



Høringssvar til supplerende høring over lovændringer om horisontale samarbejdsaftaler mv

Dato: 30. oktober 2025

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 4

KL vil takke for muligheden for at afgive høringssvar til supplerende høring om ændring af lov om sundhedsloven og forskellige andre love (flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.).

Generelle bemærkninger

KL anerkender indledningsvist, at regioner og kommuner med lovforslaget får hjemmel i både overgangsloven og sundhedsloven til at indgå horisontale samarbejder om en række opgaver på sundhedsområdet, som nærmere afgrænses i lovforslaget. Denne hjemmel giver parterne mulighed for, efter drøftelser i sundhedsrådene, at etablere tværsektorielle samarbejder med det formål at sikre bedre og mere sammenhængende tilbud til borgerne i alle 98 kommuner. Således fremgår det af den politiske aftale om en sundhedsreform og lovforslag om opgaveflytning, at regionale sundheds- og omsorgspladser som udgangspunkt skal forefindes i alle kommuner.

KL tilslutter sig endvidere, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet udarbejder en vejledning til kommuner og regioner om horisontale samarbejdsaftaler, herunder rammer, indgåelse og lovgivning. Formålet er at sikre, at parterne trygt kan udarbejde og indgå aftaler og fokusere på et hensigtsmæssigt samarbejde om varetagelsen af opgaverne. KL stiller sig til rådighed i arbejdet med udarbejdelsen af vejledningen.

Tydelighed om hjemler i overgangsloven og sundhedsloven til horisontale samarbejder

Med lovforslaget sikres adgang til at indgå horisontale samarbejder med hjemmel i overgangslovens § 5, stk. 2 og sundhedslovens § 118d. KL finder i den forbindelse, at der er behov for at tydeliggøre, hvad forskellen er på hjemlen i overgangslovens § 5, stk. 2, og hjemlen i sundhedsloven § 118d, herunder formålet med opretholdelse af hjemlen i overgangsloven, når sundhedsloven fungerer ved siden af. Hvad betyder det, hvis ministeren ved bekendtgørelse fastsætter, at horisontalt samarbejde efter overgangsloven har en gyldighedsperiode på fx 1-2 år, når parterne samtidig efter sundhedsloven har hjemmel til en anden type horisontalt samarbejde?

Adgang til mellemkommunalt samarbejde med regionen i overgangsloven og i sundhedsloven

KL bakker op om, at der med sundhedslovens §118d fra 2026 indføres en generel hjemmel til, at et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser kan indgå en kontrakt om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen (horisontalt samarbejde).

Det er af afgørende betydning for sundhedsrådenes mulighed for at tilrettelægge opgavevaretagelsen ud fra lokale hensyn, at horisontale samarbejder med deltagelse af flere kommuner kan træde i kraft fra 1. januar 2027 fx gennem en videreudvikling af eksisterende kommunale samarbejder om fælles tilbud til borgerne.

KL er i forlængelse heraf bekymret for, at velfungerende samarbejdsmodeller, der understøtter både effektiv opgaveløsning og sammenhængende borgerrettede tilbud, går tabt, hvis der ikke er mulighed for at videreføre dem fra 1. januar 2027. En sådan begrænsning vil begrænse sundhedsrådene og kommunernes mulighed for at tilpasse løsninger efter lokale behov og står i kontrast til reformens mål om fleksibilitet og råderum.

KL finder, at det bør overlades til de lokale parter inden 1. april 2026, at vurdere, om de ønsker at anvende en model med flere kommuner – herunder at fravælge modellen, hvis tidspres eller andre hensyn gør den uhensigtsmæssigt. KL foreslår videre, at der indsættes en bestemmelse om, at delingsaftaleudkastet tydeligt angiver, at der foreligger et eksisterende kommunalt samarbejde om (dele af) opgaveløsningen, således at regionen er bekendt hermed.

KL skal foreslå, at den bemyndigelse, ministeren med hjemmel i overgangsloven får til at fastsætte rammer for bl.a. gyldighedsperiode og opsigelse af samarbejdsaftaler indgået mellem en kommune og en region i regi af overgangsloven, giver den nødvendige fleksibilitet til, lokalt, efter drøftelse i sundhedsrådene, at indgå horisontale samarbejdsaftaler mellem en region og flere kommuner med hjemmel i sundhedslovens § 118d.

KL mener i øvrigt ikke, at en eventuel bekymring for potentielle konsekvenser for delingsprocessen af mellemkommunale samarbejder er et relevant hensyn, da eksisterende kommunale samarbejder i hovedsagen er uden selvstændig juridisk identitet. Det vil sige, at alle aktiver/passiver, rettigheder/pligter og medarbejdere kan henføres til en kommune. Det er derfor stadig den enkelte kommune, der skal udarbejde delingsaftaleudkastet, gennemføre en proces med medarbejderne osv.

Rammer for regionalt påbud

En region kan med hjemmel i overgangslovens § 5, stk. 3, give en kommune påbud om at drifte en eller flere opgaver, der med reformen overgår til regionalt myndighedsansvar. Indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges i den forbindelse til efter overgangsloven § 5, stk. 7 at fastsætte en gyldighedsperiode for kommunal drift af regionale tilbud.

