

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
sum@sum.dk

Kopi til: flf@sum.dk og sse@sum.dk

DANSKE
REGIONER



30-06-2025

EMN-2025-00566

1790965

Danske Regioners høringssvar over lovforslag om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 4. juni 2025 sendt et udkast til lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love, i høring. Danske Regioner fremsender høringssvar på vegne af de fem regioner. Juridiske bemærkninger til de konkrete bestemmelser i lovforslaget, er vedlagt som bilag.

Danske Regioner bakker overordnet op om lovforslaget, der skal være med til at sikre sammenhæng og at sundhedsopgaverne løses så tæt på borgerne som muligt, samtidig med at der sikres den nødvendige kvalitet i indsatsen. Danske Regioner bakker op om, at ansvaret for en række sundhedsopgaver flytter fra kommuner til regioner, og vil bidrage til, at dette sker i et godt samarbejde med kommunerne. Danske Regioner mener overordnet, at lovforslaget skaber gode rammer for denne opgaveflytning, og at det i øvrigt også skal ses i sammenhæng med den forårsaftale, som regeringen har indgået med Danske Regioner og KL. Det er Danske Regioners opfattelse, at lovforslaget på lange stræk flugter godt med denne aftale, men noterer på enkelte væsentlige områder, at der er behov for konsekvensrettelser, for at sikre overensstemmelse med aftalen. Derudover har Danske Regioner en række ønsker til præciseringer, som beskrives neden for.

1. Forslag til ændring af sundhedsloven

1.1 Bemærkninger vedr. sundheds- og omsorgspladser

1.1.1. Målgruppebeskrivelse

Det følger af lovforslagets § 118 d, stk. 1, at regionsrådet tilbyder vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser til personer, der har bopæl i regionen, og som har behov for sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, hvis disse ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt under ophold i eget hjem. Af bestemmelsens stk. 2, fremgår, at regionsrådet er ansvarlig for at yde sundhedsfaglige indsatser med et

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

rehabiliterende sigte samt den pleje og omsorg, som borgeren har behov for under opholdet på sundheds- og omsorgspladserne. Med lovforslaget overtager regionerne ansvaret for en andel af de nuværende midlertidige pladser i kommunerne. Det er derfor vigtigt, at der er klarhed om målgruppen for de kommende regionale sundheds- og omsorgspladser og afgrænsningen mellem de regionale og kommunale pladser. Derfor blev der som en del af forårsaftalen udarbejdet et særligt bilag 5 om sundheds- og omsorgspladserne, som beskriver målgruppen og principper for kommende visitations- og afslutningskriterier. Danske Regioner gør opmærksom på, at beskrivelsen i lovbemærkningerne til § 118 d stk. 2, skal være i overensstemmelse med bilagets ordlyd.

Her fremgår det, at målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne er *'borgere med somatisk sygdom og eventuel samtidig psykisk lidelse med behov for sundhedsfaglige indsatser...'*, og at sundhedsfaglige indsatser forstås som *'observation/pleje og/eller behandling, genoptræning og basal palliation, der tilsammen har et rehabiliterende sigte'*. I forlængelse heraf vil Danske Regioner opfordre til, at der ikke skelnes mellem, hvorvidt borgeren udskrives fra hhv. psykiatrisk eller somatisk afdeling, idet visitationen i stedet skal bero på borgerens behov for sundhedsfaglige indsatser (fremfor udskrivende afdeling). Dette skal også ses i lyset af sundhedsreformens ambitioner om, at skabe mere sammenhæng og en ligestilling af psykiatri og somatik.

Derudover er det i forårsaftalen aftalt, at borgere med et primært behov for palliation, ikke er i målgruppen for pladserne, jf. følgende tekst i bilag 5:

"I forlængelse heraf er borgere, der kan opholde sig i eget hjem, når borgeren modtager de nødvendige kommunale og/eller regionale indsatser og tilbud, og hvor de sundhedsfaglige indsatser kan tilrettelægges i forbindelse med eget hjem, ikke i målgruppen for sundheds- og omsorgspladser. Det gælder også borgere med behov for basale palliative indsatser, som kan tilrettelægges i eget hjem – fx fordi der ikke er behov for sundhedsfaglig observation eller lægedækning, som ellers er tilgængelig på sundheds- og omsorgspladserne". Danske Regioner opfordrer til, at dette konsekvensrettes i bemærkningerne til lovens § 118 d, stk. 1 og stk. 2, herunder på s. 97 og 105, så det er i overensstemmelse med det aftalte.

Danske Regioner bemærker også, at det bør præciseres i lovens bemærkninger til afsnit 3.1.3.2 og § 118 d, stk. 1 og stk. 2 (på s. 38, 96 og 103), hvad der menes med "rehabiliterende sigte". I bilaget beskrives det, at der med rehabiliterende sigte forstås *'... forbedre, vedligeholde eller forsinke forringelse af borgerens funktionsniveau og kan fx bidrage til at forebygge sygehusindlæggelse'*, hvilket også bør fremgå af lovbemærkningerne. Begrebet rehabilitering anvendes også på andre velfærdsområder, og det er derfor nødvendigt, at det tydeligt afgrænses, hvordan indsatserne på sundheds- og omsorgspladserne kan bidrage til rehabilitering.

1.1.2. Medicin

Det fremgår af lovforslagets bemærkninger til § 118 d, stk. 1, på s. 102, at rammerne for medicinbåndtering på sundheds- og omsorgspladserne som udgangspunkt vil blive de samme som på de nuværende midlertidige pladser.

Det bemærkes hertil, at det er Danske Regioner vurdering, at de kommende regionale sundheds- og omsorgspladser skal betragtes på samme måde, som regionens egne sygehuse eller en dertil knyttet behandlingsinstitution, og derfor vil være omfattet af de gældende regler for medicinindkøb og -distribution. Dette vil også indebære, at sygehusapotekerne via Amgros I/S, kan indkøbe og levere lægemidler samt andre relevante varer til de regionale sundheds- og omsorgspladser. Der henvises til apotekerlovens § 55, jf. sundhedslovens § 74, stk. 2, hvoraf fremgår, at en regions sygehusapotek eller sygehusapoteksfilial kan levere lægemidler og andre varer til regionens egne sygehuse og tilknyttede behandlingsinstitutioner mv., jf. sundhedslovens § 74, stk. 2 og § 75, stk. 2-4.

Danske Regioner lægger i den forbindelse vægt på, at sundheds- og omsorgspladserne er sengepladser med døgnophold, og at der ydes behandling omfattet af sundhedslovens § 5, for eksempel i form af sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Det bemærkes i øvrigt, at der vil være tilknyttet lægefaglige kompetencer.

