



Til medlemmerne af  
Danske Regioners bestyrelse  
m.fl.

10-10-2024  
MDR-2023-00193  
Ulla Riel

## Dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse 10. oktober 2024

- Deltagere** Anders Kühnau, Mads Duedahl, Lars Gaardhøj, Trine Birk Andersen, Bo Libergren, Mette With Hagensen, Mogens Nørgaard, Anders G. Christensen, Randi Mondorf, Camilla Hove Lund, Christoffer Buster Reinhardt, Per Larsen, Martin Jakobsen, Karin Friis Bach, Peter Westermann, Tormod Olsen
- Afbud** Leila Lindén
- Mødested** Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø



# Indholdsfortegnelse

|  |    |
|--|----|
| 1 (Fortrolig) .....  | 4  |
| 2 (Fortrolig) .....  | 4  |
| 3 (Fortrolig) .....  | 4  |
| 4 (Fortrolig) .....  | 4  |
| 5 (Fortrolig) .....  | 4  |
| 6 (Fortrolig) .....  | 4  |
| 7 (Fortrolig) .....  | 4  |
| 8 (Fortrolig) .....  | 4  |
| 9 (Offentlig) Status for Grønne Hospitaler .....   | 5  |
| 10 (Fortrolig) .....   | 8  |
| 11 (Offentlig) 1. behandling af Danske Regioners budget 2025 .....   | 9  |
| 12 (Fortrolig) .....   | 16 |
| 13 (Fortrolig) .....   | 16 |
| 14 (Offentlig) Høringssvar - Udkast til lovforslag om ældrelov .....   | 17 |
| 15 (Offentlig) Høringssvar - Udkast til seks bekendtgørelser om tobaks- og<br>nikotinprodukter .....   | 20 |
| 16 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om ophør af pligt til rapportering af<br>utilsigtede hændelser, ophævelse af klageadgang mm.....   | 23 |
| 17 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om ændring af klage- og<br>erstatningsloven og sundhedsloven (Indførsel af forsikringspligt for<br>privatpraktiserende tandlæger m.m.) ..... | 27 |
| 18 (Offentlig) Hverv - Ændringer i Udvalget for det nære sundhedsvæsen og<br>Udvalget for regional udvikling og EU .....   | 29 |
| 19 (Offentlig) Generelle orienteringer .....   | 30 |
| 20 (Offentlig) Formandens meddelelser.....   | 36 |
| 21 (Fortrolig) .....   | 36 |
| 22 (Offentlig) Næste møde .....  | 37 |
| 23 (Offentlig) Eventuelt .....   | 38 |

1 (Fortrolig)

2 (Fortrolig)

3 (Fortrolig)

4 (Fortrolig)

5 (Fortrolig)

6 (Fortrolig)

7 (Fortrolig)

8 (Fortrolig)

### Resumé

Den fællesregionale strategi for Grønne Hospitaler blev offentliggjort i januar 2024. Regionerne og Danske Regioner er i fuld gang med implementeringen af strategien. Der er særligt fokus på udviklingen af de 10 lead-områder, udbredelse af konkrete handlinger, grønne indkøb, data og beregningsmetoder til brug for afrapportering, samt kompetenceudvikling og medarbejderinvolvering.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

---

### Sagsfremstilling

Bestyrelsen godkendte den 7. december 2023 [den fællesregionale strategi for Grønne Hospitaler](#). Med strategien vil regionerne halvere hospitalernes CO<sub>2</sub>-udledninger inden 2035 sammenlignet med 2022. Strategien blev offentliggjort den 5. januar 2024 med bred omtale og opbakning fra både eksperter samt sundheds-, erhvervs- og grønne organisationer.

Strategien består af tre handlingsspor: 1) indkøb, 2) cirkulær økonomi og adfærd samt 3) energi, transport og bygninger. Herudover indeholder strategien fem understøttende tiltag, der skal sikre fremdrift i regionernes grønne omstilling af hospitalerne og øvrige institutioner.

Regionerne er kommet godt fra start med implementeringen af strategien. Det er oplevelsen, at der er stort engagement blandt medarbejdere på hospitalerne, og mange initiativer er allerede udviklet.

Hertil er der generelt ved at komme et større fokus på koblingen mellem klima og sundhed. Københavns Universitet vil f.eks. fremover undervise medicinstuderende i, at klimakrisen også er en sundhedskrise, og hvordan man kan bidrage til den grønne omstilling. Flere sygeplejerskeuddannelser arbejder også med, hvordan de kan integrere klima i deres undervisning. Kompetenceudvikling blandt nuværende og fremtidige medarbejdere indgår netop som et af de fem understøttende tiltag i strategien.

### Lead-områder

Et andet understøttende tiltag i strategien er udpegning af regionale lead-områder. Hver af de fem regioner og Amgros har forpligtet sig på at være lead

på 1-2 områder, som rummer stort udviklings- og innovationspotentiale. En lead-regions rolle er at gå forrest og indsamle relevant viden på området, undersøge muligheder og barrierer samt udvikle og teste løsninger med henblik på, at de efterfølgende kan udbredes til alle regioner.

I strategien indgår følgende 10 lead-områder fra start:

- Digitalisering og virtuelle behandlingsforløb (Region Nordjylland)
- Ressourceeffektiv forvaltning af medicoteknisk udstyr (Region Midtjylland)
- Reduktion af CO<sub>2</sub>-udledninger og affaldsmængder fra operationsområdet ud fra et systemperspektiv (Region Midtjylland)
- Bæredygtige lægemidler (Region Syddanmark)
- Bæredygtige fødevarerindkøb og måltider (Region Syddanmark)
- Mere og bedre affaldssortering (Region Sjælland)
- Laboratorier og diagnostik (Region Hovedstaden)
- Bæredygtigt byggeri (Region Hovedstaden)
- Medicin – grønne kriterier (Amgros)
- Høreapparater (Amgros)

Udviklingen af lead-områderne er kommet godt fra start. Der er etableret samarbejde på tværs af regionerne med henblik på styrket videns- og erfaringsudveksling, og flere af lead-områderne afholder disse dage kick-off arrangementer, hvor alle regioner og relevante interessenter bliver inviteret med ind i videndelingen og udviklingen af nye løsninger.

Fremadrettet tager regionerne årligt samlet stilling til igangsættelse af nye lead-områder.

### **RUL-modellen og fælles handlinger**

Et tredje understøttende tiltag i strategien er den regionale model for udbredelse af klimaløsninger (RUL-modellen). Den skal sikre, at løsninger med påvist klimaeffekt hurtigst muligt bliver udbredt på tværs af alle regioner. Modellen indebærer, at regionerne årligt tager stilling til at udbrede konkrete handlinger, der er velafprøvede og dokumenterede i en eller flere regioner. Som led i strategiens første rul har alle regioner indsendt forslag til konkrete handlinger, der har potentiale til at blive udbredt i alle regioner.

På den baggrund foreslås det, at alle regioner arbejder med at implementere nedenstående 13 handlinger. Disse er nærmere beskrevet i vedlagte notat.

- Brug mindre lejepapir
- Genbrug af møbler som førstevalg
- Reducér brug af plastre ved visusmåling
- Brug færre eller mindre engangssugestykker (blå måtter)

- Brug færre eller mindre nyrebakker
- Fjern plastikbakker fra de sterile pakker
- Fjern unødvendige skraldespande
- Brug flergangspatientkopper (tudkopper)
- Brug flergangsvaser til blomster
- Skift til genopladelige batterier
- Skift fra engangs- til flergangsservice
- Skift fra engangs- til flergangsmetalinstrumenter\*
- Reducér klimaaftrykket fra lattergas\*

De 13 handlinger fordeler sig inden for strategiens handlingsspor 2 og 3, som vedrører cirkulær økonomi og adfærd samt energi, transport og bygninger.

### **Strategiens indkøbsspor**

Indkøbsområdet har sit eget spor i den fællesregionale strategi for Grønne Hospitaler (handlingsspor 1). Det adskiller sig fra de to andre spor ved, at regionerne fra start samarbejder om udviklingen af fælles initiativer. Der er således nedsat seks arbejdsgrupper, som arbejder med konkretisering af en række handlinger, der bl.a. skal:

- afsøge mulighederne for at udvikle fælles grønne krav målrettet leverandører og deres forsyningskæder
- udvikle fælles grønne leverandørkrav i forhold til varetransport
- fortsætte udviklingen og udbredelsen af de fælles nordiske emballagekriterier nationalt og internationalt
- udarbejde fælles oversigter over både generiske og offentliggjorte grønne krav med henblik på systematisk videndeling og optimal ressourceanvendelse.

Indkøbsområdet er vigtigt for den grønne omstilling, da det er igennem krav til leverandører og samarbejde med markedet, at regionerne har mulighed for at påvirke udviklingen af grønnere produkter og services til hospitalerne. Derfor vil sekretariatet også foreslå, at der arbejdes på et politisk papir om indkøb, som kan blive forelagt bestyrelsen til drøftelse.

### **Afrapportering**

Et fjerde understøttende initiativ i handlingsplanen er den fælles klimastyringsmodel, som kan bruges til at beregne regionernes samlede reduktionspotentialer, samt til at beregne effekten af konkrete handlinger. Klimastyringsmodellen kommer derfor også til at spille en central rolle i forhold til afrapportering for den fællesregionale strategi.

Bestyrelsen vil blive forelagt en afrapportering i 2025, som kommer til at indeholde regionernes beregnede reduktion af hospitalernes CO<sub>2</sub>-udledninger i 2024, samt status for lead-områder og handlinger.

Det er en kompleks opgave at beregne hospitalernes og konkrete tiltags klimaaftryk. Regionerne er nået langt, men mange data er endnu usikre. Det forventes, at der i de kommende år vil ske store fremskridt på datafronten, som vil gøre data mere valide og beregningerne mere præcise.

---

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

Udvalget for Miljø og Klima følger implementeringen af den fællesregionale strategi for Grønne Hospitaler. På sine seneste møder har udvalget bl.a. haft oplæg fra to af lead-områderne, "Reduktion af CO<sub>2</sub>-udledninger og affaldsmængder fra operationsområdet ud fra et systemperspektiv" (Region Midtjylland) og "Laboratorier og diagnostik" (Region Hovedstaden). Udvalget bakker op om de 13 fælles handlinger til udbredelse på tværs af regionerne.

Til at understøtte implementeringen af strategien er der nedsat en grøn direktørkreds, som består af regionernes direktører med ansvar for den grønne omstilling af sundhedsvæsenet. Hertil er der nedsat en følgegruppe, der bl.a. skal give input til og kvalificere forslag til kredsens. Den Fællesregionale Klimadatagruppe sikrer det faglige fundament for klimastyringsmodellen.

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

1. Beskrivelse af handlinger til udbredelse på tværs af regioner (1725104 - EMN-2024-00153)

10 (Fortrolig)



## 11 (Offentlig) 1. behandling af Danske Regioners budget 2025

---

Kristian Terp  
EMN-2024-00959

### Resumé

Budgetforslag 2025 er udarbejdet i 2025 pris- og lønniveau. Budgetforslaget indeholder Danske Regioners andel på 3 mio. kr. ud af de samlede administrative besparelser på 11 mio. kr. på de regionalt finansierede enheder. I budgetforslaget er der lagt op til, at kontingentet pris- og lønreguleres med 3,5 pct., svarende til 0,90 kr. pr. indbygger og fastsættes til 26,75 kr. pr. indbygger for 2025.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at budgettet for 2025 fastsættes med et driftsunderskud på 33,4 mio. kr., og at kontingentet pris- og lønreguleres med 3,5 pct., og indstilles til godkendelse på generalforsamlingen til 26,75 kr. pr. indbygger for 2025.

---

### Sagsfremstilling

Materialet til 1. behandling af forslaget til budget for 2025 for Danske Regioner er opdelt i følgende punkter:

- Finansiering af Danske Regioners aktiviteter
- Budgetforslag 2025, herunder
- Forventet regnskab 2024
- Budgetforudsætninger
- Budget 2025
- Kontingent 2025

#### **Finansiering af Danske Regioners aktiviteter**

En fortsættelse af den nuværende finansieringsstruktur med en delvis finansiering via træk på formuen kan ske til og med 2033.

Udgangspunktet for dette er det forventede resultat for 2024, forslaget til budget 2025 samt en mekanisk fremskrivning af disse forudsætninger. Der er i bilag 1 om finansiering redegjort for de enkelte finansieringskilder. Det forhold, at kun den kontingentfinansierede del af driftsbudgettet pris- og lønreguleres, medfører et automatisk produktivitetskrav svarende til 1,1 mio. kr. i 2025.

#### **Budgetforslag 2025**

*Forventet regnskab 2024*

Det forventede regnskab for Danske Regioner inklusiv Medicinrådet, Behandlingsrådet og de selvstændigt finansierede enheder viser en driftsresultatforbedring på 13,2 mio. kr. (tabel 1). Kapitalindtægterne forventes på baggrund af de første 8 måneder at overstige budgettet med 7,1 mio. kr., mens kapitalomkostningerne overstiger budgettet med 0,2 mio. kr. Samlet forventes kapitalposterne at give en resultatforbedring på knap 7 mio. kr. (med forbehold for udviklingen i de sidste måneder af året).

Årets resultat efter projektbevillinger forventes derfor at ende med et underskud på 25,8 mio. kr. svarende til en resultatforbedring på 19,8 mio. kr.

Resultatforbedringen på de 13,2 mio. kr. før kapitalposter skyldes lavere udgifter til fremmede tjenesteydelser blandt andet i form af uforbrugte puljemidler. Udgifter til drift af Regionernes Hus ligger ligeledes under budgettet.

Øvrige kontingenter ligger over budgettet på grund af fremrykkede HTA-midler udmøntet til Medicinrådet under Økonomiaftalen for 2025.

**Tabel 1. Forventet regnskab for 2024**

| Forventet regnskab 2024         | Budget 2024         | Forventet regnskab  | Forskel B-FvR     |
|---------------------------------|---------------------|---------------------|-------------------|
| Kontingent                      | -153.800.000        | -154.100.000        | 300.000           |
| Øvrige kontingenter             | -97.700.000         | -100.300.000        | 2.600.000         |
| Øvrige indtægter                | -38.800.000         | -39.200.000         | 400.000           |
| <b>Indtægter i alt:</b>         | <b>-290.300.000</b> | <b>-293.600.000</b> | <b>3.300.000</b>  |
| Løn                             | 200.300.000         | 202.200.000         | -1.900.000        |
| Øvrige personaleudgifter        | 32.500.000          | 32.000.000          | 500.000           |
| <b>Personaleudgifter i alt:</b> | <b>232.800.000</b>  | <b>234.200.000</b>  | <b>-1.400.000</b> |
| Drift af huse                   | 16.400.000          | 14.900.000          | 1.500.000         |
| Fremmede tjenesteydelser        | 26.900.000          | 17.600.000          | 9.300.000         |
| Mødeaktiviteter                 | 10.600.000          | 10.600.000          | 0                 |
| Øvrig drift                     | 39.800.000          | 39.300.000          | 500.000           |
| Tilskud                         | 8.400.000           | 8.400.000           | 0                 |
| <b>Udgifter i alt:</b>          | <b>102.100.000</b>  | <b>90.800.000</b>   | <b>11.300.000</b> |
| <b>Driftsresultat:</b>          | <b>44.600.000</b>   | <b>31.400.000</b>   | <b>13.200.000</b> |
| Kapitalindtægter                | -9.000.000          | -16.100.000         | 7.100.000         |
| Kapitaludgifter                 | 2.000.000           | 2.200.000           | -200.000          |
| <b>Kapitalposter i alt:</b>     | <b>-7.000.000</b>   | <b>-13.900.000</b>  | <b>6.900.000</b>  |
| <b>Resultat:</b>                | <b>37.600.000</b>   | <b>17.500.000</b>   | <b>20.100.000</b> |
| Projektbevillinger              | 8.000.000           | 8.300.000           | -300.000          |

|  |                   |                   |                   |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Resultat inkl. ekstraordinære poster:</b> | <b>45.600.000</b> | <b>25.800.000</b> | <b>19.800.000</b> |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|

Behandlingsrådet forventes at have uforbrugte midler på godt 20 mio. kr. ved indgangen til 2025, hvor de indgår i Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. Medicinrådet forventes ikke at have uforbrugte midler ved indgangen til 2025.

### *Budgetforudsætninger*

Budgetforslaget for 2025 er udarbejdet som et rammebudget i forventet 2025 pris- og lønniveau (budgettet er opregnet med en pris- og lønregulering på 3,5 pct.).

Budgetforslaget indbefatter bidrag og udgifter til Medicinrådet, Regionernes Fælles Indkøb (RFI), Regioners Sundhedsteknologi og Innovation (RSI), Videncenter for Miljø og Ressourcer (VMR), Regionernes IT Råd samt Sekretariatet for Lærings- og Kvalitetsteams (Kvalitetsenheden).

### *Budget 2025*

Tabel 2 nedenfor viser det samlede budget for Danske Regioner (inkl. ovennævnte råd og enheder) for 2024 og forslag til Budget 2025 (alt i 2025 pris- og lønniveau). I budgettet er indlagt en rammereduktion på 3 mio. kr. som Danske Regioners andel af de samlede administrative besparelser på 11 mio. kr. på de regionalt finansierede enheder jf. tabel 3 nedenfor.

**Tabel 2. Budget 2024 og Budgetforslag 2025 i 2025 P/L inkl. Medicinrådet m.fl.\***

| <b>Budgettal i 2025 P/L:</b>    | <b>Budget 2024</b>  | <b>Budget 2025</b>  |
|---------------------------------|---------------------|---------------------|
| Kontingent                      | -159.200.000        | -160.000.000        |
| Øvrige kontingenter             | -78.100.000         | -78.100.000         |
| Øvrige indtægter                | -35.900.000         | -41.800.000         |
| <b>Indtægter i alt:</b>         | <b>-273.200.000</b> | <b>-279.900.000</b> |
| Løn                             | 187.000.000         | 186.700.000         |
| Øvrige personaleudgifter        | 30.600.000          | 29.700.000          |
| <b>Personaleudgifter i alt:</b> | <b>217.600.000</b>  | <b>216.400.000</b>  |
| Drift af Regionernes Hus m.m.   | 15.200.000          | 15.500.000          |
| Fremmede tjenesteydelser        | 25.900.000          | 24.700.000          |
| Mødeaktiviteter                 | 10.100.000          | 11.000.000          |
| Øvrig drift                     | 36.900.000          | 42.500.000          |
| Tilskud                         | 3.500.000           | 3.200.000           |
| <b>Udgifter i alt:</b>          | <b>91.600.000</b>   | <b>96.900.000</b>   |
| <b>Driftsresultat:</b>          | <b>36.000.000</b>   | <b>33.400.000</b>   |
| Kapitalindtægter                | -9.000.000          | -8.500.000          |
| Kapitaludgifter                 | 2.000.000           | 1.500.000           |

|  |                   |                   |
|--|-------------------|-------------------|
| <b>Kapitalposter i alt:</b>                  | <b>-7.000.000</b> | <b>-7.000.000</b> |
| <b>Resultat:</b>                             | <b>29.000.000</b> | <b>26.400.000</b> |
| Projektbevillinger                           | 8.000.000         | 4.000.000         |
| <b>Resultat inkl. ekstraordinære poster:</b> | <b>37.000.000</b> | <b>30.400.000</b> |

\*) Behandlingsrådet er udeladt af sammenligningstallene, idet rådet fra 2025 er en del af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.

Renteindtægterne budgetteres lavere på grund af udtræk fra kapitalbeholdningen til dækningen af underskuddene. Til gengæld medfører reduktionen i diskontoen en lavere udgift til forrentningen af OK-midler.

Besparelsen på regionernes administrative funktioner i 2025 svarer til 2,1 pct. af de administrative udgifter.

Såfremt bespareelsesprocenten (2,1 pct.) på regionernes administrative udgifter anvendes på de fællesregionale enheder, vil besparelsen udgøre 11,0 mio. kr., jf. bilag 2. Såfremt det anerkendes, at de fællesregionale enheder har andre kerneopgaver end administration, vil besparelsen være meget begrænset. Hvis den fulde besparelse derimod skal udmøntes og akkumuleres frem til 2030, vil det over de kommende år være vanskeligt at opretholde alle de nuværende opgaver i de fællesregionale enheder.

I budgetforslaget for 2025 er de fulde besparelser på 11 mio. kr. foreslået udmøntet, idet der dog er søgt løsninger, som ikke for alvor udfordrer de opgaver, som vurderes afgørende i det kommende reformforberedelses år. Det foreslås til gengæld, at der i forbindelse med budgetlægningen for 2026 tages stilling til, om de fællesregionale funktioner skal opretholdes uændret eller justeres i lyset af den kommende sundhedsreform.

For 2025 er der allerede – i forbindelse med bestyrelsens godkendelse af de økonomiske rammer for kvalitetsinstituttet - indlagt en synergigevinst på 2,0 mio. kr., som samtidig dækker de administrative besparelser. Dertil kommer, at det er nødvendigt at friholde Medicinrådet for administrative besparelser, eftersom rådet allerede i dag har et større driftsunderskud og vanskeligt kan følge med sagstilgangen, jf. senere.

**Tabel 3. Fordeling af administrative besparelser på udvalgte enheder**

| Mio. kr.             | B2025 |
|----------------------|-------|
| DR                   | -3,0  |
| Teknologipulje       | -2,5  |
| Kvalitetsinstituttet | -2,0  |
| Sundhed.dk           | -1,7  |

|        |       |
|--------|-------|
| Amgros | -1,8  |
| I alt: | -11,0 |

Tabel 3 ovenfor viser den foreslåede fordeling af de 11,0 mio. kr. på Danske Regioners sekretariat, Amgros og Sundhed.dk under ovennævnte forudsætninger. Dertil kommer de allerede indbudgetterede 2 mio. på kvalitetsinstituttet. De resterende 2,5 mio. kr. foreslås finansieret via en statslig bevilling til udvikling og implementering af teknologiske løsninger i sundhedsvæsenet, som foreslås tilført kvalitetsinstituttet til etablering af en visningsplatform for kliniske retningslinjer m.v. Denne platform var allerede tænkt finansieret af instituttets startkapital på ca. 20 mio. kr., hvorfor de 2,5 mio. kr. tilbageføres til regionerne. Instituttet bliver således holdt skadesløs, men der frigøres de 2,5 mio. kr., som bringer den samlede besparelse op på 11,0 mio.kr., jf. tabel 3.

Tabel 4 viser budgetforslaget for Danske Regioners sekretariat.

**Tabel 4. Danske Regioners sekretariats budget 2025**

| Budgettal i 2025 P/L:                        | Budget 2024         | Budget 2025         |
|--|---------------------|---------------------|
| Kontingent                                   | -159.200.000        | -160.000.000        |
| Øvrige indtægter                             | -25.500.000         | -24.700.000         |
| <b>Indtægter i alt:</b>                      | <b>-184.700.000</b> | <b>-184.700.000</b> |
| Løn  | 126.400.000         | 125.100.000         |
| Øvrige personaleudgifter                     | 22.100.000          | 22.400.000          |
| <b>Personaleudgifter i alt:</b>              | <b>148.500.000</b>  | <b>147.500.000</b>  |
| Drift af Regionernes Hus                     | 10.100.000          | 10.100.000          |
| Fremmede tjenesteydelser                     | 18.200.000          | 18.200.000          |
| Mødeaktiviteter                              | 7.700.000           | 7.700.000           |
| Øvrig drift                                  | 31.200.000          | 31.400.000          |
| Tilskud                                      | 3.500.000           | 3.200.000           |
| <b>Udgifter i alt:</b>                       | <b>70.700.000</b>   | <b>70.600.000</b>   |
| <b>Driftsresultat:</b>                       | <b>34.500.000</b>   | <b>33.400.000</b>   |
| Kapitalindtægter                             | -9.000.000          | -8.500.000          |
| Kapitaludgifter                              | 2.000.000           | 1.500.000           |
| <b>Kapitalposter i alt:</b>                  | <b>-7.000.000</b>   | <b>-7.000.000</b>   |
| <b>Resultat:</b>                             | <b>27.500.000</b>   | <b>26.400.000</b>   |
| Projektbevillinger                           | 8.000.000           | 4.000.000           |
| <b>Resultat inkl. ekstraordinære poster:</b> | <b>35.500.000</b>   | <b>30.400.000</b>   |

Danske Regioners andel af de administrative besparelser foreslås udmøntet ved en reduktion på 2 mio. kr. på projektbevillinger. Konkret foreslås det, at videndelingsprojektet vedrørende sygehusbyggeri ikke videreføres, ligesom projektbevillingen til en ekstraordinær klimaindsats halveres, jf. særskilt sag. Den resterende besparelse på 1 mio. kr. vil blive indhentet via øvrige effektiviseringer. Der er allerede pålagt sekretariatet en effektivisering på 1,1 mio. kr., eftersom den del af finansieringen, som stammer fra formuetræk, ikke p/l-reguleres.

Projektbevillingerne bestod i 2024 af en etårig medfinansiering af Medicinrådet med 5 mio. kr., 1 mio. kr. til vidensdeling vedr. sygehusbyggeri og 2 mio. kr. til ekstraordinær klimaindsats. I 2025 er der bevilget 3 mio. kr. til styrkelse af den tværgående juridiske rådgivning samt den foreslåede reducerede klimaindsats på 1 mio. kr.

Renteindtægterne budgetteres lavere på grund af udtræk fra kapitalbeholdningen til dækningen af underskuddene. Til gengæld medfører reduktionen i diskontoen en lavere udgift til forrentningen af OK-midler.

I tabel 5 nedenfor vises Medicinrådets budget for 2025.

**Tabel 5. Medicinrådets budget for 2025**

| Budgettal i 2025 P/L:             | Budget 2024        | Budget 2025        |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|
| Øvrige kontingenter               | -56.600.000        | -56.600.000        |
| Tilførsel af midler vedr. HTA/IRF | -10.400.000        | -17.100.000        |
| <b>Indtægter i alt:</b>           | <b>-67.000.000</b> | <b>-73.700.000</b> |
| Løn                               | 47.400.000         | 48.400.000         |
| Øvrige personaleudgifter          | 7.200.000          | 6.000.000          |
| <b>Personaleudgifter i alt:</b>   | <b>54.600.000</b>  | <b>54.400.000</b>  |
| Husleje m.m.                      | 5.100.000          | 5.400.000          |
| Fremmede tjenesteydelser          | 4.200.000          | 3.000.000          |
| Mødeaktiviteter                   | 700.000            | 1.600.000          |
| Øvrig drift                       | 5.600.000          | 5.400.000          |
| HTA og Almen praksis              | 0                  | 3.900.000          |
| <b>Udgifter i alt:</b>            | <b>15.600.000</b>  | <b>19.300.000</b>  |
| <b>Driftsresultat:</b>            | <b>3.200.000</b>   | <b>0</b>           |

Medicinrådet får i 2025 tilført midler til HTA-området (7,1 mio. kr.) og 10 mio. kr. fra regionerne til den tidligere IRF-opgave med vejledning af almen praksis. Medicinrådets budget for 2025 balancerer, som det også blev anført i forbindelse med bestyrelsens bevilling af 10 mio. kr. årligt til arbejdet med vejledning af almen praksis.

I bilag 3 "Notat om Medicinrådets økonomi til Danske Regioners bestyrelse" har Medicinrådet redegjort for deres økonomi og konsekvenserne af væksten i sagstilgangen. Såfremt bestyrelsen ønsker at forhindre en nedgang i udarbejdelsen af behandlingsvejledninger, som erfaringsmæssigt skaffer flest besparelser på medicin, vil Medicinrådet skulle tilføres yderligere midler.

I tabel 6 vises de samlede budgetter for de øvrige enheder i Danske Regioner med særskilt kontingentfinansiering; RSI, RFI, VMR, IT Rådet og Kvalitetsenheden (Sekretariatet for Lærings- og Kvalitetsteams).

**Tabel 6. RSI, RFI, VMR, IT Rådet og Kvalitetsenhedens budget for 2025**

| Budgettal i 2025 P/L:           | Budget 2024        | Budget 2025        |
|---------------------------------|--------------------|--------------------|
| Øvrige kontingenter             | -21.500.000        | -21.500.000        |
| <b>Indtægter i alt:</b>         | <b>-21.500.000</b> | <b>-21.500.000</b> |
| Løn                             | 13.200.000         | 13.200.000         |
| Øvrige personaleudgifter        | 1.300.000          | 1.300.000          |
| <b>Personaleudgifter i alt:</b> | <b>14.500.000</b>  | <b>14.500.000</b>  |
| <b>Øvrige udgifter:</b>         | <b>7.000.000</b>   | <b>7.000.000</b>   |
| <b>Driftsresultat:</b>          | <b>0</b>           | <b>0</b>           |

#### *Kontingent 2025*

Kontingentet fastsættes på generalforsamlingen. Kontingentet foreslås pris- og løntalsreguleret på baggrund af den udmeldte sats for den generelle regionale pris- og løntalsregulering (eks. sygehusmedicin). For 2025 vil det pris- og løntalsregulerede kontingent udgøre 26,75 kr. pr. indbygger, svarende til en stigning på 0,90 kr. pr. indbygger i forhold til 2024.

---

#### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

#### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

#### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

1. Finansiering af Danske Regioners aktiviteter (1725038 - EMN-2024-00959)
2. Baggrundsnotat administrative besparelser 2025 (1718932 - EMN-2024-00959)
3. Notat om Medicinrådets økonomi til Danske Regioners bestyrelse - 030924 (1725102 - EMN-2024-00959)

12 (Fortrolig)

13 (Fortrolig)



### Resumé

Danske Regioner har udarbejdet et høringssvar til udkast til ældrelov. I høringssvaret tages højde for de indsatser, som fremgår af udspil til en ny sundhedsreform, som forventes at have afgørende betydning for udkastet til ældreloven. Sundhedsreformen rummer blandt andet nye snitflader mellem det regionale sundhedsområde og det kommunale ældreområde, som vi ser frem til at gå i dialog omkring.

Danske Regioner bakker overordnet op om ældrelovens fokus på frisættelse og færre krav til dokumentation. I ældreloven fremgår det, at den forebyggende tilgang styrkes, men hvordan fremgår ikke tydeligt. Her forventer Danske Regioner, at udspil til sundhedsreformen vil have stor betydning. Danske Regioner kan bakke op om, at forebyggende hjemmebesøg afskaffes. Endeligt bifalder Danske Regioner, at midlertidige pladser og akutfunktioner i den nye sundhedsreform overgår til regionerne, hvorfor det forventes, at dette ændres i udkast til ældreloven.

Danske Regioner har ingen bemærkninger til lov om ændringer som følge af ældreloven, lov om ældretilsyn og lov om lokalplejehjem.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

*at bestyrelsen godkender høringssvar til udkast til lovforslag om ældrelov.*

---

### Sagsfremstilling

Social-, Bolig- og Ældreministeriet har sendt udkast til lovforslag om ældrelov og lov om ændringer som følge af ældreloven, lov om ældretilsyn og lov om lokalplejehjem i høring.

#### Danske Regioners høringssvar

Danske Regioner noterer sig, at regeringen er kommet med et udspil til en ny sundhedsreform, "Sundhed tæt på dig", som vil betyde nye snitflader mellem det regionale sundhedsområde og det kommunale ældreområde. Det betyder, at der skal tages højde for sundhedsreformens konsekvenser i udkastet til en ny ældrelov.

