

Enhed: POL
Sagsbeh.: Hans B. Thomsen
Sagsnr.: 2024 - 15159
Dok. nr.: 306272
Dato: 26-03-2025

Høringsnotat: Forslag til lov om ændring af 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 nærfinansiering samt konsekvensændringer i flere love som følge af sammenlægningen af Region Hovedstaden og Region Sjælland m.v.)

1. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

Lovforslaget har været sendt i høring i perioden fra den 5. februar 2025 til den 9. marts 2025 hos følgende myndigheder og organisationer m.v.:

Advokatrådet, Advokatsamfundet, Akademikerne, Ankestyrelsen, Arbejderbevægelsens Erhvervsråd, Danmarks Apotekerforening, Dansk Arbejdsgiverforening, Dansk Erhverv, Dansk Farmaceutisk Selskab, Dansk Industri, Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), Dansk Selskab for Patientsikkerhed (PSI), Dansk Sygeplejeråd, Dansk Ungdoms Fællesråd (DUF), Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, Danske Regioner, Danske Seniorer, Danske Ældreråd, Datatilsynet, de partier, der er opstillingsberettiget til Folketinget og/eller pr. 1. august 2021 var opstillingsberettiget til Folketinget (Socialdemokratiet, Radikale Venstre, Det Konservative Folkeparti, SF – Socialistisk Folkeparti, Borgernes Parti – Lars Boje Mathiesen, Liberal Alliance, Moderaterne, Dansk Folkeparti, Venstre, Danmarksdemokraterne, Enhedslisten Alternativet, Nye Borgerlige og KD – Kristendemokraterne), Den Danske Dommerforening, Det Centrale Handicapråd, Det Ethiske Råd, Diabetesforeningen, DJØF, Domstolsstyrelsen, Forsikring & Pension (F&P), Erhvervsstyrelsen, Fagbevægelsens Hovedorganisation (FH), FOA – Fag og Arbejde, Foreningen af Speciallæger, Forbrugerrådet Tænk, Finanssektorens Arbejdsgiverforening, Forhandlingsfællesskabet, FSR – danske revisorer, Færøernes landsstyre, Geodatastyrelsen, Hjerteforeningen, HK, Ingeniørforeningen IDA, Institut for Menneskerettigheder, Jordemoderforeningen, KL, Klimadatastyrelsen, Kommunernes Lønningsnævn, KOMBIT, Kræftens Bekæmpelse, Københavns Universitet (Institut for Statskundskab), Københavns Universitet (Det Juridiske Fakultet), Landslægen på Færøerne, Lederne, Lokallisterne i Danmark, Lægeforeningen, MEDCOM, Naalakkersuisut (Grønlands landsstyre), Netværket af Ungdomsråd (NAU), Osteoporoseforeningen - landsforeningen mod knogleskørhed, Patientforeningen, Praktiserende Lægers Organisation (PLO), Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), Rigsadvokaten, Rigsrevisionen, Sundhedskartellet, Syddansk Universitet (Institut for Statskundskab), Syddansk Universitet (Juridisk Institut), Tandlægeforeningen, Transparency International Danmark, Yngre Læger, Ældre Sagen, Aalborg Universitet (Institut for Politik og Samfund), Aalborg Universitet (Juridisk Institut), Aarhus Universitet (Institut for Statskundskab), Aarhus Universitet (Juridisk Institut).

2. Modtagne høringssvar

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i forbindelse med høringen af lovforslaget fra den 5. februar 2025 til den 9. marts 2025 modtaget bemærkninger fra følgende myndigheder og organisationer m.v.:

Ankestyrelsen, Danmarks Apotekerforening, Dansk Erhverv, Dansk Selskab for Folkesundhed, Danske Handicaporganisationer, Danske Regioner, Dansk Sygeplejeråd, Danske  ldrer d, Diabetesforeningen, FOA, HK Kommunal (tillige på vegne af Danske Sundhedsadministratorers Landsforening), Ishøj Kommune (på vegne kommunerne i Sundhedsklynge Syd), Københavns Kommune, KL, Kræftens Bekæmpelse, Københavns Universitet (det sundhedsvidenskabelige fakultet), Landdistrikternes Fællesråd, Lægeforeningen (på vegne tillige af Foreningen af Speciallæger, Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Yngre Læger), Nyborg Kommune (på vegne Indk bsf llesskabet KomUdbud), Tandlægeforeningen,  ldre Sagen, Aarhus Kommune og Aarhus Universitet (det sundhedsvidenskabelige fakultet).

Følgende myndigheder og organisationer m.v. har oplyst, at de ikke har bemærkninger til lovforslaget: Forhandlingsfællesskabet, Kommunernes Lønningsnævn, Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Rigsrevisionen.

Følgende myndigheder og organisationer m.v. har oplyst, at de ikke ønsker at afgive bemærkninger til lovforslaget: Dansk Arbejdsgiverforening (DA) og Datatilsynet.

Høringssvarene er vedlagt høringsnotatet.

3. Generelt om høringsnotatet

De væsentligste bemærkninger til lovforslaget i de modtagne høringssvar gennemgås i kort form nedenfor. Indenrigs- og Sundhedsministeriets bemærkninger til høringssvarene er *kursiveret*.

Bemærkninger af overvejende teknisk karakter eller bemærkninger, der udtrykker grundlæggende enighed med lovforslaget, vil som udgangspunkt ikke blive gennemgået i høringsnotatet.

Høringsnotatet omhandler som udgangspunkt ikke de ændringer i høringsversionen, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet har foretaget af egen drift eller som følge af en løbende uformel dialog med andre myndigheder og organisationer m.v.

I dette høringsnotat behandles alene bemærkninger, der vedrører forslaget til lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love. Bemærkninger, der vedrører forslaget til overgangslov, vil i stedet blive behandlet i høringsnotatet til dette lovforslag.

4. Høringssvar om overgangsloven

4.1. Generelle bemærkninger

Dansk Erhverv er positiv over for, at man ved oprettelsen af nye sundhedsråd sikrer en indsats, der er tættere på borgeren. Dansk Erhverv opfordrer til, at muligheden for at styrke det offentlig-private samarbejde bliver grebet i den nye struktur. Herunder bør der blandt andet være opmærksomhed på, at der med sundhedsreformen er åbnet op for 1) at regionerne kan indgå aftale med private leverandører om at drive regionale sundheds- og omsorgspladser, 2) at private leverandører af helhedsplejen også skal have mulighed for at levere almene sygeplejeydelser, der integreres i helhedsplejen, og 3) at muligheden for offentlig-privat samarbejde tænkes med i arbejdet med hjemmebehandlingsteams, akutsygepleje samt genoptrænings- og rehabiliteringsområdet. **Dansk Erhverv** bemærker, at der i forlængelse af, at man kigger på forankringen af det præhospitale område er behov for at sikre, at al drift af ambulancer kommer i udbud, og at regionerne afgiver bud på lige vilkår med de private aktører.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at spørgsmål relateret til flytning af myndigheds- og finansieringsansvaret for de sundhedsopgaver, som flytter fra kommuner til regioner per 1. januar 2027,

herunder i relation til brug af private leverandører, adresseres i en senere lovpakke om udmøntning af sundhedsreformaftalen. Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker videre, at der med sundhedsreformaftalen ikke er lagt op til ændret forankring af det præhospitale område, som fortsat vil være en regional opgave. Bemærkninger giver ikke anledning til ændringer af lovforslaget.

Dansk Selskab for Folkesundhed opfordrer til, at der i implementeringen af den nye model indarbejdes monitorering af konsekvenserne af den nye struktur i forhold til at reducere geografiske og sociale uligheder i sundhedsydelser. Dansk Selskab for Folkesundhed anbefaler, at der gennemføres en løbende evaluering af den nye struktur for at sikre, at den understøtter en mere effektiv og lighedsskabende sundhedsindsats.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det af Aftale om sundhedsreform 2024 fremgår, at der skal foretages en gradvis evaluering af sundhedsreformen i takt med, at reformens initiativer bliver udrulet. Der skal foretages en løbende monitorering af de overordnede hensyn i reformen, herunder omstilling til det nære sundhedsvæsen, udviklingen af det almenmedicinske tilbud og sikring af omkostningseffektive løsninger.

Dansk Selskab for Folkesundhed mener, at der er behov for yderligere tydeliggørelse af sundhedsrådenes rolle, samarbejdet med det almenmedicinske tilbud, og hvordan forebyggelse sikres som en central opgave.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at sundhedsrådene i kraft af deres umiddelbare forvaltningsansvar vil have kompetence til inden for regionsrådets rammer at træffe de beslutninger, der er et nødvendigt eller naturligt led i forvaltningen af sundhedsrådenes sagsområder, at sundhedsrådene i kraft af deres umiddelbare forvaltningsansvar vil have ansvaret for forberedelsen af de sager, der vil skulle forelægges regionsrådet, og at regionsrådet vil være begrænset i at træffe generelle beslutninger, der vil indebære en indskrænkning af sundhedsrådenes umiddelbare forvaltningsansvar.

Dansk Sygeplejeråd håber på, at sundhedsrådene kan bruges til at forbedre overgangene mellem sektorer, bidrage til, at folk kan få hjælp i hjemmet, og bidrage til at undgå unødvendige indlæggelser. Derfor håber Dansk Sygeplejeråd på, at sundhedsrådene vil kunne koordinere kommunernes opgaver på sundhedsområdet, når der er en fordel i at samarbejde på tværs af flere kommuner. Dette gælder eksempelvis borgere med komplekse forløb og mange kontakter til forskellige dele af sundhedsvæsenet.

Dansk Sygeplejeråd finder det vigtigt med et fortsat fokus på psykiatrien. Selv om psykiatriudvalgene nedlægges med de nye sundhedsråd, skal det selvstændige fokus på psykiatrien fastholdes i en kommende samtænkning af psykiatrien og somatikken, hvis reformen skal blive en succes.

Dansk Sygeplejeråd finder det vigtigt, uanset de foreslåede opgaveflytninger, at der skal være en let og direkte adgang mellem den almene sygepleje, den specialiserede sygepleje og det akutte, således at sygeplejerskerne let kan få fat i hinanden uden forsinkende led.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at sundhedsrådene får det umiddelbare politiske og forvaltningsmæssige ansvar for alle regionens sundhedsopgaver, som kan henføres til det enkelte sundhedsråd, herunder de sundhedsopgaver, der flytter fra kommuner til regioner per 1. januar 2027, mens forretningsudvalget vil få det tværgående ansvar. Den kommunale repræsentation i sundhedsrådene skal bl.a. generelt understøtte samarbejde og koordination på tværs af regioner og kommuner, idet det dog bemærkes, at sundhedsrådene ikke får ansvar for at koordinere sundhedsopgaver, som kommunerne har myndigheds- og finansieringsansvaret for.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker videre, at ministeriet er enig i behovet for et fortsat fokus på psykiatrien i en ny organisering og kan i øvrigt henvise til aftale mellem regeringen og Danske Regioner af den 11. marts 2025 om ligestilling og integration af psykiatri og somatik.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker videre, at ministeriet er enig i behovet for et tæt samarbejde mellem den almene kommunale sygepleje og akutsygeplejen i regionerne. Ministeriet bemærker videre, at spørgsmål relateret til flytning af myndigheds- og finansieringsansvaret for sundhedsopgaver, som flytter

fra kommuner til regioner per 1. januar 2027, herunder flytning af akutsygeplejen m.v., adresseres i en senere lovpakke om udmøntning af sundhedsreformaftalen. Bemærkninger giver ikke anledning til ændringer af lovforslaget.

Danske Ældreråd finder, at den nye forvaltningsmodel med sundhedsråd ud fra et ældreperspektiv giver god mening og kan bidrage til at sikre sundhedsindsatser tættere på borgerne. Sundhedsrådene vil med deres lokalkendskab kunne tage udgangspunkt i de sundhedsudfordringer, der kendetegner det geografiske område, der er knyttet til sundhedsrådene. Nærsundhedsplanerne, der sætter retning, bliver vigtige i denne sammenhæng.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at sundhedsrådene skal bringe sundhedsindsatserne tættere på borgerne. Sundhedsrådene skal sikre en større lokal, politisk beslutningskraft, og at flere sundhedsbeslutninger træffes tættere på borgerne, så tilbuddene i højere grad indrettes efter lokale behov. Det bemærkes endvidere, at spørgsmål i relation til sundhedsrådenes nærsundhedsplaner adresseres i en senere lovpakke om udmøntning af sundhedsreformaftalen.

