let adgang til lægefaglige kompetence. Der forventes, at der vil kunne opnås væsentlige synergier ved at planlægge og gennemføre indsatserne med afsæt i borgerens samlede situation og behov.

I forbindelse med de kommende kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser vil der kunne fastsættes nærmere krav til bl.a. sundhedsfagligt indhold. Kvalitetsstandarder vil løbende kunne justeres i takt med udviklingen i sundhedsvæsenet.

Da ansvaret for målgruppen for de kommunale akutpladser vil overgå til de regionale sundheds- og omsorgspladser fra 2027, forventes det, at de kommende kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser bl.a. vil kunne bygge ovenpå på de gældende krav og anbefalinger til den kommunale akutfunktion, der omfatter sundhedsfaglige indsatser som sygepleje og behandling, herunder observation, undersøgelse og vurdering samt udvalgte instrumentelle indsatser, når borgerne vil have behov for denne type af indsatser under ophold på sundheds- og omsorgspladserne.

For borgere, der har ophold på sundheds- og omsorgspladser, og som er udskrevet fra sygehuset med en genoptræningsplan, vil regionen have ansvar for at levere og finansiere genoptræningsindsatsen under opholdet svarende til behovene beskrevet i borgerens genoptræningsplan efter § 84. Det vil kun omfatte borgere, som udskrives med en genoptræningsplan til almen genoptræning, jf. den foreslåede § 139 a.

For disse borgere vil genoptræningsindsatsen skulle påbegyndes hurtigst muligt, med mindre sundhedsfaglige forhold tilsiger en senere opstart. Disse borgere vil ikke omfattes af reglerne om frit valg for genoptræning, jf. den foreslåede § 140, stk. 3. Dette er bl.a. af hensyn til, at genoptræningsindsatsen på sundheds- og omsorgspladserne ofte vil være en del af en samlet rehabiliterende indsats, og derfor vurderes det, at det ikke vil kunne varetages hensigtsmæssigt særskilt fra de øvrige rehabiliterende indsatser på pladsen. Borgere med ophold på en sundheds- og omsorgsplads vil samtidig være omfattet af frit valg til regionale sundheds- og omsorgspladser, som indføres med et kommende lovforslag.

Sundheds- og omsorgspladserne vil kunne varetage genoptræningsindsatser svarende til genoptræning på alment niveau efter den foreslåede § 139 a, forudsat at medarbejdere har de rette kompetencer og erfaringer samt relevant udstyr m.v. Nærmere krav om kompetencer, udstyr m.v. vil blive uddybet i de kommende kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser.

For en del af de borgere, der overgår fra en sundheds- og omsorgsplads til eget hjem, herunder f.eks. plejebolig m.v., fordi de ikke længere opfylder betingelserne for ophold, vil det være muligt, at de fortsat vil have behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehuset, det vil sige på baggrund af en genoptræningsplan fra sygehuset.

For denne gruppe af borgere vil sundhedsfaglige medarbejdere på sundheds- og omsorgspladsen, som led i overdragelsen af ansvaret fra regionen til kommunen, skulle udarbejde en sundhedsfaglig vurdering af den aktuelle status på funktionsevnen som tillæg til genoptræningsplanen fra sygehuset. Det vil gælde for borgere, der fortsat har behov for almen genoptræning efter genoptræningsplan efter endt ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Vurderingen vil også skulle beskrive genoptræningsbehov under opholdet samt angive, hvilke genoptræningsindsatser borgeren har modtaget. Vurderingen vil samlet set skulle give kommunen et veloplyst grundlag for at kunne overtage ansvaret for borgerens videre genoptræningsindsats inden for almen genoptræning. Vurderingen vil skulle sendes til kommunen og borgerens alment praktiserende læge.

Genoptræning på sundheds- og omsorgspladser vil også kunne iværksættes på baggrund af en konkret sundhedsfaglig vurdering fra en ansvarlig sundhedsperson på sundheds- og omsorgspladsen, hvis det vurderes, at borgeren har behov for genoptræning under opholdet og uden forudgående sygehuskontakt.

Basale palliative indsatser vil være omfattet af de sundhedsfaglige indsatser, der skal varetages på sundheds- og omsorgspladserne, da der er tale om en sundhedsfaglig indsats, som foregår integreret med rehabilitering.

Regionernes ansvar for sundheds- og omsorgspladserne vil, ud over ansvaret for selve opholdet og den sundhedsfaglige indsats, også omfatte ansvaret for den nødvendige pleje og omsorg, som borgeren vil have behov for under opholdet. Dette ansvar vil svare til det, regionerne allerede varetager for pleje og omsorg for borgere indlagt på sygehus i regionalt regi.

Det vil også omfatte, at regionerne vil have ansvaret for praktiske foranstaltninger som blandt andet vask af linned og tøj, rengøring samt udlevering af midlertidige hjælpemidler som f.eks. rollatorer og toiletforhøjere og andre hjælpemidler, som borgeren har behov for under selve opholdet. Indenrigs- og Sundhedsministeriet planlægger i kommende lovforslag at revidere regelsættet for udlevering af behandlingsredskaber og hjælpemidler, som opfølgning på Aftale om sundhedsreform 2024.

Regionerne vil have ansvar for at koordinere i forhold til sundhedsindsatser m.v., som ikke er relateret til formålet med opholdet på en sundheds- og omsorgsplads, eller som ikke er omfattet af regionernes myndighedsansvar.

Regionen vil have ansvar for at sikre en tilstrækkelig koordinering med kommunen vedrørende kommunale sundheds-

faglige indsatser, når det er relevant, at kommunen vurderer, om indsatserne skal foregå sideløbende med en borgers ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Det vil f.eks. være tilfældet, hvis en borger har behov for tandpleje, og medarbejdere på sundheds- og omsorgspladsen vurderer, at det er relevant at henvise kommunen til borgeren med henblik på en vurdering af, om borgeren tilhører målgruppen for f.eks. socialtandpleje efter sundhedslovens § 134 a eller omsorgstandpleje efter sundhedslovens § 131. Omsorgstandpleje vil bl.a. kunne være relevant i en situation med akut behov for tandpleje hos en person med nedsat funktionsevne, som vil have vanskeligt ved at benytte de almindelige tandpleje-tilbud.

Det er væsentligt, at der på sundheds- og omsorgspladserne vil være de nødvendige faglige kompetencer til stede, så personalet kan imødekomme borgere med forskellige behov, herunder borgere i udsatte positioner eller med psykiske vanskeligheder. En god støtte til borgerens videre forløb forventes i nogle situationer at kræve, at medarbejdere på sundheds- og omsorgspladser og kommunale medarbejdere fra socialområdet arbejder tæt sammen og koordinerer deres hjælp. Det vil f.eks. kunne være relevant, at kommunen koordinerer relevante socialfaglige indsatser under et ophold på en sundheds- og omsorgsplads. I sådanne tilfælde vil det være vigtigt, at regionen gør kommunen opmærksom på eventuelle behov for sådanne indsatser, så kommunen kan vurdere behovet for at videreføre eller igangsætte nødvendige socialfaglige indsatser.

Det vil f.eks. kunne være relevant, at kommunen vurderer, om det er hensigtsmæssigt at fastholde f.eks. socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85, ledsageordning efter servicelovens § 97, eller støtte- og kontaktperson efter servicelovens § 99 under ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Det vil f.eks. også kunne være relevant, at kommunen under ophold på en sundheds- og omsorgsplads har mulighed for at foretage en vurdering af, om en borger med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer skal visiteres til et socialfagligt tilbud eller indsatser efter afsluttet ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Det vil f.eks. kunne vedrøre botilbud efter servicelovens §§ 107-108, hjælpemidler efter servicelovens § 112, forbrugsgoder efter servicelovens § 113 eller befordring med individuelle transportmidler efter servicelovens § 117. Sundhedsstyrelsens kommende kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser vil kunne nærmere beskrive sammenhængen til kommunale tilbud og indsatser.

Det foreslås i § 118 e, stk. 3, at regionsrådet kan tilvejebringe tilbud efter stk. 1 ved at etablere tilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftale med et andet regionsråd, kommunalbestyrelse eller privat institution.

Den foreslåede bestemmelse vil indebære, at regioner gives mulighed for at indgå aftaler med andre regionsråd, kommuner eller private institutioner om tilvejebringelse af tilbud om sundheds- og omsorgspladser på vegne af regionsrådet.

Forslaget vil medføre, at hele eller dele af driftsansvaret for et tilbud om sundheds- og omsorgspladser vil kunne varetages af en anden region, kommune eller privat institution. Det forudsættes, at aftaler om tilvejebringelse af tilbud indgås i overensstemmelse med reglerne om offentlige udbud.

Regionen vil fortsat have myndighedsansvaret for tilbudde- ne, som et andet regionsråd, kommune eller privat institution tilvejebringer. Myndighedsansvaret omfatter bl.a. muligheden for at kunne fastsætte retningslinjer for driftsopgaven og forpligtelsen til at føre kontrol og tilsyn med udøvelsen af driftsopgaven. Der henvises i øvrigt til pkt. 3.6.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger om muligheden for horisontale samarbejdsaftaler mellem regioner og kommuner, hvor også en nærmere beskrivelse af myndighedsansvaret for sundhedsydelser i relation til sådanne kontrakter fremgår.

Ansvar for tildeling af ophold på sundheds- og omsorgspladser vil ikke kunne overdrages til en kommune, andet regionsråd eller privat leverandør i medfør af en aftale efter § 118 e, stk. 3. Der henvises endvidere til pkt. 3.6.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger om muligheden for horisontale samarbejder mellem regioner og kommuner, som også vil kunne omfatte overdragelse af ansvaret for tildeling af en sundhedsydelse som f.eks. tildeling af ophold på sundheds- og omsorgsplads.

Regionen forventes også at skulle monitorere anvendelsen af kapaciteten og indsatser, herunder med henblik på opfølgning på målgruppens anvendelse og udvikling, samt at indsatser lever op til de relevante krav på området, herunder i forhold til kvalitet.

Det foreslås i § 118 e, stk. 4, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om omfanget af og kravene til sundheds- og omsorgspladser.

Bemyndigelsen forventes alene at vil blive anvendt i det omfang, der vil opstå behov for at fastsætte nærmere regler og retningslinjer for tilrettelæggelse og organisering af tilbuddet. Bemyndigelsen vil f.eks. kunne anvendes til at fastsætte nærmere rammer for opgavevaretagelsen m.v., hvis det viser sig nødvendigt med henblik på at forebygge uklarhed om ansvarsplacering og understøtte kontinuitet i borgernes forløb på tværs af sundhedsvæsenet.

Bemyndigelsen vil f.eks. også kunne anvendes til at fastsætte nærmere regler i administrative forskrifter om tilrettelæggelsen af genoptræningsforløb for patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Reglerne vil kunne supplere de beskrivelser af sundhedsfagligt indhold, der indgår i de kommende kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser. Dette vil f.eks. kunne omfatte, hvordan genoptræningen skal tilrettelægges og koordineres i forbindelse med overgangen til borgerens eget hjem, herunder plejebolig, plejebolig m.v.

Endvidere vil bemyndigelsen f.eks. også kunne anvendes,

hvis det viser sig nødvendigt at fastsætte nærmere regler i administrative forskrifter for aftaler vedrørende tilvejebringelse af sundheds- og omsorgspladser mellem en region og en anden myndighed eller privat institution. Et behov for nærmere regulering vil f.eks. kunne opstå, hvis det viser sig nødvendigt at regulere aftalerne nærmere for at sikre, at tilbuddene opfylder de nødvendige faglige krav og standarder m.v.

Der vil desuden kunne fastsættes kvalitetsstandarder om indsatser m.v. på sundheds- og omsorgspladserne i medfør af sundhedslovens § 118 b. Der henvises i den forbindelse til bemærkningerne til lovforslagets § 1, nr. 4.

Til nr. 7

Det fremgår af sundhedslovens § 119, stk. 1, at kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunernes opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis.

Efter § 119, stk. 2, etablerer kommunalbestyrelsen forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

Efter § 119, stk. 3, etablerer kommunalbestyrelsen patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser i kommunen.

Endelig fremgår det af § 119, stk. 4, at regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1-3.

Det foreslås at i § 119, stk. 3, ændres »Kommunalbestyrelsen« til: »Regionsrådet«, og »kommunen« ændres til: »regionen«.

De foreslåede ændringer i bestemmelsen vil medføre, at myndigheds- og finansierungsansvaret for de patientrettede forebyggelsestilbud overgår fra kommunalbestyrelsen til regionsrådet, som afspejler den politisk aftalte flytning af opgaveansvar som følge af Aftale om sundhedsreform 2024.

Patientrettet forebyggelse omhandler indsatser målrettet en patientgruppe med kronisk eller langvarig sygdom, der kan have behov for regelmæssig og tilbagevendende kontakt til sundhedsvæsenet. Det gælder f.eks. borgere med en eller flere sygdomme som KOL, type 2 diabetes, kræftsygdomme, hjertesygdom, depression, angst, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser m.v.

Formålet er bl.a. at give borgeren indsigt, redskaber og tro på egne evner, som over tid kan føre til bedre håndtering af livet med sygdom f.eks. forbedret helbredsstatus, egenomsorg og sundhedsadfærd.

Kommunerne har i dag og vil fortsat have ansvaret for borgerrettede forebyggelsestilbud og at skabe rammer for og tilbud med henblik på sundhedsfremme og forebyggelse, både for somatiske og for psykiske sygdomme. Det gælder bl.a.

forebyggelsestilbud til borgere i risiko for eller symptomer på kronisk sygdom.

Målgruppen har ofte et sammenfaldende behov for indsatser; typisk sygdomsmestring, fysisk aktivitet, nikotinafvænnings og ernæringsindsats, samtidig med at der også er mulighed for målgruppespecifikke elementer. Det gælder for samtlige forebyggelsestilbud, at der tages udgangspunkt i borgerens motivation, ønsker og mål for hverdagslivet.

Det er derfor vigtigt, at der samtænkes på organisatorisk og individniveau og med fordel på tværs af ansvarsforhold i kommuner og regioner for at skabe synergi samt faglig og organisatorisk bæredygtighed.

De foreslåede ændringer vil medføre, at regionen vil blive ansvarlig for opgaven i stedet for kommunerne, herunder at de vil skulle understøtte, at der fremover løbende kan imødekommes udvikling af opgaveløsningen lokalt. De nye sundhedsråd vil inden for deres geografisk afgrænsede områder have det umiddelbare forvaltningsansvar for den patientrettede forebyggelse.

Sundhedsrådene blev etableret i lov nr. 719 af 20. juni 2025 om en ny regional forvaltningsmodel med sundhedsråd, afskaffelse af kontaktudvalg, sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler i deres nuværende form, praksisplaner, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet og nærhedsfinansiering samt konsekvensændringer i flere love som følge af sammenlægningen af Region Hovedstaden og Region Sjælland m.v.

Den foreslåede ændring vil medføre et behov for, at de nye sundhedsråd under regionsrådene vil skulle koordinere og understøtte de forskellige tilbud i den enkelte region, således at indsatserne tilrettelægges hensigtsmæssigt, og borgerne fremadrettet får de tilbud, som er nødvendige og af en tilstrækkelig kvalitet.

De foreslåede ændringer i bestemmelsen forventes at kunne lette behandlingsforløbet i sundhedsvæsenet for den enkelte borger, idet regionerne vil få et større og mere samlet ansvar for flere sundhedsydelser, og dermed vil kunne tilrettelægge indsatser og sammenhængende forløb mere hensigtsmæssigt for borgeren. Effektive indsatser i den patientrettede forebyggelse forventes at komme sygehusene til gavn i form af en reduktion i antallet af akutte indlæggelser og behandlingsforløb, i og med at der gribes rettidigt ind med tidlig behandling af kroniske sygdomme og borgerne får styrket deres egenomsorg og dermed forbedret deres helbredsstatus. Dette kan samlet set medvirke til, at sygdomsforløbet forkortes, og behandlingsbehovet reduceres.

Der vil fortsat være snitflader til kommunale sundhedsydelser, f.eks. til den genoptræningsindsats, der vil foregå i kommunerne efter sundhedsloven, og den trænings- og vedligeholdelsesindsats, der udføres kommunalt efter anden lovgivning.

Den foreslåede ændring om at lade regionerne være ansvar-

lig for patientrettede forebyggelsestilbud vil kunne føre til, at nogle borgere kan få længere transporttid til relevante tilbud. Det skyldes, at der f.eks. for udvalgte målgrupper kan være behov for at samle enkelte indsatser for at sikre tilstrækkelig kvalitet og bæredygtighed, hvor der kræves en særlig ekspertise eller patientgrundlag for at sikre en faglig bæredygtighed i tilbuddene. Der kan også være tale om en ledelsesmæssig samorganisering, der fortsat leveres på flere forskellige fysiske lokationer. Regionerne skal håndtere en balancegang mellem at tilrettelægge tilgængelige tilbud af høj kvalitet tæt på borgeren samtidig med, at regionen i praksis kan drifte tilbuddet med hensyn til volumen og driftsoptimering. Med Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen mellem regeringen, KL og Danske Regioner fremgår det, at parterne er enige om vigtigheden af tilstrækkelig kapacitet og geografisk nærhed og tilgængelighed for borgerne i de regionale sundhedstilbud, samt at patientrettede forebyggelsestilbud som udgangspunkt skal forefindes i alle kommuner, med mindre hensyn til faglig og organisatorisk bæredygtighed tilsiger andet.

Geografisk nærhed, tilgængelighed og nem adgang til forebyggelsestilbuddene er centralt for den fremtidige organisering af den patientrettede forebyggelse, for at understøtte sammenhæng til lokale og civilsamfundsborne tilbud samt undgå unødvendige barrierer for optag på de forskellige tilbud. Samarbejdet mellem sundhedsvæsen, pårørende, civilsamfund og den enkeltes sociale- og beskæftigelsesrettede forhold, spiller en væsentlig rolle for en velfungerende patientrettet forebyggelse. Tilbuddene skal tage udgangspunkt i borgerens egne ønsker og mål for hverdagslivet, ligesom at der skal tages højde for en efterfølgende videreførelse af indsatser forankret i civilsamfundet.

Med et samlet behandlingsansvar hos regionsrådene vil borgeren i praksis have mulighed for at blive henvist til et større udvalg af indsatser inden for egen region, end da indsatsen var forankret kommunalt, da regionerne har mulighed for at koordinere udvalgte indsatser på tværs af hele regionen. Det foreslåede har ikke til hensigt at ændre på, at den enkelte patient i vid udstrækning fortsat kan henvende sig og benytte indgange til de patientrettede forebyggelsestilbud som tidligere for at blive henvist til en afklarende samtale, selv om det fremadrettet vil være regionen, der vurderer behov og tildele borgeren et forløb som led i de patientrettede forebyggelsestilbud.

Dette vil f.eks. være, når patienten selv tager initiativ om en afklarende samtale eller i form af en henvisning fra det almenmedicinske tilbud, praktiserende speciallæger, sygehus, eller fra andre kommunale forvaltningsområder såsom socialområdet eller beskæftigelsesområdet med kontakt til målgruppen.

Den foreslåede ændring skal ses i sammenhæng med, at et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser vil kunne indgå samarbejde efter en ny hjemmel, som foreslås indført i sundhedslovens § 118 d, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 5, om bl.a. de opgaver, som flyttes fra kommuner til

regioner, herunder patientrettet forebyggelse. Bestemmelsen giver mulighed for, at regioner og kommuner vil kunne indgå kontrakter om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen. Der henvises i den forbindelse til pkt. 3.6.3 for en nærmere beskrivelse af betingelserne for kontrakter om samarbejde.

Kommuner og regioner skal efter gældende regler og aftaler sikre, at relevante oplysninger kan deles via den fælles digitale infrastruktur og øvrige datadelingsløsninger, således at borgere kan tilbydes sammenhængende forløb.

Forslaget vil indebære, at de eksisterende kvalitetsstandarder på området "Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom: Kvalitetsstandarder" vil skulle opdateres, således at de fastlagte krav og anbefalinger afspejler den nye opgavefordeling af henholdsvis borgerrettet forebyggelse og patientrettet forebyggelse mellem kommuner og regioner.

Til nr. 8

Det fremgår af sundhedslovens § 119, stk. 1, at kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunernes opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis.

Efter § 119, stk. 2, etablerer kommunalbestyrelsen forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

Efter § 119, stk. 3, etablerer kommunalbestyrelsen patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser i kommunen.

Endelig fremgår det af § 119, stk. 4, at regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1-3.

Det foreslås, at i § 119, stk. 4, ændres »stk. 1-3« til: »stk. 1 og 2«.

Den foreslåede ændring er en konsekvens af den i denne lov foreslåede § 1, nr. 7, hvorefter § 119, stk. 3, ændres således, at regionsrådet vil få ansvaret for den patientrettede forebyggelse i stedet for kommunalbestyrelsen.

Den foreslåede ændring vil medføre, at regionernes rådgivningsforpligtelse i § 119, stk. 4, alene vil henvise til de opgaver, som fremadrettet er kommunale, nemlig i stk. 1 og 2. Det ligger implicit, at en forvaltningsmyndighed kan rådgive internt, hvorfor det er tilstrækkeligt at lade stk. 4 henvise til stk. 1 og 2.

Den foreslåede ændring vil således ikke medføre en indholdsmæssig ændring af regionens forpligtelser i medfør af § 119, stk. 4, i forhold til at varetage patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v., samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes forebyggelsesindsatser. Dette er og vil fortsat være en anden indsats end varetagelse af de indsatser, som følger af § 119, stk. 3 om

patientrettet forebyggelse, som flyttes fra kommuner til regioner, se nærmere herom under bemærkningerne til § 1, nr. 7.

Til nr. 9

Sundhedslovens kapitel 38 har overskriften ”Kommunal sygepleje”.

Det foreslås, at *overskriften* til kapitel 38 nyaffattes til »Kommunal sygepleje og regional akutsygepleje«.

Den foreslåede ændring vil medføre, at overskriften til kapitlet om sygepleje afspejler, at sygeplejeydelserne fremadrettet vil være opdelt i henholdsvis kommunal sygepleje og akutsygepleje forankret i regionerne.

Se nærmere beskrivelse af henholdsvis kommunal sygepleje og akutsygepleje under bemærkningerne til § 1, nr. 10 og 11.

Til nr. 10

Det følger af sundhedslovens § 138, stk. 1, at kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri sygepleje efter lægehenvi-
sning til personer med ophold i kommunen.

Det følger af § 138, stk. 2, at kommunalbestyrelsen kan delegere ansvaret for tildeling af sygeplejen efter stk. 1, som udføres i en fælles kommunal sygepleje, til de øvrige kommunalbestyrelser, som indgår i det pågældende tværkommunale samarbejde.

Det foreslås, at der i § 138, stk. 1, efter »vederlagsfri« ind-
sættes »kommunal«.

Den foreslåede ændring i bestemmelsen vil medføre, at kommunalbestyrelsen alene vil have myndigheds- og finansieringsansvaret for en del af sygeplejen i det nære sundhedsvæsen, hvilket fremadrettet benævnes »kommunal sygepleje«.

Det skal ses i sammenhæng med, at den nuværende kommunale sygepleje vil blive opdelt i og med, at der samtidig i dette lovforslags § 1, nr. 11 foreslås, at regionerne fremadrettet vil blive ansvarlig for at varetage vederlagsfri akutsygepleje.

For kommunerne vil den foreslåede ændring betyde, at kommunerne fremadrettet ikke vil være ansvarlig for den mest akutte, specialiserede del af den nuværende sundhedsydelse. Kommunerne vil i højere grad kunne skabe grundlag for faglig bæredygtighed i sygeplejeindsatserne i den del, der fortsat skal varetages i kommunen. Indsatserne vil fortsat kunne tilrettelægges i sammenhæng med andre kommunale ydelser til samme borgere, f.eks. inden for ældreplejen i medfør af ældreloven.

Kommunerne vil med den kommunale sygepleje fortsat være ansvarlige for at varetage særlige fagområder kendetegnet ved viden og kompetencer til at pleje og observere menne-

sker med f.eks. demens, sår, infektioner, inkontinens og palliative behov. Organiseringen af den kommunale sygepleje vil fortsat skulle imødekomme, at alle borgere med ophold i kommunen vil kunne få sygepleje med udgangspunkt i deres behov også i tilfælde, hvor sammensatte uspecifikke symptomer og funktionsændringer vil skulle vurderes. Der vil f.eks. kunne være behov for, at den kommunale sygepleje vil kunne varetages i borgerens eget hjem, på botilbud eller plejehjem, på kommunale midlertidige pladser, på sygeplejeklinik eller virtuelt på baggrund af en faglig vurdering.

Kommunalbestyrelsen vil have ansvaret for, at der ydes vederlagsfri kommunal sygepleje efter lægehenvi-
sning. Kommunen vil således have ansvaret for at tildele kommunal sygepleje til personer med ophold i kommunen, uafhængigt af boform. Kommunen vil have ansvaret for at foretage en konkret vurdering af borgerens behov og på den baggrund tildele relevante sygeplejefaglige indsatser i regi af den kommunale sygepleje.

Den foreslåede ændring vil forventeligt medføre et behov for koordinering på tværs af regioner og kommuner, som følge af den foreslåede opgaveflytning af akutsygeplejen. Kommuner og regioner vil i samarbejde, i regi af sundhedsrådene, kunne arbejde for at skabe faglig bæredygtighed på tværs af akutsygeplejen og den kommunale sygepleje.

Det forudsættes, at den kommunale sygepleje vil skulle have let adgang til relevant sparring og rådgivning fra regionerne. For at sikre koordination på tværs af sektorerne, vil regionerne derfor blive forpligtet til at stille rådgivning og sparring til rådighed overfor kommunerne og understøtte den kommunale sygepleje i kommunerne i forbindelse med, at regionerne overtager ansvaret for akutsygeplejen.

Den nye sektorovergang vil ligeledes medføre et behov for, at kommuner og regioner arbejder sammen om at sikre, at borgere med indsatser på tværs får et godt og sammenhængende forløb. Det vil f.eks. kunne være forløb, hvor borgere modtager indsatser på tværs af social- og sundhedsområdet.

Den foreslåede ændring skal ses i sammenhæng med, at et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser endvidere vil kunne indgå samarbejde efter en ny hjemmel, som foreslås indført i sundhedslovens § 118 d, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 5, om bl.a. de opgaver, som flyttes fra kommuner til regioner, herunder den kommunale sygepleje. Bestemmelsen giver mulighed for, at regioner og kommuner vil kunne indgå kontrakter om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen. Der henvises i den forbindelse til pkt. 3.6.3 for en nærmere beskrivelse af betingelserne for kontrakter om samarbejde.

Kommuner og regioner skal sikre, at relevante data og information kan deles på tværs imellem myndigheder, således at der ikke opstår uhensigtsmæssige hindringer for den enkelte borgers forløb.

Den gældende bekendtgørelse nr. 1601 af 21. december

2007 om hjemmesygepleje, som ændret ved bekendtgørelse nr. 165 af 26. februar 2019 og tilhørende vejledning nr. 102 fra 11. december 2006 vil blive opdateret. Som led heri vil der i administrative forskrifter være behov for fornyede beskrivelser af arbejdsgange, herunder praksis for henvisning og tildeling.

Sundhedsstyrelsen vil bl.a. få til opgave at udarbejde tværgående kvalitetsstandarder, som skal bidrage til at sikre den fortsatte udvikling og styrkelse af den kommunale sygepleje. For en nærmere beskrivelse af nye nationale tværgående kvalitetsstandarder i sundhedsrådene henvises til pkt. 3.2.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Den foreslåede ændring vil ikke medføre ændringer i forhold til, at kommunerne selv er ansvarlig for at tilrettelægge og varetage den kommunale sygepleje, f.eks. i forhold til, hvor indsatserne vil skulle gives. Det vil fortsat være op til kommunalbestyrelsen selv at vurdere og beslutte, hvordan arbejdet mest hensigtsmæssigt organiseres, herunder ansættelse af personalegrupper med de nødvendige uddannelsesmæssige kvalifikationer.

Der vil med forslaget ikke blive ændret på gældende regel i § 138, stk. 2, om, at kommunalbestyrelsen kan delegeres ansvaret for tildeling af sygeplejen efter stk. 1, som udføres i en fælles kommunal sygepleje, til de øvrige kommunalbestyrelser, som indgår i det pågældende tværkommunale samarbejde.

Den kommunale sygepleje vil i henhold til Aftale om sundhedsreform 2024 skulle integreres med ældrelovsydelserne som led i udviklingen af helhedsplejen. Det vil også betyde, at det frie valg til helhedspleje også vil omfatte kommunale sygeplejeydelser efter sundhedsloven. Den konkrete model herfor skal udvikles med afsæt i den endelige afgrænsning mellem den kommunale sygepleje og akutsygeplejen, som overgår til regionerne. Formålet hermed vil være, at sikre mere sammenhæng og mere kontinuitet i indsatsen på tværs af ældreplejen og den kommunale sygepleje.

For så vidt angår finansieringsansvaret for kommunal sygepleje se bemærkningerne til § 1, nr. 21.

Til nr. 11

Det følger af sundhedslovens § 138, at kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri sygepleje efter lægehenvi-
sning til personer med ophold i kommunen.

Det foreslås, at der indsættes en ny § 138 a, hvorefter regionsrådet efter *stk. 1* er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri regional akutsygepleje efter lægehenvi-
sning til personer med ophold i regionen.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at myndigheds- og finansieringsansvaret for den vederlagsfri akutsygepleje, som i dag er organiseret i de kommunale akutfunktioner, vil overgå fra kommunalbestyrelsen til regionsrådet.

Det vil betyde, at den nuværende kommunale sygepleje vil blive opdelt i og med, at der samtidig i dette lovforslags § 1, nr. 10, foreslås, at kommunerne alene vil være ansvarlige for at varetage en del af sygeplejen i det nære sundhedsvæsen, hvilket fremadrettet benævnes »kommunal sygepleje«. Den del af den kommunale sygepleje, der foreslås flyttet til regionerne og fremadrettet vil benævnes »akutsygepleje«, vil være afgrænset til de opgaver, der i dag er omfattet af Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner med krav og anbefalinger til indsatsen.

Målgruppen for akutsygepleje vil overordnet set være patienter med somatisk sygdom og eventuel samtidig psykisk lidelse, hvor der er akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling, men uden behov for sygehusindlæggelse.

Forløbene er overvejende kendetegnet ved at være subakutte eller akutte og komplekse, hvor der kræves de særlige sundhedsfaglige kompetencer, der er til stede i akutsygeplejen. Indsatserne dækker også over mere planlagte, komplekse forløb. I dag er de kendetegnet ved de indsatser, der kaldes akutfunktionerne under kommunal sygepleje, jf. Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, 2023. Det kan f.eks. være borgere, der efter udskrivelse fra sygehus fortsat har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, der kræver særlige sygeplejefaglige kompetencer.

