UDKAST

Forslag

til

Lov om ændring af sundhedsloven

(Udvidelse af mulighederne for samarbejde mellem regioner, kommuner, private m.v. på sundhedsområdet, nye muligheder for regional medfinansiering af kommunale indsatser og klarere rammer for befordring og befordringsgodtgørelse på sundhedsområdet)

§ 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 896 af 5. oktober 2026, foretages følgende ændringer:

1. Efter kapitel 1 indsættes:

»Kapitel 1 a

Samarbejde mellem regioner, kommuner, private m.v. på sundhedsområdet

§ 6 b. Et eller flere regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser kan indbyrdes og i fællesskab med andre offentlige myndigheder, private virksomheder, organisationer og foreninger samt fonde løse

1) opgaver efter [kapitel 15 b], afsnit VI, IX, XI, XII og XIV-XVI, og

2) opgaver, der har tilknytning til de i nr. 1 nævnte opgaver, og som regionsråd eller kommunalbestyrelse lovligt kan varetage efter anden lovgivning.

Stk. 2. Regionsråd og kommunalbestyrelser kan alene deltage i fælles løsning af opgaver efter stk. 1, når den fælles opgaveløsning tillige varetager opgaver, som det pågældende regionsråd eller den pågældende kommunalbestyrelse lovligt kan varetage.

Stk. 3. Regionsråd og kommunalbestyrelser kan påtage sig de udgifter, der er forbundet med fælles løsning af opgaver efter stk. 1.

Stk. 4. Fælles løsning af opgaver efter stk. 1 skal overholde forskrifter udstedt i medfør af § 6 c, stk. 1 og 3. Deltagerne i den fælles opgaveløsning

beslutter formen for samarbejdets organisering og kan herunder beslutte, at opgaveløsningen skal ske i en af de former, der er behandlet i §§ 6 d og 6 e.

Stk. 5. Er en sundhedsydelse omfattet af lov om forpligtende kommunale samarbejder, og er kommunalbestyrelser i medfør af lov om forpligtende kommunale samarbejder pålagt at samarbejde med hinanden om levering af sundhedsydelsen, skal både den bemyndigede og den delegerende kommunalbestyrelse være parter i den fælles løsning af opgaver efter stk. 1 for så vidt angår levering af sundhedsydelsen i den kommune, hvis kommunalbestyrelse efter lov om forpligtende kommunale samarbejder ikke må varetage udøvelsen af opgaven.

Stk. 6. Regionsråd og kommunalbestyrelser skal hver især offentliggøre oplysninger om fælles løsning af opgaver omfattet af stk. 1, hvis den fælles opgaveløsning omfatter ydelser, der i et vist omfang er rettet mod borgere og private virksomheder m.v. Offentliggørelse skal ske uden unødigt ophold og om muligt senest en måned inden ikrafttræden af en aftale om fælles løsning af opgaver efter stk. 1.

Stk. 7. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om, at der ikke kan samarbejdes om bestemte opgaver, som ellers er omfattet af stk. 1, at der ikke kan anvendes visse samarbejdsformer til løsningen af bestemte opgaver, eller at visse parter ikke kan deltage i samarbejdet om løsningen af bestemte opgaver.

Stk. 8. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om, hvilke fælles opgaveløsninger der er omfattet af stk. 6, herunder regler om, at bestemte fælles opgaveløsninger ikke er omfattet af pligten til offentliggørelse, og om offentliggørelsens form og indhold.

§ 6 c. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om, i hvilket omfang fælles løsning af opgaver efter § 6 b, stk. 1, der medfører indskrænkninger i regionsrådets eller kommunalbestyrelsens beføjelser, skal godkendes af ministeren, herunder om, at kravet om godkendelse alene gælder nærmere former for fælles løsning af opgaver, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. Fælles løsning af opgaver efter § 6 b, stk. 1, der opfylder kriterierne i revisorlovens § 1 a, nr. 4, kræver uanset stk. 1 ikke godkendelse fra sundhedsministeren.

Stk. 3. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om fremgangsmåden og vilkår for godkendelse i medfør af regler udstedt efter stk. 1, herunder om, at regionsråd og kommunalbestyrelser som led i fælles opgaveløsning, der kræver godkendelse efter regler udstedt i medfør af stk. 1, skal fastsætte vilkår om ophævelse og vilkårene herfor, og at disse vilkår skal godkendes af ministeren.

§ 6 d. Fælles opgaveløsning efter § 6 b kan ske i selskabsform.

Stk. 2. Ansvaret for at tildele en sundhedsydelse kan overdrages til et selskab omfattet af stk. 1, hvis dette varetages i tilknytning til opgaven med at levere sundhedsydelsen, og hvis der ikke deltager private virksomheder, organisationer og foreninger samt fonde i den fælles opgaveløsning. Ansvaret i øvrigt for opgaven kan ikke overdrages.

Stk. 3. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om vedtægter for selskaber omfattet af stk. 1, herunder om den tilladte periode fra vedtægternes vedtagelse til et selskabs etablering og om selskabets opløsning.

§ 6 e. Fælles opgaveløsning efter § 6 b kan ske ved, at et eller flere regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser i overensstemmelse med udbudslovens § 15 indgår en kontrakt om samarbejde. Kontrakten kan tillige indgås mellem regionsråd indbyrdes eller kommunalbestyrelser indbyrdes.

Stk. 2. I en kontrakt om samarbejde omfattet af stk. 1 kan parterne aftale, at en part varetager driften af opgaver på vegne af en anden part, herunder ansvaret for at tildele en sundhedsydelse, hvis dette varetages i tilknytning til opgaven med at levere sundhedsydelsen. Ansvaret i øvrigt for opgaven kan ikke overdrages.

Stk. 3. Indebærer kontrakten, at der overdrages opgaver, jf. stk. 2, afholder overdrageren af opgaverne modtagerens udgifter ved udførelsen af de overdragne opgaver.

Stk. 4. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om kontrakter omfattet af stk. 1, herunder om den tilladte periode fra kontraktens indgåelse indtil dens ikrafttræden, kontraktens gyldighedsperiode og parternes adgang til at opsige kontrakten.

Stk. 5. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om beregning og afholdelse af udgifter efter stk. 3.«

2. *§ 78, stk. 3-7,* ophæves.
Stk. 8 bliver herefter stk. 3.

3. I *§ 118 c* indsættes efter stk. 1 som et nyt stykke:
»Stk. 2. Sundhedsministeren kan efter forhandling med vedkommende minister fastsætte regler om, at regionsrådet ud over de i stk. 1 nævnte ydelser kan give økonomisk tilsagn om medfinansiering af nærmere bestemte kommunale ydelser«.
Stk. 2-5 bliver herefter stk. 3-6.

4. I *§ 118 c, stk. 2,* ændres »stk. 1,« til: »stk. 1 og 2,«.

5. I *§ 118 c, stk. 4,* ændres »stk. 3,« til: »stk. 4,«.

6. *§ 118 d* ophæves.

7. I *§ 172, 1. pkt.* indsættes efter »genoptræning til personer, der har behov for genoptræning«: » på basalt, avanceret eller specialiseret niveau«.

8. I *§ 172* indsættes som et nyt stykke:
»*Stk. 2.* Regionsrådet yder befordring eller befordringsgodtgørelse til genoptræning til personer, der har behov for rehabilitering på specialiseret niveau efter endt behandling på sygehus, jf. § 139 b og § 168, stk. 1. Befordringen eller befordringsgodtgørelsen ydes efter reglerne i § 171.«

9. *§ 173, stk. 1 og stk. 2,* ophæves, og i stedet indsættes:
»Befordringsgodtgørelse efter §§ 170, 171 og 172 ydes, når de samlede udgifter til transport til og fra behandlingsstedet overstiger en minimumsbeløbsgrænse, som fastsættes af sundhedsministeren.

Stk. 2. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om beregning af godtgørelse efter stk. 1.

Stk. 3. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for visitation til befordring eller befordringsgodtgørelse. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om administrationen af stk. 1 og 2, herunder regler om undtagelsestilfælde og hvorledes den normale transportvej fastlægges.«

Stk. 3 og 4 bliver herefter stk. 4 og 5.

10. I *§ 173, stk. 4, 1 pkt.,* der bliver stk. 5, 1. pkt., indsættes efter »kun forlanges tilbage til det midlertidige opholdssted, medmindre«: » et andet sted inden for den pågældende region eller kommune efter omstændighederne findes mere relevant, eller« og efter 1. pkt. indsættes som nyt punktum:
»Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for befordring og befordringsgodtgørelse til og fra et midlertidigt opholdssted.«

11. I *§ 246 a, stk. 1,* ændres »§ 118 c, stk. 1-4« til: » § 118 c, stk. 1 og 3-5«.

12. I *§ 246 a stk. 3,* ændres »§ 118 c, stk. 1 og 2« til: » § 118 c, stk. 1 og 3«.

13. I *§ 263* indsættes efter »i forbindelse med genoptræning«: » på basalt, avanceret og specialiseret niveau«.

14. I *§ 263* indsættes efter stk. 1, som et nyt stykke:
»*Stk. 2.* Bopælsregionen afholder udgifter til befordring i forbindelse med specialiseret rehabilitering efter § 139 b og § 168, stk. 1.«.

§ 2

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. juli 2027, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. § 1, nr. 3-5, 11 og 12, træder i kraft den 1. maj 2027.

Stk. 3. Følgende samarbejder om fælles opgaveløsning omfattet af sundhedslovens § 6 b, stk. 1, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 1, der er oprettet i overensstemmelse med de hidtil gældende regler, skal ikke godkendes efter regler udstedt i medfør af § 6 c, stk. 1, jf. dog stk. 4 og 5:

1) Samarbejder i selskabsform, hvor selskabet er etableret før lovens ikrafttræden, jf. stk. 1.

2) Samarbejder baseret på kontrakter, der er trådt i kraft før lovens ikrafttræden, jf. stk. 1.

3) Andre samarbejder, hvor den fælles opgaveløsning er påbegyndt før lovens ikrafttræden, jf. stk. 1.

Stk. 4. Hvis der foretages ændringer i samarbejder omfattet af stk. 3, der medfører indskrænkninger i regionsrådets eller kommunalbestyrelsens beføjelser, skal det samlede samarbejde uanset stk. 3 godkendes efter regler udstedt i medfør af § 6 c, stk. 1 og 3.

Stk. 5. Sundhedsministeren kan uanset stk. 3 fastsætte regler om, at samarbejder omfattet af stk. 3 skal godkendes efter regler udstedt i medfør af § 6 c, stk. 1 og 3.

§ 3

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

Indholdsfortegnelse

1.	Indledning
2.	Baggrund
3.	Lovforslagets hovedpunkter
3.1	Udvidelse af mulighederne for samarbejde mellem regionsråd, kommunalbestyrelse, andre offentlige myndigheder, private virksomheder, organisationer og foreninger samt fonde på sundhedsområdet
3.1.1	Gældende ret
3.1.1.1	Samarbejder om løsning af fællesopgaver mellem regionsråd, kommunalbestyrelser, andre offentlige myndigheder og private virksomheder
3.1.1.2	Horisontale samarbejdsaftaler
3.2	Nye muligheder for regional medfinansiering af kommunale indsatser
3.2.1	Gældende ret
3.2.2	Sundheds- og Kirkeministeriets overvejelser
3.2.3	Den foreslåede ordning
3.3	Befordring
3.3.1	Myndighedsansvar for befordring og befordringsgodtgørelse til genoptræning
3.3.1.1	Gældende ret

3.3.1.2	Sundheds- og Kirkeministeriets overvejelser
3.3.1.3	Den foreslåede ordning
3.3.2	Forenkling af regler for befordring og befordringsgodtgørelse
3.3.2.1	Gældende ret
3.3.2.2	Sundheds- og Kirkeministeriets overvejelser
3.3.2.3	Den foreslåede ordning
4.	Regionale konsekvenser, herunder for landdistrikter
5.	Konsekvenser for opfyldelsen af FN's verdensmål
6.	Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige
7.	Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.
8.	Administrative konsekvenser for borgerne
9.	Klimamæssige konsekvenser
10.	Miljø- og naturmæssige konsekvenser
11.	Forholdet til databeskyttelsesretten
12.	Forholdet til EU-retten
13.	Hørte myndigheder og organisationer m.v.
14.	Sammenfattende skema

1. Indledning

Lovforslaget er et led i udmøntningen af Aftale om sundhedsreform 2024, som den daværende regering (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne) og Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre indgik den 15. november 2024.

Forslaget er således en del af den samlede lovgivningsmæssige gennemførelse af Aftale om sundhedsreform 2024. Det indgår i regeringsgrundlaget for regeringen (Socialdemokratiet, Socialistisk Folkeparti, Moderaterne og Radikale Venstre) at gennemføre Aftale om sundhedsreform 2024.

Lovforslaget bidrager desuden til udmøntningen af Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien fra maj 2025 (Socialdemokratiet, Venstre, Moderaterne, Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Liberal Alliance, Det Konservative Folkeparti, Enhedslisten, Dansk Folkeparti, Radikale Venstre og Alternativet).

Lovforslaget indeholder tre overordnede dele, der på baggrund af Aftale om sundhedsreform 2024, Forårsaftale 2025, Sommeraftale 2026 og Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien skal udvide mulighederne for fælles løsning af opgaver på sundhedsområdet, skabe nye muligheder for regional medfinansiering af kommunale indsatser og forenkle reglerne for befordring og befordringsgodtgørelse på sundhedsområdet.

Lovforslagets første del handler om en udvidelse af de eksisterende samarbejdsmuligheder på sundhedsområdet. Formålet er at styrke sammenhængen i sundhedsvæsenet ved at skabe mere fleksible rammer for samarbejde om fælles løsning af opgaver på sundhedsområdet. Lovforslaget udvider kredsen af mulige samarbejdsparter, de opgaver, der kan samarbejdes om, og de former, samarbejdet kan antage.

Udvidelsen af mulige samarbejdsparter giver regionsråd og kommunalbestyrelser flere muligheder for at indgå samarbejder mellem regionsråd, kommunalbestyrelser, andre offentlige myndigheder, private virksomheder, organisationer og foreninger samt fonde på sundhedsområdet. I forhold til udvidelsen af opgaver, der kan samarbejdes om, udvider lovforslaget muligheden for at samarbejde om opgaver i det nære sundhedsvæsen samt opgaver, der har tilknytning hertil. Lovforslaget indebærer endvidere, at muligheden for at indgå horisontale samarbejdsaftaler efter udbudslovens § 15, der i dag er begrænset til

sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, udvides til også at omfatte opgaver efter sundhedslovens [kapitel 15 b,] afsnit VI, XI, XII og XIV-XVI.

Lovforslagets anden del om nye muligheder for regional medfinansiering af kommunale indsatser skal bidrage til at understøtte, at sundhedsrådene fremadrettet vil kunne udmønte midler til indsatser, som er relevante for sundhedsrådenes opgaver, men som ikke alene er afgrænset til sundhedslovens bestemmelser. Formålet er at understøtte sundhedsrådenes rolle i forhold til at sikre sammenhæng og helhedsorienterede forløb og indsatser for borgerne, også når disse går på tværs af eksempelvis social-, ældre- og sundhedsområdet.

Lovforslaget giver bl.a. mulighed for at udmønte initiativet om nye faglige beskrivelser af forløb for udvalgte målgrupper med svære psykiske lidelser fra Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien fra 2025, som Sundhedsstyrelsen skal fastlægge. Med lovforslaget udmøntes således en del af den politiske aftale, hvormed sundhedsrådene kan udmønte midler til tværsektorielle indsatser i bl.a. den regionale psykiatri og den kommunale socialpsykiatri, som vil indgå i Sundhedsstyrelsens faglige beskrivelser af forløb.

Lovforslagets tredje del om klarere rammer for befordring og befordringsgodtgørelse på sundhedsområdet skal understøtte, at borgerne kender deres muligheder for befordring og befordringsgodtgørelse og kan gøre brug af dem, uanset uddannelse, social baggrund og hvor i landet de bor. Lovforslaget skal også gøre administrationen enklere for kommuner og regioner, så de kan bruge medarbejdere og ressourcer på en mere effektiv måde, der kommer borgerne til gode.

Med lovforslaget foreslås det bl.a. at bemyndige sundhedsministeren til at gennemføre en række ændringer i reglerne for befordring og befordringsgodtgørelse. Den mest markante ændring vil være indførelsen af en fast kilometertakstmodel til beregning af befordringsgodtgørelse uanset transportmiddel, med mulighed for fuld refusion af faktiske udgifter til offentlig transport. Lovforslaget indebærer endvidere, at sundhedsministeren får bemyndigelse til at fastsætte nye regler for visitation til befordring, beregning af godtgørelse til borgere og ledsagere i forbindelse med ophold uden for hjemmet samt øge fleksibiliteten i forhold til, hvor borgere kan blive befordret til og fra.

Lovforslagets del om befordring indeholder en ændring i ansvaret for befordring og befordringsgodtgørelse til rehabilitering på specialiseret niveau. Lovforslaget vil medføre, at regionerne fremover vil have ansvaret for befordring og befordringsgodtgørelse til og fra specialiseret rehabilitering efter udskrivning fra sygehus.

2. Baggrund

Baggrunden for Aftale om sundhedsreform 2024 er, at sundhedsvæsenet er under et stigende pres. Den demografiske udvikling med flere ældre og færre i den arbejdsdygtige alder indebærer, at flere får behov for pleje og behandling, og at der vil mangle medarbejdere i sundhedsvæsenet, hvis ikke måden, opgaver løses på, ændres. Samtidig er forskellene i borgernes adgang til god sundhedsbehandling blevet for store på tværs af landet.

Med Aftale om sundhedsreform 2024 ønsker aftalepartierne at skabe et mere nært, lige og sammenhængende sundhedsvæsen med stærkere sammenhæng mellem sundhedsindsatserne tæt på borgerne. Aftale om sundhedsreform 2024 lægger samtidig op til et tættere samarbejde mellem regioner, kommuner, almen praksis og øvrige aktører om opgaveløsningen.

Af Sommeraftale 2026 om implementering af sundhedsreformen af den 26. juni 2026 mellem regeringen, KL og Danske Regioner fremgår det bl.a., at Sundheds- og Kirkeministeriet, i dialog med parterne, ser på mulighederne for i kommende lovgivning om udmøntningen af Aftale om sundhedsreform 2024 at skabe yderligere hjemler til, at regioner og kommuner kan samarbejde om opgaver i sundhedsvæsenet.

Med Aftale om sundhedsreform 2024 etableres 17 nye sundhedsråd fra 2027. Det er hensigten, at sundhedsrådene i høj grad skal styrke sammenhængen mellem de regionale indsatser og de nære kommunale indsatser tæt på borgeren. Udvidelsen af anvendelsesområdet for den regionale medfinansiering vil kunne understøtte tværsektorielt samarbejde og koordinering samt en styrket tværfaglig indsats for borgere med forløb på tværs af bl.a. sundheds- og socialområdet. Af Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien fremgår det desuden, at koordinering på tværs af sektorer skal understøttes og fremmes.

Det fremgår yderligere af Aftale om sundhedsreform 2024, at reglerne for befordring er for uklare, hvilket kan gøre det svært for borgere at forstå deres rettigheder i forhold til befordring og befordringsgodtgørelse. Det betyder også, at administrationen i kommuner og regioner bliver tung og besværlig.

Derfor er aftalepartierne enige om, at der skal gennemføres et eftersyn af reglerne om befordring og befordringsgodtgørelse i sundhedsloven med fokus på, at reglerne skal være mere gennemskuelige. Eftersynet og de efterfølgende ændringer af regelsættet forudsættes at ligge inden for den eksisterende økonomiske ramme på området.

Af Sommeraftale 2026 om implementering af sundhedsreformen af den 26. juni 2026 mellem regeringen, KL og Danske Regioner fremgår endvidere, at parterne er enige om at belyse, om opgaven med befordring til rehabilitering på specialiseret niveau kan løses mere hensigtsmæssigt inden for den eksisterende økonomi på området.

3. Lovforslagets hovedpunkter

3.1 Udvidelse af mulighederne for samarbejde mellem regionsråd, kommunalbestyrelse, andre offentlige myndigheder, private virksomheder, organisationer og foreninger samt fonde på sundhedsområdet

3.1.1 Gældende ret

3.1.1.1 Samarbejder om løsning af fællesopgaver mellem regionsråd, kommunalbestyrelser, andre offentlige myndigheder og private virksomheder

Det følger af sundhedslovens § 78, stk. 3, at et regionsråd kan samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder, herunder i selskabsform, om løsningen af fælles opgaver efter afsnit VI, XI, XII og XIV-XVI og opgaver, der har tilknytning til afsnit VI, XI, XII og XIV-XVI, og som regionsrådet lovligt kan varetage efter anden lovgivning, samt påtage sig dermed forbundne udgifter. De fælles opgaver, som regionsrådet kan indgå samarbejde om, er således ikke begrænset til sundhedslovens afsnit VI, XI, XII og XIV-XVI, men kan også vedrøre løsning af fælles opgaver, der har tilknytning til disse afsnit, og som regionsrådet lovligt kan varetage efter anden lovgivning. Et regionsråd har dermed også mulighed for at indgå samarbejde om en opgave på et andet område end sundhedsområdet, eksempelvis socialområdet, når opgaven har tilknytning til de nævnte afsnit i sundhedsloven, og regionsrådet lovligt kan varetage opgaven efter anden lovgivning, f.eks. efter lov om social service. Det er således ikke en betingelse, at opgaven alene vedrører sundhedsområdet, eller at det andet område blot indirekte får gavn af et samarbejde, der i øvrigt vedrører sundhedsopgaver. Opgaven på det andet område kan selv være

genstand for samarbejdet, såfremt tilknytningskravet og lovlighedskravet er opfyldt. Det kan f.eks. dreje sig om opgaver, der er relevante i forhold til institutionernes drift, herunder madproduktion, vaskeri eller lignende, men også om andre opgaver på f.eks. socialområdet, der har en sådan tilknytning til regionsrådets sundhedsopgaver, og som regionsrådet lovligt kan varetage efter anden lovgivning. Der kan alene samarbejdes om opgaver, som regionsrådet lovligt varetager. Tilsvarende gælder for de kommunalbestyrelser, som et regionsråd måtte ønske at samarbejde med.

I medfør af sundhedslovens § 78, stk. 4, kan sundhedsministeren fastsætte regler om, at samarbejder som nævnt i stk. 3, der medfører indskrænkninger i regionsrådets beføjelser, skal godkendes af ministeren, herunder om, at kravet om godkendelse alene gælder nærmere former for samarbejde.

Indskrænkning i regionsrådets kompetence kan bl.a. foreligge, hvor et særligt fællesskabsorgan tillægges kompetence til at træffe beslutninger, der forpligter de deltagende regionsråd i økonomisk henseende, eksempelvis vedtagelse af budgetter med bindende virkning for de deltagende, beslutning om optagelse af lån, optagelse af garantiforpligtelser m.v. De ved bekendtgørelse fastsatte regler kan således bl.a. være relevante i situationer, hvor et regionsråd sammen med en eller flere kommunalbestyrelser ønsker at oprette et interessentskab, der skal løse fælles opgaver. Bestemmelsen omhandler både områder, hvor der ønskes samarbejde om levering af sundhedsfaglige ydelser, og tilknyttede ydelser, eksempelvis vedrørende madproduktion, vaskeri eller andre lignende ydelser, der understøtter regionsrådets varetagelse af opgaver efter sundhedslovens afsnit VI, XI, XII og XIV-XVI.

Bestemmelsen i stk. 4 indebærer, at sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at bestemte former for samarbejde, der medfører indskrænkninger, ikke desto mindre kan indgås uden godkendelse. Bestemmelsen er udmøntet således, at det i medfør af § 12 i bekendtgørelse nr. 170 af 5. februar 2017 om regionsrådenes levering af sygehusydelser m.v. til og samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder er fastsat, at et eller flere regionsråd uden godkendelse kan indgå i samarbejder om forskning og udvikling med statslige myndigheder, universiteter eller private virksomheder samt samarbejder med myndighederne i andre lande om sundhedsberedskab over landegrænser, herunder præhospital indsats. Det følger endvidere af § 11, stk. 2, i bekendtgørelse nr. 170 af 5. februar 2017, at regionsrådene ikke kan indgå i samarbejder efter sundhedslovens § 78, stk. 3, som har til formål at opnå fortjeneste.

Om forholdet mellem sundhedslovens § 78, stk. 4, og § 60 i lov om kommunernes styrelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 13 af 5. januar 2026 (herefter benævnt »kommunestyrelsesloven«), bemærkes, at det følger af kommunestyrelseslovens § 60, stk. 1, at aftaler om samarbejde mellem kommuner, som vil medføre indskrænkning i de enkelte deltagende kommunalbestyrelsers beføjelser efter loven, kræver godkendelse fra Ankestyrelsen, medmindre andet særligt er hjemlet i lovgivningen. Bestemmelsen finder alene anvendelse på samarbejder, der er baseret på aftaler mellem kommuner, og omfatter ikke samarbejder, der direkte er fastlagt i og reguleret i lovgivningen. Kun kommuner kan være deltagere i et kommunalt fællesskab efter § 60. En kommunes samarbejde med statslige myndigheder eller med regioner, hvorved kommunalbestyrelsen afgiver beføjelser til samarbejdet, kræver særskilt lovhjemmel. Sundhedslovens § 78, stk. 4, udgør et eksempel på en sådan særskilt lovhjemmel, idet bestemmelsen hjemler, at samarbejder mellem regionsråd og kommunalbestyrelser, der medfører indskrænkninger i disses beføjelser, kan godkendes af sundhedsministeren i stedet for af Ankestyrelsen. Kommunestyrelseslovens § 60 viger således for speciallovgivning, der særskilt hjemler samarbejde med indskrænkning i kommunalbestyrelsens beføjelser. For samarbejder inden for sundhedslovens område indebærer dette, at samarbejder, der er omfattet af sundhedslovens § 78, stk. 4, reguleres efter denne bestemmelse og ikke efter kommunestyrelseslovens § 60, jf. sundhedslovens § 78, stk. 7, 2. pkt., se også nedenfor.

Der er ikke i sundhedsloven fastsat regler om et løbende tilsyn med samarbejder efter § 78, stk. 3-7. Bestemmelserne etablerer dog en statslig godkendelses- og kontrolfunktion. Sundhedsministeren kan efter § 78, stk. 4, fastsætte regler om, at samarbejder, der medfører indskrænkninger i regionsrådets beføjelser, skal godkendes af ministeren, og en kommunalbestyrelses deltagelse i et samarbejde, der tilsvarende indskrænker kommunalbestyrelsens beføjelser, skal efter § 78, stk. 7, godkendes af ministeren efter samme procedure, jf. nedenfor om stk. 7. Godkendelsesproceduren er nærmere reguleret i § 78, stk. 5 og 6, herunder frister for sundhedsministerens afgørelse og krav til orienteringen af ministeren om samarbejdet.

Som anført ovenfor udgør § 78, stk. 4, i den forbindelse en særlig lovhjemmel, der træder i stedet for kommunestyrelseslovens § 60, således at det er sundhedsministeren – og ikke Ankestyrelsen – der godkender og

dermed udfører den overordnede kontrol med, at disse samarbejdsaftaler er lovlige og ligger inden for de deltagende myndigheders kompetence.

Efter § 13, stk. 1, i bekendtgørelse om kommunernes låntagning og meddelelse af garantier m.v. og § 14, stk. 1, i bekendtgørelse om regionernes låntagning og meddelelse af garantier m.v. kan en kommunalbestyrelse henholdsvis et regionsråd ikke uden Ankestyrelsens samtykke pådrage sig en solidarisk hæftelse gennem indtræden i en forening, en institution, et selskab eller lignende. Begge bekendtgørelser indeholder dog en udtrykkelig undtagelse herfra for samarbejder efter § 78, der er godkendt af sundhedsministeren. En kommunalbestyrelse kan efter § 13, stk. 3, i den kommunale lånebekendtgørelse uden et særskilt samtykke fra Ankestyrelsen pådrage sig en solidarisk hæftelse i forbindelse med et samarbejde godkendt efter § 78, stk. 7, og et regionsråd kan på samme måde efter § 14, stk. 3, i den regionale lånebekendtgørelse uden et særskilt samtykke fra Ankestyrelsen pådrage sig en solidarisk hæftelse i forbindelse med et samarbejde godkendt efter § 78, stk. 3-6. Ankestyrelsens samtykke er dermed i dag ikke påkrævet for samarbejder efter § 78, der er godkendt af sundhedsministeren, idet sundhedsministerens godkendelse i disse tilfælde træder i stedet for Ankestyrelsens samtykke.

Det følger af sundhedslovens § 78, stk. 5, at et samarbejde, som efter regler fastsat i medfør af stk. 4 kræver godkendelse, anses for godkendt, medmindre regionsrådet modtager afslag på godkendelse inden en måned efter, at sundhedsministeren har modtaget orientering fra regionsrådet om samarbejdet.

Efter sundhedslovens § 78, stk. 6, kan sundhedsministeren fastsætte regler om proceduren for godkendelse i medfør af regler udstedt efter stk. 4, herunder om, hvilke oplysninger orienteringen skal indeholde, og om udsættelse af fristen, såfremt de nødvendige oplysninger ikke foreligger ved orienteringen. Bestemmelsen er udmøntet således, at der bl.a. er fastsat nærmere regler i bekendtgørelse nr. 170 af 5. februar 2017 om, at orienteringen skal indeholde udkast til vedtægter for samarbejdet, herunder oplysninger om deltagere i samarbejdet, samarbejdets formål og opgaver, herunder sammenhængen med regionernes opgaveløsning efter sundhedsloven, samarbejdets form og dets styrelse, samarbejdets finansiering, budget, regnskab og revision samt andre oplysninger, der er nødvendige for, at sundhedsministeren kan træffe afgørelse om godkendelse af samarbejdet.

I medfør af sundhedslovens § 78, stk. 7, kan en kommunalbestyrelse deltage i samarbejder efter stk. 3 og 4, når samarbejdet tillige varetager opgaver, som kommunerne lovligt kan varetage. En kommunalbestyrelses deltagelse i et samarbejde med regionsråd og andre kommunalbestyrelser, der medfører indskrænkning i kommunalbestyrelsens beføjelser, skal godkendes af sundhedsministeren efter proceduren i stk. 5 og regler fastsat i medfør af stk. 4.

Bestemmelsen indebærer, at hvis en kommunalbestyrelse i medfør af sundhedslovens § 78, stk. 7, 1. pkt., deltager i samarbejder med regionsråd og andre kommunalbestyrelser, der medfører indskrænkning i kommunalbestyrelsens beføjelser, skal samarbejdet godkendes af sundhedsministeren i lighed med kravet om ministerens godkendelse i tilfælde af, at regionsrådet indgår i et samarbejde, der medfører indskrænkning i regionsrådets beføjelser.

Det følger af sundhedslovens § 78, stk. 8, at et regionsråd efter sundhedsministerens godkendelse kan påtage sig opgaver og dermed forbundne udgifter, som ikke er omfattet af sundhedsloven, såfremt det har væsentlig betydning for varetagelsen af regionsrådets opgaver efter afsnit VI, XI, XII og XIV-XVI. Bestemmelsen giver således mulighed for, at et regionsråd – med ministerens godkendelse – kan varetage opgaver, der ligger uden for sundhedslovens anvendelsesområde, hvis opgaverne har en væsentlig tilknytning til regionsrådets sundhedsopgaver.

Uanset organisationsform gælder det sundhedsfaglige, person- og patientrettede tilsyn, som Styrelsen for Patientsikkerhed fører med sundhedspersoners og behandlingssteders virksomhed. Et samarbejde eller selskab efter § 78, stk. 3, kan efter omstændighederne selv udgøre et selvstændigt behandlingssted, der skal registreres i Behandlingsstedsregistret, og som i givet fald er omfattet af Styrelsen for Patientsikkerheds sundhedsfaglige tilsyns- og registreringsordning, uanset selskabsform eller eventuelle bagvedliggende samarbejdsaftaler.

3.1.1.2 Horisontale samarbejdsaftaler

Det følger af sundhedslovens § 118 d, stk. 1, at et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser i den pågældende region i overensstemmelse med udbudslovens § 15 kan indgå en kontrakt om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, jf. sundhedslovens afsnit IX. I en kontrakt om samarbejde efter 1. pkt. kan et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser overdrage opgaver mellem hinanden,

herunder kan ansvaret for at tildele en sundhedsydelse overdrages, hvis det overdrages i tilknytning til opgaven med at levere en sundhedsydelse. Ansvaret i øvrigt for opgaven kan dog ikke overdrages.

Det er et krav efter § 118 d, at den eller de kommunalbestyrelser, der indgår kontrakten, skal være beliggende i den pågældende region. Bestemmelsen omfatter således ikke aftaler mellem et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser, der er beliggende i andre regioner. Ligeledes omfatter bestemmelsen ikke aftaler mellem flere regionsråd, ligesom den ikke omfatter aftaler, som alene indgås mellem kommunalbestyrelser.

Udgangspunktet er, at hele eller dele af driftsansvaret kan overdrages ved en samarbejdsaftale, men ikke myndighedsansvaret. Myndighedsansvaret omfatter bl.a. muligheden for at kunne fastsætte retningslinjer for driftsopgaven og forpligtelsen til at føre kontrol og tilsyn med udøvelsen af driftsopgaven. Myndighedsansvaret omfatter også ansvaret for at beslutte visitering til eller tildeling af en sundhedsydelse (tildelingskompetencen). Som en undtagelse til hovedreglen om, at myndighedsansvaret ikke kan overdrages, kan tildelingskompetencen overdrages, dog under den forudsætning, at det varetages af det regionsråd eller den kommunalbestyrelse eller de kommunalbestyrelser, som i øvrigt får ansvaret for at levere sundhedsydelsen.

Uanset hvor mange opgaver der ved en samarbejdsaftale overdrages, udføres opgaven på den overdragende myndigheds vegne. Det gælder også ved en overdragelse af tildelingskompetencen. En opgave kan endvidere udgøre en del af leveringen af en sundhedsydelse. Det er således ikke en forudsætning, at hele opgaven med at levere en sundhedsydelse overdrages ved en samarbejdsaftale. Hvis tildelingskompetencen overdrages, er det dog en forudsætning, at det modtagende regionsråd eller den modtagende kommunalbestyrelse får ansvaret for at levere den ydelse, som det eller den får kompetence til at tildele.

Det følger af bestemmelsen, at kontrakten skal indgås i overensstemmelse med udbudsreglerne, dvs. kontrakten skal opfylde kravene til offentlige kontrakter mellem ordregivere efter udbudslovens § 15. Henvisningen til udbudsreglerne omfatter ikke alene, hvad der udtrykkeligt fremgår af udbudslovens § 15, men også den tilknyttede retspraksis, herunder fra EU-Domstolen (se hertil f.eks. C-480/06, Kommissionen mod Tyskland, og C-796/18, ISE). Udbudsreglerne forudsætter, at en horisontal samarbejdsaftale indebærer et reelt samarbejde mellem ordregiverne, og f.eks. vil en aftale,

hvor en ordregiver blot leverer tjenesteydelser til en anden mod betaling, ikke blive betragtet som en reel samarbejdsaftale, jf. herom f.eks. EU-Domstolens dom i C-386/11, Piepenbrock.

Bestemmelsen om muligheden for at indgå samarbejdsaftaler omfatter alene sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, dvs. ydelser i sundhedslovens afsnit IX.

Det følger af sundhedslovens § 118 d, stk. 2, at er en sundhedsydelse omfattet af lov om forpligtende kommunale samarbejder, og er kommunalbestyrelser i medfør af lov om forpligtende kommunale samarbejder pålagt at samarbejde med hinanden om levering af sundhedsydelsen, skal både den bemyndigede og den delegerende kommunalbestyrelse være parter i en kontrakt efter stk. 1 om levering af sundhedsydelsen i den kommune, hvis kommunalbestyrelse efter lov om forpligtende kommunale samarbejder ikke må varetage udøvelsen af opgaven. Bestemmelsen skal ses i lyset af, at de to kommuner i disse tilfælde er i en sådan situation af gensidig afhængighed, at det ikke bør være muligt at indgå aftale om levering af sundhedsydelsen uden involvering af begge kommuner.

Det følger af sundhedslovens § 118 d, stk. 3, at indebærer kontrakten, at der overdrages opgaver, jf. stk. 1, afholder overdrageren af opgaverne modtagerens udgifter ved udførelsen af de overdragne opgaver.

Ifølge sundhedslovens § 118 d, stk. 4, kan sundhedsministeren fastsætte regler om kontrakter omfattet af stk. 1, herunder om den tilladte periode fra kontraktens indgåelse indtil dens ikrafttræden, kontraktens gyldighedsperiode, parternes adgang til at kunne opsige kontrakten og meddelelse til sundhedsministeren om indgåelse af kontrakten.

Der er med hjemmel i sundhedslovens § 118 d, stk. 4, fastsat nærmere regler i bekendtgørelse nr. 989 af 11. november 2026 om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen.

Det fremgår af sundhedslovens § 118 d, stk. 5, at sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om beregning og afholdelse af udgifterne efter stk. 3. Regler udstedt med hjemmel i denne bestemmelse kan omfatte den nærmere fastlæggelse af udgifterne, herunder hvorledes udgifterne beregnes, samt fastsættelsen af terminer og frister for betaling af disse omkostninger.