FOA mener, at samlingen af somatik og psykiatri i geografisk afgrænsede sundhedsråd med regional og kommunal repræsentation vil kunne styrke sektorovergangene i det danske sundhedsvæsen. FOA finder det samtidig bekymrende, at der med den foreslåede struktur er en risiko for, at psykiatrien og socialområdet nedprioriteres, og at den nødvendige samlede viden fra fagområderne ikke vil blive en del af sundhedsrådenes viden og prioriteringsværktøj.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at sundhedsrådene skal have det umiddelbare politiske og forvaltningsmæssige ansvar for både det somatiske og det psykiatriske område, hvilket skal understøtte bedre sammenhæng mellem psykiatri og somatik. Ministeriet kan i øvrigt henvise til aftale mellem regeringen og Danske Regioner af den 11. marts 2025 om ligestilling og integration af psykiatri og somatik, hvor det bl.a. fremgår, at sundhedsrådene skal have blik for den samlede organisering af tilbud for mennesker med psykiske lidelser, og som særligt skal komme til udtryk i samarbejdet mellem den regionale psykiatri og socialpsykiatrien. Regionernes opgaver på socialområdet er også en del af sundhedsrådenes umiddelbare ansvar. Formålet hermed er at understøtte sammentænkning og synergi mellem sundheds- og socialområdet.

HK Kommunal finder, at det for at understøtte et velfungerende sundhedsvæsen er vigtigt at anerkende de sundhedsadministrative processer og medarbejdere, og at lovgivningen vil tage højde for behovet for tilstrækkelig og specialiseret sundhedsadministrativ understøttelse, således at de sundhedsfaglige medarbejdere ikke overbebyrdes med administrativt arbejde.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at ministeriet er enig i, at det er vigtigt at anerkende de sundhedsadministrative processer og medarbejdere. Det bemærkes endvidere, at det er et generelt sigte i Aftale om sundhedsreform 2024 at begrænse administrationsbehovet på sundhedsområdet fx med nedlæggelse af sundhedsklyngerne, sundhedssamarbejdsudvalg og kontaktudvalg.

Københavns Kommune finder, at sundhedsrådene har et stort potentiale som drivkraft i udviklingen af sundhedsvæsenet. Det bør fastslås i loven, at sundhedsrådene skal have de rette forudsætninger, rammer og beføjelser til at træffe beslutninger, der gavner borgerne. Sundhedsrådene skal være et reelt bindeled mellem kommuner og regioner, og det bør ikke være regionerne, der ensidigt fastlægger fremtidens sundhedstilbud.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at sundhedsrådene i kraft af deres umiddelbare forvaltningsansvar vil have kompetence til inden for regionsrådets rammer at træffe de beslutninger, der er et nødvendigt eller naturligt led i forvaltningen af sundhedsrådenes sagsområder, at sundhedsrådene i kraft af deres umiddelbare forvaltningsansvar vil have ansvaret for forberedelsen af de sager, der vil skulle forelægges regionsrådet, og at regionsrådet vil være begrænset i at træffe generelle beslutninger, der vil indebære en indskrænkning af sundhedsrådenes umiddelbare forvaltningsansvar. Hertil bemærkes, den kom-

munale repræsentation i sundhedsrådene skal sikre kommunal indflydelse på hele sundhedsområdet, herunder sygehuse og praksissektor, og generelt være med til at understøtte samarbejde og koordination på tværs af regioner og kommuner.

Københavns Universitet, det sundhedsvidenskabelige fakultet, og Aarhus Universitet, det sundhedsvidenskabelige fakultet, foreslår, at sundhedsrådene bør understøtte kliniske undervisningspladser og eftervidereuddannelsestilbud. Københavns Universitet tilføjer, at sundhedsrådenes samarbejde med universiteter og professionsuddannelser formaliseres med henblik på at sikre tilstrækkelige kliniske undervisningspladser og eftervidereuddannelsestilbud.

Indenrigs- og sundhedsministeriet noterer sig Københavns Universitets og Aarhus Universitets bemærkning om, at sundhedsrådene bør understøtte kliniske undervisningspladser og eftervidereuddannelsestilbud, herunder Københavns Universitets ønske om et formaliseret samarbejde. Ministeriet henviser til, at uddannelsesaspekterne ligger uden for nærværende lovforslag og gør opmærksomt på, at sygehusvæsenets deltagelse i uddannelse inden for kliniske fag ved det lægevidenskabelige studium m.v. er reguleret i Lægeuddannelsesloven (Lovbekendtgørelse nr. 532 af 28/05/2013 om sygehusvæsenets deltagelse i uddannelse inden for kliniske fag ved det lægevidenskabelige studium m.v.), der ligger under Uddannelses- og Forskningsministeriet.

Københavns Universitet, det sundhedsvidenskabelige fakultet, foreslår en tydeligere prioritering af og øremærkning af midler til sundhedsfremme og sundhedsforebyggelse, som er afgørende for at sikre en bæredygtig sundhedssektor, og **Aarhus Universitet, det sundhedsvidenskabelige fakultet,** foreslår, at sundhedsrådene kan indtænkes i en større rolle i forhold til sundhedsfremme og sundhedsforebyggelse.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at spørgsmål relateret til sundhedsrådenes udmøntning af økonomiske rammer for nye og udbyggede indsatser i det nære sundhedsvæsen adresseres i senere lovforslag, som udmønter Aftalen om sundhedsreform 2024.

Københavns Universitet, det sundhedsvidenskabelige fakultet, finder det afgørende, at der udvikles bindende samarbejdsaftaler mellem regioner, kommuner og almen praksis, der sikrer sammenhængende patientforløb og klar ansvarsfordeling. Almen praksis bør indgå som en formel del af sundhedsrådenes beslutningsprocesser for at styrke koordineringen mellem primær- og sekundærsektor. Blandt andet for patienter, der udskrives efter intensiv behandling eller større kirurgi og patienter i psykiatriske forløb, er der behov for klare rammer for opfølgning og rehabilitering på tværs af sektorer for at undgå fragmenterede forløb og reducere risikoen for komplikationer og genindlæggelser.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det indgår i sundhedsreformaftalen af den 15. november 2024, at sundhedsrådene med den kommunale repræsentation skal understøtte et stærkt samarbejde mellem sygehuse, praksissektor og de kommunale tilbud inden for bl.a. sundhedsområdet. Samarbejdsaftaler mv. herom kan indgås lokalt efter behov. For så vidt angår spørgsmål om aftaler om varetagelse af driften af de sundhedsopgaver, der overføres fra kommuner til regionerne, henvises til forslag om Lov om overgangen til en ny sundhedsstruktur (Overgangsloven). For så vidt angår spørgsmål om styring af det almen medicinske tilbud henvises til forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud mv.). Ministeriet bemærker videre, at sundhedsreformaftalen af den 15. november 2024 indeholder en række yderligere tiltag, som har til formål at sikre sammenhængende patientforløb, herunder 96-timers behandlingsansvar, almenmedicinsk lægehjælp på plejehjem og botilbud, hjemmebehandlingsteams mv.

Lægeforeningen finder, at forslaget om at samle Region Hovedstaden og Region Sjælland i en stor Region Østdanmark indeholder nye og bedre muligheder for at sikre lægedækning øst for Storebælt, skabe nye muligheder for samarbejde mellem hospitaler, kliniske enheder, almen praksis og speciallægepraksis, udvikle faglige miljøer, understøtte speciallægeuddannelsen og resultere i mindre ulighed i borgernes adgang til sundhedstilbud.

Lægeforeningen ser med spænding frem til de nye sundhedsråd, der får et politisk ansvar for at sikre omstilling inden for sundhedsrådets geografiske område. Lægeforeningen finder det afgørende nødvendigt,

at de enkelte regionsråd og sundhedsråd får kvalificeret sundhedsfagligt input fra relevante sektorer på klinisk og ledelsesmæssigt niveau. Det gælder input fra almen praksis, speciallægepraksis, den nye regionale plejesektor, den kommunale sundheds- og plejesektor, præhospitale funktioner og hospitaler m.fl.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at ministeriet er enig i, at sammenlægningen af Region Sjælland og Region Hovedstaden bl.a. giver mulighed for bedre lægedækning, nye muligheder for samarbejde mellem fx hospitaler, udvikling af faglige miljøer og mindre ulighed i borgernes adgang til sundhedstilbud.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker endvidere, at regionerne som led i deres betjening af sundhedsrådene har ansvaret for at inddrage sundhedsfaglig ekspertise mv., når det er relevant i sagsforberedelsen. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

Ældre sagen finder det afgørende, at den kommende nationale sundhedsplan vil indeholde kvalitetskrav til sundhedsrådenes indsatser, således at den geografiske ulighed i sundhed reduceres, og der i stedet tilstræbes ensartet kvalitet. **Ældre sagen** finder det desuden afgørende, at den kommende nationale sundhedsplan sikrer en blivende kvalitet i det nære sundhedsvæsen. Der bør være et fortsat fokus på regionens tværgående opgaver på sundhedsområdet, herunder at fastholde og udvikle en ensartet høj kvalitet i den specialiserede behandling. Der bør ikke opstå forskelle i patienters rettigheder og brugerbetaling afhængig af, om et sundhedsråd vælger at løfte en opgave i kommunalt regi, og et andet sundhedsråd vælger at løfte samme opgave i regionalt regi. **Ældre sagen** finder, at det er aktuelt for bl.a. betaling af medicin, ernæringsindsatser, befordring, hjælpemidler og mulighed for genoptræning.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at spørgsmål relateret til national sundhedsplan og flytning af myndigheds- og finansieringsansvaret for udvalgte kommunale sundhedsopgaver fra kommuner til regioner adresseres i senere lovforslag, der udmønter sundhedsreformaftalen.

4.2. Ændringer af regionsloven

4.2.1. Regionernes opgaver, samarbejder med andre og nedlæggelse af kontaktudvalg

4.2.1.1. Regionernes opgaver

Danske Regioner foreslår, at bestemmelsen i regionslovens § 5, stk. 1, der indeholder en beskrivelse af de opgaver, regionsrådet skal varetage, opretholdes med kort overordnet angivelse af regionernes opgaveområder. Danske Regioner anerkender i den forbindelse, at bestemmelsen ikke har en selvstændig juridisk betydning.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at bestemmelsen i regionslovens § 5, stk. 1, om regionernes opgaver ikke vil have en retlig betydning, idet hjemlen til regionernes varetagelse af opgaver findes i sektorlovgivningen. Ministeriet vil derfor fastholde forslaget om at ophæve regionslovens § 5, stk. 1. Bemærkningen giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

Landdistrikternes Fællesråd bemærker, at det er et stort tab for de mest udfordrede land- og yderområder, at regionerne ikke længere skal varetage opgaver inden for regional udvikling, der vedrører landdistriktsudvikling, herunder særligt klimasikring, klimatilpasning, grøn omstilling, cirkulær økonomi og kultur. Rådet opfordrer derfor til, at regionerne fortsat skal kunne varetage opgaver relateret til regional udvikling.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at der med dette lovforslag ikke sker ændringer i regionernes opgaver inden for regional udvikling. Lovforslag, hvori tilpasning af regionernes opgaver inden for regional udvikling, som følger af Aftale om sundhedsreform 2024, indgår, forventes fremsat i oktober 2025.

Tandlægeforeningen understreger vigtigheden af, at det i arbejdet med forvaltningen af sundheds- og socialområdet er fokus på, at dette også indebærer tandsundhed, der er en essentiel del af sundhedsområdet. Derfor opfordrer Tandlægeforeningen til, at tandsundhed specifikt nævnes i lovforslaget som værende en del af de opgaver, der varetages af regionerne, herunder de foreslåede sundhedsråd.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at hjemmelen til regionernes opgaver skal findes i sektorlovgivningen, og at regionsloven, som ændres ved dette lovforslag, alene regulerer de retlige forhold for de regionsrådene, de regionale udvalg og hverv og den regionale forvaltning. Med lovforslaget vil udvalgenes, herunder sundhedsrådenes, overordnede myndighedsområde endvidere fastsættes i regionsloven. Sundhedsrådene vil i den forbindelse få det umiddelbare forvaltningsansvar for alle regionens anliggender på sundhedsområdet, der henføres inden for sundhedsrådets geografisk afgrænsede område, mens forretningsudvalget vil få det tværgående ansvar. Dette vil også omfatte tandområdet. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

4.2.1.2. Regionernes samarbejde med andre aktører

Danske Regioner foreslår, at regionerne bliver omfattet af § 68 a i lov om kommunernes styrelse, således at regionerne får samme mulighed som kommunerne til at kunne udpege medlemmer af bestyrelsen (dog ikke et flertal af bestyrelsen) for et selskab, en forening eller fond m.v., uanset at selskabet, foreningen eller fonden m.v. til (også) varetager opgaver, som regionen ikke selv kan løse, såfremt regionen har en interesse i den virksomhed, der udøves af selskabet, foreningen, fonden m.v.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at spørgsmålet om, hvorvidt § 68 a i lov om kommunernes styrelse skal udvides til at gælde for regionerne, vil kræve nærmere undersøgelser af, hvad behovet er, og hvad konsekvenserne vil blive af en sådan udvidelse. Ministeriet vil derfor indlede en dialog med Danske Regioner om dette spørgsmål. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

Danske Regioner foretrækker, at der i regionsloven medtages en klar hjemmel vedrørende regionernes mulighed for at samarbejde med bl.a. kommunerne med henblik på at sikre bedre samdrift til gavn for patienter, pårørende og det sundhedsfaglige personale. Danske Regioner oplyser, at der er indledt en dialog med Indenrigs- og Sundhedsministeriet om muligheden for at skabe en mere klar hjemmel i sundhedsloven.