Den foreslåede ændring vil ikke føre til ændringer i eksisterende ordninger vedrørende tilsyn, klagemuligheder m.v.

Regionsrådet vil have ansvaret for, at der ydes vederlagsfri akutsygepleje efter lægehenvi-
sning. Regionen vil således have ansvaret for at tildele akutsygepleje til personer med ophold i regionen, uafhængigt af boform. Regionen vil have ansvaret for at foretage en konkret vurdering af borgerens behov og på den baggrund tildele relevante sygeplejefaglige indsatser i regi af akutsygeplejen.

Den foreslåede ændring vil give regionerne et større og mere samlet ansvar for at sikre behandling helt ud i borgerens eget hjem. Med forslaget vil indsatser, som kræver en vis specialisering blive regionernes ansvar. Det vil medføre et entydigt placeret ansvar for et samlet akuttillbud, der vil skulle levere ensartet døgndækket akutsygepleje alle steder i landet.

Den foreslåede ændring vil derudover understøtte en større faglig bæredygtighed for specialiserede indsatser og døgndækning, samt understøtte etableringen af funktioner, som vil skulle udføre specialiseret sygepleje i borgerens eget hjem, eller f.eks. på botilbud, plejehjem og sundheds- og omsorgspladser og på ydertidspunkter, som forventeligt vil bidrage til at mindske antallet af unødvendige indlæggelser. Den foreslåede bestemmelse forventes særligt at komme borgere til gavn i dele af landet, hvor patientgrundlaget er begrænset, og hvor det i dag kan være vanskeligt at opretholde et tilstrækkeligt fagligt bæredygtigt og døgndækket

tilbud af samme høje kvalitet som i områder med større befolkningsgrundlag. Det er centralt for organiseringen af akutsygeplejen, at indsatserne leveres i alle dele af landet med geografisk nærhed, stor tilgængelighed og i samarbejde med eller som en del af det øvrige akutberedskab, f.eks. ambulancetjeneste, lægevagt/akuttelefoner og det almenmedicinske tilbud samt den kommunale sygepleje.

Forslaget vil også kunne understøtte, at regionerne kan gennemføre en omstilling af sundhedsvæsenet ved at styrke indsatser, der understøtter behandling og opfølgning uden for sygehusene. Sygeplejefaglige indsatser i regionerne vil for eksempel kunne planlægges og udføres i sammenhæng med præhospitale indsatser og indsatser i det almenmedicinske tilbud.

Det foreslås endvidere, at der indsættes en ny § 138 a, stk. 2, hvorefter regionsrådet tilbyder kommunalbestyrelsen rådgivning og sparring i relation til indsatser efter § 138, stk. 1.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at regionerne vil blive forpligtede til at stille rådgivning og sparring til rådighed overfor kommunerne og understøtte den kommunale sygepleje.

Der vil fortsat kunne stilles forpligtende krav i kvalitetsstandarder til, at regionerne vil skulle yde sparring og vejledning til kommunerne og understøtte den kommunale sygepleje i medfør af § 118 b. Ydermere er det tydeliggjort med det foreslåede stk. 2 i § 138 a, at regionerne vil blive forpligtede til at tilbyde rådgivning og sparring til kommunerne for at sikre, at medarbejderne i den kommunale sygepleje vil kunne få nødvendig, faglig hjælp.

Regionerne vil kunne tilrettelægge akutsygeplejen ved selv at varetage opgaven, eller ved at indgå aftale med andre kommuner eller private aktører om varetagelse af opgaver i akutsygepleje. Det vil være op til regionsrådet selv at vurdere og beslutte, hvordan arbejdet mest hensigtsmæssigt organiseres, ligesom der også vil være mulighed for samarbejde med frivillige og civilsamfundet f.eks. en vågetjeneste.

Opgaveflytningen af akutsygeplejen skal også ses som led i indførelsen af de nye hjemmebehandlingsteams, som der også er indgået aftale om i Aftale om sundhedsreform 2024. Regionerne vil kunne gentænke indsatser i eller tæt på borgernes hjem, bl.a. med fokus på at øge monitorering af borgerens tilstand digitalt og køre ud i borgerens hjem og assistere med behandling og tidlige indsatser.

Den foreslåede ændring vil forventeligt kunne bidrage positivt til at løse udfordringer, der har været mellem myndighederne, hvor gevinst og investering hidtil har været adskilt, f.eks. som en barriere for, at regioner og kommuner prioriterer indsatser, der kan forebygge unødige sygehusindlæggelser. Ved i højere grad at tilrettelægge og drage fordel af, at samme region har ansvaret for flere led i indsatsen, vil dette forventelig bidrage til, at regionerne, der investerer i en styrket indsats, også høster gevinsterne.

Den foreslåede ændring vil også indebære nye snitflader, som der skal tages højde for. Det vil bl.a. medføre et behov for koordinering på tværs af regioner og kommuner. Den nye sektorovergang vil ligeledes medføre et behov for, at kommuner og regioner arbejder sammen om at sikre, at borgere med indsatser på tværs får et godt og sammenhængende forløb. Det vil f.eks. kunne være forløb, hvor borgere modtager indsatser på tværs af social- og sundhedsområdet. Der vil også kunne være tale om forløb, hvor en borger tilknyttet akutsygeplejen får behov for andre indsatser, der iværksættes samtidig med eller i umiddelbar forlængelse af akutsygeplejens indsatser. Dette vil f.eks. kunne være tilfældet, hvis der er behov for vurdering af årsager til den akut opståede sygdom og fremadrettede forebyggelse af samme. Her vil akutsygeplejen og de kommunale samarbejdspartnere kunne rådgive og sparre på tværs af fagområder, afhængigt af den enkelte patients behov.

De nye sundhedsråd vil inden for deres geografisk afgrænsede område have det umiddelbare forvaltningsansvar for den regionale akutsygepleje.

Sundhedsrådene blev etableret i lov nr. 719 af 20. juni 2025 om en ny regional forvaltningsmodel med sundhedsråd, afskaffelse af kontaktudvalg, sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler i deres nuværende form, praksisplaner, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet og nærhedsfinansiering samt konsekvensændringer i flere love som følge af sammenlægningen af Region Hovedstaden og Region Sjælland m.v.

I og med, at akutsygepleje vil skulle kunne leveres i alle dele af landet, på alle tider af døgnet og helt ud i borgerens eget hjem forudsættes, at akutsygeplejen fortsat vil have en udekørende funktion. Regionerne vil i den forbindelse kunne gøre brug af de opbyggede kompetencer i de nuværende akutfunktioner i kommunerne i forhold til etablering af akutsygeplejen.

Den foreslåede ændring skal ses i sammenhæng med, at et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser endvidere vil kunne indgå samarbejde efter en ny hjemmel, som foreslås indført i sundhedslovens § 118 d, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 5, om bl.a. de opgaver, som flyttes fra kommuner til regioner, herunder akutsygeplejen. Bestemmelsen giver mulighed for, at regioner og kommuner vil kunne indgå kontrakter om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen. Der henvises i den forbindelse til pkt. 3.6.3 for en nærmere beskrivelse af betingelserne for kontrakter om samarbejde.

Kommuner og regioner skal efter gældende regler og aftaler sikre, at relevante oplysninger kan deles via den fælles digitale infrastruktur og øvrige datadelingsløsninger, således at borgere kan tilbydes sammenhængende forløb.

Den gældende bekendtgørelse nr. 1601 af 21. december 2007 om hjemmesygepleje, som ændret ved bekendtgørelse nr. 165 af 26. februar 2019 og tilhørende vejledning nr.

102 fra 11. december 2006 vil blive opdateret. Som følge heraf vil der også være behov for fornyede beskrivelser af arbejdsgange, herunder praksis for henvisning og tildeling.

For så vidt angår finansieringsansvaret for regional akutsygepleje se bemærkningerne til § 1, nr. 22.

Til nr. 12

Det følger af sundhedslovens § 139, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om omfanget af og kravene til den kommunale sygeplejeordning.

Det foreslås, at i § 139 ændres »den kommunale sygeplejeordning« til »kommunal sygepleje efter § 138 og regional akutsygepleje efter § 138 a«.

Den foreslåede ændring vil medføre, at bemyndigelsesbestemmelsen vil kunne anvendes til at fastsætte regler om omfanget af og krav til både akutsygeplejen, som bliver regionsrådets ansvar, samt til den del af den kommunale sygepleje, som fortsat vil være kommunalbestyrelsens ansvar. Disse nærmere regler vil forventeligt afspejle det overordnede indhold i gældende bekendtgørelser på området i dag, som bl.a. omhandler målgruppe, omfang, kompetencer og tilrettelæggelse af ordningen.

Se nærmere beskrivelse af henholdsvis kommunal sygepleje og akutsygepleje under bemærkningerne til § 1, nr. 10 og 11.

Til nr. 13

(Til § 139 a)

Efter sundhedslovens § 140, stk. 1, skal kommunalbestyrelsen tilbyde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning jf. § 84 om genoptræningsplaner.

Efter § 84 fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren nærmere regler om, at regionsrådet tilbyder en genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for fortsat genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

Bemyndigelsesbestemmelsen i § 84 er udmøntet ved bekendtgørelse nr. 918 af 22. juni 2018 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus. Det fremgår bl.a., at genoptræningsplanen skal angive, om borgeren har behov for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau. Niveauerne af genoptræning er yderligere udfoldet i Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9538 af 2. juli 2018 om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner.

Ansvaret for alt genoptræning, herunder alle niveauer af genoptræning efter udskrivning fra sygehus, er således samlet i kommunerne. Regionsrådet har alene driftsansvar for

den genoptræning, som skal foregå på sygehuset eller som foregår under indlæggelse.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.1.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås, at der indsættes en ny § 139 a, hvorefter kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri almen genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84, jf. dog § 118 e, stk. 2.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at kommunalbestyrelsen alene vil have myndighedsansvar for en del af den samlede genoptræningsindsats efter udskrivning fra sygehus, nemlig for almen genoptræning. Ansvaret for den anden del af den samlede genoptræningsindsats foreslås flyttet til regionsrådet, se nærmere nedenfor om den foreslåede § 139 b.

Det foreslås derfor, at § 140 nyaffattes. Det materielle indhold i den foreslåede bestemmelse svarer til den gældende § 140, stk. 1, med den justering, at kommunalbestyrelsen fremover alene vil have ansvar for at tilbyde almen genoptræning.

Som led i sundheds- og omsorgspladserne, vil kommunalbestyrelsen, som følge af den foreslåede § 118 e, stk. 2, være undtaget fra at tilbyde almen genoptræning til borgere, som efter udskrivning fra sygehuset har behov for ophold på en sundheds- og omsorgsplads i regionen.

Kommunalbestyrelsens ansvar for almen genoptræning vil i de tilfælde først påbegynde, når borgeren ikke længere har behov for ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Se mere om genoptræning efter udskrivning på sygehus i forbindelse med ophold på sundheds- og omsorgspladser under bemærkningerne til § 1, nr. 6.

Ved »almen genoptræning« i den foreslåede bestemmelse forstås et specifikt niveau af genoptræning efter udskrivning fra sygehuset, som omfatter genoptræning på basalt niveau og genoptræning på avanceret niveau. Det er bl.a. genoptræningsindsatser, som er målrettet større patientgrupper, og som kommunen vil skulle visitere til. Disse niveauer for genoptræning følger den opdeling, som allerede fremgår af bilag 1 i bekendtgørelse nr. 918 af 22. juni 2018 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus.

Den foreslåede bestemmelse er knyttet op på en genoptræningsplan efter sundhedslovens § 84, som bl.a. vil skulle angive, hvilket niveau af genoptræning, som patienten har behov for, herunder om det er almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau.

Beskrivelserne og kriterier for, hvornår en patient har behov for de forskellige niveauer af genoptræning, er yderligere

udfoldet i Sundhedsstyrelsens vejledning, herunder krav til forekomst, udstyr og organisering.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at Sundhedsstyrelsen vil skulle opdatere beskrivelsen af niveauerne for genoptræning, herunder præcisere den faglige afgrænsning af bl.a. målgrupperne for almen genoptræning, herunder genoptræning på basalt niveau og genoptræning på avanceret niveau.

Den foreslåede bestemmelse ændrer ikke på, at genoptræning efter udskrivning vil omfatte alle patienter uanset diagnose og alder, der på udskrivningstidspunktet har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, der relaterer sig til den aktuelle sygehuskontakt.

Den foreslåede bestemmelse henviser fortsat til bemyndigelsesbestemmelsen om, at der vil kunne fastsættes nærmere regler om genoptræningsplaner efter udskrivning fra sygehus. Det er således hensigten, at det nuværende indhold i bekendtgørelse og vejledning i forhold til kommunalbestyrelsens forpligtelser for varetagelse af almen genoptræning på baggrund af genoptræningsplanen vil blive videreført.

Den foreslåede henvisning til bestemmelsen om genoptræningsplaner er også en videreførelse af gældende ret og vil bl.a. medføre, at kommunen ikke vil kunne tilsidesætte den lægefaglige vurdering af genoptræningsbehovet. For borgere, som udskrives med en genoptræningsplan til almen genoptræning, skal der fortsat laves en sundhedsfaglig vurdering i kommunen af, hvorvidt borgeren har behov for genoptræning på basalt eller avanceret niveau.

Udskrivningstidspunktet vil fastlægge tidspunktet for kommunens myndighedsansvar for at tilbyde genoptræningen, og såfremt der af sundhedsfaglige grunde er behov for en udskudt opstart af genoptræning, vil dette skulle fremgå af genoptræningsplanen.

Genoptræningsplanen vil desuden fortsat skulle indeholde oplysninger om, hvordan bopælsregionen og bopælskommunen kan kontaktes med henblik på koordinering af genoptræningsforløbet. Dette er også relateret til, at patienters behov for genoptræning vil kunne ændre sig undervejs i et genoptrænings- eller rehabiliteringsforløb i takt med at funktionsevneniveauet bedres. Der vil derfor kunne være behov for løbende justeringer i indsatser og niveauer, hvilket også nødvendiggør koordination mellem kommuner og regioner.

Den foreslåede bestemmelse vil ikke føre til ændringer vedrørende myndighedernes ansvar for så vidt angår tilsyn, borgernes klagemuligheder m.v.

Den foreslåede bestemmelse vil ikke ændre på, at tilbud om genoptræning efter denne bestemmelse ikke vil kunne ydes samtidig med eller erstattes af f.eks. tilskud til fysioterapeutisk behandling efter sundhedslovens § 67 om tilskud til fysioterapi i privat praksis. Hvis en person, der er omfattet af ordningen om vederlagsfri fysioterapi efter sundhedslovens § 140 a, har et lægefagligt begrundet behov for

genoptræning efter udskrivning fra sygehus i forbindelse med behandling for anden tilstand end knyttet op på den vederlagsfri fysioterapeutiske behandling, vil personen skulle tilbydes vederlagsfri genoptræning efter den foreslåede § 139 a og sygehuset skal udarbejde en genoptræningsplan i forbindelse med, at behandlingen på sygehuset afsluttes.

Det indholdsmæssige i bekendtgørelsen og vejledningen i forhold til forpligtelserne i forbindelse med varetagelse af genoptræning på baggrund af genoptræningsplanen vil også blive videreført.

Bekendtgørelsen og vejledningen vil blive tilpasset den ændrede ansvarsfordeling for genoptræning, og afspejle, at der fremover vil være to myndigheder med ansvar for genoptræning efter udskrivning, samt at der indføres sundheds- og omsorgspladser i regionerne.

De øvrige gældende regler i forhold til at tilbyde genoptræning efter sundhedsloven vil i vid udstrækning blive videreført, se mere under bemærkningerne til § 1, nr. 14.

(Til § 139 b)

Efter sundhedslovens § 140, stk. 1, skal kommunalbestyrelsen tilbyde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84 om genoptræningsplaner.

Efter § 84 fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren nærmere regler om, at regionsrådet tilbyder en genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for fortsat genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

Bemyndigelsesbestemmelsen i § 84 er udmøntet ved bekendtgørelse nr. 918 af 22. juni 2018 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus. Det fremgår bl.a., at genoptræningsplanen skal angive, om borgeren har behov for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau. Niveauerne af genoptræning er yderligere udfoldet i vejledning nr. 9538 af 2. juli 2018 om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner.

Ansaret for alt genoptræning, herunder alle niveauer af genoptræning efter udskrivning fra sygehus, er således samlet i kommunerne. Regionsrådet har i dag alene driftsansvar for den genoptræning, som skal foregå på sygehuset. Derudover har regionsrådet ansvar for genoptræning, som foregår under indlæggelse.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.1.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås, at der indsættes et nyt § 139 b, hvorefter regionsrådet tilbyder vederlagsfri genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at regionsrådet vil have myndigheds- og finansieringsansvar for en del af den samlede genoptræningsindsats efter udskrivning fra sygehus, nemlig for genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau. Ansvar for den almene del af den samlede genoptræningsindsats foreslås bibeholdt i kommunerne, se nærmere ovenfor om den foreslåede § 139 a.

Det foreslås derfor, at § 140 nyaffattes. Det materielle indhold i den foreslåede bestemmelse svarer til den gældende § 140, stk. 1, med den justering, at det fremover vil være regionsrådet, der har ansvar for at tilbyde genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau.

Sundhedsstyrelsen har vurderet, at en lille gruppe af de patienter, der i dag modtager genoptræning på avanceret niveau med fordel kan omfattes af målgruppen for rehabilitering på specialiseret niveau. Det skyldes deres genoptræningsbehov, og at de har omfattende funktionsevnenedsætninger af betydning for flere livsområder. Det medfører, at rehabilitering på specialiseret niveau fremover udvides til også at omfatte de mest specialiserede dele af genoptræning på avanceret niveau.

Ved »genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau« i den foreslåede bestemmelse forstås specifikke niveauer af genoptræning efter udskrivning fra sygehuset. Det er bl.a. genoptræningsindsatser, som er målrettet mindre patientgrupper med specialiserede og komplekse behov, og som regionen vil skulle visitere til. De to niveauer for genoptræning følger den opdeling, som allerede fremgår af bilag 1 i bekendtgørelse nr. 918 af 22. juni 2018.

Behov for rehabilitering på specialiseret niveau ved udskrivning fra sygehus kan både omfatte ambulante og døgn-dækkende indsatser m.v. Hvis en borger har behov for døgn-dækkende indsatser kan selve opholdet både foregå på et opholdssted efter anden lovgivning, eller regionen kan selv oprette pladser til formålet. Det kan dog ikke foregå på regionernes sundheds- og omsorgspladser jf. den foreslåede § 118 e, stk. 2. Det vil dog være muligt for regionen at oprette pladser målrettet rehabilitering på specialiseret niveau efter § 139 b på den samme matrikel som sundheds- og omsorgspladser. Se nærmere om sundheds- og omsorgspladser under § 1 nr. 6.

Borgere med behov for rehabilitering på specialiseret niveau vil desuden ofte have behov for flere forskellige sundhedsindsatser efter sundhedsloven og andre indsatser efter anden lovgivning, som en del af en bredere rehabiliteringsindsats.

Den foreslåede bestemmelse er knyttet op på en genoptræningsplan efter sundhedslovens § 84, som bl.a. vil skulle angive, hvilket niveau af genoptræning, som patienten har behov for, herunder om det er almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau.

Genoptræningsplaner for patienter med behov for rehabilite-

ring på specialiseret niveau vil fortsat skulle beskrive patientens samlede funktionsevne samt patientens samlede behov for rehabiliteringsindsatser på udskrivelsestidspunktet.

Beskrivelserne og kriterier for, hvornår en patient har behov for de forskellige niveauer af genoptræning, er yderligere udfoldet i Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9538 af 2. juli 2018 om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner, herunder krav til forekomst, udstyr og organisering.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at Sundhedsstyrelsen vil skulle opdatere beskrivelsen af niveauerne for genoptræning, herunder præcisere den faglige afgrænsning af bl.a. målgrupperne for genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau.

Den foreslåede bestemmelse ændrer ikke på, at genoptræning efter udskrivning vil omfatte alle patienter uanset diagnose og alder, der på udskrivningstidspunktet har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, der relaterer sig til den aktuelle sygehuskontakt.

Den foreslåede bestemmelse henviser fortsat til bemyndigelsesbestemmelsen om, at der vil kunne fastsættes nærmere regler om genoptræningsplaner efter udskrivning fra sygehus. Den foreslåede binding til bestemmelsen om genoptræningsplaner vil bl.a. medføre, at regionen ikke vil kunne tilsidesætte den lægefaglige vurdering af genoptræningsbehovet.

Det er således hensigten, at det nuværende indhold i bekendtgørelse og vejledning i forhold til regionsrådets forpligtelser for genoptræningsplaner og varetagelse af genoptræning på baggrund heraf vil blive videreført og blot tilpasset det ændrede opgaveansvar. Det gælder regionernes ansvar for genoptræning på specialiseret niveau, som allerede i dag foregår på sygehuset, hvor både myndigheds- og finansieringsansvaret fremover vil være regionalt. Se nærmere herom i bemærkningerne til lovforslagets § 1, nr. 24. Derudover udvides regionernes ansvarsområde til også at omfatte rehabilitering på specialiseret niveau.

Udskrivningstidspunktet vil fastlægge tidspunktet for regionens myndighedsansvar for at tilbyde genoptræningen og såfremt der af sundhedsfaglige grunde er behov for en udskudt opstart af genoptræning, vil dette skulle fremgå af genoptræningsplanen. Det forventes i den sammenhæng fastsat, at genoptræningsplanen fremover vil skulle sendes til bopælsregionen, den praktiserende læge og bopælskommunen.

Genoptræningsplanen vil desuden fortsat skulle indeholde oplysninger om, hvordan bopælsregionen og bopælskommunen kan kontaktes med henblik på koordinering af genoptræningsforløbet. Dette er også relateret til, at patienters behov for genoptræning vil kunne ændre sig undervejs i et genoptrænings- eller rehabiliteringsforløb i takt med at funktionsevneniveauet bedres. Der vil derfor kunne være behov for løbende justeringer i indsatser og niveauer, hvil-

ket også nødvendiggør koordination mellem kommuner og regioner.

Den foreslåede bestemmelse vil ikke føre til ændringer vedrørende myndighedernes ansvar for så vidt angår tilsyn, borgernes klagemuligheder m.v.

Den foreslåede bestemmelse vil ikke ændre på, at tilbud om genoptræning efter denne bestemmelse ikke vil kunne ydes samtidig med eller erstattes af f.eks. tilskud til fysioterapeutisk behandling efter sundhedslovens § 67 om tilskud til fysioterapi i privat praksis. Hvis en person, der er omfattet af ordningen om vederlagsfri fysioterapi efter sundhedslovens § 140 a, har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus i forbindelse med behandling for anden tilstand end knyttet op på den vederlagsfri fysioterapeutiske behandling, vil personen skulle tilbydes vederlagsfri genoptræning efter den foreslåede § 139 a og sygehuset skal udarbejde en genoptræningsplan i forbindelse med, at behandlingen på sygehuset afsluttes.

Regionsrådet vil forventeligt kunne drage fordel af at tilrettelægge genoptræningsindsatserne i forlængelse af regionsrådets nuværende ansvar for genoptræning under indlæggelse.

Det indholdsmæssige i bekendtgørelsen og vejledningen i forhold til forpligtelserne i forbindelse med varetage af genoptræning på baggrund af genoptræningsplanen vil også blive videreført og tilpasset regionsrådets ansvar.

De øvrige gældende regler i forhold til at tilbyde genoptræning efter sundhedsloven vil i vid udstrækning blive videreført, se mere i bemærkningerne til lovforslagets § 1, nr. 14.

Til nr. 14

Det fremgår af sundhedslovens § 140, stk. 1, at kommunalbestyrelsen skal tilbyde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning og en genoptræningsplan, jf. § 84 om genoptræningsplaner.

Det følger af § 140, stk. 2, at kommunalbestyrelsens indsats efter stk. 1 tilrettelægges i sammenhæng med de kommunale træningstilbud m.v. i henhold til anden lovgivning.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.1.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 140, stk. 1, at kommunalbestyrelsens og regionsrådets indsatser efter §§ 139 a og 139 b tilrettelægges i sammenhæng med andre relaterede kommunale og regionale træningsindsatser m.v.

Den foreslåede bestemmelse er en videreførelse af gældende ret og vil medføre, at genoptræning, som kan udgøre en del af en bred rehabiliteringsindsats på linje med andre tilbud efter anden lovgivning, vil kunne tilrettelægges i det lys. Det overordnede hensyn i forhold til tilrettelæggelsen vil være,

at indsatserne har det samlede formål at forbedre eller vedligeholde patientens funktionsevne. Det kan f.eks. være indsatser i sundhedsloven såsom patientrettet forebyggelse efter § 119, stk. 3, samt på det sociale område, specialundervisningsområdet og beskæftigelsesområdet.

Kommunalbestyrelsens ansvar for almen genoptræning vil i medfør af bestemmelsen kunne supplere og tilrettelægges i henhold til relaterede indsatser i både kommune og region, herunder også kommunernes ansvar for andre trænings- og rehabiliteringsindsatser efter anden lovgivning f.eks. efter den sociale lovgivning.

Tilsvarende vil regionsrådets ansvar for genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau ligeledes kunne supplere og tilrettelægges i henhold til relaterede indsatser i både regioner og kommuner, også indsatser efter anden lovgivning såsom lovgivning på det sociale område, specialundervisningsområdet og beskæftigelsesområdet.

De nye sundhedsråd vil inden for deres geografisk afgrænsede område have det umiddelbare forvaltningsansvar for rehabilitering på specialiseret niveau. Sundhedsrådene forventes at få en central rolle i at sikre det fortsatte fokus på sammenhængende forløb for personer med behov for genoptræning og samtidige indsatser efter anden lovgivning, som f.eks. kommunen står for at visitere til. Med henblik på at sikre sammenhæng og koordination i håndteringen kan det være relevant og hensigtsmæssigt at indgå nærmere samarbejdsaftaler om at sikre sammenhængende genoptrænings- og rehabiliteringsforløb. Sundhedsrådene blev etableret i lov nr. 719 af 20. juni 2025 om en ny regional forvaltningsmodel med sundhedsråd, afskaffelse af kontaktudvalg, sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler i deres nuværende form, praksisplaner, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet og nærhedsfinansiering samt konsekvensændringer i flere love som følge af sammenlægningen af Region Hovedstaden og Region Sjælland m.v.

Den foreslåede bestemmelse vil desuden medføre, at Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9538 af 2. juli 2018, bl.a. vil blive revideret i forhold til, hvordan der fortsat skal sikres sammenhængende, helhedsorienterede og koordinerede genoptræningsforløb på tværs af regioner og kommuner. Derudover vil revideringen beskrive myndighedernes ansvar for at tilrettelægge genoptræningsindsatsen i sammenhæng med øvrige relevante rehabiliteringsindsatser i henhold til sundhedsloven og anden lovgivning, som henholdsvis regionen eller kommunen har ansvaret for.

Derudover forventes det, at kommuner og regioner vil sikre sammenhæng for borgerens forløb på tværs af sektorer. Det gælder f.eks. på hjerneskadeområdet, hvor flere kommuner i dag f.eks. har koordinerende funktioner enten i form af hjerneskadekoordinatorer eller koordinerende teams.

Efter § 140, stk. 3, kan kommunalbestyrelsen tilvejebringe tilbud om genoptræning i henhold til stk. 1 ved at etablere

behandlingstilbud på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser, regionsråd eller private institutioner.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.1.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 140, stk. 2, at kommunalbestyrelsen henholdsvis regionsrådet kan tilvejebringe tilbud om genoptræning efter §§ 139 a og 139 b ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftaler herom med andre kommunalbestyrelser, regionsråd eller private institutioner.

Den foreslåede bestemmelse er en videreførelse af gældende ret, som giver kommuner og regioner mulighed for at vurdere og træffe beslutninger om, hvordan genoptræningsindsatserne skal løftes inden for de i loven foreslåede afgrænsede niveauer. Myndighederne vil på denne måde kunne vurdere ud fra egne lokale forhold og muligheder, hvordan opgaverne løses bedst.

Som det fremgår af bemærkningerne til den foreslåede § 139 b, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 13, flyttes ansvaret for genoptræningsniveauet rehabilitering på specialiseret niveau til regionsrådet. Det er dog ikke hensigten, at disse indsatser fremover vil skulle foregå på sygehuset. Det ændrede ansvar for rehabilitering på specialiseret niveau vil kunne medføre, at regionerne nogle steder samler indsatserne for at sikre en bæredygtig opgaveløsning i høj kvalitet. Det vil kunne betyde, at der for nogle borgere med behov for rehabilitering på specialiseret niveau, kan blive længere til tilbud om genoptræning. Regionsrådet vil dog skulle tage et vist hensyn til at sikre nærhed i indsatserne i det omfang, det er muligt.

Grundlaget for overvejelser om et muligt kommunalt driftsansvar skal bero på en samlet vurdering og med afsæt i parametre om høj kvalitet, faglig og økonomisk bæredygtighed og geografisk nærhed for borgeren. Såfremt det ønskes, at kommunerne varetager et driftsansvar for rehabilitering på specialiseret niveau, skal der indgås individuelle lokale driftsaftaler mellem kommunerne og regionerne. Det gælder både for eksisterende tilbud og for tilbud der oprettes af sundhedsrådet. Det er forventningen, at det alene vil være et lille antal kommuner, der vil kunne varetage driften af rehabilitering på specialiseret niveau.

Den foreslåede ændring skal ses i sammenhæng med, at et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser endvidere vil kunne indgå samarbejde efter en ny hjemmel, som foreslås indført i sundhedslovens § 118 d, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 5, om bl.a. de opgaver, som flyttes fra kommuner til regioner, som f.eks. genoptræningsindsatser. Bestemmelsen giver mulighed for, at regioner og kommuner vil kunne indgå kontrakter om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen. Der henvises i den forbindelse til pkt. 3.6.3 for

en nærmere beskrivelse af betingelserne for kontrakter om samarbejde.

For nærmere beskrivelse om kommuner og regioners tilrettelæggelse, herunder tilsyn i den forbindelse, henvises til gennemgang af foreslåede § 140, stk. 6 nedenfor.

