

UDKAST

Forslag

til

Lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love
(Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.)

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

§ 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 275 af 12. marts 2025, som ændret ved lov nr. 1671 af 30. december 2024, foretages følgende ændringer:

1. *Overskriften* til afsnit IX affattes således:

»Afsnit IX

Kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen«

2. *Overskriften* til kapitel 34 affattes således:

»Kapitel 34

Kommunalbestyrelsens og regionsrådets ansvar«

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

4. § 118 b affattes således:

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

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

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

»§ 118 c. Et regionsråd kan indgå aftale med en eller flere kommunalbestyrelser om at give økonomisk tilsagn til medfinansiering af den kommunale varetagelse af sundhedsopgaver efter lovens afsnit IX

Stk. 2. Et regionsråd kan indgå nærmere aftale med en eller flere kommunalbestyrelser om betingelserne for et tilsagn i medfør af stk. 1, herunder kommunernes tilrettelæggelse af de i stk. 1 nævnte sundhedsopgaver.

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter årlige minimumsrammer for hvert sundhedsråd i medfør af regionslovens § 13, stk. 1, som regionsrådene skal anvende på aftaler med kommunalbestyrelser efter stk. 1 og 2.

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

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

6. Efter kapitel 34 indsættes:

»Kapitel 34 a

Sundheds- og omsorgspladser

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

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

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

Stk. 4. Regionsrådet kan indgå aftale med et andet regionsråd eller en kommunalbestyrelse, der tilvejebringer et tilbud efter stk. 3, om, at det andet regionsråd eller kommunalbestyrelse også kan visitere borgere til tilbuddet på vegne af regionen.

Stk. 5. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om omfanget af og kravene til sundheds- og omsorgspladser.«

UDKAST

[I forhold til denne bestemmelse, særligt stk. 3 og 4, er ISM ved at afklare de nærmere rammer i forhold til udbudsreglerne.]

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

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

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

10. *Overskriften* til kapitel 38 affattes således:

»Kapitel 38

Almen kommunal sygepleje og regional akutsygepleje«

11. Efter § 138 indsættes:

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

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

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

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

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

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

14. § 140 affattes således:

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

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

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

Stk. 4. KL indgår på kommunernes vegne aftale efter stk. 3 med private leverandører om levering af genoptræning efter § 139 a. Danske Regioner indgår på regionernes vegne aftale efter stk. 3 med private leverandører om levering af genoptræning efter § 139 b.

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

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

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

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

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

Stk. 10. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om løsningen af tvister mellem KL og Danske Regioner og private leverandører af genoptræning om vilkårene for aftaler efter stk. 4.«
[Endelig udformning af denne bestemmelse, særligt stk. 2 og 3, udestår nærmere afklaring i forhold til udbudsreglerne]

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

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

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

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

§ **206 d.** Regionsrådet har ansvar for, at hvert sundhedsråd for eget geografiske område udarbejder en nærsundhedsplan, der konkret beskriver omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen, herunder f.eks. hvordan sygehusene understøtter behandling tæt på borgerne

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

Stk. 3. Forud for regionsrådets behandling af nærsundhedsplanen skal regionsrådet indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning.

Stk. 4. Regionsrådet indsender planen og senere ændringer heri til Sundhedsstyrelsen.

Stk. 5. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om indhold af og rammer for nærsundhedsplanen, herunder kadence og løbende opdatering af nærsundhedsplanen.«

17. *Overskriften* til Kapitel 77 affattes således:

»Kapitel 77

Regionale og kommunale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen«

18. *Overskriften* før § 247 ophæves.

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

»Statsligt tilskud til [nær sundhed]

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

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

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

Sundheds- og omsorgspladser

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

Forebyggende sundhedsordninger

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

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

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

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

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

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

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

23. § 251 *stk. 2*, affattes således:

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

UDKAST

Miljø- og Ligestillingsministeriet

§ 2

I lov om vandforsyning m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 1149 af 28. maj 2024, som ændret ved § 2 i lov nr. 668 af 11. juni 2024 og § 38 i lov nr. 468 af 14. maj 2025, foretages følgende ændringer:

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

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

Stk. 6 bliver herefter stk. 5.

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

Børne- og Undervisningsministeriet

§ 3

I lov om institutioner for erhvervsrettet uddannelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 145 af 14. februar 2024, som ændret bl.a. ved § 2 i lov nr. 1355 af 29. november 2023, og senest ved § 3 i lov nr. 1662 af 30. december 2024, foretages følgende ændring:

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

§ 4

I lov om institutioner for almengymnasiale uddannelser og almen voksenuddannelse m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 146 af 14. februar 2024, som ændret ved § 1 i lov nr. 1355 af 29. november 2023, § 5 i lov nr. 635 af 11. juni 2024 og § 12 i lov nr. 1662 af 30. december 2024, foretages følgende ændring:

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

UDKAST

§ 5

I lov om institutioner for forberedende grunduddannelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 85 af 31. januar 2025, som ændret ved § 9 i lov nr. 630 af 11. juni 2024 og § 4 i lov nr. 1659 af 30. december 2024, foretages følgende ændring:

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

By-, Land- og Kirkeministeriet

§ 6

I lov om planlægning, jf. lovbekendtgørelse nr. 572 af 29. maj 2024, som ændret ved § 18 i lov nr. 614 af 11. juni 2024, § 2 i lov nr. 1678 af 30. december 2024, § 1 i lov nr. 203 af 25. februar 2025 og lov nr. 343 af 3. april 2025, foretages følgende ændring:

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

Erhvervsministeriet

§ 7

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

1. § 9, stk. 1, nr. 6, ophæves.
Nr. 7-9 bliver herefter nr. 6-8.

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

3. § 10, stk. 2, nr. 4, ophæves.
Nr. 5-7 bliver herefter nr. 4-6.

4. I § 10, stk. 3, udgår »én gang«.

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

UDKAST

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

7. § 13, stk. 2, nr. 6, ophæves.

8. Overskriften til kapitel 7 affattes således:

»Kapitel 7

Regioners deltagelse i Socialfondsplusprojekter og i grænseoverskridende samarbejder«

9. § 15, stk. 1-5, ophæves.

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

Kulturministeriet

§ 8

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

1. I § 1 indsættes som stk. 2:

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

2. § 3 a ophæves.

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

§ 9

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

Stk. 2. § 1, nr. 1-4, 6-15, 17, 18 og 20-23, træder i kraft den 1. januar 2027.

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

UDKAST

Stk. 4. § 1, nr. 5, og § 246 a, som affattet ved § 1, nr. 19, har virkning fra tilskudsåret 2027.

Stk. 5. Den nationale sundhedsplan som strategisk ramme for sundhedsmyndigheders, regioners og kommuners øvrige styring og planlægning af sundhedsvæsenet, jf. sundhedslovens § 206 c, som affattet ved § 1, nr. 16, har virkning fra den 1. januar 2027.

Stk. 6. Pligten til at have en nærsundhedsplan, jf. sundhedslovens § 206 d, som affattet ved § 1, nr. 16, har virkning fra den 1. april 2027.

§ 10

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

UDKAST

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

Indholdsfortegnelse	
1.	Indledning
2.	Baggrund
3.	Lovforslagets hovedpunkter
3.1.	Opgaveflytning
3.1.1.	Gældende ret
3.1.1.1.	Kvalitetsstandarder
3.1.1.2.	Patientrettet forebyggelse
3.1.1.3.	Kommunal sygepleje
3.1.1.4.	Genoptræning
3.1.1.4.1.	Genoptræningsplaner og niveauer af genoptræning
3.1.1.4.2.	Ansvar for genoptræning
3.1.1.4.3.	Frit valg til genoptræning
3.1.1.4.4.	Befordring til genoptræning
3.1.1.5.	Midlertidige pladser
3.1.2.	Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
3.1.2.1.	Opgaveflytning
3.1.3.2.	Sundheds- og omsorgspladser
3.1.3.	Den foreslåede ordning
3.1.3.1.	Opgaveflytning
3.1.3.2.	Etablering af sundheds- og omsorgspladser
3.2.	Regional medfinansiering af kommunale sundhedsopgaver
3.2.1.	Gældende ret
3.2.2.	Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
3.2.3.	Den foreslåede ordning
3.3.	Fastsættelse af minimumsrammer til sundhedsrådene målrettet til kommunale indsatser
3.3.1.	Gældende ret
3.3.2.	Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
3.3.3.	Den foreslåede ordning
3.4.	Statsligt tilskud til regionerne målrettet løft af kommunale sundhedsindsatser og understøttelse af kommunalt og regionalt samarbejde

UDKAST

3.4.1.	Gældende ret
3.4.2.	Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
3.4.3.	Den foreslåede ordning
3.5.	National sundhedsplan og nærsundhedsplaner
3.5.1.	Gældende ret
3.5.1.1.	Kvalitetsstandarder
3.5.1.2.	[Pladsholder til beskrives af bestemmelse vedr. patient- og pårørendeudvalg]
3.5.1.3.	Regionale sundhedsplaner
3.5.1.4.	National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud
3.5.1.5.	Specialeplanlægning
3.5.1.6.	Dimensioneringsplan for speciallæger
3.5.2.	Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
3.5.2.1.	National sundhedsplan
3.5.2.2.	Nærsundhedsplaner
3.5.3.	Den foreslåede ordning
3.5.3.1.	National sundhedsplan
3.5.3.2.	Nærsundhedsplaner
3.6.	Bortfald af øvrige regionale opgaver
3.6.1.	Ophævelse af regionernes mæglingsopgave i § 13 b, stk. 4 og 5.
3.6.1.1.	Gældende ret
3.6.1.2.	Miljø- og ligestillingsministeriets overvejelser
3.6.1.3.	Den foreslåede ordning
3.6.2.	Ophævelse af kommunens pligt til registrering af indvindingstilladelser meddelt af en landvæsensret eller et amtsråd
3.6.2.1.	Gældende ret
3.6.2.2.	Miljø- og ligestillingsministeriets overvejelser
3.6.2.3.	Den foreslåede ordning
3.6.3.	Bortfald af regionale opgaver på undervisningsområdet
3.6.3.1.	Gældende ret
3.6.1.2.	Børne- og Undervisningsministeriets overvejelser
3.6.1.3.	Den foreslåede ordning

UDKAST

3.6.4.	Bortfald af regionsrådenes adgang til over for ministeren for byer og landdistrikter at fremsætte forslag til landsplanlægning
3.6.4.1.	Gældende ret
3.6.4.2.	By-, Land- og Kirkeministeriets overvejelser
3.6.4.3.	Den foreslåede ordning
3.6.5.	Bortfald af regionale opgaver på erhvervsfremmeområdet
3.6.5.1.	Gældende ret
3.6.5.2.	Erhvervsministeriets overvejelser
3.6.5.3.	Den foreslåede ordning
4.	Lovforslagets forhold til databeskyttelsesforordningen
5.	Konsekvenser for opfyldelsen af FN's Verdensmål
6.	Regionale konsekvenser, herunder landdistrikter
7.	Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige
7.1.	Økonomiske konsekvenser
7.2.	Implementeringskonsekvenser
7.2.1.	Digitaliseringsklar lovgivning
8.	Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.
9.	Administrative konsekvenser for borgerne
10.	Klimamæssige konsekvenser
11.	Miljø- og naturmæssige konsekvenser
12.	Forholdet til EU-retten
13.	Hørte myndigheder og organisationer m.v.
14.	Sammenfattende skema

1. Indledning

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

Lovforslaget gennemfører endvidere...[Forårsaftalen]

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

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

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

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

Aftalepartierne er enige om, at sundhedsopgaver skal løses så tæt på borgerne som muligt. Der er dog en række opgaver, hvor mange kommuner i dag har udfordringer med at sikre borgerne et tilbud af tilstrækkelig høj kvalitet. Det kan være udfordringer med at sikre døgndækkede tilbud eller med at ansætte medarbejdere med de rette og tilstrækkelige faglige kompetencer. Samtidig ønsker aftalepartierne, at flere sundhedstilbud kan løses i sammenhæng til gavn for borgerne. Regionerne skal have et større og mere samlet ansvar for at sikre behandling tættere på eller i borgernes hjem. Dette skal fremme kvalitet og kontinuitet i behandlingen samt sikre, at flere borgere oplever en tidlig, nær og sammenhængende indsats.

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

øvrige midlertidige pladser i kommunerne, til regionerne som sundheds- og omsorgspladser uden egenbetaling for opholdet.

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

Lovforslaget gennemfører, at ansvaret for patientrettet forebyggelse, akut-sygeplejen og dele af genoptræningsindsatsen samt hovedparten af målgruppen for de midlertidige pladser, herunder alle akutpladser, flyttes fra kommunerne til regionerne. Derudover foretages mindre justeringer i sundhedslovens afsnit IX som følge af opgaveflytningen.

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

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

Som følge af sundhedsreformens tilpasning af regionernes øvrige opgaver ud over sundhedsområdet gennemføres med lovforslaget ændringer i lovgivningen på Miljø- og Ligestillingsministeriets, Børne- og Undervisningsministeriets, By-, Land- og Kirkeministeriets, Erhvervsministeriets og Kulturministeriets områder.

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

2. Baggrund

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Lovforslagets hovedpunkter

3.1. Opgaveflytning

3.1.1. Gældende ret

3.1.1.1. Kvalitetsstandarder

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

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

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

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

3.1.1.2. Patientrettet forebyggelse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.1.3. Kommunal sygepleje

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

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

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

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

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

I gældende vejledning nr. 102 fra 11. december 2006 beskrives det yderligere, hvad formålet med den kommunale sygepleje er, herunder beskrivelser

af indhold, tilrettelæggelse, personale i sygeplejen, plejehjælpemidler, dokumentation, tilsyn og klageadgang mv. Endvidere beskriver supplerende vejledning nr. 9235 af 21. marts 2019 om vederlagsfri hjemmesygepleje ved kommunale akutfunktioner, hvilke krav der er til organisering, kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, målgruppe, samt omfang af den vederlagsfri kommunale sygepleje.

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

Siden 2023 har det været et krav, at alle kommuner har en akutfunktion i sygeplejen, som lever op til Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder på området. I Sundhedsstyrelsens ”Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner” fra september 2023 beskrives krav og anbefalinger til den omfattede målgruppe, indsatser og tilrettelæggelsen heraf, udstyr, kompetencer og uddannelse, organisering og tilgængelighed, henvisning og behandlingsansvar, kvalitetsudvikling og monitorering, implementering og opfølgning, samt samarbejde med andre aktører, herunder rådgivning m.v.

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

3.1.1.4. Genoptræning

3.1.1.4.1. Genoptræningsplaner og niveauer af genoptræning

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

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

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

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

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

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

I bilag 1 i bekendtgørelsen fremgår de forskellige niveauer af genoptræning på sundhedsområdet, som afhænger af patientens funktionsevne på udskrivningstidspunktet: almen genoptræning, herunder genoptræning på basalt og avanceret niveau eller genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau. Niveauerne er beskrevet bl.a. i forhold til patientens funktionsnedsættelser, krav til sundhedspersoners faglige kompetencer og organisering af patientens forløb på de forskellige niveauer.

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

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

3.1.1.4.2. Ansvar for genoptræning

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

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

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

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

Efter § 251, stk. 1, afholder bopælskommunen udgifter til genoptræningsydelser efter § 140, og efter § 251, stk. 2, bemyndiges indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte regler om bopælskommunens betaling efter stk. 1, som udmøntet i bekendtgørelse nr. 1113 af 18. oktober 2024 om betalinger for færdigbehandlede patienter, indlagte på hospice og genoptræning på specialiseret niveau. Det følger bl.a. af bekendtgørelsen, at bopælsregionen opkræver bopælskommunen betaling for genoptræning efter sundhedslovens § 140, og at betalingen omfatter ydelsen genoptræning på specialiseret niveau, som foregår på sygehus.

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

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

3.1.1.4.3. Frit valg til genoptræning

Efter § 140, stk. 4, kan en person, der udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan, jf. § 84, medmindre genoptræningen skal foregå på sygehus, vælge at modtage genoptræningen hos en privat leverandør, som KL har indgået aftale med efter stk. 5, hvis kommunalbestyrelsen ikke inden for 7 dage efter udskrivning fra sygehus kan tilbyde opstart af genoptræningen, jf. stk. 3. Angiver genoptræningsplanen, at genoptræningen af sundhedsfaglige grunde først bør opstartes på et senere tidspunkt end udskrivningstidspunktet, regnes fristen dog fra dette tidspunkt.

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

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

rigs- og sundhedsministeren kan endvidere fastsætte regler om KLs aftaleindgåelse med leverandører, herunder om brug af underleverandører og tilsyn med leverandører.

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

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

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

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

3.1.1.4.4. Befordring til genoptræning

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

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

3.1.1.5. Midlertidige pladser

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

Kommunerne skal efter servicelovens § 84, stk. 1, tilbyde afløsning eller aflastning af ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende til personer, der passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Aflastning gives udenfor hjemmet, f.eks. i form af et dag-, nat- eller døgnophold på plejehjem eller i plejebolig til den plejekrævende person, mens afløsning gives i hjemmet.

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

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

Det fremgår af forarbejderne til § 84, stk. 2, i lov nr. 288 af 7. april 2006, at bestemmelsen er indført for at sikre en hjemmel til at tilbyde personer, som i praksis vil det dreje sig om ældre, der bor alene, et midlertidigt ophold uden for hjemmet.

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

Der er efter § 84, stk. 2, alene tale om et tilbud, som kommunalbestyrelsen kan vælge at stille til rådighed. Kommunalbestyrelsen har således ikke en pligt til at tilbyde et midlertidigt ophold. Det betyder, at kommunen f.eks. kan vælge i stedet at give den fornødne hjælp i borgerens egen bolig. På tilsvarende vis kan borgeren vælge ikke at tage imod et tilbud om midlertidigt ophold efter § 84, stk. 2, og i stedet vælge at få den eventuelt fornødne hjælp i egen bolig.

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

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

Det fremgår af ældrelovens § 17, at kommunerne kan tilbyde midlertidigt ophold til ældre personer over folkepensionsalderen, der bor alene og som i en periode har et særligt behov for omsorg og pleje og almindelig sygepleje som f.eks. medicin håndtering.

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

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

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

Tilbuddet om et midlertidigt ophold på en akutplads er ikke et krav i Sundhedsstyrelsens kvalitetstandards om kommunale akutfunktioner af 19. september 2023, men en mulighed i kommunernes organisering af den kommunale akutfunktion. Der henvises i øvrigt til ovenstående afsnit 3.1.1.3 om gældende ret om kommunal sygepleje.

Det fremgår af bl.a. af vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner nr. 9538 af 2. juli 2018, at det skal fremgå af borgerens genoptræningsplan, hvis der f.eks. er behov for overvågning under træning, herunder adgang til akut lægelig behandling.

Der henvises også til ovenstående pkt. 3.1.1.4.2 om gældende ret om genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Kommunalbestyrelsen har ansvaret for at tilbyde vederlagsfri genoptræning i henhold til sundhedslovens § 140, stk. 1, mens regionsrådet har ansvaret for at tilbyde en individuel genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus, jf. sundhedslovens § 84.

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

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

Efter sundhedslovens regler om kommunal sygepleje er det præciseret i en bekendtgørelsesændring nr. 165 af 26. februar 2019, at vederlagsfri sygepleje, som leveres til borgere på en midlertidig plads, herunder akutplads, også omfatter kost, linned, tøjvask og lignende, hvilket kommunerne således ikke kan opkræve egenbetaling for.

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

UDKAST

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

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

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

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

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

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

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

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

Lægemidlerne i medicinskabet vil skulle rekvireres fra et apotek af en læge eller sygeplejerske inden for deres respektive forbeholdte virksomhedsområder.

3.1.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

3.1.2.1. Opgaveflytning, herunder etablering af sundheds- og omsorgspladser

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

Opgaveflytningerne vedrører følgende kommunale indsatser i det nære sundhedsvæsen: patientrettet forebyggelse, akutsygeplejen, dele af genoptræningsindsatserne efter udskrivning fra sygehus, samt hovedparten af målgruppen for de midlertidige pladser i kommunerne.

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

Aftalepartierne er enige om, at kommuner vil kunne varetage hele eller dele af driften på vegne af regionen for de opgaver, som flyttes, men at regionen fortsat har myndigheds- og finansieringsansvar. I medfør af lov nr. L 213 fremsat d. 24. april 2025 om overgangen til en ny sundhedsstruktur (overgangsloven) og efterfølgende ændringslovsforslag kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte regler om, at en kommune varetager driftsopgaven på regionens vegne på de vilkår, som indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter.

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

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

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

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

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

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

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

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

I 2022 blev der i sundhedsloven indført bemyndigelseshjemler til, at indenrigs- og sundhedsministeren kunne fastsætte nærmere krav og anbefalinger om, hvordan kommunale sundhedsopgaver i det nære sundhedsvæsen skulle udføres. Videre kunne der stilles krav til, hvordan regionerne skulle rådgive kommunerne i forhold til denne udførelse. Hensigten var, at der fra centralt hold skulle kunne sikres en ensartet kvalitet i opgaveudførelsen på tværs af landets kommuner med tilstrækkelig faglig støtte fra de almenmedicinske tilbud eller relevant personale fra hospitalerne.

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

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

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

3.1.3. Den foreslåede ordning

3.1.3.1. Opgaveflytning

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

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

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

Kommunerne har i dag og vil fortsat have ansvaret for borgerrettede forebyggelsestilbud og at skabe rammer for og tilbud med henblik på sundhedsfremme og forebyggelse, både for somatiske og for psykiske sygdomme. Det gælder bl.a. forebyggelsestilbud til borgere i risiko for eller symptomer på kronisk sygdom.

Flytning af ansvaret for patientrettet forebyggelse fra kommuner til regioner vil medføre, at den enkelte region kan skabe mere sammenhængende løs-

ninger for borgere med kronisk eller langvarig sygdom med behov for regelmæssig eller tilbagevendende kontakt til sundhedsvæsenet. Regionerne vil kunne finde løsninger, som tilpasses lokale forhold, for eksempel i samarbejde med de enkelte kommuner i regionen.

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

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

Den foreslåede opdeling af den nuværende kommunale sygepleje vil medføre, at kommunerne fortsat vil have myndigheds- og finansieringsansvaret for den almene kommunale sygepleje og regionerne for akutsygeplejen. En opdeling af den nuværende kommunale sygepleje vil forventeligt bidrage til, at myndighederne kan skabe grundlag for den faglige bæredygtighed i den samlede kæde af sygeplejeindsatser, herunder sikre, at akutindsatsen uden for sygehusene styrkes, samtidig med at der bibeholdes en faglig bæredygtighed i den almene sygeplejeindsats i kommunerne. Den almene kommunale sygepleje vil også blive understøttet gennem rådgivning og sparring fra den regionale akutsygepleje.

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

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

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

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

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

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

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

De foreslåede ændringer i sundhedslovens afsnit IX om opgaveflytninger vil forventeligt medføre, at regionerne vil kunne drage fordel af at være ansvarlig for flere sundhedsopgaver med tilknytning til hinanden i forhold til bedre planlægning og sammenhængskraft. Det kan for eksempel gøre sig gældende for akutsygeplejen og den præhospitale indsats samt de patientrettede forebyggelsestilbud, som kan tænkes bedre sammen med patienternes forløb i forlængelse af udredning på sygehuset og eventuel behandling i

for eksempel det almenmedicinske tilbud. Det ændrede opgaveansvar vil forventeligt kunne bidrage positivt til at løse de udfordringer, der i dag eksisterer, hvor gevinst og investering hidtil har været adskilt mellem forskellige myndigheder, og som Sundhedsstrukturkommissionen for eksempel har peget på som en barriere for, at regioner og kommuner prioriterer indsatser, der kan forebygge unødige sygehusindlæggelser.

Som i dag vil der som følge af den foreslåede opgaveflytning fortsat skulle være fokus på koordinering og samarbejde mellem kommuner og regioner. I medfør af L 214 fremsat den 24. april 2025 om 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., vil de nye sundhedsråd på regionsrådets vegne få en central rolle i at sikre det fortsatte fokus på de lokale behov for nærhed og sammenhæng i opgaveløsningen på tværs af kommuner og regioner. Sundhedsrådene vil skulle varetage den umiddelbare forvaltning af regionernes sundhedsopgaver inden for et afgrænset geografisk område. Det indebærer bl.a. det umiddelbare politiske ansvar for strategi og planlægning af driften af sygehuse, lokal planlægning af almenmedicinske tilbud og praksissektor samt de sundhedsopgaver, som flyttes fra kommunerne til regionerne, bl.a. ved udarbejdelse af en nærsundhedsplan. Den kommunale repræsentation i sundhedsrådene skal understøtte, at nærsundhedsplanen også indeholder et klart kommunalt perspektiv på omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen, herunder fokus på samarbejdet mellem regionale og kommunale tilbud og indsatser. Der henvises i øvrigt til pkt. 3.5.3.2 om nærsundhedsplaner i lovforslagets almindelige bemærkninger.

I medfør af lov nr. L 213 fremsat d. 24. april 2025 om overgangen til en ny sundhedsstruktur (overgangsloven) og efterfølgende ændringslovsforslag kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte regler om, at en kommune varetager driftsopgaven på regionens vegne på de vilkår, som indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter.

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

Som følge af de foreslåede opgaveflytninger foreslås også justeringer i visse overskrifter og overordnede bemyndigelsesbestemmelser om mulighed for at udstede kvalitetsstandarder, som fremadrettet vil skulle omfatte både kommuner og regionerne.

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

Som følge af justeringer i bemyndigelsesbestemmelserne vil der skulle foretages mindre tilpasninger i bekendtgørelse om kvalitetsstandarder. For nærmere om bemyndigelsesbestemmelsen til at kunne udstede kvalitetsstandarder henvises til lovforslagets § 1, nr. 4, og bemærkningerne hertil.

3.1.3.2. Etablering af sundheds- og omsorgspladser

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

Regionsrådet vil være ansvarligt for at tilbyde ophold og indsats på sundheds- og omsorgspladser til personer, der har behov for et midlertidigt ophold for at modtage sundhedsfaglige indsatser, som ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges under ophold i eget hjem og heller ikke kræver sygehusindlæggelse. Målgruppen for sundheds- og omsorgspladser omfatter borgere med somatisk sygdom og eventuelt samtidig psykisk lidelse, der har behov for sundhedsfaglige indsatser som følge af f.eks. akut opstået sygdom, forværring af kendt sygdom eller komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, f.eks. efter udskrivelse fra sygehus.

Det foreslås, at regionsrådet får ansvaret for at levere og finansiere de sundhedsfaglige indsatser med et samlet rehabiliterende sigte, som borgerne har behov for under opholdet. Regionerne vil desuden være ansvarlige for at

levere og finansiere den nødvendige pleje og omsorg, der indgår i den samlede indsats, som borgeren skal modtage på sundheds- og omsorgspladserne.

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

Målgruppen for sundheds- og omsorgspladser og deres samlede behov for sundhedsfaglige indsatser tilsiger, at der tilknyttes lægefaglige kompetencer med henblik på tæt og løbende justering af indsatser og behandlingsplan.

Regionerne har ikke ansvar for at levere sundhedsindsatser, som ikke er relateret til formålet med opholdet på en sundheds- og omsorgsplads. Regionernes ansvar omfatter derfor ikke f.eks. tandpleje, socialtandpleje eller behandling for alkoholmisbrug, der falder uden for det sundhedsfaglige formål med opholdet.

En tidlig og løbende koordinering og informationsudveksling mellem region og kommune er afgørende for at sikre sammenhæng i borgerens forløb og forberede relevante kommunale indsatser efter ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Dette styrker overgangen for borgeren og mindsker risikoen for genindlæggelse på sygehus. Medarbejdere på sundheds- og omsorgspladser skal også koordinere med borgerens almen medicinske tilbud, når det er relevant.

Regioner og kommuner skal blandt andet være særlig opmærksomme på at skabe sammenhængende og koordinerede forløb for borgere, der vurderes at kunne have behov for plejebolig m.v. Det kan også være relevant for nogle borgere at modtage socialfaglige indsatser fra kommunen under et ophold på en sundheds- og omsorgsplads, hvis de f.eks. har sociale udfordringer, der kræver støtte samtidig med deres sundhedsfaglige behandling.

Det foreslås, at regionsrådet vil kunne tilvejebringe tilbud om ophold ved at etablere tilbud på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre regionsråd, kommunalbestyrelser eller private institutioner.

Andre regionsråd, kommunerne og private institutioner skal med understøttelse af regionen kunne leve op til relevante krav for sundheds- og omsorgspladser, herunder for krav der følger af kommende kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgspladser. Regionerne har det overordnede ansvar for opgavevaretagelsen på de nye sundheds- og omsorgspladser, også i tilfælde hvor driften er udlagt til andre aktører. Det indebærer, at regionerne skal sikre, at kvaliteten af tilbuddene lever op til både lovgivningsmæssige krav og standarder for området.

[ISM ved at afklare de nærmere rammer i forhold til udbudsreglerne.]

Det er regionen, der vil skulle tildele ophold på en sundheds- og omsorgsplads på baggrund af en konkret sundhedsfaglig helhedsvurdering af, om den enkelte person er i målgruppen for tilbuddet. I helhedsvurderingen skal det primære kriterium være det sundhedsfaglige behov, som kan omfatte sundhedsfaglige indsatser som observation, pleje og/eller behandling, genoptræning og basal palliation. Det er i den forbindelse et afgørende princip for ophold på pladserne, at borgerens sundhedsfaglige behov fordrer adgang til lægefaglige kompetencer, herunder at borgernes behov afgør adgangen til specialistkompetence. Derudover skal øvrige forhold, der kan påvirke muligheden for tilrettelæggelsen af indsatsen under ophold i eget hjem, også tages i betragtning.