Sundhedslovens § 118 d indeholder, til forskel fra § 78, ikke et godkendelseskrav. Som anført i afsnit 3.1.1.2 ovenfor sondres der i stedet mellem driftsansvaret, som kan overdrages mellem parterne ved kontrakten, og myndighedsansvaret, som efter hovedreglen ikke kan overdrages, og som bl.a. omfatter kompetencen til at fastsætte retningslinjer for driftsopgaven og forpligtelsen til at føre kontrol og tilsyn med udførelsen af driftsopgaven. Den myndighed, der efter lovgivningen har myndighedsansvaret for en opgave, bevarer således tilsynsforpligtelsen med opgaven, også når driften heraf ved en kontrakt efter § 118 d overdrages til en anden myndighed, idet opgaven udføres på den overdragende myndigheds vegne. Disse samarbejder og tilsynsforpligtelser ligger herudover inden for den almindelige ramme for det statslige tilsyn med kommuner og regioner, hvorefter der føres retligt tilsyn med, om kommunalbestyrelser og regionsråd overholder lovgivningen, herunder reglerne om samarbejde og delegation. Hertil kommer det sundhedsfaglige, person- og patientrettede tilsyn, der som anført i afsnit 3.1.1.1 gælder uafhængigt af organisationsform.

3.1.2 Sundheds- og Kirkeministeriets overvejelser

Lovforslaget skal ses i lyset af Aftale om sundhedsreform 2024 mellem den daværende regering (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne), Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre, hvoraf det bl.a. fremgår, at Aftale om sundhedsreform 2024 skal skabe et mere nært, lige og sammenhængende sundhedsvæsen med stærkere sammenhæng mellem sundhedsindsatserne tæt på borgerne. Aftale om sundhedsreform 2024 lægger samtidig op til et tættere samarbejde mellem regioner, kommuner, almen praksis og øvrige aktører om opgaveløsningen. Af Forårsaftalen 2025 om implementering af sundhedsreformen af den 25. maj 2025 mellem regeringen, KL og Danske Regioner fremgår det bl.a., at Sundheds- og Kirkeministeriet, i dialog med parterne, ser på mulighederne for i kommende lovgivning om udmøntningen af Aftale om sundhedsreform 2024 at skabe yderligere hjemler til, at regioner og kommuner kan samarbejde om opgaver i sundhedsvæsenet. Denne del af forårsaftalen blev genbekræftet i Sommeraftalen 2026 om implementering af sundhedsreformen af den 26. juni 2026 mellem regeringen, KL og Danske Regioner. Dette lovforslag er et led i udmøntningen af disse tilkendegivelser.

Sundheds- og Kirkeministeriet har på den baggrund overvejet, hvordan de gældende samarbejdsmuligheder efter sundhedslovens § 78, stk. 3-7, og §

118 d kan udvides med henblik på at styrke det sammenhængende sundhedsvæsen. Ministeriet har i den forbindelse identificeret en række begrænsninger i den gældende retstilstand, som lovforslaget har til formål at adressere.

For det første er samarbejdsmulighederne efter den gældende § 78, stk. 3-7, begrænset til opgaver efter sundhedslovens afsnit VI, XI, XII og XIV-XVI og omfatter således ikke opgaver i det nære sundhedsvæsen efter afsnit IX. For det andet forudsætter den gældende § 118 d, at samarbejdet indgås mellem et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser i den pågældende region, og bestemmelsen omfatter således ikke samarbejder på tværs af regionsgrænser, samarbejder mellem regionsråd indbyrdes eller samarbejder mellem kommunalbestyrelser indbyrdes. For det tredje er den gældende § 118 d begrænset til sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, dvs. ydelser efter sundhedslovens afsnit IX. Endelig er der efter gældende ret ikke en klar sammenhæng mellem de to samarbejdshjemler i § 78, stk. 3-7, og § 118 d, hvilket kan give anledning til tvivl om, hvilken bestemmelse der finder anvendelse i konkrete tilfælde.

Ministeriet har i den forbindelse overvejet, om den overordnede afgrænsning »fælles løsning af opgaver«, der i dag anvendes i den gældende § 78, stk. 3, bør videreføres. Ministeriet har fundet det hensigtsmæssigt at videreføre afgrænsningen uden materielle ændringer, bl.a. af hensyn til at bevare den praksis, der allerede har udviklet sig i tilknytning til den gældende bestemmelse, og for at undgå en unødig indskrænkning af parternes frihed til at tilrettelægge samarbejdet.

Ministeriet har i den forbindelse lagt særskilt vægt på, at samarbejdsbestemmelserne som udgangspunkt ikke bør udgøre en selvstændig materiel hjemmel til, at en part som led i samarbejdet varetager driften af en opgave, der efter lovgivningen er henlagt til et andet myndighedsniveau, eller til at samarbejde om opgaver, der udelukkende henhører under anden lovgivning. Baggrunden herfor er et ønske om at fastholde det grundlæggende opgavefordelingsprincip for den generelle samarbejdsbestemmelse, mens en fravigelse heraf alene bør kunne ske efter de særlige, mere kvalificerede betingelser om samarbejde i selskabsform eller ved samarbejdsaftaler. Ministeriet har endvidere lagt vægt på, at den fælles opgaveløsning til enhver tid skal ske inden for rammerne af den øvrige lovgivning, herunder reglerne om sundhedspersoners autorisation og reglerne om lægemidler og apoteksvirksomhed, så den foreslåede ordning

ikke giver parterne mulighed for at fravige særlige faglige eller lovbestemte krav til opgaveudførelsen.

Ministeriet har i den forbindelse lagt vægt på, at den fælles opgaveløsning efter de foreslåede bestemmelser alene bør kunne omfatte opgaver, som de deltagende regionsråd og kommunalbestyrelser allerede har selvstændig hjemmel til at varetage, for at sikre, at bestemmelsen ikke i sig selv udvider den enkelte myndigheds opgaveportefølje.

Ministeriet har i den forbindelse fundet det hensigtsmæssigt, at samarbejdsmulighederne ikke begrænses til de sundhedsopgaver, der direkte er reguleret i sundhedslovens afsnit VI, IX, XI, XII og XIV-XVI, men at samarbejdet også kan omfatte opgaver, der ligger uden for disse afsnit, når opgaven har en funktionel eller driftsmæssig tilknytning hertil, og det pågældende regionsråd eller den pågældende kommunalbestyrelse allerede lovligt kan varetage den efter anden lovgivning. Baggrunden herfor er et ønske om at udvide anvendelsesområdet for de sundhedsfællesskaber, der kan etableres, uden at udvide den enkelte myndigheds egen opgaveportefølje. Ligesom ministeriet har fundet det hensigtsmæssigt at lade sundhedslovens kapitel 15 b om behandling af let til moderat depression og angst for personer mellem 18 og 24 år være omfattet af de områder i sundhedsloven, som der bør kunne samarbejdes om, idet det samtidig bemærkes, at samarbejdet forudsætter, at der ikke i medfør af sundhedslovens § 73 j, stk. 7, er fastsat regler, der f.eks. forhindrer visse regioner i at levere en ydelse.

For så vidt angår kredsen af deltagere har ministeriet fundet det hensigtsmæssigt at muliggøre en bred vifte af konstellationer, herunder fælles opgaveløsning mellem regionsråd og kommunalbestyrelser i fællesskab med andre offentlige myndigheder, private virksomheder, organisationer og foreninger samt fonde, samarbejder mellem regionsråd indbyrdes og samarbejder mellem kommunalbestyrelser indbyrdes. Ministeriet har endvidere fundet det hensigtsmæssigt, at den fælles opgaveløsning ikke begrænses til at finde sted inden for én region, men at der også kan samarbejdes på tværs af regionsgrænser.

Ministeriet har i den forbindelse navnlig fundet det hensigtsmæssigt at tilføje organisationer og foreninger samt fonde til kredsen af mulige deltagere i den fælles opgaveløsning. Baggrunden for tilføjelsen er bl.a. at sikre muligheden for inddragelse af civilsamfundet i den fælles opgaveløsning på sundhedsområdet. Civilsamfundsaktører, herunder

patientforeninger, frivillige organisationer, interesseorganisationer og almennyttige fonde, kan besidde særlige kompetencer, erfaringer og netværk, som kan bidrage positivt til fælles løsning af opgaver. Tilføjelsen skal ses i sammenhæng med ønsket om at skabe et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor inddragelse af civilsamfundet kan styrke kvaliteten og relevansen af sundhedsindsatserne, herunder navnlig inden for forebyggelse, sundhedsfremme, rehabilitering og støtte til borgere med kroniske sygdomme.

Det bemærkes, at regionsråd og kommunalbestyrelser allerede i dag i vidt omfang samarbejder uformelt med civilsamfundsaktører, f.eks. ved løsere former for dialog, inddragelse, projektsamarbejde eller sparring, uden at dette kræver eller har krævet en udtrykkelig lovhjemmel. Sådanne uformelle samarbejder, der ikke indebærer, at civilsamfundsaktøren varetager en myndighedsopgave eller en opgave, der er forbeholdt det offentlige, vil ikke være omfattet af de foreslåede bestemmelser og vil kunne fortsætte uændret og lige så uformelt som hidtil. De foreslåede bestemmelser tilsigter således ikke at formalisere eller indskrænke civilsamfundets eksisterende, vide muligheder for uformelt samarbejde med regionsråd og kommunalbestyrelser, men giver i stedet en udtrykkelig hjemmel til de tilfælde, hvor samarbejdet går videre end dette, og hvor civilsamfundsaktøren som led i samarbejdet i realiteten bidrager til løsningen af en opgave, der påhviler et regionsråd eller en kommunalbestyrelse. Det er således ikke tanken med den foreslåede ordning at begrænse de muligheder for samarbejde med civilsamfundet, der allerede eksisterer i dag, herunder inden for rammerne af de kommunalretlige grundsætninger om kommuners opgavevaretagelse (kommunalfuldmagten) og den tilsvarende regionale kompetence. Regionsråd og kommunalbestyrelser vil således fortsat frit kunne tilrettelægge og videreudvikle deres eksisterende samarbejder med civilsamfundet på hidtidigt grundlag, uafhængigt af om samarbejdet vælges tilrettelagt inden for rammerne af de foreslåede bestemmelser.

For så vidt angår samarbejdsformerne har ministeriet overvejet, hvilke organiseringsformer der bør stilles til rådighed for parterne. Ministeriet har fundet det hensigtsmæssigt at præcisere to særlige samarbejdsformer, uden at disse vil være udtømmende for de former, som samarbejder vil kunne antage. Det bemærkes i den forbindelse, at det navnlig er disse to samarbejdsformer – fælles opgaveløsning i selskabsform og horisontale samarbejdsaftaler – der på nærmere betingelser kan være undtaget fra udbudspligten, henholdsvis efter udbudslovens § 14 om fælles in-house-

løsninger og udbudslovens § 15 om horisontale samarbejdsaftaler. Vælger parterne i stedet at tilrettelægge den fælles opgaveløsning i andre former, og er betingelserne for fritagelse efter udbudslovens §§ 14 eller 15 ikke opfyldt, vil opgaven som udgangspunkt skulle i udbud efter de almindelige udbudsregler.

For så vidt angår godkendelse og tilsyn har ministeriet overvejet, i hvilket omfang fælles opgaveløsning bør kræve godkendelse fra sundhedsministeren. Ministeriet har fundet det hensigtsmæssigt at videreføre den gældende ordning, hvorefter samarbejder, der medfører indskrænkninger i regionsrådets eller kommunalbestyrelsens beføjelser, kan kræve godkendelse. Ministeriet har dog fundet det hensigtsmæssigt at undtage fælles opgaveløsning, der opfylder kriterierne i revisorlovens § 1 a, nr. 4, fra godkendelseskravet. Baggrunden herfor er, at disse samarbejder har et begrænset økonomisk omfang, og at det på den baggrund ikke er fundet proportionalt at stille krav om godkendelse fra sundhedsministeren. Afgrænsningen svarer til den tilgang, der følger af kommunestyrelseslovens § 60 a om små kommunale fællesskaber, hvorefter sådanne fællesskabers vedtægter ikke skal godkendes af Ankestyrelsen.

Ministeriet har desuden overvejet, om den gældende ordning i § 78, stk. 5, hvorefter et samarbejde anses for godkendt, medmindre regionsrådet modtager afslag inden en måned efter, at ministeren har modtaget orientering om samarbejdet, bør videreføres. Ministeriet har fundet det hensigtsmæssigt ikke at videreføre denne ordning som en lovbestemt regel, idet den nærmere fremgangsmåde og vilkår for godkendelse – herunder eventuelle frister og retsvirkninger af fristoverskridelse, materiale til brug for godkendelse m.v. – i stedet vil kunne fastsættes ved bekendtgørelse. Baggrunden herfor er, at det udvidede anvendelsesområde for de foreslåede bestemmelser, herunder inddragelsen af opgaver efter afsnit IX og samarbejder mellem kommunalbestyrelser indbyrdes, bl.a. indebærer, at der kan være behov for en mere fleksibel tilrettelæggelse af godkendelsesprocessen, end en lovbestemt frist muliggør.

Det forudsættes imidlertid, at Sundheds- og Kirkeministeriets godkendelsesproces vil være smidig, og at ministeriet – uanset forslaget om ikke at videreføre § 78, stk. 5 – vil behandle regionsråds og kommunalbestyrelsers anmodninger om godkendelse inden for rimelig tid, således at samarbejder ikke forsinkes unødigt af den administrative godkendelsesproces.

Ministeriet har endvidere overvejet forholdet mellem de foreslåede bestemmelser og den øvrige lovgivning, herunder udbudsloven, opgaveudførelsesloven, de kommunalretlige grundsætninger (kommunalfuldmagten) og de EU-retlige statsstøtteregler. Ministeriet har i den forbindelse fundet det hensigtsmæssigt at præcisere med dette lovforslag, at en fælles opgaveløsning efter de foreslåede bestemmelser til enhver tid vil skulle tilrettelægges i overensstemmelse med øvrig lovgivning, herunder at samarbejder med private virksomheder, organisationer og foreninger samt fonde vil skulle ske under overholdelse af de almindelige udbuds- og statsstøtteregler, og at samarbejder i form af horisontale samarbejdsaftaler vil skulle opfylde kravene til offentlige kontrakter mellem ordregivere efter udbudslovens § 15.

3.1.3 Den foreslåede ordning

Med henblik på at styrke sammenhængen i sundhedsvæsenet og skabe mere fleksible rammer for samarbejde om den fælles opgaveløsning på sundhedsområdet vil lovforslaget indebære en række ændringer vedrørende regionsråds og kommunalbestyrelsers muligheder for at samarbejde med andre offentlige myndigheder, private virksomheder, organisationer og foreninger samt fonde. Lovforslaget vil udvide kredsen af mulige samarbejdsparter, de opgaver der kan samarbejdes om, og de former samarbejdet kan antage, med henblik på at understøtte en mere sammenhængende opgaveløsning på tværs af sektorer og myndigheder.

Det foreslås at indsætte fire nye bestemmelser i sundhedsloven – §§ 6 b-6 e – i et nyt kapitel 1 a, der tilsammen vil udvide de gældende samarbejdsmuligheder efter § 78, stk. 3-7, og § 118 d, der som konsekvens heraf foreslås ophævet. Bestemmelserne vil være opbygget således, at § 6 b vil udgøre den generelle bestemmelse, der fastlægger rammerne for den fælles opgaveløsning, herunder kredsen af deltagere, de opgaver der kan samarbejdes om, krav til deltagernes lovlige opgavevaretagelse, udgiftsbestemmelse og offentliggørelsespligten. § 6 c vil indeholde bemyndigelse til, at sundhedsministeren kan fastsætte regler om godkendelse af samarbejder, der medfører indskrænkninger i regionsrådets eller kommunalbestyrelsens beføjelser. §§ 6 d og 6 e vil herefter angive to særlige former for fælles opgaveløsning. § 6 d vil vedrøre samarbejder i selskabsform, mens § 6 e vil vedrøre horisontale samarbejdsaftaler i overensstemmelse med udbudslovens § 15. De foreslåede §§ 6 b-6 e vil ikke berøre de øvrige muligheder for at indgå samarbejder efter sundhedsloven, herunder f.eks. § 138, stk. 2, hvorefter kommunalbestyrelsen kan delegere ansvaret for tildeling af sygeplejen, som udføres i en fælles kommunal

sygepleje, til de øvrige kommunalbestyrelser, som indgår i det pågældende tværkommunale samarbejde, og § 203, hvorefter regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen samarbejder om indsatsen på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. De foreslåede bestemmelser vil heller ikke berøre f.eks. muligheder for at indgå samarbejder ved afholdelse af almindelige udbud i overensstemmelse med udbudsreglerne.

Med den foreslåede § 6 b vil der gives mulighed for, at et eller flere regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser indbyrdes og i fællesskab med andre offentlige myndigheder, private virksomheder, organisationer og foreninger samt fonde vil kunne samarbejde om fælles løsning af opgaver på sundhedsområdet. Bestemmelsen vil udvide den gældende retstilstand efter § 78, stk. 3-7, idet samarbejdsmulighederne vil blive udvidet til også at omfatte opgaver i det nære sundhedsvæsen efter sundhedslovens afsnit IX, idet kommunalbestyrelser fremover vil kunne indgå samarbejder indbyrdes efter bestemmelsen, og idet samarbejder vil kunne indgås på tværs af regionsgrænser. Regionsråd og kommunalbestyrelser vil hver især skulle offentliggøre oplysninger om fælles løsning af opgaver efter bestemmelsen, når den fælles opgaveløsning omfatter ydelser, der i et vist omfang er rettet mod borgere og private virksomheder m.v.

Det bemærkes, at den foreslåede § 6 b som noget nyt vil give mulighed for, at private virksomheder, organisationer og foreninger samt fonde kan deltage i den fælles løsning af opgaver efter sundhedslovens afsnit IX, idet den gældende § 118 d alene omfatter samarbejder mellem regionsråd og kommunalbestyrelser. Tilføjelsen af organisationer og foreninger samt fonde til kredsen af mulige deltagere har bl.a. til formål at sikre muligheden for inddragelse af civilsamfundet i den fælles opgaveløsning. Civilsamfundsaktører vil inden for rammerne af den foreslåede § 6 b kunne deltage i samarbejder om såvel opgaver efter sundhedslovens [kapitel 15 b], afsnit VI, IX, XI, XII og XIV-XVI som opgaver, der har tilknytning hertil, jf. § 6 b, stk. 1, nr. 2. Samarbejdet med civilsamfundet vil kunne finansieres inden for rammerne af den foreslåede § 6 b, stk. 3. Lovforslaget er dog ikke tiltænkt at skabe nye samarbejdsformer med private virksomheder ud over dem, der allerede kendes fra gældende ret efter § 78, stk. 3. Private virksomheders deltagelse vil fortsat skulle tilrettelægges i overensstemmelse med de almindelige udbuds- og statsstøtteregler. Samarbejdshjemlen indebærer således ikke i sig selv en undtagelse fra udbudsreglerne ved tildeling af offentlige kontrakter som led i samarbejdet. Samarbejder efter den foreslåede § 6 e vil forudsætte, at kontrakten opfylder

kravene til offentlige kontrakter mellem ordregivere efter udbudslovens § 15. Det bemærkes i øvrigt, at de foreslåede bestemmelser ikke berører de øvrige samarbejdsmuligheder, der følger af sundhedsloven, herunder f.eks. samarbejder efter sundhedslovens § 75 om private institutioner m.v., sygehuse og klinikker, § 138, stk. 2, om kommunalbestyrelsers tværkommunale samarbejde samt § 203 om samarbejder om indsatser på sundhedsområdet.

Det bemærkes endvidere, at lovforslaget ikke ændrer på regionsråds og kommunalbestyrelsers eksisterende, vide muligheder for at samarbejde uformelt med organisationer, foreninger og fonde, f.eks. i form af dialog, inddragelse, projektsamarbejde eller sparring. Sådanne uformelle samarbejder vil fortsat kunne ske lige så uformelt som i dag og vil ikke være omfattet af den foreslåede § 6 b, såfremt de ikke indebærer, at organisationen, foreningen eller fonden varetager en myndighedsopgave. Den foreslåede § 6 b vil først finde anvendelse, hvor samarbejdet går videre end dette, og civilsamfundsaktøren som led i samarbejdet i realiteten bidrager til at løse en opgave, der påhviler et regionsråd eller en kommunalbestyrelse. Lovforslaget tilsigter heller ikke i øvrigt at begrænse de muligheder for samarbejde med civilsamfundet, der allerede eksisterer i dag, herunder inden for rammerne af kommunalfuldmagten og den tilsvarende regionale kompetence. Regionsråd og kommunalbestyrelser kan således fortsat frit tilrettelægge og videreudvikle eksisterende samarbejder med civilsamfundet på hidtidigt grundlag, uanset om samarbejdet vælges tilrettelagt inden for rammerne af § 6 b.

Samarbejder, der medfører indskrænkninger i regionsrådets eller kommunalbestyrelsens beføjelser, vil kunne kræve godkendelse af sundhedsministeren, jf. den foreslåede § 6 c. Ministeren vil med hjemmel i bestemmelsen kunne fastsætte regler om, i hvilket omfang sådanne samarbejder vil skulle godkendes, herunder om fremgangsmåden og vilkår for godkendelse. Visse samarbejder, der har et begrænset økonomisk omfang og opfylder kriterierne i revisorlovens § 1 a, nr. 4, vil være undtaget fra godkendelseskravet, svarende til den tilgang, der følger af kommunestyrelseslovens § 60 a om små kommunale fællesskaber.

Det bemærkes, at undtagelsen fra godkendelseskravet i den foreslåede § 6 c, stk. 2, alene vil vedrøre kravet om godkendelse fra sundhedsministeren i medfør af § 6 c, stk. 1. Undtagelsen vil ikke berøre andre godkendelseskrav, der måtte følge af den øvrige lovgivning. Kommunalbestyrelser og regionsråd kan efter henholdsvis § 13, stk. 1, i bekendtgørelse om

kommunernes låntagning og meddelelse af garantier m.v. (lånebekendtgørelsen) og § 14, stk. 1, i bekendtgørelse om regionernes låntagning og meddelelse af garantier m.v. ikke uden Ankestyrelsens samtykke pådrage sig en solidarisk hæftelse gennem indtræden i en forening, en institution, et selskab eller lignende. Det følger dog af lånebekendtgørelsens § 13, stk. 3, og den regionale lånebekendtgørelses § 14, stk. 3, at en kommunalbestyrelse henholdsvis et regionsråd uden et særskilt samtykke fra Ankestyrelsen kan pådrage sig en solidarisk hæftelse gennem indtræden i en forening, en institution, et selskab eller lignende efter den gældende § 78, stk. 7, respektive § 78, stk. 3-6, når samarbejdet er godkendt af sundhedsministeren. Ankestyrelsens samtykke er således ikke påkrævet for samarbejder efter den gældende § 78, der er godkendt af sundhedsministeren, idet sundhedsministerens godkendelse i disse tilfælde træder i stedet for Ankestyrelsens samtykke.

Den foreslåede § 6 d vil præcisere, at fælles opgaveløsning efter § 6 b vil kunne ske i selskabsform. Selskabsformen vil navnlig kunne være hensigtsmæssig, hvor samarbejdet har en varig karakter og vedrører fælles driftsopgaver af et vist omfang, hvor parterne ønsker fælles ejerskab af aktiver såsom bygninger, udstyr eller digitale løsninger, hvor der er behov for en selvstændig ledelsesstruktur og økonomi, eller hvor samarbejdets kompleksitet i øvrigt tilsiger, at opgaverne varetages af en selvstændig juridisk enhed med egen bestyrelse, budget og regnskab. Ansvaret for at tildele en sundhedsydelse vil på nærmere betingelser kunne overdrages til et sådant selskab, forudsat at der udelukkende deltager offentlige myndigheder i den fælles opgaveløsning, dvs. at der ikke deltager private virksomheder, organisationer og foreninger samt fonde. Myndighedsansvaret i øvrigt vil ikke kunne overdrages. Fælles opgaveløsning i selskabsform skal derudover overholde reglerne i udbudsloven, herunder eventuelt betingelserne i udbudslovens § 14 om fælles in-house-løsninger.

Begrebet »selskabsform« vil skulle forstås bredt og i overensstemmelse med praksis efter den gældende § 78, stk. 3, og vil bl.a. omfatte selskaber med fuld hæftelse for nogle eller alle deltagere, f.eks. interessentskaber. Samarbejder omfattet af § 6 c, der medfører indskrænkninger i regionsrådets eller kommunalbestyrelsens beføjelser, vil dog ikke kunne drives som aktieselskaber, anpartsselskaber eller fonde. Denne begrænsning i organiseringsformen vil gælde ved siden af betingelserne for overdragelse af tildelingskompetencen efter § 6 d, stk. 2. Der henvises til de specielle bemærkninger til §§ 6 c og 6 d.

Med den foreslåede § 6 e vil der gives mulighed for, at et eller flere regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser – i overensstemmelse med udbudslovens § 15 – vil kunne indgå en kontrakt om at samarbejde om løsningen af regionale og kommunale opgaver på sundhedsområdet (horisontale samarbejdsaftaler). Bestemmelsen vil udvide den gældende retstilstand efter § 118 d, idet samarbejdsmulighederne vil blive udvidet til at omfatte flere opgaveområder, og idet bestemmelsen ikke vil være begrænset til samarbejder inden for én region, men også vil omfatte samarbejder på tværs af regionsgrænser samt samarbejder mellem regionsråd indbyrdes eller kommunalbestyrelser indbyrdes. Opgaver vil kunne overdrages mellem parterne, og tildelingskompetencen vil på nærmere betingelser kunne overdrages, mens myndighedsansvaret i øvrigt ikke vil kunne overdrages. Det bemærkes i den forbindelse, at den foreslåede § 6 e vil udgøre et selvstændigt hjemmelsgrundlag for indgåelse af horisontale samarbejdsaftaler, der giver materiel hjemmel til at fravige opgavefordelingsprincippet, for så vidt angår myndighedsniveauet. I modsætning til den foreslåede § 6 b, der alene fastlægger de overordnede rammer for den fælles opgaveløsning og forudsætter, at de deltagende myndigheder hver især har selvstændig hjemmel til de opgaver, de påtager sig som led i samarbejdet, vil den foreslåede § 6 e således i sig selv give materiel hjemmel til, at en part som led i en horisontal samarbejdsaftale kan varetage driften af en opgave, der efter lovgivningen er henlagt til et andet myndighedsniveau. Bestemmelsen viderefører herved den ordning, der følger af den gældende § 118 d i sundhedsloven, og formuleringen af § 6 e, stk. 1, er udformet med henblik på at tydeliggøre denne selvstændige karakter.

De foreslåede bestemmelser vil således på en række punkter videreføre de begrænsninger, der følger af gældende ret efter § 78, stk. 3-7, mens de på andre punkter vil indebære en udvidelse af de gældende samarbejdsmuligheder. For så vidt angår videreførelse af gældende ret bemærkes navnlig, at myndighedsansvaret som udgangspunkt ikke vil kunne overdrages, jf. dog nedenfor om tildelingskompetencen. For så vidt angår udvidelser af gældende ret efter § 78, stk. 3-7, bemærkes det, at en region eller en kommune ikke i dag som led i et samarbejde efter bestemmelserne kan varetage en opgave, som den pågældende myndighed ikke i øvrigt selv lovligt ville kunne udføre. Med den foreslåede § 6 e vil dette – efter den samme ordning, som i dag gælder efter sundhedslovens § 118 d – blive en mulighed fremadrettet, idet de foreslåede bestemmelser vil give materiel hjemmel til, at en part ved en horisontal samarbejdsaftale efter

§ 6 e kan varetage driften af en opgave, der efter lovgivningen er henlagt til et andet myndighedsniveau. Den generelle bestemmelse i den foreslåede § 6 b vil derimod ikke i sig selv udgøre materiel hjemmel til at varetage en opgave, som er henlagt til et andet myndighedsniveau.

Lovforslaget vil generelt muliggøre fælles løsning af opgaver efter sundhedslovens [kapitel 15 b], afsnit VI, IX, XI, XII og XIV-XVI og opgaver, der har tilknytning hertil, og som regionsråd eller kommunalbestyrelser lovligt kan varetage efter anden lovgivning. Ved den fælles opgaveløsning efter de foreslåede bestemmelser har ministeriet bl.a. identificeret en række overordnede temaer, som den fælles opgaveløsning vil kunne vedrøre, og som ikke er udtømmende. Der vil kunne anvendes forskellige samarbejdsformer til fælles løsning af opgaver, ligesom opgaverne vil kunne løses på forskellige måder afhængigt af det konkrete behov i regionsrådet eller kommunalbestyrelsen. De nedenstående eksempler er således alene illustrative og indebærer ikke, at en bestemt samarbejdsform er påkrævet for en given opgave. De opgaver, der er nævnt som eksempler på samarbejder i selskabsform efter § 6 d eller ved horisontale samarbejdsaftaler efter § 6 e, vil i mange tilfælde også kunne løses i andre samarbejdsformer inden for rammerne af § 6 b, herunder f.eks. ved fælles afholdelse af udbud efter de almindelige udbudsregler. Valget af samarbejdsform vil bero på en konkret vurdering af samarbejdets karakter, omfang og deltagerkreds.

Ministeriet har bl.a. identificeret følgende mulige overordnede temaer, der vil kunne omfattes af samarbejdsformerne i § 6 b og §§ 6 d og 6 e:

Fælles udvikling, afprøvning, implementering og drift af digitale og datadrevne løsninger - hvilket kan være i samarbejde med private virksomheder.

Forskning og udvikling, herunder tværregionale samarbejder om vurdering af nye lægemidler og standardisering af behandlinger, klinisk forskning og kvalitetsudvikling med tilknytning til sundhedsydelserne, fælles udviklings- og testprojekter vedrørende nye behandlingsformer, lægemidler eller medicinsk udstyr, samt indsamling og analyse af sundhedsdata til brug for kvalitetsforbedring og planlægning.

Fælles forebyggelse og sundhedsfremme, herunder samarbejder mellem regioner og kommuner om tværsektorielle indsatser til fremme af befolkningens sundhed, omfattende både borgerrettede og patientrettede

forebyggelsestilbud, f.eks. fælles programmer for kronisk sygdom, livsstilsinterventioner eller tidlig opsporing af sygdom.

Koordinering af tværsektorielle patientforløb, herunder samarbejder mellem regioner og kommuner om den organisatoriske og driftsmæssige koordinering af sammenhængende overgange for borgere mellem sygehus og kommune, f.eks. ved fælles planlægning af arbejdsgange og ressourcer i forbindelse med udskrivningsforløb og opfølgende indsatser. Eksemplet ændrer ikke på de gældende regler om genoptræningsplaner efter sundhedsloven eller om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner efter psykiatriloven, og vedrører ikke selve den lovbestemte koordinering og planlægning af det enkelte patientforløb, men alene parternes samarbejde om at tilrettelægge og understøtte denne i praksis.

Driftsmæssige støttefunktioner, herunder samarbejder mellem regioner og kommuner om fælles vaskeri, madproduktion og forsyning til sygehuse, sundhedshuse og andre sundhedsinstitutioner, rengøring af sundhedsfaciliteter, vedligeholdelse af medicinsk udstyr og teknisk infrastruktur, samt logistik og transport i forbindelse med sundhedsydelser. Sådanne samarbejder kan f.eks. indebære, at en region og en eller flere kommuner etablerer fælles produktionsfaciliteter til forsyning af måltider til sygehuse, sundheds- og omsorgspladser og øvrige sundhedstilbud, eller at parterne samarbejder om fælles indkøb og vedligeholdelse af hjælpemidler og medicinsk udstyr til brug på tværs af regionale og kommunale opgaver.

Kompetenceudvikling og uddannelse, herunder samarbejder mellem regioner og kommuner om fælles efter- og videreuddannelse af sundhedsfagligt personale, udvikling af fælles kliniske retningslinjer og standarder for behandling og pleje, fælles simulationstræning og klinisk supervision på tværs af sektorer, samt rekrutterings- og fastholdelsesindsatser for sundhedspersonale.

Administrative og organisatoriske støttefunktioner, herunder fælles kontraktstyring, lager og logistik i tilknytning til sundhedsydelserne, samt fælles regnskab, revision eller sekretariatsbetjening af samarbejdet.

Samarbejder med organisationer og foreninger samt fonde om borgernære indsatser, herunder samarbejder med patientforeninger og frivillige organisationer om informations- og forebyggelsesindsatser vedrørende f.eks. kønssygdomme, rygning eller alkohol, støtte- og ledsageopgaver i tilknytning til sundhedsydelserne, samarbejder om børn og unge i mistrivsel

samt samarbejder med fonde om forskning og udvikling på sundhedsområdet, herunder kliniske forskningsprojekter og udvikling af nye behandlingsformer.

Samarbejde inden for psykiatrien, hvor samarbejder også kan være relevante f.eks. mellem den regionale børne- og ungdomspsykiatri og de kommunale lettilgængelige tilbud. Samarbejdet kan også omfatte organisationer og foreninger samt fonde, der f.eks. kan bidrage med rådgivning, støtteforløb eller fællesskaber.

Følgende eksempler vil navnlig kunne være relevante, hvor den fælles opgaveløsning organiseres med fælles ejerskab af fysiske faciliteter eller andre aktiver:

Fælles sundhedshuse organiseret i selskabsform, hvor regioner og kommuner etablerer et fælles selskab til ejerskab og drift af fysiske rammer for sundhedsaktiviteter, herunder fælles faciliteter såsom reception, kantine og vaskeri, samt fælles indkøb af udstyr og hjælpemidler til brug på tværs af regionale og kommunale opgaver i sundhedshuset.

Fælles servicecentre mellem regioner og kommuner, der varetager samlede processer vedrørende f.eks. telesundhedsløsninger og hjælpemidler, herunder indkøb, teknisk support, lager, logistik og kontraktstyring, med henblik på at sikre en sammenhængende overgang for borgeren mellem region og kommune.

Følgende eksempler vil navnlig kunne være relevante, hvor den fælles opgaveløsning indebærer, at driftsansvaret for en opgave overdrages mellem myndighedsniveauer:

Overdragelse af driften af regionale opgaver til kommuner i borgerens nærmiljø, hvor en region ved kontrakt overdrager driften af nærmere bestemte regionale indsatser til en eller flere kommuner, f.eks. ved at den kommunale sygepleje varetager den sundhedsfaglige indsats i borgerens hjem, mens sygehuset sikrer adgang til remedier, lægemidler og lægefaglig rådgivning, og hvor sygehuset fortsat har behandlingsansvaret. Sådanne samarbejder kan også indgås på tværs af regionsgrænser. Overdragelsen af driftsansvaret ændrer ikke på kravene til, hvem der må udføre den konkrete behandling og pleje i borgerens hjem. Den kommunalt ansatte sundhedsperson, der udfører den sundhedsfaglige indsats, vil således fortsat være fagligt og autorisationsretligt ansvarlig for egne faglige handlinger i

overensstemmelse med autorisationslovgivningen og de øvrige regler, der gælder for den pågældende sundhedsperson, jf. ovenfor i pkt. 3.1.2 i de almindelige bemærkninger.

Patientrettet forebyggelse efter sundhedslovens § 119, stk. 3, hvor regionerne fra den 1. januar 2027 overtog myndighedsansvaret, mens kommunerne i de fleste tilfælde fortsat vil varetage driften af de patientrettede forebyggelsesindsatser. En horisontal samarbejdsaftale vil i den forbindelse kunne anvendes til at formalisere overdragelsen af driften fra regionen til kommunen, herunder fastsætte vilkår for opgavevaretagelsen, udgiftsfordelingen og den løbende koordinering mellem parterne.

Overdragelse af driften af kommunale sundhedsopgaver mellem kommuner indbyrdes, herunder sygepleje efter sundhedslovens § 138, dele af genoptræning efter sundhedslovens § 140 og sundhedspleje, hvor en kommunalbestyrelse ved kontrakt overdrager driften af nærmere bestemte opgaver til en anden kommunalbestyrelse, og hvor den overdragende kommunalbestyrelse til gengæld bidrager til opgaveløsningen, f.eks. ved at stille lokaler, udstyr eller specialiseret personale til rådighed og ved fortsat at varetage det faglige ansvar og den løbende koordinering med borgeren, med henblik på at sikre mere robuste sundhedsindsatser og et bedre sundhedsfagligt tilbud til borgerne.

Kombinationsstillinger via horisontale samarbejdsaftaler, hvor en region og en eller flere kommuner ved kontrakt aftaler, at en medarbejder ansat hos den ene part i nærmere aftalte perioder udfører opgaver på vegne af den anden part, f.eks. i tilknytning til sygehuse, sundheds- og omsorgspladser og øvrige sundhedstilbud i det nære sundhedsvæsen. Der henvises til de specielle bemærkninger til den foreslåede § 6 e nedenfor for en nærmere gennemgang af kombinationsstillinger, herunder spørgsmål om myndighedsansvar og journalføring.

Fælles drift af accessoriske servicefunktioner via horisontal samarbejdsaftale, hvor en region og en eller flere kommuner ved kontrakt aftaler, at den ene part varetager driften af fælles servicefunktioner såsom produktionskøkken, rengøring eller lignende, og at den eller de andre parter til gengæld bidrager til opgaveløsningen, f.eks. ved at stille lokaler eller udstyr til rådighed eller ved at indgå i den fælles planlægning og kvalitetsopfølgning af servicefunktionen, og hvor udgifterne herudover

fordeles mellem parterne efter en aftalt fordelingsnøgle baseret på f.eks. antallet af pladser eller aktivitetsniveau.

Fælles drift og forvaltning af it-systemer via horisontal samarbejdsaftale, hvor en region og en eller flere kommuner ved kontrakt aftaler, at den ene part driver et it-system, der udgør en støtteaktivitet til parternes sundhedsopgaver, på vegne af de øvrige parter, mens de øvrige parter bidrager til opgaveløsningen på anden vis, f.eks. ved at stille data eller finansiering til rådighed. Et samarbejde om driften af et sådant it-system kan også i sig selv udgøre den opgave, der indgås en horisontal samarbejdsaftale om. Et eksempel herpå er samarbejder om fælles forvaltning af fællesregionale eller offentlige it-systemer på sundhedsområdet, herunder i forbindelse med overgangen af forvaltningen af sådanne systemer til Digital Sundhed Danmark.