Det følger af § 140, stk. 4, at en person, der udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan, kan, medmindre genoptræningen skal foregå på sygehus, vælge at modtage genoptræningen hos en privat leverandør, som KL har indgået aftale med efter stk. 5, hvis kommunalbestyrelsen ikke inden for syv dage efter udskrivning fra sygehus kan tilbyde opstart af genoptræningen, jf. stk. 3. Angiver genoptræningsplanen, at genoptræningen af sundhedsfaglige grunde først bør opstartes på et senere tidspunkt end udskrivningstidspunktet, regnes fristen dog fra dette tidspunkt.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.1.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 140, stk. 3, at en person, der udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan, jf. § 84, kan, medmindre genoptræningen skal foregå på sygehus eller på en sundheds- og omsorgsplads efter § 118 e, stk. 2, vælge at modtage genoptræningen hos en privat leverandør, som KL henholdsvis Danske Regioner har indgået aftale med efter stk. 4, hvis kommunalbestyrelsen eller regionsrådet ikke inden for syv dage efter udskrivning fra sygehus kan tilbyde opstart af genoptræningen, jf. stk. 2. For borgere med ophold på en sundheds- og omsorgsplads efter § 118 e, stk. 2, med fortsat genoptræningsbehov efter § 139 a, vil fristen regnes fra endt ophold på sundheds- og omsorgspladsen. Angiver genoptræningsplanen, at genoptræningen af sundhedsfaglige grunde først bør opstartes på et senere tidspunkt end udskrivningstidspunktet, regnes fristen dog fra dette tidspunkt.

Bestemmelsen omhandler frit valg til genoptræning, som giver personer, som er udskrevet til genoptræning, ret til at vælge en privat leverandør af genoptræning, hvis de ikke kan tilbydes genoptræning inden for syv dage.

Det er en videreførelse af retten til frit valg til genoptræning, som blev indført ved lov nr. 557 af 29. maj 2018 om ændring af bl.a. sundhedsloven, der trådte i kraft d. 1. juli 2018, og som bygger på erfaringerne med det udvidede frie sygehusvalg.

Ved »opstart« i den foreslåede bestemmelse forstås det første møde med en sundhedsperson, der skal varetage hele eller dele af borgerens genoptræning. Dette første møde med en sundhedsperson kan som udgangspunkt tilbydes som en almindelig konsultation eller alternativt som f.eks. en tele- eller videokonsultation, såfremt der er et alternativ til den digitale konsultation, hvis borgeren måtte ønske det. Digitale konsultationer er underlagt samme gældende regler, faglige normer og retningslinjer som i andre behandlingssituationer.

Undtaget fra fristen på syv kalenderdage efter udskrivning

vil således være de situationer, hvor ventetiden er sundhedsfagligt begrundet eller skyldes patientens eget ønske. Sundhedsfagligt begrundet ventetid vil være tilfælde, hvor genoptræningen af hensyn til behandlingen ikke vil kunne påbegyndes umiddelbart efter udskrivningen.

Det kan f.eks. være, hvis opstart af genoptræningen vil skulle afvente, at patienten afbandageres. I disse tilfælde vil sygehuset ved udarbejdelsen genoptræningsplanen skulle angive i planen, hvornår genoptræningen i stedet vil kunne påbegyndes. I disse tilfælde vil de syv dage derfor skulle tælles fra det sundhedsfagligt begrundede tidspunkt i stedet.

Den foreslåede ordning om frit valg til genoptræning vil ikke gælde for genoptræning i de tilfælde, hvor borgeren efter udskrivelse fra sygehus har behov for ophold på en sundheds- og omsorgsplads i regionen jf. den foreslåede § 118 e, stk. 2, i lovforslagets § 1, nr. 6. Disse borgere vil være omfattet af reglerne for sundheds- og omsorgspladser. Tidsfristen for opstart af genoptræning inden for syv kalenderdage, vil i de tilfælde, hvor borgere har behov for ophold på en sundheds- og omsorgsplads, således først gælde fra det tidspunkt, hvor borgeren ikke længere har ophold på en sundheds- og omsorgsplads. I den forbindelse gøres der opmærksom på, at døgnophold til borgere med behov for rehabilitering på specialiseret niveau ikke kan foregå på regionernes sundheds- og omsorgspladser jf. den foreslåede § 118 e, stk. 2, i lovforslagets § 1, nr. 6 og den foreslåede § 139 b i lovforslagets § 1, nr. 13. Undtagelserne for tidsfristen til genoptræning omfatter derfor ikke rehabilitering på specialiseret niveau, som således vil være omfattet af hovedreglen i den foreslåede bestemmelse om frit valg.

Se mere om varetagelse af genoptræning efter udskrivning på sygehus i forbindelse med ophold på sundheds- og omsorgspladser under bemærkningerne til lovforslagets § 1, nr. 6.

Den foreslåede ordning vil ikke gælde for genoptræning på specialiseret niveau, der foregår på sygehus. Denne genoptræning er allerede i dag omfattet af frit og udvidet frit sygehusvalg, jf. § 7, stk. 6, i bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus.

Kommunalbestyrelsen og regionsrådet kan, som foreslået i § 140, stk. 2, tilvejebringe tilbud om genoptræning ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser, regionsråd eller private institutioner.

Efter § 140, stk. 5, indgår KL på kommunernes vegne aftale med de private leverandører om levering af genoptræning efter stk. 4.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.1.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 140, stk. 4, at KL indgår på kommunernes vegne aftale med private leverandører om levering af genop-

træning efter § 139 a. Danske Regioner indgår på regionernes vegne aftale med private leverandører om levering af genoptræning efter § 139 b.

Den foreslåede bestemmelse er en videreførelse af gældende ret og vil indebære, at samtlige kommuner og regioner vil være bundet af henholdsvis KLs og Danske Regioners aftale. Der vil således ikke være mulighed for, at den enkelte kommune eller region vil kunne vælge at stå uden for aftalen og selv indgå aftale. Dette vil også være tilfældet i den situation, hvor en kommune eller region skulle vælge at udtræde af KL eller Danske Regioner.

Den foreslåede bestemmelse er sprogligt justeret for at afspejle, at KL kan indgå aftaler for kommunerne, og Danske Regioner kan indgå aftaler for regionerne. Derudover er den foreslåede bestemmelse en videreførelse af gældende ret, hvorefter KL og nu også Danske Regioner vil være bemyndiget til at indgå aftalerne med de private leverandører af genoptræning i ordningen.

KL og Danske Regioner vil skulle indgå aftale med de leverandører, der måtte ønske det, forudsat at de lever op til de fastsatte krav til kvalitet, dokumentation, kommunikation m.v.

KL og Danske Regioner vil kunne afvise at indgå aftaler med leverandører, der ikke lever op til de fastsatte krav i ordningen. Det forudsættes, at KL og Danske Regioner ved aftaleindgåelsen med de private leverandører søger at sikre den bedst mulige dækning af de private tilbud i ordningen, under forudsætning af, at ydelserne kan leveres med den fornødne kvalitet.

Den nærmere afgrænsning af ydelser, specifikke kvalitetskrav og vilkår m.v. fastsættes i aftalerne mellem KL eller Danske Regioner og de private leverandører.

Ifølge § 140, stk. 6, fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren nærmere regler om patienternes mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kommunalbestyrelsens forpligtelser i forhold til udmøntningen af stk. 4, herunder om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at informere borgerne om deres muligheder for frit valg og vilkårene herfor, og om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at føre tilsyn med leverandørerne, der indgår aftale efter stk. 5. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om leverandørernes forpligtelser i forhold til modtagelse af borgere i ordningen, om deklaration af oplysninger til brug for borgerens frie valg og dokumentation af faglige kvalifikationer og leveret genoptræning og om information om ændringer i borgerens behov. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om betingelser for borgerens valg af leverandør efter stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren kan endvidere fastsætte regler om KLs aftaleindgåelse med leverandører, herunder om brug af underleverandører og tilsyn med leverandører.

Bemyndigelsen om, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om patienternes mulighed for at

vælge mellem genoptræningstilbud, er udmøntet i bekendtgørelse nr. 918 af 22. juni 2018 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.1.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 140, stk. 5, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om borgerens mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud efter stk. 2 og 3.

Bemyndigelsesbestemmelserne i den gældende stk. 6 vil således blive delt op i selvstændige stykker for læsevenlighedens skyld.

Den foreslåede videreførelse af bestemmelsen vil medføre, at der også fremover vil være en bemyndigelse for indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler om patienternes mulighed for at vælge mellem disse genoptræningstilbud.

Bemyndigelsen forventes at blive udmøntet med afsæt i den eksisterende bekendtgørelse nr. 918 af 22. juni 2018 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus.

Bekendtgørelsen vil skulle opdateres som følge af de foreslåede ændringer i opgaveansvaret for genoptræningsniveauerne. Bekendtgørelsen forventes fortsat at ville indeholde nærmere regler om fritvalgsordningen, herunder at patienterne også vil kunne vælge genoptræningstilbud på andre kommuners eller regioners institutioner på det til patienten angivne specialiseringsniveau.

Bestemmelsens videreførelse vil ikke medføre ændringer i, at en kommunes eller regions genoptræningsinstitution af kapacitetsmæssige årsager vil kunne afvise at modtage patienter, der har bopæl i en anden kommune eller region, hvis institutionen har væsentlig længere ventetider til genoptræning end andre kommunale eller regionale genoptræningsinstitutioner, og hvis væsentlige hensyn til patienter fra egen kommune eller region ellers vil blive tilsidesat.

Som efter gældende regler vil personer, som efter udskrivning har behov for genoptræning, som ydes på et sygehus, kunne vælge mellem enhver regions sygehuse.

Ifølge § 140, stk. 6, fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren nærmere regler om patienternes mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kommunalbestyrelsens forpligtelser i forhold til udmøntningen af stk. 4, herunder om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at informere borgerne om deres muligheder for frit valg og vilkårene herfor, og om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at føre tilsyn med leverandørerne, der indgår aftale efter stk. 5. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om leverandørernes forpligtelser i forhold til modtagelse af borgere i ordningen, om deklaration af oplysninger til brug for borgerens frie

valg og dokumentation af faglige kvalifikationer og leveret genoptræning og om information om ændringer i borgerens behov. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om betingelser for borgerens valg af leverandør efter stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren kan endvidere fastsætte regler om KLs aftaleindgåelse med leverandører, herunder om brug af underleverandører og tilsyn med leverandører.

Bemyndigelsen om, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kommunalbestyrelsens forpligtelser i forhold til udmøntningen af stk. 4, herunder om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at informere borgerne om deres muligheder for frit valg og vilkårene herfor, og om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at føre tilsyn med leverandørerne, der indgår aftale efter stk. 5, er udmøntet i bekendtgørelse nr. 918 af 22. juni 2018 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.1.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 140, stk. 6, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kommunalbestyrelsens og regionsrådets forpligtelser i forhold til udmøntningen af stk. 3, herunder om kommunalbestyrelsens og regionsrådets forpligtelse til at informere borgerne om frit valg og vilkårene herfor, og om kommunalbestyrelsens og regionsrådets forpligtelse til at føre tilsyn med leverandørerne, der indgår aftale efter stk. 4.

Bemyndigelsesbestemmelserne i den gældende stk. 6 vil således blive delt op i selvstændige stykker for læsevenlighedens skyld.

Den foreslåede bestemmelse er en videreførelse af gældende ret, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren vil være bemyndiget til at kunne udstede regler om, at henholdsvis kommunalbestyrelsen og regionsrådet hurtigt vil skulle afklare, hvor og hvornår der vil kunne gives et kommunalt eller regionalt tilbud om genoptræning.

Bemyndigelsen forventes at blive udmøntet med afsæt i den eksisterende bekendtgørelse nr. 918 af 22. juni 2018 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, hvori det indholdsmæssige vil blive videreført og foreslås tilpasset i forhold forslaget om, at regionsrådet fremover også vil få ansvar for at sikre frit valg til genoptræning.

Bemyndigelsesbestemmelsen forventes udmøntet i administrative regler, som vil videreføre regler i gældende bekendtgørelser, herunder om at kommunalbestyrelsen med ansvar for almen genoptræning vil skulle oplyse, hvilken type almen genoptræning, som kommunen har vurderet, der er behov for, herunder om det er på basalt eller avanceret niveau.

Videre forventes videreført nærmere regler om frit valg, opstartskriteriet i forhold til muligheden for frit valg, orientering til borgeren om tidspunkt for opstart og muligheden

for at benytte en privat leverandør af genoptræning. Det er en forudsætning for, at borgeren kan tage stilling til, om borgeren ønsker at benytte det frie valg, at borgere oplyses om, hvilken genoptræning kommunalbestyrelsen har vurderet er nødvendig inden for almen genoptræning, og at samtlige borgere oplyses om, hvornår genoptræningen kan opstartes. Det er afgørende for borgerens mulighed for at se, hvilke leverandører borgeren kan vælge og dermed borgerens mulighed for at benytte det frie valg.

Det er endvidere en forudsætning, at borgeren tidligt modtager disse oplysninger, så borgeren har mulighed for at undersøge, om der er en privat leverandør, der kan tilbyde hurtigere opstart. Der vil derfor blive stillet krav om, at kommunen og regionen efter få dage har taget stilling til, hvilken type genoptræning inden for almen genoptræning og opstartsdato, der skal tilbydes borgeren, og har informeret borgeren herom.

Der forventes ligeledes videreført administrative regler om, at informationen fra kommunen eller regionen til borgeren skal foreligge via digital post, medmindre borgeren er undtaget fra at modtage digital post, som det følger af lov om Digital Post fra offentlige afsendere. Borgeren vil herefter kunne tage stilling til, om borgeren ønsker at benytte det kommunale eller regionale tilbud, eller om borgeren ønsker at benytte sig af muligheden for det frie valg.

Borgeren vil alene kunne vælge en leverandør, der kan levere den genoptræning, som kommunen eller regionen visiterer til på baggrund af genoptræningsplanen.

Det vil være udgangspunktet for fastsættelsen af de nærmere regler om muligheden for at vælge mellem private leverandører i ordningen, at kommunalbestyrelsen og regionsrådet kan afvise borgerens mulighed for at benytte en privat leverandør, såfremt den ønskede private leverandør har en længere ventetid på opstart end kommunalbestyrelsen eller regionsrådet har tilbudt, eller hvis den ønskede leverandør ikke har indgået aftale med KL og Danske Regioner om den pågældende type af genoptræning. Hvis den private leverandør, som borgeren ønsker at benytte, kan tilbyde opstart senest samtidig med den kommunale og regionale leverandør og har indgået aftale med KL og Danske Regioner om den pågældende type af genoptræning, er kommunalbestyrelsen og regionsrådet ikke længere forpligtet til at stille den tilbudte kommunale og regionale opstartstid til rådighed, og den tilbudte tid kan herefter tilbydes en anden borger.

Borgeren vil dog ikke miste retten til genoptræning i kommunalt eller regionalt regi, såfremt et genoptræningsforløb ved en privat leverandør i ordningen f.eks. må afbrydes som følge af uforudsete omstændigheder m.v.

Kommunalbestyrelsen og regionsrådet vil, udover den forelåede bemyndigelsesbestemmelse, have en almindelig ret og pligt til at føre tilsyn med udførelsen af opgaven som en del af myndighedsansvaret for opgaven, jf. også lovforslagets § 1, nr. 13 og bemærkningerne dertil.

Styrelsen for Patientsikkerhed fører tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet, det vil sige i forhold til alle typer af behandlingssteder i sundhedsvæsenet, jf. sundhedslovens § 213, stk. 1. Det fremgår af sundhedslovens § 213, stk. 2, at Styrelsen for Patientsikkerhed løbende gennemfører tilsyn med udvalgte behandlingssteder nævnt i § 213 c, stk. 1, ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerhed. Der er tale om et risikobaseret tilsyn. Det fremgår af sundhedslovens § 213 c, stk. 1, at sygehusenheder, klinikker, praksisser, plejecentre, plejehjem, bosteder, sundheds- eller genoptræningssteder og andre behandlingssteder, hvor sundhedspersoner udøver behandling, skal lade sig registrere hos de centrale sundhedsmyndigheder, jf. dog stk. 2 og 3. Det fremgår af sundhedslovens § 213 c, stk. 3, at Styrelsen for Patientsikkerhed fastsætter nærmere regler om registrering efter stk. 1, herunder regler om nærmere afgrænsning af de behandlingssteder der skal lade sig registrere, undtagelser til denne registrering, og at registrering skal ske elektronisk. Denne bemyndigelse er udmøntet ved bekendtgørelse nr. 1206 af 20. november 2024 om registrering af, underretning om og tilsyn med offentlige og private behandlingssteder m.v.

Leverandører af frit valg af genoptræning vil være omfattet af Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn efter sundhedslovens § 213. Da der allerede føres tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed af Styrelsen for Patientsikkerhed, og da KL og Danske Regioner kan stille krav om dokumentation for relevante faglige kvalifikationer m.v., er der allerede en række forhold vedrørende kvalitet, som kommunerne og regionerne ikke behøver at føre tilsyn med.

Samtidig vurderes det, at der med lovforslaget kan etableres tilstrækkeligt grundlag for at sikre, at kommunerne og regionerne har et omfattende vidensgrundlag om leverandørerne og dermed allerede har en sikkerhed for, hvad leverandørerne kan og skal levere, hvilket yderligere begrænser behovet for at føre tilsyn med leverandørerne. Der vil således stadig påhvile kommunerne og regionerne et ansvar for, at opgaveløsningen sker inden for rammerne af genoptræningsplanen og med den fornødne kvalitet m.v.

Kommunalbestyrelsen og regionsrådet vil fortsat have en tilsynsforpligtelse, men der vurderes ikke at være behov for, at den enkelte kommune eller region fører regelmæssigt tilsyn med hver enkelt leverandør af genoptræningsydelser til kommunens og regionens borgere, ligesom der ikke i reglerne vil blive stillet krav om en særlig kadence for kommunalbestyrelsens og regionsrådets tilsyn.

Kommunernes og regionernes tilsyn med de private leverandører i ordningen forudsættes at omhandle, hvorvidt leverandørerne lever op til de gældende krav. Ved tilsynene kan kommunen og regionen således som udgangspunkt ikke forlange, at private leverandører skal leve op til krav, som kommunen og regionen ikke selv skal leve op til ved

levering af genoptræningen, og tilsynene må ikke være uforholdsmæssigt byrdefulde for de private leverandører.

Det vil således være op til den enkelte kommune og region at beslutte, hvordan tilsynet skal tilrettelægges og hvor omfattende et tilsyn, der skal føres. Hvis der f.eks. stilles krav til leverandørernes dokumentation af forløb, vil kommunerne og regionen således have en viden om, hvordan opgaven udføres, og vil kunne koncentrere sit tilsyn i forhold til sager, hvor der vurderes at være problemer med leverancerne.

Det er udmøntet i kapitel 5 i bekendtgørelse nr. 919 af 22. juni 2018 om aftaleindgåelse i forhold til frit valg af genoptræning efter sundhedsloven. Det indholdsmæssige vil blive videreført og foreslås tilpasset i forhold forslaget om, at regionsrådet fremover også vil få ansvar for at sikre frit valg til genoptræning.

Ifølge § 140, stk. 6, fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren nærmere regler om patienternes mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kommunalbestyrelsens forpligtelser i forhold til udmøntningen af stk. 4, herunder om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at informere borgerne om deres muligheder for frit valg og vilkårene herfor, og om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at føre tilsyn med leverandørerne, der indgår aftale efter stk. 5. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om leverandørernes forpligtelser i forhold til modtagelse af borgere i ordningen, om deklaration af oplysninger til brug for borgerens frie valg og dokumentation af faglige kvalifikationer og leveret genoptræning og om information om ændringer i borgerens behov. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om betingelser for borgerens valg af leverandør efter stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren kan endvidere fastsætte regler om KLs aftaleindgåelse med leverandører, herunder om brug af underleverandører og tilsyn med leverandører.

Bemyndigelsen om, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om leverandørernes forpligtelser i forhold til modtagelse af borgere i ordningen, om deklaration af oplysninger til brug for borgerens frie valg og dokumentation af faglige kvalifikationer og leveret genoptræning og om information om ændringer i borgerens behov, er udmøntet i bekendtgørelse nr. 919 af 22. juni 2018 om aftaleindgåelse i forhold til frit valg til genoptræning efter sundhedsloven.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.1.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 140, stk. 7, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om leverandørernes forpligtelser i forhold til modtagelse af borgere i ordningen og deklaration af oplysninger til brug for borgerens frie valg, herunder dokumentation af faglige kvalifikationer, leveret genoptræning samt information om ændringer i borgerens behov.

Bemyndigelsesbestemmelserne i den gældende stk. 6 vil så-

ledes blive delt op i selvstændige stykker for læsevenlighedsens skyld.

Bemyndigelsen forventes at blive udmøntet med afsæt i den eksisterende bekendtgørelse nr. 919 af 22. juni 2018 om aftaleindgåelse i forhold til frit valg til genoptræning efter sundhedsloven, hvori det indholdsmæssige vil blive videreført og foreslås tilpasset i forhold til forslaget om, at regionsrådet fremover også vil få ansvar for at sikre frit valg til genoptræning.

Den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse er således en videreførelse af gældende ret og forventes udmøntet i regler om, at leverandøren skal tage imod de borgere, der ønsker at benytte leverandøren, hvis betingelserne herfor i øvrigt er opfyldt. Der vil kunne videreføres regler om, at genoptræningsindsatsen skal varetages af sundhedspersoner med de fornødne faglige kompetencer, og at det skal være en autoriseret sundhedsperson, der har ansvaret for den leverede genoptræning.

Den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse forventes ligeledes at blive udmøntet i nærmere regler om, at det vil være en forudsætning for at indgå aftaler, at leverandøren som minimum lever op til de faglige krav, som typen af genoptræning forudsætter.

Ifølge § 140, stk. 6, fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren nærmere regler om patienternes mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kommunalbestyrelsens forpligtelser i forhold til udmøntningen af stk. 4, herunder om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at informere borgerne om deres muligheder for frit valg og vilkårene herfor, og om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at føre tilsyn med leverandørerne, der indgår aftale efter stk. 5. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om leverandørernes forpligtelser i forhold til modtagelse af borgere i ordningen, om deklaration af oplysninger til brug for borgerens frie valg og dokumentation af faglige kvalifikationer og leveret genoptræning og om information om ændringer i borgerens behov. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om betingelser for borgerens valg af leverandør efter stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren kan endvidere fastsætte regler om KLs aftaleindgåelse med leverandører, herunder om brug af underleverandører og tilsyn med leverandører.

Bemyndigelsen om, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om betingelser for borgerens valg af leverandør efter stk. 4, er udmøntet i bekendtgørelse nr. 918 af 22. juni 2018 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.1.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 140, stk. 8, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om borgerens valg af leverandør efter stk. 3.

Bemyndigelsesbestemmelserne i den gældende stk. 6 vil således blive delt op i selvstændige stykker for læsevenligheds skyld.

Bemyndigelsen forventes at blive udmøntet med afsæt i den eksisterende bekendtgørelse nr. 918 af 22. juni 2018 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, hvori det indholdsmæssige vil blive foreslået videreført tilpasset i forhold til forslaget om, at regionsrådet fremover også vil få ansvar for at sikre frit valg til genoptræning.

Den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse er således en videreførelse af gældende ret, der vil blive anvendt til at fastsætte regler om, at hvis borgeren er omfattet af muligheden for at benytte sig af en privat leverandør, er det op til borgeren at afklare, hvilken af de mulige leverandører, der ønskes, og om denne kan tilbyde opstart senest samtidig med den af kommunalbestyrelsen eller regionsrådets tilbudte tid.

I forhold til almen genoptræning vil borgeren kunne vælge mellem alle de leverandører, der er godkendt til at levere den type genoptræning inden for almen genoptræning, som kommunalbestyrelsen har vurderet, at borgeren har brug for og meddelt borgeren. Borgerens frie valg vil således ikke kunne afgrænses til en bestemt kommune eller region.

Der forventes desuden videreført, at der fastsættes regler om, at borgeren vil skulle meddele kommunen eller regionen, hvilken leverandør borgeren ønsker at benytte, og hvornår denne kan opstarte genoptræning. Det vil være en forudsætning, at leverandøren har givet et konkret og bindende tilbud om opstart, samt at opstart vil kunne ske senest samtidig med kommunalbestyrelsens eller regionsrådets tilbud om opstart af genoptræning. Hvis oplysningerne fremgår af en fælles offentlig portal, kan kommunalbestyrelsen eller regionsrådet henvise borgeren til at finde oplysningerne på denne. Det vil således være borgerens ansvar at finde og vælge en leverandør samt afklare med denne, om der kan tilbydes opstart senest samtidig med kommunalbestyrelsens eller regionsrådets tilbud om opstart. Der vil dog påhvile kommunalbestyrelsen og regionsrådet en forpligtelse til at sikre, at borgeren kan få råd, information og vejledning om frit valg af leverandør af genoptræning m.v.

Ifølge § 140, stk. 6, fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren nærmere regler om patienternes mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kommunalbestyrelsens forpligtelser i forhold til udmøntningen af stk. 4, herunder om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at informere borgerne om deres muligheder for frit valg og vilkårene herfor, og om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at føre tilsyn med leverandørerne, der indgår aftale efter stk. 5. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om leverandørernes forpligtelser i forhold til modtagelse af borgere i ordningen, om deklaration af oplysninger til brug for borgerens frie valg og dokumentation af faglige kvalifikationer og leveret genoptræning og om information om ændringer i borgerens

behov. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om betingelser for borgerens valg af leverandør efter stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren kan endvidere fastsætte regler om KLs aftaleindgåelse med leverandører, herunder om brug af underleverandører og tilsyn med leverandører.

Bemyndigelsen om, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om KLs aftaleindgåelse med leverandører, herunder om brug af underleverandører og tilsyn med leverandører, er udmøntet ved bekendtgørelse nr. 919 af 22. juni 2018 om aftaleindgåelse i forhold til frit valg af genoptræning efter sundhedsloven.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.1.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 140, stk. 9, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om KLs og Danske Regioners aftaleindgåelse med leverandører, herunder om brug af underleverandører og tilsyn med leverandører.

Bemyndigelsesbestemmelserne i den gældende stk. 6 vil således blive delt op i selvstændige stykker for læsevenligheds skyld.

Den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse er en videreførelse af gældende ret, som forventes at blive udmøntet med afsæt i den eksisterende bekendtgørelse nr. 919 af 22. juni 2018 om aftaleindgåelse i forhold til frit valg af genoptræning efter sundhedsloven, hvori det indholdsmæssige vil blive videreført og foreslås tilpasset i forhold til forslaget om, at regionsrådet fremover også vil få ansvar for at sikre frit valg til genoptræning.

Det forventes, at der med hjemmel i bemyndigelsesbestemmelsen vil blive videreført regler om, at KL og Danske Regioner har mulighed for at indgå aftaler med enkeltleverandører eller som rammeaftaler med foreninger, brancheorganisationer og lignende.

I sidstnævnte tilfælde vil enkeltleverandører således have mulighed for at tilslutte sig aftalen, såfremt de lever op til de af KL og Danske Regioner fastsatte krav. Ved indgåelse af nye aftaler om ydelser, hvor der allerede er indgået aftaler, vil KL og Danske Regioner have mulighed for at tage udgangspunkt i den eller de allerede indgåede aftaler.

I forhold til takstfastsættelse vil det blive fastsat i aftaler, at KL og Danske Regioner kan tage udgangspunkt i takster, der i dag anvendes for tilsvarende ydelser. På denne måde vil takstfastsættelsen kunne minde om takstfastsættelsen i det udvidede frie sygehusvalg.

Aftalerne vil skulle definere relevante forløb eller ydelseskategorier, således at leverandører har mulighed for at indgå aftale om de forløb eller ydelseskategorier, de måtte ønske og være kompetente til. Leverandørerne vil således have mulighed for at indgå aftale om enkelte forløb eller ydelseskategorier, og der vil som udgangspunkt ikke kunne opstil-

les betingelser om, at leverandøren skal kunne levere flere forskellige forløb eller ydelseskategorier.

Den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse forventes videre udmøntet i regler om, at KL og Danske Regioner kan stille krav om, at genoptræningen skal varetages af sundhedspersoner med de fornødne faglige kompetencer i forhold til de enkelte forløb eller ydelseskategorier. Derudover kan der stilles krav om, at det skal være en autoriseret sundhedsperson, der har ansvaret for den leverede genoptræning, samt at leverandørerne både ved aftaleindgåelse og efterfølgende skal dokumentere, at der er de rette faglige kompetencer m.v. i forhold til de forløb eller underkategorier af genoptræning, de ønsker at levere.

Der vil endvidere kunne være situationer, hvor leverandørerne har brug for at benytte en underleverandør, og der forventes derfor at blive fastsat regler for, at KL og Danske Regioner kan fastsætte krav om godkendelsesprocedurer i forbindelse med underleverandører, herunder at brug af underleverandører ikke må medføre forøget ventetid for borgeren.

Der forventes endvidere at blive fastsat regler for, at private leverandører, der indgår aftale med KL og Danske Regioner, skal stille relevante oplysninger til rådighed til brug for borgerens frie valg, herunder hvilke typer genoptræning der kan leveres f.eks. tilgængelighed, ventetider og personalets kompetencer.

Det vurderes ikke hensigtsmæssigt at fastsætte en udtømmende liste over, hvilke oplysninger, der er relevante, og der vil derfor fastsættes regler om, at KL og Danske Regioner kan stille krav om evt. andre relevante oplysninger. Det forventes endvidere at blive fastsat, at KL og Danske Regioner kan stille krav om, at private leverandører indsender oplysningerne til en fælles, offentlig portal og løbende sørger for at opdatere oplysningerne, hvis der er ændringer, så borgeren har en let adgang til de relevante oplysninger med henblik på en vurdering af, hvorvidt borgeren ønsker at benytte sig af det frie valg.

Der forventes også fastsat regler om, at KL og Danske Regioner i aftalerne kan stille krav til de private leverandørers dokumentation af, at de leverede ydelser svarer til aftalen, herunder krav til kvaliteten af ydelserne samt til leverandørernes kommunikation med den relevante kommunale myndighed, herunder om status for træningen og eventuelle ændringer i modtagernes behov.

Der forventes fastsat, at KL og Danske Regioner kan stille krav om, at leverandørerne skal oplyse KL og Danske Regioner om ændringer i forhold til leverandørens opfyldelse af aftaleforudsætningerne.

Det vil desuden blive fastsat, at KL og Danske Regioner kan fastsætte nærmere krav i aftalen om procedurer for opsigelse i forhold til leverandører, der ikke længere lever op til aftaleforudsætningerne. Det vil blive fastsat, at de private leverandører skal levere dokumentation for en række forhold

vedr. kvalifikationer, service og kvalitet. De skal i øvrigt levere de oplysninger til kommune og region samt andre dele af sundhedsvæsenet, der skal til for at sikre sammenhæng i borgerens tilbud og forløb samt relevant dokumentation på linje med de krav.

Adgangen til udveksling af helbredsoplysninger m.v. følger de almindelige regler, herunder i forhold til sikker digital udveksling af oplysningerne, og der vil som udgangspunkt ikke blive fastsat særskilte regler om, hvilke krav KL og Danske Regioner i forbindelse med aftaleindgåelse kan stille hertil. Sådanne krav skal være proportionale og må ikke udgøre en uforholdsmæssig tung teknisk barriere for de private leverandørers adgang til markedet.