Samtidig skal f.eks. sygehusafdelinger, den kommunale sygepleje og almenmedicinske tilbud kunne henvise borgere til de medarbejdere eller den enhed, der har ansvaret for tildeling af ophold, med henblik på en konkret sundhedsfaglig helhedsvurdering af borgerens behov for ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

Med de foreslåede regler omfatter målgruppen f.eks. ikke borgere, der primært har behov for helhedspleje efter ældreloven eller personlig pleje og praktisk hjælp efter serviceloven. Målgruppen omfatter f.eks. heller ikke borgere, der primært har behov for socialfaglige indsatser, og som derfor skal modtage kommunal støtte fremfor ophold på sundheds- og omsorgspladser for at sikre kontinuitet i deres indsatser.

Regionen kan vælge at indgå aftale med en anden region eller kommune, der driver sundheds- og omsorgspladser på vegne af regionen, om at den anden region eller kommunen kan tildele ophold på pladserne. Regionen har tilsynsansvaret, når tildelingen af ophold på sundheds- og omsorgspladser

overlades til en kommune eller anden region, og skal blandt andet sikre, at tildelingen af ophold sker i overensstemmelse gældende kvalitetsstandarder. [ISM ved at afklare de nærmere rammer i forhold til udbudsreglerne.]

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

Bemyndigelsen forventes bl.a. anvendt til at fastsætte nærmere regler om tilrettelæggelse og varetagelse af genoptræningsforløb for patienter, som udskrives fra sygehus med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, herunder koordinering under ophold på en sundheds- og omsorgsplads og i overgangen til eget hjem. Den kan desuden anvendes til f.eks. at fastsætte regler ved uenighed mellem region og kommune om ansvarsfordeling i relation til sundheds- og omsorgspladser samt til regulering af aftaler om drift af sundheds- og omsorgspladser mellem regioner og andre leverandører.

[ISM ved at afklare de nærmere rammer i forhold til udbudsreglerne.]

Der vil desuden kunne fastsættes kvalitetsstandarder i medfør af den foreslåede § 118 b om indsatser på sundheds- og omsorgspladserne.

Sundhedsstyrelsen vil således kunne fastsætte forpligtende kvalitetskrav og kvalitetsanbefalinger om blandt andet kapacitet, udstyr og sundhedsfagligt indhold, som vil blive beskrevet i en kommende kvalitetsstandard for sundheds- og omsorgspladser hjemlet i sundhedslovens § 118 b.

Der vil som en del af kvalitetsstandarderne blive udarbejdet en nærmere beskrivelse af karakteristika ved målgruppen for pladserne og indsatserne som led i en tydeligere afgrænsning af, hvornår i et forløb, det kan være relevant at visitere til en plads og tilsvarende afslutte opholdet.

Kvalitetsstandarderne vil blandt andet også indeholde beskrivelse af behandlingsansvaret under ophold på sundheds- og omsorgspladser. Det forventes yderligere, at standarderne vil beskrive relevante lægefaglige specialer i forhold til f.eks. sparring og rådgivning i forhold til at kunne imødekomme borgernes forskellige behov ifm. ophold på sundheds- og omsorgspladser. Der kan f.eks. være brug for kompetencer inden for det almene medicinske eller geriatrisk speciale for at kunne håndtere komplekse pleje-

og/eller behandlingsbehov hos ældre borgere med medicinske problemstillinger. I visse tilfælde kan der f.eks. også være behov for let adgang til psykiatriske specialistkompetencer.

Kvalitetstandarden vil bl.a. også omfatte overordnede overvejelser vedrørende planlægningen af de kommunale indsatser, der skal finde sted efter afsluttet ophold, f.eks. for borgere med fortsat behov for genoptræning, herunder efter genoptræningsplan. Kvalitetsstandarden udarbejdes med inddragelse af relevante aktører og eksisterende fagligt vidensgrundlag.

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

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

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

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

3.2. Regional medfinansiering af kommunale sundhedsopgaver

3.2.1. Gældende ret

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

I gældende lovgivning kan regionsrådene dog i medfør af § 239 i sundhedsloven indgå aftale med kommunalbestyrelser om betaling for personer, der

henvises til kommunale tilbud som alternativ til sygehusindlæggelse, hvilket dog indebærer, at regional betaling for kommunale sundhedsydelser er formålsbegrænset til at mindske antallet af sygehusindlæggelser.

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

3.2.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

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

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

Det er et nybrud, at regionsrådene skal modtage økonomiske rammer, de efterfølgende skal udmønte til kommunerne med henblik på at styrke kommunale sundhedsydelser. Indenrigs- og Sundhedsministeriet finder det i den forbindelse afgørende, at udmøntningen foregår på en måde, der understøtter, at kommunerne fortsat har det entydige ansvar for varetagelsen af de

kommunale sundhedsydelser, således at muligheden for at placere såvel politisk og juridisk ansvar for varetagelsen af sundhedsopgaver fastholdes - trods et større samarbejde om indsatser mellem kommuner og regioner.

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

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

Det er samtidig Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering, at udmøntningen skal balancere hensynet til at sikre kommunal tilskyndelse til at investere i egne sundhedsopgaver med hensynet til ikke at binde kommunernes prioriteringsrum på tværs af områder unødigt. Den foreslåede ordning for udmøntningen beskrives i afsnit 3.2.3.1.

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

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

Den statslige styring med løft af kvaliteten via kvalitetsstandarder er i dag i overensstemmelse med hensynet til entydigt opgaveansvar, da indenrigs- og sundhedsministeren aftaler økonomi og vilkår vedr. implementering med den relevante forhandlingsorganisation, hvorefter kommunerne og regionerne alene er ansvarlige for implementeringen af de dele af indsatsen, som hører under deres ansvarsområde. Ved udmøntning af kvalitetsstandarder via sundhedsrådene er det ministeriets vurdering, at der ville være risiko for,

at ansvaret vil være uklart placeret, da det følger af Aftale om sundhedsreform 2024, at sundhedsråd og kommuner sammen skal tilpasse indsatserne efter lokale forhold.

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

Det er således ministeriets vurdering, at kvalitetsstandarder i sin nuværende bindende form ikke vil kunne implementeres/udmøntes via sundhedsrådene uden, til en vis grad, at kompromittere hensynet til entydigt ansvar for varetagelse af kommunale sundhedsydelser. Samtidig vurderes det ikke muligt at afvige fra hensynet til at placere entydigt ansvar for opgavevaretagelsen og implementeringsansvaret.

Derfor er det ministeriets vurdering, at der skal fastsættes en alternativ model for kvalitetsstandarder til brug for sundhedsrådenes udmøntning af de nye nationale tværgående kvalitetsstandarder. Denne model beskrives i afsnit 3.2.3.2.

3.2.3. Den foreslåede ordning

3.2.3.1. Aftaler om regional medfinansiering af kommunale sundhedsindsatser

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

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

Det foreslås, at der indsættes en § 118 c, stk. 1, hvorefter et regionsråd efter aftale med en eller flere pågældende kommunalbestyrelser kan medfinansiere kommunale sundhedsopgaver, som er henlagt til kommunerne efter

sundhedslovens kapitel 34-41. Det indebærer, at regionsrådene ikke kan yde økonomiske tilsagn til varetagelsen af kommuners varetagelse af sundhedsopgaver uden forudgående aftale herom.

Bestemmelsen skal understøtte, at regioner og kommuner kan tage fælles ansvar for løft af de kommunale sundhedsopgaver. Samtidig skal en aftalebaseret udmøntning understøtte, at det entydige ansvar for den konkrete varetagelse af kommunale sundhedsopgaver fortsat påhviler kommunerne, således at borgerne har mulighed for at placere et politisk ansvar for varetagelsen af konkrete opgaver i kommunerne. Dette understøttes, idet regionsrådene alene kan medfinansiere kommunale sundhedsopgaver efter aftale med pågældende kommunalbestyrelser, og da det kommunale ansvar for varetagelse og drift af konkrete sundhedsopgaver også omfatter eventuelle kontraktuelle eller aftalebaserede ansvar.

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

At regionsrådene med den foreslåede bestemmelse i § 118 c, stk. 1 kan indgå aftale med enkeltkommuner indebærer som udgangspunkt, at regionsrådene ikke er forpligtede til at indgå aftaler med alle kommunerne om økonomiske tilsagn for varetagelse af kommunale sundhedsopgaver. Regionsrådene mødes heller ikke med en konkret forpligtelse til at udmønte de politisk afsatte økonomiske rammer målrettet til kommunale indsatser i aftale om sundhedsreform 2024 efter en bestemt fordeling mellem kommunerne. Dog gælder en undtagelse herom for så vidt angår midlerne til kvalitetsstandarder, som nærmere beskrevet i afsnit 3.2.3.2.

Dette skal ses i lyset af, at regionsrådene skal have mulighed for at rejse forskelligartede økonomiske tilsagn og ledsagende krav til forskellige kommuner, der i vidt omfang også har forskelligartede sundhedsindsatser, politiske interesser og kvalitet i sundhedsydelserne. Således vil de konkrete løft

af hver enkelt kommunes sundhedsopgaver afhænge af de konkrete prioriteringer, der måtte gøre sig gældende i de respektive sundhedsråd og regionsråd, og de aftaler, der indgås mellem de specifikke kommunalbestyrelser og regionsråd.

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

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

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

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

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

UDKAST

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

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

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

Det forudsættes, at parterne skal sikre proportionalitet mellem tilsagnets størrelse og kravenes omfang og rækkevidde, herunder så aftalerne ikke binder kommunernes mulighed for prioriteringer på tværs af opgaveområder unødigt. I kraft af, at kommunerne har driftsansvaret for varetagelsen af egne sundhedsydelser, herunder også eventuelle kontraktuelle ansvar, forudsættes det, at kommunerne har et medansvar for at sikre proportionalitet mellem tilsagnets størrelse og de aftalte implementeringskrav.

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

Endelig foreslås det i 118 c, stk. 5, at regionsrådet kan medfinansiere kommunale anlægsinvesteringer på det kommunale sundhedsområde. Bestemmelsen udmønter intentionen fra aftale om sundhedsreform 2024, hvor der er afsat 3,5 mia. kr. til investering i bedre fysiske rammer for lokale sundhedshuse mv. Det forudsættes, at den nærmere fordeling af de afsatte midler til investeringer i bedre fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser fastsættes af indenrigs- og sundhedsministeren ud fra en statslig fordelingsmodel, som fordeler flest midler til sundhedsråd med størst patienttyngde, som beregnes ud fra demografiske, socioøkonomiske og helbredsmæssige karakteristika, og store afstande.

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

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

3.2.3.2. Nationale kvalitetsstandarder i sundhedsrådene

Det forudsættes, at rammerne for udmøntningen af nye nationale tværgående kvalitetstandarder i sundhedsrådene fastlægges i aftaler med KL og Danske Regioner. Det skal bl.a. bidrage til, at implementeringen af kvalitetsstandarderne kan ske inden for de økonomiske fastsatte rammer til sundhedsrådene.

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

3.3. Fastsættelse af minimumsrammer til sundhedsrådene målrettet til kommunale indsatser

3.3.1. Gældende ret

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

3.3.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

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

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

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

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

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

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

løsning begrænser regionsrådets mulighed for at prioritere supplerende løft i tilfælde af lokale behov.

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

I den forbindelse er det ministeriets opfattelse, at modellen bør indrettes således, at der ikke er mulighed for, at regionsrådet kan indgå aftaler med få eller en enkelt kommune om at anvende midlerne til regional drift på bekostning af en eller flere øvrige kommuner i sundhedsrådets område. Hermed forstås en situation, hvor regionsrådet undlader at indgå aftale med en eller flere kommunalbestyrelser i sundhedsrådets område, for i stedet at indgå en større aftale med eksempelvis en enkelt kommune og samtidig aftale et regionalt løft på bekostning af de øvrige kommuner. Det vurderes derfor mest hensigtsmæssigt at indrette ordningen således, at alle kommunalbestyrelser i et givent sundhedsråd skal indvilge i eller indgå konkret aftale om, at midlerne målrettet til kommunale indsatser anvendes på løft af regionale sundhedsopgaver.

I forlængelse heraf, har ministeriet overvejet, om der skulle anlægges en udvidet fortolkning af § 118 c, stk. 4, således at en kommunalbestyrelse kunne indgå aftale om, at midlerne til kommunale indsatser ikke alene kunne bruges til finansiering af regionale sundhedsopgaver, men også gav muligheden for regionale varetagelse af sundhedsopgaver, der alene er henlagt til kommunerne efter sundhedslovens kapitel 34-41. Det er ministeriets vurdering, at bestemmelsen i § 118 c, stk. 4 ikke bør regulere det overordnede regionale opgaveområde, hvorfor bestemmelsen alene bør sigte mod at give mulighed for at løfte regionale sundhedsopgaver, som regionerne i øvrigt må varetage i medfør af gældende lovgivning.

3.3.3. Den foreslåede ordning

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

Det er hensigten, at fastsættelsen af minimumsrammeniveauerne for de enkelte sundhedsråd vil ske i overensstemmelse med den samlede økonomiske

prioritering til kommunale indsatser som aftalt i aftale om sundhedsreform 2024 samt efterfølgende ændringer heri.

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

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

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

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

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

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

Forslaget vil indebære, at i et sådan tilfælde, så vil regionsrådet forsat have det entydige ansvar for den konkrete regionale opgavevaretagelse. Det forudsættes desuden, at de i øvrigt beskrevne regler og hensyn for aftaleindgåelse mellem kommunalbestyrelser og regionsråd også gør sig gældende i disse tilfælde, hvilket indebærer at pågældende kommunalbestyrelse og regionsråd eksempelvis kan fastsætte nærmere rammer for såvel tidsperioden for tilsagnet og betingelser for eventuel ophævelse af tilsagnet på lige fod med aftaler om medfinansiering af kommunale sundhedsopgaver.

3.4. Statsligt tilskud til [nær sundhed] og understøttelse af kommunalt og regionalt samarbejde

3.4.1. Gældende ret

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

3.4.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Det er Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering, at der til understøttelse af aftaler i medfør af § 118 c, stk. 1-4, er behov for at etablere en styringsmekanisme for det statslige tilskud til [nær sundhed], der skal understøtte, at tilskuddet øremærkes løft af kommunale sundhedsindsatser og understøtte kommunalt og regionalt samarbejde. Dette skal ses i lyset af, at ordningen bør indrettes på en måde, som understøtter, at den kommunale tilskyndelse til at investere i og udvikle egne sundhedsindsatser fastholdes, ligesom det er vigtigt, at ordningen understøtter den regionale interesse i vedvarende udbygning af nære tilbud i kommunerne.

Ministeriet har på baggrund af disse overordnede hensigter med den aftalebaserede model haft en række overvejelser om den mest hensigtsmæssige indretning af styringsmekanismen. I det omfang, at tilskuddet til [nær sundhed] har gennemslag på regionernes driftsloft for sundhedsudgifter, vil det som udgangspunkt være muligt for regionerne at anvende tilskuddet til at afholde egne udgifter finansieret af egne likvide beholdninger. Derfor har der været gjort nøje overvejelser om, hvordan det kan understøttes, at tilskud til [nær sundhed] til regionerne til dækning for de fastsatte minimumsrammer til aftaler om løft af kommunale sundhedsopgaver faktisk anvendes efter hensigten. Det vurderes nødvendigt at etablere en mekanisme, som kan

understøtte dette. Det foreslås, at der etableres en statslig styringsmekanisme rettet mod betingelser om tilbagebetaling af det øremærkede tilskud i tilfælde af manglende udmøntning.

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

Desuden har ministeriet haft overvejelser om, at der i forbindelse med de årlige aftaler om regionernes økonomi kan følges op på, i hvilket omfang regionerne anvender midlerne til kommunale indsatser efter formålet.

3.4.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås, at der indsættes en ny § 243 a i sundhedsloven.

Det foreslås med den foreslåede bestemmelse i § 246 a, stk. 1, at de overordnede økonomiske rammer målrettet til udbygning af kommunale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen ydes som et tilskud til [nær sundhed] til regionerne. Det forudsættes, at tilskuddet til [nær sundhed] vil have virkning på det regionale driftsloft for sundhedsudgifter, og at tilskuddet fastsættes årligt af finansministeren med tilslutning fra Folketingets Finansudvalg.

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

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

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

Dette indebærer, at indenrigs- og sundhedsministeren vil kunne kræve uforbrugte midler i de enkelte regioner tilbageført til staten i det omfang, at det enkelte regionsråd ikke har udmøntet minimumsrammerne til kommunerne i aftaler, jf. regler fastsat i medfør af den foreslåede § 118 c, stk. 4. Bestemmelsen skal understøtte, at såvel regionsråd som kommunalbestyrelser vil møde tilskyndelse til at indgå aftaler om løft af de kommunale sundhedsopgaver og derved understøtte omstillingen til det nære sundhedsvæsen i kommunerne. Det følger heraf, at de fastsatte minimumsrammer skal forblive uforbrugte, såfremt regionsrådene ikke udmønter disse til kommunerne i fuldt omfang.

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

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

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

Det forudsættes, at regionerne senest den første hverdag i maj fremsender ovennævnte oplysninger til Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Det foreslås videre, at ovennævnte oplysninger skal være revideret af regionens revisor og forsynet med revisors erklæring med henblik på at sikre en retvisende regulering. Det forudsættes i denne bestemmelse, at revisionen foretages i overensstemmelse med god offentlig revisionsskik, således som den er fastsat i §3 i lov om revision af statens regnskaber m.m., jf. lovbekendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012.

3.5. National sundhedsplan og nærsundhedsplaner

3.5.1. Gældende ret

Der findes ikke i gældende lovgivning bestemmelser, som bemyndiger indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte et nationalt styrings- og planlægningsværktøj, som sætter strategisk retning for udvikling af det samlede sundhedsvæsen og national og lokal sundhedsplanlægning.

Der findes ligeledes ikke i gældende lovgivning bestemmelser vedr. nærsundhedsplaner, der udarbejdes af de kommende sundhedsråd, som etableres med lovforslag om Regional forvaltningsmodel med sundhedsråd, afskaffelse af kontaktudvalg, sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler i deres nuværende form, praksisplaner, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet og nærhedsfinansiering samt konsekvensændringer i flere love som følge af sammenlægningen af Region Hovedstaden og Region Sjælland m.v., som er fremsat den 24. april 2025.

Gældende lovgivning på sundhedsområdet indeholder en række bestemmelser, som regulerer sundhedsmyndigheders sundhedsplanlægning. Disse bestemmelser vedrører regionale sundhedsplaner, [national fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud], specialeplanlægning og dimensioneringsplan for speciallæger. Der findes ikke bestemmelser i sundhedsloven, som forpligter kommunerne på at udarbejde planer for deres sundhedsindsatser. Kommunale sundhedspolitikker er dog udbredte og adresserer f.eks. de faglige anbefalinger til den kommunale forebyggelsesindsats i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker samt de fælles mål, der er aftale med regionen i forbindelse med sundhedsaftalen.

§ 118 b i sundhedsloven indeholder bemyndigelsesbestemmelser til at udstede kvalitetsstandarder med krav og anbefalinger til sundhedsindsatser i lovens afsnit IX.

Det bemærkes, at der med ovennævnte lovforslag udgår bestemmelser vedrørende bl.a. sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler og praksisplaner. Hensigten med disse bestemmelser har været at sikre samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis om indsatsen på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang om indsatsen for sammenhængen mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Ikrafttrædelse for de vedtagne ændringer er den 1. januar 2026 med undtagelse af praksisplaner, som ophører den 30. juni 2025, hvorefter de erstattes af den nationale fordeling af læger i almenmedicinske tilbud pr. den 1. juli 2025.

De relevante gældende bestemmelser beskrives i det følgende.

3.5.1.1. Kvalitetsstandarder

Efter sundhedslovens § 118, har kommunalbestyrelsen ansvaret for at tilvejebringe tilbud om sundhedsydelser efter afsnit IX.

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

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

3.5.1.2. [Pladsholder til beskrives af bestemmelse vedr. patient- og pårørendeudvalg]

Ny bestemmelse indføres ifbm. lovpakke I – udfyldes efter lovforslagets fremsættelse (nuværende titel på lovforslaget er: *Ny regional forvaltningsmodel med sundhedsråd, afskaffelse af kontaktudvalg, sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler i deres nuværende form, prak-*

sisplaner, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet og nærhedsfinansiering samt konsekvensændringer i flere love som følge af sammenlægningen af Region Hovedstaden og Region Sjælland m.v.]

3.5.1.3. Regionale sundhedsplaner

Det følger af sundhedslovens § 206, stk. 1, at der for hver regionsråd udarbejdes en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet.

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

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

[afsnittet udbygges med beskrivelsen af den fremtidige arbejdsdeling ml. sundhedsråd og regionsråd, som introduceres med lovpakke I - udfyldes efter lovforslaget om Ny regional forvaltningsmodel med sundhedsråd, afskaffelse af kontaktudvalg, sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler i deres nuværende form, praksisplaner, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet og nærhedsfinansiering samt konsekvensændringer i flere love som følge af sammenlægningen af Region Hovedstaden og Region Sjælland m.v, som fremsættes den 24. april 2025]

[3.5.1.4. National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud

Det følger af sundhedslovens § 206 b, stk. 1, at regionsrådet er ansvarligt for planlægning og kapacitetsstyring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud i overensstemmelse med den nationale fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud efter regler fastsat i medfør af stk. 3.

Det følger videre af sundhedslovens § 206 b, stk. 2, at regionsrådet i planlægningen og kapacitetsstyringen af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud skal fastlægge antallet af patienter, en klinik som minimum skal have tilknyttet, før klinikken får ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter,

på baggrund af patienternes behandlingsbehov og den nationale fordelingsmodel efter regler fastsat i medfør af stk. 3.

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

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

3.5.1.5. Specialeplanlægning

Efter sundhedslovens § 207, stk. 1, skal Sundhedsstyrelsen nedsætte et rådgivende udvalg for specialeplanlægning.

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

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

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

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

Det følger videre af sundhedslovens § 208, stk. 2, at Sundhedsstyrelsen godkender lands- og landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse.

Sundhedsstyrelsen fastsætter, jf. sundhedslovens § 208, stk. 3, nærmere regler om visitation af patienter til behandling på afdelinger med lands- og landsdelsfunktioner efter høring af det i § 207 nævnte udvalg.

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

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

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

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

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

3.5.1.6. Dimensioneringsplan for speciallæger

Efter autorisationslovens § 32 fastsætter ministeren for sundhed og forebyggelse regler for lægers videreuddannelse ud over den i § 31 nævnte turnusuddannelse med henblik på udøvelse af nærmere bestemte lægelige funktioner, herunder virke i almen praksis, og for anvendelse af særlige betegnelser for læger, der har gennemgået sådan uddannelse.

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

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

3.5.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

3.5.2.1. National sundhedsplan

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

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

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

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

3.5.2.2. Nærsundhedsplaner

Med Aftale om sundhedsreform 2024 mellem regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne) og Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre, er aftalepartierne enige om, at sundhedsrådene skal udarbejde en nærsundhedsplan, som konkret beskriver en omstillingsproces og udbygning af det nære sundhedsvæsen inden for sundhedsrådets område.

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

Det fremgår endvidere af aftalen, at nærsundhedsplanen også skal omfatte en plan for, at sygehusene skal drive og understøtte behandling tæt på borgerne. Herunder hvordan sygehusene kan vendes udad ved f.eks. i langt højere grad at stille specialiseret rådgivning til rådighed for nære tilbud og tage et ansvar før og efter sygehusophold. Det gælder både udvikling af nye løsninger (f.eks. rådgivende funktioner i form af f.eks. telefon-hotlines til specialister, udstyr der stilles til rådighed mv.) samt ændringer i opgaveforståelsen hos det sundhedsfaglige personale.

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

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

Aftalepartierne er desuden enige om, patienters og pårørendes viden og perspektiver er centrale for udviklingen af sundhedsvæsenet. Derfor skal sundhedsrådet høre det regionale patient- og pårørendeudvalg eller relevante lokale patient- og pårørendeorganisationer i forbindelse med nærsundhedspla-

nen og tilsvarende større planlægningsmæssige beslutninger. Det bemærkes, at der på baggrund af høringen af lovforslag om Ny regional forvaltningsmodel med sundhedsråd, afskaffelse af kontaktudvalg, sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler i deres nuværende form, praksisplaner, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet og nærhedsfinansiering samt konsekvensændringer i flere love som følge af sammenlægningen af Region Hovedstaden og Region Sjælland m.v., som er fremsat den 24. april 2025, efterfølgende er lagt op til, at der fremfor regionale patient- og pårørendeudvalg etableres et udvalg i hvert af de 17 nye sundhedsråd.

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

3.5.3. Den foreslåede ordning

3.5.3.1. National sundhedsplan

Den foreslåede ordning indebærer, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter en national sundhedsplan, forstået således, at ministeren bemyndiges til at kunne træffe beslutning om indholdet af planen. I praksis forventes det, at der vil være tæt inddragelse af regioner og kommuner i fastlæggelsen af planen.

En national sundhedsplan vil muliggøre, at der fra nationalt niveau fastsættes en retning for udviklingen af sundhedsvæsenet og den samlede sundhedsplanlægning. Den fælles planlægningsramme skal afstedkomme, at der på både nationalt og lokalt niveau i sundhedsplanlægningen er fokus på omstilling mod nære og almene sundhedsindsatser samt en bedre og mere lige fordeling af ressourcer på tværs af landet. Herunder skal den nationale sundhedsplan sikre, at sundhedsrådene har en ramme til udarbejdelse af nærsundhedsplanerne og de lokale omstillingsindsatser, som skal indgå i heri.

Forslaget vil indebære, at indenrigs- og sundhedsministerens bemyndigelse til at fastsætte en national sundhedsplan træder i kraft den 1. januar 2026, og at øvrig national og lokal sundhedsplanlægning skal ske i overensstemmelse med den nationale sundhedsplan med virkning fra 1. januar 2027.

3.5.3.2. Nærsundhedsplaner

Den foreslåede ordning, hvor regionsrådet er ansvarligt for, at hvert sundhedsråd udarbejder en nærsundhedsplan, vil muliggøre planlægning af de

nære sundhedsopgaver, herunder udviklingen af almenmedicinske tilbud, nære regionale sundhedsindsatser, understøttelse af kommunale sundhedsindsatser samt initiativer med fokus på at vende sygehusene udad.

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

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

Sundhedsrådet skal desuden systematisk inddrage det patient- og pårørendevalg, som regionsrådet nedsætter i tilknytning til hvert sundhedsråd, i dets drøftelser af nærsundhedsplanen.

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

Sundhedsstyrelsen får en rådgivende rolle i forhold til nærsundhedsplanerne i tråd med den gældende rådgivningsfunktion i relation til de regionale sundhedsplaner. Det skal understøtte sammenhæng i den samlede planlægning på henholdsvis nationalt, regionalt og sundhedsrådsniveau.

Med forslaget vil indenrigs- og sundhedsministerens bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler for indhold og rammer for nærsundhedsplanerne træde i kraft den 1. januar 2026. Sundhedsrådenes forpligtelse til at have en nærsundhedsplan vil med forslaget have virkning fra den 1. april 2027.

3.6. Bortfald af øvrige regionale opgaver

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

3.6.1.1. Gældende ret

Kommunerne skal udarbejde indsatsplaner for udpegede indsatsområder. For indsatsområder der går på tværs af kommunegrænser, skal de berørte kommuner nå til enighed om udformningen af indsatsplanen. I tilfælde af at der ikke kan opnås enighed blandt de berørte kommunalbestyrelser, fremgår det af vandforsyningslovens § 13 b, stk. 4, at regionsrådet efter anmodning skal indkalde til mægling om den nærmere udformning af indsatsplanen for kommunen. Såfremt der ikke kan opnås enighed, skal regionsrådet forelægge sagen for miljøministeren, som herefter træffer afgørelse.

3.6.1.2. Miljø- og ligestillingsministeriets overvejelser

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

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

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

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

3.6.1.3. Den foreslåede ordning

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

Det foreslås, at der indsættes en ny bestemmelse som stk. 4, hvorefter kommunalbestyrelsen vil kunne forelægge sagen for miljøministeren, som vil

kunne træffe endelig afgørelse ved uenighed om indsatsplanens udformning.

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

3.6.2.1. Gældende ret

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

3.6.2.2. Miljø- og Ligestillingsministeriets overvejelser

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

3.6.2.3. Den foreslåede ordning

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

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

3.6.3. Bortfald af regionale opgaver på undervisningsområdet

3.6.3.1. Gældende ret

Det fremgår af § 34 a, stk. 2, i lov om institutioner for erhvervsrettet uddannelse, § 10 a, stk. 3, i lov om institutioner for almengymnasiale uddannelser og almen voksenuddannelse m.v. og § 31, stk. 2, i lov om institutioner for forberedende grunduddannelse, at regionsrådet med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi efter ansøgning fra en institution kan yde formåls- og tidsbestemte udviklingstilskud, herunder anlægstilskud.

3.6.3.2. Børne- og Undervisningsministeriets overvejelser

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

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

3.6.3.3. Den foreslåede ordning

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

Der henvises i øvrigt til lovforslagets §§ 4-6 og bemærkningerne hertil.

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

3.6.4.1. Gældende ret

Det er den almindelige ordning i lov om planlægning (planloven), at kommunalbestyrelsen er planmyndighed, dvs. har ansvaret for at tilvejebringe fysisk planlægning i form af kommune- og lokalplanlægning for arealanvendelsen i kommunen.

Bestemmelser om landsplanlægning findes i planlovens kapitel 2.

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

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

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

Efter planlovens § 22 a, stk. 2, der indgår i lovens kapitel 6 om planers tilvejebringelse og ophævelse, kan regionsråd og kommunalbestyrelser på

eget initiativ over for ministeren for byer og landdistrikter fremsætte forslag til landsplanlægningen.

3.6.4.2. By-, Land- og Kirkeministeriets overvejelser

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

3.6.4.3. Den foreslåede ordning

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

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

Der henvises i øvrigt til lovforslagets § 7 og bemærkningerne hertil.

