



**INDENRIGS- OG
SUNDHEDSMINISTERIET**

Enhed: Patientsikkerhed og Lovkvalitet
Sagsbeh.: hsp
Koordineret med:
Sagsnr.: 2025 - 3023
Dok. nr.: 350441
Dato: 09-10-2025

Høringsnotat: Lovforslag om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v. som led i udmøntningen af aftalen om sundhedsreform

1. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

Lovforslagene har været sendt i høring i perioden fra den 4. juni 2025 til den 2. juli 2025 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 hjerneskade, CP Danmark, Danish.Care, Danmarks Apotekerforening, Danmarks Evalueringsinstitut – EVA, Danmarks Lungeforening, Danmarks Tekniske Universitet (DTU), Dansk Dermatologisk Selskab (DDS), Dansk Epidemiologisk Selskab (DES), Dansk Erhverv, Dansk Farmaceutisk Industri a-s, Dansk Farmaceutisk Selskab, Dansk Handicap Forbund, Dansk Industri (DI), Dansk Kiropraktor Forening, Dansk Neurokirurgisk Selskab (DNKS), Dansk Neurologisk Selskab (DNS), Dansk Oftalmologisk Selskab, Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS), Dansk Psykolog Forening (DP), Dansk Psykoterapeutforening, Dansk Pædiatrisk Selskab (DPS), Dansk Samfundsmedicinsk Selskab (DASAMS), Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM), Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM), Dansk Selskab for Folkesundhed, Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi (DSFK), Dansk Selskab for Klinisk Onkologi (DSKO), Dansk Selskab for Palliativ Medicin (DSPaM), Dansk Selskab for Patientsikkerhed (PSI), 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 (DR), 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, DØNHO (Danske Øre- Næse- Halslægers Organisation), Epilepsiforeningen, Ergoterapeutforeningen, Erhvervshus Fyn, Erhvervshus Hovedstaden, Erhvervshus Midtjylland, Erhvervshus Nordjylland, Erhvervshus Sjælland, Erhvervshus Sydjylland, Erhvervsskolelederne, Erhvervsskolernes Elevorganisation, Fagbevægelsens Hovedorganisation (FH), Faglige Seniorer, Fagligt Selskab af Kliniske Diætister i Kost og Ernæringsforbundet (FaKD), Farmakonomforeningen, FGU Danmark, FOA – Fag og Arbejde, Forbrugerrådet TÆNK, Foreningen af danske lægestuderende, Foreningen af danske sundhedsvirksomheder – Sundhed Danmark, Foreningen af Døgn- og Dagtilbud for udsatte børn og unge (FADD), Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer i Danmark (FSD), Foreningen af Speciallæger (FAS), Foreningen for Ledere af Offentlig Rusmiddelbehandling (FLOR), Giftforeningen, Greater Copenhagen, Gymnasiernes Bestyrelsesforening, Hjernesagen, Hjerneskadeforeningen, Hjerteforeningen, HK,

HØPA (Foreningen af høreapparatbehandlende øre-næse-halslæger i speciallægepraksis), Høreforeningen, Institut for Menneskerettigheder, Jordemoderforeningen, KA Pleje, Kirkens Korshær, KKR Hovedstaden, KKR Midtjylland, KKR Nordjylland, KKR Sjælland, KKR Syddanmark, KL, Kommunale Velfærdschefer, Kost og Ernæringsforbundet, Kristelig Lægeforening (KLF), Kræftens Bekæmpelse, Københavns Universitet, LandboUngdom, Landdistrikternes Fællesråd, Landselevbestyrelsen for det pædagogiske område, Landselevbestyrelsen for social- og sundhedsområdet, Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere (LKT), Landsforeningen Børn og Forældre, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS), Landsorganisationen for Sociale Tilbud – LOS, Landssammenslutningen af Handelsskoleelever, LAP - Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere, Ledernes Hovedorganisation, Lev – livet med udviklingshandicap, Lægeforeningen, Menighedsplejen i Danmark, Modstrøm - Foreningen for FGU-elever og unge omkring FGU, Muskelsvindfonden, OCD-foreningen, Optikerforeningen, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber (LVS), Osteoporoseforeningen - landsforeningen mod knogleskørhed, Patientforeningen, Praktiserende Lægers Organisation (PLO), Praktiserende Tandlægers Organisation, (PTO), Psoriasisforeningen Psykiatrifonden, Radiograf Rådet, Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Sønderjylland - Schleswig, Retspolitisk Forening, Roskilde Universitet, Røde Kors, Rådet for de Grundlæggende Erhvervsrettede Uddannelser (REU), Rådet for Socialt Udsatte, Rådet for Voksen og Efteruddannelse (VEU-rådet), Sammenslutningen af Unge med Handicap, SAND – De hjemløses Landsorganisation, Scleroseforeningen, Sekretariat for den lægelige videreuddannelse Syd, Sekretariat for lægelige videreuddannelse Øst, Sekretariat for lægers videreuddannelse Nord, Selveje Danmark, Sex og Samfund, SIND - Landsforeningen for psykisk sundhed, Sjældne Diagnoser, Slesvigske Parti, SMVDanmark, Socialpædagogernes Landsforbund (SL), Socialt Lederforum, Stenocare, SUFO - Landsforeningen for ansatte i Sundhedsfremmende Forebyggende hjemmebesøg, Sundhed Danmark - Foreningen af danske sundhedsvirksomheder, Syddansk Universitet, Sydslesvigske Vælgerforening, Tandlægeforeningen, Tolkebureauernes Brancheforening, Udviklingshæmmedes Landsforbund (ULF), VaccinationsForum, VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, Yngre Læger, Ældre Sagen, Øjenforeningen, Aalborg Universitet og Aarhus Universitet.

Lovbidrag om horisontale samarbejdsaftaler samt konsekvensændringer i anden lovgivning, der henviser til regionernes udviklingsstrategier, har været sendt i supplerende høring i perioden fra den 5. september 2025 til den 18. september 2025 hos ovenstående myndigheder og organisationer m.v. samt Reddernes Fagforening.

2. Modtagne høringsvar

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i forbindelse med høringen af lovforslagene fra den 4. juni 2025 til den 2. juli 2025 og den supplerende høring fra den 5. september 2025 til den 18. september 2025 modtaget bemærkninger fra følgende myndigheder og organisationer m.v.:

Cystisk Fibrose Foreningen, Danmarks Apotekerforening, Dansk Cardiologisk selskab, Dansk Endokrinologisk Selskab, Dansk Erhverv, Dansk Firmaidræt, Dansk Industri (DI), Dansk Psykolog Forening (DP), Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), Dansk Selskab for Folkesundhed, Dansk Selskab for Infektionsmedicin, Dansk Selskab for Neurorehabilitering (DSNR), Dansk Selskab for Palliativ Medicin (DSPaM), Dansk Selskab for Patientsikkerhed (PSI), Dansk Sygeplejeråd (DSR) og Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne, Danske Bioanalytikere - dbio, Danske Fysioterapeuter, Danske Handicaporganisationer (DH), Danske Osteopater, Danske Patienter, Danske Regioner, Danske Seniorer, Danske Tandplejere, Danske Ældreråd, Datatilsynet, Diabetesforeningen, Ergoterapeutforeningen (Etf), FOA – Fag og Arbejde, Forenede Care, Foreningen af danske sundhedsvirksomheder - Sundhed Danmark, Hjernesagen, Hjerteforeningen, HK Kommunal, HØPA (Foreningen af høreapparatbehandlende øre-næse-halslæger i speciallægepraksis), Kirkens Korshær, KL, Kommunale Velfærdschefer, Kost og Ernæringsforbundet og Foreningen af Kliniske Diætister, Kræftens Bekæmpelse, LAP - Landsforeningen af nuværende og tidligere Psykiatribrugere, Lev - Livet med udviklingshandicap, Lungeforeningen, Lægeforeningen (Foreningen af Speciallæger, Yngre Læger og

Praktiserende Lægers Organisation), Reddernes Fagforening, Region Sønderjylland - Schleswig, Røde Kors, Rådet for Socialt Udsatte, Selveje Danmark, SIND - Landsforeningen for psykisk sundhed, Sjældne Diagnoser, Socialpædagogernes Landsforbund (SL), STRING, Tandlægeforeningen, Varde Kommune, Ældre Sagen og Aarhus Universitet.

Følgende myndigheder og organisationer m.v. har oplyst, at de ikke har bemærkninger til lovforslagene: Ansatte Tandlægers Organisation (ATO), Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) og FGU Danmark.

Høringssvarene er vedlagt høringsnotatet.

3. Generelt om høringsnotatet

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

De væsentligste bemærkninger i de modtagne høringssvar ifm. den supplerende høring af lovbidrag om horizontale samarbejdsaftaler samt Indenrigs- og Sundhedsministeriets bemærkninger til disse er indarbejdet sammen med de øvrige elementer i høringsnotatet.

Nedenfor er gengivet de væsentligste punkter i de modtagne høringssvar. Høringssvar og bemærkninger, der ikke er relevante for lovforslaget, er ikke behandlet i nærværende høringsnotat.

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

4. Høringssvar

4.1. Generelle bemærkninger

Høringssvarene udtrykker en generel opbakning til retningen i reformen, hvilket viser, at lovforslaget hviler på et solidt fagligt og politisk grundlag.

Særligt lovforslagets element om kvalitetsstandarder møder opbakning. Her fokuserer bl.a. **Danske Regioner, Danske Ældreråd, Dansk Erhverv, FOA og Hjerteforeningen** på, at kvalitetsstanderne kan medvirke til at borgerne sikres ensartede tilbud og at der sikres ensartet kvalitet på tværs af landet.

I relation til selve opgaveflytningen er en række organisationer herunder bl.a. **Dansk Industri, Kræftens Bekæmpelse** og **Sjældne Diagnoser** positive overfor, at regionerne får ansvaret for en større mængde opgaver. Dertil bakker en række organisationer m.v. ligeledes op om etableringen af sundheds- og omsorgs- pladser, herunder **Danske Patienter, Kræftens Bekæmpelse** og **Rådet for Socialt Udsatte**.

Lovforslagets element om etablering af en national sundhedsplan samt nærsundhedsplaner får ligeledes bred opbakning. Flere organisationer, herunder **Dansk Erhverv, Danske Ældreråd, Dansk Industri, KL og Kræftens Bekæmpelse**, understreger blandt andet, at planerne er med til at angive retningen for udviklingen af både det samlede og det nære sundhedsvæsen og dermed understøtte reformens mål. Derudover støtter bl.a. **Danske Patienter, Dansk Erhverv, Dansk Industri og Kræftens Bekæmpelse** princippet om, at regioner kan medfinansiere kommunale sundhedsopgaver og påpeger bl.a., at det kan sikre en fælles kommunal og regional forankring af udbygningen af det nære sundhedsvæsen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har noteret sig høringsparternes generelle opbakning til lovforslaget.

Dansk Selskab for Folkesundhed anerkender reformens overordnede målsætninger om at styrke det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, mindske geografisk ulighed og skabe en mere forpligtende planstruktur på tværs af aktører. Flere dele af lovforslaget kan dog ifølge organisationen med fordel styrkes med et tydeligere og mere forpligtende folkesundhedsperspektiv, herunder fokus på evidens, social ulighed og datadrevet prioritering.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at den kommende folkesundhedslov skal styrke den strukturelle forebyggelse i kommunerne. Loven vil forpligte kommunerne til at arbejde systematisk og på tværs af velfærdsområder med at forbedre folkesundheden, styrke den borgerrettede forebyggelse og mindske ulighed i sundhed. Folkesundhedsloven skal være med til at skabe gode og sunde rammer, der bidrager til at forebygge, at et stigende antal danskere får sygdomme som kræft, KOL og diabetes, så flere kan leve et sundt og langt liv. Lovforslaget forventes fremsat i 2026. Lovgivningen forventes at træde i kraft den 1. januar 2027.

Danske Patienter, Dansk Selskab for Palliativ Medicin, Hjerterforeningen og Kræftens Bekæmpelse finder det afgørende, at palliation bliver en eksplicit del af lovteksten, herunder at eksisterende palliative tilbud indtænkes i fortolkningen af lovteksten. Det foreslås desuden, at det bør skrives ind i loven, at patienters og borgeres palliative behov skal vurderes systematisk eksempelvis via en ny patientrettighed.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig ønskerne til tydeliggørelser og bemærker hertil, at der med lovforslaget og opgaveflytningen ikke ændres på de palliative indsatser, som indgår i sygeplejen. Samtidig vil indsatsen på de kommende sundheds- og omsorgspladser fortsat omfatte basale palliative indsatser. For både sygeplejen og pladserne skal Sundhedsstyrelsen desuden udarbejde kvalitetsstandards, som konkretiserer det nærmere sundhedsfaglige indhold i tilbuddene, herunder palliation.

Ministeriet bemærker desuden, at der med sundhedsreformen og Kræftplan V er afsat midler til et løft af den palliative indsats – både den basale palliation og den specialiserede palliation. Midlerne med Kræftplan V skal bl.a. understøtte kapaciteten og kompetencer til den palliative indsats, at patienterne i højere grad kan modtage palliation tidligt og løbende i deres behandlingsforløb, og at der kan afholdes palliative samtaler med patienterne.

4.1.1. Sundhedsrådenes arbejde og inddragelse af aktører

Danske Fysioterapeuter, Dansk Selskab for Folkesundhed, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Dansk Sygeplejeråd, Danske Tandplejere og Aarhus Universitet bemærker en række input til sundhedsrådenes kommende arbejde, herunder fokus på kvalitetsarbejde med praksisnær og borgerrettet sundhed, at sundhedsrådene skal følge indikatorer over tid, at sundhedsrådene får formelt ansvar for forebyggelse, at sundhedsrådene arbejder langsigtet, at sundhedsrådene har fokus på at tilrettelægge særlige indsatser til eksempelvis socialt udsatte, og at sundhedsrådene årligt drøfter tandområdet. **Dansk Psykolog Forening** bemærker, at sundhedsrådene bør inddrage praksissektoren.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at sundhedsrådenes kompetencer og opgaver er reguleret i lov om ændring af lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab (regionsloven) og forskellige andre love. Et sundhedsråd varetager som udgangspunkt den umiddelbare forvaltning af regionens anliggender inden for sundheds-, social- og specialundervisningsområdet, der henhører under sundhedsrådets geografisk afgrænsede område. Sundhedsrådene vil i kraft af deres umiddelbare forvaltningsansvar have kompetence til inden for regionsrådets rammer at træffe de beslutninger, der er et nødvendigt eller naturligt led i forvaltningen af sundhedsrådenes sagsområder. Endvidere vil sundhedsrådene kunne nedsætte underudvalg med forberedende eller rådgivende funktioner, der alene består af medlemmer af det pågældende sundhedsråd. Sundhedsrådene vil også kunne nedsætte udvalg og arbejdsgrupper.

Ministeriet bemærker desuden, at regionerne som led i deres betjening af sundhedsrådene har ansvaret for at inddrage sundhedsfaglig ekspertise, relevante aktører m.v., når det er relevant. Det kan eksempelvis ske ved at inddrage praksissektoren heriblandt de almenmedicinske tilbud. Et regionsråd kan vælge at etablere de samarbejdskonstruktioner- og fora m.v., som der lokalt vurderes behov for, men der indføres ikke fra statslig side særskilte krav om det.

I forhold til patient- og pårørendeudvalg påpeger **Danske Seniorer**, at Ældrerådene ikke nævnes i lovforslaget. De påpeger desuden, at opgaveflytningen vil have betydning for Ældrerådenes kompetencer, og at rådernes rolle derfor skal overvejes.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at som følge af en tidligere lovpakke om udmøntning af Aftale om sundhedsreform 2024, etableres patient- og pårørendeudvalgene i tilknytning til hvert af sundhedsrådene. Sundhedsrådene skal systematisk inddrage patient- og pårørendeudvalgene i deres drøftelser ifm. større, planlægningsmæssige beslutninger. De nærmere regler for medlemmer og inddragelse af patient- og pårørendeudvalgene vil blive fastsat ved bekendtgørelse, som sendes i offentlig høring.

4.1.2. Sammenhæng på tværs af sektorer

Cystisk Fibrose Foreningen, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Kirkens Korshær, SIND og Ældre Sagen påpeger risiko for, at ændringerne i lovforslaget ikke sikrer tilstrækkelig sammenhæng, og at visse borgere kan falde imellem to stole. Der bør være fokus på patientsikkerhed, tydelig ansvarsfordeling, koordinering på tværs af sektorer og særlige patient-/borgergrupper.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at regionerne med lovforslaget får 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. Regler og indhold i sundhedsydelserne vil blive udmøntet i kommende bekendtgørelser, kvalitetsstandarder og vejledninger som beskrevet i lovforslagets bemærkninger.

Cystisk Fibrose Foreningen anbefaler, at lovforslaget indeholder rådgivningsforpligtelser og klare retningslinjer for samarbejdet mellem højt specialiserede sygehusafdelinger og det nære sundhedsvæsen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at muligheden for at stille krav om rådgivningsforpligtelse fra sygehusene til det nære sundhedsvæsen indgår i mulige krav til nye kvalitetsstandarder. Ministeriet bemærker i øvrigt, at der med Aftale om sundhedsreform 2024 er aftalt at udvide den nuværende ordning om sygehusenes 72 timers behandlingsansvar til 96 timer efter udskrivelse af borgerne.

4.1.3 Evaluering og monitorering

Danske Patienter, Hjertereforeningen, Kræftens Bekæmpelse og SIND bemærker vigtigheden af en løbende landsdækkende monitorering på baggrund af rigtige indikatorer og kvalitetsdata, og at der også kigges på effekterne lokalt, f.eks. på sundhedsrådsniveau. **Danske Ældreråd** påpeger, at omfordeling af myndighedsansvar og nye strukturer kan føre til tab af nærhed og lokalkendskab i nye overgange, hvorfor implementeringen bør følges tæt og evalueres løbende og systematisk – også med fokus på borgernes oplevelser. **KL** opfordrer desuden til, at man nationalt og lokalt følger udviklingen og fordelingen i antallet af genoptræningsplaner.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det med Aftale om sundhedsreform 2024 er besluttet, at der skal foretages en gradvis evaluering af sundhedsreformen i takt med, at reformens initiativer bliver udrullet for at sikre en god vidensopsamling. Dertil skal der foretages løbende monitorering af omstillingen til det nære sundhedsvæsen og effekten for patienterne. Regeringen, KL og Danske Regioner har med Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen aftalt, at der i 2025 og 2026 skal arbejdes med en større udvikling af de nationale mål, således at målene og indikatorerne er i overensstemmelse med de overordnede hensyn i reformen.

4.2. Opgaveflytningen generelt

Dansk Selskab for Folkesundhed finder det afgørende, at opgaveflytningen sker med folkesundheden som styrende hensyn, og ikke alene ud fra driftsmæssige eller organisatoriske logikker.

Sjældne Diagnoser bemærker, at opgaveflytningen har potentiale til at forbedre vilkårene for mennesker med sjældne diagnoser, men at det kræver, at der i forbindelse med tilrettelæggelsen er særligt fokus på, om tilbuddene også dækker patienter med sjældne diagnoser.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at en række hensyn lå bag beslutningen om at flytte opgaver fra kommuner til regioner bl.a. nærhed for alle borgere og mere ensartet kvalitet i hele landet. Et andet hensyn bag opgaveflytningerne er, at flere sundhedsopgaver bør løses af samme myndighed, hvorved der skabes bedre incitament for bl.a. forebyggende indsatser og for at skabe bedre rammer for sammenhæng mellem sundhedsopgaver på tværs af sundhedsvæsenet til gavn for patienterne. Sundhedsloven skelner overordnet set ikke mellem særlige grupper af borgere eller patienter. De juridiske rammer gælder for alle med behov for indsatser dermed også for patienter med sjældne diagnoser. Ministeriet bemærker desuden, at den kommende folkesundhedslov skal styrke den strukturelle forebyggelse i kommunerne.

Dansk Selskab for Almen Medicin vurderer, at opgaveflytningen kan medføre centralisering og svække nærhed og lighed og opfordrer til, at der indarbejdes en systematisk vurdering af geografisk afstand og patientens perspektiv.

Diabetesforeningen og **Varde Kommune** bemærker, at opgaveflytning og lovforslagets udformning bør have respekt for og afspejle forskelle mellem kommuner, herunder at loven understøtter, at både regioner og kommuner har mulighed for at skabe sammenhæng i forløb og i forhold til patientrettigheder, prioritering og fastholde allerede velfungerende indsatser.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at der med Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen var enighed om, at regionerne skal sikre en geografisk nærhed og tilgængelighed i hele regionen i de regionale sundhedstilbud og særligt i de sundhedstilbud af almen karakter, hvor det er et væsentligt element i at sikre høj kvalitet til borgerne, at tilbuddene er nære og let tilgængelige.

Der var med aftalen desuden enighed om, at hensigten med opgaveflytningen bl.a. er at skabe grundlag for at udvikle og ensarte kvaliteten på de områder, hvor opgaveansvaret ændres. Det kan betyde, at eksisterende velfungerende tilbud og indsatser skal bringes i spil i forhold til borgere på tværs af kommunegrænser. Der er med aftalen samtidig enighed om, at det fordrer, at der i opgaveflytningen er et væsentligt fokus på at fastholde stærke faglige miljøer. Rammerne for patientrettigheder, som forventeligt kommer med kronikerpakkerne for kronisk sygdom, følger af et senere lovforslag.

Danske Bioanalytikere, **Danske Fysioterapeuter** og **Dansk Endokrinologisk Selskab** ønsker specifikke, faglige tilbud og indsatser skrevet tydeligt frem i loven, herunder diagnostiske tests, behandling af diabetiske fodsår og genoptræning efter osteoporotisk sammenfald samt rehabiliterende indsatser.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har noteret sig ønskerne og bemærker, at nærmere regler og indhold i de konkrete sundhedsydelser vil blive udmøntet i kommende bekendtgørelser, kvalitetsstandarder og vejledninger som beskrevet i lovforslagets bemærkninger.

Kræftens Bekæmpelse bemærker, at patient- og pårørende repræsentanter bør inddrages i arbejdet med at opdatere bekendtgørelser, kvalitetsstandarder og vejledninger om patientrettet forebyggelse, akutsygepleje, kommunal sygepleje og genoptræning, som indeholder nærmere regler og vejledning om, hvad de forskellige sundhedsindsatser indeholder.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at ministeriet og dets styrelser vil inddrage og høre relevante parter i udarbejdelsen af administrative forskrifter. Ministeriet henviser i øvrigt til høringsnotatets pkt. 4.3.1 i forhold til inddragelse af interessenter i udarbejdelse af kvalitetsstandarder.

4.2.1. Samarbejde med andre myndigheder, private aktører, organisationer m.v.

Dansk Erhverv opfordrer til i overensstemmelse med Aftale om sundhedsreform 2024 at sikre, at regionerne kan indgå aftale med private leverandører om at drive regionale sundheds- og omsorgspladser, at private leverandører af helhedsplejen kan byde ind på almene sygeplejeydelser, der integreres i helhedsplejen, og at muligheden for offentlig-privat samarbejde tænkes med i arbejdet med hjemmebehandlingsteams, akutsygepleje samt genoptrænings- og rehabiliteringsområdet. Dansk Erhverv bemærker desuden, at beslutningsgangene bør tydeliggøres på de områder, hvor opgaver flytter myndighedsansvar, og hvor der i dag er private og ikke-offentlige leverandører. Dansk Erhverv opfordrer til, at sker en fuld ligestilling mellem offentlige og ikke-offentlige leverandører. Dansk Erhverv opfordrer også til, at der opstilles mål for inddragelse af ikke-offentlig kapacitet i opgaveløsningen, og at de kommende regler om frit valg til regionale sundheds- og omsorgspladser udvides til at omfatte private leverandører.

Dansk Erhverv og Sundhed Danmark opfordrer til styrket og inddragende dialog med virksomheder og organisationer på området om bl.a. planlægning og udførelse af opgaverne.

