



Til medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

19-08-2024
MDR-2023-00192
Ulla Riel

Dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse 22. august 2024

Deltagere: Anders Kühnau, Lars Gaardhøj, Heino Knudsen, Mette With Hagensen, Trine Birk Andersen, Mogens Nørgaard, Anders G. Christensen, Randi Mondorf, Camilla Hove Lund, Christoffer Buster Reinhardt, Martin Jakobsen, Karin Friis Bach, Peter Westermann, Tormod Olsen

Afbud: Bo Libergren, Mads Duedahl, Per Larsen

Mødested: Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø

Indholdsfortegnelse

1 (Fortrolig)	4
2 (Fortrolig)	4
3 (Offentlig) Status på strukturreformen	5
4 (Fortrolig)	6
5 (Fortrolig)	6
6 (Offentlig) Analyse af sundhedsvæsenets EPJ-systemer	7
7 (Fortrolig)	11
8 (Offentlig) Model for ensartet refusion af eludgifter	12
9 (Offentlig) Interreg-samarbejde efter 2027 - dansk udtalelse i Det Europæiske Regionsudvalg.....	15
10 (Offentlig) Udvalget for det nære sundhedsvæsenes studietur til Finland 18	
11 (Fortrolig)	20
12 (Fortrolig)	20
13 (Offentlig) Folkemødet 2025	21
14 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om ændring af bl.a. dieselaafgiften...23	
15 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om ændring af lov om ligestilling25	
16 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om tobaksvarer m.v.27	
17 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om foranstaltninger til sikring af et højt cybersikkerhedsniveau (NIS2)	30
18 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om fertilitetsbehandling	33
19 (Offentlig) Generelle orienteringer	36
20 (Offentlig) Formandens meddelelser.....	40
21 (Fortrolig)	40
22 (Offentlig) Næste møde	41
23 (Offentlig) Eventuelt	42

1 (Fortrolig)

2 (Fortrolig)

3 (Offentlig) Status på strukturreformen

Rósa Víkingisdóttir
EMN-2022-01420

Resumé

På mødet orienteres om det seneste nye i forhold regeringens udspil til en sundhedsreform samt høringen over Sundhedsstrukturkommissionens rapport som oplæg til bestyrelsens drøftelse.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen drøfter status på strukturreformen.

Sagsfremstilling

På mødet orienteres om det seneste nye i forhold regeringens udspil til en sundhedsreform samt høringen over Sundhedsstrukturkommissionens rapport som oplæg til bestyrelsens drøftelse.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Danske Regioners høringssvar er vedlagt som bilag til sagen.

Link til regionernes høringssvar fremgår nedenfor:

- [Region Nordjylland](#)
 - [Region Midtjylland](#)
 - [Region Syddanmark](#)
 - [Region Sjælland](#)
 - [Region Hovedstaden](#)
-

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Danske Regioners Høringssvar (1716781 - EMN-2022-01420)

4 (Fortrolig)

5 (Fortrolig)

Resumé

Sundhedsstrukturkommissionen har foreslået, at der etableres en national service- og leveranceorganisation (Digital Sundhed Danmark), som på sigt vil kunne indoptage en række nationale it-systemer, og på længere sigt eventuelt også de regionale EPJ (Elektronisk Patient Journal) og de kommunale EOJ (Elektronisk Omsorgs Journal).

Danske Regioners bestyrelse har godkendt Danske Regioners høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, og herved bakket op om at arbejde henimod et tættere og mere forbehold forpligtende samarbejde indenfor det digitale område. Danske Regioner har dog ikke støtte, at en national organisation skal have driftsansvaret for de regionale it-systemer.

Regionerne har siden 2007 foretaget en konsolidering af EPJ-systemer fra 23 til 2. I Østdanmark anvendes Sundhedsplatformen/Epic, mens Vestdanmark anvender Columna/Systematic.

Med afsæt i kommissionens anbefalinger er der i bestyrelsen rejst et ønske om at etablere et solidt fagligt grundlag for at kunne vurdere fordele og ulemper ved at konsolidere det regionale EPJ-landskab yderligere. Til dette formål kunne nedsættes et ekspertudvalg til at foretage denne vurdering med baggrund i et sæt analyser.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen drøfter, hvorvidt der skal nedsættes et ekspertudvalg, som skal levere anbefalinger angående EPJ-understøttelsen i sundhedsvæsenet.

Såfremt bestyrelsen beslutter at nedsætte et ekspertvalg, indstilles det:

at bestyrelsen godkender et kommissorium for ekspertudvalgets arbejde og et sæt understøttende analyser,

at bestyrelsen godkender, at arbejdet finansieres med 3 mio. kr. til analyser og honorering af ekspertudvalg, herunder at udgiften fordeles mellem regionerne via bloktilskudsøglen, og

at bestyrelsen godkender, at formandskabet – efter indstilling fra regionsdirektørkredsen - får mandat til at beslutte sammensætningen af ekspertudvalget.

Sagsfremstilling

Baggrund

Regionerne drifter og vedligeholder i dag tilsammen omkring 5000 it-systemer og applikationer. Heraf er lidt flere end halvdelen kliniske løsninger og applikationer (herunder EPJ'er, diagnostiske systemer, og it-systemer på socialområdet mv.). De øvrige er administrative systemer (herunder løn, elektronisk sags- og dokumenthåndtering, regnskab, HR) samt essentielle infrastruktursystemer, der sikrer at de øvrige systemer kan fungere og tale sammen.

EPJ'erne er regionernes produktionssystem, der giver de sundhedsfaglige medarbejdere overblik over patientens sygdomsforløb på sygehuset og ledelsen overblik over sygehusenes samlede produktion. EPJ-systemerne it-understøtter sundhedspersonalets arbejdsgange og samler de funktioner, som medarbejderne bruger mest, herunder bl.a. journalskrivning, medicinering, booking af prøver, undersøgelser og operationer, adgang til prøvesvar samt patientadministration. Der er i de enkelte regioner en ganske omfattende og kompleks sammenhæng mellem EPJ-systemet og de øvrige systemer.

I 4 % af alle patientforløb behandles patienten i to eller flere regioner, hvorimod 54 % af forløb går på tværs af mindst to af de tre sektorer: hospital, almen praksis og kommune. De fleste patienter bliver så at sige indenfor samme EPJ, hvorfor forskelle i EPJ i sig selv ikke kan forventes at påvirke patientoplevelsen eller evnen til datadeling. Omvendt gælder for den halvdel af patientforløb, som går på tværs af mindst to sektorer, at patienter kan risikere at få en dårligere oplevelse grundet en ringere datadeling mellem sektorernes systemer. Behovet for en bedre tværsektoriel sammenhæng vurderes derfor at være mere påtrængende end behovet for tværregional konsolidering.

Data på tværs af de to EPJ'er deles gennem Sundhedsjournalen og er tilgængelige for såvel sundhedspersonale (fra sygehuse, privathospitaler, kommuner, speciallægepraksis og almen praksis) via deres respektive fagsystemer og for borgere via sundhed.dk. Netop forhold vedrørende datadeling er blevet belyst i forbindelse med Danske Regioners politiske arbejdsgruppe om digitalisering og datadeling. Arbejdsgruppen peger blandt andet på, at der findes mange muligheder for datadeling, men at potentialet ikke udnyttes grundet en række praktiske og tekniske barrierer (såsom mangel på tidstro opdatering af data, brugertilpassede løsninger, manglende deling af data fra kommuner og almen praksis samt utilstrækkelig implementering af de eksisterende løsninger).

Med et ønske om at skabe sammenhængende patientforløb i sundhedsvæsenet, blandt andet gennem øget datadeling, stilles løbende spørgsmål til, hvordan den nuværende EPJ-understøttelse indvirker på ambitionen om at skabe mere sømløs tværsektoriel datadeling.

Denne debat er naturligt taget op igen i forbindelse med Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger angående EPJ. Det er vigtigt at fremhæve, at kommissionen i sin anbefaling ikke tager stilling til yderligere konsolidering af EPJ- eller EOJ-systemer.

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der etableres en fælles, national service- og leveranceorganisation (Digital Sundhed Danmark) for hele sundhedsvæsenet med ansvar for fælles digitale løsninger og infrastruktur på tværs af sundhedsvæsenet. Kommissionen anbefaler, at Digital Sundhed Danmark - i et senere trin, når grundlaget er på plads - overtager og samler driften af større it-fagsystemer, herunder blandt andet regionernes EPJ'er og kommunernes EOJ'er. Anbefalingen lyder endvidere, at der dog allerede fra starten stilles krav til EPJ- og EOJ-systemerne, så regionerne og kommunernes investeringer i systemerne også understøtter den fælles retning frem mod overdragelsen af selve ansvaret.

Med Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger er der opstået en anledning til at efterspørge en vurdering af, hvorvidt der bør etableres én national EPJ, og hvad det vil kræve og forudsætte.

Kommissorium for arbejdet

Såfremt bestyrelsen beslutter at nedsætte et ekspertudvalg til at levere anbefalinger til Danske Regioners bestyrelse vedrørende den fremtidige EPJ-understøttelse i Danmark, kan arbejdet tage udgangspunkt i følgende beskrivelse.

Beskrivelse af opgaven

Opgaven skal føre til en kortlægning af en række forhold, som skal bidrage med perspektiver og substans til ekspertudvalgets anbefalinger.

Anbefalingerne skal kunne danne grundlag for en oplyst beslutning om, hvorvidt det er meningsfuldt at investere i en konsolidering af de nuværende EPJ-systemer, herunder ikke mindst om en sådan investering vil skabe bedre forudsætninger for at fremme den tværsektorielle sammenhæng.

Kortlægningen skal belyse fordele og ulemper ved at etablere en national EPJ med afsæt i følgende elementer:

- En vurdering af fordele og ulemper ved en konsolidering til ét nationalt EPJ-system versus et alternativt scenarie, der udbygger de tværsektorielle og tværregionale funktioner på basis af den nuværende struktur med to EPJ-systemer. Vurderingen vil basere sig på kriterier såsom ensartethed for klinikere, datadeling med almen praksis, kommuner og borgere, hastighed for implementering af ny funktionalitet, skalering af innovative løsninger, understøttelse af forskning, udgifter til drift og vedligehold mv. Formålet er at etablere et solidt grundlag for at vurdere og estimere gevinster i de to scenarier.

- En vurdering af omfang, økonomi og tidsramme for en transition til ét nationalt EPJ-system, herunder bud på en hensigtsmæssig organisatorisk understøttelse af transitionen. Vurderingen skal også afdække de risici, som en transition påfører et centralt produktionsstyringssystem som EPJ, herunder mulig usikkerhed for intern styring, risiko for forsinkelse i implementering af aftalte ændringsanmodninger på fælles offentlige aftaler, udfordringer i fastholdelse af ressourcer. Om muligt foreslås mitigerende tiltag for at imødegå de største risici og afhængigheder. Formålet er at etablere et solidt grundlag for at vurdere omkostnings- og ressourcetrækket i en konsolidering.
- Perspektiver på den eksisterende flerleverandørstrategi, herunder fordele og ulemper ved at fastholde det eksisterende forhold eller konsolidere hos en enkelt leverandør. Formålet er at afdække konsekvenser og få en vurdering af, hvad der vil tjene det danske sundhedsvæsen bedst på længere sigt.
- Vurdering af tendenser inden for EPJ i det globale marked, herunder hvilke typer af løsninger, der findes og udvikles, og hvilken teknologi (fx cloud-teknologi), der driver tendenserne. Formålet er at etablere en kvalitetsstandard og et markedskendskab, som den nuværende EPJ-understøttelse kan perspektiveres op imod. Særligt perspektiver i forhold til cloud-teknologi ønskes belyst med tanke for Danske Regioners forslag om at etablere en national sundhedscloud.

Opgavens afgrænsning

Opgaven afgrænses til en vurdering af fordele og ulemper ved en yderligere tværregional konsolidering holdt op imod den nuværende situation, herunder hvordan en konsolidering vil påvirke mulighederne for at udvikle en bedre tværsektoriel sammenhæng.

Opgavens organisatoriske rammer

Et ekspertudvalg vil skulle trække på analyser fra et eller flere konsulenthuse, herunder især en markedsanalyse og en businesscase. Ekspertudvalget vil sætte retningen for analysen, holde dialogen med eksterne konsulenter og interessenter samt levere anbefalinger til bestyrelsen. Danske Regioner vil sekretariatsbetjene udvalget.

Ekspertudvalget tænkes at bestå af 4-6 medlemmer, som har indsigt inden for henholdsvis kliniske arbejdsgange, økonomi, data og sundhedsinfrastruktur. Ekspertudvalget inddrager løbende regionerne med henblik på nyttiggørelse af den viden og erfaring, der allerede findes i regionerne.

Det udestår konkret at fastlægge, hvorledes ekspertudvalget honoreres for deres tid.

Udvalgets anbefalinger tænkes leveret som en rapport med overvejelser og anbefalinger samt bilag i form af analyser mv.

Opgavens tidsplan

Opgaven forventes afsluttet medio 2025. Det forventes, at ekspertudvalget opløses umiddelbart efter opgavens afslutning.

Økonomi

Det estimeres, at arbejdet, herunder såvel gennemførelse af analyser ved et eller flere eksterne konsulentbureauer som honorering af ekspertudvalg, vil beløbe sig til i alt 3 mio. kr. inkl. moms, som foreslås finansieret af regionerne via bloktilskudsnøglen.

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

7 (Fortrolig)

8 (Offentlig) Model for ensartet refusion af eludgifter

Hans Hougaard Frederiksen
EMN-2022-01431

Resumé

Patienter, der behandles hjemme med udstyr, der kræver tilslutning til elnettet, har som følge af behandlingen merudgifter til el. Derfor er de berettiget til refusion af disse merudgifter fra regionerne. For nuværende er der forskellig praksis på tværs af regionerne for refusionen, og Danske Patienter har henvendt sig til Danske Regioner herom. Sagen fremlægger forslag til en fælles model for refusion af eludgifter på tværs af regionerne, der både er simpel for borgerne og ikke pålægger regionerne unødigt administration. Der lægges op til, at modellen anvendes som administrationsgrundlag fremadrettet i regionerne.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen godkender forslag til fællesregional model for afregning af eludgifter.

Sagsfremstilling

Baggrund

Patienter, der modtager behandling i eget hjem med udstyr, der kræver tilslutning til elnettet, har merudgifter til el, som regionerne skal dække. Praksis for regional refusion af eludgifterne har dog været uklar og uens på tværs af landet. Det gælder både i forhold til målgruppe, frekvensen for udbetaling af refusion og for takstberegningsgrundlaget. Patienterne oplever derfor forskellige vilkår på tværs af regionerne for refusion af eludgifter. De seneste års stigende eludgifter har også øget patienternes eludgifter.

Danske Patienter har i oktober 2022 på vegne af Lungeforeningen rettet henvendelse til Danske Regioner vedrørende den forskelligartede praksis for refusion af eludgifter og fremhæver behovet for retvisende og rettidig refusion som følge af de store udsving i elpriser og stigende eludgifter for en række patienter.

Henvendelsen gav anledning til en afdækning af den regionale praksis. Denne afslørede, at en del af den uens praksis har skyldtes forskellig tolkning af hjemmelsgrundlaget for den regionale dækning, hvorfor der blev rettet henvendelse til Indenrigs- og Sundhedsministeriet (ISM) med henblik på juridisk afklaring.

På baggrund af vejledende udtalelse fremsendt af ISM i januar 2024 er det afklaret, at regionerne skal dække eludgifterne for behandling i hjemmet. Derfor har en tværregional arbejdsgruppe udarbejdet forslag til en model, der bidrager til en mere ensartet og transparent praksis for refusion af eludgifter til patienter med hjemmebehandlingsudstyr.

Forslag til fællesregional model for elrefusion

Danske Regioners sekretariat har på baggrund af henvendelsen faciliteret et tværregionalt arbejde, der har til hensigt at ensrette refusionen på tværs af regionerne. Modellen har desuden været sendt til kommentering hos Lungeforeningen, der ligeledes tilslutter sig modellen.

Modellen inkluderer refusion for iltpatienter, respiratorpatienter og dialysepatienter. Disse patientgrupper har væsentlige eludgifter, og regionerne skal refundere eludgifterne hertil. Modellen kan på sigt udvides til andre patientgrupper, såfremt der er andre behandlingsområder, hvor elrefusion er relevant. Modellen har til formål at skabe en enkel og retvisende refusion for borgerne og ikke at pålægge regionerne unødigt administration.

Afregningstakst: Refusionen af eludgifter baseres på gennemsnitspriser. Taksten for refusion fastsættes kvartalsvis ved at tage udgangspunkt i den gennemsnitlige elpris for det foregående kvartal. Denne prisopgørelse leveres af Forsyningstilsynet, som offentliggør statistikker over elpriser. Da der er forskel på elpriserne i Øst- og Vestdanmark, vil der være to forskellige takster, der afspejler denne geografiske forskel. Dette sikrer, at refusionen er retfærdig og baseret på de faktiske elpriser i patienternes område.

Udbetalingsfrekvens: Der lægges op til, at aflæsningen for både iltpatienter, respiratorpatienter og dialysepatienter sker kvartalsvist. Dog foreslås det, at posedialysepatienter får refusion halvårligt på grund af forbrugets omfang og den praktiske mulighed for aflæsning.

Automatisering: Det anbefales, at regionerne udbreder brugen af automatiserede ordninger til aflæsning og udbetaling og at instruere borgerne i, hvordan de kan indsende forbrugstal, så der sker automatisk udbetaling.

Bagatelgrænse: I modellen foreslås en bagatelgrænse på 100 kr. årligt, såfremt der er lovhjemmel dertil og indenfor bestemmelserne i "*Bekendtgørelse om befordring og befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven.*" Denne bagatelgrænse vurderes ikke at påvirke patienter inden for ilt, respiration og dialyse, der har højere eludgifter. Bagatelgrænsen indgår for at begrænse de administrative omkostninger, hvis den skal anvendes til andre grupper, hvor der er tale om markant lavere eludgifter.

Anvendelse af modellen fremadrettet

Der lægges op til, at den fælles model anvendes som praksis fremadrettet i regionerne. Lungeforeningen efterspørger, at den nye model for elrefusion også kan finde anvendelse bagudrettet, således at patienter, der er omfattet af den nye model, men evt. ikke har fået den relevante refusion for eludgifter tidligere, kompenseres bagudrettet. Danske Regioners sekretariat kender ikke til omfanget af afvigelser eller sager, hvor dette måtte være relevant. Den enkelte region opfordres derfor til at gå i dialog med patienter, der retter henvendelse om manglende refusion bagudrettet.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Elrefusion til Danske Patienter og Lungeforeningen (1715948 - EMN-2022-01431)
2. Henvendelse Danske Patienter vedrørende udfordringer med el (1715949 - EMN-2022-01431)

9 (Offentlig) Interreg-samarbejde efter 2027 - dansk udtalelse i Det Europæiske Regionsudvalg

Michael Koch-Larsen
EMN-2024-00236

Resumé

Danske Regioners EU-talsmand, Karsten Uno Petersen, Region Syddanmark, er af Det Europæiske Regionsudvalg blevet udpeget som ordfører på en udtalelse (holdningspapir) om EU's Interreg-programmer efter 2027. Udtalelsen skal behandles af et fagudvalg i Regionsudvalget i september og godkendes på Regionsudvalgets plenarforsamling i november.

Efter en omfattende konsultation i ind- og udland foreligger der nu et udkast til udtalelse, der bl.a. fokuserer på at styrke Interreg-samarbejdet finansielt, at sikre decentral programlægning og administration, at fortsætte forenklingstiltag og fleksibilitet for det enkelte program samt at fastholde ligestilling af landfaste og maritime grænser (op til 80 km).

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Karsten Uno Petersens ordførerskab på Regionsudvalgets initiativudtalelse om "Fremtiden for det europæiske territoriale samarbejde efter 2027" handler primært om det EU-finansierede Interreg-samarbejde på tværs af EU-grænser. Danske Regioners sekretariat leverer sekretariatsbistand til udtalelsen.

Udtalelsen er de lokale og regionale myndigheders bidrag og input til EU-Kommissionen og Ministerrådet, som i starten af 2025 vil udarbejde forslag til ny EU-lovgivning for strukturfondene (herunder Interreg) i perioden efter 2027.

Lokale og regionale myndigheder har stor interesse i Interreg-programmerne som et middel til at fremme udvikling, samarbejde og nedbryde barrierer på tværs af grænserne, forbedre relationer samt opbygge netværk og udveksle erfaringer med andre regioner og lande.

I medfør af erhvervsfremmeloven og en bekendtgørelse kan de danske regioner samarbejde grænseoverskridende og internationalt med andre om at udføre regionale udviklingsopgaver.

De danske regioner er involveret i Interreg-programmerne gennem deres deltagelse i programkomiteer, projekter og aktiviteter, der støttes af disse programmer. Danmark deltager i de grænseoverskridende Interreg-programmer med nabolande som Tyskland, Sverige og Norge samt i Interreg-programmerne for Nordsøen, Østersøen og Interreg Europe.

