

Høringssvar vedr. lovforslag om opgaveflyt

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 15

KL takker for muligheden for at afgive høringssvar til forslaget til lov om opgaveflytning fra kommuner til regioner m.v., som er sendt i høring med frist den 2. juli 2025. KL har med interesse læst lovforslaget og har både en række generelle bemærkninger og mere konkrete kommentarer til lovtæksten, som fremgår nedenfor.

Indledningsvist ønsker KL at fremhæve en række særlige pointer. Pointerne er uddybet i høringssvaret:

- Forårsaftalen mellem regeringen, KL og Danske regioner er en central del af det samlede grundlag for det videre arbejde med sundhedsreformen. Aftalen skal derfor afspejles tydeligt i lovtæksten og bemærkningerne for at sikre retning, sammenhæng og forudsigelighed i implementeringen.
- Et bærende princip i reformen er, at regionerne får et større ansvar for behandlingen før og efter indlæggelse (inspireret af kommissionens tanker om kædeansvar/end-to-end ansvar). Det bør reflekteres i lovgivningen, således at alle opgaver forankres hos den myndighed, der bærer myndigheds- og finansieringsansvaret, herunder fx befordring.
- Det er en central del af sundhedsreformen, at kommuner og regioner kan samarbejde om tilbud, herunder særligt, at kommunerne kan varetage driften af tilbud på vegne af regionerne. For at understøtte en mulig fortsat kommunal drift er det afgørende at der sikres fleksible rammer herfor, der kan afspejle lokale behov.
- Kommuner og regioner har også fremover et fælles ansvar for at sikre sammenhængende patientforløb. Dette fælles ansvar bør rummes i modellerne for afregnings- og færdigbehandlingstakster med henblik på et fælles (balanceret) økonomisk incitament til samarbejde.
- Bortfald af øvrige regionale opgaver vil have betydning for indsatser, der sikrer sammenhængende infrastruktur, udvikling i yderområderne, natur og rekreative formål, grøn omstilling, klimatilpasning og hjemtag af EU-midler.

Generelle bemærkninger

Med sundhedsreformen er det et politisk mål at styrke udviklingen af det nære sundhedsvæsen for at skabe et mere balanceret sundhedsvæsen og reducere ulighed i sundhed på tværs af landet. Hensigten er ligeledes at skabe mere sammenhæng i borgernes forløb. Lovforslaget fastsætter bl.a. rammerne for opgaveflytning af sundhedsopgaver fra kommuner til regioner, national sundhedsplan, etablering af sundheds- og omsorgspladser samt om bortfald af en række regionale udviklingsopgaver i overensstemmelse med den politiske aftale om en sundhedsreform.

Lovforslaget fastlægger og afgrænser de konkrete opgavesnit i forbindelse med overførslen af opgaver fra kommuner til regioner. Nærhed for borgerne og en mere ensartet kvalitet i hele landet er centrale pejlemærker i

sundhedsreformen og bør afspejles i de konkrete opgaveflytninger. Det er afgørende for en god start på implementeringen af sundhedsreformen, at lovgivningen giver tydelige og anvendelige rammer for arbejdet med reformen, opgaveflytningen og de nye samarbejdsformer mellem kommuner og regioner.

Klare og meningsfulde opgavesnit er en forudsætning for et velfungerende samarbejde, en smidig overgang og tryghed for både borgere og medarbejdere, som bliver berørt af reformen. Det er samtidig en forudsætning for at sikre borgernes fortsatte adgang til de sundhedstilbud, der overgår til regionerne.

Opgavesnit og sammenhæng til Forårsaftalen

Forårsaftalen mellem Regeringen, KL og Danske Regioner fra den 25. maj 2025 indeholder væsentlige beskrivelser af snitflader, målgrupper og ansvarsfordeling i forbindelse med opgaveflytningen – herunder for sundheds- og omsorgspladser, jf. aftalens bilag 5. Aftalen er resultat af et fælles arbejde med at tilpasse og afklare centrale elementer, som parterne lokalt kan arbejde frem mod i reformens implementering. Samtidig er det vigtigt at understrege, at der fortsat er udestående vedrørende sundhedsreformen, der skal afklares fremadrettet.

Det gælder særligt i forhold til kommende kvalitetsstandarder, der skal fastlægge snittet mellem myndigheder, som på en række områder for nuværende er uklart, fx i forhold til hvilken myndighed, der i hvilke situationer bærer ansvaret for sygepleje i borgers hjem.

Det gælder også afregningstakster og incitamentsstrukturen ift. sundheds- og omsorgspladser, jf. neden for. Og for samspil mellem alment medicinske tilbud og kommunalt plejepersonale.

Forårsaftalen udgør dermed en central del af det samlede grundlag for opgaveflytningen. Aftalen bør derfor afspejles tydeligt i lovteksten og bemærkningerne for at sikre retning, sammenhæng og forudsigelighed i implementeringen. Det bemærkes i den forbindelse, at lovforslaget i flere stræk adskiller sig fra forårsaftalen. Det er u hensigtsmæssigt, da det kan give grobund for fortolkninger, der adskiller sig fra de rammer, der er aftalt mellem de centrale og decentrale parter. Dette vedrører i særlig grad etablering af sundheds- og omsorgspladserne samt investeringsmotoren jf. nedenfor.