Danske Regioner finder, at det vil være en fordel, hvis der indføres en hjemmel til at kunne samarbejde med frivillige og civilsamfundet i regionsloven, så der sker en samlet regulering af alle de områder, hvor der kan være anledning til, at regionerne kan samarbejde med civilsamfundet. Som alternativ hertil, bør hjemmelen indføres i sundhedsloven såvel som i andre relevante sektorlove, så der ikke er tvivl om, at regionerne kan samarbejde med civilsamfundet, på områder, hvor regionerne har en interesse herunder, at regionerne har mulighed for at samarbejde med aktører, der også varetager opgaver, som regionen ikke selv har hjemmel til at løse.

KL og Nyborg Kommune, der har afgivet høringsvar på vegne en række deltagende kommuner i indkøbsfællesskabet KomUdbud, efterspørger hjemmel i lovgivningen til, at kommuner og regioner indbyrdes skal kunne aftale at løse patientrelaterede opgaver for hinanden af hensyn til gode, sammenhængende patientforløb og i den forbindelse skal kunne benytte de andre deltagende myndigheders administrative systemer og fagpersonale.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at spørgsmålet om indsættelse af en hjemmel til samarbejde mellem kommuner og regioner vil kræve nærmere undersøgelser af, hvad behovet er, og hvad konsekvenserne vil blive af en evt. lovændring. Ministeriet vil derfor indlede en dialog med Danske Regioner og KL herom. Spørgsmålet om samarbejde mellem regioner og kommuner vil kunne adresseres i en senere lovpakke om udmøntning af sundhedsreformaftalen. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

For så vidt angår spørgsmålet om samarbejde med frivillige og med civilsamfundet findes der i dag en række muligheder for dette i forbindelse med de sundhedsopgaver, som flyttes fra kommuner til regioner. Opgaveflyttet indgår i et senere lovforslag, og ministeriet forventer, at eksisterende muligheder og begrænsninger for tilrettelæggelsen af opgaverne overføres fra kommunerne til regionerne i den forbindelse.

4.2.2. Valg af regionsrådsmedlemmer til de nye regioner

Dansk Selskab for Folkesundhed bemærker vedrørende regionsrådets sammensætning, at med den foreslåede model risikerer vægtningen af regionsmedlemmer at favorisere områder med flest vælgere frem for områder med størst behov. Det tidligere Region Sjælland har relativt færre stemmeberettigede end det tidligere Region Hovedstaden, men har samtidig nogle af de største sundhedsmæssige udfordringer. Sammensætningen af regionsrådet bør afspejle hele regionens udfordringer – ikke blot befolkningstætheden. Det kan eksempelvis ske ved at justere mandatfordelingen eller ved at sikre geografisk repræsentation i beslutningsprocesserne.

Ældre Sagen bemærker, at der med 47 medlemmer af regionsrådet i den nye Region Østdanmark bliver halvt så mange pladser i forhold til nu, hvor Region Hovedstaden og Region Sjælland hver har 41 medlemmer. **Ældre Sagen** kan være bekymret for, at kandidater i tyndt befolkede områder kan få svært ved at sikre stemmer nok i så stor en valgkreds, når de ikke er sikret mandater, ligesom man er til folketingsvalg. Typisk vil disse lokalområder have en befolkning med flere kronisk syge og ældre end i større byer, hvilket kan betyde, at de mindre lokalområders interesser kan blive udvandet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at en gennemgang af de nuværende regionsrådsmedlemmer generelt ikke tyder på en underrepræsentation af de tyndere befolkede områder i regionsrådene, og at den aftalte model for kommunal repræsentation i sundhedsrådene betyder, at alle kommuner er repræsenteret, hvorved der også derigennem sikres bred geografisk repræsentation. Regeringen vil følge udviklingen og samle op efter det første valg til regionsrådet med henblik på at overveje eventuelle justeringer af valgmodellen.

Høringssvarene har ikke givet Indenrigs- og Sundhedsministeriet anledning til at foretage ændringer i lovforslaget.

4.2.3. Styrelsesretlige ændringer af regionsloven

4.2.3.1. Arbejdsdeling mellem regionsrådet og regionens udvalg

Danske Regioner foreslår, at regionsrådet skal have mulighed for at tilrettelægge fordelingen af den umiddelbare forvaltning mellem forretningsudvalget og regionsrådet, således at regionsrådet i styrelsesvedtægten kan træffe beslutning om, at forretningsudvalget ikke eller kun inden for visse af deres områder varetager den umiddelbare forvaltning af regionens anliggender. Dette vil fx kunne være tilfældet i forhold til væsentlige tværgående opgaver.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at forretningsudvalget som anført i aftalen om sundhedsreform 2024 bliver regionernes tværgående økonomi og planlægningsudvalg og hermed får en bredere rolle, end forretningsudvalgene i regionerne har i dag. Forretningsudvalget vil således både varetage opgaver, som vedrører økonomi, men også en række tværgående opgaver på fx sygehusområdet, som i dag typisk vil høre under regionernes sygehusudvalg. Af hensyn til balancen mellem forretningsudvalget og sundhedsrådene er det vigtigt, at forretningsudvalget ligesom sundhedsrådene har umiddelbart forvaltningsansvar for udvalgets funktioner. Regionsrådet varetager som øverste folkevalgte organ styrelsen af regionens anliggender, jf. regionslovens § 3, stk. 1. Regionsrådet kan i den forbindelse pålægge udvalgene at forelægge bestemte typer af sager for regionsrådet og orientere regionsrådet om udvalgenes sagsbehandling, ethvert af regionsrådets medlemmer har initiativret, og ethvert af forretningsudvalgets medlemmer har standsningsret. Regionsrådet har således rige muligheder for at sikre sig, at regionens sager vedrørende tværgående opgaver på sundheds-, social- og specialundervisningsområdet efter udvalgsbehandlingen ender med at blive forelagt i regionsrådet. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

KL ønsker, at lovforslaget skal indeholde en nærmere beskrivelse af snitfladerne mellem sundhedsråd og regionsråd/forretningsudvalg og indeholde rammer, der sikrer, at sundhedsrådene reelt har rum og kompetencer til at drive udvikling og omstilling i lokalområdet. **KL** mener, at der bør være andre og meget snævrere grænser for, hvor mange sager der inden for sundhedsrådenes sagsområde kan behandles i regionsrådet, uden at dette vil medføre en udhuling af sundhedsrådenes opgaveportefølje.

Ishøj Kommune (på vegne kommunerne i Sundhedsklynge Syd) er kritiske over for regionsrådets adgang til at fastsætte den nærmere afgrænsning af sundhedsrådenes myndighedsområde. Det synes uhensigtsmæssigt, at regionsrådet kan trække opgaver og ansvar ud af sundhedsrådene og dermed udvande sundhedsrådenes mulighed for at skabe sammenhængende sundhed for borgerne. I stedet foreslås, at der skal være klare afgrænsninger for, hvilke ansvarsområder der kan trækkes ud af sundhedsrådene.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at sundhedsrådene som anført i aftalen om sundhedsreform 2024 og i KL's høringssvar skal være drivende i omstillingen af sundhedsvæsenet, og at sundhedsrådene i kraft af deres umiddelbare forvaltningsansvar vil have kompetence til inden for regionsrådets rammer at træffe de beslutninger, der er et nødvendigt eller naturligt led i forvaltningen af sundhedsrådenes sagsområder, at sundhedsrådene i kraft af deres umiddelbare forvaltningsansvar vil have ansvaret for forberedelsen af de sager, der vil skulle forelægges regionsrådet, og at regionsrådet i kraft af almindelige kommunalretlige grundsætninger vil være begrænset i træffe generelle beslutninger, der vil indebære en omfattende indskrænkning af sundhedsrådenes umiddelbare forvaltningsansvar. Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil indsætte nogle flere eksempler i lovforslagets bemærkninger på beslutninger, der vil høre under sundhedsrådenes sagsområder, jf. den foreslåede bestemmelse i regionslovens § 14 c, stk. 1.

4.2.3.2. Arbejdsdeling mellem forretningsudvalg, sundhedsråd og stående udvalg

Danske Regioner foreslår, at sundhedsrådene ikke skal have en lovfæstet umiddelbar forvaltningskompetence på socialområdet, men finder, at det er positivt, at forretningsudvalgene med deres overordnede økonomi- og planlægningsansvar skal beskæftige sig med det højt specialiserede socialområde.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at sundhedsrådene som fastlagt i aftalen om sundhedsreform 2024 vil skulle have umiddelbar forvaltningskompetence på socialområdet, bl.a. på grund af snitfladerne til det psykiatriske område og kommunernes sociale og sundhedsmæssige opgaver. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

Danske Regioner finder, at det ikke vil være hensigtsmæssigt, at det præhospitale område skal benyttes som eksempel på, at regionsrådet i sin styrelsesvedtægt vil kunne henlægge dele af regionens tværgående opgaver på sundheds-, social- og specialundervisningsområdet til et eller flere sundhedsråd frem for til forretningsudvalget. Danske Regioner er enig i, at regionen på andre områder kan gøre brug af denne mulighed.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at ministeriet som følge af Danske Regioners bemærkning vil udtage det præhospitale område som eksempel på en tværgående opgave, der vil kunne henlægges til et eller flere sundhedsråd frem for til forretningsudvalget, jf. den foreslåede bestemmelse i regionslovens § 14 c, stk. 3. Ministeriet har i overensstemmelse med Danske Regioners ønske opretholdt selve bestemmelsen.

Danske Regioner finder, at det bør præciseres, at de stående udvalg også vil kunne varetage opgaver på uddannelsesområdet, der ikke henhører under specialundervisningsområdet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det som følge af Danske Regioners bemærkning er præciseret i de specielle bemærkninger til den foreslåede bestemmelse i regionslovens § 13 a, stk. 3, at de stående udvalg også vil kunne varetage opgaver på uddannelsesområdet, der ikke henhører under specialundervisningsområdet.

4.2.3.3. Relationen mellem sundhedsråd

Københavns Kommune foreslår, at alle regionale sundhedstilbud uden for hospitalerne, herunder almen praksis, skal høre under Sundhedsråd Hovedstaden, således at alle borgere i de kommuner, der hører under Sundhedsråd Hovedstaden, modtager sundhedstilbud, der henhører under det samme sundhedsråd, og således at alle kommunernes borgere får et ensartet serviceniveau.

Københavns Kommune foreslår, at såfremt en driftsenhed ligger i flere geografiske områder, bør Københavns Kommune, uanset hvilket sundhedsråd regionsrådet har besluttet driftsenheden skal henhøre under, have indflydelse på driftsenheder og tilbud til Københavns Kommunes borgere.

Københavns Kommune foreslår, at der etableres en samarbejdsmodel mellem Københavns Kommune og de relevante akuthospitaler og regionen, som sikrer koordinering og et effektivt samarbejde om hospitalsbehandlinger, indlæggelse og udskrivelser m.v. for Københavns Kommunes borgere.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at et sundhedsråd som udgangspunkt varetager den umiddelbare forvaltning af regionens anliggender inden for sundheds-, social- og specialundervisningsområdet. Har en driftsenhed, der henhører under ét sundhedsråd, underliggende enheder, der geografisk er placeret på tværs af flere sundhedsråd, fastsætter regionsrådet i styrelsesvedtægten, hvilket sundhedsråd inden for regionen driftsenheden henhører under. Endvidere vil regionsrådet i styrelsesvedtægten kunne fastsætte den nærmere afgrænsning af sundhedsrådenes myndighedsområde. Der henvises til den foreslåede bestemmelse i regionslovens § 14 c. Lovforslaget vil indebære, at alle regionale sundhedstilbud i en kommune vil henhøre under det sundhedsråd, som kommunen ligger i, på nær de sundhedstilbud, der henhører under en driftsenhed med underliggende enheder på tværs af flere sundhedsråd, og som regionsrådet har bestemt vil skulle henhøre under et andet sundhedsråd. Hertil kommer, at det er forudsat i aftalen om sundhedsreform 2024 (side 91), at der for så vidt angår sygehuse på en del kliniske områder vil skulle være en arbejdsdeling mellem sundhedsrådene, hvor ét sundhedsråd skal levere tilbud til hele eller dele af regionen og evt. til øvrige dele af landet afhængig af aftaler mellem de enkelte regioner. Regionsrådet vil skulle sikre denne tværgående planlægning og koordination gennem bl.a. sundheds- og sygehusplanlægning. På samme tid bemyndiges indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte regler om, at en eller flere kommuner skal have en fast observatør i et andet sundhedsråd end det sundhedsråd, som kommunen henhører under, hvis der foreligger særligt tungtvejende hensyn. Det fremgår af lovforslagets almindelige bemærkninger, at det vil omfatte Københavns Kommune, såfremt den endelige geografiske afgrænsning af sundhedsrådene bliver den samme geografiske afgrænsning, som følger af bilag 2 til sundhedsreformaftalen. Der henvises til den foreslåede bestemmelse i regionslovens § 14 m. Lovforslaget sikrer efter ministeriets opfattelse den rette balance mellem en entydig geografisk afgrænsning og hensynet til fleksibilitet. Københavns Kommunes høringssvar giver på den baggrund ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

4.2.3.4. Sundhedsrådets sammensætning

Dansk Selskab for Folkesundhed anbefaler, at der i sundhedsrådene inkluderes repræsentanter med folkesundhedsfaglig ekspertise.