Udkast til udtalelse

Ud fra et dansk perspektiv er der lagt vægt på:

- at Interreg-programmerne er indbegrebet af europæisk merværdi og bør styrkes
- at Interreg er vigtigt i forhold til at fremme samhørighed, udvidelse og forbindelser med EU's naboer
- at Interreg styrker videndeling og samarbejdet på tværs af grænser med henblik på at løse fælles udfordringer
- at decentral forvaltning af Interreg-programmerne skal baseres på bottom-up-tilgang og partnerskabsprincippet
- at opfordre EU-Kommissionen til at fortsætte fokus på forenklinger – både for ansøgere og programadministrationer
- at mindske krav og øge fleksibilitet for programmerne, så regioner og byer kan foreslå grænseoverskridende projekter, som passer og afspejler de faktiske behov
- at styrke de mellemfolkelige projekter, herunder kultur
- at undersøge muligheden for standardiseringer på tværs af programmer samt
- at fastholde ligestilling af landfaste og kortere maritime grænser (op til 80 km).

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Udkastet til Interreg-udtalelse har været behandlet flere gange i Udvalget for Regional Udvikling og EU, senest i en skriftlig høring i juli. Regionernes sekretariater har også bidraget indholdsmæssigt til udtalelsen – ligesom de har haft udkastet i høring.

Udkastet skal sendes til oversættelse til alle EU-sprog den 14. august 2024. Det vil første gang blive drøftet på et fagudvalgsmøde den 17.-18. september 2024 og derefter endeligt vedtaget på Regionsudvalgets plenarforsamling den 20.-21. november 2024.

Kommunikation
Ingen bemærkninger

Bilag

1. Udkast til Interreg-udtalelse, 13. august 2024 (1718078 - EMN-2024-00236)

10 (Offentlig) Udvalget for det nære sundhedsvæsens studietur til Finland

Robert Ladefoged
EMN-2022-00644

Resumé

Udvalget for det nære sundhedsvæsen var i foråret på studietur til Finland. Formålet med turen var at få viden om Finlands erfaring med deres reform af sundheds-, ældre- og socialområdet. Udvalgets afrapportering fra studieturen er vedlagt til bestyrelsens orientering.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager udvalgets afrapportering fra studieturen til efterretning.

Sagsfremstilling

For at få viden og inspiration til det videre arbejde med et sammenhængende og nært sundhedsvæsen, drog udvalget for det nære sundhedsvæsen i foråret 2024 på studietur til Finland. Her har man med en omfattende reform samlet hele ansvaret og økonomien for sundhedsvæsenet, social- og ældreområdet samt redningstjenesten i 22 nye velfærdsenheder styret af direkte valgte politikere.

Kommunerne har fortsat et ansvar for sundhedsfremme og primær forebyggelse og varetager derudover en række øvrige velfærdsopgaver inden for dagtilbud, skole, beskæftigelse mv. og derfor er sammenhængen til og samarbejdet med kommunerne fortsat vigtigt for velfærdsenhederne. Velfærdsenhederne har ikke med reformen fået skatteudskrivningsret, modsat hvad kommunerne tidligere havde.

De langsigtede mål med reformen er bl.a. at modvirke de geografiske uligheder i landet, øge kvaliteten og styrke det nære sundhedsvæsen samt at håndtere det store omkostningspres, der bl.a. følger af den demografiske udvikling.

Vilkår i Finland sammenlignet med Danmark

Det blev undervejs på turen tydeligt, at der er en række forhold i Finland, som adskiller sig fra Danmark, og som også har betydning for, hvordan man skal forstå erfaringerne i Finland. Finland har andre vilkår for at drive sundhedsvæsen pga. landets geografi og størrelse og fx lægedækningsudfordringer i udkantsområder er langt større end i Danmark. Der har historisk i Finland været en større andel af private, og der findes en række arbejdsgiverbetalte sundhedsordninger, som står for sundhedstilbud til

borgerne på arbejdsmarkedet. Der er desuden andre former for egenbetaling end i Danmark. Endelig er den økonomiske situation i landet generelt markant mere udfordret end i Danmark.

Status på reformen

Reformen trådte i kraft 1. januar 2023. Programmet for turen var tilrettelagt, så udvalget hørte om både de politiske og administrative erfaringer med reformen og var på besøg i en af de 22 velfærdsenheder. Med 22 nye enheder har det været nødvendigt med en separat struktur omkring de 5 universitetshospitaler, som organiseres i et samarbejde mellem flere velfærdsenheder. Derudover er der en særlig konstruktion omkring Helsinki. Den praktiske implementering af reformen i Finland er stadig i fuld gang, og betyder, at effekterne af reformen derfor stadig er i sin vorden. Særligt bliver der fortsat brugt en del ressourcer på den store organisatoriske omlægning af de tidligere små kommuner og opgaveflytninger i den forbindelse.

Besøg i en velfærdsenhed

Udvalget besøgte velfærdsenheden Päijät-Häme, som på flere områder allerede før reformen var langt med at integrere kæden af sundhedsydelser. Päijät-Häme ligger nord for Helsinki og er med sine 10 kommuner og ca. 200.000 indbyggere fordelt på et område lidt mindre end Sjælland en gennemsnitlig velfærdsenhed.

Udvalget hørte om erfaringer med at drive opgaven samlet på tværs af sundhed, ældre, social og beredskab og om konkrete samarbejder med private leverandører af sundhedsydelser. Konkret har man fx lavet et samarbejde med en leverandør, som med et afgrænset populationsansvar leverer primære sundhedsydelser og bestemte specialiserede ydelser og tandpleje til 136.000 indbyggere fordelt på fire byer, dvs. over halvdelen af indbyggerne i Päijät-Häme.

Besøget gav udvalget en række indsigter og inspiration ift. koblingen mellem sundhedsområdet, ældreområdet og beredskabet. Udvalget hørte også om den politiske proces lokalt omkring implementeringen af reformen, og de politiske overvejelser om antal politikere, udvalg og opgaver i en velfærdsenhed.

Besøg i Sundheds- og Socialministeriet og Parlamentet

I Finland er social- og sundhedsområdet organiseret i ét ministerium og har været det gennem længere tid. Fredag mødtes udvalget med en af social- og sundhedsministerens særlige rådgiver, der gav udvalget en status på arbejdet i ministeriet, ligesom udvalget besøgte social- og sundhedsudvalget i Parlamentet. Oplægsholderne fortalte bl.a. om visionerne bag reformen, den historiske proces forud for reformen samt om de politiske drøftelser om reformen aktuelt. Der var desuden fokus på de økonomiske udfordringer, der lige nu påvirker implementeringen af reformen. Det skyldes at omkostningerne

er steget bl.a. som følge af pris- og lønudviklingen efter corona generelt og serviceharmonisering på tværs af mindre enheder samtidig med at Finlands økonomiske krise betyder, at der gennemføres besparelser samtidig med at reformen implementeres.

Udvalgets afrapportering fra studieturen er vedlagt som bilag.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Afreporteringen har været drøftet i Udvalget for det nære sundhedsvæsen.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Afreportering (1713079 - EMN-2022-00644)

11 (Fortrolig)

12 (Fortrolig)

Resumé

Folkemødet på Bornholm den 13.-16. juni 2024 bød på 25 meget velbesøgte debatter i Danske Regioners telt, og regionale politikere deltog i mindst lige så mange debatter på andre arrangørers scener. Teltet var et værdsat samlingspunkt for regionale deltagere i folkemødet og alle vores samarbejdspartnere.

Sekretariatet indstiller derfor, at Danske Regioner også i 2025 deltager på Folkemødet med eget debattelt.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender, at Danske Regioner fastholder en aktiv deltagelse i Folkemødet på Bornholm, herunder også som sponsor i 2025.

Sagsfremstilling

Bestyrelsen besluttede den 28. september 2023 en aktiv deltagelse i Folkemødet 2024, og at de kommende års deltagelse i Folkemødet skulle behandles efterfølgende.

Formålet med Danske Regioners deltagelse ved Folkemødet på Bornholm er interessevaretagelse for regionerne. Det sker ved at synliggøre det regionale demokrati, skabe debat om regionale ansvarsområder og styrke relationerne til samarbejdspartnere og interessenter generelt. Samtidig er Danske Regioner sponsor for Folkemødet – og støtter dermed Folkemødets ide om en levende demokratisk samtale i Danmark, som kan bringe borgerne tættere på de folkevalgte. Det gav sig udslag i et tæt program med 25 debatter i teltet med start kl. 12.15 torsdag og afslutning lørdag kl. 19. Rigtig mange lagde vejen forbi debatterne. Stolene var fyldte til alle debatter, og der var en helt overvældende interesse for den store debat om strukturreformen, årets sundhedsdebattør og de fem formænds debat.

Udover de sidstnævnte tre stod Danske Regioner for debatter om Almen praksis, Børne- og ungepsykiatrien, Grønne hospitaler, Ungdomsuddannelser og campus og endelig en debat i samarbejde med LIF om medicin. Regionerne stod for 6 debatter, og andre 12 debatter var arrangeret af Landdistrikternes Fællesråd/Nabogo/ Trafikselskaberne i Danmark, Danske Patienter, Steno Diabetes Centrene, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, Ungepanelerne i Danmark, Dansk Selskab for Patientsikkerhed,

SAGA og Alkohol&Samfund, Foreningen af Lægestuderende, Verdensmålsambassadørerne og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab.

Mange af de 112 regionale politikere, der var til stede på Folkemødet, deltog også i en række debatter og arrangementer udenfor Danske Regioners telt.

Danske Regioner på Folkemødet 2025

I lyset af de gode erfaringer i år foreslår sekretariatet, at Danske Regioner også i 2025 skal være markant til stede ved Folkemødet på Bornholm med eget telt og politiske debatter. Der lægges endvidere op til, at samarbejdet med regionerne, samarbejdspartnere/interessenter og mindre organisationer om debatter i teltet også fortsættes. Prisen til Årets sundhedsdebattør vil igen være rammen for den første debat i teltet. Vi vil igen i 2025 satse på inddragende, nærværende og væsentlige debatter om regionale emner.

Økonomi

Danske Regioner har sponsoreret Folkemødet siden dets etablering og er såkaldt Demokratipartner. Med sponseringen følger visse rettigheder, herunder muligheden for at vælge placering af telt. Sponsoratet har de seneste år været 175.000 kr. inkl. moms, og der anvendes herudover op til 350.000 kr. på aktiviteter, hvor leje af telt, areal, teknik, transport af møbler til teltet, kaffe og annoncer udgør den største del. Både sponsorat og udgiften til aktiviteter indgår i Danske Regioners driftsbudget.

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Debatterne i vores telt fik en meget fin dækning i medierne. Det gjaldt ikke mindst den store debat om sundhed, som også blev til en podcast. Også vores uddeling af sundhedsdebattør-prisen fik omtale. Desuden var Danske Regioner meget aktive på sociale medier op til og under Folkemødet.

Bilag

14 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om ændring af bl.a. dieselaftgiften

Morten Brønnum Andersen
EMN-2023-01162

Resumé

Skatteministeriet har anmodet Danske Regioner om bemærkninger til udkast til lovforslag om ændring af bl.a. dieselaftgiften, der foreslås hævet med 50 øre/l pr. 1.1.2025.

Indførelse af ekstraafgift på diesel med kort frist til den kollektive trafiksektor med lange kontrakter vil øge driftsomkostningerne, hvilket potentielt kan medføre behov for at udsætte investeringer i den grønne omstilling. Danske Regioner efterspørger – som tilfældet er for lastbiler, varevogne og personbiler – kompenserende tiltag med henblik på at blive holdt økonomisk skadefri.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar.

Sagsfremstilling

Skatteministeriet har den 28. juni 2024 anmodet Danske Regioner om bemærkninger til udkast til forslag til lov om ændring af lov om vejafgift, lov om energiafgift af mineralolieprodukter m.v., lov om vægtafgift af motorkøretøjer m.v., registreringsafgiftsloven, brændstofforbrugs-afgiftsloven m.v.

En del af lovforslaget er at øge dieselaftgiften med 50 øre/l pr. 1.1.2025. Forhøjelsen følger af Aftale om Deludmøntning af Grøn Fond.

Der er lagt op til, at denne del af loven træder i kraft 1. januar 2025.

Danske Regioners høringssvar

I høringssvaret minder Danske Regioner om, at en forudsætning i klimasamarbejdsaftaler om grøn kollektiv trafik mellem regeringen og Danske Regioner er, at den økonomiske ramme er til stede.

Indførelse af ekstraafgift med kort frist til sektoren, der har lange kontrakter, vil øge driftsomkostningerne, hvilket potentielt kan medføre behov for at udsætte investeringer i den grønne omstilling.

Danske Regioner går i rette med, at forslaget ikke skulle have økonomiske konsekvenser for regioner og efterspørger – som tilfældet er for lastbiler, varevogne og personbiler – kompenserende tiltag med henblik på at blive holdt økonomisk skadefri.

Adgang til høringsmateriale

Høringsmaterialet kan findes på høringsportalen: [Høringsdetaljer - Høringsportalen \(hoeringsportalen.dk\)](https://hoeringsportalen.dk).

Danske Regioners hørings svar er vedhæftet som bilag.

Økonomi

De regionale trafikselskaber har vurderet, at afgiften vil medføre ekstraudgifter på 30 mio. kr. i 2025, hvoraf regionerne forventeligt må afholde ca. 1/3. DUT-kompensation vurderes ikke at kunne finde anvendelse, da der er tale om en generel afgiftsstigning. P/L-reguleringen fanger ikke ekstraomkostningen, da den beregnes efter Finansministeriets nettoprisindeks, som er uden afgifter.

Sekretariatets bemærkninger

Linjen søges afklaret med KL, da kommunerne deler vores udfordring.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Hørings svar - forhøjelse af dieselaafgiften (1714781 - EMN-2023-01162)

15 (Offentlig) Høringsvar - Lovforslag om ændring af lov om ligestilling

Malene Bett Vestergaard Sørensen
EMN-2024-00587

Resumé

Digitaliserings- og Ligestillingsministeriet har den 3. maj 2024 sendt forslag til ændring af ligestillingsloven i høring. Forslaget handler om forenkling af reglerne om ligestillingsredegørelser og opstilling af måltal for kønssammensætning i bestyrelser.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringsvar.

Sagsfremstilling

Lovforslaget følger blandt andet op på punktet om frisættelse af den offentlige sektor i regeringsgrundlaget "Ansvar for Danmark" samt regeringen og KL's samarbejdsprogram i forbindelse med Aftale om kommunernes økonomi for 2024.

Lovforslaget indebærer i det væsentligste en forenkling af reglerne om ligestillingsredegørelser og for indberetning af (evt.) måltal og politikker for kønssammensætningen i bestyrelsen.

Regionerne arbejder målrettet med at understøtte ligestilling. F.eks. ved at udarbejde ligestillingsplaner og sikre klarhed over kønssammensætningen på flere niveauer.

Lovforslaget vil medføre forenklinger og vurderes ikke at være til hinder for at arbejde med at fremme ligestilling mellem kønnene.

I høringsvaret støtter Danske Regioner derfor de foreslåede ændringer.

Adgang til høringsmateriale

Høringsmaterialet kan findes på høringsportalen:
<https://hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/68680>

Danske Regioners høringsvar er vedhæftet som bilag.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Høringssvaret er afsendt den 11. juni 2024 med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Danske Regioners høringssvar til ændring af lov og ligestilling (1715960 - EMN-2024-00587)

16 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om tobaksvarer m.v.

Sofie Mayling Vennike
EMN-2018-02059

Resumé

Danske Regioner har fået endnu et lovforslag om tobaksvarer m.v. i høring. Med denne sag forelægges høringssvaret til bestyrelsens godkendelse.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender forslag til høringssvar til lovforslag om tobaksvarer m.v.

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 to første lovforslag i høring. Det første lovforslag godkendte bestyrelsen Danske Regioners høringssvar til på mødet 23. maj 2024, og i dette bemærkede Danske Regioner desuden, 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.

Denne sag omhandler det næste lovforslag, som Danske Regioner har fået i høring.

Lovforslaget indeholder følgende hovedpunkter:

- Forbud mod indførsel, køb, udlevering, modtagelse, fremstilling, forarbejdning og besiddelse af tobakssurrogater, der har ulovlige aromaer eller et for højt nikotinindhold. Regler for aroma og nikotinindhold i tobakssurrogater foreslås parallelt indført med dette lovforslag, jf. nedenfor. Initiativet afspejler forbuddet for elektroniske cigaretter med nikotin, som er indført med lov nr. 651 af 11. juni 2024.
- Flere beføjelser til Sikkerhedsstyrelsen og Forbrugerombudsmanden. Det foreslås, at indenrigs- og sundhedsministeren efter forhandling med justitsministeren kan fastsætte regler om, at Sikkerhedsstyrelsen i

visse sager kan udstede administrative bødeforelæg samt foretage udenretlig vedtagelse af konfiskation af ulovlige tobaks- og nikotinprodukter. Det foreslås ligeledes, at Forbrugerombudsmanden i visse sager får mulighed for at udstede administrativt bødeforelæg samt får beføjelse til i sit tilsyn at anvende skjult identitet.

- Skærpet regulering af salg af alkoholholdige drikkevarer. Det foreslås at indføre krav til placering af alkoholholdige drikkevarer med en alkoholvolumenprocent på over 1,2 i detailhandlen. Det foreslås derudover, at alkoholholdige drikkevarer med en alkoholprocent på over 6 ikke må sælges til 16-17-årige, samt at alkoholholdige drikkevarer ikke må sælges til personer under 18 år mellem kl. 22.00-08.00 i nattelivszoner.
- Det foreslås at tydeliggøre, at proxysalg af tobaks- og nikotinprodukter og alkoholholdige drikkevarer til mindreårige er forbudt.
- Skærpet produktregulering for tobaks- og nikotinprodukter. Det foreslås at forbyde aroma i tobakssurrogater med undtagelse af en aroma af tobak og mentol, samt at der gives hjemmel til at fastsætte grænseværdier for nikotinindholdet i tobakssurrogater. Det foreslås at indføre krav om standardiseret emballage for tobakssurrogater og teknisk udstyr, der benyttes sammen med opvarmet tobak, samt at der gives hjemmel til at fastsætte krav til udseendet på selve cigareten, tobakssurrogater og rulletobak, herunder papir, filtre m.v.
- Højere bødestraf og mulighed for i en periode at fratage retten til at markedsføre tobaks- og nikotinprodukter. Bødestrafen for overtrædelse af reglerne for tobaks- og nikotinprodukter skærpes, samtidig foreslås det, at det skal være muligt at fratage retten til at markedsføre tobaks- og nikotinprodukter ved gentagen markedsføring af tobaks- og nikotinprodukter, som er ulovlige at markedsføre i Danmark, samt ved ulovligt salg af tobak og nikotin til mindreårige.
- Flere røg- og dampfrie miljøer. Det foreslås, at brugen af elektroniske cigaretter samt opvarmede tobaksvarer omfattes af reglerne for rygning af cigaretter.

Det foreslås, at Danske Regioner bakker op om lovforslaget.

Adgang til høringsmateriale

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

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Grundet høringsfristen er der afgivet høringssvar den 19. august 2024.

Høringssvaret er godkendt af formandskabet. Der er ved fremsendelse af høringssvaret taget forbehold for bestyrelsens endelige godkendelse.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Høringssvar til Udkast til forslag til lov om ændring af lov om tobaksvarer m.v og forskellige andre love (1716526 - EMN-2018-02059)

17 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om foranstaltninger til sikring af et højt cybersikkerhedsniveau (NIS2)

Morten Wiese
EMN-2020-00132

Resumé

Forsvarsministeriet har sendt lovforslag om foranstaltninger til sikring af et højt cybersikkerhedsniveau i høring. Lovforslaget udspringer af EU-direktiv 2022/2555 af 14. december 2022, som i daglig tale omtales som NIS2 og dækker både den offentlige og private sektor.

Danske Regioner har længe efterspurgt en samlet sikkerhedsdagsorden for hele sundhedsvæsenet og hilser derfor lovforslaget velkomment som et vigtigt fundament herfor. Lovforslaget er en ramme, hvortil afventes sektorspecifikke bekendtgørelser. Først når disse modtages, vil regionernes opgaveomfang, økonomi mv. kunne estimeres, ligesom implementeringsarbejdet først vil kunne påbegyndes der.

Danske Regioner vurderer foreløbigt, at implementeringen af NIS2 vil påføre regionerne betydelige omkostninger, som vil skulle kompenseres (DUT), ligesom der ses udfordringer med at nå den meget ambitiøse frist for fuld implementering per 1. marts 2025. Endvidere ses en grundlæggende udfordring i, at implementeringen skal realiseres ved brug af specialiserede ressourcer, som i forvejen er knappe, og en samtidig implementering i alle sektorer vil blot forstærke denne udfordring.

