



Indenrigs- og  
Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10  
1216 København K

**Ankestyrelsens bidrag til høring om ændring af regionsloven og forskellige andre love (ny regional forvaltningsmodel) og høring af forslag til overgangslov – jeres ID nr.: 293914 og 299295**

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ved mail af 5. februar 2025 bedt Ankestyrelsen om bidrag til besvarelse af høring om udkast til 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 nærhedsfinansiering samt konsekvensændringer i flere love som følge af sammenlægningen af Region Hovedstaden og Region Sjælland m.v.)

Ankestyrelsen har følgende bemærkninger til udkastet til lovforslag:

*Ankestyrelsens kompetence som tilsynsmyndighed*

Ankestyrelsen varetager tilsynet med kommuner og regioners overholdelse af den lovgivning, som særligt gælder for offentlige myndigheder – herunder behandler tilsynet sager om kommunernes generelle pligt til at føre det tilsyn, som er fastsat ved forskellige love, bekendtgørelser mv. Det fremgår af § 47 i kommunestyrelsesloven.

Efter § 48 a i kommunestyrelsesloven beslutter Ankestyrelsen selv, om der på baggrund af en henvendelse er tilstrækkelig anledning til at rejse en tilsynssag. En henvendelse til Ankestyrelsen er ikke nødvendigvis i sig selv en tilstrækkelig forudsætning for, at Ankestyrelsen rejser en tilsynssag. Bestemmelsen herom blev ændret med virkning fra den 1. april 2017.

10. marts 2025

J.nr. 25-14372

Ankestyrelsen  
7998 Statsservice

Tel +45 3341 1200

[ast@ast.dk](mailto:ast@ast.dk)  
[sikkermail@ast.dk](mailto:sikkermail@ast.dk)

EAN-nr.:  
57 98 000 35 48 21

Åbningstid - reception:  
man-fre kl. 9.00-15.00

Åbningstid - telefon:  
man-tir kl. 9.00-15.00  
ons lukket  
tor-fre kl. 9.00-15.00

Ved vurdering af, hvorvidt en sag generelt er egnet til at understøtte det kommunale tilsyns formål og funktion, inddrager Ankestyrelsen bl.a., om sagen må skønnes at have principiel eller generel betydning eller alvorlig karakter for kommuner og/eller regioner som helhed.

Ved denne vurdering vil det tale for, at tilsynet rejser en sag, hvis der er tale om en fejlagtig praksis, en bevidst ulovlig beslutning eller undladelse, eller hvis der er tale om en ulovlighed af et vist omfang.

#### *Lovforslagets mulige konsekvenser for Ankestyrelsens opgaver*

Det fremgår af udkastets forslag til overgangslovens §§ 177 og 178, at Tilsynet får kompetence til at føre tilsyn med det forberedende regionsråd for Region Østdanmark, herunder de forberedende sundhedsråd i regionen, og de forberedende sundhedsråd i de øvrige regioner.

Videre fremgår det af § 32, stk. 3, at kommunerne skal træffe bestemmelse i styrelsesvedtægten om udpegning af kommunale medlemmer til de forberedende sundhedsråd. I alle kommuner skal kommunalbestyrelsen underrette Ankestyrelsen om vedtagne styrelsesvedtægter og vedtægtsændringer, jf. kommunestyrelseslovens § 2, stk. 2, 3. punktum.

Venlig hilsen

Jesper Hagen  
Ankechef

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

Mail til [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)

05-03-2025  
BNW/412/00104

## **Svar på høring om lovforslag om ny regional forvaltningsmodel herunder bl.a. sundhedsråd**

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 5. februar 2025 sendt et omfattende lovforslag om ny regional forvaltningsmodel mv. i høring. Lovforslaget er en del af implementeringen af sundhedsreformen.

Danmarks Apotekerforening takker for muligheden for at afgive høringssvar og forholder sig nedenfor især til, hvordan de lokale sundhedsprofessionelle tænkes inddraget i rådernes arbejde med at skabe et tæt og forpligtende samarbejde lokalt, når de nuværende sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg nedlægges, og sundhedsaftalerne ophører i deres nuværende form. Sundhedsklyngerne og sundhedssamarbejdsudvalgene har indtil nu været den struktur, der skulle skabe mere smidige sektorovergange, bedre sammenhæng for patienterne og koordinering og samarbejde i praksissektoren.

Medicin er en del af de fleste behandlingsforløb, og apotekerne er dermed en central aktør for patienterne i praksissektoren. Derfor anbefalede Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL med en direkte henvendelse fra februar 2024 alle sundhedsklynger til at inddrage apotekerne i samarbejdet, når det handler om medicinrelaterede emner. Samarbejdet er flere steder kommet godt i gang.

I de nye sundhedsråd er der ikke lagt op til, at sundhedsprofessionelle inddrages direkte. Apotekerforeningen opfordrer derfor til, at der oprettes et praksisforum i tilknytning til sundhedsrådene - med repræsentanter for de lokale sundhedsprofessionelle. Repræsentanter fra apotekernes regionalt forankrede kredsforeninger vil være relevante deltagere. Praksisforummet 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.

Apotekernes opgaver og økonomi reguleres af staten og apotekerne er ikke – som mange andre sundhedsprofessionelle – en formel forhandlingspart for regionerne og kommunerne. Apotekerne er således ikke repræsenteret gennem de kommunale og regionale repræsentanter i sundhedsrådene. Med sundhedsreformen og den seneste ændring af Apotekerloven er der lagt op til, at apotekerne skal spille en større rolle i det nære sundhedsvæsen og aflaste andre aktører gennem for eksempel dosispakning af medicin, udlevering af vederlagsfri sygehusmedicin og medicin håndtering på plejehjem samt ved udskrivelse. Det understøtter behovet for, at apotekerne tænkes ind i de nye formelle strukturer.

Det fremgår af lovforslaget, at der i hver region foreslås etableret et patient- og pårørendeudvalg. 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. Det vil jf. ovenfor være relevant med en lignende inddragelse af de sundhedsprofessionelle, der skal levere den nære sundhed. Om praksisforummet oprettes under de enkelte sundhedsråd eller samlet for en region synes mindre afgørende.

Med venlig hilsen

Birgitte Nørby Winther

---

**Til:** Lovhøring (lovhoringer@sum.dk)  
**Fra:** Dansk Arbejdsgiverforening (DA@da.dk)  
**Titel:** SV: Offentlig høring af forslag til Lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love (ny regional forvaltningsmodel)  
**E-mailtitel:** SV: Offentlig høring af forslag til Lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love (ny regional forvaltningsmodel)((ISM) Id nr.: 293914)  
**Sendt:** 05-02-2025 16:04

**[EKSTERN E-MAIL]** Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.  
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Ovennævnte falder uden for DA's virkefelt, og vi ønsker ikke at afgive bemærkninger.

Med venlig hilsen

Jeanet Danneberg Jepsen  
Ledelsessekretær



Vester Voldgade 113  
1552 København V  
Direkte +45 33 38 92 76  
Mobil +45 29 20 02 76  
Mail [jdj@da.dk](mailto:jdj@da.dk)  
Web [da.dk](http://da.dk)

Denne mail er tilsigtet en bestemt modtager og kan indeholde fortrolige oplysninger. Er du ikke den rette modtager, beder vi dig om at orientere os ved at besvare denne mail og derefter slette den. Det er ikke tilladt at beholde, kopiere, videresende eller bruge oplysninger fra denne mail, hvis du ikke er den rette modtager.

---

**Fra:** Lovhøring <lovhoringer@sum.dk>

**Sendt:** 5. februar 2025 14:54

**Til:** postkasse@advokatsamfundet.dk; Advokatsamfundet <samfund@advokatsamfundet.dk>; Akademikerne <ac@ac.dk>; Ankestyrelsen <ast@ast.dk>; Arbejderbevægelsens erhvervsråd <ae@ae.dk>; Danmarks Apotekerforening <apotekerforeningen@apotekerforeningen.dk>; Dansk Arbejdsgiverforening <DA@da.dk>; Dansk Erhverv (info <info@danskerhverv.dk>; farmaceutiske-selskab@pharmadanmark.dk; hoering@di.dk; duf@duf.dk; Dansk Selskab for Almen Medicin <dsam@dsam.dk>; Dansk Selskab for Patientsikkerhed <info@patientsikkerhed.dk>; dh@handicap.dk; info@danskepatienter.dk; Danske Regioner <Regioner@regioner.dk>; info@danske-seniorer.dk; dsr@dsr.dk; info@danske-aeldreraad.dk; Datatilsynet <dt@datatilsynet.dk>; 'Det Etiske Råd kontakt' <kontakt@etiskraad.dk>; Diabetesforeningen <info@diabetes.dk>; post@domstolsstyrelsen.dk; dommerforeningen@gmail.com; dch@dch.dk; 'Det Etiske Råd kontakt' <kontakt@etiskraad.dk>; djoef@djoef.dk; F&P <fp@fogg.dk>; Erhvervsstyrelsen <erst@erst.dk>; fh@fho.dk; foa@foa.dk; fas@dadl.dk; Forbrugerrådet <hoeringer@fbr.dk>; 'fa@fanet.dk' <fa@fanet.dk>; post@forhandlingsfaelleskabet.dk; Danske Revisorer <fsr@fsr.dk>; himr@himr.dk; GST - Geodatastyrelsens hovedpostkasse <GST@gst.dk>; formdir@ida.dk; info@humanrights.dk; sek@jordemoderforeningen.dk; post@hjerteforeningen.dk; KL, Kommunernes Landsforening <kl@kl.dk>; Klimadatastyrelsen <kds@kds.dk>; Kræftens Bekæmpelse <info@cancer.dk>; kombit@kombit.dk; sekretariatet@ifs.ku.dk; jurfak@jur.ku.dk; foe@stps.dk; lederne@lederne.dk; lokallistennyegedal@gmail.com; Socialdemokratiet <partikontoret@socialdemokratiet.dk>; radikale@radikale.dk; 'info@konservative.dk' <info@konservative.dk>; 'sf@sf.dk' <sf@sf.dk>; mail@borgernesparti.dk; lars.mathiesen@ft.dk; 'info@liberalalliance.dk' <info@liberalalliance.dk>; moderaterne@ft.dk; df@ft.dk; 'venstre@venstre.dk' <venstre@venstre.dk>; Postkasse til

Danmarksdemokraterne <danmarksdemokraterne@ft.dk>; Enhedslisten <landskontoret@enhedslisten.dk>; christiansborg@enhedslisten.dk; Alternativet <alternativet@alternativet.dk>; 'kd@kd.dk' <kd@kd.dk>; Lægeforeningen <dadl@dadl.dk>; medcom@medcom.dk; govsec@nanoq.gl; info@nau.dk; info@osteoporose-f.dk; Patientforeningen <njl@patientforeningen.dk>; 'plo@dadl.dk' <plo@dadl.dk>; Danske Regioner <Regioner@regioner.dk>; RAD FP Sikker <rigsadvokaten@ankl.dk>; Rigsrevisionen <info@rigsrevisionen.dk>; dsr@dsr.dk; politics@sam.sdu.dk; sdu@sdu.dk; Tandlægeforeningen <info@tandlaegeforeningen.dk>; sekretariatet@transparency.dk; yl@dadl.dk; Ældre Sagen <aeldresagen@aeldresagen.dk>; inst.dps@dps.aau.dk; inst.dps@dps.aau.dk; law@law.aau.dk; statskundskab@au.dk; jura@au.dk

**Emne:** Offentlig høring af forslag til Lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love (ny regional forvaltningsmodel)((ISM) Id nr.: 293914)

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Holbergsgade 6  
1057 København K

Den 9. marts 2025

**Høringssvar fra Dansk Erhverv – Høring over ny regional forvaltningsmodel med sundhedsråd, afskaffelse af kontaktudvalg, sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler i deres nuværende form, praksisplaner, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet og nærhedsfinansiering samt konsekvensændringer i flere love som følge af sammenlægningen af Region Hovedstaden og Region Sjælland m.v.'**

Dansk Erhverv takker for muligheden for at deltage i høringen til lovkomplekset vedrørende 'ny regional forvaltningsmodel med sundhedsråd, afskaffelse af kontaktudvalg, sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler i deres nuværende form, praksisplaner, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet og nærhedsfinansiering samt konsekvensændringer i flere love som følge af sammenlægningen af Region Hovedstaden og Region Sjælland m.v.'

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

Dansk Erhverv har i forlængelse af den politiske proces omkring nærværende lovforslag haft plads i følgegruppen til sundhedsstrukturkommissionen og har plads i følgegruppen for implementering af sundhedsreformen.

**Generelle bemærkninger**

Generelt arbejder Dansk Erhverv for et velfærdssamfund og et sundhedsvæsen, hvor høj kvalitet, tillid og effektiv udnyttelse af ressourcer er centrum for udviklingen, uanset om indsatsen eller behandlingen foregår i offentligt eller privat regi.

Dansk Erhverv stiller sig positivt overfor, at man med oprettelsen af de nye sundhedsråd ønsker at forankre en stærkere indsats tættere på borgeren. Dansk Erhverv anerkender, at der ses et udfordringsbillede præget af flere patienter med kroniske sygdomme, multisyge patienter og ældre patienter, som lever længere. Her er en del af løsningen en styrkelse af indsatsen tættere på bor-

gerne, som man ønsker at forankre blandt andet i de nye sundhedsråd og med den nye opgaveportefølje til regionerne. Herunder er det væsentligt med fokus på forebyggelse, den tidlige indsats og det præhospitale område.

Dansk Erhverv opfordrer til, at muligheden for - og det politiske ønske om - at styrke det offentlig-private samarbejde bliver grebet i den nye struktur. I et effektivt offentligt-privat samarbejde kan ressourcer allokeres der, hvor de tilfører størst mulig samfunds- og patientværdi, og gennemsigthed er samtidig et godt grundlag for et frugtbart, produktivt samarbejde.

Dansk Erhverv ønsker som ansvarlige samfundsaktører at bidrage til løsninger og være med til at gøre den nye sundhedsstruktur til en succes.

### **Specifikke bemærkninger**

#### **3.1.6 – 3.1.9 Det regionale udvalgsstyre, forretningsudvalget, de stående udvalg og sundhedsrådene**

Dansk Erhverv noterer sig, at det følger af sundhedsreformaftalens bilag 4, side 85-94, og lovteksten, at regionerne ikke kan oprette yderligere stående udvalg vedrørende sundhedsområdet i regionerne. Fremadrettet vil der i regionerne således ikke være f.eks. et hospitalsudvalg, et udvalg for det nære sundhedsvæsen, psykiatriudvalg m.v. Hermed ønskes det at undgå siloopdeling samt begrænse administrationsbehovet knyttet til udvalgsbetjening. Af bilag 4 følger det endvidere, at beslutninger på sundhedsområdet, der ikke henligger under sundhedsrådets kompetencer, herunder tværgående beslutninger på tværs af sundhedsråd, sygehusplan m.v., henhører under regionsrådet med forretningsudvalget som umiddelbart forvaltningsansvarlig.

Dansk Erhverv noterer sig videre, at det i lovkomplekset som opfølgning på aftaleteksten er udmøntet ved, at forretningsudvalget skal varetage den umiddelbare forvaltning af de af regionens anliggender på sundheds- og socialområdet og på specialundervisningsområdet, der ikke vil henhøre under sundhedsrådene. Dog med mulighed for, at regionsrådet i styrelsesvedtægten træffer beslutning om, at den umiddelbare forvaltning af de af regionens anliggender på sundheds- og socialområdet og på specialundervisningsområdet delvis skal henhøre under et eller flere sundhedsråd i regionen.

Forretningsudvalget skal således blandt andet have den koordinerende rolle i forhold til aftaler og økonomiske vilkår for private leverandører, herunder praksissektoren, samt tværgående kvalitets- og kapacitetssamarbejde. Ligesom forretningsudvalget også kan varetage den umiddelbare driftsansvar for sundhedsopgaver, som går på tværs af hele regionen, herunder opgaver på det præhospitale område som f.eks. drift af vagtcentral, ambulancekørsel m.v. Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderer i lovkomplekset, at det er hensigtsmæssigt, at forretningsudvalget varetager de tværgående opgaver for så vidt angår alle de af regionens anliggender, som sundhedsrådene varetager den umiddelbare forvaltning af inden for deres respektive geografisk afgrænsede område.

Dansk Erhverv *bemærker* i den forbindelse, at der er behov for et styrket offentlig-privat samarbejde på sundhedsområdet for at realisere aftalens intention og nedbryde den silotænkning, der



blandt andet lå til grund for reformen. Dette bør afspejle sig i udmøntningen af de konkrete opfølgende bekendtgørelser m.v. på området og det videre lovgivningsforløb på den nye sundhedsstruktur. 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* også, i forlængelse af at man kigger på forankringen af det præhospitale område, at der 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 – med henvisning til den nyligt afgivne rigsrevisionsberetning på området. Der er behov for, at leverandører stilles lige, uanset organisationsform. Derfor bør regionerne fremover byde på ambulancedriften, hvis de ønsker at varetage den, på lige fod med private leverandører. På den måde sikres reel konkurrence og mest mulig sundhed for pengene.

### **3.5.1.1.2. Sundhedssamarbejdsudvalg og patientinddragelsesudvalg**

#### Ang. Sundhedssamarbejdsudvalg og almen praksis

Almen praksis har, som aftalen også har anerkendt, i mange år været karakteriseret af et de facto monopol, hvor en organisation har siddet tungt på sin forhandlingsposition og vanskeliggjort nye driftformer med videre. Dansk Erhverv er positive overfor at man sætter patienten i centrum med de modige og nødvendige opgør, reformen tager, men advarer om et monopol kan blive erstattet af et nyt monopol bestående af de såkaldte regionsklinikker. Dansk Erhverv henviser til vores høringssvar om det samtidigt fremsatte lovforslag om *'ændring af sundhedsloven om national fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud og begrænsning i antal ydernumre ejet af en læge'*.

#### Ang. Patientinddragelsesudvalg

Dansk Erhverv bemærker, at det er positivt, at patient- og pårørendeudvalg (tidl. Patientinddragelsesudvalg) opretholdes. Og anerkender, at der foreligger et stykke arbejde med at tilpasse udvalgene til den nye struktur. Vi opfordrer til, at man generelt er opmærksom på at inddrage patientorganisationer, når det er relevant i regionerne og sundhedsrådenes arbejde.

Dansk Erhverv stiller sig naturligvis til rådighed for yderligere bemærkninger

Med venlig hilsen

Katrina Feilberg

Branchedirektør, Sundhed og Life Science



Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Patientsikkerhed og lovkvalitet

Sagsnr. 2024 – 15159

Høringssvar fra Dansk Selskab for Folkesundhed

8. marts 2025

Indsendt pr. mail til [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)  
CC: [komret@im.dk](mailto:komret@im.dk)

## **Høringssvar ang. udkast til forslag til lov om en ny regional forvaltningsmodel m.v. fra Dansk Selskab for Folkesundhed**

Dansk Selskab for Folkesundhed takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende det fremsendte udkast til forslag til lov om en ny regional forvaltningsmodel. Dansk Selskab for Folkesundhed ser positivt på intentionerne i lovforslaget, herunder styrkelsen af det nære sundhedsvæsen bl.a. gennem sundhedsrådene. Vi mener dog, at der er behov for en klarere beskrivelse af, hvordan samarbejdet mellem regioner, kommuner og det almenmedicinske tilbud konkret skal understøttes for at sikre reel integration og koordination i sundhedsvæsenet. Derudover savner vi, at sundhedsfremme og forebyggelse har en mere central placering i sundhedsrådenes arbejde, herunder en præcisering af hvordan midlerne målrettes sundhedsfremme og forebyggelse.

Specifikke bemærkninger:

### **1. Sammensætning af regionsmedlemmer i Region Østdanmark**

Det er afgørende, at regionsrådets sammensætning afspejler behovene i hele Region Østdanmark, særligt når det gælder sundhedsvæsenets kapacitet og udvikling. I 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, herunder længere afstande til specialiserede behandlingstilbud, større mangel på sundhedspersonale og en højere andel af patienter med kroniske sygdomme. For at sikre et sundhedsvæsen, der styrker indsatsen dér, hvor behovet er størst, bør sammensætningen af regionsrådet afspejle hele regionens udfordringer – ikke blot befolkningstætheden. Det kan eksempelvis ske ved at justere mandatfordelingen eller ved at sikre geografisk repræsentation i beslutningsprocesserne, så der tages højde for sundhedsmæssige behov på tværs af regionen.

### **2. Sundhedsrådenes rolle og sammensætning**

Vi anerkender intentionen om at styrke den regionale koordinering gennem etablering af sundhedsråd. Det er dog afgørende, at sundhedsrådene får et klart mandat, der sikrer, at folkesundhed og forebyggelse prioriteres, så behandlingsindsatser ikke altid vægtes højest. Vi anbefaler, at der i sundhedsrådene inkluderes repræsentanter med folkesundhedsfaglig ekspertise, og at der etableres tydelige krav til samarbejde mellem sundhedsrådene og kommunerne om forebyggelse og tidlig indsats.

I den foreslåede model, hvor regionsrådsmedlemmer udgør flertallet, kan det skabe ubalance i beslutningskraften mellem regioner og kommuner. Det er afgørende, at kommunernes stemme bliver tilstrækkeligt repræsenteret, så de lokale sundhedsudfordringer afspejles i beslutningsprocesserne.

Lovforslaget omtaler ikke i tilstrækkelig grad, hvordan det almenmedicinske tilbud inddrages i sundhedsrådenes arbejde. Det almenmedicinske tilbud spiller en nøglerolle i det nære sundhedsvæsen, og en tættere integration med sundhedsrådene er nødvendig for at sikre sammenhængende patientforløb og tidlig indsats.

Patientinddragelsesudvalgene kunne også med fordel tilknyttes sundhedsrådenes arbejde.

### **3. Samarbejde mellem sundhedsvæsenets aktører ift. forebyggelse**





Der lægges op til et tættere samarbejde mellem regioner og kommuner, hvilket kan forbedre forebyggelse og tidlig indsats i sundhedsvæsenet. Men det er uklart hvordan man vil styrke samarbejdet mellem det almenmedicinske tilbud, regioner og kommuner omkring forebyggelse.

For at styrke forebyggelsesfokus kunne loven justeres ved:

- a. At der i loven komme et mere tydeligt fokus på folkesundhed fx ved indførelsen af en folkesundhedsparagraf. Dette kunne være et nationalt folkesundhedsprogram og et rådgivende folkesundhedsråd. Hvis det ikke medtages i denne lov, så vil det være forventeligt at den varslede folkesundhedslov løftes op på alle niveauer og får en mere forpligtende karakter.
- b. Forpligtelse til at sundhedsrådenes opgaver også inkluderer fokus på forebyggelse hos borgere/patienter i risikogrupper. Dette indbefatter personer i en socialt sårbar situation, gravide med psykosociale sårbarheder, personer med psykisk sygdom, personer med kroniske sygdomme eller med risikofaktorer for kroniske sygdomme som fx rygning, et højt alkoholforbrug, forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol.

#### 4. Finansieringsmodellen og incitamenter

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.

Kommunerne er vigtige i arbejdet med folkesundhed. Der er varslet en folkesundhedslov, men i det udspil der foreligger, gælder det kun kommunernes arbejde. Den varslede folkesundhedslov bør være mere end det nu forslåede fokus på kommunal indsats. Det bør også tænkes ind i det arbejde, som ligger i Sundhedsrådene og også på nationalt niveau.

Sundhedsrådene får ansvaret for at forvalte en betydelig økonomisk ramme til nære sundhedsindsatser. Lovforslaget nævner, at der oprettes en investeringsmotor til nære sundhedsindsatser, men det uddybes ikke specifikt, hvordan midlerne målrettes forebyggelse.

Endvidere er det vigtigt, at finansieringsmodellen indeholder mekanismer, der understøtter tværsektorielt samarbejde og samarbejde på tværs af forvaltningsområder.

#### 5. Evaluering og forskning

En ny regional struktur skal bidrage til at mindske ulighed i (adgang til) sundhed. Vi opfordrer derfor til, at der i implementeringen af den nye model indarbejdes monitorering af konsekvenserne af den nye struktur ift. at reducere geografiske og sociale uligheder i sundhedsydelser.

#### 6. Afsluttende bemærkninger

Dansk Selskab for Folkesundhed støtter intentionerne bag den nye regionale forvaltningsmodel, men vi mener, at der er behov for yderligere tydeliggørelse af sundhedsrådenes rolle, samarbejdet med det almenmedicinske tilbud, og hvordan forebyggelse sikres som en central opgave. Vi anbefaler, at der gennemføres en løbende evaluering af den nye struktur for at sikre, at den understøtter en mere effektiv og lighedsskabende sundhedsindsats.

Vi takker for muligheden for at bidrage til høringsprocessen og står til rådighed for yderligere dialog og bidrager gerne med faglig ekspertise i det videre arbejde.

Med venlig hilsen

Christina Bjørk Petersen  
Forperson Dansk Selskab for Folkesundhed





5. marts 2025

## Høring over udkast til forslag til lov om en ny regional forvaltningsmodel m.v.

Dansk Sygeplejeråd takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til forslag til lov om en ny regional forvaltningsmodel m.v.

Dansk Sygeplejeråd ser mange gode initiativer i Sundhedsreformen og ser frem til implementeringen af reformen.

Sygeplejerskerne kommer til at spille en central rolle i reformen, og vi vil gerne bidrage i arbejdet med at konkretisere de forskellige initiativer, så reformens ambitioner om større nærhed, kvalitet og sammenhæng i sundhedsvæsenet lykkes.

Samtidig er det vigtigt at være opmærksom på, at de forandringer, som skal ske i sundhedsvæsenet – bl.a. opgaveflytning og sammenlægningen af to regioner – sker, mens sundhedsvæsenet fortsætter sin daglige drift. Derfor er medarbejderinddragelse vigtig for at sikre en god overgang.

Neden for er Dansk Sygeplejeråds bemærkninger til den nye regionale forvaltningsmodel med fokus på, hvordan sundhedsreformen kan implementeres, så det lykkes af opnå større kvalitet og sammenhæng i sundhedsvæsenet.

### **Ny Region Østdanmark**

I Aftalen om sundhedsreform er der stort fokus på bedre lægedækning i det nuværende Region Sjælland. I dag er der dog også færre sygeplejersker i Region Sjælland, end i de øvrige regioner. Derfor er det vigtigt, at den nye region har fokus på at skabe attraktive arbejdspladser for alle faggrupper i sundhedsvæsenet, så regionen kan lykkes med ikke kun en bedre lægedækning, men også bedre sundhedsdækning i hele regionen.

I overgangen til den nye Region Østdanmark, er det vigtigt, at sygeplejerskerne kan være trygge i at kende deres arbejdsvilkår.

Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30  
DK-1250 København K

mandag-torsdag 9.00-16.00  
fredag 9.00-15.00

Tlf: +45 33 15 15 55

[www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)  
[dsr@dsr.dk](mailto:dsr@dsr.dk)

Derfor skal medarbejderne inddrages i sammenlægningen, så man kan bruge muligheden til at skabe mere attraktive arbejdspladser i hele den nye Region Østjylland.

### **Sundhedsråd**

Dansk Sygeplejeråd ser et stort potentiale i de nye sundhedsråd, som forhåbentlig kan bidrage til større sammenhæng i de forløb, som går på tværs af sektorer og bidrage til at flere borgere kan få hjælp i hjemmet, i stedet for at skulle på sygehuset.

I Aftalen om sundhedsreform er det beskrevet, at sundhedsrådene får en afgørende rolle for, at vi kan lykkes med reformens ambitioner om mere behandling i eget hjem, styrket kvalitet i den kommunale sundhedsindsats mm. Her spiller sygeplejerskerne en helt central rolle.

Det er Dansk Sygeplejeråds håb, at sundhedsrådene kan bruges til at tænke nyt og forbedre overgangene mellem sektorer og bidrage til at undgå unødvendige indlæggelser. Derfor håber vi, at sundhedsrådene også bliver en værdifuld arena ift. at koordinere kommunernes opgaver på sundhedsområdet, når der er en fordel i at samarbejde på tværs af flere kommuner for at sikre de nødvendige ressourcer til mere specialiserede opgaver. Det gælder eksempelvis borgere med komplekse forløb og mange kontakter til forskellige dele af sundhedsnet.

Her er der gode erfaringer fra fx Aalborg Kommune med, at sygeplejersker med en kandidat i avanceret klinisk sygepleje (APN-sygeplejersker) kan forebygge unødvendige indlæggelser, sikre koordination på tværs af aktører og give større livskvalitet for borgere med komplekse forløb.

Dansk Sygeplejeråd ser frem til et godt samarbejde med de nye sundhedsråd.

### **Fortsat behov for fokus på psykiatrien**

Lovforslaget udmønter den del af Aftale om sundhedsreform, som betyder, at de faglige udvalg i regionerne, herunder psykiatriudvalgene nedlægges.

