

## **Afrapportering fra arbejdsgruppe om afdækning af barrierer for sammenhængende patientforløb – Samdrift (fælles finansiering og fælles ledelse)**

### **1. Indledning**

Sammenhængen på tværs af indsatser i sundhedsvæsenet er en fortsat udfordring, der ikke bliver mindre af, at der i de kommende år bliver flere ældre og dermed også flere med én eller flere kroniske sygdomme, som har behov for indsatser fra både sygehus, praktiserende læge og kommune. Samtidig sker der i disse år en stigning i antallet af borgere med psykiske lidelser, som ofte har behandlingsforløb på tværs af sektorer og i øvrigt ofte har behov for sociale og beskæftigelsesrettede indsatser.

Sundhedsvæsenet er organiseret sådan, at regionerne har ansvaret for at udføre visse opgaver og kommunerne andre opgaver. Der er i dag ikke mulighed for, at regionerne kan varetage andre opgaver på sundhedsområdet end dem, der henlagt til regionerne i lovgivningen. Det betyder, at regionerne fx ikke kan varetage sundhedsopgaver, som kommunerne er ansvarlige for. Tilsvarende har kommunerne ikke mulighed for at varetage sundhedsopgaver, der i lovgivningen er henlagt til regionerne.

Det overordnede ansvar for varetagelse af behandlingen af en borger i de forskellige dele af sundhedsvæsenet vil således altid kunne føres tilbage til én ansvarlig myndighed, som er den myndighed, der har det politiske ansvar for opgaven. Kommuner og regioner kan derfor som udgangspunkt ikke overtage ansvaret for at løse opgaver i sundhedsvæsenet fra hinanden.

For at bidrage til at skabe en bedre sammenhæng om de fælles patienter er det blandt andet derfor et krav, at regioner og kommunerne i regionen udarbejder sundhedsaftaler om de patienter, der har behov for sundhedsydelser fra både kommunen og regionen. Sundhedsaftalerne skal være med til at understøtte sammenhæng på tværs af sygehuse, kommuner og praktiserende læger i forhold til den behandling og indsats patienten har behov for.

Kommuner og regioner har allerede i dag fokus på at skabe og afprøve forskellige modeller for samarbejdet på tværs af de to sektorer. Det drejer sig blandt andet om samarbejdsmodeller, hvor kommuner og regioner i fællesskab har forsøgt at oprette fælles funktioner med fx fælles finansiering og fælles ledelse. Sådanne samarbejder er (navnlig) relevant på områder i sundhedsvæsenet, hvor regioner og kommuner yder behandling til de samme grupper af patienter. Eksempelvis i forhold til patienter med kronisk sygdom, ældre medicinske patienter og patienter med tilknytning til såvel behandlings- som socialpsykiatrien. Og det er sådanne fælles funktioner, der er potentielle i at udvikle yderligere – og på flere områder end i dag – i de kommende år.

Regioner og kommuner oplever imidlertid, at man i forsøget på at gå sammen omkring oprettelse og etablering af fælles funktioner eller ved andre modeller for samarbejde på tværs af sektorerne, støder på en række lovgivningsmæssige barrierer. Barrierer, der ofte

bunder i det grundlæggende opgavefordelingsprincip, der begrænser mulighederne for at løse opgaver for hinanden.

Der er i dag en række muligheder inden for de gældende lovgivningsmæssige rammer for at samarbejde om at løse opgaver i fællesskab mellem regioner og kommuner.

Der er imidlertid behov for at få skabt klarhed over, hvilke barrierer og muligheder, der er i lovgivningen i dag med henblik på dernæst at vurdere, om de identificerede barrierer kan fjernes og om eventuelle løsninger potentielt ville kunne skabe mulighed for i højere grad end i dag at udbrede brugen af og anvende fælles funktioner og samdrift over hele landet.

## 2. Baggrund

Med aftale om regionernes økonomi for 2018 blev regeringen og Danske Regioner enige om, at der var behov for at gennemføre en fælles afdækning af barrierer for sammenhængende patientforløb. I aftalen om regionernes økonomi for 2018 lyder det således:

*"Parterne er enige om behovet for en ambitiøs og målrettet opfølgning på analyserne<sup>1</sup>. Som led heri skal der igangsættes en fælles afdækning af, hvilke nuværende rammer og regler, som eventuelt danner barrierer for sammenhængende patientforløb, herunder adgangen til at anvende data til planlægning af og opfølgning på sammenhængende patientforløb mv. Arbejdet skal bidrage til at sikre bedre overgange på tværs af sektorer, jf. regeringens udspil til sammenhængsreform."*

Af kommissorium for afdækning af barrierer for sammenhængende patientforløb<sup>2</sup> fremgår, at afdækningen eksempelvis skal identificere nationale rammer og regler, der i dag udgør barrierer for integrerede sundhedstilbud med henblik på at understøtte nye organiseringsformer og tættere samarbejder mellem region, herunder praksissektoren, og kommune. Det kan også omhandle en styrket adgang til at anvende data til planlægning af og opfølgning på sammenhængende patientforløb samt til udveksling af oplysninger mellem sundhedspersoner i regionerne og medarbejdere i de kommunale tilbud, så der sikres det bedst mulige forløb for patienten.