Indstilling

Det indstilles,

at Danske Regioners bestyrelse godkender Danske Regioners samlede høringssvar.

Sagsfremstilling

Lovforslaget om foranstaltninger til sikring af et højt cybersikkerhedsniveau udspringer af EU-parlamentets og EU-rådets direktiv fra december 2022 og er endvidere aftalt i ØA25.

Forsvarsministeriet har ansvaret for hovedlovgivningen, hvortil skal lægges sektorspecifikke bekendtgørelser. Regionerne imødeser bekendtgørelser indenfor sundhed, transport samt generel offentlig forvaltning, ligesom forskning også kan blive omhandlet.

Grundlæggende handler NIS2 om:

- Bedre beredskab ved sikkerhedshændelser (genopretning af systemer, nødprocedure når systemerne er nede, back-up af data)
- Øget krav til risikoanalyser og -styring i regionerne
- Ansvar for kritiske forsyningskæder og underleverandører af ens forretningsområder
- Adgangskontroller og autentificering
- Større sanktioner
- Øget ansvar og uddannelse hos øverste ledelse

Der er tale om elementer af central betydning for cybersikkerhed, som regionerne allerede arbejder fokuseret med, men nu stilles et mere fokuserede krav, som vil styrke effekten af regionernes indsats.

Danske Regioner forventer, at de sektorspecifikke bekendtgørelser vil stille betydelige krav til regionerne og dermed påføre en betydelig ekstra udgift, som vil være genstand for kompensation (DUT). Danske Regioner ser samtidig en betydelig udfordring i den korte tidsfrist for fuld implementering, frem til 1. marts 2025. Den korte frist vil blive yderligere udfordret af, at alle sektorer i både den offentlige og den private sektor vil være i gang med implementering og derfor vil trække på de samme knappe ressourcer.

Udkast til hørings svar omhandler disse forhold.

Adgang til høringsmateriale

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

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Der eftersendes evt. et mere teknisk juridisk bilag umiddelbart forud for bestyrelsesmødet d. 22. august.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Danske Regioners hørings svar til lovforslag om foranstaltninger til sikring af højt cybersikkerhedsniveau (1717832 - EMN-2024-00900)

18 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om fertilitetsbehandling

Luna Lundberg Nielsen
EMN-2018-00573

Resumé

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har fremsendt forslag til ændring af lov om fertilitetsbehandling til andet barn og lovgivning af partnerægdonation uden sundhedsfaglig begrundelse. Danske Regioner bakker op om lovforslaget og hilser det velkomment, at det i fremtiden bliver muligt at yde fertilitetsbehandling til barn nummer to på offentlige sygehuse. Det gælder også lovændringen vedr. partnerdonation, og at dette behandlingstilbud udelukkende skal være tilgængeligt i privat sygehusregi. Det indstilles, at bestyrelsen godkender høringssvaret.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar over lovforslag om fertilitetsbehandling til andet barn og lovgivning af partnerægdonation uden sundhedsfaglig begrundelse.

Sagsfremstilling

Lovforslagets indhold

1. Vederlagsfri fertilitetsbehandling til andet barn

- Med lovforslaget foreslås det, at der fremover tilbydes vederlagsfri fertilitetsbehandling til andet barn i offentligt regi. Efter gældende ret har fertilitetsbehandling til andet barn ikke været muligt på de regionale sygehuse.

Baggrunden for lovforslaget er, at regeringen og Danske Regioner i forbindelse med Økonomiaftalen 2025 indgik en udmøntningsaftale om, at der afsættes 150 mio. kr. årligt fremover til at kunne tilbyde vederlagsfri fertilitetsbehandling til andet barn på de regionale sygehuse.

Aftaleteksten kan læses her: [Link](#)

2. Partnerægdonation uden sundhedsfaglig begrundelse

- Med lovforslaget foreslås det at lovgive partnerægdonation uden sundhedsfaglig begrundelse. Behandlingen skal udelukkende kunne tilbydes på private fertilitetsklinikker mod egenbetaling.

Baggrunden for lovforslaget er politisk aftale om ophævelse af forbud mod partnerægdonation uden sundhedsfaglig begrundelse. Aftalen om ophævelse af forbud mod partnerægdonation uden sundhedsfaglig begrundelse blev indgået af regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne), Socialistisk Folkeparti, Liberal Alliance, Danmarksdemokraterne, Enhedslisten, Radikale Venstre og Alternativet den 30. januar 2024. Aftaleteksten kan læses her: [Link](#)

Høringssvarets indhold

Generelle bemærkninger

- Danske Regioner bakker op om lovforslaget vedr. vederlagsfri fertilitetsbehandling til andet barn.
- Danske Regioner bakker op om lovændringen vedr. partnerdonation, og at dette behandlingstilbud udelukkende skal være tilgængeligt i privat sygehusregi.

Regionerne er i gang med at forberede sig på at udvide det offentlige tilbud om fertilitetsbehandling. Det er dog endnu uvist, hvilken efterspørgsel regionerne vil stå overfor, og dermed hvilket pres de offentlige fertilitetsklinikker vil opleve.

Specifikke og faglige bemærkninger

1. Vederlagsfri fertilitetsbehandling til andet barn

- Lovforslaget vurderes at være i tråd med udmøntningsaftalen om vederlagsfri fertilitetsbehandling til andet barn, der er indgået mellem Danske Regioner og Indenrigs- og Sundhedsministeriet i forbindelse med Økonomiaftalen 2025.
- Jf. aftalen har Danske Regioner en generel bekymring for, at en øget brug af private leverandører på fertilitetsområdet kan medføre, at arbejdskraft flytter fra de offentlige til de private klinikker. Danske Regioner ønsker derfor – i tæt dialog med ministeriet og fagpersonalet – at følge udviklingen på området.

2. Partnerægdonation uden sundhedsfaglig begrundelse

- Danske Regioner bemærker, at det er uklart i lovforslaget, hvordan de offentlige klinikker skal forholde sig i nogle specifikke situationer, og herunder om partnerægdonation er betinget af medmoderskab.
- Graviditet med donoræg indebærer en anden risiko end graviditet med egne æg. Der er bl.a. øget risiko for for tidlig fødsel, svangerskabsforgiftning mv. Derfor er der der størst sandsynlighed for

en ukompliceret graviditet, hvis graviditeten bæres af den kvinde, som også er ophav til ægget.

Danske Regioners høringssvar er vedlagt som bilag.

Adgang til høringsmateriale

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

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Danske Regioners generelle bemærkninger til udkast til forslag til ændring af lov om assisteret reproduktion (1718502 - EMN-2018-00573)

Resumé

Følgende emner er til orientering:

- Regionsdirektørkredsens beslutning vedr. udbud af aftale om tilbud om hjemmetests for klamydia og gonorré
 - Åbent Hospital
 - Aftale for vaccinationsindsatsen i 2024
 - Politiske møder
 - Arrangementer og konferencer
-

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Regionsdirektørkredsens beslutning vedr. udbud af aftale om tilbud om hjemmetests for klamydia og gonorré
(EMN-2018-00573)

Regionerne aftalte med Danske Regioners udspil "Hjælp til nyt liv" at afsætte 10 mio. kr. i 2022-2025 til udbredelse af et tilbud om hjemmetest for klamydia og gonorré. Der var lagt op til, at tilbuddet kunne etableres i samarbejde med foreningen Sex & Samfund, der i en længere periode har haft et lignende tilbud i Region Hovedstaden. Det blev i den sammenhæng efterspurgt, at det afsøges, om der burde gennemføres et udbud i forbindelse med etablering af et sådant tilbud.

Region Hovedstaden påtog sig forlængelse heraf at undersøge mulighederne for udbud og at forberede dette. Der har som led i dette været nedsat en tværregional arbejdsgruppe.

På baggrund af Region Hovedstadens og arbejdsgruppens arbejde besluttede regionsdirektørkredsen i juni 2024 efter indstilling fra Region Hovedstaden, at der ikke er grundlag for at gennemføre et fællesregionalt udbud i forbindelse med etablering af et tilbud om hjemmetest for klamydia og gonorré. Det aftales i sundhedsdirektørkredsen, hvordan regionerne hurtigst muligt kommer videre med etablering af tilbuddet.

Kom til Åbent Hospital søndag d. 1. september
(EMN-2019-01176)

Om ti dage er det tid til Åbent Hospital, som alle fem regioner står bag i samlet flok. Det sker som altid den første søndag i september, hvor hospitaler, byggerier, psykiatrien og akutmodtagelser rundt i landet åbner dørene for danskerne. Her kan alle opleve, hvordan vi i regionerne fremtidssikrer sundhedsvæsenet. I år er 15 steder med, og som I ved, er der fuld gang i de sidste forberedelser ude på hospitalerne.

Første Åbent Hospital var 2017. Siden er det blevet en god regional tradition med åbenheden som omdrejningspunkt. Sæt kryds i kalenderen allerede nu og tag gerne familien med.

Åbent Hospital kan også være en anledning til et opslag på dine sociale medieprofiler om dine forventninger og dine oplevelser på dagen. Aktiviteterne spænder vidt fra forskere i aktion til hospitalsklovne, ambulancebesøg og et unikt kig bag byggehegnet til fremtidens sengestuer og ny teknologi. Hashtagget er #ÅbnetHospital.

På regioner.dk/aabenthospital/arrangementer-2024/ er alle arrangementer samlet. NB: Det fremgår, hvis arrangementet kræver tilmelding på forhånd.

Orientering om aftale for vaccinationsindsatsen i 2024 (EMN-2020-00440)

Danske Regioner har i starten af juli indgået aftale med Indenrigs- og Sundhedsministeriet for vaccinationsindsatsen mod covid-19 og influenza. Aftalen har en samlet ramme på 250 mio. kr. Regionerne har samlet skønnet deres udgifter til vaccinationsindsatsen i 2024 inden for denne ramme, hvilket aftalen er indgået på baggrund af. Indsatsen starter 1. oktober 2024 og forventes afsluttet omkring 20. december 2024. I forhold til forrige sæson er vaccinationsperioden reduceret en smule, da denne løb til midten af januar.

Ud af den samlede ramme på 250 mio. kr. er ca. 10 mio. kr. øremærket til vacciner.dk, som varetages af Region Nordjylland. De resterende 240 mio. kr. udmøntes efter bloktilskudsreglen.

Vaccinationsindsatsen varetages både i regionale centre og af en privat aktør (Danske Lægers Vaccinationservice). Den private aktør er fundet ved udbud. Indsatsen forventes at blive fordelt ca. 60:40 mellem regional og privat aktivitet. Kapaciteten planlægges løbende regionalt, men forventes at have høj kapacitet ved begyndelsen af vaccinationsperioden.

Regionerne skal samtidig varetage et udkørende vaccinationstilbud til svært immobile borgere i samarbejde med kommunerne. På baggrund af erfaringerne fra sidste år planlægges efter en forventet tilslutning på godt 1,3 mio. personer. Inden vaccinationsindsatsen sidste år var forventningen ca. 1,8

mio. personer. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der opnås en tilslutningsprocent på mindst 75 pct. for alle over 65 år samt 85 pct. for plejehjemsbeboere for både influenza og covid-19. Det er en lavere målsætning, end Sundhedsstyrelsen i tidligere vaccinationsindsatser har forudsat. Det er i stedet baseret på den reelle tilslutningsprocent i forrige sæson. Sundhedsstyrelsen anbefaler stort set samme målgruppe for covid-19 og influenza som ved forrige vaccinationsindsats, dvs.

- alle på 65 år og derover
- personer under 65 år i øget risiko for et alvorligt forløb af covid-19 eller influenza, herunder gravide.

Sundhedsstyrelsen anbefaler dog ikke vaccination af børn mod influenza i kommende indsats som ved seneste.

Politiske møder

(EMN-2023-00763)

Der har siden den 22. maj 2024 været holdt følgende møder med politisk deltagelse:

30.-31. maj, forhandlingsmøder med finansministeren om ØA25. Anders Kühnau og Mads Duedahl deltog.

17. juni, møde med beskæftigelsesministeren om fritidsjob. Anders Kühnau deltog.

18. juni, møde med børne- og undervisningsministeren om ny ungdomsuddannelse. Mads Duedahl og Peder Kristiansen, Region Nordjylland deltog.

20. juni, møde med socialministeren om Danske Regioners forslag til reform af hjælpemiddelområdet. Anders Kühnau og Mads Duedahl deltog.

20. juni, møde med statsministeren om sundhedsstruktur. Anders Kühnau, Heino Knudsen og Lars Gaardhøj deltog.

21. juni, møde med udenrigsministeren. Anders Kühnau deltog.

28. juni, møde med finansministeren. Anders Kühnau deltog.

28. juni, møde med miljøministeren om beskyttelse af drikkevand. Anders Kühnau og Mads Duedahl deltog.

Arrangementer og konferencer

(EMN-2023-00763)

Den 1. september 2024

Hele landet: Åbent Hospital (jf. orientering ovenfor). Regionerne er arrangører.

Den 5. september 2024

København: Konference om integreret behandling af dobbeltdiagnose. Danske Regioner er arrangør.

Den 7. november 2024

København: Sundhed for alle. Danske Regioner er arrangør.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

20 (Offentlig) Formandens meddelelser

Ulla Riel
EMN-2023-00763

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

21 (Fortrolig)

22 (Offentlig) Næste møde

Ulla Riel
EMN-2023-00763

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager efterretning, at næste bestyrelsesmøde holdes torsdag den 10. oktober 2024 kl. 10.30-15.00 i Regionernes Hus.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

23 (Offentlig) Eventuelt

Ulla Riel
EMN-2023-00763

Resumé

-

Indstilling

-

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

Bilag Titel:	Danske Regioners Høringssvar
Dagsordens titel	Status p&#229; strukturreformen
Dagsordenspunkt nr	3
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



DANSKE
REGIONER

Hørings svar

Sundhedsstruktur-
kommissionens
afrapportering

Høringssvar

Indledning

Danske Regioner takker regeringen for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Vi vil også gerne rose regeringen for at have nedsat kommissionen og for at invitere til en fordomsfri debat om, hvordan vi styrker det samlede sundhedsvæsen og skaber bedre sammenhæng for patienterne.

Vi har budt ind med vores forslag om at samle ansvaret for sundhedsvæsenet og værdsætter, at meget er afspejlet i rapporten, herunder især det store fokus på vigtigheden af en samling af opgaver hos samme myndighed med et øget kædeansvar samt en reform af almen praksis.

Vi er i Danske Regioner helt enige i, at der skal reformer til, hvis vi skal lykkes med at styrke det samlede sundhedsvæsen. Kommissionen har et stærkt fokus på behovet for at udvikle det primære sundhedsvæsen. Vi er enige. Med reformen fra 2007 fik regionerne et klart ansvar for udviklingen af hospitalerne. Siden da er det lykkedes at omstille sygehusvæsenet, specialisere sygehusstrukturen, så vi i dag kan behandle langt flere patienter, behandle dem hurtigere og med en kvalitet og en effektivitet, der kan måle sig med de bedste hospitaler i verden. Den udvikling ønsker ingen at sætte over styr.

Men udviklingen i det nære sundhedsvæsen er ikke fulgt med. Hvert år kommer tusindvis af borgere på hospitalet med tilstande, der kunne have været forebygget, behandlet hjemme eller tæt på, hvor de bor. Og hver dag er der ca. 100 færdigbehandlede patienter, som ikke kan udskrives fra hospitalet, fordi der mangler et tilbud til dem i det nære sundhedsvæsen.

Regionerne har de senere år prioriteret en markant del af væksten i sundhedsvæsenet til praktiserende læger og udgående funktioner fra sygehusene, der løfter kvaliteten i det nære. Men vi må erkende, at det som hovedregel kun lader sig gøre i det omfang, at ansvar og finansiering er klart placeret i regionerne. Udviklingen af de nære sundhedsindsatser begrænses således af de strukturelle rammer, der opdeler ansvaret og finansieringen af sundhedsindsatsen i forskellige sektorer og lovgivninger. Hver sektor fokuserer på sin del af kæden, ikke på helheden.

Derfor mener Danske Regioner, at der er behov for en reform af sundhedsvæsenet, der bryder med silotænkning og samler ansvaret og økonomien for alle sundhedsindsatser. Dét vil skabe et stærkt incitament til at investere massivt i forebyggende indsatser, som kan gøre borgerne mere selvhjulpne og raske, så flere kan leve bedre liv, og færre får behov for at komme på hospitalet.

Rapportens forslag til forskellige forvaltningsmodeller indeholder mange positive elementer. Men ingen af modellerne leverer i sig selv en løsning, der både skaber sammenhæng, høj kvalitet og mest mulig sundhed for pengene *uden* unødvendige transaktionsomkostninger og *uden* at gamble med kvaliteten på hospitalerne.

Danske Regioner foreslår derfor i dette høringssvar en retning for *en fjerde model*. En model, der samler ansvaret for sundhedsopgaverne i de nuværende fem regioner.

Sundhedsvæsenet drives bedst i en geografi, der ikke er for langt væk til at levere løsninger tæt på borgerne, men hvor kapaciteten og kompetencerne samtidig er tilstrækkelige, også til at modvirke

den strukturelle ulighed i sundhed. Derfor mener vi, at ansvaret er bedst placeret på det regionale niveau. Med flere regioner risikerer vi, at de mange års udvikling og specialisering af sygehusene siden sidste reform går tabt, og at danskerne får en mere ulige adgang til sundhedsvæsenet. Færre regioner og et mere centraliseret sundhedsvæsen vil omvendt skabe unødigt afstand til de lokale forhold og svække den politiske opmærksomhed på landdistrikterne. En stor forskel i størrelsen mellem regioner vil desuden skabe en u hensigtsmæssig ubalance på tværs af landet. Derfor mener Danske Regioner, at de nuværende fem regioner udgør den bedste struktur for et samlet sundhedsvæsen med et samlet ansvar.

Som det fremgår af kommissionens rapport, kan der være forskellige modeller for, hvor langt det samlede ansvar - eller kædeansvaret - skal række. Men det er vores vurdering, at med et samlet ansvar for den patientrettede forebyggelse og rehabilitering, de midlertidige pladser, herunder akutpladser, akutteams og de dele af den kommunale sygepleje, der er beskrevet i den mindre opgavesamling, kan regionerne sikre en ensartet sundhedsfaglig indsats på tværs af landet - uden nødvendigvis at udføre alle opgaver selv.

Kommissionen foreslår nye stående nærudvalg, som på vegne af regionen får til opgave udvikle og udbygge de nære indsatser i dialog med sundhedsaktører, civilsamfund og lokalsamfund. Det vil løse behovet for at styrke nærheden i en model med fem regioner med et samlet kædeansvar.

Forslaget uddybes i afsnittet "Model 4: De vigtigste forbedringer af sundhedsvæsenet med få transaktionsomkostninger".

Danske Regioner vil til gengæld på det kraftigste advare mod kommissionens anbefaling om, at regionerne skal overgå til at være rene sundhedsregioner. Det er uforståeligt og i modstrid med kommissionens grundige og fagligt funderede arbejde på sundhedsområdet, at *sundhedseksperterne* i kommissionen - helt uden nærmere analyse - kommer med så vidtgående forslag om både socialområdet, miljø, klima, transport og uddannelse.

Læsevejledning

I det følgende uddyber vi ved først at kommentere de tværgående anbefalinger og dernæst de tre foreslåede forvaltningsmodeller. Afslutningsvis foreslår vi at kombinere elementer fra de tre modeller i en model 4, som vi mener, ville kunne levere den største effekt for borgerne, mest mulig sundhed for pengene og med lavest mulige transaktionsomkostninger.

Der er desuden udarbejdet to bilag vedrørende det regionale ansvar uden for sundhedsområdet.

Kommentarer til de tværgående anbefalinger

Anbefaling 1: Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud

Danske Regioner bakker op om, at det er nødvendigt at styrke det almenmedicinske tilbud bl.a. ved at sikre investeringer i flere almenmedicinske læger til almen praksis, og at almen praksis dermed rustes til at løfte endnu flere opgaver. Det er vigtigt, at væksten i antallet af praktiserende læger i første omgang sker i de områder, hvor der i dag mangler læger, eller hvor de enkelte læger har en stor arbejdsbyrde, fordi patienterne har mange sygdomme og problemstillinger, som den praktiserende læge skal håndtere. Danske Regioner er enige med kommissionen i, at der skal indføres differentierede patientnormer, så læger i områder med stor sygdomsbyrde skal have færre borgere tilknyttet, mens læger i områder med lavere sygdomsbyrde skal have flere tilknyttet. Honorarsystemet skal samtidig tage højde for de differentierede patienttal, så indtjeningen er mindst den samme i områder med lavere normtal og mere syge patienter.