Selvom Dansk Sygeplejeråd ser et potentiale i at erstatte de fagligt afgrænsede udvalg i regioner med sundhedsråd, som skal have et tværgående blik, er det vigtigt, at nedlæggelsen af psykiatriudvalgene ikke betyder, at psykiatrien prioriteres lavere.

I dag har psykiatrien et vigtigt og selvstændigt fokus hos de regionale politikere bl.a. på grund af udvalgsstrukturen og den adskilte organisering med selvstændige enheder for psykiatrien. Det selvstændige fokus på psykiatrien skal fastholdes i den kommende sammenlægning af psykiatrien og somatikken, hvis reformen skal blive en succes.

Samtidig ser vi frem til at styrke indsatsen overfor patienter med både psykisk og somatisk sygdom, idet samorganiseringen giver mulighed for at tænke i nye faglige løsninger.

### **De nye regioners opgaver**

Regionerne får ansvar for flere opgaver, som tidligere har ligget i kommunerne. Dansk Sygeplejeråd mener, at det er vigtigt, at opgaveflytningen bruges til at løfte kvaliteten der, hvor der er behov for det – og bevare de løsninger, som fungerer godt i dag. Derfor er det positivt, at regionerne får mulighed for at lade kommunerne fortsætte driften.

Uanset om kommuner eller regioner skal varetage driften, er det vigtigt, at der fortsat er et smidigt setup mellem kommunernes og regioners opgaver i det nære sundhedsvæsen. Der skal være let og direkte adgang mellem den almene sygepleje, den specialiserede sygepleje og det akutte, så sygeplejerskerne let kan få fat i hinanden uden forsinkende led.

### **Datadeling**

Aftalen om sundhedsreform indeholder en aftale om national dataplatform, som bl.a. skal medvirke til bedre datadeling på tværs i sundhedsvæsenet.

Men der kommer til at gå nogle år, før det er gennemført. Derfor er det vigtigt, at regioner og kommuner i den kommende periode er opmærksomme på, hvad den nye regionale forvaltningsmodel betyder for datadeling. Når opgavefordelingen mellem kommuner, regioner, almen praksis og private aktører ændres, vil der opstå nye sektorovergange.

Det er vigtigt, at kommuner, regioner og almen praksis er opmærksomme på at sikre god datadeling indtil den nationale dataplatform, er på plads. Det gælder særligt ift. opgaver, som flyttes fra kommuner til regioner, samt de opgaver, hvor sundhedsreformen lægger op til en øget privatisering.

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.

### **Økonomi - afskaffelse af kommunal medfinansiering og nærhedsfinansiering**

Sundhedsreformen kommer til at medføre flere ændringer og nye bindinger i regionernes og sundhedsvæsenets økonomi. Der er både en ny finansieringsmodel på vej, et loft på sygehusudgifter, målretning af demografimidler og opgaveflytning fra kommuner til regioner. Med de mange ændringer er det svært at danne sig et samlet overblik over de

økonomiske konsekvenser af reformen, og om det vil få konsekvenser for udførelsen af kerneopgaven.

Helt overordnet er vi bekymrede for, at øremærkningen af demografimidlerne til nære sundhedsindsatser i sundhedsrådene bliver indfaset meget hurtigt. Vi ser en risiko for, at vi tager forskud på gevinsterne, hvor udbygningen af det nære sundhedsvæsen ikke når at aflaste sygehusene, inden de skal afgive demografimidler og rammes af et loft på sygehusudgifterne.

I forhold til det konkrete lovforslag mener vi, at afskaffelsen af kommunal medfinansiering og nærhedsfinansiering kan være fornuftige og er i tråd med bl.a. Strukturkommissionens anbefalinger.

Men det forudsætter, at det regionale sundhedsvæsen får tilsvarende beløb af anden vej, fx bloktilskuddet. Der er tale om beløb af væsentlig størrelse med 26 mia. kr. i kommunal medfinansiering og 1,7 mia. kr. i nærhedsfinansiering. Vi synes ikke, det står ikke tydeligt i lovforslaget, hvad der skal ske med de milliarder, som ligger i kommunal medfinansiering og statslig nærhedsfinansiering.

Vi bemærker også, at overgangsordningen for kommunerne, der etableres med afskaffelsen af kommunal medfinansiering, også kommer til at gælde ved opgaveflytningen. Igen vurderer vi, at det svært at få det fulde overblik over de fulde konsekvenser i samspillet mellem flere økonomiske ændringer.

Med venlig hilsen



Dorthe Boe Danbjørg  
Forkvinde i Dansk Sygeplejeråd

## Høringssvar vedr. forslag til Lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love (ny regional forvaltningsmodel)

---

### Indledning

Danske Handicaporganisationer (DH) kvitterer for høringen vedrørende forslag til lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love (ny regional forvaltningsmodel).

I DH ser vi frem til at følge arbejdet med implementeringen af den nye sundhedsreform. Der er gode takter i reformen, som blandt andet har ambitionen om at flytte dele af den mere specialiserede sundhedsbehandling i kommunerne til regionerne. Her opfordrer vi kraftigt til at inddrage DH i arbejdet med at definere, hvilke opgaver – særligt på genoptrænings- og rehabiliteringsområdet – der skal flyttes fra kommunerne til regionerne.

I de nedenstående afsnit beskriver vi nogle overordnede bekymringer vedrørende den nye struktur med patient- og pårørenderåd samt det regionale socialområde.

### Bemærkninger til struktur vedrørende patient- og pårørendeudvalg

Det fremgår af høringen af nyaffattelsen til sundhedslovens § 204, stk. 1, at der i hver region nedsættes et patient- og pårørendeudvalg, som regionsrådet systematisk inddrager i deres drøftelser i forbindelse med større planlægningsmæssige beslutninger. Dette ser DH som et positivt skridt mod en større inddragelse af handicaporganisationerne. Repræsentanter for brugerperspektivet kan samtidig være brobyggere til et tæt samarbejde med civilsamfundets lokale indsatser – til gavn for både patienter, pårørende og sundhedsvæsenet.

Sundhedsrådene bliver sundhedsvæsenets motor. De er sat i verden for at udvikle et sundhedsvæsen, der hænger sammen, er nært og er til stede dér, hvor patienterne har brug for det. Hvis dette formål skal indfries, kræver det, at patienternes og de pårørendes viden og erfaringer bliver et væsentligt udgangspunkt for sundhedsrådenes arbejde. Det kræver en stærk forankring i og et løbende samarbejde mellem bruger- og pårørenderepræsentanter og sundhedsrådene. Derfor havde DH helst set, at det i lovudkastet var gjort klart, at hvert sundhedsråd skal have et patient- og pårørendeudvalg tilknyttet. Vi frygter, at hvis den enkelte region kun beslutter at have ét patient- og pårørendeudvalg på tværs af sundhedsrådene, vil inddragelsen og den løbende dialog blive for overfladisk og for langt væk fra drøftelserne i de enkelte sundhedsråd.

Det er vigtigt, at den i loven beskrevne systematiske inddragelse af patient- og pårørenderåd ikke kun sker som høringspart, men også som en løbende sparringspartner for regionsrådet og de enkelte sundhedsråd. Derfor foreslår DH, at det i bekendtgørelsen til loven gøres tydeligt, hvordan inddragelsen af patient- og pårørendeudvalget skal finde sted. I bekendtgørelsen bør det fremgå, at patient- og pårørendeudvalget f.eks. skal kunne kommentere på sundhedsrådenes dagsordener, have direkte adgang til foretræde for sundhedsrådet, og at hvert enkelt sundhedsråd aktivt skal forholde sig til patient- og pårørendeudvalget.

DH mener, at det i bekendtgørelsen bør fremgå klart, at regionen er forpligtet til at yde sekretariatsbistand til patient- og pårørendeudvalget, så udvalgets arbejde understøttes, og at udvalget sikres en mere systematisk



inddragelse. Derudover mener DH, at regionerne i bekendtgørelsen skal forpligtes til som minimum at afholde et dialogmøde mellem patient- og pårørendeudvalget og regionsrådet.

Ministeriet kan passende lade sig inspirere af bekendtgørelsen om råd på det sociale område, hvor der defineres hvordan kommunalbestyrelserne skal inddrage mennesker med handicap gennem deres kommunale handicapråd.

Sammen med Danske Patienter, Ældre Sagen og Danske Ældreråd har DH gjort opmærksom på nødvendigheden af patient- og pårørendeindsatsen samt fremlagt forslag til, hvordan en sådan inddragelse kan finde sted. Det fælles brev kan læses her:

<https://handicap.dk/files/media/document/Inddragelse%20i%20sundhedsr%C3%A5d.pdf>

DH anbefaler desuden at bruge udtrykket bruger- og pårørenderåd og ikke patient- og pårørenderåd, da rådene også skal rumme social- og specialundervisningsområdet. Repræsentanter for bruger- og pårørenderespektivet er ikke nødvendigvis patienter. Derfor mener vi, at udtrykket "brugere" er mere passende at benytte.

### **Bemærkninger til det regionale social- og specialundervisningsområde**

I udkastet til loven lægges der op til, at regionerne fremadrettet ikke kan oprette udvalg med opgaver, der i fremtiden vil høre under sundhedsrådenes opgaveportefølje. Konkret drejer det sig om opgaver inden for sundheds-, social- og specialundervisningsområdet.

I dag har alle regioner et forberedende og eller rådgivende udvalg, der beskæftiger sig med psykiatri-, social- og specialundervisningsområdet – kaldet et social- og psykiatriudvalg eller psykiatri- og socialudvalg. Med sammenlægningen af sundheds- og psykiatriområdet er DH enig i, at hvert sundhedsråd fremadrettet også skal beskæftige sig med psykiatrien, hvis sammenlægningen skal lykkes.

Dog har vi nogle helt konkrete bekymringer for det regionale socialområde, som i fremtiden skal varetages af de enkelte sundhedsråd og ikke et udvalg, som går på tværs af hele regionen og dennes tilbud på social- og specialundervisningsområdet.

Jf. § 6 i serviceloven skal regionsrådene hvert andet år godkende en rammeaftale på social- og specialundervisningsområdet med de kommuner, der er beliggende i regionen. Rammeaftalerne regulerer rammerne for de specialiserede sociale tilbud og specialundervisningstilbud, som regionen driver. De sikrer en koordineret planlægning og udvikling af tilbuddene, så der er sammenhæng mellem udbud og efterspørgsel. Rammeaftalens indhold er nærmere beskrevet i *Bekendtgørelse om rammeaftaler m.v. på det sociale område og på det alment ældreboligområde*.

Da der ikke lægges op til ændringer af § 6 i serviceloven eller den førnævnte bekendtgørelse, vil det fortsat være regionsrådet – og ikke det enkelte sundhedsråd – der skal indgå en rammeaftale på social- og specialundervisningsområdet med de kommuner, som er beliggende i regionen.

I dag arbejder de enkelte regioner allerede på at skabe sammenhæng i hele regionen på social- og specialundervisningsområdet gennem udvalgsarbejdet. Der er en stor risiko for, at de gode indsatser, som i dag bidrager til at udvikle og højne kvaliteten samt specialiseringsgraden af tilbuddene, falder fra hinanden, når hvert

enkelt sundhedsråd fremover kun skal forholde sig til de dele af social- og specialundervisningsområdet, der geografisk hører under dem. Desuden har vi en helt konkret bekymring for at socialområdet kommer til at drukne i det vigtige arbejde med at skabe et mere nært sundhedsvæsen i sundhedsrådene.

Derfor mener DH, at det fortsat skal være muligt for regionerne at oprette et forberedende og eller rådgivende udvalg, der beskæftiger sig med social- og specialundervisningsområdet, så sammenhængen i hele det regionale socialområde tænkes ind i regionens arbejde – og ikke kun i den geografi, som det enkelte sundhedsråd dækker.

I *rammeaftalen om en langsigtet og bæredygtig udvikling af handicapområdet* står der, at "der skal udvikles en specialeplan for, hvordan den højt specialiserede del af handicapområdet kan inddeles i specialer. Formålet er at styrke kvaliteten lokalt, regionalt og nationalt ved at samle den fælles faglighed i form af eksisterende viden, kompetencer og indsatser i forhold til personer med beslægtede behov inden for det højt specialiserede handicapområde".

DH mener, at regionerne skal overtage flere opgaver inden for det specialiserede socialområde, da kommunerne ofte har vanskeligheder ved at levere den nødvendige kvalitet på grund af deres størrelse. Her har regionerne en helt anden volumen og dermed en bedre forudsætning for højere specialiseringsgrad. DH frygter, at hvis der ikke er mulighed for at oprette et udvalg på social- og specialundervisningsområdet, vil der mangle et politisk ophæng, der kan arbejde mere overordnet og koordinerende med den kommende specialeplan.

Venlig hilsen

Thorkild Olesen

Formand for Danske Handicaporganisationer

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

[sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk) og [komret@im.dk](mailto:komret@im.dk)

DANSKE  
REGIONER



07-03-2025

EMN-2024-01298

1756167

Helbt@regioner.dk

## **Danske Regioners høringssvar over lovforslag om ændring af regionsloven og forskellige andre love**

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 5. februar 2025 sendt et udkast til lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love, i høring. Danske Regioner fremsender høringssvar på vegne af de fem regioner. Juridiske bemærkninger til de konkrete bestemmelser i lovforslaget, er vedlagt som bilag.

Danske Regioner bakker overordnet op om reformen, der skal sikre et stærkt og balanceret sundhedsvæsen, der er tættere på borgerne. Danske Regioner finder det i den forbindelse positivt, at der med reformen skal etableres nye sundhedsråd, der forpligter regioner og kommuner til at indgå i et tæt samarbejde, der skal være med til at sikre sammenhæng i patientbehandlingen til gavn for patienterne.

### **1. Forslag til ændring af regionsloven**

#### **1.1. Regionernes opgaver**

Det fremgår af regionslovens § 5, stk. 1, at regionsrådet skal varetage en række oplystede områder, herunder sygehusvæsenets opgaver, regionale udviklingsopgaver, drive og udvikle visse tilbud på det sociale område, opgaver vedr. specialundervisning, oprette trafikselskaber, varetage opgaver vedr. natur, miljø, fysisk planlægning og klima samt egenproduktion af elektricitet. Denne bestemmelse foreslås med lovforslaget slettet med henvisning til, at oplystningen ikke har en selvstændig juridisk betydning, da hjemmelsgrundlaget for regionernes opgavevaretagelse skal findes i sektorlovgivningen.

DANSKE REGIONER  
DAMPFÆRGEVEJ 22  
2100 KØBENHAVN Ø  
+45 35 29 81 00  
REGIONER@REGIONER.DK  
REGIONER.DK

Danske Regioner anerkender, at regionslovens § 5, stk. 1, ikke har selvstændig juridisk betydning. Men det til trods finder Danske Regioner, at regionsloven har en principiel betydning, da loven danner rammen om de opgaver, som regionerne varetager, samtidig med at loven synliggør og afgrænser regionernes opgaveportefølje, som også omfatter andre vigtige samfundsopgaver end sundhedsområdet. Regionerne varetager således, til forskel fra kommunerne, opgaver på de områder, der er nævnt i regionslovens § 5, stk. 1, indenfor grænserne af den hjemmel, som er angivet i sektorlovgivningen.

Danske Regioner finder derfor, at det er vigtigt, at loven fortsat indeholder en overordnet definition af de opgaver, som myndighedsansvaret omfatter.

Danske Regioner foreslår, at bestemmelsen opretholdes med en kort angivelse af, at regionerne varetager opgaver, herunder opgaver, der ligger i naturlig tilknytning til regionens opgaver vedrørende:

- Sundhed og sundhedsvæsenet
- Tilbud på det sociale område
- Kollektiv trafik og mobilitet
- Uddannelse for unge og voksne
- Miljø og natur, herunder jordforurening og råstoffer
- Grænseoverskridende samarbejde inden for regionernes hjemlede opgaver

## 1.2 Regionernes samarbejde med andre aktører

Med sundhedsreformen sker en udvidelse af regionernes opgaver, og regionerne tildeles med reformen et større ansvar for at sikre et nært og sammenhængende sundhedsvæsen med deraf følgende øget behov for interaktion og samarbejde med sundhedsvæsenets aktører. På den baggrund følger herunder en række forslag til præciseringer i regionsloven (eller anden lovgivning).

### *1.2.1 Regionernes deltagelse i bestyrelser, jf. Kommunestyrelseslovens § 68 a*

Danske Regioner finder, at der bør tildeles regionerne mulighed for at deltage i bestyrelser til selskaber mv., uanset at der i selskaberne behandles opgaver, som regionerne ikke har hjemmel til at varetage.

Danske Regioner finder derfor, at det er hensigtsmæssigt, at regionerne bliver omfattet af kommunestyrelseslovens § 68 a, der vil give mulighed for, at regionerne får samme mulighed som kommunerne til at kunne udpege medlemmer af bestyrelsen for et selskab, en forening eller fond m.v., der varetager opgaver, som regionen selv kan løse, uanset at selskabet, foreningen,

fonden mv. også varetager opgaver, som regionen ikke selv kan løse, såfremt regionen har en interesse i den virksomhed, der udøves af selskabet, foreningen, fonden mv. Regionsrådet vil ikke kunne udpege et flertal af medlemmerne i en sådan bestyrelsen.

Som et konkret eksempel på, at en region af retlige grunde har måttet afvise en invitation på sundhedsområdet, kan nævnes, at foreningen Muhabet i oktober 2024 forespurgte, om Region Hovedstaden ville udnævne et regionsrådsmedlem til en følgegruppe for et projekt med titlen "Tilgængelige fællesskaber for psykisk syge og udsatte voksne". Projektet indeholder efter foreningens beskrivelse visse elementer, der vedrører psykiatrisk behandling, men er i øvrigt primært af social-faglig karakter.

Endvidere forventes det, at der i forbindelse med den kommende regionale opgave med at få omdannet uddannelseslandskabet på ungdomsuddannelsesområdet ifm. oprettelse af EPX, vil blive brug for, at regionerne kan deltage i forskellige initiativer og organer, som løser opgaver på uddannelsesområdet, men som også løser opgaver, som regionerne ikke selv kan løse.

Danske Regioner henviser i det hele til tidligere fremsendte notat af 28. januar 2025, om behovet for, at regionerne bliver omfattet af kommunestyrelseslovens § 68 a.

#### *1.2.2. Samarbejde på tværs af sektorer*

Regionerne har etableret en række samarbejder med hjemmel i sundhedslovens § 78, stk. 3, hvorefter et regionsråd kan samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder, herunder i selskabsform, om løsningen af fælles opgaver efter sundhedslovens afsnit VI, XI, XII og XIV-XVI og opgaver, der har tilknytning hertil, og som regionsrådet lovligt kan varetage efter anden lovgivning. Regionerne oplever dog ofte udfordringer med fortolkningen af bestemmelsen og de eksisterende muligheder for samarbejde og samdrift på tværs af sektorer, da sundhedslovens § 78 ikke klart angiver rammerne herfor. Danske Regioner havde derfor gerne set, at der i lovforslaget var medtaget en klar hjemmel vedrørende regionernes mulighed for at samarbejde med bl.a. kommunerne, herunder med henblik på at sikre et bedre grundlag for en hensigtsmæssig samdrift, til gavn for både patienter, pårørende og det sundhedsfaglige personale. Danske Regioner finder således, at det vil være en fordel, hvis hjemmelen til at kunne samarbejde med relevante aktører indføres i regionsloven, så der sker en samlet regulering af muligheden for samarbejde på alle regionernes opgaveområder.

Hvis hjemmelsgrundlaget i stedet skal findes i sektorlovgivningen, vil dette bl.a. være relevant i sundhedsloven. I den forbindelse har Danske Regioner indledt en dialog med Indenrigs- og Sundhedsministeriet om muligheden for at skabe

en mere klar hjemmel i sundhedsloven og ser frem til det fortsatte samarbejde herom.

### *1.2.3. Samarbejde med frivillige og civilsamfundet*

Regionernes samarbejder også med frivillige og civilsamfundet bl.a. på sundhedsområdet, hvilket er vigtigt, bl.a. fordi frivillige indsatser kan tilbyde borgere og patienter noget andet end det etablerede sundhedssystem. Det er en forudsætning, at der er klare rammer og aftaler for samarbejdet i overensstemmelse med lovgivningen i øvrigt. Danske Regioner finder, at det vil være en fordel, hvis hjemmelen til at kunne samarbejde med frivillige og civilsamfundet indføres 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.

### 1.3. Styreform og organisering

Danske Regioner lægger vægt på, at der ved implementeringen af den nye forvaltningsstruktur skal sikres en fortsat agil beslutningsproces, og der skal skabes klare rammer for fordelingen af opgaver og ansvar mellem regionsråd, forretningsudvalg og sundhedsråd i regionernes styrelsesvedtægter. Endvidere lægger Danske Regioner vægt på, at forvaltningsstrukturen skal styrke den tværgående sammenhængskraft i regionerne.

#### *1.3.1. Regionsrådet og forretningsudvalget*

Det fremgår af lovforslagets § 13, stk. 1, at regionsrådet til varetagelse af den umiddelbare forvaltning af regionens anliggender skal nedsætte et forretningsudvalg, et eller flere stående udvalg, jf. dog § 13 a, stk. 5, og et antal sundhedsråd med hvert sit geografisk afgrænsede område.

Det fremgår videre af lovforslagets § 13 a, stk. 1, at forretningsudvalget skal varetage opgaver, der efter § 18, stk. 2-4, i lov om kommunernes styrelse er tillagt økonomiudvalget, og den umiddelbare forvaltning af de af regionens anliggender på sundheds- og socialområdet og på specialundervisningsområdet, der ikke henhører under sundhedsrådene.

Efter lovforslagets § 14 c, vil sundhedsrådene varetage den umiddelbare forvaltning af de af regionens anliggender inden for sundheds- og socialområdet og specialundervisningsområdet, der henhører under sundhedsrådets geografisk afgrænsede område.

Danske Regioner skal hertil bemærke, at bestemmelserne indebærer, at regionsrådet som noget nyt forpligtes til at nedsætte et forretningsudvalg, evt. et eller flere stående udvalg og sundhedsråd til varetagelse af den umiddelbare forvaltning af regionens anliggender.

Danske Regioner bakker op om, at der nedsættes sundhedsråd, der får det umiddelbare forvaltningsansvar for en geografisk del af regionens varetagelse af opgaver inden for sundhedsområdet, og at disse enheders umiddelbare forvaltningsansvar ikke kan overføres til forretningsudvalget eller regionsrådet.

Danske Regioner finder imidlertid ikke, at der er argumenter, der taler for at indskrænke regionsrådets mulighed for at tilrettelægge fordelingen af den umiddelbare forvaltning mellem forretningsudvalget og regionsrådet, således som det er muligt efter den gældende lovgivning.

Danske Regioner bemærker hertil, at regionsrådet i den nye struktur fortsat har det overordnede myndighedsansvar for regionens opgaver. For også at fastholde regionsrådets overordnede koordinerende rolle på tværs af regionen fremadrettet, opfordrer Danske Regioner således til, at regionslovens § 36 b, fastholdes, så regionerne bevarer muligheden for at benytte "Skanderborgmodellen" på såvel de stående udvalg, som forretningsudvalget. Modellen indebærer, at regionsrådet i styrelsesvedtægten kan træffe beslutning om, at forretningsudvalget ligesom evt. stående udvalg ikke eller kun inden for visse af deres områder varetager den umiddelbare forvaltning af regionens anliggender. Det vil fx kunne være tilfældet i forhold til væsentlige tværgående opgaver, herunder (dele af) den samlede sundheds- og sygehusplanlægning i regionen.

Danske Regioner kan i den forbindelse pege på flere fordele ved at benytte "Skanderborgmodellen" i forhold til forretningsudvalget. For det første styrkes den tværgående sammenhængskraft, da alle regionale medlemmer af sundhedsrådene vil være med til at træffe de tværgående beslutninger i forhold til den umiddelbare forvaltning af sundheds- og socialområdet. For det andet bliver den demokratiske proces mere gennemsigtig for offentligheden, da flere beslutninger med relevans for regionens borgere træffes i regionsrådet, hvis møder er offentlige, og for det tredje får alle regionsrådsmedlemmer mulighed for at få indflydelse på den umiddelbare forvaltning af regionens tværgående opgaver.

Forslaget om at bevare muligheden for at benytte "Skanderborgmodellen" på forretningsudvalget vil også kunne imødegå den risiko, der vurderes at være for, at den nye forvaltningsstruktur vil indebære beslutningsmæssige flaskehalse i forretningsudvalget, herunder meget store dagsordner og lange møder. Forretningsudvalget vil således med lovforslaget få en større rolle sammenlignet med i dag, da forretningsudvalget i tilgift til de bestående opgaver også får den umiddelbare forvaltning af de af regionens opgaver, der

ikke hører under sundhedsrådene, dvs. alle tværgående opgaver på sundheds-, social- og specialundervisningsområdet. Der vil således være tale om ganske betydelige ressortområder, som skal favnes i ét politisk udvalg, som også har økonomi mv. som ressort.

### *1.3.2. Socialområdet*

Det fremgår af lovforslagets § 14 c, stk. 1, at sundhedsrådene skal varetage den umiddelbare forvaltning af de af regionens anliggender inden for sundheds- og socialområdet, der henhører under sundhedsrådets geografisk afgrænsede område.

Danske Regioner bemærker, at det regionale socialområde løser en række opgaver for borgere med meget komplekse behov og for forskellige – ofte meget små - målgrupper på det specialiserede socialområde og specialundervisningsområde. De regionale tilbud på socialområdet har ofte optag fra store dele af eller hele landet og dermed langt udover et enkelt sundhedsråds geografiske område. Hertil henledes opmærksomheden på, at tilbuddene på socialområdet er organiseret på målgruppeniveau, der går på tværs af regioner samt landsdele, og derfor ikke er geografisk afgrænsede. Data viser, at kun gennemsnitligt 18 % af borgerne på de regionale bo- og dagtilbud kommer fra den kommune, som tilbuddet er placeret i, og kun gennemsnitligt 41 % af de nuværende borgere i de regionale bo- og dagtilbud kommer fra en kommune i det sundhedsråd, tilbuddet er placeret i.

Danske Regioner finder på den baggrund, at det er positivt, at der er lagt op til, at forretningsudvalgene med deres overordnede økonomi- og planlægningsansvar, skal beskæftige sig med det højt specialiserede socialområde. Dette skal også ses i sammenhæng med, at drøftelser og koordinering af kapacitetsudvikling og -styring i dag sker via de regionale rammeaftaler, som den enkelte region indgår med kommunerne i regionen, og via den nationale koordination i NATKO. Dette skyldes, at der ikke er tilstrækkeligt befolkningsgrundlag i én kommune – eller et kommende sundhedsråd – til at have et samlet overblik over, hvilke tilbud der er brug for at udvikle og etablere. Disse drøftelser bør derfor fortsat foregå på regionalt og nationalt plan.

Danske Regioner finder af ovennævnte grunde ikke, at sundhedsrådene skal have en lovfæstet umiddelbar forvaltningskompetence på socialområdet. Danske Regioner ser derimod et stort behov for, at loven præciserer, at det socialpsykiatriske område i kommunerne bør kunne inddrages i sundhedsrådenes arbejde, så der skabes sammenhæng til den regional psykiatri, som allerede indgår i sundhedsrådenes ansvarsområde.

### *1.3.3. Sundhedsråd*



#### *1.3.3.1 Umiddelbart forvaltningsansvar*

Det fremgår af lovforslagets § 14 c, stk. 1, at sundhedsrådene skal varetage den umiddelbare forvaltning af de af regionens anliggender inden for sundheds- og socialområdet og specialundervisningstilbud, der henhører under sundhedsrådets geografisk afgrænsede område.

Danske Regioner støtter etablering af sundhedsråd som stående udvalg, der skal skabe et stærkt og balanceret sundhedsvæsen tættere på borgerne og bidrage til den nødvendige omstilling, og at regioner og kommuner hermed forpligtes til at indgå i et tæt samarbejde indenfor det regionale udvalgsstyre. Som nævnt under afsnit 1.3.1. bakker Danske Regioner desuden op om, at sundhedsrådene tildeles det umiddelbare forvaltningsansvar for en geografisk del af regionens varetagelse af opgaver inden for sundhedsområdet, og at disse enheders umiddelbare forvaltningsansvar ikke kan overføres til forretningsudvalget eller regionsrådet.

#### *1.3.3.2. Fordeling af opgaver mellem forretningsudvalg og sundhedsråd*

Det fremgår af lovforslagets bemærkninger (s. 85), at der i regionsrådets styrelsesvedtægt skal fastlægges, hvilke opgaver der skal varetages ud fra tværgående hensyn i forretningsudvalget og hvilke områder, der mere hensigtsmæssigt skal administreres lokalt i sundhedsrådene.

Danske Regioner bemærker i den forbindelse, at det fremgår flere steder af lovforslaget, at regionsrådet i sin styrelsesvedtægt vil kunne henlægge dele af regionens tværgående opgaver på sundheds- og socialområdet og på specialundervisningsområdet til et eller flere sundhedsråd med henblik på sammentænkning med lokale driftsopgaver. Det vil eksempelvis kunne være opgaver på det præhospitale område som drift af vagtcentral, ambulancekørsel mv.