Desuden fremgår, at afdækningen samtidig skal identificere eventuelle juridiske barrierer på sundhedsområdet, der står i vejen for at kunne iværksætte hensigtsmæssige sundhedsindsatser i form af samarbejde mellem sygehuse og praksissektor, samt ideer og initiativer for bl.a. øget samarbejde mellem region og kommune. Arbejdet tager dermed udgangspunkt i et tværsektorielt samarbejde med fokus på juridiske barrierer i relevant lovgivning og skal således sikre mulighed for fuld udnyttelse af lokale og regionale samarbejder og patientcentrerede indsatser til gavn for patienten.

Med aftale om regionernes økonomi for 2020 har regeringen og Danske Regioner<sup>3</sup> bekræftet, at man er enige om, at den aftalte afdækning skal færdiggøres, og at den for så vidt angår den del, der vedrører samdrift, består i udarbejdelse af nærværende delafrapportering med beskrivelse af eventuelle barrierer i den nuværende lovgivning.

---

<sup>1</sup> De analyser, der henvises til, er dels et analysearbejde med fokus på en omkostningseffektiv behandling af patienter med kronisk sygdom, som blev igangsat i ØA17. Dels et udvalgsarbejde om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, som af rapporterede i juni 2017. Udvalget blev nedsat i januar 2016 på baggrund af ØA16.

<sup>2</sup> Kommissorium for afdækning af barrierer for sammenhængende patientforløb, december 2017

<sup>3</sup> Aftale om regionernes økonomi for 2020, 4. september 2019

### *Arbejdsgruppens arbejde*

Arbejdsgruppen, der blev nedsat i december 2017, har bestået af deltagere fra Sundheds- og Ældreministeriet (formand), Finansministeriet, Danske Regioner og KL.

Eftersom afdækningen havde til formål at få skabt klarhed omkring, dels hvilke barrierer der opleves i væsenet, og dels hvilke barrierer der reelt er i lovgivningen i dag, planlagde arbejdsgruppen en inddragende proces, hvor der indledningsvist blev indsamlet bidrag fra kommuner og regioner med konkrete problemstillinger, hvor regler og rammer danner barrierer for sammenhæng og samarbejde, fra regioner og kommuner.

I forlængelse af indsamlingen blev arbejdsgruppens arbejde opdelt i to dele, således at der blev lagt op til at gennemføre én barriereanalyse om samdrift (fælles finansiering og fælles ledelse) og én om deling af data på tværs til sammenhængende patientforløb. Barriereanalyse om deling af data på tværs kørte herefter i et særskilt spor og berøres således ikke yderligere i nærværende afrapportering.

Nærværende afrapportering forholder sig udelukkende til de barrierer, der blev identificeret i arbejdet om fælles funktioner og samdrift, herunder i forhold til fælles ledelse og fælles finansiering.

### **3. Barrierer inden for gældende lovgivning**

#### *Opgavefordelingsprincippet og sundhedsloven/regionsloven*

Det såkaldte opgavefordelingsprincip betyder, at regioner og kommuner som udgangspunkt ikke kan varetage eller yde økonomisk støtte til varetagelsen af opgaver, som det efter lovgivningen udelukkende påhviler eller tilkommer andre offentlige myndigheder (kommuner, regioner og statslige myndigheder) at løse. Det skyldes, at lovgiver ved at henlægge opgaven til en bestemt myndighed har taget stilling til, hvilket myndighedsniveau der er bedst egnet til at løse opgaven, og hvilke hensyn der skal varetages i den forbindelse. Altså om det fx er regionale eller kommunale hensyn, der er centrale i forbindelse med varetagelse af opgaven.

Offentlige myndigheder, herunder regioner og kommuner, skal have hjemmel i lovgivningen for at varetage en opgave, og opgavevaretagelsen må ikke stride mod lovgivningen. Ved lovgivningen forstås den skrevne lovgivning (Grundloven, love, bekendtgørelser) eller grundsætninger om myndighedernes opgavevaretagelse (fx kommunalfuldmagten). Kommunalfuldmagtsreglerne finder alene anvendelse, hvis den lovgivning, hvormed en opgave er henlagt til kommunerne, ikke regulerer området.