Det vurderes ikke at være et uforholdsmæssigt krav, at leverandørerne benytter sig af et it-system, som kan udveksle sundhedsoplysninger med den fælles digitale infrastruktur på sundhedsområdet i overensstemmelse med de nærmere fastsatte krav hertil i medfør af sundhedsloven. Med Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (National planlægningskompetence for digitalisering og data i sundhedsvæsenet, nye regler for fælles digital infrastruktur, ændringer som følge af lov om Digital Sundhed Danmark og Statens Serum Institut's infrastrukturer, databaser m.v.) foreslås det, at indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges med en planlægningskompetence til at kunne fastsætte krav og regler til IT-anvendelsen på sundhedsområdet, herunder at ministeren kan fastsætte regler om, at private sygehuse og klinikker m.v. skal leve op til krav fastsat i medfør af planlægningskompetencen. Reglerne om KL og Danske Regioners mulighed for at stille krav til de private leverandører vil blive fastsat under hensyntagen til private leverandørers reelle mulighed for at indgå i ordningen.

Aftalerne skal dermed sikre, at patienter med en ventetid på mere end syv dage i offentligt regi, har en reel valgmulighed i den udstrækning, der er kvalificerede leverandører, der ønsker at indgå i ordningen. Der vil blive fastsat regler om KL og Danske Regioners tilsyn med, at de private leverandører, der har indgået aftale, vedvarende og fortsat lever op til kravene i aftalen. Dette tilsyn vil kunne gennemføres som en stikprøve.

Det fremgår af § 140, stk. 7, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om løsningen af tvister mellem KL og private leverandører af genoptræning om vilkårene for aftaler efter stk. 5.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.1.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 140, stk. 10, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om løsningen af tvister mellem KL og Danske Regioner og private leverandører af genoptræning om vilkårene for aftaler efter stk. 4.

Den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse er en videreførelse af gældende ret, dog uden at denne er konkret udmøntet administrativt.

Den foreslåede bemyndigelses hjemmel vil kunne anvendes til at fastsætte nærmere regler for at håndtere eventuelle udfordringer og tvister, der måtte opstå i forhold til aftalevilkår mellem KL og private leverandører, og Danske Regioner og private leverandører.

Hjemlen vil medføre mulighed for, at indenrigs- og sundhedsministeren i en bekendtgørelse vil kunne fastsætte regler om oprettelsen af et voldgiftsnævn til at løse tvister mellem KL og Danske Regioner og de private leverandører om vilkårene for aftaler i ordningen.

Et voldgiftsnævn vil efter omstændighederne kunne indrettes på samme måde, som det voldgiftsnævn, der afgør tvister under ordningen for udvidet frit sygehusvalg, jf. sundhedslovens § 87 i. Med lovforslaget gives mulighed for at etablere en lignende voldgiftsordning.

Bemyndigelsesbestemmelsen vil kunne udmøntes i regler om et voldgiftsnævn for fritvalgsordningen for genoptræning, der opererer efter samme principper som voldgiftsnævnet under det udvidede frie sygehusvalg. Det vil sige at nævnet oprettes i forbindelse med indbringelse af tvister med en opmand udpeget af indenrigs- og sundhedsministeren og voldgiftsmænd udpeget af henholdsvis KL, Danske Regioner og de private leverandører af genoptræning.

Til nr. 15

Ifølge sundhedslovens § 172 yder kommunalbestyrelsen befordring eller befordringsgodtgørelse til genoptræning til personer, der har behov for genoptræning efter endt behandling på sygehus, jf. § 140 og § 168, stk. 1. Befordringen eller befordringsgodtgørelsen ydes efter reglerne i § 171.

Ifølge § 263 afholder bopælskommunen udgifter til befordring i forbindelse med genoptræning efter § 140 og § 168, stk. 1.

Det foreslås, at i § 172, 1. pkt., og § 263 ændres »§ 140« til: »§§ 139 a og 139 b«.

De foreslåede ændringer er en følge af, genoptræningsindsatserne fremadrettet vil følge af sundhedslovens §§ 139 a og 139 b.

Efter de foreslåede ændringer vil kommunerne fortsat have ansvaret for at yde befordring eller befordringsgodtgørelse til genoptræningsindsatser efter §§ 139 a og 139 b samt at afholde udgifterne hertil. Som efter gældende regler, vil de foreslåede ændringer således også omfatte befordring eller befordringsgodtgørelse til genoptræning på specialiseret niveau, der foregår på sygehus.

Den foreslåede ændring følger den allerede eksisterende struktur i reglerne om befordring i sundhedsloven, hvorefter regionerne har ansvaret for at afholde befordringsudgifter til behandling, der foregår på sygehuset og kommunerne til behandling uden for sygehuse.

Til nr. 16

Der er ikke i sundhedsloven eller i medfør af sundhedsloven fastsat regler om overførsel af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, hvis der inden for sundhedslovens rammer indgås aftaler om overdragelse af opgaver mellem regioner og kommuner. Hvis der ikke fastsættes sådanne regler, vil der kunne opstå uklarhed om, hvad der skal overføres, og hvordan det skal ske, når der indgås aftaler, som indebærer overdragelse af opgaver.

Det foreslås i § 205 e, stk. 1, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om overførsel og fordeling mellem regioner og kommuner og mellem kommuner af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, herunder om ansattes rettigheder, ved indgåelsen af kontrakter, der indebærer overdragelse af opgaver, indgået i medfør af øvrige regler i denne lov. Indenrigs- og sundhedsministeren kan i den forbindelse fastsætte regler om fremgangsmåden for overførslen og delingen efter 1. pkt., herunder nedsættelsen af selvstændige myndigheder, der kan træffe beslutning ved uenighed om overførsel og deling mellem regionsråd og kommunalbestyrelser og mellem kommunalbestyrelser.

Det foreslås, at bestemmelsen indsættes i sundhedslovens kapitel 62, som generelt omhandler samarbejde, og bestemmelsen vil således kunne finde anvendelse på alle de tilfælde, hvor der efter sundhedsloven vil kunne indgås kontrakter mellem regionsråd og kommunalbestyrelser om overdragelse af opgaver mellem dem. Bestemmelsen vil således også finde anvendelse, hvis der på et fremtidigt tidspunkt indsættes yderligere bestemmelser i sundhedsloven, der muliggør sådanne kontrakter, f.eks. på andre områder end det nære sundhedsvæsen, jf. sundhedslovens afsnit IX.

Det foreslås i § 205 e, stk. 2, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om overførsel og fordeling mellem regioner og kommuner og mellem kommuner af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, herunder om ansattes rettigheder, ved opsigelse eller udløb af kontrakter, der indebærer overdragelse af opgaver, indgået i medfør af øvrige regler i denne lov eller overgangsloven eller ved ophør eller udløb af anmodninger efter overgangslovens § 5, stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren kan i den forbindelse fastsætte regler om fremgangsmåden for overførslen og delingen efter 1. pkt., herunder nedsættelsen af selvstændige myndigheder, der kan træffe beslutning ved uenighed om overførsel og deling mellem regionsråd og kommunalbestyrelser og mellem kommunalbestyrelser.

Ved fastsættelsen af regler i medfør af den foreslåede bestemmelse vil der kunne tages udgangspunkt i kapitel 10-13 i overgangsloven, som omhandler overførsel af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte i forbindelse med overførslen af opgaver som led i sundhedsstrukturen. Der vil blive fastsat regler om ansattes forhold med udgangspunkt i overgangslovens kapitel 11. Behovet for øvrige regler, herunder f.eks. om aktiver, passiver, rettigheder, rettig-

heder og pligter, jf. overgangslovens kapitel 10, vil blive nøje overvejet.

For så vidt angår ansattes forhold vil der bl.a. blive fastsat regler svarende til overgangslovens § 142, stk. 1 og 2, om at de ansatte, der udelukkende eller helt overvejende er knyttet til varetagelsen af en opgave, vil følge opgaven, hvis den overdrages, medmindre det aftales mellem parterne, at den ansatte ikke overføres. Der vil ligeledes blive fastsat en bestemmelse svarende til overgangslovens § 145, som tilsvarende sikrer, at de pligter og rettigheder, der følger af lov om lønmodtageres retsstilling ved virksomhedsoverdragelse, finder anvendelse for personale, der ellers ikke ville være omfattet af lov om lønmodtageres retsstilling ved virksomhedsoverdragelse. Endvidere vil blive fastsat bestemmelser svarende til overgangslovens §§ 146-147, som sikrer, at overførte tjenestemænd overgår til ansættelse under den nye ansættelsesmyndighed på vilkår, der i øvrigt svarer til de hidtidige vilkår, og desuden fortsat er sikret sine pensionsrettigheder.

Det foreslås samtidig i § 205 e, stk. 3, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at hele eller dele af kapitlerne 10-13 i overgangsloven finder tilsvarende anvendelse på overdragelse af opgaver i medfør af øvrige regler i denne lov eller overgangsloven.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.6.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 17

(Til § 206 c)

Der findes ikke i gældende lovgivning bestemmelser vedr. et nationalt styrings- og planlægningsværktøj, som sætter retning for udvikling af det samlede sundhedsvæsen. I gældende lovgivning findes således ikke regler om, at indenrigs- og sundhedsministeren fastlægger forpligtende rammer for sundhedsmyndigheders, regioners og kommuners planlægning af sundhedsvæsenet.

Det foreslås i § 206 c, stk. 1, at indenrigs- og sundhedsministeren fastlægger en national sundhedsplan, som sætter retning for udvikling af sundhedsvæsenet og national og lokal sundhedsplanlægning.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at indenrigs- og sundhedsministeren får ansvar for, at der foreligger en national sundhedsplan og kan træffe beslutning om indholdet i planen uden, at det forudsætter forudgående forhandling med regioner og kommuner. Som følge af planens formål som fælles strategisk ramme for sundhedsplanlægning på nationalt og lokalt niveau, forventes det, at der vil være tæt inddragelse af regioner og kommuner i fastlæggelsen af planen.

Efter Aftale om sundhedsreform 2024 skal den nationale sundhedsplan fokusere på følgende:

- Sundheden i hele landet f.eks. bedre geografisk fordeling af ressourcerne i sundhedsvæsenet.
- Styrkelse af det almene sundhedsvæsen og omstilling af aktivitet fra sygehusene til sundhedsvæsenet tæt på borgerne.

Den nationale sundhedsplan vil dermed skulle rammesætte den ønskede udvikling og omstilling af det samlede sundhedsvæsen, hvor sygehusene i højere grad skal vendes udad, og det nære sundhedsvæsen styrkes. Heri ligger, at omstillingen vil kræve forandringer både på det almene og specialiserede niveau.

Den nationale sundhedsplan vil samtidig skulle understøtte en fortsat udvikling af den specialiserede sygehusbehandling. Dette afspejler sig også ved, at den nationale sundhedsplan vil skulle danne ramme om sundhedsplanlægning på både det almene og specialiserede niveau.

I forslaget ligger også, at den nationale sundhedsplan som ramme for udviklingen af det samlede sundhedsvæsen vil skulle sætte retning inden for både somatik og psykiatri.

Det forventes, at den nationale sundhedsplan skal have et sigte på 8-10 år med en fast opdatering hvert fjerde år, jf. Aftale om sundhedsreform 2024. Det skal muliggøre langsigtet planlægning af sundhedsvæsenets udvikling og omstilling. I forbindelse med opdateringen af planen er det forventningen, at indenrigs- og sundhedsministeren med tæt inddragelse af regioner og kommuner fastlægger den reviderede plan.

Den nationale sundhedsplan vil derved skulle udgøre en langsigtet ramme for øvrig lokal og national sundhedsplanlægning og løsning af opgaver inden for udvalgte områder, indsatser eller målgrupper, som er særligt relevante i omstillingen af sundhedsvæsenet. Planen vil skulle sætte fælles takt for den ønskede udvikling af sundhedsvæsenet, hvor sygehusene i højere grad skal vendes udad, og det nære sundhedsvæsen styrkes. Hensigten er desuden at sikre en bedre balance mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen samt sikre, at ressourcerne fordeles mere lige på tværs af landet og anvendes, hvor de gør mest gavn for patienterne.

Det er hensigten, at den nationale sundhedsplan vil skulle basere sig på et fagligt grundlag, som udarbejdes af Sundhedsstyrelsen.

Det foreslås i § 206 c, stk. 2, at sundhedsmyndigheders, regioners og kommuners planlægning af sundhedsvæsenet skal være i overensstemmelse med den nationale sundhedsplan.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at bl.a. følgende nationale og lokale planlægningsværktøjer, som alle spiller en rolle i omstillingen af sundhedsvæsenet, vil skulle være i overensstemmelse med den nationale sundhedsplan:

Omfattede nationale værktøjer er bl.a.:

- National strategi for digitalisering og data
- Specialeplan
- Fordelingsmodel for lægekapaciteter
- Opgavebeskrivelse for det almenmedicinske tilbud
- Kvalitetsstandarder
- Dimensioneringsplaner for speciallægeuddannelsen
- Retningslinjer for praktiserende speciallægehjælp

Omfattede lokale værktøjer er bl.a.:

- Regional plan for regionens tilrettelæggelse af regionens virksomhed på sundhedsområdet (regional sundhedsplan)
- Nærsundhedsplan
- Kommunale sundhedspolitikker og strategier

For nærsundhedsplanerne er det væsentligt, at de i deres første version, som, jf. pkt. 3.5.3 i de almindelige bemærkninger, forventes endeligt vedtaget den 1. april 2027, følger retningen i den nationale sundhedsplan. Aftalen om den nationale sundhedsplan mellem regeringen, kommuner og regioner forventes, jf. Aftale om sundhedsreform 2024, at foreligge i foråret 2026, hvilket giver sundhedsrådene mulighed for at kende indholdet i den nationale sundhedsplan fra dette tidspunkt.

Det foreslås, at forpligtelsen til at følge den nationale sundhedsplan vil gøre sig gældende ved, at den ansvarlige myndighed vil skulle sikre, at det pågældende planlægningsværktøj stemmer overens med den retning, som udstikkes af den nationale sundhedsplan. Konkret foreslås det, at den nationale sundhedsplan vil beskrive en ønsket udvikling i de omfattede planlægningsværktøjer.

Som eksempel vil den nationale sundhedsplan kunne beskrive en ønsket udvikling i den regionale sundhedsplan, som jf. sundhedslovens § 206 er den enkelte regions samlede ramme om indsatsen på sundhedsområdet, ved at ramme-sætte regionens planlægning af den tværgående fordeling af kapacitet mellem de kommende sundhedsråd for at understøtte adgang til ensartet kvalitet på tværs, tværgående planlægning af omlægning af sygehusaktivitet, beredskab samt forsyning af funktioner, der kun leveres fra et eller få sygehuse. Andre eksempler kan være planlægning og omstillingsinitiativer på områder, som ikke hensigtsmæssigt kan ligge i alle sundhedsråd, herunder bl.a. akutberedskabet og den øvrige præhospitale indsats samt de overordnede rammer for udbygning og udvikling af det almenmedicinske tilbud i regionen.

For nærsundhedsplanen vil den nationale sundhedsplan som eksempel kunne beskrive den ønskede udvikling i planlægningen af de nære sundhedsopgaver, som skal indgå heri, herunder planlægning af henholdsvis udviklingen af almenmedicinske tilbud, nære regionale sundhedsindsatser, regionernes understøttelse og samspil med kommunale sundhedsindsatser samt initiativer med fokus på at vende sygehusene udad.

For kvalitetsstandarder, som adskiller sig fra de øvrige værktøjer ved ikke at være et planlægningsværktøj, vil den nationale sundhedsplan som eksempel kunne beskrive et overordnet fokus i den fremadrettede udvikling i kvalitetskrav og anbefalinger målrettet kommunale sundhedstilbud.

For de kommunale sundhedspolitikker, som kommunerne ikke er forpligtede på at udarbejde, vil den nationale sundhedsplan som eksempel kunne adressere en ønsket udvikling i indholdet i politikkerne i de tilfælde, at de findes.

Som et væsentligt greb i omstillingen foreslås det, at den nationale sundhedsplan vil skulle sætte retning for brugen af digitale værktøjer og udgøre en strategisk ramme for den nationale strategi for digitalisering og data, som skal sætte fælles mål og retning for digitalisering og data i sundhedsvæsenet, jf. Aftale om sundhedsreform 2024.

Det foreslås, at den nationale sundhedsplan vil beskrive en konkret retning for fremadrettet udvikling af de omfattede planlægningsværktøjer, jf. beskrivelsen ovenfor.

Det er hensigten, at der på nationalt plan i samarbejde med regioner og kommuner vil skulle følges op på den retning, som angives i den nationale sundhedsplan. Opfølgningen vil ske via relevante indikatorer for målopfyldeelse.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.5 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

(Til § 206 d)

De tidligere sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler i deres hidtidige form ophæves med lov nr. 719 af 20. juni 2025

om ændring af lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab (regionsloven) og forskellige andre love (Ny regional forvaltningsmodel med sundhedsråd, afskaffelse af kontaktudvalg, sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler i deres nuværende form, praksisplaner, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet og nærhedsfinansiering samt konsekvensændringer i flere love som følge af sammenlægningen af Region Hovedstaden og Region Sjælland m.v.), som træder i kraft den 1. januar 2026.

Der findes herefter ikke bestemmelser i gældende lovgivning, som regulerer fælles planlægning af sundhedsindsatsen mellem regioner og kommuner.

Med ovennævnte lovforslag etableres 17 nye sundhedsråd med virkning fra 1. januar 2027.

Det foreslås i § 206 d, stk. 1, at regionsrådet har ansvar for, at hvert sundhedsråd for eget geografiske område udarbejder en nærsundhedsplan, der konkret beskriver omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen, herunder hvordan sygehusene understøtter behandling tæt på borgerne.

Den foreslåede bestemmelse vil betyde, at regionsrådet som ansvarlig myndighed skal sikre, at hvert sundhedsråd udarbejder en nærsundhedsplan for eget geografiske område. I 2026 og frem mod nedsættelse af de endelige sundhedsråd den 1. januar 2027, vil opgaven med at udarbejde udkast til nærsundhedsplanen ske i de forberedende sundhedsråd i overensstemmelse med de forberedende sundhedsråds umiddelbare forvaltningsansvar efter overgangsloven.

Processen for vedtagelse af nærsundhedsplanen tilrettelægges lokalt i overensstemmelse med regionslovens regler om regionsrådets og sundhedsrådets og forvaltningens beføjelser. Regionsrådet har fortsat sine beføjelser som øverste regionale myndighed, jf. regionslovens § 3, og vil således kunne beslutte, at nærsundhedsplanerne skal vedtages af regionsrådet, men først efter indstilling fra sundhedsrådet, men vil også kunne beslutte at placere vedtagelsen heraf i det enkelte sundhedsråd. Regionens forvaltning vil skulle forestå forberedelse i forbindelse med vedtagelsen af nærsundhedsplanen.

Det er hensigten, at nærsundhedsplanen sætter retning og forpligtende mål for omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen indenfor hvert sundhedsråds geografiske område. Det er desuden hensigten, at sundhedsrådet systematisk inddrager det patient- og pårørendeudvalg, som regionsrådet nedsætter i tilknytning til hvert sundhedsråd, i dets drøftelser af nærsundhedsplanen. Det bemærkes, at de nuværende patientinddragelsesudvalg på regionalt niveau består til og med den 31. december 2026. Det er hensigten, at regionsrådet i 2026 løbende vil inddrage patientinddragelsesudvalget i sine drøftelser i forbindelse med større, planlægningsmæssige beslutninger, herunder forberedelsen af nærsundhedsplanen.

Omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen vil skulle forstås som en udvikling af sundhedsvæsenet, hvor opgaveløsning og sundhedstilbud i højere grad udøves i eller tæt på borgerens eget hjem. Heri ligger også, at det primære sundhedsvæsen vil skulle styrkes, herunder det almenmedicinske tilbud. Samtidig vil omstillingen skulle indebære, at sygehusene skal omlægge aktivitet i takt med, at de nære sundhedstilbud styrkes og kapaciteten i det primære sundhedsvæsen øges. Det betyder også, at sygehusene i stigende grad vil skulle understøtte det primære sundhedsvæsen og de nære sundhedstilbud med f.eks. rådgivning og udkørende funktioner. Omstillingen vil også kunne indebære en omlægning af ambulant sygehusaktivitet til indsatser i eller tættere på borgerens eget hjem.

Omstillingen vil også skulle forstås som en mere sammenhængende opgaveløsning på tværs af sygehuse, kommuner og praksissektoren, hvor der bliver taget et mere samlet ansvar for patientforløbet. Endelig vil omstilling skulle indebære, at der gøres brug af digitale løsninger, som muliggør, at man kan gå fra at levere ydelser på sundhedsvæsenets fysiske matrikler til i højere grad at levere ydelser, som helt eller delvist møder patienterne, hvor de er, med samme høje kvalitet uafhængig af geografi.

Som led i at sikre omstilling og udbygning af det nære og sygehusenes understøttelse af behandling tæt på borgerne foreslås det, at der i nærsundhedsplanen vil indgå lokal planlægning af udviklingen af det almenmedicinske tilbud, nære regionale sundhedsindsatser, understøttelse af kommunale sundhedsindsatser samt initiativer med fokus på at vende sygehusene udad inden for sundhedsrådets geografisk afgrænsede område. Ved sidstnævnte vil bl.a. kunne forstås initiativer, som indebærer, at sygehusene tager ansvar før og efter sygehusophold, stiller kompetencer til rådighed for det øvrige sundhedsvæsen og omlægger til nære tilbud. Det foreslås, at nærsundhedsplanen vil omfatte indsatser indenfor både somatik og psykiatri samt integration af de to områder. Herunder foreslås det, at nærsundhedsplanen vil skulle have fokus på indsatser for mennesker med psykiske lidelser, som har forløb på tværs af psykiatri og somatik, og understøtte samspil med kommunale indsatser. Endelig foreslås det, at nærsundhedsplanen vil følge den strategiske retning for udvikling af sundhedsvæsenet, som beskrives i den nationale sundhedsplan.

Regionsrådets ansvar og sundhedsrådets beføjelse efter den foreslåede § 206 d skal udøves i overensstemmelse med lov nr. 719 af 20. juni 2025, hvis regler ikke fraviges med bestemmelsen.

Heraf følger, at arbejds- og ansvarsdelingen på sundhedsområdet mellem regionsråd, forretningsudvalg og sundhedsråd vil være den, at regionsrådet er det øverste organ i regionen med det endelige ansvar for de beslutninger, der træffes i bl.a. forretningsudvalget og sundhedsrådene, medmindre andet fastsættes i loven.

For så vidt angår sundhedsområdet har forretningsudvalget det umiddelbare forvaltningsansvar for de af regionens anliggender på sundhedsområdet, der ikke henhører under sundhedsrådene, medmindre regionsrådet i sin styrelsesvedtægt har bestemt, at den umiddelbare forvaltning af et sådant tværgående anliggende delvis skal henhøre under et eller flere sundhedsråd i regionen, jf. regionslovens § 13 a, stk. 1, og § 14 c, stk. 3. Hermed menes opgaver, der går på tværs af sundhedsrådenes geografiske områder. Det vil sige de tværgående opgaver på sundhedsområdet.

Ved de tværgående opgaver på sundhedsområdet vil skulle forstås de opgaver, som naturligt vil være organiseret centralt i regionen. Det vil f.eks. omfatte funktioner indenfor det præhospitale område, herunder vagtcentral og ambulancekørsel, sygehusapoteker og patient- og klagevejledningsfunktioner. De tværgående opgaver vil ikke omfatte det umiddelbare forvaltningsansvar for drift af sygehusopgaver, som vil henhøre under sundhedsrådene. Den samlede sundheds- og sygehusplanlægning i regionen vil f.eks. også være en tværgående opgave, som naturligt er organiseret centralt i regionen, og som forretningsudvalget vil skulle have det umiddelbare forvaltningsansvar for. Det vil f.eks. omfatte planlægning, styring og opfølgning på de specialiserede sygehusfunktioner indenfor de nationalt fastsatte rammer og indenfor rammerne af de i lovgivningen fastsatte

patientrettigheder, samt ressourcefordeling af økonomi og personale. Det vil som eksempel endvidere omfatte fastsættelse af overordnede rammer for udbygning og udvikling af det almenmedicinske tilbud og planlægning, styring.

For så vidt angår sundhedsområdet varetager sundhedsrådene den umiddelbare forvaltning af de af regionens anliggender inden for sundhedsområdet, der henhører under sundhedsrådets geografisk afgrænsede område, jf. regionslovens § 14 c, stk. 1, 1. pkt. Hermed forstås, at sundhedsrådet har det umiddelbare forvaltningsansvar for de lokale opgaver på sundhedsområdet, hvilket for eksempel vil omfatte det umiddelbare forvaltningsansvar for sygehuse, der vil være beliggende inden for det enkelte sundhedsråds geografisk afgrænsede område. Den lokale planlægning og tilrettelæggelse af opgaver henhører dermed under sundhedsrådene inden for de overordnede planlægnings- og budgetmæssige rammer, der fastsættes af regionsrådet. Et sundhedsråd vil f.eks. forventeligt skulle træffe beslutning om lokale planer for omlægning af ambulant sygehusaktivitet til indsatser tættere på borgerens hjem inden for rammerne af den regionale sundhedsplanlægning. Det vil også omfatte udbygning og udvikling af det almenmedicinske tilbud inden for sundhedsrådets geografisk afgrænsede område. Sundhedsrådet vil inden for dets geografisk afgrænsede område endvidere have det umiddelbare forvaltningsansvar for de nye sundhedsopgaver, som regionerne pr. 1. januar 2027 får myndigheds- og finansieringsansvaret for i forbindelse med den videre udmøntning af Aftale om sundhedsreform 2024. Dette omfatter bl.a. sundheds- og omsorgspladser, akutsygepleje, patientrettet forebyggelse samt rehabilitering på specialiseret niveau og en delmængde af genoptræning på avanceret niveau.

Forretningsudvalgets umiddelbare forvaltningsansvar omfatter endvidere de tværgående opgaver på social- og specialundervisningsområdet, mens sundhedsrådenes umiddelbare forvaltningsansvar endvidere omfatter de af regionens tilbud på social- og specialundervisningsområdet, der vil være beliggende inden for det enkelte sundhedsråds geografisk afgrænsede område.

Det forhold, at sundhedsrådene og forretningsudvalget har det umiddelbare forvaltningsansvar, indebærer bl.a., at regionsrådets beslutninger inden for forretningsudvalgets og det respektive sundhedsråds myndighedsområde som udgangspunkt vil skulle forberedes ved behandling i sundhedsrådene.

Der henvises desuden til den foreslåede § 118 c, stk. 1-4, som affattet ved dette lovforslags § 1, nr. 5, hvor sundhedsrådene får som en central opgave at udmønte midler til en udbygning af det nære sundhedsvæsen.

Nærsundhedsplanen kan danne udgangspunkt for de aftaler som indgås mellem kommunalbestyrelserne og regionsrådene i den regionale medfinansiering af kommunale indsatser jf. lovforslagets § 1, nr. 5, og bemærkningerne hertil. Indhold i nærsundhedsplanen som har udgiftsmæssig virkning

på kommunen bliver derfor alene bindende for kommunen i de tilfælde, hvor det indgår som led i et aftalebaseret tilsagn fra regionsrådet.

Det foreslås i § 206 d, stk. 2, at nærsundhedsplanen skal tage afsæt i den nationale sundhedsplan, jf. § 206 c, samt være i overensstemmelse med den regionale sundhedsplan, jf. § 206.

Den foreslåede bestemmelse vil i sammenhæng med den foreslåede § 206 c, stk. 2, samlet betyde, at regionsrådet som ansvarlig myndighed forpligtes til at sikre, at nærsundhedsplanen stemmer overens med den retning og udvikling, som udstikkes af den nationale sundhedsplan samt er i overensstemmelse med den regionale sundhedsplan.

Det følger af den eksisterende § 206, stk. 1, at den regionale sundhedsplan udgør en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet. Heri ligger, at nærsundhedsplanen skal ses i sammenhæng med og udarbejdes indenfor de rammer, den regionale sundhedsplan sætter for den tværgående fordeling af kapacitet mellem sundhedsrådene, tværgående planlægning af omlægning af sygehusaktivitet, beredskab, den præhospitale indsats, overordnede rammer for udbygning og udvikling af det almenmedicinske tilbud i regionen samt forsyning af funktioner, der kun leveres fra et eller få sygehuse m.v. Nærsundhedsplanens orientering mod den regionale sundhedsplan skal understøtte adgang til ensartet kvalitet på tværs af sundhedsrådene i regionen. Regionsrådet skal som ansvarlig myndighed sikre, at de nærsundhedsplaner, som udarbejdes for hvert sundhedsråd i den pågældende region, er i overensstemmelse med den regionale sundhedsplan.

Forslaget vil afstedkomme, at der i nærsundhedsplanen ikke vil kunne opstilles mål, som bryder rammerne fastsat i den regionale sundhedsplan, jf. ovenfor. Det betyder f.eks., at der i nærsundhedsplanen ikke vil kunne opstilles forpligtende mål for indsatser, som går ud over den kapacitet, der er afsat til sundhedsrådets geografiske område i den regionale sundhedsplan. Det samme gælder indsatser, som bryder med de rammer for tværgående planlægning, som fremgår af den regionale sundhedsplan.

Forslaget skal desuden ses i sammenhæng med, at sundhedsrådet varetager den umiddelbare forvaltning af de af regionens anliggender inden for sundheds-, social- og specialundervisningsområdet, der henhører under sundhedsrådets geografisk afgrænsede område, jf. regionslovens § 14 c, stk. 1. Heraf følger, at f.eks. sundhedsplanen og sygehusbudgettet, der beslutes i regionsrådet, vil være rammesættende for sundhedsrådenes arbejde i forhold til sygehuse, der vil være beliggende inden for det enkelte sundhedsråds geografisk afgrænsede område. Det samme vil gælde for sundhedsplanlægning og udbygning og udvikling af det almenmedicinske tilbud.

Heraf følger også, at regionsrådet i kraft af regionsrådets karakter af at være regionens øverste myndighed, jf. region-

slovens § 3, kan pålægge flere sundhedsråd inden for regionen at samarbejde om varetagelse af konkrete sygehusopgaver. Det vil f.eks. kunne være relevant i en situation, hvor et sygehus, der vil være beliggende inden for et sundhedsråds geografiske område, vil opleve ekstraordinære kapacitetsudfordringer, som vil kræve midlertidig bistand fra sygehuse under et eller flere andre sundhedsråd.

Det følger samtidig, at nærsundhedsplanen i sin rolle som planlægningsværktøj for den lokale omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen, ikke vil begrænse sig til at være en udmøntning af den regionale sundhedsplan.