Regionernes finansiering af kommunale indsatser

KL bemærker, at det er u hensigtsmæssigt, at midler, der er afsat til udbygning af kommunale indsatser i sundhedsrådene, samtidig kan anvendes til finansiering af regionale indsatser jf. lovforslagets § 118 c, stk. 4. Selvom det forudsætter opbakning fra alle kommuner, vil tilstedeværelsen af muligheden for at midlerne anvendes til at styrke den regionale kapacitet vanskeliggøre samarbejdet lokalt i sundhedsrådene om at udbygge kommunale sundhedsindsatser. Det strider samtidig mod sundhedsreformens klare ambition om at omstille til et nært sundhedsvæsen og styrke den nære sundhed. Midlerne er desuden, i fald de prioriteres til regionerne, ikke klart afgrænset til nære regionale sundhedsindsatser.

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 15

Derfor er det særligt uhensigtsmæssigt, at § 118 c, stk. 4 indeholder kantede parenteser omkring betegnelsen [nær sundhed] i beskrivelsen af det statslige tilskud til kommunale sundhedsindsatser og samarbejdet mellem kommuner og regioner via sundhedsrådene.

Afregningstakst ved afslutning af forløb på sundheds- og omsorgspladser

KL bemærker, at regionerne med opgaveflyt af den kommunale akutfunktion og hovedparten af kommunernes midlertidige pladser har et samlet finansierings- og myndighedsansvaret for sundhedsfaglige indsatser uden for borgerens hjem – dog fraregnet kommunale sygeplejeklinikker. KL mener, at dette skal afspejles i en ny afregnings- eller færdigbehandlingstakst, som regeringen forventer at fremsætte lovforslag om i en senere lovpakke.

KL er opmærksom på, at kommuner og regioner også fremover har et fælles ansvar for at sikre sammenhængende patientforløb. I en ny struktur mener KL dog ikke, at kommunerne fortsat skal betale en ensidig afregnings- eller færdigbehandlingstakst. KL ser derfor frem til at drøfte modeller, hvor såvel kommuner som regioner får et fælles (balanceret) økonomisk incitament til at arbejde for hensigtsmæssige overgange mellem sektorer.

Økonomiske konsekvenser ved udstedelse af kvalitetsstandarder

KL skal for god ordens skyld understrege, at kommunerne skal kompenseres for de omkostninger kommuner påføres i situationer, hvor nationale kvalitetsstandarder stiller krav til den kommunale opgavevaretagelse. Det kan i afsnit 7.1.2. læses som, at der alene ”*kan være økonomiske og administrative konsekvenser for regioner og kommuner forbundet med at udmønte kvalitetsstandarder*”.

Befordring og samling af større ansvar hos regionerne

KL noterer sig, at der i regi af økonomiaftalen for 2026 skal gennemføres et eftersyn af reglerne om befordring og befordringsgodtgørelse, som også skal rumme befordring til og fra de regionale sundheds- og omsorgspladser. KL skal i den forbindelse understrege, at økonomien i opgaveflyttet er inklusive alle udgifter og herunder også transport til og fra de aktiviteter, der flyttes til regionerne. KL mener derfor ikke kommunerne efter 2027 kan have finansierings- og myndighedsansvar for befordring til/fra regionale sundheds- og omsorgspladser, specialiseret rehabilitering, mv.

KL skal i den forbindelse i øvrigt understrege, at hensynet til et entydigt kædeansvar, som er et bærende princip i reformen – og i Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger forud for – taler for, at det samlede ansvar, hér konkret i forhold til befordring for borgere med ophold på regionale sundheds- og omsorgspladser forankres hos den myndighed, der bærer myndigheds- og finansieringsansvaret.

Sammenhæng til anden lovgivning

Ifølge lovforslaget skal aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, der ”*udelukkende eller overvejende er knyttet til en sundhedsopgave, der overføres, som udgangspunkt overføres til den myndighed, der overtager opgaven*”. Denne beskrivelse er i modstrid med lov om overgangen til en ny sundhedsstruktur L213 (Overgangsloven), hvor det fremgår, at det er aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, der ”*helt overvejende eller*

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 15

udelukkende” er knyttet til den sundhedsopgave, der overføres, som udgangspunkt overføres til den myndighed, der modtager opgaven. Teksten i lovforslaget bør derfor konsekvensrettes. Dette henset til, at det er vigtigt, at der er overensstemmelse mellem de forskellige lovforslag til sundhedsreformen, så der ligger en tydelig og klar hjemmel til baggrund for det kommende implementeringssamarbejde mellem regioner og kommuner.

Rammer for kommunernes evt. drift af regionale opgaver

Det er en central del af sundhedsreformen, at kommuner og regioner kan samarbejde om tilbud, herunder særligt, at kommunerne kan varetage driften af tilbud på vegne af regionerne. KL har forståelse for, at der på nuværende tidspunkt fortsat er udeståender, der skal afklares – blandt andet i forhold til kommunernes mulighed for at drive tilbuddene på egne vegne eller vegne af flere kommuner set i relation til udbudslovgivningen.

Det bør fremgå tydeligt af lovforslaget, at Indenrigs- og Sundhedsministerens beføjelser til i overgangsperioden 2027-2028 at fastsætte regler og vilkår for, at en kommune kan varetage driftsopgaver på regionens vegne, kan udøves efter indstilling fra regionen og på baggrund af oplysninger fra den eller de pågældende kommuner. Det skal i den forbindelse understreges, at det bør være en forudsætning, at kommunen selv vurderer sig i stand til at påtage sig opgaven. Dette princip er allerede anerkendt i lov om overgangen til en ny sundhedsstruktur L213 (Overgangsloven) og bør videreføres i nærværende lovforslag. I den nuværende formulering lægges der vægt på, at det er ministeren, der fastsætter vilkårene for, at en kommune kan varetage driften på en regions vegne, uden tilsvarende tydelighed om, at dette forudsætter opbakning og tilkendegivelse fra både region og kommune.