Er en opgave i lovgivningen henlagt til fx regionerne, kan kommunerne ikke i medfør af kommunalfuldmagtsreglerne varetage den pågældende opgave. For regionernes vedkommende er de opgaver, som regionerne skal varetage, opregnet i regionslovens § 5, stk. 1<sup>4</sup>, og regionerne må ikke varetage andre opgaver end dem der er nævnt i denne bestemmelse. Det følger således af regionslovens § 5, stk. 1, nr. 1, at regionerne skal varetage sygehusvæsenets opgaver og tilvejebringe tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner, herunder varetage opgaver, der ligger i naturlig tilknytning til regionens opgaver på sundhedsområdet. Den nærmere regulering af disse opgaver fremgår af sundhedsloven (sektorlovgivningen).

---

<sup>4</sup> Jf. lovbekendtgørelse nr. 1032 af 6. juli 2018 af lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab (regionsloven)  
Side 3

Sundhedsloven<sup>5</sup> og tilhørende bekendtgørelser fastsætter således, hvilke af sundhedsvæsenets opgaver det påhviler regionerne at løse og det fremgår, at regionsrådet har ansvaret for at varetage sygehusvæsenets opgaver og for at sikre borgerne adgang til behandling hos praktiserende sundhedspersoner, herunder alment praktiserende læge m.fl.

Tilsvarende fastsætter sundhedsloven og tilhørende bekendtgørelser, hvilke af sundhedsvæsenets opgaver det påhviler kommunerne at løse. Kommunalbestyrelsen har således ansvar for forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne, forebyggende sundhedsydelse til børn og unge, tandpleje til børn og unge, omsorgstandpleje og specialtandpleje, hjemmesygepleje, genoptræning, vederlagsfri fysioterapi, behandling for alkoholmisbrug samt lægelige stofmisbrugsbehandling

Sundhedsloven giver således regionerne ansvaret for at udføre opgaver, som er henlagt til regionerne. Sundhedsloven giver derimod ikke hjemmel til, at regionerne kan varetage andre opgaver på sundhedsområdet, herunder eksempelvis kommunale sundhedsopgaver. Tilsvarende kan kommunerne hverken med hjemmel i sundhedsloven eller på ulovbestemt grundlag (kommunalfuldmagtsreglerne) varetage de opgaver på sundhedsområdet, der i lovgivningen er henlagt til regionerne.

Udover at pålægge kommuner og regioner at varetage en bestemt opgave på fx sundhedsområdet, kan det også følge af lovgivningen, at kommuner og regioner er udelukket fra at varetage en opgave.

Kommunalbestyrelsen kan ligeledes ikke overlade myndighedsudøvelse til andre, herunder andre myndigheder, medmindre der er klar hjemmel i lovgivningen hertil. Skal kommunerne indgå i tværsektorielle eller mellemkommunale samarbejder med *fælles* myndighedsudøvelse (som f.eks. med det igangværende frikommuneforsøg i frikommunenetværket om nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde<sup>6</sup>), kræver det derfor en klar hjemmel i loven.

Ved myndighedsudøvelse forstås bl.a. regulering af borgernes retsforhold, fx vil beslutning om visitering til hjemmepleje, tildeling af hjemmesygepleje, tildeling af diverse forebyggelsestilbud mv. typisk være myndighedsudøvelse, da visitationen eller tildelingen etablerer en ret for borgerne til at modtage indsatsen.

Varetagelse af opgaver, som har karakter af faktisk forvaltningsvirksomhed, vil derimod som udgangspunkt kunne overlades til andre, medmindre det i lovgivningen udtrykkelig er forudsat, at opgaverne skal udføres af kommunalt/regionalt ansatte. At overlade udførelsen af faktisk forvaltningsvirksomhed til andre indebærer, at selve udførelsen af en opgave overlades til andre. Det betyder fx, at regionale og kommunale sundhedspersoner kan samarbejde om eller overlade opgaver til hinanden vedrørende faktisk forvaltningsvirksomhed bl.a. i forskellige samdriftsløsninger. For eksempel vil regionale og kommunale sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter m.fl. kunne samarbejde om løsning af forskellige former for plejeopgaver med henblik på at udnytte ressourcerne bedst muligt. Desuden vil der, efter aftale og under forudsætning af at de rette kompetencer er til stede, kunne overlades opgaver mellem regionale og kommunale sygeplejersker vedrørende fx sårpleje eller anden form for pleje, anlæggelse af kateter og IV-væske behandlinger. I den forbindelse er det vigtigt, at regionens og kommunens faglige ledelser har en klar aftale om, hvem der bærer ansvaret, herunder det lægelige ansvar, for patienten. Hvis der er tale om delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, skal parterne også være opmærksomme på kravene hertil. En forudsætning for et velfungerende samarbejde vil un-