Danske Regioner er helt overvejende positive over for udspillet "Sundhed tæt på dig" og den betydning, det får, særligt for sårbare ældre. Ikke mindst som følge af, at regionerne vil overtage ansvaret for at tilbyde midlertidigt ophold til en større gruppe af borgere samt akutfunktionerne, hvilket vil løfte den

sundhedsfaglige indsats for de ældre og bidrage til at undgå forebyggelige indlæggelser.

Nedenfor fremgår de væsentligste bemærkninger i høringssvaret:

- Danske Regioner bakker op om frisættelsen af ældreplejen, men der bør indføres kvalitetskrav til de indsatser, som har fokus på sundhed og forebyggelse af sygdom.
- Sundhedspersonalets vurdering af, hvilken hjælp og opfølgende indsatser en patient har brug for i ældreplejen efter udskrivelse, skal vægte langt tungere, end den gør i dag.
- Danske Regioner bakker op om færre krav til dokumentation men bemærker, at dokumentation af observationer af borgeren, som kan være vigtige indikationer på sygdomsforværring, ofte er afgørende for, at der kan igangsættes en tidlig indsats, som dermed kan være med til at forhindre en indlæggelse.
- Det er ikke tilstrækkeligt uddybet i udkast til ældreloven, hvordan de forebyggende tiltag vil styrkes, men Danske Regioner ser positivt på Sundhedsreformens indhold i relation hertil.
- Danske Regioner bakker op om, at forebyggende hjemmebesøg afskaffes, da den forebyggende indsats ikke bør være tilrettelagt med udgangspunkt i specifikke alderskriterier.
- Udkastet til ældreloven forholder sig til midlertidige pladser, og det fremgår, at gældende ret videreføres med redaktionelle ændringer. I udspil til sundhedsreformen lægger regeringen op til, at ansvaret for akutpladserne og midlertidigt ophold til borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats flyttes til regionerne. Det er derfor Danske Regioners forventning, at ansvaret overgår til regionerne, og at det vil medføre en ændring i ældreloven.
- Udkastet til ældrelov forholder sig ikke til sygeplejen og heller ikke til den akutte sygepleje. Danske Regioner finder det derfor positivt, at dette indgår i udspil til sundhedsreform, hvor akutfunktioner og hjemmebehandlingsteams overgår til regionerne.

Danske Regioner har ingen bemærkninger til lov om ændringer som følge af ældreloven, lov om ældretilsyn og lov om lokalplejehjem.

#### Om udkast til ældreloven

Ældreloven er en ny hovedlov, der udskiller ældreområdet fra det specialiserede socialområde og afgrænser ældreplejen som et almenområde. I udkastet til loven fastsættes krav om helhedspleje, som indebærer, at ældreplejens kerneydelser skal tildeles og leveres i form af kommunalt fastsatte pleje- og omsorgsforløb, som skal udgøre en ramme for hjælpen ud fra den ældres aktuelle behov og ønsker.

Frem for opdeling i standardiserede enkelttydelser vil der efter ældreloven blive truffet afgørelse om tildeling af et forløb, hvor der er mulighed for at justere i hjælpen uden at skulle forbi visitationen. Kravet om helhedspleje omfatter både offentlige og private leverandører, som skal kunne levere hele pleje- og omsorgsforløbet. Formålet er at sikre en sammenhængende og koordineret hjælp med færrest mulige forskellige hjælpere i den ældres hjem og bedre mulighed for hurtigt at reagere på behov for justeringer i hjælpen. Med indførelsen af helhedspleje udvides det frie valg for den ældre, idet både kommunale og private leverandører får mulighed for at levere fleksibel og sammenhængende hjælp på lige fod.

### **Adgang til høringsmateriale**

Høringsmaterialet kan findes på høringsportalen:

[Høringsdetaljer - Høringsportalen \(hoeringsportalen.dk\)](https://hoeringsportalen.dk)

---

### **Økonomi**

Ingen bemærkninger

---

### **Sekretariatets bemærkninger**

Danske Regioners høringssvar er afsendt den 19. september 2024 med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

---

### **Kommunikation**

Ingen bemærkninger

---

### **Bilag**

1. 19.09 høringssvar\_godkendelse formandsskab (1725201 - EMN-2017-01083)

## 15 (Offentlig) Høringssvar - Udkast til seks bekendtgørelser om tobaks- og nikotinprodukter

---

Sofie Mayling Vennike  
EMN-2018-02059

### Resumé

Danske Regioner har fået udkast til seks bekendtgørelser om tobaksvarer m.v. i høring som led i udmøntningen af regeringens forebyggelsespakke målrettet børns og unges forbrug af tobak, nikotin og alkohol. Med denne sag forelægges Danske Regioners høringssvar til bestyrelsens godkendelse.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at bestyrelsen godkender forslag til høringssvar til udkast af seks bekendtgørelser om tobaksvarer m.v. og forskellige andre love.

---

### Sagsfremstilling

Regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne), Socialistisk Folkeparti, Danmarksdemokraterne, Det Konservative Folkeparti og Alternativet indgik den 14. november 2023 en aftale om en forebyggelsesplan målrettet børns og unges brug af tobak, nikotin og alkohol. Aftalen indeholder 30 initiativer, som skal bidrage til at nedsætte børns og unges forbrug af tobak, nikotin og alkohol.

Aftalen udmøntes med tre lovforslag, ét på Skatteministeriets område og to på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område. Danske Regioner har fået de første lovforslag i høring. På møde den 23. maj 2024 godkendte bestyrelsen Danske Regioners høringssvar til første del af bekendtgørelserne i forebyggelsespakken, og det næste høringssvar til næste del af bekendtgørelserne blev godkendt af bestyrelsen på møde den 22. august 2024. I det første høringssvar bemærkede Danske Regioner, at Danske Regioner ser behovet for et forbud for salg af alkohol til unge under 18 år på grund af de risici, der er forbundet med, at unge indtager alkohol, hvilket der også blev henvist til i det andet høringssvar.

Denne sag handler om, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet har sendt seks bekendtgørelser i høring som en del af forebyggelsespakken. To af bekendtgørelserne er nye, mens de fire resterende har fået foretaget ændringer i henhold til forebyggelsespakken. Det drejer sig om følgende bekendtgørelser:

- Udkast til bekendtgørelse om standardisering af emballagen for tobakssurrogater

- Udkast til bekendtgørelse om grænseværdier for nikotinindhold i tobakssurrogater
- Udkast til bekendtgørelse om undersøgelser af konkrete tilsætningsstoffer i tobaksvarer og nærmere krav til mærkning og emballering af cigaretter og rulletobak, standardisering af enkeltstyk cigaretter og enkeltstyk nikotinposer, bestanddele i enkeltpakning med tyggetobak og tobakssurrogater mv. (ændring i eksisterende bekendtgørelse)
- Udkast til bekendtgørelse om standardisering af tobakspakker, urtebaserede rygeprodukter og teknisk udstyr, der benyttes sammen med opvarmet tobak (ændring i eksisterende bekendtgørelse)
- Udkast til bekendtgørelse om mærkning og sundhedsadvarsler på tobakssurrogater (ændring i eksisterende bekendtgørelse)
- Udkast til bekendtgørelse om kvalitet, mærkning og alderskontrolsystem m.v. af elektroniske cigaretter og genopfyldningsbeholdere m.v. (ændring i eksisterende bekendtgørelse)

Bekendtgørelserne fastsætter krav til standardisering af emballagen for yderligere produkter, nye emballage- og produktkrav samt en grænse for nikotinindholdet i nikotinposer. Det indebærer blandt andet, at elektroniske cigaretter, genopfyldningsvæske og tobakssurrogater og andre nikotinprodukter som nikotinposer skal mærkes med henvisning til Stoplinien, og at det ikke må indeholde smag eller duft af andet end tobak og mentol på linje med andre tobaks- og nikotinprodukter.

Med bekendtgørelsen om grænseværdier for nikotinindhold i tobakssurrogater fastsættes det, at nikotinposer maksimalt må indeholde 9,0 mg nikotin per pose. Bekendtgørelserne medfører også, at tobakssurrogater, enkeltstyk cigaretter og nikotinprodukter sidestilles med andre tobaks- og nikotinvarer i forhold til tilsætningsstoffer og mærkning samt emballering og udseende, så der er samme krav til neutral form, farve, indpakning mm. Det betyder overordnet, at elektroniske cigaretter og tobakssurrogater som nikotinposer ikke må sælges, hvis de indeholder andre smage end tobak eller mentol, ikke er mærket med henvisning til Stoplinien og ikke er pakket i neutral emballage.

Det foreslås med høringssvaret, at Danske Regioner bakker op om bekendtgørelserne.

### **Adgang til høringsmateriale**

Høringsmaterialet kan findes på høringsportalen [her](#).

## **Økonomi**

Ingen bemærkninger

---

## **Sekretariatets bemærkninger**

Høringssvaret er afsendt den 30. september 2024 med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

---

## **Kommunikation**

Ingen bemærkninger

---

## **Bilag**

1. Høringssvar til Udkast til seks bekendtgørelser om tobaks- og nikotinprodukter<sup>1</sup> (1726153 - EMN-2018-02059)

## 16 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om ophør af pligt til rapportering af utilsigtede hændelser, ophævelse af klageadgang mm

---

Martin Bredgaard Sørensen  
EMN-2024-01013

### Resumé

Sundheds- og Indenrigsministeriet har sendt høring over udkast til lovforslag om:

- 1) Ophør af pligten til rapportering af utilsigtede hændelser (UTH), herunder nedlæggelse af Dansk Patientsikkerhedsdatabase.
- 2) Ophævelse af klageadgang for klager over private tandklinikker, praktiserende tandlæger, tandteknikere og tandplejere.
- 3) Ophævelse af klageadgangen for befordring og befordringsgodtgørelse.

Danske Regioners høringssvar tydeliggør den afgørende betydning, som UTH-systemet, rapporteringspligten og sanktionsfriheden udgør for patientsikkerhedsarbejdet i det danske sundhedsvæsen i forhold til læring og forbedring og i et tværsektorielt perspektiv.

Danske Regioner har derfor indgået aftale med Indenrigs- og Sundhedsministeriet om at fastholde UTH som grundlag for patientsikkerhedsarbejdet. Dansk Patientsikkerhedsdatabase overdrages til regionerne.

Danske Regioner kritiserer ophævelse af klageadgang på tandområdet samt ophævelse af klageadgang på befordringsområdet, som ønskes medtaget på Lov- og Cirkulæreprogrammet med henblik på forhandling af lovforslagets konsekvenser for regionernes økonomi, jfr. Det Udvidede Totalbalanceprincip (DUT) i henhold til VEJL nr. 63 af 09/10/2007.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
*at bestyrelsen godkender høringssvaret.*

---

### Sagsfremstilling

Danske Regioner har den 3. september 2024 modtaget Sundheds- og Indenrigsministeriets høring over udkast til lovforslag om:

1. Ophør af pligten til rapportering af utilsigtede hændelser (UTH), herunder nedlæggelse af Dansk Patientsikkerhedsdatabase.
2. Ophævelse af klageadgang for klager over private tandklinikker, praktiserende tandlæger, tandteknikere og tandplejere.

### 3. Ophævelse af klageadgangen for befordring og befordringsgodtgørelse.

Danske Regioners hørings svar tydeliggør den afgørende betydning, som UTH-systemet, rapporteringspligten og sanktionsfriheden udgør for patientsikkerhedsarbejdet i det danske sundhedsvæsen i forhold til læring og forbedring og i et tværsektorielt perspektiv.

Danske Regioner har derfor indgået aftale med Indenrigs- og Sundhedsministeriet om at fastholde UTH som grundlag for patientsikkerhedsarbejdet. Dansk Patientsikkerhedsdatabase overdrages til regionerne, der planlægger at placere opgaven i Sundhedsvæsnets Kvalitetsinstitut.

Danske Regioners bestyrelse er på mail den 2. oktober 2024 orienteret om rammerne for den indgået aftale. Aftaleteksten er ligeledes vedhæftet som bilag til denne sag.

Herunder kort om indholdet af det afgivet hørings svar:

Vedrørende **ophør af pligten til rapportering af utilsigtede hændelser (UTH), herunder nedlæggelse af Dansk Patientsikkerhedsdatabase** og ophør af sanktionsfrihed.

Hørings svaret understreger, at UTH-rapporteringspligten, handlepligten, UTH-databasen og sanktionsfriheden forsyner resten af patientsikkerhedsinfrastrukturen med data, viden og systematik. Det er denne kerne, som alt andet patientsikkerhedsarbejde hviler på. Det gælder eksempelvis de data, UTH-systemet stiller til rådighed, en robust organisering omkring patientsikkerhedsarbejdet, understøttelse af en stærk patientsikkerhedskultur og den effektive opsamling af læring, som sker tværsektorielt.

Det tilkendegives, at det i høj grad er gennem disse enkle, men effektive byggesten, at det danske patientsikkerhedsarbejde har sikret et patientsikkerhedssystem af høj kvalitet. Det er derfor helt afgørende, at UTH-systemet videreføres.

Hørings svaret beskriver vigtigheden af, at personalet sanktionsfrit og fortroligt kan rapportere fejl og patientsikkerhedsmæssige udfordringer, som de oplever i deres daglige kliniske praksis. Den lovbundne rapporteringspligt pålægger personalet i regioner, kommuner, almen praksis at gøre dette. Sanktionsfriheden holder hertil hånden over øget brug af defensiv medicin dvs. brug af ressourcer på undersøgelser og behandlinger, som ikke er fagligt velbegrundede, men som iværksættes af frygt for at blive sanktioneret.



Danske Regioner har valgt at indgå aftale med Indenrigs- og Sundhedsministeriet om at fastholde UTH som grundlag for patientsikkerhedsarbejdet. Dansk Patientsikkerhedsdatabase overdrages til regionerne på visse betingelser, som vil afklares efterfølgende.

Hvad angår **ophævelse af klageadgang for klager over private tandklinikker, praktiserende tandlæger, tandteknikere og tandplejere**, bemærker Danske Regioner, at der i lovforslaget ikke fremgår faglige begrundelser for, hvorfor det netop er denne gruppe af behandlingssteder og autoriserede sundhedspersoner, patienter fremadrettet ikke skal kunne klage over. Det er Danske Regioners synspunkt, at ændringer af denne karakter - som bortfald af klageadgang over en særlig gruppe af sundhedspersoner - rimeligvis bør være begrundet i faglige forhold. Danske Regioner bemærker i øvrigt, at tandlæger har et forbeholdt virksomhedsområde og en fuld ordinationsret. At fjerne adgangen til at klage over en gruppe af sundhedspersoner med netop forbeholdt virksomhedsområde og fuld ordinationsret bør være fagligt begrundet.

Vedrørende **ophør af klageadgangen for befordring og befordringsgodtgørelse** udgør ophøret af klageadgang en forringelse af patientrettighederne, idet patienterne fratages en nem adgang til at få prøvet deres sag. Styrelsen for Patientklager har også en væsentlig rolle med at sikre ensartet praksis på området i dag ved offentliggørelse af deres afgørelser, hvilket vil blive fjernet. Det vil betyde, at det er sværere at skabe og fastholde en ensartet praksis på tværs af landet. Danske Regioner er dog opmærksomme på, at der er et væsentlig behov for at prioritere i ressourcerne i sundhedsvæsenet. Afgørelser om befordringsgodtgørelse og befordring må relativt set være et af de mindre indgribende områder at ophæve klageadgangen for. Regionerne vil naturligvis fortsat bestræbe sig på at træffe korrekte afgørelser på befordringsområdet, så nødvendigheden af en administrativ klageadgang er af mindre karakter.

Endeligt bemærkes, at regionerne gennem en årrække har arbejdet på at forenkle befordringsreglerne, og der er i udspillet til en ny sundhedsreform løfte om, at der vil blive set på reglerne for befordring med henblik på at gøre reglerne mere gennemskuelige. Et lovforslag, der forenkler befordringsreglerne vil betydeligt mindske betænkeligheden ved at fjerne den administrative retssikkerhed. Tydeligere regler vil formodentlig tillige mindske antallet af patienter, der er utilfredse med regionens afgørelse om befordring og dermed det uundgåelige ressourceforbrug hos regionerne på behandling af sådanne henvendelse.

#### **Adgang til høringsmateriale**

Høringsmaterialet kan findes på [høringsportalen](#).

## Økonomi

Danske Regioner forventer, at der vil være økonomiske konsekvenser som følge af lovændringen. I forhold til **ophør af klageadgangen for befordring og befordringsgodtgørelse** og **ophævelse af klageadgang for klager over private tandklinikker, praktiserende tandlæger, tandteknikere og tandplejere** ønskes disse sager derfor medtaget på Lov- og Cirkulærepragrammet med henblik på forhandling af lovforslagets konsekvenser for regionernes økonomi, jfr. Det Udvidede Totalbalanceprincip (DUT) i henhold til VEJL nr. 63 af 09/10/2007.

---

## Sekretariatets bemærkninger

Høringssvaret er afsendt den 2. oktober 2024 med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

1. Høringssvar fra Danske Regioner vedr. lovforslag om nedlæggelse af UTH database mv (1727304 - EMN-2024-01013)
2. Forståelsespapir mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner om UTH (1727747 - EMN-2024-01013)

## 17 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om ændring af klage- og erstatningsloven og sundhedsloven (Indførelse af forsikringspligt for privatpraktiserende tandlæger m.m.)

---

Tina Vester Jensen  
EMN-2024-00908

### Resumé

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 4. juli 2024 anmodet Danske Regioner om bemærkninger til forslag til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og sundhedsloven mv.

Danske Regioner kvitterer for muligheden for at afgive høringssvar og fremsender høringssvar på vegne af de fem regioner.

Danske Regioner har udarbejdet vedhæftede høringssvar til bestyrelsens godkendelse.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
at bestyrelsen godkender høringssvar til udkast til lovforslag.

---

### Sagsfremstilling

Lovforslaget har til formål at gennemføre visse regelforenklinger som følge af samarbejdsprogrammet mellem regeringen og Danske Regioner og KL.

Lovforslaget består af tre dele, hvoraf den første og anden del skal gennemføre regelforenklinger på det regionale område, og den tredje del skal gennemføre en regelforenklings på det kommunale område.

Første del af lovforslaget vedrører tandlægers erstatningsudbetalinger, som er en udgift, der i dag ligger i regionerne. Da tandlæger opererer som privatpraktiserende aktører, er det regeringens opfattelse, at patientskadeerstatninger på området ikke skal finansieres af det offentlige.

Forslaget har derfor til formål at forpligte privatpraktiserende tandlæger til at tegne forsikring for krav om erstatning og godtgørelse for skader sket under behandling i deres klinik samt for finansiering af behandlingen af skadesagerne i Patienterstatningen. Regionerne holdes dermed udgiftsfri, og besparelsen indgår som en del af samarbejdsprogrammet.

Med dette udgangspunkt skal formålet med nærværende forslag efter regeringens opfattelse ses som en mere fair fordeling af ressourcerne og udgifterne på sundhedsområdet.

Det er primært denne del, som Danske Regioners høringsvar har prioriteret.

Anden del af lovforslaget har til formål at ophæve oplysningspligten ved erstatningsudbetalinger i patienterstatningssager. Denne del af lovforslaget gennemfører et forslag til en regelforenkling fra Styrelsen for Patientsikkerhed.

Forslaget indebærer at afskaffe oplysningspligten ved erstatningsudbetalinger i patienterstatningssager, når der foreligger erstatningspligt over det gennemsnitlige, også benævnt kritisk skadefrekvens. Indberetningerne har til formål at indgå som en del af oplysningsgrundlaget for Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering af risici for patientsikkerheden på de enkelte behandlingssteder.

Tredje del af lovforslaget drejer sig om forældremyndighedens indehavers samtykke til ukomplicerede behandlinger ved den kommunale tandpleje. Denne del af lovforslaget har til formål at gennemføre et forslag til en regelforenkling fra KL.

---

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

1. Danske Regioners høringsvar vedr. lovforslag om ændring af klage- og erstatningsloven og sundhedsloven (indførelse af forsikringspligt for tandlæger) ENDELIG (1727899 - EMN-2024-00908)
2. Udkast til lovforslag\_høringsudgave (1716045 - EMN-2024-00908)

## 18 (Offentlig) Hverv - Ændringer i Udvalget for det nære sundhedsvæsen og Udvalget for regional udvikling og EU

---

Ulla Riel  
EMN-2020-01659

### Resumé

Per Møller (C) indtræder i Udvalget for det nære sundhedsvæsen i stedet for Lina Hundebøll Jespersen (V), begge Region Nordjylland.

Christine Dal Thrane (V) indtræder i Udvalget for regional udvikling og EU i stedet for Randi Mondorf (V), begge Region Hovedstaden.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

---

### Sagsfremstilling

Mads Duedahl har på vegne af blå blok meddelt, at Lina Hundebøll Jespersen (V), Region Nordjylland pr. 1. september 2024 er udtrådt af Udvalget for det nære sundhedsvæsen og erstattes af Per Møller (C), Region Nordjylland.

Venstres gruppe i Region Hovedstaden har meddelt, at Randi Mondorf (V) pr. 30. juni 2024 er udtrådt af Udvalget for regional udvikling og EU og erstattes af Christine Dal Thrane (V).

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag

## 19 (Offentlig) Generelle orienteringer

---

Ulla Riel  
EMN-2023-00764

### Resumé

Følgende emner er til orientering:

- Orientering om velkomstbreve til nyudnævnte ministre i SVM-regeringen
  - Medicinrådet overtager opgaven med at vejlede almen praksis om rationel udskrivning af tilskudsmedicin
  - Kræftplan V
  - Digital Taskforce for Kunstig Intelligens
  - Analyse af modeller for styrket tværgående sundhedsinnovation
  - Igangsættelse af Dialogforum for Life Science
  - Politiske møder
  - Arrangementer og konferencer
- 

### Indstilling

*Det indstilles,*  
*at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.*

---

### Sagsfremstilling

**Orientering om velkomstbreve til nyudnævnte ministre i SVM-regeringen**  
(EMN-2024-01045)

Danske Regioner har på vegne af formandskabet pr. 12. september 2024 fremsendt velkomstbreve til følgende nyudnævnte ministre (se vedlagte bilag):

- minister for grøn trepart, Jeppe Bruus
- minister for samfundssikkerhed og beredskab, Torsten Schack Pedersen
- minister for digitalisering, Caroline Stage Olsen
- social- og boligminister, Sophie Hæstorp Andersen
- europaminister, Marie Bjerre

Til minister for grøn trepart var vedlagt Danske Regioners forslag "En Grøn Plan For Danmark".

Til social- og boligministeren var vedlagt Danske Regioners forslag om hurtig og ensartet adgang til hjælpemidler samt forslag om etablering af døgnbehandlingstilbud til gravide og nye familier med misbrug.

**Medicinrådet overtager opgaven med at vejlede almen praksis om rationel udskrivning af tilskudsmedicin**

(EMN-2024-00849)

Danske Regioner og regeringen aftalte med økonomiaftalen for 2025, ”at Medicinrådet fremover står for vejledningen af alment praktiserende læger om udskrivning af tilskudsmedicin. Parterne noterer sig i den forbindelse, at opgaven fra 2025 ikke længere varetages af Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF) i regi af Sundhedsstyrelsen”.

Når Medicinrådet overtager opgaven fra årsskiftet, bliver rådets primære formål at understøtte de alment praktiserende læger i at ordinere rationelt dvs. tage stilling til:

- Hvornår et lægemiddel bør ordineres – så der ikke opstartes unødigt behandling, men heller ikke underbehandles
- At afprøve det billigste lægemiddel først, når flere lægemidler grundlæggende har ens effekt
- Hvornår brug af et lægemiddel bør seponeres – dvs. at behandlingen stoppes, da bivirkningerne fx overstiger effekten

Herudover skal Medicinrådets rådgivning være med til at styrke en mere ensartet ordinationspraksis på tværs af landet.

IRF udgiver i dag en række produkter, som skal fremme rationel brug af lægemidler i primærsektoren. Danske Regioner overvejer pt. sammen med Medicinrådets sekretariat, hvordan vi kan videreføre arbejdet med lægemiddelrekommandationslisten og anmeldelser af nye lægemidler, samt eventuelt yderligere produkter. Det skal samtidigt afklares, hvordan man bedst muligt sikrer, at de praktiserende læger implementerer Medicinrådets anbefalinger. Det vurderes, at der er behov for at foretage en tilpasning af Medicinrådets sammensætning i forbindelse med, at Medicinrådet fremover skal stå for vejledningen af almen praksis.

Danske Regioner forelægger en sag for bestyrelsen på mødet den 19. december med forslag til, hvordan Medicinrådet fremover skal vejlede almen praksis om rationel udskrivning af tilskudsmedicin. Forud for drøftelsen på bestyrelsesmødet behandler Sundhedsudvalget sagen på deres møde den 8. november. Sundhedsstyrelsen forventes ultimo oktober at komme med en udmelding, om at IRF's opgave med vejledning af almen praksis ophører.

## **Kræftplan V**

(EMN-2023-01179)

I maj 2023 præsenterede regeringen en ny sundhedspakke, som blandt andet indeholdt udviklingen af en ny kræftplan, hvortil der er afsat 500 mio. kr. årligt fra 2025. Sundhedsstyrelsen har fået ansvaret for at udarbejde et fagligt oplæg til Kræftplan V, som skal afleveres til regeringen senest ved udgangen

af 2024. Dette oplæg vil danne grundlag for de politiske forhandlinger om den endelige plan.

I processen har Sundhedsstyrelsen nedsat en faglig følgegruppe, hvor både regionerne og Danske Regioner er repræsenteret. Sundhedsstyrelsens seneste udkast er kendetegnet ved omfattende anbefalinger, der dækker hele kræftforløbet. Blandt forslagene er en revision af kræftpakkeforløbene samt øget fokus på individualisering af behandlingsforløb. Der er også anbefalinger om en mere risikobaseret tilgang til screening, en mere struktureret indsats for rehabilitering og palliation samt bedre tilbud til patienter med senfølger efter kræftbehandling. Endelig er der et kvalitetsspor i anbefalingerne, som omfatter en bedre deling af data mellem sundhedsvæsenets aktører samt øget brug af sundhedsdata og kunstig intelligens.

Samlet set vurderes anbefalingerne at kunne bidrage til forbedrede kræftforløb for mange patienter. Danske Regioner arbejder for, at det faglige oplæg anlægger et større fokus på nødvendigheden af at fremtidssikre kræftområdet gennem fortsat robustgørelse af kapaciteten, en stærkere forebyggelsesindsats mv. Allerede i dag er kræftområdet under pres, og med et stigende antal ældre vil presset kun øges i fremtiden. Det vil være det primære fokus for Danske Regioner i det afsluttende arbejde med det faglige oplæg.

### **Digital Taskforce for Kunstig Intelligens**

(EMN-2024-00924)

På baggrund af beslutning i ØA25 er arbejdet i Digital Taskforce for Kunstig Intelligens startet op i Digitaliseringsministeriet. Det første bestyrelsesmøde er afholdt den 8. oktober 2024, hvor kommissoriet for arbejdet har været drøftet (vedlagt som bilag). Adam Wolf er Danske Regioners repræsentant i bestyrelsen. Der vil senere ligeledes blive nedsat et politisk udvalg bestående af finansministeren (delt formand), digitaliseringsministeren (delt formand) og formændene for KL og Danske Regioner. Danske Regioner indstationerer et årsværk til taskforcen startende medio oktober.

For at sikre, at taskforcen har fokus på emner til gavn for regionerne, har Danske Regioner på baggrund af input fra regionerne udarbejdet en materialesamling samt fremhævet emner og cases, som de ønsker, taskforcens arbejde tager udgangspunkt i. Bestyrelsen vil løbende blive orienteret om taskforcens arbejde.

### **Analyse af modeller for styrket tværgående sundhedsinnovation**

(EMN-2022-00450)

Med afsæt i økonomiaftalen for 2023 har Deloitte udført et analysearbejde med det formål at afsøge barrierer og mulige løsningsmodeller for styrket



tværgående sundhedsinnovation og udbredelse af digitale løsninger med arbejdskraftfrigørende potentiale. Analysen og dertilhørende bilag kan findes [her](#).

Analysen peger på 3 løsningsmodeller, hvoraf den mest ambitiøse – model 3 – beskriver en særskilt organisering dedikeret til innovation, som kan sikre den fornødne kapacitet, ressourcer og kompetencer til at prioritere, igangsætte og drive tværgående innovation. Denne model afspejler elementerne i Danske Regioner og DI's forslag om et Nationalt Center for Sundhedsinnovation og den tilsvarende konstruktion, som indgår i regeringens udspil til en kommende sundhedsreform.

### **Igangsættelse af Dialogforum for Life Science**

(EMN-2024-00922)

På baggrund af bestyrelsens beslutning på bestyrelsesmødet i marts 2024 om at etablere et Dialogforum for Life Science er arbejdet med etableringen startet op i samarbejde med Karin Friis Bach, der er udpeget til at drive forummet.

Det endelige format for forummet er ændret i forhold til den oprindelige sag:

- Navnet bliver ændret til Danske Regioners Life Science Forum
- Deltagerkredsen bliver mindre end oprindeligt tænkt, med omkring 20 udvalgte deltagere, der sammen kan skabe et dynamisk og innovativt forum for diskussion og samarbejde, og som samtidig kan udvikle idéer og forslag sammen i løbet af den foreslåede møderække. Gruppen vil fortsat, som oprindeligt besluttet, bestå af forskere fra universiteter, hospitalsrepræsentanter fra regionerne, erhvervslivet samt brancheorganisationer m.fl. (se bilag). Herudover får hvert parti mulighed for at udpege en deltager.

Der er planlagt op til fire møder fra december 2024 til udløbet af denne bestyrelsesperiode, hvor hvert møde vil være struktureret omkring enkelte specifikke temaer, og der vil være plads til både oplæg og en bred dialog. Tematiske møder vil understøtte en målrettet og konstruktiv dialog, der kan fremme udviklingen af offentligt-private partnerskaber i sundhedsvæsenet. Det første møde finder sted primo december 2024 og vil fokusere på anvendelsen af AI i sundhedssektoren.

### **Politiske møder**

(EMN-2023-00764)

Der har siden den 5. august 2024 været holdt følgende politiske møder:

- Møde 20. august med børne- og undervisningsministeren om elevfordeling og ny indgang til erhvervsfaglige ungdomsuddannelser. Anders Kühnau og Mads Duedahl deltog.

- Møde 28. august med ældreministeren om sundhedsstrukturkommissionen. Anders Kühnau og Mads Duedahl deltog.
- Møde 28. august med indenrigs- og sundhedsministeren om sundhedsstruktur. Anders Kühnau og Mads Duedahl deltog.
- Møde 30. september med sundhedsministeren om sundhedsreform. Anders Kühnau deltog.

## Arrangementer og konferencer

(EMN-2023-00764)

### 7. november 2024

København: Sundhed for alle. Danske Regioner er arrangør.

### 3. december 2024

København: Sundhedspolitisk Topmøde. Danske Regioner er medarrangør.