Dansk Industri bemærker, at sundhedsrådene bør indgå samarbejder med private leverandører og øvrige samarbejdspartnere om levering af sundhedsydelser og -løsninger.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker i forhold til sundheds- og omsorgspladser, at regionsrådet efter den foreslåede § 118 e, stk. 3, vil kunne indgå aftale med en privat leverandør om tilvejebringelse af sundheds- og omsorgspladser under regionens myndighedsansvar. Regionerne får således mulighed for at indgå aftaler med private leverandører, forudsat at disse lever op til relevante krav på området, herunder udbudsregler. Ministeriet planlægger i et kommende lovforslag at fastsætte regler om frit valg til regionale sundheds- og omsorgspladser, herunder nærmere bestemmelser om betingelserne og rammerne herfor.

Ministeriet bemærker også, at lovforslaget viderefører eksisterende muligheder for brug af private aktører, herunder i forhold til genoptræning, kommunal sygepleje og akutsygepleje. Ligeledes fremgår det af Aftale om sundhedsreform 2024, at private leverandører af helhedsplejen også får mulighed for at levere kommunale sygeplejeydelser, der integreres i helhedsplejen. Dette element i reformaftalen vil blive implementeret på et senere tidspunkt. Endelig indgår det i reformaftalen, at det kan være relevant med offentligt-privat samarbejde i relation til de kommende hjemmebehandlingsteams. Udmøntning af initiativet vedrørende hjemmebehandlingsteams skal forventeligt aftales mellem regeringen, Danske Regioner og KL i foråret 2026. Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil på baggrund af bl.a. drøftelser med Danske Regioner og KL vurdere behov for evt. yderligere tydeliggørelse af hjemmel m.v. til brug af private aktører, herunder bl.a. i relation til hjemmehandlingsteams, kronikerpakker og patientrettet forebyggelse.

Danske Regioner bemærker, at det i forårsaftalen blev aftalt, at der skal ses på mulighederne for i kommende lovgivning, at skabe yderligere hjemler til, at regioner og kommuner kan samarbejde om opgaver i det nære sundhedsvæsen. Det gælder smidigere rammer f.eks. i forhold til fælles indkøb, samarbejde om accessorisk virksomhed såsom fælles køkkener, fælles visitation og bedre mulighed for udøvelse af fælles faktisk forvaltningsvirksomhed.

FOA finder det bekymrende, at det endnu ikke er afklaret, hvordan man vil håndtere udbudsreglerne ifm. opgaveflytningen, og bemærker at de går ud fra, at man kan fastholde opgaven i offentligt regi, uden at opgaven skal sendes i udbud. FOA bemærker også, at der findes forskellige modeller for at inddrage pri-

vate leverandører f.eks. i ældreplejen via reglerne for frit valg og generelt i den offentlige opgavevaretagelse via udbud og udliciteringskontrakter. Det beskrives, at jo mere komplekse ydelserne er, jo sværere er det at få en sådan model til at fungere uden problemer med ansvar for kvaliteten. FOA opfordrer til, at det afklares, hvordan det entydige ansvar skal sikres via samarbejdsmodellen, og hvordan det samtidig sikres, at der bliver tale om et kvalitetsløft.

KL påpeger, at det er centralt, at kommuner og regioner kan samarbejde om tilbud, herunder særligt, at kommunerne kan varetage driften af tilbud på vegne af regionerne. **KL** bemærker også, at hvis en kommune fremadrettet skal varetage driftsopgaver på regionens vegne, bør det være en forudsætning, at kommunen selv vurderer sig i stand til at påtage sig opgaven og at det kræver opbakning og tilkendegivelse fra både region og kommune.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at lovforslaget gør det muligt for kommuner og regioner at indgå horisontale samarbejdsaftaler om sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen efter afsnit IX i sundhedsloven, herunder de sundhedsydelser der flytter fra kommuner til regioner den 1. januar 2027. Horisontale samarbejdsaftaler er reguleret i udbudslovens § 15. Det følger bl.a. af denne bestemmelse, at der skal foreligge et reelt samarbejde mellem parterne. Ministeriet vil gå i videre dialog med Danske Regioner og KL med henblik på afdækning af behov og muligheder for yderligere samarbejde.

4.2.2. Finansieringen af opgaver som flytter fra kommuner til regioner

Danske Regioner bemærker, at der i den afsatte økonomi til opgaveflytningen på 4,208 mia. kr., der overføres pr. 1. januar 2027, også er indregnet midler til overheadudgifter, der f.eks. skal dække udgifter til system- og dataunderstøttelse. Danske Regioner bemærker, at det kan vedrøre udgifter til it-understøttelse i regionerne, herunder øgede udgifter til licenser, drift, support, uddannelse, videreudvikling af nuværende systemer samt eventuel overtagelse af kommunale systemer.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet er enig i, at den afsatte økonomi også dækker udgifter til system og dataunderstøttelsen ifm. opgaveflytningen. Den økonomiske ramme kan vedrøre udgifter til it-understøttelse i regionerne, herunder bl.a. øgede udgifter til licenser, drift, support, uddannelse, videreudvikling af nuværende systemer samt eventuel overtagelse af kommunale systemer m.v.

Danske Patienter, Dansk Erhverv, Dansk Selskab for Neurorehabilitering, Diabetesforeningen, Hjernesagen og Hjerteforeningen finder det usikkert, om de sundhedsopgaver, der flytter fra kommuner til regioner, svarer til den afsatte økonomiske ramme.

Danske Regioner fremhæver, at den faglige afgrænsning af målgruppen for genoptræning og specialiseret rehabilitering skal svare til den økonomi og det ansvar, der er overflyttet fra kommunerne til regionerne via forårsaftalen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at Danske Regioner, KL og regeringen med Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen er blevet enige om de økonomiske konsekvenser ved flytning af myndigheds- og finansieringsansvaret for de sundhedsopgaver, der flytter fra kommuner til regioner per 1. januar 2027, og som er beskrevet i lovforslaget. Aftalen indebærer, at hhv. det statslige bloktilskud til kommuner nedreguleres, og det statslige tilskud til regioner vedrørende sundhedsområdet opreguleres med 4,208 mia. kr. (2025-pl) pr. 1. januar 2027 på baggrund af opgaveændringerne. Det bemærkes desuden, at der som led i aftalen om regionernes økonomi for 2026 målrettes 325 mio. kr. til understøttelse af et solidt grundlag for implementering af sundhedsreformen i 2026, herunder til patientrettet forebyggelse og akutsygepleje.

4.2.3. Data og digital understøttelse

4.2.3.1. Regionale journal- og støttesystemer

Danske Regioner påpeger, at de regionale systemer med tilpasninger sandsynligvis kan understøtte mange af de kommende opgaver, men at der mangler analyse og afdækning forbundet med den ændrede opgavefordeling. Samtidig bemærkes det, at regionerne har en meget kort frist til at sikre den fornødne it-understøttelse, og at det bør fremgå tydeligt, hvis regionerne it-understøtter opgaverne fremadrettet, uanset sundhedsrådenes beslutning om, hvem der konkret udfører opgaverne.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det med Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen blev aftalt med KL og Danske Regioner, at ministeriet vil tage initiativ til, at parterne drøfter, hvordan der sikres tilstrækkelig digital understøttelse af opgaveflytningen. Parterne planlægger herefter, hvordan Danske Regioner og KL igangsætter et arbejde for at udvikle og tilpasse den digitale understøttelse, herunder den nødvendige deling af data ifm. patientbehandling, af opgaveflytningen.

4.2.3.2. Samarbejde på tværs af sektorgrenser

Danske Regioner, Dansk Erhverv og Dansk Sygeplejeråd (DSR) bemærker, at det er vigtigt at sikre, at relevante data og information kan deles på tværs af regioner og kommuner samt evt. leverandører, så man undgår uhensigtsmæssige overgange i borgerens forløb.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at der i etableringen af Digital Sundhed Danmark, som får en central rolle i at udvikle og udbrede nye sundhedsløsninger og infrastruktur på sundhedsområdet, er en opmærksomhed på at tilrettelægge tilbud, så en bred skare af leverandører kan bidrage til centerets løsninger.

Ministeriet vil endvidere tage initiativ til, at parterne drøfter, hvordan der sikres tilstrækkelig digital understøttelse af opgaveflytningen. Det bemærkes desuden, at det i Forårsaftalen 2025 om implementering af sundhedsreformen indgår, at det er afgørende at sikre et godt og effektivt samspil også på tværs af de ændrede grænser, der fremadrettet vil være mellem kommuners og regioners ansvarsområder, f.eks. i forhold til kommunale og regionale sygeplejeopgaver.

4.2.4. Ansatte og proces for deling

FOA bemærker, at der skal initieres tryghedsskabende foranstaltninger for at undgå unødvendig bekymring og utryghed for medarbejderne, herunder social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. FOA opfordrer til, at medarbejderne som berøres af opgaveflytningen orienteres og involveres tidligt i forløbene, og at der skabes mest mulig transparens omkring opgaveflytningen.

Danske Fysioterapeuter bemærker, at medlemmer henvender sig og spørger til ansættelsesretlige og øvrige ændringer forbundet med flytningen af opgaver fra kommuner til regioner. Danske Fysioterapeuter opfordrer til klare og tydelige rammer for opgaveflytningen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at rammerne for delingsprocessen, herunder de ansattes rettigheder i forbindelse med overførsel af opgaver fra kommuner til regioner, reguleres i lov om overgangen til en ny sundhedsstruktur (overgangsloven). Overførslen af den ansatte vil skulle ske i overensstemmelse med virksomhedsoverdragelseslovens regler, og de ansatte og de ansattes organisationer vil skulle inddrages i processen.

Kommunalt ansatte, der udelukkende eller helt overvejende er knyttet til opgaver, der overføres til vedkommende region, overføres til regionen, medmindre region og kommune har indgået aftale om ikke at overtage den ansatte, jf. nærmere overgangslovens § 142. Ansatte, der overføres, har ret til at blive hørt inden overførselen, og repræsentanter for de ansatte i kommuner og regioner har ret til at blive informeret om delingsprocessen og overførslerne, jf. nærmere overgangslovens § 156. Ministeriet vil derfor gå i

dialog med KL og Danske Regioner om, hvordan der skabes mest mulig transparens om processen for medarbejderne.

KL bemærker, at teksten om aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte bør konsekvensrettes i forhold til lov om overgangen til en ny sundhedsstruktur (overgangsloven), hvor det fremgår, at det er aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, der "helt overvejende eller udelukkende" er knyttet til den sundhedsopgave, der overføres, som udgangspunkt overføres til den myndighed, der modtager opgaven.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at lovforslaget er justeret, således at det flugter med lov om overgangen til en ny sundhedsstruktur (overgangsloven).

4.2.5. Eftersyn af befordringsreglerne og befordring ifm. opgaveflytningen

Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, Danske Regioner, Hjernesagen, Kræftens Bekæmpelse, SIND og Ældre Sagen bemærker vigtigheden af, at der skabes mere enkle og klare regler for befordring, da reglerne i dag er for komplekse og uigennemskuelige borgere og patienter. De finder det derfor positivt, at der som led i sundhedsreformen skal gennemføres et generelt eftersyn af befordringsreglerne i sundhedsloven. **Danske Patienter, Danske Regioner, Danske Ældreråd og KL** bemærker desuden, at det som led i eftersynet bør sikres, at sundheds- og omsorgspladser er omfattet, så borgere ikke pålægges udgifter. **Danske Regioner** bemærker desuden, at det fremstår uklart hvilken myndighed, der skal betale for udgifter til transport ifm. genoptræning. **KL, Varde Kommune og Ældre Sagen** bemærker, at regionerne bør være ansvarlige for befordring eller befordringsgodtgørelse til de tilbud, der flyttes fra kommuner til regioner, herunder den specialiserede rehabilitering.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker for så vidt angår befordring eller befordringsgodtgørelse til den del af genoptræningsområdet, som indgår i opgaveflytningen, at der med lovforslaget foreslås, at det fortsat er kommunerne, der finansierer befordringen uanset opgaveflytningen. Dette svarer til gældende ret, hvor kommunerne varetager befordring til indsatser uden for sygehusene. Ligeledes finansierer kommunerne også befordring til den del af genoptræningsindsatsen, der allerede i dag foregår hos regionerne. På baggrund af høringssvarene er det i lovforslagets bemærkninger præciseret, at kommunerne fortsat vil have ansvaret for også at yde befordring eller befordringsgodtgørelse til genoptræning på specialiseret niveau, der foregår på sygehus.

Ministeriet bemærker desuden, at det blandt andet fremgår af Aftale om sundhedsreform 2024 og af det regionale samarbejdsprogram, at der skal gennemføres et eftersyn af reglerne om befordring og befordringsgodtgørelse i sundhedsloven.

Ministeriet kan i øvrigt henvise til, at det fremgår af Aftalen om regionernes økonomi for 2026, at Danske Regioner på baggrund af erfaringerne med de nuværende regler foreslår, hvordan reglerne kan tilpasses inden for den nuværende økonomiske ramme med henblik på, at parterne kan aftale en konkret model. Det fremgår endvidere, at forslaget og modellen skal ses i sammenhæng med befordring til og fra de kommende regionale sundheds- og omsorgspladser.

4.3. Kvalitetsstandarder

4.3.1. Implementering af kvalitetsstandarder

Danske Patienter, Dansk Erhverv, Kræftens Bekæmpelse og **Sundhed Danmark** støtter muligheden for at fastsætte kvalitetsstandarder for sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen og understreger samtidig vigtigheden af, at kvalitetsstandarder udarbejdes i samarbejde med relevante aktører, herunder private sundhedsvirksomheder, patient- og pårørendeorganisationer samt andre private- og ikke-offentlige aktører. **Dansk Erhverv** understreger i den forbindelse, at krav til dokumentation og opfølgning bør være proportionale og ensartede på tværs af driftsformer.

FOA bemærker, at det er vigtigt, at FOA's medlemmer medtænkes i forhold til de kompetencer, der efterspørges med de kommende kvalitetsstandarder.

Kræftens Bekæmpelse finder det uklart, hvordan kommende kvalitetsstandarder bliver revideret eller udformet.

Varde Kommune ønsker det skrevet tydeligt frem i bekendtgørelse om kvalitetsstandarder, at rammerne og indhold for regionernes forpligtelse til sparring og rådgivning i forbindelse med udførelsen af den kommunale opgavevaretagelse skal aftales mellem kommuner og regioner.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at Sundhedsstyrelsen står for at udarbejde kvalitetsstandarder med inddragelse af relevante aktører, herunder kommuner og regioner.

Sundhedsrådene vil desuden få en rolle i forhold til implementeringen af kvalitetsstandarder som led i sundhedsrådenes umiddelbare forvaltning af regionens sundhedsopgaver inden for sundhedsrådenes geografiske områder, herunder at have fokus på at sikre ensartet implementering.

Ministeriet kan oplyse, at kvalitetsstandarder bl.a. kan indeholde krav og anbefalinger til en pågældende indsats, herunder f.eks. nærmere om faglige indsatser og tilrettelæggelse, tilgængelighed, kapacitet og organisering, kompetencer og uddannelse samt vedligehold heraf, kvalitetssikring og registrering, monitorering, samarbejde mellem sektorer og med andre aktører, myndighedsansvar samt rådgivning.

KL understreger, at kommunerne skal kompenseres for de omkostninger, kommuner påføres i situationer, hvor nationale kvalitetsstandarder stiller krav til den kommunale opgavevaretagelse.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet henviser til høringsnotatets afsnit 4.7.5 om kvalitetsstandarder i sundhedsrådene og 4.8.6 om statsligt tilskud til regionerne målrettet løft af kommunale sundhedsindsatser, herunder minimumsrammer til sundhedsrådene. Ministeriet henviser desuden til lovforslagets bemærkninger, hvor det bl.a. fremgår, at 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.

4.3.2. Indhold i kvalitetsstandarder

Danmarks Apotekerforening og **Dansk Sygeplejeråd** påpeger, at der i kvalitetsstandarder bør indføres krav om kompetenceniveau, bl.a. kompetencer i forhold til f.eks. medicinhåndtering. **Danske Bioanalytikere** og **Sundhed Danmark** mener, at kvalitetsstandarder bør gå på tværs af sektorer for at sikre ensartet kvalitet.

Dansk Selskab for Infektionsmedicin anbefaler kvalitetsstandarder for intravenøs og kompleks antibiotikabehandling i hjemmet, herunder nærmere om det faglige indhold.

Danske Fysioterapeuter foreslår, at det tydeliggøres i fremadrettede kvalitetsstandarder og anbefalinger, at "patientuddannelse" og "patientrettet forebyggelse" er sundhedsfaglige ydelser, som bør journalføres.

Danske Regioner fremhæver, at henvisningspraksis bør indgå i kommende kvalitetsstandarder.

Ergoterapeutforeningen anbefaler, at kvalitetsstandarder i nærsundhedsplaner tager højde for, at patienten ikke falder "mellem to stole" i forhold til kvaliteten af rehabilitering og genoptræningsindsatser bredt set.

Varde Kommune mener, at det kan være hensigtsmæssigt at lave kvalitetsstandarder til kommunerne vedrørende borgere i risiko for eller med symptomer på kronisk sygdom henset til sammenhængen mellem den borgerrettede og patientrettede forebyggelse.

Ældre Sagen opfordrer til, at der også kommer kvalitetsstandarder med krav til ernæringsindsats, hjemmebehandlingsteams og sundheds- og omsorgspladser samt andre midlertidige pladser, der fortsat måtte være i praksis.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig forslag og opfordringer til det videre arbejde med kvalitetsstandarder. Ministeriet bemærker i den forbindelse, at det af lovforslagets bemærkninger fremgår, at Sundhedsstyrelsen vil få til opgave at udarbejde kommende kvalitetsstandarder med inddragelse af relevante aktører. De eksisterende kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom omfatter også delvist den borgerrettede forebyggelse.

Ministeriet bemærker desuden, at der med Aftale om sundhedsreform 2024 er aftalt kvalitetsstandarder for hhv. almen sygepleje og basal palliation og sundheds- og omsorgspladserne. Det fremgår ligeledes af lovforslagets bemærkninger, at Sundhedsstyrelsen forsat vil skulle rådgive ministeren om konkrete sundhedsopgaver, som fremadrettet kan løses mere hensigtsmæssigt inden for det nære sundhedsvæsen. Bemærkningerne giver ikke anledning til at ændre i lovforslaget.

KL mener ikke, at der bør kunne stilles krav om øvrige kommunale genoptræningstilbud efter anden lovgivning i regionale kvalitetsstandarder.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet er enig heri. Det er i lovforslagets bemærkninger præciseret, at der ikke kan stilles krav til indsatser efter anden lovgivning end sundhedsloven.

4.3.3. Bindende krav i kvalitetsstandarder

Danske Patienter, Diabetesforeningen, Lungeforeningen og **Ældre Sagen** ser positivt på, at kvalitetsstandarder vil blive et redskab til bl.a. at sikre ensartet kvalitet på tværs i landet, men at hele eller flere dele af kvalitetsstandarderne bliver bindende for at udligne kvalitetsforskelle på tværs af landet. **Danske Patienter** anbefaler, at kvalitetsstandarder for pladserne gøres obligatorisk med bindende nationale krav til f.eks. sundhedsfagligt indhold, udstyr og kapacitet.

Dansk Erhverv er positive overfor bibeholdelsen af kvalitetsstandarder i den nye lovgivning og støtter, at kvalitetsstandarderne får karakter af egentlige krav.

Kræftens Bekæmpelse støtter op om kvalitetsstandarder bestående af en blanding af bindende krav og en række ikke-bindende anbefalinger, men det er afgørende, at balancen mellem bindende krav og lokalt implementerede anbefalinger ikke fører til for uensartet implementering.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at kvalitetsstandarder består af både bindende krav samt anbefalinger til indsatsen. Kombinationen af både krav og anbefalinger sikrer en helhedsorienteret og smidig tilgang i kvalitetsstandarderne til opgaveløsningen, herunder at kvalitetsstandarderne også kan indeholde anbefalinger i forhold til praksis på andre lovområder, hvilke der ikke kan stilles krav til efter sundhedsloven og bestemmelsen om kvalitetsstandarder. Der henvises desuden til høringsnotatets afsnit 4.9 om regional medfinansiering af kommunale sundhedsopgaver.

Danske Patienter og Kræftens Bekæmpelse påpeger, at der bør opstilles nationale indikatorer for kvalitet, herunder også den borger-/patientoplevelse, så det bliver muligt at følge både effekt og oplevelse – f.eks. i forhold til funktionsevne, livskvalitet og tilfredshed blandt kræftpatienter i genoptræningsforløb.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at Sundhedsstyrelsens udvikling af konkrete kvalitetsstandarder bl.a. kan omfatte krav og anbefalinger til kvalitetssikring og registrering/monitorering heraf. Dette også i takt med, at der udvikles bedre data for det nære sundhedsvæsen, således at det på sigt vil være muligt at monitorere efterlevelse af kravene. Indenrigs- og Sundhedsministeriet henviser desuden til høringsnotatets afsnit 4.1.3 om generel evaluering og monitorering af Aftale om sundhedsreform 2024.

4.4. Patientrettet forebyggelse

Danske Regioner finder det positivt, at det fremgår, at regionerne har visitationsretten, men at det også tydeligt bør fremgå, at regionerne har myndighedsansvaret for den afklarende samtale. Teksten om den afklarende samtale kan med fordel suppleres med teksten fra forårsaftalen. I forhold til henvisning, kan det med fordel også beskrives yderligere i de kommende kvalitetsstandarder, hvornår der kan henvises, hvem der kan henvise, og hvilke tilbud der kræver en henvisning.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har præciseret bemærkningerne på tværs af lovforslaget for at tydeliggøre regionernes myndighedsansvar til de nye opgaver, som regionerne overtager fra kommunerne.

De nærmere rammer for den afklarende samtale i forbindelse med tildeling af patientrettede forebyggelsestilbud fremgår af kvalitetsstandarderne for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, og ministeriet vurderer derfor ikke, at der er behov for at uddybe dette i lovforslaget. Kvalitetsstandarderne skal revideres i forbindelse med opgaveflytningen, og Danske Regioner vil blive inddraget i processen.

Dansk Erhverv bemærker, at kommunerne siden 2007 har haft ansvaret for sundhedsfremmende og forebyggende tilbud, men at uklar lovgivning har resulteret i varierende forebyggelsesindsatser. Dansk Erhverv konstaterer, at man med den foreslåede lovgivning ændrer i strukturerne omkring det, men for nuværende ikke i hjemmelsgrundlaget for den borgerrettede forebyggelse.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at den kommende folkesundhedslov skal styrke den strukturelle forebyggelse i kommunerne. Loven vil forpligte kommunerne til at arbejde systematisk og på tværs af velfærdsområder med at forbedre folkesundheden, styrke den borgerrettede forebyggelse og mindske ulighed i sundhed. Lovforslaget forventes fremsat i 2026. Lovgivningen forventes at træde i kraft den 1. januar 2027.

KL mener, at det bør fremgå tydeligt af lovforslaget, at det primære formål med patientrettet forebyggelse er at give borgerne redskaber til bedre at håndtere deres sygdom, herunder forebygge udvikling og forværring.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det i lovforslagets bemærkninger er blevet uddybet, at formålet med patientrettet forebyggelse bl.a. er at give borgeren indsigt, redskaber og tro på egne evner, som over tid kan føre til bedre håndtering af livet med sygdom.

KL bemærker endvidere, at det uklart, hvem der skal assistere med tilbud om transport for de borgere, der måtte have behov herfor. KL peger desuden på, at der i højere grad tænkes i differentiering af tilbud, samt at digitale og hybride løsninger, som kan understøtte nærhed, fleksibilitet og tilgængelighed, særligt i områder, hvor regionernes tilbud medfører lang transporttid.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at de gældende regler for befordring og befordringsgodtgørelse ikke omfatter befordring/befordringsgodtgørelse til patientrettet forebyggelse. Ministeriet bemærker videre, at der skal gennemføres et eftersyn af reglerne om befordring og befordringsgodtgørelse i sundhedsloven med fokus på, at reglerne skal være mere gennemskuelige.

Ministeriet vurderer ikke, at der er behov for at fremhæve i lovforslaget, at digitale løsninger kan understøtte en differentiering af de patientrettede forebyggelsestilbud, da dette allerede fremgår af kvalitetsstandarderne for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.