---

<sup>5</sup> Jf. lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2019 af sundhedsloven

<sup>6</sup> Se hertil §§ 27 a og b i lovbekendtgørelse nr. 831 af 25. juni 2018 af lov om frikommunenetværk.

der alle omstændigheder være en tæt koordination mellem regionens og kommunens faglige ledelser.

Endvidere vil der kunne indgås aftale om udførelsen af opgaver vedrørende faktisk forvaltningsvirksomhed med private leverandører. Således er det eksempelvis op til den enkelte kommunalbestyrelse at beslutte, hvordan man i kommunen vil organisere sig i forhold til håndtering af de borgere, der har behov for sygeplejefaglige ydelser. Kommunalbestyrelsen kan tilrettelægge hjemmesygeplejen ved selv eller i samarbejde med andre kommuner at ansætte sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og andet personale eller ved at indgå aftale med private leverandører om varetagelse af selve udførelsen af opgaver i hjemmesygeplejen. Selve myndighedsansvaret for tildeling af hjemmesygepleje påhviler imidlertid altid kommunalbestyrelsen og kan dermed ikke overdrages andre, herunder til private leverandører<sup>7</sup>. Det er således alene den faktiske udførelse af hjemmesygeplejeopgaven, der kan varetages af andre end kommunen selv.

Kommuner og regioner kan og må alene finansiere udgifterne ved en opgave, som de har hjemmel til at varetage efter lovgivningen. Indgår kommuner i integrerede samarbejder med en region om fx varetagelse af faktisk forvaltningsvirksomhed, må kommunerne altså ikke varetage sygehusopgaver vederlagsfrit, idet kommunerne så indirekte ville yde tilskud til regionerne. For regionernes vedkommende er de opgaver, som regionerne skal varetage opregnet i regionslovens § 5, stk. 1, jf. ovenfor, og regionerne kan som anført således ikke varetage andre opgaver end de oplyste i regionsloven, og som er nærmere reguleret i sundhedsloven. Dette gælder også i forhold til afholdelse af udgifter til varetagelse af opgaver. Regionerne må derfor ikke deltage i finansiering af andre opgaver end de opgaver, der efter lovgivningen er henlagt til regionerne<sup>8</sup>.

Når man undersøger eksisterende muligheder for etablering af integrerede samarbejder, hvor hensigten er, at region og kommune så at sige deler ansvaret for patienten, er det derfor vigtigt, at der er klarhed om, hvilken myndighed der har myndighedsansvaret for en evt. fælles udførelse af en opgave og for finansieringen af opgaven.

Udfordringen for etableringen af integrerede samarbejder vil ofte være at få klarlagt, hvilken af de to myndigheder, der har (myndigheds)ansvar for opgavevaretagelsen i hvilke faser af opgaveløsningen.

**Som led i arbejdet med afdækning af barrierer for sammenhængende patientforløb er der set på konkrete initiativer, der er stødt på barrierer i lovgivningen i forsøget på at etablere integrerede samarbejder mellem kommuner og regioner**

*Psykiatriens Hus i Silkeborg*

Psykiatriens Hus i Silkeborg er en fælles lokalitet mellem behandlingspsykiatrien i Region Midtjylland og socialpsykiatrien i Silkeborg Kommune. Formålet er, at borgerne kun skal henvende sig ét sted, fordi de kommunale og regionale tilbud er samlet under samme tag, ligesom der er udviklet fælles tiltag, så borgerne kan få et mere sammenhængende tilbud. I regi af de nuværende frikommunenetværk har Psykiatriens Hus søgt om mulighed for at etablere et forsøg, hvor medarbejderne i Psykiatriens Hus

<sup>7</sup> Se hertil lovforslag L 63 til lov om ændring af lov om hjemmesygeplejerskeordningen (Indførelse af mulighed for privat hjemmesygepleje, samlingen 2001-02, bekendtgørelse nr. 1601 af 21. december 2007 om hjemmesygepleje som senest ændret ved bekendtgørelse nr. 165 af 26. februar 2019 om ændring af bekendtgørelse af hjemmesygepleje samt vejledning nr. 102 af 11. december 2006 om hjemmesygepleje.