Det er Danske Regioners klare vurdering, at det vil være en afgørende barriere for at opnå den fulde effekt af sammenhængen til sygehusindsatserne, herunder akutberedskabet, hvis rammerne for medicin ikke går på tværs af regionens enheder, og der dermed ikke kan udleveres medicin til borgerne på sundheds- og omsorgspladserne på samme måde, som på sygehusene. Danske Regioner anerkender, at der med *"bekendtgørelse om kommuners og private virksomheders håndtering af lægemidler til brug for sygeplejerskers og lægers behandling af patienter i eget hjem og midlertidige døgndækkede pladser"* vil være visse muligheder for at udlevere og opbevare medicin, men med væsentlige begrænsninger. Ligeledes vil det have store konsekvenser for sammenhængen på tværs af indsatser, hvis der alene kan indkøbes medicin via de private apoteker. Det vil bl.a. betyde, at regionerne ikke kan anvende det eksisterende elektroniske system, og dermed ikke kan monitorere og følge op på medicinforbrug eller sikre effektiv medicinbestilling, hvilket vil medføre væsentlige administrative udfordringer og udgifter.

Endeligt skal det bemærkes, at samme muligheder bør være til stede, hvis en region og en kommune indgår aftale om, at kommunen skal varetage driften af pladserne. Såfremt Indenrigs- og Sundhedsministeriet er af en anden vurdering, anmodes ministeriet om, at der etableres en klar hjemmel, så sundheds- og

omsorgspladserne er omfattet af reglerne for medicinindkøb og – distribution, så der sikres en smidig løsning for patienterne på disse pladser.

1.1.3. Befordring

Det fremgår af lovforslaget bemærkninger, s. 41, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil foretage et eftersyn af befordringsreglerne, og at eftersynet også skal tage højde for behovet for befordring til og fra de kommende regionale sundheds- og omsorgspladser. Danske Regioner bakker op om, at ministeriet foretager et eftersyn og kommer med forslag til en forenkling af reglerne vedr. befordring generelt.

Danske Regioner vil derudover fremhæve, at de fremtidige regler for befordring til sundheds- og omsorgspladser bør understøtte bedre sammenhæng for patienterne og også fastlægge, hvordan reglerne skal være for befordring ifb. indførelsen af frit valg på sundheds- og omsorgspladser.

Som reglerne er i dag i forhold til midlertidige pladser, betaler regionen for befordringen fra hospital til akutplads eller øvrige midlertidige pladser, idet de sidestilles med transport til borgerens eget hjem. Kommunen betaler for befordring fra eget hjem til akutplads eller midlertidig plads samt fra akutplads eller midlertidig plads til eget hjem. Lovforslaget lægger op til, at de gældende regler videreføres.

Danske Regioner opfordrer til, at der ses nærmere på, hvilke regler der skal gælde på området – herunder ift. hvad der er vederlagsfrit for patienterne. Danske Regioner finder, at befordringsreglerne til sundheds- og omsorgspladserne skal ses i sammenhæng med den kommende fastlæggelse af frit valg til sundheds- og omsorgspladserne og de økonomiske konsekvenser heraf.

1.1.4. Visitationsret samt visitation-, afslutnings- og henvisningskriterier

Det følger af opgaveflytningen på området, at visitationsretten til sundheds- og omsorgspladserne er regional. Det fremgår af lovforslagets § 118 d, stk. 4, at regionsrådet kan indgå aftale med et andet regionsråd eller en kommunalbestyrelse, der tilvejebringer et tilbud efter stk. 3, om, at det andet regionsråd eller kommunalbestyrelsen også kan visitere borgere til tilbuddet på vegne af regionen, og åbner op for, at regionerne ifølge den foreslåede § 118 d, stk. 4, samt bemærkningerne hertil, får mulighed for at indgå aftale med andre regioner eller kommuner om visitation. Dette kan være relevant, hvis en region f.eks. vælger at lade én eller flere kommuner drifte sundheds- og omsorgspladser.

Danske Regioner bakker op om denne mulighed, men understreger, at uddelegering af visitationsretten alene er en regional beslutning. Danske Regioner finder det vigtigt at slå fast, at en kommune ikke kan forvente at få visitationen tildelt, såfremt kommunen skal varetage driften af pladserne og dermed, at der ikke er en direkte sammenhæng mellem at varetage driften og at få tildelt visitationsretten eller retten til at afslutningsmelde borgeren. Det bør derfor fremgå, at regionen også vil have mulighed for selv at visitere til en sundheds- og omsorgsplads, selvom der er lavet aftale med fx en kommune om at varetage visitationen. Tilsvarende bakker Danske Regioner op om, at loven åbner mulighed for, at kommunen efter aftale skal kunne afslutningsmelde borgere fra sundheds- og omsorgsplader efter samme principper.

1.1.5. Tilstedeværelsen af lægefaglige kompetencer og andre kompetencer

Det fremgår af lovens § 118 b, at Indenrigs- og Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler i kvalitetsstandarderne for kommunalbestyrelser og regionsråd om indsatser i forbindelse med sundhedsydelse i nærværende afsnit i loven, herunder om kvalitetskrav til og tilrettelæggelse af indsatserne. Danske Regioner finder det positivt, at der lægges op til, at der skal udvikles kvalitetsstandarder som fagligt fundament, som samtidig skal fungere dynamisk og understøtte, at der løbende sker en udvikling og nytænkning af opgaveløsningen. Danske Regioner støtter endvidere, at der med etablering af sundheds- og omsorgspladser sikres en større tilknytning af relevante lægefaglige kompetencer. I bilag 5 fra forårsaftalen står der følgende om tilknytning af lægefaglige kompetencer: *'Sundheds- og omsorgspladser organiseres derfor således, at der sikres fast tilknytning af lægefaglige kompetencer som fx speciallæger i almen medicin eller geriatri'*. Denne formulering bør indskrives og erstatte de nuværende formuleringer på s. 40-41 i afsnit 3.1.3.2 i bemærkningerne til § 118 b. Danske Regioner finder det uhensigtsmæssigt, at det i loven fastlægges, hvilke speciallæger, der skal være tilknyttet, da det må bero på en faglig vurdering. Den nærmere beskrivelse af adgang til lægeressourcer bør i stedet indgå i de kommende kvalitetsstandarder.

Det følger af lovens § 118, d, stk. 1, at regionsrådet skal tilbyde vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser til personer, der har bopæl i regionen, og som har behov for sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, hvis disse ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt under ophold i eget hjem. Det fremgår af lovens bemærkninger på s. 102, at de indeholder en beskrivelse af de faglige kompetencer på sundheds- og omsorgspladserne, herunder sundhedsfaglige og socialfaglige kompetencer. Danske Regioner vil tilsvarende opfordre til, at dette beskrives nærmere i de kommende kvalitetsstandarder og udgår af lovens bemærkninger.