Endelig har ministeriet fundet det hensigtsmæssigt at videreføre bestemmelsen i nugældende § 78, stk. 8, uændret som § 78, stk. 3, herunder med et uændret anvendelsesområde.

3.2 Nye muligheder for regional medfinansiering af kommunale indsatser

3.2.1 Gældende ret

Det fremgår af § 13, stk. 1, i regionsloven, at regionsrådet til varetagelse af den umiddelbare forvaltning af regionens anliggender nedsætter et forretningsudvalg, et eller flere stående udvalg, jf. dog § 13 a, stk. 5, og et antal sundhedsråd med hvert sit geografisk afgrænsede område, jf. regler fastsat i medfør af § 8, stk. 2, og § 9, stk. 1, i overgangsloven og med de ændringer, der kan besluttes af økonomi- og indenrigsministeren i henhold til § 4 a, stk. 1, i inddelingsloven.

Det fremgår af regionslovens § 14 c, stk. 1, at hvert sundhedsråd varetager den umiddelbare forvaltning af de af regionens anliggender inden for sundhedsområdet, der henhører under sundhedsrådets geografisk afgrænsede område, og at hvert sundhedsråd endvidere varetager den umiddelbare forvaltning af de af regionens anliggender inden for socialområdet og de af regionens specialundervisningstilbud, der henhører under sundhedsrådets geografisk afgrænsede område. Sundhedsrådene består af regionale medlemmer, der er valgt af regionsrådet i den region, som sundhedsrådet henhører under, og kommunale medlemmer, der

repræsenterer kommunalbestyrelsen i de kommuner, der henhører under sundhedsrådet, jf. regionslovens § 14 d, stk. 1.

Reglerne om sundhedsråd blev indsat i regionsloven ved lov nr. 719 af 20. juni 2025 om ændring af lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfælles-skab (regionsloven) og forskellige andre love. Ifølge bemærkningerne til denne lov, jf. Folketingstidende 2024-25, tillæg A, L 214 som fremsat, s. 20, får de nye sundhedsråd inden for regionsrådets rammer egne ressourcer, og sundhedsrådene skal med deltagelse af både det regionale og det kommunale niveau være drivende i omstillingen af sundhedsvæsenet og styrkelsen af det nære sundhedsvæsen.

Det fremgår af sundhedslovens § 118 c, stk. 1, at regionsrådet kan indgå aftale med en eller flere kommunalbestyrelser om at medfinansiere kommunale sundhedsydelser, som er henlagt til kommunerne efter sundhedslovens kapitel 34-41 (afsnit IX). Bestemmelsen er en del af den lovmæssige implementering af Aftale om sundhedsreform 2024.

Det følger af bemærkningerne til sundhedslovens § 118 c, stk. 1, at regionsrådene kan indgå aftaler med en eller flere kommunalbestyrelser om at yde økonomiske tilsagn til medfinansiering af de kommunale sundhedsopgaver. Ordningen understøtter, at regionsråd og kommunalbestyrelser gennem aftaler kan styrke de nære kommunale sundhedstilbud og skabe mere sammenhæng i sundhedsydelserne på tværs af de kommunale og regionale opgaveområder.

Det følger videre af bemærkningerne til bestemmelsen, at der f.eks. kan indgås aftale om løft af borgerrettet forebyggelse igennem kommunale skoleindsatser og fritidsområdet, der kan understøtte, at børn får en sundere opvækst som beskrevet i sundhedslovens kapitel 36, ligesom sygeplejeindsatser efter sundhedslovens § 138 kan omfattes af aftaler f.eks. i forhold til styrkelse af sygeplejen blandt de ældre medicinske patienter. Andre eksempler på relevante indsatser er en styrkelse af det basale palliative område, så ældre borgere i højere grad kan opleve en værdig død i kendte omgivelser, eller en styrkelse af sundhedsindsatserne på bosteder og andre dele af socialpsykiatrien i kommunerne også som led i den kommunale sygepleje efter sundhedslovens § 138, jf. Folketingstidende 2025-26, tillæg A, L 42 som fremsat, side 22.

Rammerne for regionsrådets mulighed for medfinansiering af kommunale indsatser er således ikke alene henlagt til indsatser efter afsnit IX, men også indsatser i andre dele af den kommunale opgavevaretagelse, som med rimelighed kan henføres til indsatser i afsnit IX. Der er ikke i gældende lovgivning hjemmel til, at regionsrådet kan udmønte midler til medfinansiering af kommunale indsatser efter øvrige love end sundhedsloven.

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

Det følger af bemærkningerne til sundhedslovens § 118 c, stk. 2, at et regionsråd alene kan rejse konkrete krav til indholdet og varetagelsen af kommunale sundhedsydelser efter aftale med den eller de pågældende kommunalbestyrelser. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne har vid mulighed for at definere rækkevidden og karakteren af de konkrete betingelser og implementeringskrav igennem aftalerne.

Det følger videre af bemærkningerne til bestemmelsen, at de konkrete betingelser og implementeringskrav skal være direkte relateret til den konkrete sundhedsopgave, der aftales at give økonomisk tilsagn til varetagelsen af. I forlængelse heraf bemærkes det, at tilsagnskrav ikke kan omfatte en låsning af kommunale udgiftsniveauer, jf. Folketingstidende 2025-26, tillæg A, L 42 som fremsat, side 23.

Det fremgår af § 118 c, stk. 3, at sundhedsministeren fastsætter årlige minimumsrammer for hvert sundhedsråd i medfør af regionslovens § 13, stk. 1, som regionsrådene skal udmønte gennem aftaler med kommunalbestyrelser efter stk. 1. Det følger af bemærkningerne til sundhedslovens § 118 c, stk. 3, at fastsættelsen af minimumsrammerne for de enkelte sundhedsråd sker i overensstemmelse med den samlede økonomiske prioritering til kommunale indsatser som aftalt i Aftale om sundhedsreform 2024 samt efterfølgende ændringer heri, og at fordelingen af den samlede ramme tager højde for forskelle i patienttyngde og demografisk sammensætning sundhedsrådene imellem.

I medfør af § 118 c, stk. 4, kan et regionsråd efter aftale med samtlige kommunalbestyrelser i et sundhedsråd anvende de økonomiske minimumsrammer efter stk. 3 til regionale sundhedsydelser.

I medfør af § 118 c, stk. 5, kan regionsrådet medfinansiere kommunale anlægsinvesteringer på det kommunale sundhedsområde.

Det fremgår af sundhedslovens § 246 a, stk. 1, at staten yder et tilskud til regionerne til brug for aftaler mellem regionsråd og kommunalbestyrelser om økonomiske tilsagn til varetagelse af kommunale sundhedsydelser i medfør af § 118 c, stk. 1-4. Tilskuddets størrelse fastsættes årligt af finansministeren med tilslutning fra Folketingets Finansudvalg. De nærmere rammer for fordeling, tilbagebetaling, udbetaling og revision af det statslige tilskud fastsættes i bekendtgørelser i medfør af § 246 a, stk. 2 og 3.

3.2.2. Sundheds- og Kirkeministeriets overvejelser

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

I Aftale om sundhedsreform 2024 er det aftalt, at der etableres 17 sundhedsråd i 2027. Formålet er at opbygge stærke sundhedsindsatser tættere på borgerne og sikre bedre sammenhæng på tværs af sygehusene og sundhedsvæsenet tæt på borgerne i både regioner og kommuner. For at understøtte dette er det bl.a. aftalt, at sundhedsrådene skal udmønte en årlig økonomisk ramme til kommunale sundhedsindsatser.

Den økonomiske ramme udmøntes igennem aftaler mellem kommuner og sundhedsråd efter sundhedslovens §118 c, stk. 1-4. Regionsrådet kan alene medfinansiere indsatser i kommunerne, som kommunerne skal varetage efter sundhedslovens afsnit IX. Som det fremgår af bemærkningerne til sundhedslovens § 118 c, stk. 1, kan regionsrådet også medfinansiere andre kommunale indsatser, som dog rimeligt kan henføres til indsatser efter sundhedslovens afsnit IX.

Med etableringen af de nye sundhedsråd fra 2027 er det hensigten, at det i høj grad er sundhedsrådene, som vil løfte og understøtte sammenhængen mellem de regionale indsatser og de nære kommunale indsatser tæt på borgeren yderligere. Udvidelsen af anvendelsesområdet for den regionale medfinansiering vil kunne understøtte, at sundhedsrådene også fremadrettet vil kunne varetage den tiltænkte rolle i forhold til at løfte og understøtte indsatser, hvor borgernes forløb går på tværs af regionale og kommunale indsatser.

Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer, at der er behov for at sikre de lovgivningsmæssige rammer for, at sundhedsrådene kan udmønte midler til indsatser, som ikke alene begrænser sig til indsatser, som kan henføres isoleret til sundhedsloven. Eksempelvis tiltænkes, at sundhedsrådene kan understøtte en styrket tværfaglig indsats og forløb for borgere på tværs af bl.a. social- og sundhedsområdet i overensstemmelse med Aftale om sundhedsreform 2024 og Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien.

Det er dermed Sundheds- og Kirkeministeriets opfattelse, at der er behov for at udvide den nuværende ordning, hvor regionsrådet alene kan medfinansiere kommunale sundhedsydelser efter sundhedslovens afsnit IX.

Det kan f.eks. omfatte et løft af samarbejdet og koordineringen omkring indsatser på tværs af den regionale psykiatri og socialpsykiatrien i kommunerne. Det kan understøtte en mere systematisk og ensartet praksis på tværs af de to sektorer, som kan betyde, at mennesker med f.eks. svære psykiske lidelser oplever at få et mere sammenhængende forløb, der kan hjælpe den enkelte til at øge eller stabilisere funktionsevnen.

Det er tillige Sundheds- og Kirkeministeriets vurdering, at der kan være behov for løbende stillingtagen til, hvilke indsatser regionsrådet kan medfinansiere i kommunerne. Det vurderes derfor mest hensigtsmæssigt, at der skabes en bemyndigelsesbestemmelse, således at sundhedsministeren, efter forhandling med vedkommende minister, kan fastsætte regler om, at regionsrådet, ud over de i stk. 1 nævnte ydelser, kan give økonomisk tilsagn om medfinansiering til nærmere bestemte, relevante kommunale ydelser.

Det forudsættes, at udmøntninger af sundhedsministerens bemyndigelse sker i tråd med sundhedsrådenes samlede opgavebeskrivelse, og at bemyndigelsen således kun vil anvendes til at fastsætte medfinansieringsområder, hvor det samlet set er fagligt meningsfuldt, at sundhedsrådene spiller en rolle i forhold til den kommunale

opgavevaretagelse. Medfinansieringsområdet skal bidrage til at kunne løfte en sammenhængende og tværsektoriel indsats, der bidrager til at forbedre den enkelte borgers mentale og fysiske sundhedstilstand, samt understøtte et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor der foretages investeringer, der er hensigtsmæssige ud fra et sundhedsfagligt perspektiv.

Eksempelvis skal Sundhedsstyrelsen, med Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien fra maj 2025 (Socialdemokratiet, Venstre, Moderaterne, Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Liberal Alliance, Det Konservative Folkeparti, Enhedslisten, Dansk Folkeparti, Radikale Venstre og Alternativet), udvikle nye, faglige beskrivelser af forløb for udvalgte målgrupper med svære psykiske lidelser på tværs af sektorer. Beskrivelserne skal indeholde anbefalinger til samarbejde, koordinering og kommunikation mellem den regionale behandlingspsykiatri og den kommunale socialpsykiatri. Beskrivelserne skal dermed bidrage til mere sammenhængende forløb for mennesker med svære psykiske lidelser ved at synliggøre opgave- og ansvarsfordelingen på tværs af myndigheder.

Med udmøntningsaftalen for 10-årsplanen fra december 2025 med Danske Regioner og KL fordeles midlerne hertil til de 17 sundhedsråd. I dette tilfælde vurderes det, at sundhedsrådene ikke har den tilstrækkelige hjemmel til at understøtte indsatser, som alene kan henføres til kommunale sociale indsatser, herunder i den kommunale socialpsykiatri igennem konkrete aftaler om medfinansiering.

Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer i denne forbindelse f.eks., at det vil være hensigtsmæssigt, at regionsrådet kan medfinansiere kommunale indsatser på socialområdet i kommunerne efter serviceloven og barnets lov, som er fagligt relevante for målgrupperne for forløbsbeskrivelserne.

Det kan tilsvarende være relevant at understøtte kommunale indsatser på ældreområdet, herunder pleje- og omsorgsindsatser efter ældreloven, som har væsentlig betydning for sammenhængende patientforløb og omstillingen til et mere nært sundhedsvæsen. Det gælder eksempelvis ved øget anvendelse af hjemmebehandling organiseret i det primære sundhedsvæsen, der forudsætter et tæt samspil med kommunale pleje- og omsorgsindsatser.

Tilsvarende kan det være relevant, at regionsrådet kan medfinansiere kommunale indsatser efter ældreloven, når disse indgår som en væsentlig

forudsætning for sammenhængende sundhedsindsatser, herunder hjemmebehandling og forebyggelse af indlæggelser.

Det kan derudover være relevant at understøtte kommunale forebyggelses-indsatser på ældreområdet samt børne/skoleområdet, hvor indsatserne i forhold til tidlig indsats og forebyggelse ofte varetages i en kombination af sundhedsprofessionelle som agerer under sundhedsloven og andre aktører, som agerer i forhold til anden lovgivning i kommunalt regi f.eks. skole, PPR, børneinstitutioner, socialområdet m.m.

Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer derfor, at det er hensigtsmæssigt, at ministeren bemyndiges til at kunne fastsætte nærmere områder, hvor regionsrådet kan medfinansiere indsatser i det omfang, der måtte opstå behov herfor og efter forhandling med vedkommende minister.

3.2.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås, at der indsættes en ny § 118 c, stk. 2, hvor det foreslås, at sundhedsministeren fremover bemyndiges til at fastsætte yderligere kommunale myndighedsopgaver, som regionsrådet kan give økonomisk tilsagn om medfinansiering til, således at hjemmelsgrundlaget, ud over for indsatserne i sundhedsloven, fremover henlægges i bemyndigelse til sundhedsministeren. Fremtidige udvidelser skal fastsættes i forhandlinger med vedkommende minister.

Den foreslåede ordning vil medføre, at sundhedsministeren efter forhandling med vedkommende minister vil kunne fastsætte regler om, at regionsrådet, ud over de i stk. 1 nævnte ydelser, kan give økonomisk tilsagn om medfinansiering til nærmere bestemte kommunale ydelser.

Bemyndigelsesbestemmelsen vil skulle understøtte, at sundhedsrådene kan løfte og understøtte sammenhængen mellem de regionale indsatser og de nære kommunale indsatser ud over de indsatser, som fremgår af sundhedslovens afsnit IX.

Det forudsættes, at udmøntninger af sundhedsministerens bemyndigelse sker i tråd med sundhedsrådenes samlede opgavebeskrivelse, og at bemyndigelsen således kun vil anvendes til at fastsætte medfinansieringsområder, hvor det samlet set er fagligt meningsfuldt, at sundhedsrådene spiller en rolle i forhold til den kommunale opgavevaretagelse.

Det forudsættes tillige, at udmøntninger af bemyndigelsen vil have ophæng i konkrete politiske aftaler, og at de pågældende opgaver, som udmøntningen vil vedrøre, skal have afledt effekt på forløb, der går på tværs af sektorer. Endelig vil udmøntningen af bemyndigelsen alene kunne have ophæng i opgaver, der har afledte effekter på den regionale sundhedsopgaves varetagelse.

Det vil gælde for aftaler om kommunale opgaver efter den foreslåede § 118 c, stk. 2, såvel som aftaler om kommunale sundhedsydelser efter § 118 c, stk. 1, at regionsrådene ikke kan yde økonomiske tilsagn til kommuners varetagelse af opgaver uden forudgående aftale herom med den enkelte kommune.

En aftalebaseret udmøntning understøtter, at det entydige ansvar for den konkrete varetagelse af kommunale opgaver fortsat påhviler kommunerne, således at borgerne har mulighed for at placere et politisk ansvar for varetagelsen af konkrete opgaver i kommunerne. Det entydige ansvar for opgavevaretagelsen understøttes, idet regionsrådene alene kan medfinansiere kommunale opgaver efter aftale med pågældende kommunalbestyrelser, og da det kommunale ansvar for varetagelse og drift af konkrete opgaver også omfatter eventuelle kontraktuelle eller aftalebaserede ansvar.

Det forudsættes, at aftaler efter § 118 c, stk. 2, hvis anvendelsesområde er hjemlet efter udmøntningen af bemyndigelsen, alene vil kunne omhandle medfinansiering af konkrete indsatser eller kapacitetsudvidelser, der ikke følger af statslige krav eller henstillinger, og som dermed ikke er omfattet af vejledning nr. 63 af d. 9. oktober 2007 om Det Udvidede Totalbalanceprincip (DUT).

Det forudsættes, at aftaler efter § 118 c, stk. 2, hvis anvendelsesområde er hjemlet efter udmøntningen af bemyndigelsen, ikke altid vil omfattes af den eksisterende styringsmekanisme i medfør af § 246 a, stk. 1-4, da midlerne hertil ikke vil blive udbetalt til regionerne igennem det statslige tilskud til kommunernes sundhedsindsatser via sundhedsrådene. Disse aftaler vil dermed også være undtaget fra bestemmelsen i § 118 c, stk. 4. Aftaler om medfinansiering efter § 118 c, stk. 2, vil således kun kunne omfattes af de eksisterende styringsmekanismer, hvis midlerne til aftalerne er udbetalt efter § 246 a, stk. 1.

3.3 Befordring og befordringsgodtgørelse på sundhedsområdet

3.3.1 Myndighedsansvar for befordring og befordringsgodtgørelse til genoptræning

3.3.1.1 Gældende ret

Det følger af § 172 i sundhedsloven, at kommunalbestyrelsen yder befordring eller befordringsgodtgørelse til genoptræning til personer, der har behov for genoptræning efter endt behandling på sygehus, jf. §§ 139 a og 139 b og § 168, stk. 1. Befordringen eller befordringsgodtgørelsen ydes efter reglerne i § 171. Efter sundhedslovens § 263 afholder bopælskommunen udgifter til befordring i forbindelse med genoptræning efter §§ 139 a og 139 b og § 168, stk. 1.

Der er i bekendtgørelse nr. 816 af 18. juni 2018 om befordring og befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven (herefter befordringsbekendtgørelsen) fastsat nærmere regler om befordring og befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven. I befordringsbekendtgørelsens kapitel 4 er fastsat nærmere regler for befordring og befordringsgodtgørelse i forbindelse med genoptræning. Det fremgår af bekendtgørelsens § 25, stk. 1, at kommunalbestyrelsen i bopælskommunen yder befordring eller befordringsgodtgørelse ved befordring mellem patientens bopæl og genoptræningsstedet. Derudover fremgår det af stk. 2, at kommunalbestyrelsen i bopælskommunen kan aftale med regionen, at befordring til specialiseret genoptræning, der efter udskrivningen skal finde sted på et sygehus, varetages af regionen for bopælskommunens regning.

Sundhedslovens afsnit 19 fastsætter regler for finansiering. Det fremgår af § 263, at bopælskommunen afholder udgifter til befordring i forbindelse med genoptræning efter §§ 139 a og 139 b og § 168, stk. 1.

3.3.1.2 Sundheds- og Kirkeministeriets overvejelser

Som følge af L 42, *Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love*, som trådte i kraft 1. januar 2027, er ansvaret for specialiseret genoptræning og specialiseret rehabilitering flyttet fra kommunerne til regionerne. Med L 42 er der ikke vedtaget ændringer i ansvarsfordelingen for befordring og befordringsgodtgørelse til genoptræningsindsatser. Det er dermed ifølge nugældende regler fortsat kommunernes ansvar at yde befordring eller befordringsgodtgørelse efter §§139 a og 139 b samt at afholde udgifterne hertil jf. § 263.

Det er i lovbemærkningerne til L 42 bemærket, at regionerne har ansvaret for at afholde befordringsudgifter til behandling, der foregår på sygehuset, og kommunerne til behandling uden for sygehusene. Det er Sundheds- og Kirkeministeriets vurdering, at de gældende regler betyder, at kommunerne som udgangspunkt skal yde befordring til specialsygehuse, som bl.a. varetager nogle specialiserede rehabiliteringsforløb i dag, hvilket vurderes uhensigtsmæssigt i forhold til den klassiske opdeling af befordringsopgaven, hvor opgaveudfører typisk også står for befordringsopgaven. For så vidt angår kommunernes ansvar for at yde befordring og befordringsgodtgørelse til specialiseret genoptræning, er der som nævnt ovenfor efter gældende regler mulighed for, at kommunalbestyrelsen indgår aftale med regionen om, at regionen varetager befordring til specialiseret genoptræning, der efter udskrivningen finder sted på et sygehus.

I Sommeraftale 2026 om implementering af sundhedsreformen er parterne enige om at belyse, om opgaven med befordring til rehabilitering på specialiseret niveau kan løses mere hensigtsmæssigt inden for den eksisterende økonomi på området. Sundheds- og Kirkeministeriet har i lyset heraf gennemgået reglerne på området med Danske Regioner og KL.

Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer, at nugældende regler for befordring og befordringsgodtgørelse til genoptræning ikke i tilstrækkelig grad tager højde for, at der er foretaget ændringer i ansvarsfordelingen for specialiseret rehabilitering. Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer yderligere, at nugældende regler betyder, at finansieringsansvaret for rehabiliteringen ikke bor hos samme myndighed, som har finansieringsansvaret for befordringen til rehabiliteringen. Da myndighedsansvaret for specialiseret rehabilitering 1. januar 2027 overgik til regionerne, kan dette have medført ændring i tilrettelæggelsen af ydelsen.

Dette kan på sigt blive uhensigtsmæssigt i forhold til tilrettelæggelsen af opgaver, hvor kommunen således ikke har mulighed for at gøre indsigelser i tilfælde, hvor regionen vælger at ændre, hvordan opgaven udføres. Derudover kan det være uklart for borgeren, hvor man skal henvende sig, hvis man f.eks. oplever udfordringer med sin befordring til specialiseret rehabilitering.

Eftersom regionerne allerede havde myndighedsansvaret for specialiseret genoptræning, er det ikke Sundheds- og Kirkeministeriets forventning, at ydelsen tilrettelægges anderledes, efter regionerne overtog finansieringsansvaret 1. januar 2027. Sundheds- og Kirkeministeriet

vurderer derfor ikke, at samme uhensigtsmæssigheder i forhold til tilrettelæggelsen af opgaven gør sig gældende for genoptræning på specialiseret niveau.

3.3.1.3 Den foreslåede ordning

Det foreslås at justere sundhedslovens §§ 172 og 263 med henblik på at samle finansierings- og myndighedsansvar for specialiseret rehabilitering og befordring og befordringsgodtgørelse hertil. Justeringerne skal ensarte og forenkle reglerne, så det dels bliver nemmere at forstå for borgerne, hvem der har myndighedsansvaret, og dels lettere at administrere i praksis ved at mindske uenighed om snitflader mellem regioner og kommuner.

Det foreslås med ændring af § 172, stk. 1, og indsættelse af nyt stk. 2, at ansvaret for befordring og befordringsgodtgørelse til specialiseret rehabilitering overgår fra kommunalbestyrelser til regionsråd.

Den foreslåede ændring vil medføre, at regionsrådet fremover vil have ansvaret for at yde befordring og befordringsgodtgørelse til genoptræning til personer, der har behov for specialiseret rehabilitering efter endt behandling på sygehus, jf. § 139 b og §168, stk. 1. Kommunerne vil fortsat have ansvaret for at yde befordring og befordringsgodtgørelse til genoptræning til personer, der har behov for almen genoptræning samt genoptræning på specialiseret niveau efter endt behandling på sygehus, jf. §§ 139 a og b og § 168, stk. 1. Den foreslåede ændring vil mindske risikoen for situationer, hvor der opstår uenighed om behovene i forbindelse med befordring mellem regionerne, der visiterer befordring til specialiseret rehabilitering og kommunerne, der yder befordringen. Ved at samle ansvaret for specialiseret rehabilitering og befordringen hertil vil den foreslåede ændring yderligere gøre reglerne mere gennemskuelige for borgerne. Det bemærkes, at kommunalbestyrelsen i bopælskommunen fortsat vil kunne indgå aftaler med regionen om, at befordring til specialiseret genoptræning, der efter udskrivning skal finde sted på sygehus, varetages af regionen for bopælskommunens regning.

Det foreslås med ændringen af § 263 og indsættelse af nyt stk. 2, at kommunerne fremover vil afholde udgifter til befordring og befordringsgodtgørelse til genoptræning på de niveauer, kommunerne er ansvarlige for at tilbyde, jf. §§ 139 a og b. Regionerne vil dermed fremover afholde udgifter til befordring og befordringsgodtgørelse til specialiseret rehabilitering, som de er ansvarlige for at tilbyde jf. § 139 b.

De foreslåede ændringer samler dermed myndigheds- og finansieringsansvaret for befordring og befordringsgodtgørelse med ansvaret for specialiseret rehabilitering efter den opdeling, som fremgår af bilag 1 i bekendtgørelse nr. 1804 af 29. december 2025 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus.

Der henvises til lovforslagets § 1, nr. 7, 8, 13 og 14, og bemærkningerne hertil.

3.3.2 Forenkling af regler for befordring og befordringsgodtgørelse

3.3.2.1 Gældende ret

Sundhedslovens kapitel 53 indeholder regler om kommunalbestyrelsers og regioners pligt til at yde befordring eller befordringsgodtgørelse til visse patientgrupper ved transport til alment praktiserende læge, praktiserende speciallæge, sygehusbehandling, lægelig behandling med heroin samt genoptræning efter endt sygehusbehandling. Den konkrete fordeling mellem patientens dækning hos kommunalbestyrelse eller region afhænger af den pågældende behandlingstype og behandlingssted. Dette reguleres nærmere i sundhedslovens §§ 170-172. Nærmere regler herom er desuden fastsat befordringsbekendtgørelsen.

Reglerne i sundhedslovens kapitel 53 er en videreførelse af tidligere regler om befordring fra lov om offentlig sygesikrings ikrafttræden i 1973, jf. lov nr. 311 af 9. juni 1971 §§ 17-19. Lov om offentlig sygesikring blev ophævet med ikrafttrædelsen af sundhedsloven i 2007, jf. lov nr. 546 af 24. juni 2005.

Det følger af § 170, stk. 1, i sundhedsloven, at kommunalbestyrelsen yder befordring eller befordringsgodtgørelse til og fra alment praktiserende læge til personer, der er omfattet af § 59, stk. 1, og som modtager social pension, hvis personen modtager behandling for regionens regning efter sundhedsloven.

Derudover fremgår det af stk. 3, at kommunalbestyrelsen yder befordring eller befordringsgodtgørelse til de i stk. 1 nævnte personer til og fra speciallæge, hvis personen modtager behandling for regionens regning efter sundhedsloven efter henvisning fra alment praktiserende læge eller speciallæge, eller i særlige tilfælde uden henvisning, jf. § 64, stk. 4, og behandlingen ydes af den speciallæge inden for vedkommende speciale, der har konsultationssted nærmest ved patientens opholdssted.

Det fremgår videre af stk. 4, at kommunalbestyrelsen yder godtgørelse for nødvendig befordring med ambulance eller særligt sygekøretøj til og fra akut skadebehandling hos alment praktiserende læge eller speciallæge til personer, der er omfattet af § 59, stk. 1, hvis behandlingen finder sted for regionens regning efter sundhedsloven.

Det følger af § 171, stk. 1, i sundhedsloven, at regionsrådet yder befordring eller befordringsgodtgørelse til personer, der i medfør af §§ 79-83 og 86-89 a har ret til vederlagsfri sygehusbehandling, og som modtager social pension. Befordring og befordringsgodtgørelse ydes til behandling på regionale sygehuse og de i § 75 nævnte institutioner samt til behandling på andre sygehuse m.v. efter nærmere af sundhedsministeren fastsatte regler.

Derudover fremgår det af stk. 2, at regionsrådet yder befordring eller befordringsgodtgørelse til personer, som er henvist til diagnostisk undersøgelse på sygehus, jf. § 79, til brug for udredning hos alment praktiserende læge, jf. § 60, eller hos praktiserende speciallæge, jf. § 64.

Det fremgår af stk. 3, at sundhedsministeren har bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler om, i hvilke tilfælde og i hvilket omfang personer i øvrigt har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse til sygehusbehandling og til diagnostiske undersøgelser på sygehus til brug for udredning hos alment praktiserende læge eller hos praktiserende speciallæge.

Det fremgår videre af stk. 4, at regionsrådet yder befordring med ambulance eller særligt sygekøretøj til personer, der i medfør af §§ 79-83 og 86-89 har ret til vederlagsfri sygehusbehandling og til diagnostiske undersøgelser på sygehus til brug for udredning hos alment praktiserende læge eller hos praktiserende speciallæge, hvis deres tilstand gør det nødvendigt. Der er ikke i stk. 4 eller bemærkningerne til loven taget stilling til tilfælde, hvor personer f.eks. er blevet befordret med ambulance eller særligt køretøj i forbindelse med akut skadebehandling, men deres tilstand efter endt behandling ikke længere nødvendiggør befordring med ambulance eller særligt køretøj. Regionsrådet yder godtgørelse for befordring til personer, der er omfattet af 1. pkt. og har ret til refusion af udgifter til behandling i andre EU- eller EØS-lande i medfør af § 89 a.

I sundhedslovens § 173 er der fastsat nærmere regler for udbetaling af befordringsgodtgørelse. Det følger af § 173, stk. 1, i sundhedsloven, at befordring, for hvilken der ydes godtgørelse efter § 170, skal ske med det efter forholdene billigste forsvarlige befordringsmiddel og kun ydes, når

befordringsudgiften til behandlingsstedet overstiger en af sundhedsministeren fastsat grænse.

Derudover fremgår det af stk. 2, at befordring, for hvilken der ydes godtgørelse efter §§ 171 og 172, skal ske med det efter forholdene billigste forsvarlige befordringsmiddel og kun ydes, når befordringsudgiften eller afstanden til behandlingsstedet overstiger en af sundhedsministeren fastsat grænse. En patient kan således alene modtage befordringsgodtgørelse efter § 173, stk. 1 og 2, svarende til udgiften til det billigste, forsvarlige befordringsmiddel. Til brug for vurderingen er der ikke fastsat en udtømmende opgørelse over mulige befordringsmidler, idet det beror på en konkret vurdering, hvilket middel der er det billigste forsvarlige for den pågældende patient fra dennes bopæl til behandlingsstedet.

Det fremgår videre af stk. 3, at nærmere regler om ydelse af befordring og befordringsgodtgørelse og dækning af andre nødvendige rejseudgifter i forbindelse hermed fastsættes af sundhedsministeren.

Det følger af bemærkningerne til § 173, jf. Folketingstidende 2004-05, 2. samling, Tillæg A side 3240-3241, at denne bestemmelse, blandt andre, er en videreførelse af befordringsreglerne i sygesikringslovens § 17-19, der blev ophævet ved ikrafttrædelse af sundhedsloven, hvor navnlig den dagældende § 18, i sygesikringslovens indhold svarer til den nugældende § 173. Det fremgår af bemærkningerne til sygesikringslovens dagældende § 18 jf. Folketingstidende 1970-71 Tillæg A spalte 2467, at bestemmelsen afløser en række bestemmelser i § 21, stk. 4, i den dagældende lov om en offentlig sygesikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 403 af 23. oktober 1967, men i noget højere grad end de dagældende regler overlader den nærmere regulering af befordringsreglerne til socialministeren, som på daværende tidspunkt var ressortminister for sundhedsområdet.

Det er således i tillæg til sundhedsministerens bemyndigelse til at fastsætte beløbsgrænser jf. § 173, stk. 1 og 2, også forudsat i lovens forarbejder, at sundhedsministeren jf. § 173, stk. 3, har en bred beføjelse til at fastlægge nærmere regler for den konkrete udmøntning og administration af befordringsområdet.

De af sundhedsministeren nærmere fastsatte regler efter bemyndigelsesbestemmelserne i sundhedslovens kapitel 53 er udmøntet i befordringsbekendtgørelsen.

Det følger eksempelvis af befordringsbekendtgørelsens § 30, stk. 1, at befordringsgodtgørelse efter denne bekendtgørelse ydes med et beløb

svarende til befordringsudgiften med det efter forholdene billigste, forsvarlige befordringsmiddel. Det fremgår videre af § 30, stk. 2, at befordringsmidler, der kan ydes godtgørelse til efter stk. 1, omfatter offentlige transportmidler, herunder bus, tog og færge, samt taxa og privatbil m.v.

Derudover er der i bekendtgørelsens § 31, stk. 1-4, fastsat forskellige beløbsgrænser, som udgiften til og fra behandlingsstedet skal overstige, før der kan ydes befordringsgodtgørelse. Beløbsgrænserne pris- og lønreguleres, jf. § 31, stk. 7, en gang årligt.

På baggrund af ordlyden i sundhedslovens § 173, stk. 1 og 2, hvorved befordringsgodtgørelse kun kan gives til det efter forholdene billigste forsvarlige befordringsmiddel, giver beføjelsen i stk. 3 ikke mulighed for, at sundhedsministeren i befordringsbekendtgørelsen kan indføre en standardiseret takstordning eller andre ordninger, der i praksis afskaffer den sag-til -sag-gennemgang, der kræves.

Der er i bekendtgørelsens kapitel 5 fastsat regler for ledsagelse. Det følger af ordlyden i § 27, at en ledsager til en patient, der modtager befordring eller befordringsgodtgørelse efter sundhedslovens §§ 170-172, har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse, når ledsagelsen er nødvendig på grund af patientens alder eller helbredstilstand. Det fremgår videre af § 27, stk. 2, at ledsageren også har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse til ud- eller hjemrejse uden ledsagelse af patienten, såfremt ledsagelsen nødvendiggør mere end 12 timers fravær fra hjemmet.

På baggrund af ordlyden i bekendtgørelsens § 27 kan befordring og befordringsgodtgørelse kun gives til en ledsager til en patient, der modtager befordring eller befordringsgodtgørelse efter reglerne i sundhedslovens § 173, stk. 1 og 2. Der er i bemærkningerne til sundhedsloven ikke taget stilling til, om det skal kvalificeres nærmere, hvem der kan være ledsager til en patient.

Det fremgår af sundhedslovens § 173, stk. 4, at ved anmodning om befordring eller befordringsgodtgørelse efter §§ 170 og 171 fra et midlertidigt opholdssted kan befordring eller befordringsgodtgørelse ved hjemtransport kun forlanges tilbage til det midlertidige opholdssted, medmindre andet følger af aftaler eller af traktatlige forpligtelser.

Det følger i den forbindelse af bemærkninger til § 170, jf. Folketingstidende 2004-05, 2. samling, Tillæg A, side 3240-3241, at befordringsgodtgørelse ydes af den kommune, som patienten opholder sig i på det tidspunkt, da

befordringen rekvireres. Søges befordringshjælp hos en kommune, hvor personen midlertidigt opholder sig, kan godtgørelse for tilbagekørsel fra læge kun forlanges til det midlertidige opholdssted. På tilsvarende måde fremgår det for så vidt angår regionerne, at befordring eller befordringsgodtgørelse ydes af den region, som patienten opholder sig i på det tidspunkt, befordringen rekvireres.

Befordring fra et sygehus i en anden region ydes tilbage til et sygehus i bopælsregionen af sidstnævnte region.

Ordlyden i § 173, stk. 4, indeholder ikke mulighed for at rekvirere befordring eller befordringsgodtgørelse efter endt behandling til et andet sted end det midlertidige opholdssted, patienten opholdt sig på tidspunktet for rekvirering til behandlingsstedet. Der er i bemærkningerne til sundhedsloven ikke taget stilling til den nærmere definition af begrebet midlertidigt opholdssted, eller hvorledes situationer, hvor det ikke er hensigtsmæssigt for patienten at blive ført tilbage til dennes midlertidige opholdssted, skal håndteres. Endvidere er der ikke hjemmel til, at sundhedsministeren kan fastsætte uddybende regler herom i befordringsbekendtgørelsen.

Sundhedsministeren er i henhold til de gældende regler i sundhedslovens kapitel 53 bemyndiget til at fastsætte regler om befordring eller befordringsgodtgørelse, der tager hensyn til tilfælde, hvor personer modtager behandling i et andet EU- eller EØS-land.

Således fastsætter sundhedsministeren efter § 170, stk. 2, i sundhedsloven nærmere regler om befordring og befordringsgodtgørelse til personer omfattet af stk. 1 og til personer, der har ret til tilskud til ydelser ved alment praktiserende læge efter § 168, stk. 1. Sundhedsministeren kan også efter § 170, stk. 3, fastsætte nærmere regler om befordring og befordringsgodtgørelse ved besøg hos speciallæge for personer omfattet af 1. pkt., personer omfattet af § 59, stk. 1, og personer, der har ret til tilskud til ydelser ved speciallæge efter § 168, stk. 1. Bestemmelserne er bl.a. en implementering af Europa-Parlamentet og Rådets direktiv 2011/24/EU om patientrettigheder ved grænseoverskridende sundhedsydelser (patientmobilitetsdirektivet), og muliggør fastsættelse af regler angående befordring og befordringsgodtgørelse, når en person har ret til tilskud til ydelser ved alment praktiserende læge eller speciallæge i et andet EU- eller EØS-land, jf. Folketingstidende 2013-14, tillæg B, betænkning over L 33, side 4.