Forslaget vil dermed også afstedkomme, at der vil sikres et hensigtsmæssigt samspil mellem den nationale sundhedsplan, den eksisterende regionale sundhedsplan og nærsundhedsplanen. Heraf følger, at samspillet skal ses i sammenhæng med planernes formål:

- National sundhedsplan: sætter retning for udvikling af sundhedsvæsenet og national og lokal sundhedsplanlægning. Herunder udvikling i sundhedsmyndigheders, regioners og kommuners planlægning af sundhedsvæsenet.
- Regional sundhedsplan: Den regionale sundhedsplan eksisterer allerede i dag jf. sundhedslovens § 206, og er den enkelte regions samlede ramme om indsatsen på sundhedsområdet, og giver aktører og samarbejdspartner et samlet overblik over den regionale sundhedsplanlægning jf. pkt. 3.5.1 om gældende ret. Regionsrådene vil ved udarbejdelse af kommende regionale sundhedsplaner skulle sikre overensstemmelse med den nationale sundhedsplan og have samspillet mellem den regionale sundhedsplan og nærsundhedsplanen for øje. Der vil f.eks. i den regionale sundhedsplan kunne være fokus på den tværgående fordeling af kapacitet mellem de nye sundhedsråd for at understøtte adgang til ensartet kvalitet på tværs, tværgående planlægning af omlægning af sygehusaktivitet, beredskab, den præhospitale indsats samt forsyning af funktioner, der kun leveres fra et eller få sygehuse. Det vil bl.a. kunne ske gennem planlægning af sygehusfunktioner (somatik og psykiatri), tværgående enheder på regionsniveau (f.eks. kvalitetsopfølgning) samt kapacitetssamarbejde ml. sygehuse (partnerskaber m.v.). Hertil kommer fastlæggelse af overordnede rammer for udbygning og udvikling af det almenmedicinske tilbud i regionen.
- Nærsundhedsplan: Har fokus på omstilling og planlægning af de nære sundhedsopgaver. Det gælder således den lokale planlægning af henholdsvis udviklingen af almenmedicinske tilbud, nære regionale sundhedsindsatser, understøttelse af kommunale sundhedsindsatser samt initiativer med fokus på at vende sygehuse udad inden for sundhedsrådets geografisk afgrænsede område.

Det foreslås i § 206 d, stk. 3, at regionsrådet har ansvar for, at regionen forud for regionens vedtagelse af nærsundhedsplanen indhenter Sundhedsstyrelsens rådgivning.

De foreslåede bestemmelser vil betyde, at regionsrådet som

ansvarlig myndighed vil blive forpligtet til at sikre, at der indhentes rådgivning fra Sundhedsstyrelsen forud for vedtagelse af nærsundhedsplanen. Det er ikke hensigten, at nærsundhedsplanen vil skulle godkendes på nationalt niveau, men forpligtelsen til at indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning vil skulle understøtte, at nærsundhedsplanen følger den strategiske retning for udvikling af sundhedsvæsenet, som udstikkes i den nationale sundhedsplan, samt er i overensstemmelse med den regionale sundhedsplan. Dette vil skulle ses i sammenhæng med, at Sundhedsstyrelsen har en eksisterende rådgivningsrolle i forhold til den regionale sundhedsplan.

Sundhedsstyrelsen vil udarbejde en vejledning til brug for sundhedsrådenes udarbejdelse af nærsundhedsplanen.

Det foreslås i § 206 d, stk. 4, at regionsrådet har ansvar for, at regionen indsender nærsundhedsplanen og senere væsentlige ændringer heri til Sundhedsstyrelsen.

Den foreslåede bestemmelse vil betyde, at regionsrådet som ansvarlig myndighed vil blive forpligtet til at sikre, at nærsundhedsplanen og senere væsentlige ændringer heri indsendes til Sundhedsstyrelsen.

Væsentlige ændringer vil f.eks. kunne forstås som ændringer i nærsundhedsplanens mål samt ændringer i tilrettelæggelsen af en indsats, som indebærer omlægning af sygehusaktivitet til nære tilbud.

Det foreslås i § 206 d, stk. 5, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om indholdet af og rammerne og fremgangsmåden for behandlingen af nærsundhedsplanen, herunder kadence, løbende opdatering, og opfølgning på nærsundhedsplanen.

Den foreslåede bestemmelse vil betyde, at indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til ved bekendtgørelse at kunne fastsætte nærmere regler om indholdet af og rammerne og fremgangsmåden for behandlingen af nærsundhedsplanen, herunder kadence, løbende opdatering og opfølgning på nærsundhedsplanen.

Bestemmelsen vil betyde, at ministeren vil kunne fastlægge nærmere rammer vedrørende nærsundhedsplanens indhold, som afspejler de formål, der er angivet i Aftale om sundhedsreform 2024 og i nærværende lovforslag.

Bestemmelsen vil i den forbindelse betyde, at ministeren ved bekendtgørelse vil kunne tydeliggøre nærsundhedsplanens rolle i den samlede sundhedsplanlægning, herunder samspil mellem nærsundhedsplanen og de øvrige planlægningsværktøjer på nationalt og lokalt niveau, jf. ordene ”indholdet af og rammerne for” i bestemmelsen. Dette vil f.eks. kunne vedrøre en tydeliggørelse af relationen mellem den nationale sundhedsplan, den regionale sundhedsplan og nærsundhedsplanen.

Ministerens vil derudover kunne fastsætte nærmere regler

for den processuelle fremgangsmåde for behandlingen af nærsundhedsplanen.

Forventningen i forhold til kadencen for nærsundhedsplanen og nærsundhedsplanens løbende opdatering vil være, at planerne opdateres hvert fjerde år som led i en ny valgperiode og i sammenhæng med opdateringen af den nationale sundhedsplan hvert fjerde år. Dertil vil ministeren kunne fastlægge nærmere regler for de tilfælde, hvor nærsundhedsplanen skal opdateres udenfor den fastlagte kadence. Dette vil f.eks. kunne vedrøre ændringer i sundhedsrådets opgavevaretagelse, der er af et omfang, som ikke kan gennemføres uden en forudgående opdatering af nærsundhedsplanen.

Bestemmelsen vil endvidere betyde, at ministeren vil kunne fastlægge nærmere rammer for opfølgning på nærsundhedsplanerne.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.5 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 18

Sundhedslovens Kapitel 77 indeholder bestemmelser om finansieringen af de kommunale sundhedsordninger. Den gældende overskrift til sundhedslovens kapitel 77 er affattet med ordlyden Kommunale sundhedsydelser.

Det foreslås, at *overskriften* til kapitel 77 affattes til »Regionale og kommunale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen«.

Forslaget er en konsekvens af den foreslåede § 1 nr. 19, hvoraf følger at bopælskommunen afholder udgifter til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud, og hvor bopælsregionen afholder udgifter til patientrettede forebyggelsestilbud. Som følge af denne ændring vil overskriften på kapitel 77 skulle afspejle, at der ikke længere er tale om udgifter alene målrettet kommunale sundhedsydelser.

Til nr. 19

(Til § 246 a)

Der er ikke i gældende lovgivning hjemmel til, at der kan gives øremærket statsligt tilskud til regionerne målrettet til kommunale indsatser, herunder at der kan fastsættes regler om revision, fordeling, udbetaling og tilbagebetaling m.v. i forbindelse med tilskuddet.

Det foreslås, at der indsættes *overskriften* »Statsligt tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene«, som indeholder en ny bestemmelse, § 246 a.

Det foreslås, at der indsættes en ny § 246 a i sundhedslovens kapitel 77.

Det foreslås i § 246 a, stk. 1, at staten yder et tilskud til regionerne til brug for aftaler mellem regionsråd og kommunalbestyrelser om økonomiske tilsagn til varetagelse

af kommunale sundhedsydelser i medfør af § 118 c, stk. 1-4. Tilskuddets størrelse fastsættes årligt af finansministeren med tilslutning fra Folketingets Finansudvalg.

Bestemmelsen vil medføre, at den økonomiske ramme målrettet kommunale indsatser udmøntes gennem regionerne med gennemslag på regionernes driftsloft for sundhedsudgifter.

Det vil følge heraf, at videre udmøntning af økonomiske tilsagn, jf. den foreslåede § 118 c, stk. 1-4, udmøntes fra regionsrådene til kommuner som direkte tilskud, og dermed udgør en bruttoindtægt i kommunernes serviceramme.

Det foreslås i § 246 a, stk. 2, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om vilkår for fordeling, udbetaling og tilbagebetaling m.v. af tilskuddet efter stk. 1.

Bestemmelsen vil medføre, at indenrigs- og sundhedsministeren ved bekendtgørelse fastsætter regler om at kunne kræve tilbageførsel af en uforbrugt del af tilskuddet til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene i den enkelte region, der i omfang svarer til, hvor stor en del af de afsatte minimumsrammer til sundhedsrådene, som den enkelte region har modtaget, modregnet det niveau som regionen faktisk i tilskudsåret har indgået aftaler med kommunerne om, og som dermed ikke er udmøntet i aftaler med kommunalbestyrelser, jf. § 118 c, stk. 1-4.

Dette skal understøtte, at såvel regionsråd og kommunalbestyrelser tilskyndes til at indgå aftaler. Bestemmelsen påvirker ikke det regionale udgiftsloft for tilskudsåret og har alene likviditetsmæssigt gennemslag. Bestemmelsen vil i øvrigt medføre, at indenrigs- og sundhedsministeren gennem bekendtgørelse fastsætter minimumsrammer for hvert sundhedsråd, som det enkelte regionsråd er forpligtet til at reservere til aftale med de lokale kommunalbestyrelser. Det forudsættes, at ministeren i bekendtgørelsen vil fastsætte minimumsrammerne med udgangspunkt i en model, der tager højde for forskelle i patienttyngde og demografisk sammensætning sundhedsrådene imellem. Det forudsættes, at indenrigs- og sundhedsministeren vil til brug hertil bl.a. tage udgangspunkt i den nationale fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.4.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 246 a, stk. 3, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om revision af tilskuddet efter stk. 1 og i henhold til § 118 c, stk. 1 og 2.

Bestemmelsen vil medføre, at indenrigs- og sundhedsministeren vil fastsætte regler om revision af det statslige tilskud til regionerne målrettet det kommunale sundhedsvæsen. Disse regler vil blive fastsat ved bekendtgørelse.

Det forudsættes, at ministeren vil udstede bekendtgørelse om, at regionerne skal godtgøre, hvor store økonomiske delrammer der er blevet reserveret til de enkelte sundheds-

råd, samt hvor store økonomiske tilsagn hvert sundhedsråd i de enkelte regioner har ydet til kommunerne gennem aftaler. Det forudsættes endvidere, at der fastsættes nærmere regler om, at sundhedsrådenes midler til kommunale indsatser vil skulle registreres særskilt i regionernes regnskaber, således at niveauet for den uforbrugte del af rammen vil kunne opgøres i forbindelse med regnskabsoverholdelse.

(Til § 246 b)

Der findes ikke en bestemmelse i gældende lovgivning om afholdelse af udgifter til sundheds- og omsorgspladser.

Det foreslås, at der indsættes *overskriften* »Sundheds- og omsorgspladser«, som indeholder en ny bestemmelse, § 246 b.

Det foreslås, at der indsættes ny § 246 b, hvorefter bopælsregionen afholder udgifter til sundheds- og omsorgspladser efter § 118 e.

Forslaget vil medføre, at regionsrådet skal afholde udgifterne forbundet med borgere med bopæl i regionens anvendelse af sundheds- og omsorgspladser.

(Til § 246 c)

Der findes i dag ikke en bestemmelse i gældende lovgivning om afholdelse af udgifter til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne samt udgifter for de patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmende indsatser efter § 119. Der findes således i dag etablerede tilbud for forebyggende og sundhedsfremmende tilbud, under kommunalbestyrelsens ansvar efter den nuværende lovgivning, men hvor der ikke er tilknyttet en finansieringsbestemmelse i sundhedsloven.

Det foreslås, at der indsættes *overskriften* »Forebyggende sundhedsordninger«, som indeholder en ny bestemmelse, § 246 c.

Det foreslås, at der efter § 246 i Kapitel 77 indsættes § 246 c, stk. 1, hvorefter bopælskommunen afholder udgifter til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne efter § 119, stk. 2.

Det foreslås videre i § 246 c, stk. 2, at bopælsregionen afholder udgifter til patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser efter § 119, stk. 3 og 4.

Forslaget vil medføre, at det bliver muligt at afholde udgifter til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud for henholdsvis kommunalbestyrelsen og regionsbestyrelsen, samt at det bliver muligt at henføre finansieringsansvaret til henholdsvis bopælskommunen og bopælsregionen.

Forslaget vil medføre en hjemmel om, at afholdelse af udgifter målrettet de forskellige forebyggelsestilbud følger myndigheds- og driftsansvaret i og med, at ansvaret for

den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse med den foreslåede ordning fordeles mellem det kommunale og regionale.

Forslaget vil medføre, at det bliver muligt at afholde udgifter til borgerrettet forebyggelsestilbud for kommunalbestyrelsen, samt at det bliver muligt at henføre finansieringsansvaret til bopælskommunen. Forslaget vil endvidere medføre, at det bliver muligt at afholde udgifter til patientrettede forebyggelsestilbud for regionsrådet, samt at det bliver muligt at henføre finansieringsansvaret til bopælsregionen. Der findes efter gældende lovgivning diverse patientrettede forebyggelsestilbud, som er underlagt myndigheds- og driftsansvar hos kommunalbestyrelsen. Forslaget vil medføre en hjemmel om, at udgifter målrettet patientrettede forebyggelsestilbud følger myndigheds- og driftsansvaret, som ved den foreslåede ordning overgår til det regionale myndighedsniveau.

Forslaget indebærer også en tydeliggørelse af det regionale finansieringsansvar for bopælsregionen i forbindelse med indsatser tilbudt efter § 119, stk. 4. Dette fremgår ikke af gældende lovgivning. Det bemærkes, at nærværende lovforslag ikke ændrer på eksisterende finansieringsansvar, men alene medfører en tydeliggørelse heraf.

Til nr. 20

Den gældende overskrift før § 247 i sundhedsloven er affattet med ordlyden Forebyggende sundhedsordninger.

Det foreslås, at *overskriften* før § 247 ophæves.

Forslaget er en følge af og skal ses i sammenhæng med lovforslagets § 1, nr. 19, hvor der indsættes nye bestemmelser om finansiering med dertilhørende overskrifter, herunder overskriften »Forebyggende sundhedsordninger«.

Forslaget medfører, at overskriften om forebyggende sundhedsordninger udgår dette sted i loven for at undgå, at samme overskrifter optræder flere steder.

Til nr. 21

Det følger af sundhedslovens § 250, at opholdskommunen afholder udgifter til sygeplejeydelser efter § 138.

Det foreslås, at der i § 250 efter »udgifter til« indsættes »kommunale«.

I henhold til dette lovforslags § 1, nr. 10 og 11, foreslås den nuværende kommunale sygepleje opdelt i henholdsvis kommunal sygepleje og regional akutsygepleje. Som følge af den foreslåede opdeling foreslås finansieringsansvaret for sygeplejefaglige ydelser også opdelt.

Den foreslåede ændring vil medføre, at kommunalbestyrelsen vil alene have ansvaret for finansieringen for den kom-

munale sygepleje, der også fremadrettet vil være kommunalbestyrelsens ansvar efter § 138.

Finansieringsansvaret og myndighedsansvaret for den kommunale sygepleje vil således være samlet hos opholdskommunen. Det vil betyde, at kommunalbestyrelsen vil have finansieringsansvaret for tildeling af kommunal sygepleje for borgere, der henvises til sygeplejefaglige indsatser, som udføres under det kommunale myndighedsansvar. For så vidt angår finansieringsansvaret for den regionale akutsygepleje henvises til bemærkningerne til § 1, nr. 22. Da det allerede gælder at finansieringsansvaret er opholdskommunens.

For så vidt angår myndighedsansvaret for kommunal sygepleje se bemærkningerne til § 1, nr. 10.

Til nr. 22

Det følger af sundhedslovens § 250, at opholdskommunen afholder udgifter til kommunale sygeplejeydelser efter § 138.

Det foreslås, at der i § 250 indsættes et *stk. 2* om, at bopælsregionen afholder udgifter til regionale akutsygeplejeydelser efter § 138 a.

Den foreslåede indsættelse vil tydeliggøre, at regionsrådet skal afholde udgifter til de akutte regionale sygeplejeindsatser. Det vil betyde, at regionsrådet fremover vil have finansieringsansvaret for tildeling af akutsygepleje for borgere, der henvises til sygeplejefaglige indsatser, som udføres under det regionale myndighedsansvar. Hvis opholdsregionen og bopælsregionen ikke er den samme, vil opholdsregionen have ansvaret for at udføre opgaven, og bopælsregionen vil have finansieringsansvaret.

Det foreslås endvidere, at der i § 250 indsættes et *stk. 3* om, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om bopælsregionens betaling til opholdsregionen efter *stk. 2*.

Den foreslåede ændring er en følge af, at regionsrådet får finansieringsansvaret for akutsygepleje efter § 138 a. Myndighedsansvaret og finansieringsansvaret vil således være opdelt mellem opholdsregionen og bopælsregionen i forhold til de akutte sygeplejeindsatser. Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at regionsrådet skal afholde udgifter til akutsygeplejeindsatser. Det vil betyde, at opholdsregionen vil være ansvarlig for at yde vederlagsfri akutsygepleje til personer med ophold i regionen, mens bopælsregionen fremover vil have finansieringsansvaret i forbindelse med tildeling af akutsygepleje for borgere, der henvises til sygeplejefaglige indsatser, som udføres under det regionale myndighedsansvar. Bopælsregionens finansieringsansvar skal ses i lyset af den generelle finansiering af regionerne, jf. lov om regionernes finansiering, som tager udgangspunkt i befolkningens bopæl. Med den foreslåede ændring indsættes der en bestemmelse, der vil give indenrigs- og sundhedsministeren bemyndigelse til at fastsætte regler om bopælsregionens be-

taling til opholdsregionen efter *stk. 2* i de tilfælde, hvor opholdsregionen og bopælsregionen er forskellige.

For så vidt angår myndighedsansvaret for regional akutsygepleje se bemærkningerne til § 1, nr. 11.

Til nr. 23

Efter § 251, *stk. 1* afholder bopælskommunen udgifter til genoptræningsydelser efter § 140.

Det foreslås, at i § 251, *stk. 1*, ændres »§ 140« til: »§ 139 a«.

Den foreslåede ændring i finansieringsbestemmelsen er en konsekvens af den foreslåede opgaveflytning af dele af genoptræningsindsatsen fra kommunen til regionen, hvorefter kommunalbestyrelsens ansvar for almen genoptræning vil fremgå af § 139 a.

Til nr. 24

Efter sundhedslovens § 251, *stk. 2*, er indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiget til at fastsætte regler om bopælskommunens betaling efter *stk. 1*, og har på den baggrund udstedt bekendtgørelse nr. 1113 af 18. oktober 2024 om betalinger for færdigbehandlede patienter, indlagte på hospice og genoptræning på specialiseret niveau.

Det foreslås at, § 251, *stk. 2*, affattes på ny, og at bopælsregionen afholder udgifter til genoptræningsydelser efter § 139 b.

Den foreslåede ændring er en konsekvens af, at regionsrådet får finansieringsansvar for genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau efter § 139 b.

Finansierings- og myndighedsansvaret vil således være samlet hos den myndighed med ansvar for de enkelte genoptræningsindsatser. Med samling af myndigheds- og finansieringsansvaret for genoptræning på specialiseret niveau vil der ikke være behov regler om bopælskommunes betaling for den udførte genoptræning på specialiseret niveau på sygehusene. Bekendtgørelse nr. 1113 af 18. oktober 2024 vil således skulle justeres, idet at med den foreslåede ordning vil kommunerne ikke længere skulle finansiere genoptræning på specialiseret niveau.

Til § 2

Til nr. 1

Det fremgår af § 2, *stk. 1*, i overgangsloven, at loven finder anvendelse på følgende ændringer inden for forvaltningsstrukturen, der i forbindelse med lovgivningen om en ny sundhedsstruktur foretages med virkning fra den 1. januar 2027:

- 1) Sammenlægning af Region Sjælland og Region Hovedstaden til Region Østdanmark.
- 2) Overførsel af opgaver fra kommunerne til Region

Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Østdanmark.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.6.1 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås, at der indsættes en ny § 2 a, ifølge hvilken bestemmelsen i overgangslovens § 2, stk. 1, nr. 2, også vil omfatte den overførsel, der sker som følge af etableringen af sundheds- og omsorgspladser, jf. sundhedslovens § 118 e.

Det følger af overgangslovens § 2, stk. 1, nr. 2, at loven bl.a. finder anvendelse på følgende ændring inden for forvaltningsstrukturen, der i forbindelse med lovgivningen om en ny sundhedsstruktur foretages med virkning fra den 1. januar 2027: Overførsel af opgaver fra kommunerne til Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Østdanmark.

Ved denne lovs § 1, nr. 6, indføres et nyt kapitel 34 a og en ny § 118 e i sundhedsloven. Ifølge den foreslåede § 118 e, stk. 1, vil regionsrådet tilbyde vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser til personer, der har bopæl i regionen, og som har behov for sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, hvis disse ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt under ophold i eget hjem. Ifølge den foreslåede § 118 e, stk. 2, vil regionsrådet være ansvarligt for at yde sundhedsfaglige indsatser med et rehabiliterende sigte samt den pleje og omsorg, som borgeren har behov for under opholdet. Det følger af forslaget til § 118 e, stk. 3, at regionsrådet vil kunne tilvejebringe tilbud efter stk. 1 ved at etablere tilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftale med et andet regionsråd, kommunalbestyrelse eller privat institution. Ifølge forslaget til § 118 e, stk. 4, vil indenrigs- og sundhedsministeren kunne fastsætte nærmere regler om omfanget af og kravene til sundheds- og omsorgspladser.

Der findes ikke i den gældende sundhedslov regler, der forpligter regioner eller kommuner til at tilbyde et midlertidigt ophold som beskrevet i den foreslåede § 118 e. Der er dog efter den gældende lovgivning mulighed for at tilbyde andre tilsvarende indsatser, f.eks. er der efter sundhedsloven mulighed for, at sundhedsfaglige indsatser indebærer døgndækning af borgeren, herunder tilbud om et midlertidigt ophold, som led i en sundhedsfaglig indsats. Det kan f.eks. være i forbindelse med indsatser efter reglerne om kommunal sygepleje og genoptræning efter udskrivelse fra sygehuset efter sundhedslovens §§ 138-140. For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.1 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Selvom de eksisterende kommunale indsatser og tilbud, som giver mulighed for at tilbyde borgere midlertidige ophold, bevares – og indførelsen af sundheds- og omsorgspladser ved den foreslåede § 118 e således ikke foreslås at medføre, at de tilsvarende kommunale indsatser og tilbud afskaffes – vil indførelsen af den foreslåede § 118 e reelt medføre, at der overføres opgaver fra kommunerne til regionerne.

Den foreslåede § 2 a har til formål at præcisere, at overførslen af opgaver fra kommuner til regioner som følge af indførelsen af sundhedslovens § 118 e også er omfattet af overgangslovens anvendelsesområde og regler, herunder bl.a. af § 5 om kommuners driftsansvar ved overførslen af opgaver og lovens kapitel 10-13 om overførslen af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte.

Til nr. 2

Det fremgår af § 5, stk. 1, i overgangsloven, at en kommune efter lovgivningen forpligtet til på vegne af en region at varetage driften af en opgave, der med virkning fra den 1. januar 2027 overføres fra kommunen til regionen, jf. § 2, varetages driften af opgaven også efter den 1. januar 2027 af kommunen. Dog varetages ansvaret for opgaven af regionen.

Det fremgår også af § 138, stk. 1, i overgangsloven, at enhver kommunalbestyrelse yder det forberedende regionsråd for Region Østdanmark og regionsrådene for Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark den bistand, som det forberedende regionsråd eller regionsrådene måtte anmode om vedrørende forberedelsen af varetagelsen af de opgaver, der den 1. januar 2027 overføres fra kommunen til regionen.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.6.1 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås, at »kommunen til regionen« i § 5, stk. 1, og § 138, stk. 1, i overgangsloven ændres til »kommune til region«.

Ændringen har alene ordensmæssig karakter og har ikke indholdsmæssige konsekvenser. Den skal ses i lyset af, at der kan forekomme tilfælde, hvor en kommune i dag løser en opgave på en anden kommunes vegne. Reglerne i overgangsloven dækker i relevant omfang også den situation, f.eks. således at aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte i overensstemmelse med lovens regler også overføres fra en kommune, der i dag varetager en opgave på vegne af en anden kommune, til en region.

Det bemærkes, at overgangslovens § 5, stk. 2 og 3, er formuleret således, og efter deres sammenhæng skal forstås således, herunder efter ændringerne i denne lovs § 2, nr. 2-4, at der alene kan indgås aftaler efter § 5, stk. 2, mellem en region og den kommune i den pågældende region, som der den 1. januar 2027 overføres opgaver fra, ligesom regionen alene kan rette anmodninger efter § 5, stk. 3, til den pågældende kommune i regionen. Se dog undtagelsen hertil i den foreslåede § 5, stk. 3, i overgangsloven, som affattet ved denne lovs § 2, nr. 6, for så vidt angår tilfælde omfattet af lov om forpligtende kommunale samarbejder.

Til nr. 3

Ifølge den gældende § 5, stk. 2, 1. pkt., i overgangsloven

kan indenrigs- og sundhedsministeren i 2026 efter indstilling fra en region, herunder det forberedende regionsråd for Region Østdanmark, fastsætte regler om, at en kommune på regionens vegne kan varetage driften af en eller flere af de opgaver, som den 1. januar 2027 overføres fra kommunen til regionen.

Reglen giver alene mulighed for at overlade driftsansvaret for opgaverne til en kommune. Regionerne vil derimod have myndighedsansvaret for opgaverne, jf. § 5, stk. 2, 2. pkt.

Desuden følger det af § 5, stk. 2, 3. pkt., at ministeren kan fastsætte regler om omfang og vilkår for varetagelsen af den eller de opgaver, som kommunen varetager for regionen, herunder forskellige frister for den periode, hvori kommunen varetager driften af opgaverne på regionens vegne. Kommunen kan ikke udtræde af driften før udløbet af den fastsatte periode, jf. § 5, stk. 2, 4. pkt.

Henlæggelsen af driftsopgaver til en kommune med hjemmel i § 5, stk. 2, vil alene skulle gælde for en tidsbegrænset periode, hvis længde vil skulle fastsættes ved de regler, som efter bestemmelsen kan udstedes af indenrigs- og sundhedsministeren.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.6.1 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås, at § 5, stk. 2, nyaffattes, således, at det fremgår af bestemmelsen, at et regionsråd og det forberedende regionsråd for Region Østdanmark i overensstemmelse med udbudslovens § 15 kan indgå en kontrakt med en kommune om, at kommunen på regionens vegne varetager driften af en eller flere af de opgaver, som den 1. januar 2027 overføres fra kommunen til regionen, jf. § 2, herunder kan ansvaret for at tildele sundhedsydelsen overdrages, hvis det overdrages i tilknytning til opgaven med at levere en sundhedsydelse. Ansvar for øvrigt for opgaven varetages fortsat af regionen.

Nyaffattelsen af § 5, stk. 2, vil indebære, at den gældende ordning erstattes af en mulighed for at indgå horisontale samarbejdsaftaler.

Den ordning, der foreslås indført ved ændringer af overgangsloven, svarer i vidt omfang til den generelle ordning, som foreslås indført i sundhedslovens § 118 d, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 5. Ordningen i overgangsloven omhandler dog udelukkende samarbejdsaftaler om, at en kommune på regionens vegne skal varetage driften af en eller flere opgaver, som den 1. januar 2027 ellers overføres til regionen. Ordningen efter sundhedsloven er derimod ikke særligt knyttet til overførslen af opgaver i forbindelse med sundhedsreformen. Ordningen efter overgangsloven giver i øvrigt ikke mulighed for at omfordele ansvaret mellem flere kommuner. Det gør derimod ordningen efter sundhedsloven.

Udgangspunktet efter den foreslåede bestemmelse er, at hele eller dele af driftsansvaret vil kunne overdrages ved en samarbejdsaftale, men ikke myndighedsansvaret. Myndigheds-

ansvaret omfatter bl.a. muligheden for at kunne fastsætte retningslinjer for driftsopgaven og forpligtelsen til at føre kontrol og tilsyn med udøvelsen af driftsopgaven. Myndighedsansvaret omfatter også tildelingskompetencen. Det foreslås som en undtagelse til hovedreglen om, at myndighedsansvaret ikke kan overdrages, at ansvaret for at beslutte visitering til eller tildeling af en sundhedsydelse (tildelingskompetencen) godt kan overdrages, men dog under den forudsætning, at det vil blive varetaget af kommunalbestyrelsen, som i øvrigt får ansvaret for at levere sundhedsydelsen.

Det bemærkes i øvrigt, at uanset hvor mange opgaver der ved en samarbejdsaftale overdrages, vil det være på regionens vegne, at opgaven udføres. Det gælder også ved en overdragelse af tildelingskompetencen.

Endvidere bemærkes det, at en opgave vil kunne udgøre en del af leveringen af en sundhedsydelse. Det vil altså ikke være en forudsætning, at hele opgaven med at levere en sundhedsydelse bliver overdraget ved en samarbejdsaftale. Det vil godt kunne aftales, at en del af leveringen af en sundhedsydelse overdrages. Hvis tildelingskompetencen skal overdrages, vil det dog være en forudsætning, at kommunalbestyrelsen får ansvaret for at levere den ydelse, som den får kompetence til at tildele.

Som det ligeledes fremgår af den foreslåede bestemmelse, vil kontrakten skulle opfylde kravene til offentlige kontrakter mellem ordregivere efter udbudslovens § 15. Det skal ses i lyset af, at fritagelsen for udbudspligten alene gælder for horisontale samarbejdsaftaler, der lever op til kravene efter udbudsretten til sådanne aftaler. Henvisningen til udbudsloven omfatter ikke alene, hvad der udtrykkeligt fremgår af udbudslovens § 15, men også den tilknyttede retspraksis, herunder fra EU-Domstolen (se hertil f.eks. C-480/06, Kommissionen mod Tyskland og C-51/15, Remondis).

Som nævnt forudsætter udbudsretten, at en horisontal samarbejdsaftale indebærer et reelt samarbejde mellem ordregiverne, og f.eks. vil en aftale, hvor en ordregiver blot leverer tjenesteydelser til en anden mod betaling, ikke blive betragtet som en reel samarbejdsaftale, jf. herom f.eks. EU-Domstolens dom i C-386/11, Piepenbrock.