En forudsætning for yderligere investeringer i almen praksis er, at der opnås sikkerhed for, at investeret økonomi går til de ønskede formål og til de patientmålgrupper, som får mest gavn af almenmedicinsk udredning, behandling og opfølgning tæt på egen bopæl. Derfor bakker Danske Regioner op om kommissionens anbefalinger om en ændret organisering af det almenmedicinske tilbud. Herunder et mere smidigt aftalesystem, bedre faglig ledelse, bedre muligheder for at allokere ressourcer efter sundhedsbehov og bedre muligheder for, at den lokale myndighed kan varetage sine forpligtelser til at levere almenmedicinske tilbud til alle borgere.

Danske Regioner bakker overordnet set op om alle de ni forslag. Hvis forslagene implementeres, vil det bane vejen for et fagligt styrket og mere koordineret almenmedicinsk tilbud. Dog mener vi, at man bør være opmærksom på følgende ved implementeringen af forslagene.

Kommissionen foreslår at lægge flere planlægningskompetencer i Sundhedsstyrelsen, herunder også i forhold til tilgængelighed mv. Det er vigtigt, at beskrivelsen af de opgaver, det almenmedicinske tilbud skal varetage, og eventuelt det serviceniveau, der skal tilbydes, er afstemt med de ressourcer, der er til rådighed såvel økonomisk som kapacitetsmæssigt. Danske Regioner finder det relevant, at en række faglige afklaringer sker i Sundhedsstyrelsen, men det vurderes generelt mest hensigtsmæssigt, at det er den direkte ansvarlige myndighed, som får adgang til at fastlægge krav til fx tilgængelighed. Det skyldes, at opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud fortsat bør være tæt afstemt med den faglige dialog og ledelse lokalt.

Danske Regioner er enige i, at der er behov for en ny honorarstruktur, som kan rumme, at opgaverne udvikler sig over tid, og hvor det er muligt, at honorarstrukturen motiverer til at tage nye fx digitale løsninger i brug og dermed omlægge arbejdsopgaverne, uden at det skal afvente en økonomisk forhandling.

Bedre muligheder for faglig ledelse og allokering af ressourcer efter sundhedsbehov kræver, at de relevante myndigheder har bedre forudsætninger for at tilgå kvalitetsdata og øvrige data, end de har i dag. Det er afgørende, at der ikke lovgivningsmæssigt er begrænsninger på brug af kvalitetsdata, da det ofte blokerer muligheden for at anvende disse data til faglig ledelse og dialog samt planlægning, styring og det tværsektorielle arbejde. Det skal derudover være helt tydeligt i lovgivningen, at fx ordinationsdata, henvisningsdata og diagnosekoder på individniveau kan anvendes til kontrol- og planlægningsformål på klinik- og yderniveau.

Danske Regioner er positive over for at ændre aftalemodellen som foreslået af kommissionen, men opfordrer til, at et nyt system tilrettelægges så ubureaukratisk som muligt for den ansvarlige myndighed, så processen omkring tilbagebetalingskrav og sanktioner ikke bliver mere besværligt end i dag. Der bør desuden i langt højere grad være mulighed for at følge op over for praktiserende læger og i sidste ende udelukke læger fra at praktisere, hvis der ikke leveres et tilbud til patienten, der lever op til de faglige forventninger eller systematisk ikke ligger inden for fagligt anerkendte standarder.

Anbefaling 2: Ny organisering af digitalisering og data

Danske Regioner er enige med kommissionen i, at digitalisering er helt centralt i den fortsatte udvikling af det danske sundhedsvæsen. Det er en væsentlig forudsætning for at løse udfordringer med mangel på arbejdskraft og for at sikre mere effektive og sammenhængende patientforløb på tværs af hospitaler, kommuner og praksissektor. Danske Regioner bakker derfor op om, at der udarbejdes én fælles digital strategi for sundhedsvæsenet. Ligesom vi mener, at det er fornuftigt at styrke den fælles planlægningskompetence på området, herunder muligheden for at stille bindende krav til regioner, kommuner og praksissektor.

Danske Regioner støtter, at der etableres en national organisation, Digital Sundhed Danmark, for hele sundhedsvæsenet. En fælles national organisation vil kunne spille en vigtig rolle i at drive og videreudvikle den fælles nationale it-infrastruktur, der går på tværs af sektorer, som f.eks. den fælles telemedicinske infrastruktur (FUT), den fælles meddelelseskommunikation (MedCom), Sundhedsjournalen, Det Fælles Medicin Kort (FMK) og den Nationale Service Platform (NSP). Ansvar for de nationale borgerrettede løsninger som sundhed.dk, MinSundhed app'en og MinLæge app'en kan ligeledes tilknyttes den fælles service- og leveranceorganisation. Det er vigtigt, at denne nye organisation ejes og drives i fællesskab mellem stat, regioner og kommuner for at sikre et tydeligt ejerskab hos alle tre myndigheder.

Vi vil derimod stærkt advare imod forslaget om, at Digital Sundhed Danmark også skal drive og udvikle lokale og regionale løsninger som f.eks. de elektroniske patientjournaler (EPJ) og kommunernes elektroniske omsorgssystemer (EOJ). Det danske sundhedsvæsen er et af de mest digitaliserede i verden med flere tusinde fagsystemer, som spiller sammen med bl.a. EPJ-systemerne, og den position er bl.a. kommet gennem en tæt dialog mellem fagfolk og de it- og driftsansvarlige. Det må vi ikke sætte over styr med en centralisering, der distancerer udvikling og drift af disse systemer fra den kliniske hverdag på sygehuse og i kommuner. Der er efter vores opfattelse ingen gevinster – hverken fagligt eller økonomisk - i at opbygge en meget stor centraliseret driftsorganisation uden kobling til den kliniske hverdag.

Der er et stort behov for at lette og udvide sundhedspersonalets adgang til og brug af sundhedsdata på tværs af sektorer. Det vil styrke behandlingen af den enkelte patient og lette arbejdsgangene for de sundhedsfaglige. Danske Regioner har foreslået, at det kan ske ved, at der etableres en fællesoffentlig sundhedscloud. Den opgave bør også placeres i Digital Sundhed Danmark.

Kommissionens forslag er, at Digital Sundhed Danmark også skal understøtte skalering og implementering af lovende sundhedsinnovation. Det er imidlertid en misforståelse, at der er en tæt sammenhæng mellem fælles it- og datainfrastruktur på den ene side og innovation af behandlingsformer, der skal frigøre tid og arbejdskraft i klinikken, på den anden side. Placeringen af opgaven med at skalere innovative sundhedsløsninger i en it-organisation vil ikke fremme udvikling og skalering af nye løsninger i sundhedsvæsenet – tværtimod, da det vil kræve helt andre kompetencer og arbejdsprocesser.

Danske Regioner har tidligere foreslået et Nationalt Center for Sundhedsinnovation, som skal sikre investering i og udbredelse af innovative arbejdskraftsbesparende løsninger. Danske Regioner vil derfor stærkt anbefale, at der – uafhængigt af kommissionens anbefalinger på it- og dataområdet - arbejdes videre med at etablere et Nationalt Center for Sundhedsinnovation med fokus på skalering af innovative sundhedsløsninger.

Anbefaling 3: Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Danske Regioner er helt enige i, at det er afgørende for et bæredygtigt sundhedsvæsen, at der er et balanceret ressourceforbrug på tværs af det specialiserede og almene sygehusområde og på tværs af landet. Danske Regioner bakker derfor op om anbefalingen om en national sundhedsplan, der understøtter en fordeling af ressourcerne, som afspejler befolkningens behov på tværs af sektorer og geografi.

Den nationale sundhedsplan har et højt ambitionsniveau og indeholder mange relevante udviklingstiltag, herunder etablering af sundhedscentre, strategisk styring og dimensionering af den lægelige grund- og videreuddannelse, mere balanceret specialeplanlægning mv. Det er vores opfattelse, at der bør udarbejdes en række klare pejlemærker for sundhedsplanen, herunder at planen ikke skal medføre øget bureaukrati, at der skal sikres muligheder for at tage lokale hensyn i planlægningen og at inddrage socioøkonomiske forhold, hensyn til lokal mulighed for rekruttering mv. Der er brug for, at en sådan plan udarbejdes i et meget tæt samarbejde med regionerne og Danske Regioner.

På trods af de mange positive takter i anbefalingen om en national sundhedsplan er det samtidig Danske Regioners vurdering, at flere af kommissionens forslag ikke vil have den ønskede effekt og risikerer at føre til en svækkelse af de seneste årtiers landvindinger for patienterne på sygehusene. Ligesom der mangler opmærksomhed på, at der fortsat vil være brug for at robustgøre og styrke den specialiserede indsats, så vi også fremover kan tilbyde fx kræft- og hjertebehandling af høj kvalitet samt udbygge grundlaget for forskning, sundhedsinnovation og vækst inden for life science-industrien.

Det gælder især kommissionens forslag om, at det årlige løft af regionernes økonomi på 750 mio. kr. til at dække det demografiske træk frem mod 2030 fremadrettet målrettes almenmedicinske tilbud og nationale kvalitetsstandarder i kommunerne.

Danske Regioner er enige i, at der er behov for et løft af investeringerne i sundhedstilbud uden for hospitalerne, herunder i almen praksis. Men Danske Regioner finder, at kommissionen har for snævert fokus på opgaveflytning til almen praksis og kommunerne. En reel omstilling til et mere nært sundhedsvæsen handler i lige så høj grad om, at sygehusene i fremtiden skal have en endnu mere udadvendt rolle, herunder fx telemedicinske løsninger, udadvendte sygehusfunktioner, akutte udgående funktioner, specialistrådgivning af almen praksis, speciallægepraksis og den præhospital indsats med udgående paramedicinere, som også er en vigtig del af det nære sundhedsvæsen og forebyggelsen af sygehusindlæggelser.

Samtidig finder vi, at forslaget indeholder elementer, som giver anledning til alvorlig bekymring:

Kommissionen foreslår, at de regionale demografimidler skal anvendes på opgaver i kommunerne og i almen praksis. Demografimidlerne finansierer i dag den stigende efterspørgsel efter sygehusbehandling i takt med, at vi bliver flere ældre, og flere danskere dermed fx får kræft og hjertesygdom, som kræver specialiseret behandling på sygehusene. Forslaget betyder dermed reelt, at man tager pengene fra behandling af patienter med fx kræft og hjertesygdom for bl.a. at finansiere

kvalitetsstandarder i kommunerne, som erfaringsmæssigt har meget begrænset effekt for aflastningen af sygehusene. Det risikerer at svække den behandling af alvorlig sygdom, som er opbygget de seneste 15-20 år.

Kvalitetsstandarder kan være et vigtigt redskab til at løfte kvaliteten i det nære. Men hvis vi for alvor skal skabe kvalitet i det nære, kræver det et samlet kædeansvar, som sikrer de rette incitamenter til udvikling og innovation i det nære. Erfaringerne viser, at udbygningen af kvalitetsstandarder for kommunerne går meget langsomt og for ofte ender med ikke-bindende standarder, fordi der skal forhandles DUT for hver enkelt opgave. Derfor har det vist sig svært at sikre en ensartet høj kvalitet og tilgængelighed i de forebyggende og nære tilbud. En udbygning af det nære sundhedsvæsen efter modellen med kvalitetsstandarder vil derfor betyde en voldsom vækst i de samlede sundhedsudgifter og mindre sundhed for pengene end i dag. Samler man derimod finansieringen af flere opgaver i samme budget og samme myndighed, vil investeringer i at forebygge indlæggelser, drive akutpladser med de rette kompetencer m.v. være en investering i at forebygge endnu dyrere indlæggelser. Det vil føre til et helt andet tempo og ambitionsniveau i udviklingen af sundhedsvæsenet uden for sygehusene.

Danske Regioner anerkender, at det har været en forudsætning for Sundhedsstrukturkommissionens arbejde at komme med udgiftsneutrale anbefalinger. Men Danske Regioner understreger, at der er behov for fortsat at investere i sundhedsvæsenet – også udover hvad en snæver demografiberegning tilsiger - og noterer sig bl.a. at regeringen har afsat 5 mia. kroner frem mod 2030 til at løfte sundheden. Danske Regioner er enige i, at en del af væksten i det samlede sundhedsvæsen skridt for skridt skal flyttes ud i det nære, i takt med at virkningsfulde forebyggende indsatser aflaster sygehusene. Det vil gå ud over patienterne, hvis der skæres ned på sygehusene, før der er etableret reelle løsninger i det nære, som aflaster sygehusene. Det er vigtigt, at væksten i det nære ikke sker på bekostning af landvindingerne for patienter med behov for specialiseret behandling på sygehusene. Derfor er det stærkt bekymrende, at kommissionen ikke har vurderet konsekvenserne af den manglende finansiering af sygehusbehandlingen – ikke mindst i en situation, hvor udgiftspresset allerede i dag er meget stort.

Kommissionens forslag tager heller ikke højde for, at indsatser i det nære ikke nødvendigvis kan omsættes til gevinster på hospitalerne på kort sigt, men i bedste fald kan påvirke efterspørgslen på længere sigt. Danske Regioner vil i den forbindelse påpege, at Sundhedsstyrelsen overvurderer omfanget af unødvendig behandling, da deres vurdering indirekte bygger på primært amerikanske tal, som ikke kan overføres til danske forhold. Den omstilling, der skal ske, må derfor forudsætte, at der først opbygges kapacitet i det nære sundhedsvæsen, før der fjernes finansiering fra hospitalerne. Ellers risikerer vi at stå med hospitaler, der ikke kan udføre deres opgave og må gennemføre uhensigtsmæssige spareplaner, uden at patienterne har et alternativ i det nære.

Danske Regioner undrer sig også over, at kommissionen ikke medtænker, at demografimidlerne til ældre- og sundhedsområdet i kommunerne vil kunne øge kapacitet og kompetence i det nære sundhedsvæsen. Frem mod 2030 har regeringen afsat 11,25 mia. kr. til at dække den demografiske vækst, heraf er den markant største del (6,75 mia. kr.) afsat til kommunerne. Vi vil anbefale, at der skabes sikkerhed for, at midlerne anvendes på sundheds- og ældreområdet, og at de målrettes indsatser, der har en aflastende effekt for det samlede sundhedsvæsen.

Afslutningsvist vil Danske Regioner fremhæve, at rapportens konklusion om, at en større del af sundhedsudgifterne i Danmark går til den mest specialiserede del af sundhedsvæsenet sammenlignet med andre lande, bygger på forkerte forudsætninger. Mens den opgørelse, som rapporten henviser til, rummer alle de danske hospitalsudgifter, så er der for Holland, Norge, Storbritannien og Sverige en betydelig andel af landenes sundhedsudgifter, som foregår på et hospital, men ikke tæller som hospitalsudgifter. Sammenligner man fx Danmark og Sverige via OECD's faktiske hospitalsafgrænsning samt korrigerer for effekten af sygehusmedicin og langsigtet pleje til mennesker med handicap, falder forskellen i sygehustyngde fra 13 procent til 2,6 procent.

Anbefaling 4: Styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

Danske Regioner er meget enige i, at der er behov for et løft af psykiatrien, så behandlingen af mennesker med psykisk sygdom ligestilles med behandlingen af mennesker med fysiske sygdomme. Ligesom vi fuldt ud deler ambitionen om, at samarbejdet mellem psykiatrien og somatikken skal styrkes, så mennesker med psykisk sygdom i højere grad end i dag også sikres rettidig udredning og behandling for deres fysiske sygdom. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser dør i dag i snit 7-10 år tidligere end den øvrige befolkning. Overdødeligheden skyldes forskellige forhold, herunder øget forekomst af risikofaktorer for udvikling af fysiske sygdomme, underdiagnosticering og mindre effektiv behandling af både psykisk lidelse og somatisk sygdom. Den ulighed skal vi gøre op med.

Et bredt flertal i Folketinget har i 2022 besluttet en ambitiøs 10-års plan for psykiatrien, hvor vi med langsigtede investeringer vil udbygge kapaciteten, styrke forebyggelsen og skabe bedre sammenhæng for mennesker med psykisk sygdom. For Danske Regioner er det afgørende, at implementeringen af 10-årsplanen ikke mister det nødvendige politiske og ledelsesmæssige fokus. Med kommissionens forslag om en samorganisering af psykiatrien og somatikken risikerer vi, at ressourcerne vil gå til administrative ændringer fremfor fokus på patienterne. En samling af somatik og psykiatri risikerer at afspecialisere den psykiatri, som gennem mange år har fokuseret på at opbygge stærke kompetencer. Vi er desuden bekymrede over, at et forslag, som vil ændre så grundlæggende på den måde, vi i dag har organiseret vores psykiatri, hverken er klart beskrevet eller grundigt underbygget i rapporten. Det er fx ikke helt klart, om kommissionens anbefalinger om fælles organisering af psykiatrien og somatikken også indebærer en samlokation. Danske Regioner mener ikke, at en egentlig samlokation er realistisk, da det vil kræve massive investeringer i nyt sygehusbyggeri de mange steder, hvor psykiatri og somatik i dag er adskilt.

Danske Regioner mener ikke, at der er evidens for forslagetets præmis om, at overdødeligheden blandt mennesker med psykiske lidelser vil blive reduceret ved en samorganisering af psykiatrien og somatikken. Der er således intet, der tyder på, at lande, hvor psykiatrien og somatikken er samorganiseret, har lavere overdødelighed blandt mennesker med psykisk sygdom, end lande, hvor psykiatrien har selvstændig ledelse og organisering. Samtidig risikerer man at sætte udviklingen markant tilbage, hvis man splitter de nuværende fem psykiatrier op i flere mindre enheder i tilknytning til de somatiske hospitaler. Dette gælder ikke mindst i en model med 8-10 regioner.

Danske Regioner er enige i, at der er behov for at styrke samarbejdet mellem psykiatrien og somatikken om patienter med både psykisk og fysisk sygdom. Regionerne er allerede i dag i fuld gang med at styrke og integrere samarbejdet om den somatiske indsats for mennesker med psykisk sygdom, og den indsats skal fortsættes og udbygges. Det gælder fx ordningen med botilbudslæger på psykiatriske botilbud, socialsygeplejersker på somatiske sygehuse og indførelse af såkaldt 'liaisonsomatik', hvor det somatiske personale gennemfører somatiske udredninger og behandling i psykiatrien i et tæt klinisk samarbejde med det psykiatriske personale. I alle regioner arbejdes der med at systematisere og udbrede konkrete indsatser til integration af psykiatri og somatik for at sikre, at det implementeres i alle regioner.

Danske Regioner mener, at løsningen på den alvorlige overdødelighed blandt mennesker med psykisk sygdom også handler om at sikre en bedre sammenhæng og integration mellem den specialiserede socialpsykiatri og behandlingspsykiatrien, herunder bedre forebyggelse af indlæggelse og bedre opfølgning efter indlæggelse i psykiatrien for borgere med svær psykisk sygdom. Derfor foreslår vi at samle ansvaret for bosteder for de sværest psykisk syge og ansvaret for psykiatrien under én aktør, så der skabes et større incitament til at udbygge de forebyggende og udgående indsatser og sikre, at de rette sundhedsfaglige kompetencer er til stede. Dette gælder fx botilbudsteams, hvor sundhedsfagligt personale fra psykiatrien jævnligt følger op på borgere, der bor på psykiatrisk botilbud og udgående akutindsatser, der kan handle umiddelbart ved borgerens behov for hjælp.

Danske Regioner er helt enige i, at udbredelse og bedre udnyttelse af digitale og teknologiske løsninger kan være med til at skabe bedre tilgængelighed, sammenhæng og hurtigere hjælp på rette niveau. I regionernes udspil "Let og hurtig psykisk hjælp" er det beskrevet, hvordan digitale tilbud kan hjælpe mennesker med psykiske lidelser i en "stepped care model". Dertil har Regionernes Taskforce for Digital Psykiatri peget på en række tilbud, der bør videreudvikles systematisk med henblik på landsdækkende udbredelse. Det foreslås også i dette udspil, at regionerne skal have lov til at etablere og drive egne klinikker med psykologbehandling med tilskud for voksne eller vederlagsfrit for 18-24-årige med angst eller depression i områder, hvor der er lange ventelister. Disse forslag vil bidrage til at mindske det aktuelle pres på psykiatrien.

Anbefaling 5: **Private aktører og rettigheder**

Danske Regioner ser generelt positivt på de forslag, som kommissionen har fremsat for de praktiserende speciallæger. Der er brug for at udnytte ressourcerne bedst muligt og sikre en geografisk spredning af speciallægerne, så der er et reelt og lige tilbud om specialiseret behandling i alle dele af landet. Det er også fornuftigt at få skabt mere ledelseskraft og styrket organisatorisk fokus ift. praktiserende speciallæger.