Sundhedsministeren fastsætter endvidere i henhold til § 171, stk. 3, i sundhedsloven nærmere regler om, i hvilke tilfælde og i hvilket omfang personer i øvrigt har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse til sygehusbehandling og til diagnostiske undersøgelser på sygehus til brug for udredning hos alment praktiserende læge eller hos praktiserende speciallæge, herunder i hvilket omfang ret hertil tilkommer personer, der efter eget valg behandles på et sygehus uden for bopælsregionen i henhold til reglerne i §§ 86, 87 og 89 a. Sundhedsministeren kan også i henhold til § 171, stk. 5, fastsætte nærmere regler om godtgørelse efter stk. 4, hvis 2. pkt. indebærer, at regionsrådet yder godtgørelse for befordring til personer, der er omfattet af 1. pkt. og har ret til refusion af udgifter til behandling i andre EU- eller EØS-lande i medfør af § 89 a. Bestemmelserne er bl.a. en implementering af patientmobilitetsdirektivet og muliggør fastsættelse af regler angående befordring og befordringsgodtgørelse til sygehusbehandling i et andet EU- eller EØS-land, jf. Folketingstidende 2013-14, tillæg B, betænkning over L 33, side 5.

De ovennævnte tilfælde, hvor der ydes befordring eller befordringsgodtgørelse ifm. behandling i et andet EU- eller EØS-land, er omfattet af sundhedsministerens kompetence til at fastsætte nærmere regler om ydelse af befordring og befordringsgodtgørelse i § 173, stk. 3.

En person kan ud over patientmobilitetsdirektivet have ret til behandling i et andet EU- eller EØS-land eller ret til sundhedslovens ydelser uagtet, at den pågældende ikke har bopæl her i landet, i medfør af Europa-Parlamentet og Rådets forordning (EF) nr. 883/2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger. Forordningen gælder direkte i dansk ret, og sundhedsministeren er i medfør af bemyndigelserne i §§ 171-173 bemyndiget til at fastsætte regler om befordring og befordringsgodtgørelse i disse tilfælde på samme måde, som hvis behandlingen fandt sted i Danmark eller i henhold til patientmobilitetsdirektivet.

3.3.2.2 Sundheds- og Kirkeministeriets overvejelser

Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer, at sundhedslovens regler for befordring er for uklare og komplicerede, og at det kan være svært for borgere at forstå, hvornår de har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse. Det fremgår desuden af Aftale om sundhedsreform 2024, at aftalepartierne er enige om, at der skal gennemføres et eftersyn af reglerne om befordring og befordringsgodtgørelse i sundhedsloven med fokus på, at reglerne skal være mere gennemskuelige samt gennem ny organisering og styring sikre en bedre og mere lige fordeling af

sundhedsvæsenets ressourcer og nedbringe den geografiske ulighed i sundhed, så sundhedsvæsenet bliver bedre rustet til fremtidens udfordringer og bringes tættere på borgerne. Sundheds- og Kirkeministeriet bemærker i den forbindelse, at der i samarbejdet mellem den daværende regering og Danske Regioner og KL også var enighed om at styrke det nære sundhedsvæsen, og at et generelt eftersyn af befordringsreglerne vil kunne bidrage hertil.

Det er Sundheds- og Kirkeministeriets forventning, at lovændringer, der bl.a. forenkler befordringsområdet og formindsker de administrative byrder for borgere og myndigheder, vil understøtte intentionerne i Aftale om sundhedsreform 2024 samt regeringens ønske om at sikre fri og lige adgang til behandling ved, at borgerne kan gøre brug af deres muligheder uanset uddannelse, social baggrund og hvor i landet de bor, og dermed øge adgangen til sundhed.

Sundheds- og Kirkeministeriet har i lyset heraf gennemført et eftersyn af reglerne på området med Danske Regioner og KL. Eftersynet har vist, at de nugældende regler for befordring og befordringsgodtgørelse giver anledning til unødige udfordringer for borgere, der skal transporteres til og fra behandling, samt for de myndigheder, der skal administrere reglerne. For borgerne skaber de nugældende regler tvivl om, hvor meget de eventuelt kan kompenseres, hvis de selv har stået for transporten, og hvor de kan transporteres til og fra.

For kommunerne og regionerne, der administrerer reglerne, giver de nugældende regler anledning til unødvendigt tunge processer og utilsigtede faldgruber, hvor patienter kan opleve at falde mellem to stole, fordi lovgivningen har været uklar. Eftersynet har endvidere vist, at der, inden for rammerne i Aftale om sundhedsreform 2024, er et potentiale i at forenkle reglerne for befordringsgodtgørelse i sundhedsloven samt præcisere sundhedsministerens bemyndigelser til at fastsætte nærmere regler i befordringsbekendtgørelsen med henblik på at løse aktuelle udfordringer i praksis.

Det første element i lovforslagets del om befordring og befordringsgodtgørelse på sundhedsområdet vedrører beregningen af befordringsgodtgørelse. En central udfordring, som Danske Regioner har fremlagt, er ordlyden i §173 stk. 1 og 2, hvor det fremgår, at udbetaling af befordringsgodtgørelse skal tage udgangspunkt i *det efter forholdene billigste forsvarlige befordringsmiddel*. Med denne formulering skal det i hver enkelt godtgørelsessag undersøges, hvad priserne på det billigste

forsvarlige transportmiddel var på rejsetidspunktet, med op til tre års forsinkelse jf. de almindelige forældelsesfrister.

Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer, at beregningen af befordringsgodtgørelse yderligere besværliggøres af, at priserne kan afvige bl.a. baseret på tidspunkt på dagen eller på baggrund af tilgængelige rabatordninger. De gældende regler medfører en tung administrativ opgave for kommuner og regioner og giver uklarhed for borgerne om, hvor meget de kan forvente at modtage i godtgørelse fra gang til gang, selvom det er den samme rejse, de foretager.

Derudover vurderer Sundheds- og Kirkeministeriet, at nugældende regler indebærer utilsigtede konsekvenser for patienter under 18 år som følge af rabatordninger til børnebilletter i offentlig transport. Eftersom børnebilletter er billigere end voksenbilletter, risikerer patienter under 18 år i højere grad end voksne patienter at falde under den fastsatte minimumsbeløbsgrænse og dermed miste retten til befordringsgodtgørelse.

Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer yderligere, at nugældende regler for ledsagelse, som er reguleret i befordringsbekendtgørelsen med ophæng i sundhedslovens bemyndigelsesbestemmelser i kapitel 53, herunder bl.a. § 173, stk. 3, har utilsigtede konsekvenser for børnefamilier. Eftersom retten til befordringsgodtgørelse til ledsagelse forudsætter, at patienten lever op til fastsatte minimumsbeløbskrav, vil ledsageren ikke få sine udgifter dækket, hvis patientens udgifter grundet rabatordninger falder under minimumsbeløbet. Dette gælder uanset, om ledsagerens egne transportudgifter overstiger minimumsbeløbet. Det betyder, at familier, hvor barnet ikke kan komme frem uledsaget, selv må dække udgifter, som patienter over 18 år kan få dækket af regionen eller kommunen.

Det andet element i denne del af lovforslaget vedrører visitation til befordring og befordringsgodtgørelse. De primære regler for visitation og vurdering af behov for befordring er reguleret i befordringsbekendtgørelsen med ophæng i sundhedslovens bemyndigelsesbestemmelser i kapitel 53, herunder bl.a. § 173, stk. 3. Derudover lægges der i administrationen og håndteringen af området vægt på praksis fra Styrelsen for Patientklager, der indtil den 31. december 2024 var klageinstans på befordringsområdet.

De gældende regler er præget af forskellige uhensigtsmæssige fortolkninger i praksis. Eksempelvis er der i praksis fastlagt en fortolkning, hvorefter der gælder et krav om, at der til brug for en række afgørelsessager skal indhentes sundhedsfaglige eller administrative vurderinger forud for visitationen til befordring. Det betyder eksempelvis, at patienter, der pga. kroniske og

langvarige sygdomme og/eller funktionsnedsættelser og handicap har gentagne behandlingsbesøg, skal have foretaget samme vurdering, selvom deres behov ikke har ændret sig. Visitationen til befordring trækker bl.a. på specialiseret sundhedspersonale, hvor det ikke altid er nødvendigt, og kan således indebære en uhensigtsmæssig brug af sundhedspersonalets ressourcer.

Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer, at de nugældende regler for visitation også giver anledning til tilfælde, hvor patienter, som ikke vurderes i stand til at transportere sig til og fra behandling, er stillet forskelligt afhængig af anledningen til behandlingen. F.eks. kan patienter, som er blevet kørt til sygehuset akut, og som ikke selv kan transportere sig hjem grundet deres tilstand, ikke nødvendigvis befordres hjem igen, mens patienter, som er indkaldt til videre ambulant behandling, både transporteres til og fra sygehuset. Disse tilfælde giver anledning til frustrationer hos borgerne og klagesager hos regionerne.

Hverken ordlyden i bemyndigelsesbestemmelserne i sundhedsloven eller lovens forarbejder indeholder tilstrækkelige grundlag til at kunne håndtere ovenstående udfordringer i en bekendtgørelse. Derfor er det Sundheds- og Kirkeministeriets vurdering, at der er behov for supplerende regler til sundhedslovens § 173, stk. 3, for at sikre, at sundhedsloven fremadrettet indeholder en tydeligere adgang til at fastlægge nærmere regler om visitation og bidrage til vurderingen af behov for befordring.

Tredje element i lovforslagets del om befordring og befordringsgodtgørelse vedrører godtgørelse til patienter og ledsagere i forbindelse med ophold uden for hjemmet. Reglerne for befordringsgodtgørelse i forbindelse med overnatning og diæter er reguleret i befordringsbekendtgørelsen med ophæng i sundhedslovens bemyndigelsesbestemmelser i kapitel 53, herunder bl.a. § 173, stk. 3. Derudover lægges der i administrationen og håndteringen af området vægt på praksis fra Styrelsen for Patientklager, der indtil den 31. december 2024 var klageinstans på befordringsområdet.

De konkrete tilskud til diæter ved overnatning følger, efter afgørelse fra Styrelsen for Patientklager, satserne i det til enhver tid gældende cirkulære om time- og dagpenge m.v. (p.t. Cirkulære af 27. marts 2026 om satsregulering pr. 1. januar 2026 for tjenesterejser). Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer på baggrund af oplysninger fra Danske Regioner og KL, at den nuværende praksis udgør en risiko for overkompensation i forhold til patienternes faktiske udgifter ved ophold uden for hjemmet. Dette

skyldes, at der ydes time- og dagpenge til at dække alle måltider, uanset, om måltider er inkluderet på opholdsstedet.

Af nugældende regler fremgår, at overnatningsgodtgørelse til patienter og ledsagere ikke må overstige de faktiske udgifter. Dog fremgår ingen lignende bestemmelse af ordlyden i bemyndigelsesbestemmelserne i sundhedsloven eller lovens forarbejder for patienter og ledsageres time- og dagpenge. Det er Sundheds- og Kirkeministeriets vurdering, at det ikke har været lovgivers hensigt, at der ved befordringsgodtgørelse i forbindelse med ophold uden for hjemmet skal ydes en kompensation, der overstiger de reelle omkostninger. Den gældende administrative praksis er således en utilsigtet konsekvens af de uklare regler for befordring og befordringsgodtgørelse i sundhedsloven.

Det er derfor Sundheds- og Kirkeministeriets vurdering, at der er behov for supplerende regler til sundhedslovens § 173, stk. 3, for at sikre, at sundhedsloven fremadrettet indeholder tydeligere adgang for sundhedsministeren til at fastsætte regler om de nærmere tilskud for overnatninger og diæter, herunder bl.a. muligheden for at fastsætte relevante grænser og mekanismer i befordringsbekendtgørelsen for at mindske risikoen for overkompensation.

Fjerde element i denne del af lovforslaget omhandler bopæl og opholdssteder. De nugældende regler for befordring og befordringsgodtgørelse i sundhedslovens kapitel 53 tager ikke i tilstrækkelig grad stilling til befordringens start- og slutsted, idet det forudsættes, at befordring som det klare udgangspunkt sker mellem patientens bopæl, forstået som folkeregisteradresse, og det relevante behandlingssted. Dette afskærer visse patienter fra befordring fra andre potentielle, men fortsat relevante, opholdssteder, såsom delebørn, der i den pågældende sygdomsperiode bor hos den forælder, som de ikke har folkeregisteradresse hos, patienter, der opholder sig på et krisecenter eller befinder sig i hjemløshed, og patienter, der opholder sig på et herberg.

Det er Sundheds- og Kirkeministeriets opfattelse, at det forhold, at der i sundhedsloven ikke er taget eksplicit stilling til befordringens start- og slutsted, understreger, at sundhedslovens regler om befordring er uklare, og at dette skaber komplekse problemstillinger i praksis, hvor patienter bliver fanget i uhensigtsmæssige situationer som en utilsigtet konsekvens af den manglende stillingtagen i loven.

Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer, at der er behov for supplerende regler til sundhedslovens § 173, stk. 3, for at sikre, at sundhedsloven

fremadrettet indeholder tydeligere adgang for sundhedsministeren til at fastsætte retningslinjer om befordringens start- og slutsted.

Et eksempel på patienter, der fanges i uhensigtsmæssige situationer grundet uklarhed i lovgivningen, er sundhedslovens § 173, stk. 4, som er gennemgået nærmere under gældende ret ovenfor. Efter stk. 4 er der ved befordring eller befordringsgodtgørelse fra et midlertidigt opholdssted til et behandlingssted kun mulighed for befordring eller befordringsgodtgørelse tilbage til det midlertidige opholdssted. Dette kan give anledning til uhensigtsmæssige situationer, f.eks. ved trafikulykker, hvor tilskadekomne, der transporteres til et sygehus, kun kan blive transporteret tilbage til ulykkesstedet efter endt behandling på sygehuset.

Grundet lovens ordlyd vil det i det givne eksempel ikke være muligt at transportere vedkommende til et andet mere passende sted inden for samme kommune eller region. Dette kan i visse situationer have den konsekvens, at borgere, der ellers har ret til befordring, har meget begrænset gavn af denne ret, fordi den kun ydes tilbage til et sted, hvor de har svært ved at transportere sig videre. Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer ikke, at det har været hensigten med § 173, stk. 4, at placere patienter i sådanne situationer.

Sundheds- og Kirkeministeriet vurderer, at der er uhensigtsmæssigheder i reglerne om befordring i sundhedsloven for så vidt angår midlertidige opholdssteder. Derfor er der behov for præciseringer i § 173, stk. 4, for at sikre, at muligheden for befordring fra midlertidige lokationer, uagtet om vedkommende patients placering er grundet et midlertidigt ophold eller en tilfældig situation uden for vedkommendes kontrol såsom et trafikuheld, i praksis ikke stilles ringere, end det er tilsigtet.

3.3.2.3 Den foreslåede ordning

Det foreslås at justere sundhedslovens § 173 med henblik på at give sundhedsministeren hjemmel til at fastsætte nærmere regler om befordring og befordringsgodtgørelse og give mulighed for at indføre specifikke løsninger i befordringsbekendtgørelsen for at adressere de ovenfor beskrevne udfordringer. Justeringerne skal samtidig ensarte og forenkle reglerne, så de dels bliver nemmere at forstå for borgerne og dels lettere at administrere i praksis.

Det foreslås at ophæve § 173, stk. 1 og 2 og indsætte et nyt stykke, således at ordlyden om det efter forholdene billigste forsvarlige befordringsmiddel udgår af bestemmelserne. Det foreslås endvidere at indsætte et nyt stk. 2,

som giver sundhedsministeren bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler for beregning af befordringsgodtgørelse.

De foreslåede ændringer vil betyde, at kravet om at afsøge det efter forholdene billigste forsvarlige befordringsmiddel ophæves. Ændringerne vil samtidig understøtte muligheden for at indføre en ny model for befordringsgodtgørelse, der er lettere at forstå og administrere.

Den foreslåede bemyndigelse i det nye § 173 stk. 2 vil give sundhedsministeren mulighed for at fastsætte en ny model for befordringsgodtgørelse med udgangspunkt i en fast kilometertakst. Dette vil ensrette godtgørelsesmetoden på tværs af landet, lette administrationen i kommuner og regioner og øge gennemsigtigheden af godtgørelsesmulighederne for borgerne. I forlængelse heraf skal det bemærkes, at forslaget skal ses i sammenhæng med forslaget til et nyt § 173, stk. 3, hvorefter sundhedsministeren bl.a. kan fastsætte nærmere regler for administrationen af stk. 1 og 2, herunder regler om undtagelse og hvorledes den normale transportvej fastlægges. Dette vil f.eks. muliggøre, at sundhedsministeren fastsætter regler om, at borgere med ret til befordringsgodtgørelse, som benytter offentlig transport i forbindelse med behandling, kan få refunderet de faktiske udgifter til transport, såfremt de kan dokumenteres at overstige beløbet efter den fastsatte takstmodel.

Det foreslås med indsættelsen af et nyt stk. 3 i sundhedslovens § 173 at give sundhedsministeren bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler for visitation af befordring eller befordringsgodtgørelse.

Den foreslåede bemyndigelse vil medføre, at sundhedsministeren kan fastsætte rammer for, hvordan visitationen til befordring og befordringsgodtgørelse forløber, og i den forbindelse indføre tiltag, der skal sikre en effektiv sagsbehandling. Med bemyndigelsen kan der f.eks. gives mulighed for, at visitationen til befordring kan delegeres til relevante faggrupper, og at visitation kan afgrænses til at gælde for en kortere eller længere periode uden løbende genvisitation eller for særlige patientgrupper, såsom patienter med kroniske og langvarige sygdomme og/eller funktionsnedsættelser og handicap.

Der henvises til lovforslagets § 1, nr. 9, og bemærkningerne hertil.

Det foreslås med indsættelsen af et nyt stk. 3 i sundhedslovens § 173 at give sundhedsministeren bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler for godtgørelse til overnatning og diæter.

Satserne for godtgørelse kan således justeres for at mindske risikoen for overkompensation, f.eks. ved at afregne udgifterne med udgangspunkt i den gældende takst for måltidsfradrag i Danmark, på Færøerne, i udlandet og i Grønland, som fremgår af Cirkulære nr. 9355 af 27. marts 2026 om satsregulering pr. 1. januar 2026 for tjenesterejser (Til samtlige ministerier m.v.).

Der henvises til lovforslagets § 1, nr. 9, og bemærkningerne hertil.

Det foreslås med indsættelse af et nyt stk. 3 i sundhedslovens § 173 at give sundhedsministeren bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler for befordringens start- og slutsted. Det foreslås yderligere at justere formuleringen i §173, stk. 4, som bliver stk. 5, og dermed give sundhedsministeren hjemmel til at fastsætte nærmere regler for befordring og befordringsgodtgørelse til et alternativt opholdssted i forbindelse med befordring fra et midlertidigt opholdssted.

Indsættelsen af et nyt stk. 3 vil medføre, at det fremover bliver muligt for sundhedsministeren at fastsætte regler om befordring til og fra et andet, nærmere fastsat opholdssted inden for den pågældende region eller kommune, hvis det efter omstændighederne vurderes relevant. Sundhedsministeren vil f.eks. få bemyndigelse til at fastsætte, at befordring som udgangspunkt skal ske mellem behandlingsstedet og patientens bopæl samt nærmere definere, hvilke opholdssteder der kan defineres som bopæl. Sundhedsministeren vil yderligere få bemyndigelse til at fastsætte regler for tilfælde, hvor patienter kan befordres til andre relevante opholdssteder end bopæl inden for den pågældende region eller kommune, såfremt det vurderes relevant, eksempelvis pårørendes bopæl eller lignende. Den foreslåede bemyndigelse til sundhedsministeren skal ses i forlængelse af den foreslåede ændring af ordlyden, idet bemyndigelsen vil indebære, at sundhedsministeren kan fastsætte nærmere rammer for, hvor patienter kan befordres til og fra.

Dette kan f.eks. ske ved, at der i befordringsbekendtgørelsen udpeges en række relevante opholdssteder, såsom hospice, sundheds- og omsorgspladser, aflastningspladser, ventepladser, botilbud, herberger eller krisecentre, som patienter uden videre kan transporteres til. Endvidere vil bemyndigelsen gøre det muligt, at der i befordringsbekendtgørelsen fastsættes regler for, i hvilke øvrige tilfælde og under hvilke vilkår der kan ydes kørsel til andre steder såsom pårørendes bopæl for at sikre, at muligheden for befordring til og fra andre steder end patientens bopæl kun ydes, hvor det er hensigtsmæssigt.

Indsættelsen af den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse vil yderligere medføre, at sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler for, at borgere i visse tilfælde vil kunne modtage befordringsgodtgørelse, når de transporterer sig til et andet relevant opholdssted end folkeregisteradresse. Det kan f.eks. ske ved, at en patient, som efter endt behandling befordrer sig med offentlig transport til et botilbud, vil kunne modtage befordringsgodtgørelse svarende til afstanden mellem behandlingsstedet og patientens folkeregisteradresse, forudsat at patienten fortsat lever op til de af sundhedsministeren fastsatte kriterier for modtagelse af godtgørelse.

Ændringen af det gældende stk. 4, der bliver stk. 5, vil yderligere medføre, at borgere, der har anmodet om befordring fra et midlertidigt opholdssted, vil kunne befordres til et andet sted inden for den pågældende region eller kommune efter endt behandling, såfremt det vurderes relevant. Sundhedsministeren vil dermed kunne fastsætte nærmere kriterier for og hensyn, der kan indgå i vurderingen af, hvorvidt der kan ydes befordring til et andet sted end udgangspunktet.

Der henvises til lovforslagets § 1, nr. 9 og 10, og bemærkningerne hertil.

De foreslåede bemyndigelser vil kun blive anvendt til at fastsætte regler og kriterier, hvor det samlet set er fagligt meningsfuldt, og udmøntninger af bemyndigelsen vil have ophæng i konkrete politiske aftaler.

[De foreslåede bemyndigelsesbestemmelser i § 173 vil blive anvendt til at fastsætte regler og kriterier, der tager højde for patientrettigheder, administrative og faglige hensyn. Bemyndigelserne til at fastsætte nærmere regler i de foreslåede bestemmelser giver fleksibilitet til at tilpasse de nærmere regler gennem en bekendtgørelse, der bedre kan tage højde for geografiske forskelle samt gør det muligt at tilpasse eksempelvis kilometertakstmodellen for befordringsgodtgørelse i takt med, at der indsamles erfaringer.]

4. Regionale konsekvenser, herunder for landdistrikter

Lovforslagets del om udvidede samarbejdshjemler om sundhedsopgaver og understøttende opgaver kan have positive regionale konsekvenser i forhold til at skabe styrkede sundhedstilbud med bedre udnyttelse af kapacitet og ressourcer på tværs af kommuner og regioner, herunder i landdistrikter.

Lovforslagets øvrige dele medfører ikke i sig selv regionale konsekvenser.

5. Konsekvenser for opfyldelsen af FN's verdensmål

Lovforslagets del om udvidede samarbejdshjemler vurderes på sigt at have positive konsekvenser for realiseringen af FN's verdensmål 3 om at sikre et sundt liv for alle og fremme trivsel for alle aldersgrupper.

De udvidede samarbejdshjemler vil give bedre og klarere rammer for et øget samarbejde mellem regioner og kommuner om levering af sundhedstilbud af høj kvalitet, der understøtter sammenhængende forløb for borgere og patienter og en hensigtsmæssig anvendelse af ressourcerne. Samlet set vurderes lovforslaget dermed at kunne bidrage til bedre sundhed og trivsel for borgerne.

Lovforslagets del om nye muligheder for regional medfinansiering af kommunale indsatser vurderes ikke i sig selv at have konsekvenser for opfyldelsen af FN's verdensmål.

Lovforslagets del om befordring og befordringsgodtgørelse har ikke direkte positive konsekvenser for FN's verdensmål, men der forventes at opstå afledte positive konsekvenser for verdensmål 3 for sundhed og trivsel. Der kan således være afledte positive konsekvenser med hensyn til delmål 3.8, hvorefter der skal opnås universel sundhedsdækning til en overkommelig pris for alle.

6. Økonomiske og implementeringskonsekvenser for det offentlige

Lovforslagets del om samarbejdshjemler har navnlig til formål at give regionsråd og kommunalbestyrelser en større grad af fleksibilitet ved tilrettelæggelsen af deres samarbejde, hvilket kan lede til positive økonomiske og administrative konsekvenser. Forslaget vurderes ikke at have øvrige økonomiske eller betydende administrative konsekvenser for det offentlige. [Vurderingen af de økonomiske og implementeringsmæssige konsekvenser vil blive justeret i lyset af den endelige affattelse af lovforslaget.]

Lovforslagets del om nye muligheder for regional medfinansiering af kommunale indsatser medfører ikke i sig selv økonomiske eller administrative konsekvenser for hverken stat, regioner eller kommuner.

Lovforslagets del om befordring og befordringsgodtgørelse har ikke direkte økonomiske konsekvenser for kommuner eller regioner i form af mindre- eller merudgifter. Det er forventningen, at ændringerne vil medføre administrative besparelser for kommuner og regioner samt understøtte en

mere fokuseret ressourceanvendelse i den offentlige sektor. Samtidig kan forslaget medføre, at flere vil benytte sig af deres ret til befordring eller befordringsgodtgørelse, ligesom nogle borgere, herunder børn under 18 år samt børnefamilier, med forslaget kan få ret til befordring eller befordringsgodtgørelse. Lovforslaget forventes ikke samlet at have økonomiske konsekvenser for kommuner og regioner.

Det fremgår af Aftale om sundhedsreform 2024, at eftersynet og de efterfølgende regelændringer på befordringsområdet skal være inden for den eksisterende økonomiske ramme. Det holder det nærværende forslag sig inden for.

Det fremgår yderligere af sommeraftale 2026 om implementering af sundhedsreformen, at opgaven med at undersøge, om befordring og befordringsgodtgørelse til specialiseret rehabilitering kan løses mere hensigtsmæssigt, skal ske inden for opgavens nuværende økonomiske ramme.

Gennemførelse af opgaveflyttet for så vidt angår specialiseret rehabilitering fra kommuner til regioner forudsætter, at KL og Danske Regioner bliver enige om finansiering af opgaven og overdragelse af midler fra kommunerne til regionerne.

Kommunerne overdrager [uafklaret beløb] til regionerne til finansiering af befordring og befordringsgodtgørelse i forbindelse med specialiseret rehabilitering.

Forslaget vil ikke have nogen økonomiske konsekvenser for staten.

6.1. Forholdet til principperne for digitaliseringsklar lovgivning

Princip 1. Lovforslagets del om samarbejdshjemler vurderes at være i overensstemmelse med princip nr. 1, der tilsiger, at lovgivningen bør være enkel og klar, så den er let at forstå for virksomheder og borgere. Med lovforslaget samles og harmoniseres to af de eksisterende samarbejdshjemler ét sted i sundhedsloven. Formålet er at gøre det mere enkelt at forstå og anvende de muligheder, der er for at samarbejde om varetagelsen af sundhedsopgaver. Med lovforslaget gøres reglerne for befordring og befordringsgodtgørelse ligeledes mere gennemskuelige for både borgere og myndigheder.

Princip 2. Lovforslagets del om samarbejdshjemler vurderes at være i overensstemmelse med princip 2. Lovforslaget regulerer ikke den direkte

kommunikation mellem borgere og virksomheder og offentlige myndigheder og indeholder derfor ikke regler, der begrænser mulighederne for digital kommunikation. Lovforslagets del om samarbejdshjemler indeholder en pligt til at offentliggøre oplysninger om etablerede samarbejder. Offentliggørelsen skal ske uden unødigt ophold og om muligt senest én måned inden ikrafttrædelsen af en aftale om fælles løsning af opgaver efter de foreslåede bestemmelser. Formålet er at gøre det lettere for borgerne at orientere sig om, hvilken myndighed der har ansvaret for de sundhedsydelser, som borgeren modtager, herunder hvor myndighedsansvaret er placeret.

Princip 3. Lovforslagets del om samarbejdshjemler vurderes at være i overensstemmelse med princip 3 om at muliggøre automatisk sagsbehandling, idet lovforslaget ikke indeholder regler, der er til hinder for, at regioner og kommuner anvender digitale løsninger eller automatiserer relevante administrative processer i forbindelse med samarbejdet. Det samme gør sig gældende for lovforslagets del om befordring, som bl.a. fastsætter en fast kilometertakst for beregning af befordringsgodtgørelse, som er ens for alle borgere modsat i dag, hvor størrelsen på udbetalt godtgørelse kan variere fra sag til sag. Lovforslaget er teknologineutralt.

Princip 4. Lovforslagets del om samarbejdshjemler vurderes at være i overensstemmelse med princip 4 om sammenhæng på tværs af den offentlige sektor, idet forslaget ikke indeholder regler, der er til hinder for, at regioner og kommuner anvender eksisterende data og begreber. Lovforslaget er således teknologineutralt.

Princip 5 og 6. Lovforslagets del om samarbejdshjemler vurderes at være i overensstemmelse med princip 5 og 6 om tryg og sikker databehandling og anvendelse af offentlig infrastruktur.

Der ændres med lovforslaget ikke på de allerede eksisterende regler for datahåndtering, ligesom lovforslaget ikke ændrer på den eksisterende digitale infrastruktur på sundhedsområdet og dennes indbyggede datasikkerhedsmekanismer m.v.

Princip 7. Lovforslagets del om samarbejdshjemler vurderes at være i overensstemmelse med princip 7 om at forebygge snyd og fejl, idet lovforslaget ikke forventes at åbne op for mulighederne for snyd.

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

Lovforslagets del om samarbejdshjemler vurderes ikke at medføre økonomiske eller administrative konsekvenser for erhvervslivet.

Lovforslaget indebærer udvidede muligheder for, at regioner, kommuner, private virksomheder, organisationer og foreninger samt fonde kan samarbejde om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet. Lovforslaget medfører ikke i sig selv nye krav eller pligter for erhvervslivet.

Lovforslagets øvrige dele medfører ikke i sig selv økonomiske eller administrative konsekvenser for erhvervslivet.

8. Administrative konsekvenser for borgerne

Den foreslåede offentliggørelsespligt i § 6 b, stk. 6, vil indebære, at borgerne lettere vil kunne orientere sig om, hvilken myndighed der har ansvaret for de sundhedsydelser, som borgeren modtager, herunder hvor myndighedsansvaret er placeret, når den fælles opgaveløsning omfatter ydelser, der i et vist omfang er rettet mod borgere og private virksomheder m.v. Offentliggørelsespligten vurderes dermed at have positive administrative konsekvenser for borgerne, idet borgerne vil få lettere adgang til den relevante information om den ansvarlige myndighed i forbindelse med henvendelser, klager og øvrige spørgsmål vedrørende sundhedsydelserne. Forslaget vurderes ikke i øvrigt at have administrative konsekvenser for borgerne.

Lovforslagets del om nye muligheder for regional medfinansiering af kommunale indsatser vurderes ikke at have administrative konsekvenser for borgerne.

Lovforslagets del om befordring og befordringsgodtgørelse vil forventeligt have både positive og negative administrative konsekvenser for borgerne.

Et af forslagets overordnede formål er at skabe klarere retningslinjer, mere gennemsigtige regler og mere fleksibilitet i forhold til borgernes behov og myndighedernes mulighed for effektiv sagsbehandling.

Lovforslaget forventes at have positive konsekvenser for borgerne bl.a. i form af mere gennemsigtige regler for befordringsgodtgørelse, så borgere, der selv står for transporten til og fra behandling, lettere kan gennemskue størrelsen på en eventuel kompensation. Lovforslaget forbedrer også mulighederne for, hvor man kan transporteres til og fra, hvilket giver borgere mulighed for at blive transporteret til andre relevante opholdssteder end deres folkeregisteradresse.

Forslaget giver mere fleksible muligheder i forhold til visitation til ordningen. Herunder bliver der mulighed for, at borgere kan visiteres til

befordring over en periode, og dermed har øget sikkerhed omkring mulighederne for transport til og fra behandling. Dette kan især forbedre serviceniveauet for borgere med handicap og/eller kroniske sygdomme eller langvarige lidelser.

Lovforslaget forventes yderligere at forbedre vilkårene for patienter under 18 år, som ved nugældende regler kan opleve at miste retten til befordringsgodtgørelse som følge af rabatordninger til offentlig transport. Ligeledes vil lovforslaget have positive konsekvenser for børnefamilier, som ved nugældende regler oplever utilsigtede konsekvenser, fordi ledsagere kun kan modtage befordring og befordringsgodtgørelse, såfremt patienten lever op til fastsatte minimumsbeløb for udgifter. Med den foreslåede model sidestilles børn med voksne. Dette vil medføre, at hverken børn eller forældre, som ledsager deres barn i forbindelse med barnets behandling, utilsigtet mister ret til befordringsgodtgørelse eller befordringsgodtgørelse til ledsagere som følge af billigere priser for børnebilletter.

Forslaget kan også have negative administrative konsekvenser for borgerne. I forhold til overnatning og diæter ved ophold uden for eget hjem er vurderingen, at der er risiko for overkompensation med nugældende regler. Borgere, der i dag utilsigtet stilles bedre, kan opleve dårligere retsstilling, da de vil opleve lavere kompensationsgrad. Det kan også blive sværere for borgerne at forstå, om de er berettigede til kompensation for måltider, hvis ordningen ændres til, at myndighederne kan vælge at foretage måltidsfradrag i time- og dagpenge til patienter og ledsagere, hvis måltider er inkluderet i ophold uden for hjemmet.

De negative konsekvenser ved lovforslagets del om befordring og befordringsgodtgørelse vurderes i denne sammenhæng opvejet af de positive konsekvenser ved at sikre ensartet og gennemsigtig lovgivning, ligesom gennemsigtigheden også kan fordre, at flere borgere af denne grund søger om godtgørelse, når de har ret hertil.

9. Klimamæssige konsekvenser

Lovforslaget har ingen klimamæssige konsekvenser.

10. Miljø- og naturmæssige konsekvenser

Lovforslaget har ikke miljø- og naturmæssige konsekvenser.

11. Forholdet til databeskyttelsesretten

Lovforslagets del om samarbejdshjemler indeholder ikke i sig selv bestemmelser, der regulerer eller forpligter til en bestemt behandling af

personoplysninger. I det omfang den fælles opgaveløsning efter de foreslåede §§ 6 b-6 e indebærer, at der behandles personoplysninger, herunder helbredsoplysninger om patienter og borgere, vil denne behandling skulle ske inden for rammerne af de almindelige databeskyttelsesretlige regler, herunder databeskyttelsesforordningen og databeskyttelsesloven.

Det følger af databeskyttelsesforordningens artikel 6, stk. 1, at behandling af personoplysninger alene er lovlig, hvis og i det omfang mindst ét af de i bestemmelsen angivne grundlag er opfyldt. For offentlige myndigheders behandling af personoplysninger som led i opgavevaretagelsen, herunder i forbindelse med fælles opgaveløsning efter denne lov, vil det relevante behandlingsgrundlag typisk være artikel 6, stk. 1, litra e (at behandlingen er nødvendig af hensyn til udførelse af en opgave i samfundets interesse eller henhørende under offentlig myndighedsudøvelse), eventuelt i kombination med litra c (at behandlingen er nødvendig for at overholde en retlig forpligtelse). I det omfang samarbejdet indebærer behandling af helbredsoplysninger eller andre særlige kategorier af personoplysninger omfattet af databeskyttelsesforordningens artikel 9, stk. 1, finder det almindelige forbud mod sådan behandling anvendelse, med de undtagelser der følger af artikel 9, stk. 2. For myndigheder på sundhedsområdet vil de mest relevante undtagelser typisk være artikel 9, stk. 2, litra h (behandling, der er nødvendig med henblik på forebyggende sygdomsbekæmpelse, medicinsk diagnose, sundheds- eller socialomsorg eller -behandling eller forvaltning af sundheds- og socialvæsenets systemer og tjenester) og litra i (behandling, der er nødvendig af hensyn til samfundsinteresser på folkesundhedsområdet). Databeskyttelseslovens § 7 supplerer herudover databeskyttelsesforordningens artikel 9.

Lovforslaget ændrer ikke på disse almindelige databeskyttelsesretlige regler, og den fælles opgaveløsning efter §§ 6 b-6 e vil til enhver tid skulle tilrettelægges i overensstemmelse hermed, herunder for så vidt angår fastlæggelsen af, hvilken deltager der er dataansvarlig for en given behandling.

Lovforslagets dele om nye muligheder for regional medfinansiering af kommunale indsatser og klarere rammer for befordring og befordringsgodtgørelse indeholder ingen databeskyttelsesretlige aspekter.

12. Forholdet til EU-retten

For lovforslagets del om samarbejdshjemler gælder, at for så vidt angår fælles opgaveløsning efter den foreslåede § 6 b skal de almindelige udbudsregler overholdes. Udbudsreglerne følger af navnlig Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2014/24/EU af 26. februar 2014 om offentlige udbud (udbudsdirektivet), som er implementeret ved udbudsloven, og indebærer som udgangspunkt udbudspligt ved offentlige ordregiveres tildeling af offentlige kontrakter. Visse offentlige kontrakter, som indgås mellem enheder i den offentlige sektor, er dog undtaget udbudspligten.

Fælles opgaveløsning i selskabsform efter den foreslåede § 6 d kan efter omstændighederne undtages fra udbudspligten i medfør af udbudslovens § 14 om fælles in-house-løsninger. Udbudslovens § 14 gennemfører udbudsdirektivets artikel 12, stk. 3, og fastsætter betingelserne for, hvornår en offentlig ordregiver kan anskaffe ydelser, m.v., fra en enhed, herunder et selskab, som denne ordregiver ejer i fællesskab med andre offentlige ordregivere, uden forudgående udbud.