Bemærkninger til opgaveflyt

Almen kommunal sygepleje

KL skal foreslå, at termen *”almen kommunal sygepleje”* erstattes af *”kommunal sygepleje”*. Dette henset til, at *”almen”* er misvisende i forhold til den opgave, den kommunale sygepleje løfter også efter 2027. I såvel kommuner som i regioner vil der også fremadrettet være både almene og specialiserede sygeplejeopgaver.

KL noterer sig, at lovforslaget tydeligt understreger den regionale akutfunktions ansvar for at rådgive og understøtte den kommunale sygepleje. Det er helt afgørende, at der også efter 2027 er et tæt og forpligtende samarbejde mellem akutfunktion og sygepleje/hjemmepleje for at sikre borgerne en faglig kompetent sygeplejefaglig indsats.

KL noterer sig også, at kommunerne med overdragelsen af akutsygeplejen til regionerne fra 2027 ikke skal understøtte samarbejdspartnere i almen praksis, lægevagt/1813 m.v. i forhold til patienter med akutte behov (dvs. inden for få timer, jf. kvalitetsstandarden for kommunale akutfunktioner) henset til, at ansvaret for den akut syge patient forankres i regionerne.

KL ser frem til arbejdet med en national kvalitetsstandard for den kommunale sygepleje, herunder til at sikre klare snit mellem f.eks. kommunal sygepleje og regional hjemmebehandling.

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 4 af 15

KL anerkender, at formålet med sygepleje i helhedsplejen er at "*sikre mere sammenhæng og mere kontinuitet i indsatsen på tværs af ældreplejen og den kommunale sygepleje*." Det er en vigtig målsætning, men det bør også eksplicit anerkendes, at der allerede i dag i praksis er en tæt koordinering og høj grad af sammenhæng mellem pleje- og sygeplejeindsatserne i kommunerne. Dette henset til, at det i mange tilfælde er de samme medarbejdere, der udfører både plejeopgaver og dele af sygeplejen gennem opgaveoverdragelse og dermed allerede understøtter kontinuitet og helhed i borgerens forløb og i øvrigt bidrager til både faglig bæredygtighed og ressourceeffektivitet.

Den videre udvikling af helhedsplejen og modellen for integration af kommunale sygeplejeydelser i ældreloven skal derfor bygge videre på de eksisterende praksisser og styrke det tætte samarbejde – ikke mindst for at sikre, at organisatoriske ændringer ikke utilsigtet svækker det velfungerende tværfaglige samarbejde, der allerede findes.

KL skal endelig pege på, at det af lovforslaget er uklart, hvem der kan visitere til indsatser i den regionale akutfunktion. Vil en alment praktiserende læge/alment medicinsk tilbud eller en vagtlæge fx kunne visitere til indsatser fra den regionale akutfunktion? KL lægger i øvrigt til grund, at regionale ansatte ikke kan visitere til den kommunale sygepleje.

Regionale sundheds- og omsorgspladser

KL bemærker, at regeringens, KL's og Danske Regioners politiske aftale (forårsaftalen) fra maj 2025 om implementering af sundhedsreformen bør være afsæt for lovforslagets juridiske ramme for opgaveflyt m.v. KL foreslår derfor også, at lovforslaget konsekvensrettes, så det matcher den politiske aftaletekst, jf. oven for.

Det fremgår fx af lovforslagets almindelige bemærkninger, at "*ansvaret for ophold og indsats for en større gruppe borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats (...) flytter til regionerne*". I den politiske aftale fremgår, at regionerne overtager ansvaret for "*hovedparten*" af målgruppen. Det bør konsekvensrettes i lovforslaget.

Det fremgår videre, at de regionale pladser skal "*give regionerne mulighed for at skabe større sammenhæng til sygehusindsatserne*". Dette hensyn er ikke nævnt i den politiske aftale. Det er bekymrende, at netop dette hensyn betones i lovforslaget uagtet, at overgang til eget hjem bør være helt centralt for pladserne, jf. kommunernes hidtidige brug af de midlertidige pladser. KL mener, at der er behov for at sikre en tydelig beskrivelse af formål og målgruppe. Man kan i forlængelse heraf frygte, at pladserne på sigt kan udvikle sig til forlagt sygehusbehandling tæt knyttet til regional drift fremfor at fungere som borgerens overgang til det nære sundhedsvæsen og eget hjem.

Det fremgår herudover af den politiske aftale, at regionen skal varsle kommunerne, når borgere afsluttes fra en regional plads (hverdag 48 timer før og fredag 72 timer før). Det er ikke nævnt i lovforslaget uagtet, at det er afgørende for kommunernes mulighed for at gøre hjemmet egnet til ophold, at de varsles rettidigt af regionen. De 48/72 timer skal derfor nævnes eksplicit i lovforslaget som aftalt politisk i forårsaftalen.