3.6.5. Bortfald af regionale opgaver på erhvervsfremmeområdet

3.6.5.1. Gældende ret

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

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

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

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

Det fremgår af § 13, stk. 1, at hvert erhvervshus ledes af en bestyrelse. Erhvervshusenes bestyrelser består af 11 medlemmer, herunder 1 formand, og en observatør. Det fremgår af § 13, stk. 2, at erhvervshusenes bestyrelser sammensættes af én formand, der udpeges af kommunekontaktrådene, og som skal være folkevalgt og gerne have baggrund i det private erhvervsliv, tre medlemmer, der udpeges af kommunekontaktrådene blandt kommunale politiske repræsentanter, fire medlemmer, der udpeges af kommunekontaktrådene blandt virksomhedsrepræsentanter, herunder små og mellemstore virksomheder, efter indstilling fra erhvervsorganisationer, ét medlem, der udpeges af kommunekontaktrådene blandt repræsentanter fra en videninstitution, ét medlem, der udpeges af kommunekontaktrådene fra en arbejdsstagerorganisation efter indstilling fra de faglige hovedorganisationer i fællesskab, samt ét medlem, der udpeges af regionsrådene.

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

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

UDKAST

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

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

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

3.6.5.2 Erhvervsministeriets overvejelser

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

Regionernes resterende øvrige opgaver om regional udvikling, herunder regionernes mulighed for at udarbejde udviklingsstrategier samt aktiviteter, der relaterer sig hertil, bortfalder.

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

Erhvervsministeriet finder, at der på ovenstående baggrund er behov for at tilpasse en række bestemmelser i lov om erhvervsfremme.

Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse, som har til formål at understøtte en sammenhængende decentral erhvervsfremmeindsats, herunder at der er

sammenhæng mellem den decentrale og den statslige indsats, berøres af opgavebortfaldet på det regionale område. For det første har regionerne et medlem af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse, som nu bortfalder.

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

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

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

3.6.5.3 Den foreslåede ordning

På baggrund af ovenstående overvejelser foreslår Erhvervsministeriet, at regionernes opgaver vedrørende regionale udviklingsstrategier, udviklingsaktiviteter i relation til udviklingsstrategierne, samt indstillingsret til bestyrelser på erhvervsfremmeområdet, bortfalder.

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

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

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

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

3.6.6. Bortfald af regionale opgaver på kulturområdet

3.6.6.1. Gældende ret

Regionerne kan medvirke til at igangsætte kulturbegivenheder samt udvikle kulturelle tilbud, som kan videreføres af andre parter i en mere permanent drift, jf. § 3 a i Lov om regionernes opgaver og kommunernes samarbejde på kulturområdet.

Kommuner og regioner kan samarbejde på tværs af landegrænser på kulturområdet, jf. § 3 b, stk. 2, i Lov om regionernes opgaver og kommunernes samarbejde på kulturområdet.

3.6.6.2 Kulturministeriets overvejelser

Med den politiske "Aftale om Sundhedsreform" fra november 2024 er det besluttet at fokusere regionernes opgavevaretagelse.

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

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

3.6.6.3. Den foreslåede ordning

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

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

4. Lovforslagets forhold til databeskyttelsesforordningen

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

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

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

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

For så vidt angår almindelige personoplysninger følger det af databeskyttelsesforordningens artikel 6, stk. 2 og 3, at der er mulighed for at opretholde og indføre mere specifikke bestemmelser for at tilpasse anvendelsen af dele artikel 6, stk. 1. Det gælder bl.a. artikel 6, stk. 1, litra e, hvorefter

behandling af almindelige personoplysninger kan ske, hvis det er nødvendigt af hensyn til udførelse af en opgave i samfundets interesse eller som henhører under offentlig myndighedsudøvelse, som den dataansvarlige har fået pålagt.

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

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

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

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

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

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

5. Konsekvenser for opfyldelsen af FN's Verdensmål

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

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

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

6. Regionale konsekvenser, herunder landdistrikter

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

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

7. Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige

7.1.1 Indledning vedr. økonomiske konsekvenser

En ny organisering og ændret opgavefordeling mellem kommune og region skal sikre bæredygtighed i sundhedsvæsenet, samtidig med at der bygges videre på de seneste årtiers forbedringer af sundhedsvæsenet.

Der skal skabes et stærkt og balanceret sundhedsvæsen, der er tættere på borgerne. Sundhedstilbuddene uden for sygehusene skal oprustes, så langt mere behandling og pleje kan foregå i eller tæt på borgernes hjem. Det er både bedre for borgeren og bidrager til et mere omkostningseffektivt sundhedsvæsen.

Der tages samtidigt et bedre, og mere samlet ansvar for tilrettelæggelsen af tilbuddene i patienternes samlede forløb, og der skabes et stærkere samarbejde på tværs af kommuner, regioner og stat om udviklingen af sundhedsvæsenet, hvad angår digitalisering, innovation og den samlede strategiske udvikling bl.a. som led i den nationale sundhedsplan. Også det er både bedre for borgeren og bidrager til et mere omkostningseffektivt sundhedsvæsen.

Nærværende lovforslag indeholder en række elementer, der bidrager til denne omstilling og et mere omkostningseffektivt sundhedsvæsen. Det gælder opgaveflyttet, jf. pkt. 3.1.3, som skal modvirke kassetækning f.eks. ved

at myndighederne, der investerer i en indsats, også høster gevinsterne. Ligeledes etableres en investeringsmotor for nære indsatser i sundhedsrådene, jf. pkt. 3.2., 3.3, 3.4., der giver sundhedsrådene økonomi og mulighed for, at medfinansiere kommunale sundhedsindsatser, og hermed skabe flere tilbud tæt på borgerne. En national sundhedsplan, som skal sætte fælles strategisk retning for sundhedsvæsenet, jf. pkt. 3.5.

7.1.2 Økonomiske konsekvenser ved lovforslagets punkter.

For så vidt angår pkt. 3.1.3. er der med forårsaftalen i 2025 mellem regeringen, KL og Danske Regioner, indgået aftale om de økonomiske konsekvenser af de opgaver, som flyttes. Af denne aftale fremgår det, at de økonomiske konsekvenser indebærer, at hhv. det statslige bloktilskud til kommuner nedreguleres, og det statslige tilskud til regioner vedr. sundhedsområdet opreguleres med 4,208 mia. kr. (2025-pl) pr. 1. januar 2027 på baggrund af opgaveændringerne, hvilket indebærer, at opgaveoverflytningen samlet set er udgiftsneutral.

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

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

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

Indeholdt i de økonomiske konsekvenser er samtlige opgaver indeholdt, herunder diverse overhead udgifter som f.eks. inkludere løn til ledere, administration, biler, IT/telefoni og leje/vedligehold af bygninger central ledelse, udvikling af ledere og medarbejdere, løbende forbedringsarbejde, politisk betjening, projekt- og implementeringsstøtte, samarbejdsfunktioner, system- og dataunderstøttelse, økonomifunktioner, løn-, HR- og rengøringsfunktioner samt facility management.

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

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

Afledte byrdefordelingsmæssige konsekvenser for kommuner som følge af pkt.3.1.3.

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

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

Det følger videre af aftalen, at overgangsordningen vil gælde for de samlede byrdefordelingsmæssige konsekvenser for kommunerne som følge af dels bortfald af den kommunale medfinansieringsordning og dels overførsel af opgaver fra kommuner til regioner.

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

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

Øvrige midlertidige økonomiske konsekvenser som følge af pkt. 3.1.3.

Med den ændrede ansvarsfordeling på sundhedsområdet og opdelt myndighedsansvar om indsatser, som kan være en del af en borgers samlede forløb, følger, som i dag, også ansvar for at sikre relevante it-systemer,

som kan understøtte deling af relevante sundhedsoplysninger på tværs af myndigheder. Den foreslåede opgaveflytning af visse sundhedsopgaver fra kommuner til regioner vil kunne kræve f.eks. IT-tilpasninger og/eller ændrede arbejdsgange mellem myndighederne for at understøtte sammenhængende forløb for borgerne.

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

I 2026 vil der desuden være en delingsproces mellem regioner og kommuner relateret til den ændrede ansvarsfordeling på sundhedsområdet.

Dette vil indebære midlertidige meropgaver. Disse meropgaver skal dog ses i lyset af, at som det fremgår af aftale om sundhedsreform 2024, at den isolerede effekt af reformen samlet set medføre et fald i administrationen på tværs af forvaltningsniveauer og -organisationer ved fuld implementering. Dette skyldes bl.a. implementeringskonsekvenser i form af administrative tilpasninger som følge af bortfald i regionerne vedrørende regionale udviklingsopgaver, pkt. 3.6.

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

For så vidt angår pkt. 3.2., 3.3, 3.4.

Der er med aftalen om en sundhedsreform sikret finansiering til investeringsmotorens virke for perioden 2027 til 2030 og frem bl.a. via en målretning af en andel af det demografiske træk, som får år 2030 forventes at udgøre 2,7 mia. kr., samt af de midler som er afsat på reserve til sundhedsreform 2024 på finansloven for 2025 på § 35.11.27.

Ordningen vurderes ikke at have byrdemæssige konsekvenser mellem kommunerne. Det skal ses i lyset af, at udmøntningerne er aftalebaseret, og det

dermed er sikret, at der er sammenhæng mellem opgave og finansiering for hver enkelt kommune.

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

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

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

Det forudsættes i den forbindelse, at kommuner og regionsråd sammen har frihed til at etablere aftaleprocesser under hensyn til at mindske det afledte administrationsbehov.

For så vidt angår pkt. 3.5.

Lovforslagets element om en national sundhedsplan medfører ikke i sig selv økonomiske eller administrative konsekvenser for hverken stat, regioner eller kommuner.

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

For så vidt angår pkt. 3.6

Med *Aftale om sundhedsreform 2024* er det bl.a. aftalt, at der skal ske en tilpasning af regionernes øvrige opgaver vedrørende regional udvikling med henblik på at anvende ressourcerne mest hensigtsmæssigt og effektivt. Det betyder, at regionerne fremadrettet skal varetage en smallere opgaveportefølje end hidtil.

Reduktionen i den regionale udgiftsramme på 112 mio.kr. i 2026 og 223 mio.kr. (2025-pl) fra 2027 og frem overføres til et tilsvarende løft på 112 mio.kr. i 2026 og 223 mio.kr. (2025-pl) fra 2027 og frem af den regionale sundhedsramme og bidrager til at finansiere den samlede reform.

Tabel: Økonomiske konsekvenser ved opgavebortfald vedr. regional udvikling

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

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

7.2. Implementeringskonsekvenser

Det følger af lovforslaget, at kommuner og regioner i større grad skal samarbejde om løft af eksisterende og etablering af nye kommunale sundhedsindsatser. Dertil kommer, at regioner og kommuner skal samarbejde om udarbejdelsen af nærsundhedsplaner. Dette indebærer forøget kommunikation og heraf afledt administration i såvel kommuner og regioner. Det bemærkes, at bestemmelserne vedrørende sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler og praksisplaner fjernes med [L 214, som er fremsat den 24. april 2025], hvilket omvendt må forventes at mindske administrationsbehovet.

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

7.2.1. Ophævelse af regionernes mæglingsopgave i § 13 b, stk. 4 og 5, og ophævelse af kommunens pligt til registrering af indvindingstilladelser meddelt af en landvæsensret eller et amtsråd

Forslaget om Ophævelse af regionernes mæglingsopgave i § 13 b, stk. 4 og 5, og ophævelse af kommunens pligt til registrering af indvindings-tilladelser meddelt af en landvæsensret eller et amtsråd vurderes ikke at have økonomiske konsekvenser eller implementeringskonsekvenser for det offentlige.

Det bemærkes, at mæglingsordningen aldrig er blevet benyttet siden dens indførsel i vandforsyningsloven i forbindelse med kommunalreformen i 2007.

7.2.2. Digitaliseringsklar lovgivning

Lovforslaget følger principperne for digitaliseringsklar lovgivning.

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

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

Det vurderes, at lovforslaget er i overensstemmelse med princip nr. 3 om at muliggøre automatisk sagsbehandling, da der ikke ændres på eksisterende muligheder for dette.

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

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

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

De 7 principper for digitaliseringsklar lovgivning er ikke relevante for den del af lovforslaget, der vedrører de øvrige dele af lovforslaget.

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

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

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

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

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

9. Administrative konsekvenser for borgerne

Lovforslaget vurderes ikke at have administrative konsekvenser for borgerne.

10. Klimamæssige konsekvenser

Lovforslaget har ingen klimamæssige konsekvenser.

11. Miljø- og naturmæssige konsekvenser

Lovforslaget har ingen miljø- og naturmæssige konsekvenser.

12. Forholdet til EU-retten

Forslaget indeholder ingen EU-retlige aspekter.

13. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

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

3F, Advokatrådet, Akademikerne, Alzheimerforeningen, Angstforeningen, Ansatte Tandlægers Organisation (ATO), Astma-Allergi Danmark, Autismeforeningen, Bedre Psykiatri, Børnerådet, Børnesagens Fællesråd, Børns Vilkår, Center for Bioetik og Nanoetik, Center for Etik og Ret, Center for hjerneskode, CP Danmark, Danish.Care, Danmarks Apotekerforening, Danmarks Evalueringsinstitut – EVA, Danmarks Lungeforening, Danmarks Tekniske Universitet, Dansk Dermatologisk Selskab (DDS), Dansk Epidemiologisk Selskab (DES), Dansk Erhverv, Dansk Farmaceutisk Industri a-s, Dansk Farmaceutisk Selskab, Dansk Handicap Forbund, Dansk Industri, Dansk Kiropraktor Forening, Dansk Neurokirurgisk Selskab (DNKS), Dansk Neurologisk Selskab (DNS), Dansk Oftalmologisk Selskab, Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS), Dansk Psykolog Forening, Dansk Psykoterapeutforening, Dansk Pædiatrisk Selskab, Dansk Samfundsmedicinsk Selskab (DASAMS), Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM), Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM), Dansk Selskab for Folkesundhed, Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi (DSFK), Dansk Selskab for Klinisk Onkologi (DSKO), Dansk Selskab for Palliativ Medicin (DSPaM), Dansk Selskab for Patientsikkerhed (PS!), Dansk Selskab for Retsmedicin, Dansk Socialrådgiverforening, Dansk Standard, Dansk Sygepleje Selskab (DASYS), Dansk Sygeplejeråd (DSR), Dansk Tandsundhed, Danske Bioanalytikere - dbio, Danske Erhvervsskoler og -Gymnasier – Bestyrelserne, Danske Erhvervsskoler og -Gymnasier – Lederne, Danske Fodterapeuter, Danske Fysioterapeuter, Danske Gymnasieelevers Sammenslutning, Danske Gymnasier, Danske Handicaporganisationer (DH), Danske HF & VUC, Danske HF og VUC - Bestyrelserne, Danske Landbrugsskoler, Danske Osteopater, Danske Patienter, Danske Regioner, Danske Revisorer, Danske Seniorer, Danske SOSU-skoler, Danske SOSU-skoler -Bestyrelserne, Danske Tandplejere, Danske Universiteter, Danske Vandværker, Danske Ældreråd, DANVA, Datatilsynet, De praktiserende psykiateres organisation (DPBO), Demenskoordinatorer i Danmark, Den Uvildige Konsulentordning på Handicapområdet – DUKH, Depressionsforeningen, Det Børne- og ungdomspsykiatriske selskab (BUP-DK), Det Centrale Handicapråd (DCH), Det Ethiske Råd, Det Sociale Netværk, Diabetesforeningen, DØNHØ (Danske Øre- Næse- Halslægers Organisation), Epilepsiforeningen, Ergoterapeutforeningen, Erhvervshus Fyn, Erhvervshus Hovedstaden, Erhvervshus Midtjylland, Erhvervshus Nordjylland, Erhvervshus Sjælland,

Erhvervshus Syddjylland, Erhvervsskolelederne, Erhvervsskolernes Elevorganisation, Fagbevægelsens Hovedorganisation (FH), Faglige Seniorer, Fagligt Selskab af Kliniske Diætister i Kost og Ernæringsforbundet (FaKD), Farmakonomforeningen, FGU Danmark, FOA, Forbrugerrådet TÆNK, Foreningen af danske lægestuderende, Foreningen af danske sundhedsvirksomheder – Sundhed Danmark, Foreningen af Døgn- og Dagtilbud for udsatte børn og unge, Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer i Danmark (FSD), Foreningen af Speciallæger (FAS), Foreningen for Ledere af Offentlig Rusmiddelbehandling (FLOR), Gigtforeningen, Greater Copenhagen, Gymnasiernes Bestyrelsesforening, Hjernesagen, Hjerneskadeforeningen, Hjerteforeningen, HK, HØPA (Foreningen af høreapparatbehandlende øre-næse-halslæger i speciallægepraksis), Høreforeningen, Institut for Menneskerettigheder, Jorde-moderforeningen, KA Pleje, Kirkens Korshær, KKR Hovedstaden, KKR Midtjylland, KKR Nordjylland, KKR Sjælland, KKR Syddanmark, KL, Kommunale Velfærdschefer, Kost og Ernæringsforbundet, Kristelig Lægeforening (KLF), Kræftens Bekæmpelse, Københavns Universitet, Landbo-Ungdom, Landdistrikternes Fællesråd, Landselevbestyrelsen for det pædagogiske område, Landselevbestyrelsen for social- og sundhedsområdet, Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere (LKT), Landsforeningen Børn og Forældre, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS), Landsorganisationen for Sociale Tilbud – LOS, Landssammenslutningen af Handelsskoleelever, LAP - Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere, Ledernes Hovedorganisation, Lev – livet med udviklingshandicap, Lægeforeningen, Menighedsplejen i Danmark, Modstrøm - Foreningen for FGU-elever og unge omkring FGU, Muskelsvindfonden, OCD-foreningen, Optikerforeningen, Organisation af Lægevidenskabelige Selskaber, Osteoporoseforeningen - landsforeningen mod knogleskørhed, Patientforeningen, Praktiserende Lægers Organisation (PLO), Praktiserende Tandlægers Organisation (PTO), Psoriasisforeningen, Psykiatridfonden, Radiograf Rådet, Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Sønderjylland/Schleswig, Retspolitisk Forening, Roskilde Universitet, Røde Kors, Rådet for de Grundlæggende Erhvervsrettede Uddannelser (REU), Rådet for Socialt Udsatte, Rådet for Voksen og Efteruddannelse (VEU-rådet), Sammenslutningen af Unge med Handicap, SAND – De hjemløses Landsorganisation, Scleroseforeningen, Sekretariat for den lægelige videreuddannelse Syd, Sekretariat for lægelige videreuddannelse Øst, Sekretariat for lægers videreuddannelse Nord, Selveje Danmark, Sex og Samfund, SIND - Landsforeningen for psykisk sundhed, Sjældne Diagnoser, Sles-

vigsk Parti, SMVdanmark, Socialpædagogernes Landsforbund (SL), Socialt Lederforum, Stenocare, SUFO - Landsforeningen for ansatte i Sundhedsfremmende Forebyggende hjemmebesøg, Sundhed Danmark - Foreningen af danske sundhedsvirksomheder, Syddansk Universitet, Sydslesvigsk Vælgerforening, Tandlægeforeningen, Tolkebureauernes Branche-forening, Udviklingshæmmedes Landsforbund (ULF), VaccinationsForum, VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, Yngre Læger, Ældre Sagen, Øjenforeningen, Aalborg Universitet og Aarhus Universitet.

14. Sammenfattende skema		
	Positive konsekvenser/mindreudgifter (hvis ja, angiv omfang/hvis nej, anfør »Ingen«)	Negative konsekvenser/merudgifter (hvis ja, angiv omfang/hvis nej, anfør »Ingen«)
Økonomiske konsekvenser for stat, kommuner og regioner	Lovforslaget hjemler udmøntningen af et realløft til kommuner på minimum 2,0 mia. kr. til kommuner via sundhedsrådene frem mod 2030 (2025-pl). Fordelingen af rammerne til kommunerne er ukendte men vil følge af regionsrådenes politiske prioriteringer og de konkrete aftaler mellem regionsråd og kommunalbestyrelser.	
Implementeringskonsekvenser for stat, kommuner og regioner		Øget administrationsbehov i kommuner og regioner som følge af aftaleindgåelse om udmøntning af rammer målrettet kommunale indsatser samt udarbejdelse af nærsundhedsplaner. Dette skal dog ses i sammenhæng med, der i tidligere lovændring er gennemført ophævelse af bestemmelser om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler m.v., hvilket vil medføre en administrativ lettelse for kommuner og regioner.

UDKAST

		Kommunalbestyrelser og regionsråd skal i 2026 indgå aftale om udmøntning af de første minimumsrammer med virkning fra tilskudsåret 2027.
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet m.v.		
Administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.		
Administrative konsekvenser for borgerne		
Klimamæssige konsekvenser		
Miljø- og naturmæssige konsekvenser		
Forholdet til EU-retten	(Beskriv forholdet til EU-retten/anfør »Lovforslaget indeholder ingen EU-retlige aspekter.«)	
Er i strid med de fem principper for implementering af erhvervsrettet EU-regulering (der i relevant omfang også gælder ved implementering af ikke-erhvervsrettet EU-regulering) (sæt X)	Ja	Nej X

UDKAST

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1

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

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

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

Den foreslåede ændring vil medføre, at overskriften til afsnittet afspejler, at det ikke alene er kommunerne, men fremadrettet også regionerne, der varetager sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen.

Til nr. 2

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

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

Den foreslåede ændring vil medføre, at overskriften til kapitlet, som indeholder overordnede regler til øvrige bestemmelser i afsnit IX, afspejler, at det ikke alene er kommunerne, men fremadrettet også regionerne, der er ansvarlig myndighed.

Til nr. 3

Det følger af sundhedslovens § 118, at kommunalbestyrelsen har ansvaret for at tilvejebringe tilbud om sundhedsydelser efter afsnit IX.

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

Den foreslåede ændring vil medføre, at bestemmelsen afspejler, at det ikke alene er kommunerne, men fremadrettet også regionerne, der vil have ansvaret for at sikre de i afsnittet nævnte sundhedsydelser.

Til nr. 4

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

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

Det foreslås at nyaffatte § 118 b, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler i kvalitetsstandards for kommunalbestyrelser og regionsråd om indsatser i forbindelse med sundhedsydelser i nærværende afsnit i loven, herunder om kvalitetskrav til og tilrettelæggelse af indsatserne.

Efter *stk. 2* kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte nærmere regler i kvalitetsstandards for regionsrådenes rådgivning, sparring og vejledning til kommunerne i forhold til indsatser i forbindelse med sundhedsydelser i nærværende afsnit i loven.

Den foreslåede nyaaffattelse af bemyndigelsesbestemmelserne vil medføre, at bestemmelsen forbedres sprogligt. I gældende formulering fremgår det ikke, at det produkt, der kan udstedes med hjemmel i bemyndigelsesbestemmelserne er kvalitetsstandards, hvilket foreslås tilføjet.

Den foreslåede nyaaffattelse vil videre medføre, at det i højere grad afspejles, at ministeren ikke er forpligtet til at udstede kvalitetsstandards, men at det er en mulighed.

Det vil endvidere medføre, at bemærkningerne til dette lovforslag i højere grad vil afspejle, hvordan kommuner og regioner vil kunne omfattes af kvalitetsstandards i forhold til, at regionerne foreslås fremadrettet at skulle være ansvarlige for visse sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen.

Den foreslåede justering af bemyndigelsesbestemmelserne vil videreføre, at der kan fastlægges krav og anbefalinger til sundhedsydelser i lovens afsnit IX samt til regionernes rådgivningsforpligtelse i forbindelse med denne opgavevaretagelse.

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

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

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

Kvalitetsstandarden vil både kunne omfatte eksisterende sundhedsindsatser i det nære sundhedsvæsen for bl.a. at forebygge behovet for mere intensive indsatser på f.eks. de regionale sygehuse. Det vil også kunne omfatte, hvordan og hvor en indsats "under" en sundhedsydelse i lovens afsnit IX varetages. Der vil kunne ske en gradvis omstilling til, at flere opgaver løses i det nære sundhedsvæsen frem for f.eks. på sygehusene og sikre sammenhæng i indsatsen på tværs. Bemyndigelsesbestemmelserne vil ikke kunne anvendes til såkaldt opgaveglidning eller opgaveflytning, hvor hele ansvaret "flyttes" for en pågældende sundhedsydelse fra en myndighed til en anden. I regi af kvalitetsstandarden vil der således være mulighed for at kunne sikre omstilling til opgavevaretagelse i det nære sundhedsvæsen, hvis det vurderes hensigtsmæssigt og fagligt forsvarligt, at tilbuddet vil komme tættere på borgeren. Det kan være opgaver, der f.eks. varetages i kommunalt regi, på tværs af flere kommuner eller i tværfaglige teams med speciallæger i almen medicin, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter m.v., eller af patienten selv.

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

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

Udviklingen af kvalitetsstandarden som fagligt fundament vil skulle fungere dynamisk og understøtte, at der løbende sker en udvikling og nytænkning af opgaveløsningen, så nye og bedre teknologier og behandlingsformer løbende tages i brug som en del af omstillingsprocessen i sundhedsvæsenet. Dette skal bidrage til at understøtte, at sundhedsvæsenet indrettes, så det bedst muligt tager hånd om befolkningens sundheds- og sygdomsmæssige problemstillinger og for at imødekomme ændringer i befolkningens behov for sundhedsindsatser.

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

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

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

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

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

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

De justerede bemyndigelsesbestemmelser vil fortsat stå i sundhedslovens afsnit IX om sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen. Dette afsnit indeholder ikke bestemmelser om læger i almenmedicinske tilbud, hvorfor der fortsat ikke vil være hjemmel i de justerede bemyndigelsesbestemmelser til at forpligte læger i almenmedicinske tilbud. Læger i almenmedicinske tilbud er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med de nationale faglige retningslinjer, der udstedes i medfør af sundhedslovens § 57 c. Som følge af Aftale om sundhedsreform 2024 vil de fremover fra 2027 også blive forpligtet i sundhedsloven til at levere ydelser i henhold til en

national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud. Den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion fastlægger en faglig beskrivelse af krav og opgaver, funktioner, samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen samt åbningstider og tilgængelighed i det almenmedicinske tilbud m.v.

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

Den foreslåede nyaaffattelse af bemyndigelsesbestemmelsen i stk. 2 om regionernes rådgivningsforpligtelse vil medføre, at der fortsat kan stilles krav om, at regionerne skal yde rådgivning i forbindelse med udførelsen af opgaver, som der er udstedt kvalitetsstandarder om.

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

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

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

Til nr. 5

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

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

Der henvises i øvrigt til bemærkningerne i pkt. 3.2.1.

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

Det foreslås i § 118 c, stk. 1, at et regionsråd kan indgå aftale med en eller flere kommunalbestyrelser om at give økonomisk tilsagn til medfinansiering af den kommunale varetagelse af sundhedsopgaver, jf. kapitel 34-41.

Forslaget vil indebære, at et regionsråd udelukkende kan medfinansiere kommunale sundhedsopgaver, jf. kapitel 77 i sundhedsloven, efter aftale med pågældende kommunalbestyrelser herom.

Det følger af forslaget, at regionsrådene kan indgå aftale med enkeltkommuner og ikke i udgangspunktet er forpligtede til at indgå aftaler med samtlige kommuner om betaling for udøvelsen af kommunale sundhedsopgaver. Dette vil indebære, at regionsrådene ikke forpligtes til at udmønte de politisk afsatte økonomiske rammer til kommunerne efter en bestemt fordeling. Dette undtaget midlerne til kvalitetsstandarder beskrevet i afsnit 3.2.3.2.

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

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

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

Det foreslås i § 118 c, stk. 2, at et regionsråd kan indgå nærmere aftale med en eller flere kommunalbestyrelser om betingelserne for et tilsagn i medfør af stk. 1.

Bestemmelsen vil medføre at regionsrådene som led i et tilsagn om medfinansiering af kommunale sundhedsopgaver og kommunalt anlæg vil kunne opstille konkrete implementeringskrav til kommunernes sundhedsindsats. Det følger af bestemmelsen, at regionsråd og kommunalbestyrelser igennem løbende aftaler har vid mulighed for at definere rækkevidden af de konkrete

implementeringskrav. Dermed vil regionsrådene eksempelvis kunne aftale at medfinansiere kommunale sundhedsopgaver mod betingelser om, at der ikke sker samtidig udhuling af direkte relaterede kommunale sundhedsopgaver.

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

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

Det foreslås i § 118 c, stk. 3, at et regionsråd kan efter aftale med samtlige kommunalbestyrelser i et sundhedsråd anvende de økonomiske minimumsrammer efter den foreslåede stk. 4 til betaling for regionale sundhedsydelser, som regionen lovligt må varetage

Forslaget vil betyde, at midlerne fra det statslige tilskud kan anvendes til betaling for regionale indsatser i det omfang, at alle kommunalbestyrelser i et givent sundhedsråd indgår aftale med regionsrådet herom, og forudsat at der er tale om opgaver, regionerne må varetage efter gældende lovgivning i øvrigt. Det vil i så fald gælde, at regionsrådet i sådanne tilfælde har entydigt ansvar for den konkrete regionale opgavevaretagelse, og at kommunalbestyrelse og regionsråd gennem aftale kan fastsætte nærmere rammer for såvel tidsperioden for tilsagnet og betingelser for eventuel ophævelse af tilsagnet.

Det foreslås i § 118 c, stk. 4, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter årlige minimumsrammer for hvert sundhedsråd, som regionsrådene skal anvende på aftaler med kommunalbestyrelser, jf. de foreslåede stk. 1-3.

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

Det vil ydermere følge, at regionsrådene som led i en politisk prioritering kan yde en større bevilling til et eller flere sundhedsråd end fastsat af indenrigs- og sundhedsministeren, men dermed ikke en mindre bevilling.