### 23. januar 2025

Middelfart: Regionernes økonomi- og styringsseminar (RØST). Danske Regioner er arrangør.

---

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

1. Velkomstbrev til europaminister Marie Bjerre (1723409 - EMN-2024-01045)
2. Velkomstbrev til minister for digitalisering Caroline Stage Olsen (1723410 - EMN-2024-01045)
3. Velkomstbrev til minister for grøn trepart Jeppe Bruus (1723411 - EMN-2024-01045)
4. Velkomstbrev til minister for samfundssikkerhed og beredskab Torsten Schack Pedersen (1723412 - EMN-2024-01045)
5. Velkomstbrev til social- og boligminister Sophie Hæstorp Andersen (1723413 - EMN-2024-01045)
6. En Grøn Plan for Danmark (1723414 - EMN-2024-01045)

7. Forslag til døgnbehandlingstilbud til gravide og nye familier med misbrug (1723124 - EMN-2024-01045)
8. Forslag til hurtig og ensartet adgang til hjælpemidler (1723125 - EMN-2024-01045)
9. Udkast til Kommissorium for Digital Taskforce (1726810 - EMN-2024-00924)
10. Deltagerliste til Danske Regioners Life Science forum (1727723 - EMN-2024-00922)

## 20 (Offentlig) Formandens meddelelser

---

Ulla Riel  
EMN-2023-00764

### Resumé

-

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag

21 (Fortrolig)

## 22 (Offentlig) Næste møde

---

Ulla Riel  
EMN-2023-00764

### Resumé

-

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at bestyrelsen tager til efterretning, at næste møde holdes torsdag den 21. november 2024 kl. 10.30-15 i Regionernes Hus.

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag

## 23 (Offentlig) Eventuelt

---

Ulla Riel  
EMN-2023-00764

### Resumé

-

---

### Indstilling

-

---

### Sagsfremstilling

-

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Bilag Titel:</b>       | <b>Beskrivelse af handlinger til udbredelse på tværs af regioner</b> |
| <b>Dagsordens titel</b>   | <b>Status for Grønne Hospitaler</b>                                  |
| <b>Dagsordenspunkt nr</b> | <b>9</b>   |
| <b>Bilag nr</b>           | <b>1</b>   |
| <b>Antal bilag:</b>       | <b>1</b>   |



## NOTAT

11-09-2024

EMN-2024-00153

1725101

Ottilia Odette Printzlau

# Handlinger til udbredelse på tværs af regionerne som led i strategien for Grønne Hospitalers første rul

I den Fællesregionale strategi for Grønne Hospitaler indgår en regional model for udbredelse af klimaløsninger (RUL-modellen).

Modellen indebærer, at regionerne årligt tager stilling til udbredelse af konkrete velafprøvede handlinger på tværs af hospitaler. Nedenstående 13 handlinger er blevet udpeget til at indgå i strategiens første rul.

- Brug mindre lejepapir
- Genbrug af møbler som førstevalg
- Reducér brug af plastre ved visus-måling
- Brug færre eller mindre engangssugestykker (blå måtter)
- Brug færre eller mindre nyrebakker
- Fjern plastikbakker fra de sterile pakker
- Fjern unødvendige skraldespande
- Brug flergangspatientkopper (tudkopper)
- Brug flergangsvaser til blomster
- Skift til genopladelige batterier
- Skift fra engangs- til flergangsservice
- Skift fra engangs- til flergangsmetalinstrumenter\*
- Reducér klimaaftrykket fra lattergas\*

\*Indikerer at disse handlinger potentielt har et længere implementeringssigte end de øvrige, da de potentielt kræver mere modning og også investeringer.

De enkelte handlinger er uddybet på de følgende sider. Beskrivelserne er udarbejdet i samarbejde med de regioner, som allerede har erfaring med implementering af handlingerne og har foreslået dem til udbredelse på tværs.



### **Brug mindre lejepapir**

Hvert år bruges der mange tons lejepapir på hospitalerne. Ofte er der ingen faglig eller hygiejnisk årsag til at bruge papir på lejet, der alligevel skal gøres rent efter patienten. Der er således stort potentiale for at reducere forbruget og flytte en større del af det resterende forbrug over på et grønnere produkt. Da lejepapiret typisk ikke kan sendes til genanvendelse, ender det som restaffald. Ved at reducere brugen af lejepapir reduceres både forbrug og mængden af affald. Besparelsen per undgået rulle lejepapir varierer mellem produkter grundet størrelse og sammensætning, men ligger mellem 2,4 og 3,4 kg CO<sub>2</sub> per rulle.

### **Genbrug af møbler som førstevalg**

Ved at fremme genbrug og forlænge levetiden for eksisterende inventar i regionerne kan regionerne mindske affaldsmængden og behovet for nyproduktion og dermed reducere deres CO<sub>2</sub>-aftryk.

Region Hovedstaden har f.eks. gode erfaringer med at anvende en digital genbrugsplatform, der gør det muligt for regionens medarbejdere at bestille brugte møbler til deres arbejdsplads. Der indsamles løbende overskudsmøbler fra regionens hospitaler og virksomheder, der bliver gennemgået, rengjort og repareret efter behov. Via genbrugsplatformen kan medarbejderne bestille og få leveret genbrugte møbler. Målet er at reducere CO<sub>2</sub>-udledningerne og spare penge til gavn for både hospitaler og regionernes borgere.

### **Reducér brug af plastre ved visus-måling**

Der bruges årligt 25.680 plastre på øjenafdelingen på Aalborg Universitetshospital. Plastret benyttes, når patienten skal have målt visus, og det er nødvendigt at dække det andet øje til. Plastret er af kraftig kvalitet og kommer med emballage, brugsvejledning, klistermærker og 3 lag indpakning.

I langt de fleste tilfælde er det muligt, at patienten blot bruger sin hånd til at dække det nødvendige øje. Da dette alternativ ikke indebærer noget forbrug, er der en direkte gevinst i form af mindre forbrug og affald. Der kan være svagelige patientgrupper, som af den ene eller den anden årsag ikke selv kan dække øjet. Her kan man i stedet bruge en genanvendelig brille, som man kender fra optikeren, og som de fleste øjenafdelinger har til rådighed.

### **Brug færre eller mindre engangssugestykker (blå måtter)**

Der blev i 2022 indkøbt 3.345.900 stk. engangssugestykker (blå måtter) alene i Region Hovedstaden. Der er potentiale for at reducere forbruget og i andre sammenhænge erstatte det med et mindre produkt.

Mindre forbrug medfører en reduktion i både affaldsmængde, CO<sub>2</sub>-udledning og økonomi. Forbruget af 3,3 millioner engangssugestykker i Region Hovedstaden svarer til 300 ton CO<sub>2</sub> og 80 ton affald og koster 1,8 mio. kr.

### **Brug færre eller mindre nyrebakker**

Nyrebakker anvendes til mange forskellige formål f.eks. prøvetagning, anlæggelse af perifert venekateter, organisering på sengestuen eller andre procedurer. Ved helt at undvære nyrebakken og i stedet overgå til at bruge et procedurebord, bruge en flergangsnrebakke eller vælge en grønnere variant er der potentiale for en reduktion af klimabelastning og affaldsmængde. En reduktion i forbruget af engangsnrebakke giver den største reduktion i både affaldsmængde og CO<sub>2</sub>-udledning. Men også udskiftning til mindre engangsnrebakker er en fordel.

Der blev i 2022 indkøbt 1.580.840 stk. nyrebakker i Region Hovedstaden. Beregninger viser, at en overgang fra det samlede forbrug af de store engangsnrebakker til mindre nyrebakker fører til en CO<sub>2</sub>-reduktion på 71 ton og en reduktion af affald på 18 ton.

### **Fjern plastikbakker fra de sterile pakker**

Det er muligt at reducere forbruget af engangsplastikbakker og dermed forbruget af unødvendigt plastik. Et mindre forbrug af plastikbakker fra de sterile pakker vil reducere mængden af affald, forbrug af råstoffer og CO<sub>2</sub>-udledning. En sparret plastikbakke svarer til ca. 150 g CO<sub>2</sub>.

### **Fjern unødvendige skraldespande**

Små affaldsspande på f.eks. kontorer ses ofte med usorteret indhold som f.eks. restaffald, plastik og papir. Spandene tømmes ofte af pleje- eller servicepersonale, selvom de ikke er fyldte, hvormed der kommer et stort forbrug af plastikposer. Færre små skraldespande giver bedre udnyttelse og dermed et mindre forbrug af plastik, reduceret CO<sub>2</sub>-udledninger og bedre økonomi.

Hver gang man kan undgå at bruge en 120 liters affaldssæk, der tømmes dagligt, spares 29 kg plastik om året. Ved et årligt mindre forbrug af 29 kg LDPE plast-sække opnås en besparelse på ca. 130 kg CO<sub>2</sub>.

### **Brug flergangspatientkopper (tudkopper)**

Tudkopper anvendes på mange afdelinger og er nødvendige for svækkede patienter i drikkesituationen. Ved at indføre genanvendelige tudkopper, som kan vaskes i industrivaskemaskiner, er det muligt at reducere med klimaaftrykket.

Region Nordjylland har fået lavet en LCA-analyse på andre typer af engangs- og flergangskoppers CO<sub>2</sub>-udledning. Her var der en utvetydig gevinst ved at overgå fra engangs- til flergangskopper. Med udgangspunkt i denne analyse antages, at skiftet til flergangstudkopper kan svare sig i forhold til klimaeffekten. Derudover rapporteres der om bedre patientoplevelse ved flergangskopperne, ligesom der vurderes at være en positiv økonomisk effekt ved skiftet.

### **Brug flergangsvaser til blomster**

Region Hovedstaden køber årligt ca. 10.000 engangsvaser til blomster. Engangsvaser skal foldes af plejepersonalet og udleveres til patienter og pårørende. Mange oplever, at vasen nemt vælter og ikke fungerer optimalt. Ved at overgå til flergangsvaser er der derfor potentiale for at spare CO<sub>2</sub>, økonomi, affald og tid.

Beregninger viser, at hvis det samlede forbrug af engangsvaser i Region Hovedstaden (10.200 stk.) erstattes med flergangsvaser i stål, som vaskes og er i flow, vil man kunne spare 470 kg CO<sub>2</sub>, 380 kg affald og ca. 110.000 kr.

### **Skift til genopladelige batterier**

Batterier har et stort klimaaftryk. Skifter man fra almindelige alkaline batterier til genopladelige, er der en stor CO<sub>2</sub>-besparelse at hente. Det sparer også betydelige mængder af dyrebare råstoffer og materialer samt reducerer mængden af farligt affald. Og på lidt længere sigt er det billigere, selvom der skal indkøbes opladere. Med en levetid på 20 genopladninger opnås en besparelse på ca. 75g CO<sub>2</sub> for et AA batteri og ca. 35g CO<sub>2</sub> for AAA.

### **Skift fra engangs- til flergangsservice**

Service, der kan vaskes og bruges igen, er langt mere bæredygtigt end engangsservice. Ved at overgå til flergangsservice reduceres forbruget af materialer og deraf affaldsmængden, og CO<sub>2</sub>-udledningen falder samlet set med omkring 90 %. Flergangsservice af porcelæn holder desuden bedre på varmen, er lettere at håndtere (bøjer ikke) og der er mindre risiko for at brænde fingrene.

Som tommelfingerregel spares gennemsnitligt per brug: 16,5 g CO<sub>2</sub> ved skifte af tallerkner, 2 g CO<sub>2</sub> ved skifte af bestik og 25 g CO<sub>2</sub> ved skifte af kop/glas.

### **Skift fra engangs- til flergangsmetalinstrumenter\***

Ved at overgå fra engangs- til flergangsinstrumenter reduceres forbruget af både plastik og metal, som er en ikke-fornybar ressource. Desuden minimeres antallet af transporter og emballage, da engangsinstrumenter ofte produceres langt fra Danmark. De fleste engangsinstrumenter ender som klinisk risikoaffald, som er både dyrere og mere energikrævende at bortskaffe via afbrænding.

En analyse af metalinstrumenter viser, at et flergangssutursæt udleder 90 procent mindre CO<sub>2</sub> end et tilsvarende engangssæt. Som tommefingerregel spares per brug ca. 370 g CO<sub>2</sub> ved skifte af sæt med et instrument, 630 g CO<sub>2</sub> for sæt med 2 instrumenter og 730 g CO<sub>2</sub> for sæt med 3 instrumenter.

### **Reducér klimaaftrykket fra lattergas\***

Lattergas anvendes til smertelindring på størstedelen af fødeafdelingerne i Danmark. Lattergas er samtidig en yderst potent drivhusgas, der efterlader et meget højt klimaaftryk. Der er derfor et stort potentiale for at nedbringe klimaaftrykket fra hospitalernes brug af lattergas.

Der findes allerede i dag teknologi, i form af destruktionsanlæg, som kan spalte og uskadeliggøre lattergas. Hvidovre Hospital er indtil videre det eneste hospital i Danmark, der har taget teknologien aktivt i brug. Teknologien vurderes at kunne uskadeliggøre helt op mod 70 procent af den lattergas, som hospitalerne i dag anvender. Dette forudsætter dog konkrete investeringer i både destruktionsanlæg, bedre rørføring mellem fødeafdeling og anlæg, samt adfærdsændringer hos personalet.

Helt indledende estimater fra sekretariatet peger på, at hospitalerne årligt ville kunne spare omkring 4.000 ton CO<sub>2</sub>, hvis alle landets fødeafdelinger fulgte eksemplet fra Hvidovre.

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Bilag Titel:</b>       | <b>Finansiering af Danske Regioners aktiviteter</b>  |
| <b>Dagsordens titel</b>   | <b>1. behandling af Danske Regioners budget 2025</b> |
| <b>Dagsordenspunkt nr</b> | <b>11</b>  |
| <b>Bilag nr</b>           | <b>1</b>   |
| <b>Antal bilag:</b>       | <b>3</b>   |



## NOTAT

### Finansiering af Danske Regioners aktiviteter

Der er følgende fem kilder til finansiering af de aktiviteter, som Danske Regioner udfører på vegne af de fem regioner:

1. Kontingent fra regionerne
2. Betaling fra regionerne til særskilt finansierede enheder:  
Medicinrådet, Regionernes Sundhedsteknologi og Innovation (RSI),  
Regionernes Fællesindkøb (RFI), Regionernes Videntcenter for Miljø og  
Ressourcer (VMR), Regionernes IT-råd og Sekretariatet for Lærings- og  
Kvalitetsteams (Kvalitetsenheden)
3. Statsligt bidrag til sekretariatsbetjeningen af Regionernes Lønnings- og  
Takstnævn (RLTN)
4. Indtægter fra salg af administrative ydelser og husleje
5. Bidrag fra formue

#### *Ad 1. Kontingent fra regionerne*

Kontingentet fastsættes på generalforsamlingen.

Det har gennem årene været praksis, at kontingentet hvert år pris- og lønreguleres på baggrund af den udmeldte sats for det regionale sundhedsområde (ekskl. sygehusmedicin).

For 2025 indstilles kontingentet fastsat til 26,75 kr. pr. indbygger.

#### *Ad 2. Betaling fra regionerne til Medicinrådet, RSI, VMR, RFI, IT- rådet og Kvalitetsenheden*

Medicinrådet blev etableret i efteråret 2016. I 2025 udgør regionernes betaling til Medicinrådet 56,6 mio. kr.<sup>1</sup>. Medicinrådets budget for 2025

---

<sup>1</sup> I 2024 er regionernes bruttobetaling til Medicinrådet 54,7 mio. kr. Ved Medicinrådets etablering blev det forudsat, at Amgros reducerede deres omkostninger med 8 mio. kr. svarende til udgifterne til drift af RADS sekretariatet. Primo 2020 blev opgaven vedrørende

balancerer. Medicinrådets tilføres i 2025 7,1 mio. kr. til opgaver under HTA ordningen, og 10 mio. kr. til opgaver vedr. vejledning af almen praksis om tilskudsmedicin.

For 2025 er regionernes betaling til hhv. RSI 5,7 mio. kr., til RFI 4,6 mio. kr., til VMR 9,5 mio. kr., til IT rådet 1,0 mio. kr. og til Kvalitetsenheden 0,9 mio. kr. Bidragene til de fire enheder og til kvalitetsindsatsen fastsættes af deres styregrupper, og finansieres særskilt af regionerne. Enhedernes indtægter og udgifter balancerer på Danske Regioners budget.

#### *Ad 3. Statsligt bidrag til sekretariatsbetjeningen af RLTN*

Danske Regioner modtager årligt et bidrag fra staten til delvis dækning af sekretariatsbetjeningen af RLTN. For 2025 ventes bidraget at udgøre 3,85 mio. kr.

#### *Ad 4. Indtægter fra salg af administrative ydelser og husleje*

Som beskrevet i bilag 2 leverer Danske Regioner administrative ydelser til en række eksterne virksomheder og fonde. Indtægterne fra salget af disse administrative ydelser ventes i 2025 at udgøre 6,5 mio. kr.

Danske Regioner udlejer kontorarealer i Regionernes Hus til Sundhed.dk. Huslejeindtægten fra Sundhed.dk ventes i 2025 at udgøre 2,5 mio. kr.

#### *Ad 5. Bidrag fra formue*

Danske Regioner har midler placeret i obligationer og aktier (70/30). Fra etableringen i 2007 har det været tanken, at den del af foreningens aktiviteter, der ikke dækkes af kontingent og øvrige indtægter (jf. beskrivelsen ovenfor), skulle dækkes ved en "underskudsfinansiering", der tilvejebringes ved træk på formue og kapitalafkast.

Der kan i sagens natur være store udsving i kapitalposterne fra det ene år til det andet, men det har i de foreløbigt 17 år, foreningen har eksisteret, hvert år været muligt budgetmæssigt at dække en væsentlig del af indtægterne via kapitalposterne.

For 2025 er dækningen via kapitalposterne budgetteret til 33,4 mio. kr. Det bemærkes i denne forbindelse, at dækningen via kapitalposterne er en "residualfinansiering", der i sagens natur ikke pris- og lønreguleres, hvilket løbende mindsker foreningens indtægtsgrundlag og medfører et pres for effektiviseringer af driften.

---

sundhedsøkonomiske vurderinger overført fra Amgro's til Medicinrådet. I den forbindelse blev medicinrådets bevilling øget med 5 mio. kr. med en forventning om en tilsvarende reduktion i Amgro's driftsbudget. Nettoudgiften til Medicinrådet udgør dermed 40 mio. kr. i 2024.

Den løbende "underskudsfinansiering" ved kapitalafkast og træk på formuen, indebærer en gradvis reduktion af foreningens formue.

Tabellen nedenfor viser resultatet af en teknisk fremskrivning af de nuværende budgetforudsætninger og forpligtelser for Danske Regioner i perioden 2019-2033 og den resulterende egenkapital.

Reduktionen i underskuddet i 2025 skyldes, at Medicinrådets opsparede midler er opbrugt der. Samtidig udløber projektbevillingerne til Godt sygehusbyggeri ved udgangen af 2024 og foreslås ikke forlænget, ligesom bevillingen til Ekstraordinær klimaindsats foreslås halveret til 1 mio. kr. Disse forslag fremgår af en selvstændig sag på styrelsens dagsorden.

Som det fremgår, vil den løbende underskudsfinansiering udtømme egenkapitalen senest i 2033. Kolonnen "Nettoværdi af ejendomme" er medtaget for at synliggøre, at en stadigt stigende andel af egenkapitalen vil være bundet i mursten. Over perioden vil de investerede midler i aktier og obligationer blive realiseret for at fremskaffe likviditet til det løbende driftsunderskud. Alternativet hertil er en realisering af ejendommen(e) eller en ny belåning af samme.

| Udvikling i egenkapital 2019-34 (Millioner kroner) |                |                    |                         |                    |
|--|----------------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| År   | Årets resultat | Egenkapital ultimo | Nettoværdi af ejendomme | Bem:               |
| 2019   | 1,3            | 362,4              | 185,20                  | Regnskabstal       |
| 2020   | -22,6          | 339,9              | 179,60                  | Regnskabstal       |
| 2021   | 21,9           | 361,8              | 176,58                  | Regnskabstal       |
| 2022   | -44,0          | 317,8              | 178,10                  | Regnskabstal       |
| 2023   | -3,7           | 314,1              | 173,50                  | Regnskabstal       |
| 2024   | -29,6          | 284,5              | 167,50                  | Forventet regnskab |
| 2025   | -30,4          | 254,1              | 161,50                  | Budgetforslag      |
| 2026   | -30,4          | 223,7              | 155,50                  | Budgetoverslag     |
| 2027   | -31,4          | 192,3              | 149,50                  | Budgetoverslag     |
| 2028   | -28,4          | 163,9              | 143,50                  | Budgetoverslag     |
| 2029   | -29,4          | 134,5              | 137,50                  | Budgetoverslag     |
| 2030   | -30,4          | 104,1              | 131,50                  | Budgetoverslag     |
| 2031   | -31,4          | 72,7               | 125,50                  | Budgetoverslag     |
| 2032   | -31,9          | 40,8               | 119,50                  | Budgetoverslag     |
| 2033   | -32,4          | 8,4                | 113,50                  | Budgetoverslag     |

\*) Nettoværdien af ejendommene udgøres af den bogførte værdi fratrukket lån i ejendommene.



### **Relateret document 2/3**

**Dokument Navn:** Baggrundsnotat  
administrative besparelser  
2025.docx

**Dokument Titel:** Baggrundsnotat  
administrative besparelser  
2025

**Dokument ID:** 1718932



## NOTAT

### Baggrundsnotat administrative besparelser 2025

Besparelsesrammen for de fælles regionale enheder udgør 515 millioner kroner i 2025 efter reduktionen i 2024. Besparelsesprocenten er opgjort til 2,1 %, hvilket giver en samlet reduktion for de fælles regionale enheder på 11 millioner kroner i 2025 ud af den samlede reduktion på 104 millioner kroner i ØA 25.

I det følgende gennemgås forskellige scenarier for reduktionen på de fælles regionale enheder.

#### Rene administrative ydelser i Danske Regioner

Danske Regioners primære opgaver er interessevaretagelse og overenskomstforhandlinger på vegne af regionerne. Dette er at sidestille med regionernes primære sundhedsopgaver, der ikke er underlagt administrative besparelser.

Regionerne får i ØA25 tilført væsentlige ekstra ressourcer. Danske Regioner får ikke en tilsvarende forøgelse. Tværtimod betyder udmøntningen af den administrative besparelse fra 2024 i form af en kontingentreduktion et yderligere implicit produktivitetskrav i årene fremover i tillæg til den manglende PL regulering af formuetrækket.

De rene administrative ydelser leveret i Danske Regioner finansieret af grundkontingentet udgør 8 millioner kroner i løn og driftsomkostninger i enhederne CAS og HR. En reduktion på 2,1 % heraf udgør 170 tusinde kroner.

#### Fællesregionale enheder

I tabel 1 nedenfor er de samlede besparelsesrammer og de fælles regionale enheders andel heraf opgjort. Efter reduktion med besparelsen i 2024 fås en

besparelsesramme på de fællesregionale enheder på 515 millioner kroner i 2025 svarende til 2,1% eller 11 millioner kroner i 2025 .

Tabel 1: Besparelsesrammer 2024 og 2025.

| Mio. kr.  | 2024       | 2025       |
|---|------------|------------|
| Samlet regional besparelse                        | -300       | -104       |
| Besparelsesramme                                  | 5.168      | 4.868      |
| Besparelsesramme fælles regionale enheder         | 547        | 515        |
| Besparelsesprocent                                | -5,8%      | -2,1%      |
| Andel af ramme fælles regionale enheder           | 10,6%      | 10,6%      |
| <b>Samlet besparelse fælles regionale enheder</b> | <b>-32</b> | <b>-11</b> |

En opdeling af besparelsesrammen på enheder, hvor Danske Regioners bestyrelse har budgetansvaret og enheder med egne bestyrelser fremgår af tabel 2, hvor enhederne med selvstændige bestyrelser er indsat nederst.

Tabel 2: Besparelsesrammen opdelt på enheder.

| Mio. kr.         | 2024         | 2,1% besp.   |
|------------------|--------------|--------------|
| DR               | 154,8        | -3,3         |
| MR (inkl. HTA)   | 57,2         | -1,2         |
| Øv. Selv.finan.* | 20,2         | -0,4         |
| BR **            | 26,4         | -0,6         |
| RKKP **          | 92,7         | -2,0         |
| S.dk ***         | 81,6         | -1,7         |
| Amgros           | 82,1         | -1,8         |
| <b>I alt:</b>    | <b>515,0</b> | <b>-11,0</b> |

\*) RSI, IT rådet, RFI, Kvalitetssekretariatet og VMR.

\*\*) Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut fra 2025.

\*\*\*) Kun regionale bidrag.

En fordeling af besparelsen på alle enheder fremgår af kolonnen "2,1 % besp."

### Model med delvis friholdelse af enheder

En model, hvor besparelsen fordeles på flere enheder kan se ud som i tabel 3 nedenfor. Her er besparelsen indhentet på Danske Regioner, Teknologipuljen, Kvalitetsinstitutet, Sundhed.dk og Amgros.

Tabel 3: Besparelsesramme fordelt på udvalgte enheder.

| Mio. kr.             | B2025 |
|----------------------|-------|
| DR                   | -3,0  |
| Teknologipulje       | -2,5  |
| Kvalitetsinstituttet | -2,0  |
| Sundhed.dk           | -1,7  |
| Amgros               | -1,8  |
| I alt:               | -11,0 |

### Model med friholdelse af enheder med selvstændige bestyrelser

Hvis det forudsættes, at der ikke kan ske reduktioner på enhederne med selvstændige bestyrelser, samt på Medicinrådet og de øvrige selvstændigt finansierede enheder i Danske Regioner, kan reduktionen i 2025 ske via en midlertidig udskydelse af den vedtagne stigning i puljebeløbene til Medicin- og Forebyggelsespuljen (model A i tabel 4 nedenfor). Stigningen udgør 13 millioner kroner fra 2024 til 2025 (reduceres til 2 millioner kroner).

En alternativ reduktion i 2025 (model B) kan ske i form af en reduktion i stigningen i Medicin- og Forebyggelsespuljen med 6,5 millioner kroner, en reduktion i de interne puljer i Danske Regioner med 3,0 millioner kroner og reduktioner i sekretariatet med 1,5 millioner kroner.

Tabel 4: Reduktioner i puljer og sekretariatet.

| Mio. kr.                           | Model A | Model B |
|------------------------------------|---------|---------|
| Medicin- og Forebyggelsespuljen    | -11,0   | -6,5    |
| Interne puljer i Danske Regioner   | 0       | -3,0    |
| Udgiftsreduktioner i sekretariatet | 0       | -1,5    |
| Reduktioner i alt:                 | -11,0   | -11,0   |

### Fuld reduktion i Danske Regioner

En fuld reduktion i Danske Regioner kan ske via en udlodning fra egenkapitalen i forbindelse med resultatdisponeringen i regnskabet for 2024. Udlodningen vil blive fordelt efter indbyggertal 1.1.2025 og udbetalt til regionerne i 2025. En udlodning vil fremskynde tidspunktet, hvor der ikke længere kan ske medfinansiering af Danske Regioner via underskudsbudgettering.

### Model med IT udgifter medregnet i besparelsesrammen

Hvis regionernes IT udgifter medtages i besparelsesrammen bliver besparelsesprocenten for de fællesregionale enheder 1,2 % mod 2,1 % uden IT udgifter. De 1,2 % svarer til 6 mio. kr. jf. tabel 5 nedenfor.

Tabel 5: Besparelsesramme inkl. IT udgifter.

| Mio. kr.  | 2025        |
|---|-------------|
| Samlet regional besparelse                        | -104        |
| Besparelsesramme                                  | 8.975       |
| Besparelsesramme fælles regionale enheder         | 515         |
| Besparellesprocent                                | -1,2%       |
| Andel af ramme fælles regionale enheder           | 5,7%        |
| <b>Samlet besparelse fælles regionale enheder</b> | <b>-6,0</b> |

**Relateret document 3/3**

**Dokument Navn:** Notat om Medicinrådets  
økonomi til Danske Regioners  
bestyrelse - 030924.pdf

**Dokument Titel:** Notat om Medicinrådets  
økonomi til Danske Regioners  
bestyrelse - 030924

**Dokument ID:** 1725102

# Notat om Medicinrådets økonomi

3. september 2024

**Tilførslen af midler til EU-HTA og vejledning af almen praksis styrker Medicinrådets økonomi, men et stigende antal sager kan betyde længere sagsbehandlingstider, og at Medicinrådet må lave færre behandlingsvejledninger i 2025.**

**Medicinrådet**  
Dampfærgevej 21-23, 3. sal.  
2100 København Ø

+45 70 10 36 00  
medicinraadet@medicinraadet.dk

[www.medicinraadet.dk](http://www.medicinraadet.dk)

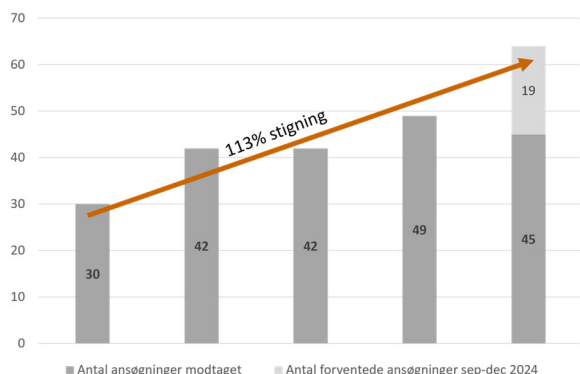
Medicinrådet får i 2025 tilført 56,6 mio. kr. i kontingent. Derudover får Medicinrådet 7,5 mio. kr. til at implementere EU's nye forordning vedrørende vurdering af lægemidler (EU-HTA) og 10 mio. kr. til arbejdet med bl.a. rådgivning af almen praksis. Medicinrådet har i 2024 gennemført besparelser på øvrig drift på 2,5 mio. kr., svarende til 4,7 pct. af grundbevillingen.

Grundkontingentet fra Danske Regioner har ligget fast i reale termer siden 2017 med en enkelt justering pr. 1. januar 2020, hvor Medicinrådet overtog opgaven med sundhedsøkonomi. Medicinrådet har fået tilført midlertidige øremærkede bevillinger, herunder en særbevilling fra Danske Regioner og en EU-HTA-bevilling fra staten i 2024.

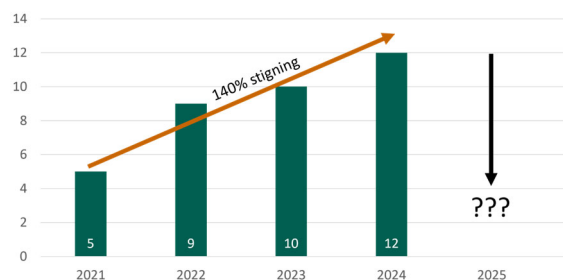
Medio 2024 har Medicinrådet allerede modtaget 45 ansøgninger, og der forventes i alt omkring 64 ansøgninger i 2024. Det svarer til en stigning på over 100 pct. siden 2020 og på over 50 pct. siden 2021-22, se figur 1.