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 5 af 15

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København Swww.kl.dk
Side 6 af 15

Det fremgår desuden af lovforslagets særlige bemærkninger, at forløb på en regional sundheds- og omsorgsplads forventes *"overvejende at være kendetegnet ved at være subakutte eller akutte og komplekse"*. I bilag 5 til den politiske aftale fremgår, at forløb kan omfatte akut opstået sygdom, forværring af kendt sygdom eller helbredstilstande med komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov. Det fremgår herudover, at borgere med behov for basal palliation eller almen genoptræning kan have behov for regionalt ophold – altså en langt bredere gruppe end den markerede tekst i lovforslaget lægger op til.

Det fremgår endelig af den politiske aftale, at organisatorisk bæredygtighed er et væsentligt hensyn for ophold på en regional plads. Det bør også nævnes i lovforslaget som et bærende princip bag regionernes visitation til ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

KL bemærker også, at det i lovudkastet pointeres, at borgerens sundhedsfaglige behov fordrer adgang til lægelige kompetencer. KL skal i den forbindelse påpege, at ophold også kan tilskrives andre årsager end behov for tæt adgang til lægelige kompetencer alene, fx organisatorisk bæredygtighed og ophold, mens hjemmet gøres klar, jf. aftale om 48/72 timers varslings og jf. oven for i øvrigt. I fald tæt adgang til specialiserede lægefaglige kompetencer bliver det bærende princip for visitation til regionale pladser vil det i praksis betyde, at den nuværende målgruppe for kommunalt ophold bliver betydeligt smallere, når ansvaret overgår til regionerne. Det kan i praksis tvinge kommunerne til på ny at opbygge kapacitet, og kan også have konsekvenser for borgerne.

KL bemærker herudover, at det fremgår af lovforslaget, at ophold på en regional sundheds- og omsorgsplads er vederlagsfrit. KL undrer sig i den forbindelse over, at borgeren samtidig kan pålægges udgifter til medicin og evt. også befordring under regionalt ophold. Det fremstår inkonsekvent, at selve opholdet er uden egenbetaling, mens der ikke tilsvarende er taget højde for øvrige sundhedsrelaterede udgifter, som borgeren måtte have under opholdet. KL opfordrer til, at dette præciseres nærmere i bemærkningerne til lovforslaget.

KL noterer sig videre, at det vil være et regionalt ansvar at levere almen genoptræning til borgere under ophold på en regional sundheds- og omsorgsplads, og at regionen har myndigheds- og finansieringsansvaret for dette.

Regionen skal i forbindelse med afsluttet ophold på en regional plads beskrive rammer for den videre almene genoptræning i kommunalt regi, og de kommende nationale kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser skal indeholde overvejelser vedrørende planlægningen af de kommunale indsatser, der skal finde sted efter afsluttet ophold – eksempelvis for borgere med fortsat behov for genoptræning. KL lægger her til grund, at kommunerne kompenseres økonomisk for de eventuelle forventninger til den kommunale opgavevaretagelse, der måtte følge af en kommende kvalitetsstandard. KL foreslår i den forbindelse, at den almene genoptræning, der finder sted under regionalt ophold, monitoreres for at sikre, at regionen ikke blot afslutter borgere til genoptræning i kommunalt

regi, hvis denne genoptræning rettelig burde være sket under det regionale ophold.

KL bemærker endvidere, at regionen skal monitorere anvendelsen af kapaciteten og indsatser på de regionale pladser. Det er efter KL's opfattelse helt afgørende, at kapacitet, tilgængelighed m.v. følges tæt for at sikre, at indsatsen lever op til intentionerne med sundhedsreformen.

KL bemærker herudover, at indenrigs- og sundhedsministeren med lovforslaget får hjemmel til at fastsætte nærmere regler om sundheds- og omsorgspladser, og at der i lovforslaget nævnes konkrete områder hjemlen kan tages i anvendelse i forhold til samt, at ministeren i kommende lovforslag vil fastsætte yderligere regler for brug af pladserne. KL forventer hér at blive inddraget i det løbende arbejde omkring rammer for pladserne. Og særligt i forhold til bemyndigelsen til at *"fastsætte regler ved uenighed mellem region og kommune om ansvarsfordeling i relation til sundheds- og omsorgspladser"* henset til, at ændret ansvarsfordeling kan presse kommunerne til at styrke kapaciteten udover, hvad der er aftalt i forårssaftalen.

Det er for KL svært at se, hvilke socialfaglige indsatser en borger skal modtage, mens denne har ophold på en regional plads. Borgeren er ikke i botilbud, og bostøtte gives i hjemmet – ikke mens borgeren opholder sig på en plads. Hér må det derfor være de socialfaglige kompetencer, som regionen skal stille til rådighed på pladserne, der skal varetage evt. socialfaglige problemstillinger under opholdet. Regionen kan i den forbindelse i øvrigt ikke beslutte, hvilke socialfaglige indsatser, kommunen skal sætte i værk efter opholdet. Regionen skal, hvis de vurderer, der er et behov for socialfaglig indsats efter ophold, give kommunen besked i så god tid som overhovedet muligt, så kommunen kan igangsætte en udredning, mens borger stadig er på pladsen.

KL skal bede ministeriet om at overveje, hvordan man i den kommende struktur håndterer uhensigtsmæssige forløb/snit for borgere, der har et sundhedsfagligt behov for ophold på en regional plads og samtidig har behov for behandling for alkoholmisbrug eller socialtandpleje – ydelser, som det i lovforslaget understreges ikke vil være et regionalt ansvar. Dette særligt henset til, at ophold på en regional plads kan have et andet tidsperspektiv end en indlæggelse på et sygehus.