1.1.6. Borgerens valgfrihed ift. tilrettelæggelsen af ydelsen

Danske Regioner noterer sig, at det på lovforslagets s. 26, under gældende ret, fremgår, at det af servicelovens § 84, stk. 2, fremgår, at borgere på nuværende tidspunkt har mulighed for at vælge at modtage den fornødne hjælp i eget hjem fremfor på en midlertidig plads. Det fremgår ikke af lovforslaget, hvorvidt borgere, som tilbydes en sundheds- og omsorgsplads, får samme valgfrihed. Danske Regioner vil opfordre til, at denne mulighed fortsat skal gælde, så borgeren har mulighed for at takke nej til ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Det bør indskrives i lovens bemærkninger, at kommune og region i disse tilfælde er forpligtet til at samarbejde og tilbyde et hensigtsmæssigt tilbud/sundhedsfaglig indsats i borgerens hjem, som både vil indeholde kommunale og regionale sundhedsindsatser.

1.1.7. Tilrettelæggelse af opgaveløsning

Det følger af lovforslagets § 118 d, stk. 2, at regionsrådet er ansvarlig for at yde sundhedsfaglige indsatser med et rehabiliterende sigte samt den pleje og omsorg, som borgeren har behov for under opholdet på sundheds- og omsorgspladserne. Det følger videre af lovforslagets § 139 b, at regionsrådet skal tilbyde vederlagsfri genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Det fremgår af lovforslagets bemærkninger på s. 123-124, at regionen ikke må benytte de regionale sundheds- og omsorgspladser til specialiseret rehabilitering. Regionen har dog mulighed for at oprette disse pladser andre steder eller lade den specialiserede rehabilitering finde sted på et opholdssted under anden lovgivning. Danske Regioner stiller sig undrende overfor, at fysisk placering i sig selv skal være en begrænsning for regionernes opgaveløsning og brug af sundheds- og omsorgspladserne. I stedet bør det være de faglige kompetencer og adgangen til udstyr, der udgør rammerne for opgavevaretagelsen. Danske Regioner foreslår derfor, at pladser til specialiseret rehabilitering og til genoptræning på specialiseret niveau kan være placeret på samme matrikel som sundheds- og omsorgspladser, hvis det vurderes relevant af regionen.

1.2 Bemærkninger vedr. patientrettet forebyggelse

Med lovforslaget udmøntes den politiske aftale om, at regionerne skal overtage ansvaret for den patientrettede forebyggelse, der hidtil har ligget hos kommunerne, mens kommunerne fortsat skal varetage den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme.

Danske Regioner bemærker, at regionerne hidtil har været – og fremover også vil være - ansvarlig for den patientrettede forebyggelse i regi af sygehusvæsenet og praksissektoren, jf. lovforslagets § 119, stk. 4. Den patientrettede forebyggelse efter lovens § 119, stk. 4, adskiller sig fra den patientrettede forebyggelse, der hidtil har foregået i kommunerne. Det er således væsentligt, at det tydeligt fremgår i lovbemærkningerne, hvornår det er patientrettet forebyggelse efter lovens § 119, stk. 3, der defineres og beskrives, og hvornår det er patientrettede forebyggelse efter lovens § 119, stk. 4.

1.2.1. Målgruppe- og opgavebeskrivelse

I bemærkningerne til lovforslaget § 119, stk. 3, s. 33, afsnit 3.1.3.1, og side 108-109, skelnes der mellem personer, der er i risiko for eller har symptomer på kronisk/langvarig sygdom (borgerrettet forebyggelse og dermed kommunalt ansvar) og personer med kronisk/langvarig sygdom (patientrettet forebyggelse og dermed fremadrettet regionalt ansvar). Danske Regioner bemærker, at denne skelnen i praksis vil være meget svær at håndtere, og der vil givetvis være tale om tilbud til målgrupperne, der i vid udstrækning ligner hinanden.

Danske Regioner finder, at målgruppen til tilbuddet om patientrettet forebyggelse efter lovforslaget § 119, stk. 3, bør beskrives og defineres yderligere, så der fastlægges en klar afgrænsning af, hvilken myndighed, der har ansvaret for hvilke målgrupper, så det på baggrund af målgruppeafgrænsningen er muligt at foretage rette visitation til rette tilbud. Danske Regioner foreslår, at det specificeres fx i et arbejde i Sundhedsstyrelsen. Regionerne stiller sig til rådighed for og ønsker at blive involveret i arbejdet med at definere målgruppen.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens faglige arbejde i 'Notat: Ændret ansvar for den patientrettede forebyggelse', at forebyggelsestilbud til gravide kategoriseres som borgerrettet forebyggelse, hvorfor det er et kommunalt ansvar. Dette mener Danske Regioner bør fremgå af lovbemærkningerne, ligesom det for god ordens skyld bør præciseres, eventuelt i en bekendtgørelse eller vejledning, hvilken myndighed, der har ansvar for forebyggelsestilbud til personer i fertilitetsbehandling.

Derudover henleder Danske Regioner opmærksomheden på, at det af lovforslaget § 119, stk. 3, s. 33, afsnit 3.1.3.1 samt s. 108, fremgår, at borgere med depression og angst er nævnt som eksempler på borgere i målgruppen for patientrettet forebyggelse. Det bør præciseres i lovbemærkningerne, at det alene omhandler borgere med svær depression og angst, idet kommunerne som borgerrettet forebyggelse fortsat kan tilbyde indsatser vedrørende mental trivsel f.eks. vedr. stress samt lettere angst og depression. Kommunerne har

desuden ansvaret for det lettilgængelige tilbud for børn og unge med angst og depression, jf. sundhedslovens § 126.

Hertil bemærkes, at det i forårsaftalen om implementering af sundhedsreformen er specificeret, at kommunerne som borgerrettet forebyggelse fortsat kan tilbyde indsatser vedrørende mental trivsel, fx stress samt lettere angst og depression mhp. at forebygge forværring, hvilket er en præcisering til Sundhedsstyrelsens faglige oplæg om patientrettet forebyggelse. Dette indgår ikke i bemærkningerne til lovforslaget, hvilket Danske Regioner mener, bør præciseres.

Hertil bemærker Danske Regioner, at der er behov for en stringent opgavebeskrivelse af patientrettet forebyggelse. Beskrivelsen på side 33, afsnit 3.1.3.1, og s. 108, bør følge ordlyden fra forårsaftalen. Følgende sætning på s. 108: *"[...] for eksempel for bedre at lære at håndtere egen sygdom"*, bør derfor slettes.