<sup>8</sup> Se hertil sundhedslovens § 239, stk. 1, jf. lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2019 af sundhedsloven.

vil kunne samarbejde på tværs af regionale og kommunale opgaver, og således varetage opgaver på tværs af sektorer. Formålet er hermed at skabe en mere sammenhængende og helhedsorienteret indsats for borgerne samt øge kvaliteten i de tværfaglige indsatser.

Forsøget er godkendt som et frikommunenetværksforsøg, og der er etableret hjemmel til forsøget ved §§ 27 c og d i lov om frikommunenetværk (lovbekendtgørelse nr. 831 af 25. juni 2018). Med forsøget tildeles kommunalbestyrelsen efter indstilling fra et visitationsforum ansvaret for at visitere patienter til et samlet tilbud i Psykiatrihuset. Forsøget giver også mulighed for, at man i akutte situationer kan visitere patienter til tilbud efter de almindelige kompetenceregler, men således at man inddrager visitationsforummet efterfølgende. Hovedparten af de regionale patienter kommer dog ind akut, og regionen vurderede derfor, at undtagelsesmuligheden ville blive reglen mere end undtagelsen. Det blev desuden vurderet, at ordningens enstrengede ledelse i kommunalt regi vil gøre det vanskeligt at placere det lægefaglige ansvar efter lukketid. Region Midtjylland og Silkeborg Kommune har besluttet ikke at udnytte hjemlen til forsøget.

#### *Samdrift Tønder*

Tønder Kommune og Region Syddanmark har lavet en aftale om samdrift af fire tilbud på Tønder Sygehus. Aftalen betyder, at Region Syddanmarks skadeklinik og dag-hospital i Tønder deler fysisk lokalitet sammen med Tønder Kommunes sygeplejeklinik og den kommunale akutfunktion, samt at begge funktioner bemannes med sygeplejersker. Formålet med samdriften er at skabe en større sammenhæng mellem forebyggelse, behandling og rehabilitering samt at bryde de grænser ned, der i dag opdeler sundhedsvæsenet i region, kommune og almen praksis.

Kommunen og regionen, der deltager i samarbejdet, har oplevet forskellige lovgivningsmæssige barrierer for deres ønske om samdrift, herunder både i forhold til at løse opgaver for hinanden og i forhold til fælles ledelse og økonomi.

#### **4. Beskrivelse af eksisterende muligheder for samarbejde (inden for gældende lovgivning)**

Der eksisterer inden for lovgivningen i dag en række muligheder for, at regioner og kommuner kan gå sammen om organisering af opgavevaretagelsen på tværs af sektorer.

##### ***A. Sundhedslovens § 78, stk. 3 om regionsrådenes mulighed for at samarbejde med andre offentlige myndigheder og private virksomheder om løsning af bestemte opgaver***

Sundhedslovens § 78, stk. 3, giver et regionsråd mulighed for at samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder, herunder i selskabsform, om løsningen af fælles opgaver og opgaver der har tilknytning hertil, og som regionsrådet lovligt kan varetage efter anden lovgivning, samt påtage sig dermed forbundne udgifter. Samarbejder der medfører indskrænkninger i regionsrådets beføjelser, skal godkendes af sundhedsministeren, jf. § 78, stk. 4, jf. § 11, stk. 3 [rettelig § 12, stk. 3], i bekendtgørelse nr. 170 af 5. februar 2017 med senere ændringer om regionernes levering af sygehusydelse m.v. til og samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder. Sundheds- og Ældreministeriet er opmærksom på, at der ved senere ændringer af bekendtgørelsen er en mindre lovteknisk fejl i henvisningerne i nogle af bestemmelserne i bekendtgørelsen, som vil blive rettet til ved førstkommande ændring af bekendtgørelsen. Disse lovtekniske fejl ændrer ikke noget substantielt i bekendtgørelsen.

Sundhedslovens § 78, stk. 3, har bl.a. til formål at sikre, at samarbejder mellem sygehuse og private virksomheder, der eksisterede før 1. januar 2007, umiddelbart kunne videreføres efterfølgende.

Bestemmelsen har desuden til formål at skabe grundlag for, at forsknings- og udviklings-samarbejde m.v. mellem sygehuse og universiteter eller private virksomheder kan etableres uden godkendelse, ligesom bestemmelsen også giver mulighed for at fastsætte nærmere regler om samarbejde om sundhedsberedskab, herunder præhospital indsats over landegrænser. Bestemmelsen er udmøntet ved bekendtgørelse nr. 170 af 5. februar 2017, med senere ændringer om regionernes adgang til levering af sygehusedydelser m.v. til offentlige myndigheder og private virksomheder samt regionernes adgang til at indgå i samarbejder med offentlige myndigheder og private virksomheder.