Danske Regioner er enig i, at regionen på nogle områder kan gøre brug af muligheden, men finder ikke, at det vil være hensigtsmæssigt, at det præhospitale område som drift af vagtcentral, ambulancekørsel mv. skal benyttes som eksempel herpå, da det præhospitale område drives tværgående for hele regionen og alle regionens borgere.

#### *1.3.3.3. Observatører*

Det følger af den foreslåede § 14 m, at sundhedsrådet efter anmodning fra kommunalbestyrelsen kan tillade, at et kommunalt medlem af et andet sundhedsråd kan deltage i sundhedsrådets møder som observatør, dog uden stemmeret.

Danske Regioner skal hertil foreslå, at kompetencen i den foreslåede § 14 m, stk. 3, til at beslutte, at en eller flere kommuner skal have en fast observatør i et andet sundhedsråd end det sundhedsråd, som kommunen henhører under, bliver tillagt det regionsråd, som sundhedsrådet henhører under, fremfor til indenrigs- og sundhedsministeren. Forslaget er dels begrundet i hensynet til en effektiv og hurtig beslutningsproces, dels i at der er tale om et styringsmæssigt spørgsmål, hvor regionsrådet ud fra den løbende og konkrete indsigt i behovet vil kunne træffe en oplyst og saglig beslutning. Endelig finder Danske Regioner, at observatører bør være undergivet mødepligt.

#### *1.3.4. Stående udvalg*

Det fremgår af lovforslagets § 14 b, samt af s. 52 i lovforslagets bemærkninger, at regionerne fortsat vil kunne nedsætte stående udvalg med henblik på, at varetage den umiddelbare forvaltning af bl.a. regionens opgaver på miljøområdet, regionens opgaver relateret til kollektiv trafik og regionens deltagelse i grænseoverskridende samarbejder.

Danske Regioner anser det for positivt, at der fortsat kan oprettes stående udvalg på disse områder, da der er behov for at aflaste forretningsudvalget, jf. pkt. 1.3.1. Der vil i de kommende år skulle gennemføres store og væsentlige beslutninger på både trafik, jord- og råstofområdet. Det må således forventes, at nedsættelsen af stående udvalg vil kunne bidrage til, at forretningsudvalget kan prioritere mere tid til sine øvrige opgaver.

Danske Regioner finder dog, at det bør præciseres, at de stående udvalg også vil kunne varetage opgaver på uddannelsesområdet, som mangler at blive nævnt i oplistningen.

#### *1.3.5. Udpegning til udvalg mv.*

Der er i lovforslaget uklarhed om udpegningsrækkefølgen af regionale medlemmer til de nævnte hverv i § 14 (Regionsrådet), § 14 a (Forretningsudvalget), § 14 b (Stående udvalg), og § 14 e (Sundhedsråd). Af bemærkningerne fremgår, at lovforslaget ikke indeholder en forpligtelse til, i hvilken rækkefølge regionsrådet vil skulle foretage valg til næstformanden for forretningsudvalget, formand og næstformand for sundhedsrådene, medlemmer af stående udvalg og medlemmer af øvrige udvalg mv.

Af de nævnte bestemmelser fremgår imidlertid, at alle formands- og næstformandsvalg skal finde sted umiddelbart efter valg af regionsrådets formand og næstformand. Til gengæld er der for valg af medlemmer af forretningsudvalget (§ 14 a, stk. 1) og af de regionale medlemmer af sundhedsrådene (§ 14 g, stk. 1) anført, at disse vælges umiddelbart efter valg af udvalgenes formænd og næstformænd. Medlemmer af de stående udvalg (§

14 b, stk. 1) skal derimod vælges umiddelbart efter regionsrådets valg af egen formand og næstformænd.

Danske Regioner imødeser en præcisering af, at regionerne har valgfrihed i forhold til, i hvilken rækkefølge de pågældende valg til formænd, næstformænd og udvalgsmedlemmer skal foretages.

#### *1.3.6. Standsningsret*

Det følger af den foreslåede § 14 o, i lovforslaget, at sundhedsrådets formand eller mindst en tredjedel af de regionale medlemmer af sundhedsrådet har standsningsret i sundhedsrådet, dog ikke for afgørelser, der ved lovgivning vil være henlagt til sundhedsrådet, hvilket Danske Regioner kan tilslutte sig.

Danske Regioner bemærker hertil, at regionsrådsformanden har det overordnede ansvar for den daglige ledelse i regionen samt ansvaret for de beslutninger, der træffes i sundhedsrådene. På den baggrund formoder Danske Regioner, at regionsrådsformanden fortsat vil have mulighed for at udøve en indgrebsret og ved skriftligt pålæg kræve, at en sag i sundhedsrådene, skal forelægges regionsrådet, jf. kommunestyrelseslovens § 31, stk. 3. Danske Regioner finder, at dette bør præciseres i lovens bemærkninger.

#### *1.3.7. Ændret benævnelse for regionsrådsformænd*

Det følger af regionslovens § 3, stk. 2, at formanden for regionsrådet benævnes regionsrådsformand.

Danske Regioner bemærker, at regionernes styring fremadrettet i det væsentligste kommer til at ligne kommunernes. På den baggrund foreslår Danske Regioner, at regionsrådsformandens benævnelse ændres til regionsborgmester, hvilket vil medføre, at benævnelsen fremadrettet er kønsneutral. Forslaget om ændring af benævnelsen vil medføre, at der skal foretages konsekvensrettelser igennem regionsloven.

## **2. Forslag til ændring af sundhedsloven**

### 2.1. Patientinddragelsesudvalg

Det fremgår af lovforslagets § 4, nr. 4-6, (vedr. sundhedslovens § 204), at det følger af aftale om sundhedsreform, at der i hver region skal etableres et patient- og pårørendeudvalg med karakter af kontaktudvalg, som skal understøtte en systematisk inddragelse af patienternes og pårørendes perspektiver, bl.a. i forbindelse med udarbejdelse af større politiske planer i regionen, herunder sundhedsrådenes nærsundhedsplaner.

Danske Regioner foreslår i stedet, 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. Dette vil også kunne imødekomme behovet for, at skabe mere konkrete og lokalt tilpassede løsninger. Danske Patienter, Ældre Sagen og Danske Handicaporganisationer har ligeledes i et tidligere forslag foreslået, at patientinddragelse organiseres på sundhedsrådsniveau. Derudover er regionernes erfaringer fra de nuværende Patient- og pårørendeudvalg, at det har været svært for patienter og pårørenderepræsentanter, at forholde sig til de mere overordnede beslutninger, der i endnu højere grad i den fremtidige struktur bliver truffet i regionsrådet. Det bemærkes hertil, at ved høring over regionens sundhedsplan m.v., vil alle medlemmerne af den pågældende regions patientinddragelsesudvalg blive hørt.

## 2.2. Sundhedsplaner

Det fremgår af lovforslagets § 4, nr. 8, vedr. et nyt stk. 6 i sundhedslovens § 206, at Region Sjælland og Region Hovedstaden i perioden fra 1. juli 2025 til 31. december 2026, skal indhente godkendelse fra Sundhedsstyrelsen af deres nye sundhedsplaner og ved ændringer af eksisterende sundhedsplaner samt væsentlige organisatoriske ændringer på sundhedsområdet.

Danske Regioner skal hertil bemærke, 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. Dette arbejde vil fortsætte i perioden 1. juli 2025 til 31. december 2026, og det er vigtigt, at bestemmelsen ikke bliver en hæmsko herfor.

Det bemærkes hertil, at det ikke fremgår klart af bestemmelsen, om det regionale arbejde med flere hospitalsplanændringer vil kræve forudgående statslig godkendelse, hvis de ikke er gennemført inden 1. juli 2025.

Danske Regioner foreslår på den baggrund, 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.

Endvidere foreslår Danske Regioner, at det for at undgå unødige 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.

Venlig hilsen

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'AK' followed by a stylized flourish.

Anders Kühnau  
Formand, Danske Regioner

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'MD' followed by a stylized flourish.

Mads Duedahl  
Næstformand, Danske Regioner

Bilag [tekniske bemærkninger]:

### Forslag til ændring af regionsloven:

Den foreslåede **§ 11**, i regionsloven, om vederlæggelse, er meget omfattende og lang. Bestemmelsen kunne med fordel opdeles i to paragraffer, hvor den ene går på vederlag, som regionsrådet skal yde, mens den anden paragraf kunne vedrøre de vederlag, som regionsrådet kan beslutte at yde.

Danske Regioner foreslår, at opbygningen af den foreslåede **§ 14 d**, om medlemmer i sundhedsrådene, ændres, så stk. 4, bliver bestemmelsens stk. 2, og de øvrige stykker som konsekvens heraf også ændres. Denne opbygning vil være mere naturlig, idet man af bestemmelsens stk. 1, først omtaler de regionale medlemmer og herefter de kommunale medlemmer.

Det fremgår af **lovforslagets s. 124**, at:

*“Indenrigs- og sundhedsministeriet vurderer imidlertid, at det er vigtigt at præcisere, at de nye sundhedsråd vil være omfattet af reglerne vedrørende suspension, tvangsbøder og anlæg af erstatningssag og anerkendelsessøgsmål efter regionslovens § 31, ligesom kommunale medlemmer af sundhedsrådene ikke vil være omfattet af bestemmelsen om strafansvar for regionsrådsmedlemmer efter regionslovens § 32.”*

Danske Regioner bemærker, at det må være en fejl, at der står ‘ikke’ i sætningen, idet det senere af lovforslaget s. 126 fremgår, at:

*“Den foreslåede ændring af regionslovens § 32 vil medføre, at bestemmelsen udvides, således at den gælder alle medlemmer i regionsrådet, herunder kommunale medlemmer af et sundhedsråd.”*

Det foreslås i lovforslagets **§ 14, stk. 2**, at regionsrådet umiddelbart efter **valg af** regionsrådets formand og næstformænd, vælger en næstformand for forretningsudvalget blandt regionsrådets medlemmer og af lovforslagets **§ 14 e**, at regionsrådet umiddelbart efter valg af regionsrådets formand og næstformænd, vælger en formand og en næstformand for hvert sundhedsråd i regionen blandt regionsrådets medlemmer, hvilket Danske Regioner støtter.

Danske Regioner bemærker dog, at ændringen risikerer at få den konsekvens, at de regionsrådsmedlemmer, der stiller op til næstformandsposten for forretningsudvalget eller som formand og/eller næstformand for sundhedsrådene, allerede ved deres opstilling - forud for valget - skal tilkendegive, hvilket gruppetilhørsforhold de har. For at fastholde konstitueringen og flertallet i udvalget, vil de endvidere være bundet heraf i resten af valgperioden. De opstillede til posterne for forretningsudvalget og

sundhedsrådene, vil dermed også være bundet af det tilkendegivne gruppetilhørsforhold ved de forestående forholdstalsvalg, der foretages.

De øvrige regionsrådsmedlemmer kan derimod beslutte sige for deres gruppetilhørsforhold senere, hvilket medfører en skævvridning i forhold til dem, der stiller op til posterne i forretningsudvalg og sundhedsrådene.

Det bør i den forbindelse overvejes, om regionsrådets formands- og næstformandsvalg til forretningsudvalget (næstformand) og sundhedsrådene (formand og næstformand) skal gennemføres som flertalsvalg blandt allerede valgte medlemmer af forretningsudvalget/sundhedsrådene. Det vil sige, om valget af medlemmer skal foretages før valg af formænd/næstformænd.

Hermed undgås, at kandidater til flertalsvalg skal erklære deres gruppetilhørsforhold ved et valg før det forholdstalsvalg, hvor gruppetilhørsforholdet skal erklæres.

Herved tages der også højde for den situation, hvor en formand eller næstformand i et sundhedsråd væltes, og dermed som det fremgår af bemærkningerne til § 14 e (s. 240), også skal udtræde af sundhedsrådet (eller af andre grunde udtræder), idet en ny formand eller næstformand så vil skulle vælges blandt sundhedsrådets medlemmer, *efter* eventuelle vakancer i sundhedsrådet er udfyldt efter suppleringsreglen i kommunestyrelseslovens § 28. Hermed undgås de situationer, der ellers ville kunne udløse, at et sundhedsråd skulle ny-konstitueres, fordi et nyt formands- eller næstformandsvalg ændrede på mandatfordelingen i udvalget, set i forhold til de oprindeligt udpegende valggrupper.

Der er ikke i bemærkningerne til den nye **§ 14, stk. 3**, taget tilsvarende stilling til, hvad der skal ske i forhold til forretningsudvalget, hvis regionsrådet vælger en ny næstformand fra en anden valggruppe, end den som den væltede næstformand tilhørte ved udpegningen af vedkommende. Danske Regioner har dog samme argumenter i forhold til denne situation, som anført ovenfor i forhold til ny udpegning af formænd eller næstformænd for sundhedsrådene, hvor en ny formand eller næstformand så vil skulle vælges blandt sundhedsrådets medlemmer, efter eventuelle vakancer i sundhedsrådet er udfyldt efter suppleringsreglen i kommunestyrelseslovens § 28. Det samme vil være tilfældet i de situationer, hvor der skal vælges en ny næstformand for forretningsudvalget. Hermed undgås de situationer, der ellers ville kunne udløse, at forretningsudvalget vil skulle ny-konstitueres, fordi et nyt næstformandsvalg ændrede på mandatfordelingen i udvalget, set i forhold til de oprindeligt udpegende valggrupper.

#### **Forslag til ændring af sundhedsloven:**

Det fremgår af lovforslagets § 4, nr. 1-3, om ændring og tilpasning af sundhedslovens **§ 57 b, stk. 1, § 57 b, stk. 2, 2. pkt., og § 57 c, stk. 2**, (s. 183),

at ophævelse af sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler m.v., vil medføre en administrativ lettelse for kommuner og regioner.

Danske Regioner mener ikke, at der er grundlag for at kunne konkludere, at reformen i sig selv vil medføre en administrativ lettelse. Afsnittet bør derfor udgå. Danske Regioner bemærker i den sammenhæng, at der oprettes Sundhedsråd, som får en stor opgaveportefølje, bl.a. ved at skulle udarbejde samarbejdsaftaler mv., og at regionerne skal sekretariatsbetjene Sundhedsrådene.

#### **Forslag til ændring af lov om regionernes finansiering:**

Det fremgår af lovforslagets **§ 5**, at ændringen af loven medfører, at kommunal medfinansiering ophører i 2027, hvormed den kommunale medfinansiering til regionernes finansiering af sundhedsområdet ophører for tilskudsåret 2027. Det fremgår videre, at afskaffelsen isoleret set ikke har konsekvenser for regionerne, hvor lofter for indtægterne følger bloktilskudsfordelingen, og hvor det vil indebære en tilsvarende tilpasning af bloktilskuddet.

Danske regioner gør dog opmærksom på, at afskaffelsen af kompensationsmodellerne knyttet til tidligere omlægninger af KMF kan få konsekvenser for regionernes finansiering (likviditet).

Det fremgår af lovforslaget **§ 5, nr. 7**, om lov om regionernes finansiering, at **§ 13, stk. 2**, hvoraf fremgår, at staten yder et aktivitetsafhængigt tilskud til regionernes udgifter, til de af indenrigs- og sundhedsministeren nærmere fastsatte ydelser, og **§ 15**, hvoraf fremgår, at staten yder et resultatafhængigt tilskud til regionernes sundhedsvæsen, ophæves. Det medfører, at nærhedsfinansiering afskaffes, hvilket Danske Regioner bakker op om. Det fremgår dog ikke, hvordan finansieringen tilgår regionerne fremadrettet. Det skal fremgå, at finansieringen fra nærhedsfinansiering fremadrettet overgår til bloktilskuddet, og fordeles mellem regionerne, efter samme fordeling som det generelle tilskud.

Det fremgår af de almindelige bemærkninger til lovforslaget **s. 184**, at lovforslaget ikke har økonomiske konsekvenser for regionerne samlet set, men 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 beregning af en midlertidig teknisk effekt, idet ændringen vil skulle indgå i det planlagte arbejde mhp. tilpasning af regionernes finansieringsmodel og forskydninger i bloktilskudsfordelingen.



Det fremgår af lovforslagets § 6, vedr. lov om kommunal udligning og generelle tilskud til kommuner, **§ 17 h**, at: "Kommuner, som har et samlet beregnet byrdefordelingsmæssigt tab som følge af **afskaffelsen** af den kommunale medfinansieringsordning...." Samtidig fremgår det af lovforslagets § 5, om ændring af lov om regionernes finansiering, § 15, at: "Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler for **revision** af den kommunale medfinansiering, jf. §§ 13 og 14".

Danske Regioner bemærker hertil, at når den kommunale medfinansiering afskaffes, så undrer det, at indenrigs- og sundhedsministeren samtidig kan fastsætte regler for revision af den kommunale medfinansiering.

#### **Forslag til ændring af partiregnskabsloven og partistøtteloven:**

Der foreslås konsekvensændringer af de to love som følge af ændring af regionsloven. Danske Regioner noterer sig dog, at lovene stadig følger et princip om tro og love, og at regionerne ikke har en opgave med at føre egentlig tilsyn og kontrol.

Det følger af lovgivningen på dette område, at det er muligt at give private bidrag til kandidatlistor under beløbsgrænsen, dvs. bidrag hvor partiet er bekendt med bidragsyderens identitet, men hvor der ikke er pligt til at oplyse navn og adresse på vedkommende i partiets regnskaber og erklæringer til regionen. Eftersom lovgivningen nu revideres, opfordrer Danske Regioner til, at lovgivningen på dette område præciseres, da det ikke fremgår klart, om identiteten på en bidragsyder skal oplyses, hvis der både gives bidrag som privatperson og bidrag gennem virksomheder, der hver for sig er under beløbsgrænsen, men samlet er over beløbsgrænsen.

#### **Forslag til ændring af lov om trafikselskaber:**

Det fremgår af lovforslagets § 18, om nyaffattelse af **§ 3 stk. 3**, i lov om trafikselskaber, at:

*"Trafikselskabets udgifter til administration og drift dækkes delvis af regionen på baggrund af et grundbeløb fordelt på regionen, der er fastsat af trafikselskabet, og delvis af regionen og de deltagende kommuner på baggrund af deres forholdsmæssige andel af det samlede antal køreplanstimer, der udføres inden for Region Østdanmarks område."*

Danske Regioner bemærker, at sammenlægningen af Region Hovedstaden og Region Sjælland vil betyde en omfordeling af Movias administrationsudgifter, og det er endnu ikke muligt at sige, hvordan det vil påvirke Region Østdanmarks udgift til Movia, men det er dog et opmærksomhedspunkt, at opgørelsen af den forholdsmæssige andel af det samlede antal køreplanstimer af tekniske grunde kan ændre sig ved sammenlægningen, og dermed betyde en ændring for de

enkelte kommuners og Region Østdanmarks udgifter til Movias administration. Opmærksomheden henledes på, at en eventuel økonomisk effekt bør neutraliseres, om ikke på andre måder, så i det planlagte arbejde mhp. tilpasninger i regionernes finansieringsmodel med virkning fra 2027.

## **Høringssvar vedrørende forslag til Lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love (ny regional forvaltningsmodel)**

Danske Ældreråd takker for muligheden for at afgive høringssvar til forslag til Lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love (ny regional forvaltningsmodel)

Sundhedsreformen er et ambitiøst og nødvendigt skridt for at forbedre sundhedsvæsenet. Danske Ældreråd mener, at reformen i sin helhed lægger op til væsentlige forbedringer inden for flere områder.

I dette høringssvar afgiver Danske Ældreråd bemærkninger til forvaltningsmodellen med de nye sundhedsråd og inddragelse af brugerperspektivet.

Vi afgiver ikke bemærkninger til de styrelsesretlige regler for den nye forvaltningsmodel med fire regioner, ophævelse af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg, de finansielle ændringer mv. Ligeledes vil vi ikke gå ind i spørgsmålet om antallet af regionsrådsmedlemmer og sammensætning af repræsentanter i sundhedsrådene.

### **Sundhedsrådene bliver sundhedsvæsenets motor**

Den nye forvaltningsmodel med sundhedsråd kan bidrage til at sikre sundhedsindsatser tættere på borgerne. I et ældreperspektiv giver det god mening. For at sikre nærhed og sammenhæng i patienters forløb skal der gøres op med den skarpe sektordeling, og der skal samarbejdes på tværs af kommuner og regioner. Vi tror, at sundhedsrådene kan blive drivkraften for et styrket sundhedsvæsen, hvor patienterne ikke tabes mellem sektorovergange.

Sundhedsrådene vil med deres lokalkendskab kunne tage udgangspunkt i de problematikker og sundhedsudfordringer, der kendetegner det geografiske område, der er knyttet til sundhedsrådene. Dét er en god prioritering i en tid, hvor demografien udfordrer vores nuværende system, og der er ubalance mellem behov og ressourcer. Nærsundhedsplanerne, der sætter retning, bliver vigtige i den sammenhæng.

### **Brugerinddragelse skal ske tæt på sundhedsrådene**

Hvis sundhedsrådenes formål skal indfries, kræver det, at patienternes og de pårørendes viden og erfaringer bliver et væsentligt udgangspunkt for sundhedsrådenes arbejde. Det kræver, at der er et systematisk og lokalt forankret samarbejde mellem brugerrepræsentanter og sundhedsrådene.

Danske Ældreråd har derfor sammen med Danske Handicaporganisationer, Ældre Sagen og Danske Patienter tidligere opfordret til at lovgive om et stærk patient- og pårørendeinddragelse tæt på sundhedsrådene.

Vi har konkret foreslået, at der nedsættes 17 brugerråd knyttet til de 17 sundhedsråd, hvor repræsentanter udpeges af Danske Patienter (2), Danske Handicaporganisationer (2), Ældre Sagen (1) og de lokale ældreråd (1). (se bilag).

Vi mener ikke, at brugerinddragelsen i fremtidens sundhedsvæsen kan begrænses til fire regionale patient- og pårørendeudvalg, som der lægges op til med lovforslagets § 204, stk. 1.

Det er vigtigt, at lovgrundlaget suppleres med en forpligtelse til at nedsætte lokale brugerråd til de 17 sundhedsråd, og at der nationalt fastsættes rammer for, hvordan brugerrådene kan inddrages systematisk og reelt i sundhedsrådenes arbejde.

### **Brug ældrerådene**

Landets 98 ældreråd er demokratisk valgt. De repræsenterer den del af befolkningen, der har størst behov for indsatser i sundhedsvæsenet, og de har stor viden om kommunale tilbud.

Ældrerådene er stærke bindeled mellem sundheds- og ældreområdet og kan bidrage til at skabe større sammenhæng i de indsatser, der går på tværs af sundhedslov og ældrelov. Samtidig kan ældrerådene være brobyggere til et tæt samspil med civilsamfundets lokale indsatser til gavn for både patienter, pårørende og sundhedsvæsenet.

Danske Ældreråd opfordrer til, at ældrerådene involveres systematisk i udviklingen af sundhedsvæsenet – og får plads i såvel de regionale patient- og pårørendeudvalg som i de foreslåede 17 brugerråd.

Formand

Direktør

Inger Møller Nielsen

Trine Toftgaard Lund

---

**Til:** Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)  
**Cc:** komret@im.dk (komret@im.dk)  
**Fra:** Signe Vestergård Spring (svs@datatilsynet.dk)  
**Titel:** Høring over udkast til forslag til lov om en ny regional forvaltningsmodel mv., Indenrigs- og Sundhedsministeriets Sagsnr.: 2024 – 15159  
**Sendt:** 06-02-2025 13:13  
**Bilag:** Brev til samtlige ministerier om forpligtelsen til at høre Datatilsynet.pdf;

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Datatilsynet har modtaget Indenrigs- og Sundhedsministeriet høring over 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 nærhedsfinansiering samt konsekvensændringer i flere love som følge af sammenlægningen af Region Hovedstaden og Region Sjælland m.v.). Der henvises til Indenrigs- og Sundhedsministeriets Sagsnr.: 2024 – 15159.

Fremsendelsesmailen eller høringsbrevet ses ikke at omtale databeskyttelsesretlige forhold.

Høringen ses endvidere at være fremsendt til en række forskellige modtagere, og høringen ses således ikke at være stilet direkte og udelukkende til Datatilsynet.

**Datatilsynet har derfor ikke læst det fremsendte høringsmateriale.**

Det følger af databeskyttelseslovens § 28, at der skal indhentes en udtalelse fra Datatilsynet ved udarbejdelse af lovforslag, bekendtgørelser, cirkulærer eller lignende generelle forskrifter, der har betydning for beskyttelsen af privatlivet i forbindelse med behandling af personoplysninger. Det er således alene i de tilfælde, hvor der er forhold, der kan være af betydning for beskyttelsen af privatlivet i forbindelse med behandling af personoplysninger, at Datatilsynet skal høres.

Datatilsynet modtager imidlertid løbende et meget stort antal høringer over lovforslag, bekendtgørelser m.v., som ikke har betydning for beskyttelsen af privatlivet i forbindelse med behandling af personoplysninger.

Datatilsynet har tidligere udsendt breve om denne problemstilling til samtlige ministerier, uden at dette ses at have haft den fornødne effekt. Det seneste brev fra juni 2021 vedlægges til orientering.

Erfaringsmæssigt er op mod 66 pct. af høringerne således irrelevante for Datatilsynet, hvilket skal ses i forhold til, at tilsynet bruger mange ressourcer på at læse og forholde sig til disse høringer.

**Hvis Indenrigs- og Sundhedsministeriet derfor ønsker, at Datatilsynet skal forholde sig til den fremsendte høring, bedes ministeriet i en ny henvendelse til Datatilsynet angive, hvilke dele af forslaget m.v. der er relevante for Datatilsynet at forholde sig til.**

**Hvis Datatilsynet ikke hører fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet i rimelig tid inden høringsfristens udløb, kan ministeriet ikke forvente at modtage et høringssvar fra tilsynet.**

Med venlig hilsen

**Signe Vestergård**  
Specialkonsulent

svs@datatilsynet.dk

T 29 49 32 56

  
**DATATILSYNET**

---

Carl Jacobsens Vej 35  
2500 Valby  
T 33 19 32 00  
[dt@datatilsynet.dk](mailto:dt@datatilsynet.dk)  
[www.datatilsynet.dk](http://www.datatilsynet.dk)

Til samtlige ministerier

23. juni 2021

J.nr. 2021-010-0018

Dok.nr. 301637

Sagsbehandler

Sidsel Kloppenburg

---

## Høringer over udkast til lovforslag og bekendtgørelser mv.

1. Datatilsynet oplyste ved brev af 28. juni 2019 samtlige ministerier om forpligtelsen til at høre tilsynet over lovforslag og bekendtgørelser mv. Datatilsynet modtager imidlertid forsat et stort antal høringer over udkast til lovforslag og bekendtgørelser mv., hvor der ikke er forhold, der kan være af betydning for beskyttelsen af privatlivet i forbindelse med behandling af personoplysninger.

### Datatilsynet

Carl Jacobsens Vej 35

2500 Valby

T 3319 3200

dt@datatilsynet.dk

datatilsynet.dk

CVR 11883729

Datatilsynet vil på den baggrund igen oplyse om, hvornår der skal indhentes en udtalelse fra Datatilsynet ved udarbejdelse af lovforslag og bekendtgørelser mv.

2. Det følger af databeskyttelseslovens § 28, at der skal indhentes en udtalelse fra Datatilsynet ved udarbejdelse af lovforslag, bekendtgørelser, cirkulærer eller lignende generelle forskrifter, der har betydning for beskyttelsen af privatlivet i forbindelse med behandling af personoplysninger.

Det er i forarbejderne til lovens § 28 anført, at det er uden betydning, om reglerne kun er bindende for ansatte i en myndighed eller tillige har retsvirkning over for borgerne. Det afgørende vil være, om reglerne har indflydelse på beskyttelsen af privatlivet i forbindelse med behandling af personoplysninger.

3. Datatilsynet modtager løbende et stort antal høringer over udkast til lovforslag og bekendtgørelser mv. I 2020 blev der i Datatilsynet således oprettet 607 høringer, og året før i 2019 var antallet 521.

Som det imidlertid fremgår af ovenstående, er det alene i de tilfælde, hvor der er forhold, der kan være af betydning for beskyttelsen af privatlivet i forbindelse med behandling af personoplysninger, at Datatilsynet skal høres, jf. databeskyttelseslovens § 28.

Datatilsynet anmoder derfor om, at der i forbindelse med udarbejdelse af lovforslag og bekendtgørelser mv. konkret tages stilling til, om tilsynet skal høres.

Med det formål at effektivisere sagsbehandlingen skal Datatilsynet endvidere henstille, at det – navnlig ved fremsendelse af mere omfattende udkast til retsforskrifter – i høringsbrevet til tilsynet nærmere angives, hvor i udkastet der er forhold af betydning for beskyttelsen af privatlivet i forbindelse med behandling af personoplysninger.