Det bemærkes i øvrigt, at hvis der i medfør af den nye bestemmelse i overgangsloven indgås en samarbejdsaftale, som indebærer, at en kommune i en periode på vegne af en region varetager opgaver, der ellers ville blive overført til regionen den 1. januar 2027, medfører det, at der ikke i medfør af overgangslovens kapitel 10-13 vil skulle ske overførsel af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte fra kommunen til regionen knyttet til de relevante driftsopgaver. Det bemærkes dog, at i det omfang myndighedsansvaret for opgaverne vil skulle varetages af regionen, vil der i medfør af overgangslovens kapitel 10-13 skulle ske overførsel af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte fra kommunen til regionen knyttet til denne myndighedsopgave. Se nærmere herom overgangslovens § 141, stk. 5, og § 142, stk. 3.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.6.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 4

Det fremgår af det gældende § 5, stk. 3, 1. pkt., i overgangsloven, at fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren ikke regler efter bestemmelsens stk. 2, skal kommunen også efter den 1. januar 2027, såfremt regionen inden for den frist, der fastsættes i medfør af bestemmelsens stk. 6, anmoder kommunen derom, varetage driften af opgaven på vegne af regionen inden for en periode, der fastsættes efter bestemmelsens stk. 7.

Det foreslås, at i § 5, stk. 3, 1. pkt., ændres »Fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren ikke regler efter stk. 2 for en kommune« til: »Indgås der ikke med en kommune en kontrakt omfattet af stk. 2 eller en kontrakt efter sundhedslovens § 118 d, stk. 1«.

Indholdet i den gældende ordning i stk. 3 fastholdes, men der foreslås en sproglig tilpasning i lyset af nyaffattelsen af stk. 2 og indførelsen af muligheden for at indgå horisontale samarbejdsaftaler efter sundhedslovens § 118 d, stk. 1, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 5.

Med den foreslåede ændring vil det fremadrettet fremgå af overgangslovens § 5, stk. 3, 1. pkt., at indgås der ikke med en kommune en kontrakt omfattet af stk. 2 eller en kontrakt efter sundhedslovens § 118 d, stk. 1, skal kommunen også efter den 1. januar 2027, såfremt regionen inden for den frist, der fastsættes i medfør af bestemmelsens stk. 6, anmoder kommunen derom, varetage driften af opgaven på vegne af regionen inden for en periode, der fastsættes efter bestemmelsens stk. 7.

Til nr. 5

Ifølge den gældende § 5, stk. 3, 2. pkt., i overgangsloven varetages ansvaret for opgaven dog af regionen. Bestemmelsen har den virkning, at en kommune ikke kan pålægges at varetage myndighedsansvaret.

Bestemmelsen i § 5, stk. 3, 2. pkt., foreslås nyaffattet, således at det fremgår af den, at ansvaret for opgaven fortsat varetages af regionen, dog kan en anmodning efter 1. pkt. omfatte, at en kommune i tilknytning til opgaven med at levere en sundhedsydelse også får overdraget ansvaret for at tildele en sundhedsydelse.

Ligesom der efter overgangslovens § 5, stk. 2, som affattet ved denne lovs § 2, nr. 3, gives mulighed for, at det vil kunne aftales, at en kommune i tilknytning til opgaven med at levere en sundhedsydelse også vil kunne få overdraget ansvaret for at tildele en sundhedsydelse, foreslås det således, at en anmodning efter overgangslovens § 5, stk. 3, vil kunne omfatte, at en kommune i tilknytning til opgaven med at levere en sundhedsydelse også vil kunne få overdraget ansvaret for at tildele en sundhedsydelse.

Til nr. 6

Det foreslås med et nyt § 5, stk. 4, at er en sundhedsydelse omfattet af lov om forpligtende kommunale samarbejder, og er kommunalbestyrelser i medfør af lov om forpligtende kommunale samarbejder pålagt at samarbejde med hinanden om levering af sundhedsydelsen, skal både den bemyndigede og den delegerende kommunalbestyrelse være parter i en kontrakt efter stk. 2 om levering af sundhedsydelsen i den kommune, hvis kommunalbestyrelse efter lov om forpligtende kommunale samarbejder ikke må varetage udøvelsen af opgaven, og en anmodning efter stk. 3 om levering af sundhedsydelsen i den pågældende kommune skal omfatte begge kommuner.

Forslaget er en fravigelse af, at aftaler efter overgangslovens § 5, stk. 2, ellers alene indgås med en enkelt kommune, ligesom anmodninger efter overgangslovens § 5, stk. 3, rettes mod en enkelt kommune. Forslaget skal ses i lyset af, at de to kommuner i disse tilfælde er i en sådan situation af gensidig afhængighed, at det ikke bør være muligt at indgå aftale om levering af sundhedsydelsen uden involvering af begge kommuner, ligesom det i sådanne tilfælde ikke bør være muligt alene at rette en anmodning mod den delegerende kommune. Bestemmelsen vil alene finde anvendelse, hvor kontrakten angår leveringen af sundhedsydelsen i den kommune, hvis kommunalbestyrelse efter lov om forpligtende kommunale samarbejder ikke må varetage udøvelsen af opgaven, med andre ord hvor kontrakten eller anmodningen angår den delegerende kommune. Regionen kan altså f.eks. godt indgå en kontrakt alene med den bemyndigede kommune, så længe aftalen kun angår levering af sundhedsydelsen i denne kommune.

Aftaler efter overgangslovens § 5, stk. 2, og anmodninger efter § 5, stk. 3, vil i øvrigt skulle indgås med henholdsvis rettes mod de kommuner, der er omfattet af et forpligtende kommunalt samarbejde, i overensstemmelse med reglerne i lov om forpligtende kommunale samarbejder. Dette vil blandt andet medføre, at den delegerende kommunalbestyrelse ikke må deltage i udøvelsen af de opgaver, der er omfattet af samarbejdet, medmindre der efter reglerne i lov om forpligtende kommunale samarbejder er meddelt dispensation hertil, jf. § 2, stk. 1, 2. pkt., og §§ 11 og 11 a.

Omfatter et forpligtende kommunalt samarbejde tre kommuner, vil et sådant forpligtende kommunalt samarbejde være omfattet af bestemmelsen.

Til nr. 7

Det fremgår af det gældende § 5, stk. 5, i overgangsloven, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om frister for indstilling fra en region, herunder det forberedende regionsråd for Region Østdanmark, om, at en kommune på regionens vegne varetager driften af en eller flere af de opgaver, som den 1. januar 2027 overføres fra kommunen til

regionen, og om meddelelse til indenrigs- og sundhedsministeren om indstillingen og frister for en sådan meddelelse.

Det foreslås, at § 5, stk. 5, der bliver stk. 6, nyaffattes i lyset af nyaffattelsen af § 5, stk. 2. Det foreslås således, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kontrakter omfattet af stk. 2, herunder om det seneste tidspunkt for kontraktens indgåelse, kontraktens gyldighedsperiode, parternes adgang til at opsiges kontrakten og meddelelse til indenrigs- og sundhedsministeren om indgåelse af kontrakten.

Bestemmelsen svarer til § 118 d, stk. 2, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 5.

Det bemærkes, at det bl.a. er hensigten at fastsætte, at en samarbejdsaftale om opgaver, som den 1. januar 2027 overføres fra kommunen til regionen, skal indgås senest den 1. april 2026. Det skal bl.a. ses i sammenhæng med overgangslovens § 5, stk. 3, som vil indebære, at hvis der ikke indgås en sådan kontrakt med en kommune, skal kommunen også efter den 1. januar 2027, såfremt regionen inden for en frist, der fastsættes efter § 5, stk. 6, der bliver stk. 7, anmoder kommunen herom, varetage driften af opgaven på vegne af regionen inden for en periode, der fastsættes efter § 5, stk. 7, der bliver stk. 8. Det er hensigten at fastsætte fristen for sådanne anmodninger til den 15. april 2026.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.6.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 8

Ifølge den gældende § 5, stk. 8, i overgangsloven kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte nærmere regler om kommunens varetagelse af driften af en eller flere opgaver på regionens vegne efter stk. 2, herunder regler, der fastsætter vilkår for varetagelsen af driften, og om kommunens pligt til efter stk. 3 fortsat at varetage opgaven.

Det foreslås i § 5, stk. 8, der bliver stk. 9, at det udgår af bestemmelsen, at ministeren kan fastsætte regler om kommunens varetagelse af driften af en eller flere opgaver på regionens vegne efter stk. 2, herunder regler, der fastsætter vilkår for varetagelsen af driften.

Det er en konsekvens af, at hjemlen til fremadrettet at fastsætte regler om tilsvarende forhold vil være omfattet af den foreslåede § 5, stk. 6.

Hvis forslaget vedtages, vil det fremadrettet alene fremgå af § 5, stk. 9, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om kommunens pligt til efter stk. 3 fortsat at varetage opgaven.

Til nr. 9

Det følger af den gældende § 141, stk. 1, i overgangsloven, at afgiver en kommune i henhold til lovgivningen om en

ny sundhedsstruktur en opgave til en region, der er nævnt i §§ 143 og 144, overtager regionen den 1. januar 2027 mod kompensation efter stk. 6 og 7 de aktiver, passiver, rettigheder og pligter hos en kommune inden for regionens område, der udelukkende eller helt overvejende er knyttet til varetagelsen af den overførte opgave, jf. dog stk. 2.

Det foreslås, at i § 141, stk. 1, udgår »hos en kommune inden for regionens område«.

Forslaget vil indebære, at det vil fremgå af § 141, stk. 1, at afgiver en kommune i henhold til lovgivningen om en ny sundhedsstruktur en opgave til en region, der er nævnt i §§ 143 og 144, overtager regionen den 1. januar 2027 mod kompensation efter stk. 6 og 7 de aktiver, passiver, rettigheder og pligter, der udelukkende eller helt overvejende er knyttet til varetagelsen af den overførte opgave, jf. dog stk. 2.

Forslaget skal ses i lyset af, at der kan forekomme tilfælde, hvor en kommune i dag løser en opgave på en anden kommunes vegne, og hvor kommunen, der løser opgaven, ikke nødvendigvis ligger i den samme region. I sådanne tilfælde bør aktiver, passiver, rettigheder og pligter også overgå til regionen, der fremadrettet får ansvaret for opgaven, selvom den pågældende kommune ikke ligger inden for regionens område.

Med den foreslåede ændring vil bestemmelsen desuden blive affattet på samme måde som § 142, stk. 1, der omhandler overførslen af ansatte, og hvor der ikke i dag gælder en tilsvarende begrænsning om, at den pågældende kommune skal ligge inden for regionens område.

Til nr. 10

Det fremgår af det gældende § 141, stk. 5, at hvis kommunen er forpligtet til at varetage driften af en opgave på vegne af regionen, eller regionen har indgået en aftale med en kommune om, at kommunen varetager driften af en opgave på vegne af regionen, jf. overgangslovens § 5, stk. 1 og 2, sker der alene overførsel af aktiver, passiver, rettigheder og pligter, der udelukkende eller overvejende er knyttet til kommunens varetagelse af myndighedsansvaret for opgaven.

Overgangslovens § 141 regulerer overførslen af aktiver, passiver, rettigheder og pligter fra en kommune til en region i forbindelse med overgangen til en ny sundhedsstruktur.

Det foreslås, at i § 141, stk. 5, indsættes efter »Er kommunen forpligtet til at varetage driften af en opgave på vegne af regionen,«: »herunder som følge af en anmodning fra regionen,« og at »§ 5, stk. 1 og 2« ændres til: »§ 5, stk. 1-3«.

Forslaget vil indebære, at § 141, stk. 5, fremadrettet også vil omfatte anmodninger efter overgangslovens § 5, stk. 3.

Den foreslåede ændring vil indebære, at det fremadrettet vil

fremgå af § 141, stk. 5, at er kommunen forpligtet til at varetage driften af en opgave på vegne af en region, herunder som følge af en anmodning fra regionen, eller har regionen indgået en aftale med en kommune om, at kommunen varetager driften af en opgave på vegne af regionen, jf. § 5, stk. 1-3, sker der alene overførsel efter stk. 1, jf. dog stk. 2, af aktiver, passiver, rettigheder og pligter, der udelukkende eller helt overvejende er knyttet til kommunens varetagelse af myndighedsansvaret for opgaven.

Til nr. 11

Efter de gældende bestemmelser i overgangslovens § 5, stk. 2 og 3, kan myndighedsansvaret ikke overdrages fra en region til en kommune.

Det foreslås, at der i § 141, stk. 5, indsættes et 2. pkt., ifølge hvilket aktiver, passiver, rettigheder og pligter, der udelukkende eller helt overvejende er knyttet til opgaven med at tildele en sundhedsydelse, dog ikke overføres, hvis det er aftalt eller omfattet af en anmodning, at kommunen overdrages ansvaret for at tildele en sundhedsydelse.

Den foreslåede ændring er en konsekvens af de foreslåede ændringer af overgangslovens § 5, stk. 2 og 3, som indebærer, at der gives mulighed for, at en kommune kan få overdraget ansvaret for at tildele en sundhedsydelse, se hertil denne lovs § 2, nr. 3 og 5 samt bemærkningerne hertil.

Til nr. 12

Det fremgår af det gældende § 142, stk. 3, at hvis kommunen er forpligtet til at varetage driften af en opgave på vegne af regionen, eller regionen har indgået en aftale med en kommune om, at kommunen varetager driften af en opgave på vegne af regionen, jf. overgangslovens § 5, stk. 1 og 2, sker der alene overførsel af ansatte, der udelukkende eller overvejende er knyttet til kommunens varetagelse af myndighedsansvaret for opgaven.

Overgangslovens § 142 regulerer overførslen af ansatte fra en kommune til en region i forbindelse med overgangen til en ny sundhedsstruktur.

Det foreslås, at i § 142, stk. 3, indsættes efter »Er kommunen forpligtet til at varetage driften af en opgave på vegne af regionen,«: »herunder som følge af en anmodning fra regionen,«, og at »§ 5, stk. 1 og 2« ændres til: »§ 5, stk. 1-3«.

Forslaget vil indebære, at § 142, stk. 3, fremadrettet også vil omfatte anmodninger efter overgangslovens § 5, stk. 3.

Den foreslåede ændring vil indebære, at det fremadrettet vil fremgå af § 142, stk. 3, at er kommunen forpligtet til at varetage driften af en opgave på vegne af en region, herunder som følge af en anmodning fra regionen, eller har regionen indgået en aftale med en kommune om, at kommunen varetager driften af en opgave på vegne af regionen, jf.

§ 5, stk. 1-3, sker der alene overførsel efter stk. 1, jf. dog stk. 2, af ansatte, der udelukkende eller helt overvejende er knyttet til kommunens varetagelse af myndighedsansvaret for opgaven.

Til nr. 13

Efter de gældende bestemmelser i overgangslovens § 5, stk. 2 og 3, kan myndighedsansvaret ikke overdrages fra en region til en kommune.

Det foreslås, at der i § 142, stk. 3, indsættes et 2. pkt., ifølge hvilket ansatte, der udelukkende eller helt overvejende er knyttet til opgaven med at tildele en sundhedsydelse, dog ikke overføres, hvis det er aftalt eller omfattet af en anmodning, at kommunen overdrages ansvaret for at tildele en sundhedsydelse.

Den foreslåede ændring er en konsekvens af de foreslåede ændringer af overgangslovens § 5, stk. 2 og 3, som indebærer, at der gives mulighed for, at en kommune kan få overdraget ansvaret for at tildele en sundhedsydelse, se hertil denne lovs § 2, nr. 3 og 5 samt bemærkningerne hertil.

Til § 3

Til nr. 1

Det fremgår af § 1, stk. 1, i lov om forpligtende kommunale samarbejder, at kommunalbestyrelserne i de i medfør af § 2, stk. 1, udpegede grupper af kommuner samarbejder med virkning fra den 1. januar 2007 efter reglerne i denne lov.

Lovens § 1, stk. 2, definerer, hvad samarbejdet omfatter. Det fremgår bl.a. af § 1, stk. 2, nr. 2, litra a, at samarbejdet omfatter genoptræningsområdet, for så vidt angår kommunalbestyrelsens opgaver efter § 140 i sundhedsloven.

Efter sundhedslovens § 140, stk. 1, skal kommunalbestyrelsen tilbyde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84 om genoptræningsplaner.

Det foreslås, at § 1, stk. 2, nr. 2, litra a, affattes således: »§ 139 a i sundhedsloven«.

Med den foreslåede ændring vil det forpligtende kommunale samarbejde efter § 1, stk. 2, nr. 2, litra a, i lov om forpligtende kommunale samarbejder på genoptræningsområdet omfatte kommunalbestyrelsens tilbud om vederlagsfri almen genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. den med dette lovforslags § 1, nr. 13, foreslåede § 139 a i sundhedsloven.

Den foreslåede ændring er begrundet i forslaget om, at dele af kommunernes ansvar for genoptræningsindsatserne efter udskrivning fra sygehus fra den 1. januar 2027 flyttes fra kommunerne til regionerne. Med den foreslåede § 139

a i sundhedsloven vil kommunalbestyrelserne alene have ansvar for den almene genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Det er derfor nødvendigt at ændre § 1, stk. 2, nr. 2, litra a, i lov om forpligtende kommunale samarbejder, således at bestemmelsen alene finder anvendelse på kommunalbestyrelsernes opgaver på genoptræningsområdet.

Det forpligtende kommunale samarbejde vil fremover ikke omfatte tilbud om vederlagsfri genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, idet disse tilbud overføres til regionerne med virkning fra den 1. januar 2027, jf. den med dette lovforslags § 1, nr. 13, foreslåede § 139 b i sundhedsloven.

Ud over det forhold, at kommunalbestyrelserne i de forpligtende kommunale samarbejder alene vil skulle samarbejde om den almene genoptræning efter udskrivning fra sygehus, vil dette lovforslag ikke medføre ændringer af de eksisterende samarbejder i henhold til lov om forpligtende kommunale samarbejder.

Til § 4

Til nr. 1

Det fremgår af vandforsyningslovens § 13 b, stk. 4, at regionsrådet skal indkalde til mægling efter anmodning, når de berørte kommunalbestyrelser ikke kan nå til enighed om udformningen af en indsatsplan. Det fremgår af § 13 b, stk. 5, at regionsrådet skal forelægge sagen for miljøministeren, som træffer endelig afgørelse, ved fortsat uenighed om indsatsplanens udformning blandt de berørte kommunalbestyrelser.

Det foreslås, at § 13 b, stk. 4 og 5, ophæves og der indsættes et nyt § 13 b, stk. 4, hvor, såfremt der ikke kan opnås enighed blandt de berørte kommunalbestyrelser om den nærmere udformning af indsatsplanen for kommunen, kommunalbestyrelserne skal forelægge sagen for miljøministeren, som herefter træffer afgørelse.

Forslaget vil indebære, at det er kommunalbestyrelsen, der fremover har adgang til at indbringe sager, hvor der ikke kan opnås enighed mellem de berørte kommuner for miljøministeren i stedet for regionsrådet.

Ændringen forventes ikke at medføre ændringer i antallet af sager, som forelægges for miljøministeren.

Til nr. 2

Det fremgår af vandforsyningslovens § 70, at miljøministeren kan bestemme, at kommunalbestyrelsen skal føre register over de indvindingstilladelser, som er meddelt inden for

kommunen af en landvæsensret, et amtsråd eller kommunalbestyrelsen.

Det foreslås i § 70, at »en landvæsensret, et amtsråd eller« udgår.

Forslaget vil indebære, at miljøministeren fremadrettet alene vil kunne bestemme, at kommunalbestyrelsen skal føre register over indvindingstilladelser.

Den foreslåede ændring er en konsekvens af nedlæggelsen af landvæsensretter og amtsråd.

Til § 5

Til nr. 1

Det følger af § 18 i lov om miljøbeskyttelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 1093 af 11. oktober 2024, at regionsrådet inden for miljøbeskyttelseslovens formål kan give tilskud til projekter, der bidrager til at realisere den ønskelige fremtidige udvikling, som beskrevet i den regionale udviklingsstrategi efter lov om erhvervsfremme.

Det foreslås, at i § 18 a ændres », der bidrager til at realisere den ønskelige fremtidige udvikling, som beskrevet i den regionale udviklingsstrategi efter lov om erhvervsfremme« til: »på områder, hvor regionen varetager myndighedsopgaver, herunder til samarbejdsprojekter med relevante statslige, regionale og lokale interessenter«

Bestemmelsen vil medføre, at regionsrådene forsat har mulighed for at give tilskud til projekter på miljøbeskyttelsesområdet. Indtil nu har projekterne haft ophæng i den regionale udviklingsstrategi, som nu bortfalder. Det præciseres, at det er til områder, hvor regionerne har myndighedsansvar, hvilket vil sige jordforureningsloven og råstofloven. Det nævnes, at det kan være til samarbejdsprojekter med relevante statslige, regionale og lokale interessenter, hvilket svarer til den gældende praksis. Tilskud vil falde inden for regionernes bevillinger.

Til § 6

Til nr. 1

Efter gældende § 34 a, stk. 2, i lov om institutioner for erhvervsrettet uddannelse kan regionsrådet med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi efter ansøgning fra en selvejende institution yde formåls- og tidsbestemte udviklingstilskud, herunder anlægstilskud til bl.a. efteruddannelse, information, udvikling af fag, valgfag og mere specialiserede studieretninger til de ungdomsuddannelser, der er nævnt i lovens § 34 a, stk. 5, bortset fra ungdomsuddannelser, som finder sted på private hf-kurser og private gymnasieskoler, samt tilskud til udvikling af en institution i et landdistrikt eller udkantssområde. På Bornholm varetager

ges regionsrådets opgave dog af kommunalbestyrelsen. De i lovens § 34 a, stk. 5, nævnte ungdomsuddannelser er uddannelsen til almen studentereksamen, uddannelsen til hf-eksamen, uddannelsen til merkantil studentereksamen, uddannelsen til teknisk studentereksamen og grundforløbene til erhvervsuddannelserne.

Det foreslås, at i § 34 a, stk. 2, 1. pkt., i lov om institutioner for erhvervsrettet uddannelse, at »Med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi kan regionsrådet« ændres til: »Regionsrådet kan«.

Den foreslåede ændring er en følge af den foreslåede § 8 om ændring af lov om erhvervsfremme, hvorefter de regionale udviklingsstrategier bortfalder, hvorfor der ikke længere kan ydes tilskud med henblik på at understøtte disse.

Med det foreslåede vil regionsrådet fortsat efter ansøgning fra en selvejende institution bortset fra private hf-kurser og private gymnasieskoler kunne yde formåls- og tidsbestemte udviklingstilskud, herunder anlægstilskud, til de samme formål som hidtil.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.7.2 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til § 7

Til nr. 1

Efter gældende § 10 a, stk. 3, i lov om institutioner for almen gymnasiale uddannelser og almen voksenuddannelse m.v. kan regionsrådet med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi efter ansøgning fra en godkendt institution, jf. lovens § 1, stk. 1, yde formåls- og tidsbestemte udviklingstilskud, herunder anlægstilskud til bl.a. efteruddannelse, information, udvikling af fag, valgfag og mere specialiserede studieretninger til de ungdomsuddannelser, der er nævnt i lovens § 13, stk. 2, og til almen voksenuddannelse, forberedende voksenundervisning og ordblindeundervisning for voksne samt tilskud til udvikling af en institution i et landdistrikt eller udkantsområde. På Bornholm varetages regionsrådets opgave dog af kommunalbestyrelsen. De i lovens § 13, stk. 2, nævnte ungdomsuddannelser er uddannelsen til almen studentereksamen, uddannelsen til hf-eksamen, uddannelsen til merkantil studentereksamen, uddannelsen til teknisk studentereksamen og grundforløbene til erhvervsuddannelserne.

Det foreslås, at i § 10 a, stk. 3, 1. pkt., i lov om institutioner for almen gymnasiale uddannelser og almen voksenuddannelse m.v., at »Med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi kan regionsrådet« ændres til: »Regionsrådet kan«.

Den foreslåede ændring er en følge af den foreslåede § 8 om ændring af lov om erhvervsfremme, hvorefter de regionale udviklingsstrategier bortfalder, hvorfor der ikke længere kan ydes tilskud med henblik på at understøtte disse.

Med det foreslåede kan regionsrådet fortsat efter ansøgning fra en godkendt institution, jf. § 1, stk. 1, i lov om institutioner for almen gymnasiale uddannelser og almen voksenuddannelse m.v., yde formåls- og tidsbestemte udviklingstilskud, herunder anlægstilskud, til de samme formål som hidtil.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.7.2 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til § 8

Til nr. 1

Efter gældende § 31, stk. 2, i lov om institutioner for forbedrende grunduddannelse kan regionsrådet med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi efter ansøgning fra en institution for forberedende grunduddannelse beliggende i regionen yde formåls- og tidsbestemte udviklingstilskud, herunder anlægstilskud. Tilskud kan bl.a. ydes til efteruddannelse, information, udvikling af fag og valgfag, værkstedsfaciliteter og andre faciliteter, ordblindeundervisning og anden specialpædagogisk bistand, sommerferieaktivitet, ekskursioner, sundheds- og ernæringstiltag og tilskud til udvikling af en institution i et landdistrikt eller udkantsområde. På Bornholm varetages regionsrådets opgave dog af kommunalbestyrelsen.

Det foreslås, at i § 31, stk. 2, i lov om institutioner for forbedrende grunduddannelse, at »Med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi kan regionsrådet« ændres til: »Regionsrådet kan«.

Den foreslåede ændring er en følge af den foreslåede § 8 om ændring af lov om erhvervsfremme, hvorefter de regionale udviklingsstrategier bortfalder, hvorfor der ikke længere kan ydes tilskud med henblik på at understøtte disse.

Med det foreslåede kan regionsrådet fortsat efter ansøgning fra en institution for forberedende grunduddannelse beliggende i regionen yde formåls- og tidsbestemte udviklingstilskud, herunder anlægstilskud, til de samme formål som hidtil.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.7.2 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til § 9

Til nr. 1

Det fremgår af § 22 a, stk. 2, i lov om planlægning, at regionsråd og kommunalbestyrelser på eget initiativ over for ministeren for byer og landdistrikter kan fremsætte forslag til landsplanlægningen.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.7.3.1 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Der foreslås en ændring af § 22 a, stk. 2, hvorefter »Regionsråd og kommunalbestyrelser« ændres til »Kommunalbestyrelser«.

Det vil herefter følge af § 22 a, stk. 2, at kommunalbestyrelser på eget initiativ over for ministeren for byer og landdistrikter kan fremsætte forslag til landsplanlægningen.

Den foreslåede ændring vil medføre, at regionsrådene ikke længere vil være omfattet af den adgang, som er omtalt i § 22 a, stk. 2, til over for ministeren for byer og landdistrikter at fremsætte forslag til landsplanlægning.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.7.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til § 10

Til nr. 1

Det følger af § 9, stk. 1, nr. 6 i lov om erhvervsfremme, jf. lovbekendtgørelse nr. 230 af 29. februar 2024, at Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse har til opgave at igangsætte og finansiere decentrale erhvervsfremmeindsatser, herunder bl.a. at udtale sig som høringspart om regionernes udviklingsstrategier.

Det foreslås, at § 9, stk. 1, nr. 6, ophæves.

Det vil medføre, at Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse ikke længere skal udtale sig som høringspart om regionernes udviklingsstrategier. Det skyldes, at regionernes adgang til at udarbejde regionale udviklingsstrategier bortfalder.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.7.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 2

Det følger af § 10, stk. 1, i lov om erhvervsfremme, jf. lovbekendtgørelse nr. 230 af 29. februar 2024, at Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse består af 17 medlemmer, herunder 1 formand.

Det foreslås, at i § 10, stk. 1, ændres »17« til: »16«.

Det vil medføre, at Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse fremadrettet vil bestå af 16 i stedet for 17 medlemmer, da det medlem, der i dag udpeges af regionsrådene, bortfalder.

Til nr. 3

Det følger af § 10, stk. 2, nr. 4, i lov om erhvervsfremme, jf. lovbekendtgørelse nr. 230 af 29. februar 2024, at medlemmerne af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse udpeges således: 1 regionalt medlem udpeges af regionsrådene.

Det foreslås, at § 10, stk. 2, nr. 4, ophæves.

Det vil medføre, at det regionale medlem af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse udgår af bestyrelsen.

De nærmere regler om udpegning af medlemmer og fastsættelse af indstillingsberettigede parter til Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse er fastsat i bekendtgørelse nr. 1589 af 18. december 2018, som er ændret ved bekendtgørelse nr. 80 af 14. januar 2022.

Til nr. 4

Det følger af § 10, stk. 3, i lov om erhvervsfremme, jf. lovbekendtgørelse nr. 230 af 29. februar 2024, at formanden for Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse og medlemmerne udpeges for op til fire år ad gangen med mulighed for genudpegning én gang.

Det foreslås, at i § 10, stk. 3, udgår »én gang«.

Det vil medføre, at medlemmerne i Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse ikke længere er bundet af kun at kunne sidde i én periode med mulighed for genudpegning én gang. Den foreslåede bestemmelse skal understøtte, at arbejdet i Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse gennemføres på en stabil måde, som ikke af formelle grunde går ud over kontinuiteten og kvaliteten i bestyrelsens arbejde. Dermed er det op til medlemmernes baglande, der bestemmer, hvor lang tid medlemmernes mandat i bestyrelsen skal gælde. Erhvervsministeren vil fastsætte nærmere regler for genudpegning i medfør af lov om erhvervsfremmes § 10, stk. 7.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.7.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 5

Det følger af § 13, stk. 1, i lov om erhvervsfremme, jf. lovbekendtgørelse nr. 230 af 29. februar 2024, at hvert erhvervshus ledes af en bestyrelse. Erhvervshusenes bestyrelser består af 11 medlemmer, herunder 1 formand, og en observatør.

Det foreslås, at i § 13, stk. 1, 2. pkt., ændres »11« til: »10«.

Det vil medføre, at medlemmerne i de tværkommunale erhvervshuse reduceres fra 11 til 10.

Ændringen er en konsekvens af det regionale opgavebortfald, hvor regionerne ikke længere skal deltage i bestyrelser på erhvervsfremmeområdet.

Til nr. 6

Det følger af § 13, stk. 2, nr. 4-6, i lov om erhvervsfremme, jf. lovbekendtgørelse nr. 230 af 29. februar 2024, at erhvervshusenes bestyrelser sammensættes af blandt andet 1 medlem, der udpeges af kommunekontakttrådene blandt repræsentanter fra en videninstitution, 1 medlem, der udpeges af kommunekontakttrådene fra en arbejdstagerorganisation

efter indstilling fra de faglige hovedorganisationer i fællesskab, samt 1 medlem der udpeges af regionsrådene.

Det foreslås, at i § 13, stk. 2, nr. 4, indsættes efter »videninstitution,«: »og«, i nr. 5 ændres i fællesskab, og« til: »i fællesskab.«, og § 13, stk. 2, nr. 6, ophæves.

Det vil medføre, at det medlem, som udpeges af regionsrådene til de tværkommunale erhvervshuses bestyrelser, udgår.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.7.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 7

Overskriften til kapitel 7 er i henhold til gældende ret benævnt »Regioner«.

Det foreslås, at *overskriften* til kapitel 7 affattes med følgende ordlyd: »Regioners deltagelse i Socialfondsplusprojekter og i grænseoverskridende samarbejder«.