KL skal endelig pege på, at det fremgår af de specielle bemærkninger, at rehabilitering på specialiseret niveau ikke skal tilbydes med ophold på en regional plads i tilfælde, hvor der er behov for døgnophold. KL skal bede ministeriet uddybe, hvor indsatsen i så fald skal tilbydes i regionalt regi.

Patientrettet forebyggelse

Med sundhedsreformen flyttes patientrettet forebyggelse til regionalt myndigheds- og finansieringsansvar, men selve formålet med tilbuddet forandres ikke. Det bør tydeligt fremgå af lovforslaget, at det primære formål med patientrettet forebyggelse er at give borgerne indsigt, redskaber og tro på egne evner, som over tid kan føre til bedre håndtering af livet med kronisk sygdom, herunder forbedret helbredsstatus, egenomsorg og sundhedsadfærd. Indsatsen skal gerne føre til færre akutindlæggelser og

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 7 af 15

genindlæggelser, men hovedformålet er at hjælpe borgere til at leve et godt liv med kronisk sygdom, herunder forebygge udvikling og forværring af kronisk sygdom.

Den patientrettede forebyggelse har et stærkt ophæng til civilsamfundet og en tydelig sammenhæng til øvrige kommunale velfærdsopgaver, herunder på social- og beskæftigelsesområdet. Med flytning af opgaven til regionerne tydeliggøres sammenhæng til sygehusbehandling, men samtidig fjernes den brede kobling til socialområdet og beskæftigelse og potentielt også til foreninger og øvrigt civilsamfund, som kommunerne har stor kontakt og samarbejde med.

Mange af de borgere der lider af kronisk sygdom, er heldigvis stadig en aktiv del af arbejdsstyrken, men har på grund af deres sygdom i perioder brug for tæt og koordineret kontakt med andre forvaltningsområder i kommunen. Det bør derfor fremgå, at regionerne i deres forvaltning af den patientrettede forebyggelse aktivt skal samarbejde og understøtte sammenhængen til kommunale velfærdsindsatser.

Det fremgår af lovforslagets særlige bemærkninger (side 109), at "*den foreslåede ændring om at lade regionerne være ansvarlig for patientrettede forebyggelsestilbud vil kunne føre til, at nogle borgere kan få længere transporttid til relevante tilbud.*" Begrundelsen herfor er et ønske om at sikre tilstrækkelig kvalitet og bæredygtighed i tilbuddene, hvor der kræves en særlig ekspertise eller et patientgrundlag for at sikre faglig bæredygtighed i tilbuddene. Det anføres endvidere, at der vil kunne udvikles flere og mere specifikke tilbud til borgerne.

Det er KL's vurdering, at geografisk tilgængelighed, herunder kort afstand, har afgørende betydning for borgernes deltagelse i forebyggende tilbud. Ikke mindst blandt udsatte og sårbare borgere, der i mindre grad har mulighed for at flyttes sig langt. Den økonomiske bæredygtighed i reformen må ikke ske på bekostning af borgernes adgang til og brug af ydelserne. Det flugter ikke med sundhedsreformens ambition om et nært, tilgængeligt og lige sundhedsvæsen, men bidrager tværtimod til en centralisering af tilbuddene. Det er endvidere uklart hvem der skal assistere med tilbud om transport for de borgere der måtte have behov herfor.

KL anbefaler derfor, 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. Digitale formater kan i mange tilfælde øge borgernes mulighed for at tage imod et tilbud og samtidig sikre en ensartet kvalitet på tværs af landet. Differentiering vil desuden understøtte, at ressourcer målrettes de borgere, som har det største behov for indsats.

Genoptræning

I dag er der stor forskel på, hvordan de enkelte specialiserede rehabiliteringstilbud er tilrettelagt, hvilke indsatser de indeholder, hvem der driver dem og hvilken målgruppe de har fokus på. Paletten er stor med døgnrehabilitering, ambulante, murstensløse, nogle i regi af specialsygehusene, andre selvejende og nogle, som er drevet af de større kommuner. Nogle tilbud har fx fokus på, at borgere selv kan lade sig

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 8 af 15

transportere til og fra og at de har et potentiale ift. arbejdsmarkedet. Andre håndterer borgere, som har brug for døgnpleje og er sengeliggende.

Det er væsentligt, at kravene til indholdet af disse tilbud bliver klart defineret, såfremt intentionen om mere ensartethed og kvalitet skal sikres. Fx er der tilbud, som også indeholder neuropsykologisk indsats, som en del af tilbuddet og andre, hvor indsatserne kobles på.

Det er derfor vigtigt, at det tydeliggøres, hvad der fremover kan forventes af et specialiseret rehabiliteringstilbud, hvilke målgrupper de skal håndtere og hvordan samspillet med kommunernes tilbud efter andre lovgivninger er. Det handler også om at tydeliggøre de forskellige faser i borgerens forløb og hvordan de enkelte dele skal spille sammen fremover.

KL mener ikke, at der - som det fremgår af lovforslaget - bør stilles krav om, at de kommunale tilbud på genoptræningsområdet skal beskrives i regionale kvalitetsstandarder. Disse tilbud foregår efter anden lovgivning og vil typisk komme i spil efter et forløb på et specialiseret rehabiliteringstilbud og sker allerede i dag med afsæt i de enkelte vejledninger på området. Skal der stilles yderligere krav til de kommunale tilbud på fx social-, undervisnings- og arbejdsmarkedsområdet bør det ske i regi af de enkelte ministerier og styrelser og understøttes økonomisk.