Den foreslåede § 6 e indeholder en henvisning til udbudslovens § 15, der gennemfører udbudsdirektivets artikel 12, stk. 4, og som fastlægger betingelserne for, hvornår samarbejder mellem forskellige offentlige ordregivere ikke er omfattet af udbudsloven.

Herudover skal samarbejder efter §§ 6 b-6 e til enhver tid tilrettelægges i overensstemmelse med statsstøttereglerne, jf. artikel 107, stk. 1, i Traktaten om Den Europæiske Unions Funktionsmåde (TEUF).

Lovforslagets del om nye muligheder for regional medfinansiering af kommunale indsatser indeholder ingen EU-retlige aspekter.

Lovforslaget implementerer ikke EU-ret. Samvirket mellem reglerne om befordring og befordringsgodtgørelse er beskrevet i pkt. 3.1.1.1.

13. Hørte myndigheder og organisationer

Et udkast til lovforslag har i perioden fra den 16. november til den 14. december (28 dage) været sendt i høring hos følgende myndigheder og organisationer m.v.:

Advokatrådet, Alzheimerforeningen, Angstforeningen, Astma-Allergi Danmark, Bedre Psykiatri, Center for hjerneskade, Danish.Care, Danmarks

Evalueringsinstitut, Danmarks Lungeforening, Dansk Erhverv, Dansk Handicap Forbund, Danske Handicaporganisationer, Dansk Industri, Dansk Kiropraktor Forening, Dansk Lungemedicinsk Selskab, Dansk Reumatologisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Folkesundhed, Dansk Selskab for Fysioterapi, Dansk Selskab for Kiropraktik, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, Dansk Selskab for Multisygdom og Polyfarmaci, Dansk Selskab for Palliativ Medicin, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykolog Forening, Dansk Psykoterapeutforening, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Sygepleje Selskab, Danske Fysioterapeuter, Danske Osteopater, Danske Patienter, Danske Regioner, Danske Seniorer, Danske Universiteter, Danske Ældreråd, Datatilsynet, De praktiserende psykiateres organisation, Depressionsforeningen, Det Børne- og ungdomspsykiatriske selskab, Det Centrale Handicapråd, Det Sociale Netværk, Diabetesforeningen, Ergoterapeutforeningen, Epilepsiforeningen, Fagbevægelsens Hovedorganisation, Faglige Seniorer, Fagligt Selskab af Kliniske Diætister i Kost og Ernæringsforbundet, Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker, FOA, Foreningen af danske lægestuderende, Foreningen af danske sundhedsvirksomheder – Sundhed Danmark, Foreningen af Døgn- og Dagtilbud for udsatte børn og unge, Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer i Danmark, Foreningen af Praktiserende Speciallæger, Foreningen af Speciallæger, Foreningen for Ledere af Offentlig Rusmiddelbehandling, Gigtforeningen, Hjernesagen, Hjerneskadeforeningen, Hjerteforeningen, Høreforeningen, Institut for Menneskerettigheder, Jordemoderforeningen, KL, Kommunale Velfærdschefer, Kost og Ernæringsforbundet, Kræftens Bekæmpelse, Københavns Universitet, Landdistrikternes Fællesråd, Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere, Landsforeningen Børn og Forældre, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade, Lev – livet med udviklingshandicap, Lægeforeningen, Lægemiddelindustriforeningen, MEDCOM, Muskelsvindfonden, OCD-foreningen, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, Osteoporoseforeningen - landsforeningen mod knogleskørhed, Patienterstatningen, Patientforeningen, Pharmadanmark, Praktiserende Lægers Organisation, Psoriasisforeningen, Psykiatrifonden, Psykolognævnet, Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Sønderjylland/Schleswig, Roskilde Universitet, Røde Kors, Rådet for Socialt Udsatte, Scleroseforeningen, Selveje Danmark, SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed, Sjældne Diagnoser, Stenocare, SUFO - Landsforening for Forebyggelse og Sundhedsfremme på ældreområdet, Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, Syddansk Universitet,

Udviklingshæmmedes Landsforbund, UlykkesPatientForeningen, Vaccinations Forum, VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, Yngre Læger, Ældre Sagen, Aalborg Universitet, Aarhus Universitet.

14. Sammenfattende skema		
	Positive konsekvenser/mindreudgifter (hvis ja, angiv omfang/hvis nej, anfør »Ingen«)	Negative konsekvenser/merudgifter (hvis ja, angiv omfang/hvis nej, anfør »Ingen«)
Økonomiske konsekvenser for stat, kommuner og regioner	Med lovforslaget får regionsråd og kommunalbestyrelser en større grad af fleksibilitet ved tilrettelæggelsen af deres samarbejde, hvilket kan lede til positive økonomiske og administrative konsekvenser. Det er ikke muligt at kvantificere omfanget heraf, da samarbejdet sker på regionen eller kommunens eget initiativ.	[Vurderingen af de økonomiske konsekvenser vil blive justeret i lyset af den endelige affattelse af lovforslaget.]
Implementeringskonsekvenser for stat, kommuner og regioner	Ingen	[Vurderingen af de implementeringsmæssige konsekvenser vil blive justeret i lyset af den endelige affattelse af lovforslaget.]
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet m.v.	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for borgerne	Offentliggørelsespligt i § 6 b, stk. 6, vil indebære, at borgerne lettere vil kunne orientere sig om, hvilken myndighed der har ansvaret for de sundhedsydelser, som borgeren modtager, herunder hvor myndighedsansvaret er placeret, når den fælles	Lovforslagets del om befordring vil bevirke, at borgere, der i dag modtager overkompensation i forbindelse med overnatning og diæter, vil opleve dårligere retsstilling.

	opgaveløsning omfatter ydelser rettet mod borgere og private virksomheder m.v. Lovforslagets del om befordring vil skabe klarere retningslinjer og mere gennemsigtige regler for borgerne, som lettere vil kunne gennemskue størrelsen på eventuel kompensation. Lovforslaget vil give større fleksibilitet i forhold til, hvor borgerne kan transporteres til og fra, samt i forhold til visitation, hvor borgerne kan få mulighed for at visiteres til befordring over en periode. Lovforslaget vil give børn samme rettigheder som voksne og sikre børnefamiliers ret til ledsagelse på lige fod med andre patientgrupper. Lovforslagets del vedr. befordring i forbindelse med specialiseret rehabilitering vil skabe klarere regler for borgerne for, hvilken myndighed, der har det samlede ansvar for specialiseret rehabilitering samt befordring eller befordringsgodtgørelse hertil.	
Klimamæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Miljø- og naturmæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Forholdet til EU-retten	For så vidt angår fælles opgaveløsning efter den foreslåede § 6 b skal de almindelige udbudsregler, herunder § 14 om fælles in-house-løsninger, overholdes.	

	Den foreslåede § 6 e indeholder en henvisning til udbudslovens § 15, der gennemfører artikel 12, stk. 4, i Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2014/24/EU af 26. februar 2014 om offentlige udbud (udbudsdirektivet), og som fastlægger betingelserne for, at samarbejderne ikke er omfattet af udbudsloven. Herudover skal samarbejder efter §§ 6 b-6 e til enhver tid tilrettelægges i overensstemmelse med statsstøttereglerne, jf. artikel 107, stk. 1, i Traktaten om Den Europæiske Unions Funktionsmåde (TEUF).	
Er i strid med de fem principper for implementering af erhvervsrettet EU-regulering (der i relevant omfang også gælder ved implementering af ikke-erhvervsrettet EU-regulering) (sæt X)	Ja	Nej X

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1

(Til § 6 b)

Det følger af sundhedslovens § 78, stk. 3, at et regionsråd kan samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder, herunder i selskabsform, om fælles løsning af opgaver efter afsnit VI, XI, XII og XIV-XVI og opgaver, der har tilknytning til afsnit VI, XI, XII og XIV-XVI, og som regionsrådet lovligt kan varetage efter anden lovgivning, samt påtage sig dermed forbundne udgifter. De opgaver, som regionsrådet kan indgå samarbejde om, er således ikke begrænset til sundhedslovens afsnit VI, XI, XII og XIV-XVI, men kan også vedrøre fælles løsning af opgaver, der har tilknytning til disse afsnit, og som regionsrådet lovligt kan varetage efter anden lovgivning.

I medfør af sundhedslovens § 78, stk. 7, kan en kommunalbestyrelse deltage i samarbejder efter stk. 3 og 4, når samarbejdet tillige varetager opgaver, som kommunerne lovligt kan varetage.

Det følger endvidere af sundhedslovens § 118 d, stk. 1, 1. pkt., at et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser i den pågældende region i overensstemmelse med udbudslovens § 15 kan indgå en kontrakt om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, jf. sundhedslovens afsnit IX. I en kontrakt om samarbejde efter 1. pkt. kan et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser overdrage driften af opgaver mellem hinanden, herunder kan ansvaret for at tildele en sundhedsydelse overdrages, hvis det overdrages i tilknytning til opgaven med at levere en sundhedsydelse. Ansvaret i øvrigt for opgaven kan dog ikke overdrages.

Samarbejdsmulighederne efter den gældende § 78, stk. 3-7, er begrænset til opgaver efter sundhedslovens afsnit VI, XI, XII og XIV-XVI og omfatter således ikke opgaver efter afsnit IX om kommunale sundhedsydelser. Den gældende § 118 d forudsætter, at samarbejdet indgås mellem et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser i den pågældende region, og bestemmelsen omfatter således ikke samarbejder på tværs af

regionsgrænser, samarbejder mellem regionsråd indbyrdes eller samarbejder mellem kommunalbestyrelser indbyrdes.

Det foreslås at indsætte en ny *§ 6 b, stk. 1,* hvorefter et eller flere regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser indbyrdes og i fællesskab med andre offentlige myndigheder, private virksomheder, organisationer og foreninger samt fonde kan løse 1) opgaver efter [kapitel 15 b], afsnit VI, IX, XI, XII og XIV-XVI, og 2) opgaver, der har tilknytning til de i nr. 1 nævnte opgaver, og som regionsråd eller kommunalbestyrelse lovligt kan varetage efter anden lovgivning.

[Den foreslåede § 6 b, stk. 1, nr. 1, vil således omfatte opgaver efter sundhedslovens kapitel 15 b om behandling af let til moderat depression og angst for personer mellem 18 og 24 år. Samarbejde om disse opgaver vil dog forudsætte, at der ikke i medfør af sundhedslovens § 73 j, stk. 7, er fastsat regler, der er til hinder for det pågældende samarbejde, f.eks. regler, der forhindrer visse regioner i at levere en ydelse.]

De opgaver, som regionsråd og kommunalbestyrelser vil kunne samarbejde om efter den foreslåede § 6 b, stk. 1, vil ikke være begrænset til opgaver efter sundhedslovens [kapitel 15 b], afsnit VI, IX, XI, XII og XIV-XVI, men vil efter stk. 1, nr. 2, også kunne vedrøre fælles løsning af opgaver, der har tilknytning til disse afsnit, og som regionsrådet eller kommunalbestyrelsen lovligt kan varetage efter anden lovgivning. Et regionsråd eller en kommunalbestyrelse vil dermed have mulighed for at deltage i et samarbejde med enten hinanden eller andre offentlige myndigheder, private virksomheder, organisationer og foreninger samt fonde vedrørende den fælles løsning af opgaver på sundhedsområdet, hvor også andre områder, eksempelvis socialområdet, kan have gavn af at indgå i samarbejdet. Det kan f.eks. dreje sig om områder, som er relevante i forhold til institutionernes drift, herunder madproduktion, vaskeri eller lignende.

Begrebet »opgaver, der har tilknytning til de i nr. 1 nævnte opgaver« i den foreslåede § 6 b, stk. 1, nr. 2, skal forstås i overensstemmelse med den praksis, der har udviklet sig i tilknytning til den nugældende § 78, stk. 3. Bestemmelsen vil omfatte opgaver, der ikke i sig selv er sundhedsopgaver efter afsnit VI, IX, XI, XII og XIV-XVI [og kapitel 15 b], men som vil have en sådan funktionel og driftsmæssig sammenhæng med disse, at de understøtter eller er en forudsætning for den effektive varetagelse af sundhedsopgaverne. Tilknytningskriteriet vil forudsætte en reel og konkret sammenhæng med de i nr. 1 nævnte sundhedsopgaver, men vil ikke være begrænset til opgaver, der udelukkende tjener sundhedsformål.

For så vidt angår tilføjelsen af organisationer og foreninger samt fonde til kredsen af mulige deltagere i den fælles opgaveløsning bemærkes, at baggrunden herfor bl.a. er at sikre muligheden for inddragelse af civilsamfundet i samarbejder om opgaver på sundhedsområdet. Der henvises til pkt. 3.1.2 i de almindelige bemærkninger for en nærmere gennemgang af baggrunden for tilføjelsen, herunder civilsamfundsaktørernes kompetencer og netværk, de områder, hvor inddragelsen navnlig vil kunne være relevant, mulighederne for finansiering af samarbejdet inden for rammerne af den foreslåede § 6 b, stk. 3, og civilsamfundsaktørernes mulighed for at indgå i samarbejder om tilknyttede opgaver efter § 6 b, stk. 1, nr. 2.

Tilføjelsen af fonde til kredsen af mulige deltagere vil bl.a. indebære, at forskningssamarbejder mellem regionsråd, kommunalbestyrelser og fonde nu vil have klar hjemmel i den foreslåede § 6 b. Med den udtrykkelige tilføjelse af fonde i den foreslåede § 6 b, stk. 1, vil samarbejder med fonde om forskning og udvikling samt andre opgaver på sundhedsområdet have et klart hjemmelsgrundlag på lige fod med samarbejder med private virksomheder. Tilsvarende vil gælde for organisationer og foreninger, herunder civilsamfundsaktører, der ligeledes nu udtrykkeligt er nævnt som mulige deltagere. Det bemærkes, at den udtrykkelige hjemmel i § 6 b alene vil være relevant for samarbejder, hvor organisationen, foreningen eller fonden som led i samarbejdet bidrager til løsningen af en opgave, som påhviler en region eller en kommune, eller hvor der i øvrigt vil være behov for et klart lovgrundlag for samarbejdet, f.eks. af hensyn til finansiering eller ansvarsfordeling. Regionsråd og kommunalbestyrelsers eksisterende, løsere samarbejde med civilsamfundsaktører vil ikke være omfattet af bestemmelsen og vil kunne fortsætte uformelt som hidtil, jf. ovenfor i pkt. 3.1.2 i de almindelige bemærkninger.

Det bemærkes endvidere, at fonde i praksis også yder donationer til regionsråd og kommunalbestyrelser, som ofte kombineres med et samarbejde om at gennemføre den pågældende løsning, bl.a. for at kunne trække på fondens ekspertise. Sådanne samarbejder vil kunne tilrettelægges inden for rammerne af den foreslåede § 6 b, hvor samarbejdet om donationen i realiteten vil indebære, at fonden varetager en opgave, der henhører under regionsrådets eller kommunalbestyrelsens myndighedsområde. Det vil i den forbindelse påhvile de deltagende offentlige myndigheder at sikre, at aftalegrundlaget for sådanne samarbejder er tilrettelagt i overensstemmelse med udbudsreglerne og de almindelige statsstøtteregler, jf. artikel 107, stk. 1, i Traktaten om Den Europæiske Unions Funktionsmåde (TEUF). En donation fra en fond, der ikke er

forbundet med et sådant samarbejde om varetagelse af en myndighedsopgave, vil derimod ikke være omfattet af den foreslåede § 6 b og vil fortsat kunne modtages på samme grundlag som hidtil.

Det foreslås i *§ 6 b, stk. 2*, at regionsråd og kommunalbestyrelser alene kan deltage i fælles løsning af opgaver efter stk. 1, når den fælles opgaveløsning tillige varetager opgaver, som det pågældende regionsråd eller den pågældende kommunalbestyrelse lovligt kan varetage.

For så vidt angår opgaver efter sundhedslovens kapitel 15 b, afsnit VI, IX, XI, XII og XIV-XVI, jf. stk. 1, nr. 1, vil hjemmelsgrundlaget følge direkte af sundhedsloven. For så vidt angår tilknyttede opgaver efter stk. 1, nr. 2, vil det være en betingelse, at det pågældende regionsråd eller den pågældende kommunalbestyrelse lovligt kan varetage opgaven efter anden lovgivning. Det foreslåede stk. 1, nr. 2, sammenholdt med det foreslåede stk. 2, vil tydeliggøre, at den fælles opgaveløsning efter § 6 b forudsætter, at de deltagende regionsråd og kommunalbestyrelser hver især har selvstændig hjemmel til at varetage de opgaver, de påtager sig som led i samarbejdet.

Det bemærkes samtidig, at opgavefordelingsprincippet ikke vil være til hinder for, at medarbejdere med generalistfunktioner (f.eks. en regionalt ansat jurist, der bistår med et fælles udbud for en region og en kommune) også vil kunne yde bistand i relation til de dele af et samarbejde, hvor myndighedsansvaret er placeret på et andet niveau (f.eks. at den regionalt ansatte jurist bistår med det samlede udbud, selvom det også omfatter elementer, hvor myndighedsansvaret er kommunalt).

Den foreslåede § 6 b vil således ikke i sig selv udvide den enkelte myndigheds opgaveportefølje, men alene muliggøre, at myndigheden som led i et samarbejde med andre parter inden for rammerne af §§ 6 b-6 e påtager sig opgaver, som myndigheden allerede lovligt varetager. Med formuleringen »og som regionsråd eller kommunalbestyrelse lovligt kan varetage efter anden lovgivning« i stk. 1, nr. 2, vil det blive præciseret, at samarbejdet efter § 6 b kan omfatte opgaver, der ikke er sundhedsopgaver i sundhedslovens forstand, men som har en reel tilknytning til de sundhedsopgaver, der er nævnt i nr. 1. Lovlighedskravet i stk. 2 vil endvidere indebære, at det regionsråd eller den kommunalbestyrelse, der ønsker at deltage i samarbejdet om en tilknyttet opgave, jf. den foreslåede § 6 b, stk. 1, nr. 2, allerede skal have selvstændig hjemmel til at varetage opgaven - enten efter sektorlovgivningen, kommunalfuldmagten, regionsloven eller anden lovgivning. Bestemmelsen vil således ikke give de

deltagende myndigheder nye opgaver, men vil sikre, at eksisterende opgaver kan løses mere effektivt ved fælles indsats. Kravet vil endvidere indebære, at en kommune eller en region ikke som led i samarbejdet kan påtage sig en opgave, som den pågældende myndighed ikke i forvejen har lovlig adkomst til at varetage.

Den foreslåede § 6 b vil på en række punkter videreføre de begrænsninger, der følger af gældende ret efter § 78, stk. 3-7. For det første vil det fortsat gælde, at samarbejdet efter § 6 b ikke i sig selv vil kunne indebære, at en region eller kommune varetager en opgave, som den pågældende myndighed ikke i øvrigt selv lovligt ville kunne udføre. Den foreslåede § 6 b vil således ikke udgøre materiel hjemmel til, at en part varetager driften af en opgave, der efter lovgivningen er henlagt til et andet myndighedsniveau. En sådan hjemmel vil alene følge af de foreslåede §§ 6 d og 6 e, der på nærmere betingelser giver mulighed for, at et selskab i de tilfælde, hvor fælles opgaveløsning sker i selskabsform, kan varetage driften af deltagernes opgaver, henholdsvis at en part som led i fælles opgaveløsning ved en horisontal samarbejdsaftale kan varetage driften af en anden parts opgave, jf. nedenfor. For det andet vil det fortsat gælde, at et regionsråd eller en kommunalbestyrelse ikke ved at indgå en samarbejdsaftale, hvori også private er repræsenteret, vil kunne fralægge sig sit ansvar for udførelsen af opgaver, som efter lovgivningen påhviler regionen eller kommunen, og som regionsrådet eller kommunalbestyrelsen har ansvaret for, jf. regionslovens § 3 og § 2 i kommunestyrelsesloven. For det tredje vil det fortsat gælde, at myndighedsansvaret som udgangspunkt ikke vil kunne overdrages.

Den foreslåede § 6 e vil dog give mulighed for, at et samarbejde vil kunne indebære, at en region eller kommune varetager en opgave, som den pågældende myndighed ikke i øvrigt selv lovligt ville kunne udføre. Der henvises i den forbindelse til den foreslåede § 6 e og den ordning, som gælder efter den gældende § 118 d i sundhedsloven. Det bemærkes, at en sådan fravigelse af opgavefordelingsprincippet alene vil kunne ske inden for rammerne af de foreslåede §§ 6 d og 6 e, der på nærmere betingelser vil give materiel hjemmel til, at et selskab i de tilfælde, hvor fælles opgaveløsning sker i selskabsform, kan varetage driften af deltagernes opgaver, henholdsvis at en part som led i fælles opgaveløsning ved en horisontal samarbejdsaftale kan varetage driften af en opgave, der efter lovgivningen er henlagt til et andet myndighedsniveau. Den generelle bestemmelse i den foreslåede § 6 b vil derimod ikke i sig selv udgøre materiel hjemmel til, at en myndighed varetager en opgave, som ved lovgivningen er henlagt til et andet myndighedsniveau. Der vil således være tale om en fravigelse af opgavefordelingsprincippet, også for så vidt angår myndighedsniveauet.

Desuden vil tildelingskompetencen som noget nyt på nærmere betingelser kunne overdrages, jf. de foreslåede §§ 6 d, stk. 2, og 6 e, stk. 2, hvilket vil udgøre en udvidelse i forhold til den gældende § 78, stk. 3, hvorefter alene faktisk forvaltningsvirksomhed i dag kan overlades som led i samarbejdet.

Fælles løsning af opgaver efter den foreslåede § 6 b, stk. 1, vil kunne organiseres på flere måder afhængigt af samarbejdets karakter, deltagersammensætning og organisering. Fælles løsning af opgaver efter § 6 b, stk. 1, vil bl.a. kunne ske i de former, der er behandlet i de foreslåede §§ 6 d og 6 e, herunder i selskabsform og ved horisontale samarbejdsaftaler, dog uden at berøre de eksisterende muligheder i sundhedsloven i øvrigt for at indgå samarbejder, herunder f.eks. sundhedslovens § 138, stk. 2, og § 203. Herudover vil parterne kunne tilrettelægge den fælles opgaveløsning ved afholdelse af udbud efter de almindelige udbudsregler, f.eks. hvor betingelserne for fritagelse efter udbudslovens §§ 14 eller 15 ikke er opfyldt.

§ 6 b, stk. 1, vil give mulighed for, at regionsråd og kommunalbestyrelser kan samarbejde indbyrdes. Den foreslåede § 6 b vil i forhold til samarbejder, hvor der kun indgår kommuner, i den forbindelse udgøre en lex specialis-bestemmelse på sundhedsområdet i forhold til § 60 i kommunestyrelsesloven. Det vil indebære, at samarbejder mellem kommunalbestyrelser om opgaver, der er omfattet af den foreslåede § 6 b, vil være reguleret af denne bestemmelse og ikke af kommunestyrelseslovens § 60. Kommunalbestyrelser vil således ikke kunne anvende kommunestyrelseslovens § 60 som hjemmelsgrundlag for samarbejder, der falder inden for anvendelsesområdet for den foreslåede § 6 b, idet § 60 i kommunestyrelsesloven vil vige for den foreslåede § 6 b som specialbestemmelse på sundhedsområdet.

Det bemærkes, at godkendelsesordningen for samarbejder efter den foreslåede § 6 b vil være forskellig fra ordningen for samarbejder efter kommunestyrelseslovens § 60. Samarbejder efter kommunestyrelseslovens § 60 kræver godkendelse fra Ankestyrelsen, jf. kommunestyrelseslovens § 60, stk. 1, med de undtagelser, der følger af lovgivningen, og er undergivet det almindelige kommunale tilsyn. Samarbejder efter den foreslåede § 6 b vil kunne kræve godkendelse af sundhedsministeren efter regler udstedt i medfør af den foreslåede § 6 c, hvis samarbejdet medfører indskrænkninger i regionsrådets eller kommunalbestyrelsens beføjelser, medmindre samarbejdet opfylder kriterierne i revisorlovens § 1 a, nr. 4, jf. den foreslåede § 6 c, stk. 2. For samarbejder mellem kommunalbestyrelser om opgaver på sundhedsområdet, der er omfattet af den foreslåede § 6 b, vil det

således være godkendelsesordningen efter § 6 c og ikke kommunestyrelseslovens § 60, der finder anvendelse.

Samarbejder mellem kommunalbestyrelser om opgaver på sundhedsområdet, der er omfattet af den foreslåede § 6 b, vil uanset den foreslåede § 6 b's karakter af lex specialis i forhold til kommunestyrelseslovens § 60 skulle tilrettelægges i overensstemmelse med de materielle krav, der følger af den til enhver tid gældende lovgivning, herunder udbudsloven.

Den foreslåede § 6 b vil udgøre en lovbestemt hjemmel til at indgå samarbejder om fælles løsning af opgaver på sundhedsområdet og vil dermed supplere de muligheder, som regionsråd og kommunalbestyrelser i forvejen har efter anden lovgivning, herunder bl.a. på det sociale område, samt i overensstemmelse med kommunalfuldmagten og opgaveudførelsesloven. I det omfang den foreslåede § 6 b regulerer et forhold, der tillige er reguleret af kommunalfuldmagten eller opgaveudførelsesloven, vil § 6 b som lex specialis-bestemmelse på sundhedsområdet finde anvendelse. De kommunalretlige grundsætninger vil dog fortsat finde anvendelse som udfyldende retsgrundlag i det omfang, den foreslåede § 6 b ikke regulerer et givent forhold udtømmende.

Det foreslås i *§ 6 b, stk. 3,* at regionsråd og kommunalbestyrelser kan påtage sig de udgifter, der er forbundet med fælles løsning af opgaver efter stk. 1.

Bestemmelsen vil videreføre den gældende ordning og lovfæste, at de deltagende regionsråd og kommunalbestyrelser kan afholde de udgifter, der er nødvendige for at gennemføre den fælles opgaveløsning.

Det bemærkes i øvrigt, at det følger af de kommunalretlige grundsætninger om kommuners opgavevaretagelse, at en kommune ikke må yde tilskud til andre myndigheders opgavevaretagelse, og at en kommune ikke må opnå fortjeneste ved sin virksomhed. Det tilsvarende gør sig gældende for regioner. Disse grundsætninger vil finde anvendelse for enhver form for fælles opgaveløsning efter § 6 b, uanset hvilken organisationsform samarbejdet antager. Udgiftsfordelingen vil derfor - hvad enten samarbejdet organiseres i selskabsform efter § 6 d og uanset om dette sker som en fælles in-house-løsning efter udbudslovens § 14, ved horisontale samarbejdsaftaler efter § 6 e, eller i en anden samarbejdsform - skulle tilrettelægges således, at hver part afholder de udgifter, der er forbundet med de ydelser, parten modtager fra samarbejdet, og at ingen part opnår en fortjeneste eller yder

tilskud til en anden parts opgavevaretagelse. Allokering af omkostningerne vil f.eks. kunne baseres på fordelingsnøgler og gennemsnitsbetragtninger, såsom antallet af patienter, pladser, aktivitetsniveau eller andre saglige og objektive kriterier, der på et overordnet niveau afspejler den faktiske fordeling af udgifterne mellem parterne. Det afgørende vil være, at den valgte afregningsmetode på rimelig vis sikrer, at hver part afholder de udgifter, der er forbundet med udførelse af de overdragne opgaver, og at afregningen ikke indebærer, at nogen part opnår en fortjeneste eller yder tilskud til den anden part. Det vil f.eks. ikke være en betingelse, at parterne sikrer en minutiøs tidsregistrering fra de relevante medarbejderes side.

Ovenstående om allokering af omkostninger ved fordeling af udgifter vil være relevant i tilfælde, hvor regionsråds og kommunalbestyrelsers fælles løsning af opgaver i medfør af § 6 b indebærer, at der vil blive overdraget opgaver, men vil også være relevant, hvor der som led i samarbejdet vil blive overdraget opgaver i medfør af § 6 d, stk. 2, eller § 6 e, stk. 2 og 3.

Det foreslås i § *6 b, stk. 4*, at fælles løsning af opgaver efter stk. 1 skal overholde forskrifter udstedt i medfør af § 6 c, stk. 1 og 3. Deltagerne i den fælles opgaveløsning beslutter formen for samarbejdets organisering og kan herunder beslutte, at opgaveløsningen skal ske i en af de former, der er behandlet i §§ 6 d og 6 e.

Bestemmelsen vil for det første fastslå, at den fælles opgaveløsning skal tilrettelægges i overensstemmelse med de regler, som sundhedsministeren måtte fastsætte i medfør af den foreslåede § 6 c, herunder regler om godkendelse af samarbejder, der medfører indskrænkninger i regionsrådets eller kommunalbestyrelsens beføjelser. For det andet vil bestemmelsen præcisere, at den fælles opgaveløsning kan organiseres i forskellige former, og at §§ 6 d og 6 e angiver to særlige former herfor - henholdsvis selskabsform og horisontale samarbejdsaftaler i overensstemmelse med udbudslovens § 15 - uden at disse er udtømmende for de samarbejdsformer, der kan anvendes.

Parterne vil således frit kunne tilrettelægge samarbejdet inden for de rammer, der vil følge af §§ 6 b-6 e og regler udstedt i medfør heraf, herunder ved afholdelse af udbud efter de almindelige udbudsregler, hvor betingelserne for fritagelse efter udbudslovens §§ 14 eller 15 ikke er opfyldt, og i overensstemmelse med de øvrige muligheder for at indgå samarbejder efter sundhedsloven i øvrigt, herunder f.eks. § 203. Det bemærkes i den forbindelse, at samarbejder efter § 6 b, der ikke er organiseret efter §§ 6 d

eller 6 e, fortsat vil forudsætte, at hver part alene varetager opgaver, som den pågældende myndighed i forvejen lovligt kan udføre. Den foreslåede § 6 b vil således ikke i sig selv udgøre materiel hjemmel til, at en part varetager driften af en opgave, der efter lovgivningen er henlagt til et andet myndighedsniveau. En sådan materiel hjemmel vil alene følge af den foreslåede § 6 e, der på nærmere betingelser vil give mulighed for, at en part som led i fælles opgaveløsning ved en horisontal samarbejdsaftale kan varetage driften af en anden parts opgave.

Det foreslås i *§ 6 b, stk. 5*, at er en sundhedsydelse omfattet af lov om forpligtende kommunale samarbejder, og er kommunalbestyrelser i medfør af lov om forpligtende kommunale samarbejder pålagt at samarbejde med hinanden om levering af sundhedsydelsen, skal både den bemyndigede og den delegerende kommunalbestyrelse være parter i den fælles løsning af opgaver efter stk. 1 for så vidt angår levering af sundhedsydelsen i den kommune, hvis kommunalbestyrelse efter lov om forpligtende kommunale samarbejder ikke må varetage udøvelsen af opgaven.

Den foreslåede bestemmelse vil indebære, at i tilfælde, hvor kommunalbestyrelser i medfør af lov om forpligtende kommunale samarbejder er pålagt at samarbejde med hinanden om levering af en sundhedsydelse, vil begge kommunalbestyrelser – dvs. både den bemyndigede og den delegerende – skulle være parter i den fælles løsning af opgaver efter stk. 1. Bestemmelsen skal ses i lyset af, at de to kommuner i disse tilfælde er i en sådan situation af gensidig afhængighed, at det ikke bør være muligt at indgå aftale om levering af sundhedsydelsen uden involvering af begge kommuner. Bestemmelsen vil finde anvendelse uanset, hvilken form den fælles opgaveløsning antager, herunder ved samarbejder i selskabsform efter § 6 d og ved horisontale samarbejdsaftaler efter § 6 e.

Det foreslås i *§ 6 b, stk. 6*, at regionsråd og kommunalbestyrelser hver især skal offentliggøre oplysninger om fælles løsning af opgaver omfattet af stk. 1, hvis den fælles opgaveløsning omfatter ydelser, der i et vist omfang er rettet mod borgere og private virksomheder m.v. Offentliggørelse skal ske uden unødigt ophold og om muligt senest en måned inden ikrafttræden af en aftale om fælles løsning af opgaver efter stk. 1.

Den foreslåede bestemmelse vil indebære, at offentliggørelsespligten vil være betinget af, at den fælles opgaveløsning omfatter ydelser, der i et vist omfang er rettet mod borgere og private virksomheder m.v. Afgrænsningen vil indebære, at rent interne samarbejder mellem offentlige myndigheder,

som ikke i sig selv medfører ydelser rettet mod borgere eller private virksomheder, ikke vil være omfattet af offentliggørelsespligten. Det kan f.eks. dreje sig om fælles indkøbssamarbejder, fælles drift af interne støttefunktioner såsom vaskeri, madproduktion eller vedligeholdelse af medicinsk udstyr, der alene anvendes internt af de deltagende myndigheder. Afgrænsningen vil have til formål at sikre, at offentliggørelsespligten er proportional og målrettet de samarbejder, der har direkte betydning for borgerne og de private virksomheder, der modtager eller leverer ydelser som led i den fælles opgaveløsning. Offentliggørelsespligten vil alene påhvile regionsråd og kommunalbestyrelser, der deltager i samarbejdet. Hvis der f.eks. deltager 10 kommunalbestyrelser i et samarbejde, skal alle 10 kommunalbestyrelser hver især offentliggøre oplysninger om fælles løsning af opgaver omfattet af § 6 b, stk. 1. Private virksomheder, organisationer og foreninger samt fonde, der deltager i et samarbejde efter § 6 b, vil ikke være omfattet af offentliggørelsespligten. Hensynet bag offentliggørelsespligten vil navnlig være at sikre, at borgerne har mulighed for at orientere sig om, hvilken myndighed der har ansvaret for de sundhedsydelser, som borgeren modtager, herunder hvor myndighedsansvaret er placeret. Offentliggørelsen vil dermed understøtte gennemsigtighed i den offentlige opgavevaretagelse og sikre, at borgerne kan identificere den ansvarlige myndighed i forbindelse med henvendelser, klager og øvrige spørgsmål vedrørende sundhedsydelserne.

Det foreslås i *§ 6 b, stk. 7*, at sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om, at der ikke kan samarbejdes om bestemte opgaver, som ellers er omfattet af stk. 1, at der ikke kan anvendes visse samarbejdsformer til løsningen af bestemte opgaver, eller at visse parter ikke kan deltage i samarbejdet om løsningen af bestemte opgaver.

Bemyndigelsen vil give sundhedsministeren mulighed for at fastsætte regler, der begrænser samarbejdsmulighederne efter § 6 b, stk. 1, hvis der viser sig behov herfor. Bemyndigelsen vil være en ”sikkerhedsventil” og forventes alene bragt i anvendelse i helt særlige tilfælde. Selvom bemyndigelsen således vil være bredt formuleret, forventes det ikke, at den vil blive anvendt ofte i praksis, idet det vil skulle være tungtvejende hensyn – såsom hensynet til borgernes rets-sikkerhed, kvaliteten af sundhedsydelserne eller hensynet til den offentlige opgavevaretagelse – der begrunder, at ministeren fastsætter regler om, at der ikke kan samarbejdes om bestemte opgaver. Bemyndigelsen vil dog bl.a. kunne anvendes i tilfælde, hvor bestemte opgaver af hensyn til borgernes retssikkerhed, kvaliteten af sundhedsydelserne eller andre tungtvejende hensyn ikke bør

kunne varetages i samarbejdsform, eller hvor bestemte samarbejdsformer eller deltagerkredse ikke vurderes hensigtsmæssige for løsningen af bestemte opgaver. Bemyndigelsen vil endvidere kunne anvendes til at fastsætte regler om, at visse parter – f.eks. private virksomheder – ikke kan deltage i samarbejdet om løsningen af bestemte opgaver, hvis dette vurderes nødvendigt af hensyn til den offentlige opgavevaretagelse. Bemyndigelsen vil desuden alene blive anvendt efter gennemførelse af en sædvanlig høringsproces.

Det foreslås i *§ 6 b, stk. 8*, at sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om, hvilke fælles opgaveløsninger der er omfattet af stk. 6, herunder regler om, at bestemte fælles opgaveløsninger ikke er omfattet af pligten til offentliggørelse, og om offentliggørelsens form og indhold.

Bemyndigelsen vil give mulighed for at fastsætte regler om, hvilke oplysninger offentliggørelsen skal indeholde, og i hvilken form offentliggørelsen skal ske, med henblik på at sikre en ensartet og tilgængelig offentliggørelse af samarbejder efter bestemmelsen. Bemyndigelsen vil endvidere kunne anvendes til nærmere at afgrænse, hvilke fælles opgaveløsninger der vil være omfattet af offentliggørelsespligten efter stk. 6, herunder til at fastsætte, at bestemte fælles opgaveløsninger ikke er omfattet af pligten til offentliggørelse. Bemyndigelsen vil f.eks. kunne anvendes til at fastsætte bagatelgrænser, undtage samarbejder af begrænset omfang eller varighed eller undtage bestemte typer af fælles opgaveløsninger, hvor offentliggørelse ikke vurderes nødvendig, f.eks. samarbejder, der alene vedrører interne driftsmæssige støttefunktioner. Bemyndigelsen vil dermed supplere den afgrænsning, der følger af stk. 6, hvorefter offentliggørelsespligten er betinget af, at den fælles opgaveløsning omfatter ydelser, der i et vist omfang er rettet mod borgere og private virksomheder m.v.