Tandlægeforeningen kan tilslutte sig forslaget om at oprette sundhedsråd med særlig fokus på sundheds- og socialområdet, men rådene bør efter Tandlægeforeningens opfattelse også inkludere medlemmer med faglig ekspertise, herunder tandlæger.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det følger af aftalen om sundhedsreformen af den 15. november 2024, at sundhedsrådene består af folkevalgte repræsentanter fra regionsrådet og folkevalgte repræsentanter fra kommunerne. Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker endvidere, at et sundhedsråd af hensyn til demokratisk legitimitet alene bør bestå af folkevalgte, udpeget af enten regionsrådet eller kommunalbestyrelsen. Forslagene giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

4.2.3.5. Sundhedsrådets observatører

Danske Regioner foreslår, at kompetencen til at beslutte, at en eller flere kommuner skal have en fast observatør i et andet sundhedsråd end det sundhedsråd, som kommunen henhører under, bør tillægges det regionsråd, som sundhedsrådet henhører under, frem for til indenrigs- og sundhedsministeren.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at kompetencen til at beslutte, at en eller flere kommuner skal have en fast observatør i et andet sundhedsråd, end det sundhedsråd, som kommunen henhører under, efter ministeriets opfattelse alene bør tillægges indenrigs- og sundhedsministeren. Kun særligt

tungtvejende hensyn kan medføre, at en eller flere kommune skal have en fast observatør, og denne vurdering bør foretages af indenrigs- og sundhedsministeren, jf. den foreslåede bestemmelse i regionslovens § 14 m, stk. 3. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

Danske Regioner foreslår, at observatører bør være undergivet mødepligt.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at en observatør ikke skal være undergivet mødepligt. Observatøren har ikke stemmeret, og det må være op til observatøren, i hvilket omfang observatøren vil deltage i sundhedsrådets møder. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

Københavns Kommune finder det positivt, at Københavns Kommune får en observatørpost i Sundhedsråd Hovedstaden Syd og Vest, men finder det bekymrende, at en observatørpost ikke giver stemmeret og dermed ikke reel indflydelse. Kommunen henviser til sit forslag om, at alle regionale sundhedstilbud uden for hospitalerne, herunder almen praksis, skal høre under Sundhedsråd Hovedstaden, jf. pkt. 4.2.3.3.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at en kommune alene kan udpege repræsentanter med stemmeret til det sundhedsråd, inden for hvis område kommunen ligger. En kommune bør ikke kunne udpege repræsentanter med stemmeret til flere sundhedsråd og derved få indflydelse i flere sundhedsråd end andre kommuner. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

KL sætter spørgsmålstegn ved, om kommunale observatører i et sundhedsråd kan få sin afvigende mening ført til protokols.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet er enig med KL i, at stemmeret og ret til at få sin afvigende mening tilført beslutningsprotokollen almindeligvis hører sammen. Ministeriet vil ændre i lovforslagets specielle bemærkninger til den foreslåede bestemmelse i regionslovens § 14 m.

4.2.3.6. Regionsrådets udpegning af formænd og medlemmer af udvalg

Danske Regioner beder om at få overvejet, om regionsrådets valg af forretningsudvalgets næstformand og sundhedsrådenes formænd og næstformænd skal gennemføres som et flertalsvalg blandt de medlemmer af regionsrådet, som regionsrådet forinden formands- og næstformandsvalget har valgt som medlemmer af det pågældende udvalg.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at såfremt regionsrådet alene blandt de regionsrådsmedlemmer, der er valgt som medlem af det pågældende udvalg, kan vælge forretningsudvalgets næstformand og sundhedsrådenes formænd og næstformænd, vil dette medføre en indskrænkning i regionsrådets ret til at vælge de nævnte formænd og næstformænd blandt samtlige regionsrådets medlemmer. Denne indskrænkning vil kunne få betydning i den situation, hvor en formand eller næstformand afsættes af regionsrådet. Dette forslag giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

Ministeriet har på baggrund af forslaget haft en dialog med Danske Regioner. Denne dialog har ført til, at ministeriet vil præcisere i lovforslagets bemærkninger, at ud over det forhold, at valg af medlemmer til forretningsudvalget vil skulle finde sted efter valg af forretningsudvalgets næstformand, og at valg af medlemmer af sundhedsrådene vil skulle finde sted efter valg af formænd og næstformænd for sundhedsrådene, vil dette lovforslag ikke forpligte regionsrådet til at foretage valgene på det konstituerende møde i en bestemt rækkefølge. Regionsrådet vil på baggrund af den foretagne præcisering i bemærkningerne på sit konstituerende møde f.eks. kunne bestemme, at regionsrådet først vælger forretningsudvalgets næstformand og øvrige medlemmer, dernæst sundhedsrådets formand, næstformand og øvrige medlemmer og herefter eventuelle stående udvalg.

Danske Regioner efterlyser en stillingtagen til, hvad der skal ske i forhold til forretningsudvalget, hvis regionsrådet vælger en ny næstformand fra en anden valggruppe end den afsatte næstformand.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at som beskrevet i bemærkningerne til den foreslåede bestemmelse til regionslovens § 14 a, stk. 3, vil der i det tilfælde, hvor den nyvalgte næstformand for forretningsudvalget ikke tilhører samme gruppe som den fratrådte, skulle foretages en ny beregning af pladserne i forretningsudvalget, der afspejler den oprindelige gruppdeling. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

4.2.3.7. Udpegning af kommunale sundhedsrådsmedlemmer

FOA finder, at de geografisk afgrænsede sundhedsråd ikke nødvendigvis lægger op til en sikring af repræsentativitet, bl.a. fordi de kommunale repræsentanter alene vil omfatte borgmestre og enkelte udvalgsformænd.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at ministeriet af hensyn til at få besat sundhedsrådene med stærke profiler i kommunerne finder det vigtigt, at det kommunale medlem af sundhedsrådet er enten borgmesteren eller en udvalgsformand. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

KL, Ishøj Kommune (på vegne kommunerne i Sundhedsklynge Syd), Københavns Kommune og Aarhus Kommune foreslår, at kommunens udpegning af kommunens medlem eller medlemmer i sundhedsrådet ikke skal fastlægges i styrelsesvedtægten. En udpegning i en styrelsesvedtægt, der vil kræve to behandlinger i kommunalbestyrelsen, vil være unødigt bureaukratisk. **Ishøj Kommune (på vegne kommunerne i Sundhedsklynge Syd)** tilføjer, at kravet om, at udpegningen af medlemmet/medlemmerne af sundhedsrådet skal fremgå af styrelsesvedtægten, efter deres opfattelse vil være en fravigelse af princippet om, at der ikke bør optages bestemmelser i styrelsesvedtægten om råd eller nævn.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det af hensyn til transparens i forhold til omverdenen er vigtigt, at offentligheden i kommunens styrelsesvedtægt, der fastlægger den enkelte kommunes udvalgsstruktur, også kan få indsigt i, hvilket medlem eller hvilke medlemmer kommunen har udpeget i sundhedsrådet. Hertil kommer den nære sammenhæng, der kan være mellem kommunens udvalgsstruktur og det hverv, kommunens medlem af sundhedsrådet varetager i kommunen. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

KL foreslår, at såfremt det fastholdes, at valg af kommunale repræsentanter i sundhedsrådene skal fremgå af kommunens styrelsesvedtægt, bør fristen for kommunernes vedtagelse af bestemmelse i styrelsesvedtægten være den samme som i § 14 k, stk. 2, dvs. senest inden det konstituerende møde. **Ishøj Kommune (på vegne kommunerne i Sundhedsklynge Syd)** efterlyser baggrunden for, at beslutningen om, hvorvidt det skal være borgmesteren eller en af flere formænd for de stående udvalg, der udpeges til medlem af sundhedsrådene, skal være fastsat inden den 1. november 2025, og foreslår, at fristen udskydes til inden det konstituerende møde.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at formålet med fristen den 1. november i valgåret for valget imellem, om det skal være borgmesteren eller en udvalgsformand, der udpeges til kommunens medlem af sundhedsrådet, er at sikre, at det inden konstitueringsforhandlingerne er fastlagt, hvilken type hvervsindehaver i kommunen der udpeges til kommunens medlem af sundhedsrådet. Herved skabes den fornødne ro om den kommunale konstitueringsproces. Der henvises til den foreslåede bestemmelse i regionslovens § 14 k, stk. 1. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

KL lægger til grund, at det vil være tilstrækkeligt, at kommunalbestyrelsen i styrelsesvedtægten beslutter inden den 1. november i valgåret, at det kommunale medlem i sundhedsrådet er enten borgmesteren eller en udvalgsformand, uden at præcisere, hvilken udvalgsformand. Træffer kommunalbestyrelsen inden den 1. november i valgåret en beslutning om, hvilken udvalgsformand der vil skulle være det kommunale medlem af det forberedende sundhedsråd, lægger **KL** til grund, at denne beslutning vil kunne ændres efter den 1. november inden det konstituerende møde.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at ministeriet er enig i, at kommunalbestyrelsen ved sin første beslutning om udpegelse af medlemmer til sundhedsrådet, der skal træffes inden den 1. november i valgåret, ikke skal præcisere, hvilken udvalgsformand der i givet fald skal repræsentere kommunen i

sundhedsrådet. Dette fremgår af lovforslagets bemærkninger. På baggrund af KL's bemærkning præciseres det endvidere i bemærkningerne, at såfremt kommunalbestyrelsen i forbindelse med ændringen af styrelsesvedtægten inden den 1. november i valgåret også vælger at fastsætte, hvilken udvalgsformand der vil skulle være det kommunale medlem af sundhedsrådet, vil denne beslutning kunne ændres frem til det konstituerende møde.

KL ønsker, at kommunalbestyrelsen i funktionsperioden skal have en ret til at beslutte, at hvervet som kommunalt medlem i stedet for en udvalgsformand varetages af borgmesteren og i stedet for en borgmester varetages af en udvalgsformand.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at ministeriet af hensyn til kontinuiteten i sundhedsrådenes sammensætning finder det vigtigt, at kommunalbestyrelsens beslutning om, hvorvidt et kommunalt medlem af sundhedsrådet skal være borgmester eller udvalgsformand, er bindende for hele funktionsperioden, jf. den foreslåede bestemmelse i regionslovens § 14 k, stk. 1. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

Aarhus Kommune foreslår, at kommuner med magistratsstyre gives yderligere fleksibilitet med henblik på at udpege medlemmer af sundhedsrådet. De foreslåede valgmuligheder vil medføre, at der gives mulighed for, at Aarhus Kommune kan udpege to formænd for faste udvalg ud over enten borgmesteren eller et magistratsmedlem.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at ministeriet af hensyn til at få besat sundhedsrådene med egnede profiler i kommunerne med beslutningskraft finder det vigtigt, at Aarhus Kommune højst udpeger en formand for et fast udvalg ud over borgmesteren og et magistratsmedlem eller to magistratsmedlemmer. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

4.2.3.8. Udpegnings af stedfortræder for kommunale sundhedsrådsmedlemmer

KL finder det uhensigtsmæssigt, at det er formanden for sundhedsrådet, som kan beslutte, om der skal indkaldes en stedfortræder ved et medlems forfald og inhabilitet. Efter KL's opfattelse bør indkaldelse af stedfortræder være obligatorisk.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at ministeriet har præciseret den foreslåede bestemmelse i regionslovens § 14 p, stk. 1, således, at det vil være obligatorisk for sundhedsrådets formand at indkalde en stedfortræder, såfremt betingelserne herfor er opfyldt.