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

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

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

Bestemmelsen vil medføre, at regionsråd vil kunne indgå aftale med en eller flere kommunalbestyrelser om fordeling af de 3,5 mia. kr. afsat med Aftale om en sundhedsreform 2024, til investering i bedre fysiske rammer for lokale sundhedshuse mv. Det vil følge, at den nærmere fordeling af de afsatte midler til investeringer i bedre fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser vil blive fastsat af indenrigs- og sundhedsministeren ud fra en statslig fordelingsmodel, som fordeler flest midler til sundhedsråd med størst patienttyngde, som beregnes ud fra demografiske, socioøkonomiske og helbreds-mæssige karakteristika, og store afstande. Bestemmelsen om medfinansiering af kommunalt anlæg vil ikke blive omfattet af de samme styringsmekanismer i § 246 a, stk. 1-4, som gør sig gældende for udmøntning af midler til investeringer i den kommunale drift, jf. § 118 c, stk. 1 og 2.

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

Til nr. 6

Der findes ikke i gældende sundhedslov regler, der forpligter regioner eller kommuner til at tilbyde borgere et midlertidigt ophold. Der er dog på konkrete områder i sundhedsloven mulighed for kommunen at tilbyde borgeren ophold på en midlertidig plads efter sundhedsloven som led i en sundhedsfaglig indsats, f.eks. i forbindelse med indsatser efter reglerne om kommunal sygepleje og genoptræning efter udskrivelse fra sygehuset efter sundhedslovens §§ 138-140.

Borgerne kan således modtage den nødvendige sundhedsfaglige indsats efter sundhedsloven på midlertidige pladser, i det omfang der er et sundhedsfagligt behov for døgndækkende tilbud.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.5 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 118 d, stk. 1, at regionsrådet skal tilbyde ophold på sundheds- og omsorgspladser til personer, der har behov for et midlertidigt ophold for at modtage sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, når tilsvarende indsatser ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt i borgerens eget hjem eller i forbindelse med borgerens ophold der.

En sundheds- og omsorgsplads forstås som en stationær plads beregnet til midlertidigt ophold uden for sygehusregi. Pladsen kan f.eks. ligge på en regional matrikel eller en kommunal matrikel, som regionen har råderet over f.eks. via leje- og leasingaftale.

Med de foreslåede regler omfatter målgruppen for sundheds- og omsorgspladser personer med somatisk sygdom og eventuelt samtidig psykisk lidelse, der f.eks. har akut opstået sygdom, forværring af kendt sygdom eller komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, f.eks. efter udskrivelse fra sygehus. Regionerne er ansvarlige for ophold og de sundhedsfaglige indsatser som f.eks. observation, pleje og/eller behandling, genoptræning og basal palliation, som ikke kan varetages i eget hjem. Formål med indsatserne er at forbedre, vedligeholde eller forsinke forværring af borgerens fysiske eller psykiske funktionsniveau og kan både være for at forebygge sygehusindlæggelse og som opfølgning efter en indlæggelse.

Målgruppen for sundheds- og omsorgspladser og deres samlede behov for sundhedsfaglige indsatser tilsiger, at der tilknyttes lægefaglige kompetencer med henblik på tæt og løbende justering af indsatser og behandlingsplan.

Det er derfor et afgørende princip for ophold på pladserne, at borgerens sundhedsfaglige behov fordrer adgang til lægefaglige kompetencer, herunder at borgernes behov afgør adgangen til specialistkompetence. Sundheds- og omsorgspladser organiseres derfor således, at der sikres fast tilknytning af lægefaglige kompetencer som f.eks. speciallæger i almen medicin eller geriatri.

Forløbene forventes overvejende at være kendetegnet ved at være subakutte eller akutte og komplekse, hvor der kræves de sundhedsfaglige kompetencer, herunder en fast lægefaglig tilknytning, der er til stede på sundheds- og omsorgspladserne.

Borgere, der har behov for sygehusindlæggelse, skal ikke tilbydes ophold på sundheds- og omsorgspladser. Hvorvidt en sygehusindlæggelse er påkrævet eller ej, vil altid bero på en individuel, lægefaglig vurdering. Sygehusbehandling skal typisk indiceres, når en problemstilling er alvorlig og tidskritisk, og hvor der er behov for kontinuerlig sundhedsfaglig observation, adgang til multidisciplinære lægefaglige kompetencer døgnet rundt samt specialiseret udstyr, som kun findes på sygehuse. Den behandling, som skal foregå på et sygehus, kan samtidig ændre sig over tid. Det skyldes, at teknologiske fremskridt og udvikling af nye behandlingsmetoder medfører, at grænsen for, hvornår og hvor længe sygehusindlæggelse er nødvendig, kan flytte sig.

Borgere, som udskrives fra sygehuset med lægefagligt behov for rehabilitering på specialiseret niveau, skal ligeledes ikke tilbydes ophold på en sundheds- og omsorgsplads i de tilfælde, hvor der er behov for døgnophold. Dette ophold skal tilbydes efter reglerne om genoptræning efter udskrivning fra sygehus, hvor der i gældende regler er frit valg samt en række krav til kompetencer, udstyr m.v. For borgere, som udskrives med behov for genoptræning på specialiseret niveau, skal disse indsatser desuden foregå på sygehuset for at sikre den rette ekspertise og udstyr, som kun findes i sygehusregi. Se nærmere om genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau under § 1 nr. 13.

Det foreslås, at tilbuddet kun omfatter personer, hvor de sundhedsfaglige indsatser ikke hensigtsmæssigt kan tilbydes under ophold i borgerens eget hjem, herunder plejebolig, plejehjem m.v. Det kan skyldes flere forhold, når de sundhedsfaglige indsatser ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges i borgerens eget hjem. Det kan f.eks. dreje sig om praktiske forhold, og kan ofte

være af hensyn til organisatorisk bæredygtighed, herunder også økonomisk effektivitet. F.eks. kan en borger med behov for forskellige faglige kompetencer og høj intensitet i indsatsen over døgnet tilbydes et midlertidigt ophold på en sundheds- og omsorgsplads, da det ikke er hensigtsmæssigt at planlægge indsatsen i eget hjem. Det kan også omfatte borgere med behov for almene genoptræningsindsatser, hvor det vurderes, at indsatsen ikke kan tilbydes på f.eks. genoptræningscenter eller i eget hjem, f.eks. pga. praktiske forhold. Ligeledes kan en borger i en ustabil og fluktuerende tilstand tilbydes et midlertidigt ophold på en sundheds- og omsorgsplads for at sikre hurtig adgang til personale ved behov.

Borgere, der kan opholde sig i eget hjem, når borgeren modtager de nødvendige kommunale og regionale indsatser og tilbud, og hvor de sundhedsfaglige indsatser kan tilrettelægges i forbindelse med eget hjem, er ikke i målgruppen for sundheds- og omsorgspladser. Kommunen har blandt andet efter serviceloven ansvar for at tilvejebringe boligindretning til borgere med varige funktionsnedsættelser, når indretning er nødvendig for at gøre boligen bedre egnet som opholdssted for den pågældende. Kommunen har ligeledes ansvar for at yde støtte til hjælpemidler til personer med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Tilrettelæggelsen af indsatser og tilbud bør, så vidt det er muligt, ske med inddragelse af borgeren, samt, når relevant, pårørende og borgerens egen læge ved et almenmedicinske tilbud, med henblik på, i det omfang det er muligt, at tage højde for den enkelte borgers behov og ønsker.

Det er i den forbindelse væsentligt at vurdere den enkelte borgers behov for rette type af indsats og tilbud. For borgere, der bor i plejebolig, på plejehjem mv., kan der ofte være et særligt behov for, at forløbet med sundhedsfaglige indsatser kan håndteres i vante rammer. Det gælder fx borgere med nedsat kognitiv funktion (eksempelvis demens), som er særligt følsomme over for ændringer i omgivelser og rutiner, og hvor et midlertidigt ophold på en sundheds- og omsorgsplads kan have en negativ indvirkning på behandlingsudfaldet. Her er det afgørende, at der arbejdes forebyggende, og at fx overflytningen fra sygehus til plejebolig sker i et tæt samarbejde mellem kommune og region, herunder borgerens egen læge. Det forhold, at en borger bor i en plejebolig, plejehjem m.v. udgør dog ikke i sig selv et kriterium for udelukkelse fra adgang til sundheds- og omsorgspladser, hvis andre forhold taler for ophold.

Målgruppen for sundheds- og omsorgspladser omfatter blandt andet medicinske patienter og svært syge patienter, der overgår fra sygehus til en sundheds- og omsorgsplads og har behov for sundhedsfaglig indsats på grund af komplekse behandlingsbehov, som ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt under ophold i borgernes eget hjem. Målgruppen omfatter blandt andet også borgere, der har behov for midlertidigt ophold på en sundheds- og omsorgsplads for at undgå sygehusindlæggelse, og som har behov for genoptræning og behandling, som ikke kan varetages under ophold i eget hjem. Målgruppen omfatter blandt andet også borgere, der får ophold fra eget hjem, og som har behov for sundhedsfaglig observation og lægedækning, som følge af de er medicinsk uafklarede. Endvidere omfatter målgruppen blandt andet borgere med somatisk sygdom og samtidig psykisk lidelse, der har behov for sundhedsfaglige indsatser, f.eks. almen genoptræning efter udskrivning fra en psykiatrisk afdeling, som ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt under ophold i borgernes eget hjem. Disse borgere kan have behov for en tværfaglig indsats, hvor psykosocial støtte indgår, og hvor de kommunale psykosociale indsatser fra socialområdet iværksættes eller gives sideløbende med sundheds- og omsorgspladsernes indsatser.

Med de foreslåede regler omfatter målgruppen derimod ikke borgere, der primært har behov for midlertidigt ophold for at aflaste pårørende eller afvente f.eks. en plejebolig eller boligindretning af eget hjem. For disse borgere skal kommunerne fortsat tilbyde ophold efter serviceloven eller ældreloven. Målgruppen omfatter heller ikke borgere, der primært har behov for personlig pleje og praktisk hjælp efter serviceloven eller personlig pleje og praktisk hjælp som led i helhedspleje efter ældreloven i forbindelse med et midlertidigt ophold. Kommunerne er fortsat ansvarlige for at yde den nødvendige sygepleje til borgere med ophold i kommunen, herunder f.eks. på en midlertidig plads efter ældreloven eller serviceloven. Det må forventes, at der overvejende vil der være tale om borgere, der, set fra et sundhedsfagligt perspektiv, er i stabile forløb, hvor indsatserne i nogen grad er forudsigelige. Der forventes derfor ikke at være behov for akutte justeringer i indsatser og behandlingsplan.

Med de foreslåede regler omfatter målgruppen heller ikke borgere, der primært har behov for socialfaglige indsatser, og som derfor skal modtage kommunal støtte fremfor ophold på sundheds- og omsorgspladser for at sikre kontinuitet i deres indsatser. Det betyder at borgere, hvor det overvejende behov ikke er en sundhedsfaglig indsats, forbliver under kommunernes ansvar. Målgruppen omfatter derfor ikke personer, hvis udfordringer

primært relaterer sig til f.eks. hjemløshed, eller behov for social rehabilitering eller social misbrugsbehandling. Borgere med f.eks. sociale problemer skal tildeles ophold på sundheds- og omsorgspladser, når det primære behov er sundhedsfagligt og betingelser for ophold i øvrigt er opfyldt.

Det følger af de foreslåede regler, at det er regionen, der tildeler borgerne ophold på sundheds- og omsorgspladser samt afslutningsmelder ophold på sundheds- og omsorgspladser. Den regionale tildeling og afslutning fra sundheds- og omsorgspladserne skal basere sig på en sundhedsfaglig helhedsvurdering af borgerens behov for en sundhedsfaglig indsats. I helhedsvurderingen skal det primære kriterium være det sundhedsfaglige behov, som kan omfatte sundhedsfaglige indsatser som observation, pleje, behandling og genoptræning. Det er i den forbindelse et afgørende princip for ophold på pladserne, at borgerens sundhedsfaglige behov fordrer adgang til lægefaglige kompetencer, herunder at borgernes behov afgør adgangen til specialistkompetence. Derudover skal øvrige forhold, der kan påvirke muligheden for tilrettelæggelsen af indsatsen under ophold i eget hjem, også tages i betragtning.

Samtidig skal f.eks. sygehusafdelinger, den kommunale sygepleje og almenmedicinske tilbud kunne henvise borgere til de medarbejdere eller den enhed, der har ansvaret for visitationen. Det sker med henblik på at der kan foretages en konkrete vurdering af, om en borger, der er henvist, skal visiteres til en sundheds- og omsorgsplads.

Tildelingen af ophold på sundheds- og omsorgspladser foregår uafhængigt af, hvor borgeren forudgående har haft ophold. Borgere kan f.eks. tildeles ophold på en sundheds- og omsorgsplads efter udskrivelse fra somatisk eller psykiatrisk sygehus, hvis de primært har et lægefagligt begrundet behov for almen genoptræning, der ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges under ophold i eget hjem. Borgere kan f.eks. også tildeles ophold på en sundheds- og omsorgsplads direkte fra eget hjem, med henblik på f.eks. at stabilisere borgerens sundhedstilstand og forebygge sygehusindlæggelse. For borgere i blandt andet plejebolig, plejehjem m.v. er det samtidig væsentligt at overveje borgerens samlede situation og behov, da sundhedsfaglige indsatser ofte skal tilpasses deres vante rammer for at sikre et optimalt behandlingsforløb.

For at understøtte planlægningen af de efterfølgende kommunale indsatser er det afgørende, at regionen tidligt og løbende formidler rettidig og relevant

information til kommunen. Det gælder bl.a. oplysninger om borgerens aktuelle ophold på en sundheds- og omsorgsplads, forventede sundhedsfaglige indsatser, fortsatte behandlingsbehov, herunder medicinske behandling, og opholdets forventede varighed. Allerede tidligt i forløbene bør der være fokus på et tæt samarbejde mellem region og kommune med henblik på at forberede og iværksætte relevante sundhedsfaglige, pleje og sociale indsatser efter opholdet. Det kan f.eks. være relevante indsatser, som kommunen er ansvarlig for, herunder helhedspleje efter ældreloven, boligindretning, hjælpemidler, personlig pleje og praktisk hjælp efter serviceloven, genoptræning og fortsat behandling. Det kan også omhandle videre støtte til sociale udfordringer, eller kommunal visitation til plejebolig m.v. En tidlig brobygning til de videre kommunale indsatser bidrager til, at borgerne oplever en tryk og sammenhængende overgang og mindsker risikoen for genindlæggelser.

Regioner og kommuner skal blandt andet i sundhedsrådene samarbejde om planlægning af sundheds- og omsorgspladserne, så disse understøtter sammenhængende forløb for borgerne. Sundhedsrådene skal også have fokus på gode rammer for hjemtagning. Det kan for eksempel ske ved at samarbejde om at begrænse antallet af overgange i borgerens forløb og sikre en rettidig og koordineret indsats på tværs af sundhedsvæsenet.

Regioner og kommuner skal herunder være opmærksomme på at skabe sammenhængende og koordinerede forløb for borgere, der vurderes at kunne have behov for plejebolig m.v. Dette omfatter bl.a. at sikre, at borgere, der opholder sig på en sundheds- og omsorgsplads, får den rette opfølgning og vurdering i forhold til deres behov for f.eks. plejebolig m.v. Under et ophold på en sundheds- og omsorgsplads skal der således være mulighed for, at kommunen kan afklare og visitere borgeren til plejebolig m.v. Det gælder f.eks., hvis en borger undervejs i et ophold får en ændret helbredsmæssig tilstand, som gør, at vedkommende vurderes at kunne have behov for en plejebolig m.v.

Ved afslutning af ophold på en sundheds- og omsorgsplads, skal medarbejdere på sundheds- og omsorgspladserne rettidigt varsle kommunen, når en borger ikke længere har behov for ophold på en sundheds- og omsorgsplads og f.eks. kan overgå til eget hjem, forudsat at borgeren samtidig modtager kommunale indsatser som f.eks. praktisk hjælp og personlig pleje efter serviceloven eller helhedspleje efter ældreloven.

Regionen har ansvaret for, at kommunen får rettidig og relevant information om borgerens behov inden afslutning af opholdet. Herunder er regionen ansvarlig for at sikre, at oplysninger om borgerens fortsatte behandling, herunder medicinske behandling, er til rådighed for kommunen. Formålet med dette er at sikre, at kommunen bl.a. har den nødvendige tid til at igangsætte de rette indsatser, som f.eks. som pleje og omsorg, behandling og genoptræning i hjemmet, samt at sikre, at de nødvendige hjælpemidler, arbejdsredskaber mv. er tilgængelige ved hjemkomsten. Derudover skal medarbejdere på sundheds- og omsorgspladserne, når det er relevant, koordinere med borgernes egen læge ved almenmedicinske tilbud med henblik på at sikre sammenhæng på tværs af borgernes samlede forløb på tværs af sundhedsvæsenet.

Det er væsentligt, at der på sundheds- og omsorgspladserne er de nødvendige faglige kompetencer til stede – både sundheds- og socialfaglige – så personalet kan imødekomme borgere med forskellige behov, herunder borgere i udsatte positioner eller med psykiske vanskeligheder. En god støtte til borgerens videre forløb forventes at kræve, at medarbejdere på sundheds- og omsorgspladser og kommunale medarbejdere fra socialområdet arbejder tæt sammen og koordinerer deres hjælp. Det kan også være relevant, at borgeren modtager kommunale indsatser fra socialområdet under et ophold på en sundheds- og omsorgsplads. I sådanne tilfælde er det væsentligt, at regionen gør kommunen opmærksom på eventuelle behov for sådanne indsatser, så kommunen kan igangsætte nødvendige socialfagligt tiltag. Der fastsættes nærmere krav og anbefalinger for bl.a. kompetencer for sundheds- og omsorgspladser i kommende kvalitetsstandarder.

Opholdet på sundheds- og omsorgspladserne efter sundhedsloven vil være vederlagsfri. Herved forstås, at borgerne ikke kan opkræves egenbetaling for kost, linned, tøjvask og lignende under ophold på sundheds- og omsorgspladser efter sundhedsloven.

Rammerne for medicinhåndtering på sundheds- og omsorgspladserne vil som udgangspunkt blive de samme som på de nuværende midlertidige pladser. Der henvises i øvrigt til pkt. 3.1.3.2 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 118 d, stk. 2, at regionsrådet er ansvarligt for at levere og finansiere de relevante sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, samt pleje og omsorg, som borgeren har behov for under opholdet på en sundheds- og omsorgsplads.

Borgere på sundheds og omsorgspladser forventes at have brug for en bred vifte af sundhedsfaglige indsatser, der både retter sig mod fysiske, psykiske og sociale faktorer. De sundhedsfaglige indsatser skal tilsammen have et rehabiliterende sigte, og kan både være forebyggende for sygehusindlæggelser og opfølgende efter en indlæggelse, f.eks. hvis borgeren har behov for almen genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

De sundhedsfaglige indsatser skal tilrettelægges i sammenhæng, så de tilsammen understøtter et rehabiliterende sigte. Formålet er, at de samlede indsatser understøtter et rehabiliterende sigte og bidrager til, at borgeren opnår bedst mulige funktionsevne. Der forventes, at der kan opnås væsentlige synergier ved at planlægge og gennemføre indsatserne med afsæt i borgerens samlede situation og behov.

De sundhedsfaglige indsatser som f.eks. observation, pleje og/eller behandling, genoptræning og basal palliation, skal tilsammen understøtte et rehabiliterende sigte med henblik på at forbedre, vedligeholde eller forsinke forværring af borgerens psykiske og kognitive funktionsniveau i en sammenhængende indsats med let adgang til lægefaglige kompetencer.

I forbindelse med de kommende kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgspladser fastsættes nærmere krav til bl.a. sundhedsfagligt indhold. Kvalitetsstandards kan løbende justeres i takt med udviklingen i sundhedsvæsenet.

Da ansvaret for målgruppen for de kommunale akutpladser overgår til de regionale sundheds- og omsorgspladser fra 2027, forventes det, at de kommende kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgspladser bl.a. vil kunne bygge ovenpå på de gældende krav og anbefalinger til den kommunale akutfunktion, der omfatter sundhedsfaglige indsatser som sygepleje og behandling, herunder observation, undersøgelse og vurdering samt udvalgte instrumentelle indsatser, når borgerne har behov for denne type af indsatser under ophold på sundheds- og omsorgspladserne.

Efter sundhedslovens § 84, skal patienter, som efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, tilbydes en genoptræningsplan, som bl.a. angiver patientens genoptræningsbehov. For borgere, der har ophold på en sundheds- og omsorgsplads, og som er udskrevet fra sygehuset med en genoptræningsplan, har regionen ansvar for at levere og finansiere genoptræningsindsatsen under opholdet ud fra borgerens genoptræningsplan. Det vil kun omfatte borgere, som udskrives med en genoptræningsplan til almen genoptræning, jf. den foreslåede § 139 a.

For disse borgere skal genoptræningsindsatsen påbegyndes hurtigst muligt, med mindre sundhedsfaglige forhold tilsiger senere opstart. Disse borgere omfattes ikke af reglerne om frit valg for genoptræning jf. den foreslåede § 140 stk. 3. Dette er bl.a. af hensyn til, at genoptræningsindsatsen på sundheds- og omsorgspladserne ofte vil være en del af en samlet rehabiliterende indsats og derfor vurderes det, at det ikke kan varetages hensigtsmæssigt særskilt fra de øvrige rehabiliterende indsatser på pladsen. Borgere med ophold på en sundheds- og omsorgsplads vil samtidig være omfattet af frit valg til regionale sundheds- og omsorgspladser, som indføres med et kommende lovforslag.

Sundheds- og omsorgspladserne vil kunne varetage almene genoptræningsindsatser og genoptræningsindsatser, som ikke skal foregå på sygehuset, forudsat at medarbejdere har de rette kompetencer og erfaringer samt relevant udstyr m.v. Nærmere krav om kompetencer, udstyr mv. vil blive uddybet i den efterfølgende kvalitetsstandard for sundheds- og omsorgspladser.

For en del af de borgere, der overgår fra en sundheds- og omsorgsplads til eget hjem, herunder f.eks. plejebolig mv., fordi de ikke længere opfylder betingelserne for ophold, vil det være muligt, at de fortsat vil have behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehuset, dvs. på baggrund af en genoptræningsplan fra sygehuset.

Medarbejdere på sundheds- og omsorgspladsen skal som led i overdragelsen af ansvaret fra regionen til kommunen, udarbejde en sundhedsfaglig vurdering af den aktuelle status på funktionsevnen som tillæg til genoptræningsplanen fra sygehuset for borgere, der fortsat har behov for almen genoptræning efter endt ophold på sundheds- og omsorgspladserne. Vurderingen skal også beskrive genoptræningsbehov under opholdet samt angive, hvilke genoptræningsindsatser borgeren har modtaget, herunder om indsatserne har svaret til basalt eller avanceret niveau. Vurderingen skal samlet set give

kommunen et veloplyst grundlag for at kunne overtage ansvaret for borgere videre genoptræningsindsats inden for almen genoptræning. Vurderingen vil skulle sendes til kommunen og borgerens alment praktiserende læge. De nærmere regler herfor forventes at blive beskrevet nærmere i kommende administrative forskrifter.

Genoptræning på sundheds- og omsorgspladser kan også iværksættes på baggrund af en konkret sundhedsfaglig vurdering fra en ansvarlig sundhedsperson på pladsen, hvis det vurderes, at borgeren har behov for genoptræning under opholdet.

Basale palliative indsatser er omfattet af de indsatser, der skal varetages på sundheds- og omsorgspladserne, da der er tale om en sundhedsfaglig indsats, som foregår integreret med rehabilitering.

Regionerne har ikke ansvar for at levere sundhedsindsatser, som ikke er relateret til formålet med opholdet på en sundheds- og omsorgsplads. Eksempler på indsatser, der ikke omfattes af regionens ansvar, er tandpleje efter sundhedslovens §§ 131, 133 og 135, socialtandpleje efter sundhedslovens § 134 a eller behandling for alkoholmisbrug efter sundhedsloven § 141, som falder uden for det sundhedsfaglige formål med opholdet.

Regionernes ansvar for sundheds- og omsorgspladserne omfatter, ud over ansvaret for selve opholdet og den sundhedsfaglige indsats, også ansvaret for den nødvendige pleje og omsorg, som borgeren har behov for under opholdet. Dette ansvar svarer til det, regionerne allerede varetager for pleje og omsorg for borgere indlagt på sygehus i regionalt regi.

Det omfatter også, at regionerne har ansvaret for praktiske foranstaltninger som blandt andet vask af linned og tøj, rengøring samt udlevering af midlertidige hjælpemidler som f.eks. rollatorer og toiletforhøjere og andre hjælpemidler, som borgeren har behov for under selve opholdet. Indenrigs- og Sundhedsministeriet planlægger i kommende lovforslag at revidere regelsættet for udlevering af behandlingsredskaber og hjælpemidler, som opfølgning på Aftale om sundhedsreformen 2024.

Det foreslås i § 118 d, stk. 3, at regionsrådet kan tilvejebringe tilbud efter stk. 1 ved at etablere tilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftale med en andet regionsråd, kommunalbestyrelse eller privat institution.

Den foreslåede bestemmelse giver regioner mulighed for at indgå aftaler med kommunale leverandører af sundheds- og omsorgspladser på vegne af regionsrådet. I medfør af lov nr. L 213 fremsat d. 24. april 2025 om overgangen til en ny sundhedsstruktur (overgangsloven) vil regionsrådet i 2026 skulle træffe beslutninger angående af driften af hele eller dele af sundheds- og omsorgspladser fra 1. januar 2027. Kommuner kan efter aftale med regionen varetage hele eller dele af driften af sundheds- og omsorgspladser under regionens myndighedsansvar.

Grundlaget for overvejelser om et muligt kommunalt driftsansvar skal bero på en samlet vurdering og med afsæt i parametre om høj kvalitet, faglig og økonomisk bæredygtighed og geografisk nærhed for borgeren. Såfremt det ønskes, at kommunerne varetager et driftsansvar for sundheds- og omsorgspladser, skal der indgås individuelle lokale driftsaftaler mellem kommunen og regionerne.

[ISM ved at afklare de nærmere rammer i forhold til udbudsreglerne.]

Det foreslås i § 118 d, stk. 4, at regionsrådet kan indgå aftale med andet regionsråd eller en kommunalbestyrelse, der tilvejebringer et tilbud efter § 118 d, stk. 3, om at kommunen også kan visitere borgere til tilbuddet på vegne af regionen.

Det foreslås, at regionen kan vælge at indgå aftale med andet regionsråd eller en kommune, der driver sundheds- og omsorgspladser på vegne af regionen, om, at regionen eller kommunen også kan visitere til pladserne. Det forventes i praksis både at være den indledende tildeling til selve tilbuddet og den løbende vurdering undervejs i opholdet. Den udførende regionale eller kommunale medarbejder vil dermed kunne vurdere borgerens behov og justere indsatsen løbende, herunder afslutningsmelde opholdet for borgere, der ikke længere opfylder betingelserne for ophold. Det forventes, at regionsrådet vil skulle fastlægge nærmere instruktioner, vejledninger osv. for visitationen i henhold til gældende kvalitetsstandarder.

Det vil betyde, at tildelingen af tilbud om ophold på en sundheds- og omsorgsplads, udføres af den kommune eller anden region, der driver de pågældende sundheds- og omsorgspladser under regionens myndighedsansvar. Tildelingen af sundheds- og omsorgsplads vil med forslaget kunne foretages af den relevante medarbejder eller enhed i kommunen.

Borgerens bopælsregion bevarer det endelige myndighedsansvar i forhold til tilbud om sundheds- og omsorgspladser, uanset at den konkrete tildeling af ydelser er foretaget af kommunen eller anden region. Det forudsættes ved indgåelse af aftale om at overlade visitationen til sundheds- og omsorgspladser til en anden myndighed, at regionen, der har det endelige myndighedsansvar for sundheds- og omsorgspladserne, fører tilsyn med den kommunale visitation. Det indebærer blandt andet tilsyn med, at borgere i målgruppen for tilbuddet får tilbudt ophold på pladserne. Det omfatter også tilsyn med, at f.eks. sygehusafdelinger, kommunale sygepleje og almen medicinske tilbud kan henvise borgere til pladserne.

Regionen forventes også at monitorere anvendelsen af kapaciteten og indsatser, herunder med henblik på opfølgning på målgruppens anvendelse og udvikling, samt at indsatser lever op til de relevante krav på området, herunder i forhold til kvalitet.

Private leverandører af sundheds- og omsorgspladser vil ikke kunne tildele ophold på sundheds- og omsorgspladser.

[ISM ved at afklare de nærmere rammer i forhold til udbudsreglerne.]

Det foreslås i § 118 d, stk. 5, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om omfanget af og kravene til sundheds- og omsorgspladser.

Bemyndigelsen forventes anvendt til at fastsætte nærmere regler i administrative forskrifter om tilrettelæggelsen af genoptræningsforløb for patienter, der har en lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Dette omfatter, hvordan genoptræningen skal iværksættes, varetages og koordineres både under ophold på en sundheds- og omsorgsplads og i overgangen til patientens eget hjem, herunder plejebolig, plejebolig m.v.

Bemyndigelsen vil f.eks. også kunne anvendes, hvis der viser sig et behov for at fastsætte regler i administrative forskrifter for håndtering af tilfælde, hvor der opstår tilfælde af uenighed mellem region og kommune om ansvarsfordelingen for konkrete opgaver i forbindelse med ophold og indsatsen på sundheds- og omsorgspladser.

[Bestemmelsen vil f.eks. også kunne anvendes, hvis der viser sig et behov for at fastsætte nærmere regler i administrative forskrifter for aftaler om drift

af sundheds- og omsorgspladser mellem region og en anden leverandør. Det er ministeriets vurdering, at behovet for denne bestemmelse kan opstå, hvis det viser sig nødvendigt at regulere aftalerne nærmere for at sikre, at tilbuddene opfylder de nødvendige krav og standarder, samt for at sikre, at aftalerne overholder de økonomiske betingelser, der gælder for denne type ydelser.]

[ISM ved at afklare de nærmere rammer i forhold til udbudsreglerne.]

Til nr. 7

Det fremgår af sundhedslovens § 119, stk. 1, at kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunernes opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis.