4.4.1. Sammenhæng med civilsamfundsindsatser og andre aktører

Dansk Erhverv, Dansk Firmaidræt, Danske Patienter, Hjerteforeningen og KL peger på vigtigheden af at inddrage civilsamfundet systematisk og skabe brobygning til indsatser i civilsamfundet som led i indsatsen for patientrettet forebyggelse.

KL påpeger at det bør fremgå, at regionerne i deres forvaltning af den patientrettede forebyggelse aktivt skal samarbejde og understøtte sammenhængen til kommunale velfærdsindsatser.

Sundhed Danmark opfordrer til, at private sundhedsaktører såsom privathospitaler og private fysioterapeutiske klinikker med ydernummer inkluderes i den patientrettede forebyggelse.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det fremgår af lovforslagets bemærkninger, at 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.

Ministeriet bemærker desuden, at lovforslaget gør det muligt for kommuner og regioner at indgå horisontale samarbejdsaftaler om sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen efter afsnit IX i sundhedsloven, herunder patientrettet forebyggelse. Den mulighed for samarbejde mellem myndigheder rykker ikke ved den adgang, som regioner og kommuner har til at anvende private aktører i opgaveløsningen, jf. ministeriets bemærkning til Dansk Industris bemærkning ovenfor.

4.4.2. Geografisk tilgængelighed

Danske Regioner ønsker en ændret formulering af lovforslagets bemærkninger om den geografiske tilgængelighed af patientrettede forebyggelsestilbud, da formuleringen ifølge Danske Regioner ikke stemmer overens med Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen eller Aftale om sundhedsreform 2024, og da er op til regionerne at vurdere, i hvilket omfang det er nødvendigt at samle tilbud geografisk af hensyn til den faglige kvalitet og bæredygtighed.

KL og Kræftens Bekæmpelse peger på, at ønsket om et mere lige og nært sundhedsvæsen bør afspejle sig i den geografiske placering af de forebyggende indsatser og vurderer, at geografisk tilgængelighed, herunder kort afstand, har afgørende betydning for borgernes deltagelse i forebyggende tilbud.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet henviser til lovforslagets bemærkninger, hvoraf det fremgår, at 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. Ligesom det fremgår eksplicit i forhold til den patientrettede forebyggelse, at geografisk nærhed, tilgængelighed og nem adgang til forebyggelsestilbuddene er centralt for den fremtidige organisering af den patientrettede forebyggelse.

Det bemærkes desuden, at det med Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen blev aftalt med KL og Danske Regioner, at der som udgangspunkt skal forefindes patientrettede forebyggelsestilbud i alle kommuner, med mindre hensyn til faglig og organisatorisk bæredygtighed tilsiger andet. Ministeriet har præciseret dette i lovforslagets bemærkninger.

4.4.3. Målgruppe- og opgavebeskrivelse

Danske Patienter, Danske Regioner, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse og Varde Kommune mener, at afgrænsningen af patientrettet og borgerrettet forebyggelse er uklar, og der kan opstå usikkerhed omkring håndteringen af visse målgrupper. Der peges bl.a. på, at der er en risiko for, at nogle patienter falder mellem to stole, hvis ikke det tydeliggøres.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at Sundhedsstyrelsen har tilkendegivet, at i forbindelse med revideringen af kvalitetsstandarderne for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom vil afgrænsningen mellem borgerrettet og patientrettet forebyggelse og målgrupperne herfor blive yderligere tydeliggjort heri.

Danske Regioner efterspørger tydelig skelnen mellem definition og beskrivelse af patientrettet forebyggelse efter lovens § 119, stk. 3, og patientrettet forebyggelse efter lovens § 119, stk. 4.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at rammerne for § 119, stk. 4, ikke ændres med lovforslaget. Ministeriet har præciseret dette i lovforslagets bemærkninger.

Danske Patienter og Hjernesagen ønsker at udvide listen over eksempler på målgrupper, der er nævnt som eksempler på relevante patientgrupper i regi af patientrettet forebyggelse.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at de oplistede målgrupper er eksempler, og at listen ikke er udtømmende. Ministeriet bemærker endvidere, at der er lagt vægt på målgrupper, som typisk indgår i de eksisterende patientrettede forebyggelsestilbud i kommuner, og at regionerne fortsat er ansvarlige for patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. efter § 119, stk. 4, hvor nogle målgrupper også kan modtage patientrettede forebyggelsestilbud.

Varde Kommune mener ikke, at det fremstår tydeligt, hvordan somatikken og psykiatrien skal samtænkes, f.eks. hvad patientrettet forebyggelse er i forhold til psykisk sygdom.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at integrationen af somatik og psykiatri er et hovedfokus i sundhedsreformen, herunder i sundhedsrådenes arbejde med at sikre sammenhæng i de nære tilbud.

Ministeriet bemærker desuden, at sundhedslovens bestemmelser omfatter patienter med både psykiske og somatiske sygdomme, og der ikke med lovforslaget sker en ændring af målgruppen for patientrettet forebyggelse, som også kan omfatte patienter med psykiske lidelser i lighed med gældende ret. Bemærkningen har således ikke givet anledning til ændringer af lovforslaget.

4.5. Kommunal sygepleje og regional akutsygepleje

Danske Regioner bemærker, at lovforslaget ikke forholder sig til organiseringen af akutsygeplejen i vagttid. Danske Regioner mener, at det med fordel kan tydeliggøres i bemærkningerne, at regionerne har mulighed for at tilrettelægge indsatsen under hensyntagen til de ofte begrænsede personaleressourcer uden for almindelig arbejdstid.

Kræftens Bekæmpelse bemærker, at det bør præciseres, hvordan regionerne vil sikre geografisk tilgængelighed i praksis, herunder om den udekørende funktion fortsat dækker hele regionen – også i yderområder, hvor behovet for nærhed er særligt udtalt.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det i lovforslagets bemærkninger er blevet uddybet, at det er centralt for organiseringen af akutsygeplejen, at indsatserne leveres i alle dele af landet med geografisk nærhed, stor tilgængelighed og i samarbejde med eller som en del af det øvrige akutberedskab, f.eks. ambulancetjeneste, lægevagt/akuttelefoner og det almenmedicinske tilbud samt den kommunale sygepleje. De yderligere faglige krav til indsatsen vil blive fastlagt i kvalitetsstandarderne.

KL noterer sig, at kommunerne med overdragelsen af akutsygeplejen til regionerne ikke skal understøtte samarbejdspartnere i almen praksis, lægevagt/1813 m.v. i forhold til patienter med akutte behov henset til, at ansvaret for den akut syge patient forankres i regionerne.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at der ikke med lovforslaget stilles krav til den kommunale sygepleje, men at der med Aftale om sundhedsreform 2024 og Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen er aftalt, at der skal udvikles nye kvalitetsstandarder for den kommunale sygepleje. Sundhedsstyrelsen vil få til opgave at udvikle nye krav og anbefalinger til den kommunale sygepleje, der bl.a. kan omfatte faglige indsatser og tilrettelæggelse samt samarbejde mellem sektorer og med andre aktører. Relevante parter såsom KL vil blive inddraget i processen.

Danske Regioner og Dansk Sygeplejeråd (DSR) fremhæver begge koblingen til det kommende arbejde med etablering af hjemmebehandlingsteams, der også har nær tilknytning til akutsygeplejen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at lovforslaget alene fastlægger rammerne for den kommunale sygepleje og regionale akutsygepleje. De nærmere rammer for etableringen af de nye hjemmebehandlingsteams vil forventeligt indgå i den planlagte aftale i foråret 2026 om implementering af sundhedsreformen mellem regeringen, Danske Regioner og KL.

4.5.1. Sektorovergange, organisering og ansvar

Dansk Erhverv bemærker, at arbejdet med at flytte ansvaret for akutsygeplejen pågår samtidig med implementeringen af helhedsplejen, og opfordrer til dialog på tværs, så helhedsplejen implementeres hensigtsmæssigt.

Danske Regioner bemærker, at der anvendes forskellige formuleringer om, hvem der har ansvaret for organisering og koordinering af akutsygeplejen. Danske Regioner anbefaler, at det tydeligt præciseres, at det er regionen, der har det overordnede ansvar for organisering og koordinering af akutsygeplejen pba. drøftelse i sundhedsrådene.

KL bemærker, at udviklingen af helhedsplejen og modellen for integration af kommunale sygeplejeydelser i ældreloven skal bygge videre på de eksisterende praksisser og styrke det tætte samarbejde, herunder så organisatoriske ændringer ikke utilsigtet svækker eksisterende velfungerende tværfagligt samarbejde.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har præciseret lovforslagets bemærkninger og bemærker derudover, at spørgsmål relateret til helhedsplejen adresseres i senere lovforslag, der udmønter Aftale om sundhedsreform 2024.

4.5.2. Snitflader og ansvarsfordeling

Danske Regioner, KL og Varde Kommune bemærker, at der i det kommende arbejde med at udvikle kvalitetsstandarder for den kommunale sygepleje er behov for at tydeliggøre snitflader og ansvarsfordeling mellem akutsygepleje og kommunal sygepleje.

Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne bemærker, at begrebet almen kommunal sygepleje anvendes, uden at det er defineret hvad almen kommunal sygepleje er og opfordrer til, at det kommende arbejde med at opdatere bekendtgørelser, vejledninger m.v. samt udarbejde en ny kvalitetsstandard for

kommunal sygepleje vil blive prioriteret, så kommunerne får en klar ramme at drøfte kommunal sygepleje ud fra.

Danske Ældreråd, Dansk Sygeplejeråd og KL har opfordret til, at betegnelsen 'almen kommunal sygepleje' erstattes af 'kommunal sygepleje', som er den nuværende betegnelse. Dette henset til, at de anser betegnelsen almen som misvisende i forhold til de opgaver, den kommunale sygepleje kommer til at løfte fremadrettet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig opfordringer til det videre arbejde med kvalitetsstandarder. Ministeriet henviser til, at de nærmere regler og faglige indhold, herunder rammer for opgavedelingen mellem den kommunale sygepleje og akutsygeplejen vil blive udmøntet i efterfølgende bekendtgørelser, kvalitetsstandarder og vejledninger som beskrevet i lovforslagets bemærkninger. Sundhedsstyrelsen vil få til opgave at revidere eksisterende kvalitetsstandarder samt udarbejde nye kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje med inddragelse af relevante aktører.

Ministeriet har justeret lovforslagets lovtekst og bemærkninger, således at det i den foreslåede ændring til sundhedslovens § 138 fremgår, at kommunerne fremadrettet vil have ansvaret for den 'kommunale sygepleje' frem for at anvende begrebet 'almen kommunal sygepleje'.

4.5.3. Rådgivning og sparring på tværs

Danske Ældreråd, Dansk Sygeplejeråd, FOA, KL, Kræftens Bekæmpelse, Sjældne Diagnoser og Ældre Sagen bemærker, at det er afgørende, at der fremover er et tæt samarbejde mellem den kommunale sygepleje og den regionale akutsygepleje, herunder at det sikres, at akutsygeplejen er let tilgængelig for den kommunale sygepleje i forhold til at yde faglig støtte, samt at akutsygeplejen forpligtes til at understøtte den kommunale sygepleje gennem rådgivning og sparring.

FOA er bekymret for, at flytningen af akutsygeplejen vil påvirke de kommunalt ansattes mulighed for at få faglig rådgivning og sparring, og at tilblivelsen af en ny sektorovergang vil skabe mere dokumentation og øge behovet for koordination på tværs af sektorer.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet er enig i behovet for et tæt samarbejde mellem den kommunale sygepleje og den regionale akutsygepleje. Det fremgår af lovforslagets lovtekst og bemærkninger, at regionerne vil blive forpligtede til at tilbyde rådgivning og sparring til kommunerne for at sikre, at medarbejderne i den kommunale sygepleje vil kunne få nødvendig, faglig hjælp. Bemærkningerne giver således ikke anledning til ændringer i lovforslaget. Ministeriet henviser til, at de nærmere regler og faglige indhold, herunder rammer for opgavedelingen mellem den kommunale sygepleje og akutsygeplejen vil blive udmøntet i efterfølgende bekendtgørelser, kvalitetsstandarder og vejledninger som beskrevet i lovforslagets bemærkninger.

4.5.4. Visitation og tilgængelighed

Dansk Sygeplejeråd og Kræftens Bekæmpelse bemærker, at det er vigtigt med tydelige og ensartede henvisnings- og visitationskriterier til akutsygeplejen for at sikre klare retningslinjer, samt undgå unødige visitationsbarrierer mellem den kommunale sygepleje og regionale akutsygepleje. **KL** bemærker, at det er uklart, hvem der kan visitere til indsatser i den regionale akutsygepleje, og **Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne** påpeger ligeledes, at det er ærgerligt, hvis regional akutsygepleje kun kan ydes efter lægehenvielse. Samtidig understøtter det forbeholdte virksomhedsområde, at sygeplejersker kan handle selvstændigt. Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne håber derfor, at ændringen i lovgivningen fortsat understøtter den tilgængelighed og kontakthøjde, som kommunerne har i dag.

Kræftens Bekæmpelse bemærker, at en fremtidig organisering af akutsygeplejen skal favne alle relevante målgrupper. For at sikre lighed i adgang mener Kræftens Bekæmpelse derfor, at målgruppebeskrivelserne bør udformes bredt.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har uddybet lovforslagets bemærkninger i forhold til, hvornår regionsrådet og kommunalbestyrelsen vil have ansvaret for tildeling af relevante sygeplejefaglige indsatser for henholdsvis regional akutsygepleje og kommunal sygepleje.

Ministeriet kan desuden oplyse, at regionen således vil have ansvaret for at tildele akutsygepleje til personer med ophold i regionen, uafhængigt af boform. Som følge af lovforslaget vil der være behov for fornyede beskrivelser af arbejdsgange, herunder praksis for henvisning og tildeling. Ministeriet henviser til, at de nærmere regler og indhold, herunder rammer for opgavedelingen mellem den kommunale sygepleje og akutsygeplejen vil blive udmøntet i efterfølgende bekendtgørelser, kvalitetsstandarder og vejledninger som beskrevet i lovforslagets bemærkninger.

4.6. Genoptræning

4.6.1. Målgruppeafklaring og -definition

Danske Regioner, Dansk Selskab for Neurorehabilitering, KL og Kræftens Bekæmpelse mener, at det i lovforslaget bør fremgå, at målgruppen for almen genoptræning skal præciseres og opdateres, da de mest specialiserede dele skal flyttes til rehabilitering på specialiseret niveau. Derudover bør det fremgå, hvordan målgrupperne og krav til indhold i de forskellige niveauer af genoptræning vil blive defineret og præciseret som led i opgaveflytningen for at sikre ensartet kvalitet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har præciseret i lovforslaget, at målgruppen for almen genoptræning vil blive opdateret som led i Sundhedsstyrelsens arbejde med at revidere vejledningen. Det fremgår endvidere af lovforslaget, at som led i opgaveflytningen vil Sundhedsstyrelsen bl.a. opdatere beskrivelsen og kriterierne for de forskellige niveauer af genoptræning, herunder præcisere den faglige afgrænsning af bl.a. målgrupperne. Dette skal medvirke til en mere ensartet henvisningspraksis, når det efterfølgende omsættes til lokale retningslinjer. Sundhedsstyrelsen vil desuden gå i dialog med relevante parter om den lokale implementering.

Forenede Care mener, at § 140 om genoptræning skal opdeles i modulopbyggede forløb, der gør det muligt at navigere i komplekse forløb med gennemsigtig finansiering og ansvar, sikrer helhedsrehabilitering, glidende overgange og tværfaglighed og tager højde for individuelle behov og progression.

Varde Kommune undrer sig over, at vederlagsfri almen genoptræning kobles til sygeplejeparagrafferne, fordi følgende er indsat 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."

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at lovforslaget ikke ændrer på de faglige rammer for genoptræningsindsatser efter sundhedsloven. Derudover vil nærmere regler og indhold i sundhedsydelserne blive udmøntet i opdatering af bl.a. bekendtgørelser, og Sundhedsstyrelsen skal revidere vejledningen om genoptræning. Det vil bl.a. kunne omsættes til lokale målgruppespecifikke retningslinjer i forhold til specifikke forløb.

Ministeriet kan oplyse, at den foreslåede bestemmelse § 139 a ikke vedrører sygepleje efter §§ 138 og 139, og at den nye nummerering af § 139 a alene er af lovtekniske hensyn.

4.6.2. Genoptræningsplaner

Danske Fysioterapeuter foreslår en tilføjelse i lovforslaget om, at regionsrådet tilbyder en genoptræningsplan til patienter, der har et terapeutfagligt begrundet behov for fortsat genoptræning efter udskrivning fra sygehus, og dermed ikke kun et lægefagligt begrundet behov.

Danske Fysioterapeuter og Kræftens Bekæmpelse mener, at det er vigtigt, at overlevering af genoptræningsplaner gøres smidigt og med fleksible overgange for borgerne, samt at der bl.a. kan udvikles rammeaftaler og retningslinjer for samarbejdet.

Kost og Ernæringsforbundet mener, at en genoptræningsplan skal følges af krav om en ernæringsplan.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at de eksisterende rammer for genoptræning videreføres med lovforslaget. Dermed vurderes behovet for genoptræning ud fra en lægefaglig vurdering, ligesom fysioterapeuter ofte indgår i vurderingen af genoptræningsbehovet hos patienter på sygehuset. Næringsbehov vil kunne være en del af den samlede vurdering af patienten ifm. udarbejdning af genoptræningsplanen. Bemærkningerne giver derfor ikke anledning til ændringer i lovforslaget.

Ministeriet er enig i, at overlevering af genoptræningsplaner skal gøres smidigt og fleksibelt. Det fremgår bl.a. af vejledningen om genoptræning, at genoptræningsplanen skal indeholde den tilstrækkelige, fagligt relevante og nødvendige information vedrørende det fortsatte genoptræningsbehov. Derudover skal Sundhedsstyrelsen bl.a. revidere vejledningen om genoptræning, hvilket bl.a. skal understøtte mere ensartet henvisningspraksis til genoptræning. Det vil efterfølgende skulle omsættes til lokale retningslinjer, og Sundhedsstyrelsen vil desuden gå i dialog med relevante parter ifm. den lokale implementering.

4.6.3. Ønske om større opgaveflytning af genoptræning

Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter og Hjernesagen rejser en kritik og bekymring i forhold til Sundhedsstyrelsens faglige arbejde og afgrænsningsnotat vedrørende opgaveflytningen af de mest specialiserede dele af avanceret genoptræning til rehabilitering på specialiseret niveau, særligt i forhold til om opgaveflytningen er tilstrækkelig, og om der sikres genoptræningsindsatser i høj kvalitet for alle patienter med behov for specialiserede indsatser. De påpeger bl.a., at det er lavet på et ufuldstændigt grundlag, og at der er usikkerhed om afgrænsningen af målgruppen, som flyttes fra kommuner til regioner.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det er vigtigt, at borgere med de mest specialiserede genoptræningsbehov modtager de rette genoptræningsindsatser af høj kvalitet. Ministeriet vil derfor bede Sundhedsstyrelsen igangsætte en afdækning af genoptræningsområdet. Afdækningen vil både bestå af en kvantitativ og en kvalitativ analyse, som bl.a. skal belyse visitationspraksis, herunder variation på tværs af landet, målgrupper og forløbenes karakter, med særligt fokus på avanceret genoptræning. Afdækningen forventes at kunne være færdig primo 2027. Tidsperspektivet for afdækningen skal ses i sammenhæng med, at den kvantitative del af afdækningen vil kræve nationale data om den kommunale genoptræningsindsats, som tidligst forventes at være tilgængelig i nationale registre i Sundhedsdatastyrelsen medio 2026 på baggrund af implementeringen af Fælles Sprog III. Fælles Sprog III er en fælleskommunal datastandard, som sikrer ensartede nationale data, hvor det bl.a. er muligt at se, hvilke tilstande patienterne har, samt hvilke indsatser de får. Indberetningerne på genoptræningsområdet vil også indeholde oplysninger om, hvorvidt en indsats bevilges på basalt eller avanceret niveau, hvilket ikke registreres nationalt i dag. Det forventes således at være muligt at få en bedre indsigt i det kommunale genoptræningsområde. På baggrund af afdækningens resultater vil aftalekredsen drøfte relevante mulige tiltag i forhold til at styrke genoptræningsindsatsen. Det vil f.eks. kunne være ved at indføre forpligtende kvalitetsstandarder. Afdækningen skal samtidig danne fagligt grundlag for udvikling af nationale visitationsretningslinjer til de forskellige niveauer af genoptræning efter sundhedsloven efter udskrivning fra sygehuset for at understøtte hensigtsmæssig og ensartet henvisningspraksis på tværs af landet.

4.6.4. Samarbejde og koordinering på tværs af sektorer

Danske Regioner, Dansk Erhverv, KL og Varde Kommune påpeger, at koordinering ifm. genoptræning og andre samtidige indsatser er vigtigt, og at det fremgår uklart af lovforslaget, hvem der har ansvar for hvilke dele ifm. bl.a. rehabilitering på specialiseret niveau, herunder samspillet med kommunernes indsatser efter anden lovgivning og visitering hertil. Det bemærkes videre, at sundhedsrådenes rolle i forhold til at sikre sammenhængende forløb kan medføre forskel i kvalitet på tværs af sundhedsrådene.

KL ønsker præcision af regionens ansvar for løbende opfølgning på patientens fremskridt og dialog til kommune, almen praksis og de pårørende. KL finder det uklart, hvem der har ansvaret for at tage hånd om patienten, hvis vedkommende ikke er klar til at modtage specialiseret rehabilitering, og vedkommende f.eks. ikke kan klare sig i eget hjem.

Hjernesagen opfordrer til en koordinerende funktion ved genoptræning under rehabilitering på specialiseret niveau og avanceret niveau, som er forankret i de fremtidige sundhedsråd, og er fælles finansieret af både kommuner og regioner mhp. at bevare de nuværende hjerneskadekoordinatorer i kommunerne. **KL** påpeger desuden, at ikke alle kommuner har en hjerneskadekoordinator, hvilket læsning af lovforslaget kan give opfattelsen af.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet er enig i, at koordinering ifm. genoptræning og samtidige indsatser efter anden lovgivning end sundhedsloven er vigtigt. Med lovforslaget videreføres gældende regler om, at både regioner og kommuner er ansvarlige for koordination og opfølgning ifm. et genoptræningsforløb og desuden at koordinere i forhold til relevante indsatser efter anden lovgivning. Det kan være relevant for borgere, hvor genoptræningen f.eks. af sundhedsfaglige hensyn skal opstartes senere, men hvor borgeren samtidig har behov for andet ophold, fordi vedkommende ikke kan være i eget hjem. Det er også en stor del af indsatsen, som koordineres i dag. Det fremgår også af eksisterende bekendtgørelser og vejledninger om genoptræning, som vil blive opdateret, som følge af lovforslaget, herunder i forhold til myndighedernes forpligtelser i forhold til koordinering og sikring af sammenhængene forløb.

Ministeriet har i lovforslagets bemærkninger præciseret, at ikke alle kommuner har hjerneskadekoordinatorer.

Danske Regioner anfører, at lovbemærkningerne tolkes som, at regionerne vil kunne trække på det regionale socialområde til at levere rehabilitering på specialiseret niveau, men finder, at det står uklart og bør præciseres, at de kan det.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker i lighed med Danske Regioner, at det fremgår flere steder af de relevante dele af lovforslaget, at der kan tilvejebringes tilbud ved at etablere tilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftale med et andet regionsråd, kommunalbestyrelse eller private institutioner. Institutioner henførende til det regionale socialområde såvel som eventuelle regionale institutioner efter anden lovgivning er således indeholdt heri. Det fremgår dog eksplicit, at hvis en borger har behov for døgn dækkende indsatser, kan det ikke foregå på regionernes sundheds- og omsorgspladser.

Dansk Cardiologisk Selskab og **Kræftens Bekæmpelse** påpeger, at rehabilitering spreder sig over flere paragraffer i sundhedsloven, hvilket kan skabe uklarhed og føre til udfordringer i forhold til at sikre ensartet kvalitet i indsatserne og forebygge indlæggelser.