Hvis udkastet eller dele af udkastet har været drøftet med Justitsministeriet, Databeskyttelseskontoret, forud for høringen af Datatilsynet, bedes dette også oplyst i høringsbrevet til tilsynet.

Side 2 af 2

**3.** Datatilsynet skal anmode om, at dette brev videresendes til de relevante myndigheder inden for hvert enkelt ministeriums ressort.

Eventuelle spørgsmål eller kommentarer kan rettes til Specialkonsulent Sidsel Kloppenburg på telefonnummer 29 49 32 92.

Med venlig hilsen

Cristina A. Gulisano

Direktør





Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

### **Høringssvar ang. udkast til forslag til lov om en ny regional forvaltningsmodel m.v.**

Indenrigs- og Sundhedsministeriet sendte d. 5. februar udkast til lovforslag til lov om en ny regional forvaltningsmodel m.v. i høring. Diabetesforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar.

I dette høringssvar fokuserer vi på en række udvalgte udfordringer for mennesker med diabetes og kronisk sygdom, samt hvad vi ser som afgørende for, at den nye regionale forvaltningsmodel bliver en succes fra disse patienters perspektiv. Det skal i forlængelse af dette bemærkes, at vores fokuserede høringssvar ikke nødvendigvis kan tages som udtryk for enighed i de dele af lovforslaget, som vi ikke kommenterer direkte på.

### **Inddrag patienter og pårørende i sundhedsrådene**

Med lovforslaget implementeres den del af sundhedsreformaftalen, der vedrører den nye forvaltningsmodellen med 17 sundhedsråd, herunder rådernes organisering. Desværre bliver patienter og pårørende med den nye model ikke sikret en mulighed for at yde indflydelse på beslutningerne i Sundhedsrådene, idet de ikke får plads i rådene.

Diabetesforeningen finder det afgørende, at patienter og pårørende sikres en både formel og reel mulighed for indflydelse, når sundhedsvæsenets retning sættes, og når beslutninger omsættes til praksis, der påvirker behandlingsmuligheder og -kvalitet. Systematisk inddragelse af patienter og pårørende vil sikre, at de rette tilbud bliver udviklet, at der sker løbende tilpasninger, og at sundhedsvæsenet tilpasses patienternes virkelige behov – til gavn for både dem det handler om og for samfundsøkonomien.

Viden og erfaringer fra patienter og pårørende skal bruges aktivt og systematisk. Derfor opfordrer vi til, at patienter og pårørende får en fast plads i Sundhedsrådene, så de både kan deltage i de overordnede beslutninger og følge implementeringen tæt.

### **Fokus på bevarelse af god diabetesbehandling i regional sammenlægning**

I lovforslaget foreslås det, at Sundhedsstyrelsen skal godkende eksisterende og nuværende sundhedsplaner, samt væsentlige organisatoriske ændringer på sundhedsområdet for Region Hovedstaden og Region Sjælland i overgangsperioden frem til sammenlægningen af de to regioner.

□ Stationsparken 24, st. tv.  
2600 Glostrup

Telefon 66 12 90 06  
□ Fax 65 91 49 08  
info@diabetes.dk  
www.diabetes.dk

CVR-nr. DK-35 23 15 28

Diabetesforeningen opfordrer i den forbindelse til, at Sundhedsstyrelsen og de to regioner har blik for at både sikre nærhed, kvalitet og kapacitet i de eksisterende tilbud i overgangen. Usikkerhed om fremtidige opgavesnit må ikke tage patienterne som gidsler og forringe kvaliteten af sundhedstilbud.

Det gælder også for Steno Diabetescentrene. I Danmark leverer de fem regionale Steno Diabetescentre behandling i af høj kvalitet til mennesker med diabetes. Samtidig spiller Steno Diabetescentrene også allerede en stor rolle i at understøtte og udvikle kvaliteten andre steder i sundhedsvæsenet, ikke mindst i det nære Sundhedsvæsen. Steno Diabetescentrene er med andre ord allerede på forkant med Sundhedsreformens ambitioner om at vende sygehusene ud mod det nære sundhedsvæsen og kan vise vejen til, hvordan denne målsætning kan konkret kan føres ud i livet. Diabetesforeningen finder derfor, at det er afgørende – både for at sikre god behandling af mennesker med diabetes men også for at lykkes med sundhedsreformens ambitioner - at Steno Diabetescentrene kan fortsætte med det arbejde.

I forbindelse med sammenlægningen af Region Hovedstaden og Region Sjælland skal der derfor også være en særlig opmærksomhed på at værne om kvalitet og drivkraft i Steno Diabetescentrene i den nye Region Østdanmark både i overgangsperioden og i den efterfølgende sammenlægning. Ligeledes er det afgørende for mennesker med diabetes, at der også i den nye Region Østdanmark sikres nærhed til patienternes behandlingssted uanset, hvor i regionen man bor. Skulle ovenstående medføre spørgsmål eller ønske om yderligere drøftelse, står vi naturligvis til rådighed.

Med venlig hilsen



Signe Riis Andersen

Politisk Chef i Diabetesforeningen

---

**Til:** Kommunalret (kommunalret@im.dk)  
**Cc:** Lovhøring (lovhoringer@sum.dk)  
**Fra:** Lasse Leerhøj (LALE@domstolsstyrelsen.dk)  
**Titel:** SV: Offentlig høring af forslag til Lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love (ny regional forvaltningsmodel)  
**E-mailtitel:** SV: Offentlig høring af forslag til Lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love (ny regional forvaltningsmodel)((ISM) Id nr.: 293914)  
**Sendt:** 06-02-2025 14:28

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Tak for tilsendte.

Som led i tilvejebringelsen af en besvarelse af høringen har Domstolsstyrelsen praksis for at indhente sagsestimater over eventuelle merudgifter, der vil tilfalde domstolene som følge af udkast til forslag til lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love (ny regional forvaltningsmodel).

Domstolsstyrelsen vil i den forbindelse anmode om jeres vurdering af følgende:

1. Hvor mange nye sager årligt, der forventes at ramme domstolene som følge af lovændringen. Vi skal i den forbindelse enten bruge et konkret sagsantal (f.eks. 5 sager årligt) eller et spænd (f.eks. 5-20 nye sager årligt).
2. Hvilke bestemmelser/afsnit i lovgivningen de nye sager relaterer optionen sig til. I må i den forbindelse gerne angive, hvor mange af de nye sager, der relaterer sig til de enkelte lovændringer (f.eks. x nye sager som følge af nr. 18, y nye sager som følge af nr. 19).
3. Hvad den forventede størrelse af bøden eller strafudmåling er per sag.

Der henvises til muligheden for domstolsprøvelse af afgørelser i forbindelse med, at den foreslåede ændring af regionslovens § 31 blandt andet medfører, at et medlem af forretningsudvalget eller et sundhedsråd vil kunne pålægges tvangsbøder i det omfang, beslutningen ikke kan indbringes for regionsrådet. Tilsvarende vil ændringen medføre, at formanden for regionsrådet vil kunne pålægges tvangsbøder i de samme tilfælde som en borgmester.

Den foreslåede ændring af regionslovens § 32 vil endvidere medføre, at bestemmelsen udvides, således at den gælder alle medlemmer i regionsrådet, herunder kommunale medlemmer af et sundhedsråd. Hermed vil kommunale medlemmer af et sundhedsråd kunne straffes med bøde, såfremt medlemmet gør sig skyldig i grov tilsidesættelse af de pligter, som den pågældendes hverv medfører.

Den foreslåede indsættelse af et nyt § 31, stk. 3, 1. pkt., at § 50 b, stk. 1 og 2, i lov om kommunernes styrelse vil ydermere indebære, at Ankestyrelsen kan pålægge de ansvarlige medlemmer af forretningsudvalget, sundhedsrådet og stående udvalg tvangsbøder, hvis sagen ikke kan indbringes for regionsrådet. Den foreslåede ændring vil tillige indebære, at Ankestyrelsen kan pålægge regionsrådets formand tvangsbøder, hvis formanden undlader at udføre en foranstaltning, vedkommende har pligt til efter relevant lovgivning.

Hvis muligt ser vi gerne jeres tilbagemelding senest torsdag d. 27. marts 2025.

Med venlig hilsen

Lasse Leerhøj  
Fuldmægtig  
Direkte: + 45 30 43 15 24  
[lafe@domstolsstyrelsen.dk](mailto:lafe@domstolsstyrelsen.dk)

#### **Domstolsstyrelsen**

Jura og Forretning  
Amagerfælledvej 56  
2300 København S.  
Tlf. (hovednr.): + 45 70 10 33 22  
[www.domstol.dk](http://www.domstol.dk)

---

**Fra:** Lovhøring <lovhoringer@sum.dk>

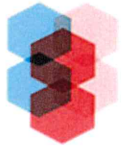
**Sendt:** 5. februar 2025 14:51

**Til:** postkasse@advokatsamfundet.dk; Advoksamfundet <samfund@advokatsamfundet.dk>; Akademikerne

<ac@ac.dk>; Ankestyrelsen <ast@ast.dk>; Arbejderbevægelsens erhvervsråd <ae@ae.dk>; Danmarks Apotekerforening <apotekerforeningen@apotekerforeningen.dk>; Dansk Arbejdsgiverforening <DA@da.dk>; Dansk Erhverv (info <info@danskerhverv.dk>; farmaceutiske-selskab@pharmadanmark.dk; hoering@di.dk; duf@duf.dk; Dansk Selskab for Almen Medicin <dsam@dsam.dk>; Dansk Selskab for Patientsikkerhed <info@patientsikkerhed.dk>; dh@handicap.dk; info@danskepatienter.dk; Danske Regioner <Regioner@regioner.dk>; info@danske-seniorer.dk; dsr@dsr.dk; info@danske-aeldreraad.dk; Datatilsynet <dt@datatilsynet.dk>; 'Det Etiske Råd kontakt' <kontakt@etiskraad.dk>; Diabetesforeningen <info@diabetes.dk>; 'Domstolsstyrelsen' <post@domstolsstyrelsen.dk>; dommerforeningen@gmail.com; dch@dch.dk; 'Det Etiske Råd kontakt' <kontakt@etiskraad.dk>; djoef@djoef.dk; F&P <fp@fogp.dk>; Erhvervsstyrelsen <erst@erst.dk>; fh@fho.dk; foa@foa.dk; fas@dadl.dk; Forbrugerrådet <hoeringer@fbr.dk>; 'fa@fanet.dk' <fa@fanet.dk>; post@forhandlingsfaellesskabet.dk; Danske Revisorer <fsr@fsr.dk>; himr@himr.dk; GST - Geodatastyrelsens hovedpostkasse <GST@gst.dk>; formdir@ida.dk; info@humanrights.dk; sek@jordemoderforeningen.dk; post@hjerteforeningen.dk; KL, Kommunernes Landsforening <kl@kl.dk>; Klimadatastyrelsen <kds@kds.dk>; Kræftens Bekæmpelse <info@cancer.dk>; kombit@kombit.dk; sekretariatet@ifs.ku.dk; jurfak@jur.ku.dk; foe@stps.dk; lederne@lederne.dk; lokallistennyegedal@gmail.com; Socialdemokratiet <partikontoret@socialdemokratiet.dk>; radikale@radikale.dk; 'info@konservative.dk' <info@konservative.dk>; 'sf@sf.dk' <sf@sf.dk>; mail@borgernesparti.dk; lars.mathiesen@ft.dk; 'info@liberalalliance.dk' <info@liberalalliance.dk>; moderaterne@ft.dk; df@ft.dk; 'venstre@venstre.dk' <venstre@venstre.dk>; Postkasse til Danmarksdemokraterne <danmarksdemokraterne@ft.dk>; Enhedslisten <landskontoret@enhedslisten.dk>; christiansborg@enhedslisten.dk; Alternativet <alternativet@alternativet.dk>; 'kd@kd.dk' <kd@kd.dk>; Lægeforeningen <dadl@dadl.dk>; medcom@medcom.dk; govsec@nanoq.gl; info@nau.dk; info@osteoporose-f.dk; Patientforeningen <njl@patientforeningen.dk>; 'plo@dadl.dk' <plo@dadl.dk>; Danske Regioner <Regioner@regioner.dk>; RAD FP Sikker <rigsadvokaten@ankl.dk>; Rigsrevisionen <info@rigsrevisionen.dk>; dsr@dsr.dk; politics@sam.sdu.dk; sdu@sdu.dk; Tandlægeforeningen <info@tandlaegeforeningen.dk>; sekretariatet@transparency.dk; yl@dadl.dk; Ældre Sagen <aeldresagen@aeldresagen.dk>; inst.dps@dps.aau.dk; inst.dps@dps.aau.dk; law@law.aau.dk; statskundskab@au.dk; jura@au.dk

**Emne:** Offentlig høring af forslag til Lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love (ny regional forvaltningsmodel)((ISM) Id nr.: 293914)

ADVARSEL! Denne mail kommer fra en ekstern afsender uden for Danmarks Domstole. Tryk ikke på links og åbn ikke vedhæftede filer, hvis du ikke kender afsenderen, eller hvis mailen ser mistænkelig ud.



Forhandlings  
fællesskabet

Til  
Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
[sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk) og [komret@im.dk](mailto:komret@im.dk)


Aktivitetsnr.: 25-0035.2.  
LSJ  
4. marts 2025

**Vedr.: Høring over udkast til forslag til lov om en ny regional forvaltningsmodel**

Forhandlingsfællesskabet har ved mail af 5. februar 2025 modtaget høring over udkast til forslag til lov om en ny regional forvaltningsmodel med svarfrist den 9. marts 2025.

Forhandlingsfællesskabet har ikke bemærkninger til udkast til forslag til lov om en ny forvaltningsmodel, men skal henvise til eventuelle høringssvar fra Fagbevægelsens Hovedorganisation samt fra Forhandlingsfællesskabets medlemsorganisationer.

Med venlig hilsen



Flemming Vinther



Nanna Kolze

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Mail: [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)

CC: [komret@im.dk](mailto:komret@im.dk)

**Dato:**

7. marts 2025

## **Høringssvar over udkast til forslag til lov om en ny regional forvaltningsmodel m.v.**

FOA vil gerne takke for muligheden for at afgive høringssvar.

FOA har med interesse læst det foreliggende udkast, der placerer sundhedsrådene i en ny regional forvaltningsmodel. FOA mener, at de nye sundhedsråd rummer et potentiale for at forbedre samarbejde på tværs af sektorer eks. mellem psykiatri og socialpsykiatri samt på ældreområdet. FOA har imidlertid en række bemærkninger og bekymringer i relation til de foreliggende udkast, som vedrører:

- Fra faglige til geografiske udvalg – potentialer og bekymringer
- Risiko for demokratisk underskud i sundhedsrådene
- Økonomisk risiko ved implementering af reformen

Ovennævnte bemærkninger vil blive uddybet i det følgende.

### **Fra faglige til geografiske udvalg**

Den nye opdeling af Danmark i 4 regioner, 17 sundhedsråd og 98 kommuner ændrer på, hvor ansvaret for sundhedsområdet placeres. Regeringen vil samle somatik og psykiatri i de 17 geografisk opdeltede sundhedsråd, som vil få ansvaret for begge områder. Sundhedsrådene kommer til at erstatte de regionale udvalg på området, herunder de regionale social- og psykiatriudvalg og sundhedsudvalg.

#### *Potentialet*

FOA mener, at denne samling af somatik og psykiatri i geografisk afgrænsede sundhedsråd, der har repræsentation af både regionspolitikere og kommunalpolitikere, rummer potentialet til at styrke sektorovergangene i det danske sundhedsvæsen. Rådene vil være et vigtigt forum ift. at imødekomme eksisterende overgangsproblematikker, som vi kender fra eks. psykiatri og socialpsykiatri og på ældreområdet.

Det er endnu uvist, hvordan sundhedsrådenes økonomi – og den såkaldte investeringsmotor - kan understøtte samarbejdet mellem sektorerne og imødekomme eksisterende sektorproblematikker.

#### *Bekymringen*

Det er samtidig FOAs bekymring, at der med den foreslåede struktur er en risiko for, at psykiatrien og socialområdet (igen) nedprioriteres. Med nedlæggelsen af

### **FOA**

Stauings Plads 1-3  
1790 København V

**Kontaktperson:**  
Sofie Tolstrup

**Mail:**  
[soto@foa.dk](mailto:soto@foa.dk)

**Telefon:**  
46972626

**Direkte telefon:**  
31790841

[www.foa.dk](http://www.foa.dk)

de faglige udvalg er der risiko for, at den nødvendige samlede viden fra fagområderne ikke vil være en del af sundhedsrådenes viden og prioriteringsværktøj.

For FOA er det vigtigt, at sundhedsrådene lykkes med at løfte både somatikken, psykiatrien og socialpsykiatrien. Dette er helt afgørende, hvis regeringens forslag til strukturændring skal lykkes med at reducere den sociale ulighed i sundhed.

### **Risiko for demokratisk underskud i sundhedsrådene**

Det er FOAs forhåbning, at de nye sundhedsråd kommer til at afspejle det politiske landskab så repræsentativitet som muligt.

Desværre lægger de geografisk afgrænsede sundhedsråd ikke nødvendigvis op til en sikring af repræsentativitet. De kommunale repræsentanter vil alene omfatte borgmestre og enkelte udvalgsformænd, ligesom de kommunale repræsentanter ikke er undergivet kommunalbestyrelsens instruktionsbeføjelse ved udøvelsen af deres erhverv i sundhedsrådet.

### **Økonomisk risiko ved implementering af reformen**

FOA finder det positivt, at de nye sundhedsråd udstyres med en såkaldt investeringsmotor, der målrettes det nære sundhedsvæsen og de områder af Danmark, der trænger mest. FOA savner imidlertid fortsat en mere konkret beskrivelse af, hvordan investeringsmotoren skal udmøntes, og hvilke økonomiske styringsprincipper, som kommer til at indgå heri.

FOA ser desuden frem til, at sundhedsrådenes økonomi tager hensyn til den sociale og geografiske ulighed i sundhed. Der mangler dog fortsat en udmøntning, som understøtter, at intentionerne også vil kunne efterleves i praksis. Som tidligere beskrevet er det desuden FOAs bekymring, at prioriteringerne i sundhedsrådene vil blive så detailstyret, at vigtige områder vil blive nedprioriteret som følge af en økonomi, der tvinger sundhedsrådene til at sætte eks. kronikerpakker over et løft af psykiatrien og socialpsykiatrien.

FOA har endnu til gode at se, hvor stort råderum sundhedsrådene får ift. økonomien og omstillingen af sundhedsvæsenet. For FOA er det vigtigt, at det bliver muligt også at prioritere psykiatri- og ældreområdet i de nye sundhedsråd.

Der udestår også fortsat en afklaring ift. sundhedsrådenes budget- og myndighedsområde. For FOA er det således uklart, hvad det dækker over, når sundhedsrådene får det regionale ansvar for socialområdet. Er det så en rammestyring af det specialiserede socialområde indenfor de enkelte sundhedsråds områder?

Samtidig udestår, hvordan der i den samlede økonomi for sundhedsrådene bliver plads til de nødvendige prioriteringer af akuthospitalerne, samtidig med den planlagte (og båndlagte) investering i det nære sundhedsvæsen. FOA er

grundlæggende skeptisk overfor en effekt af investeringerne i det nære sundhedsvæsen fra dag ét. En så stor og omfattende omstillingsproces for sundhedsvæsenet kræver tid til implementeringen, før den positive effekt må forventes. Samtidig er der behov for en økonomisk prioritering af de omkostninger, der er forbundet med selve omstillingsprocessen og den usikkerhed, der følger med så store ændringer. Det gælder eksempelvis for omlægningen mellem somatik og psykiatri.

FOA stiller sig naturligvis til rådighed, hvis der er behov for uddybning eller drøftelse af vores bemærkninger.

Venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mona Striib', with a stylized, cursive script.

Mona Striib,  
Forbundsformand, FOA



---

**Til:** Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk), komret@im.dk (komret@im.dk), Hans B Thomsen (hbt@im.dk)  
**Fra:** Lina Gisselbæk Lauritsen (Lina.Lauritsen@hk.dk)  
**Titel:** HK Kommunals bemærkninger til udkast til forslag til lov om en ny regional forvaltningsmodel m.v. og til udkast til forslag til lov om overgangen til en ny sundhedsstruktur (Overgangsloven).  
**Sendt:** 09-03-2025 13:10

Her fremsendes bemærkninger fra HK Kommunal og Danske Sundhedsadministratorers Landsforening (SAL) til forslag til lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love (ny regional forvaltningsmodel) samt udkast til forslag til lov om overgangen til en ny sundhedsstruktur (Overgangsloven).

### Behov for klarhed om organisering og ansvar

Det er afgørende at sikre klarhed over organisering og ansvarsfordeling i den nye struktur for at understøtte de bedste patientforløb og sikre bedre koordination og samarbejde på tværs af sektorer. Det er derfor nødvendigt, at lovgivningen tydeligt beskriver, hvordan sundhedsrådene, regionerne og kommunerne skal arbejde sammen for at undgå overlap eller uklarheder og ineffektive arbejdsgange.

### Sikring af sundhedsadministrative ressourcer

For at understøtte et velfungerende sundhedsvæsen er det vigtigt at **anerkende de sundhedsadministrative processer og medarbejdere**, som spiller en central rolle i at skabe **gode arbejdsgange og effektivt samarbejde** på tværs af sundhedsråd, regioner og kommuner. Vi håber, at lovgivningen vil tage højde for behovet for **tilstrækkelig og specialiseret sundhedsadministrativ understøttelse**, så de sundhedsfaglige medarbejdere kan udføre deres arbejde uden at blive overbebyrdede med administrativt arbejde.

### Digitalisering og datadeling

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**. Deres erfaring med patientforløb, dokumentation og koordinering gør dem til en central ressource i at sikre, at de digitale løsninger fungerer i praksis og understøtter effektive arbejdsgange. 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.

### Medarbejderinddragelse i implementeringen

For at sikre en smidig overgang til den nye forvaltningsmodel bør medarbejderrepræsentanter inddrages aktivt i implementeringsfasen. Sundhedsadministrative medarbejdere har et dybt kendskab til de daglige arbejdsgange og kan bidrage til at sikre en hensigtsmæssig implementering. Vi opfordrer til, at HK Kommunal/SAL får en formaliseret rolle i opfølgningen på reformen, så eventuelle uhensigtsmæssigheder på det administrative område hurtigt kan adresseres.

### Overførsel af ansatte fra kommunerne til regionerne

Det fremgår af overgangslovens § 145 at virksomhedsoverdragelseslovens finder anvendelse, når en medarbejder overføres fra kommunal ansættelse til ansættelse i en region. HK Kommunal forudsætter i den forbindelse, at overførslen og stillingtagen til ansættelsesvilkår sker i respekt for og i samarbejde med de relevante aftale- og forhandlingsberettigede organisationer.

Venlig hilsen



---

**Lina Gisselbæk Lauritsen**  
Juridisk konsulent og advokatfuldmægtig

---

Telefon +45 7011 4545  
Direkte +45 3330 4332  
Mobil +45 41166024  
Lina.Lauritsen@hk.dk

---

**HK Kommunal**  
HK Kommunal  
Weidekampsgade 8  
2300 København S  
<http://www.hk.dk/kommunal>

---



---

Anmeld os på  Trustpilot

---

[HK's privatlivspolitik](#)

---

18. marts 2025

Ingeniørforeningen, IDA  
Kalvebod Brygge 31-33  
DK-1780 København V  
Tlf. +45 33 18 48 48

ida.dk

**Til**  
**Indenrigs- og Sundhedsministeriet**  
**Slotholmsgade 10-12**  
**1216 København K**  
**Att.**  
**Hans B. Thomsen**  
**Sabine Godsvig Laursen**

IDA takker for muligheden for at afgive høringssvar til det fremsendte udkast til forslag til lov om overgangen til en ny sundhedsstruktur, som er en del af udmøntningen af sundhedsreformsaftalen fra november 2024.

IDA har kommentarer til de dele af lovforslaget, der vedrører sundhedsrådene og inddragelse af brugere (præcisering af inddragelse af patienter og pårørende, civilsamfund, ekspert/videns institutioner) i den nye forvaltningsmodel. Vi ser dette i sammenhæng *med høring over udkast til forslag til lov om en ny regional forvaltningsmodel*, for at sikre, at digitalisering og teknologi bliver integreret i det kommende arbejde, hvilket vi gerne vil bidrage til i kommende transformation.

Sundhedsteknologi og digitale løsninger er en nøgleforudsætning for at kunne håndtere de udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for. IDA støtter denne tilgang og vil tilbyde vores ekspertise, erfaringer og perspektiv på netop samspillet mellem mennesker og teknologi, som er en del af det forandringsarbejde, der skal tages højde for og lykkes i aftalen om sundhedsreformen.

Et eksempel på styrkelse af denne tilgang vil være at styrke teknologikompetencerne hos sundhedspersonalet for at sikre en effektiv implementering af teknologiske løsninger. Virtuelle konsultationer, og teknologiske løsninger indenfor logistik og laboratoriearbejde, kan være eksempler på, hvordan teknologi kan bruges til at forbedre sundhedsydelser og optimere brugen af personaleressourcer.

Det er vores håb at IDA vil blive inviteret og kan få lov til at bidrage i det kommende arbejde for at kunne innovere, fremme og understøtte det visionære reformarbejde i både overgangen og løbende.

Vi ønsker at bibringe erfaring, som viser, at samspillet mellem forskellige fagligheder og teknologier i højere grad kan løse samfundsudfordringer.

IDA har på baggrund af erfaringer indenfor andre store samfundsudviklinger såsom grøn omstilling og cybersecurity set, hvordan teknologi kommentarer/input har kunne bidrage i forberedelsesarbejdet. Men det kræver en tydelig ledelsesmæssig prioritering, når netop digitale løsninger - i særdeleshed AI-løsninger - skal inddrages. Særligt vil indførelsen af AI-løsninger få afgørende

IDA – Et fællesskab, der realiserer potentialet i teknologi og viden

Vores mere end 170.000 medlemmer med tekniske, naturvidenskabelige og it-uddannelser arbejder for at skabe vækst og job samtidig med, at vi får løst store samfundsudfordringer.

Kontakt i IDA  
Navn: Anne Brandt  
Mail: [abcd@ida.dk](mailto:abcd@ida.dk)  
Tlf: 22563092

betydning for forbedring af kvalitet og effektivitet, om end det kræver både tilpasning til lokal kontekst og population samt forandringer i mindset, organisering, kompetencer og arbejdsrutiner.

Indførelsen af AI-løsninger kan være med til at øge effektivitet, kvalitet og tilgængelighed.

Indførelsen af øget teknologi og øget digitalisering stiller krav til sundhedsrådene og Sundhedsvæsenets strategisk handlinger.

IDA forslår derfor, at der i det kommende arbejde er en klar vision, der tydeligt kommunikeres og ikke mindst fokuserer på nysgerrighed, åbenhed og optimisme om en mere systematisk anvendelse af teknologi i Reformarbejdet.

IDA støtter op om Robusthedskommissionens anbefalinger, som understøtter behovet for en mere fleksibel og effektiv brug af personaleressourcer på tværs af geografi og sektorer. Kommissionen fremhæver vigtigheden af at udnytte moden arbejdskraftbesparende teknologi og digitale løsninger for at frigøre tid og ressourcer.

### **Fra analoge til digitale arbejdsgange**

Transformationen af et nyt sundhedsvæsen kræver gentænkning af arbejdsgangene, der på nuværende tidspunkt kan være præget af manuelle processer og en 'som vi plejer'-kultur. Tværsektorielt samarbejde, interdisciplinære kompetencer og "digital først" er nøglen til udvikling.

Sundhedsrådene og vedtagne flytning af en række kommunale opgaver til regionalt regi, har potentiale til at skabe bedre kvalitet og sammenhæng i patienternes forløb gennem bl.a. teknologi (som AI, digitalisering etc.) i sundhedsvæsenet. I denne sammenhæng bliver det afgørende, at der – foruden et tæt samarbejde og god dialog mellem kommuner, regioner og andre involverede parter som besidder de faglige kompetencer og et ledelsemæssigt fokus – er et klart myndighedsansvar for udvikling af opgaveløsningen på sundhedsområdet.

I forlængelse af Robusthedskommissionens anbefalinger og i erkendelse af kommissionens vurdering, savner vi i udkastet en vision eller køreplan for at gennemføre den nytænkende og gennemgribende forandring på sundheds- (og sammenhæng til) ældreområdet, som implementerer velfærdsteknologier som drejer sig om **et fælles princip om "digitalt og teknologisk først" til at sikre smartere opgaveløsning**. Der skal i fællesoffentlige aftaler fastsættes nationale krav om, hvilke opgaver der skal omfattes af anbefalingen "digitalt og teknologisk først-princip". Eksempelvis:

- Fælles tværsektorielle mål for den digitale og teknologiske udvikling i sundhedsvæsenet og på ældreområdet skal aftales.
- Teknologi og digitale løsninger skal være en integreret del af retningslinjer og vejledninger både lokalt og nationalt.