Efter § 119, stk. 2, etablerer kommunalbestyrelsen forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

Efter § 119, stk. 3, etablerer kommunalbestyrelsen patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser i kommunen.

Endelig fremgår det af § 119, stk. 4, at regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1-3.

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

De foreslåede ændringer i bestemmelsen vil medføre, at myndigheds- og finansierungsansvaret for de patientrettede forebyggelsestilbud overgår fra kommunalbestyrelsen til regionsrådet, som afspejler den politisk aftalte flytning af opgaveansvar som følge af Aftale om Sundhedsreform 2024.

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

Kommunerne har i dag og vil fortsat have ansvaret for borgerrettede forebyggelsestilbud og at skabe rammer for og tilbud med henblik på sundhedsfremme og forebyggelse, både for somatiske og for psykiske sygdomme. Det gælder bl.a. forebyggelsestilbud til borgere i risiko for eller symptomer på kronisk sygdom.

Målgruppen har ofte et sammenfaldende behov for indsatser; typisk sygdomsmestring, fysisk aktivitet, nikotinafvænning og ernæringsindsats, samtidig med at der også er mulighed for målgruppespecifikke elementer. Det gælder for samtlige forebyggelsestilbud, at der tages udgangspunkt i borgernes motivation, ønsker og mål for hverdagslivet.

Patientrettet og borgerrettet forebyggelse omfatter indholdsmæssigt visse sammenfaldene indsatser som eksempelvis nikotinafvænning. Det er derfor vigtigt, at der samtænkes på organisatorisk og individniveau og med fordel på tværs af ansvarsforhold i kommuner og regioner for at skabe synergi samt faglig og organisatorisk bæredygtighed.

De foreslåede ændringer medfører, at regionen vil blive ansvarlig for opgaven i stedet for kommunerne, herunder at de vil skulle understøtte, at der fremover løbende kan imødekommes udvikling af opgaveløsningen lokalt. Der vil forventeligt være mulighed for, at sundhedsrådene kan skabe løsninger, der er særligt tilpassede lokale forhold i samarbejde med den enkelte kommune, hvormed ændringer i befolkningens behov for sundhedsindsatser bedst muligt imødekommes.

De foreslåede ændringer i bestemmelsen forventes at kunne lette behandlingsforløbet i sundhedsvæsenet for den enkelte borger, idet regionerne vil få et større og mere samlet ansvar for flere sundhedsydelser, og dermed vil kunne tilrettelægge indsatser og sammenhængende forløb mere hensigtsmæssigt for borgeren. Effektive indsatser i den patientrettede forebyggelse forventes at komme sygehusene til gavn i form af en reduktion i antallet af akutte indlæggelser og reducerede behandlingsforløb, i og med at der gribes rettidigt ind med tidlig behandling af kroniske sygdomme og borgerne får styrket deres egenomsorg og dermed forbedret deres helbredsstatus. Dette kan samlet set medvirke til, at, sygdomsforløbet forkortes, og behandlingsbehovet reduceres.

Der vil fortsat være snitflader til kommunale sundhedsydelser, f.eks. til den genoptræningsindsats, der vil foregå i kommunerne efter sundhedsloven, og

den trænings- og vedligeholdelsesindsats, der udføres kommunalt efter anden lovgivning.

Den foreslåede ændring vil medføre et behov for, at de nye sundhedsråd under regionsrådene vil skulle koordinere og understøtte de forskellige tilbud i den enkelte region, således at indsatserne tilrettelægges hensigtsmæssigt, og borgerne fremadrettet får de tilbud, som er nødvendige og af en tilstrækkelig kvalitet.

Den foreslåede ændring om at lade regionerne være ansvarlig for patientrettede forebyggelsestilbud vil kunne føre til, at nogle borgere kan få længere transporttid til relevante tilbud. Det skyldes, at der i begrænset omfang kan være behov for at samle enkelte indsatser for at sikre tilstrækkelig kvalitet og bæredygtighed, hvor der kræves en særlig ekspertise eller patientgrundlag for at sikre en faglig bæredygtighed i tilbuddene. Der kan også være tale om en ledelsesmæssig samorganisering, der fortsat leveres på flere forskellige fysiske lokationer. Regionerne skal håndtere en balancegang mellem at tilrettelægge tilgængelige tilbud af høj kvalitet tæt på borgeren samtidig med, at regionen i praksis kan drifte tilbuddet med hensyn til volumen og driftsoptimering.

Geografisk nærhed, tilgængelighed og nem adgang til forebyggelsestilbudene er centralt for den fremtidige organisering af den patientrettede forebyggelse, for at understøtte sammenhæng til lokale og civilsamfundsborne tilbud samt undgå unødvendige barrierer for optag på de forskellige tilbud. Samarbejdet mellem sundhedsvæsen, pårørende, civilsamfund og den enkeltes sociale- og beskæftigelsesrettede forhold, spiller en væsentlig rolle for en velfungerende patientrettet forebyggelse. Tilbuddene skal tage udgangspunkt i borgerens egne ønsker og mål for hverdagslivet ligesom at der skal tages højde for en efterfølgende videreførelse af indsatser forankret i civilsamfundet.

Med et samlet behandlingsansvar hos regionsrådene vil borgeren i praksis have mulighed for at blive henvist til et større udvalg af indsatser inden for egen region end da indsatsen var forankret kommunalt, da regionerne har mulighed for at koordinere udvalgte indsatser på tværs af hele regionen. Det foreslåede har ikke til hensigt at ændre på, at den enkelte patient i vid udstrækning fortsat kan henvende sig og benytte indgange til de patientrettede forebyggelsestilbud som tidligere for at blive henvist til en afklarende samtale, selvom regionen har visitationsretten.

UDKAST

Dette vil f.eks. være, når patienten selv tager initiativ om en afklarende samtale eller i form af en henvisning fra det almenmedicinske tilbud, praktiserende speciallæger, sygehuse, eller fra andre kommunale forvaltningsområder såsom socialområdet eller beskæftigelsesområdet med kontakt til målgruppen.

I medfør af lov nr. L 213 fremsat d. 24. april 2025 om overgangen til en ny sundhedsstruktur (overgangsloven) og efterfølgende ændringslovsforslag kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte regler om, at en kommune varetager driftsopgaven på regionens vegne på de vilkår, som indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter.

Kommuner og regioner skal efter gældende regler og aftaler sikre, at relevante oplysninger kan deles via den fælles digitale infrastruktur og øvrige datadelingsløsninger, således at borgere kan tilbydes sammenhængende forløb.

Forslaget indebærer, at de eksisterende kvalitetsstandarder på området *Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom: Kvalitetsstandarder* vil skulle opdateres, således at de fastlagte krav og anbefalinger afspejler den nye opgavefordeling mellem kommune og region.

Til nr. 8

Det fremgår af sundhedslovens § 119, stk. 1, at kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunernes opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis.

Efter § 119, stk. 2, etablerer kommunalbestyrelsen forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

Efter § 119, stk. 3, etablerer kommunalbestyrelsen patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser i kommunen.

Endelig fremgår det af § 119, stk. 4, at regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1-3.

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

UDKAST

Den foreslåede ændring er konsekvens af den i denne lov foreslåede § 1, nr. 1, hvorefter § 119, stk. 3, ændres således, at regionsrådet vil få ansvaret for den patientrettede forebyggelse i stedet for kommunalbestyrelsen.

Den foreslåede ændring medfører, at regionernes rådgivningsforpligtelse i § 119, stk. 4 alene henviser til de opgaver, som fremadrettet er kommunale, nemlig i stk. 1 og 2. Det ligger implicit, at en forvaltningsmyndighed kan rådgive internt, hvorfor det er tilstrækkeligt at lade stk. 4 henvise til stk. 1 og 2.

Til nr. 9

Det følger af sundhedslovens § 138, stk. 1, at kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri sygepleje efter lægehenvvisning til personer med ophold i kommunen.

Det følger af § 138, stk. 2, at kommunalbestyrelsen kan delegere ansvaret for tildeling af sygeplejen efter stk. 1, som udføres i en fælles kommunal sygepleje, til de øvrige kommunalbestyrelser, som indgår i det pågældende tværkommunale samarbejde.

Det foreslås, at der i § 138, stk. 1, efter »vederlagsfri« indsættes »almen kommunal«.

Den foreslåede ændring i bestemmelsen vil medføre, at kommunalbestyrelsen fortsat vil have myndigheds- og finansieringsansvaret for en del af sygeplejen i det nære sundhedsvæsen, hvilket fremadrettet benævnes »almen kommunal sygepleje«.

Det vil betyde, at den nuværende kommunale sygepleje vil blive opdelt i og med, at der samtidig i dette lovforslags § 1, nr. 11 foreslås, at regionerne fremadrettet vil blive ansvarlig for at varetage vederlagsfri akutsygepleje.

For kommunerne vil den foreslåede ændring betyde, at de i højere grad vil kunne skabe grundlag for den faglige bæredygtighed i sygeplejeindsatserne i kommunen, idet kommunerne fremadrettet ikke vil være ansvarlig for den mest akutte, specialiserede del af den nuværende sundhedsydelse. Fremadrettet vil indsatserne fortsat kunne tilrettelægges i sammenhæng med andre kommunale ydelser til samme borgere, f.eks. inden for ældreplejen i medfør af ældreloven.

Kommunerne vil med den almene kommunale sygepleje fortsat være ansvarlige for at varetage særlige fagområder kendetegnet ved viden og kompetencer til at pleje og observere mennesker med f.eks. demens, sår, infektioner, inkontinens og palliative behov. Organiseringen af den almene kommunale sygepleje vil fortsat skulle imødekomme, at alle borgere med ophold i kommunen kan få sygepleje med udgangspunkt i deres behov også i tilfælde, hvor sammensatte uspecifikke symptomer og funktionsændringer skal vurderes. Der kan eksempelvis være behov for, at den almene kommunale sygepleje kan varetages i borgerens eget hjem, på botilbud eller plejehjem, på kommunale midlertidige pladser, på sygeplejeklinik eller virtuelt på baggrund af en faglig vurdering.

Den foreslåede ændring vil forventeligt medføre et behov for koordinering på tværs af regioner og kommuner. Kommuner og regioner kan i samarbejde, i regi af sundhedsrådene, arbejde for at skabe faglig bæredygtighed på tværs af akutsygeplejen og den almene kommunale sygepleje.

Det forudsættes, at den almene kommunale sygepleje skal have let adgang til relevant sparring og rådgivning fra regionerne. For at sikre koordination på tværs af sektorerne, vil regionerne derfor blive forpligtet til at sparre med kommunerne og understøtte den almene sygepleje i kommunerne i forbindelse med, at regionerne overtager ansvaret for akutsygeplejen.

Den nye sektorovergang vil ligeledes medføre et behov for, at kommuner og regioner arbejder sammen om at sikre, at borgere med indsatser på tværs får et godt og sammenhængende forløb. Det kan f.eks. være forløb, hvor borgere modtager indsatser på tværs af social- og sundhedsområdet.

I medfør af lov nr. L 213 fremsat d. 24. april 2025 om overgangen til en ny sundhedsstruktur (overgangsloven) og efterfølgende ændringslovsforslag kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte regler om, at en kommune varetager driftsopgaven på regionens vegne på de vilkår, som indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter.

Kommuner og regioner skal sikre, at relevante data og information kan deles på tværs imellem myndigheder, således at der ikke opstår u hensigtsmæssige hindringer for den enkelte borgers forløb.

Den gældende bekendtgørelse nr. 1601 af 21. december 2007 om hjemme-sygepleje, som ændret ved bekendtgørelse nr. 165 af 26. februar 2019 og tilhørende vejledning nr. 102 fra 11. december 2006 vil blive justeret i forhold til de foreslåede ændringer i myndigheds- og finansieringsansvaret. Som led heri vil der i administrative forskrifter være behov for fornyede beskrivelser af arbejdsgange, henvisnings- og visitationspraksis.

Sundhedsstyrelsen vil bl.a. få til opgave at udarbejde tværgående kvalitetsstandarder, som skal bidrage til at sikre den fortsatte udvikling og styrkelse af den almene sygepleje, der fortsat vil være et kommunalt ansvar. For en nærmere beskrivelse af nye nationale tværgående kvalitetsstandarder i sundhedsrådene henvises til pkt. 3.2.3.2. i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Den foreslåede ændring vil ikke medføre ændringer i forhold til, at kommunerne selv er ansvarlig for at tilrettelægge og varetage den almene sygepleje i kommunerne, f.eks. i forhold til, hvor indsatserne vil skulle gives. Det vil fortsat være op til kommunalbestyrelsen selv at vurdere og beslutte, hvordan arbejdet mest hensigtsmæssigt organiseres, herunder ansættelse af personalegrupper med de nødvendige uddannelsesmæssige kvalifikationer.

Der vil med forslaget heller ikke blive ændret på gældende regler i § 138, stk. 2, om, at kommunalbestyrelsen kan delegeres ansvaret for tildeling af sygeplejen efter stk. 1, som udføres i en fælles kommunal sygepleje, til de øvrige kommunalbestyrelser, som indgår i det pågældende tværkommunale samarbejde.

Den kommunale sygepleje vil i henhold til Aftale om Sundhedsreform 2024 skulle integreres med ældrelovsydelserne som led i udviklingen af helhedsplejen. Det vil også betyde, at det frie valg til helhedspleje også vil omfatte kommunale sygeplejeydelser efter sundhedsloven. Den konkrete model herfor skal udvikles med afsæt i den endelige afgrænsning mellem den almene sygepleje i kommunerne og akutsygeplejen, som overgår til regionerne. Formålet hermed vil være, at sikre mere sammenhæng og mere kontinuitet i indsatsen på tværs af ældreplejen og den kommunale sygepleje.

For så vidt angår finansieringsansvaret for almen kommunal sygepleje se bemærkningerne til § 1, nr. 20.

Til nr. 10

Sundhedslovens kapitel 38 har overskriften ”Kommunal sygepleje”.

Det foreslås, at overskriften til *kapitel 38* ændres til »*Almen kommunal sygepleje og regional akutsygepleje*«.

Den foreslåede ændring vil medføre, at overskriften til kapitlet om sygepleje afspejler, at sygeplejeydelserne fremadrettet vil være opdelt i henholdsvis almen kommunale sygepleje og akutsygepleje forankret i regionerne.

Se nærmere beskrivelse af henholdsvis almen kommunal sygepleje og akutsygepleje under bemærkningerne til § 1, nr. 9 og 11.

Til nr. 11

Det følger af sundhedslovens § 138, at kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri sygepleje efter lægehenviisning til personer med ophold i kommunen.

Det foreslås, at der indsættes en ny § 138 a, hvorefter regionsrådet efter *stk. 1* får ansvaret for at yde vederlagsfri akutsygepleje efter lægehenviisning til personer med ophold i regionen. Efter *stk. 2* tilbyder regionsrådet kommunalbestyrelsen rådgivning og sparring i relation til indsatser efter § 138, *stk. 1*.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at myndigheds- og finansieringsansvaret for den vederlagsfri akutsygepleje, som i dag er organiseret i de kommunale akutfunktioner, vil overgå fra kommunalbestyrelsen til regionsrådet. Derudover vil regionerne blive forpligtet til at sparre med kommunerne og understøtte den almene kommunale sygepleje.

Det vil betyde, at den nuværende kommunale sygepleje vil blive opdelt i og med, at der samtidig i dette lovforslags § 1, nr. 9 foreslås, at kommunerne fortsat vil være ansvarlige for at varetage vederlagsfri almen kommunal sygepleje. Den del af den kommunale sygepleje, der foreslås flyttet til regionerne og fremadrettet vil benævnes »akutsygepleje«, vil være afgrænset til de opgaver, der i dag er omfattet af Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner med krav og anbefalinger til indsatsen.

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

Forløbene er overvejende kendetegnet ved at være subakutte eller akutte og komplekse, hvor der kræves de særlige sundhedsfaglige kompetencer, der er til stede i akutsygeplejen. Indsatserne dækker også over mere planlagte, komplekse forløb. I dag er de kendetegnet ved de indsatser, der kaldes akutfunktionerne under kommunal sygepleje, jf. Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, 2023. Det kan f.eks. være borgere, der efter udskrivelse fra sygehus fortsat har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, der kræver særlige sygeplejefaglige kompetencer.

Der vil fortsat kunne stilles forpligtende krav i kvalitetsstandarder til, at regionerne vil skulle yde sparring og vejledning til kommunerne og understøtte den almene kommunale sygepleje i medfør af § 118 b. Ydermere er det tydeliggjort med det foreslåede stk. 2 i § 138 a, at regionerne er forpligtet til at tilbyde rådgivning og sparring til kommunerne, for at sikre, at medarbejderne i den almene kommunale sygepleje vil kunne få nødvendig, faglig hjælp.

Den foreslåede ændring vil ikke føre til ændringer i eksisterende ordninger vedrørende tilsyn, klagemuligheder m.v.

Den foreslåede ændring vil give regionerne et større og mere samlet ansvar for at sikre behandling helt ud i borgerens eget hjem. Med forslaget vil indsatser, som kræver en vis specialisering blive regionernes ansvar. Det vil medføre et entydigt placeret ansvar for et samlet akuttilbud, der vil skulle levere ensartet døgndækket akutsygepleje alle steder i landet.

Den foreslåede ændring vil derudover understøtte en større faglig bæredygtighed for specialiserede indsatser og døgndækning, samt understøtte etableringen af funktioner, som vil skulle udføre specialiseret sygepleje i borgerens eget hjem, eller f.eks. på botilbud, plejehjem og sundheds- og omsorgspladser og på ydertidspunkter, som forventeligt vil bidrage til at mindske antallet af unødvendige indlæggelser. Den foreslåede bestemmelse forventes særligt at komme borgere til gavn i dele af landet, hvor patientgrundlaget er begrænset, og hvor det i dag kan være vanskeligt, at opretholde et tilstrækkeligt fagligt bæredygtigt og døgndækket tilbud af samme høje kvalitet som i områder med større befolkningsgrundlag.

Forslaget vil også kunne understøtte, at regionerne kan gennemføre en omstilling af sundhedsvæsenet ved at styrke indsatser, der understøtter behand-

ling og opfølgning uden for sygehusene. Sygeplejefaglige indsatser i regionerne vil for eksempel kunne planlægges og udføres i sammenhæng med præhospitale indsatser og indsatser i det almenmedicinske tilbud.

Regionerne kan tilrettelægge akutsygeplejen ved selv at varetage opgaven, eller ved at indgå aftale med andre kommuner eller private aktører om varetagelse af opgaver i akutsygepleje. Det vil være op til regionsrådet selv at vurdere og beslutte, hvordan arbejdet mest hensigtsmæssigt organiseres, ligesom der også vil være mulighed for samarbejde med frivillige og civilsamfundet f.eks. en vågetjeneste.

Opgaveflytningen af akutsygeplejen skal også ses som led i indførelsen af de nye hjemmebehandlingsteams, som der også er indgået aftale om i Aftale om sundhedsreformen 2024. Regionerne vil kunne gentænke indsatser i eller tæt på borgernes hjem, bl.a. med fokus på at øge monitorering af borgernes tilstand digitalt og køre ud i borgerens hjem og assistere med behandling og tidlige indsatser.

Den foreslåede ændring vil forventeligt kunne bidrage positivt til at løse udfordringer, der har været mellem myndighederne, hvor gevinst og investering hidtil har været adskilt, f.eks. som en barriere for, at regioner og kommuner prioriterer indsatser, der kan forebygge unødige sygehusindlæggelser. Ved i højere grad at tilrettelægge og drage fordel af, at samme region har ansvaret for flere led i indsatsen, vil dette forventelig bidrage til, at regionerne, der investerer i en styrket indsats, også høster gevinsterne.

Den foreslåede ændring vil også indebære nye snitflader, som der skal tages højde for. Det vil bl.a. medføre et behov for koordinering på tværs af regioner og kommuner. Den nye sektorovergang vil ligeledes medføre et behov for, at kommuner og regioner arbejder sammen om at sikre, at borgere med indsatser på tværs får et godt og sammenhængende forløb. Det kan f.eks. være forløb, hvor borgere modtager indsatser på tværs af social- og sundhedsområdet. Der kan også være tale om forløb hvor en borger tilknyttet akutsygeplejen, får behov for andre indsatser, der iværksættes samtidig med eller i umiddelbar forlængelse af akutsygeplejens indsatser. Dette kan f.eks. være tilfældet, hvis der er behov for vurdering af årsager til den akut opståede sygdom og fremadrettede forebyggelse af samme. Her kan akutsygeplejen og de kommunale samarbejdspartnere rådgive og sparre på tværs af fagområder, afhængigt af den enkelte patients behov.

UDKAST

De nye sundhedsråd vil skulle koordinere og organisere de forskellige nære sundhedstilbud i den enkelte region, således at indsatsen tilrettelægges hensigtsmæssigt og at borgerne fremadrettet får de tilbud, som er nødvendige. I og med, at akutsygepleje vil skulle kunne leveres i alle dele af landet, på alle tider af døgnet og helt ud i borgerens eget hjem forudsættes, at akutsygeplejen fortsat vil have en udekørende funktion. Regionerne vil i den forbindelse kunne gøre brug af de opbyggede kompetencer i de nuværende akutfunktioner i kommunerne i forhold til etablering af akutsygeplejen.

I medfør af lov nr. L 213 fremsat d. 24. april 2025 om overgangen til en ny sundhedsstruktur (overgangsloven) og efterfølgende ændringslovsforslag kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte regler om, at en kommune varetager driftsopgaven på regionens vegne på de vilkår, som indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter.

Kommuner og regioner skal efter gældende regler og aftaler sikre, at relevante oplysninger kan deles via den fælles digitale infrastruktur og øvrige datadelingsløsninger, således at borgere kan tilbydes sammenhængende forløb.

Den gældende bekendtgørelse nr. 1601 af 21. december 2007 om hjemmesygepleje, som ændret ved bekendtgørelse nr. 165 af 26. februar 2019 og tilhørende vejledning nr. 102 fra 11. december 2006 vil blive justeret i forhold til de foreslåede ændringer i myndigheds- og finansieringsansvaret. Som følge heraf vil der også være behov for fornyede beskrivelser af arbejdsgange, henvisnings- og visitationspraksis.

For så vidt angår finansieringsansvaret for regional akutsygepleje se bemærkningerne til § 1, nr. 21.

Til nr. 12

Det følger af sundhedslovens § 139, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om omfanget af og kravene til den kommunale sygeplejeordning.

Det foreslås, at i § 139 ændres »den kommunale sygeplejeordning« til »almen kommunal sygepleje efter § 138 og akutsygepleje efter § 138 a«.

UDKAST

Den foreslåede ændring vil medføre, at bemyndigelsesbestemmelsen vil kunne anvendes til at fastsætte regler om omfanget af og krav til både akut-sygeplejen, som bliver regionsrådets ansvar, samt til den almene kommunale sygepleje, som fortsat vil være kommunalbestyrelsens ansvar.

Se nærmere beskrivelse af henholdsvis almen kommunal sygepleje og akut-sygepleje under bemærkningerne til § 1, nr. 9 og 11.

Til nr. 13

(Til § 139 a)

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

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

Bemyndigelsesbestemmelsen i § 84 er udmøntet ved bekendtgørelse nr. 918 af 22. juni 2018 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus. Det fremgår bl.a., at genoptræningsplanen skal angive, om borgeren har behov for almen genoptræning, specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau. Niveauerne af genoptræning er yderligere udfoldet i Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9538 af 2. juli 2018 om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner.

Ansvar for alt genoptræning, herunder alle niveauer af genoptræning efter udskrivning fra sygehus, er således samlet i kommunerne. Regionsrådet har alene driftsansvar for den genoptræning, som skal foregå på sygehuset eller som foregår under indlæggelse.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

UDKAST

Det foreslås, at der indsættes en ny § 139 a, hvorefter kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri almen genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84 om genoptræningsplaner, jf. dog § 118 d, stk. 2.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at kommunalbestyrelsen alene vil have myndighedsansvar for en del af den samlede genoptræningsindsats efter udskrivning fra sygehus, nemlig for almen genoptræning. Ansvar for den anden del af den samlede genoptræningsindsats foreslås flyttet til regionsrådet, se nærmere nedenfor om den foreslåede § 139 b.

Den foreslåede bestemmelse svarer til den gældende § 140, stk. 1, med den justering, at kommunalbestyrelsen fremover alene vil have ansvar for at tilbyde almen genoptræning. Derudover vil kommunalbestyrelsen jf. den foreslåede § 118 d, stk. 2, være undtaget for at tilbyde almen genoptræning til borgere, som efter udskrivning fra sygehuset har behov for ophold på en sundheds- og omsorgsplads i regionen. Kommunalbestyrelsens ansvar for almen genoptræning vil først påbegynde, når borgeren ikke længere har behov for ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Se mere om genoptræning efter udskrivning på sygehus ifm. ophold på sundheds- og omsorgspladser under bemærkningerne til § 1, nr. 6.

Ved »almen genoptræning« i den foreslåede bestemmelse forstås et specifikt niveau af genoptræning efter udskrivning fra sygehuset, som omfatter genoptræning på basalt niveau og genoptræning på avanceret niveau. Disse niveauer for genoptræning følger den opdeling, som allerede fremgår af bekendtgørelsens bilag 1.

Den foreslåede bestemmelse er knyttet op på en genoptræningsplan efter sundhedslovens § 84, som bl.a. vil skulle angive, hvilket niveau af genoptræning, som patienten har behov for, herunder om det er almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau.

Beskrivelserne og kriterier for, hvornår en patient har behov for de forskellige niveauer af genoptræning, er yderligere udfoldet i Sundhedsstyrelsens vejledning, herunder krav til forekomst, udstyr og organisering.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at Sundhedsstyrelsen vil skulle opdatere beskrivelsen af niveauerne for genoptræning, herunder præcisere

den faglige afgrænsning af bl.a. målgrupperne for almen genoptræning, herunder genoptræning på basalt niveau og genoptræning på avanceret niveau.

Den foreslåede bestemmelse ændrer ikke på, at genoptræning efter udskrivning vil omfatte alle patienter uanset diagnose og alder, der på udskrivningstidspunktet har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, der relaterer sig til den aktuelle sygehuskontakt.

Den foreslåede bestemmelse henviser fortsat til bemyndigelsesbestemmelsen om, at der vil kunne fastsættes nærmere regler om genoptræningsplaner efter udskrivning fra sygehus. Det er således hensigten, at det nuværende indhold i bekendtgørelse og vejledning i forhold til kommunalbestyrelsens forpligtelser for varetagelse af almen genoptræning på baggrund af genoptræningsplanen vil blive videreført.

Den foreslåede henvisning til bestemmelsen om genoptræningsplaner er også en videreførelse af gældende ret og vil bl.a. medføre, at kommunen ikke vil kunne tilsidesætte den lægefaglige vurdering af genoptræningsbehovet. Borgere, som udskrives med en genoptræningsplan til almen genoptræning, skal der fortsat laves en sundhedsfaglig vurdering i kommunen af, hvorvidt borgeren har behov for genoptræning på basalt eller avanceret niveau.

Udskrivningstidspunktet vil fastlægge tidspunktet for kommunens myndighedsansvar for at tilbyde genoptræningen, og såfremt der af sundhedsfaglige grunde er behov for en udskudt opstart af genoptræning, vil dette skulle fremgå af genoptræningsplanen.

Genoptræningsplanen vil desuden fortsat skulle indeholde oplysninger om, hvordan bopælsregionen og bopælskommunen kan kontaktes med henblik på koordinering af genoptræningsforløbet. Dette er også relateret til, at patienters behov for genoptræning vil kunne ændre sig undervejs i et genoptrænings- eller rehabiliteringsforløb i takt med at funktionsevneniveauet bedres. Der vil derfor kunne være behov for løbende justeringer i indsatser og niveauer, hvilket også nødvendiggør koordination mellem kommuner og regioner.

Den foreslåede bestemmelse vil ikke ændre på, at tilbud om genoptræning efter denne bestemmelse ikke vil kunne ydes samtidig med eller erstattes

af f.eks. tilskud til fysioterapeutisk behandling efter sundhedslovens § 67 om tilskud til fysioterapi i privat praksis. Hvis en person, der er omfattet af ordningen om vederlagsfri fysioterapi efter sundhedslovens § 140 a, har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus i forbindelse med behandling for anden tilstand end knyttet op på den vederlagsfri fysioterapeutiske behandling, vil personen skulle tilbydes vederlagsfri genoptræning efter den foreslåede § 139 a og sygehuset skal udarbejde en genoptræningsplan i forbindelse med, at behandlingen på sygehuset afsluttes.

Det indholdsmæssige i bekendtgørelsen og vejledningen i forhold til forpligtelserne i forbindelse med varetægelse af genoptræning på baggrund af genoptræningsplanen vil også blive videreført.

Bekendtgørelsen og vejledningen vil blive tilpasset den ændrede ansvarsfordeling for genoptræning, og afspejle, at der fremover vil være to myndigheder med ansvar for genoptræning efter udskrivning, samt at der indføres sundheds- og omsorgspladser i regionerne.

De øvrige gældende regler i forhold til at tilbyde genoptræning efter sundhedsloven vil i vid udstrækning blive videreført, se mere under bemærkningerne til § 1, nr. 14.

(Til § 139 b)

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

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

Bemyndigelsesbestemmelsen i § 84 er udmøntet ved bekendtgørelse nr. 918 af 22. juni 2018 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus. Det fremgår bl.a., at genoptræningsplanen skal angive, om borgeren har behov for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau. Niveauerne af genoptræning er yderligere udfoldet i

vejledning nr. 9538 af 2. juli 2018 om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner.

Ansvar for alt genoptræning, herunder alle niveauer af genoptræning efter udskrivning fra sygehus, er således samlet i kommunerne. Regionsrådet har i dag alene driftsansvar for den genoptræning, som skal foregå på sygehuset. Derudover har regionsrådet ansvar for genoptræning, som foregår under indlæggelse.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås, at der indsættes et nyt § 139 b, hvorefter regionsrådet tilbyder vederlagsfri genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84 om genoptræningsplaner.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at regionsrådet vil have myndigheds- og finansieringsansvar for en del af den samlede genoptræningsindsats efter udskrivning fra sygehus, nemlig for genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau. Ansvar for den alment mende del af den samlede genoptræningsindsats foreslås bibeholdt i kommunerne, se nærmere ovenfor om den foreslåede § 139 a.