Det fremgår ikke klart af lovforslaget, hvad kommunens rolle er, hvis patienten henvises til et specialiseret rehabiliteringstilbud. Hvordan tænkes visitationen at foregå og koblingen til evt. andre tiltag? Det bør fremgå, at regionen er ansvarlig for løbende at følge op på patientens fremskridt og sikre dialogen til kommune, almen praksis og de pårørende. Det fremgår ikke, hvem, der har ansvaret for at tage hånd om patienten, hvis vedkommende ikke er klar til at modtage specialiseret rehabilitering og vedkommende fx ikke kan klare sig i eget hjem.

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at det forudsættes, at alle kommuner fortsat vil have en hjerneskadekoordinator eller team. Ikke alle kommuner har en hjerneskadekoordinator eller koordinerende team i dag og derfor kan man ikke forudsætte, at dette er gældende og særligt vil være det med de opgaver, der nu overgår til regionalt myndighedsansvar. KL anerkender dog, at de har en væsentlig rolle, særligt hvis der ikke i regionalt regi kommer en koordinator.

KL bakker op om behovet for, at man på sundheds- og omsorgspladserne – for de borgere der fortsat har behov for almen genoptræning i kommunen – har mulighed for at udarbejde en sundhedsfaglig vurdering af den aktuelle status for funktionsevnen som tillæg til genoptræningsplanen fra sygehuset. Det er dog vigtigt, at der kommer klare retningslinjer for en sådan sundhedsfaglig vurdering herunder hvilke fagfolk, som udarbejder vurderingen. Dette for ikke at skabe usikkerhed ift., hvilken karakter en sådan vurdering har og at det sker på en nogenlunde ensartet måde.

Endeligt vil KL opfordre til, at man nationalt og lokalt følger udviklingen i såvel antallet af genoptræningsplaner og fordelingen mellem sygehuse, så man sikrer en vis ensartethed ift. hvem der får en plan herunder fordelingen mellem de enkelte niveauer af planer. I dag er der stor forskel fra region til region, hvilket er med til at skabe ulighed i sundhed.

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 9 af 15

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København Swww.kl.dk
Side 10 af 15

lft. tilpasning af bekendtgørelsens regler om frit valg til genoptræning, bemærker KL, at borgeren efter gældende bestemmelser har ret til frit valg af leverandør *"såfremt kommunalbestyrelsen ikke kan tilbyde opstart af genoptræningstilbud inden for syv dage efter udskrivning"* (jf. Bekendtgørelsen § 7, stk. 3). Dette kriterium for frit valg bør skrives mere tydeligt frem i lovforslaget, når det tilpasses til også at omfatte regionsrådet. Herudover fremgår det af lovforslagets særlige bemærkninger, at det fremover vil være *"borgerens ansvar at finde og vælge en leverandør, samt afklare med denne, om der kan tilbydes opstart senest samtidig med kommunalbestyrelsens eller regionsrådets tilbud om opstart"*. KL bemærker, at kommunerne i dag understøtter borgerne i denne proces via portalen Min Genoptræning, som har samlet al nødvendig information, herunder godkendte leverandører, til borgeren. Det bør overvejes, hvordan det sikres, at borgeren oplever samme serviceniveau uagtet genoptræningsplan, såfremt regionsrådene vælger en anden løsning.

Regional finansiering af kommunale sundhedsopgaver (investeringsmotor)

Det fremgår af lovforslaget, at regionsrådene skal have mulighed for at rejse forskelligartede økonomiske tilsagn og ledsagende krav til forskellige kommuner, der i vidt omfang også har forskelligartede sundhedsindsatser, politiske interesser og kvalitet i sundhedsydelse.

Det fremgår tilsvarende af forårsaftalen, at der skal være proportionalitet mellem tilsagnets størrelse og kravenes omfang og rækkevidde. Kommunerne skal fortsat have mulighed for tværgående prioritering på tværs af opgaveområder, herunder sundheds- og ældreområdet.

KL mener, at teksten i lovforslaget bør afspejle teksten i forårsaftalen.

Det fremgår desuden af lovforslaget, 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.

Jf. ovenfor fremgår det af forårsaftalen, at kommunerne skal have mulighed for tværgående prioritering på tværs af opgaveområder, herunder sundheds- og ældreområdet. KL mener, at teksten i lovforslaget vil åbne op for, at regionerne i vidt omfang kan begrænse kommunernes prioriteringsrum. KL mener derfor at teksten i lovforslaget bør omformuleres – og afspejle den aftalte ramme i forårsaftalen.

Det fremgår endvidere af lovforslaget, at parterne skal sikre proportionalitet mellem tilsagnets størrelse og kravenes omfang og rækkevidde, herunder så aftalerne ikke binder kommunernes mulighed for prioriteringer på tværs af opgaveområder unødigt.

Den formulering fremgår flere gange i lovforslaget. KL mener at formuleringen i lovforslaget bør afspejle indholdet i forårsaftalen, hvor det fremgår at kommunerne skal have mulighed for tværgående prioritering og at tilsagnskrav ikke kan låse en kommune på et bestemt udgiftsniveau.