Sundhedsteknologi, AI og digitale løsninger vil være en nøgleforudsætning for den ønskede succes med Sundhedsreformen. Teknologi er et væsentligt middel til at understøtte den nødvendige omstilling til det primære sundhedsvæsen, hvor der sker et skifte fra at levere ydelser på de specialiserede hospitaler til at understøtte sundhedsservices i det nære sundhedsvæsen, i nogle tilfælde i patientens eget hjem og hverdag.

Sammenhæng i og grænseløs adgang til sundhedsinformation (interoperabilitet) kræver fælles protokoller og datastandarder, som primært er internationale. Vi savner en opmærksomhed i forslaget på implementering af den nyligt vedtagne europæiske sundhedsdataforordning (European Health Data Space – EHDS), som skal muliggøre adgang til og brug af sundhedsdata på tværs af EU og sektorer til både patientbehandling og forskning

IDA mener, at en velfungerende sundhedsdatastruktur er afgørende for at skabe en tværsektoriel organisatorisk struktur, der fungerer godt på tværs af geografi og sektorer. Interoperabilitet er en nødvendig betingelse for at sikre, at information kan udveksles og anvendes på tværs af forskellige systemer og sektorer, og dermed at såvel sundhedsfaglige som patienter får overblik over behandlingsforløb.

IDA understreger ydermere behovet for at udvikle teknologi /IT-kompetencer blandt medlemmerne af sundhedsrådene for at kunne håndtere de teknologiske muligheder og udfordringer. Det kan overvejes, om Sundhedsrådene bør kunne trække på rådgivning og assistance fra det Nationale Center for Sundhedsinnovation vedrørende teknologi-ledelse, brugbarhed og governance, for at sikre overblik over mulighederne og indsigt i forudsætningerne for en ordentlig implementering af ny teknologi. Dette vil sikre, at sundhedsrådene har den nødvendige viden og ekspertise til at træffe informerede beslutninger om teknologiske løsninger.

IDA påpeger, at det er vigtigt at finde en balance mellem centralisering af en sundhedsteknologisk infrastruktur og fremme af lokal innovation. Centralisering kan sikre ensartethed og effektivitet, mens innovation kan fremme udvikling og anvendelse af nye og bedre løsninger.

IDA har i det følgende derfor følgende overordnede bemærkninger og pejlemærker.

- STEM-kompetencer er nødvendige (Teknologi, mennesker og ledelse)
- Kompetenceudvikling
- Brugerinddragelse af patient, pårørende, sundheds og omsorgsmedarbejdere i udvikling, test og implementeringen

### **STEM kompetencer, som en del af fremtidens sundhedsprofessionelle**

For at sikre en succesfuld implementering af teknologiske løsninger i sundhedsvæsenet er det afgørende at styrke STEM-kompetencerne (Science, Technology, Engineering, and Mathematics) blandt sundhedspersonalet. Teknologi spiller en stadig større rolle i sundhedssektoren, og det er nødvendigt, at sundhedsprofessionelle har de rette kompetencer til at anvende og udvikle disse løsninger.

IDA anbefaler følgende tiltag for at integrere STEM-kompetencer i sundhedsvæsenet:

- **Uddannelse og træning:** Sundhedspersonalet skal i højere grad tilbydes målrettede kurser og træning inden for teknologi, AI, Medico og pharma, som IDA allerede tilbyder. Dette vil sikre, at de har de nødvendige kompetencer til at anvende teknologiske løsninger effektivt.
- **Frikøb til innovation:** Der bør afsættes ressourcer til frikøb af sundhedspersonalet, så de kan deltage i innovation og implementering af sundheds- og velfærdsteknologi. Dette vil fremme udviklingen af nye teknologiske løsninger og sikre, at de bliver anvendt optimalt.
- **Teknologisk løft i sundhedsvæsenet:** Teknologi gør det muligt at behandle patienter bedre på sygehusene og udvide sundhedsvæsenet til at levere sammenhængende ydelser tættere på borgerne. Sundhedspersonalet skal have de nødvendige kompetencer til at udnytte disse teknologiske muligheder.
- **Forskning og udvikling:** IDA's medlemmer er involveret i teknologiudviklingen i det danske velfærdssamfund, fra udviklings- og testfasen over ibrugtagning til skalering af velfærds- og sundhedsteknologi. Sundhedspersonalet skal have mulighed for at deltage i forskning og udvikling for at fremme teknologisk innovation.
- **Digital transformation og incitament:** For at fremme udbredelsen og brugen af sundheds- og velfærdsteknologi rundt om i landet, bør der gives incitament til at indføre og

bruge nye teknologiske løsninger. Dette vil sikre, at sundhedspersonalet har de nødvendige kompetencer til at anvende teknologi effektivt.

Ved at integrere STEM-kompetencer i sundhedsvæsenet kan vi sikre, at sundhedsprofessionelle er godt rustet til at håndtere de teknologiske udfordringer og udnytte de muligheder, som moderne teknologi tilbyder.

### **Kompetencer/postgraduat uddannelse**

Menneske og teknologi kan i fællesskab skabe betydelige forbedringer, når de anvendes på en meningsfuld måde. Dette kræver en klar støtte fra ledelsen og en strategisk prioritering.

De relevante kompetencer handler ikke kun om teknisk kunnen, men også om at sundhedspersonalet udvikler deres kliniske og sundhedsfaglige forståelse sammen med eksempelvis AI-muligheder. Der skal være en opmærksomhed på, hvordan man opnår nye kompetencer i en travl hverdag, når personalet er optaget af den nuværende drift og digitale muligheder er i en rivende udvikling.

- Der skal mere teknologiforståelse på de sundhedsfaglige grunduddannelser.
- Der skal udvikles stillinger, der kombinerer klinisk arbejde, forskning og udvikling af teknologi.
- Sundhedsvæsenets ledelser skal kunne lede teknologiudvikling, herunder en styrket kompetence til at forestå den digitale transformation.
- Sundhedspersonalet skal betrygges i etiske forhold og behandleransvaret ved brug af digitale løsninger og teknologi i udredningen og behandlingen af patienter.

Ved at integrere teknologi og kompetenceudvikling kan vi sikre, at sundhedsprofessionelle er godt rustet til at håndtere de teknologiske udfordringer og udnytte de muligheder, som moderne teknologi tilbyder. Dette vil forbedre kvaliteten af sundhedsydelserne og sikre en mere effektiv og sammenhængende sundhedsstruktur.

### **Borger-, patient- og pårørendeinddragelse skal styrkes**

IDA ser det som positivt, at der er foreslået hjemmel til at nedsætte regionale patient- og pårørendeudvalg. Vi mener, det er afgørende at sikre en reel styrket patient- og pårørendeinddragelse og naturligvis også inddragelse af både sundhedsprofessionelle, virksomheder og civilsamfundsaktører i udviklingen.

I lovforslaget, ligesom i den politiske aftale om en sundhedsreform, er der lagt op til, at de kommende sundhedsråd er sundhedsvæsenets nye motor, og vi ser dette som positivt for at styrke det nære sundhedsvæsen via en ny organisering. Det bør præciseres og foreslås en ramme, der sikrer reel inddragelse af alle relevante aktører, som kan bidrage til en bedre teknologianvendelse. IDA kan i den forbindelse bakke op om Ældre Sagen, Danske Patienter og Danske Handicap Organisationer, når de i flere omgange har foreslået brugerråd tilknyttet de kommende sundhedsråd.

### **IDA's engagement og kompetencer i Sundhedsreformens implementering**

IDA tilbyder gerne kompetencer til udviklingsarbejdet, deltagelse i følgegruppen for implementering af sundhedsreformen, eller andre ekspertgrupper i det videre arbejde med implementering af sundhedsreform. IDA vil også kunne tilbyde at samle aktørerne omkring centrale sundhedsteknologiske problemstillinger for at fremme samarbejde og innovation.

IDA-medlemmer arbejder inden for it, teknologi og ingeniørfaget og er således involveret i teknologiudviklingen i det danske velfærdssamfund. Fra udviklings- og testfasen over ibrugtagning til skalering af velfærds- og sundhedsteknologi.

16.723 af vores medlemmer arbejder eksempelvis i sundhedsvæsenet og Life-science industrien og derudover arbejder en lang række IDA-medlemmer med forskning og udvikling på universiteterne.

IDA har ligeledes en række fagtekniske netværk, vi udbyder kurser, konferencer, podcast og webinarer, hvor fagligheder på tværs mødes og bliver klogere af hinanden inden for sundheds- og Life science-området. De faglige netværk afholder konferencer om arrangementer i hele landet. Emnerne spænder fra kunstig intelligens, digitalisering, VR, tracking, apps, telemedicin, robotteknologi, 3D-print, sundhedsdata etc. [Netværket IDA-Sundhedsteknologi](#) har over 3.300 netværks medlemmer.

Med venlig hilsen

Anne Brandt  
Chefkonsulent

---

**Til:** Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)  
**Cc:** komret@im.dk (komret@im.dk)  
**Fra:** Lene Maj Hjortsø Fernando (lemhfe@ishoj.dk)  
**Titel:** Ishøj Kommune - Høringssvar vedr. høring af lovforslag om ny regional forvaltningsstruktur mv.  
**E-mailtitel:** Høringssvar vedr. høring af lovforslag om ny regional forvaltningsstruktur mv.  
**Sendt:** 07-03-2025 14:38

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

På vegne af kommunerne i Sundhedsklynge Syd fremsendes hermed et fælles høringssvar vedrørende *Høring af lovforslag om ny regional forvaltningsstruktur mv. Sagsnr.: 2024 – 15159.*

Vi står naturligvis til rådighed, hvis der er behov for yderligere uddybning.

*Med venlig hilsen*

**Lene Maj Hjortsø Fernando**

Tværkommunal Konsulent

Mobil 29 38 90 84

Email [lemhfe@ishoj.dk](mailto:lemhfe@ishoj.dk)



Ishøj Kommune

Sekretariatet CVV  
Ishøj Store Torv 20  
2635 Ishøj  
Telefon 43 57 75 75  
<https://ishoj.dk/>





## **Fælles høringssvar fra kommunerne i Sundhedsklynge Syd til lovforslag om ændring af regionsloven**

Der er d. 5. februar 2025 udsendt lovforslag om ny regional forvaltningsstruktur, som ikke bare påvirker regionerne, men i høj grad også kommunerne og sætter rammerne for udviklingen af det nære sundhedsvæsen i årene frem. For at lykkes med den nye forvaltningsstruktur, de nye sundhedsråd og at skabe et mere nært sundhedsvæsen, bliver det afgørende at bringe den kommunale viden og erfaring i spil samt indtænke sammenhængen til øvrige kommunale indsatser.

Som medlemskommuner af den nuværende Sundhedsklynge Syd har vi gode erfaringer med samarbejde mellem region og kommuner, og vi ønsker at bidrage konstruktivt til den videre udvikling af sundhedsvæsenet. Kommunerne i Sundhedsklynge syd vil med dette høringssvar give vores stemme til kende i forbindelse med høringen af lovforslaget, således at der skabes det bedst mulige fundament for de kommende sundhedsråd og for den fremtidige varetagelse af borgernes sundhed.

### **1. Lige rettigheder i sundhedsrådene hvad angår initiativret og standsningsret**

Det fremgår af lovforslagets § 14 n, at alle medlemmer af sundhedsrådet har initiativret i forhold til at få sager på dagsordenen for møder i sundhedsrådet. Men af både de almindelige og specielle bemærkninger, fremgår det at "bestemmelsen vil skulle forstås i overensstemmelse med regionslovens § 12, stk. 1, jf. § 11, stk. 1, 1. pkt., i lov om kommunernes styrelse om initiativret i regionsrådet. Det vil blandt andet indebære, at et medlem vil have ret til at få en sag optaget på udkastet til dagsordenen til et udvalgmøde, men det vil være sundhedsrådet, der vil skulle beslutte ved stemmeflertal, om sagen vil skulle optages på den endelige dagsorden for mødet.

Hvad angår standsningsret er det kun sundhedsrådets formand, eller mindst en tredjedel af de regionale medlemmer, som har standsningsret i sundhedsrådene, mens kommunale medlemmer ikke vil have standsningsret.

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

### **2. Tidspunkt for udpegning af kommunale repræsentanter**

Af lovforslagets § 14 k, stk. 1 og bemærkningerne hertil fremgår det, at beslutningen om, hvorvidt den eller de kommunale medlemmer skal være kommunalbestyrelsens formand eller en eller flere formænd for stående udvalg skal være fastsat i styrelsesvedtægten senest d. 1. november 2025, og at det er bindende for den kommende funktionsperiode. Samtidig fremgår det af forslaget § 14 k, stk. 2, at beslutningen om hvilket/hvilke udvalg, hvis formand skal være kommunalt medlem af sundhedsrådet skal være fastsat i styrelsesvedtægten inden den nyvalgte kommunalbestyrelses konstituerende møde, og at denne beslutning ligeledes som udgangspunkt er bindende, udover i tilfælde af lovlig omkonstituering.

Det fremgår dog ikke af bemærkningerne, hvad der er baggrunden for, at beslutningen om, hvorvidt det skal være kommunalbestyrelsesformanden eller en af flere formænd for de stående udvalg, der udpeges til medlem af sundhedsrådene, skal være fastsat inden 1. november 2025.

Det virker som en omstændig proces, særligt henset til, at kommunalvalget afholdes meget kort tid efter. Vi foreslår derfor, at beslutningen om, hvorvidt det skal være

kommunalbestyrelsens formand eller en udvalgsformand, der skal udpeges til medlem af sundhedsrådet, kan udskydes, således at den blot senest skal være fastsat i styrelsesvedtægten inden den nyvalgte kommunalbestyrelses konstituerende møde i det år, der holdes valg til kommunalbestyrelsen.

Herudover skal det for en god ordens skyld bemærkes, at kravet om, at udpegningen af medlemmet/medlemmerne af sundhedsrådet skal fremgå af styrelsesvedtægten, efter vores opfattelse er en fravigelse af princippet om, at der ikke bør optages bestemmelser i styrelsesvedtægten om råd eller nævn, og at det normalt er i lov om kommunernes styrelse, der fastsættes bestemmelser om, hvad der skal fremgå af styrelsesvedtægten.

### **3. Den kommunale repræsentants mandat i sundhedsrådene**

Kravet om, at den kommunale repræsentation både i det forberedende regionsråd/sundhed og i Sundhedsrådet skal fremgå af kommunens styrelsesvedtægt, er en unødvendig og uhensigtsmæssig bureaukratisk proces, da styrelsesvedtægterne skal undergives to behandlinger. Dette skal ses i lyset af kommunestyrelseslovens § 2, om der allerede er krav om, at kommunalbestyrelsen skal godkende kommunal repræsentation. Derudover fremgår det af lovforslaget (jf. §14 I), at den af kommunen udpegede repræsentant ikke er underlagt instruktionsbeføjelse af kommunalbestyrelsen. Dvs. de kommunale medlemmer er ikke bundet af evt. drøftelser/ønsker fra den kommunalbestyrelse, de repræsenterer. Det giver en uklarhed ift. hvad/hvem det egentlig er, man repræsenterer og i sidste ende står til ansvar for. Det bør derfor tilpasses

### **4. Nedlæggelse af den kommunale medfinansiering**

Jf. lovforslagets punkt 1.5 s. 35 etableres en likviditetsneutral overgangsperiode og den kommunale medfinansiering nedlægges med henblik på at håndtere byrdefordelingsmæssige konsekvenser for kommunerne som følge af opgaver.

Vi bakker op om intentionen om at neutralisere de byrdefordelingsmæssige konsekvenser, og at det gøres i en overgangsordning, så det også opleves som sådan i den kommunale virkelighed.

### **5. Regionale fora for samarbejde**

På side 165 beskrives det, at Sundhedssamarbejdsudvalg og ordningen for praksisplanen nedlægges. Og, jf. lovforslagets § 1, nr. 6, nedlægges kontaktudvalgene ligeledes.

Disse fora har efter vores opfattelse været gode for koordineringen på tværs, hvorfor vi med nedlæggelsen efterspørger etableringen af en regional tværsektoriel politisk platform for drøftelse af de opgaver, som forankres i de kommende Regionsråd. Sådanne fora vil fremme et samlet og koordineret samarbejde omkring den samlede udvikling af sundhedsvæsenet i regionen.

### **6. Forhold mellem regionsråd og sundhedsråd**

Det fremgår af bemærkningerne til loven afsnit 3.1.9.3.1. at Regionsrådet vil fastsætte den nærmere afgrænsning af sundhedsrådenes myndighedsområde, herunder at opgaver som for eksempel det præhospitale område ikke skal være en del af kompetencerne i sundhedsrådene.

Det synes uhensigtsmæssigt, at der er så stort råderum for, at Regionsrådet kan trække opgaver og ansvar ud af Sundhedsrådene. Tillige vil det udvande Sundhedsrådenes mulighed for at skabe sammenhængende sundhed for borgerne, hvis store dele af sundhedstilbuddene ikke får en lokal forankring i sundhedsrådene bla. det præhospitale område. Vi foreslår, at der skal være klare afgrænsninger for hvilke ansvarsområder, der kan trækkes ud af sundhedsrådene og tydelige rammer for, hvordan kommunale politikere kan være med

til at træffe beslutninger om disse.

### **7. Fortsat fagligt og tværsektorielt samarbejde**

Det fremgår af lovforslaget, at sundhedsklyngerne nedlægges, og at sundhedsrådene skal overtage en del af funktionerne.

Vi ønsker at understrege vigtigheden af, at det faglige tværsektorielle samarbejde fortsætter – netop fordi de erfaringer, vi har opnået i sundhedsklyngen, har været med til at løfte indsatsen for en sårbar befolkningsgruppe.

I betjeningen af Sundhedsrådene anbefaler vi, at der etableres mekanismer, som sikrer, at kommunale faglige eksperter fortsat kan bidrage til beslutningsgrundlaget. Tilsvarende anbefaler vi, at der vil være en kommunal administrativ repræsentant til stede ved møderne i Sundhedsrådene, således at der kan bygges bro på tværs af sektorerne. Dette vil være til gavn for både region og kommune samt for borgerne, idet de politiske beslutninger kvalificeres af fagligt funderede og praksisnære erfaringer.

### **Afsluttende bemærkninger**

Afslutningsvist ønsker vi at bemærke, at gode rammer for det politiske såvel som administrative samarbejde er afgørende for at opnå ambitionerne i sundhedsreformen. Vi vil derfor opfordre til, at der foretages en justering af lovgivningen, som foreslået i dette hørings-svar. Det er vores klare overbevisning, at disse justeringsforslag vil styrke mulighederne for omstillingen af den nære sundhed og give bedre muligheder for koordinering og brobygning på tværs af region og kommune – til gavn for borgerne.

Vi stiller os gerne til rådighed for yderligere drøftelser og sparring.

Med venlig hilsen

Allan S. Andersen (A)  
*Borgmester, Tårnby Kommune*

Anders Wolf Andresen (F)  
*Borgmester, Hvidovre Kommune*

Henrik Rasmussen (C)  
*Borgmester, Vallensbæk Kommune*

Kasper Damsgaard (A)  
*Borgmester, Glostrup Kommune*

Kenneth Gøtterup (C)  
*Borgmester, Dragør Kommune*

Sisse Marie Welling (F)  
*Sundheds- og Omsorgsborgmester,  
Københavns Kommune*

Maja Højgaard (A)  
*Borgmester, Brøndby Kommune*

Merete Amdisen (A)  
*Borgmester, Ishøj Kommune*

Michael Ziegler (C)  
*Borgmester, Høje-Taastrup Kommune*

Steen Christiansen (A)  
*Borgmester, Albertslund Kommune*

## Høringssvar vedr. forslag til Lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love (ny regional forvaltningsmodel)

KL takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. forslag til lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love, der er sendt i høring med svar frist den 9. marts 2025. KL har med interesse læst forslaget og har en række generelle bemærkninger samt mere konkrete bemærkninger til lovtekst som fremgår nedenfor.

Høringssvaret er afgivet med forbehold for politisk godkendelse.

### Generelle bemærkninger

Med sundhedsreformen er det politiske ønske at sætte fokus på udviklingen af det nære sundhedsvæsen for at sikre et sundhedsvæsen i balance samt reducere ulighed i sundhed på tværs af landet. Vejen til at opnå disse mål er en omstilling af et samlet sundhedsvæsen, hvor mere sker nært, sygehusene vender sig ud mod borgere, almen praksis og kommuner og et samlet sundhedsvæsen tillige tilgår udviklingen med et mål om at øge forebyggelse og sundhed.

KL er enig i disse mål med sundhedsreformen, hvis vi skal fremtidssikre sundhedsvæsenet og imødekomme borgernes behov for sundhedstilbud i fremtiden. Det er afgørende, at de lovgivninger, der skal udmønte dette politiske ønske om at styrke det nære sundhedsvæsen, også sikrer rammerne for denne ønskede udvikling.

Med reformen oprettes 17 sundhedsråd som skal *"være drivende i omstillingen af sundhedsvæsenet og styrkelsen af det nære sundhedsvæsen."*

Sundhedsrådene *"skal danne rammen om et tæt og forpligtende samarbejde mellem regioner og kommuner om sundhedsopgaverne i et afgrænset geografisk område."* Videre hedder det: *"Sundhedsrådene skal desuden udmønte den betydelige økonomiske ramme i form af en investeringsmotor til nære sundhedsindsatser."* Det understreges endelig, *"at regioner og kommuner begge er betydelige aktører i sundhedsvæsenet."*

Der er stort potentiale i etablering af sundhedsråd med politisk deltagelse af kommuner og regioner. Samtidig er det helt afgørende, at sundhedsrådene sikres rammer, mulighed og kompetencer til at kunne løfte opgaven med omstilling af et samlet sundhedsvæsen og styrkelse af nære sundhedstilbud.

Lovgivningen skal være med til at sikre, at kommunerne får en klar og tydelig indflydelse på, hvordan det nære sundhedsvæsen udvikles, og hvordan en omstilling af et samlet sundhedsvæsen virkeliggøres i tæt samspil med regionerne. Et samspil som skal være baseret på en klar forventning om samarbejde og rammerne til at tage beslutninger mellem

Dato: 7. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00650  
Dok. ID: 3546718

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 1 af 12

sektorerne. Det er efter KL's opfattelse desværre ikke tydeligt beskrevet i lovforslaget. Skal den politiske ambition indfries her er der behov for meget mere tydelighed om sundhedsrådenes opgaver og kompetencer.

For at understøtte tværsektorielt samarbejde og sikre en kommunal indflydelse på den samlede omstilling af sundhedsvæsenet kræver det, at der i lovgivningen sættes tydelige rammer for sundhedsrådenes råderum og myndighedsopgaver.

KL skal derfor opfordre til at følgende emner tydeliggøres i lovforslaget:

1. Den kommunale repræsentation i sundhedsrådene,
2. Arbejdsdelingen mellem regionsråd, forretningsudvalg og sundhedsråd
3. Hvilke kompetencer sundhedsrådene har ift. at være investeringsmotor for udviklingen af det nære sundhedsvæsen – givet at der er afsat 4,4 mia. kr. til udmøntning i sundhedsrådene.
4. Kommunernes muligheder for at komme med input til og drøfte de tværgående opgaver vedr. almen praksis, sygehusplanlægning, socialområdet og specialundervisning, – der henlægges til regionsrådet. Primært med det mål at sikre et samlet blik for en omstilling af hele sundhedsvæsenet, der tilgodeser alle parter's behov.
5. Kommunal, administrativ involvering i sundhedsrådenes arbejde.

Punkterne er uddybet nedenfor.

#### *1. Den kommunale repræsentation*

Der er en række generelle overvejelser ift. den kommunale repræsentation i sundhedsrådene.

Det omhandler bl.a. udpegningen af medlemmerne, hvor den kommunale repræsentation i sundhedsrådene skal fastlægges i styrelsesvedtægten forud for det kommende kommunal valg – senest den 1. november 2025. Og hvor hvervet i kommunalbestyrelsen afgør repræsentation i sundhedsrådene.

Beslutningen er bindende og kan ikke omgøres i forbindelse med konstitueringen af kommunalbestyrelsen efter valget, medmindre kommunalbestyrelsen i løbet af funktionsperioden ændrer på fordelingen af opgaverne i de stående udvalg. KL mener ikke, at den kommunale repræsentation skal fastsættes i kommunens styrelsesvedtægten (se under konkrete bemærkninger).

Endvidere kan kommunalbestyrelserne nok give generelle og vejledende rammer for deres medlem(mer)s virke i sundhedsrådene, men de har ikke instruktionsbeføjelse. Dvs. de kommunale medlemmer er ikke bundet af evt. drøftelser/ønsker fra den kommunalbestyrelse, de repræsenterer. Det giver en uklarhed ift. hvad/hvem det egentlig er, man repræsenterer og i sidste ende står til ansvar for. I den forbindelse bemærkes, at det ikke er omtalt i hvilket omfang materiale fra sundhedsrådene af den kommunal repræsentant må deles med kommunen. For at sikre kommunen reel mulighed for indsigt i sundhedsrådets arbejde samt mulighed for at fastsætte generelle og vejledende rammer for deres medlemmer i sundhedsrådet, finder KL det afgørende, at information om alle sager i sundhedsrådet – uanset indhold – frit kan deles med kommunen. Det må tilsvarende

Dato: 7. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00650

Dok. ID: 3546718

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 2 af 12

indebære, at kommunen kan kræve, at medlemmet videregiver sådan ønsket information, og at medlemmet i en sådan situation ikke dermed vil tilsidesætte sin tavshedspligt.

Samtidig fremgår det ikke tydeligt, hvordan beslutninger truffet i sundhedsrådene skal håndteres i kommunalbestyrelserne. Skal kommunalbestyrelserne gennemføre sundhedsrådenes beslutninger 1:1 eller hvordan tænkes dette forhold konkret udfoldet. Dette særligt henset til, at der er bundet en markant økonomi i sundhedsrådene.

## 2. Arbejdsdeling mellem sundhedsråd og regionsråd.

Arbejdsdelingen mellem sundhedsråd og regionsråd er uklar. Sundhedsrådene er en ny konstruktion, hvor et stående udvalg i regionen har eksterne medlemmer fra de stedlige kommunalbestyrelser. Rådene er etableret således for at sikre et entydigt myndighedsansvar placeret hos regionen. Det fremgår således at "udvalgene i enhver henseende vil være undergivet regionsrådets beslutninger, og at regionsrådet altid vil kunne tage en sag op til behandling og træffe beslutning, medmindre andet er fastsat i lovgivningen. Udvalgene vil dermed ikke være tillagt selvstændig kompetence og det vil være regionsrådet, der i overensstemmelse med gældende ret vil have det endelige ansvar for beslutninger, der træffes i udvalgene, medmindre andet fastsættes i lovgivningen."

Det fremgår af reformaftalen, at sundhedsrådene på regionsrådets vegne og regionsrådets ansvar varetager den umiddelbare forvaltning af regionernes sundhedsopgaver inden for et afgrænset geografisk område. Det indebærer det umiddelbare politiske ansvar for strategi og planlægning af driften af sygehuse, lokal planlægning af almenmedicinske tilbud og praksissektor samt de sundhedsopgaver, som flyttes fra kommunerne. Det gælder akutsygepleje, patientrettet forebyggelse, specialiseret rehabilitering og dele af genoptræningen på avanceret niveau samt midlertidige ophold på nye regionale sundheds- og omsorgspladser. Sundhedsrådene får også det umiddelbare ansvar for regionens opgaver på socialområdet.

Af lovforslaget fremgår der imidlertid ikke en nærmere beskrivelse af sundhedsrådenes opgaver. Det fastslås dog, at den nærmere afgrænsning af sundhedsrådenes myndighedsområde skal fastlægges i styrelsesvedtægten, ligesom der vil være en vis begrænsning på regionsrådets mulighed for at indskrænke udvalgenes kompetencer. Sidstnævnte er dog heller ikke beskrevet nærmere.

Samtidig tillægges regionsrådet/forretningsudvalget driftsansvaret for tværgående opgaver. Her nævnes fx det præhospitale område, der forudsættes at have sammenhæng til akutsygepleje og hjemmebehandlingsteams – som tilrettelægges i sundhedsrådene. Yderligere fremhæves fastsættelse af overordnede rammer for udbygning og udvikling af det almenmedicinske tilbud – som har afgørende betydning for omstillingen af et samlet sundhedsvæsen – der igen også varetages i sundhedsrådene.

Der vil være behov for en nærmere beskrivelse af snitfladerne mellem sundhedsråd og regionsråd/forretningsudvalg. Herunder rammer der sikrer, at sundhedsrådene reelt har rum og kompetencer til at drive udvikling og

Dato: 7. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00650

Dok. ID: 3546718

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 3 af 12

omstilling i lokalområdet, som reformen lægger op til. KL skal bemærke, at sundhedsrådene adskiller sig markant fra stående udvalg i styrelsesloven i og med, at de kommunale repræsentanter i sundhedsrådene ikke har sæde i regionsrådet. Det indebærer efter KL's opfattelse, at der er andre og meget snævrere grænser for, hvor mange sager der indenfor sundhedsrådenes sagsområde kan behandles i regionsrådet uden at dette vil medføre en udhuling af sundhedsrådenes opgave portefølje og dermed en tilsidesættelse af intentionen med loven.