Det bemærkes generelt, at samarbejder efter § 6 b vil skulle tilrettelægges således, at de overholder EU-udbudsreglerne. Det vil bl.a. betyde, at samarbejder, som involverer tildeling af offentlige kontrakter, vil skulle overholde udbudsreglerne, både ved tildeling af offentlige kontrakter til andre offentlige ordregivere og til private virksomheder. Det samme vil gælde, hvor en offentlig kontrakt tildeles en organisation, forening eller fond, idet sådanne civilsamfundsaktører udbudsretligt vil blive stillet på samme måde som private virksomheder, i det omfang de leverer varer eller tjenesteydelser mod vederlag som led i samarbejdet. Vælger parterne i stedet at organisere samarbejdet som en fælles in-house-løsning efter

udbudslovens § 14 eller som en horisontal samarbejdsaftale efter udbudslovens § 15, jf. de foreslåede §§ 6 d og 6 e, vil samarbejdet kunne gennemføres uden forudgående udbud, når betingelserne for den pågældende undtagelse er opfyldt, jf. nærmere de specielle bemærkninger til §§ 6 d og 6 e nedenfor.

Om forholdet til EU-statsstøttereglerne bemærkes generelt, at samarbejder efter § 6 b, der involverer private virksomheder, vil skulle tilrettelægges således, at den private virksomhed ikke modtager en økonomisk fordel, der udgør statsstøtte efter artikel 107, stk. 1, i Traktaten om Den Europæiske Unions Funktionsmåde (TEUF). En økonomisk fordel vil kunne foreligge, hvis en privat virksomhed opnår adgang til offentlige ressourcer m.v. eller får tildelt offentlige kontrakter på vilkår, der ikke svarer til markedsvilkår. Det vil påhvile de deltagende offentlige myndigheder at sikre, at samarbejdets vilkår er i overensstemmelse med et markedsøkonomisk investorprincip, eller at samarbejdet er undtaget fra statsstøtteforbuddet.

Tilsvarende vil gælde for samarbejder efter § 6 b, der involverer organisationer, foreninger eller fonde, herunder civilsamfundsaktører. Finansieringen af et samarbejde med en civilsamfundsaktør efter den foreslåede § 6 b, stk. 3, vil således skulle tilrettelægges således, at civilsamfundsaktøren ikke modtager en økonomisk fordel, der udgør statsstøtte efter artikel 107, stk. 1, i TEUF. Det vil navnlig være relevant at vurdere, om finansieringen går videre end til at dække de udgifter, civilsamfundsaktøren reelt påføres ved at løse den overdragne opgave, og om civilsamfundsaktøren derved stilles økonomisk bedre, end hvis opgaven i stedet var løst af en privat leverandør på markedsvilkår. Lovforslaget vil ikke ændre på disse almindelige statsstøtteretlige krav, og den omstændighed, at organisationer, foreninger og fonde nu udtrykkeligt vil blive nævnt som mulige deltagere i den fælles opgaveløsning, vil således ikke indebære, at civilsamfundsaktører kan finansieres på lempeligere vilkår end andre deltagere i et samarbejde efter § 6 b. Det vil derfor påhvile de deltagende regionsråd og kommunalbestyrelser at foretage en konkret vurdering af, om finansieringen af det enkelte samarbejde er i overensstemmelse med statsstøttereglerne, uanset om samarbejdet sker med en privat virksomhed eller en organisation, forening eller fond.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.1.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

(Til § 6 c)

I medfør af den gældende § 78, stk. 4, kan sundhedsministeren fastsætte regler om, at samarbejder som nævnt i stk. 3, der medfører indskrænkninger i regionsrådets beføjelser, skal godkendes af ministeren, herunder om, at kravet om godkendelse alene gælder nærmere former for samarbejde. Det følger af sundhedslovens § 78, stk. 5, at et samarbejde, som efter regler fastsat i medfør af stk. 4 kræver godkendelse, anses for godkendt, medmindre regionsrådet modtager afslag på godkendelse inden en måned efter, at sundhedsministeren har modtaget orientering fra regionsrådet om samarbejdet. Efter sundhedslovens § 78, stk. 6, kan sundhedsministeren fastsætte regler om proceduren for godkendelse i medfør af regler udstedt efter stk. 4, herunder om hvilke oplysninger orienteringen skal indeholde, og om udsættelse af fristen, såfremt de nødvendige oplysninger ikke foreligger ved orienteringen. I medfør af sundhedslovens § 78, stk. 7, 2. pkt., skal en kommunalbestyrelses deltagelse i et samarbejde med regionsråd og andre kommunalbestyrelser, der medfører indskrænkning i kommunalbestyrelsens beføjelser, godkendes af sundhedsministeren efter proceduren i stk. 5 og regler fastsat i medfør af stk. 4. Den gældende § 118 d i sundhedsloven indeholder ikke en tilsvarende bestemmelse om godkendelse af samarbejder, der medfører indskrænkninger i kommunalbestyrelsens eller regionsrådets beføjelser.

Det foreslås, at der indsættes en ny *§ 6 c, stk. 1,* hvorefter sundhedsministeren kan fastsætte regler om, i hvilket omfang fælles løsning af opgaver efter § 6 b, stk. 1, der medfører indskrænkninger i regionsrådets eller kommunalbestyrelsens beføjelser, skal godkendes af ministeren, herunder om, at kravet om godkendelse alene gælder nærmere former for fælles løsning af opgaver, jf. dog stk. 2.

Bestemmelsen vil i det væsentlige videreføre den gældende retstilstand efter § 78, stk. 4, og § 78, stk. 7, 2. pkt., men med den forskel, at bestemmelsen nu vil gælde for det udvidede anvendelsesområde, herunder samarbejder mellem kommunalbestyrelser indbyrdes og samarbejder på tværs af regionsgrænser, samt for opgaver efter sundhedslovens afsnit IX, der ikke er omfattet af den gældende § 78, stk. 3, jf. stk. 4.

Godkendelseskravet i den foreslåede § 6 c, stk. 1, vil gælde for fælles løsning af opgaver efter § 6 b, stk. 1, uanset hvilken tilladt organiseringsform samarbejdet har, jf. den foreslåede § 6 b, stk. 4. Det vil gælde, uanset om opgaveløsningen sker i selskabsform efter den foreslåede § 6 d, ved kontrakt efter den foreslåede § 6 e eller i andre former. Den foreslåede § 6 d vil ikke indeholde en selvstændig godkendelsesordning.

Valget af en tilladt selskabsform, herunder et interessentskab (I/S), vil hverken undtage eller i sig selv medføre, at et samarbejde omfattes af godkendelseskravet. Det afgørende vil være, om samarbejdet i sin konkrete tilrettelæggelse medfører indskrænkninger i regionsrådets eller kommunalbestyrelsens beføjelser, jf. nedenfor. Et samarbejde organiseret i en tilladt selskabsform efter § 6 d vil således kunne kræve godkendelse på lige fod med samarbejder organiseret i andre former, hvis selskabets vedtægter eller øvrige organisering indebærer en indskrænkning af de deltagende regionsråds eller kommunalbestyrelsers kompetence, f.eks. fordi et fælles styrelsesorgan tillægges kompetence til at træffe beslutninger, der forpligter de deltagende regionsråd eller kommunalbestyrelser økonomisk, eller fordi den enkelte deltagers faktiske indflydelse på samarbejdets beslutninger ikke står i et rimeligt forhold til dennes deltagelse. Dette indebærer ikke, at samarbejder med sådanne beføjelsesindskrænkninger kan godkendes til at blive drevet som aktieselskaber, anpartsselskaber eller fonde, jf. nedenfor.

Det forudsættes, i lighed med, hvad der gælder for kommunale fællesskaber omfattet af § 60 i lov om kommunernes styrelse, at samarbejder omfattet af § 6 c, der medfører indskrænkninger i regionsrådets eller kommunalbestyrelsens beføjelser, ikke kan drives som aktieselskaber, anpartsselskaber eller fonde, da den lovgivning, der gælder for disse selskaber, ikke er forenelig med disse samarbejders offentligretlige funktioner.

Det forudsættes, at Sundheds- og Kirkeministeriet vil udnytte bemyndigelsen i den foreslåede § 6 c, stk. 1, til at fastsætte regler om, i hvilket omfang godkendelse vil skulle ske, i overensstemmelse med den gældende bekendtgørelse nr. 170 af 5. februar 2017 om regionsrådenes levering af sygehusydelser m.v. til og samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder, der er udstedt i henhold til sundhedslovens § 78, stk. 3. Der vil i den forbindelse som i dag blive fastsat krav til det materiale, der skal indsendes i forbindelse med en anmodning om godkendelse, herunder krav om fremlæggelse af udkast til vedtægter, oplysninger om deltagere, samarbejdets formål og opgaver samt øvrige oplysninger, der er nødvendige for, at sundhedsministeren kan træffe afgørelse om godkendelse af samarbejdet.

Indskrænkning i regionsrådets eller kommunalbestyrelsens beføjelser vil bl.a. kunne foreligge, hvor der oprettes et fælles styrelsesorgan, der tillægges kompetence til at træffe beslutninger, der kan forpligte de

deltagende regionsråd eller kommunalbestyrelser i økonomisk henseende, eksempelvis vedtagelse af budgetter med bindende virkning for de deltagende, beslutning om optagelse af lån, optagelse af garantiforpligtelser m.v. En indskrænkning vil endvidere kunne foreligge, hvor samarbejdets tilrettelæggelse i øvrigt indebærer, at et regionsråd eller en kommunalbestyrelse reelt afgiver bestemmende indflydelse over egne opgaver til de øvrige deltagere i samarbejdet. Det vil f.eks. kunne være tilfældet i samarbejder mellem regioner indbyrdes eller mellem kommuner og en region, hvor der er en betydelig forskel i de deltagende myndigheders størrelse, ressourcer eller opgaveomfang, og hvor den faktiske indflydelse på samarbejdets beslutninger som følge heraf ikke afspejler den enkelte deltagers formelle beføjelser. Vurderingen af, om der foreligger en indskrænkning, vil i overensstemmelse med praksis efter kommunestyrelseslovens § 60, stk. 1, bero på en konkret bedømmelse af samarbejdets samlede organisering, herunder om samarbejdet indebærer, at der træffes beslutninger med bindende virkning for de deltagende myndigheder. Forståelsen af begrebet »indskrænkninger i regionsrådets eller kommunalbestyrelsens beføjelser« vil svare til den forståelse, der følger af gældende ret efter § 78, stk. 4, og kommunestyrelseslovens § 60, stk. 1. Bestemmelsen vil endvidere give mulighed for, at sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at nærmere former for samarbejde kan indgås uden godkendelse.

Det forudsættes, at sundhedsministeren ved vurderingen af, om et samarbejde, der medfører indskrænkninger i regionsrådets eller kommunalbestyrelsens beføjelser, kan godkendes, vil kunne lægge vægt på en række forhold vedrørende samarbejdets tilrettelæggelse. Vurderingen vil bl.a. kunne omfatte samarbejdets formål og opgaver, herunder sammenhængen med de deltagende myndigheders opgavevaretagelse efter sundhedsloven, samarbejdets organisering og styrelsesforhold, herunder sammensætningen af eventuelle fællesskabsorganer og disses kompetencer, samarbejdets deltagerkreds, samarbejdets finansiering, budget, regnskab og revision, vilkår for parternes udtræden og samarbejdets ophævelse samt øvrige oplysninger, der er nødvendige for at vurdere, om samarbejdet er tilrettelagt på en måde, der er forenelig med hensynet til den offentlige opgavevaretagelse på sundhedsområdet. Sundhedsministeren vil i den forbindelse navnlig kunne lægge vægt på, om den enkelte deltager har en rimelig indflydelse på samarbejdets beslutninger i forhold til sin deltagelse, således at den enkelte deltagers formelle og reelle mulighed for at øve indflydelse på samarbejdets ledelse og drift er sikret, jf. herved også de principper, der følger af kommunestyrelseslovens § 60, stk. 1.

Sundhedsministeren vil endvidere kunne lægge vægt på, om vilkårene for parternes udtræden af samarbejdet er rimelige, herunder om der er fastsat en rimelig opsigelsesfrist eller udtrædelsesperiode, og om de økonomiske vilkår ved udtræden – herunder opgørelsen af den udtrædende parts andel af samarbejdets aktiver og passiver – er fastsat på en måde, der ikke reelt udelukker en parts mulighed for at udtræde af samarbejdet. Sundhedsministeren vil endvidere kunne lægge vægt på, om samarbejdets organisering er i overensstemmelse med den øvrige lovgivning, herunder udbudsloven og de kommunalretlige grundsætninger. De nærmere krav til, hvilke oplysninger en anmodning om godkendelse skal indeholde, vil kunne fastsættes ved bekendtgørelse i medfør af den foreslåede § 6 c, stk. 3.

Det foreslås i *§ 6 c, stk. 2,* at fælles løsning af opgaver efter § 6 b, stk. 1, der opfylder kriterierne i revisorlovens § 1 a, nr. 4, uanset stk. 1 ikke kræver godkendelse fra sundhedsministeren.

Kriterierne i revisorlovens § 1 a, nr. 4, er "små virksomheder", hvorved forstås virksomheder, som i to på hinanden følgende regnskabsår på balancetidspunktet ikke overskrider to af følgende størrelser: a) En balancesum på 55 mio. kr., b) en nettoomsætning på 111 mio. kr. og c) et gennemsnitligt antal heltidsbeskæftigede i løbet af regnskabsåret på 50, jf. årsregnskabslovens § 7, stk. 2, nr. 1, jf. samme lovs § 7, stk. 3 og 4, og § 110, stk. 3 og 4.

Den foreslåede § 6 c, stk. 2, vil indebære, at samarbejder, der opfylder kriterierne for »små virksomheder« i revisorlovens § 1 a, nr. 4, jf. årsregnskabslovens § 7, stk. 2, nr. 1, vil være undtaget fra godkendelseskravet. Baggrunden for undtagelsen er, at samarbejder af et sådant begrænset omfang – dvs. samarbejder, der i to på hinanden følgende regnskabsår på balancetidspunktet ikke overskrider to af de tre størrelsesgrænser, der er angivet i årsregnskabslovens § 7, stk. 2, nr. 1 – ikke vurderes at nødvendiggøre godkendelse fra sundhedsministeren. Sådanne samarbejder vil i kraft af deres begrænsede omfang være undergivet de almindelige krav om regnskabsaflæggelse og revision, der følger af årsregnskabsloven og revisorloven, og et yderligere krav om godkendelse vurderes på den baggrund ikke proportionalt. Det vil påhvile de deltagende regionsråd og kommunalbestyrelser at vurdere, om samarbejdet opfylder kriterierne i revisorlovens § 1 a, nr. 4. For nystartede samarbejder, hvor der endnu ikke foreligger to på hinanden følgende regnskabsår, vil vurderingen skulle foretages på grundlag af et kvalificeret skøn over samarbejdets forventede omfang, herunder forventet balancesum, omsætning og antal

heltidsbeskæftigede. Overstiger samarbejdet efterfølgende størrelsesgrænsen i to på hinanden følgende regnskabsår, vil samarbejdet skulle godkendes af sundhedsministeren i medfør af regler udstedt efter stk. 1.
Undtagelsen fra godkendelseskravet i stk. 2 vil alene vedrøre kravet om godkendelse og vil ikke ændre forudsætningen om, at samarbejder omfattet af § 6 c, der medfører indskrænkninger i regionsrådets eller kommunalbestyrelsens beføjelser, ikke kan drives som aktieselskaber, anpartsselskaber eller fonde. Begrænsningen vil således også gælde, når et sådant samarbejde opfylder størrelseskriterierne i stk. 2.

Det bemærkes, at undtagelsen i stk. 2 ikke vil være begrænset til samarbejder, der er organiseret i selskabsform efter den foreslåede § 6 d, men tillige vil kunne finde anvendelse for samarbejder, der er organiseret på anden vis, f.eks. ved kontraktbaserede samarbejdsaftaler eller andre former for fælles opgaveløsning efter § 6 b, forudsat at samarbejdet opfylder kriterierne i revisorlovens § 1 a, nr. 4. For samarbejder, der medfører indskrænkninger i regionsrådets eller kommunalbestyrelsens beføjelser, men som ikke er organiseret i en form, der gør det muligt at opgøre samarbejdets omfang inden for de nævnte størrelseskriterier - f.eks. fordi samarbejdet ikke har en selvstændig balancesum eller omsætning - vil undtagelsen i stk. 2 ikke finde anvendelse, og samarbejdet vil i stedet skulle godkendes af sundhedsministeren i medfør af regler udstedt efter stk. 1. Sådanne tilfælde vurderes at være fåtallige. Den foreslåede bestemmelse er ny og har ikke en tilsvarende bestemmelse i gældende ret. Bestemmelsen svarer til bestemmelsen i § 60 a, stk. 1, i kommunestyrelsesloven.

Horisontale samarbejdsaftaler efter den foreslåede § 6 e vil ikke i sig selv være undtaget fra godkendelse efter regler udstedt i medfør af § 6 c, stk. 1. Sådanne samarbejder vil derfor kunne kræve godkendelse, hvis deres konkrete tilrettelæggelse medfører indskrænkninger i regionsrådets eller kommunalbestyrelsens beføjelser, medmindre samarbejdet er omfattet af undtagelsen i stk. 2. Kravet om, at kontrakten indgås i overensstemmelse med udbudslovens § 15, ændrer ikke herpå.

Det bemærkes, at undtagelsen fra godkendelseskravet i den foreslåede § 6 c, stk. 2, alene vil vedrøre kravet om godkendelse fra sundhedsministeren i medfør af § 6 c, stk. 1. Undtagelsen vil ikke berøre andre godkendelseskrav, der måtte følge af den øvrige lovgivning. Kommunalbestyrelser og regionsråd kan efter henholdsvis § 13, stk. 1, i bekendtgørelse om kommunernes låntagning og meddelelse af garantier m.v.

(lånebekendtgørelsen) og § 14, stk. 1, i bekendtgørelse om regionernes låntagning og meddelelse af garantier m.v. ikke uden Ankestyrelsens samtykke pådrage sig en solidarisk hæftelse gennem indtræden i en forening, en institution, et selskab eller lignende. Det følger dog af lånebekendtgørelsens § 13, stk. 3, og den regionale lånebekendtgørelses § 14, stk. 3, at en kommunalbestyrelse henholdsvis et regionsråd uden et særskilt samtykke fra Ankestyrelsen kan pådrage sig en solidarisk hæftelse gennem indtræden i en forening, en institution, et selskab eller lignende efter den gældende § 78, stk. 7, respektive § 78, stk. 3-6, når samarbejdet er godkendt af sundhedsministeren. Som anført i de specielle bemærkninger til § 6 b er det hensigten, at lånebekendtgørelsen og den regionale lånebekendtgørelse konsekvensændres, således at undtagelsen fra Ankestyrelsens samtykkekrav fortsat omfatter samarbejder, der er godkendt af sundhedsministeren efter den foreslåede § 6 c.

Godkendelsesordningen i den foreslåede § 6 c vil herved videreføre sundhedsministerens eksisterende godkendelses- og kontrolfunktion efter § 78, stk. 4-7, hvorefter det er sundhedsministeren – og ikke Ankestyrelsen – der godkender og dermed fører den overordnede kontrol med, at samarbejdsaftaler omfattet af § 6 c er lovlige og ligger inden for de deltagende myndigheders kompetence. [Tilsynet med samarbejdsaftaler omfattet af § 6 c skal afklares]. Som anført i afsnit 3.1.1.1 ovenfor er Ankestyrelsens samtykke til solidarisk hæftelse efter lånebekendtgørelsens § 13, stk. 1, og den regionale lånebekendtgørelses § 14, stk. 1, allerede i dag undtaget for samarbejder, der er godkendt af sundhedsministeren efter den gældende § 78, jf. lånebekendtgørelsens § 13, stk. 3 (for kommunalbestyrelsers deltagelse efter § 78, stk. 7), og den regionale lånebekendtgørelses § 14, stk. 3 (for regionsråds samarbejder efter § 78, stk. 3-6). Det er hensigten, at denne undtagelse fortsat vil omfatte samarbejder godkendt efter den foreslåede § 6 c, jf. nærmere herom nedenfor. Dette vil ikke ændre på Styrelsen for Patientsikkerheds sundhedsfaglige, person- og patientrettede tilsyn, der som anført i afsnit 3.1.1.1 gælder uafhængigt af organisationsform, og som dermed også vil finde anvendelse på samarbejder og selskaber efter §§ 6 b-6 e, i det omfang disse udgør eller omfatter et behandlingssted. Fritagelsen for godkendelse efter den foreslåede § 6 c, stk. 2, indebærer ikke i sig selv en fritagelse fra krav om godkendelse af kommuners eller regioners påtagelse af solidarisk hæftelse.

Det foreslås i *§ 6 c, stk. 3*, at sundhedsministeren kan fastsætte regler om fremgangsmåden og vilkår for godkendelse i medfør af regler udstedt efter stk. 1, herunder om, at regionsråd og kommunalbestyrelser som led i fælles

opgaveløsning, der kræver godkendelse efter regler udstedt i medfør af stk. 1, skal fastsætte vilkår om ophævelse og vilkårene herfor, og at disse vilkår skal godkendes af ministeren.

Bemyndigelsen vil give mulighed for at fastsætte nærmere regler om den administrative procedure, der skal følges i forbindelse med godkendelse af samarbejder, herunder om, hvilke oplysninger en anmodning om godkendelse skal indeholde, om frister for behandling af anmodningen, om udsættelse af fristen, såfremt de nødvendige oplysninger ikke foreligger, og om vilkår, der kan knyttes til en godkendelse. Det forudsættes i den forbindelse, at Sundheds- og Kirkeministeriets godkendelsesproces vil være smidig, og at ministeriet vil behandle regionsråds og kommunalbestyrelsers anmodninger om godkendelser inden for rimelig tid. Bemyndigelsen vil endvidere kunne anvendes til at fastsætte regler om, at et samarbejde anses for godkendt, medmindre sundhedsministeren inden en nærmere fastsat frist meddeler afslag på godkendelse. Bestemmelsen vil desuden give mulighed for at sikre, at samarbejder, der medfører indskrænkninger i regionsrådets eller kommunalbestyrelsens beføjelser, indeholder klare vilkår for, hvordan samarbejdet kan ophæves, og at disse vilkår godkendes af sundhedsministeren med henblik på at sikre, at parterne har en klar og forudsigelig adgang til at udtræde af samarbejdet. Den foreslåede bestemmelse vil give mulighed for at fastsætte regler, der i vidt omfang vil svare til indholdet af kommunestyrelseslovens § 60, stk. 2 og 3. Bestemmelsen vil i det væsentlige videreføre den gældende retstilstand efter § 78, stk. 5 og 6, men med den forskel, at bemyndigelsen nu vil gælde for det udvidede anvendelsesområde. Bemyndigelsen vil endvidere kunne anvendes til at fastsætte regler om, at væsentlige ændringer i et allerede godkendt samarbejde – f.eks. ændringer i deltagerkredsen, samarbejdets opgaver eller organisering – kræver fornyet godkendelse fra sundhedsministeren, herunder om, hvilke ændringer der anses for væsentlige i denne sammenhæng.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.1.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

(Til § 6 d)

Det følger af den gældende § 78, stk. 3, at et regionsråd kan samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder, herunder i selskabsform, om fælles løsning af opgaver efter afsnit VI, XI, XII og XIV-XVI og opgaver, der har tilknytning hertil. Selskabsformen er således allerede efter

gældende ret en mulig organiseringsform for samarbejder efter § 78, stk. 3. Tilsvarende bestemmelser fremgår ikke af den gældende § 118 d.

Det foreslås i *§ 6 d*, at fælles opgaveløsning efter § 6 b kan ske i selskabsform.

Bestemmelsen vil præcisere, at selskabsformen vil være en af de mulige organiseringsformer for fælles opgaveløsning efter § 6 b. Valget af selskabsform vil navnlig kunne være relevant, hvor samarbejdet vedrører fælles driftsopgaver såsom produktion, forsyning eller servicefunktioner, eller hvor parterne ønsker en selvstændig juridisk enhed til varetagelse af samarbejdets opgaver. Det bemærkes, at den foreslåede § 6 d vil udvide den gældende retstilstand efter § 78, stk. 3, idet selskabsformen fremover også vil kunne anvendes til samarbejder om opgaver efter sundhedslovens afsnit IX om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen. Da den foreslåede § 6 d vil udgøre en form for fælles opgaveløsning efter § 6 b, vil fælles opgaveløsning i selskabsform kunne indgås i alle de konstellationer, der er omfattet af § 6 b, stk. 1, herunder mellem regionsråd og kommunalbestyrelser i fællesskab, mellem regionsråd indbyrdes og mellem kommunalbestyrelser indbyrdes. Samarbejder i selskabsform vil endvidere kunne indgås på tværs af regionsgrænser. Det vil f.eks. indebære, at to eller flere regionsråd vil kunne oprette et fælles selskab til varetagelse af fælles driftsopgaver, ligesom to eller flere kommunalbestyrelser vil kunne oprette et fælles selskab til varetagelse af kommunale sundhedsopgaver.

Som anført ovenfor til § 6 c vil godkendelseskravet i den foreslåede § 6 c, stk. 1, gælde uanset den tilladte organiseringsform, jf. den foreslåede § 6 b, stk. 4. Valget af selskabsform efter § 6 d vil således ikke i sig selv undtage et samarbejde fra godkendelseskravet. Et samarbejde organiseret i en tilladt selskabsform, herunder et interessentskab (I/S), vil kunne kræve godkendelse efter regler udstedt i medfør af § 6 c, stk. 1, hvis selskabets vedtægter eller øvrige organisering medfører indskrænkninger i de deltagende regionsråds eller kommunalbestyrelsers beføjelser, jf. dog stk. 2. Adgangen til godkendelse vil ikke indebære, at sådanne samarbejder kan drives som aktieselskaber, anpartsselskaber eller fonde, jf. nedenfor.

Begrebet »selskabsform« i den foreslåede § 6 d, stk. 1, skal forstås bredt og i overensstemmelse med den praksis, der har udviklet sig i tilknytning til den gældende § 78, stk. 3. Bestemmelsen vil således omfatte selskaber med fuld hæftelse for nogle eller alle selskabsdeltagere (f.eks. interessentskaber).

Det forudsættes, i lighed med, hvad der gælder for kommunale fællesskaber omfattet af § 60 i lov om kommunernes styrelse, at samarbejder omfattet af § 6 c, der medfører indskrænkninger i regionsrådets eller kommunalbestyrelsens beføjelser, ikke kan drives som aktieselskaber, anpartsselskaber eller fonde, da den lovgivning, der gælder for disse selskaber, ikke er forenelig med disse samarbejders offentligretlige funktioner.

Det bemærkes, at den foreslåede § 6 d – i lighed med den foreslåede § 6 e – vil udgøre et selvstændigt hjemmelsgrundlag, der giver materiel hjemmel til at fravige opgavefordelingsprincippet, for så vidt angår myndighedsniveauet. Regionsråd og kommunalbestyrelser vil således kunne deltage i selskaber efter den foreslåede § 6 d, selv om selskabet tillige varetager opgaver, der efter lovgivningen er henlagt til et andet myndighedsniveau. Det vil ikke være en forudsætning, at begge myndighedsniveauer har materiel hjemmel til at varetage samtlige af selskabets opgaver. Det vil derimod være en forudsætning, at selskabet tillige varetager opgaver, som det pågældende regionsråd eller den pågældende kommunalbestyrelse lovligt kan varetage, jf. den foreslåede § 6 b, stk. 2. Det vil indebære, at det vil være tilstrækkeligt, at selskabet varetager opgaver, som den ene deltagende myndighed lovligt kan udføre, forudsat at selskabet tillige varetager opgaver, som den anden deltagende myndighed lovligt kan udføre. Et regionsråd vil således f.eks. kunne deltage i et selskab, der varetager både regionale og kommunale sundhedsopgaver, forudsat at selskabet tillige varetager opgaver, som regionsrådet lovligt kan varetage. Tilsvarende vil en kommunalbestyrelse kunne deltage i et selskab, der varetager både kommunale og regionale sundhedsopgaver, forudsat at selskabet tillige varetager opgaver, som kommunalbestyrelsen lovligt kan varetage. Når selskabet er oprettet, vil selskabets medarbejdere kunne varetage samtlige af selskabets opgaver, uanset om den enkelte opgave efter lovgivningen er henlagt til det regionale eller det kommunale myndighedsniveau, idet opgaven udføres på selskabets vegne og dermed på vegne af de deltagende myndigheder.

Parterne vil i medfør af § 6 d, stk. 1, kunne organisere den fælles opgaveløsning efter § 6 b, stk. 1, således, at betingelserne for fælles in-house i udbudslovens § 14 er opfyldt. Udbudslovens § 14 giver mulighed for, at en ordregiver i fællesskab med andre ordregivere og under iagttagelse af de kumulative betingelser i udbudslovens § 14 kan etablere en fælles udvidet in-house-relation til en juridisk person. Det følger af udbudslovens § 14, stk. 2, at kontrolbetingelsen kan anses for opfyldt, når flere ordregivere i

fællesskab udøver en kontrol over den juridiske person, der svarer til den kontrol, de udøver over deres egne tjenestegrene (”kontrolkriteriet”). Det er endvidere en betingelse, at mere end 80 pct. af den kontrollerede juridiske persons aktiviteter udføres i forbindelse med udførelsen af opgaver, som den er blevet pålagt af de kontrollerende ordregivere (”virksomhedskriteriet”), og at der ikke er nogen direkte privat kapitalandel i den kontrollerede juridiske person. Alle tre betingelser skal være opfyldt.

Det bemærkes i den forbindelse, at EU-Domstolen i sin praksis har præciseret betingelserne for fælles kontrol. I sag C-324/07, Coditel Brabant, fastslog Domstolen, at kontrollen ikke behøver at kunne udøves individuelt, men kan udøves i fællesskab. I de forenede sager C-182/11 og C-183/11, Econord, præciserede Domstolen, at den enkelte myndighed skal have en reel mulighed for at deltage i den fælles kontrol, og at en rent symbolsk kapitalandel ikke i sig selv er tilstrækkelig. I de forenede sager C-383/21 og C-384/21, Sambre & Biesme, fortolkede Domstolen den efterfølgende kodificering i artikel 12, stk. 3, i udbudsdirektivet og fastslog, at kravet om deltagelse indebærer, at myndigheden skal være repræsenteret som sådan i den kontrollerede enheds besluttende organer, om end samme person kan repræsentere flere myndigheder.

Kan betingelserne i udbudslovens § 14 ikke opfyldes, vil parterne i stedet kunne vælge at gennemføre et udbud efter udbudslovens almindelige regler om tildeling af offentlige kontrakter. Det vil f.eks. kunne være tilfældet, hvor samarbejdet organiseres i selskabsform med direkte privat kapitaldeltagelse, jf. udbudslovens § 14, stk. 1, nr. 3. Endelig vil det bero på en konkret vurdering af det enkelte samarbejdes organisering, om der foreligger direkte privat kapitaldeltagelse i udbudslovens forstand, og om de øvrige betingelser i udbudslovens § 14 er opfyldt.

For så vidt angår den foreslåede § 6 d og fælles in-house-undtagelsen i udbudsloven bemærkes det, at samarbejdet vil kunne organiseres således, at betingelserne for fælles in-house i udbudslovens § 14 er opfyldt, hvor flere regionsråd og/eller kommunalbestyrelser i fællesskab udøver den fornødne kontrol over den juridiske person. Organiseres samarbejdet som en fælles in-house-løsning, er det bl.a. en betingelse, at der ikke er nogen direkte privat kapitalandel i den kontrollerede juridiske person med undtagelse af private kapitalandele, der er krævet i lovgivningen, og som ikke medfører afgørende indflydelse på den juridiske person, jf. udbudslovens § 14, stk. 1, nr. 3. Kravet om fravær af direkte privat kapitaldeltagelse vedrører alene betingelserne for fælles in-house efter udbudslovens § 14 og er således uden

betydning for private virksomheders mulighed for at deltage i den fælles opgaveløsning efter § 6 b som leverandører af varer eller tjenesteydelser til selskabet. De ovenfor nævnte muligheder for organisering og afholdelse af udbud er ikke udtømmende. Parterne vil f.eks. også kunne gøre brug af de eksisterende muligheder i sundhedsloven i øvrigt for at indgå samarbejder, herunder f.eks. sundhedslovens § 203. Uanset hvilken organisationsform parterne vælger, vil samarbejdet til enhver tid skulle tilrettelægges i overensstemmelse med udbudsloven og de EU-retlige statsstøtteregler.

For så vidt angår kommunalfuldmagten bemærkes det, at bl.a. de kommunalretlige grundsætninger om forbud mod at drive erhvervsvirksomhed med henblik på at opnå fortjeneste, forbud mod at yde tilskud til andre og kravet om, at kommunal virksomhed skal varetage en kommunal interesse, fortsat vil finde anvendelse som udfyldende retsgrundlag for selskaber oprettet efter § 6 d. Det vil indebære bl.a., at samarbejder i selskabsform, der involverer produktion eller forsyning, vil skulle tilrettelægges således, at produktionen tjener de deltagende myndigheders egne behov, og at eventuel afsætning til tredjeparter sker inden for de rammer, der følger af kommunalfuldmagten og opgaveudførelsesloven. Tilsvarende overvejelser gør sig gældende i forhold til regionerne.

For så vidt angår opgaveudførelsesloven bemærkes det, at loven udgør et selvstændigt, lovbestemt hjemmelsgrundlag – ved siden af og uafhængigt af kommunalfuldmagten – for, at kommuner og regioner kan udføre opgaver for andre offentlige myndigheder og deltage i selskaber med andre kommuner, regioner, staten og i visse tilfælde private. Opgaveudførelsesloven vil, i det omfang den regulerer et forhold, der tillige er omfattet af den foreslåede § 6 d, fortsat finde anvendelse som udfyldende retsgrundlag i det omfang, § 6 d ikke regulerer forholdet udtømmende.

Det følger af den foreslåede *§ 6 d, stk. 2*, at ansvaret for at tildele en sundhedsydelse kan overdrages til et selskab omfattet af stk. 1, hvis dette varetages i tilknytning til opgaven med at levere sundhedsydelsen, og hvis der ikke deltager private virksomheder, organisationer og foreninger samt fonde i den fælles opgaveløsning. Ansvaret i øvrigt for opgaven kan ikke overdrages.

Bestemmelsen vil indebære, at overdragelse af tildelingskompetencen alene vil kunne ske til selskaber, hvori udelukkende offentlige myndigheder deltager i den fælles opgaveløsning. Både private virksomheder,

organisationer og foreninger samt fonde vil således være udelukket som deltagere i den fælles opgaveløsning, når tildelingskompetencen overdrages. Udelukkelsen vil omfatte enhver form for deltagelse, herunder deltagelse i form af direkte kapitaldeltagelse eller deltagelse som samarbejdspart i den fælles opgaveløsning. Baggrunden herfor er, at overdragelse af myndighedsbeføjelser – herunder tildelingskompetencen – til selskaber, hvori andre end offentlige myndigheder deltager, ikke vurderes foreneligt med de hensyn, der ligger bag den offentlige opgavevaretagelse på sundhedsområdet. Det bemærkes, at begrænsningen alene vil vedrøre overdragelse af tildelingskompetencen og ikke vil berøre adgangen til at overlade faktisk forvaltningsvirksomhed til et selskab, hvori private virksomheder, organisationer og foreninger samt fonde deltager. Faktisk forvaltningsvirksomhed udgør ikke myndighedsudøvelse og vil således fortsat kunne varetages i samarbejder med en bredere deltagerkreds.
Kravet om, at alene offentlige myndigheder deltager, vil ikke i sig selv være tilstrækkeligt til, at tildelingskompetencen kan overdrages til enhver selskabsform. Samarbejdet vil tillige skulle overholde den ovenfor beskrevne begrænsning, hvorefter samarbejder omfattet af § 6 c, der medfører indskrænkninger i regionsrådets eller kommunalbestyrelsens beføjelser, ikke kan drives som aktieselskaber, anpartsselskaber eller fonde. Dette vil også gælde, hvis samarbejdet er undtaget fra godkendelseskravet efter § 6 c, stk. 2. Begrænsningen angår samarbejdets organiseringsform og skal holdes adskilt fra spørgsmålet om fondes deltagelse som samarbejdsparter efter § 6 b.

Udgangspunktet vil dermed være, at hele eller dele af driftsansvaret vil kunne overdrages til selskabet, mens myndighedsansvaret ikke vil kunne overdrages. Ved anvendelsen af de foreslåede §§ 6 d og 6 e vil der blive sondret mellem tre kategorier af ansvar: Myndighedsansvaret, tildelingskompetencen og driftsansvaret. Myndighedsansvaret er den overordnede forpligtelse, der påhviler den myndighed, som efter lovgivningen er ansvarlig for en given opgave. Myndighedsansvaret omfatter bl.a.: a) Kompetencen til at fastsætte retningslinjer og serviceniveauer for driftsopgaven, b) forpligtelsen til at føre kontrol og tilsyn med udøvelsen af driftsopgaven, c) ansvaret for at behandle klager fra borgere over opgavevaretagelsen, og d) ansvaret for at sikre, at opgaven udføres i overensstemmelse med de krav, der følger af lovgivningen. Myndighedsansvaret kan som udgangspunkt ikke overdrages og forbliver hos den myndighed, der efter lovgivningen er ansvarlig for opgaven, uanset om driften af opgaven er overdraget til en anden part. Tildelingskompetencen er ansvaret for at beslutte visitering til eller tildeling

af en sundhedsydelse til den enkelte borger. Tildelingskompetencen udgør retligt set en del af myndighedsansvaret, men kan – som en undtagelse til hovedreglen om, at myndighedsansvaret ikke kan overdrages – på nærmere betingelser overdrages efter de foreslåede §§ 6 d, stk. 2, og 6 e, stk. 2. Overdragelse af tildelingskompetencen forudsætter, at den part, der modtager tildelingskompetencen, tillige får ansvaret for at levere den ydelse, som den får kompetence til at tildele. De øvrige dele af myndighedsansvaret, jf. litra a)-d) ovenfor, forbliver hos den myndighed, der efter lovgivningen er ansvarlig for opgaven. Driftsansvaret er det faktiske ansvar for at udføre de konkrete opgaver, der er omfattet af samarbejdet. Driftsansvaret kan overdrages helt eller delvist til en anden part, herunder et selskab, som led i fælles opgaveløsning efter §§ 6 d og 6 e. Opgaven udføres på den overdragende myndigheds vegne. Fravigelsen af hovedreglen om, at myndighedsansvaret ikke kan overdrages, for så vidt angår tildelingskompetencen, er begrundet i, at en effektiv tilrettelæggelse af samarbejdet i visse tilfælde forudsætter, at den part, der leverer sundhedsydelsen, tillige har kompetence til at visitere borgeren hertil, idet en adskillelse af tildelings- og leveringsansvaret kan medføre uhensigtsmæssige snitflader og forsinkelser i borgerens forløb.