Den foreslåede bestemmelse svarer til den gældende § 140, stk. 1, med den justering, at det fremover vil være regionsrådet, der har ansvar for at tilbyde genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau.

Sundhedsstyrelsen har vurderet, at en lille gruppe af de patienter, der i dag modtager genoptræning på avanceret niveau med fordel kan omfattes af målgruppen for rehabilitering på specialiseret niveau. Det skyldes deres genoptræningsbehov, og at de har omfattende funktionsevnenedsættelser af betydning for flere livsområder. Det medfører, at rehabilitering på specialiseret niveau fremover udvides til også at omfatte de mest specialiserede dele af genoptræning på avanceret niveau.

Ved »genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau« i den foreslåede bestemmelse forstås specifikke niveauer af

genoptræning efter udskrivning fra sygehuset. Det er bl.a. genoptræningsindsatser, som er målrettet mindre patientgrupper med specialiserede og komplekse behov, og som regionen vil skulle visitere til. De to niveauer for genoptræning følger den opdeling, som allerede fremgår af bilag 1 i bekendtgørelse nr. 918 af 22. juni 2018. Behov for rehabilitering på specialiseret niveau ved udskrivning fra sygehus kan både omfatte ambulante og døgndækkende indsatser m.v. Hvis en borger har behov for døgndækkende indsatser kan selve opholdet både foregå på et opholdssted, efter anden lovgivning eller regionen kan selv oprette pladser til formålet. Det kan dog ikke foregå på regionernes sundheds- og omsorgspladser jf. den foreslåede § 118 d, stk. 2.

Borgere med behov for rehabilitering på specialiseret niveau vil desuden ofte have behov for flere forskellige indsatser efter sundhedsloven og anden lovgivning, som en del af en bredere rehabiliteringsindsats.

Den foreslåede bestemmelse er knyttet op på en genoptræningsplan efter sundhedslovens § 84, som bl.a. vil skulle angive, hvilket niveau af genoptræning, som patienten har behov for, herunder om det er almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau.

Genoptræningsplaner for patienter med behov for rehabilitering på specialiseret niveau vil fortsat skulle beskrive patientens samlede funktionsevne samt patientens samlede behov for rehabiliteringsindsatser på udskrivelsestidspunktet.

Beskrivelserne og kriterier for, hvornår en patient har behov for de forskellige niveauer af genoptræning, er yderligere udfoldet i Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9538 af 2. juli 2018, herunder krav til forekomst, udstyr og organisering.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at Sundhedsstyrelsen vil skulle opdatere beskrivelsen af niveauerne for genoptræning, herunder præcisere den faglige afgrænsning af bl.a. målgrupperne for genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau.

Den foreslåede bestemmelse ændrer ikke på, at genoptræning efter udskrivning vil omfatte alle patienter uanset diagnose og alder, der på udskrivningstidspunktet har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, der relaterer sig til den aktuelle sygehuskontakt.

Den foreslåede bestemmelse henviser fortsat til bemyndigelsesbestemmelsen om, at der vil kunne fastsættes nærmere regler om genoptræningsplaner efter udskrivning fra sygehus. Den foreslåede binding til bestemmelsen om genoptræningsplaner vil bl.a. medføre, at regionen ikke vil kunne tilsidesætte den lægefaglige vurdering af genoptræningsbehovet.

Det er således hensigten, at det nuværende indhold i bekendtgørelse og vejledning i forhold til regionsrådets forpligtelser for genoptræningsplaner og varetagelse af genoptræning på baggrund heraf vil blive videreført. Det gælder regionernes ansvar for genoptræning på specialiseret niveau, som allerede i dag foregår på sygehuset, hvor både myndigheds- og finansieringsansvaret fremover vil være regionalt. Se mere herom under lovforslagets § 1, nr. 23. Derudover udvides regionernes ansvarsområde til også at omfatte rehabilitering på specialiseret niveau.

Udskrivningstidspunktet vil fastlægge tidspunktet for regionens myndighedsansvar for at tilbyde genoptræningen og såfremt der af sundhedsfaglige grunde er behov for en udskudt opstart af genoptræning, vil dette skulle fremgå af genoptræningsplanen.

I medfør af lovændringen skal bekendtgørelsen tilpasses, og det forventes i den sammenhæng fastsat, at genoptræningsplanen fremover vil skulle sendes til bopælsregionen, den praktiserende læge og bopælskommunen.

Genoptræningsplanen vil desuden fortsat skulle indeholde oplysninger om, hvordan bopælsregionen og bopælskommunen kan kontaktes med henblik på koordinering af genoptræningsforløbet. Dette er også relateret til, at patienters behov for genoptræning vil kunne ændre sig undervejs i et genoptrænings- eller rehabiliteringsforløb i takt med at funktionsevneniveauet bedres. Der vil derfor kunne være behov for løbende justeringer i indsatser og niveauer, hvilket også nødvendiggør koordination mellem kommuner og regioner.

Den foreslåede bestemmelse vil ikke ændre på, at tilbud om genoptræning efter denne bestemmelse ikke vil kunne ydes samtidig med eller erstattes

af f.eks. tilskud til fysioterapeutisk behandling efter sundhedslovens § 67 om tilskud til fysioterapi i privat praksis. Hvis en person, der er omfattet af ordningen om vederlagsfri fysioterapi efter sundhedslovens § 140 a, har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus i forbindelse med behandling for anden tilstand end knyttet op på den vederlagsfri fysioterapeutiske behandling, vil personen skulle tilbydes vederlagsfri genoptræning efter den foreslåede § 139 a og sygehuset skal udarbejde en genoptræningsplan i forbindelse med, at behandlingen på sygehuset afsluttes.

Regionsrådet vil forventeligt kunne drage fordel af at tilrettelægge genoptræningsindsatserne i forlængelse af regionsrådets nuværende ansvar for genoptræning under indlæggelse.

Det indholdsmæssige i bekendtgørelsen og vejledningen i forhold til forpligtelserne i forbindelse med varetagelse af genoptræning på baggrund af genoptræningsplanen vil også blive videreført og tilpasset regionsrådets ansvar.

De øvrige gældende regler i forhold til at tilbyde genoptræning efter sundhedsloven vil i vid udstrækning blive videreført, se mere under bemærkningerne til § 1, nr. 14.

Til nr. 14

(Til § 140, stk. 1)

Det fremgår af sundhedslovens § 140 stk. 1, at kommunalbestyrelsen skal tilbyde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning og en genoptræningsplan, jf. § 84 om genoptræningsplaner.

Det følger af § 140, stk. 2, at kommunalbestyrelsens indsats efter stk. 1 tilrettelægges i sammenhæng med de kommunale træningstilbud m.v. i henhold til anden lovgivning.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 140 stk. 1, at kommunalbestyrelsens og regionsrådets indsatser efter §§ 139 a og 139 b tilrettelægges i sammenhæng med andre relaterede kommunale og regionale træningsindsatser m.v. efter denne lov og anden lovgivning.

Den foreslåede bestemmelse er en videreførelse af gældende ret og vil medføre, at genoptræning, som kan udgøre en del af en bredere rehabiliteringsindsats på linje med andre tilbud efter anden lovgivning, vil kunne tilrettelægges i det lys. Det overordnede hensyn i forhold til tilrettelæggelsen vil være, at indsatserne har det samlede formål at forbedre eller vedligeholde patientens funktionsevne. Det kan f.eks. være indsatser i sundhedsloven såsom patientrettet forebyggelse efter § 119, stk. 3, samt på det sociale område, specialundervisningsområdet og beskæftigelsesområdet.

Kommunalbestyrelsens ansvar for almen genoptræning vil i medfør af bestemmelsen kunne supplere og tilrettelægges i henhold til relaterede indsatser i både kommune og region, herunder også kommunernes ansvar for andre trænings- og rehabiliteringsindsatser efter anden lovgivning f.eks. efter den sociale lovgivning.

Tilsvarende vil regionsrådets ansvar for genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau ligeledes kunne supplere og tilrettelægges i henhold til relaterede indsatser i både regioner og kommuner, også indsatser efter anden lovgivning såsom lovgivning på det sociale område, specialundervisningsområdet og beskæftigelsesområdet.

Sundhedsrådene forventes at få en central rolle i at sikre det fortsatte fokus på at sikre sammenhængende forløb for personer med behov for genoptræning og samtidige indsatser efter anden lovgivning. Med henblik på at sikre sammenhæng og koordination i håndteringen kan det være relevant og hensigtsmæssigt at indgå nærmere samarbejdsaftaler om at sikre sammenhængende genoptrænings- og rehabiliteringsforløb. Sundhedsrådene etableres med lovforslag L 214 om 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.

UDKAST

Den foreslåede bestemmelse vil desuden medføre, at Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9538 af 2. juli 2018, bl.a. vil blive revideret i forhold til, hvordan der fortsat skal sikres sammenhængende og koordinerede genoptræningsforløb på tværs af regioner og kommuner. Derudover vil revideringen beskrive myndighedernes ansvar for at tilrettelægge genoptræningsindsatsen i sammenhæng med øvrige relevante rehabiliteringsindsatser i henhold til sundhedsloven og anden lovgivning.

Derudover forventes det, at kommuner og regioner vil sikre sammenhæng for borgerens forløb på tværs af sektorer. Det gælder f.eks. på hjerneskadeområdet, hvor kommunerne enten har hjerneskadekoordinators eller koordinerende teams.

(Til § 140, stk. 2)

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

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 140, stk. 2, at kommunalbestyrelsen henholdsvis regionsrådet kan tilvejebringe tilbud om genoptræning efter §§ 139 a og 139 b ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftaler herom med andre kommunalbestyrelser, regionsråd eller private institutioner.

Den foreslåede bestemmelse er en videreførelse af gældende ret, som giver kommuner og regioner mulighed for at vurdere og træffe beslutninger om, hvordan genoptræningsindsatserne skal løftes inden for de i loven foreslåede afgrænsede niveauer. Myndighederne vil på denne måde kunne vurdere ud fra egne lokale forhold og muligheder, hvordan opgaverne løses bedst.

Som det fremgår af bemærkningerne til den foreslåede § 139 b, som affattet ved § 1, nr. 13, flyttes ansvaret for genoptræningsniveauet rehabilitering på specialiseret niveau til regionsrådet. Det er dog ikke hensigten, at

disse indsatser fremover vil skulle foregå på sygehuset. Det ændrede ansvar for rehabilitering på specialiseret niveau vil kunne medføre, at regionerne nogle steder samler indsatserne for at sikre en bæredygtig opgaveløsning i høj kvalitet. Det vil kunne betyde, at der for nogle borgere med behov for rehabilitering på specialiseret niveau, kan blive længere til tilbud om genoptræning. Regionsrådet vil dog skulle tage et vist hensyn til at sikre nærhed i indsatserne i det omfang, det er muligt.

I medfør af lov nr. L 213 fremsat d. 24. april 2025 om overgangen til en ny sundhedsstruktur (overgangsloven) og efterfølgende ændringslovsforslag kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte regler om, at en kommune varetager driftsopgaven på regionens vegne på de vilkår, som indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter.

Grundlaget for overvejelser om et muligt kommunalt driftsansvar skal bero på en samlet vurdering og med afsæt i parametre om høj kvalitet, faglig og økonomisk bæredygtighed og geografisk nærhed for borgeren. Såfremt det ønskes, at kommunerne varetager et driftsansvar for rehabilitering på specialiseret niveau, skal der indgås individuelle lokale driftsaftaler mellem kommunerne og regionerne. Det gælder både for eksisterende tilbud og for tilbud der oprettes af sundhedsrådet. Det er forventningen, at det alene vil være et lille antal kommuner, der vil kunne varetage driften af rehabilitering på specialiseret niveau.

[ISM ved at afklare de nærmere rammer i forhold til udbudsreglerne.]

For nærmere beskrivelse om kommuner og regioners tilrettelæggelse, herunder tilsyn i den forbindelse, henvises til gennemgang af foreslåede § 140, stk. 6 nedenfor.

(Til § 140, stk. 3)

Det følger af § 140, stk. 4, at en person, der udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan, kan, medmindre genoptræningen skal foregå på sygehus, vælge at modtage genoptræningen hos en privat leverandør, som KL har indgået aftale med efter stk. 5, hvis kommunalbestyrelsen ikke inden for 7 dage efter udskrivning fra sygehus kan tilbyde opstart af genoptræningen, jf. stk. 3. Angiver genoptræningsplanen, at genoptræningen af sundhedsfaglige grunde først bør opstartes på et senere tidspunkt end udskrivningstidspunktet, regnes fristen dog fra dette tidspunkt.

UDKAST

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 140, stk. 3, at en person, der udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan, jf. § 84, kan, medmindre genoptræningen skal foregå på sygehus eller på en sundheds- og omsorgsplads efter § 118 d, stk. 2, vælge at modtage genoptræningen hos en privat leverandør, som KL henholdsvis Danske Regioner har indgået aftale med efter stk. 4, hvis kommunalbestyrelsen eller regionsrådet ikke inden for syv dage efter udskrivning fra sygehus kan tilbyde opstart af genoptræningen, jf. stk. 2. For borgere med ophold på en sundheds- og omsorgsplads efter § 118 d, stk. 2, med fortsat genoptræningsbehov efter § 139 a, vil fristen regnes fra endt ophold på sundheds- og omsorgspladsen. Angiver genoptræningsplanen, at genoptræningen af sundhedsfaglige grunde først bør opstartes på et senere tidspunkt end udskrivningstidspunktet, regnes fristen dog fra dette tidspunkt.

Bestemmelsen omhandler frit valg til genoptræning, som giver personer, som er udskrevet til genoptræning, ret til at vælge en privat leverandør af genoptræning, hvis de ikke kan tilbydes genoptræning inden for 7 dage. Det er en videreførelse af den rettighed, som blev indført ved en lovændring, der trådte i kraft d. 1. juli 2018, og som bygger på erfaringerne med det udvidede frie sygehusvalg.

Ved »opstart« i den foreslåede bestemmelse forstås det første møde med en sundhedsperson, der skal varetage hele eller dele af borgerens genoptræning. Dette første møde med en sundhedsperson kan som udgangspunkt tilbydes som en almindelig konsultation eller alternativt som eksempelvis en tele- eller videokonsultation, såfremt der er et alternativ til den digitale konsultation, hvis borgeren måtte ønske det. Digitale konsultationer er underlagt samme gældende regler, faglige normer og retningslinjer som i andre behandlingssituationer.

Undtaget fra fristen på syv kalenderdage efter udskrivning vil således være de situationer, hvor ventetiden er sundhedsfagligt begrundet eller skyldes patientens eget ønske. Sundhedsfagligt begrundet ventetid vil være tilfælde, hvor genoptræningen af hensyn til behandlingen ikke vil kunne påbegyndes umiddelbart efter udskrivningen.

Det kan f.eks. være, hvis opstart af genoptræningen vil skulle afvente, at patienten afbandageres. I disse tilfælde vil sygehuset ved udarbejdelsen

genoptræningsplanen skulle angive i planen, hvornår genoptræningen i stedet vil kunne påbegyndes. I disse tilfælde vil de syv dage derfor skulle tæles fra det sundhedsfagligt begrundede tidspunkt i stedet.

Den foreslåede ordning vil ikke gælde for genoptræning i de tilfælde, hvor borgeren efter udskrivelse fra sygehus har behov for ophold på en sundheds- og omsorgsplads i regionen jf. den foreslåede § 118 d, stk. 2. Tidsfristen for opstart af genoptræning inden for syv kalenderdage, vil således først gælde fra det tidspunkt, hvor borgeren ikke længere har ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Se mere om varetagelse af genoptræning efter udskrivning på sygehus ifm. ophold på sundheds- og omsorgspladser under bemærkningerne til § 1, nr. 6.

Den foreslåede ordning vil ikke gælde for genoptræning på specialiseret niveau, der foregår på sygehus. Denne genoptræning er allerede i dag omfattet af frit og udvidet frit sygehusvalg, jf. § 7, stk. 6, i bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus.

Kommunalbestyrelsen og regionsrådet kan, som foreslået i § 140, stk. 2, tilvejebringe tilbud om genoptræning ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser, regionsråd eller private institutioner.

[ISM ved at afklare de nærmere rammer i forhold til udbudsreglerne.]

(Til § 140, stk. 4)

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

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 140, stk. 4, at KL indgår på kommunernes vegne aftale efter stk. 3 med private leverandører om levering af genoptræning efter § 139 a. Danske Regioner indgår på regionernes vegne aftale efter stk. 3 med private leverandører om levering af genoptræning efter § 139 b.

Den foreslåede bestemmelse er en videreførelse af gældende ret og vil indebære, at samtlige kommuner og regioner vil være bundet af henholdsvis KLs og Danske Regioners aftale. Der vil således ikke være mulighed for,

at den enkelte kommune eller region vil kunne vælge at stå uden for aftalen og selv indgå aftale. Dette vil også være tilfældet i den situation, hvor en kommune eller region skulle vælge at udtræde af KL eller Danske Regioner.

Den foreslåede bestemmelse er sprogligt justeret for at afspejle, at KL kan indgå aftaler for kommunerne og Danske Regioner kan indgå aftaler for regionerne. Derudover er den foreslåede bestemmelse en videreførelse af gældende ret, hvorefter KL og nu også Danske Regioner vil være bemyndiget til at indgå aftalerne med de private leverandører af genoptræning i ordningen.

KL og Danske Regioner vil skulle indgå aftale med de leverandører, der måtte ønske det, forudsat at de lever op til de fastsatte krav til kvalitet, dokumentation, kommunikation m.v.

KL og Danske Regioner vil kunne afvise at indgå aftaler med leverandører, der ikke lever op til de fastsatte krav i ordningen. Det forudsættes, at KL og Danske Regioner ved aftaleindgåelsen med de private leverandører søger at sikre den bedst mulige dækning af de private tilbud i ordningen, under forudsætning af, at ydelserne kan leveres med den fornødne kvalitet. Den nærmere afgrænsning af ydelser, specifikke kvalitetskrav og vilkår m.v. fastsættes i aftalerne mellem KL eller Danske Regioner og de private leverandører.

[Pladsholder til afsnit om, hvordan allerede indgåede aftaler håndteres/videreføres/overtages, hvis skift af myndighedsindehaver].

[ISM ved at afklare de nærmere rammer i forhold til udbudsreglerne.]

(Til § 140, stk. 5)

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

faglige kvalifikationer og leveret genoptræning og om information om ændringer i borgerens behov. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om betingelser for borgerens valg af leverandør efter stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren kan endvidere fastsætte regler om KLS aftaleindgåelse med leverandører, herunder om brug af underleverandører og tilsyn med leverandører.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 140, stk. 5, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om borgerens mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud.

Den foreslåede videreførelse af bestemmelsen vil medføre, at det også fremover vil være en bemyndigelse for indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler om patienternes mulighed for at vælge mellem disse genoptræningstilbud.

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

Bekendtgørelsen vil skulle opdateres som følge af de foreslåede ændringer i opgaveansvaret for genoptræningsniveauerne. Bekendtgørelsen forventes fortsat at ville indeholde nærmere regler om fritvalgsordningen, herunder at patienterne også vil kunne vælge genoptræningstilbud på andre kommuners eller regioners institutioner på det til patienten angivne specialiseringsniveau.

Bestemmelsens videreførelse vil ikke medføre ændringer i, at en kommunes eller regions genoptræningsinstitution af kapacitetsmæssige årsager vil kunne afvise at modtage patienter, der har bopæl i en anden kommune eller region, hvis institutionen har væsentlig længere ventetider til genoptræning end andre kommunale eller regionale genoptræningsinstitutioner, og hvis væsentlige hensyn til patienter fra egen kommune eller region ellers vil blive tilsidesat.

Som efter gældende regler vil personer som efter udskrivning har behov for genoptræning, som ydes på et sygehus, kunne vælge mellem enhver regions sygehuse.

(Til § 140, stk. 6)

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

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 140, stk. 6, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kommunalbestyrelsens og regionsrådets forpligtelser i forhold til udmøntningen af stk. 3, herunder om kommunalbestyrelsens og regionsrådets forpligtelse til at informere borgerne om deres muligheder for frit valg og vilkårene herfor, og om kommunalbestyrelsens og regionsrådets forpligtelse til at føre tilsyn med leverandørerne, der indgår aftale efter stk. 4.

Den foreslåede bestemmelse er en videreførelse af gældende ret, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren vil være bemyndiget til at kunne udstede regler om, at henholdsvis kommunalbestyrelsen og regionsrådet hurtigt vil skulle afklare, hvor og hvornår der vil kunne gives et kommunalt eller regionalt tilbud om genoptræning.

UDKAST

Bemyndigelsen er udmøntet i bekendtgørelse nr. 918 af 22. juni 2018 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, hvori det indholdsmæssige vil blive videreført og foreslås tilpasset i forhold forslaget om, at regionsrådet fremover også vil få ansvar for at sikre frit valg til genoptræning.

Bemyndigelsesbestemmelsen forventes udmøntet i administrative regler, som vil videreføre regler i gældende bekendtgørelser, herunder om, at kommunalbestyrelsen med ansvar for almen genoptræning, vil skulle oplyse, hvilken type almen genoptræning, som kommunen har vurderet, der er behov for, herunder om det er på basalt eller avanceret niveau.

Videre forventes videreført nærmere regler om frit valg, opstartskriteriet i forhold til muligheden for frit valg, orientering til borgeren om tidspunkt for opstart og muligheden for at benytte en privat leverandør af genoptræning. Det er en forudsætning for, at borgeren kan tage stilling til, om borgeren ønsker at benytte det frie valg, at borgere oplyses om, hvilken genoptræning kommunalbestyrelsen har vurderet er nødvendig inden for almen genoptræning, og at samtlige borgere oplyses om, hvornår genoptræningen kan opstartes. Det er afgørende for borgerens mulighed for at se, hvilke leverandører borgeren kan vælge og dermed borgerens mulighed for at benytte det frie valg.

Det er endvidere en forudsætning, at borgeren tidligt modtager disse oplysninger, så borgeren har mulighed for at undersøge, om der er en privat leverandør, der kan tilbyde hurtigere opstart. Der vil derfor blive stillet krav om, at kommunen og regionen efter få dage har taget stilling til, hvilken type genoptræning inden for almen genoptræning og opstartsdato, der skal tilbydes borgeren, og har informeret borgeren herom.

Der forventes ligeledes videreført administrative regler om, at informationen fra kommunen eller regionen til borgeren skal foreligge via digital post, medmindre borgeren er undtaget fra at modtage digital post, som det følger af lov om Digital Post fra offentlige afsendere. Borgeren vil herefter kunne tage stilling til, om borgeren ønsker at benytte det kommunale eller regionale tilbud, eller om borgeren ønsker at benytte sig af muligheden for det frie valg.

Borgeren vil alene kunne vælge en leverandør, der kan levere den genoptræning, som kommunen eller regionen visiterer til på baggrund af genoptræningsplanen.

Det vil være udgangspunktet for fastsættelsen af de nærmere regler om muligheden for at vælge mellem private leverandører i ordningen, at kommunalbestyrelsen og regionsrådet kan afvise borgerens mulighed for at benytte en privat leverandør, såfremt den ønskede private leverandør har en længere ventetid på opstart end kommunalbestyrelsen eller regionsrådet har tilbudt, eller hvis den ønskede leverandør ikke har indgået aftale med KL og Danske Regioner om den pågældende type af genoptræning. Hvis den private leverandør, som borgeren ønsker at benytte, kan tilbyde opstart senest samtidig med den kommunale og regionale leverandør og har indgået aftale med KL og Danske Regioner om den pågældende type af genoptræning, er kommunalbestyrelsen og regionsrådet ikke længere forpligtet til at stille den tilbudte kommunale og regionale opstartstid til rådighed, og den tilbudte tid kan herefter tilbydes en anden borger.

Borgeren vil dog ikke miste retten til genoptræning i kommunalt eller regionalt regi, såfremt et genoptræningsforløb ved en privat leverandør i ordningen eksempelvis må afbrydes som følge af uforudsete omstændigheder m.v.

Kommunalbestyrelsen og regionsrådet vil som følge den foreslåede ordning også have en almindelig ret og pligt til at føre tilsyn med udførelsen af opgaven.

Styrelsen for Patientsikkerhed fører tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet, dvs. i forhold til alle typer af behandlingssteder i sundhedsvæsenet, jf. sundhedslovens § 213, stk. 1. Det fremgår af sundhedslovens § 213, stk. 2, at Styrelsen for Patientsikkerhed løbende gennemfører tilsyn med udvalgte behandlingssteder nævnt i § 213 c, stk. 1, ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerhed. Der er tale om et risikobaseret tilsyn. Det fremgår af sundhedslovens § 213 c, stk. 1, at sygehusenheder, klinikker, praksisser, plejecentre, plejehjem, bosteder, sundheds- eller genoptræningssteder og andre behandlingssteder, hvor sundhedspersoner udøver behandling, skal lade sig registrere hos de centrale sundhedsmyndigheder, jf. dog stk. 2 og 3. Det fremgår af sundhedslovens § 213 c, stk. 3, at Styrelsen for

Patientsikkerhed fastsætter nærmere regler om registrering efter stk. 1, herunder regler om nærmere afgrænsning af de behandlingssteder der skal lade sig registrere, undtagelser til denne registrering, og at registrering skal ske elektronisk. Denne bemyndigelse er udmøntet vedbekendtgørelse nr. 1206 af 20. november 2024 om registrering af, underretning om og tilsyn med offentlige og private behandlingssteder m.v.

Leverandører af frit valg af genoptræning vil være omfattet af Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn efter sundhedslovens § 213. Da der allerede føres tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed af Styrelsen for Patientsikkerhed, og da KL og Danske Regioner kan stille krav om dokumentation for relevante faglige kvalifikationer m.v., er der allerede en række forhold vedrørende kvalitet, som kommunerne og regionerne ikke behøver at føre tilsyn med.

Samtidig vurderes det, at der med lovforslaget kan etableres tilstrækkeligt grundlag for at sikre, at kommunerne og regionerne har et omfattende vidensgrundlag om leverandørerne og dermed allerede har en sikkerhed for, hvad leverandørerne kan og skal levere, hvilket yderligere begrænser behovet for at føre tilsyn med leverandørerne. Der vil således stadig påhvile kommunerne og regionerne et ansvar for, at opgaveløsningen sker inden for rammerne af genoptræningsplanen og med den fornødne kvalitet m.v.

Kommunalbestyrelsen og regionsrådet vil fortsat have en tilsynsforpligtelse, men der vurderes ikke at være behov for, at den enkelte kommune eller region fører regelmæssigt tilsyn med hver enkelt leverandør af genoptræningsydelser til kommunens og regionens borgere, ligesom der ikke i reglerne vil blive stillet krav om en særlig kadence for kommunalbestyrelsens og regionsrådets tilsyn.

Kommunernes og regionernes tilsyn med de private leverandører i ordningen forudsættes at omhandle, hvorvidt leverandørerne lever op til de gældende krav. Ved tilsynene kan kommunen og regionen således som udgangspunkt ikke forlange, at private leverandører skal leve op til krav, som kommunen og regionen ikke selv skal leve op til ved levering af genoptræningen, og tilsynene må ikke være uforholdsmæssigt byrdefulde for de private leverandører.

Det vil således være op til den enkelte kommune og region at beslutte, hvordan tilsynet skal tilrettelægges og hvor omfattende et tilsyn, der skal

føres. Hvis der eksempelvis stilles krav til leverandørernes dokumentation af forløb, vil kommunerne og regionen således have en viden om, hvordan opgaven udføres og vil kunne koncentrere sit tilsyn i forhold til sager, hvor der vurderes at være problemer med leverancerne.

Det er udmøntet i kapital 5 i bekendtgørelse nr. 919 af 22. juni 2018 om aftaleindgåelse i forhold til frit valg af genoptræning efter sundhedsloven. Det indholdsmæssige vil blive videreført og foreslås tilpasset i forhold forslaget om, at regionsrådet fremover også vil få ansvar for at sikre frit valg til genoptræning.

(Til § 140, stk. 7)

Ifølge § 140, stk. 6, fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren nærmere regler om patienternes mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kommunalbestyrelsens forpligtelser i forhold til udmøntningen af stk. 4, herunder om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at informere borgerne om deres muligheder for frit valg og vilkårene herfor, og om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at føre tilsyn med leverandørerne, der indgår aftale efter stk. 5.

Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om leverandørernes forpligtelser i forhold til modtagelse af borgere i ordningen, om deklaration af oplysninger til brug for borgerens frie valg og dokumentation af faglige kvalifikationer og leveret genoptræning og om information om ændringer i borgerens behov. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om betingelser for borgerens valg af leverandør efter stk. 4.

Indenrigs- og sundhedsministeren kan endvidere fastsætte regler om KLs aftaleindgåelse med leverandører, herunder om brug af underleverandører og tilsyn med leverandører.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 140, stk. 7, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om leverandørernes forpligtelser i forhold til modtagelse af borgere i ordningen, om deklaration af oplysninger til brug for borgerens frie valg og dokumentation af faglige kvalifikationer og leveret genoptræning og om information om ændringer i borgerens behov.

Bemyndigelsen er udmøntet i bekendtgørelse nr. 919 af 22. juni 2018 om aftaleindgåelse i forhold til frit valg til genoptræning efter sundhedsloven, hvori det indholdsmæssige vil blive videreført og foreslås tilpasset i forhold til forslaget om, at regionsrådet fremover også vil få ansvar for at sikre frit valg til genoptræning.