1.2.2. Afklarende samtale og henvisninger

I lovbemærkningerne til § 119, stk. 3, s. 110, beskrives henvisning og afklarende samtale i relation til patientrettet forebyggelse helt kort.

Danske Regioner finder det positivt, at det fremgår, at det er regionerne, der har visitationsretten, men finder det væsentligt, at det ligeledes tydeligt fremgår, at det er regionerne, der 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, jf. § 118 b, hvornår der kan henvises, hvem der kan henvise, og hvilke tilbud der kræver en henvisning.

1.2.3. Faglighed, nærhed og kvalitet

Danske Regioner bemærker, at regionerne har ansvar for at balancere hensynene til faglighed, nærhed og kvalitet i tilrettelæggelsen af den patientrettede forebyggelse, hvilket også fremgår af lovforslagets bemærkninger på s. 110. Det fremgår i andet afsnit, s. 110, at nogle borgere kan få længere transporttid til patientrettede forebyggelsestilbud, da det *"[...] i begrænset omfang"* kan være nødvendigt at samle indsatser for at sikre tilstrækkelig faglig kvalitet og bæredygtighed. I forlængelse af ovenstående bemærkes det, at sætningen *"[...] i begrænset omfang"* til § 119, stk. 3, bør udgå, da det dels ikke indgår i forårsaftalen eller aftalen om sundhedsreformen, og dels er det op til regionerne at vurdere, i hvilket omfang det er nødvendigt at samle tilbud geografisk, af hensyn til den faglige kvalitet og bæredygtighed.

Det fremgår videre af lovforslagets bemærkninger s. 110, at geografisk nærhed, tilgængelighed og nem adgang til forebyggelsestilbud, er centralt for den fremtidige organisering af opgaven. Danske Regioner er enige i, at regionerne skal finde en passende balance, hvor både faglig kvalitet og geografisk nærhed vægtes højt i planlægningen. Organiseringen af patientrettede forebyggelsestilbud skal desuden drøftes i sundhedsrådene.

1.3 Bemærkninger til akutsygeplejen mv.

Danske Regioner finder det positivt, at lovforslagets beskrivelse af akutsygeplejen afspejler teksten i den politiske aftale om sundhedsreformen, forårsaftalen om implementering af sundhedsreformen samt de faglige beskrivelser fra Sundhedsstyrelsens tilpassede kvalitetsstandarder. Danske Regioner mener dog, at der fortsat er et behov for tydeligere afgrænsning af snitflader og ansvarsfordeling mellem akutsygepleje og almen kommunal sygepleje. Danske Regioner forventer, at dette indgår i Sundhedsstyrelsens arbejde med kvalitetsstandarder for almen kommunal sygepleje, jf. § 118 b, som Danske Regioner ser frem til at bidrage til.

1.3.1. Døgndækningsforpligtelsen

Danske Regioner bemærker, at lovforslaget ikke forholder sig til organiseringen af akutsygeplejen i vagttid. Af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for akutsygepleje i det nære sundhedsvæsen fremgår det, at døgndækningsforpligtelsen kan dækkes af øvrige regionale funktioner med samme kompetencer og indsatsmuligheder. En lignende formulering kan med fordel indgå i loven, så det tydeligt fremgår, at regionerne har mulighed for at tilrettelægge indsatsen under hensyntagen til de ofte begrænsede personaleressourcer uden for almindelig arbejdstid.

1.3.2. Medicin

Danske Regioner bemærker, at lovforslaget ikke forholder sig til rammerne for medicin i akutsygeplejen. Det er Danske Regions vurdering, at en hensigtsmæssig håndtering af medicin er afgørende for, at sundhedsreformens ambitioner om øget sammenhæng og mindre kassetækning kan opnås.

For at sikre, at akutsygeplejen fremover kan planlægges og koordineres i sammenhæng med øvrige regionale funktioner – herunder den præhospitale indsats, jf. den politiske aftale om sundhedsreformen - er det afgørende, at de gældende regler for medicinopbevaring, udlevering, indkøb, distribution mv. i regional regi, også gælder for akutsygeplejen. Således skal akutsygeplejen – på samme måde som fx akutberedskabet – have mulighed for at medbringe medicin fra sygehusapotekerne samt at udlevere medicin, herunder igangsætte relevant behandling. Danske Regioner anerkender, at der med ”bekendtgørelse

om kommuners og private virksomheders håndtering af lægemidler til brug for sygeplejerskers og lægers behandling af patienter i eget hjem og midlertidige døgndækkede pladser” vil være visse muligheder for at udlevere og opbevare medicin, men med væsentlige begrænsninger. Konkret foreslår Danske Regioner derfor, at det i bemærkningerne skrives ind, at det skal sikres, at akutsygeplejen har adgang til visse lægemidler på samme vilkår som i akutberedskabet og på det præhospitale område, og at disse distribueres via sygehusapotekerne. Dette skal sikre, at akutsygeplejen kan planlægges og koordineres med den præhospitale indsats, jf. den politiske aftale, uden at adgangen til medicin skaber barrierer herfor. Det skal sikres, at rammerne for medicin også gælder i de tilfælde, hvor kommunerne drifter akutsygeplejen. Danske Regioner vil opfordre til, at der bliver fulgt op herpå i kommende lovgivning, hvis nødvendigt

1.3.3. Hjemmebehandlingsteams

Det fremgår af lovforslagets bemærkninger til § 138 a, s. 115, at regionsrådet er ansvarlige for, at der ydes vederlagsfri regional akutsygepleje efter lægehenvielse til personer med ophold i regionen. Det fremgår på side 117 af bemærkningerne til bestemmelsen, at opgaveflytningen af akutsygeplejen skal ses som led i indførelsen af de nye hjemmebehandlingsteams. Regionerne vil med disse kunne gentænke indsatser i eller tæt på borgernes hjem, bl.a. med fokus på at øge monitorering af borgerens tilstand digitalt og køre ud i borgerens hjem og assistere med behandling og tidlige indsatser. Danske Regioner er enige i, og understreger vigtigheden af, at akutsygeplejen netop forstås som en del af disse kommende hjemmebehandlingsteams.

1.3.4. Organisering og ansvar

Danske Regioner bemærker, at lovforslaget anvender forskellige formuleringer om, hvem der har ansvaret for organisering og koordinering af akutsygeplejen. Af lovforslagets bemærkninger til § 138 a, side 117, fremgår det, at regionsrådet selv vurderer og beslutter, hvordan akutsygeplejen skal organiseres, mens det på side 118, anføres, at de nye sundhedsråd skal koordinere og organisere de nære sundhedstilbud, herunder akutsygeplejen. Det anbefales, at det i lovforslaget tydeligt præciseres, at det er regionen, der har det overordnede ansvar for organisering og koordinering af akutsygeplejen pba. drøftelse i sundhedsrådene.