I perioden fra 2021 har det været muligt at fordoble antallet af behandlingsvejledninger og lægemiddelrekommandationer som følge af bl.a. forbrug af opsparring og særbevilling i 2023, se figur 2 og tabel 1. Det er sket på baggrund af et strategisk ønske fra Rådet, regionerne og Amgros, da behandlingsvejledningerne er medvirkende til at give betydelige besparelser i sundhedsvæsenets medicinudgifter og styrker ensartet medicinanvendelse. De omkring 40 lægemiddelrekommandationer er bunde opgaver sfa. Amgros' udbud.

Det er Medicinrådets vurdering, at det vil vise sig meget vanskeligt at nedbringe sagsbehandlingstiderne til det ønskede niveau, hvis det væsentligt højere niveau af ansøgninger i 2024 fortsætter ind i 2025. For at fortsætte Medicinrådets fokus på at forbedre sagsbehandlingstiderne vurderes det, at der i 2025 vil kunne udarbejdes færre behandlingsvejledninger end i de foregående år, hvormed Amgros besparelser potentielt reduceres mærkbart på sigt.



**Figur 1. Antal ansøgninger modtaget fra 2020**



**Figur 2. Antal behandlingsvejledninger fra 2021**

Styrkelsen af Medicinrådets økonomi svarer således til en netto stigning på ca. 3,9 mio. kr. i ft. 2024 sfa. ophør af den midlertidige bevilling. Færdiggørelsen af Implement-arbejdet vil frigive ca. 2 årsværk i ft. foregående år. Netto-stigningen på 4 mio. kr. og frigørelsen skal både dække i) et forventet højt antal ansøgninger til nye lægemidler og ii) de nye opgaver vedrørende almen praksis og EU-HTA, der samlet er budgetlagt til væsentligt højere udgifter. Det vurderes at kræve en reduktion i lønsummen til de nuværende opgaver.

Medicinrådet vil fortsætte med at effektivisere sagsbehandlingen, så omkostningerne pr. sag nedbringes, men stigningen i antallet af sager vurderes større end muligt at indhente gennem effektive arbejdsgange og vurderinger. I 2024 skal Medicinrådet fuldt ud skulle arbejde med EU-HTA, men der vil tidligst være en effekt på sekretariatets sagsbehandling fra 4. kvartal 2025, hvor de første JCA-rapporter er færdige.

Medicinrådet har i 2024 gennemført besparelser på øvrig drift ved reduktion i medarbejdersgoder, efteruddannelse, mødeforplejning, konsulentydelse, abonnemeter på videnskabelige tidsskrifter mv. Der er skåret ned til et minimum på driften og der ventes ikke yderligere besparelser herfra i 2025.

Det bemærkes, at der blev afviklet en pukkel i 2022-2023, hvoraf en del af sagerne var på gammel metode med lavere ressourcestræk. Antallet af medarbejdere er i tabellen angivet pr. 1. januar, så stigningen fra 2022 til 2023 afspejler ansættelser igennem 2022 til at håndtere puklen. Samtidigt er sagsbehandlingstiden reduceret lidt fra 2021 til 2023.

**Table 1. Oversigt over antal årsværk i forhold til antal opgaver**

|   | Gl. metode uden sundhedsøkonomi |      |      |        | Qaly- metode |      |         |       |                     |
|---|---------------------------------|------|------|--------|--------------|------|---------|-------|---------------------|
|   | 2017                            | 2018 | 2019 | 2020   | 2021         | 2022 | 2023    | 2024  | ****2025            |
| <b>Kontingent, mio. kr. årets priser*</b>               | 42,9                            | 43,7 | 46,4 | 52,4   | 53,0         | 53,8 | 52,9    | 54,7  | 56,6                |
| <b>Årsværk</b>  | 34                              | 42   | 45   | 51     | 56           | 60   | 65      | 62    | Ikke taget stilling |
| <b>Afsluttede sager</b>                                 | 6                               | 39   | 45   | 37     | 53           | 63   | 57      | 64    |                     |
| <b>Behandlingsvejledninger**</b>                        | 2                               | 4    | 6    | 11 (9) | 5            | 9    | 10      | 10-12 | ?                   |
| <b>Rekommandationer</b>                                 | ca. 30-40                       |      |      |        | 36           | 37   | Over 40 |       |                     |
| <b>Omkostningsanalyser (overført fra Amgros i 2021)</b> | -                               | -    | -    | -      | 3            | 7    | 5       | 5-10  |                     |
| <b>EU-HTA ansøgninger (fra 2025)</b>                    |                                 |      |      |        |              |      |         |       | 26                  |
| <b>Sagsbehandlingstid***</b>                            | 12,6                            | 12,9 | 13   | 17     | 23           | 22   | 20      | -     | -                   |

\* I 2019-2022 2 mio. kr. fra sundhedspuljen, fra 2020 5 mio. kr. til QALY.

\*\* I 2020 tæller én af behandlingsvejledningerne som 3, så reelt 9.

\*\*\*Tallene for den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i 2024 forventning om lavere tid end i 2023.

\*\*\*\* Tallene for 2025 er foreløbige og skøn.



|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Bilag Titel:</b>       | <b>19.09 høringssvar_godkendelse formandskab</b>           |
| <b>Dagsordens titel</b>   | <b>Høringssvar - Udkast til lovforslag om<br/>ældrelov</b> |
| <b>Dagsordenspunkt nr</b> | <b>14</b>  |
| <b>Bilag nr</b>           | <b>1</b>   |
| <b>Antal bilag:</b>       | <b>1</b>   |



## NOTAT

### Høringssvar til udkast til ældrelov og lov om ændringer som følge af ældreloven, lov om ældretilsyn og lov om lokalplejehjem

19-09-2024

EMN-2017-01083

1725151

Anna Boje

Danske Regioner takker for muligheden for at afgive bemærkninger til udkast til ældrelov og lov om ændringer som følge af ældreloven, lov om ældretilsyn og lov om lokalplejehjem. Det har ikke været muligt at få høringssvaret politisk godkendt inden for høringsfristen, og høringssvaret skal læses med forbehold herfor.

Danske Regioner noterer sig, at regeringen er kommet med et udspil til en ny sundhedsreform, "Sundhed tæt på dig", som vil betyde nye snitflader mellem det regionale sundhedsområde og det kommunale ældreområde. Det betyder, at der skal tages højde for sundhedsreformens konsekvenser i udkastet til en ny ældrelov.

Danske Regioner er helt overvejende positive over for udspillet "Sundhed tæt på dig". I relation til udkast til ældreloven ønsker Danske Regioner her særligt at fremhæve forslaget om, at en række sundhedsopgaver flyttes til regionerne fra kommunerne, herunder:

- at regionerne overtager ansvaret for at tilbyde midlertidigt ophold til en større gruppe af borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats, som ikke kræver sygehusindlæggelse betegnet sundheds- og omsorgspladser. Herunder også forslag om retten til frit valg af regionale sundheds- og omsorgspladser.
- at regionerne får ansvaret for akutsygeplejen og hjemmebehandlings-teams i hele landet.

Endvidere noterer Danske Regioner sig, at regeringen lægger op til, at der skal være mere frit valg og sammenhæng mellem sygepleje og helhedspleje og mere specifikt, at regeringen vil integrere den almene sygepleje i helhedsplejen. Det betyder også, at borgerens frie valg ikke kun, som beskrevet i udkast til ældreloven, vil omfatte ydelser efter servicelov, men også favne almene sygeplejeydelser efter sundhedsloven.

Danske Regioner har følgende bemærkninger til det foreliggende udkast til ældrelov uanset, at der i vores optik vil være behov for omfattende ændringer i udkastet til ældreloven som følge af en ny aftale om en ny sundhedsreform.

## **Danske Regioners bemærkninger til udkast til ældrelov**

For Danske Regioner er det vigtigt, at ældreloven medvirker til, at flere ældre kan leve et godt og selvhjulpent liv længst muligt. For at dette kan ske, mener Danske Regioner, at det er afgørende, at ældreloven bidrager til et løft af kvaliteten i ældreplejen og styrker forebyggelse af forværring af sygdom og funktionsevne blandt ældre borgere.

Ældreplejen hænger uløseligt sammen med sundhed og sygepleje. Der er heldigvis mange velfungerende og raske ældre borgere, men den offentlige indsats er fokuseret på svækkede borgere med ofte mange sygdomme og svære sygdomsforløb. Med forslaget til en ny ældrelov lægges der op til at indføre en ny hovedlov, hvor ældreområdet udskilles fra det specialiserede socialområdet og fremadrettet afgrænses som et almenområde. Ældreloven rummer kun tidligere servicelovsydelser og forholder sig derved ikke til koblingen med sundhedsområdet. Dette er dog adresseret i udspil til sundhedsreformen, hvor det fremgår, at den basale sygepleje skal være en del af helhedsplejen og at regionerne får ansvaret for akutområdet. Vi ser frem til videre drøftelser om sammenhængen mellem disse områder.

Endvidere er et vedvarende fokus på forebyggelse afgørende, men også her indgår mange gode elementer i udspil til sundhedsreform. Alt for mange ældre kommer nemlig i dag på hospitalet af årsager som dehydrering, blærebetændelse og forstoppelse, som formentlig kunne have været forebygget. I 2021 var der mere end 65.000 af den slags forebyggelige indlæggelser blandt borgere over 65 år. Over 15.000 af gangene var det blandt ældre hjemmehjælpsmodtagere, hvor kommunen kom i hjemmet i forvejen. De indlæggelser skal vi som samfund blive bedre til at undgå, og det kræver en tidlig og forebyggende indsats dér, hvor borgeren har sin dagligdag, og tættere samspil på tværs. Udkastet til ældreloven adresserer ikke dette, men Danske Regioner ser positivt på udspil til sundhedsreformen, som bidrager til dette, blandt andet ved at sikre at akutområdet og hjemmebehandlingsteams overgår til regionerne.

### Ældreloven skal bidrage til ensartet pleje af høj kvalitet på tværs af landet

Udkastet til ældreloven indfører krav om helhedspleje, som skal gøre op med visitation i enkeltstående ydelser. Med indførelsen af helhedspleje lægges der op til en frisættelse af ældreområdet. Danske Regioner er i udgangspunktet positive overfor frisættelsen og særligt tanken bag indførelsen af helhedspleje, som indebærer, at hjælpen visiteres og leveres baseret på en helhedsvurdering af den enkelte borgers samlede livssituation og udvikling, og at hjælpen tildeles, tilrettelægges og udføres som et sammenhængende forløb

frem for enkeltydelser. Det er også positivt, at loven har til formål at sikre, at borgerne oplever at få færre personer i deres hjem.

Danske Regioner mener, at der som led i indførslen af helhedsplejen skal indføres kvalitetskrav til de indsatser, som har fokus på sundhed og forebyggelse af sygdom, hvis vi skal undgå unødvendige indlæggelser. Det gælder også i forhold til at sikre den rette kvalitet af private tilbud. Der er i dag desværre flere eksempler på, at kvaliteten af plejen ikke er god nok. Danske Regioner mener endvidere, at sundhedspersonalets vurdering af, hvilken hjælp og opfølgende indsatser en patient har brug for i ældreplejen efter udskrivelse, skal vægte langt tungere, end den gør i dag. Hvis hospitalet ved udskrivelse af fx en ældre mand vurderer, at han har brug for en indsats fra en ældrepleje med særlige kompetencer vedr. demens, en særlig ernæringsindsats eller andet, så skal den vurdering være retningsanvisende.

I udkastet til ældreloven fremgår det under ministeriets overvejelser, *”at tillid, relationer og tværfaglighed bliver ensbetydende med kvalitet”*. Vi er enige i, at det er kvalitet, men det må ikke stå alene. Dokumentation kan være nødvendig, men det er afgørende, at der fokuseres på forhold, som bidrager til kvalitetssikring, kvalitetsudvikling og herunder forebyggelse af indlæggelser. Her kan dokumenterede observationer af borgeren være vigtige indikationer på sygdomsforværring, da det har betydning for, at der kan igangsættes en tidlig indsats, som dermed kan være med til at forhindre en indlæggelse.

#### Fokus på forebyggelse

Der står i udkastet til ældreloven, at *”Med lovforslaget vil den forebyggende tilgang til ældreplejen i overensstemmelse med aftalen om ældrereformen endvidere blive styrket, da forebyggelse og tidlig indsats vurderes væsentlig, bl.a. i forhold til forbedring af livskvalitet, øget tryghed, bekæmpelse af ensomhed og isolation, opretholdelse af funktionsevne m.v.”* Det fremgår dog ikke, hvordan det konkret vil blive styrket, men vi ser positivt på sundhedsreformens indhold ifht. styrket fokus på forebyggelse.

Det fremgår af udkast til ældrelov, at kravet om forebyggende hjemmebesøg afskaffes. Danske Regioner kan bakke op om, at den forebyggende indsats fremadrettet ikke pålægges at blive tilrettelagt og målrettet med udgangspunkt i specifikke alderskriterier, da vi ældes meget forskelligt. Erfaringsmæssigt er vi dog bekymrede for, at det vil betyde mindre forebyggelse og mere uensartede tilbud og kvalitet i kommunerne, men vi ser også her sundhedsreformens som en del af løsningen.

#### Kvalitet på midlertidige pladser og akutfunktioner

Udkastet til Ældreloven forholder sig til midlertidige pladser og det fremgår at gældende ret videreføres med redaktionelle ændringer. I udspil til sundhedsreformen fremgår det, ansvaret for akutpladserne og midlertidigt ophold til borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats bør flyttes til regionerne. Det gælder ikke mindst for at sikre den behandlingsmæssige og sygeplejefaglige kvalitet på pladserne, herunder opgaven med at tilknytte fast læge. Danske Regioner forventer derfor, at ansvaret overgår til regionerne og at det vil medføre en ændring i ældreloven.

Udkast til ældrelov forholder sig ikke til sygeplejen og heller ikke til den akutte sygepleje. Danske Regioner finder det derfor positivt, at dette indgår i udspil til sundhedsreform hvor akutfunktioner og hjemmebehandlingsteams overgår til regionerne.

Et samlet regionalt ansvar for alle akutfunktioner, herunder akutpladser og -teams vil efter Danske Regioners opfattelse sikre et stærkt incitament (for regionerne) til at forebygge sygdom og indlæggelser og sikre gode udskrivelser - samt at forebygge genindlæggelser blandt borgere, der er færdigbehandlet fra sygehuset, men som stadig har brug for omfattende og kompleks sygepleje.

### Målgruppe

Det foreslås, at ældreloven finder anvendelse for personer, der har nået folkepensionsalderen, og som har behov for hjælp og støtte i den daglige livsførelse på grund af nedsat funktionsevne, der er opstået i forbindelse med aldringen.

Der står endvidere, at loven også kan finde anvendelse for personer, der ikke har nået folkepensionsalderen, når det efter en samlet vurdering af personens livssituation vurderes, at behovet for pleje og omsorg til varetagelsen af den daglige livsførelse, svarer til det behov som ældre personer over folkepensionsalderen skal tilbydes efter denne lov. Der lægges op til vedkommendes alder skal tillægges betydelig vægt i vurderingen af, om en person kan omfattes ældreloven, selvom de ikke opfylder alderskriteriet.

Danske Regioner finder denne afgrænsning svær i praksis og stiller spørgsmålstegn ved, hvorfor at en 50-årig med demens, der har et plejebehov kan omfattes af ældreloven, men en 30-årig med samme behov ikke kan. Danske Regioner har forståelse for, at der i forhold til en ældrelov kan være behov for en aldersmæssig afgrænsning af målgruppen, men det er nødvendigt at afgrænsningen ikke bliver for rigid, så borgere med behov og funktionsevnenedsættelse, som tilsvarende ældres behov kan omfattes.

### Evaluerings

Det fremgår at ældreloven skal evalueres efter hhv. tre og fem år. Evalueringen vil have fokus på lovens mål om afbureaukratisering og frisættelse samt følge nogle af de konkrete tiltag. Det fremgår, at der vil blive fulgt op på centrale kvalitetsparametre. Danske Regioner ser frem til en uddybning af, hvilke parametre, der følges op på.

**Danske Regioners bemærkninger til lov om ændringer som følge af ældreloven, lov om ældretilsyn og lov om lokalplejehjem**

Danske Regioner har ingen bemærkninger.

Der tages forbehold for godkendelse i Danske Regioner bestyrelsen den 10. oktober 2024.

Med venlig hilsen



Anders Kühnau  
Formand, Danske Regioner



Mads Duedahl  
Næstformand, Danske Regioner

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Bilag Titel:</b>       | <b>Høringssvar til Udkast til seks bekendtgørelser om tobaks- og nikotinprodukter<sup>1</sup></b> |
| <b>Dagsordens titel</b>   | <b>Høringssvar - Udkast til seks bekendtgørelser om tobaks- og nikotinprodukter</b>               |
| <b>Dagsordenspunkt nr</b> | <b>15</b>   |
| <b>Bilag nr</b>           | <b>1</b>  |
| <b>Antal bilag:</b>       | <b>1</b>  |

Indenrigs- og sundhedsministeriet  
[sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)

DANSKE  
REGIONER



16-09-2024

EMN-2018-02059

1724321

Celina Robinson

## Danske Regioners høringssvar til Udkast til seks bekendtgørelser om tobaks- og nikotinprodukter - forslag til lov om ændring af lov om tobaksvarer m.v. og forskellige andre love (Del II af udmøntning af forebyggelsesplanen målrettet børn og unge – tobak, nikotin og alkohol)

Danske Regioner har modtaget udkast til seks bekendtgørelser om tobaks- og nikotinprodukter, som er sendt i høring af Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelserne skal udmønte dele af den politiske aftale *En forebyggelsesplan målrettet børn og unge – tobak, nikotin og alkohol*.

Danske Regioner ser positivt på forslagene i bekendtgørelserne, der lægger op til en opstramning af love vedr. tobaks- og nikotinprodukter, herunder at der fastsættes krav til standardisering af emballage og indhold for tobakssurrogater og nikotinprodukter mv. samt en grænse for nikotinindholdet i nikotinposer. Danske Regioner bakker op om lovgivning, som kan reducere forbruget og afhængighed af tobaks- og nikotinvarer blandt unge.

Danske Regioner bakker desuden op om, at der også sker en øget regulering af andre tobaks- og nikotinprodukter. Danske Regioner bemærker, ligesom i vores tidligere høringssvar til bekendtgørelserne i forebyggelsesplanen, at det kan være relevant at se øvrige tiltag såsom afgifter og prissætning.

Der er ingen øvrige bemærkninger.

Høringssvaret fremsendes med forbehold for endelig godkendelse i Danske Regioners bestyrelse d. 10. oktober.

Venlig hilsen

Anders Kühnau  
Formand, Danske Regioner

Mads Duedahl  
Næstformand, Danske Regioner

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



|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Bilag Titel:</b>       | <b>Høringssvar fra Danske Regioner vedr. lovforslag om nedlæggelse af UTH database mv</b>                                |
| <b>Dagsordens titel</b>   | <b>Høringssvar - Lovforslag om ophør af pligt til rapportering af utilsigtede hændelser, ophævelse af klageadgang mm</b> |
| <b>Dagsordenspunkt nr</b> | <b>16</b>  |
| <b>Bilag nr</b>           | <b>1</b>   |
| <b>Antal bilag:</b>       | <b>2</b>   |



## NOTAT

02-10-2024

EMN-2024-01013

1727304

Martin Bredgaard Sørensen

## HØRINGSSVAR

Danske Regioner har den 3. september 2024 modtaget Sundheds- og Indenrigsministeriets høring over udkast til lovforslag om:

- 1) Ophør af pligten til rapportering af utilsigtede hændelser (UTH), herunder nedlæggelse af Dansk Patientsikkerhedsdatabase.
- 2) Ophævelse af klageadgang for klager over private tandklinikker, praktiserende tandlæger, tandteknikere og tandplejere.
- 3) Ophævelse af klageadgangen for befordring og befordringsgodtgørelse.

Høringssvaret er afsendt med forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse den 10. oktober 2024.

- 1) Ophør af pligten til rapportering af utilsigtede hændelser (UTH), herunder nedlæggelse af Dansk Patientsikkerhedsdatabase.**

### *Overordnet vurdering*

*UTH rapporteringspligten, handlepligten, UTH databasen og sanktionsfriheden* forsyner resten af patientsikkerhedsinfrastrukturen med data, viden og systematik, som alt andet patientsikkerhedsarbejde hviler på, så som kulturskabelse, psykologisk tryghed, de konkrete forbedringer i praksis og ikke mindst læring. Gennem disse enkle men effektive bærende elementer, har det danske patientsikkerhedsarbejde haft en stor gennemslagskraft i sundhedsvæsenet.

Lovforslaget medfører behov for en stillingtagen til den fortsatte statslige opgavevaretagelse på patientsikkerhedsområdet. Dette gælder ikke mindst i forhold til statens ambition om at berige det fremadrettede arbejde med læring på patientsikkerhedsområdet gennem fund fra Styrelsen for Patientsikkerheds tilsynsopgaver.

Danske Regioner finder det helt essentielt for et dansk sundhedsvæsen af høj faglig kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse, at det høje patientsikkerhedsniveau der gennem 20 år er opnået, fastholdes. Dette er kun muligt, hvis der fortsat sikres kontinuitet i den solide infrastruktur for patientsikkerhedsarbejdet, som UTH systemet binder sammen. Det gælder eksempelvis de data UTH systemet stiller til

rådighed, en robust organisering omkring patientsikkerhedsarbejdet, en stærk patientsikkerhedskultur og den effektive opsamling af læring, som sker tværsektorielt.

Med henblik på at sikre alt dette har Danske Regioner valgt at indgå aftale med Indenrigs- og Sundhedsministeriet om at fastholde UTH som grundlag for hele patientsikkerhedsarbejdet. Dansk Patientsikkerhedsdatabase overdrages til regionerne på visse betingelser, som vil afklares efterfølgende.

Lovforslagets forslag gennemgås i tematisk form nedenfor:

### *Sanktionsfrihed*

Et helt centralt fundament for arbejdet med patientsikkerheden i det danske sundhedsvæsen består bl.a. i, at personalet sanktionsfrit og fortroligt kan rapportere fejl og patientsikkerhedsmæssige udfordringer, som de oplever i deres daglige kliniske praksis. Sundhedslovens § 200 om fortrolighed om rapporterede utilsigtede hændelser, og reglen i sundhedslovens § 201 om beskyttelse mod sanktioner og strafferetlig forfølgning af den rapporterende person og de sundhedspersoner, som indgår i rapporteringen, er efter Danske Regioners opfattelse afgørende bestemmelser i forhold til at understøtte den nuværende læringskultur, hvor der er åbenhed om fejl og et læringsmiljø med psykologisk tryghed.

Sanktionsfriheden holder hertil hånden over øget brug af defensiv medicin dvs. brug af ressourcer på undersøgelser og behandlinger, som ikke er fagligt velbegrundede, men som iværksættes af frygt for at blive sanktioneret.

### *UTH som datakilde (Dansk Patientsikkerhedsdatabase)*

Utilsigtede hændelser og den læring, de skaber, indgår som en vigtig datakilde og anvendes dagligt til systematisk læring, prioritering og forbedring af patientsikkerheden i sundhedsvæsenet, herunder til at se mønstre og monitorere udviklingen. Data anvendes samtidig lokalt, på virksomhedsniveau og på regionalt niveau samt i det tværsektorielle samarbejde og til overvågning af patientsikkerheden i forbindelse med implementering af nye arbejdsgange og systemer.

Herved understøttes de mere overordnede ambitioner i sundhedsvæsenet om et styrket tværsektorielt samarbejde og faglig sømløshed, eksempelvis gennem det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

En sådan konkret tværfaglig samarbejdsstruktur kan tjene som forbillede i forhold til de strukturer der lægges op til for det fremtidige sundhedsvæsen, hvor kvaliteten og patientsikkerheden under de nye organiseringsformer bør monitoreres tæt.

En anden af styrkerne i DPSD er, at det er en database bygget på fortrolighed, og at der ikke er adgang til aktindsigt i oplysninger om enkeltpersoner i rapporteringerne

efter offentlighedsloven eller indsigtsret i rapporteringssystemet efter persondataloven.

Databasen anvendes i dag til risikostyring, hvor der reageres reaktivt på særligt alvorlige og dødelige hændelser, og hvor der igangsættes proaktive indsatser, som højner sikkerheden for patienter i en kompleks organisation.

I praksissektoren er adgangen til DPSD-data særligt vigtig, da regionen ikke har direkte ledelsesret over de enkelte klinikker. Derfor er DPSD særlig anvendelig i forhold til at identificere og håndtere patientsikkerhedsproblemer, da der gennem DPSD er adgang til konkrete data til at forstå fejl og vurdere deres omfang.

### *Pligten til rapportering og handling*

Den eksisterende ordning om rapportering af utilsigtede hændelser understøtter fokus på patientsikkerhed og læring ved, at det er et system, der også stiller krav til opfølgning. Regionernes pligt til at rapportere, modtage og analysere hændelser betyder, at der er en robust og ensartet praksis i forhold til arbejdet med læring af fejl, risiko for fejl, og iværksættelse af proaktive handlinger. Den eksisterende lovhjemlede indberetningspligt er således afgørende for fortsat udvikling af patientsikkerheden på tværs af sektorer.

### *Tilsyn i læringsøjemed*

Tilsyn skal fortsat finde sted med vandtætte skotter til læringsindsatsen, så en sund patientsikkerhedskultur, hvor personalet deler og rapporterer fejl i åbenhed og dialog, afskærmes fra sanktionselementet. I det omfang de udvalgte tilsyn i et stort og komplekst sundhedsvæsen kan tilføre læring, skal dette naturligvis udnyttes mest muligt.

### *Klar hjemmel til behandling af helbredsoplysninger.*

Et solidt og effektivt patientsikkerhedsarbejde baserer sig på klare hjemler til behandling af helbredsoplysningerne. Det er eksempelvis nødvendigt for arbejdet med UTH'er at kunne lave opslag i journaler med henblik på læring. Dette gør sig særligt gældende, når der er tale om strafbelagte bestemmelser, jf. også sundhedslovens § 271, stk. 1. Ligesom sundhedspersoner skal føle sig trygge i at rapportere egne fejl, skal relevante medarbejdere, der er betroet opgaven med at bearbejde UTH-rapporter, føle sig trygge i, at deres opgavevaretagelse ikke kan medføre sanktioner. Sundhedspersoner skal ligeledes kunne føle sig sikre i, at de kan videregive sådanne oplysninger til de medarbejdere, der er tiltroet opgaven med læring.

## **2) Bemærkninger til forslaget om ophævelse af klageadgang for klager over private tandklinikker, praktiserende tandlæger, tandteknikere og tandplejere.**

I Danmark er der 19 forskellige faggrupper af autoriserede sundhedspersoner. Historisk set har der været adgang til at klage over alle autoriserede sundhedspersoner.

Med dette lovforslag påtænkes det at ændre dette, så der fremadrettet ikke kan klages over tre autoriserede grupper. Danske Regioner bemærker, at der i lovforslaget ikke fremgår faglige begrundelser for, hvorfor det netop er denne gruppe af behandlingssteder og autoriserede sundhedspersoner, patienter fremadrettet ikke skal kunne klage over.

Det er Danske Regioners synspunkt, at så radikale ændringer som bortfald af klageadgang over en særlig gruppe af sundhedsperson rimeligvis bør være begrundet i faglige forhold.

Danske Regioner bemærker i øvrigt, at tandlæger, har et forbeholdt virksomhedsområde og en fuld ordinationsret. At fjerne adgangen til at klage over en gruppe af sundhedspersoner med netop forbeholdt virksomhedsområde og fuld ordinationsret, bør være fagligt begrundet.

Det nævnes i bemærkningerne til lovforslaget, at man med forslaget vil stille tandområdet ligesom andre behandlingstyper med egenbetaling, som f.eks. kosmetisk behandling, hvor der ikke er mulighed for at klage til Styrelsen for Patientklager over betalingsanliggender.

Parallellen til egenbetaling – til en type af behandling, der ikke er sundhedsfagligt indikeret, men alene beroende på kosmetiske ønsker – synes hverken rimelig eller saglig.

Der er i dag en særlig ordening på tandlægeområdet. Ordningen medfører at Styrelsen for Patientklager i sager om behandling på private tandklinikker, vil kunne mægle forlig mellem parterne eller træffe afgørelse om, at det udførte arbejde er mangelfuldt, at der skal ske hel eller delvis tilbagebetaling af honoraret til patienten, eller at der skal ske omgørelse af arbejdet eller betaling for omgørelsen. Med denne ordnings bortfald, svækkes borgernes mulighed for at få afgjort en faglig behandling, hvortil der har været en væsentlig egenbetaling involveret, på et område som er en kompliceret og specialiseret behandling, som patienter - modsat kosmetisk behandling - sjældent vælger af lyst, idet tandsund har stor betydning for den generelle helbredtstilstand. Dårlig tandhygiejne kan få vital betydning for en patients generelle helbredtstilstand.

At domstolene bliver den relevante instans til at afklare uenighed mellem patient og behandlingssted, vil være byrdefuldt for patienterne, tandlæger og samfundsøkonomien.

Tandområdet vil i øvrigt med den foreslåede ændring i høj grad komme til at skille sig ud fra alle andre typer af sundhedsfaglig behandling, når muligheden for at klage over den sundhedsfaglige behandling foreslås fjernet. Lovforslaget kommer derfor ikke til at stille tandområdet som andre behandlingsområder med egenbetaling i forhold til adgangen til at klage over den sundhedsfaglige behandling. Der er egenbetaling hos f.eks. psykologer og fysioterapeuter, hvor der fortsat er klageadgang.

Danske Regioner frygter, at der med dette forslag vil være et helt område, der vil være ganske ureguleret – til skade og potentiel fare for patienterne.

Danske Regioner bemærker endvidere, at man ved at afskære klagemuligheden, også afskærer Styrelsen for Patientsikkerheds mulighed for at følge statistikker og tendenser på hele tandområdet og blive opmærksomme på forhold hos sundhedspersoner eller på behandlingssteder på tandområdet, som kunne give anledning til tilsynsreaktioner.

I 2023 var der 960 borgere der klagede til Styrelsen for Patientsikkerhed. Lovforslaget vil være en begrænsning af retssikkerheden for disse borgere både på kort og på lang sigt.

### **3) Vedr. ophør af klageadgangen for befordring og beforderingsgodtgørelse:**

Med lovforslaget foreslås muligheden for at klage over beforderingsgodtgørelse til Styrelsen for

Patientklager afskaffet. Beforderingsreglerne kommer i dag særligt til gavn for kronikere og mindre ressourcestærke patienter målt på både sundhedsmæssige samt socialøkonomiske forhold. Når klageadgangen fjernes, berører det således særligt retssikkerheden for denne del af befolkningen.

Ophør af klageadgangen udgør en forringelse af patientrettighederne, idet patienterne fratages en nem adgang til at få prøvet deres sag. Styrelsen for Patientklager offentliggør i dag deres afgørelser, og er dermed med til at sikre en ensartet praksis på området, hvilket vil være sværere at fastholde ved bortfald af klagemuligheden.

Danske Regioner er opmærksomme på, at der et væsentlig behov for at prioritere i ressourcerne i sundhedsvæsenet. Afgørelser om beforderingsgodtgørelse og befordring kan relativt set være et af de mindre indgribende områder at fjerne klageadgangen for.