Myndighedsansvarets tilsynselement angår tilsynet med udførelsen af den konkrete driftsopgave og er dermed et andet spørgsmål end det sundhedsfaglige tilsyn, som Styrelsen for Patientsikkerhed fører med behandlingssteder. Et selskab efter § 6 d vil efter omstændighederne selv kunne udgøre et selvstændigt behandlingssted, der vil skulle registreres i Behandlingsstedsregistret og vil være omfattet af Styrelsen for Patientsikkerheds sundhedsfaglige tilsyns- og registreringsordning, uanset selskabsform eller eventuelle bagvedliggende samarbejdsaftaler. Dette tilsyn vil finde anvendelse som et supplement til og uafhængigt af den fordeling af myndigheds-, tildelings- og driftsansvar, der følger af §§ 6 d og 6 e.

§ 6 d, stk. 2, berører derimod ikke adgangen til at overlade faktisk forvaltningsvirksomhed til et selskab, hvori private virksomheder, organisationer og foreninger samt fonde deltager, idet faktisk forvaltningsvirksomhed ikke udgør myndighedsudøvelse og dermed fortsat vil kunne varetages af sådanne deltagere i samarbejdet. Uanset hvor mange opgaver der overdrages til selskabet, vil opgaven blive udført på den overdragende myndigheds vegne. Det vil også gælde ved en overdragelse af tildelingskompetencen.

Om allokering af omkostninger i forbindelse med fælles opgaveløsning i selskabsform i medfør af § 6 d, stk. 1, hvor der vil blive overdraget opgaver, vil disse omkostninger også kunne baseres på fordelingsnøgler og gennemsnitsbetragtninger, såsom antallet af patienter, pladser, aktivitetsniveau eller andre saglige og objektive kriterier, der på et overordnet niveau afspejler den faktiske fordeling af udgifterne mellem parterne. Der henvises i øvrigt til de specielle bemærkninger til § 6 b.

Det bemærkes, at den foreslåede § 6 b, stk. 5, om forpligtende kommunale samarbejder tillige vil finde anvendelse for samarbejder efter § 6 d, idet § 6 d udgør en form for fælles opgaveløsning efter § 6 b. Er en sundhedsydelse omfattet af lov om forpligtende kommunale samarbejder, og er kommunalbestyrelser i medfør af lov om forpligtende kommunale samarbejder pålagt at samarbejde med hinanden om levering af sundhedsydelsen, skal både den bemyndigede og den delegerende kommunalbestyrelse således være deltagere i et selskab efter § 6 d om levering af sundhedsydelsen i den kommune, hvis kommunalbestyrelse efter lov om forpligtende kommunale samarbejder ikke må varetage udøvelsen af opgaven.

Det bemærkes endvidere, at offentliggørelsespligten i den foreslåede § 6 b, stk. 6, tillige vil finde anvendelse for samarbejder efter § 6 d, idet § 6 d udgør en form for fælles opgaveløsning efter § 6 b. Regionsråd og kommunalbestyrelser vil således skulle offentliggøre oplysninger om selskaber oprettet efter § 6 d, hvis den fælles opgaveløsning omfatter ydelser, der i et vist omfang er rettet mod borgere og private virksomheder m.v.

Det foreslås i *§ 6 d, stk. 3*, at sundhedsministeren kan fastsætte regler om vedtægter for selskaber omfattet af stk. 1, herunder om den tilladte periode fra vedtægternes vedtagelse til et selskabs etablering og om selskabets opløsning.

Bemyndigelsen vil give mulighed for at fastsætte nærmere regler om vedtægternes indhold og udformning med henblik på at sikre en ensartet og hensigtsmæssig regulering af selskaber, der oprettes med henblik på fælles opgaveløsning efter § 6 b. Bemyndigelsen vil bl.a. kunne anvendes til at fastsætte krav til vedtægternes bestemmelser om selskabets formål og opgaver, herunder sammenhængen med de deltagende myndigheders opgavevaretagelse efter sundhedsloven, selskabets styrelsesforhold, herunder sammensætningen af bestyrelse eller andet ledelsesorgan og disses

kompetencer, selskabets deltagerkreds og vilkårene for optagelse af nye deltagere, selskabets finansiering, herunder de deltagende myndigheders indskudsforpligtelser og hæftelsesforhold, selskabets budget, regnskab og revision, samt vilkår for de deltagende myndigheders udtræden og selskabets ophævelse. Bemyndigelsen vil endvidere kunne anvendes til at fastsætte vedtægtsbestemmelser, der sikrer, at private virksomheder, organisationer og foreninger samt fonde ikke deltager i den fælles opgaveløsning, når tildelingskompetencen overdrages, og at myndighedsudøvelse, herunder tildelingskompetencen, ikke overlades til andre end offentlige myndigheder, jf. den foreslåede § 6 d, stk. 2. Bemyndigelsen vil herudover kunne anvendes til at fastsætte regler om tidsfrister for selskabets etablering efter vedtægternes vedtagelse samt om proceduren for selskabets opløsning, herunder vilkår for afvikling af selskabets aktiver og passiver.

For så vidt angår fordelingen af et eventuelt overskud eller underskud ved selskabets ophør vil udgangspunktet, i lighed med hvad der gælder for samarbejder efter den gældende § 78 og for kommunale fællesskaber efter kommunestyrelseslovens § 60, være den fordelingsnøgle, som de deltagende parter har aftalt, jf. herved også kravet i den foreslåede § 6 c, stk. 3, om, at der skal fastsættes vilkår for samarbejdets ophævelse, som skal godkendes af sundhedsministeren. Bemyndigelsen i § 6 d, stk. 3, vil i den forbindelse kunne anvendes til at fastsætte regler om, at vedtægterne skal indeholde en fordelingsnøgle for selskabets aktiver og passiver, herunder et eventuelt overskud eller underskud, ved selskabets ophør, og om, at sundhedsministeren – i lighed med Ankestyrelsens kompetence efter kommunestyrelseslovens § 60, stk. 3, til at fastsætte vilkårene for en aftales ophævelse i tilfælde af uenighed mellem deltagerne – kan fastsætte eller godkende fordelingen, hvis de deltagende parter ikke selv kan nå til enighed herom. Deltager private virksomheder, organisationer og foreninger samt fonde i selskabet, vil disses andel i et eventuelt overskud ved ophør efter denne fordelingsnøgle skulle afspejle deres indskud og øvrige økonomiske bidrag til selskabet, således at en privat deltager ikke vil kunne få andel i et overskud, der står i misforhold til den pågældende deltagers egne økonomiske bidrag til selskabet.

Det bemærkes, at bemyndigelsen vil være fakultativ, og at det således ikke vil være pligtmæssigt for sundhedsministeren at udnytte den. Bemyndigelsen vil alene blive udnyttet, hvis der viser sig et praktisk behov herfor, f.eks. hvis der opstår behov for at sikre en mere ensartet regulering af vedtægterne for selskaber oprettet efter § 6 d, eller hvis erfaringerne med

de konkrete samarbejder tilsiger, at der fastsættes nærmere regler om vedtægternes indhold.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.1.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

(Til § 6 e)

Det følger af den gældende § 118 d, stk. 1, 1. pkt., at et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser i den pågældende region i overensstemmelse med udbudslovens § 15 kan indgå en kontrakt om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, jf. sundhedslovens afsnit IX. I en kontrakt om samarbejde efter 1. pkt. kan et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser overdrage driften af opgaver mellem hinanden, herunder kan ansvaret for at tildele en sundhedsydelse overdrages, hvis det overdrages i tilknytning til opgaven med at levere en sundhedsydelse. Ansvaret i øvrigt for opgaven kan dog ikke overdrages. Det er et krav efter § 118 d, at kommunen eller kommunerne, der indgår kontrakten, skal ligge i den pågældende region. Bestemmelsen omfatter således ikke aftaler mellem en region og en eller flere kommuner, der ligger i andre regioner, ligesom den ikke omfatter aftaler mellem flere regioner eller aftaler, som alene indgås mellem kommuner. Det følger af den gældende § 118 d, stk. 3, at indebærer kontrakten, at der overdrages opgaver, jf. stk. 1, afholder overdrageren af opgaverne modtagerens udgifter ved udførelsen af de overdragne opgaver. I medfør af sundhedslovens § 118 d, stk. 4, kan sundhedsministeren fastsætte regler om kontrakter omfattet af stk. 1, herunder om den tilladte periode fra kontraktens indgåelse indtil dens ikrafttræden, kontraktens gyldighedsperiode, parternes adgang til at kunne opsige kontrakten og meddelelse til sundhedsministeren om indgåelse af kontrakten.

Det foreslås at indsætte en ny *§ 6 e*, hvorefter fælles opgaveløsning efter § 6 b kan ske ved, at et eller flere regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser i overensstemmelse med udbudslovens § 15 indgår en kontrakt om samarbejde. Kontrakten kan tillige indgås mellem regionsråd indbyrdes eller kommunalbestyrelser indbyrdes.

Bestemmelsen vil således ikke være begrænset til samarbejder, der nødvendigvis involverer både et regionsråd og en kommunalbestyrelse, men vil også give mulighed for, at f.eks. to eller flere regionsråd eller to eller flere kommunalbestyrelser kan indgå en kontrakt om at samarbejde om fælles løsning af opgaver på sundhedsområdet.

Det bemærkes, at den foreslåede § 6 e vil afgrænse deltagerkredsen til regionsråd og kommunalbestyrelser. Andre offentlige myndigheder vil således ikke kunne være parter i en kontrakt om samarbejde efter § 6 e. Afgrænsningen vil skulle ses i sammenhæng med, at § 6 e er knyttet til udbudslovens § 15 om horisontale samarbejdsaftaler mellem ordregivere, og at kontrakten vil skulle opfylde de i denne bestemmelse fastsatte krav til offentlige kontrakter mellem ordregivere. Andre offentlige myndigheder, m.fl., vil derimod kunne deltage i den fælles opgaveløsning inden for den generelle ramme i den foreslåede § 6 b, stk. 1, der vil hjemle samarbejder med en bredere deltagerkreds, herunder andre offentlige myndigheder, private virksomheder, organisationer og foreninger samt fonde. Hvis f.eks. en statslig myndighed ønsker at deltage i et samarbejde om et IT-projekt på sundhedsområdet, vil dette kunne ske inden for § 6 b's generelle ramme, men ikke som en horisontal samarbejdsaftale efter § 6 e.

Den foreslåede § 6 e vil udgøre et selvstændigt hjemmelsgrundlag, der i modsætning til den foreslåede § 6 b vil give materiel hjemmel til at fravige opgavefordelingsprincippet, for så vidt angår myndighedsniveauet. Mens den foreslåede § 6 b vil forudsætte, at de deltagende regionsråd og kommunalbestyrelser hver især har selvstændig hjemmel til de opgaver, de påtager sig som led i samarbejdet, vil § 6 e i sig selv muliggøre, at en part varetager driften af en opgave, der efter lovgivningen er henlagt til et andet myndighedsniveau. Formuleringen af den foreslåede § 6 e, stk. 2, vil således være udformet med henblik på at tydeliggøre denne selvstændige karakter, herunder at bestemmelsen ikke vil forudsætte, at begge myndighedsniveauer har materiel hjemmel til at varetage de opgaver, der overdrages som led i samarbejdet. Herved vil blive videreført den ordning, der følger af den gældende § 118 d i sundhedsloven.

Den foreslåede § 6 e vil – i lighed med den gældende § 118 d – indebære en fravigelse af opgavefordelingsprincippet for så vidt angår myndighedsniveauet. Det vil indebære, at opgaver vil kunne overdrages mellem regioner og kommuner, uanset at opgaven efter lovgivningen er henlagt til et bestemt myndighedsniveau. En kommunalbestyrelse vil således f.eks. som led i en kontrakt om samarbejde efter § 6 e kunne varetage driften af en regional sundhedsopgave på vegne af regionsrådet, og et regionsråd vil som led i en sådan kontrakt kunne varetage driften af en kommunal sundhedsopgave på vegne af en kommunalbestyrelse. Det bemærkes, at uanset at driften af en opgave overdrages til en myndighed på et andet myndighedsniveau, vil myndighedsansvaret forblive hos den

myndighed, der efter lovgivningen er ansvarlig for opgaven, jf. den foreslåede § 6 e, stk. 2, 2. pkt. Opgaven vil endvidere blive udført på den overdragende myndigheds vegne. Det bemærkes endvidere, at overdragelse af driftsopgaver efter § 6 e ikke vil berøre de krav, der følger af anden lovgivning på sundhedsområdet, herunder autorisationslovgivningen og regler om sundhedsfaglige kompetencekrav, som fortsat vil skulle iagttages af den part, der udfører opgaven. Den foreslåede § 6 e vil endvidere – i modsætning til den gældende § 78, stk. 3, men i lighed med den gældende § 118 d – give mulighed for, at tildelingskompetencen kan overdrages på nærmere betingelser, jf. § 6 e, stk. 2, 1. pkt. Det er en udvidelse i forhold til den gældende § 78, stk. 3, hvorefter alene faktisk forvaltningsvirksomhed kan overlades som led i samarbejdet, mens myndighedsudøvelse – herunder tildelingskompetencen – ikke kan overlades.

Som det fremgår af den foreslåede bestemmelse, vil kontrakten skulle opfylde kravene til offentlige kontrakter mellem ordregivere efter udbudslovens § 15. Det skal ses i lyset af, at fritagelsen for udbudspligten alene gælder for horisontale samarbejdsaftaler, der lever op til kravene efter udbudsretten til sådanne aftaler. Henvisningen til udbudsloven vil ikke alene omfatte, hvad der udtrykkeligt fremgår af udbudslovens § 15, men også den tilknyttede retspraksis fra EU-Domstolen (se hertil f.eks. C-480/06, Kommissionen mod Tyskland, og C-796/18, ISE).

Der henvises i øvrigt til vejledning nr. 9192 af 30. januar 2026 om indgåelse af horisontale samarbejdsaftaler og om anmodninger i det nære sundhedsvæsen, som også vil finde anvendelse for samarbejder efter den foreslåede § 6 e uden for det nære sundhedsvæsen.

Den foreslåede § 6 e vil udgøre et selvstændigt hjemmelsgrundlag for at kunne indgå en horisontal samarbejdsaftale vedrørende regionale og kommunale opgaver på sundhedsområdet. Bestemmelsen vil supplere de muligheder, som regionsråd og kommunalbestyrelser i forvejen måtte have efter de kommunalretlige grundsætninger om kommuners opgavevaretagelse (kommunalfuldmagten) og lov om kommuners udførelse af opgaver for andre offentlige myndigheder og kommuners og regioners deltagelse i selskaber (opgaveudførelsesloven). De kommunalretlige grundsætninger vil fortsat finde anvendelse som udfyldende retsgrundlag i det omfang, den foreslåede § 6 e ikke regulerer et givent forhold udtømmende, idet lovregulering vil gå forud for de uskrevne kommunalfuldmagtsregler.

Det foreslås i *§ 6 e, stk. 2*, at i en kontrakt om samarbejde omfattet af stk. 1 kan parterne aftale, at en part varetager driften af opgaver på vegne af en anden part, herunder ansvaret for at tildele en sundhedsydelse, hvis dette varetages i tilknytning til opgaven med at levere sundhedsydelsen. Ansvaret i øvrigt for opgaven kan ikke overdrages.

Udgangspunktet vil således være, at hele eller dele af driftsansvaret vil kunne overdrages mellem parterne i samarbejdet, men ikke myndighedsansvaret. For den nærmere definition af myndighedsansvar, tildelingskompetence og driftsansvar henvises til de specielle bemærkninger til den foreslåede § 6 d, stk. 2, ovenfor. Myndighedsansvaret omfatter også tildelingskompetencen, dvs. ansvaret for at beslutte visitering til eller tildeling af en sundhedsydelse.

Da tildelingskompetencen således udgør en del af myndighedsansvaret, vil § 6 e, stk. 2, indebære en fravigelse af hovedreglen om, at myndighedsansvaret ikke kan overdrages. Undtagelsen er begrundet i, at en effektiv tilrettelæggelse af samarbejdet i visse tilfælde forudsætter, at den part, der leverer sundhedsydelsen, tillige har kompetence til at visitere borgeren hertil, idet en adskillelse af tildelings- og leveringsansvaret kan medføre uhensigtsmæssige snitflader og forsinkelser i borgerens forløb. De øvrige dele af myndighedsansvaret – herunder fastsættelse af retningslinjer, tilsyn, kontrol og klagebehandling – vil ikke kunne overdrages og vil forblive hos den myndighed, der efter lovgivningen er ansvarlig for opgaven. Det vil indebære, at det regionsråd eller den kommunalbestyrelse, der modtager tildelingskompetencen, tillige skal have ansvaret for at levere den ydelse, som det eller den får kompetence til at tildele. Herved vil blive videreført den gældende retstilstand efter § 118 d, stk. 1.

Det bemærkes, at det altid vil være på den overdragende myndigheds vegne, at opgaven udføres. Det vil også gælde ved en overdragelse af tildelingskompetencen. En opgave vil endvidere kunne udgøre en del af leveringen af en sundhedsydelse. Det vil således ikke være en forudsætning, at hele opgaven med at levere en sundhedsydelse overdrages ved en samarbejdsaftale. Hvis tildelingskompetencen overdrages, vil det dog være en forudsætning, at det modtagende regionsråd eller den modtagende kommunalbestyrelse får ansvaret for at levere den ydelse, som det eller den får kompetence til at tildele.

Den foreslåede § 6 e vil bl.a. kunne anvendes til at tilrettelægge samarbejder, hvor en medarbejder, der er ansat hos én part, som led i samarbejdet udfører

opgaver for en anden part i nærmere aftalte perioder (såkaldte »kombinationsstillinger«). En kombinationsstilling vil f.eks. som led i en kontrakt om samarbejde efter § 6 e kunne indebære, at en regionalt ansat sundhedsperson i en del af sin arbejdstid udfører opgaver vedrørende kommunale patienter på vegne af en kommunalbestyrelse, mens den pågældende i den resterende del af arbejdstiden udfører opgaver vedrørende regionale patienter. Tilsvarende vil en kommunalt ansat sundhedsperson som led i en sådan kontrakt kunne udføre opgaver på vegne af regionsrådet. Således vil kombinationsstillinger kunne udgøre et væsentligt redskab til at sikre en sammenhængende og fleksibel opgaveløsning på tværs af sektorer, herunder i tilknytning til sygehuse, sundheds- og omsorgspladser og øvrige sundhedstilbud i det nære sundhedsvæsen.

I forbindelse med tilrettelæggelsen af samarbejder efter § 6 e bør der sondres mellem kombinationsstillinger og delestillinger. Ved en kombinationsstilling forstås en ordning, hvor medarbejderen har én arbejdsgiver og én ansættelseskontrakt, men som led i samarbejdet udfører arbejde for en anden part i nærmere aftalte perioder, mens medarbejderen fortsat har ansættelseskontrakt og ledelsesreference hos sin oprindelige arbejdsgiver. Ved en delestilling forstås derimod en ordning, hvor medarbejderen har separate ansættelsesforhold hos begge parter, fordelt på et nærmere fastsat timetal, og hvor medarbejderen dermed har to ledelsesreferencer og to ansættelseskontrakter. De foreslåede bestemmelser om horisontale samarbejdsaftaler efter § 6 e vil kunne anvendes til at tilrettelægge begge modeller. Valget af model vil bero på en konkret vurdering af samarbejdets karakter og omfang, herunder de overenskomstmæssige og ansættelsesretlige rammer, der gælder for de pågældende medarbejdere.

For så vidt angår myndighedsansvaret ved kombinationsstillinger bemærkes, at den medarbejder, der udfører opgaver på vegne af en anden part, i den pågældende del af sin arbejdstid vil handle på den modtagende parts vegne og under dennes instruktionsbeføjelse for så vidt angår den faglige udførelse af opgaven. Myndighedsansvaret for den opgave, der udføres, vil fortsat påhvile den part, på hvis vegne opgaven udføres, jf. den foreslåede § 6 e, stk. 2, 2. pkt. Det vil indebære, at den part, der har myndighedsansvaret, fortsat vil være ansvarlig for at fastsætte retningslinjer og serviceniveauer, føre tilsyn med opgavevaretagelsen og behandle eventuelle klager. Parterne vil i kontrakten skulle fastsætte klare vilkår for, i hvilke perioder og i hvilket omfang medarbejderen udfører opgaver for den

ene henholdsvis den anden part, samt for den instruktionsbeføjelse og det ledelsesmæssige ansvar, der gælder i de respektive perioder.

Parterne skal ved tilrettelæggelsen af kombinationsstillinger og lignende samarbejdsformer sikre, at samarbejdet er i overensstemmelse med de til enhver tid gældende øvrige regler om f.eks. journalføring, herunder bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler, samt reglerne om adgang til og videregivelse af helbredsoplysninger.

Det foreslås i *§ 6 e, stk. 3*, at indebærer kontrakten, at der overdrages opgaver, jf. stk. 2, afholder overdrageren af opgaverne modtagerens udgifter ved udførelsen af de overdragne opgaver.

Baggrunden herfor er, at det efter almindelige kommunalretlige grundsætninger om kommuners opgavevaretagelse hverken er en kommunal opgave at yde tilskud til andre myndigheder eller at opnå fortjeneste ved kommunens virksomhed. Det tilsvarende gør sig gældende for regioner.

Allokering af omkostningerne kan f.eks. baseres på fordelingsnøgler og gennemsnitsbetragtninger, såsom antallet af patienter, pladser, aktivitetsniveau eller andre saglige og objektive kriterier, der på et overordnet niveau afspejler den faktiske fordeling af udgifterne mellem parterne. Der henvises i øvrigt til de specielle bemærkninger til § 6 b.

Det foreslås i *§ 6 e, stk. 4*, at sundhedsministeren kan fastsætte regler om kontrakter omfattet af stk. 1, herunder om den tilladte periode fra kontraktens indgåelse indtil dens ikrafttræden, kontraktens gyldighedsperiode og parternes adgang til at opsige kontrakten.

Bemyndigelsen vil bl.a. kunne anvendes til at fastsætte tidsfrister, der sikrer, at der i tilstrækkelig god tid inden overdragelsen af opgaver er klarhed over, hvilken myndighed der varetager hvilke opgaver, af hensyn til de ansatte og borgerne samt til en hensigtsmæssig planlægning. Bemyndigelsen vil endvidere kunne anvendes til at fastsætte regler om kontraktens maksimale gyldighedsperiode med henblik på at sikre, at parterne med passende mellemrum tager stilling til, om samarbejdet fortsat er hensigtsmæssigt. For så vidt angår parternes adgang til at opsige kontrakten, vil bemyndigelsen kunne anvendes til at fastsætte regler om opsigelsesvarsler, der sikrer en forsvarlig overgangsperiode, herunder af hensyn til kontinuiteten i sundhedsydelserne til borgerne og til de ansattes retsstilling. Den foreslåede

§ 6 e, stk. 4, er en videreførelse af gældende ret, men med den forskel, at bestemmelsen nu vil gælde for det udvidede anvendelsesområde (dvs. også samarbejder på tværs af regionsgrænser, mellem regionsråd indbyrdes og mellem kommunalbestyrelser indbyrdes, samt for opgaver uden for afsnit IX).

Det foreslås i *§ 6 e, stk. 5*, at sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om beregning og afholdelse af udgifter efter stk. 3.

Regler udstedt med hjemmel i denne bestemmelse vil kunne omfatte den nærmere fastlæggelse af udgifterne, herunder hvorledes udgifterne beregnes, samt fastsættelsen af terminer og frister for betaling af disse omkostninger. Bemyndigelsen vil bl.a. kunne anvendes til at fastsætte regler om, hvilke udgiftsposter der skal medregnes ved opgørelsen af de direkte og indirekte udgifter, om krav til dokumentation af udgifterne, og om den tidsmæssige fordeling af betalingerne mellem parterne. Bemyndigelsen vil kun blive udnyttet, hvis der viser sig et behov herfor, f.eks. hvis der opstår tvivl om beregningsgrundlaget eller uenighed mellem parterne om udgiftsfordelingen.

Det bemærkes, at den foreslåede § 6 b, stk. 5, om forpligtende kommunale samarbejder tillige vil finde anvendelse for samarbejder efter § 6 e, idet § 6 e udgør fælles opgaveløsning efter § 6 b. Er en sundhedsydelse omfattet af lov om forpligtende kommunale samarbejder, og er kommunalbestyrelser i medfør af lov om forpligtende kommunale samarbejder pålagt at samarbejde med hinanden om levering af sundhedsydelsen, skal både den bemyndigede og den delegerende kommunalbestyrelse således være parter i en kontrakt efter § 6 e om levering af sundhedsydelsen i den kommune, hvis kommunalbestyrelse efter lov om forpligtende kommunale samarbejder ikke må varetage udøvelsen af opgaven.

Det bemærkes endvidere, at offentliggørelsespligten i den foreslåede § 6 b, stk. 6, tillige vil finde anvendelse for samarbejder efter § 6 e, idet § 6 e udgør en form for fælles opgaveløsning efter § 6 b. Regionsråd og kommunalbestyrelser vil således skulle offentliggøre oplysninger om kontrakter indgået efter § 6 e, hvis den fælles opgaveløsning omfatter ydelser, der i et vist omfang er rettet mod borgere og private virksomheder m.v. Offentliggørelse skal ske uden unødigt ophold og om muligt senest en måned inden kontraktens ikrafttræden.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.1.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 2

Efter sundhedslovens § 78, stk. 3, kan et regionsråd samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder, herunder i selskabsform, om løsningen af fælles opgaver efter afsnit VI, XI, XII og XIV-XVI og opgaver, der har tilknytning hertil. Efter § 78, stk. 4-7, kan sundhedsministeren fastsætte regler om godkendelse af samarbejder, der medfører indskrænkninger i regionsrådets eller en deltagende kommunalbestyrelses beføjelser, herunder om proceduren for en sådan godkendelse. Der henvises i øvrigt til pkt. 3.1.1 i lovforslagets almindelige bemærkninger for en nærmere gennemgang af gældende ret.

Det foreslås, at § 78, stk. 3-7, ophæves.

Den foreslåede ophævelse vil være en konsekvens af den foreslåede indsættelse af §§ 6 b-6 e, jf. lovforslagets § 1, nr. 1, der tilsammen vil erstatte og udvide de gældende samarbejdsmuligheder efter § 78, stk. 3-7.

De foreslåede §§ 6 b-6 e vil indeholde en samlet og udvidet regulering af mulighederne for fælles opgaveløsning på sundhedsområdet, og den gældende § 78, stk. 3-7, foreslås som en konsekvens deraf ophævet.

Det foreslås, at nugældende § 78, stk. 8, herefter vil blive til § 78, stk. 3.

Til nr. 3

Det fremgår af § 118 c, stk. 1 i sundhedsloven, at regionsrådet kan indgå aftale med en eller flere kommunalbestyrelser om at medfinansiere kommunale sundhedsydelser, som er henlagt til kommunerne efter sundhedslovens kapitel 34-41 (afsnit IX).

For en nærmere beskrivelse af gældende ret henvises til punkt 3.2.1. i de almindelige bemærkninger til lovforslaget.

Det foreslås at indsætte et nyt *stk. 2* i § 118 c, hvorefter sundhedsministeren bemyndiges til, efter forhandling med vedkommende minister, at fastsætte yderligere kommunale myndighedsopgaver, som regionsrådet kan give økonomisk tilsagn om medfinansiering til.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at sundhedsministeren kan, efter forhandling med vedkommende minister, fastsætte regler om, at regionsrådet, ud over de i stk. 1 nævnte ydelser, kan give økonomisk tilsagn om medfinansiering til nærmere bestemte kommunale ydelser.

Bemyndigelsesbestemmelsen vil blive udmøntet ved bekendtgørelse. Bemyndigelsen vil alene blive anvendt til at fastsætte medfinansieringsområder, som er i tråd med sundhedsrådenes samlede opgavebeskrivelse. Bemyndigelsen vil således kun blive anvendt til at fastsætte medfinansieringsområder, hvor det samlet set er fagligt meningsfuldt, at sundhedsrådene spiller en rolle i forhold til den kommunale opgavevaretagelse. Det forudsættes tillige, at udmøntninger af bemyndigelsen vil have ophæng i konkrete politiske aftaler, og at de pågældende opgaver skal have afledt effekt på forløb, der går på tværs af sektorer. Endelig vil udmøntningen af bemyndigelsen alene kunne have ophæng i opgaver, der har afledte effekter på den regionale sundhedsopgaves varetagelse.

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

Til nr. 4

Det fremgår af § 118 c, stk. 2, i sundhedsloven, at et regionsråd i medfør af stk. 1 kan indgå aftale om betingelserne for et tilsagn, herunder kommunernes tilrettelæggelse af sundhedsydelser efter afsnit IX.

Det foreslås, at der i *§ 118 c, stk.* 2 ændres »stk. 1,« til: »stk. 1 og 2,«.

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at en aftale om et økonomisk tilsagn, som indgås mellem et regionsråd og en eller flere kommuner efter afgrænsningsområdet beskrevet i *§ 118 c, stk. 1 og 2,* vil kunne indeholde en aftale om betingelserne for et tilsagn.

Den foreslåede bestemmelse vil således ikke medføre en indholdsmæssig ændring af den eksisterende bestemmelse, men alene muliggøre, at aftaler indgået på områder af den kommunale opgavevaretagelse, som fastsættes i bekendtgørelse efter den nye *§ 118 c, stk.* 2, også kan indeholde konkrete krav til kommunernes tilrettelæggelse af ydelsen.

Til nr. 5

Det fremgår af § 118 c, stk. 4, i sundhedsloven, at et regionsråd kan, efter aftale med samtlige kommunalbestyrelser i et sundhedsråd, anvende de økonomiske minimumsrammer efter stk. 3 til regionale sundhedsydelser.

Det foreslås, at der i *§ 118 c stk. 4* ændres »stk. 3,« til: »stk. 4,«.

Der er tale om en konsekvensændring som følge af indsættelsen af et nyt stk. 2 i § 118 c. Henvisningen til stk. 3 ændres derfor til stk. 4.

Til nr. 6

Efter sundhedslovens § 118 d, stk. 1, kan et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser i den pågældende region i overensstemmelse med udbudslovens § 15 indgå en kontrakt om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, jf. sundhedslovens afsnit IX. I en sådan kontrakt kan et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser overdrage opgaver mellem hinanden, herunder ansvaret for at tildele en sundhedsydelse, hvis det overdrages i tilknytning til opgaven med at levere sundhedsydelsen. Ansvaret i øvrigt for opgaven kan dog ikke overdrages. Der henvises i øvrigt til pkt. 3.1.1 i lovforslagets almindelige bemærkninger for en nærmere gennemgang af gældende ret.

Det foreslås, at § 118 d ophæves.

Den foreslåede ophævelse vil være en konsekvens af den foreslåede indsættelse af §§ 6 b-6 e, jf. lovforslagets § 1, nr. 1, der tilsammen vil erstatte og udvide de gældende samarbejdsmuligheder efter § 118 d. De foreslåede §§ 6 b-6 e vil indeholde en samlet og udvidet regulering af mulighederne for fælles opgaveløsning på sundhedsområdet, og den gældende § 118 d foreslås som en konsekvens deraf ophævet.

Der henvises i øvrigt til pkt. 3.1.3 i lovforslagets almindelige bemærkninger.

Til nr. 7

Det fremgår af gældende § 172 i sundhedsloven, at befordring til genoptræning til personer, der har behov for genoptræning efter endt behandling på sygehus jf. §§ 139 a og 139 b og §168, stk. 1, ydes af kommunalbestyrelsen.

Det foreslås, at der i *§ 172, 1. punkt,* efter »genoptræning til personer, der har behov for genoptræning« indsættes: »på basalt, avanceret eller specialiseret niveau«.

Genoptræningsindsatser efter § 139 a inkluderer almen genoptræning. Ved »almen genoptræning« forstås et specifikt niveau af genoptræning efter udskrivning fra sygehuset, som omfatter genoptræning på basalt niveau og genoptræning på avanceret niveau. Disse niveauer for genoptræning følger den opdeling, som allerede fremgår af bilag 1 i bekendtgørelse nr. 1804 af 29. december 2025 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus. Genoptræning på basalt niveau tilbydes typisk til patienter med enkle og afgrænsede funktionsevnenedsættelser og ingen komplikationer i behandlingsforløbet på sygehuset af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen. Genoptræning på avanceret niveau tilbydes typisk til patienter med omfattende funktionsevnenedsættelser ofte af betydning for flere livsområder, herunder eventuelt komplikationer i behandlingsforløbet på sygehus af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen.

Genoptræning på specialiseret niveau efter § 139 b tilbydes typisk patienter med komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnenedsættelser af væsentlig betydning for et eller flere livsområder, herunder eventuelt alvorlige komplikationer i behandlingsforløbet af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen. Disse patienter har behov for genoptræningsindsatser, men ikke rehabiliteringsindsatser.

Med ændringen vil kommunerne fremover være ansvarlige for at yde befordring og befordringsgodtgørelse til genoptræning på basalt niveau, genoptræning på avanceret niveau og genoptræning på specialiseret niveau, jf. §§ 139 a og b. Ændringen vil mindske risikoen for, at der opstår uenighed mellem kommuner og regioner omkring behovene i forbindelse med befordring til specialiseret rehabilitering, når ansvaret for denne ydelse overgår til regionerne fra den 1. januar 2027.

Til nr. 8

Det fremgår af gældende § 172 i sundhedsloven, at befordring til genoptræning til personer, der har behov for genoptræning efter endt

behandling på sygehus jf. §§ 139 a og 139 b og §168, stk. 1, ydes af kommunalbestyrelsen.

Det foreslås, at der i *§ 172* tilføjes et nyt *stk. 2*, hvorefter regionsrådet yder befordring og befordringsgodtgørelse til specialiseret rehabilitering efter § 139 b og § 168, stk. 1.

Ved rehabilitering på specialiseret niveau forstås et specifikt niveauer af genoptræning efter udskrivning fra sygehuset. Niveauet for genoptræning følger den opdeling, som allerede fremgår af bilag 1 i bekendtgørelse nr. 1804 af 29. december 2025Rehabilitering på specialiseret niveau tilbydes typisk til patienter med komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnenedsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder, herunder oftest mentale funktionsnedsættelser, der har væsentlig betydning for udførelsen af dagligdags aktiviteter. Disse patienter kendetegnes ved at have behov for både genoptræningsindsatser og andre rehabiliteringsindsatser.

Med det nye stk. 2 vil ansvaret for befordring og befordringsgodtgørelse blive samlet med ansvaret for specialiseret rehabilitering, så regionerne fremover vil have ansvaret for at yde befordring og befordringsgodtgørelse hertil.

Til nr. 9

Det fremgår af gældende § 173, stk. 1, i sundhedsloven, at befordring, for hvilken der ydes godtgørelse efter § 170, skal ske med det efter forholdene billigste forsvarlige befordringsmiddel og kun ydes, når befordringsudgiften til behandlingsstedet overstiger en af sundhedsministeren fastsat grænse.

Det fremgår ligeledes af den gældende § 173, stk. 2, i sundhedsloven, at befordring, for hvilken der ydes godtgørelse efter §§ 171 og 172, skal ske med det efter forholdene billigste forsvarlige befordringsmiddel og kun ydes, når befordringsudgiften eller afstanden til behandlingsstedet overstiger en af sundhedsministeren fastsat grænse.

Det fremgår af § 173, stk. 3, at sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om, i hvilke tilfælde og i hvilket omfang personer i øvrigt har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse.

Det foreslås at ophæve § 173, stk. 1 og 2, og i stedet indsætte 3 nye stykker.

Det foreslås at fastsætte i sundhedslovens *§ 173, stk. 1,* at befordringsgodtgørelse efter §§ 170, 171 og 172 ydes, når de samlede udgifter til transport til og fra behandlingsstedet overstiger en minimumsbeløbsgrænse, som fastsættes af sundhedsministeren.

Den foreslåede ændring vil medføre, at befordringsgodtgørelsen for patienter, som selv står for transport til og fra behandling, ikke længere skal tage udgangspunkt i det på transporttidspunktet billigste forsvarlige transportmiddel. Ændringen vil desuden medføre, at reglerne forenkles og bliver mere gennemsigtige for patienter at orientere sig i. Samtidig forventes ændringen at medføre en betydelig administrativ forenkling for kommunerne og regionerne, der administrerer udbetalingen af befordringsgodtgørelse.