Den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse er således en videreførelse af gældende ret og forventes udmøntet i regler om, at leverandøren skal tage imod de borgere, der ønsker at benytte leverandøren, hvis betingelserne herfor i øvrigt er opfyldt. Der vil kunne videreføres regler om, at genoptræningsindsatsen skal varetages af sundhedspersoner med de fornødne faglige kompetencer, og at det skal være en autoriseret sundhedsperson, der har ansvaret for den leverede genoptræning.

Den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse forventes ligeledes at blive udmøntet i nærmere regler om, at det vil være en forudsætning for at indgå aftaler, at leverandøren som minimum lever op til de faglige krav, som typen af genoptræning forudsætter.

(Til § 140, stk. 8)

Ifølge § 140, stk. 6, fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren nærmere regler om patienternes mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kommunalbestyrelsens forpligtelser i forhold til udmøntningen af stk. 4, herunder om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at informere borgerne om deres muligheder for frit valg og vilkårene herfor, og om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at føre tilsyn med leverandørerne, der indgår aftale efter stk. 5.

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

Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om betingelser for borgerens valg af leverandør efter stk. 4.

Indenrigs- og sundhedsministeren kan endvidere fastsætte regler om KLs aftaleindgåelse med leverandører, herunder om brug af underleverandører og tilsyn med leverandører.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 140, stk. 8, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om betingelser for borgerens valg af leverandør efter stk. 3.

Den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse er en videreførelse af gældende ret, der vil blive anvendt til at fastsætte regler om, at hvis borgeren er omfattet af muligheden for at benytte sig af en privat leverandør, er det op til borgeren at afklare, hvilken af de mulige leverandører, der ønskes, og om denne kan tilbyde opstart senest samtidig med den af kommunalbestyrelsen eller regionsrådets tilbudte tid.

Bemyndigelsen er udmøntet i bekendtgørelse nr. 918 af 22. juni 2018 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, hvori det indholdsmæssige vil blive foreslået videreført tilpasset i forhold forslaget om, at regionsrådet fremover også vil få ansvar for at sikre frit valg til genoptræning.

I forhold til almen genoptræning, vil borgeren kunne vælge mellem alle de leverandører, der er godkendt til at levere den type genoptræning inden for almen genoptræning, som kommunalbestyrelsen har vurderet, at borgeren har brug for og meddelt borgeren. Borgerens frie valg vil således ikke kunne afgrænses til en bestemt kommune eller region.

Der forventes desuden fastsat regler om, at borgeren vil skulle meddele kommunen eller regionen, hvilken leverandør borgeren ønsker at benytte, og hvornår denne kan opstarte genoptræning. Det vil være en forudsætning, at leverandøren har givet et konkret og bindende tilbud om opstart, samt at opstart vil kunne ske senest samtidig med kommunalbestyrelsens eller regionsrådets tilbud om opstart af genoptræning. Hvis oplysningerne fremgår af en fælles offentlig portal, kan kommunalbestyrelsen eller regionsrådet henvise borgeren til at finde oplysningerne på denne. Det vil således være borgerens ansvar at finde og vælge en leverandør samt afklare med denne, om der kan tilbydes opstart senest samtidig med kommunalbestyrelsens eller regionsrådets tilbud om opstart. Der vil dog påhvile kommunalbestyrelsen og regionsrådet en forpligtelse til at sikre, at borgeren kan få råd og vejledning om frit valg af leverandør af genoptræning m.v.

(Til § 140, stk. 9)

UDKAST

Ifølge § 140, stk. 6, fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren nærmere regler om patienternes mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kommunalbestyrelsens forpligtelser i forhold til udmøntningen af stk. 4, herunder om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at informere borgerne om deres muligheder for frit valg og vilkårene herfor, og om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at føre tilsyn med leverandørerne, der indgår aftale efter stk. 5.

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

Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om betingelser for borgerens valg af leverandør efter stk. 4.

Indenrigs- og sundhedsministeren kan endvidere fastsætte regler om KLs aftaleindgåelse med leverandører, herunder om brug af underleverandører og tilsyn med leverandører.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 140, stk. 9, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om KLs og Danske Regioners aftaleindgåelse med leverandører, herunder om brug af underleverandører og tilsyn med leverandører.

Den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse er en videreførelse af gældende ret, som er udmøntet ved bekendtgørelse nr. 919 af 22. juni 2018 om aftaleindgåelse i forhold til frit valg af genoptræning efter sundhedsloven, hvori det indholdsmæssige vil blive videreført og foreslås tilpasset i forhold til forslaget om, at regionsrådet fremover også vil få ansvar for at sikre frit valg til genoptræning.

Det forventes, at der med hjemmel i bemyndigelsesbestemmelsen vil blive videreført regler om, at KL og Danske Regioner har mulighed for at indgå aftaler med enkeltleverandører eller som rammeaftaler med foreninger, brancheorganisationer og lignende.

I sidstnævnte tilfælde vil enkeltleverandører således have mulighed for at tilslutte sig aftalen, såfremt de lever op til de af KL og Danske Regioner fastsatte krav. Ved indgåelse af nye aftaler om ydelser, hvor der allerede er indgået aftaler, vil KL og Danske Regioner have mulighed for at tage udgangspunkt i den eller de allerede indgåede aftaler.

I forhold til takstfastsættelse vil det blive fastsat i aftaler, at KL og Danske Regioner kan tage udgangspunkt i takster, der i dag anvendes for tilsvarende ydelser. På denne måde vil takstfastsættelsen kunne minde om takstfastsættelsen i det udvidede frie sygehusvalg.

Aftalerne vil skulle definere relevante forløb eller ydelseskategorier, således at leverandører har mulighed for at indgå aftale om de forløb eller ydelseskategorier, de måtte ønske og være kompetente til. Leverandørerne vil således have mulighed for at indgå aftale om enkelte forløb eller ydelseskategorier, og der vil som udgangspunkt ikke kunne opstilles betingelser om, at leverandøren skal kunne levere flere forskellige forløb eller ydelseskategorier.

[ISM ved at afklare de nærmere rammer i forhold til udbudsreglerne.]

Den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse forventes videre udmøntet i regler om, at KL og Danske Regioner kan stille krav om, at genoptræningen skal varetages af sundhedspersoner med de fornødne faglige kompetencer i forhold til de enkelte forløb eller ydelseskategorier. Derudover kan der stilles krav om, at det skal være en autoriseret sundhedsperson, der har ansvaret for den leverede genoptræning, samt at leverandørerne både ved aftaleindgåelse og efterfølgende skal dokumentere, at der er de rette faglige kompetencer m.v. i forhold til de forløb eller underkategorier af genoptræning, de ønsker at levere.

Der vil endvidere kunne være situationer, hvor leverandørerne har brug for at benytte en underleverandør, og der forventes derfor at blive fastsat regler for, at KL og Danske Regioner kan fastsætte krav om godkendelsesprocedurer i forbindelse med underleverandører, herunder at brug af underleverandører ikke må medføre forøget ventetid for borgeren.

Der forventes endvidere at blive fastsat regler for, at private leverandører, der indgår aftale med KL og Danske Regioner, skal stille relevante oplysninger til rådighed til brug for borgerens frie valg, herunder hvilke typer

genoptræning der kan leveres eksempelvis tilgængelighed, ventetider og personalets kompetencer.

Det vurderes ikke hensigtsmæssigt at fastsætte en udtømmende liste over, hvilke oplysninger, der er relevante, og der vil derfor fastsættes regler om, at KL og Danske Regioner kan stille krav om evt. andre relevante oplysninger. Det forventes endvidere at blive fastsat, at KL og Danske Regioner kan stille krav om, at private leverandører indsender oplysningerne til en fælles, offentlig portal og løbende sørger for at opdatere oplysningerne, hvis der er ændringer, så borgeren har en let adgang til de relevante oplysninger med henblik på en vurdering af, hvorvidt borgeren ønsker at benytte sig af det frie valg.

Det vil også blive fastsat, at KL og Danske Regioner i aftalerne kan stille krav til de private leverandørers dokumentation af, at de leverede ydelser svarer til aftalen, herunder krav til kvaliteten af ydelserne samt til leverandørernes kommunikation med den relevante kommunale myndighed, herunder om status for træningen og eventuelle ændringer i modtagernes behov.

Det vil blive fastsat, at KL og Danske Regioner kan stille krav om, at leverandørerne skal oplyse KL og Danske Regioner om ændringer i forhold til leverandørens opfyldelse af aftaleforudsætningerne.

Det vil desuden blive fastsat, at KL og Danske Regioner kan fastsætte nærmere krav i aftalen om procedurer for opsigelse i forhold til leverandører, der ikke længere lever op til aftaleforudsætningerne. Det vil blive fastsat, at de private leverandører skal levere dokumentation for en række forhold vedr. kvalifikationer, service og kvalitet. De skal i øvrigt levere de oplysninger til kommune og region samt andre dele af sundhedsvæsenet, der skal til for at sikre sammenhæng i borgerens tilbud og forløb samt relevant dokumentation på linje med de krav.

Adgangen til udveksling af helbredsoplysninger m.v. følger de almindelige regler, herunder i forhold til sikker digital udveksling af oplysningerne, og der vil som udgangspunkt ikke blive fastsat særskilte regler om, hvilke krav KL og Danske Regioner i forbindelse med aftaleindgåelse kan stille hertil. Sådanne krav skal være proportionale og må ikke udgøre en uforholdsmæssig tung teknisk barriere for de private leverandørers adgang til markedet.

Det vurderes ikke at være et uforholdsmæssigt krav, at leverandørerne benytter sig af et MedCom-certificeret it-system. Reglerne om KL og Danske Regioners mulighed for at stille krav til de private leverandører vil blive fastsat under hensyntagen til private leverandørers reelle mulighed for at indgå i ordningen.

Aftalerne skal dermed sikre, at patienter med en ventetid på mere end syv dage i offentligt regi, har en reel valgmulighed i den udstrækning, der er kvalificerede leverandører, der ønsker at indgå i ordningen. Der vil blive fastsat regler om KL og Danske Regioners tilsyn med, at de private leverandører, der har indgået aftale, vedvarende og fortsat lever op til kravene i aftalen. Dette tilsyn vil kunne gennemføres som en stikprøve.

(Til § 140 stk. 10)

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

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.1.1.4 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Det foreslås i § 140, stk. 10, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om løsningen af tvister mellem KL og Danske Regioner og private leverandører af genoptræning om vilkårene for aftaler efter stk. 4.

Den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse er en videreførelse af gældende ret, dog uden at denne er konkret udmøntet administrativt.

Den foreslåede bemyndigelseshjemmel vil kunne anvendes til at fastsætte nærmere regler for at håndtere eventuelle udfordringer og tvister, der måtte opstå i forhold til aftalevilkår mellem KL og private leverandører, og Danske Regioner og private leverandører.

Hjemlen vil medføre mulighed for at indenrigs- og sundhedsministeren i en bekendtgørelse vil kunne fastsætte regler om oprettelsen af et voldgiftsnævn til at løse tvister mellem KL og Danske Regioner og de private leverandører om vilkårene for aftaler i ordningen.

Et voldgiftsnævn vil efter omstændighederne kunne indrettes på samme måde, som det voldgiftsnævn, der afgør tvister under ordningen for udvidet frit sygehusvalg, jf. sundhedslovens § 87 i. Det er udgangspunktet for lovforslaget at give mulighed for at etablere en lignende voldgiftsordning.

Bemyndigelsesbestemmelsen vil kunne udmøntes i regler om et voldgiftsnævn for fritvalgsordningen for genoptræning, der opererer efter samme principper som voldgiftsnævnet under det udvidede frie sygehusvalg. Det vil sige at nævnet oprettes i forbindelse med indbringelse af tvister med en opmand udpeget af indenrigs- og sundhedsministeren og voldgiftsmænd udpeget af henholdsvis KL, Danske Regioner og de private leverandører af genoptræning.

Til nr. 15

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

Ifølge § 263 afholder bopælskommunen udgifter til befordring i forbindelse med genoptræning efter § 140 og § 168, stk. 1.

Det foreslås, at i § 172 og § 263 ændres § 140 til §§ 139 a og 139 b.

De foreslåede ændringer er en følge af, genoptræningsindsatserne fremadrettet vil følge af sundhedslovens §§ 139 a og 139 b.

Efter de foreslåede ændringer vil kommunerne fortsat have ansvaret for at yde befordring eller befordringsgodtgørelse til genoptræningsindsatser efter §§ 139 a og 139 b samt at afholde udgifterne hertil.

Den foreslåede ændring følger den allerede eksisterende struktur i reglerne om befordring i sundhedsloven, hvorefter regionerne har ansvaret for at afholde befordringsudgifter til behandling, der foregår på sygehuset og kommunerne til behandling uden for sygehusene.

Til nr. 16

Der findes ikke i gældende lovgivning bestemmelser vedr. et nationalt styrings- og planlægningsværktøj, som sætter strategisk retning for udvikling af det samlede sundhedsvæsen. Der findes således ikke regler i gældende

lovgivning, der bemyndiger indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte forpligtende rammer for sundhedsmyndigheders, regioners og kommuners planlægning af sundhedsvæsenet.

Det foreslås i § 206 c, stk. 1, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter en national sundhedsplan, som sætter strategisk retning for udvikling af sundhedsvæsenet og national og lokal sundhedsplanlægning.

Efter Aftale om sundhedsreform 2024 skal den nationale sundhedsplan fokusere på følgende:

- Sundheden i hele landet eksempelvis bedre geografisk fordeling af ressourcerne i sundhedsvæsenet.
- Styrkelse af det almene sundhedsvæsen og omstilling af aktivitet fra sygehusene til sundhedsvæsenet tæt på borgerne.

Den nationale sundhedsplan skal dermed rammesætte den ønskede udvikling og omstilling af det samlede sundhedsvæsen, hvor sygehusene i højere grad skal vendes ud af, og det nære sundhedsvæsen styrkes.

Den nationale sundhedsplan skal udgøre en langsigtet ramme for øvrig lokal og national sundhedsplanlægning og løsning af opgaver indenfor udvalgte områder, indsatser eller målgrupper, som er særligt relevante i omstillingen af sundhedsvæsenet. Planen skal sætte fælles takt for den ønskede udvikling af sundhedsvæsenet, hvor sygehusene i højere grad skal vendes ud af, og det nære sundhedsvæsen styrkes. Hensigten er desuden at sikre en bedre balance mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen samt sikre, at ressourcerne fordeles mere lige på tværs af landet og anvendes, hvor de gør mest gavn for patienterne.

Det foreslås, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter den nationale sundhedsplan. Bemyndigelsen indebærer, at ministeren kan træffe beslutning om indholdet i den nationale sundhedsplan uden, at det forudsætter forudgående forhandling med regioner og kommuner. Som følge af planens formål som fælles strategisk ramme for sundhedsplanlægning på nationalt og lokalt niveau, vil der være tæt involvering af regioner og kommuner i udarbejdelsen af planen.

Det foreslås desuden, at den nationale sundhedsplan skal stå på et fagligt grundlag, som udarbejdes af Sundhedsstyrelsen.

Det foreslås yderligere, at den nationale sundhedsplan skal have et sigte på 8-10 år med en fast opdatering hvert fjerde år, jf. Aftale om sundhedsreform 2024. Det skal muliggøre langsigtet planlægning af sundhedsvæsenets udvikling og omstilling. Det foreslås, at planen opdateres hvert fjerde år, hvor indenrigs- og sundhedsministeren med tæt inddragelse af regioner og kommuner fastlægger den reviderede plan.

Med udgangspunkt i behovet for en fælles strategisk ramme for udvikling af sundhedsvæsenet foreslås det med § 206 c, stk.2, at sundhedsmyndigheders, regioners og kommuners planlægning af sundhedsvæsenet skal være i overensstemmelse med den nationale sundhedsplan. Heri ligger også, at den nationale sundhedsplan foreslås at være en strategisk ramme for det samlede sundhedsvæsen, da omstillingen kræver forandringer både på det almene og specialiserede niveau.

Det foreslås, at følgende nationale og lokale planlægningsværktøjer, som alle spiller en rolle i omstillingen af sundhedsvæsenet, forpligtes på overensstemmelse med den nationale sundhedsplan:

Omfattede nationale værktøjer:

- National strategi for digitalisering og data
- Specialeplan
- Fordelingsmodel for lægekapaciteter
- Opgavebeskrivelse for det almenmedicinske tilbud
- Kvalitetsstandarder
- Dimensioneringsplaner for speciallægeuddannelsen
- Retningslinjer for praktiserende speciallægehjælp

Omfattede lokale værktøjer:

- Regionale planer for regionens tilrettelæggelse af regionens virksomhed på sundhedsområdet (regionale sundhedsplaner)
- Nærsundhedsplaner
- Kommunale sundhedspolitikker og strategier

For nogle af værktøjerne gælder, at de udvikles som led i implementeringen af Aftale om sundhedsreform 2024, herunder National strategi for digitalisering og data, fordelingsmodel for lægekapaciteter, opgavebeskrivelse for det almenmedicinske tilbud, retningslinjer for praktiserende speciallægehjælp og nærsundhedsplaner. Heraf vil nogle være udarbejdet i en første

version, inden den nationale sundhedsplan får virkning fra 1. januar 2027. For andre af de eksisterende værktøjer gælder, at deres revision ligeledes foretages, før den nationale sundhedsplan får virkning 1. januar 2027. Det foreslås, at de pågældende planlægningsværktøjer ved næste planlagte revision forpligtes at følge den nationale sundhedsplan. For nærsundhedsplanerne er det væsentligt, at de i deres første version, som, jf. pkt. 3.5.3.2 i de almindelige bemærkninger, forventes endeligt vedtaget den 1. april 2027, følger retningen i den nationale sundhedsplan. Aftalen om den nationale sundhedsplan mellem regeringen, kommuner og regioner forventes, jf. Aftale om sundhedsreform 2024, at foreligge i foråret 2026, hvilket giver sundhedsrådene mulighed for at kende indholdet i den nationale sundhedsplan fra dette tidspunkt.

Det foreslås, at forpligtelsen til at følge den nationale sundhedsplan gør sig gældende ved, at den ansvarlige myndighed skal sikre, at det pågældende planlægningsværktøj stemmer overens med den retning, som udstikkes af den nationale sundhedsplan. Konkret foreslås det, at den nationale sundhedsplan beskriver en ønsket udvikling i de omfattede planlægningsværktøjer i forbindelse med kommende udarbejdelse og revisioner.

Som eksempel kan den nationale sundhedsplan beskrive en ønsket udvikling i de regionale sundhedsplaner, som rammesætter regionernes planlægning af den tværgående fordeling af kapacitet mellem de kommende sundhedsråd for at understøtte adgang til ensartet kvalitet på tværs, tværgående planlægning af omlægning af sygehusaktivitet, beredskab samt forsyning af funktioner, der kun leveres fra et eller få sygehuse. Andre eksempler kan være planlægning og omstillingsinitiativer på områder, som ikke hensigtsmæssigt kan ligge i alle sundhedsråd, herunder bl.a. akutberedskabet og den øvrige præhospital indsats, foreslås også at indgå i de regionale sundhedsplaner på baggrund af den retning, som udstikkes af den nationale sundhedsplan.

For nærsundhedsplanerne vil den nationale sundhedsplan som eksempel kunne beskrive den ønskede udvikling i planlægningen af de nære sundhedsopgaver, som skal indgå heri, herunder planlægning af hhv. udviklingen af almenmedicinske tilbud, nære regionale sundhedsindsatser, regionernes understøttelse og samspil med kommunale sundhedsindsatser samt initiativer med fokus på at vende sygehusene udad.

For kvalitetsstandarderne, som adskiller sig fra de øvrige værktøjer ved ikke at være et planlægningsværktøj, kan den nationale sundhedsplan som eksempel beskrive et overordnet fokus i den fremadrettede udvikling i kvalitetskrav og anbefalinger målrettet kommunale sundhedstilbud.

For de kommunale sundhedspolitikker, som kommunerne ikke er forpligtede på at udarbejde, vil den nationale sundhedsplan som eksempel kunne adressere en ønsket udvikling i indholdet i politikkerne i de tilfælde, at de findes.

Som et væsentligt greb i omstillingen foreslås det, at den nationale sundhedsplan skal sætte retning for brugen af digitale værktøjer og udgøre en strategisk ramme for den nationale strategi for digitalisering og data, som skal sætte fælles mål og retning for digitalisering og data i sundhedsvæsenet, jf. Aftale om sundhedsreform 2024.

Det foreslås, at den nationale sundhedsplan beskriver en konkret retning for fremadrettet udvikling og opdatering af de omfattede planlægnings-værktøjer, jf. beskrivelsen ovenfor.

Det foreslås, at der på nationalt plan i samarbejde med regioner og kommuner følges op på den retning, som angives i den nationale sundhedsplan. Opfølgningen vil ske via relevante indikatorer for målopfyldelse.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.5 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

(Til § 206 d)

De tidligere sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsaftaler i deres hidtidige form ophæves med L 214 om Regional forvaltningsmodel med sundhedsråd, afskaffelse af kontaktudvalg, sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler i deres nuværende form, praksisplaner, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet og nærhedsfinansiering samt konsekvensændringer i flere love som følge af sammenlægningen af Region Hovedstaden og Region Sjælland m.v., som er fremsat den 24. april 2025 med ikrafttrædelse den 1. januar 2026.

Der findes herefter ikke bestemmelser i gældende lovgivning, som regulerer fælles planlægning af sundhedsindsatsen mellem regioner og kommuner.

Med ovennævnte lovforslag etableres 17 nye sundhedsråd med virkning fra 1. januar 2027.

Det foreslås i § 206 d, stk. 1, at regionsrådet får ansvar for, at hvert sundhedsråd for eget geografiske område udarbejder en nærsundhedsplan, der konkret beskriver omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen, herunder sygehusenes understøttelse af behandling tæt på borgerne.

Omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen forstås som en udvikling af sundhedsvæsenet, hvor opgaveløsning og sundhedstilbud i højere grad udøves i eller tæt på borgerens eget hjem. Heri ligger også, at det primære sundhedsvæsen skal styrkes, herunder det almenmedicinske tilbud. Samtidig indebærer omstillingen, at sygehusene skal omlægge aktivitet i takt med, at de nære sundhedstilbud styrkes og kapaciteten i det primære sundhedsvæsen øges. Det betyder også, at sygehusene i stigende grad skal understøtte det primære sundhedsvæsen og de nære sundhedstilbud med f.eks. rådgivning og udkørende funktioner. Omstillingen kan også indebære en omlægning af ambulant sygehusaktivitet til indsatser i eller tættere på borgerens eget hjem.

Omstillingen forstås også som en mere sammenhængende opgaveløsning på tværs af sygehuse, kommuner og praksissektoren, hvor der bliver taget et mere samlet ansvar for patientforløbet. Endelig indebærer omstilling, at der gøres brug af digitale løsninger, som muliggør, at man kan gå fra at levere ydelser på sundhedsvæsenets fysiske matrikler til i højere grad at levere ydelser, som helt eller delvist møder patienterne, hvor de er, med samme høje kvalitet uafhængig af geografi.

Som led i at beskrive omstilling og udbygning af det nære og sygehusenes understøttelse af behandling tæt på borgerne foreslås det, at der i nærsundhedsplanen indgår planlægning af udviklingen af almen-medicinske tilbud, nære regionale sundhedsindsatser, understøttelse af kommunale sundhedsindsatser samt initiativer med fokus på at vende sygehusene udad. Det foreslås, at indholdet i nærsundhedsplanen følger den strategiske retning for udvikling af sundhedsvæsenet, som beskrives i den nationale sundhedsplan.

Den foreslåede § 206 d skal ses i sammenhæng med L 214 om 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

UDKAST

sammenlægningen af Region Hovedstaden og Region Sjælland m.v., som er fremsat den 24. april 2025.

Heraf følger, at sundhedsrådene har det umiddelbare forvaltningsmæssige ansvar for alle regionens sundhedsopgaver inden for et afgrænset geografisk område. Sundhedsrådene kan dermed på vegne af regionsrådet behandle og træffe beslutninger om alle sædvanlige, løbende sager på sundhedsområdet, social- og specialundervisningsområdet inden for det afgrænsede geografiske område og inden for rammer, som regionsrådet har fastlagt. 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 umiddelbar forvaltning.

Heraf følger, at arbejds- og ansvarsdelingen mellem regionsråd, forretningsudvalg og sundhedsråd vil være følgende:

- Regionsrådet og forretningsudvalget har ansvaret for den samlede og tværgående planlægning på sundhedsområdet. Det vil sige planlægning af sygehusopgaver, inkl. planlægning af specialiserede sygehusfunktioner inden for rammerne af national regulering, samt ressourcefordeling af økonomi og personale.
- Sundhedsrådene får det umiddelbare forvaltningsmæssige ansvar for drift og udvikling af de regionale sundhedsopgaver i et afgrænset geografisk område. Det vil sige umiddelbart ansvar for sygehuse, almenmedicinske tilbud, hjemmebehandlingsteams, sundheds- og omsorgspladser mv. Sundhedsrådene får også det umiddelbare ansvar for regionens opgaver på socialområdet og inden for specialundervisning.

Et sundhedsråd vil forventeligt skulle træffe beslutning om f.eks. lokale planer for omlægning af ambulant sygehusaktivitet til indsatser i eller tættere på borgerens eget hjem, som udmønter den regionale sundhedsplanlægning. Et andet sagseksempel kunne være etablering af udgående eller rådgivende funktioner fra sygehuse til understøttelse af det nære sundhedsvæsen. Det kan f.eks. være konkrete rammer for almenmedicinsk lægedækning på plejehjem og botilbud og understøttelse af de kommunale sundhedsindsatser.

I kraft af deres umiddelbare forvaltningsansvar vil sundhedsrådene have ansvaret for forberedelsen af de sager, der vil skulle forelægges regionsrådet som den ansvarlige myndighed.

Nærværende lovforslag gennemfører desuden, at sundhedsrådene får som en central opgave at udmønte midler til en udbygning af det nære sundhedsvæsen.

Det foreslås i § 206 d, stk. 2, at nærsundhedsplanen skal tage afsæt i den nationale sundhedsplan. Jf. den foreslåede § 206 c vil forpligtelsen til at følge den nationale sundhedsplan gøre sig gældende ved, at regionsrådet som ansvarlig myndighed skal sikre, at nærsundhedsplanen stemmer overens med den retning og udvikling, som udstikkes af den nationale sundhedsplan. I § 206 d, stk. 2 foreslås det desuden, at nærsundhedsplanen skal være i overensstemmelse med den regionale sundhedsplan, som jf. den eksisterende § 206, stk. 1, udgør en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet. Heri ligger, at nærsundhedsplanen skal ses i sammenhæng med og udarbejdes indenfor de rammer, den regionale sundhedsplan sætter for den tværgående fordeling af kapacitet mellem sundhedsrådene, tværgående planlægning af omlægning af sygehusaktivitet, beredskab, den præhospitale indsats samt forsyning af funktioner, der kun leveres fra et eller få sygehuse mv. Nærsundhedsplanens orientering mod den regionale sundhedsplan skal understøtte adgang til ensartet kvalitet på tværs af sundhedsrådene i regionen. Regionsrådet skal som ansvarlig myndighed sikre, at de nærsundhedsplaner, som udarbejdes for hvert sundhedsråd i den pågældende region, er i overensstemmelse med den regionale sundhedsplan.

Det foreslås i § 206 d, stk. 3, at regionsrådet som ansvarlig myndighed forud for vedtagelse af nærsundhedsplanen skal indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning. I praksis forventes det at være sundhedsrådet, som indsender nærsundhedsplanen til Sundhedsstyrelsen i kraft af sundhedsrådets opgave med at udarbejde planen.

Det foreslås i § 206 d, stk. 4, at regionsrådet indsender planen og senere ændringer heri til Sundhedsstyrelsen.

Det er således ikke forventningen, at nærsundhedsplanerne skal godkendes på nationalt niveau, men forpligtelsen på at indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning skal understøtte, at nærsundhedsplanerne følger den strategiske retning for udvikling af sundhedsvæsenet, som udstikkes i den nationale sundhedsplan, samt er i overensstemmelse med den regionale sundhedsplan.

I kraft af Sundhedsstyrelsens eksisterende rådgivningsrolle i forhold til de regionale sundhedsplaner, skal Sundhedsstyrelsen bidrage til at sikre, at de nedenfor skitserede formål med henholdsvis den nationale sundhedsplan, de regionale sundhedsplaner og nærsundhedsplaner afspejler sig i planernes indhold:

UDKAST

- National sundhedsplan: sætter strategisk retning for udvikling af sundhedsvæsenet og national og lokal sundhedsplanlægning. Herunder udvikling i sundhedsmyndigheders, regioners og kommuners planlægning af sundhedsvæsenet.
- Regionale sundhedsplaner: har fokus på den tværgående fordeling af kapacitet mellem sundhedsrådene for at understøtte adgang til ensartet kvalitet på tværs, tværgående planlægning af omlægning af sygehusaktivitet, beredskab, den præhospitale indsats samt forsyning af funktioner, der kun leveres fra et eller få sygehuse. Det vil bl.a. ske gennem planlægning af sygehusfunktioner (somatik og psykiatri), tværgående enheder på regionsniveau (f.eks. kvalitetsopfølgning) samt kapacitetssamarbejde ml. sygehuse (partnerskaber mv.).
- Nærsundhedsplaner: Har fokus på omstilling og planlægning af de nære sundhedsopgaver. Det gælder således planlægning af hhv. udviklingen af almenmedicinske tilbud, nære regionale sundhedsindsatser, understøttelse af kommunale sundhedsindsatser samt initiativer med fokus på at vende sygehusene udad.

Sundhedsstyrelsen udarbejder desuden en vejledning til brug for sundhedsrådenes udarbejdelse af nærsundhedsplanerne.