### 3. Sundhedsrådene som investeringsmotor

Sundhedsrådene tillægges rollen som investeringsmotor til de nære sundhedsindsatser. I reformen er det beskrevet således, at sundhedsrådene får økonomi og beslutningskompetence til at skabe flere tilbud tæt på borgerne. Der er afsat en økonomisk ramme på i alt 4,4 mia. kr. frem mod 2030, der skal understøtte, at sundhedsrådene kan prioritere at udbygge det nære sundhedsvæsen. Her af afsættes i alt 2,4 mia. kr. målrettet nære sundhedsindsatser i regionerne, herunder flere læger frem mod 2030. Og der afsættes i alt 2,0 mia. kr. målrettet nære sundhedsindsatser i kommunerne. Regionerne er ansvarlige for at sikre en prioritering og fordeling af økonomi inden for regionen og mellem sundhedsrådene.

På den ene side beskrives det 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 uklart beskrevet i lovforslaget, hvilket er uhensigtsmæssigt. Særligt henset til en klar arbejdsdeling mellem sundhedsråd og regionsråd og en klar sammenhæng mellem beslutninger truffet i sundhedsrådene og kommunalbestyrelsernes håndtering heraf som en selvstændig myndighed. Håndteringen heraf bør tydeliggøres, så lovgivningen sikrer den ønskede prioritering af det nære sundhedsvæsen.

Den regionale standsningsret i sundhedsrådene kan endvidere medføre en begrænsning i sundhedsrådenes mulighedsrum for at tage beslutninger i fællesskab. Hvilket koblet med regionsrådsmedlemmernes initiativret i regionsrådet betyder, at de kommunale repræsentanternes mulighed for indflydelse på udviklingen af de nære kommunale sundhedsindsatser yderligere begrænses.

### 4. Den kommunale stemme i de tværgående opgaver og den samlede udvikling af sundhedsvæsenet

Med lovforslaget nedlægges de hidtidige regionale-kommunale samarbejdsfora som Sundhedssamarbejdsudvalget og Kommunekontaktudvalget, ligesom sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis bortfalder. Hermed fjernes også den formelle ramme for en kommunal-regional dialog på tværs af regionen. Fx være ift. regionernes overordnede fastsættelse af rammer for sundheds- og socialområderne samt varetagelse af tværgående opgaver og planlægning for almen medicinske tilbud.

Dato: 7. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00650

Dok. ID: 3546718

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 4 af 12



Eksempelvis er der en tæt sammenhæng mellem almen praksis og de kommunale sundhedsfunktioner, herunder syge- og hjemmepleje og plejehjem. Det er ikke vurderingen, at sundhedsrådenes ansvar omkring de almen medicinske tilbud alene er tilstrækkeligt til at sikre sammenhængen mellem de almenmedicinske og kommunale sundhedsopgaver. Det vil således være afgørende, at kommunerne også har mulighed for at indgå i en dialog med regionsrådet om rammerne for det almen 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.

5. *Kommunal, administrativ involvering i sundhedsrådenes arbejde*  
Lovforslaget indebærer, at sundhedsrådene etableres som stående udvalg i regionalt regi og overvejende med de samme rammer, som gælder for kommunale, stående udvalg. I og med sundhedsrådene også *"skal danne rammen om et tæt og forpligtende samarbejde mellem regioner og kommuner om sundhedsopgaverne"*, er det afgørende med et tæt samarbejde, ikke kun på det politiske, men også på det administrative og faglige niveau.

KL finder derfor, at der er behov for bestemmelser, som forpligter regionerne til at inddrage kommunernes administrative og faglige niveauer i forberedelsen af rådernes arbejde. Udvalgsmøder er lukkede, men der åbnes i styrelsesloven op for at enkelte embedsmænd fra forvaltningen (regionen) kan være til stede. Kommunale embedsmænd bør på lige fod, og med de samme begrænsninger som regionale embedsmænd, kunne deltage i sundhedsrådenes møder. Igen skal KL bemærke, at sundhedsrådene adskiller sig markant fra stående udvalg i styrelsesloven, hvilket loven skal tage højde for.

#### *Nedlæggelse af den kommunal medfinansiering*

KL konstaterer, at den kommunale medfinansiering (KMF) nedlægges. Nedlæggelsen af KMF er i tråd med aftale om sundhedsreform 2024.

KL mener, at det er positivt, at de byrdefordelingsmæssige konsekvenser af nedlæggelsen af KMF håndteres i en overgangsordning.

#### **Konkrete bemærkninger til lovforslaget**

Bemærkninger til lovforslagets § 1, nr. 8:

- Den foreslåede § 11, stk. 1, nr. 4, litra b i regionsloven:  
Det fremgår af den foreslåede § 11, stk. 1, nr. 4, litra b, at regionsrådet yder godtgørelse og bistand efter styrelseslovens § 8a og § 16, stk. 12, til kommunalt udpegede medlemmer af sundhedsrådet.

Brug af ordet *"bistand"* i bestemmelsen har ikke umiddelbart sammenhæng med styrelseslovens § 8a eller § 16, stk. 12. I den forbindelse savner KL en beskrivelse i lovforslaget af, hvilken betjening og/eller bistand, de kommunalt udpegede medlemmer af sundhedsrådet har krav på fra regionen. Det fremgår af regionslovens § 10, stk. 2, at bl.a. kommunestyrelseslovens § 8, stk. 6, finder tilsvarende anvendelse. Det er

Dato: 7. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00650

Dok. ID: 3546718

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 5 af 12

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

Endvidere bemærkes, 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.

Dato: 7. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00650

Dok. ID: 3546718

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 6 af 12

- Den foreslåede § 11, stk. 2 i regionsloven:  
Det fremgår af den foreslåede § 11, stk. 2, at medlemmer af sundhedsrådene modtager vederlag.

Det fremgår imidlertid af pkt. 3.1.11.3. (s. 121 i lovforslaget) i de almindelige bemærkninger, at *"Kommunale repræsentanter, der i forvejen er aflønnet af kommunen svarende til en fuldtidsstilling, f.eks. en borgmester eller en rådmænd, vil dog ikke modtage særskilt vederlag for at repræsentere kommunen i sundhedsrådene."*

Det fremgår modsat ikke af de specielle bemærkninger til § 11, stk. 2, at borgmestre eller rådmænd – i modsætning til en udvalgsformand i en udvalgsstyret kommune – ikke modtager vederlag for deres post i sundhedsrådene.

KL skal foreslå, at alle medlemmerne af sundhedsrådene - også borgmestre og rådmænd - kan få vederlag for deres arbejde i sundhedsrådene. Dette følger efter KLs opfattelse allerede af ordlyden af lovtæksten, men vil kræve en tilretning af de almindelige bemærkninger til lovforslaget.

- Den foreslåede § 11, stk. 4 i regionsloven:  
Det fremgår af lovforslagets § 11, stk. 4, at regionsrådet kan beslutte at yde erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste til medlemmer af regionsrådet.

Det fremgår imidlertid hverken af lovtæksten eller af bemærkningerne, om udvalgsformænd i udvalgsstyrede kommuner, som er kommunale repræsentanter i sundhedsrådene kan modtage erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste fra regionen. Dette bør de efter KLs opfattelse have mulighed for. Borgmestre og rådmænd vil efter de kommunale vederlagsregler være udelukket fra at vælge tabt arbejdsfortjeneste.

Bemærkninger til lovforslagets § 1, nr. 15:

- Den foreslåede § 14 d, stk. 1 i regionsloven:  
Det fremgår af pkt. 3.1.9.3.2. (s. 87 i lovforslaget) og af de specielle bemærkninger til § 14 d (s. 236 i lovforslaget), at *"kommunale medlemmer vil endvidere ikke have sagsindsigt i sagsmateriale, der i endelig form foreligger i regionens administration"*.

KL skal i den forbindelse bemærke, at kommunale repræsentanter på samme måde som de regionale repræsentanter står til ansvar for

beslutninger truffet i sundhedsrådene (jf. lovforslagets bestemmelser om Ankestyrelses tilsyn og reaktionsmuligheder), men at de kommunale repræsentanter ikke i samme omfang som de regionale repræsentanter har de rettigheder, herunder i forhold til sagsindsigt, som gør det muligt at løfte ansvaret. Det er KL's opfattelse, at de kommunale repræsentanter skal have adgang til sagsindsigt på lige fod med de regionale repræsentanter.

KL noterer sig, at der i lovforslaget lægges op til, at sundhedsrådets formand eller 1/3 af sundhedsrådets regionsmedlemmer kan standse en sag i sundhedsrådet, der herefter skal afgøres endeligt af regionsrådet. Tilsvarende kan (øvrige regionsrådsmedlemmer) bringe en sag, som henhører under sundhedsrådet, op i regionsrådet i medfør af initiativretten. I begge situationer vil de kommunalt udpegede medlemmer af sundhedsrådet dels miste indflydelse på sagen, dels ikke have samme adgang til oplysninger om sagens videre forløb, som sundhedsrådets regionsmedlemmer. KL ønsker dette ændret.

- Den foreslåede § 14 h, § 14 i, § 14 j og § 14 k i regionsloven (om beslutninger i styrelsesvedtægten):  
I forhold til kommunernes styrelsesvedtægt antages almindeligvis, at det kun er regler af mere generel og fast karakter vedrørende den overordnede styrelse af kommunen, der skal optages i styrelsesvedtægten. Kommunens udpegning af repræsentanter til diverse bestyrelser, råd og nævn skal således ikke indarbejdes i kommunens styrelsesvedtægt. Det vil derfor være en uhensigtsmæssig nyskabelse, at kommunens valg af repræsentanter til sundhedsrådene skal indarbejdes i kommunens styrelsesvedtægt.

KL finder de foreslåede regler om fastsættelse af disse forhold i kommunernes styrelsesvedtægt unødigt bureaukratisk og en unødigt detailstyring af kommunernes interne forhold og ønsker bestemmelsen bortfalder. KL skal foreslå, at det bliver tilstrækkeligt, at kommunalbestyrelsen træffer beslutningen i et møde.

Såfremt det fastholdes, at valg af kommunale repræsentanter i sundhedsrådene skal fremgå af kommunernes 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.

Fastholder ministeriet den foreslåede formulering, har KL følgende bemærkninger:

Det følger af lovforslagets § 14 h, stk. 1, at en kommunalbestyrelse i en kommune med under 80.000 indbyggere senest den 1. november inden kommunalvalget skal have skrevet ind i kommunens styrelsesvedtægt, om det er borgmesteren eller en udvalgsformand, som skal repræsentere kommunen i sundhedsrådet.

Det er KL's forståelse, at det vil være tilstrækkeligt, hvis kommunalbestyrelsen i styrelsesvedtægten beslutter inden d. 1. november, at det kommunale medlem i sundhedsrådet er enten

Dato: 7. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00650

Dok. ID: 3546718

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

[www.kl.dk](http://www.kl.dk)  
Side 7 af 12

borgmesteren eller en udvalgsformand - uden at præcisere, hvilken udvalgsformand. Dette indebærer, at kommunalbestyrelsen senere, men inden det konstituerende møde, træffer beslutning i styrelsesvedtægten om, hvilken udvalgsformand der skal repræsentere kommunen i sundhedsrådet.

Tilsvarende gælder for de mellemstore og store kommuner.

Ligeledes er det KL's forståelse, at hvis kommunalbestyrelsens beslutning efter § 14h, stk. 1, er specifik, således, at det f.eks. besluttet, at det er formanden for kommunens sundhedsudvalg, så kan dette ændres i forbindelse med en ændring af udvalgsstrukturen, f.eks. til formanden for ældre- og omsorgsudvalget, efter den 1. november, men inden det konstituerende møde.

- Den foreslåede § 14 k, stk. 1 og 3, i regionsloven:  
Det fremgår af lovforslagets § 14 k, at kommunalbestyrelsens beslutning om, hvem der skal repræsentere kommunen i sundhedsrådet, er bindende for den kommende funktionsperiode, dog således at der kan træffes fornyet beslutning om, hvilken udvalgsformand, der skal repræsentere kommunen, hvis der i perioden sker ændringer af fordeling af udvalgenes opgaveområder.

Det er KL's vurdering, at der kan være behov for også at tage højde for det ønske, der kan være om, at hvervet som kommunens repræsentant i starten af en funktionsperiode varetages af borgmesteren, mens det senere i funktionsperioden kan være mere hensigtsmæssigt, at en udvalgsformand, der varetager hvervet – eller omvendt.

Det er KL's vurdering, at et sådant ønske også kan opstå i mellemstore og store kommuner, der skal have flere repræsentanter, jf. lovforslagets § 14 i og J.

- Den foreslåede § 14 l i regionsloven:  
Det fremgår af lovforslagets § 14 l, at kommunalbestyrelsen ikke vil have adgang til at udøve instruktionsbeføjelser over for et medlem af sundhedsrådet.

Det fremgår af de specielle bemærkninger til bestemmelse, at *"kommunalbestyrelsen vil kunne vedtage generelle og vejledende rammer for medlemmets virke i sundhedsrådet. Såfremt det kommunale medlem i henhold til kommunens styrelsesvedtægt er formanden for et stående udvalg, vil det pågældende udvalg endvidere kunne vedtage generelle og vejledende rammer for dets formands virke i sundhedsrådet. Medlemmet af sundhedsrådet vil dog ikke være bundet heraf."*

Lovforslaget omtaler imidlertid hverken spørgsmålet om den kommunale repræsentants evt. tavshedspligt eller spørgsmålet om vedkommendes ret og/eller pligt til at videregive oplysninger om sager i sundhedsrådet til kommunen, herunder med henblik på, at kommunalbestyrelsen/udvalget kan fastsætte de ovenfor omtalte generelle og vejledende rammer for medlemmets virke i sundhedsrådet. Der henvises til de generelle bemærkning ovenfor.

Dato: 7. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00650

Dok. ID: 3546718

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 8 af 12

Dato: 7. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00650

Dok. ID: 3546718

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 9 af 12

I forlængelse af bemærkningernes omtale af mulighederne for at fastsætte generelle og vejledende rammer for medlemmets virke i sundhedsrådet omtales muligheden for at afsætte formanden for det stående udvalg (og dermed også vedkommende repræsentant i sundhedsrådet, såfremt kommunen har valgt dette). Det bemærkes i den forbindelse, at dette ikke er en mulighed i kommuner med særlige styreformer (delt administrativ ledelse samt magistratsstyre) (København, Aarhus, Aalborg og Odense), og at der derfor for de pågældende kommuner må fastsættes andre styringsmekanismer for virket i sundhedsrådet.

- Den foreslåede § 14 m, stk. 1 i regionsloven:  
Det fremgår af lovforslagets § 14 m, stk. 1, at et kommunalt medlem af et andet sundhedsråd kan deltage i sundhedsrådets møder som observatør.

Det fremgår af bemærkningerne til bestemmelsen, at med "deltage" vil skulle forstås, at en observatør vil kunne være med i hele mødet, dvs. både i forhandlingerne og evt. afstemninger. Observatøren vil desuden have ret til at få ordet, ret til at få afvigende mening ført til protokols og ret til at få tilsendt materiale til sundhedsrådets møder. Observatøren har dog ikke stemmeret.

KL gør opmærksom på, at der må være tale om en fejl, når der står, at observatøren kan få sin afvigende mening ført til protokols. Hvis observatøren ikke har stemmeret, kan observatøren per definition ikke have en afvigende mening.

- Den foreslåede § 14 n i regionsloven:  
Det fremgår af lovforslagets § 14 n, at alle medlemmer af sundhedsrådet har initiativret i forhold til at få sager på dagsordenen for møder i sundhedsrådet.

Det fremgår både af de almindelige og specielle bemærkninger, at *"bestemmelsen vil skulle forstås i overensstemmelse med regionslovens § 12, stk. 1, jf. § 11, stk. 1, 1. pkt., i lov om kommunernes styrelse, om initiativret i regionsrådet. Det vil blandt andet indebære, at medlemmet vil have ret til at få en sag optaget på udkastet til dagsordenen til et udvalgs møde, men det vil være sundhedsrådet, der vil skulle beslutte ved stemmeflertal, om sagen vil skulle optages på den endelige dagsorden for mødet."*

Det er KL's forståelse, at et medlem i medfør af initiativretten efter gældende ret vil have ret til at få et rettidigt (og lovligt) forslag om kommunens anliggender optaget på den endelige dagsorden, og således ikke vil være op til et flertal i kommunalbestyrelsen at beslutte om sagen skal på den endelige dagsorden. I overensstemmelse hermed vil det således ikke være op til et flertal i sundhedsrådet at beslutte, om sagen skal optages på den endelige dagsorden for mødet i sundhedsrådet.

- Den foreslåede § 14 p, stk. 1 i regionsloven:  
Det fremgår af forslaget § 14 p, stk. 1, at det er sundhedsrådets formand som beslutter, om der skal indkaldes stedfortræder for et medlem af

sundhedsrådet, som har forfald i mindst 1 måned – både de regionale og kommunale medlemmer.

Dette fraviger bestemmelsen i styrelseslovens § 28, stk. 2, hvorefter det er gruppen, som kan vælge at indkalde en stedfortræder i et stående udvalg i kommunen.

Det fremgår af pkt. 3.1.9.2. (s. 80 i lovforslaget) i de almindelige bemærkninger til forslaget, at *"kommunale medlemmer af et sundhedsråd vil ifølge aftalen ikke udvælges af en gruppe inden for regionsrådet, men vil være medlem af sundhedsrådet i kraft af, at de varetager det hverv, som kommunalbestyrelsen har angivet i kommunens styrelsesvedtægt. De kommunale medlemmer vil derfor ikke være omfattet af de almindelige regler for indtræden af stedfortræder i tilfælde af et udvalgsmedlems forfald."*

Det er KL's opfattelse, at det er uhensigtsmæssigt, at det er formanden for sundhedsrådet, som beslutter, om der skal indkaldes en stedfortræder ved et medlems fravær på over 1 måned. Det er KL's opfattelse, at det bør være obligatorisk, at der indkaldes en stedfortræder ved et medlems fravær op over 1 måned. Tilsvarende gælder, hvor regionsrådet i medfør af den foreslåede § 14 p, stk. 2 og 3, i styrelsesvedtægten har truffet beslutning om stedfortræderindkaldelse ved lovligt forfald på under 1 måned og i tilfælde af inhabilitet.

Det er KL's opfattelse, at spørgsmålet om, hvad der udgør "lovligt forfald", bør fremgå tydeligt af bemærkningerne.

Endelig bemærker KL, at der for så vidt angår valg af stedfortræder i den foreslåede § 14p stk. 6, er lagt op til, at det i styrelsesvedtægten skal fastsættes for hvert kommunale medlem, hvilket hverv i kommunen som stedfortræderen eller stedfortræderne skal varetage. Det bemærkes, at ikke alle kommuner har næstformænd i de stående udvalg. Det bør fremgå, hvem der i givet fald kan varetage hvervet som stedfortræder, herunder om det kan være et menigt medlem af udvalget.

- Den foreslåede § 15, stk. 5, litra b i regionsloven:

Generel inhabilitet

Det fremgår af lovforslagets § 15, stk. 5, litra b, at styrelseslovens § 29, stk. 1, 2 og 5, litra a, finder anvendelse for sundhedsrådene.

Henvisningen til styrelseslovens § 29, stk. 1, indebærer, at et kommunalt medlem af et sundhedsråd ikke må indgå økonomisk aftale med den del af regionens forvaltning, som henhører under sundhedsrådet, uden efter forudgået offentlig licitation.

Henvisningen til styrelseslovens § 29, stk. 2, indebærer, at (kommunalt) medlemskab af et sundhedsråd vil være udelukket for regionalt ansatte, der overfor sundhedsrådet er umiddelbart ansvarlige for ledelsen af et forvaltningsområde eller ansatte, der i øvrigt har ledende administrative funktioner inden for et forvaltningsområde, der henhører under udvalget.

Dato: 7. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00650

Dok. ID: 3546718

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 10 af 12

I en kommunal kontekst indebærer det, at direktører, forvaltningschefer inden for et stående udvalgs område, fx kultur- og fritidsdirektør, socialdirektør, teknik- og miljødirektør vil anses som "umiddelbart ansvarlige for ledelsen af et forvaltningsområde". Mellemledere inden for stående udvalgs område (fx sekretariatschefer, afdelingsledere, institutionsledere – både kommunale og selvejende med driftsoverenskomst) vil anses for at have ledende administrative funktioner inden for et forvaltningsområde, der henhører under udvalget.

Det er KL's opfattelse, at det bør præciseres med konkrete eksempler i bemærkningerne til bestemmelsen, hvilke ansatte i regionen, som er udelukket fra at være kommunale repræsentanter i sundhedsrådene.

Henvisningen til styrelseslovens § 29, stk. 5, litra a, indebærer, at (kommunalt) medlemskab af et sundhedsråd vil være udelukket for et medlem, som lever i ægteskab eller i et forhold, der kan ligestilles med ægteskab med en person, som er regionalt ansat og som er umiddelbart ansvarlige for ledelsen af et forvaltningsområde, og som selv ville være udelukket fra medlemskab af sundhedsrådet i medfør af styrelseslovens § 29, stk. 2, litra a.

I en kommunal kontekst indebærer det, at ægtefæller m.v. til direktører, forvaltningschefer inden for et stående udvalgs område, fx kultur- og fritidsdirektør, socialdirektør, teknik- og miljødirektør vil være udelukket fra medlemskab af det pågældende stående udvalg.

Det er KL's opfattelse, at det bør præciseres med konkrete eksempler i bemærkningerne til bestemmelsen, hvilke personers regionale ansættelse indebærer, at deres ægtefæller m.v. er udelukket fra at være kommunale repræsentanter i sundhedsrådene.

#### Speciel inhabilitet

KL har noteret sig, at det et par steder i udkast til forarbejder er anført "overvejelser om inhabilitet", uden at det nærmere fremgår, hvad overvejelserne tager sigte på. KL bemærker i den forbindelse, at det er KL's vurdering, at "den kommunalretlige modifikation" finder anvendelse – dvs. at kommunens medlem(mer) af sundhedsrådet i udgangspunktet ikke vil være inhabile i forbindelse med kommunalbestyrelsens behandling af sager vedrørende sundhedsrådet.

#### *Ønske om yderligere mulighed for at smidiggøre samarbejde om borgerne på tværs af sektorer*

Aftalen om sundhedsreformen fra november 2024 ønsker at sikre et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen præget af lighed, nærhed og en bæredygtig organisering.

Dette lægger således bl.a. op til et tættere samarbejde mellem kommuner og regioner netop med henblik på at smidiggøre og sikre sammenhængende patientforløb, først og fremmest til gavn for borger og patienter, men også for at opnå et ressourcebesparende og økonomisk mere effektivt sundhedsvæsenet.

Dato: 7. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00650

Dok. ID: 3546718

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 11 af 12



Det er vurderingen, at nye ændringsbestemmelser i lovgivningen er nødvendige for, at kommunerne og regionerne kan opfylde intentionerne i sundhedsreformen. Helt overordnet efterspørges en regulering, der giver mulighed for følgende:

- Kommuner og regioner skal indbyrdes kunne aftale at løse patientrelaterede opgaver for hinanden af hensyn til det gode, sammenhængende patientforløb for patienter, som behandles i eget hjem. Konkret skal man kunne benytte/trække på hinandens administrative setup (indkøbssystemer, fælles varesortiment, lager og logistik samt fakturahåndtering) og faglige setup (læger, andre sundhedsfaglige personer, patientsystemer) til betjening af regionens/kommunens hjemmepatienter. Ydelserne afregnes mellem parterne, så omkostningerne dækkes. Ansvar for opgaven overdrages ikke mellem parterne.

Det vurderes, at ovenstående vil fordre et gennemsyn af bl.a. regionsloven, sundhedsloven, lov om kommuners og regioners udførelse af opgaver for andre offentlige myndigheder mv.

Dato: 7. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00650

Dok. ID: 3546718

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

[www.kl.dk](http://www.kl.dk)  
Side 12 af 12



---

**Til:** Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk), komret@im.dk (komret@im.dk), Hans B Thomsen (hbt@im.dk)  
**Cc:** Mads Barfod (MADB@lnaevn.dk)  
**Fra:** Kommunernes Lønningsnævn (kln@lnaevn.dk)  
**Titel:** Høringssvar - Kommunernes Lønningsnævn (ingen bemærkninger) til overgangslov + LF Forvaltningsmodel  
**E-mailtitel:** Svar vedr. offentlig høring af forslag med relation til ny sundhedsstruktur  
**Sendt:** 14-03-2025 21:03

**[EKSTERN E-MAIL]** Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.  
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Att.: [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk); [komret@im.dk](mailto:komret@im.dk); [hbt@im.dk](mailto:hbt@im.dk)

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet,

Kommunernes Lønningsnævn har modtaget udkast til lovforslag med relation til ny sundhedsstruktur. Ministeriet har i den forbindelse anmodet at måtte modtage eventuelle bemærkninger.

Det drejer sig for det første om udkast til lov om en ny regional forvaltningsmodel m.v., dvs. ændring af regionsloven og forskellige andre love. For det andet omhandler det udkast til lov om overgangen til en ny sundhedsstruktur (overgangsloven).

Lovforslagene er modtaget den 17. februar 2025 og for overgangslovens vedkommende i en eftersendt udgave den 21. februar 2025.

Der er tale om forholdsvis omfattende lovforslag.

Kommunernes Lønningsnævn takker for muligheden for at fremkomme med bemærkninger.

Kommunernes Lønningsnævn har behandlet lovforslagsudkastene på det seneste møde i nævnet afholdt den 12. marts 2025. Kommunernes Lønningsnævn vil hermed tilkendegive, at Nævnet efter behandlingen ikke har bemærkninger, herunder om ændringer, til de fremsendte udkast til lovforslag.

Vi beklager, at høringsfristen for de førstnævnte lovforslag er overskredet. Det gælder dog ikke for overgangsloven.

Med venlig hilsen

Niels Jørgen Mau Pedersen  
Sekretariatschef

**KOMMUNERNES LØNNINGSNÆVN**

Weidekampsgade 10  
2300 København S  
Tlf. 3388 8050  
[www.lnaevn.dk](http://www.lnaevn.dk)

4. marts 2025

Patientstøtte & Frivillig Indsats

Kvalitet & Udvikling

Strandboulevarden 49  
2100 København Ø

Tlf +45 35 25 75 00

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Mail til:

Sum@sum.dk med kopi til komret@im.dk og emkr@sum.dk

[www.cancer.dk](http://www.cancer.dk)

UNDER PROTEKTION AF  
HENDES MAJESTÆT DRONNINGEN

## Kræftens Bekæmpelses høringssvar vedrørende udkast til forslag til lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love

Kræftens Bekæmpelse takker for muligheden for at kommentere udkast til forslag til "lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love." Kræftens Bekæmpelse har valgt at fokusere på patientinddragelse i lovforslaget, og høringssvaret afspejler derfor denne prioritering.

Kræftens Bekæmpelse støtter, at der fortsat er patient- og pårørendeudvalg i regionerne, men rammerne for inddragelse og udvalgets rolle er uklar i lovforslaget. Erfaringerne viser, at patienter og pårørendes viden er afgørende for at udvikle og forbedre sundhedsvæsenet, så brugernes ønsker og behov bliver imødekommet. Men erfaringerne fra de nuværende patientinddragelsesudvalg viser også, at klare rammer og målrettede processer er nødvendige, hvis brugerperspektivet skal have betydning i udviklingsprocesser.

Derfor bør rammerne for patient- og pårørendeudvalget præciseres i lovforslaget og nyaffattelsen af hjemmelen om patient- og pårørendeudvalg. Det må i den forbindelse være ambitionen, at udvalget ikke får karakter af værende et "kontaktudvalg", men at brugernes værdifulde viden i løbende dialog med de 17 sundhedsråd bliver anvendt til reel udvikling af sundhedsvæsenet.