Hjerteforeningen påpeger en bekymring for, hvordan hjerterehabilitering skal varetages fremover, og at der kan ske sammenhængsproblematikker i forhold til patientrettet forebyggelse og genoptræning efter sundhedsloven.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at der i regi af Kræftplan V igangsættes et projekt, som bl.a. skal se på, hvordan man kan understøtte en mere systematisk og ensartet henvisningspraksis til hhv. rehabiliteringstilbud efter § 119 og genoptræning efter § 140 i sundhedsloven. Derudover reviderer Sundhedsstyrelsen bl.a. vejledningen om genoptræning, som bl.a. skal understøtte en mere ensartet henvisningspraksis til genoptræning. Projektet vil have et særligt fokus på kræftområdet.

4.6.5. Genoptræning på sundheds- og omsorgspladser

Danske Regioner, Dansk Selskab for Neurorehabilitering, KL og Ældre Sagen finder det uklart, hvordan genoptræning skal varetages på de regionale sundheds- og omsorgspladser. Herunder i forhold til håndtering af genoptræningsplanen, vurdering af behov for basal eller avanceret genoptræning, sikring af en ensartet indsats uanset driftsansvaret, og omfanget af regionens forpligtelse til at tilbyde almen genoptræning under opholdet. Derudover er der bemærkninger vedrørende overgangen til den efterfølgende kommunale indsats.

Danske Regioner og **KL** beder om uddybning af, hvor rehabilitering på specialiseret niveau skal tilbydes i regionalt regi, og om det må være på samme matrikel som en sundheds- og omsorgsplads.

Varde Kommune påpeger, at der ikke fremgår en frist for opstart af genoptræning på en sundheds- og omsorgsplads.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i lovforslagets bemærkninger præciseret, at genoptræning til borgere, som udskrives med en genoptræningsplan til almen genoptræning, og som har behov for ophold på en sundheds- og omsorgsplads, vil skulle modtage genoptræningsindsatser svarende til genoptræning efter den foreslåede § 139 a, og at det er regionen, som varetager genoptræningsindsatsen, så længe borgeren har brug for ophold på en plads. Ligeledes har ministeriet præciseret, at regionerne kan oprette pladser til rehabilitering på specialiseret niveau på samme matrikel som sundheds- og omsorgspladser.

Ministeriet kan derudover oplyse, at genoptræningsindsatsen vil skulle opstartes hurtigst muligt for borgere udskrevet fra sygehuset med en genoptræningsplan efter sundhedslovens § 84, medmindre sundhedsfaglige forhold tilsiger en senere opstart.

De nærmere krav til bl.a. genoptræningsindsatsen på pladserne, herunder det sundhedsfaglige indhold og overgang til kommunen, vil kunne beskrives i de kommende kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladserne.

Hjernesagen opfordrer til en undersøgelse og vurdering af, om patienter, som tidligere er opkrævet betaling for ophold på en plads af kommunerne, bør have tilbagebetalt deres egenbetaling.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at ophold på sundheds- og omsorgspladser vil være vederlagsfri, hvormed der gøres op med tidligere mulige uklarheder i praksis i forhold til, hvornår der kan opkræves egenbetaling for et ophold efter sundhedsloven. Det er og vil fortsat være muligt at opkræve egenbetaling for ophold, der er bevilget som del af serviceloven eller ældreloven.

4.6.6. Inddragelse af private leverandører og frit valg til genoptræning

Dansk Erhverv og **Dansk Selskab for Neurorehabilitering** opfordrer til at bruge eksisterende privat kapacitet og den mangeårige viden, der er opbygget på genoptræningsområdet. Det findes uklart, hvordan fremtidigt samarbejde med private leverandører vil blive og udtrykker bekymring for, om eksisterende vidensmiljøer vil gå tabt og føre til afspecialisering. **Dansk Erhverv** og **Forenede Care** opfordrer til, at der med lovgivningen skal være direkte adgang til private leverandører af genoptræning og skal indskrives som en del af den primære opgaveløsning frem for, at der er en tidsfrist på syv dage.

Dansk Erhverv konstaterer, at forud for lovforslagets tilblivelse har Sundhedsstyrelsen forsøgt at tilvejebringe data om brug af private leverandører på avanceret og specialiseret niveau uden at række ud til de private leverandører.

Danske Ældreråd, KL og Sundhed Danmark påpeger, at der skal informeres tydeligt og systematisk om borgers ret til frit valg til genoptræning efter syv dage, og at der igangsættes en indsats for at informere

borgerne. KL mener, at kriteriet for frit valg til genoptræning efter syv dage bør skrives mere tydeligt frem i lovforslaget, når det tilpasses til også at omfatte regionsrådet.

Forenede Care mener, at der bør stilles nationale krav til leverandører af specialiseret neurorehabilitering, herunder i forhold til kapacitet, helhedsrehabilitering, adgang til fagligheder og dokumentation af effekt.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at de eksisterende regler for genoptræning videreføres med lovforslaget, og for at afklare mulige misforståelser vil ministeriet understrege, at der ikke ændres i gældende regler for brugen af private leverandører udover opgaveflyttet af myndigheds- og finansieringsansvaret herfor. Det betyder også, at der ikke sker ændringer for så vidt angår muligheden for at samarbejde med private leverandører og myndighedernes forpligtelser ifm. genoptræning, som også gælder for private leverandører, som kan varetage indsatsen på kommuner og regioners vegne efter aftale. Derudover videreføres mulighederne for at stille krav til private leverandørers levering af genoptræning samt forpligtelsen til at informere om frit valg, hvor gældende bekendtgørelser bl.a. opdateres som led i opgaveflytningen.

Ministeriet forventer endvidere, at regioner og kommuner gør brug af den samlede kapacitet i sundhedsvæsenet ifm. varetagelse af genoptræningsindsatserne og retten til frit valg af genoptræning efter syv dage. Kommuner og regioner vil udover reglerne for frit valg også kunne indgå aftaler med private leverandører om tilbud om genoptræning inden for de lovgivningsmæssige rammer i udbudsreglerne.

Ministeriet har i sin dialog med Danske Regioner fået tilsagn om, at de også er optagede af, at rehabilitering på specialiseret niveau skal udføres med solide faglige kompetencer i stærke vidensmiljøer. Danske Regioner er vidende om, at der gennem mange år er oparbejdet relevante kompetencer hos private leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau. Danske Regioner vil sørge for, at der bliver indgået relevante aftaler, så det er muligt, at regionerne kan anvende de private tilbud, ligesom regionerne vil gå i dialog med nuværende private leverandører for at afdække, hvordan de fortsat kan bidrage til opgaven. Ministeriet vil følge området og den fremadrettede anvendelse af private leverandører og fortsætte dialogen med Danske Regioner herom.

Ministeriet kan desuden oplyse, at formålet med Sundhedsstyrelsens faglige arbejde var at afdække, hvilke dele af den mest specialiserede del af avanceret genoptræning, som kan omfattes af opgaveflytningen. Det har således ikke været formålet med det faglige arbejde at afdække brugen af private leverandører.

4.6.7. Geografisk tilgængelighed

Kræftens Bekæmpelse påpeger at der er en risiko for geografisk ulighed i adgangen til specialiserede tilbud, og at det er uklart, hvordan både nærhed og tilgængelighed til regionale tilbud vil blive sikret – særligt for patienter uden bil, netværk eller i yderområder. Der bør derfor være fokus på at sikre geografisk dækning og tilgængelighed og både patienters ventetid og afstand til tilbud bør monitoreres.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at geografisk nærhed er en væsentlig faktor, men at det med opgaveflytningen for særligt rehabilitering på specialiseret niveau har været et hensyn til faglig bæredygtighed, hvor det kan være nødvendigt at samle indsatsen for små målgrupper med komplekse behov, så både volumen og kompetenceniveau kan opretholdes, hvilket bl.a. er beskrevet nærmere i lovforslagets bemærkninger og har været overvejelsen bag Sundhedsstyrelsens notat om 'Ændret ansvar for rehabilitering på specialiseret niveau og den mest specialiserede del af genoptræning på avanceret niveau'. Ministeriet bemærker desuden, at de gældende muligheder for befordring og befordringsgodtgørelse til genoptræning videreføres med lovforslaget. Ministeriet bemærker videre, at der skal gennemføres et eftersyn af reglerne om befordring og befordringsgodtgørelse i sundhedsloven med fokus på, at reglerne skal være mere gennemskuelige.

4.7. Sundheds- og omsorgspladser

Danske Regioner og KL bemærker, at forårsaftalen skal afspejles tydeligere i lovforslagets del om etablering af sundheds- og omsorgspladser, herunder bl.a. i forhold til målgruppe, principper for visitationen og

formålet med det rehabiliterende sigte. Danske Regioner påpeger bl.a., at det bør fremgå, at borgere med et primært behov for palliation ikke er i målgruppen. KL finder desuden, at der lægges for stor vægt på at skabe sammenhæng til sygehusindsatserne frem for overgangen til eget hjem.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at lovforslagets bemærkninger er justeret med henblik på i højere grad at afspejle Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen i forhold til sundheds- og omsorgspladser. Herunder i forhold til målgruppe og principper for kommende visitations- og afslutningskriterier. Det er bl.a. præciseret i overensstemmelse med forårsaftalen, at det primære kriterium for tildeling af ophold vil være behovet for sundhedsfaglige indsatser som observation, pleje og/eller behandling og genoptræning. Basal palliation udgør i sig selv ikke et sådant kriterium, men en basal palliativ indsats forventes ofte at indgå som en del af et samlet forløb.

I overensstemmelse med Aftale om sundhedsreform 2024 fremgår det fortsat af lovforslagets bemærkninger, at etableringen af sundheds- og omsorgspladserne bl.a. skal skabe mere sammenhæng til sygehusindsatserne. Hensigten er f.eks. at sikre, at sundhedsfaglige medarbejdere på pladserne har let adgang til rådgivning og sparring fra relevante specialister på sygehusene.

4.7.1. Visitation til sundheds- og omsorgspladser

Danske Patienter bemærker, at princippet om, at borgere i målgruppen for ophold på sundheds- og omsorgspladser har behov for lægefaglige kompetencer, er for restriktiv. Der bør også være opmærksomhed på snitfladen mellem sundheds- og omsorgspladserne og kommunale midlertidige pladser i implementeringen.

Danske Regioner efterspørger præcisering af, at en region og kommune skal kunne visitere og tildele ophold på sundheds- og omsorgspladser samtidigt. Derudover påpeger Danske Regioner, at der i forhold til målgruppen ikke bør skelnes mellem udskrivning fra hhv. psykiatrisk eller somatisk sygehusafdeling.

Kirkens Korshær påpeger en risiko for, at udsatte borgere afskæres fra adgang til sundheds- og omsorgspladserne, da det kan være vanskeligt at vurdere, om gruppen tilhører målgruppen. Der påpeges også risiko for, at udsatte borgeres sundhedsfaglige behov ikke vurderes som komplekse, på trods af behov for lægefaglig støtte i lyset af deres samlede situation.

KL bemærker, at ophold på sundheds- og omsorgspladser også kan tilskrives andre årsager end alene behov for tæt adgang til lægelige kompetencer f.eks. hensyn til organisatorisk bæredygtighed.

Varde Kommune finder det uklart, hvem der har kompetencen til at vurdere, om den rehabiliterende indsats kan tilrettelægges hensigtsmæssigt i borgerens hjem. Varde Kommune bemærker derudover, at det i tilfælde af at en kommune varetager visitationen er uklart, hvem der skal finansiere dette. Endvidere bemærker Varde Kommune, at der er borgere, som uden forudgående indlæggelse vil kunne have gavn af ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

Ældre Sagen bemærker, at lovforslaget bl.a. ikke i tilstrækkelig grad tydeliggør kriterier for ophold. Det fremstår også uklart, om visitationen skal foretages af en enhed, der ikke er tydeligt defineret. Det er heller ikke tydeligt, hvordan det afgøres, om en borger ikke er i målgruppen som følge af primært behov for indsats efter service- eller ældrelov.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det fremgår af lovforslagets bemærkninger, at regionen vil skulle tildele ophold på en sundheds- og omsorgsplads på baggrund af en konkret sundhedsfaglig helhedsvurdering af, om den enkelte borger opfylder kriterierne for ophold. Det er derudover hensigten, at f.eks. sygehusafdelinger, den kommunale sygepleje og almenmedicinske tilbud kan henvise borgere til en

sundheds- og omsorgsplads med henblik på at opnå en nærmere vurdering. Sundhedsstyrelsens kommende kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser vil beskrive nærmere visitations- og afslutningskriterier for sundheds- og omsorgspladser.

Tildelingen af ophold på sundheds- og omsorgspladser vil skulle foregå uafhængigt af, hvor borgeren forudgående har opholdt sig. Borgere vil eksempelvis skulle tildeles ophold på en sundheds- og omsorgsplads efter udskrivelse fra en somatiske eller psykiatrisk sygehusafdeling eller fra eget hjem, hvis de på baggrund af en sundhedsfaglig helhedsvurdering vurderes at opfylde kriterierne for et ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

Målgruppen vil f.eks. ikke omfatte borgere, der primært har behov for personlig pleje og praktisk hjælp som led i helhedspleje efter ældreloven eller personlig pleje og praktisk hjælp efter serviceloven. Det forventes, at denne gruppe overvejende vil bestå af borgere, der, set fra et sundhedsfagligt perspektiv, er i stabile forløb, hvor indsatserne i nogen grad er forudsigelige, og der ikke er behov for akutte justeringer i indsatser og behandlingsplan.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i lovforslagets bemærkninger præciseret, at borgernes behov for adgang til lægefaglige kompetencer kan variere i omfang og karakter inden for målgruppen for sundheds- og omsorgspladser. For nogle borgere vil behovet for tilstedeværelse af lægefaglige kompetencer være med henblik på f.eks. løbende justeringer af behandlingsplan. Derudover vil det faste sundhedsfaglige personale kunne have behov for let adgang til at modtage lægefaglig sparring og rådgivning om borgere. Det er ligeledes præciseret, at tildeling af ophold kan foretages af f.eks. en medarbejder på sundheds- og omsorgspladsen.

Et regionsråd og en kommunalbestyrelse eller flere kommunalbestyrelser vil endvidere kunne indgå samarbejde efter den foreslåede § 118 d i sundhedsloven om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, herunder sundheds- og omsorgspladser. Et sådant samarbejde vil også kunne omfatte overdragelse af ansvaret for tildeling af ophold på sundheds- og omsorgspladser til en kommune. Den nye bestemmelse erstatter samtidig det stykke af § 118 e vedrørende sundheds- og omsorgspladser (tidligere § 118 d, stk. 4, i høringsversionen af lovforslaget), hvorefter en kommunalbestyrelse eller et andet regionsråd, der tilvejebringer et tilbud om sundheds- og omsorgspladser efter § 118 e, stk. 3, vil kunne visitere borgere til tilbuddet på vegne af regionen.

4.7.2. Tilrettelæggelse af sundhedsfaglige indsatser ved ophold på sundheds- og omsorgspladser

Dansk Cardiologisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin og Hjerteforeningen bemærker, at en stor andel af borgere på sundheds- og omsorgspladserne forventes at have behov for indsatser med palliativt sigte. Herunder lægger Dansk Cardiologisk Selskab og Dansk Selskab for Almen Medicin bl.a. vægt på, at der skal foretages vurdering af udrednings- og behandlingsniveau.

Danske Regioner bemærker, at det bør fremgå af lovforslagets bemærkninger, at kommune og region er forpligtet til at samarbejde om de sundhedsfaglige indsatser i borgerens hjem, hvis en borger ikke ønsker ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

Dansk Selskab for Almen Medicin efterspørger, at det fremgår, hvem der varetager en tovholderfunktion under ophold. Dansk Selskab for Almen Medicin foreslår, at både kontakt fra plejepersonalet og konferencer med sygehusspecialister skal gå gennem den læge, der fungerer som tovholder.

KL efterspørger, at regionen skal monitorere anvendelsen af bl.a. kapaciteten og indsatser, herunder genoptræningsindsatser, på sundheds- og omsorgspladserne.

Sjældne Diagnoser bemærker, at regionalt ansvar for sundheds- og omsorgspladser bør sikre mere kvalificeret pleje.

Ældre Sagen bemærker, at der bør udarbejdes en helhedsorienteret plan for et ophold, samt at bl.a. almen genoptræning, ernæringsindsats, tandpleje og basal sygepleje bør være en del af den sundhedsfaglige indsats.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har noteret sig forslag og opfordringer til det videre arbejde med kvalitetsstandarder. Sundhedsstyrelsens kommende kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser vil bl.a. kunne fastsætte nærmere krav og anbefalinger om sundhedsfagligt indhold under ophold på sundheds- og omsorgspladser og en række andre forhold som monitorering.

I forlængelse heraf bemærker Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at det fremgår af lovforslagets bemærkninger, at basale palliative indsatser vil være omfattet af de sundhedsfaglige indsatser, der kan varetages på sundheds- og omsorgspladserne og henviser til høringsnotatets afsnit om 4.1 i forhold til palliative tilbud og afsnit 4.7 i forhold til ensretning til forårssaftalen.

Ministeriet har i lovforslagets bemærkninger præciseret, at hvis en borger i målgruppen for sundheds- og omsorgspladser vælger ikke at tage imod et tilbud om ophold, bør relevante myndigheder samarbejde om at tilrettelægge alternative løsninger ud fra borgerens konkrete situation og behov.

4.7.3. Tilrettelæggelse af socialfaglige og øvrige indsatser ved ophold på sundheds- og omsorgspladser

Dansk Selskab for Patientsikkerhed bemærker, at det ikke fremgår klart, om borgere vil have adgang til kommunale socialfaglige indsatser under ophold.

KL bemærker, at det ikke fremgår klart, hvilke socialfaglige indsatser en borger skal kunne modtage fra kommunen under ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

Røde Kors foreslår, at det skal fremgå af lovforslagets bemærkninger, at sygehusene kan henvise til Røde Kors' omsorgscentre for borgere, der ikke er i målgruppen for sundheds- og omsorgspladser.

KL, Kirkens Korshær og Rådet for Socialt Udsatte efterspørger afklaring af håndtering og ansvar for bl.a. socialtandpleje og alkohol- og stofbehandling under ophold. Rådet for Socialt Udsatte foreslår også, at bopælskommunen medfinansierer ophold for borgere, hvis sundhedsmæssige behov relaterer sig til deres sociale situation.

Socialpædagogerne efterspørger uddybning af, at borgere i botilbud ofte har et særligt behov for håndtering af sundhedsfaglige indsatser i vante rammer.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at kommunen vil kunne koordinere relevante socialfaglige indsatser under et ophold på en sundheds- og omsorgsplads. I sådanne tilfælde vil det være vigtigt, at regionen gør kommunen opmærksom på eventuelle behov for sådanne indsatser, så kommunen kan vurdere behovet for at videreføre eller igangsætte socialfaglige indsatser.

Ministeriet har i lovforslagets bemærkninger præciseret, at det blandt andet vil kunne være relevant, at kommunen vurderer, om det er hensigtsmæssigt at fastholde borgerens kontakt til f.eks. en støtte- og kontaktperson under borgerens ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Det vil desuden kunne være relevant, at kommunen under opholdet har mulighed for at fortage en vurdering af, om en borger med f.eks. nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne skal visiteres til et socialfagligt tilbud eller indsats efter afsluttet ophold, f.eks. botilbud. Sundhedsstyrelsens kommende kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser vil bl.a. kunne beskrive sammenhængen til kommunale tilbud og indsatser nærmere.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker desuden, at det fremgår af lovforslagets bemærkninger, at det vil være væsentligt at vurdere den enkelte borgers behov for rette type af indsats og tilbud. Dette omfatter også hensyntagen til de forskellige behov, som borgere i botilbud kan have.

Endelig vurderer Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at forslag om henvisning til omsorgscentre og etablering af en særskilt finansieringsordning i relation til socialt udsatte borgere ligger uden for rammerne af det aktuelle lovforslag.

4.7.4. Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser

Danske Patienter og Kræftens Bekæmpelse foreslår, at Sundhedsstyrelsen forpligtes til at udarbejde kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladserne.

Danske Regioner bemærker, at den nærmere beskrivelse af adgang til lægeressourcer og faglige kompetencer bør indgå i kvalitetsstandarder og ikke fastsættes i lovforslagets bemærkninger.

Dansk Sygeplejeråd, FOA, Kræftens Bekæmpelse og Lægeforeningen inddrages gerne i udarbejdelse af kommende kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser.

Dansk Sygeplejeråd efterspørger bl.a. præcisering af lægefagligt ansvar, kontaktmuligheder samt krav til kompetenceniveau.

Danske Ældreråd efterspørger let adgang til lægefaglige specialistkompetencer, herunder geriatrike, og at der sikres kontinuitet i overgangene mellem sygehus, pladserne og eget hjem.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig forslag og opfordringer til det videre arbejde med kvalitetsstandarder. Det fremgår af Forårsaftalen 2025 om implementering af sundhedsreformen, at Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser forventes udarbejdet ultimo 2025.

Ministeriet bemærker endvidere, at Sundhedsstyrelsen med inddragelse af relevante aktører skal udarbejde kvalitetsstandarder, som bl.a. kan omfatte krav og anbefalinger om målgruppe, faglige indsatser og tilrettelæggelse, kompetencer og uddannelse, udstyr, kvalitetssikring og registrering, monitorering, samarbejde mellem sektorer og andre aktører, myndighedsansvar og rådgivning.

4.7.5. Placering af sundheds- og omsorgspladser

Dansk Erhverv opfordrer til, at kapaciteten i de eksisterende pladser på kommunale, selvejende og private plejehjem sammentænkes med den nye model for sundheds- og omsorgspladser.

Danske Patienter og Kræftens Bekæmpelse foreslår, at der stilles krav om geografisk nærhed i forhold til placering af sundheds- og omsorgspladserne for at undgå, at pladserne placeres på for få matrikler eller placeres i en anden region. **Dansk Selskab for Almen Medicin og Dansk Selskab for Palliativ Medicin** anbefaler, at sundheds- og omsorgspladser og kommunale midlertidige pladser placeres på samme lokation for at undgå fragmenterede behandlingsforløb.

Danske Seniorer bemærker, at borgere ikke bør flyttes fysisk mellem regionale sundheds- og omsorgspladser og kommunale midlertidige pladser alene som følge af, at myndighedsansvaret overgår fra region til kommune, f.eks. hvis borgeren afventer en plejehjemsplads efter afsluttet ophold. **Ældre Sagen** bemærker, at der ikke må skabes en ekstra overgang, hvor ældre flyttes fra sygehus til en sundheds- og omsorgsplads og derfra videre til midlertidig kommunal plads.

Varde Kommune bemærker, at sundhedsrådene bør definere, hvor og hvordan pladserne tilvejebringes, så kommuner har indflydelse herpå.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det fremgår af lovforslagets afsnit om overvejelser bag etablering af sundheds- og omsorgspladser, at der med Aftale om sundhedsreform 2024 er aftalt, at sundheds- og omsorgspladser som udgangspunkt skal være til stede i alle kommuner, medmindre hensyn til faglig og organisatorisk bæredygtighed taler imod. Denne målsætning fremgår også af Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen mellem regeringen, Danske Regioner og KL. Sundhedsstyrelsens kommende kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgspladser vil derudover kunne fastsætte nærmere krav og anbefalinger om bl.a. kapacitet for sundheds- og omsorgspladser med udgangspunkt i reformaftalens målsætning. Endvidere skal den kommende afregningsordning for sundheds- og omsorgspladser understøtte, at kommunerne i en overgangsperiode efter afsluttet ophold har mulighed for at anvende sundheds- og omsorgspladser i stedet for kommunale ventepladser for dermed at minimere antallet af overgange i borgerens forløb.

Ministeriet bemærker endvidere, at regioner og kommuner i bl.a. sundhedsrådene vil kunne samarbejde om planlægning af sundheds- og omsorgspladserne, så disse understøtter sammenhængende forløb for borgerne. Sundhedsrådene vil f.eks. kunne have fokus på gode rammer for hjemtagning, f.eks. ved at samarbejde om at begrænse antallet af overgange i borgerens forløb. Sundheds- og omsorgspladser kan f.eks. ligge på en regional matrikel eller en kommunal matrikel, som regionen har råderet over f.eks. via leje- og leasingaftale.