Reglerne for, hvornår patienter kan opnå beforderingsgodtgørelse, er relativt komplekse, men er

også meget skematisk opbygget, så det i langt de fleste tilfælde er klart, om patienten har ret til godtgørelse eller ej. Hvis klagemuligheden i Styrelsen for Patientklager afskaffes, vil patienterne fortsat have mulighed for at henvende sig direkte til regionen, hvis de er utilfredse, selvom der i så fald ikke vil være tale om en lovfastsat uvildig klagesagsbehandling.

Til støtte for lovforslaget bemærkes, at denne type sager ikke vedrører den sundhedsfaglige behandling af patienterne, og at der ofte er tale om relativt små beløb. Desuden er det statistisk set få af disse sager, patienterne får medhold i.

Samlet set er det Danske Regioners opfattelse, at afskaffelse af klagemuligheden ikke kan forventes at have stor indflydelse på patienternes behandling og overholdelse af patienternes rettigheder.

Danske Regioner skal henlede opmærksomheden på, at ministeriet lægger op til, at forslaget vil medføre besparelser for regionerne. Hertil bemærkes, at selvom regionen opnår en økonomisk besparelse ved, at klagemuligheden til Styrelsen for Patientklager bortfalder, må det forventes, at patienternes henvendelser fortsat skal behandles i regionen og særligt, hvis de ikke længere kan henvende sig til styrelsen. Der vil derfor være nye administrationsomkostninger til denne sagsbehandling. Endelig opnår regionerne kun en besparelse, hvis styrelsen indretter sin drift i forhold til den mindre opgave, da regionerne fortsat skal finansiere styrelsen uanset deres effektivitet. Forslaget kan også medføre, at udgifter til retssager kan stige. Den reelle besparelse ved lovforslaget synes derfor at være usikker.

Endeligt bemærkes, at regionerne gennem en årrække har arbejdet på at forenkle befordringsreglerne, og der er i udspillet til en ny sundhedsreform er lagt op til, at der vil blive set på reglerne for befordring med henblik på at gøre reglerne mere gennemskuelige. Et lovforslag, der forenkler befordringsreglerne vil betydeligt mindske betænkeligheden ved at fjerne den administrative retssikkerhed.

### **Økonomiske konsekvenser**

Danske Regioner forventer, at der vil være økonomiske konsekvenser som følge af lovændringen i forhold til **ophævelse af klageadgang for klager over private tandklinikker, praktiserende tandlæger, tandteknikere og tandplejere samt ophør af klageadgangen for befordring og befordringsgodtgørelse.**

Disse to sager ønskes derfor medtaget på Lov- og Cirkulæreprogrammet med henblik på forhandling af lovforslagets konsekvenser for regionernes økonomi, jfr. Det Udvidede Totalbalanceprincip (DUT) i henhold til VEJL nr. 63 af 09/10/2007.

### **Tekstnære bemærkninger:**

I § 1 henvises der til lovbekendtgørelse nr. 247 af 12. marts 2024, men denne er ikke gældende.

I § 2 henvises der til lovbekendtgørelse nr. 9 af 4. januar 2023, men denne er ikke gældende.

I § 2, nr. 8 anføres det, at "I § 2, stk. 3, 2. pkt., ændres »§ 1, stk. 5 og 6« til: »§ 1, nr. 3 og 4". Der må dog rettelig skulle henvises til stk. 3 og 4 og ikke nr. 3 og 4.

Med venlig hilsen



Anders Kühnau  
Formand, Danske Regioner



Mads Duedahl  
Næstformand, Danske Regioner



## **Relateret document 2/2**

**Dokument Navn:** Forståelsespapir mellem  
Indenrigs- og  
Sundhedsministeriet og  
Danske Regioner om  
UTH.docx

**Dokument Titel:** Forståelsespapir mellem  
Indenrigs- og  
Sundhedsministeriet og  
Danske Regioner om UTH

**Dokument ID:** 1727747

## Forståelsespapir om regionernes fremadrettede varetagelse af rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet

1. oktober 2024

---

Den [dato] har Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner indgået aftale om, at regionerne fremover varetager modtagelsen af rapporteringer af utilsigtede hændelser, herunder driften af en central database til modtagelse af disse.

Der er derfor mellem Danske Regioner og Indenrigs- og Sundhedsministeriet indgået aftale om følgende:

- Regionerne varetager per 1. maj 2025 den nationale opgave med at modtage rapporteringer om utilsigtede hændelser.
- Regionerne varetager i den forbindelse driften af en central database, der skal danne grundlag for disse rapporteringer per 1. maj 2025.
- Regionerne analyserer og anvender per 1. maj 2025 de samlede rapporteringer til viden og læring til sundhedsvæsenet.
- Med opgaven modtager regionerne finansiering, svarende til 5,0 mio. kr. årligt fra 1. maj 2025 og frem.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker hertil, at Styrelsen for Patientsikkerheds nuværende tekniske platform for rapporteringssystemet kan overtages af regionerne.

Endvidere vil der efter dialog med regioner og andre interessenter blive fremsat forslag til en lovgivningsmæssig ramme for opgavevaretagelsen, og som samtidigt sikrer rapporteringspligt, sanktionsfrihed m.v.

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Bilag Titel:</b>       | <b>Danske Regioners hørings svar vedr. lovforslag om ændring af klage- og erstatningsloven og sundhedsloven (indførelse af forsikringspligt for tandlæger) ENDELIG</b> |
| <b>Dagsordens titel</b>   | <b>Hørings svar - Lovforslag om ændring af klage- og erstatningsloven og sundhedsloven (Indførelse af forsikringspligt for privatpraktiserende tandlæger m.m.)</b>     |
| <b>Dagsordenspunkt nr</b> | <b>17</b>  |
| <b>Bilag nr</b>           | <b>1</b>   |
| <b>Antal bilag:</b>       | <b>2</b>   |

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

[sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)

kopi: [ilj@sum.dk](mailto:ilj@sum.dk), [jusi@sum.dk](mailto:jusi@sum.dk) og

[nmwi@sum.dk](mailto:nmwi@sum.dk)

DANSKE  
REGIONER



23-08-2024

EMN-2024-00908

1718081

[Tvj@regioner.dk](mailto:Tvj@regioner.dk)

## Danske Regioners høringssvar på udkast til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og sundhedsloven (indførelse af forsikringspligt for privatpraktiserende tandlæger, ophævelse af oplysningspligt ved erstatningsudbetalinger i patienterstatningssager og ændring af regler om samtykke til ukomplicerede behandlinger ved den kommunale tandpleje)

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 4. juli 2024 anmodet Danske Regioner om bemærkninger til forslag til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og sundhedsloven mv.

Danske Regioner kvitterer for muligheden for at afgive høringssvar og fremsender høringssvar på vegne af de fem regioner.

Danske Regioner ser positivt på lovforslaget om, at tandlægeområdet omfattes af en forsikringspligt, der svarer til den allerede eksisterende forsikringspligt for privathospitaler mv. for behandling efter reglerne om det udvidede frie sygehusvalg. Det anbefales i forbindelse med implementeringen at overveje, hvordan det sikres at tandlægerne påtager sig betalingsforpligtelsen, hvis tandlæger mangler en forsikring.

Danske Regioner forudsætter, at der sker en honorarnedsættelse på området, da der tidligere i aftalen med Tandlægeforeningen er sket honorarforøgelse for at finansiere erstatningsområdet.

Høringssvaret sendes med forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse den 10. oktober 2024.

Venlig hilsen

Anders Kühnau  
Formand, Danske Regioner

Mads Duedahl  
Næstformand, Danske Regioner

DANSKE REGIONER  
DAMPFÆRGEVEJ 22  
2100 KØBENHAVN Ø  
+45 35 29 81 00  
[REGIONER@REGIONER.DK](mailto:REGIONER@REGIONER.DK)  
REGIONER.DK

## **Relateret document 2/2**

**Dokument Navn:** Udkast til  
lovforslag\_høringsudgave.pdf

**Dokument Titel:** Udkast til  
lovforslag\_høringsudgave

**Dokument ID:** 1716045

# UDKAST

## Forslag

til

Lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og sundhedsloven

(Indførelse af forsikringspligt for privatpraktiserende tandlæger, ophævelse af oplysningspligt ved erstatningsudbetalinger i patienterstatningssager og ændring af regler om samtykke til ukomplicerede behandlinger ved den kommunale tandpleje)

## § 1

I lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, jf. lovbekendtgørelse nr. 9 af 4. januar 2023, som ændret ved § 3 i lov nr. 737 af 13. juni 2023, § 5 i lov nr. 1778 af 28. december 2023 og lov nr. 652 af 11. juni 2024, foretages følgende ændringer:

1. I § 24, stk. 5, 2. pkt., ændres »§ 29, stk. 1, nr. 9 og 10« til: »§ 29, stk. 1, nr. 10 og 11«.

2. I § 29, stk. 1, nr. 5, 1. pkt., ændres »jf. dog stk. 3« til: »jf. dog nr. 8 og stk. 3«.

3. I § 29, stk. 1, indsættes efter nr. 7 som nyt nummer:

»8) Privatpraktiserende autoriserede tandlæger for skader sket efter behandling, undersøgelse el.lign., eller på disses vegne.«

Nr. 8-15 bliver herefter nr. 9-16.

4. § 29, stk. 4-6, ophæves.

## § 2

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 247 af 12. marts 2024, som ændret ved lov nr. 907 af 21. juni 2022, § 2 i lov nr. 1778 af 28. december 2023 og lov nr. 1779 af 28. december 2023, foretages følgende ændringer:

1. I § 17, stk. 5, ændres »form og indhold« til: »form, indhold, varighed og rækkevidde«.

## § 3

*Stk. 1.* Loven træder i kraft den 1. januar 2025.

*Stk. 2.* Loven finder anvendelse for skader, der er anmeldt til Patienterstatningen efter lovens ikrafttræden.

# UDKAST

## § 4

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvis i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger. Loven kan endvidere sættes i kraft på forskellige tidspunkter.

# UDKAST

## *Bemærkninger til lovforslaget*

### *Almindelige bemærkninger*

|                     |   |
|---------------------|---|
| Indholdsfortegnelse |   |
| 1.                  | Indledning  |
| 2.                  | Lovforslagets hovedpunkter  |
| 2.1.                | Forsikringspligt for privatpraktiserende tandlæger  |
| 2.1.1.              | Gældende ret  |
| 2.1.1.1.            | Patienterstatningen og Ankenævnet for Patienterstatningen   |
| 2.1.1.2.            | Finansiering  |
| 2.1.1.3.            | Forsikringspligt efter klage- og erstatningsloven   |
| 2.1.2.              | Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser og den foreslåede ordning   |
| 2.2.                | Ophævelse af oplysningspligt ved erstatningsudbetalinger i patienterstatningssager  |
| 2.2.1.              | Gældende ret  |
| 2.2.2.              | Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser og den foreslåede ordning   |
| 2.3.                | Forældremyndighedens indehavers samtykke til behandling af mindreårige patienter ved den kommunale tandpleje og sundhedsplejerske |
| 2.3.1.              | Gældende ret  |
| 2.3.1.1.            | Informeret samtykke til behandling  |
| 2.3.1.2.            | Informeret samtykke til behandling af mindreårige patienter ved den kommunale tandpleje og sundhedsplejerske                      |



## UDKAST

|        |   |
|--------|---|
| 2.3.2. | Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser og den foreslåede ordning |
| 3.     | Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige |
| 3.1.   | Økonomiske konsekvenser   |
| 3.2.   | Implementeringsmæssige konsekvenser                                       |
| 4.     | Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.          |
| 5.     | Administrative konsekvenser for borgerne                                  |
| 6.     | Klimamæssige konsekvenser   |
| 7.     | Miljø- og naturmæssige konsekvenser                                       |
| 8.     | Forholdet til EU-retten   |
| 9.     | Hørte myndigheder og organisationer m.v.                                  |
| 10.    | Sammenfattende skema  |

### 1. Indledning

Regeringen har som led i økonomiforhandlingerne 2024 etableret et samarbejdsprogram med kommunerne og regionerne med henblik på at identificere og behandle regelforenklinger, som skal lette den administrative byrde i kommunerne og regionerne. Som led heri er parterne blevet enige om at gennemføre en række regelforenklinger.

Lovforslaget har til formål at gennemføre nogle af disse regelforenklinger. Lovforslaget består af tre dele, hvoraf den første og anden del skal gennemføre regelforenklinger på det regionale område, og den tredje del skal gennemføre en regelforenklaring på det kommunale område.

Første del af lovforslaget vedrører tandlægers erstatningsudbetalinger, som er en udgift, der i dag ligger i regionerne. Da tandlæger opererer som privatpraktiserende aktører, er det regeringens opfattelse, at patientskadeerstatninger på området ikke skal finansieres af det offentlige.

# UDKAST

Forslaget har derfor til formål at forpligte privatpraktiserende tandlæger til at tegne forsikring for krav om erstatning og godtgørelse for skader sket under behandling i deres klinik, samt for finansiering af behandlingen af skadesagerne i Patienterstatningen. Regionerne holdes dermed udgiftsfri, og besparelsen indgår som en del af samarbejdsprogrammet.

Anden del af lovforslaget drejer sig om afskaffelse af oplysningspligten ved erstatningsudbetalinger i patienterstatningssager.

Forslaget indebærer afskaffelse af oplysningspligten ved erstatningsudbetalinger i patienterstatningssager, når der foreligger erstatningspligt over det gennemsnitlige, også benævnt kritisk skadefrekvens. Det er vurderingen, at denne oplysningspligt ikke som tiltænkt bidrager til oplysningsgrundlaget for Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering af risici for patientsikkerheden, og der således anvendes unødige ressourcer på opgaven.

Den tredje del af lovforslaget drejer sig om forenkling af forældremyndighedsindehavers samtykke til ukomplicerede behandlinger ved den kommunale tandpleje. Forslaget indebærer, at rækkevidden af forældremyndighedsindehaverens generelle, udtrykkelige samtykke udvides til at omfatte flere ukomplicerede behandlinger ved den kommunale tandpleje. Desuden præciseres det, som hidtil har været gældende, at der kan fastsættes regler om varigheden af samtykket.

Forslaget vil efter KL's vurdering betyde, at børn, som kommer alene til undersøgelse ved den kommunale skoletandpleje, i højere grad vil kunne blive færdigbehandlet ved samme besøg.

## **2. Lovforslagets hovedpunkter**

### **2.1. Forsikringspligt for privatpraktiserende tandlæger**

#### 2.1.1. Gældende ret

##### 2.1.1.1. Patienterstatningen og Ankenævnet for Patienterstatningen

Patienter, der kommer til skade i forbindelse med behandling eller brug af et lægemiddel i det danske sundhedsvæsen, kan søge erstatning og godtgørelse for skaden efter reglerne i lovbekendtgørelse nr. 9 af 1. januar 2023 om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (klage- og erstatningsloven). Det er Patienterstatningen, Styrelsen for Patientklager og Ankenævnet for Patienterstatningen, der behandler sager efter loven.

Der ydes erstatning og godtgørelse efter reglerne i klage- og erstatningslovens kapitel 3 til patienter eller efterladte til patienter, som her i landet

## UDKAST

påføres skade i forbindelse med undersøgelse, behandling el.lign., jf. klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1 og 2.

Det er en betingelse, at skaden er sket inden for lovens dækningsområde, jf. § 19, stk. 1 og 2, hvilket på tandområdet omfatter behandling af autoriserede sundhedspersoner ansat i regionstandplejen, ved en odontologisk landsdels- og videnscenterfunktion eller i forbindelse med levering af de kommunale sundhedsydelse efter sundhedslovens kapitel 36-41 eller på vegne af disse. Endvidere dækker klage- og erstatningsloven tandbehandling foretaget på universiteternes tandlægeskoler og af privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, samt skader på værnepligtige af autoriserede sundhedspersoner, der udfører sundhedsfaglig behandling i det militære forsvar eller redningsberedskabet og på indsatte i kriminalforsorgens fængsler og arresthuse.

Ved sundhedspersoner forstås sundhedslovens almindelige definition herpå, dvs. personer, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar, jf. sundhedslovens § 6.

Reglerne i klage- og erstatningsloven er på flere måder mere fordelagtige for patienterne, da ansvarsgrundlaget og bevisreglerne er mere lempelige end i de almindelige gældende erstatningsregler. Et ansvarsgrundlag foreligger således bl.a. allerede, hvis blot en erfaren specialist ville have handlet anderledes og dermed undgået skaden. I bevismæssig sammenhæng er det tilstrækkeligt, at der foreligger en overvejende sandsynlighed for, at en skade er forvoldt ved behandling eller mangel på samme.

Erstatning og godtgørelse udmåles efter reglerne i lovbekendtgørelse nr. 1070 af 24. august 2018 om erstatningsansvar (erstatningsansvarsloven) samt klage- og erstatningslovens § 24 og § 24 a-c. Det bemærkes dog, at erstatning og godtgørelse for behandlingsskader, som udgangspunkt, alene ydes, såfremt den samlet overstiger et egetbidrag på 8.596 kr. (2024-niveau). Den udbetalte erstatning er således beløbet, efter at egetbidraget er fratrukket erstatningen eller godtgørelsens hovedstol.

Tandskadeerstatninger er dog, helt særegent, underlagt nogle særlige undergrænser. Det følger af klage- og erstatningslovens § 24, stk. 8, nr. 1, at undergrænsen for privatpraktiserende tandlægers skader er på 1.000 kr. Det samme gør sig gældende for skader forvoldt af tandlæger eller på vegne af disse påført værnepligtige eller kontraktansatte som følge af sundhedsfaglig behandling i det militære forsvar eller redningsberedskabet, jf. klage- og erstatningslovens § 24, stk. 8, nr. 2.

## UDKAST

Derimod er skader forvoldt af tandlæger, der er ansat i regionstandplejen, i børne- og ungdomstandplejen, i omsorgstandplejen, i specialtandplejen, i socialtandplejen og ved de odontologiske landsdels- og videncentre eller på vegne af disse samt på universiteternes tandlægeskoler omfattet af en undergrænse på 10.000 kr., jf. klage- og erstatningslovens § 24, stk. 9.

Skader påført indsatte, som følge af sundhedsfaglig behandling, som den indsatte har ret til, i Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse, og skader forvoldt af privatpraktiserende kliniske tandteknikere og tandplejere er underlagt det almindelige egetbidrag på 8.596 kr. Endelig er tandskader forvoldt på private sygehuse efter behandling, undersøgelse, el.lign., som er foretaget efter sundhedslovens § 87 (udvidet frit sygehusvalg), eller betalt direkte uden om det offentlige sundhedsvæsen underlagt egetbidraget på 8.596 kr.

Af klage- og erstatningslovens § 29 fremgår, hvilke myndigheder, institutioner m.v., der er erstatningspligtige for skader efter lovens kapitel 3. Der henvises til afsnit 2.1.1.2. om Finansiering nedenfor for nærmere gennemgang af de erstatningspligtige.

Det følger af lovens § 30, stk. 1, at krav om erstatning for behandlingsskader, omfattet af klage- og erstatningslovens kapitel 3, skal være dækket af en forsikring i et forsikringsselskab. Dog er staten, regionsråd og kommunalbestyrelser undtaget fra forsikringspligten, jf. § 31, stk. 1.

Patienter eller efterladte til patienter kan, såfremt de ikke er tilfredse med afgørelsen fra Patienterstatningen, indbringe denne for Ankenævnet for Patienterstatningen. Afgørelsen kan også påklages af staten, regioner, kommuner og forsikringsselskaber.

### 2.1.1.2. Finansiering

Patienterstatningen, som nævnt i afsnit 2.1.1.1., er en forening, som forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af klage- og erstatningslovens kapitel 3, og selvforsikrende regionsråd og kommunalbestyrelser har oprettet i fællesskab, jf. klage- og erstatningslovens § 32, stk. 1.

Udgifterne til driften af Patienterstatningen, samt udgifter, der i øvrigt pålægges foreningen efter lovens kapitel 3, afholdes af forsikringsselskaberne og selvforsikrende myndigheder efter en fordeling som fastsættes i vedtægterne, jf. lovens § 32, stk. 2, 2. pkt.

## UDKAST

Vedtægterne for Patienterstatningen er fastsat ved bekendtgørelse nr. 613 af 23. maj 2018 om vedtægter for Patienterstatningen, og udgifterne forbundet med behandlingen af en sag i Patienterstatningen udgjorde 13.472 kr. i 2023.

Sager fra Patienterstatningen kan indbringes for Ankenævnet for Patienterstatningen, og bestemmelser vedr. drift af ankenævnet findes i klage- og erstatningslovens § 18, jf. § 58 a, stk. 11.

Hertil er der i bekendtgørelse nr. 889 af 28. august 2019 om finansiering af Styrelsen for Patientklager, Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, Ankenævnet for Patienterstatningen, Tvangsbehandlingsnævnet og Det Psykiatriske Ankenævn fastsat nærmere regler om afholdelse af udgifterne til driften heraf.

Det følger af bekendtgørelsens § 4, at staten, regionsråd, kommunalbestyrelser og forsikringselskaber, der tegner forsikring efter klage- og erstatningslovens § 30, stk. 1, afholder udgifterne til driften af Ankenævnet for Patienterstatningen, herunder Styrelsen for Patientklagers sekretariatsbetjening heraf. Det følger endvidere af bekendtgørelsens § 10, stk. 3, at en fælles standardtakst pr. ankesag ved Ankenævnet for Patienterstatningen udgør 21.453 kr. (2024-niveau).

Regionerne finansierer i dag alle erstatningsudbetalinger over 1.000 kr. for skader sket ved privatpraktiserende tandlæger, jf. klage- og erstatningslovens § 24, stk. 8, nr. 1, jf. § 29, stk. 1, nr. 5, 1. pkt.

Før den 1. juli 2024 var det Tandlægeforeningens udvidede kollektive ordning der finansierede erstatninger for skader mellem 1.000 kr. og 10.000 kr., og regionerne finansierede erstatningsudbetalinger over 10.000 kr.

De gennemsnitlige årlige udgifter til erstatninger og godtgørelse på tandskadeområdet har været stigende i perioden fra 2010-2022. I perioden 2008-2010 udgjorde regionernes erstatningsudbetalinger ca. 12 mio. kr. årligt, mens de i perioden 2019-2022 steg til i gennemsnit at ligge på ca. 33,7 mio. kr. årligt. I 2022 var regionernes udgifter til erstatning og godtgørelse for skader sket i privat tandlægepraksis på ca. 45,6 mio. kr.

I dag behandles tandskadeerstatningssager ved Patienterstatningen, men før den 1. juli 2024 blev de behandlet ved Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning. I perioden 2019-2022 havde regionerne i gennemsnit udgifter til administration af tandskadeerstatningssagerne på 26,7 mio. kr. årligt.

### 2.1.1.3. Forsikringspligt efter klage- og erstatningsloven

## UDKAST

Erstatninger efter klage- og erstatningsloven skal være dækket af en forsikring, jf. lovens § 30, stk. 1. Staten, regionsråd og kommunalbestyrelser er dog undtaget fra denne regel jf. § 31, stk. 1, og det er dermed frivilligt for offentlige myndigheder, om de vil tegne forsikring eller være selvforsikrende. Endvidere kan indenrigs- og sundhedsministeren godkende, at regionsråd og kommunalbestyrelse overtager forsikringspligten for private driftsansvarlige, jf. § 31, stk. 2.

Forsikringsselskaber, som indtegner en forsikringstager efter loven, skal meddele dette til Patienterstatningen, jf. § 30, stk. 2.

Indenrigs- og Sundhedsministeren fastsætter bestemmelser om forsikringspligtens gennemførelse, jf. lovens § 30, stk. 5. Dette er sket med bekendtgørelse nr. 488 af 3. maj 2018 om forsikringspligtens gennemførelse.

Private sygehuse, klinikker og speciallægepraksisser har selvstændig pligt til at yde erstatning efter reglerne i klage- og erstatningslovens kapitel 3. De skal yde erstatning for skader efter behandling, undersøgelse el.lign., som er foretaget efter sundhedslovens § 87 (det udvidede frie sygehusvalg), eller som er betalt direkte udenom det offentlige sundhedsvæsen (f.eks. behandlinger betalt af en sundhedsforsikring eller af patienten selv).

Dette følger af klage- og erstatningslovens § 29, stk. 1, nr. 7.

Ved private sygehuse, klinikker og speciallægepraksisser forstås alle behandlingssteder, hvor der foregår lægelig patientbehandling, og som ikke fuldt ud ejes eller drives af offentlige myndigheder. Lovens § 19, stk. 1 og 2, indeholder en stedlig afgrænsning af patientskadeerstatningsordningens dækningsområde.

Dette betyder, at hvis f.eks. en fysioterapeut udfører behandling på et privat sygehus, og dette medfører en skade, vil denne skade skulle erstattes af det private sygehus' forsikring, hvis patienten selv har betalt, da behandlingen er udført på »et behandlingssted, hvor der foregår lægelig patientbehandling, og som ikke fuldt ud ejes eller drives af offentlig myndighed«.

### 2.1.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser og den foreslåede ordning

Siden de privatpraktiserende tandlæger og andre private aktører i 2004 blev omfattet af klage- og erstatningsloven, har regionerne finansieret erstatninger og godtgørelser på tandskadeområdet. Udgifterne hertil har været stigende siden indførslen.

## UDKAST

I dag finansierer regionerne erstatninger og godtgørelser for skader forårsaget af privatpraktiserende tandlæger samt sagsbehandlingen heraf, hvilket årligt løber op i udgifter på over 50 mio. kr. Generelt har udgifterne til erstatninger været stigende på hele det private sundhedsområde, hvilket også var en af grundene til, at de private sygehuse i 2013 blev pålagt selv at finansiere deres erstatninger.

Da tandlæger også opererer som privatpraktiserende aktører, foreslås det, at erstatninger på området fremover ikke skal finansieres af det offentlige, men skal finansieres af de privatpraktiserende tandlæger.

For at sikre en mere retfærdig fordeling af ressourcerne og udgifterne på sundhedsområdet foreslås det derfor at indføre en forsikringsmodel, således at regionerne ikke skal være erstatningspligtige for skader sket i privat regi, ligesom de ikke skal finansiere administrationsomkostningerne forbundet med sagsbehandlingen heraf.

Det er Indenrigs- og Sundhedsministeriets opfattelse, at ved at give de privatpraktiserende tandlæger et økonomisk medansvar for patientskadeerstatningsordningen, vil det være med til fortsat at sikre patienterne sundhedsydelser af høj kvalitet.

De privatpraktiserende tandlæger pålægges samtidig at deltage i takstfinansieringen af Patienterstatningen, ligesom de også vil være forpligtede til at deltage i finansieringen af Ankenævnet for Patienterstatning, jf. klage- og erstatningslovens § 32, stk. 2, 2. pkt., og § 58 a, stk. 11.

Det foreslås på den baggrund, at klage- og erstatningslovens § 29, stk. 1, ændres, så de privatpraktiserende tandlæger fremover selv er erstatningspligtige over for de patienter, som måtte få en skade i forbindelse med undersøgelse, behandling el.lign. ved en privatpraktiserende tandlæge.

Dette vil gælde uanset, om der er tale om tandbehandling uden tilskud eller med tilskud, som følge af det almindelige tilskud til tandpleje, privat sundhedsforsikring eller særlige tilskudsordninger, hvis en borger f.eks. modtager ydelser efter aktivloven.

Det foreslås som følge heraf, at de privatpraktiserende tandlæger vil blive forpligtet til at tegne forsikring, der vil skulle dække administrationsomkostninger til behandlingen af de sager ved Patienterstatningen og Ankenævnet for Patienterstatningen, samt erstatningsudbetalinger fra 1.000 kr., jf. klage- og erstatningslovens § 24, stk. 8, § 32, stk. 2, 2. pkt., og § 58 a, stk. 11.

## UDKAST

Afgørelser truffet af Patienterstatningen i tandlægesager vil kunne indbringes for Ankenævnet for Patienterstatningen, når behandlingen af sagerne henlægges til Patienterstatningen. Dette følger af lovens § 58 b, stk. 1.

Det skal bemærkes, at det ikke vurderes nødvendigt at udvide sammensætningen af Ankenævnet for Patienterstatningen.

Efter lovforslagets vedtagelse vil indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte nærmere regler om forsikringspligtens gennemførelse for de privatpraktiserende tandlæger med hjemmel i bemyndigelsesbestemmelsen i klage- og erstatnings lovens § 30, stk. 5. Dette vil ske med en opdatering af bekendtgørelse nr. 488 af 3. maj 2018 om forsikringspligtens gennemførelse.

### **2.2. Ophævelse af oplysningspligt ved erstatningsudbetalinger i patienterstatningssager**

#### 2.2.1. Gældende ret

Efter klage- og erstatningsloven § 29, stk. 1, nr. 1, er regionerne bl.a. erstatningsansvarlige for offentlige sygehuse og den præhospital indsats. Regionerne er desuden efter bestemmelsens stk. 1, nr. 5, erstatningsansvarlige for privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner. Regionernes erstatningspligt gælder også efter stk. 1, nr. 6, private sygehuse, klinikker eller speciallægepraksisser, hvis behandling sker som en del af regionernes planlagte behandlingskapacitet.

Efter klage- og erstatningslovens § 29, stk. 1, nr. 7, er private sygehuse, klinikker og speciallægepraksisser erstatningsansvarlige for skader efter behandling, undersøgelse el.lign., som er foretaget efter sundhedslovens § 87, det vil sige som led i det udvidet frie sygehusvalg eller betalt direkte uden om det offentlige sundhedsvæsen.

Efter klage- og erstatningsloven § 29, stk. 2, 1. pkt., er speciallægepraksisser med speciale i almen medicin, som ikke virker efter overenskomst, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, jf. § 60, stk. 1, erstatningsansvarlige for skader efter behandling, undersøgelse el.lign., som er betalt direkte uden om det offentlige sundhedsvæsen.

De erstatningsansvarliges krav skal efter lovens § 30 være dækket af en forsikring i et forsikringsselskab, bortset fra staten, regionsråd og kommunalbestyrelser, der efter § 31 er undtaget fra forsikringspligten.

Efter klage- og erstatningslovens § 29, stk. 4, skal et regionsråd, såfremt regionsrådet har været erstatningspligtigt efter § 29, stk. 1, nr. 1, 5 og 6, i et



## UDKAST

omfang ud over det gennemsnitlige, oplyse Styrelsen for Patientsikkerhed herom til brug for styrelsens tilsyn efter sundhedsloven.

Efter klage- og erstatningslovens § 29, stk. 5, skal forsikringsselskaber for et privat sygehus, en klinik eller en speciallægepraksis, såfremt behandlingsstedet har været erstatningspligtigt efter § 29, stk. 1, nr. 7, eller stk. 2, 1. pkt., i et omfang ud over det gennemsnitlige, ligeledes oplyse Styrelsen for Patientsikkerhed herom til brug for styrelsens tilsyn efter sundhedsloven.

Indenrigs- og sundhedsministeren har efter lovens § 29, stk. 6, bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler om oplysningspligten efter stk. 4 og 5, herunder for optælling af erstatningsudbetalinger og forældelse af sager.