Det er positivt, hvis der skabes klare rammer og gennemsigtighed omkring, hvilke ydelser der skal udføres i speciallægepraksis, samtidig med at man lokalt fortsat kan tilrettelægge det konkrete tilbud ud fra de behov, der måtte være. Pga. forskellige regionale forhold, fx i forhold til rekruttering, er arbejdsdelingen mellem hospitaler og speciallægepraksis forskellig rundt om i landet. Danske Regioner har selv foreslået, at flere ydelser skal flyttes fra hospitalerne og ud i speciallægepraksis og foreslået en række tiltag, der kan understøtte denne udvikling.

Danske Regioner ser positivt på en udvikling, hvor der skabes en bedre fordeling af speciallægeressourcerne geografisk. Det vil være vanskeligt at flytte de eksisterende pga. aftalemæssige bindinger. Men Danske Regioner bakker op om flere specialiserede funktioner i form af praktiserende speciallæger ude i praksis. Ved seneste overenskomst blev der indført en bestemmelse om satellitpraksis, som kan bidrage til en bedre geografisk fordeling til en vis grad.

Speciallægepraksis er generelt langt fremme i arbejdet med kvalitet og deling af data mv. Det er vigtigt, at en ny organisatorisk struktur ikke bremser denne udvikling.

Danske Regioner vil i øvrigt bemærke, at der er for lidt fokus på den øvrige praksissektor i rapporten – herunder på andre faggrupper end læger. Den øvrige praksissektor varetager også en væsentlig del af sundhedsvæsenets opgaver, og mange patienter oplever også udfordringer i forhold til sammenhæng med denne del af sundhedsvæsenet.

Anbefaling 6: **Reformsekretariat**

Danske Regioner er enige med kommissionen i, at det er vigtigt med et fokus på implementering og ledelseskraft i en kommende sundhedsreform. Men Danske Regioner advarer imod opbygningen af et større bureaukрати og opfordrer til, at der til gengæld kommer større fokus på behovet for ressourcer i forbindelse med den konkrete implementering i sektorerne.

Danske Regioner vil opfordre til, at implementeringen decentralt er i centrum, og at der eventuelt etableres et fælles sekretariat, som har fokus på at fjerne barrierer, afklare regler og rammer og bidrage til at løse de problemer, som de decentrale myndigheder måtte møde i forbindelse med implementeringen af reformen.

Kommentarer til de tre forvaltningsmodeller

Model 1: Enhedssundhedsvæsen med sundheds- og omsorgsregioner

Danske Regioner er enige i, at der er behov for at samle budget- og opgaveansvaret for hospitaler og nære sundhedsindsatser, så vi får en sundhedsstruktur, der bidrager til mere sammenhængende forløb for patienterne, og hvor ansvaret ikke er spredt ud på flere forskellige sektorer. Det vil skabe stærke økonomiske incitamenter til at løse mere i det nære og investere i forebyggende indsatser, hvor det er bedst for borgeren, omkostningseffektivt og arbejdskraftbesparende. Dermed vil incitamenterne vende rigtigt: Sundhedsvæsenet vil have en fælles interesse med borgerne i at udbygge kapaciteten, kvaliteten og rettidigheden i de nære og digitale sundhedstilbud, så flest muligt undgår en unødvendig indlæggelse.

Ligeledes gælder det på lovgivningsområdet, hvor opdelingen i forskellige lovkomplekser og administrative sektorer skaber barrierer for de ansatte, som ikke kan dele data, økonomi eller ansvar. Derfor mener Danske Regioner, at der er behov for at samle alle sundhedsopgaver og *de facto* sundhedsopgaver i sundhedsloven. Man bør kunne forvente samme tilgang til kvalitet i sundhed uden for som inden for hospitalernes mure.

I dag er sundhedsområdet opdelt i en sundhedslov, en psykiatrilov og en servicelov. Men særligt opdelingen mellem sundhedslov og servicelov er problematisk. Logikken i serviceloven passer ikke til et moderne sundhedsvæsen, og opdelingen i to forskellige logikker, to lovkomplekser og to administrative sektorer skaber barrierer for samarbejdet mellem ansatte, der burde have hensynet til borgeren som det fælles mål. De kan ikke dele data, økonomi eller ansvar, og de kan ikke levere en sammenhæng for de borgere, som har forløb, der går på tværs af sektorgrænserne. Det rammer især ældre borgere, borgere med kronisk sygdom og borgere med psykisk sygdom – og det rammer ofte nogle af de mest ressourcetsvage borgere ekstra hårdt.

Danske Regioner mener ikke, at en samling af opgaver kræver oprettelse af flere og nye regioner. De eksisterende regioner har en størrelse, så de kan håndtere flere opgaver, end de gør i dag. Se særskilt afsnit om regionernes øvrige opgaver.

En opsplitning i flere regioner risikerer til gengæld at sætte en velfungerende styring af det specialiserede sundhedsvæsen over styr og dermed svække behandlingen af alvorlige og livstruende sygdomme. Samtidig risikerer man en væsentlig grad af suboptimering inden for det specialiserede område.

Udfordringerne i sundhedsvæsenet bliver ikke løst med hverken flere eller færre regioner. Til gengæld vil der være store transaktionsomkostninger forbundet med ændringer i regionsstrukturen, og man risikerer at gamble med den hospitalsstruktur, der har været afgørende for, at vi bl.a. har rykket kræftbehandlingen op i en helt anden liga end i amternes tid.

Danske Regioner anbefaler, at man sparer de transaktionsomkostninger, der vil være forbundet hermed. I en struktur med fem regioner ville de nærudvalg, som kommissionen foreslår, kunne sikre den ønskede nærhed i mindre geografiske områder. Danske Regioner bakker således op om, at der ved en større samling af sundhedsvæsenet i regionerne også skabes en regional styreform, som giver bedre mulighed for at understøtte, at tilrettelæggelsen af opgaver tilpasses lokale behov. Herunder at udvalgene kan varetage dialogen med bl.a. kommuner, praksisaktører og erhvervsliv.

Yderligere bemærkninger til nærudvalg gives under afsnittet "De vigtigste forbedringer af sundhedsvæsenet med få transaktionsomkostninger".

Samlingen af sundhedsopgaverne hos én myndighed og i én lovgivning er efter Danske Regioners opfattelse helt afgørende for et bæredygtigt sundhedsvæsen. Til gengæld ser Danske Regioner ikke behov for, at det samlede ansvar skal omfatte hele ældreområdet, herunder plejehjem og praktisk hjælp m.v. I en model med fem regioner vil det være tilstrækkeligt at samle den patientrettede forebyggelse og rehabilitering, de midlertidige pladser, akutpladser, akutteams og dele af den kommunale sygepleje (jf. den mindre opgavesamling i rapporten) hos regionerne.

At samle det politiske og økonomiske ansvar er ikke det samme som, at regionerne skal udføre opgaverne. Således vil kommuner af en vis størrelse fortsat kunne drive en integreret ældre- og sundhedsindsats efter aftale med regionen, ligesom en regional indsats i mindre kommuner ikke altid vil indebære, at regionale medarbejdere skal udføre indsatsen. Et eksempel på denne type samarbejde i dag er plejehjemslæger, som er et vigtigt redskab til at forebygge unødvendige indlæggelser og genindlæggelser. Denne ordning er i dag aftalt mellem regionerne og PLO og finansieret af regionerne, men det betyder ikke, at regionale medarbejdere er involveret i det daglige samarbejde mellem lægen og plejehjemmet. På tilsvarende vis vil et regionalt politisk og økonomisk ansvar for sundhedsindsatserne i det nære ikke nødvendigvis indebære regional udførelse af opgaverne.

Model 2: Statsligt enhedssundhedsvæsen

Det er Danske Regioners vurdering, at udviklingen af sundhedsvæsenet sikres bedst i en decentral struktur med en direkte folkevalgt ledelse, der har kendskab til de særlige forhold, som kendetegner de enkelte landsdele. Danske Regioner vil derfor advare mod den centralisering, som denne model foreslår, og som går i den modsatte retning af et mere nært sundhedsvæsen. De decentralt folkevalgte er borgernes stemme ind i et ofte stort og tungt system, der kan være svært at ændre, og det er erfaringsmæssigt politikerne, der er i stand til at stille krav til systemet og prioritere opgaver, geografi og ressourcer på en måde, som er afstemt med borgerne i de enkelte dele af landet.

Sundhedsområdet er det største enkeltstående velfærdsområde. Derfor må det aldrig blive uklart, hvem borgerne kan stille til ansvar for de sundhedspolitiske beslutninger. For det betyder noget, om man lokalt har indflydelse. Ligesom det har en stor værdi i sig selv, at det i dag er folkevalgte fra f.eks. Kalundborg, Slagelse og Nakskov, der er med til at afgøre lokale sundhedspolitiske beslutninger i Region Sjælland.

Danske Regioner er enige med kommissionen i, at forslaget vil medføre manglende politisk kapacitet med risiko for, at for mange enkeltsager vil udfordre en hensigtsmæssig prioritering. Ligeledes er Danske Regioner enige med kommissionen i, at denne model vil give væsentlige styringsudfordringer og i øvrigt indebærer betydelige transaktionsomkostninger med konsekvenser for både økonomi og medarbejdere. Danske Regioner bemærker også, at der ikke i øvrigt er erfaring med, at statslig styring giver større ensartethed eller bedre service.

Model 3: Sundhedsregioner

Danske Regioner ser med stor bekymring på kommissionens forslag om færre regioner. Vi ser to meget grundlæggende problemer med denne model, da man 1) risikerer at skabe større ulighed i sundhedsvæsenet og 2) ikke løser problemerne med sektoropdeling og mangel på sammenhæng. Modellen løser således ikke sundhedsvæsenets mest centrale udfordringer.

Større regioner vil føre til større geografisk ulighed frem for at mindske den – og dermed resultere i det stik modsatte af de politiske intentioner. En sådan model vil være en centralisering af sundhedsvæsenet og vil svække borgernes demokratiske indflydelse.

Det vil især være til ugunst for befolkningen i yderområderne, idet man i tyndbefolkede områder vil have færre lokale repræsentanter i regionsrådet end borgerne i tætbefolkede områder. Derfor vil det på ingen måde være givet, at det politiske flertal vil tale udkantens sag. Danske Regioner noterer sig, at kommissionen selv peger på, at færre regioner vil medføre stordriftsulemper og vil have store implementeringsomkostninger.

Det er Danske Regioners vurdering – i tråd med kommissionens – at fx en stor østregion vil medføre en geografisk skævvridning på tværs af landet, hvor én stor region vil have en væsentlig fordel op imod tre vstdanske regioner. Det giver risiko for en uhensigtsmæssig fordeling af ressourcer på tværs. Samtidig kan det have en væsentlig demokratisk slagside, idet borgernes kendskab og opbakning til det regionale demokrati vil blive forringet, fordi afstanden til indflydelse opleves at være for stor. Dette kan betyde en lavere stemmeprocent ved regionalvalg samt medføre, at færre borgere vil engagere sig i regionalpolitik og stille op til regionalvalg, fordi den regionale identitet går tabt, og det bliver vanskeligt at spejle et lokalt engagement i en storregion.

Det samlede regionale ansvar giver allerede med fem regioner mulighed for at koble sygehuse sammen under samme ledelse for at sikre en bedre fordeling af personaleressourcer. Dette ses f.eks. i Region Sjælland, hvor Nykøbing Falster sygehuse er fusioneret med Sjællands Universitetshospital. Det samme gælder for den tværgående anbefaling om national styring af almenmedicinske tilbud eller om øget koordinering inden for IT-området. Disse greb bliver ikke mere effektive ved tre regioner.

Ligeledes har det betydning for patienterne, at behandlingen foregår tættere på borgeren. Ved færre regioner vil der være risiko for, at der ikke i samme grad blive prioriteret at have sundhedstilbud i yderområder. Dertil kommer, at regionerne allerede i dag har en forholdsvis høj selvforsyningsgrad for sygehusbehandling. Region Sjælland, som har den laveste selvforsyningsgrad, ligger på omkring 80 pct, mens Region Nordjylland ligger på over 90 pct.

Det er et afgørende problem for modellen, at den reelt ikke løser de store udfordringer, som kommissionen selv tegner op med manglende kædeansvar i den nuværende struktur. Strukturkommissionen foreslår under denne model at fastholde den nuværende opgave- og ansvarsfordeling på sundheds- og ældreområdet, hvilket gør Danske Regioner alvorligt bekymret for, at man med denne model er alt for uambitiøs og ikke tager hånd om de problemer, sundhedsvæsenet står i. Som tidligere nævnt er det Danske Regioners opfattelse, at de nuværende regioner vil kunne håndtere langt flere opgaver end i dag, og vi vurderer, at rapporten mangler klarhed omkring, hvorfor der ikke lægges op hertil. Dette set i lyset af, at kommissionen selv vurderer, at det samlede opgave- og budgetansvar er af afgørende betydning.

Strukturkommissionen peger selv på en række kompenserende tiltag som fx kvalitetsstandarder, jf. Danske Regioners kommentarer til anbefaling 3, men den fortsatte sektoropdeling vil fortsat skabe markante barrierer, som forhindrer den nødvendige udbygning af det nære sundhedsvæsen og gøre det umuligt at skabe den sammenhæng, som borgerne med rette forventer. Dermed vil der heller ikke ske en tilstrækkelig udvikling af det samlede sundhedsvæsen. Det er således vurderingen, at de kompenserende tiltag, der foreslås, i alt for lille grad håndterer de udfordringer, der er.

Med denne model opnår man desværre heller ikke den gevinst, der er ved at samle ansvaret for sundhedsopgaven og den tilknyttede økonomi, idet der ikke skabes et incitament til at investere massivt i de forebyggende indsatser og nære tilbud, som kan medvirke til at forebygge indlæggelser og aflaste hospitalerne. Udviklingen af endnu et resultatafhængigt tilskud i forlængelse af de dårlige erfaringer med den kommunale medfinansiering, vurderer Danske Regioner ikke vil give de nødvendige incitamenter.

Endelig forekommer det helt uforståeligt, at der i en model med 3-5 regioner skulle være behov for at fjerne regionernes opgaver ud over sundhedsopgaven. Der er tværtimod på en række områder som det specialiserede socialområde samt miljø- og klimaområdet et stort potentiale for at udvide regionernes opgaver, da den regionale geografi er velegnet til at løse samfundsmæssige udfordringer omkring klimatilpasning, miljøtilsyn med virksomheder og fagligt bæredygtige indsatser på det højt specialiserede socialområde.

Model 4: De vigtigste forbedringer af sundhedsvæsenet med få transaktionsomkostninger

Kommissionens modeller indeholder hver for sig mange gode elementer og forslag. I det følgende beskrives et forslag til en kombinationsmodel, der imødekommer behovet for sammenhæng, nærhed og ensartet kvalitet i hele sundhedsvæsenet – og gør det med lavest mulige transaktionsomkostninger. Modellen skal ses i sammenhæng med Danske Regioners kommentarer og ønsker til de tværgående anbefalinger.

Organisering, styring og finansiering

Den nødvendige opgavesamling og sammenhæng, som understreges i model 1, kan gennemføres uden at eksperimentere med alt det, der i dag fungerer godt i det specialiserede sundhedsvæsen, og med væsentligt færre transaktionsomkostninger. Det kan det i en model, hvor ansvaret for det samlede sundhedsvæsen placeres i de eksisterende fem regionsråd, og hvor den umiddelbare forvaltning og udvikling af sundhedstilbuddene inden for et afgrænset geografisk område placeres hos et antal nærudvalg under regionsrådet.

Disse stående udvalg med geografisk ophæng vil have en væsentlig rolle i på vegne af regionen at udvikle og udbygge de nære indsatser i dialog med sundhedsaktører, civilsamfund og lokalsamfund. Det gælder blandt andet samspillet mellem praksissektoren og sygehusene, når flere opgaver skal løses uden for sygehusene, og det kan handle om udviklingen af forebyggende tiltag, der reducerer (gen)indlæggelser som fx Kom Trygt Hjem. Graden af delegation til nærudvalgene skal ske under hensyntagen til behovet for ensartet, høj kvalitet, som borgerne med rette bør kunne forvente under et samlet ansvar. Der vil fortsat være et stort behov for at se på tværs af regionen, og det vil fx være regionsrådets ansvar at sikre sygehusplanlægning, akutberedskab og et geografisk balanceret budget på tværs af disse nærområder samt stille krav til kvalitet og serviceniveau. På den måde kan vi sikre både nærheden, tilpasningen til lokale forhold og den geografiske lighed i fremtidens sundhedsvæsen.

I denne model er et regionalt ansvar ikke ensbetydende med, at regionen skal udføre alle opgaver selv eller, at den fysiske placering af sundhedstilbud, der drives af kommunerne, nødvendigvis skal ændres. Regionen får et tydeligt ansvar for at sikre en ensartet sundhedsfaglig indsats på tværs af landet. Nogle kommuner kan levere meget selv. Det vil de fortsat kunne i et samlet sundhedsvæsen, hvor der bør være en mangfoldighed af leverandører – men under et samlet regionalt myndigheds- og budgetansvar.

Med et samlet budget optimeres incitamenterne til at investere i de nære og forebyggende tilbud, og der kan ske en prioritering og omstilling på tværs af sundhedsvæsenet. Det ville kunne ske i et effektivt, men forsvarligt tempo, der ikke kompromitterer de store landvindinger, der er sket på hospitalsområdet.

De tværgående anbefalinger vedrørende kapacitet og lægedækning vil give et stærkt udgangspunkt for bedre geografisk balance i de eksisterende fem regioner og uden at skabe øget centralisering. Sammen med en revision af de eksisterende bloktilskudskriterier vil det understøtte en bedre geografisk balance i ressourcefordelingen.

Regionale opgaver

I denne model driver regionerne fortsat sygehusene og har ansvaret for at sikre et alment medicinsk tilbud med udgangspunkt i de ændringer, der fremgår under de tværgående anbefalinger i høringssvaret.

Danske Regioner foreslår, at man i denne model samler ansvaret for de nære sundhedsydelser i lighed med den lille opgavesammenlægning, som kommissionen foreslår. Det gælder den patientrettede forebyggelse og rehabilitering, de midlertidige pladser og akutpladser, akutteams og dele af den kommunale sygepleje (komplicerede, subakutte og akutte forløb, jf. den mindre opgavesamling i rapporten). Det er ikke Danske Regioners vurdering, at det er nødvendigt at inkludere hele ældreområdet, herunder plejehjem, personlig pleje og praktisk hjælp i en sundhedsreform for at opnå synergieffekter. Regionerne leverer allerede i dag gennem aftaler med PLO faste læger på kommunalt drevne plejehjem – det foregår, uden at regionen behøver være yderligere involveret i selve udførelsen eller i de lokale aftaler mellem læge og plejehjem.

Regionerne har i sin nuværende form den rette geografi og volumen til at levere specialiserede indsatser til små målgrupper med komplekse behov, der ofte også har en sundhedsdimension, som kræver nærhed til hospitalsvæsenet. I denne model placeres ansvaret for det højt specialiserede socialområde derfor i regionerne.

Der er heller ikke noget fagligt argument for at flytte de øvrige regionale opgaver i forbindelse med en sundhedsreform. Fastholdes de fem regioner, er det tværtimod oplagt også at bruge det regionale niveau til at løse flere af de opgaver, hvor kommunerne bliver for små, og staten er for langt væk. Danske Regioner anbefaler derfor også, at regionerne i denne model får et større myndighedsansvar både på det specialiserede socialområde og på miljø- og klimaområdet.

Danske Regioners position på socialområdet og de øvrige regionale områder uddybes og begrundes nedenfor.

Kommissionens behandling af øvrige regionale områder

Danske Regioner finder det useriøst og meget problematisk, at kommissionens sundhedsekspertes kommer med vidtgående forslag, der fjerner det specialiserede socialområde, miljø, klima, transport og uddannelse fra det regionale niveau – uden i øvrigt at kunne pege på, hvor disse opgaver løses bedre. Der ligger ingen analyse bag Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling, og der er intet, der begrundes, at regionale politikere som det eneste politiske niveau i Danmark ikke skulle kunne have ansvar for mere end ét område. Har vi et regionalt niveau, skal det selvfølgelig anvendes i alle de sammenhænge, hvor staten er for langt væk til at sikre lokalt tilpassede løsninger. Og hvor kommunerne er for små, og hvor området fylder for lidt i hver kommune til, at man kan opretholde den nødvendige ekspertise. Her er en statslig styrelse heller ikke svaret – der skal være politikere for bordenden, som repræsenterer de mennesker, der ude lokalt skal leve med konsekvenserne af beslutninger.

Danske Regioner er således stærkt bekymrede for, hvis man med denne reform kommer til at gen-tage nogle af de samme fejl fra seneste strukturreform. Vi har brug for stærk ekspertise og faglig kapacitet på de her områder – ikke mindre.

Det specialiserede socialområde

Kommissionen skaber stor usikkerhed om, hvor de regionale opgaver på socialområdet skal løses fremover. Det sker helt uden fagligt begrundede argumenter. Vi vil advare stærkt imod, at man begår samme fejl som ved sidste strukturreform, hvor man flyttede opgaver og tilbud på det specialiserede socialområde fra amterne til kommunerne uden at skele til faglighed, kapacitet og målgruppernes volumen på området. Resultatet blev, som flere af organisationerne på området har påpeget, at der er sket et tab af specialistkompetencer og en afspecialisering af området, hvor der er blevet færre højt specialiserede tilbud, selvom der ikke er færre borgere, der har brug for dem.