Det forslås i § 206 d, stk. 5, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om indhold af og rammer for nærsundhedsplanen efter stk. 1, herunder kadence og løbende opdatering af nærsundhedsplanen. Forventningen i forhold til kadencen for nærsundhedsplanerne er, at planerne opdateres hvert fjerde år som led i en ny valgperiode og i sammenhæng med opdateringen af den nationale sundhedsplan hvert fjerde år. Dertil kan ministeren fastlægge nærmere regler for de tilfælde, hvor nærsundhedsplanen skal opdateres udenfor den fastlagte kadence. Dette kan eksempelvis vedrøre ændringer i sundhedsrådets opgavevaretagelse, der er af et omfang, som ikke kan gennemføres uden en forudgående opdatering af nærsundhedsplanen. Ministeren forventes desuden at fastlægge rammer vedrørende nærsundhedsplanernes indhold, som afspejler de formål, der er angivet i Aftale om sundhedsreform 2024. I bekendtgørelsen kan ministeren desuden tydeliggøre nærsundhedsplanernes rolle i den samlede sundhedsplanlægning, herunder samspil mellem nærsundhedsplanerne og de øvrige planlægningsværktøjer på nationalt og lokalt niveau.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.5 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 17

Sundhedslovens Kapitel 77 indeholder bestemmelser om finansieringen af de kommunale sundhedsordninger. Den gældende overskrift til sundhedslovens kapitel 77 er affattet med ordlyden Kommunale sundhedsydelser.

Det foreslås, at *Overskriften* til Kapitel 77 affattes således:

Kapitel 77

Regionale og kommunale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen.

Forslaget er en konsekvens af den foreslåede § 1 nr. 3, hvorefter det bliver muligt at afholde udgifter til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud for kommunalbestyrelsen og til patientrettede forebyggelsestilbud for regionsrådet. Som følge af denne ændring skal overskriften på *Kapitel 77* afspejle, at der ikke længere er tale om udgifter alene målrettet kommunale sundhedsydelser.

Til nr. 18

Den gældende overskrift før § 247 i sundhedsloven er affattet med ordlyden Forebyggende sundhedsordninger.

Det foreslås, at *overskriften* før § 247 ophæves.

Forslaget skal ses i sammenhæng med lovforslagets § 1, nr. 19, hvor der indsættes en ny § 246 a og, at der samtidig indsættes en overskrift med ordlyden Statsligt tilskud til regionerne.

Forslaget skal også ses i sammenhæng med lovforslagets § 1, nr. 18, hvor det foreslås, at der indsættes en § 246 b og, at der samtidig indsættes en overskrift med ordlyden Forebyggende sundhedsordninger.

Til nr. 19

(Til § 246 a)

Der er ikke i gældende lovgivning hjemmel til, at der kan gives øremærket statsligt tilskud til regionerne målrettet til kommunale indsatser, herunder at der kan fastsættes regler om revision, fordeling, udbetaling og tilbagebetaling m.v. i forbindelse med tilskuddet.

Det foreslås, at der indsættes en ny § 246 a i sundhedslovens kapitel 77.

Det foreslås i § 246 a, stk. 1, at staten yder et tilskud til regionerne, som er øremærket til aftaler om økonomiske tilsagn til varetagelse af kommunale sundhedsopgaver i medfør af § 118 c, stk. 1-4. Tilskuddets størrelse fastsættes årligt af finansministeren med tilslutning fra Folketingets Finansudvalg.

Bestemmelsen vil medføre, at den økonomiske ramme målrettet kommunale indsatser udmøntes gennem regionerne med gennemslag på regionernes driftsloft for sundhedsudgifter.

Det vil følge heraf, at videre udmøntning af økonomiske tilsagn, jf. den foreslåede § 118 c, stk. 1-4, udmøntes fra regionsrådene til kommuner som direkte tilskud, og dermed udgør en bruttoindtægt i kommunernes servicerramme.

Det foreslås i § 246 a, stk. 2, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om vilkår for fordeling, udbetaling og tilbagebetaling m.v. af det statslige tilskud til [nær sundhed] efter § xx.

Bestemmelsen vil medføre, at indenrigs- og sundhedsministeren ved bekendtgørelse fastsætter regler om at kunne kræve tilbageførsel af en uforbrugt del af tilskuddet til [nær sundhed] i den enkelte region, der i omfang svarer til, hvor stor en del af de afsatte minimumsrammer til sundhedsrådene, som den enkelte region har modtaget, modregnet det niveau som regionen faktisk i tilskudsåret har indgået aftaler med kommunerne om, og som dermed ikke er udmøntet i aftaler med kommunalbestyrelser, jf. § 118 c, stk. 1-4.

Dette skal understøtte, at såvel regionsråd og kommunalbestyrelser møder tilskyndelse til at indgå aftaler. Bestemmelsen påvirker ikke det regionale udgiftsloft for tilskudsåret og har alene likviditetsmæssigt gennemslag. Bestemmelsen vil i øvrigt medføre, at indenrigs- og sundhedsministeren gennem bekendtgørelse fastsætter minimumsrammer for hvert sundhedsråd, som det enkelte regionsråd er forpligtet til at reservere til aftale med de lokale kommunalbestyrelser. Det forudsættes, at ministeren i bekendtgørelsen vil fastsætte minimumsrammerne med udgangspunkt i en model, der tager højde for forskelle i patienttyngde og demografisk sammensætning sundhedsrådene imellem. Det forudsættes, at indenrigs- og sundhedsministeren

vil til brug hertil bl.a. tage udgangspunkt i den nationale fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud.

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

Det foreslås i § 246 a, stk. 3, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om revision af statsligt tilskud til regionerne målrettet det kommunale sundhedsvæsen, jf. § 118 c, stk. 1 og 2.

Bestemmelsen vil medføre, at indenrigs- og sundhedsministeren vil fastsætte regler om revision af det statslige tilskud til regionerne målrettet det kommunale sundhedsvæsen. Disse regler vil blive fastsat ved bekendtgørelse.

Det forudsættes, at ministeren vil udstede bekendtgørelse om, at regionerne skal godtgøre, hvor store økonomiske delrammer der er blevet reserveret til de enkelte sundhedsråd, samt hvor store økonomiske tilsagn hvert sundhedsråd i de enkelte regioner har ydet til kommunerne gennem aftaler. Det forudsættes endvidere, at der fastsættes nærmere regler om, at sundhedsrådenes midler til kommunale indsatser vil skulle registreres særskilt i regionernes regnskaber, således at niveauet for den uforbrugte del af rammen vil kunne opgøres i forbindelse med regnskabsoverholdelse.

(Til § 246 b)

Det foreslås, at bopælsregionen afholder udgifter til sundheds- og omsorgspladser efter § 118 d.

(Til § 246 c)

Der findes i dag ikke en bestemmelse i gældende lovgivning om afholdelse af udgifter til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne samt udgifter for de patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmende indsatser efter § 119. Der findes således i dag etablerede tilbud for forebyggende og sundhedsfremmende tilbud, under kommunalbestyrelsens ansvar efter den nuværende lovgivning, men hvor der ikke er tilknyttet en finansieringsbestemmelse i sundhedsloven.

Det foreslås, at der efter § 246 i Kapitel 77 efter overskriften før § 247 indsættes § 246 c, hvorefter bopælskommunen afholder udgifter til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne efter § 119, stk. 2.

UDKAST

Det foreslås videre i § 246 c, stk. 2, at bopælsregionen afholder udgifter til patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser efter § 119, stk. 3.

Forslaget vil medføre, at det bliver muligt at afholde udgifter til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud for hhv. kommunalbestyrelsen og regionsbestyrelsen, samt at det bliver muligt at henvføre finansieringsansvaret til hhv. bopælskommunen og bopælsregionen.

Der er med forslaget tale om en præcisering af, at afholdelse af udgifter målrettet de forskellige forebyggelsestilbud følger myndigheds- og driftsansvaret i og med, at ansvaret for den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse med den foreslåede ordning fordeles mellem det kommunale og regionale.

Forslaget vil medføre, at det bliver muligt at afholde udgifter til borgerrettet forebyggelsestilbud for kommunalbestyrelsen, samt at det bliver muligt at henvføre finansieringsansvaret til bopælskommunen. Forslaget vil endvidere medføre, at det bliver muligt at afholde udgifter til patientrettede forebyggelsestilbud for regionsrådet, samt at det bliver muligt at henvføre finansieringsansvaret til bopælsregionen. Der findes efter gældende lovgivning diverse patientrettede forebyggelsestilbud, som er underlagt myndigheds- og driftsansvar hos kommunalbestyrelsen. Der er med forslaget tale om en præcisering af at udgifter målrettet patientrettede forebyggelsestilbud følger myndigheds- og driftsansvaret, som ved den foreslåede ordning overgår til det regionale myndighedsniveau.

Til nr. 20

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

Det foreslås, at der i § 250 efter udgifter til indsættes almene kommunale.

Den foreslåede ændring er en konsekvens af, at kommunalbestyrelsen får finansieringsansvar for almen kommunal sygepleje efter § 138. Finansieringsansvaret og myndighedsansvaret vil således være samlet hos opholdskommunen. Den foreslåede ændring vil tydeliggøre, at kommunalbestyrelsen skal afholde udgifter til almene sygeplejeindsatser. Det vil betyde, at kommunalbestyrelsen fremover vil have finansieringsansvaret i forbindelse

UDKAST

med tildeling af almen kommunal sygepleje for borgere, der henvises til sygeplejefaglige indsatser, som udføres under det kommunale myndighedsansvar.

For så vidt angår myndighedsansvaret for almen kommunal sygepleje se bemærkningerne til § 1, nr. 9.

Til nr. 21

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

Det foreslås, at der i § 250 indsættes et *stk.* 2 om, at bopælsregionen afholder udgifter til akutsygeplejeydelser efter § 138 a.

Den foreslåede indsættelse vil tydeliggøre, at regionsrådet skal afholde udgifter til de akutte sygeplejeindsatser. Det vil betyde, at regionsrådet fremover vil have finansieringsansvaret i forbindelse med tildeling af akut sygepleje for borgere, der henvises til sygeplejefaglige indsatser, som udføres under det regionale myndighedsansvar.

Det foreslås endvidere, at der i § 250 indsættes et *stk.* 3 om, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om bopælsregionens betaling til opholdsregionen efter stk. 2.

Den foreslåede ændring er en konsekvens af, at regionsrådet får finansieringsansvaret for akutsygepleje efter § 138 a. Myndighedsansvaret og finansieringsansvaret vil således være opdelt mellem opholdsregionen og bopælsregionen i forhold til de akutte sygeplejeindsatser. Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at det bliver muligt for regionsrådet at afholde udgifter til akutsygeplejeindsatser. Det vil betyde, at opholdsregionen vil være ansvarlig for at yde vederlagsfri akutsygepleje til personer med ophold i regionen, mens bopælsregionen fremover vil have finansieringsansvaret i forbindelse med tildeling af akutsygepleje for borgere, der henvises til sygeplejefaglige indsatser, som udføres under det regionale myndighedsansvar. Bopælsregionens finansieringsansvar skal ses i lyset af den generelle finansiering af regionerne, jf. lov om regionernes finansiering, som tager udgangspunkt i befolkningens bopæl. Med den foreslåede ændring indsættes der en bestemmelse, der vil give indenrigs- og sundhedsministeren bemyn-

digelse til at fastsætte regler om bopælsregionens betaling til opholdsregionen efter stk. 2 i de tilfælde, hvor opholdsregionen og bopælsregionen er forskellige.

For så vidt angår myndighedsansvaret for regional akutsygepleje se bemærkningerne til § 1, nr. 11.

Til nr. 22

Efter § 251, stk. 1 afholder bopælskommunen udgifter til genoptræningsydelser efter § 140.

Det foreslås, at i § 251, stk. 1. ændres »§ 140« til: »§ 139 a«.

Den foreslåede ændring er en konsekvens af, at kommunalbestyrelsen får finansieringsansvar for genoptræning efter § 139 a.

Til nr. 23

Efter § 251, stk. 2 er indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiget til at fastsætte regler om bopælskommunens betaling efter stk. 1, og har på den baggrund udstedt bekendtgørelse nr. 1113 af 18. oktober 2024 om betalinger for færdigbehandlede patienter, indlagte på hospice og genoptræning på specialiseret niveau.

Det foreslås at, § 251, stk. 2 affattes på ny, og at bopælsregionen afholder udgifter til genoptræningsydelser efter § 139 b.

Den foreslåede ændring er en konsekvens af, at regionsrådet får finansieringsansvar for genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau efter § 139 b.

Finansierings- og myndighedsansvaret vil således være samlet hos den myndighed med ansvar for de enkelte genoptræningsindsatser. Med samling af myndigheds- og finansieringsansvaret for genoptræning på specialiseret niveau vil der ikke være behov regler om bopælskommunes betaling for den udførte genoptræning på specialiserede niveau på sygehusene. Bekendtgørelse nr. 1113 af 18. oktober 2024 vil således skulle justeres, idet at med den foreslåede ordning vil kommunerne ikke længere skulle finansiere genoptræning på specialiseret niveau.

Til § 2

Til nr. 1

Det fremgår af vandforsyningslovens § 13 b, stk. 4, at regionsrådet skal indkalde til mægling efter anmodning, når de berørte kommunalbestyrelser ikke kan nå til enighed om udformningen af en indsatsplan. Det fremgår af § 13 b, stk. 5, at regionsrådet skal forelægge sagen for miljøministeren, som træffer endelig afgørelse, ved fortsat uenighed om indsatsplanens udformning blandt de berørte kommunalbestyrelser.

Det foreslås, at § 13 b, stk. 4, og § 13 b, stk. 5, ophæves og der indsættes et nyt § 13 b, stk. 4, hvorefter kommunalbestyrelsen forelægger sager om udformning af indsatsplaner for miljøministeren, ved uenighed mellem de berørte kommuner. Miljøministeren træffer endelig afgørelse om indsatsplanens udformning.

Forslaget vil indebære, at det er kommunalbestyrelsen, der fremover har adgang til at indbringe sager, hvor der ikke kan opnås enighed mellem de berørte kommuner for miljøministeren i stedet for regionsrådet.

Ændringen forventes ikke, at medføre ændringer i adgangen til at forelægge sager for miljøministeren.

Til nr. 2

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

Det foreslås at »en landvæsensret, et amtsråd eller« udgår.

Forslaget vil indebære, at miljøministeren vil kunne bestemme, at kommunalbestyrelsen skal føre register over indvindingstilladelser.

Den foreslåede ændring er en konsekvens af nedlæggelsen af landvæsensretter og amtsråd.

Til § 3

UDKAST

Til nr. 1

Efter gældende § 34 a, stk. 2, i lov om institutioner for erhvervsrettet uddannelse, at regionsrådet med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi efter ansøgning fra en selvejende institution kan yde formåls- og tidsbestemte udviklingstilskud, herunder anlægstilskud til bl.a. efteruddannelse, information, udvikling af fag, valgfag og mere specialiserede studieretninger til de ungdomsuddannelser, der er nævnt i lovens § 34 a, stk. 5, bortset fra ungdomsuddannelser, som finder sted på private hf-kurser og private gymnasieskoler, samt tilskud til udvikling af en institution i et landdistrikt eller udkantsområde. På Bornholm varetages regionsrådet opgave dog af kommunalbestyrelsen. De i lovens § 34 a, stk. 5, nævnte ungdomsuddannelser er uddannelsen til almen studentereksamen, uddannelsen til hf-eksamen, uddannelsen til merkantil studentereksamen, uddannelsen til teknisk studentereksamen og grundforløbene til erhvervsuddannelserne.

Det foreslås, at i § 34 a, stk. 2, 1. pkt., i lov om institutioner for erhvervsrettet uddannelse at ændre »Med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi kan regionsrådet« til: »Regionsrådet kan«.

Den foreslåede ændring er en følge af den foreslåede § 8 om ændring af lov om erhvervsfremme, hvorefter de regionale udviklingsstrategier bortfalder, hvorfor der ikke længere kan ydes tilskud med henblik på at understøtte disse.

Med det foreslåede kan regionsrådet fortsat efter ansøgning fra en selvejende institution bortset fra private hf-kurser og private gymnasieskoler yde formåls- og tidsbestemte udviklingstilskud, herunder anlægstilskud, til de samme formål som hidtil.

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

Til § 4

Til nr. 1

Efter gældende § 10 a, stk. 3, i lov om institutioner for almengymnasiale uddannelser og almen voksenuddannelse m.v., at regionsrådet med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi efter ansøgning fra en godkendt institution, jf. lovens § 1, stk. 1, kan yde formåls- og tidsbestemte udviklingstilskud, herunder anlægstilskud til bl.a. efteruddannelse, information, udvikling af fag, valgfag og mere specialiserede studieretninger til de

ungdomsuddannelser, der er nævnt i lovens § 13, stk. 2, og til almen voksenuddannelse, forberedende voksenundervisning og ordblindeundervisning for voksne samt tilskud til udvikling af en institution i et landdistrikt eller udkantsområde. På Bornholm varetages regionsrådet opgave dog af kommunalbestyrelsen. De i lovens § 13, stk. 2, nævnte ungdomsuddannelser er uddannelsen til almen studentereksamen, uddannelsen til hf-eksamen, uddannelsen til merkantil studentereksamen, uddannelsen til teknisk studentereksamen og grundforløbene til erhvervsuddannelserne.

Det foreslås, at i § 10 a, stk. 3, 1. pkt., i lov om institutioner for almengymnasiale uddannelser og almen voksenuddannelse m.v. at ændre »Med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi kan regionsrådet« til: »Regionsrådet kan«.

Den foreslåede ændring er en følge af den foreslåede § 8 om ændring af lov om erhvervsfremme, hvorefter de regionale udviklingsstrategier bortfalder, hvorfor der ikke længere kan ydes tilskud med henblik på at understøtte disse.

Med det foreslåede kan regionsrådet fortsat efter ansøgning fra en godkendt institution, jf. § 1, stk. 1, i lov om institutioner for almengymnasiale uddannelser og almen voksenuddannelse m.v., yde formåls- og tidsbestemte udviklingstilskud, herunder anlægstilskud, til de samme formål som hidtil.

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

Til § 5

Til nr. 1

Efter gældende § 31, stk. 2, i lov om institutioner for forberedende grunduddannelse, at regionsrådet med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi efter ansøgning fra en institution for forberedende grunduddannelse beliggende i regionen kan yde formåls- og tidsbestemte udviklingstilskud, herunder anlægstilskud. Tilskud kan bl.a. ydes til efteruddannelse, information, udvikling af fag og valgfag, værkstedsfaciliteter og andre faciliteter, ordblindeundervisning og anden specialpædagogisk bistand, sommerferieaktivitet, ekskursioner, sundheds- og ernæringstiltag og tilskud til udvikling af en institution i et landdistrikt eller udkantsområde. På Bornholm varetages regionsrådet opgave dog af kommunalbestyrelsen.

UDKAST

Det foreslås, at i § 31, stk. 2, i lov om institutioner for forberedende grunduddannelse at ændre »Med henblik på at understøtte regionens udviklingsstrategi kan regionsrådet« til: »Regionsrådet kan«.

Den foreslåede ændring er en følge af den foreslåede § 8 om ændring af lov om erhvervsfremme, hvorefter de regionale udviklingsstrategier bortfalder, hvorfor der ikke længere kan ydes tilskud med henblik på at understøtte disse.

Med det foreslåede kan regionsrådet fortsat efter ansøgning fra en institution for forberedende grunduddannelse beliggende i regionen yde formåls- og tidsbestemte udviklingstilskud, herunder anlægstilskud, til de samme formål som hidtil.

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

Til § 6

Til nr. 1

Det fremgår af § 22 a, stk. 2, i lov om planlægning, at regionsråd og kommunalbestyrelser på eget initiativ over for ministeren for byer og landdistrikter kan fremsætte forslag til landsplanlægningen.

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til pkt. 3.6.4.1 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Der foreslås en ændring af § 22 a, stk. 2, hvorefter »Regionsråd og kommunalbestyrelser« ændres til »Kommunalbestyrelser«.

Det vil herefter følge af § 22 a, stk. 2, at kommunalbestyrelser på eget initiativ over for ministeren for byer og landdistrikter kan fremsætte forslag til landsplanlægningen.

Den foreslåede ændring vil medføre, at regionsrådene ikke længere vil være omfattet af den i § 22 a, stk. 2, omtalte adgang til over for ministeren for byer og landdistrikter at fremsætte forslag til landsplanlægning.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.6.4.2 og 3.6.4.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til § 7

UDKAST

Til nr. 1

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

Det foreslås, at § 9, stk. 1, nr. 6, ophæves.

Forslaget vil medføre, at regionernes adgang til at udarbejde regionale udviklingsstrategier bortfalder.

Det vil medføre, at Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse ikke længere skal udtale sig som høringspart om regionernes udviklingsstrategier.

Der henvises til lovforslagets almindelige bemærkninger pkt. 3.6.5.3.

Til nr. 2

Det følger af § 10, stk. 1, i lov om erhvervsfremme, jf. lovbekendtgørelse nr. 230 af 29. februar 2024, som ændret ved § 5 i lov nr. 1668 af 30. december 2024, at Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse består af 17 medlemmer, herunder 1 formand.

Det foreslås, at i § 10, stk. 1, ændres »17« til: »16«.

Det vil medføre, at Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse fremadrettet vil bestå af 16 i stedet for 17 medlemmer, da det medlem, der i dag udpeges af regionsrådene, bortfalder.

Til nr. 3

Det følger af § 10, stk. 2, nr. 4, i lov om erhvervsfremme, jf. lovbekendtgørelse nr. 230 af 29. februar 2024, som ændret ved § 5 i lov nr. 1668 af 30. december 2024, at medlemmerne af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse udpeges således: 1 regionalt medlem udpeges af regionsrådene.

Det foreslås, at § 10, stk. 2, nr. 4, ophæves.

Det vil medføre, at det regionale medlem af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse bortfalder, og at Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse reduceres til 16 medlemmer.

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

Til nr. 4

Det følger af § 10, stk. 3, i lov om erhvervsfremme, jf. lovbekendtgørelse nr. 230 af 29. februar 2024, som ændret ved § 5 i lov nr. 1668 af 30. december 2024, at formanden for Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse og medlemmerne udpeges for op til fire år ad gangen med mulighed for genudpegning én gang.

Det foreslås, at i § 10, stk. 3, udgår »én gang«.

Det vil medføre, at medlemmerne i Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse ikke længere er bundet af kun at kunne sidde i én periode med mulighed for genudpegning én gang. Den foreslåede bestemmelse skal understøtte, at arbejdet i Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse gennemføres på en stabil måde, som ikke af formelle grunde går ud over kontinuiteten og kvaliteten i bestyrelsens arbejde. Dermed er det op til medlemmernes baglande, der bestemmer, hvor lang tid medlemmernes mandat i bestyrelsen skal gælde. Erhvervsministeren vil fastsætte nærmere regler for genudpegning i medfør af lov om erhvervsfremmes § 10, stk. 7.

Der henvises i øvrigt til afsnit 3.6.5.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 5

Det følger af § 13, stk. 1, i lov om erhvervsfremme, jf. lovbekendtgørelse nr. 230 af 29. februar 2024, som ændret ved § 5 i lov nr. 1668 af 30. december 2024, at hvert erhvervshus ledes af en bestyrelse. Erhvervshusenes bestyrelser består af 11 medlemmer, herunder 1 formand, og en observatør.

Det foreslås, at i § 13, stk. 1, 2. pkt., ændres »11« til: »10«.

Det vil medføre, at medlemmerne i de tværkommunale erhvervshuse reduceres fra 11 til 10.

Ændringen er en konsekvens af det regionale opgavebortfald, hvor regionerne ikke længere skal deltage i bestyrelser på erhvervsfremmeområdet.

UDKAST

Til nr. 6

Det foreslås, at i § 13, stk. 2, nr. 4, indsættes efter »videninstitution,«: »og«, og i nr. 5 ændres »i fællesskab, og« til: »i fællesskab.«.

Den foreslåede bestemmelse er en konsekvensændring som følge af den foreslåede ophævelse af § 13, stk. 2, nr. 6 i lov om erhvervsfremme, jf. lovforslagets § 8, nr. 7.

Til nr. 7

Det følger af § 13, stk. 2, nr. 6, i lov om erhvervsfremme, jf. lovbekendtgørelse nr. 230 af 29. februar 2024, som ændret ved § 5 i lov nr. 1668 af 30. december 2024, at erhvervshusenes bestyrelser sammensættes af blandt andet 1 medlem, der udpeges af regionsrådene.

Det foreslås derfor, at § 13, stk. 2, nr. 6, ophæves.

Det vil medføre, at det medlem, som udpeges af regionsrådene til de tværkommunale erhvervshuses bestyrelser, bortfalder.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.6.5.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 8

Det følger af overskriften til kapitel 7, at kapitlet vedrører regioner.

Det foreslås, at *overskriften* til kapitel 7 affattes med følgende ordlyd: »Regioners deltagelse i Socialfondsplusprojekter og i grænseoverskridende samarbejder«.

Formålet med nyaffattelsen er at give en mere præcis angivelse af kapitlets indhold. Det skyldes opgavebortfaldet inden for den regionale udvikling, hvorefter regionerne i medfør af lov om erhvervsfremme fremadrettet alene har adgang til at ansøge om og deltage i projekter om kvalificeret arbejdskraft under Den Europæiske Socialfond Plus igangsat af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse samt deltage i grænseoverskridende samarbejder m.v., som erhvervsministeren fastsætter nærmere regler om.

Til nr. 9

UDKAST

Det følger af § 15 stk. 1, i lov om erhvervsfremme, jf. lovbekendtgørelse nr. 230 af 29. februar 2024, som ændret ved § 5 i lov nr. 1668 af 30. december 2024, at regionerne efter høring af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse kan udarbejde en regional udviklingsstrategi. Udarbejder regionerne en strategi, kan den omfatte regionernes lovhjemlede opgaver inden for regional udvikling og i tilknytning hertil den fremtidige udvikling i regionen, infrastruktur, udvikling i yderområderne, natur og rekreative formål, grøn omstilling og klimatilpasning og eventuelle grænseoverskridende samarbejder.

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

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

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

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

Det foreslås, at § 15, stk. 1-5, ophæves.

Det vil medføre, at regionerne ikke længere har adgang til at udarbejde regionale udviklingsstrategier.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.6.5.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til § 8

Til nr. 1

Det foreslås at indsætte et nyt *stk.* 2 i § 1, hvorefter Region Østdanmark og Region Syddanmark, der allerede deltager i samarbejde på tværs af landegrænser på kulturområdet, fortsat kan indgå i sådanne samarbejder.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at det fremover alene vil være Region Østdanmark og Region Syddanmark, der vil kunne deltage i samarbejde på tværs af landegrænser på kulturområdet.

Den foreslåede ændring er en konsekvens af, at de politiske partier bag "Aftale om Sundhedsreform" fra 2024 er enige om, at særlige forhold taler for, at Region Østdanmark og Region Syddanmark fortsat skal have adgang til at kunne deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder med nabolande på kulturområdet. Det drejer sig konkret om det regionale samarbejde i den dansk-tyske grænseregion og mellem Danmark og Sverige i hovedstadsregionen.

Til nr. 2

Det fremgår af § 3 a i lov om regionernes opgaver og kommunernes samarbejde på kulturområdet, at regionerne kan medvirke til at igangsætte kulturbegivenheder samt udvikle kulturelle tilbud, som kan videreføres af andre parter i en mere permanent drift.

Det foreslås at § 3 a ophæves.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at regionerne som hovedregel fremover ikke vil kunne medvirke til at igangsætte kulturbegivenheder samt udvikle kulturelle tilbud, som kan videreføres af andre parter i en mere permanent drift.

Den foreslåede ændring er en konsekvens af, at de politiske partier bag "Aftale om Sundhedsreform" fra 2024 er enige om, at der skal ske en tilpasning af regionernes øvrige opgaver med henblik på at anvende ressourcerne mest hensigtsmæssigt og effektivt. Det betyder, at regionerne fremover skal varetage en smallere opgaveportefølje end hidtil.

Til nr. 3

UDKAST

Det fremgår af § 3 b, stk. 2, i lov om regionernes opgaver og kommunernes samarbejde på kulturområdet, at kommuner og regioner kan samarbejde på tværs af landegrænser på kulturområdet.

Det foreslås, at i § 3 b, stk. 2, udgår »og regionerne«.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at regionerne som hovedregel fremover ikke vil kunne indgå i landegrænseoverskridende kultursamarbejder.

I sammenhæng med nr. 1 ovenfor indebærer dette, at det fremover alene vil være Region Østdanmark og Region Syddanmark, der vil kunne deltage i samarbejder på tværs af landegrænser på kulturområdet.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.6.6. i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til § 9

Det foreslås i *stk. 1*, at loven træder i kraft den 1. januar 2026, jf. dog stk. 2 og 3.

Det foreslås i *stk. 2*, at § 1, nr. 1-4, 6-15, 17, 18 og 20-23, træder i kraft den 1. januar 2027.

Det foreslås i *stk. 3*, de foreslåede §§ 246 b og 246 c, som affattet § 1, nr. 19, træder i kraft den 1. januar 2027.

Det foreslås i *stk. 4*, at § 1, nr. 5, og § 246 a, som affattet ved § 1, nr. 19, har virkning fra tilskudsåret 2027, i hvilket de første tilskudsrammer fastsættes.

Det foreslås i *stk. 5*, at den nationale sundhedsplan som strategisk ramme for sundhedsmyndigheders, regioners og kommuner øvrige styring og planlægning af sundhedsvæsenet, jf. sundhedslovens § 206 c, som affattet ved § 1, nr. 16, har virkning fra den 1. januar 2027.

Det foreslås i *stk. 6*, at pligten til at have udarbejdet en nærsundhedsplan, jf. sundhedslovens § 206 d, som affattet ved § 1, nr. 16, har virkning fra den 1. april 2027.

Forslaget vil indebære, at [de forberedende] sundhedsråd vil få tid til at udarbejde planerne.

Til § 10

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

Den foreslåede bestemmelse medfører, at regionerne i en overgangsperiode vil kunne udbetale midler til flerårige kulturprojekter, der ved lovens ikrafttrædelse allerede har modtaget bindende tilsagn om støtte. Disse midler kan således fortsat administreres og udbetales i overensstemmelse med det afgivne tilsagn.

UDKAST

Bilag 1

Gældende formulering		Lovforslaget
Paralleltekst udfyldes senere		