Bemyndigelsen er udmøntet i bekendtgørelse nr. 1084 af 11. september 2015 om oplysningspligt i patienterstatningssager. Bekendtgørelsen fastsætter regler om oplysningspligt i tilfælde af en såkaldt kritisk skadesfrekvens, det vil sige, hvis der har været erstatningspligt ud over det gennemsnitlige. Pligten til at indberette kritisk skadesfrekvens gælder for så vidt angår regionerne de skader, som de efter klage- og erstatningslovens § 29, stk. 1, nr. 1, 5 og 6, er erstatningspligtige for. For så vidt angår de private forsikringsselskaber skal der indberettes kritisk skadesfrekvens for skader, som forsikringsselskaberne er ansvarlige for efter klage- og erstatningslovens § 29, stk. 1, nr. 7, eller stk. 2, 1. pkt.

### 2.2.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser og den foreslåede ordning

Det er efter Indenrigs- og Sundhedsministeriets opfattelse afgørende, at Styrelsen for Patientsikkerhed til brug for sit tilsyn med behandlingssteder efter sundhedsloven kan komme i besiddelse af de oplysninger, der er nødvendige for, at styrelsen kan vurdere, om forhold på behandlingssteder udgør eller kan udgøre en risiko for patientsikkerheden. Indenrigs- og Sundhedsministeriet er i den forbindelse opmærksom på, at styrelsen efter sundhedslovens § 213 a har mulighed for at afkræve sundhedspersoner og behandlingssteder de oplysninger, der er nødvendige som led i styrelsens tilsyn.

Oplysningspligten i klage- og erstatningsloven blev oprindeligt indført i 2003 med lov nr. 430 af 10. juni 2003 i den daværende patientforsikringslov og har løbende været justeret i takt med ændringerne af sundhedsvæsenets organisering m.v. Indenrigs- og Sundhedsministeriet er opmærksom på, at reglerne afspejler et generelt et ønske om at sikre, at centrale myndigheder bliver informeret, hvis der forekommer en usædvanlig systematik i skadesfrekvens ved erstatningsudbetalinger og derved sikre, at oplysningerne kan

## UDKAST

indgå i den samlede vurdering af, om der skal iværksættes tilsynsmæssige foranstaltninger ved et konkret behandlingssted.

Ministeriet er imidlertid også opmærksom på, at Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at erstatningsudbetalinger af flere forskellige grunde som absolut udgangspunkt ikke er egnet til at påvise en aktuel fremtidig fare for patientsikkerheden. Ydermere har den nuværende indberetningsordning ikke i praksis har givet anledning til tilsynsmæssig opfølgning, og indberetningerne i øvrigt har haft et meget lille omfang.

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer derfor også, at en ophævelse af oplysningspligten ikke vil have betydning for patientsikkerheden.

Patienterstatningen vurderer, at den nugældende ordning ikke imødekommer bestemmelsens formål.

Det er på den baggrund ministeriets opfattelse, at oplysningspligten og de ressourcer, der anvendes hos både regionerne og Styrelsen for Patientsikkerhed i forbindelse hermed, ikke står mål med det oprindeligt tiltænkte formål og udbytte.

For at realisere regeringens ambitioner i økonomiforhandlingerne 2024 med kommunerne og regionerne om at lette den administrative byrde i kommunerne og regionerne, foreslås det derfor, at oplysningspligten efter klage- og erstatningslovens § 29, stk. 4-6, ophæves.

Forslaget vil medføre, at de erstatningspligtige for patienterstatningssager ikke længere vil skulle indberette til Styrelsen for Patientsikkerhed, når der foreligger erstatningspligt over det gennemsnitlige, også benævnt kritisk skadefrekvens.

Det skal understreges, at Styrelsen for Patientsikkerhed uanset ophævelsen fortsat vil kunne oplyse tilsynssager, herunder indhente relevante oplysninger efter sundhedslovens § 213 a til brug for sit tilsyn.

Det skal også understreges, at de erstatningsansvarlige uanset ophævelse af selve indberetningspligten til Styrelsen for Patientsikkerhed fortsat vil have en uændret online-adgang til de samme data hos Patienterstatningen.

Endelig skal det understreges, at regionerne og øvrige driftsherrer som følge af det almindelige driftsherreansvar generelt har en pligt til løbende at følge med i kvaliteten af de ydelser, der leveres, herunder sikre at forhold på behandlingsstedet ikke er til fare for patientsikkerheden. Det indebærer bl.a. også en pligt til løbende at følge op og reagere på forhold og tendenser, f.eks.

erstatningsudbetalinger ud over det sædvanlige, som kan være udtryk for eller indikere, at forhold kan udgøre en fare for patientsikkerheden. Heri ligger også et ansvar for at involvere tilsynsmyndighederne i relevant omfang.

### **2.3. Ændring af forældremyndighedens indehavers samtykke til behandling af børn ved den kommunale tandpleje**

#### 2.3.1. Gældende ret

##### 2.3.1.1. Informeret samtykke til behandling

Efter sundhedslovens § 15, stk. 1, må ingen behandling indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af lovens §§ 17-19. Det fremgår af sundhedslovens § 15, stk. 3, at der i sundhedsloven ved informeret samtykke forstås et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side, jf. sundhedslovens § 16.

Det følger af sundhedslovens § 16, stk. 1, at en patient har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Patienten har også ret til at frabede sig information, jf. sundhedslovens § 16, stk. 2. Det følger endvidere af sundhedslovens § 16, stk. 3, at informationen skal gives løbende og give en forståelig fremstilling af sygdommen, undersøgelsen og den påtænkte behandling. Informationen skal gives på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger med hensyn til alder, modenhed, erfaring m.v.

Det følger af sundhedslovens § 17, stk. 1, at en patient, der er fyldt 15 år, selv kan give informeret samtykke til behandling. Forældremyndighedens indehaver skal tillige have information, jf. sundhedslovens § 16 og inddrages i den mindreåriges stillingtagen. Det fremgår af sundhedslovens § 17, stk. 2, at såfremt en sundhedsperson har vurderet, at den mindreårige ikke selv er i stand til at give informeret samtykke, så er det forældremyndighedens indehaver, som kan give informeret samtykke.

##### 2.3.1.2. Informeret samtykke til behandling af mindreårige patienter ved den kommunale tandpleje og sundhedsplejerske

Sundhedslovens § 17, stk. 4-7, indeholder en række bemyndigelsesbestemmelser vedrørende behandling af børn og unge ved den kommunale tandpleje og sundhedsplejerske.

## UDKAST

Det følger af lovens § 17, stk. 4, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om forældremyndighedens indehavers informerede samtykke i forbindelse med behandling af børn og unge i den undervisningspligtige alder ved sundhedsplejerske, herunder form og indhold af samtykket. Det følger af lovens § 17, stk. 5, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om forældremyndighedens indehavers informerede samtykke i forbindelse med behandling af børn og unge ved den kommunale tandpleje, herunder form og indhold af samtykket. Det følger af lovens § 17, stk. 6, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om fravigelse af kravet om informeret samtykke i forbindelse med behandling af børn og unge ved den kommunale tandpleje. Endelig følger det af lovens § 17, stk. 7, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om forudgående og efterfølgende information til forældremyndighedens indehaver.

Sundhedslovens § 17, stk. 4-7 blev indført med lov nr. 430 af 3. marts 2017 med det formål at udmønte positive erfaringer fra Frikommuneforsøg I, hvor der blev lempet på gældende regler om informeret samtykke til visse former for behandlinger af mindreårige ved den kommunale tandpleje og sundhedsplejerske, og den måde samtykket gives på. Kommunerne kunne derved arbejde med en model, hvor barnets forældre eksempelvis gav et generelt samtykke, som dækkede behandlinger som eksempelvis undersøgelser, tandrensning og afpudsning. Den forsøgsvisse lempelse af kravene førte bl.a. til smidigere behandling af patienten og sparede både børns, forældres og personalets tid. Der henvises til lovens almindelige bemærkninger, jf. Folketingstidende 2016-17, tillæg c, L 132 som vedtaget, s. 22.

Det følger af de specielle bemærkninger til § 17, stk. 5, jf. Folketingstidende 2016-17, tillæg c, L 132 som vedtaget, s. 26, at bestemmelsen vil blive anvendt til at fastsætte regler om, at den kommunale tandpleje på baggrund af et generelt, udtrykkeligt samtykke, som hviler på fyldestgørende information af forældrene, kan foretage fluorbehandlinger og undersøgelser med brug af røntgen i diagnostisk øjemed. Et generelt, udtrykkeligt samtykke indebærer, at forældremyndighedsindehaver på baggrund af fyldestgørende information fra den kommunale tandpleje giver samtykke til, at barnet i fremtidige situationer kan undergives visse behandlinger uden forudgående indhentelse af forældremyndighedsindehavers konkrete samtykke til den aktuelle behandling.

2.3.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser og den foreslåede ordning

## UDKAST

Det er Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering, at det vil indebære bedre brug af administrative ressourcer, og understøtte en bedre og mere effektiv hjælp til borgerne, hvis det bliver muligt for den kommunale tandpleje at gennemføre flere ukomplicerede behandlinger af børn på baggrund af et generelt, udtrykkeligt samtykke fra forældremyndighedens indehaver.

På den måde kan den kommunale tandpleje undgå at skulle kontakte forældremyndighedsindehavere med henblik på at indhente et konkret samtykke, hver gang der skal gennemføres en behandling, der ikke er at betragte som mere indgribende end fluorbehandling eller røntgenundersøgelse.

Det skal f.eks. være muligt at gennemføre fissurforsøgling, der, lige som fluorbehandlinger og røntgenundersøgelser, kan betragtes som mindre indgribende.

Det foreslås at ændre bemyndigelsesbestemmelsen i sundhedslovens § 17, stk. 5, så rammerne for bemyndigelsen udvides med henblik på at kunne fastsætte regler, hvor rækkevidden for forældremyndighedens indehavers samtykke er bredere end i dag, og om varigheden af samtykket.

Forslaget vil indebære, at der kan fastsættes regler om, at flere ukomplicerede behandlinger ved den kommunale tandpleje kan gennemføres på baggrund af et generelt, udtrykkeligt samtykke fra forældremyndighedens indehaver. Det vil betyde, at det ikke vil være nødvendigt at indhente konkret informeret samtykke fra forældremyndighedens indehaver til iværksættelse af mindre indgribende behandlinger, når behovet opdages i forbindelse med et planlagt besøg. Det kan f.eks. være fissurforsøgling, der anvendes forebyggende og terapeutisk til behandling af caries og er hensigtsmæssigt at behandle så tidligt som muligt.

### **3. Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige**

#### **3.1. Økonomiske konsekvenser**

Lovforslagets element vedrørende forsikringspligt for privatpraktiserende tandlæger forventes at have positive økonomiske konsekvenser for det offentlige, da regionerne fremover ikke vil være erstatningspligtige eller pligtige til at betale administrationsomkostninger i forbindelse med behandling af tandskadeerstatningssager.

## UDKAST

Lovforslagets del vedrørende ophævelsen af oplysningspligten ved erstatningsudbetalinger i patienterstatningssager medfører hverken positive eller negative økonomiske konsekvenser for det offentlige.

Lovforslagets element vedrørende samtykke til ukomplicerede behandlinger ved den kommunale tandpleje forventes ikke at have positive eller negative økonomiske konsekvenser for staten eller regionerne. For kommunerne vil lovændringen have positive økonomiske konsekvenser i et begrænset omfang. Lovændringen vil betyde, at børn, som kommer alene til tandlæge, i højere grad vil kunne blive behandlet færdig samme dag, og dermed maksimeres den kliniske ”stole-tid” ved tandplejen. Det vurderes derfor, at lovændringen kan bidrage med en bedre og mere effektiv hjælp til borgerne.

### **3.2. Implementeringsmæssige konsekvenser**

Lovforslagets del vedrørende indførelse af forsikringspligt for privatpraktiserende tandlæger forventes at indebære en mindre positiv konsekvens for det offentlige, da regionerne ikke længere skal administrere udbetalingen af erstatninger som følge af afgørelser fra Patienterstatningen på tandskadeområdet.

Lovforslagets del vedrørende ophævelsen af oplysningspligten ved erstatningsudbetalinger i patienterstatningssager medfører ingen negative implementeringskonsekvenser for det offentlige. Det medfører til gengæld positive konsekvenser for regionsrådene, som ikke længere skal føre kontrol med, at behandlingssteder overstiger det gennemsnitlige erstatningsniveau.

Lovforslagets del vedrørende samtykke til ukomplicerede behandlinger ved den kommunale tandpleje forventes at have positive implementeringsmæssige konsekvenser for det offentlige. Det skyldes for det første, at den kommunale tandpleje efter lovændringen ikke længere vil skulle indhente konkret, informeret samtykke til hver eneste ukomplicerede behandling, herunder fissurforsøgning, hvilket vil lette den kommunale tandpleje for en administrativ byrde. Det skyldes for det andet, at den kommunale tandpleje kan maksimere den kliniske ”stole-tid”, idet flere behandlinger kan gennemføres samme dag.

Lovforslaget er i relevant omfang udformet i overensstemmelse med principperne for digitaliseringsklar lovgivning. Som udgangspunkt skal informeret samtykke til ukomplicerede behandlinger kunne understøttes digitalt, jf. princip nr. 2 om digital kommunikation. Dog vil der, i de tilfælde, hvor det er mere hensigtsmæssigt at indhente samtykke på anden vis, eksempelvis mundtligt, hvorefter det journalføres i den elektroniske patientjournal,

være mulighed for, at den kommunale tandpleje kan fravige princippet om digital kommunikation.

#### **4. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.**

Lovforslagets del om forsikringspligt for privatpraktiserende tandlæger forventes at medføre negative økonomiske og administrative konsekvenser for de privatpraktiserende tandlæger til forsikringsdækning, dels da de vil skulle betale præmie for forsikringsdækningen, dels fordi det vil kræve administration at tegne forsikring.

Lovforslagets del vedrørende ophævelsen af oplysningspligten ved erstatningsudbetalinger i patienterstatningssager medfører ingen negative konsekvenser for erhvervslivet. Det medfører til gengæld positive konsekvenser for de private sundhedsaktørers forsikringsselskaber, som ikke længere skal føre kontrol med, at behandlingssteder overstiger det gennemsnitlige erstatningsniveau.

Lovforslagets del om ukomplicerede behandlinger ved den kommunale tandpleje medfører ikke økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet.

#### **5. Administrative konsekvenser for borgerne**

Lovforslagets dele om forsikringspligt for privatpraktiserende tandlæger og om ophævelse af oplysningspligten ved erstatningsudbetalinger i patienterstatningssager medfører hverken negative eller positive konsekvenser for borgerne.

Lovforslagets del om ændring af regler om samtykke til ukomplicerede behandlinger ved den kommunale tandpleje skønnes at have lettere, positive administrative konsekvenser for borgerne. Det skyldes for det første, at forældremyndighedsindehavere vil blive kontaktet sjældnere af den kommunale tandpleje med henblik på indhentning af samtykke til behandling af deres barn. Det skyldes for det andet, at nogle forældremyndighedsindehavere og børn i færre tilfælde vil skulle forberede sig på, at barnet skal besøge den kommunale tandpleje, idet flere behandlinger efter lovforslaget forventes at kunne blive gennemført på samme dag. Det bemærkes, at de almindelige regler for informeret samtykke fortsat gælder ved mere indgribende behandlinger end dem der fastsættes i bekendtgørelsen.

#### **6. Klimamæssige konsekvenser**

Lovforslaget har ingen klimamæssige konsekvenser.

# UDKAST

## 8. Miljø- og naturmæssige konsekvenser

Lovforslaget har ingen miljø- og naturmæssige konsekvenser.

## 9. Forholdet til EU-retten

Lovforslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter.

## 10. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

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

...

| 11. Sammenfattende skema                               |   |   |
|--|---|---|
|  | Positive konsekvenser/mindredgifter (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 | <p>For regionerne vil lovforslagets del om forsikringspligt medføre erstatningsbesparelser på ca. 33 mio. kr. årligt, mens der vil være en administrationsbesparelse på et sted mellem 24-30 mio. kr. årligt, som regionerne beholder som led i samarbejdsprogrammet.</p> <p>For regionerne forventes lovforslagets del om ophævelse af oplysningspligt ved erstatningsudbetalinger i patienterstatningssager at medføre positive økonomiske konsekvenser som følge af de administrative lettelser.</p> <p>Fsva. den tredje del af lovforslaget vil for kommunerne have positive økonomiske konsekvenser i et begrænset omfang, da lovændringen vurderes at kunne bidrage med en bedre og mere effektiv hjælp til borgerne.</p> | Ingen.  |
| Implementeringskonsekvenser for stat,                  | Lovforslagets første del indebærer en mindre positiv konsekvens, da   | Ingen.  |



## UDKAST

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>kommuner og regioner</p>                               | <p>regionerne ikke længere skal administrere udbetalingen af erstatninger.</p> <p>Lovforslagets anden del medfører positive implementeringskonsekvenser for regionerne, når de ikke længere skal anvende ressourcer på at administrere ordningen med oplysningspligt i patienterstatningssager.</p> <p>Den tredje del af lovforslaget vil medføre positive implementeringskonsekvenser for kommuner, når de ikke skal indhente konkret, informeret samtykke for forældremyndighedens indehaver til hver eneste ukomplicerede behandling, der ikke er fluorbehandling eller røntgenundersøgelse. Den ændrede bemyndigelsesbestemmelse skal udmøntes i en bekendtgørelse.</p> |  |
| <p>Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet m.v.</p>     | <p>Lovforslagets del om forsikringspligt og delen om oplysningspligt forventes at have en positiv økonomisk effekt for forsikringsselskaberne.</p> <p>Lovforslagets tredje del forventes ikke at have positive økonomiske konsekvenser for erhvervslivet.</p>   | <p>Krav om forsikringspligt vil medføre udgifter hertil for privatpraktiserende tandlæger. De skal samlet forsikres mod erstatningsudgifter på ca. 33 mio. kr. årligt og administrationsomkostninger på mellem 24 og 30 mio. kr. årligt.</p> <p>Fsva. lovforslagets anden og tredje del forventes der ikke negative økonomiske konsekvenser for erhvervslivet.</p> |
| <p>Administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.</p> | <p>Lovforslagets første og tredje del forventes ikke at medføre administrative konsekvenser for erhvervslivet.</p> <p>Lovforslagets anden del vil medføre positive implementeringskonsekvenser for de private behandlingssteders forsikringsselskaber, når de ikke længere skal anvende ressourcer på at</p>  | <p>Fsva. lovforslagets første del skal tandlægerne tegne forsikringer mod erstatning og godtgørelse, som de ikke tidligere har skulle.</p> <p>Lovforslagets anden og tredje del forventes ikke at have negative administrative konsekvenser for erhvervslivet.</p>   |

## UDKAST

|   |  |              |
|---|--|--------------|
|   | administrere ordningen med oplysningspligt i patienterstatningssager.  |              |
| Administrative konsekvenser for borgerne  | <p>Lovforslagets første to dele forventes ikke at medføre administrative konsekvenser for borgerne.</p> <p>Der forventes positive administrative konsekvenser for borgerne for lovforslagets del om samtykke til ukomplicerede behandlinger ved den kommunale tandpleje.</p> | Ingen.       |
| Klimamæssige konsekvenser   | Ingen.   | Ingen.       |
| Miljø- og naturmæssige konsekvenser   | Ingen.   | Ingen.       |
| Forholdet til EU-retten   | Forslaget indeholder ingen EU-retlige aspekter.  |              |
| 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<br><br>X |

# UDKAST

## *Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser*

### *Til § 1*

#### Til nr. 1

I sager, der behandles af Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning, ydes erstatning og godtgørelse for indsatte og værnepligtige som nævnt i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenets § 29, stk. 1, nr. 9 og 10, såfremt beløbet samlet overstiger 1.000 kr., jf. klage- og erstatningslovens § 24, stk. 5, 2. pkt.

Med den i lovforslagets § 1, nr. 3, foreslåede indsættelse af et nyt nummer 8 i § 29, stk. 1, bliver de efterfølgende numre i § 29, stk. 1, renummereret.

Der er derfor behov for, at henvisningen til nr. 9 og 10 i § 29, stk. 1, ændres til nr. 10 og 11.

Det foreslås således i § 24, stk. 5, 2. pkt., at ændre »nr. 9 og 10« til: »nr. 10 og 11«.

Den foreslåede ændring er alene af lovteknisk karakter.

#### Til nr. 2

Det fremgår af klage- og erstatningslovens § 29, stk. 1, nr. 5, 1. pkt., at den region, hvor en privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson har sin praksis, eller hvor en læge, der uden at være privatpraktiserende virker som vagtlæge, eller hvor en læge, der uden at være privatpraktiserende foretager vaccination i henhold til sundhedslovens § 18, jf. dog stk. 3, har pligt til at yde erstatning efter kapitel 3 i klage- og erstatningsloven.

Der henvises til lovforslagets pkt. 2.1.1. for en beskrivelse af gældende ret.

Det foreslås i § 29, stk. 1, nr. 5, 1. pkt., at ændre »jf. dog stk. 3« til: »jf. dog nr. 8 og stk. 3«.

Med den i lovforslagets § 1, nr. 3, foreslåede § 29, stk. 1, nr. 8, fastsættes, at de privatpraktiserende autoriserede tandlæger har pligt til at yde erstatning efter kapitel 3 i klage- og erstatningsloven. Denne ændring vil medføre, at det ikke længere er den region, hvor den privatpraktiserende tandlæge har sin praksis, som er erstatningspligtig på vegne af tandlægen, men derimod den enkelte privatpraktiserende tandlæge selv.

## UDKAST

Forslaget er en konsekvens af lovforslagets § 1, nr. 3, hvorefter det foreslås at indsætte et nyt nummer 8 i lovens § 29, stk. 1.

Til nr. 3

Klage- og erstatningslovens § 29 oplister de erstatningspligtige i henhold til loven. Det fremgår af § 29, stk. 1, nr. 5, at den region, hvor en privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson har sin praksis, eller hvor en læge, der uden at være privatpraktiserende virker som vagtlæge, eller hvor en læge, der uden at være privatpraktiserende foretager vaccination i henhold til sundhedslovens § 18, jf. dog stk. 3, har pligt til at yde erstatning efter kapitel 3 i klage- og erstatningsloven.

I dag bliver sager på tandskadeerstatningsområdet behandlet af Patienterstatningen, og finansieringen heraf er omfattet af klage- og erstatningslovens § 29, stk. 1, nr. 5, hvorefter regionen, hvori tandlægen har sin praksis, er erstatningspligtig.

Tandskadeområdet har, siden det blev omfattet af klage- og erstatningslovens regler, som udgangspunkt ikke været omfattet af det almindelige egetbidrag i klage- og erstatningsloven, men været underlagt nogle særlige undergrænser. Der er således en undergrænse for erstatning og godtgørelse på skader sket ved behandling hos en privatpraktiserende tandlæge på 1.000 kr., jf. klage- og erstatningslovens § 24, stk. 8, nr. 1. Skader forvoldt af tandlæger eller på vegne af disse påført værnepligtige eller kontraktansatte, som følge af sundhedsfaglig behandling, i det militære forsvar eller redningsberedskabet, har ligeledes en undergrænse på 1.000 kr., jf. klage- og erstatningslovens § 24, stk. 8, nr. 2.

Skader forvoldt af tandlæger, der er ansat i regionstandplejen, i børne- og ungdomstandplejen, i omsorgstandplejen, i specialtandplejen, i socialtandplejen og ved de odontologiske landsdels- og videntcentre eller på vegne af disse samt på universiteternes tandlægeskoler har en undergrænse på 10.000 kr., jf. klage- og erstatningslovens § 24, stk. 9.

Endelig er skader påført indsatte om følge af sundhedsfaglig behandling som den indsatte har ret til, i Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse underlagt det almindelige egetbidrag på 8.596 kr., jf. klage- og erstatningslovens § 24, stk. 2.

Der henvises i øvrigt til lovforslagets pkt. 2.1.1. for en nærmere beskrivelse af gældende ret.

## UDKAST

Det foreslås, at der i § 29, stk. 1, indsættes et nyt nr. 8: »Privatpraktiserende autoriserede tandlæger for skader sket efter behandling, undersøgelse el.lign., eller på disses vegne.«

Med den foreslåede § 29, stk. 1, nr. 8, foreslås det, at lade de privatpraktiserende tandlæger være selvstændigt erstatningspligtige for skader omfattet af klage- og erstatningslovens kapitel 3, som anmeldes efter den 1. januar 2025.

Den foreslåede ændring vil medføre, at det ikke længere er den region, hvor den privatpraktiserende tandlæge har sin praksis, som er erstatningspligtig på vegne af tandlægen, men derimod den enkelte privatpraktiserende tandlæge selv.

Den foreslåede erstatningspligt efter loven vil endvidere betyde, at de privatpraktiserende autoriserede tandlæger pålægges forsikringspligt i overensstemmelse med § 30 i klage- og erstatningsloven, hvor det fremgår af stk. 1, at krav om erstatning efter lovens kapitel 3 skal være dækket af en forsikring i et forsikringsselskab.

Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter bestemmelser om forsikringspligtens gennemførelse jf. lovens § 30, stk. 5, og er i dag fastsat ved bekendtgørelse nr. 488 af 3. maj 2018 om forsikringspligtens gennemførelse. Bekendtgørelsen vil blive opdateret i forbindelse med nærværende lovændring.

Til nr. 4

Efter klage- og erstatningslovens § 29, stk. 4, skal et regionsråd, såfremt regionsrådet har været erstatningspligtigt efter § 29, stk. 1, nr. 1, 5 og 6, i et omfang ud over det gennemsnitlige, oplyse Styrelsen for Patientsikkerhed herom til brug for styrelsens tilsyn efter sundhedsloven.

Efter klage- og erstatningslovens § 29, stk. 5, skal forsikringsselskaber for et privat sygehus, en klinik eller en speciallægepraksis, såfremt behandlingsstedet har været erstatningspligtigt efter lovens § 29, stk. 1, nr. 7, eller stk. 2, 1. pkt., i et omfang ud over det gennemsnitlige, oplyse Styrelsen for Patientsikkerhed herom til brug for styrelsens tilsyn efter sundhedsloven.

Indenrigs- og sundhedsministeren har efter lovens § 29, stk. 6, bemyndigelse til at fastsætte nærmere regler om oplysningspligten efter stk. 4 og 5, herunder for optælling af erstatningsudbetalinger og forældelse af sager.

## UDKAST

Bemyndigelsen er udmøntet i bekendtgørelse nr. 1084 af 11. september 2015 om oplysningspligt i patienterstatningsager. Bekendtgørelsen fastsætter regler om oplysningspligt i tilfælde af en såkaldt kritisk skadesfrekvens, det vil sige hvis der har været erstatningspligt ud over det gennemsnitlige. Pligten til at indberette kritisk skadesfrekvens gælder for så vidt angår regionerne de skader, som de efter lovens § 29, stk. 1, nr. 1, 5 og 6, er erstatningspligtige for. For så vidt angår de private forsikringsselskaber skal der indberettes kritisk skadesfrekvens for skader, som forsikringsselskaberne efter lovens § 29, stk. 1, nr. 7, eller stk. 2, 1. pkt. er erstatningspligtige for.

Det foreslås, at lovens § 29 stk. 4-6 ophæves.

Ophævelsen af lovens § 29 stk. 4, vil betyde, at regionsråd ikke længere vil skulle informere Styrelsen for Patientsikkerhed til brug for styrelsen tilsyn efter sundhedsloven, såfremt regionsrådet har været erstatningspligtigt efter lovens § 29, stk. 1, nr. 1, 5 og 6, i et omfang ud over det gennemsnitlige, mens ophævelsen af lovens § 29 stk. 5, vil betyde, at forsikringsselskaber for et privat sygehus, en klinik eller en speciallægepraksis ikke længere vil skulle informere Styrelsen for Patientsikkerhed til brug for styrelsens tilsyn efter sundhedsloven, såfremt behandlingsstedet har været erstatningspligtigt efter lovens § 29, stk. 1, nr. 7, eller stk. 2, 1. pkt., i et omfang ud over det gennemsnitlige.

Ophævelsen af lovens § 29 stk. 6, vil betyde, at bemyndigelsen til at fastsætte regler for oplysningspligten efter stk. 4 og 5, herunder for optælling af erstatningsudbetalinger og forældelse af sager, ophæves.

De foreslåede ophævelser vil sikre, at regionerne, de private behandlingssteders forsikringsselskaber og Styrelsen for Patientsikkerhed ikke længere vil skulle anvende ressourcer på administrere en ordning, som ikke vurderes at have betydning for patientsikkerheden og som i øvrigt ikke imødekommer det oprindeligt tiltænkte formål og udbytte.

Der henvises til lovforslagets pkt. 2.2 for en beskrivelse af gældende ret, Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser og den foreslåede ordning.

### *Til § 2*

Til nr. 1

Det følger af sundhedslovens § 17, stk. 5, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om forældremyndighedens indehavers

## UDKAST

informerede samtykke i forbindelse med behandling af børn og unge ved den kommunale tandpleje, herunder form og indhold af samtykket.

Der henvises til lovforslagets pkt. 2.3.1. for en beskrivelse af gældende ret.

Det foreslås i lovens § 17, stk. 5, at ændre »form og indhold« til »form, indhold, varighed og rækkevidde«.

Den foreslåede ændring medfører, at rammerne for bemyndigelsesbestemmelsen udvides, så der kan fastsættes regler, hvor rækkevidden for forældremyndighedens indehavers samtykke er bredere end i dag. Bemyndigelsen skal udmøntes i en bekendtgørelse, der fastsætter, hvilke former for behandlinger der vil kunne blive foretaget på baggrund af et generelt, udtrykkeligt samtykke. Bemyndigelsen vil derudover kunne anvises til at fastsætte nærmere regler om varigheden af forældremyndighedsindehavers generelle, udtrykkelige samtykke. Der er ved sidstnævnte tale om en præcisering af gældende ret, idet det hidtil har kunnet fortolkes ind i den gældende bemyndigelse.

Den foreslåede ændring vil indebære, at der vil kunne fastsættes regler om, at den kommunale tandpleje på baggrund af forældremyndighedens indehavers generelle, udtrykkelige samtykke kan foretage flere ukomplicerede behandlinger. Som eksempel kan nævnes fissurforsøgling, der ligesom fluorbehandling og røntgenundersøgelser, kan betragtes som mindre indgribende.

Lovændringen består af ændring af en bemyndigelsesbestemmelse, som skal udmøntes i en bekendtgørelse. Der vil være tale om en nyudstedelse af bekendtgørelse nr. 562 af 30. maj 2017 om samtykke til behandling af børn og unge ved den kommunale tandpleje og sundhedsplejerske. Bekendtgørelsen skal træde i kraft den 1. januar 2025, samtidig med lovens ikrafttræden.

Ved udformningen af bekendtgørelsen og fastsættelsen af, hvilke tandbehandlinger der skal være inden for rækkevidden af det generelt informerede samtykke fra forældremyndighedens indehaver, skal der lægges vægt på indgrebets karakter.