4.7.6. Rammer og kvalitetskontrol for sundheds- og omsorgspladser

Danske Patienter bemærker, at der bør fastsættes krav om løbende kvalitetskontrol, samarbejde med kommuner og almen medicinske tilbud, når regionen indgår aftale om driften med en ekstern aktør.

Kræftens Bekæmpelse bemærker, at der bør opstilles kriterier for løbende kontrol med kvaliteten af indsatsen i henhold til lovgivning og standarder samt fastsættes krav til samarbejde med kommuner og almenmedicinske tilbud ved overdragelse af driften til anden aktør.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at Sundhedsstyrelsen udarbejder kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgspladser med forpligtende kvalitetskrav og -anbefalinger. Andre regionsråd, kommunerne og private institutioner, der driver sundheds- og omsorgspladser på vegne af regionen, vil skulle kunne leve op til relevante krav for sundheds- og omsorgspladser, herunder for krav der følger af de kommende kvalitetsstandards. Regionerne vil have myndighedsansvar for opgavevaretagelsen på sundheds- og omsorgspladserne, også i tilfælde hvor driften er udlagt til andre aktører. Det indebærer, at regionerne vil skulle sikre, at kvaliteten af tilbuddene lever op til både lovgivningsmæssige krav og standarder for området.

Danske Patienter og **Kræftens Bekæmpelse** bemærker, at den kommende afregningsordning for sundheds- og omsorgspladser ikke må medføre uhensigtsmæssige incitamenter i forbindelse med sundhedsfaglige vurderinger af behovet for ophold.

KL bemærker, at man forventer at blive inddraget i det løbende arbejde med at fastsætte rammerne for pladserne, henset til at ministeren opnår bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har noteret sig de fremsatte overvejelser til det videre arbejde med afregningsmodellen og forventer i et kommende lovforslag at etablere en særskilt afregningsordning i relation til sundheds- og omsorgspladserne for bl.a. at understøtte, at kommunerne vil have et medansvar for borgerne, der opholder sig på pladserne, og at disse vil kunne komme hjem, når det kan lade sig gøre med den fornødne kommunale hjælp og omsorg.

Ministeriet har i lovforslagets bemærkninger præciseret, at indenrigs- og sundhedsministerens bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler om omfanget af og kravene til sundheds- og omsorgspladser alene

forventes at vil blive anvendt i det omfang, der vil opstå behov herfor, eksempelvis for at forebygge uklarhed om ansvarsplacering.

Danske Regioner foreslår præcisering af kommunernes ansvar for at videregive rettidig og relevant information om borgernes behov, særligt når en borger tildeles ophold på en sundheds- og omsorgsplads direkte fra eget hjem.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i lovforslagets bemærkninger præciseret, at det vil kunne være relevant, at kommunen videregiver oplysninger, f.eks. om borgerens sundhedstilstand, til regionen, eksempelvis i nogle situationer, hvor en borger overgår fra eget hjem til et midlertidigt ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Der henvises i øvrigt til høringsnotatets afsnit 4.2.3.2 om samarbejde på tværs af sektorgrænser.

4.7.7. Medicin på sundheds- og omsorgspladserne

Danmarks Apotekerforening bemærker, at regionen ved afslutning af ophold på en sundheds- og omsorgsplads bør give apoteket besked om, hvor borgeren skal opholde sig samt sikre, at de nødvendige recepter foreligger med henblik på at undgå forsinket levering af medicin.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det forventes, at regionen i forbindelse med udskrivning af en patient sikrer koordinering mellem relevante aktører i sundhedsvæsenet. Ligeledes forventes det, at den behandlingsansvarlige læge sikrer, at patienten får ordineret den nødvendige medicin.

Danmarks Apotekerforening mener, at personer på sundheds- og omsorgspladser skal købe deres medicin fra et apotek, idet foreningen lægger til grund, at sygehusapoteker ikke kan levere lægemidler til disse pladser.

Danske Regioner mener, at sundheds- og omsorgspladser skal betragtes på samme måde som regionens egne sygehuse eller dertil knyttet behandlingsinstitutioner, og at de derfor vil være omfattet af de samme regler for medicinindkøb og -distribution. Det vil bl.a. indebære, at sygehusapotekerne kan indkøbe og levere lægemidler samt andre relevante varer til de regionale sundheds- og omsorgspladser, og at de kan anvende samme systemer til registrering og monitorering. Dette er i følge Danske Regioner vigtigt for at sikre sammenhæng i indsatserne mellem sygehusene og sundheds- og omsorgspladserne.

Danske Regioner bemærker, at lovforslaget ikke forholder sig til rammerne for medicin i akutsygeplejen. For at sikre, at akutsygeplejen fremover kan planlægges og koordineres i sammenhæng med øvrige regionale funktioner vurderer Danske Regioner, at det er afgørende, at de gældende regler for medicinopbevaring, udlevering, indkøb, distribution m.v. i regional regi, også gælder for akutsygeplejen.

Danske Ældreråd, KL, Kræftens Bekæmpelse og Ældre Sagen mener, det er vigtigt, at der er adgang til vederlagsfri medicin som del af opholdet på sundheds- og omsorgspladser. **Kræftens Bekæmpelse** undrer sig over, at borgerne skal afholde medicinudgifterne under opholdet, når ophold på de regionale sundheds- og omsorgspladser er vederlagsfri.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at ophold på sundheds- og omsorgspladserne vil være vederlagsfri. Det indebærer, at borgerne ikke kan opkræves egenbetaling for kost, linned, tøjvask og lignende under ophold, som det også fremgår af lovforslagets bemærkninger.

Ministeriet bemærker desuden, at det ifm. Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen er aftalt, at Danske Regioner og Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil drøfte muligheder for at sikre effektiv medicinbestilling, dokumentation og monitorering af medicinforbrug på sundheds- og omsorgspladser samt i forbindelse med akutsygeplejen.

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

4.8. Horisontale samarbejdsaftaler

Danske Regioner, KL, Kommunale Velfærdschefer, Hjernesagen, Danske Patienter, Dansk Sygeplejeråd, Tandlægeforeningen, Reddernes Fagforening og Hjerteforeningen er positive over for muligheden for at kunne indgå horisontale samarbejdsaftaler. **Danske Patienter** fremhæver, at horisontale samarbejdsaftaler kan bidrage til høj kvalitet i opgaveflytningen, da man således kan bygge videre på eksisterende løsninger med høj kvalitet. **Hjerteforeningen** fremhæver, at horisontale samarbejdsaftaler er et vigtigt værktøj til at gøre det muligt for sundhedsrådene at finde de lokale løsninger, som understøtter den bedst mulige kvalitet i opgaveløsningen.

Dansk Industri, Dansk Erhverv og Selveje Danmark er kritiske over for muligheden for at kunne indgå horisontale samarbejder.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har noteret sig høringsparternes generelle opbakning til muligheden for at indgå horisontale samarbejdsaftaler. Indenrigs- og Sundhedsministeriet henviser til ministeriets bemærkninger nedenfor for så vidt angår høringssvar fra Dansk Industri, Dansk Erhverv, Selveje Danmark med flere.

4.8.1. Sammenhæng på tværs af sektorer

KL bemærker, at de horisontale samarbejdsaftaler giver parterne mulighed for at etablere tværsektorielle samarbejder med det formål at sikre bedre og mere sammenhængende tilbud til borgerne.

Reddernes Fagforening finder, at horisontale samarbejdsaftaler kan være med til at øge samarbejdet mellem regioner og kommuner og skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen.

Tandlægeforeningen anerkender intentionen om at skabe mere fleksible samarbejdsmodeller mellem regioner og kommuner, særligt med henblik på at sikre en mere sammenhængende indsats i det nære sundhedsvæsen.

Hjernesagen bakker op om tæt tværsektorielt og interdisciplinært samarbejde, men vil gøre opmærksom på, at det på rehabiliteringsområdet i praksis har vist sig vanskeligt at levere delydelser og samtidig sikre koordinerede og helhedsorienterede forløb. Der skal derfor være en særlig opmærksomhed, hvis der laves samarbejdsaftaler om levering af delydelser.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed vurderer, at en opdeling mellem driftsansvar og myndighedsansvar ikke vil medvirke til at reducere risikoen for utilsigtede hændelser i de overgange, som forsat vil være til stede med flere forskellige aktører. De fremhæver også, at det i lovforslaget ikke fremgår, hvor opgaven med at modtage, registrere og analysere rapporteringer om utilsigtede hændelser placeres for de hændelser, hvor en kommunalbestyrelse har driftsansvar og et regionsråd myndighedsansvar.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at regionerne med lovforslaget får 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.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker også, at i et horisontalt samarbejde vil hele eller dele af driftsansvaret kunne overdrages, men ikke myndighedsansvaret, dog med den undtagelse hertil, at ansvaret for at beslutte visitering til eller tildeling af en sundhedsydelse (tildelingskompetencen) godt kan overdrages. Myndighedsansvaret omfatter bl.a. muligheden for at kunne fastsætte retningslinjer for driftsopgaven og forpligtelsen til at føre kontrol og tilsyn med udøvelsen af driftsopgaven. Endvidere kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte nærmere regler om kontrakter indgået efter § 118 d., stk. 1.

4.8.2. Horisontale samarbejdsaftalers rækkevidde og anvendelsesmuligheder

KL bemærker, at det er afgørende, at horisontale samarbejdsaftaler med deltagelse af flere kommuner kan træde i kraft fra den 1. januar 2027, således at eksisterende kommunale samarbejder kan videreføres.

Danske Regioner bemærker, at det også i overgangsåret bør være muligt for regionsrådet at indgå kontrakter med flere kommunalbestyrelser, samt at regionen skal kunne give borgeren et tilbud, selvom borgeren bor i en anden kommune, end den kommune regionen har indgået en horisontal samarbejdsaftale med om driften af opgaven.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet er enig i KL og Danske Regioners forslag om at kunne indgå aftaler mellem et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser. Lovforslaget er på den baggrund justeret således, at det vil være muligt for regioner og én eller flere kommuner at indgå horisontale samarbejdsaftaler efter sundhedsloven indtil senest den 1. april 2026, såfremt aftalerne skal træde i kraft den 1. januar 2027.

KL bemærker, at der er behov for at tydeliggøre, hvad forskellen er på hjemlen i overgangslovens § 5, stk. 2, og hjemlen i sundhedsloven § 118 d, herunder formålet med opretholdelse af hjemlen i overgangsloven, når sundhedsloven fungerer ved siden af.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at det fremgår af bemærkninger til overgangslovens § 5, stk. 2, at den ordning, der foreslås indført ved ændringer af overgangsloven, i vidt omfang svarer til den generelle ordning, som foreslås indført i sundhedslovens § 118 d. Ordningen i overgangsloven omhandler dog udelukkende samarbejdsaftaler om, at en kommune på regionens vegne skal varetage driften af en eller flere opgaver, som den 1. januar 2027 ellers overføres til regionen. Ordningen efter sundhedsloven er derimod ikke særligt knyttet til overførslen af opgaver i forbindelse med sundhedsreformen. Ordningen efter overgangsloven giver i øvrigt ikke mulighed for at omfordele ansvaret mellem flere kommuner. Det gør derimod ordningen efter sundhedsloven.

KL og Danske Regioner efterspørger yderligere muligheder for samarbejde f.eks. på andre områder end opgaver i det nære sundhedsvæsen, jf. henvisning til afsnit IX i sundhedsloven, samt mulighed for horisontalt samarbejde på tværs af regioner. **Hjernesagen** efterspørger også mulighed for at indgå samarbejder på tværs af regioner, da det nærmeste specialiserede tilbud for patienterne i nogle kommuner vil ligge i en kommune i en anden region.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at ministeriet vil gå i videre dialog med Danske Regioner og KL med henblik på afdækning af behov og muligheder for yderligere samarbejde med henblik på senere lovgivning.

Danske Regioner bemærker, at når § 118 d også skal udgøre hjemlen for indgåelse af samarbejdsaftaler omkring tidspunktet for etableringen af den nye region Østdanmark, bør ”herunder det forberedende regionsråd”, også tilføjes denne bestemmelse.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at ministeriet er enig i, at det forberedende regionsråd i Region Østdanmark også har hjemmel til at indgå horisontale samarbejdsaftaler, hvilket fremgår af lovbestemmelserne til § 118 d. Ministeriet henviser til overgangslovens § 66, hvor det fremgår, hvilke opgaver det forberedende regionsråd har hjemmel til at løse i 2026 som led i forberedelsen af den nye Region Østdanmark. En af disse opgaver er indgåelse af aftaler med virkning for Region Østdanmark fra den 1. januar 2027, jf. overgangsloven § 66, stk. 2, nr. 10.

Danske Regioner gør opmærksom på, at der fortsat skal være mulighed for, at regionerne kan benytte hinandens tilbud på tværs af regionsgrænserne. Danske Regioner finder det hertil vigtigt, at lovforslaget giver mulighed for, at en opgave kan løses med og af flere leverandører, både offentlige og private, alt efter opgavens kompleksitet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at for så vidt angår indgåelse af horisontale samarbejdsaftaler giver lovforslaget mulighed for, at et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser i den pågældende region i overensstemmelse med udbudslovens § 15 kan indgå en kontrakt om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, jf. lovens afsnit IX. Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker videre, at ministeriet vil gå i videre dialog med Danske Regioner og KL med henblik på afdækning af behov og muligheder for yderligere samarbejde med henblik på senere lovgivning. Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan for så vidt angår muligheden for at løse en opgave med flere leverandører henvise til lovforslagets bemærkninger, hvor det bl.a. fremgår, at en opgave vil kunne udgøre en del af leveringen af en sundhedsydelse. Det vil altså ikke være en forudsætning, at hele opgaven med at levere en sundhedsydelse bliver overdraget ved en samarbejdsaftale.

Danske Regioner bemærker i forhold til, at der gives mulighed for, at regionen kan overdrage ansvaret for visitationen af eller tildelingen af en sundhedsydelse til kommunen, at der vil være behov for en nærmere drøftelse af, hvordan udmøntningen samt administrationen heraf i praksis skal foregå, og at det er væsentligt, at det er en regional beslutning, hvordan visitationen foretages.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at lovforslaget giver mulighed for, at et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser i en kontrakt efter § 118 d, stk. 1, vil kunne overdrage driften af opgaver mellem hinanden, herunder kan ansvaret for at tildele sundhedsydelsen overdrages, hvis det overdrages i tilknytning til opgaven med at levere en sundhedsydelse. Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker videre, at den konkrete udmøntning og administration i praksis heraf kan indgå i en kontrakt indgået efter § 118 d, stk. 1.

Danske Patienter og Hjernesagen opfordrer til, at lovgivningen i højere grad præciserer, at afsøgning af samarbejdsmuligheder med civilsamfundet bør indgå som en integreret del af arbejdet med horisontale samarbejdsaftaler mellem regioner og kommuner.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at samarbejde med civilsamfundet spiller en vigtig rolle for et velfungerende sundhedsvæsen. Ministeriet bemærker også, at lovforslaget giver hjemmel til, at et regionsråd og en kommunalbestyrelse eller flere kommunalbestyrelser vil kunne indgå en kontrakt om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, jf. sundhedslovens afsnit IX. Formålet er at sikre, at regioner og kommuner på fleksibel vis og inden for udbudslovens regler kan samarbejde om levering af sundhedsydelser, jf. intentionerne i reformaftalen. Denne mulighed for samarbejde mellem regioner og kommuner rykker ikke ved den adgang, som regioner og kommuner har til at anvende f.eks. civilsamfundet i opgaveløsningen.

Tandlægeforeningen fremhæver, at tydelige og entydige rammer for rolle- og ansvarsfordeling er afgørende for velfungerende samarbejder, hvor mindre fagområder som tandplejen ikke tilsidesættes. Tandlægeforeningen ser også et behov for at sikre, at der, uagtet region, etableres et ensartet system og klare

retningslinjer, som også dækker tandområdet, og de anbefaler at inddrage tandplejeområdet aktivt i det videre arbejde med udmøntning af samarbejdsaftaler.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet er enig i vigtigheden af tydelige og entydige rammer for rolle- og ansvarsfordelingen. Ministeriet bemærker også, at der udarbejdes vejledningsmateriale, som skal understøtte regioner og kommuner ved indgåelse af horisontale samarbejdsaftaler, jf. lovbemærkninger.

Hjernesagen er bekymret for, at der kan laves horisontale samarbejdsaftaler med kommunerne på området for rehabilitering på specialiseret niveau, da det i dag er ganske få kommuner, som kan leve op til kravene herfor. Endvidere undrer det Hjernesagen, at man ikke nævner den avancerede genoptræning. Hjernesagen nævner også, at hjerneskadekoordinationsfunktionen burde blive lovbestemt og er oplagt at lave horisontale samarbejdsaftaler omkring. Hjernesagen henstiller også til, at der ved etablering af horisontale samarbejdsaftaler er opmærksomhed på sammenhæng mellem genoptræning og sundheds- og omsorgspladser.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at lovforslaget har til formål at sikre, at regioner og kommuner på fleksibel vis og inden for udbudslovens regler kan samarbejde om levering af sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen. Det skal f.eks. gøre det muligt i tråd med reformaftalen, at kommunerne kan bidrage til helhedsorienterede løsninger på områder, hvor det giver mening for patienter og borgere. Ministeriet kan endvidere henvise til reformaftalen, hvor det bl.a. fremgår, at et kommunalt driftsansvar især vil være relevant i de kommuner, hvor grundlaget for den tilstrækkelige kvalitet er til stede, og hvor der er faglig og økonomisk bæredygtighed i tilbuddene til borgerne. Endelig bemærker ministeriet, at der alene er nævnt eksempler på nære sundhedsindsatser i lovforslagets bemærkninger, og at samarbejde om øvrige niveauer af genoptræning også vil være muligt.

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at horisontale samarbejdsaftaler anvendes til at oprette funktioner, der påtager sig forløbskoordinationen. Dansk Sygeplejeråd foreslår også, at horisontale samarbejdsaftaler kan anvendes på sundhedsrådsniveau (men fortsat godkendes på regionsrådsniveau).

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at lovforslaget sikrer hjemmel til, at et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser kan indgå horisontale samarbejdsaftaler om sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, jf. sundhedslovens afsnit IX. Et horisontalt samarbejde om forløbskoordination vil således være muligt, såfremt det er omfattet af en sundhedsydelse efter sundhedslovens afsnit IX. Ministeriet bemærker også, at samarbejde generelt mellem regioner og kommuner kan drøftes i sundhedsrådene, jf. reformaftalen, men hjemlen i sundhedsloven § 118 d vedrører horisontale samarbejdsaftaler mellem regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser.

4.8.3. Anvendelse af private leverandører

Dansk Industri udtrykker bekymring for, at lovforslaget vedrørende horisontalt samarbejde vil bidrage til øget hjemtagning af opgaver, skævvridning af konkurrencen mellem offentlige og private leverandører på sundhedsområdet og svække mulighederne for at opnå høj kvalitet og effektivitet i sundhedstilbuddene.

Dansk Erhverv er kritisk over for lovforslaget, som efter Dansk Erhvervs opfattelse dels stiller spørgsmål ved centrale punkter og den overordnede retning med offentlig-privat samarbejde i sundhedsreformen, dels berører en række udbudsretlige forhold, som efter Dansk Erhvervs opfattelse bør beskrives mere detaljeret.

Selveje Danmark tilslutter sig Dansk Erhvervs høringssvar til lovbidrag om horisontale samarbejdsaftaler.

Hjernesagen bemærker, at det i forlængelse af arbejdet med horisontale samarbejdsaftaler mellem offentlige myndigheder kan være relevant at undersøge muligheden for at indgå andre typer samarbejdsaftaler med private leverandører inden den 1. januar 2027 i det mindste i en overgangsperiode, da de løser

flere kommuners opgave med rehabilitering på specialiseret niveau. Med hensyn til hospitaler efter sundhedsloven § 79 bør det undersøges, hvilken form for samarbejdsaftaler regionerne kan have med disse.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at lovforslaget udmønter dele af Aftale om sundhedsreform 2024 og har bl.a. til formål at sikre, at regioner og kommuner på fleksibel vis og inden for rammerne af udbudsloven kan samarbejde om levering af sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen. Det skal f.eks. gøre det muligt i tråd med reformaftalen, at kommunerne kan bidrage til helhedsorienterede løsninger på områder, hvor det giver mening for patienter og borgere.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker endvidere, at lovforslaget om opgaveflytning giver mulighed for at anvende private aktører i forhold til drift af sundheds- og omsorgspladser og genoptræning. Hertil kommer, at lovforslaget viderefører eksisterende muligheder for brug af private aktører inden for sygepleje og akutsygepleje. Endelig kan ministeriet henvise til det videre arbejde med implementeringen af reformaftalen, herunder i forhold til at sikre at private leverandører af helhedsplejen også får mulighed for at levere kommunale sygeplejeydelser, der integreres i helhedsplejen, samt de kommende hjemmebehandlingsteams, hvor offentligt-privat samarbejde også kan være relevant. Denne mulighed for samarbejde mellem regioner og kommuner rykker således ikke ved den adgang, som regioner og kommuner har til at anvende private aktører i opgaveløsningen, herunder de muligheder som indgår som en del af reformaftalen.

HØPA er bekymrede for, at muligheden for indgåelse af horisontale samarbejder ad bagvejen indfører en administrativ mulighed for afvigelse fra den gældende fritvalgsmodel på høreapparatområdet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at den foreslåede bestemmelse vedrørende mulighed for at indgå horisontale samarbejder i sundhedslovens § 118 d alene omfatter sundhedsydelser i sundhedslovens afsnit IX. Bestemmelser om høreapparatbehandling findes i sundhedslovens afsnit V og er således ikke omfattet af den foreslåede bestemmelse om horisontale samarbejder.

4.8.4. Udbudsloven

Dansk Industri foreslår, at de horisontale samarbejdsaftaler, der indgås mellem regioner og kommuner, skal anmeldes til Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, som skal vurdere gyldigheden af aftaler i forhold til udbudslovens regler.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker generelt, at Klagenævnet for Udbud kan behandle klager over formodede overtrædelser i konkrete sager. Klager til Klagenævnet for Udbud kan indbringes af enhver, som har en retlig interesse heri. Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker videre, at det fremgår af bemærkninger til lovforslaget, at der vil blive udarbejdet en vejledning til regioner og kommuner, som nærmere beskriver muligheden for at indgå horisontale samarbejdsaftaler, herunder de krav, som følger af udbudsretten.

Dansk Erhverv anfører, at lovforslagets beskrivelse af retstilstanden efter udbudslovens § 15 efter Dansk Erhvervs opfattelse giver et misvisende billede af de samarbejds muligheder, som kommuner og regioner har. Dansk Erhverv henviser konkret til lovforslagets bemærkninger vedrørende udbudslovens § 15, nr. 3, hvor det bl.a. fremgår, at "hvis ordregiverne ikke har leverancer til andre end dem selv, vil betingelsen allerede derfor være opfyldt". Det er Dansk Erhvervs opfattelse, at en sådan generel konstatering er i strid med det forvaltningsretlige forbud mod "skøn under regel", der kræver, at bedømmelse af lovligheden af et konkret samarbejde efter udbudslovens § 15 foretages på baggrund af en konkret vurdering af det pågældende samarbejde m.v. Dansk Erhverv finder endvidere, at der efter Dansk Erhvervs opfattelse ikke kan sondres mellem sundhedsydelser, der udføres af kommuner og regioner, og sundhedsydelser, der herudover finder sted på det åbne marked.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at ministeriet er enig i, at der i forbindelse med indgåelse af horisontale samarbejde skal foretages en konkret vurdering af, om alle betingelserne i § 15 i udbudsloven er opfyldt.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker videre, at den nævnte formulering i lovforslagets bemærkninger om, at "hvis ordregiverne ikke har leverancer til andre end dem selv, vil betingelsen allerede derfor være opfyldt", er en direkte følge af praksis om udbudslovens § 15, nr. 3, som sonder mellem samarbejdet og det åbne marked. Indenrigs- og Sundhedsministeriet er dog enig i, at en sådan tolkning kræver en nærmere udfoldelse af praksis, som er mere relevant i vejledningsmateriale. Ministeriet vil på den baggrund justere i lovforslagets bemærkninger og undlade den pågældende sætning. Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker videre, at der vil blive udarbejdet en vejledning til regioner og kommuner, som nærmere beskriver muligheden for at indgå horisontale samarbejdsaftaler, herunder de krav, som følger af udbudsretten, samt relevant praksis herfor, jf. ovenfor.