Af sundhedslovens § 78, stk. 7, fremgår videre, at en kommunalbestyrelse kan deltage i samarbejder efter sundhedslovens § 78, 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 sundhedsministeren efter proceduren i sundhedslovens § 78, stk. 5, jf. bekendtgørelse nr. 170 af 5. februar 2017 med senere ændringer. Det indebærer, at en kommunalbestyrelse, der ønsker at indgå i et samarbejde med regionsrådet og eventuelt andre kommunalbestyrelser, som indebærer en indskrænkning i kommunalbestyrelsens beføjelser, skal ansøge sundhedsministeren om godkendelse heraf.

Der gælder ikke tilsvarende mulighed for et regionsråd. Et regionsråd kan således efter sundhedslovens § 78, stk. 3, alene deltage i et samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder, herunder i selskabsform, om løsningen af fælles opgaver efter sundhedslovens afsnit VI, XI, XII og XIV-XVI, jf. ovenfor.

De mest almindeligt kendte eksempler på samarbejder (ikke udtømmende), som er godkendt efter sundhedslovens § 78, stk. 3, er regionernes lægemiddelorganisation Amgros I/S, som er ansvarlig for indkøb af lægemidler og medicinsk udstyr til de offentlige sygehuse. Derudover er Sundhedshus Sæby I/S og Brønderslev Sundhedshus I/S også godkendt efter sundhedslovens § 78, stk. 3 e. Herudover er bl.a. de offentlig-private samarbejder MedCom og Sundhed.dk etableret med hjemmel i sundhedslovens § 78, stk. 3, dog er disse samarbejder ikke godkendt af sundhedsministeren, da samarbejderne ikke medfører indskrænkninger i regionsrådenes beføjelser.

For så vidt angår Brønderslev Sundhedshus I/S og Sundhedshus Sæby I/S er der tale om et samarbejde mellem henholdsvis Brønderslev Kommune og Region Nordjylland og Frederikshavns Kommune og Region Nordjylland. Formålet med begge sundhedshuse er at eje og drive et sundhedscenter med henblik på udlejning i overensstemmelse med sundhedslovens §§ 205a og b.

De to sundhedscentre skal således udleje lokaler til kommunale og regionale sundhedsaktiviteter. De kommunale sundhedsaktiviteter er eksempelvis sundhedspleje, genoptræning, rehabilitering, sundhedsfremme og forebyggelse.

De regionale sundhedsaktiviteter er eksempelvis almenpraktiserende og specialpraktiserende læger. Dette samarbejde vil bidrage til, at lokalerne kan udlejes til varetagelse af regionale og kommunale sundhedsaktiviteter, dog således at de kommunale sundhedsaktiviteter tilbydes af kommunerne og de regionale sundhedsaktiviteter tilbydes af regionerne.

Samarbejder efter sundhedslovens § 78, stk. 3, kan også vedrøre løsning af fælles opgaver, der har tilknytning til sundhedslovens afsnit VI, XI, XII og XIV-XVI og som re-

gionsrådet lovligt kan varetage efter anden lovgivning. Regionsrådet har mulighed for at deltage i samarbejder vedrørende fælles driftsopgaver på sundhedsområdet, hvor også andre områder, eksempelvis socialområdet, kan have gavn af at indgå i samarbejdet. Det kan f.eks. dreje sig om madproduktion, vaskeri eller lign. Der kan fortsat alene samarbejdes om opgaver, som regionsrådet lovligt varetager.

- . / . Der er vedlagt et bilag med en yderligere gennemgang af det juridiske grundlag for sundhedslovens § 78, stk. 3.

### ***B. Sundhedslovens § 233 om adgang til at godkende forsøg der fremmer omstillingen i sundhedsvæsenet***

Efter sundhedslovens § 233 kan sundhedsministeren efter ansøgning fra et regionsråd eller en kommunalbestyrelse godkende, at der iværksættes forsøg, der indebærer fravigelse af lovens bestemmelser bortset fra bestemmelserne i afsnit II (retten til ydelser efter loven) og III (patienters retsstilling) samt §§ 77 (regionsrådets adgang til at deltage i ledelsen af et sygehus) og 79 (regionsrådets ansvar for at yde sygehusbehandling), § 81, stk. 1, (vederlagsfri sygehusbehandling) og §§ 82 (vilkår for behandling af personer fra andre regioner) og 83 (regionens ansvar for svangreomsorgen).