Der kan bl.a. lægges vægt på, om der er tale om operativ eller nonoperativ cariesbehandling. En operativ behandling vil være behandling, hvor der er behov for at bore i tandens overflade for at fjerne carieret tandvæv med henblik på fyldningsterapi. Nonoperativ cariesbehandling vil som regel være af

## UDKAST

mindre indgribende karakter, hvilket taler for ikke at kræve konkret, informeret samtykke fra forældremyndighedens indehaver. Fissurførsegling er et eksempel på en nonoperativ cariesbehandling.

Der kan desuden lægges vægt på, om der er tale om et invasivt indgreb, dvs. om indgrebet indebærer penetration eller kontakt til underliggende væv i f.eks. blodbanen. En sådan behandling vil være indgribende og kræve konkret, informeret samtykke fra forældremyndighedens indehaver.

### *Til § 3*

Det foreslås, at loven træder i kraft den 1. januar 2025, og at de privatpraktiserendes erstatningspligt træder i kraft fra denne dato.

Det betyder, at de privatpraktiserende tandlæger vil være forpligtede til at skaffe forsikringsdækning for skaderne på deres område, som er anmeldt efter 1. januar 2025. Skader, som er anmeldt før dette tidspunkt, vil fortsat være dækket af regionerne.

### *Til § 4*

Bestemmelsen vedrører lovens territoriale gyldighed.

Det følger af § 64 i klage- og erstatningsloven, at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland, men for Færøerne kan sættes i kraft ved kongelig anordning med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger.

Det følger af sundhedslovens § 278, stk. 1, at sundhedsloven ikke gælder for Færøerne og Grønland. Det følger endvidere af § 279, stk. 2, at bl.a. kapitel 4-9 ved kongelig anordning kan sættes helt eller delvis i kraft for Færøerne med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger.

Det foreslås i overensstemmelse hermed i § 4, at loven ikke skal gælde for Færøerne og Grønland, men at loven ved kongelig anordning kan sættes i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.



## Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

| <i>Gældende formulering</i>   | <i>Lovforslaget</i>   |
|---|---|
|   | <p style="text-align: center;"><b>§ 1</b></p> <p>I lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, jf. lovbekendtgørelse nr. 9 af 4. januar 2023, som ændret ved § 3 i lov nr. 737 af 13. juni 2023, § 5 i lov nr. 1778 af 28. december 2023 og lov nr. 652 af 11. juni 2024:</p> |
| <p><b>§ 29.</b> Pligt til at yde erstatning efter dette kapitel har:</p> <p>(1-4) ---</p> <p>5) Den region, hvor en privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson har sin praksis, eller hvor en læge, der uden at være privatpraktiserende virker som vagtlæge, eller hvor en læge, der uden at være privatpraktiserende foretager vaccination i henhold til sundhedslovens § 158, jf. dog stk. 3. 1. pkt. finder dog ikke anvendelse for praktiserende speciallæger, som ikke har speciale i almen medicin, medmindre der er tale om en speciallægeundersøgelse, der udføres til brug for sagsbehandling hos offentlige myndigheder, forsikringselskaber m.v., hvor der ikke er tale om en tjenesteydelse til patienten.</p> | <p><b>1.</b> I § 29, stk. 1, nr. 5, 1. pkt., ændres »jf. dog stk. 3« til: »jf. dog nr. 8 og stk. 3«.</p>  |
| <p><b>§ 29.</b> Pligt til at yde erstatning efter dette kapitel har:</p> <p>(1-7) ---</p>   | <p><b>2.</b> I § 29, stk. 1, indsættes efter nr. 7 som nyt nummer:</p> <p>»8). Privatpraktiserende autoriserede tandlæger for skader sket efter</p>   |

## UDKAST

|   |   |
|---|---|
|   | behandling, undersøgelse el.lign., eller på disses vegne.«<br>Nr. 8-15 bliver herefter nr. 9-16.  |
| <p><b>§ 29.</b> Pligt til at yde erstatning efter dette kapitel har:</p> <p>(1-15) ---</p> <p><i>Stk. 2.</i> ---</p> <p><i>Stk. 3.</i> ---</p> <p><i>Stk. 4.</i> Såfremt et regionsråd efter stk. 1, nr. 1, 5 og 6, i et omfang ud over det gennemsnitlige har været erstatningspligtigt efter disse bestemmelser, skal regionsrådet oplyse Styrelsen for Patientsikkerhed herom til brug for styrelsens tilsyn efter sundhedsloven.</p> <p><i>Stk. 5.</i> Såfremt et privat sygehus, en klinik eller en speciallægepraksis efter stk. 1, nr. 7, eller stk. 2, 1. pkt., i et omfang ud over det gennemsnitlige har været erstatningspligtigt efter disse bestemmelser, skal pågældendes forsikringsselskab oplyse Styrelsen for Patientsikkerhed herom til brug for styrelsens tilsyn efter sundhedsloven.</p> <p><i>Stk. 6.</i> Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler for oplysningspligten efter stk. 4 og 5, herunder for optælling af erstatningsudbetalinger og forældelse af sager.</p> | <p><b>3.</b> § 29, <i>stk. 4-6</i>, ophæves.</p>  |
|   | <p style="text-align: center;"><b>§ 2</b></p> <p>I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 247 af 12. marts 2024, som ændret ved lov nr. 907 af 21. juni 2022, § 2 i lov nr. 1778 af 28. december 2023 og lov nr. 1779 af 28. december 2023, foretages følgende ændringer:</p> |

## UDKAST

|  |   |
|--|---|
| <p>§ 17. En patient, der er fyldt 15 år, kan selv give informeret samtykke til behandling. Forældremyndighedens indehaver skal tillige have information, jf. § 16, og inddrages i den mindreåriges stillingtagen.</p> <p><i>Stk. 2.</i> ---</p> <p><i>Stk. 3.</i> ---</p> <p><i>Stk. 4.</i> ---</p> <p><i>Stk. 5.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om forældremyndighedens indehavers informerede samtykke i forbindelse med behandling af børn og unge ved den kommunale tandpleje, herunder form og indhold af samtykket.</p> <p><i>Stk. 6.</i> ---</p> <p><i>Stk. 7.</i> ---</p> | <p>1. I § 17, <i>stk. 5</i>, ændres »form og indhold« til: »form, indhold og rækkevidde«</p> <p>»§ 17. En patient, der er fyldt 15 år, kan selv give informeret samtykke til behandling. Forældremyndighedens indehaver skal tillige have information, jf. § 16, og inddrages i den mindreåriges stillingtagen.</p> <p><i>Stk. 5.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om forældremyndighedens indehavers informerede samtykke i forbindelse med behandling af børn og unge ved den kommunale tandpleje, herunder form, indhold og rækkevidde af samtykket.«</p> |
|  |   |

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Bilag Titel:</b>       | <b>Velkomstbrev til europaminister Marie Bjerre</b> |
| <b>Dagsordens titel</b>   | <b>Generelle orienteringer</b>                      |
| <b>Dagsordenspunkt nr</b> | <b>19</b>   |
| <b>Bilag nr</b>           | <b>1</b>  |
| <b>Antal bilag:</b>       | <b>10</b>   |

Europaminister Marie Bjerre

DANSKE  
REGIONER



09-09-2024

Kære Marie Bjerre

Tillykke med din udnævnelse som europaminister.

I Danske Regioner er vi - ligesom du og regeringen - optaget af, at Danmark spiller en aktiv rolle i EU-samarbejdet, som på en række områder påvirker regionernes opgaver. Det drejer sig f.eks. om sundhedsydelser og behandling på tværs af grænser, arbejdet med at sikre rent drikkevand og arbejdet med digitalisering, herunder etableringen af det kommende europæiske sundhedsdataområde. Samtidig vægter Danske Regioner det højt, at EU-beslutninger respekterer nærhedsprincippet og træffes så tæt på borgerne som muligt.

Vi stiller os gerne til rådighed, og bidrager gerne til, at Danmark kan sætte en ambitiøs dagsorden, når vi overtager EU-formandskabet. Danske regionale politikere er engageret i EU's beslutningsproces gennem Det Europæiske Regionsudvalg. Under Danmarks EU-formandskab inviterer Danske Regioner Regionsudvalgets præsidium til Danmark. Det er vores oplevelse, at et godt samarbejde på tværs af de danske myndighedsniveauer er afgørende for, at vi som relativt lille EU-land kan påvirke EU's beslutningsprocesser og sikre Danmarks interesser. Vi håber derfor også, at vi i Danske Regioner får lejlighed til at vende målsætninger og fokuspunkter for det danske EU-formandskab med dig forud for, at Danmark overtager formandskabet.

Vi ser frem til dialogen med dig og dit ministerium om EU-samarbejdet, så vi kan sikre en fortsat engageret dansk stemme i europæisk politik.

Venlig hilsen

Anders Kühnau  
Formand

Mads Duedahl  
Næstformand

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

**Relateret document 2/10**

**Dokument Navn:** Velkomstbrev til minister for digitalisering Caroline Stage Olsen.pdf

**Dokument Titel:** Velkomstbrev til minister for digitalisering Caroline Stage Olsen

**Dokument ID:** 1723410

Minister for digitalisering Caroline Stage Olsen

DANSKE  
REGIONER



10-09-2024

Kære Caroline Stage Olsen

Tillykke med din udnævnelse som minister for digitalisering. Vi ser frem til at samarbejde med dig om vigtige emner som ny teknologi og arbejdskraftfrigørende digitalisering.

I regionerne stiller vi os i front for en digital udvikling, som grundlæggende forandrer måden, borgerne møder sundhedsvæsenet på. Det skal være nemmere for borgerne at tilgå sundhedstilbud digitalt, trygt og i eget hjem. Overgange mellem sektorer, teknologi og platforme skal udviskes, så det for den enkelte opleves som ét sundhedsvæsen med nem adgang.

Vi håber, at du og regeringen i kommende strategier på digitaliseringsområdet vil have fokus på, hvordan teknologiske løsninger kan bidrage til at afhjælpe manglen på arbejdskraft, frigøre timer både for klinikere og administrative medarbejdere og være lette for borgerne at benytte. Vi håber også, at I vil have fokus på, hvordan ny teknologi bidrager til den grønne omstilling af hospitaler, transport og klimatiltag generelt. Danske Regioner ser frem til at bidrage med viden, fakta og løsningsforslag og til det forestående arbejde i Digital Taskforce for AI.

Et stærkt digitaliseret samfund kalder også på en høj grad af infrastrukturstabilitet og it-sikkerhed. Cybersikkerheden skal være i top, når vi har ansvaret for borgerens data, og når mere og mere behandling baseres på eller understøttes af digitale løsninger.

Vi står over for en vigtig reform af sundhedsområdet. Her er der med god grund også et stort fokus på det digitale fundament for sundhedsvæsenet.

Vi bakker op om Sundhedsstrukturkommissionens forslag om, at der udarbejdes én fælles digital strategi for sundhedsvæsenet og muligheden for at stille bindende krav til regioner, kommuner og praksissektor inden for digitalisering og data.

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

En fælles national organisation, Digital Sundhed Danmark, som Kommissionen har foreslået, kan spille en vigtig rolle i at drive og videreudvikle den fælles nationale it-infrastruktur. Danske Regioner har foreslået, at man kan styrke adgang og brug af sundhedsdata ved at etablere en fællesoffentlig sundhedscld. Den opgave bør også placeres i Digital Sundhed Danmark.

Digital Sundhed Danmark skal derimod ikke drive og udvikle lokale og regionale løsninger som f.eks. regionernes EPJ-systemer. Vi ser ingen gevinster – hverken fagligt eller økonomisk - i at opbygge en meget stor centraliseret driftsorganisation uden kobling til den kliniske hverdag på sygehuse og i kommuner.

Danske Regioner vil desuden stærkt anbefale regeringen, at der arbejdes videre med at etablere et selvstændigt Nationalt Center for Sundhedsinnovation, som også indgår i Moderaternes sundhedsudspil. Denne opgave hører ikke til i en it-organisation som Digital Sundhed Danmark.

Vi vil gerne mødes i nær fremtid og drøfte disse og andre vigtige fælles dagsordener.

Venlig hilsen

Anders Kühnau  
Formand

Mads Duedahl  
Næstformand



**Relateret document 3/10**

**Dokument Navn:** Velkomstbrev til minister for grøn trepart Jeppe Bruus.pdf

**Dokument Titel:** Velkomstbrev til minister for grøn trepart Jeppe Bruus

**Dokument ID:** 1723411

Minister for grøn trepart Jeppe Bruus

DANSKE  
REGIONER



10-09-2024

Kære Jeppe Bruus

Tillykke med din udnævnelse som minister for grøn trepart. Det er en stor og vigtig opgave, du og dit nye ministerium har fået, med at sikre omlægning af store arealer i Danmark til en grønnere og mere bæredygtig fremtid.

Regionerne har opgaver på miljøområdet, som skal indgå og kan bidrage positivt i arealomstillingen. Her tænker vi særligt på indvinding af råstoffer som sand, grus, sten og kalk, hvor de færdiggravede arealer har et stort potentiale som næringsfattige biotoper med rig natur. Men også regionernes arbejde med jordforurening og beskyttelse af grundvandet mod forurening fra lossepladser, industrigrunde mv. bør indgå i de samlede planer for udnyttelse og omlægning af arealerne.

Vi stiller os derfor gerne til rådighed for dit og ministeriets kommende arbejde med at gennemføre aftalen om et grønt Danmark, hvor vi kan bidrage med såvel faglig som politisk implementeringskraft.

Regionerne har Danmarks største faglige miljø på råstof-, jord- og grundvandsområdet. Der er tale om ingeniører, geologer, biologer og mange flere, som til daglig arbejder med at planlægge, prioritere og gennemføre miljøprojekter under hensyntagen til en bred vifte af natur- og miljøspørgsmål, og som har erfaring i at omsætte politiske mål til fysisk og praktisk virkelighed i dialog med lodsejere, myndigheder og andre aktører. Det giver regionerne et godt fagligt udgangspunkt for at indgå i arbejdet med omlægning af arealer.

Regionerne har også erfaring som politisk implementeringskraft på bl.a. råstofområdet, hvor der kan være stærke, modstridende interesser mellem på den ene side de aktører, som skal indvinde og bruge råstoffer til udbygning af infrastruktur, byer og energianlæg, og på den anden side lokalsamfund, hvor der ofte er modstand mod planer om nye råstofgrave. Her har regionernes politikere vilje til gå i dialog med alle parter og mod til at stå på mål for de vanskelige beslutninger.

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

I gennem arbejdet med regionale udviklingsplaner har regionerne i de seneste mange år fået stor erfaring med at skabe forandringer i landskabet i tværgående samarbejder mellem myndigheder, forsyninger, virksomheder og private lodsejere. Det gælder f.eks. klimatilpasnings samarbejdet ”Coast to Coast Climate Challenge” i Region Midtjylland og ”Partnerskab for Bæredygtig Vandforsyning” i Region Sjælland, hvor regionen har samlet kommuner, vandforsyninger, landbrugsorganisationer, vidensinstitutioner, m.fl. i et samarbejde om at skabe og finde løsninger på et af Danmarks store samfundsproblemer – pesticider i grundvandet.

I Danske Regioner er vi optagede af at skabe grønne forandringer i landskabet i en større skala ud fra en helhedsorienteret tilgang og med demokratisk forankring af de nødvendige prioriteringer. Vi vedlægger vores udspil fra 2024, *En Grøn Plan for Danmark*.

Vi ser frem til samarbejdet med dig i din nye rolle som minister for grøn trepart.

Venlig hilsen

Anders Kühnau  
Formand

Mads Duedahl  
Næstformand

**Relateret document 4/10**

**Dokument Navn:** Velkomstbrev til minister for  
samfundssikkerhed og  
beredskab Torsten Schack  
Pedersen.pdf

**Dokument Titel:** Velkomstbrev til minister for  
samfundssikkerhed og  
beredskab Torsten Schack  
Pedersen

**Dokument ID:** 1723412

Minister for samfundssikkerhed og beredskab Torsten Schack Pedersen

DANSKE  
REGIONER



10-09-2024

Kære Torsten Schack Pedersen

Tillykke med din udnævnelse som minister for samfundssikkerhed og beredskab.

Det er en vigtig rolle, som du og dit nye ministerium skal løse. Med dit ansvar for cybersikkerhed, forsyningsikkerhed, implementering af EU's direktiv om kritiske enheders modstandsdygtighed og sager vedrørende alarmcentralerne og sikkerhedsnettet (SINE) bliver du og dit nye ministerium en central samarbejdspartner for regionernes opgavevaretagelse på sundhedsområdet. Det samarbejde ser vi frem til.

Globale sårbarheder i forsyningskæder, sundhedsvæsenets stigende afhængighed af digital understøttelse, klimaforandringer og et forandret internationalt trusselsbillede har ændret risikobilledet for, hvad vi som samfund skal kunne håndtere. I en række andre lande ser man derfor i øjeblikket på at skabe bedre sammenhæng mellem landets sundhedsberedskab og det civile beredskab. I regionerne er vi klar til at bidrage med løsninger på, hvordan det kan se ud i en dansk kontekst.

Det ændrede trusselsbillede kalder også på en ny dialog mellem staten og regionerne om, hvordan vi sikrer sundhedsvæsenets kapacitet til at håndtere ekstraordinære sundhedskriser. Det nationale beredskabssamarbejde er først og fremmest designet til at håndtere beredskabshændelser og ikke større og længerevarende kriser, som sætter hele sundhedsvæsenet under pres. Vi så særligt under coronakrisen, hvor vigtigt det var med en effektiv styring og samarbejde mellem regionerne, staten og øvrige relevante aktører for at sikre en sammenhængende indsats. Vi ser gerne, at dette samarbejde formaliseres fremadrettet.

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

Det handler både om, hvordan vi bedst styrer ekstraordinære sundhedskriser i et tæt samarbejde på tværs af de forskellige myndigheder, og hvad vi i regionerne kan levere i ekstraordinære beredskabssituationer samt hvordan investerings- og driftsudgifter forbundet hermed finansieres. Det gælder eksempelvis forsyningen af medicinsk udstyr samt omstilling og opskalering af sygehuskapacitet. Vi glæder os derfor også over, at regeringen i finanslovsforslaget for 2025 ønsker at prioritere det fremtidige sundhedsberedskab.

På den helt korte bane har vi i Danske Regioner, men også som land, behov for en afklaring om, hvorvidt vi i ekstraordinære krisetider selv skal kunne fremstille nødvendig medicin på et sygehusapotek. Vi mener også, at regionernes cyberforsvar bør anses som et fælles nationalt anliggende i forhold til sikring af ressourcer og finansiering.

Regionerne har et tæt samarbejde med alarmcentralerne og er involveret i kommunikation med borgerne i omkring 80 procent af alle alarmopkald. Rigspolitiet har i en årrække arbejdet på at anskaffe et nyt 1-1-2 system som bl.a. skulle sikre opfyldelse af EU's Tilgængelighedsdirektiv. Rigspolitiet har netop orienteret os om, at det er besluttet ikke at anskaffe en ny løsning, men i stedet videreudvikle eksisterende løsninger. Det er afgørende, at der i det videre arbejde med at udvikle 1-1-2 alarmkommunikationen tages højde for samarbejdet mellem alarmcentralerne og regionerne om at sikre, at borgerne oplever et sammenhængende tilbud.

Vi vil meget gerne mødes i den nære fremtid og drøfte disse og andre vigtige fælles dagsordener.

Venlig hilsen

Anders Kühnau  
Formand

Mads Duedahl  
Næstformand

**Relateret document 5/10**

**Dokument Navn:** Velkomstbrev til social- og boligminister Sophie Hæstorp Andersen.pdf

**Dokument Titel:** Velkomstbrev til social- og boligminister Sophie Hæstorp Andersen

**Dokument ID:** 1723413

Social- og boligminister Sophie Hæstorp Andersen

DANSKE  
REGIONER



10-09-2024

Kære Sophie

Stort tillykke med din nye rolle som social- og boligminister. Vi ved, at du kender området indgående, og med din regionale og kommunale erfaring har en stor indsigt i, hvad der skal til for at sikre stærke og sammenhængende tilbud til borgere, der har behov for højt specialiseret hjælp og støtte. Vi ser derfor frem til at samarbejde med dig om de mange vigtige emner på dit område.

En ny struktur for sundhedsvæsenet i Danmark er en prioriteret opgave, hvor vi i Danske Regioner mener, at samling af opgaver hos én myndighed og øget kædeansvar er vigtige elementer. Et område er dog gået under radaren i debatten. Nemlig det specialiserede socialområde, som Sundhedsstrukturkommissionen uden faglige argumenter foreslår fjernet fra regionerne. Vi bør gå den stik modsatte vej og forankre myndighedsansvaret for de højt specialiserede tilbud i regionerne i sammenhæng med sundheds- og psykiatriområdet, da regionerne har den rette geografi, volumen og ekspertise til at levere sammenhængende indsatser af høj kvalitet.

Det vil få ødelæggende konsekvenser for borgere med behov for højt specialiseret hjælp og medvirke til en afspecialisering af de nuværende faglige miljøer, hvis ansvaret for det højt specialiserede socialområde fjernes fra regionerne. Kommunerne har allerede i dag vanskeligt ved at opretholde bæredygtige faglige miljøer, og erfaringerne fra den seneste kommunalreform er, at udbuddet af højt specialiserede tilbud er faldet, selvom der ikke er færre borgere, der har brug for dem.

Det specialiserede socialområde bør samtidig med inspiration fra sundhedsområdet tilrettelægges med afsæt i en national specialeplanlægning, hvor princippet om, at "øvelse gør mester" sætter rammen for opgavernes fordeling. Kun på den måde sikrer vi den rette kvalitet i indsatserne til borgerne. Regionerne kan overtage ansvaret i takt med, at specialeplanlægningen udrulles for de enkelte målgrupper. Et regionalt ansvar skal være for

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



målgrupper, der er små, og hvor der er begrænset grundlag for at opbygge specialiseret viden kommunalt, eller hvor en given problemstillings kompleksitet kræver faglig specialviden. Dernæst kommer målgrupper, der ofte behandles i sundhedsvæsenet, og hvor det giver mening at samle en større del eller hele deres behandlings- og rehabiliteringsforløb i regionalt regi.

Vi har vedlagt vores forslag om døgnbehandlingstilbud til gravide med misbrug som et eksempel på en vigtig indsats for en yderst sårbar gruppe, hvor rettidig og massiv tværfaglig indsats er afgørende.

Et andet område, som er relevant for mange mennesker med handicap, og hvor en stor gruppe borgere i dag oplever udfordringer, er hjælpemiddelområdet. Danske Regioner mener, at borgerne skal sikres en hurtigere og mere ensartet adgang til hjælpemidler, ligesom kassetænkning og uklart ansvar ikke må være årsag til, at borgerne falder mellem to stole og ikke får de hjælpemidler, de har behov for, hurtigt nok. Derfor ønsker vi et opgør med afgrænsningscirkulæret og den eksisterende skellen mellem hjælpemidler og behandlingsredskaber. Samtidig mener vi, at man bør samle ansvaret for hjælpemiddelområdet hos én myndighed. Regionerne har den fornødne kapacitet og volumen til at levere moderne logistik og distribution i en ny model. Vi har vedlagt vores forslag om hurtig og ensartet adgang til hjælpemidler.

Endelig er det vigtigt for Danske Regioner at styrke det nære sundhedsvæsen. Vi mener blandt andet, at flere opfølgninger og undersøgelser skal foregå tættere på borgerens hjem. Dette er særlig vigtigt i almene boligområder, hvor en markant større andel end i resten af befolkningen lider af psykisk sygdom, kronisk sygdom og multisygdom. Omkring en million danskere fordelt over hele landet og med en overvægt af ældre, enlige og borgere med anden etnisk herkomst bor i almene boliger. Det er vigtigt, at lovgivningen understøtter, at sundhedspolitik og boligpolitik kan tænkes bedre sammen, så vi i højere grad kan forebygge sygdom, fremme sundheden og mindske uligheden i sundhed blandt beboere i almene boligområder.

Vi vil meget gerne mødes i den nærmeste fremtid og drøfte disse og andre vigtige fælles dagsordener.

Venlig hilsen

Anders Kühnau  
Formand

Mads Duedahl  
Næstformand

**Relateret document 6/10**

**Dokument Navn: En Grøn Plan for Danmark.pdf**

**Dokument Titel: En Grøn Plan for Danmark**

**Dokument ID: 1723414**

# En Grøn Plan for Danmark

# En Grøn Plan for Danmark

Klima-, natur- og biodiversitetskrisen udfordrer anvendelsen af de danske arealer. Danmark skal i løbet af de kommende år firedoble sin produktion af vedvarende energi, vende tabet af biodiversitet gennem naturbeskyttelse og øge beskyttelsen af grundvand og vandmiljø mod forurening. Hver af disse indsatser kræver udlægning og beskyttelse af arealer. Samtidig presses Danmarks arealer af vand fra alle sider, som giver stadig flere oversvømmelser af danske kyster og vandløb. Der er behov for strategisk og helhedsorienteret planlægning, hvis vi for alvor skal handle på de store kriser relateret til Danmarks arealer, samt nå Danmarks og EU's mål for klima, natur og miljø. Danske Regioner foreslår på den baggrund en Grøn Plan for Danmark.

Plads er noget af det, vi har mindst af i Danmark. Vi er et velstående samfund og rige på mangt og meget, men areal er en knap og efterspurgt ressource. Danmarks arealanvendelse er blevet en udfordring, som blot vokser i omfang og kompleksitet i takt med de mange behov og hensyn, der følger af den grønne omstilling, og i takt med stadig flere europæiske såvel som nationale mål og planer. Dette gælder eksempelvis opfyldelse af EU's vandrammedirektiv, mål for biodiversitet med beskyttelse af 30% af Danmarks areal, nationale mål for en firdobling af vedvarende energi på land, rejsning af 50.000 hektar ny skov og udtagning af lavbundslande.

Hertil kommer, at tid er et væsentligt parameter. Vi har brug for at opstille markant mere vedvarende energi for at udfase fossile brændsler og sikre forsyningsikkerhed. Stormflod, skybrud og højtstående grundvand udfordrer allerede nu boliger, erhverv og kritisk infrastruktur. Kvælstofudledningen fra landbruget presser vores farvande, fjorde og fiskeriet som erhverv og gør vejen til opfyldelsen af vandrammedirektivet yderst vanskelig. Endelig er forureningen af vores vand nu så omfattende, at kommende generationer kan komme til at mangle rent vand. Med andre ord: Vi skal handle nu.

Sektorplaner, frivillighed og positive incitamenter har ikke leveret de ønskede resultater. Derfor er der behov for at lade pendulet svinge mod en mere håndfast og konkret regulering af arealerne i Danmark.

De store ændringer på Danmarks arealer er en ekstremt vanskelig opgave, da arealet allerede i dag er fuldt udnyttet. At ændre arealanvendelsen kræver derfor prioritering og balancering af hensyn, men også redskaber, der kan ændre den eksisterende anvendelse. Når landets areal i grunden er for lille til alt det, vi gerne vil, må vi tænke i multifunktionalitet, hvor flere anvendelser kombineres på samme areal. Skov kan på én gang beskytte grundvandet og øge biodiversiteten, og udtagning af landbrugsjord til VE-formål kan reducere udvaskningen af kvælstof til vandmiljøet. Det kræver, at arealplanlægningen i Danmark bliver mere helhedsorienteret og strategisk.

Danske Regioner mener, at der er to elementer, som er afgørende for at kunne bane vejen for en bedre arealanvendelse: Vi skal gå fra isolerede sektorplaner og i stedet planlægge helhedsorienteret i en større skala, og vi skal sikre en demokratisk forankring af de nødvendige prioriteringer. Disse greb kan ikke stå alene. Der vil også være brug for at tilpasse regler og regulering, afsætte økonomiske midler, bruge afgiftsinstrumenter mv.

Afsættet for Danske Regioners forslag er regionernes myndighedsansvar for grundvandsbeskyttelse, jordforurening og råstofplanlægning, samt regionernes samarbejdsprojekter med kommunerne om bl.a. klimatilpasning og strategisk energiplanlægning.

## 1. Fra sektorplaner til helhedsorienteret planlægning af større arealer og prioritering af anvendelser

De seneste 15 år har vi i Danmark bevæget os væk fra planlægning af konkrete arealer og i retning af isolerede sektorplaner, der ofte besluttes på overordnet statsligt niveau. Eksempelvis Vandmiljøplaner, planer for energiparker, BNBO-planer, planer for udtagning af lavbundslande, Natur- og biodiversitetsplaner, Natura2000 planer, planer for skovrejsning, planer for naturparker mv. Ofte er der fulgt diverse tilskudspuljer og andre frivillige instrumenter med sektorplanerne. De isolerede sektorplaner har ikke virket efter hensigten.

Sektorplanerne har hver især gode målsætninger. Deres udfordring er, at de er isolerede i deres fokus på målopfyldelse inden for en afgrænset sektor. Det er vanskeligt at sikre flere anvendelser af samme areal – såkaldt multifunktionalitet, når planer og virkemidler initieres og besluttes isoleret i de enkelte sektorer.

For at opnå prioritering mellem anvendelser og sikre multifunktionalitet, er det nødvendigt at beskæftige sig konkret med den faktiske anvendelse af arealerne, dvs. planlægning i praksis. Her er det vigtigt at tage udgangspunkt i en geografi, der har en størrelse, som reelt giver mulighed for at omlægge arealanvendelsen. Et eksempel på dette er projektet [Helhedsløsning for arealplanlægning i Region Sjælland \(danskev.v.dk\)](https://www.danskev.v.dk), som Region Sjælland har taget initiativ til i samarbejde med Danske Vandværker, SEGES m.fl. Her tages der udgangspunkt i arealernes geologiske og naturmæssige potentialer i udvikling af et værktøj til at understøtte en helhedsorienteret arealplanlægning.

I dag har kommunerne plankompetencen på de fleste områder. Det har fordele, når det gælder lokale forhold som byudvikling mv., men det er også en udfordring, når der er behov for større arealmæssige prioriteringer, der ofte går på tværs af kommunegrænser. Eksempelvis er det vanskeligt at finde egnede placeringer til større vedvarende energianlæg

eller fællesprojekter til klimatilpasning inden for kommunegrænsen, og når vi skal beskytte grundvandsressourcerne, der går på tværs af kommunegrænser<sup>1</sup>.

Derfor vil det være hensigtsmæssigt at planlægge i større geografiske områder med henblik på at samtænke forskellige anvendelser.

Der er flere, der har peget på, at der er brug for at planlægge i større og tværgående geografier – det gælder f.eks. både vandværkerne<sup>2</sup> og Danmarks førende ekspert i klimatilpasning<sup>4</sup>. Danmarks Naturfredningsforening og Danske Regioner pegede i 2020 på behovet for helhedshensyn i arealforvaltningen i en kronik i JP.

Denne tankegang ligger også bag Klimarådets anbefalinger i deres seneste rapport om arealanvendelsen, hvor de fremhæver synergieffekter mellem klimamål, vandmiljø og natur og slår til lyd for at samtænke bl.a. opfyldelsen af vandrammedirektiv, landbrug, biodiversitetsmål og skovrejsning<sup>5</sup>.