Dansk Erhverv anfører, at efter Dansk Erhvervs opfattelse bør udbudslovens § 16 omtales nærmere i bemærkninger til lovforslaget.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at udbudsreglerne skal overholdes, og der er således ikke efter ministeriets opfattelse anledning til at nævne den omtalte bestemmelse specifikt i bemærkninger til sundhedsloven.

Dansk Erhverv anfører, at det er væsentligt, at det – med inddragelse af relevant retspraksis – beskrives nærmere, hvad der ligger i kravet om et "reelt samarbejde".

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at det fremgår af bemærkninger til lovforslaget, at der vil blive udarbejdet en vejledning til regioner og kommuner, som nærmere beskriver muligheden for at indgå horisontale samarbejdsaftaler, herunder de krav som følger af udbudsretten.

Danske Regioner vurderer, at det kan blive en juridisk vanskelig og administrativ tung opgave for regionerne, at de har ansvaret for at vurdere, om kriterierne for horisontale samarbejdsaftaler er opfyldt. Danske Regioner opfordrer derfor til, at der udarbejdes en vejledning til regioner og kommuner samt en skabelon eller lignende til brug for aftalerne, og at bekendtgørelser udarbejdes hurtigst muligt.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at det fremgår af bemærkninger til lovforslaget, at der vil blive udarbejdet en vejledning til regioner og kommuner, som nærmere beskriver muligheden for at indgå horisontale samarbejdsaftaler, herunder de krav som følger af udbudsretten.

4.8.5. Evaluering og monitorering

Dansk Sygeplejeråd bakker op om, at der løbende opsamles erfaringer med indgåelse af samarbejdsaftalerne med henblik på eventuel yderligere fastsættelse af regler om aftalerne.

Dansk Industri foreslår, at der indføres en evalueringsbestemmelse i sundhedsloven, således at Indenrigs- og Sundhedsministeriet gennemfører en evaluering af loven inden for tre år efter lovens ikrafttræden.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at det fremgår af reformaftalen, at der skal gennemføres en evaluering af sundhedsreformen. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har noteret sig ønsket om at se nærmere på samarbejdet mellem regioner og kommuner.

Hjernesagen finder, at der skal være en løbende monitorering og opsamling af erfaringer om samarbejdsaftalerne for at sikre, at de bliver effektueret i forhold til deres formål, og at patienterne får det de har behov for.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at regioner og kommuner i forbindelse med en horisontal samarbejdsaftale vil kunne overdrage driften af opgaver mellem hinanden, men ikke myndighedsansvaret for sundhedsydelsen, dog med undtagelse om, at ansvaret for at beslutte visitering til eller tildele af en sundhedsydelse (tildelingskompetencen) godt kan overdrages. Myndighedsansvaret omfatter bl.a. muligheden for at kunne fastsætte retningslinjer for driftsopgaven og forpligtelsen til at føre kontrol og tilsyn med udøvelsen af driftsopgaven, jf. lovbemærkningerne.

4.8.6. Vederlag ifm. horisontale samarbejdsaftaler

KL er enig i den overordnede beskrivelse i lovforslaget af, hvilke udgifter der skal indgå i vederlaget til den myndighed, der modtager opgaver, og KL ser frem til at blive inddraget i drøftelser omkring en eventuel fastlæggelse af nærmere regler.

Danske Regioner bemærker, at det er vigtigt, at der fastsættes retningslinjer for beregning af udgifter, og at regionerne kan stille specifikke krav og forudsætninger i en aftale for driften, hvis en kommune varetager opgaven. Danske Regioner mener også, at der behov for at fastsætte regler og vejledninger til aftaler om finansiering og parternes vurdering af, hvad der indgår i både direkte og indirekte udgifter.

Dansk Erhverv opfordrer til, at det specificeres i lovteksten, at beregningen af vederlag i opgaveoverdragelsen mellem offentlige myndigheder tager udgangspunkt i OECD's anbefalinger for prisgennemsigtighed.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet lægger til grund, at Dansk Erhvervs opfordring vedrører horisontale samarbejder, der indebærer en myndigheds overdragelse af en driftsopgave til en anden myndighed, samt beregning og afholdelse af udgifter forbundet hermed. Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at det fremgår af lovforslaget, at indenrigs- og sundhedsministeren vil kunne fastsætte nærmere regler om beregning og afholdelse af disse udgifter, jf. § 118 d, stk. 4. Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker endvidere, at Dansk Erhvervs opfordring vil indgå i ministeriets videre overvejelser.

4.8.7. Tidsfrister ifm. horisontale samarbejdsaftaler

KL finder, at lovgivningen bør fastlægge de overordnede rammer for horisontale samarbejdsaftaler og anbefaler, at der ikke fastsættes entydige og ensartede tidsfrister på nationalt niveau. KL foreslår derfor, at ministeren bemyndiges til at fastsætte fleksible minimums- og maksimumsrammer, hvorefter parterne lokalt kan fastlægge de konkrete tidsmæssige vilkår.

Danske Regioner bemærker, at det er væsentligt for regionerne at kende tidsfrister, grundlaget for evt. opsigelse af kontrakten, hvordan misligholdelse af kontrakten skal håndteres samt grundlaget for tilpasning på baggrund af de nye nationale rammer, da det har betydning for tilrettelæggelse af opgaverne. Danske Regioner foreslår en minimumsgyldighedsperiode på 1 år.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kontrakterne. Det er hensigten at benytte adgangen til at kunne fastsætte tidsfrister til bl.a. at sikre, at der i tilstrækkelig god tid inden overdragelsen af opgaver er klarhed over, hvilken myndighed der varetager hvilke opgaver af hensyn til de ansatte og borgerne samt til en hensigtsmæssig planlægning. Ligeledes er det hensigten, at der af hensyn til forudsigeligheden om arbejdsfordelingen fastsættes regler om en minimumsgyldighedsperiode for samarbejdsaftaler og en mindsteperiode for opsigelse, når minimumsgyldighedsperioden er udløbet.

4.8.8. Overførsel og fordeling af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte

FOA, HK Kommunal og Dansk Sygeplejeråd er positive over for muligheden for at indgå horisontale samarbejdsaftaler, men fremhæver alle vigtigheden af, at vilkårene for overførelse af medarbejdere fra fx en kommune til en region i forbindelse med en delingsproces fastsættes med tilsvarende rettigheder, som følger af overgangsloven.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet er enig i behovet og vil sikre, at det vil blive fastlagt ved bekendtgørelse, at de ansatte, der overføres, vil få tildelt de rettigheder, de har efter overgangsloven.

KL vurderer, at muligheden for tvungen fordeling af aktiver, passiver m.v. ved ophør af en driftsaftale kan få betydning for investeringer i opgavevaretagelsen i driftsperioden. Det er således centralt, at reglerne indeholder en bestemmelse svarende til §141 stk. 2, hvorefter parterne kan aftale noget andet. KL vurderer ligeledes, at ændringen kan forlænge den periode, hvor der er behov for at opretholde den pulje, der er forudsat til at finansiere kommuner, der vederlagsfrit skal afstå bygninger.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at indenrigs- og sundhedsministeren, jf. § 205 e, stk. 2, kan fastsætte regler om overførsel og fordeling mellem regioner og kommuner og mellem kommuner af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, herunder om ansattes rettigheder, ved opsigelse eller udløb af kontrakter, der indebærer overdragelse af opgaver, indgået i medfør af øvrige regler i denne lov eller overgangsloven eller ved ophør eller udløb af anmodninger efter overgangslovens § 5, stk. 3. Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker endvidere, at rammerne vedrørende pulje mhp. at yde tilskud målrettet de kommuner, der overdrager bygninger, indgår i Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen indgået mellem regeringen, Danske Regioner og KL.

Danske Regioner bemærker, at formålet med den nye § 205 e om overførsel af aktiver, passiver, rettigheder, medarbejdere m.v. kun er sparsomt beskrevet i bemærkningerne. Danske Regioner mener, at reglerne skal tydeliggøres i lovgivningen, og at det som udgangspunkt bør være de nuværende vilkår i overgangsloven vedrørende delingsaftaler, som bør finde anvendelse.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at indenrigs- og sundhedsministeren, jf. § 205 e, stk. 1, kan fastsætte regler om overførsel og fordeling mellem regioner og kommuner og mellem kommuner af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, herunder om ansattes rettigheder, ved indgåelsen af kontrakter, der indebærer overdragelse af opgaver, indgået i medfør af øvrige regler i denne lov. Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil indgå i nærmere dialog herom med Danske Regioner og KL.

4.8.9. Regional anmodning om kommunal varetagelse af drift af opgaver

KL bemærker, at visse kommuner iflg. lov om forpligtende kommunale samarbejder, lovekendtgørelse nr. 789 af 24. juni 2024, er forpligtet til at samarbejde om indsatser efter sundhedslovens § 140. KL spørger i forlængelse heraf, hvordan kommuner omfattet af lov om forpligtende kommunale samarbejder, i tilfælde af påbud herom, skal levere specialiseret rehabilitering, hvis de ikke må indgå mellemkommunale samarbejder efter overgangsloven.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at ministeriet er enig, og at lovforslaget som følge heraf er justeret. Der er tilføjet yderligere bestemmelser i sundhedslovens § 118 d, stk. 2, og overgangslovens § 5, stk. 4, der indebærer, at hvis en sundhedsydelse er omfattet af lov om forpligtende kommunale samarbejder, og hvis kommuner i medfør af lov om forpligtende kommunale samarbejder er pålagt at samarbejde med hinanden om levering af sundhedsydelsen, skal både den udøvende og den delegerende kommunalbestyrelse være parter i en kontrakt efter overgangslovens § 5, stk. 2. Hertil tilføjes, at en anmodning efter overgangslovens § 5, stk. 3 om levering af sundhedsydelsen i den pågældende kommune skal omfatte begge kommuner.

KL forudsætter, at muligheden for, at en region kan anmode en kommune om at varetage driften af en opgave, der flyttes til regionen, alene anvendes, hvor det er nødvendigt ud fra forsyningssikkerhedsmæssige hensyn.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at det fremgår af Aftale om sundhedsreform 2024 af den 15. november 2024, at kommunernes pligt til at varetage driften af sundhedsopgaverne under regionernes ansvar og finansiering, såfremt regionerne anmoder herom, til og med 2028, først og fremmest er indført for at sikre forsyningssikkerheden af hensyn til patienterne i overgangen til en ny struktur med en ændret opgavefordeling.

Danske Regioner støtter op om, at muligheden for at anmode en kommune om at varetage driften af en opgave fastholdes. Danske Regioner finder, at der er behov for en uddybning af, hvordan regionen skal anmode kommunen om at varetage en opgave frem til og med 2028 efter indstilling fra en region.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at indenrigs- og sundhedsministeren kan efter overgangslovens § 5, stk. 6 og 8 (som bliver til § 5, stk. 6 og 9) fastsætte regler om anmodninger efter overgangslovens § 5, stk. 3. Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil gå i dialog med Danske Regioner og KL herom.

4.9. Regional medfinansiering af kommunale sundhedsopgaver

Danske Patienter, Dansk Erhverv, Dansk Firmaidræt, Dansk Industri, Dansk Selskab for Folkesundhed og Hjerteforeningen bakker generelt op om muligheden for regional medfinansiering af kommunale indsatser.

Dansk Erhverv finder det afgørende, at medfinansieringen ikke er konkurrenceforvridende og kan anvendes til at understøtte løsninger, hvor kommuner samarbejder med private leverandører.

Dansk Industri anbefaler at udbrede muligheden for medfinansiering til investering i sundhedsløsninger, der f.eks. kan forebygge indlæggelser og forværring af sygdom for ældre samt udbrede behandling og monitorering med henblik på at undgå kassetænkning og høste-så problematikker mellem ældreområdet i kommunerne og sundhedsområdet under regionalt ansvar.

Dansk Firmaidræt opfordrer til, at der i udmøntningen sikres fleksibilitet og mulighed for at støtte brede og innovative tilgange til forebyggelse, herunder samarbejder med civilsamfundsorganisationer og foreninger, der arbejder med bevægelse som sundhedsstrategi.

Danske Patienter ser en risiko for ulighed, da regionerne ikke er forpligtet til at indgå aftaler med alle kommuner. Ordningen bør indrettes, så den modvirker geografiske forskelle, og kriterierne for implementeringskrav og vilkår for flerårige tilsagn bør tydeliggøres, så kommuner kan planlægge langsigtet uden urimelige krav. Danske Patienter mener, at der bør stilles krav om, at regional støtte reelt løfter serviceniveauet til gavn for borgerne.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at der med lovforslaget anlægges en udvidet fortolkning af, hvilke typer af sundhedsindsatser som sundhedsrådet kan medfinansiere i kommunerne. Midlerne målrettet kommunale indsatser efter Aftale om sundhedsreform 2024 er dog formålsafgrænset til nære kommunale indsatser. Ministeriet er enig i, at regional medfinansiering af nære kommunale indsatser kan bidrage til at undgå de beskrevne høste-så problematikker.

Eventuel regional medfinansiering af en kommunal indsats ændrer ikke på de konkrete rammer for den kommunale opgavevaretagelse i øvrigt. Aftaler om medfinansiering af kommunale sundhedsindsatser kan således anvendes til løft af indsatser, som kommunerne ellers kan varetage i overensstemmelse med gældende lovgivning, herunder også indsatser, hvor kommuner lovligt måtte samarbejde med private leverandører.

Ministeriet kan endvidere oplyse, at regionerne ikke forpligtes til at indgå aftaler med alle kommuner bl.a. af hensyn til at sikre mulighed for at yde differentierede løft til områder/kommuner med større behov. Det

er ministeriets vurdering, at sundhedsrådenes rolle som investeringsmotor sikres bedst ved lokalt aftalte konkrete løft, frem for fordeling af midlerne til kommunerne efter centralt fastsatte fordelingsnøgler. Dette flugter med hensigten i Aftale om sundhedsreform 2024 om at have fokus på de områder, hvor behovet er størst.

Ministeriet er desuden enig i, at det er centralt, at den regionale medfinansiering ikke blot erstatter eksisterende indsatser, men reelt løfter serviceniveauet til gavn for borgerne. Det fremgår således bl.a. af lovforslagets bemærkninger, 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.

Ministeriet bemærker endvidere, at der med lovforslaget ikke udelukkes aftaler om at anvende midlerne til sundhedsindsatser, hvor kommuner måtte samarbejde med civilsamfundsorganisationer og foreninger, så længe midlerne anvendes til sundhedsindsatser kommunerne lovligt må varetage i øvrigt.

4.9.1. Rammer for aftaler og tilsagnskrav

Danske Regioner anbefaler at præcisere ankemulighederne i forhold til uenigheder om opfyldelse af aftalebetingelser i forbindelse med regionernes implementeringskrav samt tilladelse af en forlænget frist i opstartsåret 2026. Danske Regioner ønsker endvidere, at det præciseres, at det gældende proportionalitetsprincip om, at regionerne kan stille implementeringskrav i det omfang, der er proportionalitet mellem krav og tilsagnets størrelse, kan give anledning til forskelligartet fortolkning, samt afhænge af serviceniveau i de pågældende kommuner. Danske Regioner bemærker, at det kan overvejes, hvilke krav og dokumentation, der særligt skal gælde ved anlægsinvesteringer. Det bemærkes i forlængelse heraf, at regionerne ikke må afholde anlægsudgifter til ikke-ejede aktiver, hvorfor sådanne tilskud må bogføres som driftsudgifter, selvom de i økonomiaftalen budgetteres som anlæg. Der efterlyses præcisering i lovgivning af hensyn til korrekt økonomistyring mellem drift og anlæg.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det vil være op til sundhedsrådene og kommunerne selv at aftale de passende betingelser for de enkelte tilsagn henset til hensigten om lokal implementering og differentieret anvendelse af midlerne til kommunale indsatser, hvilket ministeriet har præciseret i lovforslagets bemærkninger.

Endvidere forventer ministeriet at opstarte en særskilt dialog med Danske Regioner og KL om håndtering af de nærmere detaljer i opstartsåret. Det bemærkes, at den i lovforslaget fastsatte frist tillader en overskridelse af fristen i særtilfælde – som for eksempel i opstartsåret 2026.

Ministeriet bemærker, at der pågår en dialog mellem Danske Regioner og ministeriet for at afklare de nærmere forhold omkring bogføringen af de omtalte midler

4.9.2. Fordeling af midler og evaluering

Kræftens Bekæmpelse, Sjældne Diagnoser og Ældre Sagen opfordrer til, at fordelingsmodellen for midlerne til sundhedsrådene justeres, så den bedst muligt indfanger de forskellige patientgrupper og borgere. **Ældre Sagen** finder det bl.a. vigtigt, at der i implementeringen af modellen tages højde for antallet af ældre tilknyttet hjemmeplejen og beboere på plejehjem lokalt. **Sjældne Diagnoser** opfordrer til, at fordelingen af ressourcer og planlægningen af det nære sundhedsvæsen tager højde for grupper med lav prævalens, men høj kompleksitet. **Kræftens Bekæmpelse** støtter intentionen om at styrke samarbejdet mellem regioner og kommuner, men det bør sikres, at aftalemodellen ikke øger geografiske forskelle, men tværtimod bidrager til en mere lige udvikling af sundhedsindsatser på tværs af landet.

Dansk Selskab for Folkesundhed og Hjertereforeningen efterspørger tæt monitorering og evaluering af sundhedsrådenes konkrete udmøntning af midler til medfinansiering af kommunale sundhedsopgaver.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at den overordnede intention med Aftale om sundhedsreform 2024 er at øge ligheden i sundhedstilbuddene, samt at sikre at kommunale investeringer er forankret lokalt og dermed kan tilpasses efter lokale behov. Ministeriet er enig i, at mere ressourcesvage kommuner skal løftes mere, hvorfor det fremgår af lovforslagets bemærkninger, at fordelingsmodellen vil tage højde for sundhedsrådenes patienttyngde og demografiske sammensætning, og vil tage udgangspunkt i den nationale fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud. Yderligere kan det fremhæves, at modellen har et særskilt fokus på sammensætningen af ældre i de enkelte sundhedsråd, og at det vil være op til de enkelte sundhedsråd at sikre, at midlerne går til de kommuner, hvor behovet er størst. Bekendtgørelsen vedrørende fordelingen af midlerne til sundhedsrådene forventes at blive sendt i offentlig høring ultimo 2025. Det kan yderligere nævnes, at det er op til de enkelte sundhedsråd at sikre, at midlerne går til de kommuner, hvor behovet er størst.

Ministeriet bemærker desuden, at der med Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen er aftalt, at kommunerne og regionerne kan foretage opfølgning på de konkrete indsatser alt efter lokale forhold. Det er desuden aftalt at følge op på samarbejdet om løft af de nære kommunale indsatser, herunder erfaringer med de etablerede aftaleprocesser og de konkrete prioriteringer i de kommunale sundhedsindsatser. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, KL og Danske Regioner aftaler den nærmere tilrettelæggelse heraf som led i opfølgningen på den samlede sundhedsreform.

Ministeriet bemærker endvidere, at den overordnede hensigt med modellen er at indsatserne og de konkrete løft kan tilpasses efter lokale behov. Ydermere er det forventningen, at regionerne og kommunerne sammen tager ansvar for at foretage de investeringer i sundhedsindsatser, som er mest hensigtsmæssig lokalt.

4.9.3. Omprioritering af midler til regionale indsatser

KL finder det uhensigtsmæssigt, at midler afsat til udbygning af kommunale indsatser i sundhedsrådene samtidig kan anvendes til finansiering af regionale indsatser, da det ifølge KL vil vanskeliggøre samarbejdet lokalt i sundhedsrådene om at udbygge kommunale sundhedsindsatser. Hvis midlerne prioriteres til regionerne, er de ikke klart afgrænset til nære regionale sundhedsindsatser.

Kræftens Bekæmpelse bemærker, at muligheden for at kunne omprioritere midler til regionale indsatser ikke må ske på bekostning af formålet om at styrke de kommunale sundhedsopgaver, og der bør sikres gennemsigtig og inddragende proces for fordelinger og aftaler.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det er forudsat med sundhedsstrukturen, at der bør være fleksibilitet til, at midler kan anvendes til regional opgaveløsning såfremt kommunerne ønsker dette. Der henvises i den forbindelse også til regeringens udspil til sundhedsreform. Ministeriet finder det hensigtsmæssigt, at regioner og kommuner lokalt og i fællesskab kan indgå aftale om at løfte de kommunale sundhedsindsatser ved hjælp af regionale bidrag til opgavevaretagelsen, hvis alle kommuner i sundhedsrådet er enige heri. Det er ministeriets forventning, at der fortsat vil være stor tilskyndelse til at finde midlerne anvendt på kommunale løft, da midlerne ellers tilbageføres til staten.

For så vidt angår processen omkring fordeling af midler til sundhedsråd vil der blive udstedt bekendtgørelse herom. Denne sendes forventeligt i offentlig høring ultimo 2025.

4.9.4. Forårsaftalen

KL mener generelt, at teksten i lovforslaget bør afspejle teksten i Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen. KL fremhæver desuden, at formuleringen vedrørende, 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 i lovforslaget bør afspejle indholdet i forårsaftalen. KL foreslår, at det i lovforslaget, jf. den politiske aftale,

understreges, at det primære hensyn bag finansiering af kommunale sundhedsindsatser er langsigtet kapacitetsopbygning. KL undrer sig over, at der i bemærkningerne til lovforslagets § 118 c, stk. 5 alene står, at midler kan bruges til anlægsinvesteringer, hvilket ikke flugter med formuleringen i forårsaftalen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet er enig i, at kommunerne fortsat skal have mulighed for tværgående prioritering. Der henvises til lovforslagets bemærkninger, hvoraf det fremgår, at tilsagnskravene skal være direkte relateret til den konkrete sundhedsopgave, der aftales at give økonomisk tilsagn til varetagelsen af, og at tilsagnskrav i forlængelse heraf ikke kan omfatte en låsning af kommunale udgiftsniveauer. Således forudsættes det, at tilsagnskrav ikke kan indebære en direkte låsning af kommunale udgiftsniveauer, mens der dog kan stilles indholdsmæssige krav som betingelse for et økonomisk tilsagn.

Ministeriet bemærker endvidere, at den omtalte formulering vedrørende langsigtet kapacitetsopbygning i lovforslaget flugter med den aftalte formulering i Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen. Det fremgår begge steder, at aftalerne skal/kan bidrage til, at der investeres i langsigtet kapacitetsopbygning i tråd med sundhedsreformens intentioner om omstilling af sundhedsvæsenet. Det fremgår endvidere, at der heri også kan indgå midlertidige løft f.eks. ifm. udvikling og afprøvning af nye indsatser. Det er således ministeriets synspunkt, at de to passager indholdsmæssigt er ens.

Ministeriet har endvidere justeret lovforslagets afsnit om anlægsmidler, så det flugter med formuleringen i Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen.

4.9.5. Kvalitetsstandarder i sundhedsrådene

Ældre Sagen opfordrer til, at det i bemærkningerne skærpes, at kvalitetsstandarder bliver formuleret som faglige kvalitetsstandarder med krav – både i regioner og i kommuner. De er uforstående over for, at der på et sundhedsfagligt område bliver lagt op til, at der ikke kun er bindende kvalitetskrav men også ikke-bindende anbefalinger. Ikke-bindende anbefalinger hører ifølge organisationen ikke hjemme ifm. indsatser til ældre (medicinske) patienter. Det er bydende nødvendigt med klare kvalitetskrav og krav til forebyggelse – også i kommuner. **KL** bemærker, at det er væsentligt, at kommunerne sikres finansiering til bindende krav til kommunale indsatser, der udmøntes via nationale kvalitetsstandarder. **KL** er enig i fremstillingen af dette i lovforslaget, der også er i tråd med forårsaftalen, hvorfor denne del af teksten ikke bør være i kantet parentes.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at hovedparten af midlerne til kvalitetsstandarder i sundhedsrådene fordeles til kommunerne mhp. implementering af bindende krav. Således vil der blive udstedt bindende kvalitetskrav til kommunale indsatser.