KL lægger til grund, at bestemmelsen er forudsat anvendt alene, hvor det er nødvendigt ud fra forsyningssikkerhedsmæssige hensyn. Det vil sige i situationer, hvor de ansvarlige myndigheder ikke har andre muligheder for at sikre den fortsatte drift af området.

Hjemler til mellemkommunalt samarbejde efter andre bestemmelser

KL bemærker, at visse kommuner iflg. lov om forpligtende kommunale samarbejder, lovbekendtgørelse nr. 789 af 24. juni 2024, er forpligtet til at samarbejde om indsatser efter sundhedslovens § 140.

Dato: 30. oktober 2025

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 4

Dato: 30. oktober 2025

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København Swww.kl.dk
Side 3 af 4

KL skal i forlængelse heraf bede ministeriet forholde sig til, hvordan kommuner omfattet af lov om forpligtende kommunale samarbejder, i fald regionen giver påbud herom, skal levere specialiseret rehabilitering omfattet af opgaveflyt, hvis de ikke må indgå mellemkommunale samarbejder efter overgangsloven.

Adgang til indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte regler om overførsel og fordeling mellem regioner og kommuner og mellem kommuner af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte

Det fremgår af lovforslaget, at indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte regler om overførsel og fordeling mellem regioner og kommuner og mellem kommuner af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, når der som led i kontrakter mellem regionsråd og kommunalbestyrelser overdrages opgaver mellem dem, og tilsvarende i forbindelse med ophør eller udløb af kontrakter.

KL bemærker, at der kan være hensyn, der taler for at reglerne for deling af aktiver, passiver mv. i forbindelse med indgåelse og ophør af driftsaftaler er sidestillet med reglerne herfor i forbindelse med opgaveflytningen.

KL vurderer imidlertid, at muligheden for tvungen fordeling af aktiver, passiver mv. ved ophør af en driftsaftale, kan få betydning for investeringer i opgavevaretagelsen i driftsperioden – fx i forhold til at placere driftsopgaven i en ny bygning. Det vil i den situation være 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.

Bemyndigelse til at fastsætte frister m.v.

Det fremgår af lovforslaget, at indenrigs- og sundhedsministeren skal kunne fastsætte regler om horisontale samarbejder, herunder om, hvor lang tid der mindst skal gå fra kontraktens indgåelse indtil dens ikrafttræden, om kontraktens gyldighedsperiode, om parternes adgang til at kunne opsige kontrakten og om meddelelse til indenrigs- og sundhedsministeren om indgåelsen af kontrakten.

KL anerkender behovet for en klar tidsramme i overgangsperioden.

KL finder det derimod uhensigtsmæssigt, såfremt der i tilknytning til den permanente hjemmel til horisontale samarbejder i sundhedslovens §118d fra nationalt hold fastsættes en fast periode for ikrafttræden af samarbejdsaftaler om drift af sundhedsydelser. En fast periode for ikrafttrædelse risikerer at blive unødvendigt rigid og bureaukratisk og tager ikke højde for variation i opgaveomfang og lokale forhold.

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. En detaljeret og central regulering vil kunne medføre unødigt bureaukrati og begrænse parternes

mulighed for at tilpasse aftalerne til lokale forhold og konkrete opgaver, jf. også bemærkninger oven for om rammer for bl.a. gyldighedsperiode og opsigelse af aftaler i regi af overgangsloven.

KL foreslår derfor, at ministeren bemyndiges til at fastsætte fleksible minimums- og maksimumsrammer, hvorefter parterne lokalt kan fastlægge de konkrete tidsmæssige vilkår. Dette vil sikre både ensartede minimumsgarantier og den nødvendige fleksibilitet, således at aftalerne kan understøtte en effektiv implementering og tage hensyn til lokale forhold.

Beregning og betaling af udgifter

KL er enig i den overordnede beskrivelse af, hvilke udgifter der skal indgå i vederlaget til den myndighed, der modtager opgaver.

KL ser desuden frem til at blive inddraget i drøftelser omkring en eventuel fastlæggelse af nærmere regler om beregning og betaling af udgifterne.

Afgrænsning i sundhedslovens afsnit IX af muligheden for at indgå horisontale samarbejder

KL bemærker, at muligheden for at indgå horisontale samarbejdsaftaler alene omfatter sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen jf. sundhedslovens afsnit IX. KL savner en begrundelse for ikke at inkludere andre sundhedsydelser, fx sundhedsydelser nævnt i sundhedslovens kapitel V, idet en sådan udvidelse vil kunne understøtte den lokale omstilling og muliggøre mere fleksibel koordinering. En begrænsning til at indgå aftaler om indsatser i det nære sundhedsvæsen hindrer muligheden for at koordinere fx udgående sygehusfunktioner (hjemmebehandlingsteams). En bredere hjemmel kan således sikre mere integrerede og effektive forløb for borgerne på tværs af kommuner, regioner og praksissektoren.

KL vurderer desuden, at afgrænsningen af det nære sundhedsvæsen fremstår forholdsvis uklart i lovforslaget. Det anbefales, at dette tydeliggøres i lovtæksten, så det klart fremgår, hvilke sundhedsydelser der kan indgå i horisontale samarbejdsaftaler.

Med venlig hilsen

Hanne Agerbak

Dato: 30. oktober 2025

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 4 af 4