## 2. Effektiv planlægning og demokratisk forankring

Det er vigtigt, at arealplanlægningen er forankret hos demokratisk valgte beslutningstagere og indebærer en politisk afvejning. Kommunerne har lokal demokratisk forankring. Men den kommunale plan- og myndighedskompetence bliver udfordret, når den lokale modstand er stor, eller når løsningerne går på tværs af kommunegrænser<sup>6</sup>. Udfordringerne er velkendte og eksempelvis beskrevet i forbindelse med opstilling af vedvarende energi af regeringens nationale energikrisestab NEKST<sup>7</sup> og Aarhus Universitet<sup>8</sup>.

Samtidig kan det være vanskeligt at opbygge samt vedligeholde kompetencer i mindre kommunale videnmiljøer til at løse store og komplekse plan- og myndighedsopgaver. Koncentrationen af kompetencer kan blive for lille, når den skal fordeles mellem 98 kommuner. Staten bliver indimellem fremhævet som mulig aktør for at sikre langsigtede og holdbare løsningsmodeller (fx VE-rejsehold og landsplandirektiver). Statslige myndigheder er dog ofte for langt væk til at løfte konkrete planlægnings- og driftsaktiviteter, hvor det ofte kræves, at der etableres samarbejde med og mellem de berørte aktører.

Regionerne har en størrelse og en demokratisk forankring, i kraft af folkevalgte, der er nyttig i forhold til bredere geografisk planlægning og sikre en hensigtsmæssig afstand til beslutninger om specifikke arealer. Regionsrådsmedlemmerne er stadig demokratisk valgt i

1 [www.regioner.dk/services/nyheder/2024/februar/over-halvdelen-af-drikkevandsboringerne-i-danmark-er-forurenet/](http://www.regioner.dk/services/nyheder/2024/februar/over-halvdelen-af-drikkevandsboringerne-i-danmark-er-forurenet/)

2 [www.altinget.dk/forsyning/artikel/danva-staten-skal-oprette-en-myndighed-for-forvaltning-af-vandressourcer-og-klimatilpasning](http://www.altinget.dk/forsyning/artikel/danva-staten-skal-oprette-en-myndighed-for-forvaltning-af-vandressourcer-og-klimatilpasning)

3 [www.altinget.dk/miljoe/artikel/danske-vandvaerker-grundvand-foelger-ikke-skrivebordsbestemte-graenser-det-boer-fremtidssikringen-af-vandet-heller-ikke-goere](http://www.altinget.dk/miljoe/artikel/danske-vandvaerker-grundvand-foelger-ikke-skrivebordsbestemte-graenser-det-boer-fremtidssikringen-af-vandet-heller-ikke-goere)

4 [www.dtu.dk/newsarchive/2023/02/vi-kan-ikke-beskytte-alt](http://www.dtu.dk/newsarchive/2023/02/vi-kan-ikke-beskytte-alt)

5 [klimaraadet.dk/da/analyse/danmarks-fremtidige-arealanvendelse](http://klimaraadet.dk/da/analyse/danmarks-fremtidige-arealanvendelse)

6 [Ingeniører: Planloven står i vejen for klog klimatilpasning og grøn energi på land - Altinget: Miljø](http://Ingeniører: Planloven står i vejen for klog klimatilpasning og grøn energi på land - Altinget: Miljø)

7 [kefm.dk/aktuelt/nyheder/2024/feb/nekst-27-veje-til-mere-sol-og-vind-paa-land](http://kefm.dk/aktuelt/nyheder/2024/feb/nekst-27-veje-til-mere-sol-og-vind-paa-land)

8 [ing.dk/artikel/synspunkt-tag-ansvaret-finde-plads-til-vedvarende-energi-vaek-fra-kommunerne](http://ing.dk/artikel/synspunkt-tag-ansvaret-finde-plads-til-vedvarende-energi-vaek-fra-kommunerne)

det konkrete område, hvor planlægning og ændringer vil finde sted. Det betyder, at de kan sikre demokratisk legitimitet, men de vil ikke være ligeså udsatte og sårbare i forhold til de helt lokale dagsordener, som kommunalpolitikere er i dag. Erfaringer fra råstofområdet viser, at regionerne er egnede til at varetage ansvar for lignende udlægning af arealer, hvor lokal modstand også er et grundvilkår.

En regional opgaveløsning vil være koncentreret i større enheder end hidtil, og regionale myndigheder vil, med afsæt i de eksisterende fagligheder inden for vand, jord og forurening, kunne opbygge kompetencer og kapacitet, som modsvarer opgavernes faglige og tekniske indhold samt kompleksitet. Dette er helt centralt med tanke på den kompleksitet, der følger af at skulle planlægge multifunktionelt og samtidig leve op til de mange forordninger og direktiver fra EU og sektorregulering på nationalt niveau.

## Forslag om en Grøn Plan for Danmark

Danske Regioner foreslår, at folketinget vedtager en Grøn Plan for Danmark, hvor de statslige interesser og målsætninger for klima, natur og miljø, præsenteres. Desuden uddybes opgaven, som Klimarådet har peget på med at opnå synergi mellem de forskellige indsatser, der alle kræver udlægning af arealer.

Regionerne får til opgave at varetage den konkrete arealplanlægning for centrale anvendelser i egen geografi. Greb i arealplanlægningen kan f.eks. være:

- Arealreservationer for prioriterede anvendelser og/eller negative virkninger, som udelukker modstridende planlægning af samme arealer.
- Kortlægning af muligheder for multifunktionalitet for konkrete arealer. Her er en større planlægningsgeografi en ubetinget fordel.
- Redskaber og finansiering til omlægninger, herunder samarbejder om strategisk opkøb af jord til bl.a. skovrejsning mv.

Ikke alle arealer egner sig lige godt til alle formål. VE-anlæg skal placeres, der hvor energien kan afsættes, og råstoffer må indvindes, der hvor de ligger i jorden. Beskyttelse af grundvandet og vandmiljøet skal målrettes arealer, hvor det har effekt, og forskellige typer af natur trives forskellige steder i landskabet. Ikke al jord er lige god landbrugsjord.

Den komplekse planlægning stiller krav om indsigt og overblik, men nødvendiggør også prioritering. Derfor vil det være hensigtsmæssigt at indføre en form for prioriteret planlægning, hvor nogle interesser og hensyn vægtes mere end andre. Den generelle og overordnede afvejning af de mange hensyn og anvendelser vil være et nationalt politisk anliggende, ligesom det vil være op til Folketinget, hvilke redskaber regionerne tildeles på de enkelte områder.

En Grøn Plan for Danmark vil kunne løse mange af de voksende udfordringer for anvendelsen af Danmarks arealer. Og den vil kunne sikre en fagligt og sagligt funderet politisk prioritering, som skaber rammerne for etablering af VE-anlæg, beskyttelse af grundvand og vandmiljø og etablering af ny natur, som modvirker tabet af biodiversitet – samtidig med at vi opretholder en landbrugsproduktion og skaber attraktive rammer for menneskers liv i Danmark.

## Læs mere

Lad os lægge en sammenhængende plan for Danmarks arealer. Kronik af Stephanie Lose, økonomiminister og fhv. formand for Danske Regioner, og Maria Gjerding, præsident i Danmarks Naturfredningsforening, 1. december 2020

Vores drikkevand er truet. Danske Regioners anbefalinger til en sammenhængende beskyttelse af vores drikkevand (e-pages.dk)

Vandet kommer – Danske Regioners syv anbefalinger til national klimatilpasningsplan (e-pages.dk). Her anbefales en helhedsplanlægning i sammenhængende vandoplande for at opnå varige og omkostningseffektive løsninger på klimatilpasning.

Helhedsløsning for arealplanlægning i Region Sjælland (danskev.v.dk) Region Sjælland har igangsat projektet i samarbejde med SEGES Innovation, Roskilde Universitet (RUC) og Danske Vandværker, som har til formål at udvikle et nyt geodata-værktøj til understøttelse af mere helhedsorienteret arealplanlægning.



## **Relateret document 7/10**

**Dokument Navn:** Forslag til  
døgnbehandlingstilbud til  
gravide og nye familier med  
misbrug.pdf

**Dokument Titel:** Forslag til  
døgnbehandlingstilbud til  
gravide og nye familier med  
misbrug

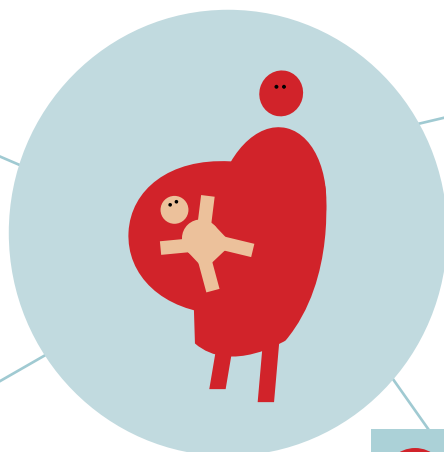
**Dokument ID:** 1723124



**80-100 gravide om året har brug for mere end ambulant behandling.** De har brug for døgnbehandling inklusive botilbud grundet alvorligt rusmiddelforbrug og eventuelle psykiske og sociale problemer. Der formodes at være et ukendt mørketal.



Omkring **300 nye børn** får hvert år en diagnose relateret til morens rusmiddelforbrug under hendes graviditet, såkaldt prænatal rusmiddeleksponering. Omfanget af skaderne varierer og kan i slemme tilfælde påvirke barnet resten af livet.



Det seneste tal for 2018 viser, at 3.206 børn i aldersgruppen 0-17 år er registreret for **prænatal rusmiddeleksponering**.



Mellem 13 og 51 procent af børn, der er diagnosticeret for prænatal rusmiddeleksponering, er **anbragt uden for hjemmet**. Andelen stiger gennem børnenes første ni leveår, hvorefter den er faldende.

# Døgnbehandling til gravide og nye familier med rusmiddelforbrug

Der er brug for et højt specialiseret døgnbehandlingstilbud til gravide med rusmiddelforbrug, hvor der er mulighed for hurtig visitation og adgang, da tid er en afgørende faktor i forhold til udviklingen af fosterskader. Tilbuddet bør være regionalt og uden kommunal finansiering. Det bør desuden ligge i tilknytning til familieambulatorierne, der har den specialiserede viden om målgruppen, og som samarbejder tæt med psykiatrien samt føde- og børneafdelingerne.

For at sikre en tryk start uden misbrug efter fødslen er det vigtigt, at der i forlængelse af døgnbehandlingen til gravide også eksisterer botilbud til familierne. Sådanne botilbud bør ligge i nærheden af en neonatalafdeling, hvor børnene ofte bliver fulgt efter fødslen.

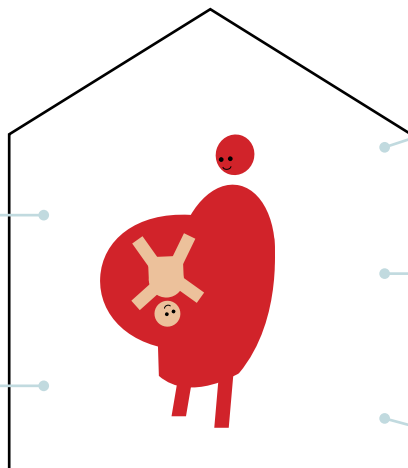
## Forslag til et specialiseret tilbud til gravide med rusmiddelforbrug

- Hurtig visitation og adgang
- Høj faglig kvalitet og ensartethed på tværs af landet
- Tværfaglig personalegruppe, som kan understøtte komplekse problemstillinger hos gravide med rusmiddelforbrug
- Fleksibelt tilbud tilpasset den gravides livsomstændigheder
- Støtte til den gravide og evt. partners forældrekompetencer og mulighed for at følge dem efter fødslen
- Mulighed for tilbageholdelse af gravide (med samtykke), hvis dette vurderes som bedst for mor og barn

## Målgruppen for døgntilbehandling:

Gravide med længerevarende forbrug af illegale rusmidler, alkohol, smertestillende medicin eller beroligende medicin

Gravide med manglende erkendelse af forbrugets omfang og alvorsgraden i forhold til fostret



Gravide med psykiske udfordringer og samtidigt rusmiddelbrug (dobbeltdiagnoser)

Særligt fokus på gravide i ambulansetilbehandling med tilbagefald

Særligt fokus på gravide uden fast bopæl med høj mobilitet

### Socialstyrelsen udtrykker bekymring

I november 2019 udsendte Socialstyrelsen en landsdækkende central udmelding for udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug. Udmeldingen kom på baggrund af en analyse af tilbudsstrukturen, som gav anledning til bekymring om, hvorvidt der er det nødvendige udbud af højt specialiserede døgntilbehandlingstilbud til den del af målgruppen, der har behov for det.

### Sådan hjælper vi flere udsatte gravide

Alle gravide med forbrug af rusmidler og/eller alkohol har ret til døgntilbehandling med mulighed for tilbageholdelse ved samtykke. Elementer i et døgntilbehandlingstilbud kan være:

- Specialiseret lægefaglig misbrugsbehandling, herunder evt. substitutionsbehandling
- Intensiv social rusmiddelbehandling

- Hjælp og støtte fra psykologer, pædagoger og andre faggrupper med fokus på at styrke kvindens ressourcer, tilknytning til det kommende barn og forældrekompetencer
- Støtte til afklaring af boligsituation, økonomi, kontakt til netværk mm.
- Støtte til fremmøde og deltagelse i møder med familieambulatoriet, børne- og familieafdeling og socialforvaltning i hjemkommune
- Støtte i forbindelse med udredning og udvikling af forældrekompetence og omsorgsforhold, herunder tilknytnings- og mentaliseringssevne
- Et skærmet miljø med ro og stabilitet
- Evt. psykiatrisk behandling

### Hurtig hjælp er afgørende

For den sandsynlighed for fosterskader stiger, jo længere tid der går i graviditeten, er det helt afgørende at minimere sagsbehandlingstiden og forsøg med den utilstrækkelige rusmiddelbehandling.

Det tager i dag for lang tid før, at gravide i målgruppen får tilbudt en døgntilbehandlingsplads. Dels fordi kommunerne ofte afprøver andre tilbud først. Dels fordi der er mange formelle krav, som kommunerne skal overholde, jf. ovenstående afsnit om de kommunale familieafdelinger og de kommunale rusmiddelbehandlingstilbud.

Familieambulatorierne bruger mange ressourcer på at påvise behovet for døgntilbehandling over for kommunerne. Regionerne ville kunne effektivisere den samlede arbejdsgang, hvis døgntilbehandlingstilbudet bliver tilknyttet familieambulatorierne. Det ville samtidig medvirke til, at de gravide ikke falder ned mellem flere stole.

Danske Regioner foreslår i første omgang at styrke sammenhængen til de kommunale tilbud efter fødslen. På sigt foreslås det at etablere regionale botilbud til nye familier med rusmiddelbrug tæt på.

**Relateret document 8/10**

**Dokument Navn:** Forslag til hurtig og ensartet adgang til hjælpemidler.pdf

**Dokument Titel:** Forslag til hurtig og ensartet adgang til hjælpemidler

**Dokument ID:** 1723125

# Hurtig og ensartet adgang til hjælpemidler

FLERE END  
**300.000**  
**DANSKERE**  
HAR BRUG FOR ET  
HJÆLPEMIDDEL I  
HVERDAGEN

Borgerne skal have garanti for udlevering af de mest almindelige og simple hjælpemidler, når en sundhedsfaglig medarbejder har vurderet det gavnligt. Gerne gennem moderne hjælpemiddelcentre, der med effektive indkøb og god decentral service kan frigøre ressourcer, der i stedet kan bruges på borgerne.

Alt for mange bliver kastebold mellem systemerne, når de skal have udleveret et hjælpemiddel. Det kan for eksempel være en krykke, en kompressionsstrømpe, en toiletforhøjer eller en rollator. For at sikre borgerne en hurtigere og mere ensartet adgang til hjælpemidler end i dag foreslår Danske Regioner et opgør med opdelingen i hjælpemidler og behandlingsredskaber.

Hjælpemidler muliggør et fungerende hverdagsliv for mange danskere. Med den demografiske udvikling og de nye muligheder ift. hjælpemidler må antallet af borgere i Danmark, der har gavn af et hjælpemiddel, forventes at stige i de kommende år. Derfor kan vi heller ikke vente med at tage hånd om de udfordringer, der allerede i dag præger hjælpemiddelområdet.

## Ulogisk lovgivning, store forskelle og unødigt administration

Selvom flere end 300.000 danskere i dag har brug for et hjælpemiddel, er adgangen til at få bevilliget et hjælpemiddel fuld af snublesten og besvær for borgerne.

Det skyldes ikke mindst, at lovgivningen skelner mellem, om der er tale om et behandlingsredskab, som er et regionalt finansieringsansvar, eller om der er tale om et hjælpemiddel og således et kommunalt ansvar.

Men den skelnen er hverken logisk i praksis eller for borgerne.

Det er heller ikke en fornuftig brug af hverken borgernes eller samfundets ressourcer, at borgerne skal bruge tid på at tilbagelevere et behandlingsredskab på hospitalet efter endt behandling – for efterfølgende at søge om at få udleveret et lignende hjælpemiddel i kommunen.

Borgerne ender som kasterbold mellem systemerne – og med den risiko, at de ikke får den rette hjælp i tide. Det kan få store konsekvenser for muligheden for at leve en normal hverdag og i værste tilfælde påvirke funktionsevnen.

Mange organisationer peger samtidig på, at der er store forskelle i praksis og fortolkning af loven på tværs af kommunerne. Kommunernes muligheder og praksis på området kan afhænge af kommunens størrelse og økonomi. Det kan give tildelingen af hjælpemidler karakter af postnummerlotteri. En borger med et hjælpebehov kan i én kommune få udleveret et hjælpemiddel, mens en borger med samme behov i en anden kommune ikke kan få bevilliget hjælpemidlet. I nogle kommuner er det også muligt at få udleveret mere simple hjælpemidler direkte i en kvikskranke, mens andre skal vente i lang tid for at få udleveret samme hjælpemiddel. De færreste borgere efterspørger en toiletforhøjer eller et gangstativ, hvis ikke de har et behov. Der er brug for at indrette et system, der bruger mere tid på borgerne og mindre på visitation.

Vi skal sikre borgerne et ensartet, gennemsigtigt tilbud og forebygge ulighed ved at forsimple systemet og gøre det mere borgervenligt.

## Danske Regioner foreslår:

En reform af området, der

- Gør op med kassetænkning og ophæver den eksisterende skelnen mellem hjælpemidler og behandlingsredskaber.
- Gør de mest almindelige eller simple hjælpemidler frit tilgængelige, hvis der er en sundhedsfaglig begrundelse - uanset om det er en læge på hospitalet eller en ergoterapeut i kommunen, der vurderer behovet.
- Samler ansvaret for hjælpemidler i fem driftsenheder, som med moderne logistik, distribution og effektive indkøb kan levere ensartet service af høj kvalitet uanset, hvor i landet borgeren bor.

Med samlet ansvar for hjælpemidler kan udlevering, reparation og indsamling af hjælpemidler blive en mere simpel og sammenhængende proces. Danske Regioner foreslår, at der etableres fem hjælpemiddelcentre, der kan drives regionalt for at sikre ensartethed på tværs af landet, entydigt opgaveansvar og et sundhedsfagligt udgangspunkt. Med en samling af opgaven i fem centre kan der sikres tilstrækkelig volumen og kapacitet til at levere moderne logistik og distribution, så udleveringen kan foregå lokalt, på hospitalet eller i borgerens eget hjem. Alternativt kan centrene etableres som selskaber, der finansieres af kommuner og regioner i fællesskab.

Det afgørende er, at borgerne mødes af ét samlet system, der opleves som smidigt og velfungerende. Ingen borgere skal fremover tabes mellem to stole eller være kasterbold mellem systemerne.

En sådan reform kræver en ophævelse af det såkaldte afgrænsningscirkulære, der er med til at opdele hjælpemiddelområdet i henholdsvis en regional og en kommunal opgave. Dermed kan de nye centre betjene borgere, der er henvist til et hjælpemiddel, uden at skulle skelne mellem den ene eller den anden lovgivning. Og med en liste over hjælpemidler, som sundhedspersonalet frit kan visitere borgere til, sparer vi mange borgere for unødvendige og lange afklaringsforløb.

Det vil samtidig kraftigt reducere de administrative og sundhedsfaglige ressourcer, der i dag er bundet op på den kommunale visitation. En del af disse ressourcer vil i stedet kunne bruges til at sikre en større faglighed og kvalitet i udvælgelsen af hjælpemidler og instruktion af borgerne i anvendelsen, hvor det er relevant.

## Resultatet

Ved at ophæve afgrænsningscirkulæret og samle ansvaret for indkøb, logistik og distribution opnår vi:

- ✓ En langt mere ensartet og tilgængelig adgang til hjælpemidler af høj kvalitet uanset, hvor borgeren bor, og med mulighed for lokal udlevering.
- ✓ En mere effektiv administration af hjælpemidler, idet det rigtige hjælpemiddel gives første gang, hvorved behovet for pleje kan mindskes, og livskvaliteten for borgerne øges. Det frigør ressourcer og tid, der kan anvendes til andre formål.
- ✓ Bedre mulighed for at trække helt eller delvist på private kompetencer i forhold til logistik, distribution og service.
- ✓ En mere enkel og sammenhængende proces for udlevering, reparation og indsamling af hjælpemidler, hvor borgerne hurtigt kan få den nødvendige hjælp.
- ✓ Hjælpemidler af højere kvalitet og/eller lavere pris ved at indkøbe i større mængder samt sikre høj faglig viden om de specifikke hjælpemidler.

**Relateret document 9/10**

**Dokument Navn: Udkast til Kommissorium for  
Digital Taskforce.docx**

**Dokument Titel: Udkast til Kommissorium for  
Digital Taskforce**

**Dokument ID: 1726810**



# Udkast til kommissorium for Digital Taskforce for kunstig intelligens

5. september 2024

---

Det er regeringens, KLs og Danske Regioners ambition, at den offentlige sektor i Danmark skal være verdensførende i anvendelsen af kunstig intelligens. På den baggrund nedsættes en Digital Taskforce, som skal understøtte anvendelsen af kunstig intelligens mv. i den offentlige sektor, der bl.a. skal frigøre arbejdskraft, reducere administration og øge kvaliteten i den offentlige sektor til gavn for borgere og virksomheder.

## Opgave

Den Digitale Taskforce for kunstig intelligens skal fungere som indgang for aktører og interessenter som fx virksomheder og interesseorganisationer med fokus på anvendelsen af kunstig intelligens mv. i den offentlige sektor. Samtidig skal taskforcen drive en tværgående indsats for at indfri potentialerne fra kunstig intelligens i hele den offentlige sektor. Taskforcen kan i tillæg til kunstig intelligens inddrage relevante tilstødende teknologier, herunder i kombination med kunstig intelligens.

Taskforcen har til opgave at identificere og håndtere barrierer for udnyttelsen af kunstig intelligens mv., samt drive en tværgående indsats for at fremme udrulningen af kunstig intelligens-løsninger i stor skala i den offentlige sektor:

1. Taskforcen skal sætte rammerne for ansvarlig udbredelse af kunstig intelligens mv. i den offentlige sektor, herunder håndtere organisatoriske tekniske og juridiske barrierer fx i relation til GDPR og AI-forordningen og om nødvendigt foreslå tilpasning af regler, lovgivning eller organisering.
2. Taskforcen skal identificere og fremme udrulningen af konkrete teknologiske løsninger i den offentlige sektor i samarbejde med relevante institutioner, herunder kan taskforcen i samarbejde med myndigheder igangsætte test af konkrete teknologiske løsninger i den offentlige sektor.

Med henblik på at sikre højt ambitionsniveau skal taskforcen som sin første opgave, offentliggøre et målbillede for anvendelsen af kunstig intelligens i den offentlige sektor.

Målbilledet skal indeholde konkrete målsætninger for anvendelsen af kunstig intelligens mv. med henblik på at frigøre arbejdskraft og øge kvaliteten i den offentlige sektor.

Målbilledet skal sætte konkrete og ambitiøse mål for effekten af taskforcens arbejde, herunder for antallet af årsværk, der kan frigøres gennem kunstig intelligens i den offentlige sektor frem mod 2030, samt et oplæg til inden for hvilke sektorer eller områder i den offentlige sektor hvor der først skal igangsættes initiativer. Der skal i fastsættelsen af konkrete mål tages hensyn til borgere og

virksomheders rettigheder og forventninger til en transparent og sikker offentlig forvaltning samt til regeringens ambitioner om afbureaukratisering af den offentlige sektor.

Taskforcen skal på den baggrund levere oplæg til konkrete løsninger, der kan indfri målsætningerne i målbilledet og derigennem bl.a. frigøre medarbejderes tid, herunder i administrative funktioner. Løsningerne skal kunne implementeres i den offentlige sektor på en sikker og ansvarlig måde, og kan målrettes hele den offentlige sektor eller konkrete områder med størst potentiale. Løsninger kan så vidt muligt udnytte potentialerne eksisterende løsninger og infrastruktur.

### **Arbejdsform**

Når Danmark skal være verdensførende inden for anvendelsen af kunstig intelligens, er der behov for at gå forrest og afprøve nye løsninger. Taskforcen arbejder, med respekt for borgere og virksomheders rettigheder og tillid, derfor med en vis risikovillighed med mulighed for at understøtte udvikling og teste af nye løsninger. For at opnå taskforcens målsætninger kan der indgås samarbejder med andre førende lande inden for udviklingen og anvendelsen af kunstig intelligens.

Taskforcens arbejde tilrettelægges med tæt inddragelse af relevante offentlige institutioner, relevante faggrupper, samt af den private sektor og eksperter fra ind- og udland. Dette skal understøtte, at relevante indsigter, kompetencer og internationale erfaringer tages i betragtning, og at taskforcen løbende kan tilpasse sit arbejde til den teknologiske udvikling mv.

Arbejdet sker endvidere ud fra principper og transparens og åbenhed, hvilket skal understøtte debat om den videre digitale transformation af den offentlige sektor.

### **Organisering**

*Taskforcen* består af et sekretariat med medarbejdere fra Finansministeriet, Digitaliseringsministeriet, Justitsministeriet, Erhvervsministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Klima-, Energi- og Forsyningsministeriet, Udenrigsministeriet og KL og Danske Regioner. Sekretariatet sammensættes af både generalist, tekniske og juridiske kompetencer. Der kan afhængig af det konkrete fokus i arbejdet foretages tilpasninger af sekretariatets bemanding og sammensætning efter aftale mellem relevante ministerier. Taskforcen ledes af en sekretariatschef og forankres i Digitaliseringsministeriet. Taskforcen kan indhente ekstern bistand efter behov.

Der nedsættes en *bestyrelse* for Den Digitale Taskforce for kunstig intelligens bestående af departementschefer fra Finansministeriet (delt formand), Digitaliseringsministeriet (delt formand), Justitsministeriet, Erhvervsministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Klima- Energi- og Forsyningsministeriet og Udenrigsministeriet, samt direktørerne for henholdsvis KL og Danske Regioner.

Der vil endvidere kunne nedsættes mindre udvalg til håndtering af løbende problemstillinger mv.

Taskforcen udarbejder oplæg til projekter og konkrete løsninger til bestyrelsen og varetager på vegne af bestyrelsen den løbende koordination og opfølgning på målbillede for anvendelsen af kunstig intelligens mv. af den offentlige sektor.

Bestyrelsen har det overordnede ansvar for fremdrift, retning og prioritering af arbejdet i Den Digitale Taskforce. Bestyrelsen træffer beslutning om igangsættelse af projekter med deltagelse af med relevante myndigheder og indstiller konkrete løsninger til regeringen og de kommunale og regionale parter (et *politisk udvalg*). Bestyrelsen er herefter ansvarlig for opfølgning på det overordnede målbillede og sparring på den lokale implementering af besluttede løsninger i overensstemmelse med sektoransvarsprincippet. Arbejdet tilrettelægges af bestyrelsens formænd i samarbejde med taskforcen.

Taskforcens arbejde forankres i et *politisk udvalg* bestående af finansministeren (delt formand), digitaliseringsministeren (delt formand) og formændene for KL og Danske Regioner. Udvalget følger fremdriften i arbejdet med udrulningen af kunstig intelligens i den offentlige sektor og understøtter udmøntningen af konkrete initiativer. Taskforcen afrapporterer halvårligt til udvalget og afrapporterer herudover løbende til regeringen om status på taskforcens arbejde. Relevante ministre inviteres til afrapporteringerne.

Der nedsættes endeligt en følgegruppe for taskforcen bestående af eksperter fra den private sektor, forskningsmiljøer mv. Følgegruppen yder faglig og strategisk sparring til taskforcen og understøtter et højt ambitionsniveau i arbejdet og de konkrete løsninger.

Taskforcen giver jævnligt og efter behov status på arbejdet til regeringen.

### **Økonomi og implementering**

Den Digitale Taskforce nedsættes foreløbigt frem til udgangen af 2027. Der tages stilling til forlængelse senest medio 2027.

Regeringen, KL og Danske Regioner vil i løbende finanslov- og økonomiaftaler stille den nødvendige finansiering til rådighed for taskforcens arbejde og implementeringen af besluttede løsninger. Parterne er endvidere enige om, at gevinsterne ved ny teknologi i den offentlige sektor i videst muligt omfang skal frigøres og prioriteres politisk.

**Relateret document 10/10**

**Dokument Navn:** Deltagerliste til Danske  
Regioners Life Science  
forum.docx

**Dokument Titel:** Deltagerliste til Danske  
Regioners Life Science forum

**Dokument ID:** 1727723

## Tentativ liste over deltagere til Danske Regioners Life Science forum

### Brancheorganisationer

- Peder Søgaard-Pedersen, Underdirektør, DI Life Science, Dansk Industri
- Katrina Feilberg S., Branchedirektør, Sundhed og life science, Dansk Erhverv
- Ida Sofie Jensen, Koncernchef, LIF
- Mads Koch Hansen, direktør, Medicoindustrien

*Vi lader det være op til MI om det skal være Lene Laursen (vicedirektør) eller Mads Koch.*

### Private virksomheder

Dansk Industri og Dansk Erhverv udpeger hver to repræsentanter fra virksomheder, der kan repræsentere branchen.

### Hospitalsdirektører/-vicedirektører

- Ricco Dyhr, Hospitalsdirektør, Sjællands Universitetshospital
- Anne Bukh, Koncerndirektør, Region Nordjylland
- Bjarne Dahler Eriksen, lægelig direktør, Odense Universitetshospital samt medlem af en række styre- og arbejdsgrupper i bl.a. styregruppen for Sundhed.dk og Regionernes Sundheds-IT
- Jannik Brennum, Vicedirektør og centerdirektør for Center for Kræft og Organsygdomme, Rigshospitalet samt medlem af behandlingsrådet
- Thomas Balle Kristensen, Hospitalsdirektør, Aarhus Universitetshospital

### Universitetsaktører

- Bjarne Kuno Møller, Klinisk lektor, Institut for Klinisk Medicin – Immunologi, AU.
- Trine Winterø, Vicedekan og bestyrelsesmedlem, Innovation KU & Bioneer m.fl.
- Anders Perner, professor, LVS, Rigshospitalet

### Andre aktører

- Lars Dahl Allerup, Bestyrelsesmedlem (Human Bytes) og rådgiver (Rud Pedersen)
- Martin Vesterby, Ph.d. og entreprenør
- Anders Thusgaard, Erhvervspolitisk direktør, Erhvervsministeriet

Herudover får hvert parti mulighed for at udpege en deltager