1.4 Bemærkninger vedr. genoptræning og specialiseret rehabilitering

Med reformen følger, at regionerne overtager ansvaret for genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau til personer, der efter udskrivning fra sygehus, har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. sundhedslovens § 84, om genoptræningsplaner samt ansvaret for genoptræning på sundheds- og omsorgspladser.

1.4.1. Præcisering af målgrupper

Det følger af lovforslagets § 139 b, at regionsrådet skal tilbyde vederlagsfri genoptræning på specialiseret niveau til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Med opgaveflyttet af dele af genoptræningsområdet følger, at Sundhedsstyrelsen skal opdatere beskrivelserne af niveauerne for genoptræning. Det fremgår af afsnit 3.1.3.1, i lovforslagets bemærkninger, s. 35, at Sundhedsstyrelsen vil skulle præcisere den faglige afgrænsning af bl.a. målgrupperne for genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau. Det bør endvidere fremgå, at det også vil kræve en præcisering af målgrupperne, der modtager almen genoptræning, da de mest specialiserede dele skal flyttes til rehabilitering på specialiseret niveau. Det bør fremgå af lovpakken, at den faglige afgrænsning af målgruppen skal svare til den økonomi og det ansvar, der er overflyttet fra kommunerne til regionerne via forårsaftalen, og det skønnede antal forløb, der følger heraf. Danske Regioner opfordrer derudover til, at området følges tæt i forhold til, om den faglige præcisering af målgrupperne stemmer overens med det, der er aftalt.

1.4.2. Det regionale socialområde

Det følger af lovforslagets § 140, stk. 1, at kommunalbestyrelsens og regionsrådets indsatser efter §§ 139 a og 139 b, tilrettelægges i sammenhæng med andre relaterede kommunale og regionale træningsindsatser m.v. efter denne lov og anden lovgivning, og af bestemmelsens stk. 2, fremgår, at kommunalbestyrelsen henholdsvis regionsrådet kan tilvejebringe tilbud om genoptræning efter §§ 139 a og 139 b, ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftaler herom med andre kommunalbestyrelser, regionsråd eller private institutioner. Danske Regioner har tidligere henledt statens opmærksomhed på, om det juridisk vil være muligt for regionerne, at trække på det regionale socialområde til, at løse ansvaret for rehabilitering på specialiseret niveau. Det fremgår af bemærkninger til § 140 stk. 1, s. 127, at regionsrådets ansvar for genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau, vil kunne supplere og tilrettelægges i henhold til relaterede indsatser i både regioner og kommuner, også indsatser efter anden lovgivning, såsom lovgivning på det sociale område, specialundervisningsområdet og beskæftigelsesområdet. Danske Regioner tolker, at dette betyder, at regionerne vil kunne trække på det regionale socialområde til at levere rehabilitering på specialiseret niveau, men vi finder, at det står uklart og bør præciseres.

1.4.3. Genoptræning på sundheds- og omsorgspladser

Det fremgår af lovforslagets § 118 d, stk. 2, at regionsrådet er ansvarlige for at yde sundhedsfaglige indsatser med et rehabiliterende sigte samt den pleje og omsorg, som borgeren har behov for under opholdet på sundheds- og omsorgspladserne. Det fremgår af lovforslagets bemærkninger, s. 35, at der som led i etableringen af sundheds- og omsorgspladser i regionerne, indføres

enkelte undtagelser for reglerne for genoptræning efter udskrivning fra sygehusene. Det fremgår endvidere af bemærkningerne, s. 105, at der også kan iværksættes genoptræning på sundheds- og omsorgspladser på baggrund af en konkret sundhedsfaglig vurdering fra en ansvarlig sundhedsperson på pladsen, hvis det vurderes, at borgeren har behov for genoptræning under opholdet. Det fremgår ikke klart, om der i disse tilfælde skal udarbejdes en genoptræningsplan, hvordan typen af genoptræning skal kategoriseres, og om der skal udarbejdes en genoptræningsplan, hvis genoptræningen skal fortsætte i kommunen efterfølgende. Det er desuden uklart, om det vil være regionerne, der skal vurdere om genoptræningen skal være basal eller avanceret, hvis patienten er udskrevet til genoptræning på alment niveau, så længe patienten ligger på en sundheds- og omsorgsplads.

1.4.4. Ansvar for koordination

Det fremgår af bemærkningerne til § 140, stk. 1, s. 128, at det forventes, at kommuner og regioner vil sikre sammenhæng for borgerens forløb på tværs af sektorer. Det fremgår desuden af bemærkninger på s. 127, at genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau ligeledes kunne supplere og tilrettelægges i henhold til relaterede indsatser i både regioner og kommuner, også indsatser efter anden lovgivning såsom lovgivning på det sociale område, specialundervisningsområdet og beskæftigelsesområdet. Danske Regioner bemærker, at koordinationen er en omkostningsfuld opgave, og det bør fremgå tydeligt, hvem der har ansvar for hvad.

Det fremgår endvidere på s. 127, at sundhedsrådene forventes at få en central rolle, i at sikre det fortsatte fokus på sammenhængende forløb for personer med behov for genoptræning og samtidige indsatser efter anden lovgivning. Det bemærkes, at det medfører en risiko for, at serviceniveau og kvalitet vil blive varierende på tværs af sundhedsrådene.

1.4.5. Befordring

Det fremgår af lovens § 172 og § 263, at henvisningen til § 140, ændres til §§ 139 a og 139 b. Det følger af bemærkningerne s. 145, at kommunerne fortsat vil have ansvaret for at yde befordring eller befordringsgodtgørelse til genoptræningsindsatser efter §§ 139 a, og 139 b, samt at afholde udgifterne hertil. Danske Regioner bemærker, at den foreslåede ændring følger den allerede eksisterende struktur i reglerne om befordring i sundhedsloven, hvorefter regionerne har ansvaret for at afholde befordringsudgifter til behandling, der foregår på sygehuset og kommunerne til behandling uden for sygehusene.

Det bemærkes dog, at de to afsnit på side 145, vedr. ændringen til lovens § 172 og § 263, kan fremstå modstridende, idet specialiseret genoptræning, som foregår på et hospital, er en del af § 139 b. Det opfattes som om, at det første

afsnit beskriver, at kommunerne skal betale for al transport til genoptræning, mens det ift. principperne i det andet afsnit er hospitalet, der betaler.