KL ønsker, at spørgsmålet om, hvad der udgør "lovligt forfald" bør fremgå tydeligt i bemærkningerne.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at ministeriet har præciseret i bemærkningerne til den foreslåede bestemmelse i regionslovens § 14 p, således, at det vil være en forudsætning for, at der kan indkaldes en stedfortræder, at medlemmet har lovligt forfald. Dvs. at medlemmet er forhindret i at varetage dit hverv. Lovligt forfald vil skulle forstås i overensstemmelse med de forfaldsgrunde, der vil kunne begrunde stedfortræderindkaldelse efter § 15, stk. 2, i lov om kommunernes styrelse. **KL** efterlyser et svar på, hvem der kan varetage hvervet som stedfortræder, hvis kommunen ikke har næstformænd i de stående udvalg.*

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at kommunalbestyrelsen i styrelsesvedtægt fastsætter en eller flere stedfortrædere for hvert kommunale medlem, der repræsenterer kommunalbestyrelsen i sundhedsrådet, ved angivelse af, hvilket hverv i kommunen, som stedfortræderen eller stedfortræderne skal varetage, jf. den foreslåede bestemmelse i regionslovens § 14 p, stk. 6. Herved undgås, at der i kommunen, når indkaldelse af en stedfortræder bliver aktuel, skal foretages et aktuelt valg af stedfortræder. Som angivet i bestemmelsens bemærkninger vil der eksempelvis være adgang til at angive formanden eller næstformanden for et stående udvalg eller kommunalbestyrelsens formand, hvis denne ikke i forvejen er medlem af sundhedsrådet. Er der ikke næstformænd i en kommunens stående udvalg, vil der alene være adgang til at angive formanden for et andet stående udvalg i kommunen. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

Københavns Kommune foreslår, at der bør være mulighed for stedfortræder uanset fraværets længde og uafhængigt af regionens styrelsesvedtægt.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at adgangen til at indkalde stedfortræder må være den samme for såvel regionale som kommunale sundhedsrådsmedlemmer. Adgangen til at indkalde stedfortræder vil derfor som udgangspunkt alene ske, hvis et medlem af sundhedsrådet har lovligt forfald i en forventet periode af mindst 1 måned, jf. den foreslåede bestemmelse i regionslovens § 14 p, stk. 1. Adgangen til at indkalde stedfortræder ved kortere forfaldsperioder vil bero på, om regionsrådet i sin styrelsesvedtægt har truffet bestemmelse om, at et andet medlem indtræder i udvalget, så længe udvalgsmedlemmet har forfald, uanset at forfaldet forventes at vare kortere end 1 måned, jf. nærmere den foreslåede bestemmelse i regionslovens § 14 p, stk. 2. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

4.2.3.9. Inhabilitet

KL ønsker, at det bør præciseres med konkrete eksempler i bemærkningerne til bestemmelsen, hvilke ansatte i regionen og hvilke ansattes ægtefæller m.v. som er udelukket fra at være kommunale repræsentanter i sundhedsrådene.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det fremgår af den foreslåede bestemmelse i regionslovens § 15, stk. 5, litra b, at bl.a. bestemmelserne i § 29, stk. 1, 2 og 5, litra a, i lov om kommunernes styrelse om udelukkelse af bestemte ansatte for at være medlem af et stående udvalg vil skulle finde tilsvarende anvendelse på sundhedsrådene. Det vil således være de samme regler om generel inhabilitet, der gælder for stående udvalg i en kommune, der vil finde anvendelse for såvel regionale som kommunale medlemmer af sundhedsrådene. Det beror på en fortolkning af reglerne i lov om kommunernes styrelse, om disse bestemmelser vil finde anvendelse. Ministeriet finder derfor ikke anledning til i dette lovforslag yderligere at præcisere anvendelsesområdet for disse allerede gældende regler. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

KL bemærker, at det er KL's vurdering, at kommunens medlem af sundhedsrådet som udgangspunkt ikke vil være inhabilt i forbindelse med kommunalbestyrelsens behandling af sager vedrørende sundhedsrådet, jf. den kommunalretlige modifikation.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at der i bemærkningerne til lovforslaget (almindelige bemærkninger pkt. 3.1.9.3.2 og specielle bemærkninger til den foreslåede bestemmelse i regionslovens § 14 d) er indsat et afsnit om de gældende inhabilitetsregler. Det fremgår heraf bl.a., at det forhold, at et kommunalt medlem af sundhedsrådet har deltaget i en sags behandling i kommunalbestyrelsen eller sundhedsrådet, som udgangspunkt ikke vil kunne begrunde inhabilitet i sager i kommunalbestyrelsen eller sundhedsrådet, men at inhabilitet efter omstændighederne vil kunne forekomme.

4.2.3.10. Sundhedsrådsmedlemmers beføjelser

KL og Københavns Kommune foreslår, at kommunale medlemmer af sundhedsrådet skal have sagsindsigt på lige fod med de regionale medlemmer i sagsmateriale, der i endelig form foreligger i regionens administration.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at kommunale medlemmer af sundhedsrådet ikke tillægges sagsindsigt, eftersom dette er en rettighed, der er knyttet til hvervet som regionsrådsmedlem. De kommunale medlemmer af sundhedsrådet vil have til opgave at forholde sig til – og stå til ansvar for – det materiale, som medlemmet forelægges af forvaltningen som led i udvalgets løbende behandling af sager inden for udvalgets område. Hertil kommer, at forslaget vil give anledning til en merbelastning af de regionale forvaltninger. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

KL og Københavns Kommune foreslår ændret, at sundhedsrådets formand eller 1/3 af sundhedsrådets regionale medlemmer kan udøve standsningsret og indbringe en sag for regionsrådet. **Ishøj Kommune på**

vegne kommunerne i Sundhedsklynge Syd vil gerne appellere til, at der skabes reelle lige vilkår for indflydelse og samarbejde i sundhedsrådene ved at gøre standsningsret fuldt gældende for både regionale og kommunale medlemmer i sundhedsrådene.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at standsningsretten i overensstemmelse med aftalen om sundhedsreform 2024 og med lovforslaget foreslås indskrænket til kun at gælde sundhedsrådets formand eller 1/3 af sundhedsrådets regionale medlemmer, jf. den foreslåede bestemmelse i regionslovens § 14 o. Standsningsretten er en grundlæggende rettighed, både som led i regionsrådsmedlemmets varetægelse af sit udvalgsarbejde, og som led i regionsrådets mulighed for at få indbragt relevante sager fra udvalget og derved for at kunne udøve sit overordnede ansvar for regionens styrelse, jf. regionslovens § 3. Idet de kommunale medlemmer af sundhedsrådet ikke er medlemmer af regionsrådet, men af kommunalbestyrelsen, vil de i sagens natur ikke skulle have standsningsret i forhold til regionsrådet, jf. Ishøj Kommunes bemærkning. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

KL ønsker, at kommunale medlemmer af sundhedsrådet har ret til at få oplysning om det videre forløb af sager, som sundhedsrådet har behandlet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at en udskrift af beslutningsprotokollen fra regionsrådets møder med de begrænsninger, der følger af lovgivningens regler om tavshedspligt, så vidt muligt skal offentliggøres, jf. regionslovens § 10, stk. 2, jf. § 8, stk. 7, i lov om kommunernes styrelse. I praksis offentliggøres udvalgenes indstillinger og sagsfremstillinger. Kommunale medlemmer af sundhedsrådet har dermed mulighed for at følge med i den videre udvalgsbehandling og regionsrådets behandling. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

KL lægger til grund, at et medlem i medfør af initiativretten vil have ret til at få et rettidigt og lovligt forslag optaget på den endelige dagsorden. **Københavns Kommune** foreslår, at der indføres en reel initiativret, der giver kommunale medlemmer af sundhedsrådet ret til at få forslag sat på den endelige dagsorden. **Ishøj Kommune på vegne kommunerne i Sundhedsklynge Syd** vil gerne appellere til, at der skabes reelle lige vilkår for indflydelse og samarbejde i sundhedsrådene ved at gøre initiativretten fuldt gældende for både regionale og kommunale medlemmer i sundhedsrådene.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at ministeriet ikke er enig i KL's fortolkning af initiativretten. Det er ministeriets opfattelse, at initiativretten alene giver ret til at få et rettidigt forslag optaget på det udkast til dagsorden, der udsendes forud for og til brug for udvalgets møde, idet et udvalg ligesom kommunalbestyrelsen og regionsrådet ved mødets start selv beslutter mødets endelige dagsorden. Der henvises bl.a. til Indenrigs- og Sundhedsministeriets udtalelse af 28. juni 2024, offentliggjort i Indenrigs- og Sundhedsministeriets resumédatabase 24.1.3. Ministeriet ser ingen grund til at fratage sundhedsrådet adgang til selv at vedtage sin egen dagsorden. Initiativretten i sundhedsrådet gælder hermed på samme vilkår som initiativretten i regionsrådet, jf. Ishøj Kommunes bemærkning. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

KL bemærker, at det er uomtalt i lovforslaget, hvordan et kommunalt udpeget medlem af sundhedsrådet er stillet i en situation, hvor regionsrådet har truffet beslutning om administrationens bistand mv. til regionsrådsmedlemmerne efter kommunestyrelseslovens § 8, stk. 6, jf. regionslovens § 10, stk. 2.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at den bistand, som regionsrådet måtte træffe beslutning om efter regionslovens § 10, stk. 2, jf. § 8, stk. 6, i lov om kommunernes styrelse, alene er bistand til regionsrådets egne medlemmer. De kommunale medlemmer af sundhedsrådene må dog i kraft af deres medlemskab af et regionalt udvalg have ret til at blive betjent af den regionale forvaltning, i det omfang det er nødvendigt for, at medlemmet kan varetage sine beføjelser efter lovgivningen, herunder også den betjening, som er nødvendig for medlemmets udøvelse af initiativretten i sundhedsrådet. Denne betjening vil supplere den betjening, medlemmet vil kunne modtage fra den kommunale forvaltning. Dette vil blive præciseret i lovforslagets bemærkninger

4.2.3.11. Sundhedsrådenes sagsprocesser

Apotekerforeningen opfordrer til, at der oprettes et praksisforum i tilknytning til sundhedsrådene, som skal give input til sundhedsrådet om, hvordan der skabes bedre sammenhæng for patienterne og bedre udnyttelse af alle ressourcer, som er væsentlige mål med sundhedsreformen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at regionerne som led i deres betjening af sundhedsrådene har ansvaret at inddrage sundhedsfaglig ekspertise mv., når det er relevant i sagsforberedelsen. Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker videre, at et regionsråd kan vælge at etablere de samarbejds-konstruktioner- og fora mv., som der lokalt vurderes behov for. Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker endvidere, at der ikke med lovforslaget stilles forslag om særskilte krav herom, men foretrækker, at dette overlades til sundhedsrådene inden for de af regionsrådet fastlagte rammer. Indenrigs- og Sundhedsministeriet henviser til, at et vigtigt sigte i aftalen om sundhedsreformen af den 15. november 2024 er at begrænse administrationsbehovet i sundhedsvæsenet, som bl.a. kommer til udtryk ved nedlæggelse af sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og kontaktudvalg. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

Danske Handicaporganisationer foreslår, at det fortsat skal være muligt for regionerne at oprette et forberedende og rådgivende udvalg, der beskæftiger sig med social- og specialundervisningsområdet, således at hele det regionale socialområde tænkes ind i regionens arbejde.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at regionsrådet fortsat vil kunne nedsætte de i lov om kommunernes styrelse § 17, stk. 4, nævnte særlige udvalg, der vil kunne udøve en rådgivende funktion på sundheds-, social- og specialundervisningsområdet, jf. regionslovens § 13, stk. 6, der med lovforslaget bliver § 13, stk. 4. Sundhedsrådene vil også kunne nedsætte underudvalg med forberedende eller rådgivende funktioner, der alene består af medlemmer af det pågældende sundhedsråd. Sundhedsrådene vil også kunne nedsætte udvalg og arbejdsgrupper, som f.eks. nedsættes med henblik på udveksling af oplysninger og synspunkter med repræsentanter for borgere, foreninger, institutioner m.v. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

Dansk Selskab for Folkesundhed foreslår, at patientinddragelsesudvalgene med fordel kunne tilknyttes sundhedsrådenes arbejde.

Lægeforeningen finder det afgørende nødvendigt, at de enkelte regionsråd og sundhedsråd får kvalificeret sundhedsfagligt input fra relevante sektorer på klinisk og ledelsesmæssigt niveau. Lægeforeningen foreslår derfor, at sundhedsrådene skal have pligt til at nedsætte mindst et underudvalg bestående af relevante ledelsesrepræsentanter og sundhedsprofessionelle.

Tandlægeforeningen bemærker, at sundhedsrådene efter Tandlægeforeningens opfattelse også bør inkludere medlemmer med faglig ekspertise, herunder tandlæger. Alternativt bør lovforslaget beskrive en model, der sikrer, at sundhedsrådene i deres arbejde har adgang til – og inddrager – faglig ekspertise, fx gennem en forpligtelse til at høre på forhånd udpegede fagpersoner.

Ældre sagen havde gerne set, at der ved valg af kommunale repræsentanter i sundhedsrådene sikres sammenhæng til ældreområdet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at regionerne som led i deres administrative betjening af sundhedsrådene har ansvaret for at inddrage sundhedsfaglig ekspertise mv., når det er relevant i sagsforberedelsen. Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker videre, at sundhedsrådene vil kunne nedsætte udvalg og arbejdsgrupper, som f.eks. nedsættes med henblik på udveksling af oplysninger og synspunkter med repræsentanter for borgere, foreninger, institutioner m.v. Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker endelig, at der ikke med lovforslaget stilles forslag om særskilte krav herom, men foretrækker, at dette overlades til sundhedsrådene inden for de af regionsrådet fastlagte rammer. Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker i den forbindelse, at et væsentligt sigte i aftalen om sundhedsreformen af den 15. november 2024 er at begrænse administrationsbehovet i sundhedsvæsenet, som bl.a. kommer til udtryk ved nedlæggelse af sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og kontaktudvalg. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

4.2.3.12. Relationen mellem sundhedsrådet/sundhedsrådsmedlemmet og kommunen

Dansk Selskab for Folkesundhed anbefaler, at der etableres tydelige krav til samarbejde mellem sundhedsrådene og kommunerne om forebyggelse og tidlig indsats.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet er enig i denne målsætning og forudsætter, at regionerne løbende vil arbejde for, at denne målsætning i relevant omfang vil kunne realiseres. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

FOA finder, at de geografisk afgrænsede sundhedsråd ikke nødvendigvis lægger op til en sikring af repræsentativitet, bl.a. fordi de kommunale repræsentanter ikke er undergivet kommunalbestyrelsens instruktionsbeføjelse.