I lyset af reformens intentioner, herunder bl.a. intentionen om at sundhedsindsatser i større grad løftes med øje for lokale forskelle og implementeres efter lokale behov, er derudover afsat midler til at implementere indsatser, der i større grad tilpasses efter lokale behov. Det er ministeriets vurdering, at lokal tilpasningsdygtighed i givent omfang forudsætter, at der kan ydes differentierede løft af konkrete indsatser i kommunerne – dog på baggrund af Sundhedsstyrelsens generelle anbefalinger. Indenrigs og Sundhedsministeriet bemærker således, at der med lovforslaget lægges op til en balance, hvor der er god mulighed for at rejse bindende kvalitetskrav til kommunale sundhedsindsatser, samtidig med, at flere indsatser i større grad kan implementeres med lokale forhold for øje.

Ministeriet bemærker endvidere, at udmøntningen af midler til finansiering til bindende krav til kommunale indsatser, der udmøntes via nationale kvalitetsstandarder vil følge den model, som er aftalt i forårsaftalen.

4.9.6. Statsligt tilskud til regionerne målrettet løft af kommunale sundhedsindsatser herunder minimumsrammer til sundhedsrådene

Danske Regioner bemærker, at det ikke fremgår, at staten også fastsætter minimumsrammer på kommunalt niveau gældende for den andel af midlerne, der er koblet op til de bindende krav til kommunale indsatser i kvalitetsstandarderne. Danske Regioner mener også, at det bør fremgå, at indenrigs- og sundhedsministeren inddrager Danske Regioner ifm. den årlige fastsættelse af minimumsrammer målrettet kommunale indsatser. Derudover bør det fremgå tydeligere hvad der skal ske med ikke-forbrugte midler i kommunerne, og hvad det eventuelt kan have af påvirkning på regionerne, og mener, at det bør afsøges, om regionernes nuværende bogføringsregler i budget- og regnskabssystemer kan være i modstrid med intentionerne om regionsrådets modtagelse af midler, der skal ydes som tilskud til kommunerne.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at fordelingen af midler til bindende krav i kvalitetsstandarderne ikke nødvendigvis kan sammenlignes med de fastsatte minimumsrammer til sundhedsrådene. I forhold til forslaget om at inddrage Danske Regioner ifm. den årlige fastsættelse af minimumsrammer til sundhedsrådene bemærkes det, at minimumrammerne fastsættes på baggrund af den beskrevne fordelingsmodel. Der henvises i øvrigt til Aftale om sundhedsreform 2024, hvor det fremgår, at fordelingen mellem sundhedsråd fastsættes af indenrigs- og sundhedsministeren.

Ministeriet bemærker desuden, at det er op til kommunerne selv at finde fuld anvendelse af midlerne som er givet som led i et tilsagn fra sundhedsrådet. Dette henset til ikke at begrænse det kommunale prioriteringsrum unødigt. Det understreges, at så længe sundhedsrådene har udmøntet deres minimumrammer igennem aftaler med kommunerne, så har et eventuelt underforbrug i kommunerne ingen indflydelse på regionerne for så vidt angår den beskrevne styringsmekanisme.

Vedrørende den regionale kontoplan henvises der til det pågående arbejde mellem ministeriet og Danske Regioner, som bl.a. har til formål at facilitere disse ændringer.

Kræftens Bekæmpelse bemærker, at det er vigtigt, at den administrative styring og krav om revision af det statslige tilskud til nær sundhed ikke bliver så omfattende, at det hæmmer fleksibilitet og lokalt samarbejde. Der bør særligt være opmærksomhed på, at ubrugte midler ikke tilbageføres til staten uden en forudgående vurdering af årsagen, herunder f.eks. om midlerne ikke er udmøntet grundet manglende kapacitet, uenighed om aftalevilkår eller for sent udmeldte rammer.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at revisionsforpligtelsen udelukkende pålægges regionerne og kun berører, hvorvidt der er indgået aftaler for de tildelte minimumrammer. Ministeriet kan desuden fremhæve hensigten om, at sundhedsrådene og kommunalbestyrelserne tager fælles ejerskab over investeringerne i kommunale indsatser og arbejder mod at sikre, at midler udmøntes efter hensigten. Dermed opfordres der også til, at de formelle rammer for aftalerne læner sig op ad de beskrevne retningslinjer som foreslået i lovforslaget. Ministeriet anerkender hensigten omkring, at revisionsforpligtelsen i sin helhed ikke skal hæmme fleksibiliteten og det lokale samarbejde.

4.10. National sundhedsplan og nærsundhedsplaner

4.10.1. Relation mellem national sundhedsplan, regional sundhedsplan og nærsundhedsplaner

Danske Regioner anbefaler, at det i lovteksten fremgår, at nærsundhedsplanen skal tage afsæt i både den nationale sundhedsplan og den regionale sundhedsplan, fremfor den nuværende formulering hvor nærsundhedsplanen skal være i overensstemmelse med den regionale sundhedsplan.

KL efterspørger uddybning af, at den regionale sundhedsplan skal udarbejdes i tæt samarbejde med kommunerne, da nærsundhedsplanen blandt andet skal afspejle den regionale sundhedsplan. KL og Ældre Sagen ønsker desuden tydeliggjort, at kommunerne ikke er forpligtigede til at udarbejde kommunale sundhedspolitikker.

Reddernes Fagforening påpeger, at placeringen af det præhospitale er under den regionale sundhedsplan, mens ansvaret for det nære sundhedsvæsen findes i nærsundhedsplanen. Redderne mener, at det præhospitale potentielt vil kunne blive brugt meget heterogent imellem sundhedsrådenes områder, hvilket de finder uhensigtsmæssigt.

Indenrigs- og sundhedsministeriet bemærker hertil, at der i nærsundhedsplanerne ikke kan opstilles mål, som bryder rammerne fastsat i den regionale sundhedsplan. Det betyder f.eks., at der i nærsundhedsplanerne ikke kan opstilles forpligtende mål for indsatser, som går ud over den kapacitet, der er afsat til sundhedsrådets geografiske område i den regionale sundhedsplan. Det samme gælder indsatser, som bryder med de rammer for tværgående planlægning, som fremgår af den regionale sundhedsplan.

I forbindelse med udarbejdelsen af nærsundhedsplanen kan regionerne inddrage kommunerne i overvejelser vedrørende den regionale sundhedsplan, ligesom regionerne generelt kan inddrage relevante aktører i forbindelse med udarbejdelsen af den regionale sundhedsplan. Det følger samtidig, at nærsundhedsplanen i sin rolle som planlægningsværktøj for den lokale omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen, ikke begrænser sig til at være en udmøntning af den regionale sundhedsplan.

Ministeriet har i lovforslagets bemærkninger præciseret, at nærsundhedsplanen i sin rolle som planlægningsværktøj for den lokale omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen ikke begrænser sig til at være en udmøntning af den regionale sundhedsplan.

Ministeriet bemærker desuden, at der ikke kan stilles forpligtende krav til konkrete kommunale indsatser i nærsundhedsplanen. Nærsundhedsplanen kan danne udgangspunkt for de aftaler, som indgås mellem kommunalbestyrelserne og regionsrådene i den regionale medfinansiering af kommunale indsatser. Indhold i nærsundhedsplanen, som har udgiftsmæssig virkning på kommunen, bliver derfor alene-bindende for kommunen i de tilfælde, hvor det indgår som led i et aftalebaseret tilsagn fra regionsrådet, hvilket er præciseret i lovforslagets bemærkninger.

Ministeriet bemærker endvidere, at det fremgår af lovforslagets bemærkninger, at kommunerne ikke er forpligtede til at udarbejde sundhedspolitikker.

4.10.2. Sundhedsstyrelsens rådgivningsfunktion

Danske Regioner anbefaler, at lovtæksten vedrørende Sundhedsstyrelsens rådgivning i forhold til nærsundhedsplanen udgår, så det alene er regionsrådet, som skal behandle nærsundhedsplanerne.

Dansk Selskab for Almen Medicin efterspørger en præcisering af, hvordan Sundhedsstyrelsen skal bistå med faglig rådgivning til udarbejdelsen af sundhedsplaner og nærsundhedsplaner, herunder om faglige selskaber inddrages.

Varde Kommune mener, at det bør fremgå, at sundhedsrådet inddrages, når regionsrådet forud for behandling af nærsundhedsplanen skal indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at Sundhedsstyrelsens rådgivning i forhold til nærsundhedsplanerne skal understøtte, at nærsundhedsplanerne følger den strategiske retning for udvikling af sundhedsvæsenet, som udstikkes i den nationale sundhedsplan, samt understøtte at nærsundhedsplanen er i overensstemmelse med den regionale sundhedsplan. Dette formål forstærkes af Sundhedsstyrelsens eksisterende rådgivningsrolle i forhold til de regionale sundhedsplaner.

Ministeriet kan desuden oplyse, at nærsundhedsplanen udarbejdes af sundhedsrådet. Sundhedsrådet vil derfor naturligt være inddraget forud for indhentning af Sundhedsstyrelsens rådgivning. Sundhedsstyrelsen forventes at udarbejde en vejledning til sundhedsrådenes udarbejdelse af planerne. De nærmere rammer for nærsundhedsplanerne vil blive fastsat ved bekendtgørelse.

4.10.3. Kobling til øvrige styringsværktøjer

Dansk Industri mener, at en national sundhedsplan skal sikre sammenhæng med øvrige initiativer i sundhedsreformen f.eks. Digital Sundhed Danmark, Nationalt Center for Sundhedsinnovation og opgavebeskrivelse af det almenmedicinske sundhedstilbud.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at det af kommissoriet for Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til den nationale sundhedsplan fremgår, at planen skal sætte retning for udviklingen i blandt andet opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud. Ministeriet bemærker også, at den nationale sundhedsplan som overordnet strategisk ramme vil bidrage til fælles mål og retning for digitalisering og data i sundhedsvæsenet i den nationale strategi for digitalisering og data.

4.10.4. Bortfald af praksis- og sundhedsaftaler

Varde Kommune finder det uklart, om praksisplan for fysioterapi udgår i forbindelse med, at praksisplanen for almen praksis udgår. **KL** efterspørger afklaring af procedurerne, både i tilfælde hvor regioner og kommuner vælger at videreføre den nuværende sundhedsaftale, der udløber i 2028, samt i tilfælde hvor planen afsluttes i 2026.

Indenrigs- og sundhedsministeriet bemærker hertil, at praksisplaner for fysioterapi ikke ophæves med lov nr. 719 af 20. juni 2025 (overgangsloven).

Ministeriet bemærker desuden, at ophævelsen af hjemmel til sundhedsaftaler træder i kraft den 1. januar 2026. Nuværende sundhedsaftaler er indgået for perioden 2024-2027, hvorefter de ikke skal fornyes, men eksisterende aftaler kan fortsat bestå. I henhold til nuværende sundhedsaftaler skal regionsrådene som opfølgning på aftalerne udarbejde midtvejs- og slutstatus. Disse sendes til orientering til Sundhedsstyrelsen. Der vil fremadrettet ikke være krav om udarbejdelse af sundhedsaftaler, men sundhedsrådene har mulighed for at udarbejde aftaler, herunder samarbejdsaftaler, ud fra lokale behov, ligesom eksisterende aftaler fortsat kan bestå og videreføres.

4.10.5. Afspecialisering og målgrupper for planerne

Danske Patienter, Hjernesagen og Kræftens Bekæmpelse fremhæver, at fokus på det nære sundhedsvæsen kan medføre en afspecialisering. **Cystisk Fibrose Foreningen** og **Danske Handicaporganisationer** påpeger, at den nationale sundhedsplan skal tage højde for målgrupper med behov for specialiserede indsatser på højt niveau.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i lovforslagets bemærkninger præciseret, at den nationale sundhedsplan sætter retning for udviklingen af det samlede sundhedsvæsen, herunder både det almene og det specialiserede niveau, og at planen også skal understøtte en fortsat udvikling af den specialiserede sygehusbehandling.

Danske Osteopater, Sjældne Diagnoser og Socialpædagogerne opfordrer til, at der i den nationale sundhedsplan og nærsundhedsplanerne er fokus på hhv. sjældne diagnoser, osteopati, udsatte borgere samt borgere med svære handicap og psykiske lidelser.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig forslag og opfordring til det videre arbejde med national sundhedsplan og nærsundhedsplaner. Det bemærkes, at det endelige indhold og fokus i den nationale sundhedsplan afventer Sundhedsstyrelsens igangværende arbejde med et fagligt oplæg til den nationale

sundhedsplan og den efterfølgende aftale mellem regeringen, Danske Regioner og KL i foråret 2026. Nærmere rammer for indhold i nærsundhedsplanerne vil blive fastsat ved bekendtgørelse, ligesom der vil udarbejdes en vejledning til brug for sundhedsrådenes udarbejdelse af planen.

Dansk Psykolog Forening påpeger, at nærsundhedsplaner også skal gælde for psykiatrien, og at rammer for planernes indhold også skal afspejle formålene i En samlet 10-årsplan for psykiatrien.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at den nationale sundhedsplan som ramme for øvrig national og lokal sundhedsplanlægning, herunder nærsundhedsplaner, skal sætte retning for udvikling af det samlede sundhedsvæsen, herunder både somatik og psykiatri. Dette er præciseret i lovbemærkninger ligesom det er tilføjet, at den nationale sundhedsplan vil forholde sig til retningen i Aftale om en samlet 10-års plan for psykiatrien. Det er desuden præciseret i lovbemærkningerne, at nærsundhedsplanen omfatter indsatser inden for både somatik og psykiatri samt integration af de to områder.

4.10.6. Planernes indhold, fagområder og målgrupper

Dansk Erhverv foreslår, at nærsundhedsplanerne skal give mulighed for lokale aftaler med et bredt udsnit af klinikformer repræsenteret.

Dansk Psykolog Forening bemærker, at nærsundhedsplanen kan sætte rammen for et tættere samarbejde mellem sundhedsaktørerne, og en fleksibel og effektiv anvendelse af den samlede kapacitet.

Dansk Selskab for Infektionsmedicin ønsker, at nærsundhedsplanerne sikrer, at hjemmebehandling med antibiotika bliver en del af det nære sundhedsvæsen.

Danske Bioanalytikere og Tandlægeforeningen mener, at hhv. det diagnostiske område og tandpleje bør indgå både i nationale planlægningsrammer og i nærsundhedsplanerne.

Danske Handicaporganisationer og Lev – livet med udviklingshandicap påpeger, at begge planniveauer skal have fokus på tilgængelighed i bred forstand, det vil sige både den fysiske, pædagogiske og sociale tilgængelighed.

Danske Patienter og Kræftens Bekæmpelse mener, at nærsundhedsplanerne skal adressere samarbejdsflader, kapacitetsbehov og overgange mellem sektorer med fokus på bl.a. sårbare borgere og borgere med komplekse forløb.

Hjerteforeningen anbefaler, at de nationale sundhedsplaner forholder sig til nye opgavesnit og f.eks. laver en national afklaring af, hvordan arbejdsdelingen i forhold til hjerterehabilitering kommer til at være fremadrettet.

Sjældne Diagnoser anbefaler, at både den nationale sundhedsplan og nærsundhedsplanerne sikrer klare visitationsveje og tværsektoriel koordination.

Ældre Sagen efterspørger uddybning af adgang til geriatri i det nære sundhedsvæsen samt det udvidede behandlingsansvar for ældre med høj skrøbelighed og foreslår, at det udadvendte sygehus i kombination med eventuelle digitale løsninger, hjemmebehandling og almen sygepleje tænkes ind.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig forslag og opfordringer i forhold til indhold i den nationale sundhedsplan og nærsundhedsplanerne. Det bemærkes, at tilgængelighed, samarbejde mellem sundhedsaktører og en fleksibel og effektiv anvendelse af den samlede kapacitet er en del af opdraget til nærsundhedsplanerne. De nærmere rammer for indhold i nærsundhedsplanerne vil blive fastsat ved bekendtgørelse, ligesom der vil udarbejdes en vejledning til brug for sundhedsrådenes udarbejdelse af planen.

Det fremgår desuden af kommissoriet for Sundhedsstyrelsens arbejde med en national sundhedsplan, at digitalisering og hjemmebehandlingsteams forventes at indgå i overvejelserne vedrørende planens indhold. Endeligt indhold og fokus i den nationale sundhedsplan afventer Sundhedsstyrelsens igangværende arbejde med et fagligt oplæg til den nationale sundhedsplan og den efterfølgende aftale mellem regeringen, Danske Regioner og KL i foråret 2026. Dermed sikres også en tæt inddragelse af regioner og kommuner, som forudsat med lovforslaget.

4.10.7. Forebyggelse og helhedsindsatser

KL mener, at den nationale sundhedsplan bør tage et helhedsperspektiv og omfatte både regionernes og kommunernes samlede sundhedsindsatser.

Dansk Cardiologisk Selskab og **Dansk Selskab for Palliativ Medicin** foreslår, at nærsundhedsplanen skal beskrive sygehusenes understøttelse af forebyggelse, rehabilitering og palliation tæt på borgerne, og i eget hjem.

Dansk Firmaidræt opfordrer til at bevægelsesfremmende initiativer på arbejdspladser og i hverdagslivet nævnes eksplicit i de nationale og lokale sundhedsplaner som dokumenterede og effektive forebyggelsesgreb.

Dansk Selskab for Folkesundhed mener, at den nationale sundhedsplan og nærsundhedsplanerne skal indeholde målbare, tværgående og forpligtende folkesundhedsmål, som ikke alenes forankres i folkesundhedsloven, herunder krav om koordinering og sammenhæng mellem de mange nye planredskaber. Dansk Selskab for Folkesundhed mener desuden, at ikke kun geografisk ulighed men også social ulighed i sundhed bør være et tydeligt og målbart pejlemærke i både den nationale sundhedsplan som nærsundhedsplanerne.

Kræftens Bekæmpelse mener, at nærsundhedsplanerne bør forholde sig til snitflader i forhold til folkesundhedsloven med henblik på at skabe sammenhæng i de opstillede mål for folkesundheden såvel nationalt og lokalt niveau.

Indenrigs- og sundhedsministeriet noterer sig opfordringer og forslag til det videre arbejde med en national sundhedsplan og nærsundhedsplaner. Det bemærkes, at det fremgår af kommissoriet for Sundhedsstyrelsens arbejde med en national sundhedsplan, at planen bl.a. skal sikre, at ressourcerne fordeles mere lige på tværs af landet og anvendes, hvor de gør mest gavn for patienterne. Det er derfor ministeriets forventning, at forebyggelse og ulighed i sundhed vil indgå ifm. Sundhedsstyrelsens arbejde med det faglige oplæg.

Nærmere rammer for indhold i nærsundhedsplanerne vil blive fastsat ved bekendtgørelse, ligesom der vil udarbejdes en vejledning til brug for sundhedsrådenes udarbejdelse af planen. Forebyggelse og ulighed i sundhed vil indgå i de videre afklaringer af nærsundhedsplanernes indhold.

Ministeriet bemærker, at der pågår et arbejde med at udarbejde en folkesundhedslov, og at ministeriet er opmærksomt på at sikre et hensigtsmæssigt samspil med andre planlægningsredskaber, herunder en national sundhedsplan.

4.10.8. Inddragelse af patienter og pårørende, interessenter og offentligheden

Danske Patienter efterspørger, at patient- og pårørendeudvalget involveres i udarbejdelsen af nærsundhedsplanen, da høring ikke findes tilstrækkeligt, ligesom der bør etableres en struktur, som fremmer tidlig dialog mellem sundhedsrådet og udvalget.

Ældre Sagen bemærker, at nærsundhedsplanen skal vedtages 1. april 2027, hvorfor det må forventes, at de nye patient- og pårørendeudvalg, som nedsættes 1. januar 2027, vil få et færdigt udkast til planen i

høring. De foreslår derfor, at der i 2026 nedsættes forberedende patient- og pårørendeudvalg i 2026, som de forberedende sundhedsråd kan inddrage i udarbejdelsen af nærsundhedsplanen frem mod 1. januar 2027.

Indenrigs- og sundhedsministeriet bemærker, at sundhedsrådet systematisk skal inddrage det patient- og pårørendeudvalg, som regionsrådet nedsætter i tilknytning til hvert sundhedsråd, i dets drøftelser af nærsundhedsplanen. De nærmere regler for inddragelsen af patient- og pårørendeudvalgene vil blive fastsat ved en bekendtgørelse, som sendes i offentlig høring. De nye 17 patient- og pårørendeudvalg kan inddrages fra de nedsættes den 1. januar 2027 og frem mod vedtagelse af nærsundhedsplanen 1. april 2027.

Ministeriet bemærker desuden, at i overgangsåret 2026 vil de eksisterende fem patientinddragelsesudvalg under regionerne videreføres. Indenrigs- og Sundhedsministeriet lægger til grund, at regionerne i 2026 inddrager de eksisterende patientinddragelsesudvalg i deres drøftelser om emner, som ligger inden for de forberedende sundhedsråds emneområder, herunder i forhold til forberedelse af nærsundhedsplaner.

Kræftens Bekæmpelse og **Ældre Sagen** opfordrer til tydelig og tæt inddragelse af patienter og pårørende. **Røde Kors** efterspørger en yderligere beskrivelse af de kommende patient- og pårørendeudvalg i forhold til mandat, organisering og sammensætning. Røde Kors foreslår, at relevante civilsamfundsaktører på sundhedsområdet får sæde i udvalgene. **Danske Ældreråd** mener tilsvarende, at repræsentanter fra ældrerådene vil bidrage konstruktivt i udvalgene og bygge bro mellem sundheds- og ældreområdet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at de nærmere regler for inddragelsen af patient- og pårørendeudvalgene samt regler for udvalgenes sammensætning og antal medlemmer vil blive fastsat ved en bekendtgørelse, som sendes i offentlig høring i 2026.

Dansk Endokrinologisk Selskab, **Dansk Selskab for Almen Medicin**, **Foreningen af Speciallæger**, **Lægeforeningen**, **Praktiserende Lægers Organisation**, **Tandlægeforeningen** og **Yngre Læger** opfordrer til, at nærsundhedsplanerne udarbejdes på grundlag af hhv. lægefagligt input, tandlægefagligt input og input fra universitetshospitaler samt højt specialiserede afdelinger.

Danmarks Apotekerforening og **Dansk Sygeplejeråd** foreslår, at der oprettes et sundhedsfagligt udvalg i tilknytning til sundhedsrådene, som kan inddrages i arbejdet med nærsundhedsplanerne.

LAP - Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere opfordrer til, at psykiatribrugere inddrages i udformningen og implementeringen af nærsundhedsplaner, og **Rådet for Socialt Udsatte** påpeger behovet for en struktur, der kan sikre, at mennesker i social udsathed bliver hørt på sundhedsrådsniveau i relation til planerne.

Dansk Firmaidræt opfordrer til, at det frivillige foreningsliv og samarbejdspartnere inddrages i nærsundhedsplanerne. **Røde Kors** anbefaler i tråd hermed, at civilsamfundet inddrages igennem et udvalg i regi af de nye sundhedsråd, og at civilsamfundets tilbud indtænkes i nærsundhedsplanerne.

Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne og **Aarhus Universitet** opfordrer til, at kommunale sygeplejefaglige kompetencer og universiteterne inddrages i forhold til nærsundhedsplaner og national sundhedsplan.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at regionerne som led i deres administrative betjening af sundhedsrådene har ansvaret for at inddrage sundhedsfaglig ekspertise m.v., når det er relevant i sagsforberedelsen. Det gælder også ved udarbejdelsen af nærsundhedsplaner. Ligeledes vil Sundhedsstyrelsen i arbejdet med det faglige oplæg til den nationale sundhedsplan inddrage en bred kreds af aktører.

Ministeriet bemærker videre, at sundhedsrådene vil kunne nedsætte udvalg og arbejdsgrupper, som f.eks. nedsættes med henblik på udveksling af oplysninger og synspunkter med repræsentanter for borgere, foreninger, institutioner m.v.