1.5. Bemærkninger vedr. sundhedsplaner og nærsundhedsplaner

Det følger af lovforslagets § 206 c, stk. 2, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter en national sundhedsplan, som sætter strategisk retning for udvikling af sundhedsvæsenet og national og lokal sundhedsplanlægning. Der er i lovforslaget lagt op til, at nærsundhedsplanen skal tage afsæt i den nationale sundhedsplan, samt være i overensstemmelse med den regionale sundhedsplan, jf. § 206 c, stk. 2. Danske Regioner anbefaler, at lovteksten i stedet formuleres således, at nærsundhedsplanen skal tage afsæt i både den nationale sundhedsplan og den regionale sundhedsplan. Dette for at sikre et entydigt hierarki, hvor den regionale sundhedsplan udgør bindeleddet mellem de nationale mål og lokale indsatser samt sikrer helhedstænkning på tværs af sundhedsrådene.

Det følger af lovforslagets § 206 d, stk. 3, at forud for regionsrådets behandling af nærsundhedsplanen, skal regionsrådet indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning. Danske Regioner anbefaler, at denne lovtekst udgår, så det alene er regionsrådet som skal behandle nærsundhedsplanerne. Det vil nedbringe de administrative byrder i forbindelse med sundhedsreformen og samtidig sikre et entydigt ansvar for, at nærsundhedsplanerne er i overensstemmelse med såvel den regionale som den nationale sundhedsplan.

Generelt vil Danske Regioner opfordre til, at regionerne kan få Sundhedsstyrelsens rådgivning så smidigt og fleksibelt som muligt. Det gælder bl.a. rådgivningen til de regionale sundhedsplaner. Samtidig er det vigtigt, at Sundhedsstyrelsens rådgivning er præcis og hviler på et klart fagligt grundlag.

Af lovforslagets bemærkninger s. 62, fremgår det, at "[d]en foreslåede ordning indebærer, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter en national sundhedsplan, forstået således, at ministeren bemyndiges til at kunne træffe beslutning om indholdet af planen. I praksis forventes det, at der vil være tæt inddragelse af regioner og kommuner i fastlæggelsen af planen." Danske Regioner anbefaler en mere forpligtende formulering, hvor det fremgår, at der i praksis vil være en tæt og tidlig inddragelse af regioner og kommuner i fastlæggelsen af planen. Det skal sikre, at centrale, harmoniserende tiltag og regionalt/lokalt handlerum afbalanceres i en løbende dialog, hvor det bl.a. sikres, at der ikke stilles urealistiske krav til den samlede ressourceanvendelse og organisatoriske kapacitet.

1.6. Bemærkninger vedr. økonomiske konsekvenser herunder it- og dataunderstøttelse af regionernes nye myndighedsopgaver

1.6.1. Midlertidige økonomiske konsekvenser og it-udvikling

Det fremgår af lovforslagets bemærkninger, s. 77-78, at grundet regionernes i forvejen omfangsrige it-systemer med mange funktionaliteter, der understøtter regionernes eksisterende opgaver, antages det i lovforslaget, at de implementeringsmæssige konsekvenser af opgaveflyt, jf. § 118 d, § 119, stk. 3, § 138 a og § 139 b, forventeligt vil bestå af primært ændrede konfigurationer af eksisterende systemer, og dermed begrænsede implementeringskonsekvenser og it-udvikling.

De regionale journal- og støttesystemer har mange funktionaliteter, og kan med tilpasninger sandsynligvis understøtte mange af de kommende opgaver. Danske Regioner bemærker hertil, at der mangler analyse og afdækning af de eksisterende arbejdsgange og it-arkitektur forbundet med den kommunale opgavevaretagelse, før der er tilstrækkeligt overblik over klinikernes behov og de konkrete behov for teknisk udvikling og implementering forbundet med den ændrede opgavefordeling. Den regionale tilpasning og udvikling af it-understøttelse udfordres af, at sundhedsrådene først i foråret/sommeren 2026 skal træffe beslutning om driften af de opgaver, regionerne overtager ansvaret for. Regionerne har derfor en meget kort frist til at sikre den fornødne it-understøttelse, som ligeledes udfordres af, at beslutningerne kan variere på tværs af sundhedsrådene i de enkelte regioner. Danske Regioner bemærker hertil, at det bør fremgå tydeligt, hvis det er formålet med lovforslaget, at regionerne it-understøtter opgaverne fremadrettet, uanset sundhedsrådenes beslutning om, hvem der konkret udfører opgaverne.

Danske Regioner bemærker, at den afsatte økonomi til opgaveflytningen på 4,208 mia. kr., der overføres pr. 1. januar 2027, også er indregnet midler til overheadudgifter, der fx 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.

1.6.2. Deling af relevante data på tværs af myndigheder

Danske Regioner bakker op om formuleringen på side 111 og 118 om, at kommuner og regioner også efter den ændrede ansvarsfordeling, jf. § 119, stk. 3 og § 138 a, skal sikre, at relevante data og information kan deles på tværs imellem myndigheder, således at der ikke opstår u hensigtsmæssige hindringer for den enkelte borgers forløb. Danske Regioner bemærker, at regionerne allerede i dag i stort omfang deler relevante data på tværs af sektorer, fx via Sundhedsjournalen, og det er nødvendigt, at kommunerne i højere grad deler relevant information med regionerne.

1.7. Bemærkninger vedr. de økonomiske rammer

Danske Regioner bemærker indledningsvis, 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.

1.7.1. Medfinansiering af kommunale opgaver

Danske Regioner finder det positivt, at det af bemærkningerne til lovens § 118 c, i punkt 3.2.3.1 understreges, at kommunerne har det entydige ansvar for varetagelsen af de kommunale sundhedsopgaver.

Danske Regioner ønsker endvidere, at det i lovforslagets punkt 3.2.3.1 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. Det fremgår ikke i lovforslaget, hvad konsekvenserne er, hvis regionernes implementeringskrav ikke efterleves. Det anbefales derfor, at der indsættes en præcisering om ankenulighederne ift. uenigheder om opfyldelse af aftalebetingelser.

Det følger af lovens § 118 c, stk. 5, at et regionsråd kan indgå aftale med en eller flere kommunalbestyrelser om at give økonomisk tilsagn til medfinansiering af kommunalt anlæg på sundhedsområdet. Danske Regioner mener, at dette bør præciseres yderligere. 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.

Danske Regioner bemærker, at det ikke fremgår, at der tillades en forlænget frist i opstartsåret 2026. Disse overgangsbestemmelser bør fremgå.