Det er væsentligt for KL, at kommunerne sikres finansiering til bindende krav til kommunale indsatser, der udmøntes via nationale kvalitetsstandarder. Der fremgår følgende af lovforslaget: *"[En del af rammen til kvalitetsstandarder fordeles til kommunerne efter en centralt aftalt fordelingsnøgle, som baserer sig på kommunernes indbyggertal samt tager højde for kommunens patienttyngde og alderssammensætning.] Disse kobles til de bindende krav til kommunale indsatser i kvalitetsstandarderne."*

KL er enig i ovenstående – der også er i tråd med forårsaftalen, hvorfor denne del af teksten ikke bør være i kantet parentes.

KL skal foreslå, at det i lovforslaget, jf. den politiske aftale, understreges, at det primære hensyn bag finansiering af kommunale sundhedsindsatser er langsigtet kapacitetsopbygning. Det kan i lovforslaget læses som, at midlerne kan prioriteres ligeligt til kapacitetsopbygning og udviklings- og forsøgsprojekter. Det er ikke hensigtsmæssigt.

KL undrer sig over, at der i bemærkningerne til lovforslagets § 118 c, stk. 5 alene står, at midler kan bruges til anlægsinvesteringer. Det følger således af forårsaftalen, at der er *"afsat 3,5 mia. kr. (...) (anlægsmidler) til nybyggeri, ombygning og/eller renovering af de fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser samt nødvendige investeringer i IT, teknologi og udstyr"*. Det bør ligeledes fremgå af lovforslaget.

National sundhedsplan

Det fremgår af lovforslaget, at en national sundhedsplan skal sætte fælles strategisk retning for sundhedsvæsenet. Dette støtter KL op om og opfordrer til, at det sikres, at en strategisk retning er med fokus på en reel omstilling af det samlede sundhedsvæsen, der styrker det primære sundhedsvæsen uden for sygehusene og understøtter en mere lige fordeling af ressourcer - både geografisk og socialt.

Det er afgørende, at planen klart afspejler de behov, som både sundhedsvæsenet og borgerne står overfor nu og i de kommende 8-10 år, som planen dækker. Planen bør imødekomme de centrale samfundsudfordringer, herunder en stigende andel ældre borgere samt en øget forekomst af borgere med én eller flere kroniske sygdomme, således at ressourcerne anvendes optimalt til gavn for både effektivitet og kvalitet i sundhedsindsatserne. KL er enige i, at ressourcer skal prioriteres til det primære sundhedsvæsen fremfor til yderligere at vækste sygehusene. Denne prioritering og udbygning af det nære sundhedsvæsen bør dog ske i tæt samspil med de øvrige velfærdstilbud i kommunerne for reelt at sikre et sammenhængende sundhedsvæsen, der både forebygger sygdom og indlæggelser på sygehusene. Det er derfor afgørende, at den nationale sundhedsplan tager et helhedsperspektiv og omfatter både regionernes og kommunernes samlede sundhedsindsatser.

KL bemærker, at lovforslaget indeholder et forslag om, at der på nationalt plan, i samarbejde med regioner og kommuner, følges op på den retning, som er angivet i den nationale sundhedsplan. Opfølgningen skal ske ved hjælp af relevante indikatorer for målopfyldeelse. KL støtter denne tilgang og understreger vigtigheden af, at der følges op på de fastsatte mål i den nationale plan. Det er afgørende, at opfølgningen muliggør en løbende

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 11 af 15

evaluering af målopfyldelsen, så der kan foretages nødvendige justeringer undervejs.

Det fremgår ikke af den foreslåede § 206 d, om nærsundhedsplaner, i hvilket omfang kommunerne bør inddrages i de regionale sundhedsplaner. KL bemærker, at nærsundhedsplanerne udarbejdes i sundhedsrådene, hvor både regioner og kommuner er repræsenteret, og at nærsundhedsplanerne blandt andet skal afspejle den regionale sundhedsplan. KL understreger derfor vigtigheden af, at den regionale sundhedsplan udarbejdes i tæt samarbejde med kommunerne. Det vil være afgørende for at sundhedsrådene kan leve op til reformens ambition om at omstille til et mere nært sundhedsvæsen, at den regionale sundhedsplan kan rumme og give plads til, at nærsundhedsplanerne indeholder et klart kommunalt perspektiv på omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen. Herunder give plads til et fortsat tværsektorielt samarbejde mellem regionale og kommunale tilbud og indsatser.

KL bemærker, at ovenstående intention derfor bør fremgå tydeligt af den foreslåede § 206 d.

Bortfald af øvrige regionale opgaver

Med Forårsaftalen er der en afklaring af rammerne for den kommende omstilling af sundhedsvæsenet – og de økonomiske konsekvenser i opgaveflytningen fra kommuner til regioner. Dertil er der enighed mellem KL, regeringen og Danske Regioner om flytning af kulturmidler til kommunerne, jf. sundhedsreformen. Kommunerne får ca. 33 mio. kr. over blokken, som det er op til den enkelte kommunalbestyrelse at beslutte, hvordan bedst anvendes.

Det konstateres i aftalen og i lovforslaget, at regionernes opgaveportefølje, udover den primære sundhedsopgave, fremadrettet vil være smallere.

Regionernes opgaveportefølje vil udover den primære sundhedsopgave, fremadrettet alene bestå af følgende:

1. Drift af tilbud og institutioner på det specialiserede socialområde og på specialundervisningsområdet
2. Jordforurening
3. Råstofindvinding på land
4. Opgaver på uddannelsesområdet
5. Indstillingsret til 20 pct. af socialfondsmidlerne i programperioden 2021-2027
6. Åbenhed om privat partistøtte for folketingskandidater og kredsorganisationer
7. Opgaver relateret til kollektiv trafik

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

Det betyder konkret, at der vil være en lang række udviklingsindsatser- og projekter, som regionerne ikke længere må løfte. Det gælder også særligt indsatser inden for klima.