Ishøj Kommune (på vegne kommunerne i Sundhedsklynge Syd) finder, at den manglende instruktionsbeføjelse vil gøre det uklart, hvem medlemmet i sundhedsrådet repræsenterer, og hvem medlemmet står til ansvar for.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at ministeriet af principielle grunde finder det vigtigt, at det enkelte medlem af sundhedsrådet alene er bundet af sin overbevisning i sin vurdering af, hvorledes regionens sundhedsopgaver m.v. bedst kan varetages. Hertil kommer hensynet til en smidig afholdelse af sundhedsrådets møder, uden at enkelte medlemmer vil skulle se sig nødsaget til at begære behandlingen af et dagsordenspunkt udsat med henblik på at indhente mandat i den kommune, medlemmet er udpeget af. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

KL foreslår, at kommunens medlem af sundhedsrådet skal have ret og, såfremt kommunen forlanger det, have pligt til – uden at overtræde sin tavshedspligt – at videregive oplysninger, som vedkommende modtager fra regionen som medlem af sundhedsrådet, til den kommune, som vedkommende repræsenterer i sundhedsrådet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet forudsætter, at det følger af gældende regler i forvaltningsloven, at en kommunes medlem af sundhedsrådet har ret til uden at overtræde sin tavshedspligt at kunne videregive oplysninger, som vedkommende modtager fra regionen som medlem af sundhedsrådet, til den kommune, som vedkommende repræsenterer i sundhedsrådet. Kommunen vil som følge af sin adgang til at vedtage generelle og vejledende rammer for kommunens medlems virke i sundhedsrådet have et sagligt behov for at modtage disse oplysninger, jf. forvaltningslovens § 28, stk. 2, nr. 3. Ministeriet vil præcisere dette i lovforslagets bemærkninger til den foreslåede bestemmelse i regionslovens § 14 l.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet er enig med KL i, at en kommunes medlem af sundhedsrådet skal have såvel en ret som en pligt til, såfremt kommunen forlanger det, at videregive oplysninger, som vedkommende modtager fra regionen som medlem af sundhedsrådet, til den kommune, som vedkommende repræsenterer i sundhedsrådet. Ministeriet vil gennem en ændring i lovforslaget om ændring af regionsloven og forskellige andre love sikre dette. Der henvises til de foreslåede bestemmelser i regionslovens § 14 l, stk. 2-4.

KL, Københavns Kommune og Ishøj Kommune (på vegne kommunerne i Sundhedsklynge Syd) foreslår, at regionerne skal være forpligtede til at inddrage kommunernes administrative og faglige niveauer i forbedringen af sundhedsrådenes arbejde. Kommunale embedsmænd bør på lige fod og med de samme begrænsninger som regionale embedsmænd kunne deltage i sundhedsrådenes møder. Herved sikres, at de politiske beslutninger kvalificeres af fagligt funderede og praksisnære erfaringer.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at sundhedsrådet som andre udvalg kan tillade, at andre personer end personer, der er ansat i regionens tjeneste, kan overvære forhandlingerne på sundhedsrådets som udgangspunkt lukkede udvalgsmøder, når det er ønskeligt af hensyn til en sags oplysning, jf. den foreslåede bestemmelse i regionslovens § 15, stk. 1, litra b, jf. § 20, stk. 4, 2 pkt., i lov om kommunernes styrelse. Dette omfatter også ansatte i den kommunale forvaltning. Indenrigs- og Sundhedsministeriet finder imidlertid ikke grund til at fravige, at det er sundhedsrådet selv, der beslutter, hvilke personer der vil

skulle have adgang til udvalgets møder. Indenrigs- og Sundhedsministeriet finder heller ikke grund til at forpligte regionerne til at inddrage kommunernes administrative og faglige niveauer i forberedelsen af sundhedsrådenes arbejde i et videre omfang, end hvad der følger af hensynet til sagens oplysning. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget. Ministeriet har dog præciseret i bemærkningerne til den foreslåede bestemmelse i regionslovens § 14 d, at den regionale forvaltning i sin betjening af sundhedsrådene vil have ret til at inddrage den kommunale forvaltning og endvidere vil kunne have pligt hertil, såfremt inddragelse af forvaltningen i en kommune vil være nødvendig for en sags oplysning.

KL ønsker, at der fastsættes andre styringsmekanismer for det tilfælde, at en borgmester, et magistratsmedlem eller en udvalgsformand med delt administrativ ledelse ikke efterlever de generelle og vejledende rammer for medlemmets virke i sundhedsrådet, som kommunen har adgang til at fastsætte.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at de generelle og vejledende rammer, som kommunen har adgang til at vedtage om sundhedsrådets arbejde, ikke er bindende for kommunens medlem/medlemmer af sundhedsrådet. Såfremt kommunens medlem af sundhedsrådet er en borgmester, et magistratsmedlem eller en udvalgsformand med delt administrativ ledelse, der er valgt for hele funktionsperioden, skal ministeriet henvise til de eksisterende muligheder for midt i funktionsperioden at få afsat de pågældende ellers uafsættelige hvervsindehavere, herunder muligheden for med ni tiendedeles flertal at få afsat en borgmester m.v., der ikke har vist sig værdig til den agtelse og tillid, som hvervet kræver, jf. nærmere §§ 66-66 d i lov om kommunernes styrelse. Forslaget giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

KL bemærker, at det bør fremgå af lovforslagets bemærkninger, at de kommunale forvaltninger – på samme vis som de i øvrigt betjener medlemmer, som udpeges af kommunen til diverse bestyrelser mv. – betjener medlemmet i varetagelsen af hvervet i sundhedsrådet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at de kommunale forvaltninger lovligt vil kunne betjene medlemmet i varetagelsen af hvervet i sundhedsrådet. Denne betjening vil supplere den betjening, medlemmet vil have ret til at modtage fra den regionale forvaltning, jf. herved høringsnotatets pkt. 4.2.3.10. Dette vil blive præciseret i lovforslagets bemærkninger.

4.2.3.13. Regionsrådsformænd

Danske Regioner lægger til grund, at formanden for regionsrådet fortsat vil have mulighed for at udøve indgrebsret og ved skriftligt pålæg kræve, at en sag i sundhedsrådene skal forelægges regionsrådet, jf. § 31, stk. 3, i lov om kommunernes styrelse.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at ministeriet er enig i, at formanden for regionsrådet fortsat vil have mulighed for at udøve indgrebsret og ved skriftligt pålæg kræve, at en sag i sundhedsrådene skal forelægges regionsrådet, jf. regionslovens § 16, jf. § 31, stk. 3, i lov om kommunernes styrelse. Dette vil blive præciseret i lovforslagets bemærkninger.

Danske Regioner foreslår, at formanden for regionsrådet benævnes regionsborgmester.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at formanden for regionsrådet efter de gældende regler i regionsloven benævnes regionsrådsformand, jf. regionslovens § 3, stk. 2. Spørgsmålet giver anledning til mere principielle overvejelser. Forslaget vil derfor ikke blive medtaget i lovforslaget.

4.2.4. Vederlag

KL bemærker, at brug af ordet "bistand" i den foreslåede § 11, stk. 1, nr. 4, litra b, ikke umiddelbart har sammenhæng med styrelseslovens § 8 a eller § 16, stk. 12, i lov om kommunernes styrelse.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det følger af henvisningen i den foreslåede § 11, stk. 1, nr. 4, til § 8 a i lov om kommunernes styrelse, at regionsrådet kan stille it-udstyr til rådighed for medlemmerne. Udtrykket "bistand" i bestemmelsen refererer hertil.

KL foreslår, at alle medlemmer af sundhedsrådene – også borgmestre og rådmænd – skal modtage vederlag for deres arbejde i sundhedsrådene efter den foreslåede bestemmelse i § 11, stk. 2.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at personer, der modtager fuldtidsvederlag for deres kommunale hverv i overensstemmelse med aftalen om en sundhedsreform 2024 ikke kan modtage vederlag. Dette vil blive præciseret i bestemmelsen og de specielle bemærkninger.

KL bemærker til den foreslåede § 11, stk. 4, at udvalgsformænd i udvalgsstyrede kommuner, som er kommunale repræsentanter i sundhedsrådene, bør kunne modtage erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at forslaget ikke imødekommes. Udvalgsformænd i udvalgsstyrede kommuner, som er repræsentanter i sundhedsrådene, modtager særskilt vederlag for hvervet som medlem af sundhedsrådet på lige fod med andre kommunale og regionale medlemmer af sundhedsrådene. Som følge af denne særskilte honorering ses der ikke at være behov for at tillægge udvalgsformænd i udvalgsstyrede kommuner erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste for varetagelse af hvervet som medlem af sundhedsrådet.

4.2.5. Tilsyn og Straf

Ankestyrelsen bemærker, at Ankestyrelsen varetager tilsynet med kommuners og regioners overholdelse af den lovgivning, der særligt gælder for offentlige myndigheder. Ankestyrelsen bemærker endvidere, at det er Ankestyrelsen selv, der beslutter, om der på baggrund af en henvendelse er tilstrækkelig anledning til at rejse en tilsynssag. I vurderingen inddrager Ankestyrelsen bl.a., om sagen må skønnes at have principiel eller generel betydning eller alvorlig karakter for kommuner og/eller regioner som helhed.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet er enig heri.

4.3. Ændringer af sundhedsloven

4.3.1. Ophævelse af praksisplaner

Københavns Universitet, det sundhedsvidenskabelige fakultet, bemærker, at det med afskaffelsen af sundhedsaftaler og praksisplaner er uklart, hvordan ansvaret for rehabilitering fordeles mellem regioner, kommuner og almen praksis, og anbefaler en præcisering af fordelingen af dette ansvar.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at drøftelser om indsatser, der går på tværs af sundhedsvæsenets parter, vil kunne ske i regi af de kommende sundhedsråd. Et regionsråd vil desuden kunne vælge at etablere de samarbejdskonstruktioner- og fora m.v., som der lokalt vurderes behov for. Ministeriet kan desuden henvise til det samtidige lovforslag om ændring af sundhedsloven (om bl.a. national fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud).

4.3.2. Ophævelse af sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og ophævelse af sundhedsaftaler i deres nuværende form

Danmarks Apotekerforening bemærker, at det bør tænkes ind, hvordan de lokale sundhedsprofessionelle inddrages i sundhedsrådenes arbejde med at skabe et tæt og forpligtende samarbejde lokalt, når de nuværende sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg nedlægges, og sundhedsaftalerne ophører i deres nuværende form.

KL bemærker, at der med forslaget om at nedlægge de hidtidige regionale-kommunale samarbejdsfora, også hermed fjernes den formelle ramme for en kommunal-regional dialog på tværs af regionen. **KL** finder, at det ikke er vurderingen, at sundhedsrådenes ansvar omkring de almen medicinske tilbud alene er tilstrækkeligt til at sikre sammenhængen mellem de almenmedicinske og kommunale sundhedsopgaver. **KL** bemærker, at det således vil være afgørende, at kommunerne også har mulighed for at indgå i en dialog med regionsrådet om rammerne for det almene medicinske område, sygehusenes udvikling og ift.

tværgående temaer på social og specialundervisningsområdet. Der bør som minimum beskrives en pligt til, at regionerne sikrer et forum for denne tværsektorielle regionale dialog.

Ishøj Kommune (på vegne af kommunerne i Sundhedsklynge Syd) er kritiske over for nedlæggelse af sundhedssamarbejdsudvalg, regionslovens kontaktudvalg og ordningen for praksisplaner, idet disse fora har været gode for koordineringen på tværs, hvorfor der efterspørges etablering af en regional tværsektoriel politisk platform. De er endvidere kritiske over for nedlæggelse af sundhedsklyngerne, og ønsker at understrege vigtigheden af, at det faglige tværsektorielle samarbejde fortsætter.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at regionerne som led i deres betjening af sundhedsrådene har ansvaret for at inddrage sundhedsfaglig ekspertise m.v., når det er relevant i sagsforberedelsen. Det bemærkes videre, at ministeriet er enig i behovet for tværgående dialog og samarbejde, herunder mellem regioner og kommuner. Regionsrådene og kommunalbestyrelserne kan vælge at etablere de samarbejds-konstruktioner- og fora m.v., som der lokalt vurderes behov for, men der vil ikke fra statslig side blive indført særskilte krav herom.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet henviser til, at et vigtigt sigte i aftalen om sundhedsreformen af den 15. november 2024 er at begrænse administrationsbehovet i sundhedsvæsenet, som bl.a. kommer til udtryk ved nedlæggelse af sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og kontaktudvalg. Forslagene giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

Dansk Erhverv bemærker angående almen praksis, at almen praksis i mange år har været karakteriseret af et de facto monopol, hvor en organisation har siddet tungt på sin forhandlingsposition og vanskeliggjort nye driftsformer m.v. Dansk Erhverv er positive over for, at man sætter patienten i centrum ved de opgør, reformen tager, men advarer om, at et monopol kan blive erstattet af et nyt monopol bestående af regionssklinikkerne.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet henviser til ministeriets høringsnotat til det samtidigt fremsatte lovforslag om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud).