Forsøg skal have til formål at fremme omstilling i sundhedsvæsenet, herunder med nye organisations- og behandlingsformer, ændrede tilskud eller ændrede honoreringssystemer m.v. Ved godkendelse af forsøg skal der lægges afgørende vægt på hensynet til borgernes retssikkerhed og velfærd.

Der er således ikke hjemmel til at godkende etablering af samarbejder, der varigt ændrer sundhedsvæsenets organisering og fordelingen af opgaver mellem regioner og kommuner.

Med bestemmelsen er det imidlertid muligt for kommuner og regioner at udfordre nogle af lovgivningens rammer for organisering af det samlede sundhedsvæsen og dermed afprøve nye organisationsformer.

Sundheds- og Ældreministeriet har ikke umiddelbart kunne identificere henvendelser fra kommuner eller regioner, hvor der er søgt om godkendelse til iværksættelse af forsøg med en ændret organisering af sundhedsvæsenet, der går på tværs af region og kommuner. Dette skal bl.a. ses på baggrund af, at § 233 ikke giver hjemmel til at godkende forsøg, der indebærer overdragelse af myndighedskompetence mellem de deltagende myndigheder.

- . / . Der vedlægges oversigt over forarbejder til sundhedslovens § 233.

I forbindelse med de igangværende forsøg med frikommunenetværk søgte frikommunenetværket om nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde<sup>9</sup> om godkendelse af et forsøg, der indebærer fravigelse af sundhedslovens § 138. Sundheds- og Ældreministeriet vurderede, at forsøget lå ud over rammerne for forsøg, der kan godkendes efter sundhedslovens § 233, da der var tale om forsøg med overførsel af myndighedskompetence mellem de deltagende kommunalbestyrelser.

---

<sup>9</sup> Frikommunenetværket om nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde består af Rudersdal, Gentofte, Gladsaxe og Lyngby-Taarbæk Kommuner. Lyngby-Taarbæk Kommune er udtrådt af frikommunenetværket og udfører derfor ikke forsøg i regi af frikommuneforsøget.



Med frikommunenetværkslovens § 27 a,<sup>10</sup> er der derfor etableret særskilt hjemmel til at kommunalbestyrelsen i en frikommune i frikommunenetværket om nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde kan delegeres ansvaret for tildeling af hjemmesygepleje efter lægehenvielse, jf. § 138 i sundhedsloven, som udføres i den fælles kommunale akutfunktion, til de øvrige kommunalbestyrelser i netværket.

Bestemmelsen indebærer, at kommunalbestyrelsens myndighedsopgave i forbindelse med tildeling af hjemmesygepleje for borgere, der henvises til sygeplejefaglige indsatser, der udføres af den fælles kommunale akutfunktion, som det pågældende frikommunenetværk ønskede at etablere, kan delegeres fra en kommunalbestyrelse til de øvrige kommunalbestyrelser i det pågældende frikommunenetværk.

***C. Sundhedslovens § 239, stk. 1, om regionernes adgang til at medfinansiere tilbud i kommunalt regi som alternativ til sygehusindlæggelse***

Det er efter den gældende bestemmelse i sundhedslovens § 239, stk. 1, muligt for en region at indgå aftale med en kommune om betaling for personer, der henvises til tilbud i kommunalt regi som alternativ til sygehusindlæggelse.

Det beror på den konkrete aftale mellem region og kommune, hvordan ledelse, finansiering og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen organiseres.

Af bemærkningerne til sundhedslovens § 239, stk. 1, fremgår, at bestemmelsen er en videreførelse af sygehuslovens § 12, stk. 3. Videre fremgår, at efter bestemmelsen kan et regionsråd aftale med en kommunalbestyrelse, at der betales for personer, som henvises til tilbud i kommunalt regi som alternativ til sygehusindlæggelse.

Sygehuslovens § 12, stk. 3, blev indført i sygehusloven med lov nr. 464 af 10. juni 1997 om ændring af lov om sygehusvæsenet (styrkelse af det frie sygehusvalg, forsøgshjemmel og tilbud i kommunalt regi).

. / . Der vedlægges oversigt over forarbejder til sundhedslovens § 239, stk. 1.

Med sundhedslovens § 239 vil det således være muligt for et regionsråd at indgå i et samarbejde med en eller flere kommuner om etablering af løsninger i kommunalt regi, der fungerer som alternativ til sygehusindlæggelse. Bestemmelsen giver imidlertid ikke mulighed for at et regionsråd i den forbindelse fx overlader myndighedsansvaret for en given opgave til en kommunalbestyrelse.