1.7.2. Bemærkninger vedr. fastsættelse af minimumsrammer til sundhedsråd målrettet kommunale indsatser.

Det følger af lovens § 118 c, stk. 3, at Indenrigs- og Sundhedsministeren fastsætter årlige minimumsrammer for hvert sundhedsråd i medfør af regionslovens § 13, stk. 1, som regionsrådene kan anvende på aftaler med kommunalbestyrelser efter stk. 1 og stk. 2. Danske Regioner bemærker, at der i forlængelse af lovbemærkningerne, om minimumsrammer til sundhedsråd ikke fremgår, at der af staten også fastsættes minimumsrammer på kommunalt niveau gældende for den andel af midlerne, der er koblet op til de bindende krav til kommunale indsatser i kvalitetsstandarderne. Disse dele har en sammenhæng til hinanden, så det bør fremgå tydeligt.

Danske Regioner mener endvidere, at det i bemærkningerne bør fremgå, at Indenrigs- og sundhedsministeren inddrager Danske Regioner ifm. den årlige fastsættelse af minimumsrammer målrettet kommunale indsatser.

1.7.3. Krav til statsligt tilskud til regionerne til kommunale sundhedsindsatser

Det følger af lovens § 246 a, at staten yder et tilskud til nær sundhed til regionerne, som målrettes til at finansiere aftaler mellem regionsråd og kommunalbestyrelser om økonomiske tilsagn til varetagelse af kommunale sundhedsopgaver i medfør af § 118 c, stk. 1-4. Tilskuddets størrelse fastsættes årligt af finansministeren med tilslutning af Folketingets Finansudvalg. Danske Regioner mener, at det bør fremgå tydeligere hvad der skal ske med ikke-forbrugte midler i kommunerne, og hvad det eventuelt kan have af påvirkning på regionerne.

Danske Regioner bemærker, at der som følge af sundhedsreformens elementer skal ske en række ændringer og tilpasninger i regionernes budget- og konteringspraksis, herunder ift. sundhedsrådenes midler til kommunale indsatser. Det fremgår i lovbemærkningerne, at opfølgningen i regionernes regnskaber på sundhedsrådenes midler til kommunale indsatser forudsætter, at den nuværende kontoplan ændres og tilpasses hertil.

1.8. Generelle bemærkninger

Danske Regioner vurderer overordnet, at lovforslaget er i overensstemmelse med sundhedsreformens intentioner og de rammer, som efterfølgende er aftalt i forårsaftalen. I forårsaftalen blev det dog 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. Danske Regioner savner generelt, at der skabes bedre og mere smidige rammer for en fleksibel opgaveløsning på tværs af regioner og kommuner, fx med henblik på nemmere at kunne samarbejde i en fælles lokation, hvor der er behov for at hjælpe hinanden i forbindelse med den konkrete opgaveløsning. Det gælder smidigere rammer fx i forhold til fælles indkøb, samarbejde om accessorisk virksomhed såsom fælles køkkener, fælles visitation og bedre mulighed for udøvelse af fælles faktisk forvaltningsvirksomhed. Det er en nødvendig forudsætning for at sikre en sammenhængende indsats med borgeren i centrum samt, at sundhedsrådene reelt kan løfte deres fælles populationsansvar og sikre den bedst mulige anvendelse af de begrænsede personaleressourcer. Dette bør derfor indgå som et centralt element i lovforslaget.

Danske Regioner bemærker desuden, at de forskellige dele af lovforslaget er beskrevet forskellige steder i den samlede lovpakke. Det bør sikres, at der er

stringens i ordlyd og formuleringer i de enkelte afsnit, så det der ikke opstår uklarhed, og at formuleringer kan fortolkes modsatrettet.

2. Tilpasning af regionernes øvrige opgaver

Danske Regioner konstaterer med tilfredshed, at regionerne fremadrettet ud over sundhedsopgaven har en opgaveportefølje, der omfatter en række øvrige opgaver, herunder i relation til jordforurening, råstofindvinding på land, uddannelsesområdet, indstillingsret til socialfondsmidler og opgaver relateret til kollektiv trafik.

Danske Regioner vurderer, at der generelt er overensstemmelse mellem Aftale om sundhedsreform 2024 og lovforslagets tilpasninger på andre opgaver end sundhedsområdet.

2.1 Forslag til ændring af vandforsyningsloven

Det følger af lovforslaget, at vandforsyningslovens § 13 b, stk. 4 og 5, ophæves, og der i stedet indsættes et nyt stk. 4, hvoraf fremgår, at såfremt der ikke opnås enighed blandt de berørte kommunalbestyrelser om den nærmere udformning af indsatsplanen for kommunen, skal kommunalbestyrelsen forelægge sagen for miljømisteren, som herefter træffer afgørelse. Ændringen medfører, at regionernes mæglingsopgave samt kommunens pligt til registrering af indvindingstilladelser meddelt af en landvæsensret eller et amtsråd, ophæves.

Det følger af lovforslaget, at i vandforsyningslovens § 70, udgår henvisningen til en landvæsensret og et amtsråd. Danske Regioner bemærker, at ændringerne 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 landvæsensretter og amter blev nedlagt i 2007.

2.2 Forslag til ændring af lov om institutioner for erhvervsrettet uddannelse, lov om institutioner for almen gymnasiale uddannelser og almen voksenuddannelse m.v. og lov om institutioner for forberedende grunduddannelse

Det fremgår af lovforslagets §§ 3, 4 og 5, at regionsrådet fortsat vil have mulighed for at yde udviklingstilskud på uddannelsesområdet, idet henvisningen til den regionale udviklingsstrategi bortfalder.

Danske Regioner bakker op om denne tilpasning af lovgivningen, og at regionerne dermed fortsat kan yde formåls- og tidsbestemte udviklingstilskud til ungdomsuddannelser, forberedende grunduddannelser og voksenuddannelser, samt at indstillingsretten til 20 procent af EU-

socialfondsmidler i 2021-2027 bibeholdes (herunder at regionen fortsat kan søge om og deltage i projekter om kvalificeret arbejdskraft under Socialfonden). Danske Regioner bemærker hertil, at regionerne bidrager til, at unge i alle dele af landet har nærhed og valgfrihed til en ungdomsuddannelse af høj kvalitet, og regionerne har desuden et særligt fokus på, at flere vælger og gennemfører en erhvervsuddannelse. Dette forudsætter, at regionerne kontinuerligt har mulighed for at udvikle området i samarbejde med uddannelsesinstitutionerne, kommuner, virksomheder m.fl.

Der bør ske en tilsvarende tilpasning af støttejemlerne i hhv. miljøbeskyttelseslovens § 18 a og i naturbeskyttelseslovens § 55 a, således at der heller ikke i disse bestemmelser henvises til den regionale udviklingsstrategi, idet koblingen her alene bør være til regionernes lovhjemlede opgaver.