Kræftens Bekæmpelse har følgende uddybende bemærkninger til høringen:

### Lovforslaget, den foreslåede ordning og patientinddragelsesudvalg

Det fremgår bl.a. af lovforslaget 5. § 204 a; bemærkninger til "3.5.1.3. Den foreslåede ordning" og til § 4 til nr. 5 om patientinddragelsesudvalg, at der i hver region etableres et udvalg med karakter af kontaktudvalg, og at udvalget skal inddrages i forbindelse med større politiske planer som sundhedsrådenes nærsundhedsplan. Følgende fremgår af lovforslaget:

- Lovforslaget 5. § 204 a, s. 18: (...) *der i hver region etableres et patient- og pårørendeudvalg med karakter af kontaktudvalg, som skal understøtte en systematisk inddragelse af patienternes og pårørendes perspektiver bl.a. i forbindelse med udarbejdelse af større politiske planer i regionen, herunder sundhedsrådenes nærsundhedsplaner.*"
- Bemærkninger til "3.5.1.3. Den foreslåede ordning", s. 170-171: "*(...) aftalepartierne er enige om, at der i hver region etableres et patient- og pårørendeudvalg med karakter af kontaktudvalg, som skal understøtte en systematisk inddragelse af patienternes og pårørendes perspektiver bl.a. i forbindelse med udarbejdelse af større politiske planer i regionen, herunder sundhedsrådenes nærsundhedsplaner.*"

- Til § 4, til nr. 5, patientinddragelsesudvalg, s. 314-315: "(...) der i hver region nedsættes et patient- og pårørendeudvalg, som regionsrådet systematisk inddrager i deres drøftelser i forbindelse med større, planlægningsmæssige beslutninger. Patient- og pårørendeudvalgene skal også inddrages i forbindelse med sundhedsrådenes nærsundhedsplaner." Der står dog også, at: Sundhedsrådene kan lokalt og efter behov inddrage patient- og pårørendeudvalgene i drøftelser af yderligere planer og indsatser. Hertil kommer, at sundhedsrådene også lokalt vil kunne nedsætte et patient- og pårørendeudvalg og/eller arbejdsgrupper, som f.eks. nedsættes med henblik på udveksling og oplysninger og synspunkter med repræsentanter for borgere, foreninger, institutioner m.v."

Kræftens Bekæmpelses holdning er, at patienten er ekspert i eget liv, og hvis sundhedsvæsenet for alvor skal indrettes efter patienterne, er det centralt, at patienter og pårørende systematisk involveres i de beslutninger, der træffes.

Derfor er det bekymrende, at patienter og pårørendes perspektiver kun skal inddrages som fast praksis i forbindelse med udarbejdelse af større politiske planer som sundhedsrådenes nærsundhedsplaner, samt at patient- og pårørendeudvalget får karakter af kontaktudvalg. For at sikre, at sundhedsrådenes beslutninger reelt afspejler brugerperspektivet, er det nødvendigt at etablere en fast struktur, der fremmer en tidlig og vedvarende dialog, og som også understøtter systematisk inddragelse i regionens øvrige arbejde. Det opfordres derfor til, at loven stiller klare krav til rammerne for samarbejdet med brugerne i sundhedsrådene, og at brugerne får en central rolle som rådgivere, der kan være med til at kvalificere beslutninger i sundhedsvæsenet.

### **Nyaffattelse af hjemmel til patientinddragelsesudvalgene**

Der står i lovforslaget til § 21, s. 352, at: "Forslaget vil indebære, at den eksisterende hjemmel til patientinddragelsesudvalgene nyaffattes, dels da den er indeholdt i samme bestemmelse som sundhedssamarbejdsudvalgene, som ophæves, og dels da det er hensigtsmæssigt at etablere ny hjemmel til inddragelse af patienter og pårørende i forhold til ny forvaltningsstruktur".

Kræftens Bekæmpelse vil i forbindelse med nyaffattelsen af hjemmelen til patient- og pårørendeudvalgene anbefale, at antallet af medlemmer i patient- og pårørendeudvalget øges fra de nuværende 8 medlemmer til eksempelvis 15-20 medlemmer. De nuværende patientinddragelsesudvalg er allerede sårbare i forhold til antal medlemmer. Herudover får de kommende sundhedsråd en større rolle i sundhedsvæsenet end de nuværende sundhedsklynger. Det vil derfor kræve et større og mere robust udvalg i hver region, som kan sikre og koordinere indsatser i forhold til patient- og pårørendeinddragelsen på tværs af regionens sundhedsråd. Det vil derudover være velset, hvis udvalget kan få en observatørpost i hvert sundhedsråd.

Et godt samarbejde kræver, at der er et klart og defineret mål med inddragelsen, og at der tilrettelægges en proces, som sikrer reel mulighed for, at brugerne kan byde ind med deres viden, og at brugernes viden bliver anvendt på en for alle parter meningsfuld måde i samarbejdet. Derfor skal medlemmer af både sundhedsråd og patient- og pårørenderåd klædes på til og understøttes i samarbejdet. Det vil både styrke samarbejdet og forløse potentialet i inddragelse af brugernes viden og erfaringer mest effektivt. Patient- og pårørenderrepræsentanter bør derfor tilbydes et uddannelsesprogram og støttes i rollen, så de er bedst muligt rustet til at sætte brugernes perspektiv i spil i sundhedsrådene. Medlemmerne af sundhedsrådene kan omvendt blive klædt på, så de understøttes bedst muligt i at få mest muligt ud af brugernes viden.



Derudover bør der være en fast kontaktperson mellem de enkelte sundhedsråd og regionens patient- og pårørendeudvalg, der sikrer den nødvendige koordinering og overlevering af relevant viden.

### **Konsekvent benævnelse af Patientinddragelsesudvalg/Patient- og pårørendeudvalg**

Endelig veksles i lovforslaget mellem benævnelsen Patientinddragelsesudvalg og Patient- og pårørendeudvalg. Kræftens Bekæmpelse anbefaler, at udvalgene fremadrettet benævnes "Patient- og pårørendeudvalg", da begge perspektiver er vigtige, og udvalgene i dag både indeholder patienter og pårørende.

Med venlig hilsen

Pernille Slebsager  
Patientstøttedirektør





## Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

### **Københavns Kommunes høringssvar til forslag til Lov om ændring om ny regional forvaltningsstruktur og forskellige andre love samt Lov om overgangen til en ny sundhedsstruktur m.fl.**

Københavns Kommune afgiver hermed høringssvar i forbindelse med lovforslagene til *Lov om ændring om ny regional forvaltningsstruktur og forskellige andre love* samt *Lov om overgangen til en ny sundhedsstruktur*. Høringssvaret er udarbejdet som supplement til KL's høringssvar.

#### **Ét sundhedsråd med ansvar for alle regionale sundhedstilbud uden for hospitalerne**

Aftalen om sundhedsreformen fastlægger, at alle borgere i Københavns Kommune skal høre til Sundhedsråd Hovedstaden og kun Sundhedsråd Hovedstaden. Det bør også fremgå af *Lov om ændring om ny regional forvaltningsstruktur og forskellige andre love*.

Fremtidens sundhedsvæsen skal fortsat tilbyde nære løsninger, der er tilpasset borgernes reelle behov og ønsker. Derfor bør intentionerne bag sundhedsrådene også være afspejlet i forslag til *Lov om ændring om ny regional forvaltningsstruktur og forskellige andre love* samt i den kommende bekendtgørelse ved at præcisere, at sundhedsrådene følger populationens naturlige områder og dermed kommunegrænser. Dette vil sikre, at alle borgere i en kommune har ensartet adgang til sundhedstilbud.

Det skal også præciseres i samme lov, at det gælder for alle Københavns Kommunes 660.000 borgere. For københavnernes skal alle regionale sundhedstilbud uden for hospitalerne, herunder almen praksis, høre under Sundhedsråd Hovedstaden, så det udelukkende er ét sundhedsråd, der har myndigheds- og finansieringsansvar samt beslutningskompetencen. Det er afgørende for at sikre, at alle københavnernes inden for kommunegrænsen har adgang til de samme nære tilbud med et ensartet serviceniveau, uanset hvor de bor. Det faktum at borgerne i Sundhedsråd Hovedstaden hører til tre forskellige akuthospitaler (Amager og Hvidovre, Bispebjerg og Frederiksberg samt Bornholm), skal ikke ændre på dette.

Ligeledes bør alle beslutninger vedrørende de praktiserende læger i Københavns Kommune, Frederiksberg og Bornholms Kommune træffes af Sundhedsråd Hovedstaden. Dette vil sikre sammenhæng og et ensartet serviceniveau.

#### **Et serviceniveau for alle københavnernes**

Det er positivt, at det fastslås i både reformen samt lovforslaget til *Lov om ændring om ny regional forvaltningsstruktur og forskellige andre*, at

7. marts 2025

Edoc-sagsnummer  
2024-0342535

F2 sagsnummer  
2024 - 19583

Københavns kommune får en observatørpost i Sundhedsråd Hovedstaden Syd og Vest, men en observatørpost giver ikke stemmeret - og dermed heller ikke reel indflydelse. Dette understreger behovet for, at Sundhedsråd Hovedstaden alene bør fastsætte rammerne for regionale sundhedstilbud uden for hospitalerne til alle københavnere inden for kommunegrænsen - ligegyldigt om de bor i Valby eller på Østerbro.

Ellers vil københavnere utvivlsomt opleve en forringelse af serviceniveauet og stå tilbage med uensartet og fragmenteret tilbud inden for samme kommunegrænse.

Det vil være en klar forringelse sammenlignet med de nære og behovstilpassede tilbud, som København i dag har opbygget og driver til gavn for borgerne. Og det vil stå i skarp kontrast til reformens intention om at skabe mere lighed i sundhed og et højere serviceniveau på tværs af landet.

Hvis det ikke fastslås i *Lov om ændring af ny regional forvaltningsstruktur og forskellige andre love*, at det udelukkende er Sundhedsråd Hovedstaden, der fastsætter rammerne for regionale sundhedstilbud uden for hospitalerne, er der en betydelig risiko for, at det allerede uensartede serviceniveau, der opleves mellem Sundhedsklynge Byen og Sundhedsklynge Syd - som i dag dækker borgere i Københavns Kommune - forstærkes yderligere, når opgaverne overgår fra kommunen til sundhedsrådene.

### **Ny samarbejdsmodel for hospitalstilbud**

Af Københavns Kommunes 660.000 borgere hører ca. 300.000 i optageområdet for Amager og Hvidovre Hospital, hvor de udgør omkring halvdelen af hospitalets samlede optageområde.

Det bør fremgå af *Lov om ændring af ny regional forvaltningsstruktur og forskellige andre love* 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 mv., for københavnere.

### **Sundhedsrådene som drivende i omstillingen af sundhedsvæsenet**

Sundhedsrådene har et stort potentiale som drivkraft i udviklingen af sundhedsvæsenet og er afgørende for at realisere sundhedsreformens intentioner.

Det fremgår tydeligt af aftale om sundhedsreformen, men bør afspejles langt klarere i *Lov om ændring af ny regional forvaltningsstruktur og forskellige andre love* samt i bemærkningerne til loven. Det bør fremgå helt tydeligt, at sundhedsrådene er centrale i omstillingen og opbygningen af fremtidens sundhedsvæsen, og at de væsentlige beslutninger om alle regionale sundhedstilbud uden for hospitalerne træffes her.

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 samtidig en drivkraft i udbygningen af sundhedsvæsenet. Det forudsætter, at begge parter ser en reel værdi i at deltage, og at de rette incitamenter er til stede for at sikre en fælles indsats for at finde løsninger på rådets opgaver.

Hvis det ensidigt er regionerne, der definerer fremtidens sundhedstilbud uden hensyn til det eksisterende, risikeres effektfulde tilbud, som er tilrettelagt og udviklet med borgerne og lokale forhold i fokus, at gå tabt.

### **Rette forudsætninger for samarbejdet i sundhedsrådene**

Når sundhedsrådene skal være stærke fora, hvor beslutninger om det nære sundhedsvæsen træffes, er det en forudsætning, at der er et tæt samarbejde mellem kommuner og regioner både på politisk, administrativt og fagligt niveau. Det er positivt, at reformen giver frihed til lokal organisering på det administrative niveau, så kommuner og regioner selv kan tilrettelægge den bedste understøttelse af sundhedsrådenes arbejde.

Det bør dog sikres, at kommunernes administration og faglighed inddrages aktivt. Derfor bør det fremgå af den kommende lov, at den relevante region er forpligtet til at inddrage kommunerne på både administrativt og fagligt niveau i forhold til møder i sundhedsrådene og forberedelserne heraf. Det skal sikres, at relevante kommunale medarbejdere kan deltage i møderne i sundhedsrådene for at sikre opfølgning og sikre, at sager kan oplyses fuldt ud på møderne.

### **Kommunerne skal kunne opretholde serviceniveauet i overgangsperioden**

Det bør fremgå af *Lov om overgangen til en ny sundhedsstruktur* at kommunerne i overgangsperioden skal have mulighed for at tilpasse økonomi og kapacitet til konkrete tiltag i takt med den demografiske udvikling, så serviceniveauet ikke forringes. Loven skal sikre, at fx kommuner med en stigende ældre befolkning, i overgangsperioden, har frihed til at prioritere midler og ressourcer dér, hvor behovet er størst. Dette bør kunne ske uden, at regionen kan bremse nødvendige tiltag i kommunerne.

Der er vedlagt et administrativt bilag, som udfolder øvrige bemærkninger af teknisk karakter.

Med venlig hilsen



Sisse Marie Welling

Københavns Kommune



## Notat

### **Tekniske bemærkninger til forslag til *Lov om ændring om ny regional forvaltningsstruktur og forskellige andre love samt Lov om overgangen til en ny sundhedsstruktur***

Københavns Kommune (KK) vedlægger her et administrativt bilag til høringssvaret vedr. *forslag til lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love samt lov om overgangen til ny sundhedsstruktur*. I bilaget udfolder KK's tekniske bemærkninger til disse lovforslag.

### **Forslag til Lov om ændring af ny regional forvaltningsstruktur og forskellige andre love**

#### **Ét sundhedsråd med ansvar for alle regionale sundhedstilbud uden for hospitalerne**

KK bemærker, at det bør tydeliggøres i lovteksten, at der kun er ét sundhedsråd, som varetager alle regionale sundhedstilbud uden for hospitalerne, herunder almen praksis, for en kommunes borgere, såfremt kommunes borgere hører til flere akutsygehuse. Det foreslås derfor, at det tilføjes til lovteksten, at "*Alle regionale sundhedstilbud uden for hospitalerne til borgerne i en kommune varetages af ét sundhedsråd, uagtet at en kommunes borgere hører til akutsygehuse beliggende i forskellige sundhedsråd*". Det ønskes ligeledes præciseret i lovbemærkningerne, at "*Det gælder for Københavns Kommune, hvor alle regionale sundhedstilbud uden for hospitalerne for alle københavnere udelukkende varetages af Sundhedsråd Hovedstaden, selvom københavnere hører under akutsygehuse beliggende i flere sundhedsråd*".

KK ønsker desuden, at dette præciseres i den kommende bekendtgørelse, så der ikke opstår tvivl om, hvilke sundhedsråd, der har myndigheds- og finansieringsansvaret samt beslutningskompetencen ift. de regionale sundhedstilbud uden for hospitalerne - både for københavnere og øvrige kommuners borgere, der er fordelt på flere akutsygehuse i regionen.

Derudover fremgår det i §14c, stk. 2, at regionen træffer beslutning om, hvilket sundhedsråd, der er ansvarlig for en driftsenhed, som ligger i flere geografiske områder. Her bemærker KK, at KK skal have indflydelse på driftsenheder og tilbud til københavnere, selvom opgaverne fysisk eller organisatorisk løses i en anden geografi.

7. marts 2025

Edoc-sagsnummer  
2024-0342535

F2 sagsnummer  
2024 - 19583



KL har i deres høringssvar til *forslag til lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love* påpeget en række forhold, der også er udfoldet i dette administrative bilag i følgende afsnit:

### **Sundhedsråd - forskel på regionale og kommunale medlemmer**

KK bemærker, at der foretages en stor skævvridning mellem de regionale og kommunale medlemmer af sundhedsrådene.

De regionale medlemmer udgør flertallet i sundhedsrådet, og de kommunale medlemmer har ikke mulighed for at gøre brug af standsningsretten. Der er derfor i stedet behov for at justere på andre greb i sundhedsrådene for at sikre en mindretalsbeskyttelse, og at de kommunale medarbejdere har mulighed for at løfte opgaven i Sundhedsrådene. Det kunne ske ved:

- Initiativret: Kommunale medlemmer af sundhedsrådet har initiativret, men sundhedsrådet beslutter ved stemmeflertal, om sagen vil skulle optages på den endelige dagsorden for mødet. På den måde kan det regionale flertal blokere for kommunernes ønske om at få en sag sat på dagsorden. Det foreslås derfor, at der indføres en reel initiativret, som giver mulighed for at få forslag på den endelige dagsorden for et møde i sundhedsrådene.
- Sagsindsigt: Kommunale medlemmer har ikke ret til sagsindsigt i sagsmateriale, der i endelig form foreligger i regionens administration. De regionale medlemmer vil dermed have mulighed for at sidde med en større viden og bedre forudsætninger ift. det arbejde, der skal løftes i sundhedsrådene. Det foreslås, at også de kommunale medlemmer af sundhedsrådet har adgang til sagsindsigt i sagsmateriale i endelig form.
- Standsningsret: Standsningsretten er traditionelt en mindretalsbeskyttelse. De regionale medlemmer har flertal i sundhedsrådene, og har adgang til standsning af beslutninger i sundhedsrådet. Den adgang har de kommunale medlemmer ikke, men bærer samme ansvar som de regionale medlemmer.
- Administrativt og fagligt niveau: Sundhedsrådene oprettes som stående udvalg, hvilket medfører, at det er sundhedsrådene, som beslutter, hvem der deltager på administrativt niveau fra regioner og kommuner. I lyset af regionernes flertal, og at de har sekretariatsfunktionen, er det væsentligt, at det fremgår, at regionerne er forpligtet til at inddrage kommunernes administrative og faglige niveauer på møderne og i forberedelsen af sundhedsrådenes arbejde.
- Stedfortræder: der vil kun være mulighed for en stedfortræder, hvis fraværet er over en måned, og sundhedsrådets formand godkender det, eller hvis fraværet er mindre end en måned, og det fremgår af den enkelte regions styrelsesvedtægt. Der bør være mulighed for stedfortræder, uanset længde af fraværet, og det bør ikke være koblet

op på den enkelte regions styrelsesvedtægt. Det skal særligt ses i lyset af, at de kommunale medlemmer i forvejen er i mindretal, og kommunesidens mulighed for at blive hørt derfor mindskes betydeligt ved frafald.

Endelig er det væsentligt, at sundhedsrådene bygger på de gode erfaringer fra sundhedsklyngerne, hvor der er i dag, er et tværsektorielt samarbejde. Ligesom viden fra sundhedsklyngerne og de igangsatte indsatser ikke må gå tabt i overgangsperioden, men at det bæres videre ind i sundhedsrådene. Det bør fremgå af den kommende bekendtgørelse.

### **Øvrige bemærkninger**

KK har derudover følgende bemærkninger:

- Kommunal repræsentation: Kravet om, at den kommunale repræsentation både i det forberedende regionsråd/sundhed og i Sundhedsrådet skal fremgå af kommunens styrelsesvedtægt, er en unødvendig og uhensigtsmæssig bureaukratisk proces, da styrelsesvedtægterne skal undergives to behandlinger og i KK's tilfælde også skal godkendes af Ankestyrelsen. Dette skal ses i lyset af kommunestyrelseslovens § 2, om der allerede er krav om, at kommunalbestyrelsen skal godkende kommunal repræsentation. Derudover fremgår det af lovforslaget, at den af kommunen udpegede repræsentant ikke er underlagt instruktionsbeføjelse af kommunalbestyrelsen. Det skaber uklarhed om, hvem det kommunale medlem repræsenterer, idet udgangspunktet må være, at medlemmet repræsenterer kommunen. Det bør derfor tilpasses.
- Sundhedsplaner: En samlet plan for sundhedsområdet gælder ikke for Region Hovedstaden og Region Sjælland, hvorfor nye sundhedsplaner og ændringer til sundhedsplanerne fra 1. juli 2025 til 31. december 2026 skal godkendes af Sundhedsstyrelsen. 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.
- Grænseoverskridende samarbejder: Det er som udgangspunkt positivt, at det fremgår af lovforslaget, at regionen skal fortsætte sin deltagelse i grænseoverskridende samarbejder, men det bemærkes, at de regionale udviklingsopgaver bortfalder. KK bemærker, at der fortsat skal sikres finansiering til varetagelse af opgaverne inden for de grænseoverskridende samarbejder.

### **Forslag til Lov om overgangen til en ny sundhedsstruktur**

KK har følgende særskilte bemærkninger til Forslag til Lov om overgangen til en ny sundhedsstruktur:

## Sundhedsråd

- Forberedende sundhedsråd: Der stilles krav i overgangsloven, om at *udpegelsen af medlemmer til det forberedende sundhedsråd* skal ske i styrelsesvedtægten, jf. § 78, stk. 3. Dette virker unødvendigt, når kommunalbestyrelsen allerede i overensstemmelse med kommunestyrelseslovens § 2 skal udpege medlemmer af kommunalbestyrelsen til at repræsentere kommunen. En ændring af styrelsesvedtægten kræver to behandlinger og efterfølgende godkendelse af Ankestyrelsen. Det er derfor en unødvendig omfattende proces.
- Kommunernes bistand: Kommunerne er forpligtet til at yde regionsråd/forberedende regionsråd/Indenrigs- og Sundhedsministeriet den bistand, de måtte forlange til forberedelsen af varetagelsen af opgaven. Det bør tilføjes til lovforslaget, at det skal være "indenfor rimelighedens grænser". Kommunerne vil gerne sikre, at det bedste udgangspunkt for de nye sundhedsråd, og den bedste service for borgerne. Det kan imidlertid være en meget ressourcekrævende opgave, ligesom der kan være oplysninger, som det ikke er hensigtsmæssigt, at kommunen deler. Derfor bør det være under hensyntagen til øvrige opgaver og med et kommunalt skøn.

## Økonomi

- Økonomiske disponeringer: Regionsrådet/det forberedende regionsråd kan ændre og/eller godkende beslutninger, som kommunerne træffer om væsentlige økonomiske dispositioner fra 1. juli 2025 til 31. december 2026 med virkning for 2026 eller senere. Det er en væsentlig indgriben i det kommunale selvstyre. Der er behov for en nuancering, da der kan være omstændigheder, som nødvendiggør væsentlige økonomiske dispositioner fx ændret befolknings sammensætning, nødvendigt bygningsvedligehold mv.
- Overdragelse af aktiver, passiver mv.: Kommunerne vil skulle overdrage aktiver, passiver, rettigheder og pligter mv., som i helt overvejende grad er knyttet til varetagelsen af en overført opgave. Anvendelsesgraden vil dog i et ikke ubetydeligt omfang skulle overstige halvdelen. Det er væsentligt, at det her tilføjes, at der fortsat er behov for, at der er ressourcer tilgængelige til at løse de opgaver, som fortsat er i kommunen.

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Att: [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)

Cc: [komret@im.dk](mailto:komret@im.dk), [hbt@im.dk](mailto:hbt@im.dk)



## **Høringssvar fra Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet vedrørende forslag til lov om regionsloven og forskellige andre love samt forslag til lov om overgangen til en ny sundhedsstruktur**

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet (SUND) ved Københavns Universitet takker for muligheden for at deltage i høringen. SUND har som grundlag for høringssvaret indhentet input fra Institut for Folkesundhedsvidenskab og Institut for Klinisk Medicin.

Vi ser positive aspekter i ambitionerne om et mere sammenhængende sundhedsvæsen, samt at sundhedsrådene gives en central rolle i at forvalte sundhedsopgaver tættere på borgerne. Nedenfor fremlægges en række opmærksomhedspunkter og forslag til justeringer. Vi vil især understrege nødvendigheden af, at uddannelse, forskning og fokus på sektorovergange indgår som integrerede og prioriterede elementer i den nye struktur.

### **Uddannelse, kompetenceudvikling og forskning i den nye struktur**

Vi er bekymrede for, om lovforslaget tilstrækkeligt adresserer, hvordan den nye forvaltningsmodel vil understøtte uddannelse, efteruddannelse, kompetenceudvikling og rekruttering. Sundhedsvæsenets robusthed forudsætter et tæt samarbejde mellem regioner, kommuner, almen praksis og universiteter. Derfor bør Sundhedsrådenes samarbejde med universiteter og professionsuddannelser formaliseres med henblik på at sikre tilstrækkelige kliniske uddannelsespladser og muligheder for efter- og videreuddannelse.

Der bør skabes klare mekanismer for koordinering af kliniske undervisningspladser, så uddannelseskapacitet og -kvalitet opretholdes under og efter omstruktureringen. Vi er særligt bekymrede for, hvordan den planlagte strukturændring vil påvirke kliniske ophold for

LEDELSESSEKRETARIATET

BLEGDAMSVEJ 3

KØBENHAVN N.

DIR 35 33 24 69

MOB 93565764

[mathias.westermann@sund.ku.dk](mailto:mathias.westermann@sund.ku.dk)

medicinstuderende. Disse områder kræver eksplicit omtale og hensyn i lovgivningen for ikke at blive svækket i overgangen.

SIDE 2 AF 3

For at sikre, at fremtidige sundhedsløsninger bygger på evidens, skal sundhedsrådene have en rolle i at understøtte klinisk forskning, herunder forskning i sektorovergange. Sundhedsrådene bør inddrage forskningsmiljøer og universiteterne i udvikling og evaluering af sundhedsindsatser.

### **Sundhedsrådenes rolle, ansvar og sammensætning**

Forebyggelse og sundhedsfremme bør ikke være sekundære hensyn i sundhedsrådenes arbejde, men snarere en kerneopgave. Den foreslåede model fokuserer i høj grad på koordinering og behandling, men hvis sundhedsrådene reelt skal styrke befolkningens sundhed, skal der sikres en forpligtende indsats og finansiering til forebyggelse på tværs af regioner og kommuner.

Sundhedsfremme og forebyggelse er afgørende for at sikre en bæredygtig sundhedssektor. Vi anbefaler en tydeligere prioritering af disse områder i sundhedsrådenes opgavebeskrivelse samt en øremærkning af midler hertil.

### **Tværsektorielt samarbejde og sammenhængende patientforløb**

Et centralt mål med lovforslaget bør være at styrke sammenhængen mellem hospitaler, kommuner og almen praksis, især for patienter med komplekse og langvarige forløb. Det er afgørende, at der udvikles bindende samarbejdsaftaler mellem regioner, kommuner og almen praksis, som 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.

### **Finansieringsmodel med fokus på forebyggelse, rehabilitering og sektorovergange**

Finansieringen i den nye struktur bør understøtte forebyggelse, rehabilitering og tværsektorielle samarbejder – og ikke udelukkende fokusere på behandling. Forebyggelse og sundhedsfremme bør tildeles egne finansierede indsatsområder, og der bør etableres økonomiske incitamentter til tidlig opsporing og forebyggende indsatser. Samtidig er det afgørende, at rehabilitering og sektorovergange får en klar og entydig finansieringsstruktur, som sikrer lige adgang for patienter uanset geografisk placering og som ikke afhænger af lokale forhandlinger. Med afskaffelsen af sundhedsaftaler og praksisplaner er det desuden uklart, hvordan ansvaret for

rehabilitering fordeles mellem regioner, kommuner og almen praksis, hvilket bør præciseres for at undgå ulighed i tilbud og adgang.

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Sagsnr.: 2024-15159

Landdistrikternes Fællesråd  
Pakhusvej 3, 1.  
DK-8382 Hinnerup  
Tlf.: 61 313 636  
Email: mail@landdistrikterne.dk  
www.landdistrikterne.dk

CVR: 20257180

Dato: 09-03-2025

Enhed: Sekretariatet

Sagsbehandler: PVA

## Svar på høring om Forslag til Lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har 5. februar sendt *Forslag til Lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love* i høring. Lovforslaget er en del af den første lovpakke, der har til formål at udmønte dele af Aftale om en sundhedsreform 2024 (herefter sundhedsreformaftalen), som blev indgået den 15. november 2024 mellem regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne), Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre.

Lovforslaget indeholder de lovgivningsmæssige ændringer, der bestemmer rammerne for den nye regionale forvaltningsmodel. I den forbindelse slår lovforslaget fast, at regionerne fremadrettet kun kan varetage opgaver, der følger lovgivningen (jf. forslagens § 1, nr. 4 og 5). Det betyder bl.a., at opgaver inden for regional udvikling ikke længere kan varetages af regionerne.

Landdistrikternes Fællesråd mener, at det er et stort tab for de mest udfordrede land- og yderområder, at regionerne ikke længere kan arbejde med regional udvikling. Regional udvikling hænger sammen med landdistriktsudvikling, og de har betydning for hinanden. Særligt inden for de dele af landdistriktsudviklingen eller regional udvikling, der handler om klimasikring, klimatilpasning, grøn omstilling, cirkulær økonomi og kultur, har regionerne spillet en nøglerolle. Tværgående samarbejder indenfor disse områder kræver ofte regional ledelse og langvarig finansiering. Derfor opfordrer Landdistrikternes Fællesråd til, at regionerne fortsat skal kunne varetage opgaver relateret til regional udvikling.

Regionerne har generelt løftet en helt essentiel opgave med vidensdeling og facilitering af samarbejde på tværs af kommunerne. Med dette lovforslag må kommunerne selv klare opgaven, men uden at finansieringen følger med. For Landdistrikternes Fællesråd er det meget vigtigt, at man samtidig opprioriterer landdistriktsudviklingen og styrker samarbejdet mellem landdistriktskommuner – særligt i en tid, hvor kommunerne oplever store forskelle i deres økonomiske råderum.