Danske Seniorer opfordrer til en offentlig debat af det nærmere indhold i planen eller behandling i Folketinget. **Ældre Sagen** ønsker, at den nationale sundhedsplan kommer i offentlig høring.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at der med Aftale om sundhedsreform 2024 er enighed om, at der skal udarbejdes en national sundhedsplan, som skal sætte fælles strategisk retning for sundhedsvæsenet. Et fagligt oplæg fra Sundhedsstyrelsen danner udgangspunkt for den aftale om den nationale sundhedsplan, som regeringen, Danske Regioner og KL indgår i foråret 2026. Sundhedsstyrelsen vil i arbejdet med det faglige oplæg inddrage en bred kreds af aktører bl.a. via en følgegruppe.

4.10.9. Mål, opfølgning og evaluering

Dansk Erhverv mener, at det er væsentligt, at den nationale sundhedsplan og nærsundhedsplanerne har mål, der understøtter offentligt-privat samarbejde på tværs af områder.

Dansk Industri anbefaler, at tidlig, effektiv diagnosticering og risikobaseret screening integreres i en national sundhedsplan og afspejler sig i mål for den lokale udbredelse af diagnostik, behandling og monitorering i eller tæt på eget hjem.

Dansk Industri anbefaler, at sundhedsrådene benytter og udvikler det nære sundhedsvæsen i samspil med de eksisterende leverandører og aktører, herunder kommunale og private leverandører. **Sundhed Danmark** opfordrer til anvendelse af private leverandørers kapacitet og ekspertise i realiseringen af målene i den nationale sundhedsplan, herunder tillader at disse kan byde ind på driften af hele sundhedscentre.

Dansk Selskab for Almen Medicin anbefaler, at Sundhedsstyrelsen forpligtes på at inddrage lægefaglige kompetencer i fremtidig udarbejdelse af faglige oplæg til den nationale sundhedsplan.

Dansk Selskab for Folkesundhed anbefaler, at folkesundhedsprofessioner, forskere og praksisfelter inddrages i udvikling, implementering, monitorering og evaluering af indsatserne i den nationale sundhedsplan og nærsundhedsplanerne.

Danske Patienter og **Kræftens Bekæmpelse** påpeger, at nærsundhedsplanerne skal være konkrete styringsredskaber med en reel forpligtende karakter. Tilsvarende mener **Dansk Industri**, at målene skal være forpligtende, særligt når det gælder omstillingen til hjemmebehandling.

KL ønsker, at der følges op på de fastsatte mål i den nationale plan, og at opfølgningen muliggør en løbende evaluering, så der kan foretages justeringer undervejs.

Varde Kommune opfordrer til, at den nationale sundhedsplan bliver konkret på udvalgte temaer, der kan omsættes til konkrete initiativer i nærsundhedsplanerne. **Ældre Sagen** mener, at der i den nationale sundhedsplan bør stilles krav til konkrete indsatser i nærsundhedsplanerne for at sikre en ensartet kvalitet på tværs.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig forslag og opfordringer til det videre arbejde med en national sundhedsplan. Det endelige indhold og fokus i den nationale sundhedsplan afventer Sundhedsstyrelsens igangværende arbejde med et fagligt oplæg til den nationale sundhedsplan og den efterfølgende aftale mellem regeringen, Danske Regioner og KL i foråret 2026. Arbejdet inddrager en bred kreds af aktører, herunder Dansk Center for Sundhedstjenesteforskning, som udgør et multidisciplinært forskningsmiljø

og får en central rolle i evalueringen af sundhedsreformen. De nærmere rammer for indhold i nærsundhedsplanerne vil blive fastsat ved bekendtgørelse, ligesom der vil udarbejdes en vejledning til brug for sundhedsrådenes udarbejdelse af planen.

Ministeriet bemærker, at den nationale sundhedsplan skal udgøre en overordnet, fælles strategisk ramme for sundhedsplanlægning. Målene i den nationale sundhedsplan skal omsættes til konkrete indsatser i de øvrige nationale og lokale planlægningsværktøjer, herunder nærsundhedsplanerne, som forpligtes til at følge den nationale sundhedsplan. Private aktører er en del af sundhedsvæsenets samlede kapacitet, og spiller en rolle i at realisere sundhedsreformens ambitioner, herunder også i forhold til de mål der opsættes med en national sundhedsplan og i nærsundhedsplanerne. Den nationale sundhedsplan opdateres forventeligt hvert fjerde år, hvilket giver mulighed for løbende justeringer i planen.

4.11. Bortfald af øvrige regionale opgaver

KL bemærker at regeringen bør være bevidst om, at kommunerne ikke vil kunne løfte den tværgående udviklingsindsats uden tilførsel af ressourcer. Selvom den lovbestemte opgave bortfalder, forsvinder behovet for indsatser, der sikrer sammenhængskraft og udvikling, ikke. Dette vil åbenlyst medføre et samlet udviklings- og væksttab for Danmark.

KL vurderer, at der fortsat er betydelige frie midler og medarbejderkapacitet i regionerne på udviklingsområdet – også efter, at regeringen og Danske Regioner har aftalt en regulering af regionernes bloktilskud som følge af opgavebortfaldet. KL forventer at indgå i en dialog om anvendelsen af de fortsatte regionale udviklingsmidler.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har noteret sig opfordringerne og bemærker, at reguleringen i bloktilskud dækker de opgaver, der bortfalder.

KL bemærker, at det foreslås, at regionsrådene udgår af planlovens § 22 a, stk. 2, således at regionsrådene ikke længere vil have adgang til på eget initiativ over for ministeren for byer og landdistrikter at fremsætte forslag til landsplanlægningen. KL bemærker, at regionsrådenes adgang til over for ministeren for byer og landdistrikter at fremsætte forslag til landsplanlægning ikke har været brugt og bakker på den baggrund op om forslaget.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at regionsrådene udgår af planlovens § 22 a, stk. 2, således at regionsrådene ikke længere vil have adgang til på eget initiativ over for ministeren for byer og landdistrikter at fremsætte forslag til landsplanlægningen. Det er med Aftale om sundhedsreform 2024 aftalt, at regionerne fremadrettet skal varetage en mindre opgaveportefølje end hidtil.

4.11.1. Infrastruktur

Danske Regioner vurderer at den foreslåede ændring af planlovens § 22 a, stk. 2 er u hensigtsmæssig i det omfang, det begrænser regionernes muligheder for at understøtte udviklingen og tilgængeligheden i landdistrikterne i forhold til den kollektive mobilitet (offentlig servicetrafik), jordforurening og råstoffer.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at regionsrådene udgår af planlovens § 22 a, stk. 2, således at regionsrådene ikke længere vil have adgang til på eget initiativ over for ministeren for byer og landdistrikter at fremsætte forslag til landsplanlægningen. Det er med Aftale om sundhedsreform 2024 aftalt, at regionerne fremadrettet skal varetage en mindre opgaveportefølje end hidtil.

Danske Regioner bemærker, at regionernes opgaver vedrørende kollektiv trafik og mobilitet ikke omtales i lovpakken, men at det i Aftale om sundhedsreform 2024 anføres, at opgaver relateret til kollektiv trafik fortsat indgår i regionernes opgaveportefølje, samt at man desuden afventer anbefalingerne fra Ekspert-

udvalget om kollektiv mobilitet i hele Danmark. Danske Regioner finder det væsentligt for at løfte ansvaret for den regionale kollektive trafik, at regionerne fortsat kan arbejde med mobilitet og udvikle nye mobilitetsløsninger som eksempelvis samkørsel, cyklisme, delemobilitet, fleksibel transport og tilbringer trafik til de regionale busnet og jernbanerne.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det med Aftale om sundhedsreform 2024 er aftalt, at regionerne fremadrettet skal varetage en mindre opgaveportefølje end hidtil. De opgaver, som regionerne varetager som led i deres myndighedsopgave via trafikselskaberne i henhold til lov om trafikselskaber, ændres ikke med Aftale om sundhedsreform 2024 og indgår derfor ikke i lovforslaget. Hvilke opgaver regionerne fremadrettet skal varetage vedrørende den kollektive transport, afventer regeringens opfølgning på anbefalingerne fra Ekspertudvalget om kollektiv mobilitet i hele Danmark.

Ministeriet kan desuden oplyse, at Erhvervsministeriet har bemærket, at lov om erhvervsfremme hidtil har givet regionerne hjemmel til at beskrive de lovhjemlede opgaver inden for regional udvikling, herunder bl.a. kollektiv trafik i den regionale udviklingsstrategi.

4.11.2. Erhvervsområdet

KL foreslår, at KL overtager regionernes plads i Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse. Dette skal ses i lyset af fortsat behov for at styrke den nationale koordinering, lokal forankring og sammenhæng i erhvervsfremmeindsatsen, fortsat at sikre en stærk decentral indsats med tæt kobling mellem lokale og statslige initiativer samt at fastholde en fortsat stærk demokratisk legitimitet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at Erhvervsministeriet noterer sig KL's ønske om at overtage regionernes plads i Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse. Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse blev nedsat i 2018 med henblik på at sikre et sammenhængende, efterspørgselsdrevet og lokalt forankret erhvervsfremmesystem. Den lokale forankring i bestyrelsen er helt afgørende for koblingen mellem stedbundne interesser og erhvervsfremmesystemet på tværs af hele Danmark. Det var og er derfor naturligt, at kommunerne er stærkt repræsenteret i bestyrelsen. KKR, som er en del af KL's politiske organisation, udpeger i dag fem medlemmer i Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse ud af bestyrelsens 17 medlemmer. Erhvervsministeriet finder på den baggrund, at KL's interesser allerede er stærkt repræsenteret i Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse.

KL bakker op om, at reglerne om udpegningsperioder for formanden og medlemmerne i erhvervshuses bestyrelser ophæves.

Erhvervsministeriet bemærker, at lovforslaget ophæver bestemmelsen om maksimalt én genudpegningsperiode af medlemmer af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse. Dette medfører, at medlemmerne af Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse fremover vil kunne genudpeges flere gange. Det er ikke en del af lovforslaget, at formanden og medlemmerne i erhvervshusenes bestyrelser vil kunne genudpeges flere gange.

4.11.3. Kulturområdet

Danske Regioner ser positivt på, at regionerne fremadrettet kan gennemføre initiativer af kulturel karakter inden for sundhedsvæsenets rammer, når initiativerne har et sundhedsfremmende formål og er finansieret af sundhedsbudgettet. Danske Regioner bemærker, at der er evidens for den effekt, som kunst og kultur har på sundhed, trivsel og livskvalitet, og at samarbejdet med kulturlivet og sundhedsvæsenet er til gavn for både borgere, patienter, pårørende og sundhedspersonale.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at regionerne fremadrettet kan vælge at prioritere initiativer af kulturel karakter inden for sundhedsvæsenets rammer, når initiativerne har et sundhedsfremmende formål og er finansieret af sundhedsbudgettet.

Danske Regioner bemærker at det fremgår af lovforslagets ikrafttrædelsesbestemmelse, at der i lovforslaget lægges op til, at ændringer på kulturområdet træder i kraft den 1. januar 2026. Danske Regioner bemærker, at det er i modstrid med både den politiske aftale og økonomiaftalen for 2026, der fastslår, at midlerne fra kulturområdet først overføres til kommunerne fra 2027.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at lovforslagets ikrafttrædelsesbestemmelse på kulturområdet er ændret til 1. januar 2027 i overensstemmelse med de nævnte aftaler.

Varde Kommune mener at det i forbindelse med, at kommunerne overtager regionernes kulturopgaver, er vigtigt at pege på, hvad regionerne rent faktisk er lykkedes med. De er i høj grad lykkedes med at understøtte kommuner, institutioner og andre aktører med finansielt at løfte store indsatser og projekter inden for kulturområdet. Midlerne fra regionen har aldrig udgjort hele finansieringen, men har lagt en solid bund under tiltag, der fremmer det gode liv lokalt og regionalt. Derfor er det væsentligt, at midlerne stadig er en del af kommunernes kulturbudgetter, da kommuner, institutioner og andre aktører fortsat har til opgave at gøre det sydlige Danmark til et skønt og godt sted at leve og bo.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at de midler regionerne i dag bruger på tilskud til kulturelle aktiviteter, overføres til kommunerne via bloktilskuddet fra 2027. Midlerne indgår derfor i kommunernes samlede prioriteringsrum.

Varde Kommune ønsker en stærkere kobling mellem kultur og sundhed i reformen, da deltagelse i kulturlivet i sig selv er strukturelt forebyggende. Samtidig er der betydelig evidens for, at deltagelse i specielt tilrettelagte kultur- og kunstforløb kan hjælpe med at rehabilitere borgere, som har ondt i livet og er ramt af stress, depression og angst. Kultur på Recept og Craft Psychology er eksempler på sådanne tilgange. Det vil kommunerne selv kunne fokusere mere på, når de overtager regionernes opgaver og finansiering på kulturområdet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at de midler regionerne i dag bruger på tilskud til kulturelle aktiviteter, overføres til kommunerne via bloktilskuddet fra 2027. Midlerne indgår derfor i kommunernes samlede prioriteringsrum.

Varde Kommune vurderer det uhensigtsmæssigt og uambitiøst på det nære sundhedsvæsens vegne, at regionernes sundhedsbudgetter foreslås at finansiere evt. regionale kulturelle initiativer.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at regionernes generelle aktiviteter på kulturområdet er bortfaldet, og at midler der i dag bruges på tilskud til kulturelle aktiviteter, overføres til kommunerne via bloktilskuddet fra 2027. Regionerne kan fremadrettet vælge at prioritere initiativer af kulturel karakter inden for sundhedsvæsenets rammer, når initiativerne har et sundhedsfremmende formål og er finansieret af sundhedsbudgettet.

KL bemærker, at regionerne ikke længere kan arbejde med kultur i samme udstrækning som tidligere, dog vil Region Syddanmark og Region Østdanmark fortsat have adgang til også at kunne deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder på kulturområdet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det med Aftale om sundhedsreform 2024 er aftalt, at regionerne fremadrettet skal varetage en smallere opgaveportefølje end hidtil.

Danske Regioner lægger til grund, at henvisningen til den dansk-tyske grænseregion, i § 1, stk. 2, også omfatter den nuværende Region Sjælland, således at hele den kommende Region Østdanmark vil have adgang til at deltage i grænseregionale samarbejder på kulturområdet. Region Sjælland har gennem mange år prioriteret det grænseregionale samarbejde omkring Femern Bælt meget højt for at sikre, at de udvik-

lingsmæssige muligheder, som den faste forbindelse skaber, bliver udnyttet optimalt. Det er i den forbindelse helt afgørende, at hele den kommende Region Østdanmark fortsat kan samarbejde med tyske partnere om bl.a. nedbrydning af kulturelle barrierer gennem konkrete projekter med fokus på sprog, kulturforståelse m.v.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at hele den kommende Region Østdanmark vil have adgang til at deltage i grænseregionale samarbejder på kulturområdet.

4.11.4. Grænseoverskridende samarbejder

Danske Regioner finder det positivt, at regionerne fortsat har mulighed for at deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder, herunder Interreg-projekter, der ligger inden for regionernes opgaveportefølje på det regionale udviklingsområde, jf. Aftale om sundhedsreform 2024. Danske Regioner noterer sig desuden, at den administrative forankring af nogle af Interreg-programmerne fortsat vil være i regionerne. Danske Regioner forudsætter i den forbindelse, at de eksisterende regler om grænseoverskridende og internationale samarbejder videreføres fleksibelt i en kommende revidering af bekendtgørelsen om regioners grænseoverskridende og internationale samarbejde samt om nedsættelse af organer til varetagelse heraf og om disse organers sammensætning. Danske Regioner opfordrer til, at erhvervsministeren i bekendtgørelsen om det grænseoverskridende og internationale samarbejde sikrer, at regionerne fortsat kan arbejde med den kollektive trafik og mobilitet i de interregionale samarbejder.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det med Aftale om sundhedsreform 2024 er aftalt, at regionerne fortsat vil kunne indgå i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder, herunder Interreg-projekter, som ligger inden for det regionale udviklingsområde. Ligeledes vil den administrative forankring af Interreg-programmer fortsat være i regionerne.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at Erhvervsministeriet har oplyst, at det fremgår af bekendtgørelsen, at regioner kan samarbejde grænseoverskridende og internationalt med andre om udførelse af regionale udviklingsopgaver, som regioner varetager efter lovgivningen. Bekendtgørelsen videreføres i overensstemmelse med den Aftale om sundhedsreform 2024, så regionerne fortsat kan indgå i grænseoverskridende samarbejder inden for det regionale udviklingsområde. Erhvervsministeriet har desuden oplyst, at bekendtgørelsen er sendt i offentlig høring i september 2025.

Dansk Industri kvitterer for, at Region Østdanmark og Region Syddanmark med lovforslaget fortsat har adgang til at kunne deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder med nabolande på kulturområdet. DI anbefaler dog, at betegnelsen 'kulturområdet' også indbefatter, at der i regi af de to nævnte regioner fortsat kan arbejdes med et fælles, integreret arbejdsmarked samt sammenhængende infrastruktur og mobilitet i grænseregionerne.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at regionerne fortsat har mulighed for at deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder, herunder Interreg-projekter, som ligger inden for deres opgaveportefølje, f.eks. på det regionale udviklingsområde. Ligeledes vil den administrative forankring af Interreg-programmer fortsat være i regionerne. I tillæg til dette har Region Syddanmark og Region Østdanmark også adgang til også at kunne deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder på kulturområdet.

Dansk Industri gør opmærksom på at er det uklart, hvilket konkret mandat samt budget de to regioner, Region Østdanmark og Region Syddanmark, vil disponere over i forhold til det grænseoverskridende samarbejde. DI efterspørger her mere transparens.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at regionerne fortsat har mulighed for at deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder, herunder Interreg-projekter, som ligger inden for deres opgaveportefølje, f.eks. på det regionale udviklingsområde. I tillæg til dette har Region Syddanmark og

Region Østdanmark også adgang til også at kunne deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder på kulturområdet. Regionerne kan fremadrettet vælge at prioritere midler inden for deres økonomiske ramme til ovenstående formål.

KL påpeger, at det er uhensigtsmæssigt, hvis regionerne ikke længere kan medfinansiere EU-kontorer eller EU-ansøgninger og -projekter inden for de opgaver, som bortfalder fra regionerne. Tilsvarende peger **Region Sønderjylland-Schleswig** på behovet for at medtage alle opgaver, som Region Syddanmark tidligere har støttet i opgavelisten. **STRING** bemærker i tillæg hertil, på vegne af også Femern Belt Development, Greater Copenhagen og Region Sønderjylland-Schleswig, at bortfaldet af regionernes udviklingsopgaver, herunder regionale udviklingsstrategier, kan medføre et institutionelt og finansielt tomrum for de grænseoverskridende aktiviteter, som regionerne varetager i dag. I den forbindelse påpeger **STRING** særligt samarbejder og fora, der understøtter sammenhæng og mobilitet såsom arbejdsmarkedsintegration, uddannelses- og kulturudvekslinger, erhvervsudvikling samt den grønne omstilling på tværs af grænser, kan ophøre fra 2026.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at det med Aftale om sundhedsreform 2024 er aftalt, at regionerne fremadrettet skal varetage en mindre opgaveportefølje end hidtil. Med aftalen kan regionerne fortsat deltage i og medfinansiere grænseoverskridende og internationale samarbejder, herunder EU-kontorerne, inden for deres opgaveportefølje på det regionale udviklingsområde, der f.eks. omhandler sundhed, herunder udviklings- og forskningsarbejde og sundhedsinnovation, samt jordforurening, råstof-indvinding, visse opgaver på uddannelsesområdet m.v. Endvidere fremgår det af den politiske aftale, at Region Syddanmark og Region Østdanmark skal have en særlig adgang til også at kunne deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder på kulturområdet.

Med hensyn til klimatilpasning, har Miljø- og Ligestillingsministeriet oplyst, at regionerne i dag ikke har lovbundne opgaver eller ansvar for klimatilpasning i Danmark. Opgaverne er et fælles ansvar mellem staten og kommunerne, som sammen har ansvaret for at sikre vores samfund mod det vildere vejr og stigende vandstande.

Ministeriet kan desuden oplyse, at Erhvervsministeriet har bemærket, at lov om erhvervsfremme hidtil har givet regionerne hjemmel til at beskrive de lovhjemlede opgaver inden for regional udvikling i den regionale udviklingsstrategi.

4.11.5. Klima- og Miljøopgaver

Danske Regioner bemærker, at ændringerne i vandforsyningslovens § 70, ikke har betydning for regionernes arbejde med at løse myndighedsopgaver inden for jord- og råstofområdet. Hertil bemærkes, at den foreslåede ændring af vandforsyningslovens § 70, er en konsekvensændring i medfør af, at landvæsenstetter og amter blev nedlagt i 2007.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at Miljø- og Ligestillingsministeriet har oplyst, at ændringen er en konsekvensændring i medfør af, at landvæsenstetter og amter blev nedlagt i 2007.

Miljø- og Ligestillingsministeriet har desuden bemærket, at en tilpasning i kommunens opgaver følger af ændringen til vandforsyningslovens § 70 og ikke ændringen til vandforsyningslovens § 13 b, stk. 4.

Kommunerne kan herefter ikke længere fremadrettet forpligtes til at registrere indvindingstilladelser meddelt af en landvæsenstet eller et amtsråd, som er en konsekvens af, at landvæsenstetter og amter blev nedlagt i 2007. Det er Miljø- og Ligestillingsministeriets vurdering, at registreret dog også fortsat vil skulle indeholde indvindingstilladelser, som blev udstedt af landvæsenstetter og/eller amter, da kommunale myndigheder er omfattet af arkivloven og registreringer derfor vil blive behandlet på samme måde som andre tilsvarende oplysninger. Ændringen tilsigter derved alene at tilpasse ordlyden af § 70, men tilsigter ikke i øvrigt nogle substantielle ændringer.

Danske Regioner bemærker, at de finder det beklageligt, at naturbeskyttelseslovens § 55 a ophæves og ikke kun ændres, så den regionale udviklingsstrategi udgår af paragraffen. Danske Regioner vurderer dog, at regionerne fortsat kan arbejde med natur i råstofgrave som en del af myndighedsopgaven på råstofområdet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at Ministeriet for Grøn Trepert har oplyst, at naturbeskyttelseslovens § 55 a giver mulighed for, at regionsrådet kan give tidsbegrænsede tilskud til projekter, der bidrager til at realisere visioner og målsætninger i den regionale udviklingsstrategi. Som følge af Aftale om sundhedsreform 2024, hvoraf det fremgår, at regionerne fremover ikke længere skal udarbejde regionale udviklingsstrategier, ophæves bestemmelsen. Bemærkningen giver ikke anledning til at ændre i lovforslaget.

KL bemærker, at der fortsat vil være behov for indsatser, der sikrer sammenhængende infrastruktur, udvikling i yderområderne, natur og rekreative formål, grøn omstilling og klimatilpasning. Tilpasningen som følge af opgavebortfaldet vil få konsekvenser for en række aktiviteter, analyser og udviklingsprojekter, som regionerne hidtil har løftet med medfinansiering og medarbejdertimer.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at Miljø- og Ligestillingsministeriet har oplyst, at regionerne i dag ikke har lovbundne opgaver eller ansvar for klimatilpasning i Danmark. Opgaverne er et fælles ansvar mellem staten og kommunerne, som sammen har ansvaret for at sikre vores samfund mod det vilde vejr og stigende vandstande.

Kommunerne har således ansvaret for at godkende kystbeskyttelsesanlæg, ligesom de kan igangsætte større kommunale fællesprojekter med henblik på at beskytte længere kyststrækninger. Desuden planlægger kommunerne i dag for håndtering af tag- og overfladevand (regnvand), som håndteres af spildevandselskaberne. Samme mulighed har kommunerne fået i forhold til håndtering af højtstående grundvand. Endelig er kommunen vandløbsmyndighed og skal sikre, at vandløb kan benyttes til afledning af vand under hensyntagen til de natur- og miljømæssige krav til vandløbskvaliteten.

Der findes en række eksempler på kommunale samarbejder i forhold til at håndtere klimatilpasning på tværs af kommuner, herunder de tværkommunale samarbejder omkring de tre store vandløbssystemer, Gudenåen, Storåen og Kongeåen, samt kystbeskyttelsesprojektet Nordkystens Fremtid.