Den foreslåede ændring af bestemmelsen vil videreføre selve indholdet af den gældende regel om, at sundhedsministeren kan fastsætte minimumsgrænser for udgifter til rejsen som fastsat i befordringsbekendtgørelsen. Den foreslåede ændring vil medføre, at nugældende krav om minimumsafstand som fastsat i befordringsbekendtgørelsen afskaffes, således at borgere med ret til befordringsgodtgørelse fremover kun skal leve op til det af sundhedsministeren fastsatte minimumsbeløbskrav for at modtage befordringsgodtgørelse efter §§ 170, 171 og 172. Beløbsgrænsen for modtagelse af befordring og befordringsgodtgørelse vil fastsættes til minimum 38 kr. (2026-pl) for personer, som modtager pension efter de sociale pensionslove, og minimum 114 kr. (2026-pl) for ikke-pensionister. Minimumsbeløbet vil dække over samlede udgifter for transport tur/retur til behandlingsstedet og vil blive pris- og lønreguleret en gang årligt, første gang 1. januar 2028. Dermed vil borgere og myndigheder som udgangspunkt kun skulle forholde sig til, om borgerens samlede transportudgifter, dvs. de sammenlagte udgifter til ud- og hjemrejse, overstiger den af sundhedsministeren fastsatte grænse. Regler for beregning af transportudgifter fastsættes i det nye § 173 stk. 2.

Den foreslåede ændring forventes ikke at have væsentlig betydning for, hvilke patientgrupper, der er omfattet af retten til befordringsgodtgørelse fra kommunalbestyrelsen jf. § 170, hvorefter kommunalbestyrelsen i sygdomstilfælde yder befordring eller godtgørelse til visse patientgrupper til alment praktiserende læge, jf. stk. 1, og praktiserende speciallæge, jf. stk. 3, 1. pkt. Den foreslåede ændring forventes heller ikke at have væsentlig betydning for, hvilke patientgrupper, der er omfattet af retten til

befordringsgodtgørelse jf. § 171, hvorefter regionen i sygdomstilfælde yder befordring eller godtgørelse til visse patientgrupper til sygehusbehandling jf. stk. 1, til diagnostisk undersøgelse på sygehus, til brug for udredning hos alment praktiserende læge eller praktiserende speciallæge, jf. stk. 2, samt patienter, der er berettiget til refusion af udgifter til transport med ambulance eller særligt sygekøretøj til behandling i andre EU-/EØS-lande jf. stk. 4, samt § 172, hvorefter kommunalbestyrelsen i sygdomstilfælde yder befordring eller godtgørelse til visse patientgrupper, der har behov for genoptræning efter endt behandling på sygehus.

Det foreslås i sundhedslovens § 173, *stk. 2*, at indsætte en bemyndigelsesbestemmelse, som vil give sundhedsministeren mulighed for at fastsætte nye regler for beregning af befordringsgodtgørelse, der tager udgangspunkt i en fast kilometertakst, der ensretter godtgørelsesydelsen på tværs af transportformer og landsdele. En kilometertakst vil medføre, at det bliver lettere at administrere godtgørelsesudbetalinger, ligesom størrelsen på godtgørelsen vil være mere gennemskuelig for borgeren.

Ændringen vil medføre, at godtgørelse fremover vil blive beregnet på baggrund af afstanden mellem startstedet og behandlingsstedet efter en fast kilometertakst på 1,14 kr. pr. km (2026-niveau), svarende f.eks. til takstniveauet for transport mellem bopæl og tilbud eller uddannelse på Beskæftigelsesministeriets område, når den daglige transport er mere end 24 km.

Bemyndigelsen vil, ligesom er tilfældet for de gældende bemyndigelser beskrevet i pkt. 3.3.2.2. i de almindelige bemærkninger, kunne anvendes til at fastsætte nærmere regler om befordring og befordringsgodtgørelse ifm. behandling i et andet EU- eller EØS-land eller i forhold til personer med ret til sundhedslovens ydelser, uagtet at de ikke har bopæl i Danmark.

Der henvises i øvrigt til lovforslagets almindelige bemærkninger for så vidt angår den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse til at fastsætte nærmere regler for administrationen af ordningen m.v.

Det foreslås i sundhedslovens § 173, *stk. 3*, at sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for visitation til befordring eller befordringsgodtgørelse og kan fastsætte nærmere regler om administrationen af stk. 1 og 2, herunder regler om undtagelsestilfælde og hvorledes den normale transportvej fastlægges.

Den foreslåede tilføjelse er en bemyndigelsesbestemmelse, der vil muliggøre, at sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler for

befordringsgodtgørelse, herunder regler for visitation til befordring og befordringsgodtgørelse samt fastlægge de nærmere rammer for udmøntningen af de foreslåede ændringer af § 173, stk. 1 og 2.

For så vidt angår bestemmelsens 1. pkt. vil bemyndigelsen indebære, at sundhedsministeren fastsætter regler for, hvem der kan visitere til befordring eller befordringsgodtgørelse, herunder kommuners og regioners muligheder for delegation af opgaven, samt sætte rammerne for, hvor længe visitationen kan gælde. Der vil f.eks. kunne gives mulighed for, at relevante sundhedsfaglige eller administrative medarbejdere kan bidrage til visitationen i det omfang, det er forsvarligt. Der kan også gives mulighed for, at f.eks. borgere med langvarige lidelser eller kroniske sygdomme visiteres til befordring over en periode, f.eks. 1 år, for at mindske behovet for genvisitation som beskrevet i lovforslagets almindelige bemærkninger til § 173, stk. 3.

Den foreslåede bemyndigelse i bestemmelsens 1. pkt. vil også give sundhedsministeren mulighed for at fastsætte nærmere regler for visitation af befordring til ledsagere, herunder hvem der i den sammenhæng vil kunne kvalificeres som ledsager. Det kan f.eks. være under hensyntagen til, at en ledsager skal kunne støtte patienten i forbindelse med transport eller behandling.

For så vidt angår bestemmelsens 2. pkt. vil bemyndigelsen indebære, at sundhedsministeren vil kunne fastsætte nærmere regler om administrationen af stk. 1 og 2, herunder regler om, hvorledes den normale transportvej fastlægges. 2. pkt. indebærer yderligere, at sundhedsministeren vil få bemyndigelse til at fastsætte betingelser for undtagelsestilfælde. Sundhedsministeren vil i medfør af bemyndigelsen i 2. pkt. kunne fastsætte regler, der gør det muligt for patienter at modtage fuld refusion af færge- og broafgifter samt for brug af offentlig transport mod fremvisning af dokumentation, såfremt den faktiske dokumenterede befordringsudgift overstiger taksten. Bemyndigelsen vil også give sundhedsministeren mulighed for at fastsætte regler om, at faktiske udgifter til taxa og lignende kan godtgøres, hvor dette udgør det efter forholdene billigste, forsvarlige befordringsmiddel. Derudover vil bemyndigelsen i bestemmelsens 2. pkt. medføre, at sundhedsministeren vil kunne fastsætte nærmere regler for godtgørelse ved overnatning uden for eget hjem for at mindske risikoen for overkompensation som beskrevet i lovforslagets almindelige bemærkninger til § 173 stk. 3. Dette kan f.eks. ske ved, at kommunalbestyrelsen eller regionsrådet vil få mulighed for at kunne vælge at reducere time- og dagpenge efter Finansministeriets cirkulære om måltidsfradrag i Danmark,

på Færøerne, i udlandet og i Grønland m.v., hvis patienten får gratis måltider i tilknytning til opholdet.

Den foreslåede bestemmelse vil desuden give sundhedsministeren bemyndigelse til at fastsætte regler for, hvor patienter kan transporteres til og fra efter stk. 1, jf. de almindelige bemærkninger til § 173, stk. 3.

Den foreslåede bemyndigelse vil indebære, at sundhedsministeren kan fastsætte regler, der gør det muligt at yde befordring til og fra relevante opholdssteder inden for patientens bopælskommune efter §§ 170 og 172 eller region efter § 171 ud over vedkommendes folkeregisteradresse. Sundhedsministeren vil eksempelvis kunne fastsætte, at befordring som udgangspunkt skal ske mellem behandlingsstedet og patientens bopæl samt nærmere definere, hvilke opholdssteder kan defineres som bopæl. Sundhedsministeren vil yderligere få bemyndigelse til at fastsætte regler for tilfælde, hvor patienter kan befordres til andre relevante opholdssteder end bopæl inden for den pågældende region eller kommune, såfremt det vurderes relevant, eksempelvis pårørendes bopæl eller lignende.

Relevante opholdssteder er steder, hvor patienten kan have ophold i en kortere eller længere periode, og som passer til vedkommendes behov eller situation. Det kan f.eks. være behov i forhold til støtte, behandling, tryghed eller trivsel. Ligeledes kan bestemte relevante opholdssteder udgøre patientens bopæl. Det kan f.eks. være hospice, sundheds- og omsorgspladser, pladser for børn i støtteophold eller privat familiepleje, aflastningspladser, ventepladser, botilbud, herberger eller krisecentre. Derudover kan der, ved konkret vurdering, også ydes befordring til andre relevante steder, såsom pårørendes bopæl.

Sundhedsministeren vil også kunne fastsætte regler, der giver borgere ret til godtgørelse af deres befordringsudgifter, hvis de transporterer sig til et andet sted i den pågældende region eller kommune end folkeregisteradresse, såfremt det vurderes relevant. Det vil f.eks. kunne være pga. borgerens behov i forhold til støtte, behandling, tryghed eller trivsel. Den nye bemyndigelse vil give sundhedsministeren mulighed for at fastsætte, at borgere eksempelvis vil kunne modtage befordringsgodtgørelse svarende til befordringsudgiften til borgerens folkeregisteradresse.

Den nye ordlyd giver også mulighed for, at sundhedsministeren kan fastsætte de nærmere regler for transport på tværs af administrative enheder og opgaver. Det kan f.eks. være patienter, der modtager behandling, har

ophold eller lignende både i kommunalt og regionalt regi, eller som behandles på tværs af regionsgrænser.

Til nr. 10

Det fremgår af § 173, stk. 4, at befordring eller befordringsgodtgørelse, der ydes efter §§ 170 og 171, kun kan forlanges tilbage til det midlertidige opholdssted, medmindre andet følger af aftaler eller traktatlige forpligtelser.

Det foreslås, at der i *§ 173, stk. 4,* der bliver stk. 5, *1. pkt.,* efter ordene »kun forlanges tilbage til det midlertidige opholdssted, medmindre« indsættes » et andet sted inden for den pågældende region eller kommune efter omstændighederne findes mere relevant, eller« og at der efter 1. pkt. indsættes et nyt punktum, hvorefter sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for befordring og befordringsgodtgørelse til og fra et midlertidigt opholdssted.

De foreslåede ændringer vil indebære, at udgangspunktet om, at der kun kan ydes befordring til og fra det oprindelige midlertidige opholdssted jf. de almindelige bemærkninger til lovforslagets § 173, stk. 4, suppleres med en undtagelse i situationer, hvor det ikke er hensigtsmæssigt, og et andet sted inden for den pågældende region eller kommune efter omstændighederne findes mere relevant.

Den foreslåede tilføjelse af et nyt 2. pkt. er en bemyndigelsesbestemmelse, hvorefter sundhedsministeren vil kunne fastsætte regler, der gør det muligt at yde befordring til og fra relevante opholdssteder inden for den pågældende region eller kommune. Relevante opholdssteder er steder, hvor patienten kan have ophold i en kortere eller længere periode, og som passer til vedkommendes behov eller situation. Det kan f.eks. være behov i forhold til støtte, behandling, tryghed eller trivsel. Relevante opholdssteder er f.eks. bopæl eller pårørendes bopæl. Listen er ikke udtømmende, og der kan derfor ved en konkret vurdering også ydes befordring til andre relevante opholdssteder eller steder, der understøtter et eventuelt behov for videre transport som f.eks. en togstation eller busterminal.

Den foreslåede tilføjelse af et nyt 2. pkt. vil gøre det muligt at ændre nugældende regler, efter hvilke patienter, der modtager befordring eller befordringsgodtgørelse fra et midlertidigt opholdssted, udelukkende kan blive transporteret tilbage til samme midlertidige opholdssted.

Den foreslåede tilføjelse vil forbedre forholdene for borgere, der f.eks. som følge af et trafikuheld transporteres til et sygehus, og som under gældende regler kun kan transporteres tilbage til ulykkesstedet efter endt behandling. Med den nye bemyndigelse kan sundhedsministeren fastsætte regler for, at borgere vil kunne transporteres til et andet sted inden for pågældende region eller kommune, såfremt det vurderes relevant. Sundhedsministeren vil kunne definere nærmere, hvilke andre steder inden for pågældende region eller kommuner, en borger vil kunne transporteres til.

Bemyndigelsen vil desuden give sundhedsministeren mulighed for at fastsætte regler om, at patienter har ret til godtgørelse af deres befordringsudgifter svarende til befordringsudgiften til det oprindelige midlertidige opholdssted, hvis patienten efter endt behandling selv står for hjemtransporten.

De foreslåede ændringer vil også medføre, at sundhedsministeren vil kunne fastsætte nærmere kriterier for og hensyn, der kan indgå i vurderingen af, hvorvidt der kan ydes befordring eller befordringsgodtgørelse til et andet sted end udgangspunktet.

Bemyndigelsen vil, ligesom er tilfældet for de gældende bemyndigelser beskrevet i pkt. 3.3.2.2. i de almindelige bemærkninger, kunne anvendes til at fastsætte nærmere regler om befordring og befordringsgodtgørelse ifm. behandling i et andet EU- eller EØS-land eller i forhold til personer med ret til sundhedslovens ydelser, uagtet at de ikke har bopæl her i landet.

Til nr. 11

Det fremgår af § 246 a, stk. 1, i sundhedsloven, at staten yder et tilskud til regionerne til brug for aftaler mellem regionsråd og kommunalbestyrelser om økonomiske tilsagn til varetagelse af kommunale sundhedsydelser i medfør af § 118 c, stk. 1-4. Tilskuddets størrelse fastsættes årligt af finansministeren med tilslutning fra Folketingets Finansudvalg.

Det foreslås, at der i *§ 246 a, stk. 1,* ændres »§ 118 c, stk. 1-4« til: » § 118 c, stk. 1 og 3-5«

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at aftaler indgået mellem regionsrådet og kommunalbestyrelsen, på de områder som vil blive reguleret ved sundhedsministerens bemyndigelse i § 118 c, stk. 2, ikke vil blive omfattet af de fastsatte reguleringer af det statslige tilskud til

kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene, som reguleret i § 246 a stk. 1-3.

Den statslige styringsmekanisme i det statslige tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene, som udbetales til regionerne efter § 246 a stk. 1, er alene tiltænkt den særskilte økonomiske ramme til sundhedsrådenes investeringer i kommunale sundhedsindsatser. Det findes derfor ikke relevant, at sundhedsrådene vil skulle pålægges de samme reguleringer for midler som ikke udbetales som led i det statslige tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene.

Til nr. 12

Det fremgår af § 246 a, stk. 3, i sundhedsloven, at sundhedsministeren fastsætter regler om revision af tilskuddet efter stk. 1 og i henhold til § 118 c, stk. 1 og 2.

Det foreslås, at der i *§ 246 a stk. 3* ændres »§ 118 c, stk. 1 og 2« til: » § 118 c, stk. 1 og 3«

Den foreslåede bestemmelse vil medføre, at aftaler indgået mellem regionsrådet og kommunalbestyrelsen, på de områder som vil blive reguleret i sundhedsministerens bemyndigelse i § 118 c, stk. 2, ikke vil blive omfattet af de fastsatte regler om revision af tilskuddet efter § 246 a, stk. 3.

Den statslige styringsmekanisme i det statslige tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene, som udbetales til regionerne efter § 246 a, stk. 1, er alene tiltænkt den særskilte økonomiske ramme til sundhedsrådenes investeringer i kommunale sundhedsindsatser. Det findes derfor ikke relevant, at sundhedsrådene pålægges de samme reguleringer for midler som ikke udbetales som led i det statslige tilskud til kommunernes sundhedsindsats via sundhedsrådene.

Til nr. 13

Det fremgår af nugældende § 263, at bopælskommunen afholder udgifter til befordring i forbindelse med genoptræning efter §§ 139 a og 139 b og §168, stk. 1.

Det foreslås, at der i *§ 263* efter » i forbindelse med genoptræning« indsættes: » på basalt, avanceret og specialiseret niveau «.

Den foreslåede ændring vil medføre, at kun udgifter til befordring eller befordringsgodtgørelse til genoptræning på basalt niveau, genoptræning på avanceret niveau og genoptræning på specialiseret niveau efter §§ 139 a og b og § 168, stk. 1, afholdes af kommunalbestyrelsen.

Den foreslåede ændring vil medføre, at kommunerne fremover vil afholde udgifter til befordring og befordringsgodtgørelse til genoptræning på de nævnte niveauer. Det vil mindske risikoen for, at der opstår uenighed mellem kommuner og regioner omkring behovene i forbindelse med befordring til specialiseret rehabilitering.

Til nr. 14

Det fremgår af nugældende § 263, at bopælskommunen afholder udgifter til befordring i forbindelse med genoptræning efter §§ 139 a og 139 b og §168, stk. 1.

Det foreslås, at der i *§ 263* tilføjes et nyt *stk. 2,* hvorefter regionsrådet afholder udgifter til befordring og befordringsgodtgørelse til specialiseret rehabilitering efter § 139 b og § 168, stk. 1. Dermed samles finansieringsansvaret for befordring og befordringsgodtgørelse med ansvaret for specialiseret rehabilitering.

Til § 2

Det foreslås i *stk. 1,* at loven træder i kraft den 1. juli 2027.

Det foreslås i *stk. 2*, at § 1, nr. 3-5, 11 og 12, træder i kraft den 1. maj 2027. Det foreslås i *stk. 3-5* at fastsætte overgangsbestemmelser for eksisterende samarbejder.

Det foreslås i *stk. 3,* at følgende samarbejder om fælles opgaveløsning omfattet af sundhedslovens § 6 b, stk. 1, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 1, der er oprettet i overensstemmelse med de hidtil gældende regler, ikke skal godkendes efter regler udstedt i medfør af § 6 c, stk. 1, jf. dog stk. 4 og 5:
1) Samarbejder i selskabsform, hvor selskabet er etableret før lovens ikrafttræden, jf. stk. 1.
2) Samarbejder baseret på kontrakter, der er trådt i kraft før lovens ikrafttræden, jf. stk. 1.

3) Andre samarbejder, hvor den fælles opgaveløsning er påbegyndt før lovens ikrafttræden, jf. stk. 1.

Undtagelsen vil indebære, at de deltagende regionsråd og kommunalbestyrelser ikke vil være forpligtet til at indhente godkendelse af eksisterende samarbejder efter den foreslåede § 6 c, stk. 1, alene fordi loven er trådt i kraft.

Det foreslås i *stk. 4*, at hvis der foretages ændringer i samarbejder omfattet af stk. 3, der medfører indskrænkninger i regionsrådets eller kommunalbestyrelsens beføjelser, skal det samlede samarbejde uanset stk. 3 godkendes efter regler udstedt i medfør af den foreslåede § 6 c, stk. 1 og 3.

Bestemmelsen vil indebære, at den undtagelse fra godkendelseskravet, som følger af stk. 3, ikke vil kunne bevares, hvis et eksisterende samarbejde ændres på en måde, der indskrænker regionsrådets eller kommunalbestyrelsens beføjelser. I så fald vil hele det ændrede samarbejde skulle godkendes efter de regler, der udstedes i medfør af den foreslåede § 6 c, stk. 1 og 3, herunder eventuelle regler om vilkår for godkendelsen og dennes ophævelse.

Det foreslås i *stk. 5*, at sundhedsministeren uanset stk. 3 kan fastsætte regler om, at samarbejder omfattet af stk. 3 skal godkendes efter regler udstedt i medfør af den foreslåede § 6 c, stk. 1 og 3.

Bestemmelsen vil give sundhedsministeren mulighed for at lade godkendelseskravet omfatte også eksisterende samarbejder, der ellers er undtaget efter stk. 3, navnlig i den situation, hvor der indføres nye krav til godkendelsen efter den foreslåede § 6 c, stk. 3, f.eks. krav om fastsættelse af vilkår for godkendelsens ophævelse. Herved vil det blive sikret, at sundhedsministeren kan lade sådanne nye krav omfatte også eksisterende samarbejder, selv om disse efter stk. 3 som udgangspunkt ikke skal godkendes på ny.

Den foreslåede bemyndigelse i sundhedslovens § 118 c, stk. 2, vil træde i kraft den 1. maj 2027, jf. lovforslagets § 2, stk. 2. Sundhedsministeren vil fra dette tidspunkt kunne fastsætte regler om, at regionsrådet kan give økonomisk tilsagn om medfinansiering af nærmere bestemte kommunale ydelser ud over de ydelser, der er nævnt i § 118 c, stk. 1.

Til § 3

Det foreslås, at loven ikke skal gælde for Færøerne og Grønland.

[Det følger af sundhedslovens § 278, stk. 1, jf. lovbekendtgørelse nr. 275 af 12. marts 2025, at sundhedsloven ikke gælder for Færøerne og Grønland. Det følger dog af sundhedslovens § 278, stk. 2 og 3, at en række af lovens kapitler og bestemmelser ved kongelig anordning kan sættes helt eller delvis i kraft for Færøerne og Grønland med de ændringer, som de færøske og grønlandske forhold tilsiger. De foreslåede ændringer af sundhedsloven i lovforslagets § 1 vedrører bestemmelser, der ikke er omfattet af sundhedslovens § 278, stk. 2 og 3, og dermed ikke kan sættes i kraft for Færøerne og Grønland, hvorfor lovforslagets ændringer af sundhedsloven ikke skal kunne sættes i kraft for Færøerne og Grønland.]

Bilag 1

Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

Gældende formulering	*Lovforslaget*
	§ 1 1. Efter kapitel 1 indsættes: »Kapitel 1 a Samarbejde mellem regioner, kommuner, private m.v. på sundhedsområdet **§ 6 b.** Et eller flere regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser kan indbyrdes og i fællesskab med andre offentlige myndigheder, private virksomheder, organisationer og foreninger samt fonde løse 1) opgaver efter [kapitel 15 b], afsnit VI, IX, XI, XII og XIV-XVI, og 2) opgaver, der har tilknytning til de i nr. 1 nævnte opgaver, og som regionsråd eller kommunalbestyrelse lovligt kan varetage efter anden lovgivning. *Stk. 2.* Regionsråd og kommunalbestyrelser kan alene deltage i fælles løsning af opgaver efter stk. 1, når den fælles opgaveløsning tillige varetager opgaver, som det pågældende regionsråd eller den pågældende kommunalbestyrelse lovligt kan varetage. *Stk. 3.* Regionsråd og kommunalbestyrelser kan påtage sig de udgifter, der er forbundet med fælles løsning af opgaver efter stk. 1. *Stk. 4.* Fælles løsning af opgaver efter stk. 1 skal overholde forskrifter udstedt i medfør af § 6 c, stk. 1 og 3. Deltagerne i den fælles opgaveløsning beslutter formen for samarbejdets organisering og kan herunder beslutte, at opgaveløsningen skal ske i en af de former, der er behandlet i §§ 6 d og 6 e.

	Stk. 5. Er en sundhedsydelse omfattet af lov om forpligtende kommunale samarbejder, og er kommunalbestyrelser i medfør af lov om forpligtende kommunale samarbejder pålagt at samarbejde med hinanden om levering af sundhedsydelsen, skal både den bemyndigede og den delegerende kommunalbestyrelse være parter i den fælles løsning af opgaver efter stk. 1 for så vidt angår levering af sundhedsydelsen i den kommune, hvis kommunalbestyrelse efter lov om forpligtende kommunale samarbejder ikke må varetage udøvelsen af opgaven. *Stk. 6.* Regionsråd og kommunalbestyrelser skal hver især offentliggøre oplysninger om fælles løsning af opgaver omfattet af stk. 1, hvis den fælles opgaveløsning omfatter ydelser, der i et vist omfang er rettet mod borgere og private virksomheder m.v. Offentliggørelse skal ske uden unødigt ophold og om muligt senest en måned inden ikrafttræden af en aftale om fælles løsning af opgaver efter stk. 1. *Stk. 7.* Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om, at der ikke kan samarbejdes om bestemte opgaver, som ellers er omfattet af stk. 1, at der ikke kan anvendes visse samarbejdsformer til løsningen af bestemte opgaver, eller at visse parter ikke kan deltage i samarbejdet om løsningen af bestemte opgaver. *Stk. 8.* Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om, hvilke fælles opgaveløsninger der er omfattet af stk. 6, herunder regler om, at bestemte fælles opgaveløsninger ikke er omfattet af pligten til offentliggørelse, og om offentliggørelsens form og indhold.

	§ 6 c. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om, i hvilket omfang fælles løsning af opgaver efter § 6 b, stk. 1, der medfører indskrænkninger i regionsrådets eller kommunalbestyrelsens beføjelser, skal godkendes af ministeren, herunder om, at kravet om godkendelse alene gælder nærmere former for fælles løsning af opgaver, jf. dog stk. 2. *Stk. 2.* Fælles løsning af opgaver efter § 6 b, stk. 1, der opfylder kriterierne i revisorlovens § 1 a, nr. 4, kræver uanset stk. 1 ikke godkendelse fra sundhedsministeren. *Stk. 3.* Sundhedsministeren kan fastsætte regler om fremgangsmåden og vilkår for godkendelse i medfør af regler udstedt efter stk. 1, herunder om, at regionsråd og kommunalbestyrelser som led i fælles opgaveløsning, der kræver godkendelse efter regler udstedt i medfør af stk. 1, skal fastsætte vilkår om ophævelse og vilkårene herfor, og at disse vilkår skal godkendes af ministeren. **§ 6 d.** Fælles opgaveløsning efter § 6 b kan ske i selskabsform. *Stk. 2.* Ansvaret for at tildele en sundhedsydelse kan overdrages til et selskab omfattet af stk. 1, hvis dette varetages i tilknytning til opgaven med at levere sundhedsydelsen, og hvis der ikke deltager private virksomheder, organisationer og foreninger samt fonde i den fælles opgaveløsning. Ansvaret i øvrigt for opgaven kan ikke overdrages. *Stk. 3.* Sundhedsministeren kan fastsætte regler om vedtægter for selskaber omfattet af stk. 1, herunder om den tilladte periode fra vedtægternes vedtagelse til et selskabs etablering og om selskabets opløsning.

	§ 6 e. Fælles opgaveløsning efter § 6 b kan ske ved, at et eller flere regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser i overensstemmelse med udbudslovens § 15 indgår en kontrakt om samarbejde. Kontrakten kan tillige indgås mellem regionsråd indbyrdes eller kommunalbestyrelser indbyrdes. *Stk. 2.* I en kontrakt om samarbejde omfattet af stk. 1 kan parterne aftale, at en part varetager driften af opgaver på vegne af en anden part, herunder ansvaret for at tildele en sundhedsydelse, hvis dette varetages i tilknytning til opgaven med at levere sundhedsydelsen. Ansvaret i øvrigt for opgaven kan ikke overdrages. *Stk. 3.* Indebærer kontrakten, at der overdrages opgaver, jf. stk. 2, afholder overdrageren af opgaverne modtagerens udgifter ved udførelsen af de overdragne opgaver. *Stk. 4.* Sundhedsministeren kan fastsætte regler om kontrakter omfattet af stk. 1, herunder om den tilladte periode fra kontraktens indgåelse indtil dens ikrafttræden, kontraktens gyldighedsperiode og parternes adgang til at opsige kontrakten. *Stk. 5.* Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om beregning og afholdelse af udgifter efter stk. 3.«
§ 78. --- *Stk. 3.* Et regionsråd kan samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder, herunder i selskabsform, om løsningen af fælles opgaver efter afsnit VI, XI, XII og XIV-XVI og opgaver, der har tilknytning hertil, og som regionsrådet lovligt kan varetage efter anden lovgivning, samt påtage sig dermed forbundne udgifter, jf. dog stk. 4.	2. *§ 78, stk. 3-7*, ophæves.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at samarbejder som nævnt i stk. 3, der medfører indskrænkninger i regionsrådets beføjelser, skal godkendes af ministeren, herunder om, at kravet om godkendelse alene gælder nærmere former for samarbejde. *Stk. 5.* Et samarbejde, som efter regler fastsat i medfør af stk. 4 kræver godkendelse, anses for godkendt, medmindre regionsrådet modtager afslag på godkendelse, inden 1 måned efter at indenrigs- og sundhedsministeren har modtaget orientering fra regionsrådet om samarbejdet. *Stk. 6.* Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om proceduren for godkendelse i medfør af regler udstedt efter stk. 4, herunder om orientering af ministeren, om, hvilke oplysninger orienteringen skal indeholde, og om udsættelse af fristen, såfremt de nødvendige oplysninger ikke foreligger ved orienteringen. *Stk. 7.* En kommunalbestyrelse kan deltage i samarbejder efter stk. 3, når samarbejdet tillige varetager opgaver, som kommunerne lovligt kan varetage. En kommunalbestyrelses deltagelse i et samarbejde med regionsråd og andre kommunalbestyrelser, der medfører indskrænkning i kommunalbestyrelsens beføjelser, skal godkendes af indenrigs- og sundhedsministeren efter proceduren i stk. 5 og regler fastsat i medfør af stk. 4.	
§ 78 *Stk. 8.* Et regionsråd kan efter indenrigs- og sundhedsministerens godkendelse påtage sig opgaver og dermed forbundne udgifter, som ikke er omfattet af denne lov, såfremt det har væsentlig betydning for varetagelsen af	§ *78, stk. 8* bliver til *stk. 3.*

regionsrådets opgaver efter afsnit VI, XI, XII og XIV-XVI.	
§ 118 c	3. I *§ 118 c* indsættes efter stk. 1 som et nyt stykke: »*Stk. 2.* Sundhedsministeren kan efter forhandling med vedkommende minister fastsætte regler om, at regionsrådet ud over de i stk. 1 nævnte ydelser kan give økonomisk tilsagn om medfinansiering af nærmere bestemte kommunale ydelser «. Stk. 2-5 bliver herefter stk. 3-6.
§ 118 c *Stk. 2.* Et regionsråd kan i medfør af stk. 1 indgå aftale om betingelserne for et tilsagn, herunder kommunernes tilrettelæggelse af sundhedsydelser efter dette afsnit.	4. I *§ 118 c, stk. 2,* ændres »stk. 1,« til: »stk. 1 og 2,«.
§ 118 c *Stk. 4.* Efter aftale med samtlige kommunalbestyrelser i et sundhedsråd kan et regionsråd anvende de økonomiske minimumsrammer efter stk. 3 til regionale sundhedsydelser.	5. I *§ 118 c, stk. 4,* ændres »stk. 3,« til: »stk. 4,«.
§ 118 d Et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser i den pågældende region kan i overensstemmelse med udbudslovens § 15 indgå en kontrakt om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, jf. reglerne i dette afsnit. I en kontrakt om samarbejde efter 1. pkt. vil et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser kunne overdrage driften af opgaver mellem hinanden, herunder kan ansvaret for at tildele sundhedsydelsen overdrages, hvis det overdrages i tilknytning til opgaven med at levere en sundhedsydelse. Ansvaret i øvrigt for opgaven kan dog ikke overdrages. *Stk. 2.* Er en sundhedsydelse omfattet af lov om forpligtende kommunale samarbejder, og er kommunalbestyrelser i	6. *§ 118 d* ophæves.

medfør af lov om forpligtende kommunale samarbejder pålagt at samarbejde med hinanden om levering af sundhedsydelsen, skal både den bemyndigede og den delegerende kommunalbestyrelse være parter i en kontrakt efter stk. 1 om levering af sundhedsydelsen i den kommune, hvis kommunalbestyrelse efter lov om forpligtende kommunale samarbejder ikke må varetage udøvelsen af opgaven. *Stk. 3*. Indebærer kontrakten, at der overdrages opgaver, jf. stk. 1, afholder overdrageren af opgaverne modtagerens udgifter ved udførelsen af de overdragne opgaver. *Stk. 4*. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kontrakter omfattet af stk. 1, herunder om den tilladte periode fra kontraktens indgåelse indtil dens ikrafttræden, kontraktens gyldighedsperiode, parternes adgang til at kunne opsige kontrakten og meddelelse til indenrigs- og sundhedsministeren om indgåelse af kontrakten. *Stk. 5*. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om beregning og afholdelse af udgifterne efter stk. 3.	
§ 172. Kommunalbestyrelsen yder befordring eller befordringsgodtgørelse til genoptræning til personer, der har behov for genoptræning efter endt behandling på sygehus, jf. §§ 139 a og 139 b og § 168, stk. 1. Befordringen eller befordringsgodtgørelsen ydes efter reglerne i § 171.	**7.** I *§ 172, 1. pkt.* indsættes efter »genoptræning til personer, der har behov for genoptræning«: » på basalt, avanceret eller specialiseret niveau «.
§ 172.	**8.** I *§ 172* indsættes som nyt stykke: »Stk. 2. Regionsrådet yder befordring eller befordringsgodtgørelse til genoptræning til personer, der har behov for rehabilitering på specialiseret niveau efter endt behandling på sygehus, jf. § 139 b og § 168, stk. 1.

	Befordringen eller befordringsgodtgørelsen ydes efter reglerne i § 171.«
§ 173. Befordring, for hvilken der ydes godtgørelse efter § 170, skal ske med det efter forholdene billigste forsvarlige befordringsmiddel og ydes kun, når befordringsudgiften til behandlingsstedet overstiger en af sundhedsministeren fastsat grænse. *Stk. 2.* Befordring, for hvilken der ydes godtgørelse efter §§ 171 og 172, skal ske med det efter forholdene billigste forsvarlige befordringsmiddel og ydes kun, når befordringsudgiften eller afstanden til behandlingsstedet overstiger en af sundhedsministeren fastsat grænse. *Stk. 3.* Nærmere regler om ydelse af befordring og befordringsgodtgørelse og dækning af andre nødvendige rejseudgifter i forbindelse hermed fastsættes af indenrigs- og sundhedsministeren. *Stk. 3-4--*	**9.** *§ 173, stk. 1 og stk. 2,* ophæves, og i stedet indsættes: »Befordringsgodtgørelse efter §§ 170, 171 og 172 ydes, når de samlede udgifter til transport til og fra behandlingsstedet overstiger en minimumsbeløbsgrænse, som fastsættes af sundhedsministeren. *Stk. 2.* Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om beregning af godtgørelse efter stk. 1. *Stk. 3.* Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for visitation til befordring eller befordringsgodtgørelse. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om administrationen af stk. 1 og 2, herunder regler om undtagelsestilfælde og hvorledes den normale transportvej fastlægges.« Stk. 3 og 4 bliver herefter stk. 4 og 5.
§ 173. *Stk. 4.* Når der anmodes om befordring eller befordringsgodtgørelse efter §§ 170 og 171 fra et midlertidigt opholdssted, kan befordring eller befordringsgodtgørelse ved hjemtransport kun forlanges tilbage til det midlertidige opholdssted, medmindre andet følger af aftaler eller af traktatlige forpligtelser.	**10.** I *§ 173, stk. 4, 1. pkt.,* der bliver stk. 5, 1. pkt. indsættes efter »kun forlanges tilbage til det midlertidige opholdssted, medmindre«: »et andet sted inden for den pågældende region eller kommune efter omstændighederne findes mere relevant, eller« og efter 1 pkt., indsættes som nyt punktum: »Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for befordring og befordringsgodtgørelse til og fra et midlertidigt opholdssted.«
§ 246 a. Staten yder et tilskud til regionerne til brug for aftaler mellem regionsråd og kommunalbestyrelser om økonomiske	11.»§ 118 c, stk. 1-4« ændres til: » § 118 c, stk. 1 og 3-5«.

tilsagn til varetagelse af kommunale sundhedsydelser i medfør af § 118 c, stk. 1-4. Tilskuddets størrelse fastsættes årligt af finansministeren med tilslutning fra Folketingets Finansudvalg.	
§ 246 a. *Stk. 3.* Sundhedsministeren fastsætter regler om revision af tilskuddet efter stk. 1 og i henhold til § 118 c, stk. 1 og 2.	12. »§ 118 c, stk. 1 og 2« ændres til: » § 118 c, stk. 1 og 3«.
§ 263. Bopælskommunen afholder udgifter til befordring i forbindelse med genoptræning efter §§ 139 a og 139 b og § 168, stk. 1.	13. I § 263 indsættes efter »i forbindelse med genoptræning «: » på basalt, avanceret og specialiseret niveau «.
§ 263.	14. I § 263 indsættes efter stk. 1 som et nyt stykke: »Regionsrådet afholder udgifter til befordring i forbindelse med specialiseret rehabilitering efter § 139 b og § 168, stk. 1. «
	§ 2
	Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. juli 2027, jf. dog stk. 2. *Stk. 2.* § 1, nr. 3-5, 11 og 12, træder i kraft den 1. maj 2027. *Stk. 3.* Følgende samarbejder om fælles opgaveløsning omfattet af sundhedslovens § 6 b, stk. 1, som affattet ved denne lovs § 1, nr. 1, der er oprettet i overensstemmelse med de hidtil gældende regler, skal ikke godkendes efter regler udstedt i medfør af § 6 c, stk. 1, jf. dog stk. 4 og 5: 1) Samarbejder i selskabsform, hvor selskabet er etableret før lovens ikrafttræden, jf. stk. 1. 2) Samarbejder baseret på kontrakter, der er trådt i kraft før lovens ikrafttræden, jf. stk. 1. 3) Andre samarbejder, hvor den fælles opgaveløsning er påbegyndt før lovens ikrafttræden, jf. stk. 1.

	Stk. 4. Hvis der foretages ændringer i samarbejder omfattet af stk. 3, der medfører indskrænkninger i regionsrådets eller kommunalbestyrelsens beføjelser, skal det samlede samarbejde uanset stk. 3 godkendes efter regler udstedt i medfør af § 6 c, stk. 1 og 3. *Stk. 5.* Sundhedsministeren kan uanset stk. 3 fastsætte regler om, at samarbejder omfattet af stk. 3 skal godkendes efter regler udstedt i medfør af § 6 c, stk. 1 og 3.
	§ 3 Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.