Sundheds- og Ældreministeriet har ikke umiddelbart kendskab til samarbejder mellem kommuner og regioner, hvor man med henvisning til sundhedslovens § 239 har udnyttet muligheden for regional medfinansiering af et tilbud i kommunalt regi, som alternativ til sygehusindlæggelse.

## **5. Konklusion**

Formålet med afdækningen har været at få belyst på hvilke områder, der særligt opleves barrierer for samdrift mellem region og kommuner, herunder i forhold til fælles finansiering og fælles ledelse, og hvor det kunne være interessant at overveje, om der kan findes nye løsninger i forhold til at etablere eksempelvis fælles funktioner eller egentlige samdriftsløsninger.

---

<sup>10</sup> Se hertil § 1, nr. 7, i lovforslag nr. L 61 om forslag til lov om ændring af lov om frikommunenetværk, 2017, 1.samling.

I den forbindelse er gældende lovgivning blevet beskrevet. Derudover har Danske Regioner og KL indsendt en række konkrete eksempler på barrierer, hvor fælles finansiering og fælles opgavevaretagelse bliver vanskeliggjort af gældende lovgivning.

Som det fremgår af ovenstående udgør opgavefordelingsprincippet og forpligtelsen til en entydig placering af myndighedsansvaret for varetagelse af en given opgave i sundhedsvæsenet en overordnet barriere for iværksættelse af initiativer, hvor et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelse(r) ønsker at etablere én samlet fælles funktion med fælles ledelse og fælles økonomi. Sundhedspersoner fra region og kommuner kan imidlertid som udgangspunkt samarbejde om og overlade opgaver vedrørende faktisk forvaltningsvirksomhed, forudsat der er en aftale herom og at kompetencerne er tilstede, men der kan ikke hermed skabes en samlet fælles løsning med fælles ledelse og fælles økonomi.

En model for at forbedre muligheden for etablering af samarbejder mellem region og kommune, der indebærer mulighed for fælles finansiering, ledelse og planlægning på sundhedsområdet, kunne derfor være at gøre det muligt for kommuner og regioner at overlade myndighedsansvaret for en opgave, der i sundhedsloven er henlagt til et myndighedsniveau, til det andet myndighedsniveau. Det kunne være fra regionsråd til kommunalbestyrelse eller omvendt.

En anden model kunne være at gøre det muligt for kommuner og regioner at dele myndighedsansvaret for en opgave, der i sundhedsloven er henlagt til ét myndighedsniveau. En sådan ordning vil dog, jf. nedenfor om entydig placering af myndighedsansvar, kræve en særlig stillingtagen til, hvordan det endelige ansvar for den pågældende opgave kan placeres blandt de deltagende kommuner og regioner, herunder om ansvaret kan deles mellem myndighederne.

Det er væsentligt at holde sig for øje, at nogle af de løsninger, der kan synes umiddelbart at ligge lige for, formentlig vil indebære et grundlæggende opgør med den organisering af sundhedsvæsenet, vi kender i dag. Og at nogle løsninger kan indebærer risiko for, at man alene udskyder eller flytter en sektorovergang, fx hvor kommune eller region fortsat har opgaver i forlængelse af den opgave fællesskabet løser. Ligeledes kan der være risiko for at skabe nye siloer, hvor det integrerede samarbejde kommer til at udgøre en ny silo med nye snitflader mod det øvrige sundhedsvæsen.

Både de almindelige grænser for kommuners og regioners muligheder for at samarbejde om deres opgaver og for deres opgavevaretagelse, som følger af de styrelsesretlige regler og kommunalfuldmagtsreglerne, kan – hvis lovgiver ønsker det – fraviges i sektorlovgivningen. Vil man etablere yderligere muligheder for fælles løsninger, herunder for fælles finansiering, på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet, vil de nødvendige lovændringer skulle ske i sundhedsloven.

Til spørgsmålet om myndighedsansvar vil det være en forudsætning, hvis der lovgivningsmæssigt skal åbnes for fælles finansiering og opgavevaretagelse af sundhedstilbud, at der er et entydigt og klart myndighedsansvar ved en fælles opgaveløsning. Dels for at sikre et klart ledelsesmæssigt ansvar og dermed også et klart politisk ansvar. Dels da det af patientsikkerhedsmæssige årsager er vigtigt med et entydigt og klart myndighedsansvar.

Derudover er der en række relaterede problemstillinger, der vil skulle tages nærmere stilling til, hvis man vil gå videre i forhold til at skabe mulighed for fælles finansiering og opgavevaretagelse. Herunder eksempelvis hvilken klageadgang borgeren skal have og hvordan

patientrettigheder, erstatning, utilsigtede hændelser, frit sygehusvalg, befordring mv. skal håndteres.