Formålet med nyaffattelsen er at give en mere præcis angivelse af kapitlets indhold. Det skyldes opgavebortfaldet inden for den regionale udvikling, hvorefter regionerne i medfør af lov om erhvervsfremme fremadrettet alene har adgang til at ansøge om og deltage i projekter om kvalificeret arbejdskraft under Den Europæiske Socialfond Plus igangsat af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse samt deltage i grænseoverskridende samarbejder m.v., som erhvervsministeren fastsætter nærmere regler om.

Til nr. 8

Det følger af § 15 stk. 1, i lov om erhvervsfremme, jf. lovbekendtgørelse nr. 230 af 29. februar 2024, at regionerne efter høring af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse kan udarbejde en regional udviklingsstrategi. Udarbejder regionerne en strategi, kan den omfatte regionernes lov hjemlede opgaver inden for regional udvikling og i tilknytning hertil den fremtidige udvikling i regionen, infrastruktur, udvikling i yderområderne, natur og rekreative formål, grøn omstilling og klimatilpasning og eventuelle grænseoverskridende samarbejder.

Det følger af bestemmelsens stk. 2, at den regionale udviklingsstrategi ikke må omhandle erhvervsfremme, herunder turisme, og de regionale udviklingsstrategier udarbejdes under hensyntagen til Danmarks Erhvervsfremmebestyrelses strategi for den decentrale erhvervsfremmeindsats. Gennemfører en region ikke Danmarks Erhvervsfremmebestyrelses anbefalinger efter stk. 1, jf. § 9, stk. 1, nr. 5, skal regionen begrunde dette over for Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse.

Det følger af bestemmelsens stk. 3, at den regionale udviklingsstrategi skal udarbejdes i samarbejde med relevante lokale, regionale og statslige interessenter. Inden vedtagelsen

af den regionale udviklingsstrategi skal regionsrådet foretage en offentlig høring af udkast til strategien. Regionsrådet fastsætter en frist på mindst 8 uger for fremsættelse af kommentarer. Offentliggørelse kan ske udelukkende digitalt.

Det følger af bestemmelsens stk. 4, at den regionale udviklingsstrategi kan indeholde en redegørelse for de initiativer, som regionsrådet vil foretage som opfølgning på strategien.

Det følger af bestemmelsens stk. 5, at regionerne som led i udarbejdelse af og opfølgningen på den regionale udviklingsstrategi skal iagttage rammebetingelserne for de regionale udviklingsområder.

Det foreslås, at § 15, stk. 1-5, ophæves.

Det vil medføre, at regionerne ikke længere har adgang til at udarbejde regionale udviklingsstrategier.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.7.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til § 11

Til nr. 1 og 2

Det følger af § 3, stk. 1, i lov om landbrugsejendomme, jf. lovbekendtgørelse nr. 116 af 6. februar 2020, at kommunalbestyrelserne mindst en gang i hver valgperiode skal udarbejde og offentliggøre en analyse af jordbrugerhvervene i samarbejde med Ministeriet for Grøn Trepert, der skal sikre, at de jordbrugsmæssige interesser indgår i de regionale udviklingsstrategier, kommuneplanerne og lokalplanerne.

Det følger desuden af § 3, stk. 2, i lov om landbrugsejendomme, at ministeren for grøn trepart kan fastsætte regler for udarbejdelsen og indholdet af jordbrugsanalysen efter stk. 1 og for varetagelsen af de jordbrugsmæssige interesser under den regionale udviklingsplanlægning samt kommune- og lokalplanlægningen.

Det foreslås, at i § 3, stk. 1, udgår »de regionale udviklingsstrategier, «, og i § 3, stk. 2, udgår »den regionale udviklingsplanlægning samt «.

Det vil medføre, at kommunalbestyrelsernes analyse af jordbrugerhvervene, herunder hensynet til de jordbrugsmæssige interesser i planlægningen, fremover ikke skal indgå i den regionale udviklingsplanlægning.

De foreslåede ændringer i lov om landbrugsejendomme er en konsekvens af, at det med lovforslagets § 8, nr. 9, foreslås, at § 15, stk. 1-5, i lov om erhvervsfremme, ophæves, og at regionerne dermed ikke længere har adgang til at udarbejde regionale udviklingsstrategier.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.7.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til § 12

Til nr. 1

Det følger af § 55 a i lov om naturbeskyttelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 927 af 28. juni 2024, at regionsrådet kan give tidsbegrænsede tilskud til projekter, der bidrager til at realisere visioner og målsætninger i den regionale udviklingsstrategi efter lov om erhvervsfremme inden for lovens formål.

Det foreslås, at § 55 a ophæves.

De foreslåede ændringer i lov om naturbeskyttelse er en konsekvens af, at det med lovforslagets § 8, nr. 9, foreslås, at § 15, stk. 1-5, i lov om erhvervsfremme, ophæves, og at regionerne dermed ikke længere har adgang til at udarbejde regionale udviklingsstrategier.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.7.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til § 13

Til nr. 1

Det følger af § 1 i lov om regionernes opgaver og kommunernes samarbejde på kulturområdet, jf. lovbekendtgørelse nr. 728 af 7. juni 2007, at loven fastlægger regionernes opgaver og kommunernes samarbejde på kulturområdet.

Det foreslås at indsætte et nyt *stk. 2* i § 1 i lov om regionernes opgaver og kommunernes samarbejde på kulturområdet, hvorefter Region Østdanmark og Region Syddanmark, der allerede deltager i samarbejde på tværs af landegrænser på kulturområdet, fortsat kan indgå i sådanne samarbejder.

Den foreslåede bestemmelse vil i sammenhæng med forslaget i § 13, nr. 3, medføre, at det fremover alene vil være Region Østdanmark og Region Syddanmark, der vil kunne deltage i samarbejde på tværs af landegrænser på kulturområdet.

Den foreslåede ændring er en konsekvens af, at de politiske partier bag Aftale om sundhedsreform 2024 er enige om, at særlige forhold taler for, at Region Østdanmark og Region Syddanmark fortsat skal have adgang til at kunne deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder med nabolande på kulturområdet. Det drejer sig konkret om det regionale samarbejde i den dansk-tyske grænseregion og mellem Danmark og Sverige i hovedstadsregionen.

Til nr. 2

Det fremgår af § 3 a i lov om regionernes opgaver og kommunernes samarbejde på kulturområdet, at regionerne kan medvirke til at igangsætte kulturbegivenheder samt udvikle

kulturelle tilbud, som kan videreføres af andre parter i en mere permanent drift.

Det foreslås at § 3 a ophæves.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at regionerne som hovedregel fremover ikke vil kunne medvirke til at igangsætte kulturbegivenheder samt udvikle kulturelle tilbud, som kan videreføres af andre parter i en mere permanent drift. Region Syddanmark og Region Østdanmark vil dog fortsat have adgang til at kunne deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder med nabolande på kulturområdet.

Den foreslåede ændring er en konsekvens af, at de politiske partier bag Aftale om sundhedsreform 2024 er enige om, at der skal ske en tilpasning af regionernes øvrige opgaver med henblik på at anvende ressourcerne mest hensigtsmæssigt og effektivt. Det betyder, at regionerne fremover skal varetage en smallere opgaveportefølje end hidtil.

Til nr. 3

Det fremgår af § 3 b, stk. 2, i lov om regionernes opgaver og kommunernes samarbejde på kulturområdet, at kommuner og regioner kan samarbejde på tværs af landegrænser på kulturområdet.

Det foreslås, at i § 3 b, *stk. 2*, udgår »og regionerne«.

Den foreslåede bestemmelse vil i sammenhæng med forslaget i § 13, nr. 1, medføre, at regionerne som hovedregel fremover ikke vil kunne indgå i landegrænseoverskridende kultursamarbejder.

I sammenhæng med nr. 1 ovenfor indebærer dette, at det fremover alene vil være Region Østdanmark og Region Syddanmark, der vil kunne deltage i samarbejder på tværs af landegrænser på kulturområdet.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.7.5 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til § 14

Det foreslås i *stk. 1*, at loven træder i kraft den 1. januar 2026, jf. dog *stk. 2* og 3.

Forslaget vil indebære, at lovforslaget med undtagelse af bestemmelserne, der er nævnt i *stk. 2* og 3, træder i kraft den 1. januar 2026.

De bestemmelser, der træder i kraft den 1. januar 2026 er § 1, nr. 5, 16, 17 og 20, § 2 og §§ 4-12. Endvidere træder § 246 a, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 19, i kraft den 1. januar 2026, men har først virkning fra tilskudsåret 2027, jf. bemærkningerne til *stk. 4* nedenfor.

Det foreslås i *stk. 2*, at § 1, nr. 1-4, 6-15, 18 og 21-24, § 3 og § 13 træder i kraft den 1. januar 2027.

Forslaget vil indebære, at den foreslåede affattelse af overskrifterne til lovens afsnit IX og kapitel 34 og 38, jf. lovforslagets § 1, nr. 1, 2 og 9, træder i kraft den 1. januar 2027 som konsekvens af lovforslagets elementer om opgaveflytning.

Forslaget vil endvidere indebære, at den foreslåede ændring af sundhedslovens § 118, jf. lovforslagets § 1, nr. 3, træder i kraft den 1. januar 2027. Herved fastsættes i bestemmelsen, at det fremadrettet fra den 1. januar 2027 også vil være regionerne, der har ansvaret for at sikre de i lovens afsnit IX nævnte sundhedsydelser.

Forslaget vil desuden indebære, at den foreslåede affattelse af sundhedslovens § 118 b, jf. lovforslagets § 1, nr. 4, træder i kraft den 1. januar 2027. Herved sikres, at bestemmelsen fra den 1. januar 2027 sprogligt forbedres således at det tydeligere fremgår, at det produkt, der kan udstedes med hjemmel i bemyndigelsesbestemmelserne, er kvalitetsstandarder.

Forslaget vil også indebære, at den foreslåede indsættelse af sundhedslovens § 118 e, jf. lovforslagets § 1, nr. 6, træder i kraft den 1. januar 2027. Herved sikres, at regionerne fra den 1. januar 2027 vil have ansvaret for tilbud om sundheds- og omsorgspladser efter sundhedslovens § 118 e.

Forslaget vil yderligere indebære, at visse bestemmelser i sundhedslovens afsnit IX ændres eller indsættes med ikrafttræden pr. 1. januar 2027. Ændringerne eller indsættelserne vedrører sundhedslovens bestemmelser om henholdsvis forebyggelse i § 119, kommunal sygepleje i §§ 138, 138 a og 139 samt genoptræning i §§ 139 a, 139 b og 140 således, at visse dele af de nævnte sundhedsydelser flyttes, hvormed regionerne pr. 1. januar 2027 vil være den ansvarlige myndighed i stedet for kommunerne, og det kommunale ansvar for andre dele af de nævnte sundhedsydelser fastholdes, jf. nærmere lovforslagets § 1, nr. 7-14.

Forslaget vil også indebære, at kommunerne med ikrafttræden pr. 1. januar 2027 fortsat vil have ansvaret for at yde befordring eller befordringsgodtgørelse til såvel kommunale som regionale genoptræningsindsatser efter sundhedsloven, jf. lovforslagets § 1, nr. 15.

Forslaget vil derudover også indebære ændringer i sundhedslovens kapitel 77 pr. 1. januar 2027. Ændringerne vedrører finansieringsbestemmelserne og er en konsekvens af lovforslagets § 1, nr. 6-14, hvorved regionerne, samtidig med at de bliver ansvarlig myndighed for en række sundhedsydelser, også får finansieringsansvaret herfor, jf. lovforslagets § 1, nr. 18, 19 og 21-24.

Forslaget vil også indebære, at § 1, stk. 2, nr. 2, litra a, i lov om forpligtende kommunale samarbejder justeres med ikrafttræden den 1. januar 2027 i overensstemmelse med ændringerne i sundhedslovens bestemmelser om genoptræ-

ning således, at lov om forpligtende kommunale samarbejder alene kan finde anvendelse på kommunalbestyrelsens opgaver på genoptræningsområdet, jf. lovforslagets § 3.

Forslaget vil endelig indebære, at regionerne fra den 1. januar 2027 ikke vil kunne medvirke til at igangsætte kulturbegivenheder samt udvikle kulturelle tilbud, som kan videreføres af andre parter i en mere permanent drift. Region Syddanmark og Region Østdanmark vil dog fortsat have adgang til at kunne deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder på kulturområdet fra 2027, jf. lovforslagets § 13.

Det foreslås i *stk. 3*, at §§ 246 b og 246 c i sundhedsloven, som affattet ved § 1, nr. 19, træder i kraft den 1. januar 2027.

Forslaget vil indebære, at bopælsregionen pr. 1. januar 2027 afholder udgifter til sundheds- og omsorgspladser efter sundhedslovens § 118 e, jf. den foreslåede § 246 b i sundhedsloven.

Forslaget vil også indebære, at bopælskommunen pr. 1. januar 2027 afholder udgifter til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne efter sundhedslovens § 119, stk. 2, jf. den foreslåede § 246 c, stk. 1 i sundhedsloven.

Forslaget vil desuden indebære, at bopælsregionen pr. 1. januar 2027 afholder udgifter til patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser efter sundhedslovens § 119, stk. 3 og 4, jf. den foreslåede § 246 c, stk. 2, i sundhedsloven.

Det foreslås i *stk. 4*, at § 118 c i sundhedsloven, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 5, og § 246 a i sundhedsloven, som affattet ved § 1, nr. 19, har virkning fra tilskudsåret 2027, i hvilket de første tilskudsrammer fastsættes.

Forslaget vil indebære, at det fra tilskudsåret 2027 er muligt for regionerne at medfinansiere kommunale sundhedsydelser, herunder også anlægsprojekter.

Forslaget vil også indebære, at der fra tilskudsåret 2027 kan fastsættes og udbetales et statsligt tilskud til kommunernes sundhedsydelser via sundhedsrådene, som regionerne kan bruge på at medfinansiere kommunale sundhedsydelser.

Det foreslås i *stk. 5*, at kontrakter om samarbejder indgået i medfør af sundhedslovens § 118 d, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 5, har virkning fra den 1. januar 2027.

Forslaget vil indebære, at der i perioden fra lovens ikrafttræden den 1. januar 2026, hvor den foreslåede bestemmelse i sundhedslovens § 118 d træder i kraft, jf. stk. 1 sammenholdt med stk. 2 og 3, vil være tid til – inden for de tidsfrister, der vil kunne fastsættes for delingsprocessen i medfør af den foreslåede bestemmelse i sundhedslovens § 205 e, jf. lovforslagets § 1, nr. 19 – at region og en eller flere kommuner kan gå i dialog om mulige samarbejder, herunder have

tid til at udarbejde kontrakter, som vil kunne få virkning fra den 1. januar 2027.

Det foreslås i *stk. 6*, at den nationale sundhedsplan, jf. sundhedslovens § 206 c, som affattet ved § 1, nr. 17, har virkning fra den 1. januar 2027.

Forslaget vil indebære, at nationale og lokale planlægningsværktøjers forpligtelse til at være i overensstemmelse med den nationale sundhedsplan, er gældende fra 1. januar 2027.

Det foreslås i *stk. 7*, at nærsundhedsplanen, jf. sundhedslovens § 206 d, som affattet ved § 1, nr. 17, har virkning fra den 1. april 2027.

Forslaget vil indebære, at den første nærsundhedsplan skal være vedtaget den 1. april 2027. Forslaget indebærer desuden, at der i perioden fra lovens ikrafttrædelse 1. januar 2026 til og med 31. marts 2027 vil være tid til processen med udarbejdelse, indhentning af rådgivning fra Sundhedsstyrelsen samt vedtagelse af planerne. I 2026 og frem mod nedsættelse af de endelige sundhedsråd den 1. januar 2027, vil opgaven med at udarbejde udkast til nærsundhedsplanen ske i de forberedende sundhedsråd i overensstemmelse med de forberedende sundhedsråds umiddelbare forvaltningsansvar efter overgangsloven.

Det foreslås i *stk. 8*, at lovens § 13, nr. 2, ikke finder anvendelse for tilskud til kulturelle anliggender, som der er givet tilsagn om forud for denne lovs ikrafttræden. For sådanne tilskud finder den hidtil gældende § 3 a anvendelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 728 af 7. juni 2007.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at regionerne i en overgangsperiode vil kunne udbetale midler til flerårige kulturprojekter, der ved lovens ikrafttrædelse allerede har modtaget bindende tilsagn om støtte. Disse midler administreres og udbetales fortsat i overensstemmelse med det afgivne tilsagn.

Til § 15

Det foreslås i *stk. 1*, at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland.

Det følger af sundhedslovens § 278, stk. 1, jf. lovbekendtgørelse nr. 275 af 12. marts 2025, at sundhedsloven ikke gælder for Færøerne og Grønland. Det følger dog af sundhedslovens § 278, stk. 2 og 3, at en række af lovens kapitler og bestemmelser ved kongelig anordning kan sættes helt eller delvis i kraft for Færøerne og Grønland med de ændringer, som de færøske og grønlandske forhold tilsiger.

De foreslåede ændringer af sundhedsloven i lovforslagets § 1 vedrører bestemmelser, der ikke er omfattet af sundhedslovens § 278, stk. 2 og 3, og dermed ikke kan sættes i kraft for Færøerne og Grønland, hvorfor lovforslagets ændringer af sundhedsloven ikke skal kunne sættes i kraft for Færøerne og Grønland.

Det følger af § 186 i overgangsloven, jf. lov nr. 699 af 20. juni 2025, at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland og lovforslagets § 2 vil dermed ikke kunne sættes i kraft for Færøerne og Grønland.

Det følger af § 16 i lov om forpligtende kommunale samarbejder, jf. lovbekendtgørelse nr. 789 af 24. juni 2024, at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland og lovforslagets § 3 vil dermed ikke kunne sættes i kraft for Færøerne og Grønland.

Det følger af § 90 i lov om vandforsyning m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 1149 af 28. maj 2024, at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland, og lovforslagets § 4 vil dermed ikke kunne sættes i kraft for Færøerne og Grønland.

Det følger af § 118 i lov om miljøbeskyttelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 1093 af 11. oktober 2024, at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland, og lovforslagets § 5 vil dermed ikke kunne sættes i kraft for Færøerne og Grønland.

Det følger af § 41 i lov om institutioner for erhvervsrettet uddannelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 145 af 14. februar 2024, at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland, og lovforslagets § 6 vil dermed ikke kunne sættes i kraft for Færøerne og Grønland.

Det følger af § 65 i lov om institutioner for almen- og almengymnasiale uddannelser og almen voksenuddannelse m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 146 af 14. februar 2024, at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland, og lovforslagets § 7 vil dermed ikke kunne sættes i kraft for Færøerne og Grønland.

Det følger af § 63 i lov om institutioner for forberedende grunduddannelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 85 af 31. januar 2025, at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland, og lovforslagets § 8 vil dermed ikke kunne sættes i kraft for Færøerne og Grønland.

Det følger af § 70 i lov om planlægning, jf. lovbekendtgørelse nr. 572 af 29. maj 2024, at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland, og lovforslagets § 9 vil dermed ikke kunne sættes i kraft for Færøerne og Grønland.

Det følger af § 54 i lov om landbrugsejendomme, jf. lovbekendtgørelse nr. 116 af 6. februar 2020, at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland, og lovforslagets § 11 vil dermed ikke kunne sættes i kraft for Færøerne og Grønland.

Det følger af § 105 i lov om naturbeskyttelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 927 af 28. juni 2024, at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland, og lovforslagets § 12 vil dermed ikke kunne sættes i kraft for Færøerne og Grønland.

Det følger af § 6 i lov om regionernes opgaver og kommunernes samarbejde på kulturområdet, jf. lovbekendtgørelse nr. 728 af 7. juni 2007, at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland, og lovforslagets § 13 vil dermed ikke kunne sættes i kraft for Færøerne og Grønland.

Det foreslås i *stk. 2*, at lovforslagets § 10 vedrørende lov

om erhvervsfremme ved kongelig anordning helt eller delvis kan sættes i kraft for Færøerne og Grønland med de ændringer, som henholdsvis de færøske og de grønlandske forhold tilsiger. Lovens bestemmelser kan sættes i kraft på forskellige tidspunkter.

Det følger af § 29 i lov om erhvervsfremme, jf. lovbekendtgørelse nr. 230 af 29. februar 2024, som ændret ved § 5 i lov nr. 1668 af 30. december 2024, at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland, men ved kongelig anordning helt eller delvis kan sættes i kraft for Færøerne og Grønland med de ændringer, som de færøske og grønlandske forhold tilsiger.

Forslaget vil betyde, at loven som udgangspunkt ikke gælder for Færøerne og Grønland, men at de foreslåede ændringer af lov om erhvervsfremme helt eller delvis kan sættes i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.

Forslaget vil også betyde, at de foreslåede ændringer af lov om erhvervsfremme kan sættes i kraft på forskellige tidspunkter.

Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

Gældende formulering

Lovforslaget

§ 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 275 af 12. marts 2025, som ændret senest ved lov nr. 719 af 20. juni 2025, foretages følgende ændringer:

1. *Overskriften* til afsnit IX affattes således:

»Afsnit IX

Afsnit IX

Kommunale sundhedsydelser

Kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen«.

Kapitel 34

2. *Overskriften* til kapitel 34 affattes således:

»Kapitel 34

Kommunalbestyrelsens ansvar

Kommunalbestyrelsens og regionsrådets ansvar«.

§ 118. Kommunalbestyrelsen har ansvaret for at tilvejebringe tilbud om sundhedsydelser efter afsnit IX.

3. I § 118 indsættes efter »Kommunalbestyrelsen«: »eller regionsrådet«.

§ 118 b. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for kommunalbestyrelser og regionsråd om indsatser, herunder om kvalitetskrav til og tilrettelæggelse af

4. § 118 b affattes således:

»§ 118 b. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler i kvalitetsstandarder for kommunalbestyrelser og regionsråd om indsatser i forbindelse med sundhedsydelser i dette afsnit i loven, herunder om kvalitetskrav til og tilrettelæggelse af indsatserne.

indsatserne i henhold til sundhedsydelserne i nærværende

afsnit.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler i kvalitetsstandarder for regionsrådenes rådgivning, sparring og vejledning af kommunerne i forhold til indsatser i forbindelse med sundhedsydelser i dette afsnit i loven.«

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for regionsrådenes rådgivning, sparring og vejledning i forhold til kommunernes indsatser efter stk. 1.

5. Efter § 118 b indsættes i *kapitel 34*:

»§ 118 c. Et regionsråd kan indgå aftale med en eller flere kommunalbestyrelser om at give økonomisk

tilsagn om medfinansiering af den kommunale varetagelse af sundhedsydelse efter afsnit IX.

Stk. 2. Et regionsråd kan i medfør af stk. 1 indgå aftale om betingelserne for et tilsagn, herunder kommunernes tilrettelæggelse af sundhedsydelse efter afsnit IX.

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter årlige minimums-rammer for hvert sundhedsråd i medfør af regionslovens § 13, stk. 1, som regionsrådene skal udmønte gennem aftaler med kommunalbestyrelser efter stk. 1.

Stk. 4. Efter aftale med samtlige kommunalbestyrelser i et sundhedsråd kan et regionsråd anvende de økonomiske minimumsrammer efter stk. 3 til regionale sundhedsydelse.

Stk. 5. Et regionsråd kan indgå aftale med en eller flere kommunalbestyrelser om at give økonomisk tilsagn om medfinansiering af kommunalt anlæg på sundhedsområdet.

§ 118 d. Et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser i den pågældende region kan i overensstemmelse med udbudslovens § 15 indgå en kontrakt om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelse i det nære sundhedsvæsen, jf. lovens afsnit IX. I en kontrakt om samarbejde efter 1. pkt. vil et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser kunne overdrage driften af opgaver mellem hinanden, herunder kan ansvaret for at tildele sundhedsydelsen overdrages, hvis det overdrages i tilknytning til opgaven med at levere en sundhedsydelse. Ansvaret i øvrigt for opgaven kan dog ikke overdrages.

Stk. 2. Er en sundhedsydelse omfattet af lov om forpligtende kommunale samarbejder, og er kommunalbestyrelser i medfør af lov om forpligtende kommunale samarbejder pålagt at samarbejde med hinanden om levering af sundhedsydelsen, skal både den myndigede og den delegerende kommunalbestyrelse være parter i en kontrakt efter stk. 1 om levering af sundhedsydelsen i den kommune, hvis kommunalbestyrelse efter lov om forpligtende kommunale samarbejder ikke må varetage udøvelsen af opgaven.

Stk. 3. Indebærer kontrakten, at der overdrages opgaver, jf. stk. 1, afholder overdrageren af opgaverne modtagerens udgifter ved udførelsen af de overdragne opgaver.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kontrakter omfattet af stk. 1, herunder om den tilladte periode fra kontraktens indgåelse indtil dens ikrafttræden, kontraktens gyldighedsperiode, parteres adgang til at kunne opsige kontrakten og meddelelse til indenrigs- og sundhedsministeren om indgåelse af kontrakten.

Stk. 5. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om beregning og afholdelse af udgifterne efter stk. 3.«

6. Efter kapitel 34 indsættes:

»Kapitel 34 a

Sundheds- og omsorgspladser

§ 118 e. Regionsrådet tilbyder vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser til personer, der har bopæl i regionen, og som har behov for sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, hvis disse ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt under ophold i eget hjem.

Stk. 2. Regionsrådet er ansvarligt for at yde sundhedsfaglige indsatser med et rehabiliterende sigte samt den pleje og omsorg, som borgeren har behov for under opholdet.

Stk. 3. Regionsrådet kan tilvejebringe tilbud efter stk. 1 ved at etablere tilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftale med et andet regionsråd, kommunalbestyrelse eller privat institution.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om omfanget af og kravene til sundheds- og omsorgspladser.«

§ 119. ---

Stk. 2. ---

7. I § 119, stk. 3, ændres »Kommunalbestyrelsen« til: »Regionsrådet«, og »kommunen« ændres til: »regionen«.

8. I § 119, stk. 4, ændres »stk. 1-3« til: »stk. 1 og 2«.

Stk. 3. Kommunalbestyrelsen etablerer patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser i kommune

Stk. 4. Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1-3.

Kapitel 38

Kommunal sygepleje

§ 138. Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri sygepleje efter lægehenvi-
ning til personer med ophold i kommunen.

Stk. 2. ---

§ 139. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om omfanget af og kravene til den kommunale sygeplejeordning.

9. Overskriften til kapitel 38 affattes således:

»Kapitel 38

Kommunal sygepleje og regional akutsygepleje.

10. I § 138, *stk. 1*, indsættes efter »vederlagsfri«:
»kommunal«.

11. Efter § 138 indsættes:

»§ 138 a. Regionsrådet er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri regional akutsygepleje efter lægehenvi-
ning til personer med ophold i regionen.

Stk. 2. Regionsrådet tilbyder kommunalbestyrelsen rådgivning og sparring i relation til indsatser efter § 138, *stk. 1.*«

12. I § 139 ændres »den kommunale sygeplejeordning« til: »kommunal sygepleje efter § 138 og regional akutsygepleje efter § 138 a«.

13. Efter § 139 indsættes i *kapitel 39*:

»§ 139 a. Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri almen genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84, jf. dog § 118 e, *stk. 2.*

§ 139 b. Regionsrådet tilbyder vederlagsfri genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84.«

§ 140. Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84 om genoptræningsplaner.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsens indsats efter stk. 1 tilrettelægges i sammenhæng med de kommunale træningstilbud m.v. i henhold til anden lovgivning.

Stk. 3. Kommunalbestyrelsen kan tilvejebringe tilbud om genoptræning i henhold til stk. 1 ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser, regionsråd eller private institutioner.

Stk. 4. En person, der udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan, jf. § 84, kan, medmindre genoptræningen skal foregå på sygehus, vælge at modtage genoptræningen hos en privat leverandør, som KL har indgået aftale med efter stk. 5, hvis kommunalbestyrelsen ikke inden for 7 dage efter udskrivning fra sygehus kan tilbyde opstart af genoptræningen, jf. stk. 3. Angiver genoptræningsplanen, at genoptræningen af sundhedsfaglige grunde først bør opstartes på et senere tidspunkt end udskrivningstidspunktet, regnes fristen dog fra dette tidspunkt.

Stk. 5. KL indgår på kommunernes vegne aftale med de private leverandører om levering af genoptræning efter stk. 4.

Stk. 6. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om patienternes mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kommunalbestyrelsens forpligtelser i forhold til udmøntningen af stk. 4, herunder om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at informere borgerne om deres muligheder for frit valg og vilkårene herfor, og om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at føre tilsyn med leverandørerne, der indgår aftale efter stk. 5. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om leverandørernes forpligtelser i forhold til modtagelse af borgere i ordningen, om deklaration af oplysninger til brug for

14. § 140 affattes således:

»**§ 140.** Kommunalbestyrelsens og regionsrådets indsatser efter §§ 139 a og 139 b tilrettelægges i sammenhæng med andre relaterede kommunale og regionale træningsindsatser m.v.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen henholdsvis regionsrådet kan tilvejebringe tilbud om genoptræning efter §§ 139 a og 139 b ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftaler herom med andre kommunalbestyrelser, regionsråd eller private institutioner.

Stk. 3. En person, der udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan, jf. § 84, kan, medmindre genoptræningen skal foregå på sygehus eller på en sundheds- og omsorgsplads efter § 118 e, stk. 2, vælge at modtage genoptræningen hos en privat leverandør, som KL henholdsvis Danske Regioner har indgået aftale med efter stk. 4, hvis kommunalbestyrelsen eller regionsrådet ikke inden for 7 dage efter udskrivning fra sygehus kan tilbyde opstart af genoptræningen, jf. stk. 2. For borgere med ophold på en sundheds- og omsorgsplads efter § 118 e, stk. 2, med fortsat genoptræningsbehov efter § 139 a, vil fristen regnes fra endt ophold på sundheds- og omsorgspladsen. Angiver genoptræningsplanen, at genoptræningen af sundhedsfaglige grunde først bør opstartes på et senere tidspunkt end udskrivningstidspunktet, regnes fristen dog fra dette tidspunkt.

Stk. 4. KL indgår på kommunernes vegne aftale med private leverandører om levering af genoptræning efter § 139 a. Danske Regioner indgår på regionernes vegne aftale efter med private leverandører om levering af genoptræning efter § 139 b.

Stk. 5. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om borgerens mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud efter stk. 2 og 3.

Stk. 6. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kommunalbestyrelsens og regionsrådets forpligtelser i forhold til udmøntningen af stk. 3, herunder om kommunalbestyrelsens og regionsrådets forpligtelse til at informere borgerne om frit valg og vilkårene herfor, og om kommunalbestyrelsens

borgerens frie valg og dokumentation af faglige kvalifikationer og leveret genoptræning og om information om ændringer i borgerens behov. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om betingelser for borgerens valg af leverandør efter stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren kan endvidere fastsætte regler om KL's aftaleindgåelse med leverandører, herunder om brug af underleverandører og tilsyn med leverandører.