2.3. Forslag til ændring af lov om planlægning

Med lovforslagets § 22 a, stk. 2, i lov om planlægning, foreslås, at der skal ske et bortfald af regionsrådenes adgang til at fremsætte forslag til landsplanlægning over for ministeren for byer og landdistrikter.

Den foreslåede ændring af § 22 a, stk. 2 vurderes uhensigtsmæssig i det omfang, det begrænser regionernes muligheder for at understøtte udviklingen og tilgængeligheden i landdistrikterne ift. den kollektive mobilitet (offentlig servicetrafik), jordforurening og råstoffer.

2.4. Forslag til ændring af lov om erhvervsfremme

Med de foreslåede ændringer i lov om erhvervsfremme, bortfalder regionernes opgaver vedrørende regionale udviklingsstrategier, udviklingsaktiviteter i relation til udviklingsstrategierne, samt indstillingsret til bestyrelser på erhvervsfremmeområdet.

Danske Regioner bemærker i den forbindelse, at dette er i overensstemmelse med det foreslåede i Aftale om sundhedsreform 2024.

Danske Regioner finder det positivt, at regionernes 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. Det må i den forbindelse forudsættes, 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.

Danske Regioner bemærker, at regionernes opgaver vedrørende kollektiv trafik og mobilitet ikke omtales i lovpakken. I Aftale om sundhedsreform 2024, s. 24, anføres det, at opgaver relateret til kollektiv trafik fortsat indgår i regionernes opgaveportefølje, samt at man desuden afventer anbefalingerne fra Ekspertudvalget om kollektiv mobilitet i hele Danmark.

Danske Regioner ønsker i denne sammenhæng at bemærke, at det er 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 tilbringertrafik til de regionale busnet og jernbanerne.

Danske Regioner mener endvidere, at regionerne som led i ansvaret for den regionale kollektive transport, fortsat har behov for at kunne samarbejde med kommuner, stat og øvrige, herunder afgive høringssvar, om den fremtidige udvikling i regionen, infrastruktur og udvikling i yderområderne mv., i det omfang det har betydning for den regionale kollektive trafik.

2.5. Forslag til ændring af lov om regionernes opgaver og kommunernes samarbejde på kulturområdet

Det fremgår, at der i lovforslagets § 1, indsættes et nyt stk. 2, hvorefter Region Østdanmark og Region Syddanmark skal have adgang til at kunne deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder på tværs af landegrænser på kulturområdet.

I de specielle lovbemærkninger til § 1, stk. 2, s. 168 anføres det, at: "Det drejer sig konkret om det regionale samarbejde i den dansk-tyske grænseregion og mellem Danmark og Sverige i hovedstadsregionen". Danske Regioner lægger til grund, at henvisningen til den dansk-tyske grænseregion 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 udviklingsmæssige 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 mv.

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.

2.6. Ikrafttrædelse ift. ændringer på kulturområdet

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.

2.7. Overgangsbestemmelse vedr. tilskud til kulturelle anliggender

Danske Regioner ser positivt på, at det af lovforslagets § 10, fremgår, at regionerne i en overgangsperiode vil kunne udbetale midler til flerårige kulturprojekter, der ved lovens ikrafttrædelse allerede har modtaget bindende tilsagn om støtte, i overensstemmelse med det afgivne tilsagn.

Venlig hilsen



Anders Kühnau



Mads Duedahl

Bilag [tekniske bemærkninger]:

Det fremgår af **lovforslagets s. 53**, at:

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

Dette bør retteligt være en ny § 246 a.

Det fremgår af **lovforslagets s. 73**, at:

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

og:

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

Danske Regioner bemærker, at det bør præciseres, at der henvises til artikel 6, stk. 1, litra e.

Det fremgår af **lovforslagets s. 106**, at

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

Danske Regioner bemærker, at der i fjerde linje efter regionsrådet, også bør henvises til det forberedende regionsråd i Region Østdanmark.

Det fremgår af de almindelige bemærkninger til **lovforslagets §§ 3, 4 og 5, jf. pkt. 3.6.3, s. 65**, at der med bestemmelserne sker bortfald af regionale opgaver

på undervisningsområdet, da der sker en ændring af bestemmelserne som følge af, at de regionale udviklingsstrategier bortfalder, hvorfor der ikke længere kan ydes tilskud med henblik på at understøtte disse.

Det fremgår imidlertid af de specielle bemærkninger til bestemmelserne, s. 161-163, at regionsrådet fortsat efter ansøgning fra de samme institutioner kan yde tilskud til de samme formål som hidtil.

Danske Regioner bemærker, at det således ikke er korrekt at tale om opgavebortfald på undervisningsområdet, da der umiddelbart ikke sker en substantiel ændring af regionens opgaver ved ansøgninger om tilskud fra de nævnte institutioner. Dette bør afspejles i formulering af bestemmelsen, bemærkningerne til bestemmelsen og vurderingen af lovforslagets økonomiske og administrative betydning.

Det bemærkes, at de økonomiske konsekvenser af flytning af kulturmidlerne til kommunerne ikke er beskrevet i lovforslaget, jf. **afsnit 7.1.2, s. 76**. De økonomiske konsekvenser er hverken beskrevet i tabellen side 76 (Økonomiske konsekvenser for opgaveflytning for kommuner, regioner og staten) eller afsnittet 'For så vidt angår pkt. 3.6, side 79. Retvisende bør de økonomiske konsekvenser af flytning af kulturmidler til kommunerne fremgå.

Det fremgår af **lovforslagets s. 102, at**

"Regionen har ansvaret for, at kommunen får rettidig og relevant information om borgerens behov inden afslutning af opholdet. Herunder er regionen ansvarlig for at sikre, at oplysninger om borgerens fortsatte behandling, herunder medicinske behandling, er til rådighed for kommunen. Formålet med dette er at sikre, at kommunen bl.a. har den nødvendige tid til at igangsætte de rette indsatser, som f.eks. som pleje og omsorg, behandling og genoptræning i hjemmet, samt at sikre, at de nødvendige hjælpemidler, arbejdsredskaber mv. er tilgængelige ved hjemkomst".

Danske Regioner ønsker, at ansvaret for at dele rettidig og relevant information om borgerens behov også gælder kommunerne. Det er vigtigt i de situationer, hvor en borger kommer fra eget hjem til en sundheds- og omsorgsplads.

Det fremgår af **lovforslagets s. 103, at**

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

Danske Regioner ønsker at gøre opmærksom på, at der på linje 4 i citatet er en slåfejl, da der i stedet for "psykiske" skal stå "fysiske".