4.3.3. Indførelse af patient- og pårørendeudvalg i stedet for patientinddragelsesudvalg

Apotekerforeningen finder det positivt, at der lægges op til en systematisk inddragelse af patienternes og pårørendes perspektiver bl.a. i forbindelse med udarbejdelse af nærsundhedsplaner.

Dansk Erhverv bemærker, at det er positivt, at patient- og pårørendeudvalg opretholdes. De opfordrer til, at man generelt er opmærksom på at inddrage patientorganisationer, når det er relevant i regionerne og sundhedsrådenes arbejde.

Danske Regioner foreslår, at patient- og pårørendeudvalgene forankres under de 17 sundhedsråd i stedet for under de 4 regioner med henblik på at understøtte en mere lokal inddragelse af patienterne og imødekomme behovet for at skabe mere konkrete og lokalt tilpassede løsninger. **Danske Regioner** bemærker også, at det er svært for medlemmerne af patient- og pårørendeudvalgene at forholde sig til de mere overordnede beslutninger, der i endnu højere grad i den fremtidige struktur bliver truffet i regionsrådet. Ved høring af regionens sundhedsplan mv., skal alle medlemmerne af den pågældende regions patient- og pårørendeudvalg derfor høres.

Diabetesforeningen opfordrer til, at patienter og pårørende får en fast plads i sundhedsrådene, så de både kan deltage i de overordnede beslutninger og følge implementeringen tæt.

Kræftens Bekæmpelse bemærker, at patienter og pårørendes perspektiver ikke kun skal inddrages som fast praksis i forbindelse med udarbejdelse af større politiske planer som sundhedsrådenes nærsundhedsplaner, samt at patient- og pårørendeudvalget ikke skal have karakter af kontaktudvalg. De opfordrer til, at loven stiller klare krav til rammerne for samarbejdet med brugerne i sundhedsrådene, og at brugerne

får en central rolle som rådgivere ifm. beslutninger i sundhedsvæsenet. **Kræftens Bekæmpelse** fremhæver også, at patient- og pårørendeudvalget bør få en observatørpost i hvert sundhedsråd.

Ældre Sagen, Danske Eldreråd og Danske Handicaporganisationer foreslår, at der som supplement til de fire regionale patient- og pårørendeudvalg etableres 17 brugerråd tilknyttet de 17 sundhedsråd. De anfører, at der nationalt skal fastsættes rammer for, hvordan brugerrådene kan inddrages systematisk og reelt i sundhedsrådenes arbejde. **Ældre Sagen og Danske Handicaporganisationer** foreslår bl.a., at brugerrådene skal kunne foreslå indhold til dagsorden og få foretræde for sundhedsrådet, ligesom der skal fastlægges dialogmøder ml. brugerråd og sundhedsråd.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at sundhedsrådene fremadrettet skal drive udviklingen af sundhedsvæsenet, og at patienter og pårørendes perspektiver er afgørende for denne udvikling. Patient- og pårørendeudvalgene foreslås derfor forankret under de 17 sundhedsråd i stedet for under de 4 regioner. Dette understøtter en mere lokal inddragelse af patienter og pårørende. Det bemærkes også, at regionsrådet skal høre patient- og pårørendeudvalgene i regionen ifm. større, planlægningsmæssige beslutninger i regionen. Lovforslaget ændres således på baggrund af forslagene. De nærmere regler for inddragelsen af patient- og pårørendeudvalgene vil blive fastsat ved bekendtgørelse. Bekendtgørelsen sendes i offentlig høring.

Kræftens Bekæmpelse bemærker, at antallet af medlemmer i patient- og pårørendeudvalgene bør øges fra de nuværende 8 medlemmer til 15-20 medlemmer, da de allerede er sårbare ift. antal medlemmer, og da de fremadrettet skal koordinere på tværs af regionens sundhedsråd, som får en større rolle end sundhedsklyngerne.

Ældre Sagen bemærker, at der er behov for at udvide antallet af medlemmer i patient- og pårørendeudvalgene for at opnå geografisk dækning, når udvalgene skal dække op til 6 sundhedsråd. De fremhæver også, at ligesom der er planlagt flere sundhedsråd og dermed flere politiske medlemmer på lokalt niveau i den nye Region Østjylland i forhold til andre regioner, bør dette også være tilfældet i forhold til brugerrepræsentationen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at regler for antal medlemmer af patient- og pårørendeudvalgene vil blive fastsat ved bekendtgørelse. Bekendtgørelsen sendes i offentlig høring.

Danske Handicaporganisationer anfører, at det i bekendtgørelsen bør fremgå klart, at regionen er forpligtet til at yde sekretariatsbistand til patient- og pårørendeudvalget, så udvalgets arbejde understøttes.

Kræftens Bekæmpelse fremhæver, at medlemmer af både sundhedsråd og patient- og pårørendeudvalg skal klædes på til og understøttes i samarbejdet. Patient- og pårørenderepræsentanter bør derfor tilbydes et uddannelsesprogram. Derudover bør der ifølge Kræftens Bekæmpelse være en fast kontaktperson mellem de enkelte sundhedsråd og regionens patient- og pårørendeudvalg, der sikrer den nødvendige koordinering og overlevering.

Ældre Sagen bemærker, at regionerne skal stå for sekretariatsbetjening af patient- og pårørendeudvalgene, herunder kompetenceudvikling.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at der med aftalen om sundhedsreform 2024 ikke lægges op til en ændret dimensionering af sekretariatsbetjeningen i forhold til det gældende niveau, men en sekretariatsbetjening, der vil blive tilpasset den nye organisering af patient- og pårørendeudvalgene. Regler for understøttelse af patient- og pårørendeudvalgene vil blive fastsat ved bekendtgørelse. Bekendtgørelsen sendes i offentlig høring.

Ældre Sagen bemærker, at overgangen fra de eksisterende til de nye patient- og pårørendeudvalg er uklar. Konkret anfører de, at det er uklart, hvorvidt det er de fire nye forberedende regioner, der skal nedsætte udvalg fra 2026, eller det er de fem eksisterende regioner.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at de eksisterende patientinddragelsesudvalg fortsætter i 2026. De nye patient- og pårørendeudvalg nedsættes fra den 1. januar 2027 i tilknytning til de nye sundhedsråd, som også fungerer fra den 1. januar 2027. Lovforslaget ændres således i lyset af, at patient- og pårørendeudvalgene med virkning fra den 1. januar 2027 foreslås forankret under de 17 sundhedsråd i stedet for under de 4 regioner.

Ældre Sagen bemærker, at der grundet store afstande i de fire regioner som minimum skal være pligt for regionerne til at yde kompensation for transport til medlemmer i patient- og pårørendeudvalg.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at regionsrådet kan beslutte at yde diæter, erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste og udgiftsgodtgørelse til medlemmerne af patient- og pårørendeudvalgene. Regionsrådet har således mulighed for at yde kompensation for transport til medlemmer i patient- og pårørendeudvalg i tilfælde af store geografiske afstande. Endvidere vil de geografiske afstande alt andet lige blive formindsket i kraft af forslaget om, at patient- og pårørendeudvalget foreslås forankret under de 17 sundhedsråd.

Danske Handicaporganisationer anbefaler at bruge udtrykket "bruger- og pårørenderåd" og ikke "patient- og pårørenderåd", da rådene også skal rumme social- og specialundervisningsområdet.

Kræftens Bekæmpelse anfører, at der i lovforslaget veksles mellem benævnelsen "patientinddragelsesudvalg" og "patient- og pårørendeudvalg". De anbefaler, at udvalgene fremadrettet benævnes "patient- og pårørendeudvalg", da begge perspektiver er vigtige, og da udvalgene indeholder begge dele.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at udvalgene fremadrettet benævnes "patient- og pårørendeudvalg, som det fremgår af aftale om sundhedsreform 2024. Udvalgene har tidligere været benævnt "patientinddragelsesudvalg". Benævnelsen "patient- og pårørendeudvalg" afspejler dog, at udvalgene indeholder begge perspektiver, som er centrale for udviklingen er sundhedsvæsenet.

4.3.4. Statslig styring med Region Hovedstaden og Region Sjælland i overgangsperioden

Danske Regioner bemærker, at regionerne arbejder loyalt i forhold til intentionerne i aftale om sundhedsreform 2024 på alle niveauer, hvilket også gælder i forhold til den kommende sammenlægning og etablering af Region Østdanmark.

Danske Regioner bemærker videre, at det ikke fremgår klart af den foreslåede bestemmelse, om det regionale arbejde med flere hospitalsplanændringer vil kræve forudgående statslig godkendelse, hvis de ikke er gennemført inden 1. juli 2025, og foreslår, at bestemmelsen præciseres og indskrænkes, så det bliver klart, hvilke ændringer der er omfattet af den statslige godkendelsesordning. Danske Regioner finder, at det fx bør præciseres, at det alene vil være i forbindelse med store og mere markante ændringer af hospitalsplanændringer, at der skal ske statslig godkendelse.

Danske Regioner foreslår endvidere, at det for at undgå unødigt bureaukratisering og forsinkelser i beslutningsprocesserne, skal indføres i bestemmelsen, at en ansøgning om at gennemføre en organisatorisk ændring automatisk skal anses for godkendt, hvis Sundhedsstyrelsen ikke har haft indvendinger inden for 30 dage efter modtagelsen af ansøgningen.

Københavns Kommune bemærker, at der er behov for en nærmere beskrivelse af, hvorvidt alt skal forelægges Sundhedsstyrelsen, eller om der er et vist begrænset handlerum for regionerne og kommunerne, ligesom det er væsentligt, at der fastlægges en smidig proces for godkendelse af nødvendige ændringer/tiltag.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet finder det hensigtsmæssigt at beskrive bestemmelsens foreslåede anvendelsesområde yderligere. Ministeriet har derfor uddybet lovforslagets bemærkninger med yderligere eksemplificeringer af, hvad væsentlige organisatoriske ændringer på sundhedsområdet kan omfatte. Ministeriet skal i den forbindelse understrege, at eksemplerne ikke er udtømmende, og at det ikke fuldstændigt kan undgås, at visse tvivlstilfælde skal afklares i praksis.

Ministeriet bemærker hertil, at det ikke er hensigten med den foreslåede ordning, at regionerne søger om godkendelse til at gennemføre ændringer i sygehusstrukturen, der i forvejen er forudsat i de gældende sygehusplaner som følge af etableringen af de kvalitetsfondsstøttede sygehusbyggerier.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet finder det hensigtsmæssigt, at der er en smidig godkendelsesproces. Ministeriet finder dog ikke, at der bør foreslås en ordning, hvor en ansøgning om at gennemføre en organisatorisk ændring automatisk skal anses for godkendt, hvis Sundhedsstyrelsen ikke har haft indvendinger inden for 30 dage efter modtagelsen af ansøgningen. Ministeriet lægger bl.a. vægt på, at den foreslåede ordning er midlertidig, og at regionernes anmodninger om godkendelser kan have forskellig karakter og kompleksitet.

Ministeriet bemærker dog, at der med ordningen tilstræbes, at Sundhedsstyrelsens godkendelsesproces er smidig, og at alle anmodninger om godkendelser behandles inden for rimelig tid af Sundhedsstyrelsen.

4.4. Ophævelse af kommunal medfinansiering og Nærhedsfinansiering

Dansk Sygeplejeråd og FOA bemærker ift. den samlede finansiering af aftale om en sundhedsreform 2024, at øremærkningen af demografi-midlerne til nære sundhedsindsatser i sundhedsrådene bliver indfaset meget hurtigt, og der dermed er en risiko for, at gevinsterne ved udbygningen af det nære sundhedsvæsen ikke når at aflaste sygehusene.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det fremgår af Sundhedsstrukturkommissionen rapport, at "ud fra et hensyn om at sikre et sundhedsvæsen, der giver borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer, er lagt vægt på, for at lykkes med en omstilling og udbygning af det primære sundhedsvæsen at den ønskede udbygning af det primære sundhedsvæsen skal ske gennem en modsvarende mindre vækst på sygehusområdet, så der er tale om en reel ændring i fokus og prioritering. Det skal forhindre, at udbygningen af det primære sundhedsvæsen i praksis bliver en merudgift ved siden af en fortsat uændret sygehusvækst. (...) Udbygningen forudsættes overordnet finansieret via de modsvarende gevinster på sygehusområdet. En mere direkte tilpasning af sygehusenes budgetter nedad til finansiering af omstillingen på kort sigt vil efter kommissionens opfattelse imidlertid kunne vise sig forbundet med problemer og stilstand særligt i en overgangsperiode, da omstillingsgevinsterne ikke fuldt ud kan realiseres fra dag ét, bl.a. som følge af kapacitetsproblemer i det primære sundhedsvæsen. Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler derfor en tilpasningsstrategi, hvor hovedkilden til de nærmeste års styrkede prioritering forudsættes tilvejebragt ved en ændret prioritering af **kommende planlagte løft** på sundhedsområdet, tillagt de løbende produktivitetsgvinster ved et fortsat fokus på bedre brug af ressourcer. Konkret kan der peges på de demografimidler, som den nuværende regering har afsat til compensation for demografisk træk."