Stk. 7. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om løsningen af tvister mellem KL og private leverandører af genoptræning om vilkårene for aftaler efter stk. 5.

§ 172. Kommunalbestyrelsen yder befordring eller befordringsgodtgørelse til genoptræning til personer, der har behov for genoptræning efter endt behandling på sygehus, jf. §

140 og § 168, stk. 1.

§ 263. Bopælskommunen afholder udgifter til befordring i forbindelse med genoptræning efter § 140 og § 168, stk. 1.

og regionsrådets forpligtelse til at føre tilsyn med leverandørerne, der indgår aftale efter stk. 4.

Stk. 7. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om leverandørernes forpligtelser i forhold til modtagelse af borgere i ordningen og deklaration af oplysninger til brug for borgerens frie valg, herunder dokumentation af faglige kvalifikationer, leveret genoptræning samt information om ændringer i borgerens behov.

Stk. 8. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om borgerens valg af leverandør efter stk. 3.

Stk. 9. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om KLs og Danske Regioners aftaleindgåelse med leverandører, herunder om brug af underleverandører og tilsyn med leverandører.

Stk. 10. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om løsningen af tvister mellem KL og Danske Regioner og private leverandører af genoptræning om vilkårene for aftaler efter stk. 4.«

15. I § 172, 1. pkt. og § 263 ændres »§ 140« til: »§§ 139 a og 139 b«.

16. Efter § 205 d indsættes i *kapitel 62*:

»**§ 205 e.** Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om overførsel og fordeling mellem regioner og kommuner og mellem kommuner af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, herunder om ansattes rettigheder, ved indgåelsen af kontrakter, der indebærer overdragelse af opgaver, indgået i medfør af øvrige regler i denne lov. Indenrigs- og sundhedsministeren kan i den forbindelse fastsætte regler om fremgangsmåden for overførslen og delingen efter 1. pkt., herunder nedsættelsen af selvstændige myndigheder, der kan træffe beslutning ved ue-

nighed om overførsel og deling mellem regionsråd og kommunalbestyrelser og mellem kommunalbestyrelser.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om overførsel og fordeling mellem regioner og kommuner og mellem kommuner af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, herunder om ansattes rettigheder, ved opsigelse eller udløb af kontrakter, der indebærer overdragelse af opgaver, indgået i medfør af øvrige regler i denne lov eller overgangsloven eller ved ophør eller udløb af anmodninger efter overgangslovens § 5, stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren kan i den forbindelse fastsætte regler om fremgangsmåden for overførslen og delingen efter 1. pkt., herunder nedsættelsen af selvstændige myndigheder, der kan træffe beslutning ved uenighed om overførsel og deling mellem regionsråd og kommunalbestyrelser og mellem kommunalbestyrelser.

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at hele eller dele af kapitlerne 10-13 i overgangsloven finder tilsvarende anvendelse på overdragelse af opgaver i medfør af øvrige regler i denne lov eller overgangsloven.«

17. Efter § 206 b indsættes i *kapitel 63*:

»§ **206 c.** Indenrigs- og sundhedsministeren fastlægger en national sundhedsplan, som sætter retning for udvikling af sundhedsvæsenet og national og lokal sundhedsplanlægning.

Stk. 2. Sundhedsmyndigheders, regioners og kommuners planlægning af sundhedsvæsenet skal være i overensstemmelse med den nationale sundhedsplan.

§ **206 d.** Regionsrådet har ansvar for, at hvert sundhedsråd for eget geografiske område udarbejder en nærsundhedsplan, der konkret beskriver omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen, herunder hvordan sygehusene understøtter behandling tæt på borgerne.

Stk. 2. Nærsundhedsplanen skal tage afsæt i den nationale sundhedsplan, jf. § 206 c, samt være i over-

ensstemmelse med den regionale sundhedsplan, jf. § 206.

Stk. 3. Regionsrådet har ansvar for, at regionen forud for regionens vedtagelse af nærsundhedsplanen indhenter Sundhedsstyrelsens rådgivning.

Stk. 4. Regionsrådet har ansvar for, at regionen indsender nærsundhedsplanen og senere væsentlige ændringer heri til Sundhedsstyrelsen.

Stk. 5. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om indholdet af og rammerne og fremgangsmåden for behandlingen af nærsundhedsplanen, herunder kadence, løbende opdatering og opfølgning på nærsundhedsplanen.«

18. *Overskriften* til kapitel 77 affattes således:

Kapitel 77

»Kapitel 77

Kommunale sundhedsydelse

Regionale og kommunale sundhedsydelse i det nære sundhedsvæsen«.

19. Efter § 246 indsættes i *kapitel 77*:

»Statsligt tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene

§ 246 a. Staten yder et tilskud til regionerne til brug for aftaler mellem regionsråd og kommunalbestyrelser om økonomiske tilsagn til varetagelse af kommunale sundhedsydelse i medfør af § 118 c, stk. 1-4. Tilskuddets størrelse fastsættes årligt af finansministeren med tilslutning fra Folketingets Finansudvalg.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om vilkår for fordeling, udbetaling og tilbagebetaling m.v. af tilskuddet efter stk. 1.

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om revision af tilskuddet efter stk. 1 og i henhold til § 118 c, stk. 1 og 2.

Sundheds- og omsorgspladser

§ 246 b. Bopælsregionen afholder udgifter til sundheds- og omsorgspladser efter § 118 e.

Forebyggende sundhedsordninger

§ 246 c. Bopælskommunen afholder udgifter til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne efter § 119, stk. 2.

Stk. 2. Bopælsregionen afholder udgifter til patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser efter § 119, stk. 3 og 4.«

Forebyggende sundhedsordninger

§ 250. Opholdskommunen afholder udgifter til sygeplejeydelser efter § 138.

20. Overskriften før § 247 ophæves.

21. I § 250 indsættes efter »udgifter til«: »kommunale«.

22. I § 250 indsættes som *stk. 2* og *3*:

»*Stk. 2.* Bopælsregionen afholder udgifter til regionale akutsygeplejeydelser efter § 138 a.

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om bopælsregionens betaling til opholdsregionen efter *stk. 2*.«

§ 251. Bopælskommunen afholder udgifter til genoptræningsydelser efter § 140.

23. I § 251, *stk. 1*, ændres »§ 140« til: »§ 139 a«.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om bopælskommunens betaling efter *stk. 1*, herunder om regionernes indberetning og dokumentation af aktivitet, og om foreløbig og endelig opgørelse af afregning.

24. § 251, *stk. 2*, affattes således:

»*Stk. 2.* Bopælsregionen afholder udgifter til genoptræningsydelser efter § 139 b.«

§ 2

I overgangsloven, lov nr. 699 af 20. juni 2025, foretages følgende ændringer:

1. Efter § 2 indsættes før overskriften før § 3:

»**§ 2 a.** Bestemmelsen i § 2, *stk. 1*, nr. 2, omfatter også den overførsel, der sker som følge af etableringen af sundheds- og omsorgspladser, jf. sundhedslovens § 118 e.«

§ 5. Er en kommune efter lovgivningen forpligtet til på vegne af en region at varetage driften af en

2. I § 5, *stk. 1*, og § 138, *stk. 1*, ændres »kommunen til regionen« til: »kommune til region«.

opgave, der med virkning fra den 1. januar 2027 overføres fra kommunen til regionen, jf. § 2, varetages driften af opgaven også efter den 1. januar 2027 af kommunen. Dog varetages ansvaret for opgaven af regionen.

Stk. 2-9. ---

§ 138. Enhver kommunalbestyrelse yder det forberedende regionsråd for Region Østdanmark og regionsrådene for Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark den bistand, som det forberedende regionsråd eller regionsrådene måtte anmode om vedrørende forberedelsen af varetagelsen af de opgaver, der den 1. januar 2027 overføres fra kommunen til regionen.

Stk. 2-4. ---

§ 5. ---

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren kan i 2026 efter indstilling fra en region, herunder det forberedende regionsråd for Region Østdanmark, fastsætte regler om, at en kommune på regionens vegne varetager driften af en eller flere af de opgaver, som den 1. januar 2027 overføres fra kommunen til regionen, jf. § 2. Dog varetages ansvaret for opgaven af regionen. Ministeren kan fastsætte regler om omfang og vilkår for varetagelsen af den eller de opgaver, som kommunen varetager for regionen, herunder forskellige frister for den periode, hvori kommunen varetager driften af opgaverne på regionens vegne. Kommunen kan ikke udtræde af driften før udløbet af den fastsatte periode.

Stk. 3. Fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren ikke regler efter stk. 2 for en kommune, skal kommunen også efter den 1. januar 2027, såfremt regionen inden for den frist, der fastsættes i medfør af stk. 6, anmoder kommunen herom, varetage driften af opgaven på vegne af regionen inden for en periode, der fastsættes efter stk. 7. Dog varetages ansvaret for opgaven af regionen.

3. § 5, stk. 2, affattes således:

»Stk. 2. Et regionsråd og det forberedende regionsråd for Region Østdanmark kan i overensstemmelse med udbudslovens § 15 indgå en kontrakt med en kommune om, at kommunen på regionens vegne varetager driften af en eller flere af de opgaver, som den 1. januar 2027 overføres fra kommunen til regionen, jf. § 2, herunder kan ansvaret for at tildele sundhedsydelsen overdrages, hvis det overdrages i tilknytning til opgaven med at levere en sundhedsydelse. Ansvaret i øvrigt for opgaven varetages fortsat af regionen.«

4. I § 5, stk. 3, 1. pkt., ændres »Fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren ikke regler efter stk. 2 for en kommune« til: »Indgås der ikke med en kommune en kontrakt omfattet af stk. 2 eller en kontrakt efter sundhedslovens § 118 d, stk. 1«.

5. § 5, stk. 3, 2. pkt., affattes således:

»Ansvaret for opgaven varetages fortsat af regionen, dog kan en anmodning efter 1. pkt. omfatte, at en kommune i tilknytning til opgaven med at levere en

sundhedsydelse også får overdraget ansvaret for at tildele en sundhedsydelse.«

6. I § 5 indsættes efter stk. 3 som nyt stykke:

»Stk. 4. Er en sundhedsydelse omfattet af lov om forpligtende kommunale samarbejder, og er kommunalbestyrelser i medfør af lov om forpligtende kommunale samarbejder pålagt at samarbejde med hinanden om levering af sundhedsydelsen, skal både den bemyndigede og den delegerende kommunalbestyrelse være parter i en kontrakt efter stk. 2 om levering af sundhedsydelsen i den kommune, hvis kommunalbestyrelse efter lov om forpligtende kommunale samarbejder ikke må varetage udøvelsen af opgaven, og en anmodning efter stk. 3 om levering af sundhedsydelsen i den pågældende kommune skal omfatte begge kommuner.«

Stk. 4-9 bliver herefter stk. 5-10.

7. § 5, stk. 5, der bliver stk. 6, affattes således:

»Stk. 6. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kontrakter omfattet af stk. 2, herunder om det seneste tidspunkt for kontraktens indgåelse, kontraktens gyldighedsperiode, parternes adgang til at opsige kontrakten og meddelelse til indenrigs- og sundhedsministeren om indgåelse af kontrakten.«

8. I § 5, stk. 8, der bliver stk. 9, udgår »om kommunens varetagelse af driften af en eller flere opgaver på regionens vegne efter stk. 2, herunder regler, der fastsætter vilkår for varetagelsen af driften, og«.

Stk. 4. ---

Stk. 5. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om frister for indstilling fra en region, herunder det forberedende regionsråd for Region Østdanmark, om, at en kommune på regionens vegne varetager driften af en eller flere af de opgaver, som den 1. januar 2027 overføres fra kommunen til regionen, jf. § 2, og om meddelelse til indenrigs- og sundhedsministeren om indstillingen og frister for en sådan meddelelse.

Stk. 6 og 7. ---

Stk. 8. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om kommunens varetagelse af driften af en eller flere opgaver på regionens vegne efter stk. 2, herunder regler, der fastsætter vilkår for varetagelse af driften, og om kommunens pligt til efter stk. 3 fortsat at varetage opgaven.

Stk. 9. ---

§ 141. Afgiver en kommune i henhold til lovgivningen om en ny sundhedsstruktur en opgave til en region, der er nævnt i §§ 143 og 144, overtager regionen den 1. januar 2027 mod kompensation efter stk. 6 eller 7 de aktiver, passiver, rettigheder og pligter hos en kommune inden for regionens område, der udelukkende eller helt overvejende er

9. I § 141, stk. 1, udgår »hos en kommune inden for regionens område«.

knyttet til varetagelsen af den overførte opgave, jf. dog stk. 2.

Stk. 2-4- ---

Stk. 5. Er kommunen forpligtet til at varetage driften af en opgave på vegne af regionen, eller har regionen indgået aftale med en kommune om, at kommunen varetager driften af en opgave på vegne af regionen, jf. § 5, stk. 1 og 2, sker der alene overførsel efter stk. 1, jf. dog stk. 2, af aktiver, passiver, rettigheder og pligter, der udelukkende eller helt overvejende er knyttet til kommunens varetagelse af myndighedsansvaret for opgaven.

Stk. 6-13. ---

§ 142. ---

Stk. 2. ---

Stk. 3. Er kommunen forpligtet til at varetage driften af en opgave på vegne af regionen, eller har regionen indgået aftale med en kommune om, at kommunen varetager driften af en opgave på vegne af regionen, jf. § 5, stk. 1 og 2, sker der alene overførsel efter stk. 1, jf. dog stk. 2, af ansatte, der udelukkende eller helt overvejende er knyttet til kommunens varetagelse af myndighedsansvaret for opgaven.

10. I § 141, stk. 5, indsættes efter »Er kommunen forpligtet til at varetage driften af en opgave på vegne af regionen,«: »herunder som følge af en anmodning fra regionen,«, og »§ 5, stk. 1 og 2« ændres til: »§ 5, stk. 1-3«.

11. I § 141, stk. 5, indsættes som 2. pkt.: »Aktiver, passiver, rettigheder og pligter, der udelukkende eller helt overvejende er knyttet til opgaven med at tildele en sundhedsydelse, overføres dog ikke, hvis det er aftalt eller omfattet af en anmodning, at kommunen overdrages ansvaret for at tildele en sundhedsydelse.«

12. I § 142, stk. 3, indsættes efter »Er kommunen forpligtet til at varetage driften af en opgave på vegne af regionen,«: »herunder som følge af en anmodning fra regionen,«, og »§ 5, stk. 1 og 2« ændres til: »§ 5, stk. 1-3«.

13. I § 142, stk. 3, indsættes som 2. pkt.: »Ansatte, der udelukkende eller helt overvejende er knyttet til opgaven med at tildele en sundhedsydelse, overføres dog ikke, hvis det er aftalt eller omfattet af en anmodning, at kommunen overdrages ansvaret for at tildele en sundhedsydelse.«

§ 3

I lov om forpligtende kommunale samarbejder, jf. lovbekendtgørelse nr. 789 af 24. juni 2024, som ændret ved § 9 i lov 427 af 18. maj 2016 og § 6 i lov nr. 560 af 27. maj 2025, foretages følgende ændring:

1. § 1, stk. 2, nr. 2, *litra a*, affattes således:
»a) § 139 a i sundhedsloven,«.

§ 1. ---

Stk. 2. Samarbejdet omfatter

1) ---

a) ---

b) ---

2) genoptræningsområdet, for så vidt angår kommunalbestyrelsens opgaver efter

a) § 140 i sundhedsloven,

b) ---

c) ---

3) ---

a-q) ---

4) ---

a-c) ---

5) ---

a) ---

b) ---

Miljø- og Ligestillingsministeriet

§ 4

I lov om vandforsyning m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 1149 af 28. maj 2024, som ændret senest ved § 2 i lov nr. 742 af 20. juni 2025, foretages følgende ændringer:

§ 13 b. ---

Stk. 2 og 3. ---

Stk. 4. Såfremt der ikke kan opnås enighed blandt de berørte kommunalbestyrelser om den nærmere udformning af indsatsplanen for kommunen, skal regionsrådet efter anmodning indkalde til mægling.

Stk. 5. Såfremt der ikke kan opnås enighed, skal regionsrådet forelægge sagen for miljøministeren, som herefter træffer afgørelse.

Stk. 6. Når en indsatsplan efter § 13 eller § 13 a er vedtaget, skal de berørte grundejere og andre berørte parter have skriftlig, individuel underretning herom og om indholdet af planen. Indsatsplanen sendes til miljøministeren.

§ 70. Miljøministeren kan bestemme, at kommunalbestyrelsen skal føre register over de indvin-

1. § 13 b, stk. 4 og 5, ophæves, og i stedet indsættes:

»*Stk. 4.* Såfremt der ikke kan opnås enighed blandt de berørte kommunalbestyrelser om den nærmere udformning af indsatsplanen for kommunen, skal kommunalbestyrelserne forelægge sagen for miljøministeren, som herefter træffer afgørelse.«

Stk. 6 bliver herefter stk. 5.

2. I § 70 udgår »en landvæsensret, et amtsråd eller«.

dingstilladelser, som er meddelt inden for kommunen af en landvæsensret, et amtsråd eller kommunalbestyrelsen.

§ 5

I lov om miljøbeskyttelse, jfr. lovbekendtgørelse nr. 1093 af 11. oktober 2024, foretages følgende ændring:

§ 18 a. Regionsrådet kan inden for denne lovs formål give tilskud til projekter, der bidrager til at realisere den ønskelige fremtidige udvikling, som beskrevet i den regionale udviklingsstrategi efter lov om erhvervsfremme.

1. I § 18 a ændres », der bidrager til at realisere den ønskelige fremtidige udvikling, som beskrevet i den regionale udviklingsstrategi efter lov om erhvervsfremme« til: »på områder, hvor regionen varetager myndighedsopgaver, herunder til samarbejdsprojekter med relevante statslige, regionale og lokale interessenter«.

Børne- og Undervisningsministeriet

§ 6

I lov om institutioner for erhvervsrettet uddannelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 145 af 14. februar 2024, som ændret senest ved § 3 i lov nr. 1662 af 30. december 2024, foretages følgende ændring:

§ 34 a. ---

Stk. 2. Med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi kan regionsrådet efter ansøgning fra en selvejende institution yde formåls- og tidsbestemte udviklingstilskud, herunder anlægstilskud til bl.a. efteruddannelse, information, udvikling af fag, valgfag og mere specialiserede studieretninger til de ungdomsuddannelser, der er nævnt i stk. 5, bortset fra ungdomsuddannelser, som finder sted på private hf-kurser og private gymnasieskole, samt tilskud til udvikling af en institution i et landdistrikt eller udkantsområde. På Bornholm varetages regionsrådet opgave dog af kommunalbestyrelsen.

Stk. 3-6. ---

1. I § 34 a, stk. 2, 1. pkt., ændres »Med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi kan regionsrådet« til: »Regionsrådet kan«.

§ 7

I lov om institutioner for almen gymnasiale uddannelser og almen voksenuddannelse m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 146 af 14. februar 2024, som ændret ved § 1 i lov nr. 1355 af 29. november 2023, § 5 i lov nr. 635 af 11. juni 2024 og § 2 i lov nr. 1662 af 30. december 2024 og § 20 i lov nr. 719 af 20. juni 2025, foretages følgende ændring:

§ 10. ---

Stk. 2. ---

Stk. 3. Med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi kan regionsrådet efter ansøgning fra en godkendt institution, jf. § 1, stk. 1, yde formåls- og tidsbestemte udviklingstilskud, herunder anlægstilskud, til bl.a. efteruddannelse, information, udvikling af fag, valgfag og mere specialiserede

studieretninger til de ungdomsuddannelser, der er nævnt i § 13, stk. 2, og til almen voksenuddannelse, forberedende voksenundervisning og ordblindeundervisning for voksne samt tilskud til udvikling af en

institution i et landdistrikt eller udkantsområde. På Bornholm varetages regionsrådets opgave dog af kommunalbestyrelsen.

1. I § 10, stk. 3, 1. pkt., ændres »Med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi kan regionsrådet« til: »Regionsrådet kan«.

§ 8

I lov om institutioner for forberedende grunduddannelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 85 af 31. januar 2025, som ændret ved § 9 i lov nr. 630 af 11. juni 2024 og § 4 i lov nr. 1659 af 30. december 2024, foretages følgende ændring:

§ 31. ---

Stk. 2. Med henblik på at understøtte en regions udviklingsstrategi kan regionsrådet efter ansøgning fra en institution for forberedende grunduddannelse beliggende i regionen yde formåls- og tidsbestemte udviklingstilskud, herunder anlægstilskud. Tilskud kan bl.a. ydes til efteruddannelse, information, udvikling af fag og valgfag, værk-

1. I § 31, stk. 2, 1. pkt., ændres »Med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi kan regionsrådet« til: »Regionsrådet kan«.

stedsfaciliteter og andre faciliteter, ordblindeundervisning og anden specialpædagogisk bistand, sommerferieaktivitet, ekskursioner, sundheds- og ernæringstiltag og tilskud til udvikling af en institution i et landdistrikt eller yderområde. På Bornholm varetages regionsrådets opgave dog af kommunalbestyrelsen.

By-, Land- og Kirkeministeriet

§ 9

I lov om planlægning, jf. lovbekendtgørelse nr. 572 af 29. maj 2024, som ændret senest ved § 23 i lov nr. 719 af 20. juni 2025, foretages følgende ændring:

§ 22 a. ---

Stk. 2. Den i stk. 1 nævnte strategi skal indeholde oplysninger om den planlægning, der er gennemført efter den seneste revision af kommuneplanen, kommunalbestyrelsens vurdering af og strategi for udviklingen samt en beslutning om enten

1) at kommuneplanen skal revideres i sin helhed, eller

2) at der skal foretages en revision af kommuneplanens bestemmelser for særlige emner eller områder i kommunen og af, hvilke dele af kommuneplanen der genvedtages for en ny 4-års-periode.

Stk. 3-7. ---

1. I § 22 a, stk. 2, ændres »Regionsråd og kommunalbestyrelser« til: »Kommunalbestyrelser«.

Erhvervsministeriet

§ 10

I lov om erhvervsfremme, jf. lovbekendtgørelse nr. 230 af 29. februar 2024, som ændret ved § 5 i lov nr. 1668 af 30. december 2024, foretages følgende ændringer:

§ 9. Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse har til opgave at igangsætte og finansiere decentrale erhvervsfremmeindsatser, herunder bl.a. at

1) formulere en strategi, der danner grundlaget for udmøntningen af den decentrale erhvervsfremme-

1. § 9, stk. 1, nr. 6, ophæves.

Nr. 7-9 bliver herefter nr. 6-8.

indsats med bidrag fra erhvervshusene, Det Nationale Turismeforum og andre relevante interesser,

2) udarbejde lokale og landsdækkende programmer og udbyde projekter til opfyldelsen af strategien,

3) afgive indstilling til erhvervsministeren om anvendelse af midler fra Den Europæiske Regionalfond

og Den Europæiske Socialfond efter lov om administration af tilskud fra Den Europæiske Regionalfond og Den Europæiske Socialfond,

4) på anmodning rådgive erhvervsministeren om udformningen af den nationale erhvervs- og vækstpolitik,

5) udtale sig som høringspart om regionernes udviklingsstrategier,

6) styrke koordinationen mellem den kommunale og den nationale erhvervs- og vækstpolitik og bidrage til en sammenhængende indsats for vækst og erhvervsudvikling i hele Danmark,

7) tildele midler til lokale og tværgående turismeprojekter inden for rammerne af den nationale strategi for dansk turisme, der udarbejdes af Det Nationale Turismeforum, herunder en destinationsudviklingspulje, der kun kan søges af destinationsselskaber, og

8) igangsætte og finansiere grænseoverskridende og internationale aktiviteter, der medvirker til opfyldelse af lovens formål, jf. § 1, og som ligger inden for strategien.

Stk. 2-6. ---

§ 10. Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse består af 17 medlemmer, herunder 1 formand.

2. I § 10, stk. 1, ændres »17« til: »16«.

Stk. 2. Medlemmerne af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse udpeges således:

1) 1 formand, der skal være fra erhvervslivet, udpeges af erhvervsministeren.

2) 5 kommunale medlemmer udpeges af kommunekontaktrådene.

3) 6 medlemmer fra erhvervslivet, herunder mindst 1 fra en lille eller mellemstor virksomhed og 1 fra en turismevirksomhed, udpeges af erhvervsministeren efter indstilling fra erhvervsorganisationer.

3. § 10, stk. 2, nr. 4, ophæves.

Nr. 5-7 bliver herefter nr. 4-6.

4) 1 regionalt medlem udpeges af regionsrådene.

5) 2 medlemmer repræsenterer medarbejdersiden og udpeges af erhvervsministeren efter indstilling fra arbejdstagerorganisationer.

6) 1 medlem fra en videninstitution udpeges af uddannelses- og forskningsministeren.

4. I § 10, stk. 3, udgår »én gang«.

7) 1 medlem, der repræsenterer staten, udpeges af erhvervsministeren.

Stk. 3. Formanden og medlemmerne udpeges for op til 4 år ad gangen med mulighed for genudpegelse én gang.

Stk. 4-7. ---

§ 13. Hvert erhvervshus ledes af en bestyrelse. Erhvervshusenes bestyrelser består af 11 medlemmer, herunder 1 formand, og en observatør.

5. I § 13, stk. 1, 2. pkt., ændres »11« til: »10«.

Stk. 2. Bestyrelserne sammensættes af

6. I § 13, stk. 2, nr. 4, indsættes efter »videninstitution,«: »og«, i nr. 5, ændres »i fællesskab, og« til: »i fællesskab.«, og § 13, stk. 2, nr. 6, ophæves.

1) 1 formand, der udpeges af kommunekontaktrådene, og som skal være folkevalgt og gerne have baggrund i det private erhvervsliv,

2) 3 medlemmer, der udpeges af kommunekontaktrådene blandt kommunale politiske repræsentanter,

3) 4 medlemmer, der udpeges af kommunekontaktrådene blandt virksomhedsrepræsentanter, herunder små og mellemstore virksomheder, efter indstilling fra erhvervsorganisationer,

4) 1 medlem, der udpeges af kommunekontaktrådene blandt repræsentanter fra en videninstitution,

5) 1 medlem, der udpeges af kommunekontaktrådene fra en arbejdstagerorganisation efter indstil-

ling fra de faglige hovedorganisationer i fællesskab, og

6) 1 medlem, der udpeges af regionsrådene.

Stk. 3-6. ---

8. Overskriften til kapitel 7 affattes således:

Kapitel 7

»Kapitel 7

Regioner

Regioners deltagelse i Socialfondsplusprojekter og i grænseoverskridende samarbejder».

§ 15. Regionerne kan efter høring af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse udarbejde en regional

udviklingsstrategi. Udarbejder regionerne en strategi, kan den omfatte regionernes lovhjemlede opgaver inden for regional udvikling og i tilknytning hertil den fremtidige udvikling i regionen, infrastruktur, udvikling i yderområderne, natur og rekreative formål, grøn omstilling og klimatilpasning og eventuelle grænseoverskridende samarbejder.

Stk. 2. Den regionale udviklingsstrategi må ikke omhandle erhvervsfremme, herunder turisme, og de regionale udviklingsstrategier udarbejdes under hensyntagen til Danmarks Erhvervsfremmebestyrelses strategi for den decentrale erhvervsfremmeindsats. Gennemfører en region ikke Danmarks Erhvervsfremmebestyrelses anbefalinger efter stk. 1, jf. § 9, stk. 1, nr. 5, skal regionen begrunde dette over for Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse.

Stk. 3. Den regionale udviklingsstrategi skal udarbejdes i samarbejde med relevante lokale, regionale og statslige interessenter. Inden vedtagelsen af den regionale udviklingsstrategi skal regionsrådet foretage en offentlig høring af udkast til strategien. Regionsrådet fastsætter en frist på mindst 8 uger for fremsættelse af kommentarer. Offentliggørelse kan ske udelukkende digitalt.

9. § 15, stk. 1-5, ophæves.

Stk. 6 og 7 bliver herefter stk. 1 og 2.

Stk. 4. Den regionale udviklingsstrategi kan indeholde en redegørelse for de initiativer, som regionsrådet vil foretage som opfølgning på strategien.

Stk. 5. Regionerne skal som led i udarbejdelse af og opfølgningen på den regionale udviklingsstrategi iagttage rammebetingelserne for de regionale udviklingsområder.

Stk. 6 og 7. ---

Ministeriet for Grøn Trepert

§ 11

I lov om landbrugsejendomme, jf. lovbekendtgørelse nr. 116 af 6. februar 2020, foretages følgende ændringer:

§ 3. Kommunalbestyrelserne skal mindst en gang i hver valgperiode i samarbejde med Miljø- og Fødevareministeriet udarbejde og offentliggøre en analyse af jordbrugserhvervene, der skal sikre, at de jordbrugsmæssige interesser indgår i de regionale udviklingsstrategier, kommuneplanerne og lokalplanerne.

Stk. 2. Ministeren for fødevarer, fiskeri og ligestilling kan fastsætte regler for udarbejdelsen og indholdet af jordbrugsanalysen efter stk. 1 og for varetagelsen af de jordbrugsmæssige interesser under den regionale udviklingsplanlægning samt kommune- og lokalplanlægningen.

1. I § 3, *stk. 1*, udgår »de regionale udviklingsstrategier,«.

2. I § 3, *stk. 2*, udgår »den regionale udviklingsplanlægning samt«.

§ 12

I lov om naturbeskyttelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 927 af 28. juni 2024, som ændret ved § 1 i lov nr. 1467 af 10. december 2024 og § 1 i lov nr. 695 af 20. juni 2025, foretages følgende ændringer:

§ 55 a. Regionsrådet kan give tidsbegrænsede tilskud til projekter, der bidrager til at realisere visioner og målsætninger i den regionale udviklingsstrategi efter lov om erhvervsfremme inden for lovens formål.

1. § 55 a ophæves.

*Kulturministeriet***§ 13**

I lov om regionernes opgaver og kommunernes samarbejde på kulturområdet, jf. lovbekendtgørelse nr. 728 af 7. juni 2007, som ændret ved § 1 i lov nr. 1681 af 30. december 2024, foretages følgende ændringer:

§ 1. Loven fastlægger regionernes opgaver og kommunernes samarbejde på kulturområdet.

1. I § 1 indsættes som *stk. 2*:

»*Stk. 2.* Region Østdanmark og Region Syddanmark, der deltager i samarbejde på tværs af landegrænser på kulturområdet, kan fortsat indgå i sådanne samarbejder.«

§ 3 a. Regionerne kan medvirke til at igangsætte kulturbegivenheder samt udvikle kulturelle tilbud, som kan videreføres af andre parter i en mere permanent drift.

2. § 3 a ophæves.

§ 3 b. ---

3. I § 3 b, *stk. 2*, udgår »og regionerne«.

Stk. 2. Kommunerne og regionerne kan samarbejde på tværs af landegrænser på kulturområdet.