I de regionale specialiserede sociale tilbud er der skabt faglige synergier og specialiseret viden på tværs af kommunegrænser til gavn for de borgere, som anvender tilbuddene. Det gælder for eksempel på døvblindeområdet og i socialpsykiatrien. Det må vi ikke sætte over styr ved at flytte opgaverne uden at skele til faglighed og kapacitet. Vi er derfor dybt bekymrede for konsekvenserne for mennesker med svært psykiske lidelser eller handicap ved at flytte de regionale tilbud på det specialiserede socialområde væk fra regionerne.

Nogle opgaver er så specialiserede, at den rette indsats kræver et stort befolkningsgrundlag og kobling til sundhedsfaglig ekspertise. Det gælder fx på områder som rehabilitering efter en hjerneskade, synsområdet og svær autisme. I dag mangler en overordnet koordinerende funktion til at beslutte hvilke indsatser og tilbud, der skal oprettes, og hvor de skal oprettes. Regionerne har jf. serviceloven § 5 pligt til at levere tilbud efter aftale med kommunerne. Udbuddet af indsatser og tilbud er derfor bestemt af de enkelte kommuners prioriteringer i skarp konkurrence med andre velfærdsområder. I en velfungerende organisering af det specialiserede socialområde skal ansvar og opgaver placeres der, hvor der er de bedste forudsætninger for at løse dem. Mindre enheder (fx kommuner) kan ikke tilbyde højt specialiseret hjælp til alle behov, da specialiseringen og vidensniveauet om den enkelte borger bliver for småt. Det kræver derfor en større volumen og geografi for at sikre et fagligt og økonomisk bæredygtigt udbud af specialiserede indsatser til små målgrupper med komplekse behov.

Danske Regioner gør desuden opmærksom på, at regeringens ekspertudvalg på det specialiserede socialområde (Tranæs-udvalget) netop har peget på den udfordring, at kommunerne enkeltvis mangler incitament til at investere i tilbud, hvor de selv kun anvender en lille del af pladserne. Det gælder særligt tilbud, der er målrettet de mest specialiserede behov, hvor målgruppen typisk er meget lille på landsplan. Det skaber ifølge ekspertudvalget et 'kollektivt handlingsproblem', hvor alle venter på hinanden, og ingen løber den økonomiske risiko på fællesskabet vegne. Konsekvensen er, at der ikke bliver etableret den nødvendige specialiserede kapacitet, og det er med til at drive den voldsomme udgiftsstigning, vi ser på området.

På den samlede baggrund anbefaler Danske Regioner, at regeringen og Folketinget med inspiration fra sundhedsområdet indfører en national specialeplan på det specialiserede socialområde, som fastlægger krav til faglighed, kompetencer og målgruppernes volumen. Danske Regioner mener, at en ændring af ansvarsfordelingen på det specialiserede socialområde bør ske på grundlag af et grundigt forarbejde i form af en national specialeplan.

Danske Regioner mener, at der er opgaver, der i dag er placeret på det kommunale niveau, som med fordel kan flyttes til regionerne til gavn for mennesker med handicap eller psykiske lidelser med behov for højt specialiseret hjælp. Regionerne har den rette geografi og volumen til at levere specialiserede indsatser til små målgrupper med komplekse behov, der ofte også har en sundhedsdimension, der kræver nærhed til hospitalsvæsenet.

Et regionalt ansvar skal være for målgrupper, der er små, og hvor der er begrænset underlag for at opbygge specialiseret viden, eller hvor en given problemstillings kompleksitet kræver faglig specialviden. Dertil 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.

Danske Regioner anbefaler derfor, at regionerne får et større myndighedsansvar på det højt specialiserede socialområde. Det gælder fx følgende områder:

- Børn og unge med komplekse behov, der ofte skyldes kombinationer af funktionsnedsættelser
- Rehabilitering efter hjerneskade
- Synsområdet
- Svær autisme
- Svær spiseforstyrrelse
- Hjælpemiddelområdet, som bør samles under regionalt ansvar (se Danske Regioners udspil: [Hurtig og ensartet adgang til hjælpemidler](#))

Danske Regioners forslag til organiseringen af det fremtidige højt specialiserede socialområde uddybes i bilag 1.

Miljø og klima

Danske Regioner vil advare stærkt imod, at man flytter opgaver på miljøområdet uden at skele til faglighed og kapacitet. Miljø- og klimaopgaver må ikke behandles som et restprodukt af en sundhedsreform.

Regionerne har ansvaret for at kortlægge, undersøge og oprense forureninger, der kan udgøre en risiko for grundvand og dermed drikkevand, overfladevand og boliger, samt opgaven med via regionale råstofplaner og tilladelser at sikre forsyning af råstoffer.

Regionerne har store og veletablerede faglige miljøer med stærke kompetencer og erfarne medarbejdere, der kan løfte vanskelige opgaver på jordforureningsområdet. Det er regionerne, der driver udvikling og implementering af ny teknologi og opbygning af viden om jordforurening, som kvalificerer og effektiviserer opgaveløsningen. Og regionerne har overblik over udfordringerne på regionalt niveau og understøtter de decentrale myndigheder og forsyningerne, når det gælder grundvandsforurening og opsporing af forureningskilder.

Indvindingen af drikkevand er udfordret af stadig mere omfattende forurening i grundvandet. Opgaven med beskyttelse og udnyttelse af grundvandet er fragmenteret, og kommunerne har svært ved at løfte opgaven, når både forurening og ressourcer går på tværs af kommunegrænserne. Her vil det være oplagt at lade regionerne fungere som tværgående myndighed, hvor der er mulighed for synergi med de stærke faglige kompetencer inden for jord- og grundvandsforurening.

I 2014 overtog regionerne kompetencen til at udstede tilladelser til at indvinde råstoffer fra kommunerne. Ifølge Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport var baggrunden for at flytte opgaven, at der var for få årlige ansøgninger om indvinding i de enkelte kommuner, og at kommunerne derfor ikke havde mulighed for at opbygge og sikre tilstrækkelige kompetencer.

Det samme gælder på en række andre områder. Et aktuelt eksempel er miljøgodkendelser og -tilsyn, hvor der har vist sig tydelige svagheder i den nuværende model med en manglende armslængde mellem en virksomhed og kommunen, og hvor regionerne med fordel vil kunne overtage opgaven. I forlængelse heraf kan også henvises til sagerne om Miljøstyrelsens miljøgodkendelser af spildevandsudledninger til havmiljøet fra store virksomheder, hvor regionerne ville kunne imødegå den eksisterende u hensigtsmæssige dobbeltfunktion, når staten både fastsætter miljøkrav/-lovgivning og giver miljøtilladelser til de større virksomheder.

Danske Regioner anbefaler derfor, at regionerne får et større myndighedsansvar på miljø- og klimaområdet. Det gælder især følgende områder med stor betydning for borgerne:

- Grundvand og drikkevand
- Klimatilpasning – effektiv beskyttelse af vandløb og kyster
- Miljøtilsyn – forsvarlig administration med armslængde til lokale virksomhedsinteresser
- Omstilling til vedvarende energi
- Arealanvendelse

Uddannelse

Regionerne har ansvaret for, at der er nærhed til ungdomsuddannelserne i alle dele af landet. Med deres erfaring og lokalkendskab er regionerne i gang med at håndtere udfordringerne i den kommende tid med 37.000 færre unge frem mod 2032. Der er brug for folkevalgte med lokal indsigt og kendskab til behov og muligheder, når der skal træffes beslutninger om placering af uddannelsesudbud til de unge. Regionerne understøtter bl.a. etablering af campus flere steder og andre former for samarbejde på tværs af uddannelsesinstitutioner.

De seneste erfaringer på ungdomsuddannelsesområdet og det fejlslagne statslige forsøg på at fordele elever til gymnasierne ud fra forældreindkomst demonstrerer, at der i langt højere grad er brug for en model, hvor regionerne har ansvaret for at fordele elever ud fra de unges ønsker og regionernes lokalkendskab ift. en god uddannelsesdækning i alle dele af regionen.

Kollektiv transport og mobilitet

Regionerne har ansvaret for regionale busser og lokalbaner, der binder by og land sammen. Regionerne udvikler den kollektive trafik og gør den grønnere og mere attraktiv med afsæt i deres viden om borgernes og virksomhedernes transport- og mobilitetsbehov. Regionerne sikrer hurtig kollektiv transport til og fra uddannelsesinstitutioner, arbejdspladser og de større byer dér, hvor der i dag og i fremtiden vil være behov for et samlet geografisk ansvar på tværs kommuner. På den måde løser regionerne udfordringer i den regionale geografi, der har en dimension og karakter, hvor kommunerne hver for sig er for små, og staten er for langt væk til at løse dem. Dette ville gå tabt i en struktur for den offentlige sektor, hvor regionerne udelukkende skulle varetage sundhedsopgaver.

Regeringen har nedsat et ekspertudvalg for kollektiv mobilitet, der til årsskiftet vil komme med anbefalinger til den fremtidige organisering på området. Danske Regioner anbefaler en regional organisering, der yderligere kan løfte og udvikle det hovednet af busser og tog, som sikrer hurtig kollektiv transport på tværs af kommuner og til og fra uddannelsesinstitutioner og arbejdspladser, samt binder by og land sammen.

Regionernes øvrige opgaver uden for sundheds- og socialområdet uddybes i bilag 2.

Tid til at samle sundhedsvæsenet

Sidst strukturerne på sundhedsområdet blev lavet om, fik regionerne en klar opgave; nemlig at rette op på et hospitalsvæsen, der ikke var fulgt med udviklingen. Sammen med høje krav, investeringer og faglig udvikling sikrede reformen et markant løft af kvaliteten på hospitalerne og meget mere sundhed for pengene. En ny strukturreform skal sikre, at den samme systematiske udvikling også sker i det nære sundhedsvæsen. Samtidig med at vi fastholder og udbygger landvindingerne for patienterne i det specialiserede sundhedsvæsen. Så man som patient får pleje og behandling i verdensklasse, uanset hvor man møder sundhedsvæsenet – om det er hos egen læge, på hospitalet eller i det nære.

Med reformen fra 2007 blev sundhedsvæsenet splittet op. Reformen skabte dermed nye snitflader, hvor borgerne kunne falde mellem to stole. Ligesom den svækkede incitamentet til at investere i det nære og tænke sammenhæng på tværs. Fordi den, der har udgiften til investeringen i de forebyggende indsatser (kommunen), ikke er den, der høster gevinsten (regionen). Det bør en ny reform rette op på.

Det er Danske Regioners håb, at en ny strukturreform bliver reformen, der samler sundhedsvæsenet. Der er mere end nogensinde brug for et sundhedsvæsen, der tager et samlet ansvar til gavn for borgerne. Et samlet sundhedsvæsen, der ikke skelner mellem, om borgernes behov opstår før eller efter en hospitalsindlæggelse. Men som ser på, hvad der er bedst for borgerne. Og som skaber et mere bæredygtigt sundhedsvæsen, der er rustet til fremtidens udfordringer.

Det forudsætter et samlet ansvar og budget for hele sundhedsvæsenet.

Bilag Titel:	Elrefusion til Danske Patienter og Lungeforeningen
Dagsordens titel	Model for ensartet refusion af eludgifter
Dagsordenspunkt nr	8
Bilag nr	1
Antal bilag:	2



NOTAT

Refusionsmodel for eludgifter ved behandling i hjemmet

Regionerne vil refundere eludgifter ved behandling i eget hjem og at sikre en mere ensartet forvaltning på området. I forlængelse heraf er udarbejdet en refusionsmodel, der omfatter iltpatienter, respiratorpatienter og dialysepatienter. Modellen kan udvides til andre patientgrupper efter konkret vurdering, men er udarbejdet med fokus på de tre grupper.

Modellen er udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af Danske Regioner. Modellen har til formål at skabe ensartede vilkår for patienterne på tværs af regioner, og skal samtidig bidrage til en enkelt administration på området i regionerne.

Indhold i model:

Afregningstakst: Refusionen af eludgifter vil ske baseret på gennemsnitspriser. Taksten for refusion fastsættes kvartalsvis ved at tage udgangspunkt i den gennemsnitlige elpris for det foregående kvartal. Denne prisopgørelse leveres af Forsyningstilsynet, som offentliggør statistikker over elpriser. Da der er forskel på elpriserne i Øst- og Vestdanmark, vil der være to forskellige takster, der afspejler denne geografiske forskel. Dette sikrer, at refusionen er retfærdig og baseret på de faktiske elpriser i patienternes område.

Udbetalingsfrekvens: Hyppigheden af refusionen vil variere afhængigt af patientgruppen og den praktiske mulighed for aflæsning af elforbrug:

- Iltpatienter: For iltpatienter, hvor aflæsningen typisk sker manuelt af eksterne firmaer, foreslås det at fastholde den nuværende praksis med aflæsning og refusion cirka fire gange om året.
- Respiratorpatienter: For respiratorpatienter, hvor refusionen i dag typisk sker en gang om året, foreslås det at ændre dette til kvartalsvis afregning. Denne hyppigere afregning vil sikre, at patienterne får deres refusioner mere regelmæssigt og præcist, baseret på antallet af behandlingstimer, respiratorens standardforbrug og den gennemsnitlige elpris.

18-06-2024

EMN-2022-01431

1715948

Hans Hougaard Frederiksen

- Dialysepatienter: For hæmodialysepatienter foreslås det at refusionen sker kvartalsvis, mens posedialysepatienter vil modtage refusion halvårligt. Dette skyldes forskelle i forbrugets omfang og den praktiske mulighed for aflæsning.

Automatisering: Det anbefales, at regionerne udbreder brugen af automatiserede ordninger til aflæsning og udbetaling, herunder:

- Beregnede standardforbrug, hvor det giver mening
- Fjernaflæsning, hvor det er muligt
- Brug af robotter (RPA) til håndtering af indmeldinger om forbrug og udbetaling af refusion

Tildelingsprocedure: Refusionen tilstræbes at ske automatisk i videst muligt omfang, med mindst mulig indsats fra borgeren. Borgerne vil ved udlevering af behandlingsredskabet blive instrueret i mulighederne for at modtage refusion, herunder om de skal indsende forbrugstal eller om refusionen sker automatisk.

Bagatelgrænse: Der opsættes en bagatelgrænse på 100 kr. årligt, svarende til bestemmelserne i "*Bekendtgørelse om befordring og befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven.*" Denne bagatelgrænse vurderes ikke at påvirke patienter inden for ilt, respiration og dialyse, men inddrages i modellen for at begrænse de administrative omkostninger, hvis den skal anvendes til andre grupper, hvor der er tale om markant lavere eludgifter.

Relateret document 2/2

Dokument Navn: **Henvendelse Danske
Patienter vedrørende
udfordringer med el.pdf**

Dokument Titel: **Henvendelse Danske
Patienter vedrørende
udfordringer med el**

Dokument ID: **1715949**

Til:
Danske Regioner, formand Anders Kühnau

Cc:
Sundhedsministeriet, departementschef Svend Særkjær
Sundhedsstyrelsen, direktør Søren Brostrøm
Styrelsen for Patientsikkerhed, direktør Anette Lykke Petri

Dato:
6. oktober 2022

Danske Patienter
Kompagnistræde 22, 1. sal
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:
info@dankepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Side 1/2

Patienter presses af el-priser og usikkerhed om forsyningssikkerhed

Danske Patienter har fået en række henvendelser fra patient- og pårørendeorganisationer om forskellige problematikker i relation til den nuværende el-situation.

Priserne stiger og der meldes om risiko for, at der gennemføres brownout (strømafbrydelser). Både priser og udfordringer med forsyningssikkerhed kan have alvorlige økonomiske og patientsikkerhedsmæssige konsekvenser for patienter med kroniske og langvarige sygdomme.

Henvendelserne vedrører følgende overordnede emner:

- Patientsikkerhed ved hjemmebehandling
- Udgifter til hjemmebehandling
- Generelt stigende udgifter for patienter, der lever med kronisk sygdom

Hjemmebehandling og patientsikkerhed

Energistyrelsen ser i de kommende måneder en højere risiko end normalt for, at der kan opstå situationer, hvor der ikke er tilstrækkelig med elproduktionskapacitet (kraftværker) til at dække det samlede elforbrug.

I sådanne situationer kan det blive nødvendigt at anvende det værktøj, som hedder elforbrugsaflastning, og som betyder, at elforbrugere kan blive afbrudt i perioder af to timer.

Hvis det bliver nødvendigt at anvende elforbrugsaflastning, så foregår det ifølge Energistyrelsen ved, at Energinet beordrer netselskaberne til at reducere en andel af elforbruget i deres område, og dette skal ske inden for en frist på 15 minutter.

Strømafbrydelser med kort varsel vil have alvorlige konsekvenser for patientsikkerheden og skaber utryghed for patienter i hjemmebehandling.

F.eks. er nyrepatienter bekymrede for, hvis der skulle opstå strømafbrydelser, imens de er i hæmodialyse, fordi de kan risikere, at de ikke kan få deres blod retur. Der er desuden bekymring for, at man ikke når at få den dialyse, man har brug for.

Også en række andre patientgrupper er bekymrede. Det gælder f.eks. diabetespatienter, der er afhængige af datadeling fra sensorbaserede glykosemålere, lungepatienter, der anvender iltmaskiner, og epilepsipatienter, der bruger alarmer til overvågning af epilepsianfald.

Side 2/2

Udgifter til hjemmebehandling

Hjemmebehandling er også udfordret af de stigende el-priser.

Dels opleves det, at hjemmebehandling med f.eks. iltmaskiner har medført betydelige udgifter for lungepatienter – udgifter, som ellers har ligget i hospitalsregi, og som kan blive en barriere for at udrulle hjemmebehandling. Patienter oplever, at det beløb, de får refunderet for deres el-forbrug af deres ilt-leverandør, som refunderes af de enkelte regioner, slet ikke svarer til den pris de betaler til deres el-selskab.

De stigende el-priser har også konsekvenser for patienter, som f.eks. er i hjemmebehandling med forstøvermaskine til lungemedicin og korttarmspatienter, som anvender CVK-sonder.

Generelt stigende udgifter for patienter med kronisk sygdom

Patienter med alvorlig kronisk eller langvarig sygdom er generelt ramt ekstra hårdt af de stigende energipriser. Det har betydning for livskvalitet, men det kan også have alvorlige konsekvenser for patientsikkerhed.

F.eks. er der gigtpatienter, som har svært ved at klare deres økonomiske forpligtelser pga. stigende varmeregninger. Det betyder, at de ikke længere har råd til at gå til fysioterapi og træning – fravalg, der kan have alvorlige konsekvenser for helbredet.

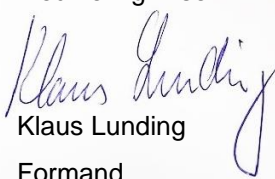
Patienter med tarmsygdomme er afhængige af toiletforhøjer med sædevarme, skyl og føn (som skal være tændt 24/7), og de er nødt til at tage hyppigere bade end gennemsnitsbefolkningen.

Mange patienter har stort medicinforbrug, og de er afhængige af ekstra køleskab til opbevaring af medicinen. Det gælder ikke mindst multisygge patienter, som oftest er dem med færrest økonomiske ressourcer.

Der er desuden bekymring for, hvad de stigende el-priser kommer til at betyde for hjertestarterne rundt omkring i landet – om de f.eks. bliver taget ned, fordi prisen bliver for høj i drift. Eller at man sætter færre op, fordi el bliver for dyrt.

Vi opfordrer regionerne og myndighederne til at komme med løsninger, der kan gøre patienter trygge i forhold til patientsikkerhed og sikre, at patienter bliver kompenseret for øgede energiudgifter.

Med venlig hilsen



Klaus Lunding
Formand



Morten Freil
Direktør

Bilag Titel:	Udkast til Interreg-udtalelse, 13. august 2024
Dagsordens titel	Interreg-samarbejde efter 2027 - dansk udtalelse i Det Europæiske Regionsudvalg
Dagsordenspunkt nr	9
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



**Det Europæiske
Regionsudvalg**

COTER-VII/038

Møde i COTER-underudvalget den 17.-18. september 2024

FORSLAG TIL UDTALELSE

Underudvalget for Territorial Samhørighed og EU's budget

Fremtiden for det europæiske territoriale samarbejde efter 2027

Ordfører: **Karsten Uno Petersen (DK/PES)**
Regionsrådsmedlem, Region Syddanmark

Behandles på mødet i **Underudvalget for Territorial Samhørighed og EU's budget den 17.-18. september 2024 i Oulu, Finland**. Af hensyn til oversættelsen skal ændringsforslag være fremsat via onlinemodulet for ændringsforslag (via medlemsportalen: <https://memportal.cor.europa.eu/>) **senest onsdag den 4. september 2024 kl. 15.00 (Bruxellestid)**. En brugervejledning findes på <https://memportal.cor.europa.eu/>.