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 12 af 15

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København Swww.kl.dk
Side 13 af 15

KL noterer sig samtidig, at regionerne, i henhold til aftalen, fortsat vil have mulighed for at deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder, herunder Interreg-projekter, som ligger inden for deres opgaveportefølje på det tilbageværende regionale udviklingsområde. Den administrative forankring af Interreg-programmer vil fortsat være i regionerne.

Derudover vil Region Syddanmark og Region Østdanmark fortsat have adgang til også at kunne deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder på kulturområdet.

Der er således foretaget en positiv afgrænsning af, hvilke opgaver regionerne fremadrettet skal varetage og finansiere på det regionale udviklingsområde. På baggrund heraf forudsætter KL, at den regionale finansiering af indsatser på nævnte områder fortsætter.

Kommunernes grundbidrag til regionerne på udviklingsområdet fastholdes uændret i 2026.

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.

Særligt i forhold til at sikre hjemtag af EU-midler, der understøtter regional udvikling, kan det blive en udfordring, at regionerne ikke længere kan medfinansiere de regionale EU-kontorer med dette formål. Dette konkret i forhold til EU-ansøgninger og -projekter som fx COHEAT, EU Missions Adaptation To Climate Change, Climate pol, Climate Blue og Poseidon. Uden denne kapacitet vil det samlede danske hjemtag af EU-midler forventeligt blive svækket.

Tilpasningen vil også kunne have betydning for en lang række vigtige aktuelle regionale samarbejder med fokus på vækst, udvikling, mobilitet og jobskabelse, som eksempelvis samarbejdet om Femernforbindelsen, Greater Copenhagen, Business Region North Denmark og Supercykelsti-samarbejdet i Hovedstadsregionen.

Regeringen bør tillige 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.

Det vurderes, 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 med 112 mio. kr. (2025-pl) i 2026 og 223 mio. kr. (2025-pl) fra 2027 og frem som følge af opgavebortfaldet. KL forventer at indgå i en dialog om anvendelsen af de fortsatte regionale udviklingsmidler.

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København Swww.kl.dk
Side 14 af 15

Konkrete bemærkninger til lovforslaget

Bemærkninger til afsnit 3.1.1.5 om midlertidige pladser

Det fremgår, at *"vederlagsfri sygepleje, som leveres til borgere på en midlertidig plads, herunder akutplads også omfatter kost, linned, tøjvask og lignende"*. Det er ikke korrekt. Iflg. bekendtgørelse nr. 165 af 26. februar 2019 er det alene den *"sygepleje, der i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen, leveres ved en kommunal akutfunktion, organiseret som en kommunal akutplads... [der] omfatter tillige kost, linned, tøjvask o. lign."*.

Bemærkninger til lovforslagets § 206 c og § 206 d

National sundhedsplan og nærsundhedsplaner

Det fremgår af den foreslåede § 206 c, at Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter en national sundhedsplan. KL bemærker, at det med fordel kan præciseres i lovgivningen, at både kommuner og regioner inddrages i processen.

Det fremgår desuden af den foreslåede § 206 c, stk. 2, at sundhedsmyndigheders, regioners og kommuners planlægning af sundhedsvæsenet skal være i overensstemmelse med den nationale sundhedsplan. KL gør opmærksom på, at det bør tydeliggøres, at kommunerne ikke er forpligtiget på at udarbejde kommunale sundhedspolitikker, ligesom det fremgår af bemærkningerne.

KL bemærker, at der fortsat mangler afklaring vedrørende afslutningsprocessen for de gældende sundhedsaftaler, som ophører før deres oprindelige udløbsdato. Det følger sædvanligvis, at en sådan proces indebærer opfølgning, midtvejsstatus og slutstatus til Sundhedsstyrelsen. KL ønsker derfor en tydelig 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 i henhold til hjemlen i L 214 om den nye regionale forvaltningsmodel.

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

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.

Bortfald af regionale opgaver på erhvervsfremmeområdet

Det foreslås, at regionernes opgaver vedrørende regionale udviklingsstrategier, udviklingsaktiviteter i relation til udviklingsstrategierne, samt indstillingsret til bestyrelser på erhvervsfremmeområdet, bortfalder.

I forhold til bortfald af regionernes adgang til at udarbejde regionale udviklingsstrategier i henhold til lov om erhvervsfremme bakker KL op om den foreslåede lovændring, idet der ikke ses et behov for en overordnet

regional strategi, men derimod konkrete indsatser, der sikrer sammenhængende infrastruktur, udvikling i yderområderne, natur og rekreative formål, grøn omstilling og klimatilpasning mv.

I forhold til, at regionernes indstillingsret til bestyrelser på erhvervsfremmeområdet, bortfalder, finder KL, at det er en naturlig konsekvens af, at regionerne ikke længere skal lave regionale udviklingsstrategier og derfor ikke længere har opgaver inden for erhvervsområdet.

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

KL bakker op om, at reglerne om genudpegning af formanden og medlemmerne i erhvervshusenes bestyrelser ophæves.

Bortfald af regionale opgaver på kulturområdet

Det foreslås, 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.

KL noterer sig, at der med lovforslaget opereres med en overgangsordning med hensyn til eksisterende projekter.

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 15 af 15