Landdistrikternes Fællesråd står til rådighed for yderligere dialog og sparring.

Med venlig hilsen

**Landdistrikternes Fællesråd**



Steffen Damsgaard  
Formand



## Høringssvar

LÆGEFORENINGEN

Høring over udkast til forslag til lov om en ny regional forvaltningsmodel m.v.

9. marts 2025  
Sagsnr: 2025-1240  
Aktnr: 6436549

På vegne af Lægeforeningen, Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) takker vi for muligheden for at afgive høringssvar til lovforslaget om en ny regional forvaltningsmodel m.v.

Vi har generelt en positiv tilgang til sundhedsreformen og dens mange forskellige elementer. Det gælder bl.a., når ét af målene i den nye sundhedsreform er, at uligheden – og ikke mindst uligheden i sundhedstilbuddene – skal mindskes.

### **Nye muligheder for at sikre bedre lægedækning**

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. Én stor region vil skabe nye muligheder for samarbejde mellem hospitaler, sammenlignelige afdelinger, kliniske enheder, almen praksis og speciallægepraksis på tværs af hele Sjælland inklusive øerne. Det vil kunne løfte det fælles ansvar for patienterne, udvikle faglige miljøer og understøtte den speciallægeuddannelse, der foregår alle steder.

Det bliver ikke let, når samarbejde og arbejdsgange skal nytænkes for at give mulighed for løfte opgaverne og hjælpe de mange og fremadrettet endnu flere patienter. Men vi tror på, at den nye organisering kan medvirke til at understøtte en udvikling, som vil resultere i mindre ulighed i borgernes adgang til sundhedstilbud.

### **Regionsråd og sundhedsråd skal have kvalificeret sundhedsfagligt input**

Lægeforeningen bakker op om sundhedsreformens grundlæggende præmis om omstilling af sundhedsvæsenets opgaver, hvor flere opgaver fremadrettet skal løses uden for sygehusene og nær patienterne.

Vi ser på denne baggrund også med spænding frem til etableringen af de nye sundhedsråd, som får politisk ansvar for at sikre omstilling inden for rådets afgrænsede geografiske område.

Hvis omstillingen skal lykkes og blive en gevinst, er det vigtigt at den kommer til at stå på et fundament af kvalitet for patienterne, erfaringer fra den kliniske

Domus Medica  
Kristianiagade 12  
DK-2100 København Ø

Tlf.: +45 3544 8500  
Tlf.: +45 3544 8214 (direkte)  
E-post: dadl@dadl.dk  
E-post: ga@dadl.dk  
www.laeger.dk





virkelighed, meningsfuld struktur, samarbejde, partnerskaber og ikke mindst klog prioritering.

Derfor er det også 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.

Vi har noteret af lovforslagets bemærkninger (side 84), 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 mv.

Det er naturligvis positivt. Men vi finder behov for, at lovgivningen mere konkret fastslår, at sundhedsrådene SKAL nedsætte mindst et underudvalg bestående af relevante ledelsesrepræsentanter og sundhedsprofessionelle, jf. de ovenfor nævnte parter, der skal hjælpe med at omsætte politiske ambitioner til handlinger og løsninger til gavn for patienter. Det kan f.eks. være konkrete løsninger i forhold til understøttelse fra sygehus ud mod praksissektor, konkret udmøntning af kvalitetsstandarder og kronikerpakker, bidrage til udvikling og implementering af nærsundhedsplanen mv.

Med venlig hilsen

Camilla Noelle Rathcke  
Formand for Lægeforeningen



## **Høringssvar i forbindelse med Høring af lovforslag om ny regional forvaltningsstruktur**

Nedenstående høringssvar er udarbejdet på vegne indkøbsfællesskabet KomUdbud, hvor følgende kommuner (herefter "kommunerne") er enige i nedenstående høringssvar:

Aarhus Kommune  
Odense Kommune  
Middelfart Kommune  
Fredericia Kommune  
Esbjerg Kommune  
Holstebro Kommune  
Svendborg Kommune  
Kolding Kommune  
Vejle Kommune  
Lemvig Kommune  
Billund Kommune  
Ikast-Brande Kommune  
Randers Kommune  
Nyborg Kommune

### **Forbedring af rammerne for samarbejde på sundhedsområdet**

Høringen omhandler forslagets 1, nr. 4 og 5, dvs. fastsættelsen af, at regionerne ikke kan varetage andre opgaver end dem, der følger af lovgivningen. Her ønsker kommunerne at gøre opmærksom på vigtigheden af at have indtænkt muligheden for, at regioner og kommuner kan gøre brug af hinanden, og udføre visse udviklingsopgaver på vegne af hinanden, for derigennem at effektivisere samarbejdet.

Aftalen om sundhedsreformen 2024 ønsker at sikre et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen præget af lighed, nærhed og en bæredygtig organisering. Dette lægger således bl.a. op til et tættere samarbejde mellem kommuner og regioner netop med henblik på at smidiggøre og sikre sammenhængende patientforløb, først og fremmest til gavn for patienterne, men også for at opnå et ressourcebesparende og økonomisk mere effektivt sundhedsvæsenet.

Det er kommunernes vurdering, at nye ændringsbestemmelser i lovgivningen er nødvendige for, at regionerne/kommunerne kan opfylde intentionerne i sundhedsreformen. Helt overordnet efterspørges en ny lovgivning, der giver mulighed for følgende:

*Regioner og kommuner skal indbyrdes kunne aftale at løse patientrelaterede opgaver for hinanden af hensyn til det gode, sammenhængende patientforløb for patienter, som behandles i eget hjem. Konkret skal man kunne benytte/trække på hinandens administrative setup (indkøbssystemer, fælles varesortiment, lager og logistik samt fakturahåndtering) og faglige setup (læger, andre sundhedsfaglige personer, patientsystemer) til betjening af regionens/kommunens*

*hjemmepatienter. Ydelserne afregnes mellem parterne, så omkostningerne dækkes. Ansvar for opgaven overdrages ikke mellem parterne.*

Med udgangspunkt i kommunernes erfaringer med tværsektorielle samarbejder med borgeren i centrum, f.eks. i relation til borgere med stomi, er kommunerne sammen med de to regioner, der indgår i samarbejdet, stødt på flere lovgivningsmæssige begrænsninger, som har vanskeliggjort samarbejdet mellem region og kommune. Herunder har særligt de juridiske rammer for, hvornår region og kommuner må udføre opgaver for hinanden givet betydelige vanskeligheder. I flere tilfælde har manglende hjemmel udgjort en direkte forhindring for et effektivt tværsektorielt samarbejde.

Et eksempel på en konkret vanskelighed er, at kommunerne sammen med de to regioner har været nødsaget til at stifte en forening med begrænset ansvar, for at etablere den nødvendige hjemmel for det tværsektorielle samarbejde vedr. lagerføring. Denne konstruktion er dog dårligt fungerende og ineffektivt, og det er kommunernes vurdering, at set-up'et kunne være været mere velfungerende og mindre ressourcekrævende, kunne det være etableret i et samarbejde mellem regioner og kommuner.

Det vurderes, at ovenstående vil fordre et gennemsyn af bl.a. regionsloven, sundhedsloven, lov om kommuners og regioners udførelse af opgaver for andre offentlige myndigheder mv.

På vegne af kommunerne

Sandy Lykke Lützen  
Leder af Udbud og Indkøb  
Nyborg Kommune

c/o Danske Regioner  
Dampfærgevej 22, Postboks 2593, 2100 København Ø  
Tlf. 35 29 81 00

ATT: [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk), [komret@im.dk](mailto:komret@im.dk), [hbt@im.dk](mailto:hbt@im.dk)

06-03-2025

EMN-2025-00021

1758804

matrm@regioner.dk

**Regionernes Lønnings- og Takstnævns høringssvar til *udkast til forslag om lov om overgangen til en ny sundhedsstruktur (Overgangsloven)* samt *udkast til forslag om en ny regional forvaltningsmodel m.v.***

Regionernes Lønnings- og Takstnævn har fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet modtaget to høringer vedr. *forslag til lov om overgangen til en ny sundhedsstruktur (Overgangsloven)* samt *forslag til lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love*.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn har ingen bemærkninger til de to fremsendte høringer.

På vegne af Regionernes Lønnings- og Takstnævn  
Lars Gaardhøj, formand  
Bo Libergren, næstformand

---

**Til:** Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)  
**Cc:** komret@im.dk (komret@im.dk)  
**Fra:** Christian Bille-Sandø (cbs@rigsrevisionen.dk)  
**Titel:** Rigsrevisionen - Høringssvar til Lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love  
**E-mailtitel:** Svar på høring om Lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love  
**Sendt:** 04-03-2025 15:16

**[EKSTERN E-MAIL]** Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.  
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Ministeriet har 5. februar 2025 sendt lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love i høring.

Ministeriernes forpligtelse til at høre Rigsrevisionen er fastlagt af rigsrevisorloven, §§ 7 og 10 (Lovbekendtgørelse nr. 101 af 19/01/2012) og angår revisions- og/eller regnskabsforhold, der kan have betydning for Rigsrevisionens opgaver.

Vi har gennemgået lovforslaget og kan konstatere, at det ikke omhandler revisions- eller regnskabsforhold i staten eller andre offentlige virksomheder, der revideres af Rigsrevisionen.

Vi har derfor ikke behandlet henvendelsen yderligere.

Med venlig hilsen

**Christian Bille-Sandø**  
Specialkonsulent



**FOLKETINGET  
RIGSREVISIONEN**

Landgreven 4  
DK-1301 København K

Tlf. +45 33 92 84 00  
Dir.+45 33 92 86 50  
[cbs@rigsrevisionen.dk](mailto:cbs@rigsrevisionen.dk)

[www.rigsrevisionen.dk](http://www.rigsrevisionen.dk)

Læs om Rigsrevisionens behandling af personoplysninger [her](#)

Bekræft venligst, at denne e-mail er modtaget.  
Please confirm receipt of this e-mail.

Til

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Tandlægeforeningen  
Amaliegade 17  
1256 København K

Tel.: 70 25 77 11  
info@tandlaegeforeningen.dk  
[www.tandlaegeforeningen.dk](http://www.tandlaegeforeningen.dk)

CVR nr. 21318418

Dato: 18-02-2025

Sagsbeh: MBO/TA  
E-mail: vik@tdl.dk  
Sagsnr.: 2024-15159

### **Høringssvar til Høring over udkast til forslag til lov om en ny regional forvaltningsmodel m.v.**

Med lovforslaget foreslås oprettelsen af et antal sundhedsråd (jf. lovforslagets § 1, punkt 9), der skal varetage den umiddelbare forvaltning af de af regionens anliggender inden for sundheds- og socialområdet, der henhører under sundhedsrådets geografisk afgrænsede område (jf. lovforslagets § 1, punkt 15, ny § 14c). Det følger videre af lovforslagets § 1, punkt 15, ny § 14d, at Sundhedsrådene består af regionale medlemmer, der er valgt af regionsrådet i den region, som sundhedsrådet henhører under, og kommunale medlemmer, der repræsenterer kommunalbestyrelsen i de kommuner, der henhører under sundhedsrådet.

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. 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. Tandlægeforeningen indgår gerne i en dialog med Indenrigs- og Sundhedsministeriet om, hvordan en sådan model kan etableres.

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

Endelig bemærkes, at Tandlægeforeningen forudsætter, at lovforslaget ikke indebærer 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.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, reading "Torben Schönwaldt". The script is cursive and fluid.

Torben Schönwaldt, tandlæge mTF  
Formand

A handwritten signature in blue ink, reading "Isabel Brandt Jensen". The script is cursive and fluid.

Isabel Brandt Jensen  
Adm. direktør

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
sum@sum.dk  
cc: komret@im.dk

7. marts 2025

**Ældre Sagen**  
Snorresgade 17-19  
2300 København S

Tlf. 33 96 86 86  
www.aeldresagen.dk  
aeldresagen@aeldresagen.dk

## **Høring over udkast til forslag til lov om en ny regional forvaltningsmodel m.v.**

Ældre Sagen takker for invitation til høring vedr. ny regional forvaltningsmodel m.v. Lovforslaget udmønter den del af den politiske aftale om en sundhedsreform 2024, hvor landet fra den 1. januar 2027 inddeles i fire regioner og 17 sundhedsråd. Vi har følgende kommentarer:

### **Positivt med ny struktur til at styrke det nære sundhedsvæsen – men også behov for ensartet høj kvalitet i det specialiserede sundhedsvæsen og på tværs af sundhedsråd**

Ældre Sagen har ad flere omgange opfordret til at styrke et nært og sammenhængende sundhedsvæsen og ser derfor positivt på den nye struktur i sundhedsvæsenet med sundhedsråd. Overordnet har vi opfordret til et samlet ansvar for sundhed og ældreområdet, hvilket vi er klar over ikke til fulde er indfriet med den politiske aftale om en sundhedsreform og følgende derfor ej heller i det foreslåede lovforslag. Vi har undervejs i de politiske forhandlinger konkret opfordret til, at regioner skulle have flertal i de kommende sundhedsråd, og at regioner får et øget myndighedsansvar. Derfor ser vi positivt på, at regioner får det overordnede ansvar for sundhedsråd og flere sundhedsopgaver, og at regionsmedlemmer har flertal i de kommende sundhedsråd.

For at sikre en bedst mulig sammenhæng til ældreområdet i den foreslåede struktur havde Ældre Sagen gerne set, at der ved valg af kommunale repræsentanter i sundhedsrådene sikres sammenhæng til ældreområdet. Dette udfordres af, at særligt kommuner med under 80.000 indbyggere kun har ét medlem i sundhedsrådene.

Ældre Sagen ser flere perspektiver i etableringen af 17 sundhedsråd, som både får midler og mandat til at sikre sammenhæng og kvalitet for patienter i det nære sundhedsvæsen, men vi kan være bekymrede for kvaliteten på tværs af de 17 sundhedsråd. Ældre Sagen finder det derfor afgørende, at den kommende nationale sundhedsplan som en forudsætning for forslaget om sundhedsråd vil indeholde kvalitetskrav og/eller kvalitetstandarder til sundhedsrådenes indsatser, så 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, så sundheds-



rådenes indsatser er af blivende karakter og ikke kun løfter enkelte områder via midlertidige projektmidler.

Ældre Sagen er enig i vigtigheden af at styrke det nære sundhedsvæsen, men det må ikke være på bekostning af, at der i praksis ikke er tilstrækkeligt fokus på regionens tværgående opgaver på sundhedsområdet, herunder at fastholde og udvikle en ensartet høj kvalitet i den specialiserede behandling. Desuden finder vi det vigtigt som endnu en forudsætning for lovforslaget, at patientrettigheder følger med ud i det nære sundhedsvæsen, når behandling rykkes fra sygehus til det primære sundhedsvæsen. Som led heri bør det ikke medføre øget brugerbetaling at modtage behandling i det nære fremfor på sygehus. 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. Vi finder, at det er aktuelt for bl.a. betaling af medicin, ernæringsindsatser, befordring, hjælpemidler og mulighed for genoptræning.

### **Patient- og pårørendeinddragelse skal styrkes**

Vi ser det som positivt, at der er foreslået hjemmel til at nedsætte regionale patient- og pårørendeudvalg. Vi har dog en række kommentarer for at sikre en styrket patient- og pårørendeinddragelse.

#### *Overgangsordning for patient- og pårørendeinddragelse er uklar*

Vi noterer os, at det fremgår, at de nuværende patientinddragelsesudvalg ikke bliver nedlagt. Vi forstår det således, at de nuværende udvalg løber til og med udgangen af 2025, hvorefter hver region skal nedsætte et nyt patient- og pårørendeudvalg. Dette forstår vi som den hidtidige procedure, hvor Ældre Sagen sammen med andre organisationer udpeger nye medlemmer til udvalgene. Ældre Sagen har allerede lang erfaring fra de hidtidige udvalg og påskønner brugerinddragelse, så vi deltager naturligvis gerne i de kommende nye patient- og pårørendeudvalg.

Det er dog uklart i lovforslaget og dets bemærkninger, hvorvidt det er de fire nye forberedende regioner, der skal nedsætte udvalg fra 2026, eller det bliver de fem eksisterende regioner. Dette bør stå tydeligere, da det vil have stor betydning i forhold til at skulle sikre en god overgang for de nye patient- og pårørendeudvalg, særligt er det af betydning i den nye Region Østdanmark, hvor der vil skulle være enten et eller to udvalg i 2026.

#### *Ensartet ramme med kontinuerlig inddragelse og 17 lokale brugerråd*

Vi ser systematisk inddragelse af patienter, pårørende og ældre som afgørende for at udvikle sundhedsvæsenet, også det nære sundhedsvæsen. Det er vigtigt i planlægningen forud for politiske beslutninger, at der er dialog med de mennesker, der har behov for indsatser i sundhedsvæsenet, og som dermed er påvirket af de politiske beslutninger. I lovforslaget, ligesom i den politiske aftale om en sundhedsreform, er der lagt op til, at de kommende sundhedsråd er sundheds-

væsenets nye motor, og vi ser som ovenfor nævnt positivt på at styrke det nære sundhedsvæsen via en ny organisering. Vi er derfor uforstående overfor, at der ikke samtidig er foreslået en ramme, der sikrer ensartet inddragelse af lokale patient- og pårørenderepræsentanter.

Ældre Sagen har sammen med andre brugerorganisationer ad flere omgange foreslået brugerråd tilknyttet de kommende sundhedsråd. Om end vi er positive overfor, at patient- og pårørendeudvalg i regioner skal høres i sammenhæng med sundhedsrådenes nærsundhedsplaner og andre større planer, ser vi det som helt utilstrækkeligt, at der ikke er lagt op til faste rammer for en løbende dialog og inddragelse af brugerrepræsentanter på lokalt niveau. En lokal forankret brugerinddragelse ser vi som afgørende for et succesfuldt lokalt sundhedsvæsen, der kan matche lokale behov.

Der er i forslaget lagt op til en kommende bekendtgørelse, hvor hjemlen for inddragelse skal nyaffattes – men vi kan på baggrund af de sparsomme almene bemærkninger til lovforslaget frygte, at inddragelse af brugerne i sundhedsvæsenet ikke styrkes, men ligefrem risikerer at nedtones. Med forslaget er der således kun lagt op til, at det er en mulighed – ikke en pligt – for sundhedsråd at nedsætte et lokalt patient- og pårørendeudvalg eller arbejdsgruppe med repræsentanter for bl.a. borgere og/eller foreninger i det lokale område med henblik på at udveksle oplysninger og synspunkter, jf. bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser side 314. Vi ser en risiko for, at den manglende pligt til at nedsætte lokale brugerråd knyttet til sundhedsrådene vil betyde en meget uensartet inddragelse på lokalt niveau.

Der er i forslaget desuden kun lagt op til, at de foreslåede regionale patient- og pårørendeudvalg skal inddrages i drøftelsen af og i høringer af nærsundhedsplan og større planer. Det er vores erfaring fra de nuværende patientinddragelsesudvalg, at brugerne generelt først meget sent i processer tages med på råd og formelt høres på (næsten) færdige planer og aftaler. Det opleves i praksis at ende som en høring for høringens skyld, hvorfor det er vigtigt med en ramme for kontinuerlig dialog og inddragelse.

#### *Behov for udvidet antal medlemmer i udvalg for at opnå geografisk dækning*

Taget i betragtning, at der med nye struktur i sundhedsvæsenet etableres sundhedsråd for at sikre en lokal forankring på tværs af region og kommuner, mener vi, at der skal sikres en geografisk dækning i forhold til patient- og pårørendeinddragelsen. Vi forudser med bekymring, at det vil være svært at dække op til seks sundhedsråd i seks forskellige geografiske områder for et uændret antal medlemmer i et regionalt patient- og pårørendeudvalg svarende til i dag. Ikke mindst i den nye Region Østdanmark vil det være sårbart for et patient- og pårørendeudvalg på otte medlemmer at skulle dække et geografisk stort område med det største antal sundhedsråd i forhold til de andre regioner. Ligesom der er planlagt flere sundhedsråd og dermed flere politiske medlemmer på lokalt niveau i den nye Region Østdanmark i forhold til andre regioner, bør dette også være tilfældet i forhold til brugerrepræsentationen.

## *Godtgørelse for brugerrepræsentanter*

Lovforslaget lægger op til en hjemmel, hvor regioner kan vælge at yde godtgørelse og diæter til brugerrepræsentanter. Taget i betragtning, at der er meget store afstande i de fire regioner, herunder fra sundhedsråd til sundhedsråd, mener vi, at der som minimum skal være pligt for regioner til at yde kompensation for transport til medlemmer i patient- og pårørendeudvalg.

## *Forslag til styrket inddragelse på både regionalt og lokalt niveau*

Med den kommende reform af sundhedsvæsenet mener vi, at der er momentum for at nytænke inddragelse og i langt højere grad end i de foreslåede lovændringer formulere langtidsholdbare og visionære rammer for brugerinddragelse. Vi opfordrer på baggrund af ovenstående kommentarer til, at der i en kommende bekendtgørelse og dermed allerede nu i de almindelige bemærkninger til lovforslaget formuleres:

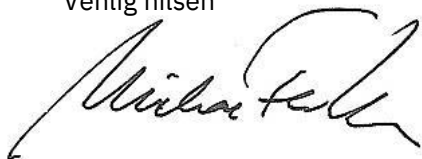
- at der som supplement til de fire regionale patient- og pårørendeudvalg etableres 17 brugerråd tilknyttet de 17 sundhedsråd. Organisationer, der repræsenterer patienter, pårørende og ældre udpeger brugerrepræsentanter til såvel regionale patient- og pårørendeudvalg som lokale brugerråd.
- at der er forholdsmæssigt flere medlemmer i det regionale patient- og pårørendeudvalg svarende til flere sundhedsråd i en større region. (Medlemmer kan rekrutteres fra mulige lokale brugerråd).
- at regionerne står for sekretariatsbetjening, herunder kompetenceudvikling og årligt dialogmøde for patient- og pårørendeudvalg og brugerråd.
- at brugerråd kan foreslå indhold til dagsorden og få foretræde for sundhedsrådet, ligesom der skal fastlægges dialogmøder ml. brugerråd og sundhedsråd.

## **Ændring i valg og antal af regionsrådsmedlemmer i Region Østdanmark**

I den nye Region Østdanmark skal der sidde 47 medlemmer fra hele regionen. Det betyder, at der bliver halvt så mange pladser i den kommende Region Østdanmark i forhold til nu, hvor Region Hovedstaden og Region Sjælland 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 folketinget. 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 i det nye lovudspil.

Venlig hilsen



**Michael Teit Nielsen**

Vicedirektør



Rådhuspladsen 2, 8000 Aarhus C

## Indenrigs- og Sundhedsministeriet

5. marts 2025

Side 1 af 2

### Høringssvar fra Aarhus Kommune vedr. *Forslag til Lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love* (Indenrigs- og Sundhedsministeriets sagsnr.: 2024 - 15159)

I Aarhus Kommune har vi med stor interesse læst lovforslagene i første lov-pakke vedrørende den kommende Sundhedsreform.

Aarhus Kommune har sendt input til det høringssvar, som KL har fremsendt vedrørende "Forslag til Lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love". Dog har Aarhus Kommune en supplerende bemærkning, som skal ses i lyset af kommunens styreform som magistratsstyre.

KL bemærker bl.a. i deres høringssvar, at de ikke mener, at den kommunale repræsentation i sundhedsrådene skal fastsættes i kommunernes styrelsesvedtægt. Dette med begrundelse i, at det almindeligvis kun er regler af mere generel og fast karakter vedrørende den overordnede styrelse af kommunen, der skal optages i styrelsesvedtægten, samt at det kan være med til at skabe unødvendigt bureaukrati. De foreslår derimod, at det vil være tilstrækkeligt, at kommunalbestyrelsen træffer beslutning om dette i et møde. Det perspektiv deler vi i Aarhus Kommune.

Såfremt ovenstående bemærkning fra KL ikke vil få betydning for den kommende lovgivning, ønsker Aarhus Kommune at supplere med nedenstående perspektiv på fremtidige muligheder for udpegning til sundhedsrådene.

Lovforslaget rummer beskrivelse af mulighederne for kommuner med et magistratsstyre. Dog vurderer vi, at kommunerne kan gives yderligere fleksibilitet i forhold til at kunne udpege politikere til sundhedsrådet fra de hvern, som kommunen måtte vurdere mest hensigtsmæssig, og som lægger sig tættere op ad de muligheder for udpegninger, der i lovforslaget gældende for udvalgsstyrede kommuner og kommuner med mellemformstyre.

#### Lovteknik

En ændring af hensyn til bemærkningen vil bl.a. medføre ændringer af udkastet til § 14 j (udkast til lovforslags § 1, nr. 15).

Et indarbejdningsforslag kunne være, at der i § 14 j, stk. 5, indføres et pkt. e) og f), der kunne lyde som følger:

*"e) kommunalbestyrelsens formand og to formænd for faste udvalg, eller*

*f) et magistratsmedlem, der ikke er formand for kommunalbestyrelsen, og to formænd for faste udvalg."*

### SUNDHED OG OMSORG

Politik, Udvikling og Kommunikation

Aarhus Kommune

Rådhuspladsen 2  
8000 Aarhus C

Sagsbehandler:  
Eva Aakjær Cohen



Endvidere vil der skulle indsættes to nye stk. efter § 14 j, stk. 8. Disse kan udarbejdes som følger:

5. marts 2025

Side 2 af 2

*"Stk. 9. Fastsætter kommunalbestyrelsen efter stk. 4, litra e, at de tre kommunale medlemmer af sundhedsrådet er kommunalbestyrelsens formand og to formænd for faste udvalg, skal de kommunale medlemmer udover formanden for kommunalbestyrelsen være to udvalgsformænd med opgaveområder inden for sundheds-, omsorgs- og socialpsykiatriområdet.*

*Stk. 10. Fastsætter kommunalbestyrelsen efter stk. 4, litra f, at de tre kommunale medlemmer af sundhedsrådet er et magistratsmedlem, der ikke er formand for kommunalbestyrelsen, og to formænd for faste udvalg, skal de kommunale medlemmer være det magistratsmedlem, der varetager den umiddelbare forvaltning af hovedparten af kommunens anliggender på sundheds-, omsorgs- og socialpsykiatriområdet, og to udvalgsformænd med opgaveområder inden for sundheds-, omsorgs- og socialpsykiatriområdet."*

De i udkastet foreslåede stk. 9 og 10 bliver derefter til stk. 11 og 12.

Med venlig hilsen

Martin Østergaard Christensen  
Stadsdirektør

Christian Boel  
Direktør, Sundhed og Omsorg

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

Mail: [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk) og [cc.komret@im.dk](mailto:cc.komret@im.dk)  
Sagsnr.: 2024\_15159

---

**Høringssvar fra Aarhus Universitet, Health over udkast til lov om en ny regional forvaltningsmodel**

---

Det sundhedsvidenskabelige fakultet, Health, på Aarhus Universitet har den 7. marts 2025 modtaget høring over forslag til lov om ændring af regionsloven og andre relaterede love. Vi takker for muligheden for at afgive høringssvar. Nedenfor følger generelle bemærkninger til høringmaterialet.

Vi er på det sundhedsvidenskabelige fakultet positive over for sundhedsreformens muligheder for bl.a. at styrke koordinering af regionens anliggender på sundheds- og socialområdet i de kommende sundhedsråd.

I den forbindelse ønsker vi at gøre opmærksom på følgende områder:

- Uddannelse og kompetenceopbygning synes ikke at være adresseret i sundhedsrådene. Det kan derfor foreslås, at sundhedsråd bør understøtte kliniske undervisningspladser og efter- videreuddannelses tilbud.
- Sundhedsrådene kan indtænkes i en større rolle i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse.

---

På Health arbejder vi for bedre sundhed til alle, og vi indgår derfor gerne i samarbejder, hvor vi kan styrke sundhedsvidenskabelig forskning og skabe bedre uddannelse. Vi ser derfor frem til de nye muligheder, der kommer med sundhedsreformen herunder sundhedsrådene.

Venlig hilsen

*Anne-Mette Hvas*  
Anne-Mette Hvas  
Dekan, professor

Dekanatet, Health

Anne-Mette Hvas  
Dekan, professor

Dato: 14. marts 2025

---

Direkte tlf.: +45 87152007  
E-mail: [dean.health@au.dk](mailto:dean.health@au.dk)  
Web: [au.dk](http://au.dk)

Afs. CVR-nr.: 31119103

Sagsnr. 2025-0811931

Side 1/1



Dekanatet, Health  
Aarhus Universitet  
Vennelyst Boulevard 4  
8000 Aarhus C

Tlf.: +45 8715 0000  
E-mail: [health@au.dk](mailto:health@au.dk)  
Web: [health.au.dk/om-health/ledelsen/dekanatet](http://health.au.dk/om-health/ledelsen/dekanatet)