COR-2024-XXX (DA) 1/9

Forslag til underudvalgets initiativudtalelse – Fremtiden for det europæiske territoriale samarbejde efter 2027

I. POLITISKE ANBEFALINGER

Generelle bemærkninger

1. Det Europæiske Regionsudvalg er – lige som Gruppen på højt plan om fremtiden for samhørighedspolitikken og Letta-rapporten - overbevist om, at territorielt samarbejde er afgørende for at styrke den europæiske udvikling og samhørighed. Grænseoverskridende, tværnationalt og interregionalt samarbejde, og samarbejdet i den yderste periferi, er velegnet til at løse problemer, som går på tværs af nationale grænser, og bidrager med videndeling i forhold til, hvordan alle Europas regioner kan tilpasse sig de aktuelle demografiske, industrielle og geopolitiske udfordringer og samtidig gennemføre den grønne og digitale omstilling;
2. er fortsat overbevist om, at samhørighedspolitikken og europæisk territorielt samarbejde (ETS) er indbegrebet af europæisk merværdi og bør styrkes i fremtiden. ETS er det vigtigste redskab for europæisk integration og solidaritet og bør i det fremtidige budget forhøjes til at udgøre mindst 8 pct. af det samlede beløb for samhørighedspolitikens budget i næste programmeringsperiode;
3. minder om, at grænseregioner udgør 40 pct. af EU's territorium, og at 30 pct. af Europas befolkning bor i grænseregioner og mener, at budgettet til det grænseoverskridende samarbejde (Interreg A) bør fordobles i den næste programmeringsperiode;
4. udtrykker alvorlig bekymring for, at samhørighedspolitikken og Interreg-programmernes principper om at handle på lige fod gennem delt forvaltning og lokale og regionale partnerskaber, trues af bestræbelserne på at centralisere EU-midlerne i perioden efter 2027;
5. finder det betænkeligt, at den 9. samhørighedsrapport ikke er tilstrækkelig tydelig med hensyn til Interregs resultater og merværdien af alle fire typer Interreg-programmer i forhold til at mindske regionale uligheder, fremme inklusion og synergi, støtte gennemførelsen og funktion af det indre marked og fremme fred, sikkerhed og velstand;
6. understreger, at de seneste kriser i Europa, såsom COVID-19-pandemien, migration og den russiske krig mod Ukraine, viser de europæiske grænseregioners udsathed over for uventede udfordringer;
7. understreger, at ETS understøtter samhørighedspolitikens mål og bidrager til territorial samhørighed og langsigtet social og økonomisk udvikling i EU's regioner, der dækker

forskellige typer områder og udfordringer (f.eks. øer, bjergegne, tyndt befolkede områder, regionerne i den yderste periferi m.fl.);

Interreg, der passer til fremtiden

8. mener, at ETS bør ses som kernen i EU's politikker til at fremme samhørighed, udvidelse af EU og gode forbindelser med EU's nabolande og som et af EU's vigtigste tiltag til at styrke det indre marked og fjerne grænsehindre for den frie bevægelighed for personer, tjenesteydelser og varer i Europa;
9. fremhæver betydningen af at bevare ETS' gyldne principper: fælles planlægning, fælles implementering, fælles forvaltning og fælles rapportering, som er baseret på bottom-up-initiativer, stedbaserede tilgange, lokale og regionale partnerskaber og tillid;
10. opfordrer EU-Kommissionen til at sikre, at det fremtidige ETS fastholder partnerskabsprincippet og styrker den strategiske territoriale tilgang i alle fire typer samarbejde (grænseoverskridende, tværnationalt, interregionalt og i den yderste periferi) for at sikre, at lokale, regionale og EU-mål opnås;
11. opfordrer EU-Kommissionen til at fortsætte sine bestræbelser på at forenkle ETS' gennemførelsesregler og opfordrer medlemsstaterne til at undgå at pålægge yderligere krav ud over dem, der er defineret på EU-plan, og om nødvendigt at ændre national og regional lovgivning og administrativ praksis for at sikre, at der ikke tilføjes yderligere krav;
12. anerkender behovet for tematiske prioriteter, der afspejler EU's generelle retning, men opfordrer EU-Kommissionen til at mindske kravene til de grænseoverskridende programmer, så regioner og byer kan foreslå projekter, som passer til og afspejler deres faktiske behov;
13. fremhæver den rolle, som territorielt samarbejde mellem byer og regioner spiller som et vigtigt element i at fremme samarbejdet mellem offentlige forvaltninger for at løse fælles udfordringer;
14. henleder opmærksomheden på at skabe en bedre kobling mellem ETS og de regionale samhørighedsprogrammer for at støtte den videre udvikling af resultater fra disse programmer og understreger, at det kun vil være mulige, hvis der allerede i forberedelsesfasen af de fremtidige programmer er en effektiv mekanisme på plads mellem medlemsstaterne, regionerne og byerne;
15. opfordrer derfor EU-Kommissionen til sammen med Det Europæiske Regionsudvalg allerede i den nuværende programmeringsperiode at bringe interesserede medlemsstater, regioner og byer til at drøfte effektive bestemmelser for territorielt samarbejde, som kunne inkluderes i de regionale programmer;

Det grænseoverskridende samarbejde (Interreg A)

16. understreger, at Interreg A er et af Den Europæiske Unions flagskibsprogrammer, der konkret og direkte bringer EU-borgerne tættere på hinanden, forbedrer livet i grænseregionerne og bidrager til EU-integration.
17. understreger at Interreg A også fremover bør spille en væsentlig rolle for at overvinde de største grænseoverskridende hindringer, herunder styrke tillid på tværs af grænserne og sproglige færdigheder, forbedre transportforbindelser, mindske juridiske og administrative forhindringer, anerkende kvalifikationer samt øge brugen af offentlige tjenester på tværs af grænser;
18. minder om den unikke værdi af fonden for mindre projekter og mener, at den i den næste forordning skal indgå i alle Interreg A-programmer, da små mellemfolkelige projekter og kultur- og sportssamarbejde giver nye partnere mulighed for at mødes, udveksle idéer og udvikle nye relationer, samt skaber den tillid fra begge sider, der er nødvendigt for grænseoverskridende samarbejde;
19. mener at søgrænser med op til 150 km. afstand fortsat skal sidestilles med landgrænser i det grænseoverskridende samarbejde;
20. støtter EU-Kommissionens forslag om en "forordning om fremme af grænseoverskridende løsninger", der skal imødegå retlige og administrative hindringer, men påpeger at eventuelle tiltag i udgangspunktet bør være frivillige og fleksible ift. eksisterende nationale og bilaterale løsninger. Interreg-forvaltningsmyndigheder kan, med deres erfaring og viden, være til stor gavn for de fremtidige nationale og regionale grænseoverskridende koordinationspunkter, der er forudset i denne forordning;
21. understreger betydningen af Interreg A i tiltrædelsesprocessen for at opbygge kapacitet i kandidatlandenes regioner; Interreg-programmer udvikler de lokale og regionale myndigheders kompetencer og forbereder dem på de mere komplekse projekter, de vil kunne gennemføre, når de tiltræder EU;

Det tværnationale samarbejde (Interreg B)

22. anerkender værdien og betydningen af Interreg B, da det dækker større tværnationale områder, der deler fælles geografiske, historiske, kulturelle og socioøkonomiske træk, såsom bjergkæder, havområder og makroregioner;
23. påpeger, at Interreg B er et vigtigt redskab til at understøtte muligheder og udfordringer i nabo- og udvidelseslande ved at involvere dem og deres regioner;
24. opfordrer til mere differentiering og specialisering af Interreg B-programmer baseret på de specifikke behov og potentiale i hvert tværnationalt område samt til flere synergier og koordinering med andre EU- og nationale programmer og politikker, især inden for klima, miljø, energi, transport, digitalisering, konkurrenceevne og social inklusion;

Det interregionale samarbejde (Interreg C)

25. værdsætter Interreg C's rolle og potentiale, da det er den eneste del, der giver alle byer og regioner i hele EU mulighed for at samarbejde på europæisk niveau og involverer regioner fra alle EU-medlemsstater og nogle tredjelande;

Interreg Europe

26. fremhæver betydningen af Interreg Europe-programmet til at bistå regionale og lokale myndigheder med at forbedre deres regionale udviklingspolitikker på de politikområder, der er mest relevante og presserende, såsom digital og grøn omstilling, bæredygtig mobilitet, uddannelse, social inklusion, sundhed og omsorg, integreret udvikling og bedre regional styring;
27. værdsætter Interreg Europe-programmets rolle med at støtte udvekslingen af viden og bedste praksis mellem regioner i EU med forskelligt udviklingsniveau;
28. støtter synspunktet fra gruppen på højt plan om, at interregionalt samarbejde fortjener mere opmærksomhed - ikke mindst for at imødegå udfordringerne i de regioner, der oplever økonomisk stagnation eller tilbagegang;

Interact

29. anerkender Interact-programmets rolle med at harmonisere og forenkle gennemførelsen af Interreg-programmer og smidig forvaltning af EU-midler; værdsætter uddannelse og digitale værktøjer til at reducere ansøgningstiden, opdage overlapninger og minimere risikoen for dobbeltfinansiering;
30. understreger, at Interact-programmet skal fortsætte med at fremme forvaltning på flere niveauer, øge den tekniske og administrative støtte til regioner og byer, arbejde med viden og kapacitetsopbygning, forenkling og udveksling af praksis med målrettede workshops for regioner og byer, især vedrørende grøn og digital omstilling;

ESPO

31. anerkender ESPON's vigtige rolle som et unikt instrument under samhørighedspolitikken med hensyn til at levere territoriale beviser og reducere videnshuller og dermed hjælpe europæiske regioner med at blive mere modstandsdygtige over for kriser og med at udnyttede nye udviklingsmuligheder;
32. ser ESPON's arbejde med territoriale konsekvensanalyser som væsentligt for at forbedre EU-Kommissionens overordnede analyser af virkningerne af EU-lovgivningen;

URBACT

33. anerkender URBACT-programmet som et værktøj til forandring i europæiske byer gennem integreret byudvikling, byggefærdigheder og udveksling af viden til European Urban Initiative og Urban Agenda for EU;
34. støtter resultatet af URBACT III-konsekvensanalysen, der anmoder om en bedre tilpasning af URBACT til den generelle EU-politiske diskurs, herunder Green Deal;
35. opfordrer til at stoppe den fragmenterede tilgang til byudvikling på EU-plan, idet der de seneste år har været en mangfoldighed af nye initiativer og finansieringsmuligheder; opfordrer derfor til forbedrede synergier og komplementaritet mellem EU's byudviklingstiltag og de regionale samhørighedsprogrammer;

Samarbejde i den yderste periferi (Interreg D)

36. fremhæver de permanente strukturelle begrænsninger, som regionerne i den yderste periferi står overfor, som identificeret i artikel 349 i traktaten om Den Europæiske Unions funktionsmåde (TEUF), og understreger betydningen af Interreg D i indsatsen for at bringe befolkninger og økonomier i regionerne i den yderste periferi sammen;
37. påpeger, at Interreg D skal forblive fleksibel nok til, at regionerne i den yderste periferi kan bruge det på måder, der passer til deres lokale realiteter, og sikre bedre sammenhæng til deres samhørighedsprogrammer, idet regionerne i den yderste periferi har et unikt sæt af betingelser og specifikke udfordringer og muligheder, der stammer fra deres geografiske afsides beliggenhed, klima og biodiversitet;

Forenklinger

38. finder, at der bør være mere fleksibilitet og færre administrative begrænsninger i forhold til at implementere stedsbaserede, fælles og holistiske strategier med implementeringsplaner, der gør brug af flere forskellige typer tilskud og finansiering;
39. opfordrer til mere involvering og støtte fra nationale myndigheder og EU-institutioner for at lette og forenkle den retlige og administrative ramme for grænseoverskridende samarbejde samt for at sikre sammenhæng og komplementaritet mellem ETS-programmer og andre EU- og nationale programmer og politikker, herunder udforskning af nye former og formater for grænseoverskridende samarbejde, såsom små projekter, strategiske grænseforbindelser, grænseoverskridende funktionelle områder og grænseoverskridende offentlige tjenester;
40. påpeger, at udviklingen af dataudvekslingssystemer overbebyrder programmerne og opfordrer derfor EU-Kommissionen til at analysere mulighederne for, herunder fordele og ulemper ved, at indføre samme ansøgningsprocedure til alle programmer; henviser i den forbindelse til ressourcerne og vidensdeling via Interact;

41. mener, at der bør kigges på indikatorsystemet og arbejdes på en forbedring, så indikatorerne i højere grad beskriver de faktiske og mere kvalitative resultater, som ETS-projekterne leverer, og dermed kan understøtte programmernes dokumentation for, hvilken nytte og værdi EU bidrager med;
42. opfordrer EU-Kommissionen, Interreg A-forvaltningsmyndighederne og lokalsamfundene til aktivt at fremme fonden for små projekter, åbne den for borgere, der bor i grænseregioner, og give dem mulighed for at ansøge om finansiering via enkle procedurer og finansiering med engangsbeløb;

Finansiering og forvaltning

43. påpeger, at den nuværende finansiering er utilstrækkelig og hverken dækker behovet eller interessen for grænseoverskridende samarbejde. Mange ansøgninger får afslag på grund af begrænset budget, selvom projekterne har høj kvalitet og relevans;
44. anerkender behovet for differentieret medfinansiering i et spænd fra 50 pct. til 85 pct. afhængigt af projekttypen og -størrelsen, inddragelsen af offentlige og private aktører, samarbejdets geografiske og tematiske omfang samt regionernes udviklingsniveau og integration;
45. foreslår at indføre mere fleksibilitet og mulighed for at overføre midler mellem programmer og prioriteter samt at øge for-finansieringen og forskudsbetalinger til programmer og projekter;
46. mener, at det nuværende system med tilbagebetaling af midler baseret på verifikationer og certificeringer fra medlemsstaterne, centrale krav til forvaltning og kontrol og detaljerede regler for indberetning af uregelmæssigheder, der beskytter EU's skatteyderes penge, hidtil har bevist sit værd;
47. anerkender ikke desto mindre, at man bør trække på erfaringerne med mere præstationsbaserede tilgange i både samhørighedspolitikken, genopretnings- og resiliensfaciliteten, og opfordrer EU-Kommissionen til at analysere gennemførligheden af mulige systemer baseret på mål og milepæle, samt til også at bidrage til at vise Interregs mål og merværdi;
48. opfordrer EU-Kommissionen, Europa-Parlamentet og medlemsstaterne til hurtigt at vedtage den fremtidige retlige ramme, og EU-Kommissionen og medlemsstaterne til at sikre, at programmerne er godkendt i tide til periodens start, så programmerne hurtigt kan bevilge, forbruge og udbetale midler til gavn for vækst og udvikling i regionerne;

Bruxelles, den ...

II. PROCEDURE

Titel	Fremtiden for det europæiske territoriale samarbejde efter 2027
Basisdokument(er)	
Retsgrundlag	Artikel 307, stk. 4, i EUF-traktaten
Forretningsordenens bestemmelser	Artikel 41, litra b), nr. ii)
Rådets / Europa-Parlamentets / Kommissionens anmodning om udtalelse	
Præsidiets henvisning/formandens henvisning	5. marts 2024 (skriftlig procedure)
Det kompetente underudvalg	Underudvalget for Territorial Samhørighed og EU's budget
Ordfører	Karsten Uno Petersen (DK/PES)
Behandlet i underudvalget	8. april 2024
Vedtaget i underudvalget	Berammet til den 17.-18. september 2024
Afstemningsresultat i underudvalget (med flertal, enstemmigt)	
Vedtaget på plenarforsamlingen	Berammet til den 20.-21. november 2024
Tidligere udtalelser fra udvalget	
Henvisning til nærhedsprincippet	–

Bilag Titel:	Afrapportering
Dagsordens titel	Udvalget for det n&#230;re sundhedsv&#230;sens studietur til Finland
Dagsordenspunkt nr	10
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



NOTAT

24-05-2024

EMN-2022-00644

1705765

Udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Studietur til Finland 17.-19. april 2024



Med det formål at give udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen viden og inspiration til det videre arbejde i udvalget, drog

udvalget i foråret 2024 på studietur til Finland. Finland har med en omfattende reform samlet hele ansvaret og budgettet for sundhedsvæsenet, social- og ældreområdet samt redningstjenesten i 22 nye folkevalgte såkaldte 'well-being counties' (herefter velfærdsenhed). Dertil kommer 5 'collaborative areas', som er organiseret omkring landets 5 universitetshospitaler og som skal bidrage til koordineringen mellem velfærdsenhederne. De langsigtede mål med reformen er at reducere socioøkonomiske og geografiske uligheder, at sikre kvaliteten på sundheds-, social- og ældreområdet, at forbedre adgangen til pleje i det nære samt at styre omkostningerne bedre. Reformen trådte i kraft 1. januar 2023, og programmet for turen var tilrettelagt, så udvalget kunne høre om både de politiske og administrative overvejelser og erfaringer med reformen herunder fra et af de 22 velfærdsområder.

Turen gav forskellige indsigter, der også giver inspiration til drøftelserne i Danmark om sundhedsstrukturen særligt ift. koblingen mellem sundhedsområdet, ældreområdet og beredskabet. Den praktiske implementering af reformen er stadig i fuld gang og betød, at effekterne af reformen stadig var i sin vorden. Særligt blev der fortsat brugt en del ressourcer på den store organisatoriske omlægning af de tidligere små kommuner og opgaveflytninger i den forbindelse. Studieturen tydeliggjorde, at der er store transaktionsomkostninger forbundet med at gennemføre en reform. Det blev undervejs tydeligt, at der er en række forhold i Finland, som adskiller sig fra Danmark, og som har betydning for, hvordan man skal forstå erfaringerne i Finland:

- Det finske system er på mange måder anderledes end Danmark, bl.a. ift. landets geografi og størrelse og deraf størrelsen på lægedækningsudfordringer i udkantsområder og behovet for tilgængelighed via andre kanaler end fysisk fremmøde.
- Der er historisk en større privatiseringsgrad og egenbetaling samt arbejdsgiverbetalte sundhedsordninger.
- Den økonomiske situation er ret forskellig fra den danske, da der er store økonomiske udfordringer i Finland. Så sent som dagen før udvalget ankom, blev der offentliggjort store generelle budgetreduktioner på flere velfærdsenheder herunder sundhedsområdet samt hævede skatter og afgifter.

Det finske sundhedsvæsen og de nye velfærdsenheder

Besøg hos velfærdsenhedernes interesseorganisation Hyvil

Udvalget besøgte onsdag interesseorganisationen Hyvil, der fra starten af 2023 har haft til opgave at betjene både politikere og embedsmænd i de nye velfærdsenheder. Sammenlignet med Danske Regioner er Hyvil en langt mindre organisation, og har ikke til opgave at repræsentere velfærdsenhederne overfor fx kommuner og stat og har heller ingen forhandlingskompetence. I stedet agerer de som eksperter på forskellige opgaver, som velfærdsenhederne løser.

Hyvil fortalte om historikken omkring reformen og de mange reformforslag, der gennem årene har været fremlagt før afklaringen af den nuværende reform. Ansvar for at organisere sundheds- og socialvæsenet samt redningstjenesterne (herunder det præhospitale område) blev med reformen fra 1. januar 2023 flyttet fra kommunerne til velfærdsenhederne. Kommunerne har fortsat et ansvar for sundhedsfremme og primær forebyggelse og varetager derudover en række øvrige velfærdsopgaver inden for dagtilbud, skole, beskæftigelse mv. og derfor er sammenhængen til og samarbejdet med kommunerne fortsat vigtigt for velfærdsenhederne. Velfærdsenhederne har ikke med reformen fået skatteudskrivningsret, modsat hvad kommunerne tidligere havde. Kommunerne har deres egen interesseorganisation, og hos Hyvil var det ikke fjernt at forestille sig en fælles organisation i fremtiden, men det var der ikke enighed om i forbindelse med reformen.

Hyvil fortalte, at det med 22 nye enheder har været nødvendigt med en separat struktur omkring de 5 universitetshospitaler, som organiseres i et samarbejde mellem velfærdsenheder og som er organiseret i den velfærdsenhed, hospitalet er placeret i. Der er endvidere en særlig konstruktion omkring Helsinki. Hyvil fortalte også om, at mange borgere der er i arbejde, er dækket af sundhedsordninger indenfor primær sundhed gennem arbejdsgiverbetalte ordninger. Både under mødet med Hyvil og senere med ministeriet blev de private sundhedsordninger og forsikringer drøftet. I Finland fylder især de arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer en hel del, hvor en del sygdomsopfølgning foregår. Mens det akutte foregår gennem det offentlige. Systemet har den betydning, at folk i enten job eller som studerer, har lettere adgang til meget gunstige forhold ift. hurtigt kontakt og hjælp, mens folk uden for arbejdsmarkedet er afhængige af det offentlige system alene. De fleste i arbejde eller med en privat forsikring benytter en kombination af de offentlige, private og arbejdsgiverbetalte sundhedsydelse. Det klassiske eksempel er, at man bruger sin arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikring til at få behandling på en privat klinik, som derefter kan henvise til specialiseret behandling på et offentligt sygehus. Mange læger deler også deres arbejdstid mellem offentlige og private klinikker.