Dansk Sygeplejeråd og Danske Regioner bemærker ift. bortfald af den kommunale medfinansiering og Nærhedsfinansieringen om det regionale sundhedsvæsen får tilsvarende beløb af anden vej, fx bloktilskuddet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det følger af balanceprincippet for den samlede regionale økonomi, at de forudsatte indtægter skal modsvare de forudsatte udgifter. Bortfaldet af disse to finansieringskilder forudsætter derfor en tilsvarende forøgelse af øvrige finansieringskilder via en forøgelse af det regionale bloktilskud. Samlet set vil bortfaldet være udgiftsneutralt, ved at forøgelsen af det regionale bloktilskud modsvares af reduktionen i det kommunale bloktilskud og bortfaldet af Nærhedsfinansiering.

Danske Regioner bemærker, at afskaffelsen af kompensationsmodellerne knyttet til tidligere omlægninger af den kommunale medfinansiering kan få konsekvenser for regionernes finansiering.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan hertil oplyse, at der ikke i dette lovforslag indgår forslag til afskaffelse af overgangsordninger i regionernes finansiering knyttet til bl.a. tidligere omlægninger af den kommunale medfinansiering. Der henvises til, at det er forventningen, at der senere skal tages stilling til regionernes finansieringsmodel med virkning fra 2027, og at der planlægges at lovgive herom i starten af 2026.

Dansk Selskab for Folkesundhed bemærker, at den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet afskaffes, hvilket kan ændre kommunernes incitamenter til at investere i forebyggende sundhedstiltag. Det kan betyde mindre sammenhæng mellem sundhedsindsatser og indsatser på social- og arbejdsmarkedsområdet, eksempelvis kan det betyde dårligere integration mellem sundhedsindsatser og sygedagpengeområdet. De bemærker yderligere, at der er varslet en folkesundhedslov, men at denne kun gælder kommunernes arbejde. De mener, at den varslede folkesundhedslov bør være mere end det nu forslåede fokus på kommunal indsats, og at det også bør tænkes ind i arbejdet i sundhedsrådene og på nationalt niveau.

Københavns Universitet, det sundhedsvidenskabelige fakultet, anbefaler, at finansieringen i den nye struktur bør understøtte forebyggelse, rehabilitering og tværsektorielle samarbejder – og ikke udelukkende fokusere på behandling.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det af Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger fremgår, at ordningen ikke i tilstrækkelig grad belønner kommunerne direkte. Der er ikke en direkte sammenhæng mellem de kommunale forebyggende sundhedsindsatser og den regionale sygehusaktivitet. Det skyldes, at sygehusaktiviteten blandt f.eks. ældre også påvirkes af andre faktorer end den kommunale forebyggelse. Kommunernes styringsmuligheder vurderes derfor begrænsede.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker endvidere, at med aftale om en sundhedsreform 2024 får regionen via sundhedsrådene ansvaret for at udmønte en økonomisk ramme i form af en investeringsmotor på 4,4 mia. kr. (2030-niveau), hvoraf 2,0 mia. kr. målrettes kommunale sundhedsindsatser. Den økonomiske ramme skal understøtte regionernes incitament til at investere i og udvikle kommunale indsatser, og samtidigt tilskynde kommunerne til fortsat at prioritere sundhedsydelse inden for egne økonomiske rammer, så der sker et reelt løft af de kommunale sundhedsindsatser. Rammen kan bl.a. anvendes til at understøtte forebyggelse, rehabilitering og tværsektorielle samarbejder herunder ift. sygedagpengeområdet. Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at der med dette lovforslag ikke etableres denne investeringsmotor. Lovforslag, hvori etablering af en investeringsmotor, som følger af Aftale om sundhedsreform 2024, indgår, forventes fremsat i oktober 2025.

Endvidere, er det aftalt i sundhedsreformen, at den strukturelle forebyggelse i kommunerne styrkes ved at indføre en folkesundhedslov. Der er med aftalen afsat 250 mio. kr. årligt fra 2027 og frem til at styrke kommunernes arbejde med forebyggelse på tværs af sektorer med fokus på sunde rammer for danskerne hverdag i forbindelse med en ny folkesundhedslov. Som det fremgår af aftalen udarbejdes loven "bl.a. med inspiration fra relevante organisationer og eksperter samt erfaringer fra fx Norges folkesundhedslov. Loven skal i sin formålsbestemmelse angive den overordnede retning og mål med en systematisk folkesundhedsindsats". Et udkast til en folkesundhedslov forventes fremsat i efteråret 2026 efter forudgående høring.

KL bemærker, at det på den ene side er beskrevet i lovforslaget, at "de nye sundhedsråd får egne ressourcer", og at sundhedsrådene skal "udmønte den betydelige økonomiske ramme". Det understreges på den anden side, at sundhedsrådene er underlagt regionsrådets beslutninger og ikke er tillagt selvstændig kompetence. Sundhedsrådenes kompetence til udmøntning af midlerne er således ifølge KL uklart beskrevet i lovforslaget, hvilket er uhensigtsmæssigt.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det er hensigten at fastsætte regler i det regionale budget- og regnskabssystem, der er bilag til "Cirkulære om budget- og regnskabssystem for regioner", om, at bevillingsniveauet på det regionale sundhedsområde fastsættes svarende til de gældende regler på det kommunale område, hvor kommunalbestyrelsen ved årsbudgettets endelige vedtagelse som mindstekrav skal tage bevillingsmæssig stilling til budgettets driftsposter specificeret på udvalgsniveau.

Det vil betyde, at regionsrådet som bevillingsmyndighed vil kunne afgive en samlet bevilling til de enkelte sundhedsråd. Det vil dog være regionsrådet, der vil skulle fastsætte den økonomiske dispositionsfrihed, som kan overlades til sundhedsrådene. Regionsrådet vil således få mulighed for at vælge at afgive særskilte bevillinger til dele af aktiviteterne under de enkelte sundhedsråd, der derved ikke vil kunne omprioritere ressourcerne mellem disse aktiviteter uden regionsrådets godkendelse.

Københavns Kommune bemærker, at det som udgangspunkt er positivt, at regionerne fortsat kan deltage i grænseoverskridende samarbejder, og at der i forbindelse med bortfald inden for de regionale udviklingsopgaver skal sikres finansiering til de grænseoverskridende samarbejder.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at der med dette lovforslag ikke sker ændringer i regionernes opgaver inden for regional udvikling. Lovforslag, hvori tilpasning af regionernes opgaver inden for regional udvikling, som følger af Aftale om sundhedsreform 2024, indgår, forventes fremsat i oktober 2025.

Tandlægeforeningen bemærker, at lovforslaget ikke må indebære en udhuling af kommunernes økonomi på tandsundhedsområdet, og at der med en sammenlægning af Region Hovedstaden og Region Sjælland også vil være fokus på, at dette skal bidrage til en styrkelse af indsatsen på tandsundhedsområdet – og ikke en forringelse.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at kommunerne har og fortsat skal have en central rolle i sundhedsvæsenet. På sundhedsområdet er opgaver som almen sygepleje, forebyggelse samt de kommunale tandsundhedsopgaver afgørende, for danskernes sundhed og livskvalitet. Det samlede kommunale velfærdstilbud til borgerne har desuden en tæt sammenhæng til sundhedsområdet fx ældreplejen og socialpsykiatrien. Aftalepartierne bag aftale om en sundhedsreform 2024 har prioriteret det kommunale sundhedsområde med en betydelig økonomisk prioritering målrettet de nære sundhedstilbud samt et stærkere og mere forpligtende samarbejde med regionerne om udviklingen af sundhedsvæsenet tæt på borgerne.

4.5. Håndtering af byrdefordelingsmæssige konsekvenser for kommunerne

KL og Ishøj Kommune bemærker, at det er positivt, at de afledte byrdefordelingsmæssige konsekvenser som følge af afskaffelsen af den kommunale medfinansiering håndteres i en overgangsordning.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har noteret sig, at KL og Ishøj Kommune tager positivt imod den aftalte overgangsordning.

4.6. Tilpasninger vedr. statens bloktilskud til regionerne som følge af sammenlægningen af to regioner

Danske Regioner bemærker, at det fremgår af lovforslaget, at der vil være en fordelingsmæssig forskydning mellem regionerne som følge af sammenlægningen af Region Sjælland og Region Hovedstaden. Danske Regioner antager, at dette alene er en midlertidig teknisk effekt, idet ændringen vil skulle indgå i det planlagte arbejde mhp. tilpasning af regionernes finansieringsmodel.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan oplyse, at det er forventningen, at der senere skal tages stilling til regionernes finansieringsmodel med virkning fra 2027 og at der planlægges at lovgive herom i starten af 2026, jf. også afsnit 3.4.3. i lovforslagets almindelige bemærkninger.

4.7. Diverse

4.7.1. Digitalisering

Dansk Sygeplejeråd bemærker, at aftalen om sundhedsreform indeholder en aftale om national dataplatform, som bl.a. skal medvirke til bedre datadeling på tværs i sundhedsvæsenet” og at ”der kommer til at gå nogle år, før den er gennemført. **Dansk Sygeplejeråd** bemærker videre, at det derfor er vigtigt, at regioner og kommuner er opmærksomme på hvad den nye forvaltningsmodel betyder for datadeling, da der vil opstå nye sektorovergange. Dansk Sygeplejeråd bemærker endvidere, at kommuner, regioner og almen

praksis skal være opmærksomme på at sikre god datadeling – særligt ift. opgaver, som flytter fra kommuner til regioner samt områder, hvor sundhedsreformen lægger op til øget privatisering. **Dansk Sygeplejeråd** bemærker desuden, at ”det er afgørende for reformens succes, at datadeling i det nære sundhedsvæsen (fx mellem den kommunale sygepleje og akutsygeplejen) ikke forringes i implementeringen af reformen – heller ikke midlertidigt.”

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det er en forudsætning for sundhedsvæsenets drift mv., at der fortsat sikres tilstrækkelig datadeling – både i en overgangsperiode og når opgaveflyttet fra kommuner til regioner er endeligt implementeret. Derudover er der taget initiativ til, at de ansvarlige parter igangsætter et arbejde for at sikre fortsat datadeling mellem relevante aktører.

HK Kommunal bemærker, at en omstrukturering af sundhedsvæsenet kræver moderne digitale løsninger og effektiv datadeling mellem aktørerne. For at realisere digitaliseringsdagsordenen kræves det, at sundhedsadministrative medarbejdere aktivt inddrages i udvikling, implementering og drift af digitale systemer.” og ”En velfungerende digital infrastruktur vil kun kunne lykkes, hvis der er tilstrækkelige sundhedsadministrative ressourcer til at håndtere den daglige drift og implementering af nye systemer.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det er en forudsætning for at indfri ambitionerne om et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen fra Aftale om sundhedsreform 2024, at sundhedsvæsenet er digitalt og dataunderstøttet. En forudsætning herfor, at der sikres tilstrækkelige og korrekte kompetencer til udvikling, implementering og drift af relevante systemer gennem bl.a. inddragelse af relevante aktører, herunder også repræsentanter for medarbejdere.

4.7.2. Medarbejderinddragelse i sammenlægningen

Dansk Sygeplejeråd og **HK Kommunal** har fremsat ønske om, at medarbejderne skal inddrages i sammenlægningen, således at man kan bruge muligheden til at skabe mere attraktive arbejdspladser i den nye Region Østdanmark. **HK Kommunal** henviser særligt til behovet for at inddrage sundhedsadministrative medarbejdere i opfølgningen og opfordrer til, at HK Kommunal og Danske Sundhedsadministratorers Landsforening får en formaliseret rolle i opfølgningen på reformen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at arbejdet med sammenlægningen af Region Sjælland og Region Hovedstaden vil være et myndighedsansvar, der vil blive forankret i det forberedende regionsråd for Region Østdanmark under medvirken af Region Sjælland og Region Hovedstaden. Det vil være op til de involverede myndigheder at inddrage medarbejdere med de rette kompetencer i denne opgave. Der vil i overgangsloven blive fastsat detaljerede regler for inddragelsen af repræsentanter for de ansatte i beslutningerne om overførsel af ansatte fra kommunerne til regionerne. Ministeriet ser ingen grund til i øvrigt at forpligte de ansvarlige myndigheder til at inddrage bestemte foreninger i sammenlægningsopgaven, men finder det naturligt, at de ansvarlige myndigheder selv træffer bestemmelse herom. Forslagene giver ikke anledning til ændringer i lovforslaget.