I det finske sundhedsvæsen er der en grad af egenbetaling for en række behandlinger og konsultationer, som adskiller sig fra Danmark. Disse 'client fees' i det offentlige system er faste, men som kan variere på tværs af counties. Til en almindelig lægekonsultation er der fx et gebyr på (maks.) 23 euro. Det sundhedscenter, som lægen er tilknyttet, kan opkræve gebyret op til tre gange per kalenderår. Derefter er der intet gebyr. På ambulatorierne kan der være et gebyr på op til 46 euro pr dag, ligesom der også er dagsgebyrer ved indlæggelse. Hyvil fortalte også om den nationale sundhedsdataplatform Kanta, hvor alle data fra det offentlige sundhedsvæsen bliver samlet. Først igennem et EPJ-system i de enkelte velfærdsenheder og siden ind i Kanta. Systemet vurderes at

være ganske fremadsynet, men data i systemet kan dog være svært at benytte aktivt.

Besøg hos Social- og Sundhedsministeriet

I Finland er social- og sundhedsområdet organiseret i ét ministerium og har været det gennem længere tid. Fredag mødtes udvalget med en af social- og sundhedsministerens særlige rådgivere, Sari Raassina, som foruden en baggrund i bl.a. Hyvil også sad i det finske parlament frem til 2021. Sari gav udvalget en status på arbejdet i ministeriet, herunder især de store økonomiske udfordringer, som lige nu påvirker implementeringen af reformen. Der er sket en stor stigning i omkostningerne i sundhedsvæsenet bl.a. pga. pris- og lønudviklingen. Ligeledes har serviceharmonisering på tværs af de mindre enheder i de nye velfærdsenheder også påvirket udgifterne i opadgående retning. Derudover har de store internationale kriser som inflation, corona og krigen i Ukraine påvirket Finlands økonomi hårdt.

Sari fra ministeriet fortalte også om de historiske prioriteringer i udviklingen af det finske sundhedsvæsen. Mens man i 90'erne især udviklede det primære sundhedsvæsen skete der op i gennem 00'erne en udvikling af det specialiserede sundhedsvæsen, som samtidig medførte manglende opmærksom og dermed forringelser af det nære, hvorfor ministeriet især presser de nye velfærdsenheder til at prioritere det nære. I ministeriet hørte udvalget endvidere om de politiske beslutninger, der er truffet om rettigheder og ventetider bl.a. adgang til første kontakt, hvor hurtigt man har ret til konsultation i almen praksis samt retten til sygehusbehandling indenfor 3 måneder, når det ikke er akut. Ligeledes har der været indført målsætninger om antal medarbejdere pr. borger i ældreplejen. I lyset af de økonomiske udfordringer generelt, indgår der som en del af regeringens besparelser en tilpasning af disse målsætninger - bl.a. antallet af medarbejdere pr. borger, da der ikke har været økonomi til at føre dem ud i livet.

Besøg i det finske parlament

Udvalget var på besøg i parlamentet, hvor der var en drøftelse med Paula Risikko, der foruden at være 'First Deputy Speaker' i parlamentet også har en lang række ministerposter bag sig, bl.a. som sundheds- og socialminister fra Samlingspartiet. Med til drøftelsen var også to rådgivere til parlamentets social- og sundhedsudvalg. Dette udvalg har altid været ét, hvilket også vidner om, at områderne traditionelt er tænkt sammen.

Både under besøget hos Hyvil og i parlamentet var udvalget nysgerrige på fordelingen af økonomien til velfærdsenhederne, som ulig kommunerne ikke selv kan udskrive skatter. Velfærdsenhederne får deres finansiering fra staten som en 'generel' finansiering og bestemmer således selv, hvordan midlerne prioriteres. Fordelingen af midlerne mellem velfærdsenhederne bestemmes

ved en række lovbestemte indikatorer herunder antal indbyggere, en indikator for sundhedstilstanden og behovet for sociale ydelser i velfærdsenhederne samt andre forhold såsom antal tosprogede, befolkningstæthed og geografi i øvrigt i lighed med de danske bloktilskudskriterier. Der er således heller ikke årlige økonomiforhandlinger, som vi kender det fra Danmark.

Det fremgik, at Finansministeriet styrer økonomien og at Social- og Sundhedsministeriet har ansvar for kvalitet og tilbud, mens Indenrigsministeriet har redningstjenesterne under dets ressortområde. Dette skaber også en udfordring og dilemma i, hvem der styrer implementeringen af reformen, når de økonomiske udfordringer er store.

Lokale erfaringer fra velfærdsenheden Päijät-Häme

Torsdag tog udvalget turen fra Helsinki til velfærdsenheden Päijät-Häme, da dette velfærdsområde har taget forskud på en del af reformen. Päijät-Häme ligger nord for Helsinki og er med sine 10 kommuner og ca. 200.000 indbyggere fordelt på et område lidt mindre end Sjælland en gennemsnitlig velfærdsenhed. Politisk er Päijät-Häme – og de øvrige velfærdsenheder – ledet af et politisk råd hver med hele 69 politikere, der mødes 5-6 gange årligt. I Päijät-Häme har man under rådet et forretningsudvalg og 11 forskellige fagudvalg. Det gav bl.a. anledning til en drøftelse af, hvorvidt der er tale om for mange politikere. Päijät-Häme har været med helt i front, når det handler om at integrere socialsundheds-, og ældreområdet også allerede før reformen trådte i kraft. Udvalget mødtes under besøget bl.a. med den øverste administrative chef for Päijät-Häme, Petri Virolainen og den øverste politiske leder Kristiina Hämmäläinen.

Fordi Päijät-Häme var nået forholdsvis langt med integrationen allerede før reformen, er de nået væsentlig længere end andre velfærdsenheder og har derfor allerede draget en række erfaringer. Under besøget hørte udvalget bl.a. om ældreområdet, borgernes mulighed for at kunne blive i eget hjem, det præhospitale område og arbejdet med at reducere de akutte kontakter. Sidstnævnte bl.a. ved hjælp af en privatleverandør, der har fokus på at levere alternative løsninger i det nære, herunder især på det digitale område.

Organisatorisk er Päijät-Häme opdelt i fire ansvarsområder med hver deres direktør, der refererer til den øverste chef: sundhed; socialområdet og psykiatrien; ældreområdet og rehabilitering samt det præhospitale. Det er op til hver enkel velfærdsenhed, hvordan de vil organisere sig. Med hele kæden af sundhedsydelser under samme organisatoriske tag er der muligheder for at udnytte ressourcer på tværs. Konkret fx ift. at benytte de udkørende enheder, som hører under hvert område. Således kan en brandbil i princippet blive sendt ud for at hjælpe en ældre, der er faldet i eget hjem.

Både den administrative og politiske ledelse oplever en række udfordringer ift. den statslige styring af velfærdsenhederne. Fx får den administrative ledelse i mange tilfælde udstukket en retning fra ministeriet, som de bagefter skal hjem og have bekræftet hos deres egne politikere, som ellers er valgt til at træffe de politiske beslutninger på vegne af borgerne. Politisk er der derfor et ønske om mere autonomi. Udvalget drøftede bl.a. erfaringerne med mere fælles repræsentation op imod staten i stil med den rolle, Danske Regioner spiller i Danmark.

Et af oplæggende under besøget handlede om Päijät-Hämes samarbejde med private leverandører af sundhedsydelser. Konkret har man lavet et joint venture med en leverandør, som med et afgrænset populationsansvar leverer primære sundhedsydelser og bestemte specialiserede ydelser og tandpleje til 136.000 indbyggere fordelt på fire byer, dvs. over halvdelen af indbyggerne i Päijät-Häme. Med bl.a. kvalitetsbonus eller sanktioner alt efter hvor mange patienter, der sendes til akutmodtagelser og hvor mange patienter, der behandles fra start til slut, har samarbejdet vist gode resultater med en reduktion i antal indlagte på de offentlige sygehuse. I samarbejdet er udviklet en række virtuelle adgange.



Besøg i Päijät-Hämes. Yderst til venstre CEO Petri Virolainen, yderst til højre politisk formand Kristiina Hämäläinen

Helsinkis særlige position i det finske system

Udvalget gjorde også stop på Helsinki Rådhus. Her mødtes udvalget med Daniel Sazonov, som er borgmester i Helsinki med ansvar for social- og sundhedsområdet samt redningstjenesten. Mens de tre ansvarsområder med reformen blev samlet i de nye velfærdsenheder andre steder i landet, så har Helsinki beholdt de opgaver. Reformen har medført ændringer i finansieringsmodellen for Helsinki, så en del af de indtægter, byen tidligere fik gennem skatter, nu bliver overført fra staten til at finansiere social- og

sundhedsopgaverne. Borgerne betaler det samme i skat, men altså efter reformen en større del til staten og en mindre del til kommunen Helsinki. Det har fået betydning for administrationen da et stort område af byens drift nu finansieres af staten, og derfor også økonomisk skal adskilles fra kommunens øvrige budget og regnskab.

Bilag Titel:	Høringssvar - forhøjelse af dieselaifgiften
Dagsordens titel	Høringssvar - Lovforslag om ændring af bl.a. dieselaifgiften
Dagsordenspunkt nr	14
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



HØRINGSSVAR

01-07-2024

EMN-2023-01162

1714781

Morten Brønnum Andersen

Forhøjelse af dieselaftgiften

Danske Regioner har modtaget forslag til lov om ændring af lov om vejafgift, lov om energiafgift af mineralolieprodukter m.v., lov om vægtafgift af motorkøretøjer m.v., registreringsafgiftsloven, brændstofforbrugsafgiftsloven og forskellige andre love i høring.

Fokus: Bemærkningerne i det følgende omhandler den foreslåede forhøjelse af dieselaftgiften samt hvorledes de kompenserende tiltag (nedsættelse af udligningsafgift og vejafgift) ikke er kompenserende for de regionale trafikselskaber og den kollektive bustrafik. Der vil endvidere være ekstraomkostninger for flextrafik og redningstjenester, mens jernbanedriften ikke påvirkes.

Generelle bemærkninger: Den grønne omstilling af den kollektive bustrafik er i fuld gang. DI Transport og DPT anfører i en henvendelse til transportministeren og Transportudvalget om dieselaftgiften, at: "Ved udgangen af 2024 vil cirka 40 pct. af den kollektive rutebustrafik være omstillet til elbustrafik og der er en klar og bred hensigt hos kommuner og regioner om at fortsætte denne grønne omstilling for flere busser og for flextrafikken. Det er vores frygt, at forudsætningerne i landets trafikselskaber, regioner og kommuner for at gennemføre den grønne omstilling svækkes med den aftalte afgiftsforhøjelse, idet den alene udhuler det finansielle grundlag i kommuner og regioner."

Om regionernes grønne omstilling af bustrafikken: Af Overliggeraftale om klimasamarbejdsaftaler om grøn kollektiv trafik mellem regeringen og Danske Regioner fra 10. december 2020 fremgår, at:

- For den regionale bustrafik forpligter regionerne sig til: CO2-neutrale eller nulemissionsbusser (eksempelvis biogas, biodiesel, el eller brint) i alle nye udbud af busser på regionale ruter fra 2021.
- Regionernes målsætninger for omstilling af den kollektive bustrafik til el er under forudsætning af, at afgiftslempelsen til minimumssatsen for el til

elbusser fastholdes. Desuden er det en forudsætning for regionernes målsætninger, at den økonomiske ramme er til stede, og at det er teknisk muligt.

Angående den fortsatte tilstedeværelse af den økonomiske ramme: Sektoren er præget af lange kontrakter på op til 10-12 år. Indførelse af en ekstraafgift med kort varsel vil øge sektorens driftsomkostninger, hvilket potentielt kan tvinge regioner til at udsætte investeringer i grønne busser og tilhørende ladeinfrastruktur mhp. at betale for højere driftsomkostninger på de resterende kontraktbundne busser.

Der kan også forekomme situationer, hvor en region beder et trafikselkab foretage reduktioner i antal køreplantimer inden for rammerne af de kontraktmæssige bindinger som kompensation for de øgede driftsomkostninger.

Formålet med dieselafgiften er ifølge skatteministeriet, at " ... bidrage til realisering af klimalovens mål om 70 pct. drivhusgasreduktion i 2030 og regeringens mål om fremrykkelse af klimaneutralitet til 2045 fra det oprindeligt fastsatte mål om klimaneutralitet i 2050." Af ovenstående grunde mener Danske Regioner, at en dieselafgift uden kompensation for busser i en overgangsperiode, vil forhale denne grønne omstilling af bustrafikken.

Økonomiske konsekvenser:

- I afsnit 3. Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige anføres, at over perioden 2025-2030 er forslaget provenuneutralt. Endvidere at lovforslaget i øvrigt vurderes ikke at have økonomiske konsekvenser for regioner og kommuner.
- I afsnit 4. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v. anføres, at belastningen ved forslaget om forhøjelse af dieselafgiften og nedsættelse af udligningsafgiften og vejafgiften dækker over to modsatrettede effekter, hvor forhøjelsen af dieselafgiften øger belastningen, mens nedsættelsen af udligningsafgiften og vejafgiften reducerer belastningen... Samlet set skønnes forslaget at medføre en uændret erhvervsbelastning for danske lastbiler i 2025 til 2028 stigende til en øget belastning på ca. 350 mio. kr. i 2029 og 2030.

Danske Regioner efterspørger: Vi deler ikke vurderingen af, at lovforslaget ikke har økonomiske konsekvenser for regionerne. Danske Regioner efterspørger, at der også for busser indføres kompenserende tiltag.

De normalt kompenserende mekanismer formodes ikke at kunne finde anvendelse. DUT-kompensation vurderes ikke at kunne finde anvendelse da der er tale om en generel afgiftsstigning. P/L-regulering fanger ikke ekstraomkostningerne, da den beregnes efter Finansministeriets omkostningsbaserede indeks for kollektiv trafik hvor udviklingen i brændstof indgår som nettoprisindeks – uden afgifter.

Danske Regioner har modtaget et estimat på ekstraomkostningerne for de regionale trafikselskaber i 2025 på 30 mio. kr., hvoraf regionerne skønsmæssigt afholder 1/3 af udgiften. Mhp. at sikre, at den økonomiske ramme for grøn omstilling fortsat er til stede foreslås, at regionerne kompenseres for den ekstra dieselaftgift på 50 øre/l diesel svarende til 10 mio. kr. i 2025, der hvert år reduceres med 25 pct. frem til og med 2030.

Bilag Titel:	Danske Regioners hørings svar til ændring af lov og ligestilling
Dagsordens titel	Hørings svar - Lovforslag om ændring af lov om ligestilling
Dagsordenspunkt nr	15
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



Vedr.: Høring over udkast til lov om ændring af lov om ligestilling mellem mænd og kvinder mht. beskæftigelse mv., ministeriets sagsnr. 2024-73

04-06-2024

EMN-2024-00587

1707491

Malene Bett Vestergaard

Sørensen

Digitaliserings- og Ligestillingsministeriet har den 3. maj 2024 sendt udkast til lov om ændring af ligestillingsloven i høring med frist til at afgive bemærkninger den 11. juni 2024.

Forslaget omhandler en ændring af hyppigheden for ligestillingsredegørelser fra årligt til hvert andet år og en bagatelgrænse på 50 ansatte for, hvornår en virksomhed kan blive forpligtet til at opstille måltal for kønssammensætningen i bestyrelsen.

Hensigten er at forenkle procedurerne og derved medvirke til at reducere de administrative byrder for de berørte virksomheder, herunder regionerne.

Regionerne og Danske Regioner har stor fokus på ligestilling mellem kønnene og arbejder målrettet med at understøtte f.eks. kvinder i ledelse, ligesom der er opmærksomhed på det kønsopdelte arbejdsmarked. Regionerne har udarbejdet planer for ligestilling, i den sammenhæng er kønssammensætningen på flere niveauer afdækket og kan f.eks. danne grundlag for yderligere indsatser på ligestillingsområdet.

Det er væsentligt, at lovgivningen også understøtter ligestillingshensyn og medvirker til fortsat at fremme ligestillingen mellem kønnene.

De foreslåede ændringer er efter Danske Regioners opfattelse ikke i sig selv til hinder for at arbejde aktivt med ligestilling. Dette sammenholdt med, at det er vigtigt at minimere administrative krav, hvis formål tilgodeses på anden måde, gør, at Danske Regioner kan støtte de foreslåede ændringer i ligestillingsloven.

Der tages forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse den 22. august 2024.

Med venlig hilsen

Anders Kühnau
Formand, Danske Regioner

Mads Duedahl
Næstformand, Danske Regioner

Bilag Titel:	Hørings svar til Udkast til forslag til lov om ændring af lov om tobaksvarer m.v og forskellige andre love
Dagsordens titel	Hørings svar - Lovforslag om tobaksvarer m.v.
Dagsordenspunkt nr	16
Bilag nr	1
Antal bilag:	1

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
sum@sum.dk

DANSKE
REGIONER



Høringssvar til Udkast til 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)

19-08-2024

EMN-2018-02059

1716526

Sofie Mayling Vennike

Danske Regioner har modtaget udkast til forslag til lov om ændring af lov om tobaksvarer m.v. og forskellige andre love i høring. Lovforslaget skal udmønte dele af den politiske aftale *En forebyggelsesplan målrettet børn og unge – tobak, nikotin og alkohol*.

Danske Regioner bakker op om lovgivning, som kan bidrage til, at færre børn og unge begynder at anvende og blive afhængige af alkohol og forskellige tobaks- og nikotinprodukter.

Danske Regioner finder det positivt, at der med lovforslaget lægges op til en opstramning af love vedr. alkohol samt tobaks- og nikotinvarer. For øvrige bemærkninger til lovforslaget henvises til Danske Regioners høringssvar til udkast til forslag til lov om ændring af lov om tobaksvarer m.v. og forskellige andre love (Udmøntning af dele af forebyggelsesplanen målrettet børn og unge – tobak, nikotin og alkohol) fremsendt til ministeriet d. 20. juni 2024.

Høringssvaret sendes med forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse 22. august 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
REGIONER.DK

Bilag Titel:	Danske Regioners høringssvar til lovforslag om foranstaltninger til sikring af højt cybersikkerhedsniveau
Dagsordens titel	Høringssvar - Lovforslag om foranstaltninger til sikring af et højt cybersikkerhedsniveau (NIS2)
Dagsordenspunkt nr	17
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



Forsvarsministeriet

fmn@fmn.dk

12-08-2024

EMN-2024-00900

1717832

mortw@regioner.dk

Danske Regioners høringssvar til lovforslag om foranstaltninger til sikring af højt cybersikkerhedsniveau

Forsvarsministeriet har d. 5. juli 2024 anmodet Danske Regioner om bemærkninger til lovforslag om foranstaltninger til sikring af højt cybersikkerhedsniveau. Den aktuelle høring omhandler den generelle lovgivning, som skal uddybes gennem sektorspecifikke bekendtgørelser.

Danske Regioner har indhentet bidrag fra regionerne vedrørende denne generelle lovgivning, og på baggrund heraf udarbejdet et samlet høringssvar på vegne af regionerne med overordnede bemærkninger til lovforslaget. Ydermere er der, jf. bilag 1, samlet en række mere tekniske og juridiske bemærkninger til lovforslaget. Det samlede høringssvar samt bilag er godkendt af Danske Regioners bestyrelse d. 22. august 2024.

Bedre rammer for regionernes arbejde med cybersikkerhed

Danske Regioner finder det overordnet positivt, at der med lovforslaget præciseres fælles rammer for de tekniske, operationelle og organisatoriske tiltag, der skal implementeres for at sikre vores centrale og samfundskritiske funktioner, herunder sundheds- og transportsektoren.

Den danske sundhedssektor er yderst digitaliseret og er en central samfundskritisk sektor, og cyberangreb mod sektoren kan få afgørende betydning for hospitalsdriften og dermed patientsikkerheden samt borgernes tillid til sundhedsvæsenet. Danske Regioner har derfor i de seneste økonomiforhandlinger forsøgt at sikre at sundhedsvæsnets parter i fællesskab prioriterer sikring af sundhedssektoren mod cybertrusler, så der opnås et tilfredsstillende sikkerhedsniveau.

Danske Regioner mener at rammerne og retningen i lovforslaget grundlæggende set er et skridt i den rigtige retning for en fælles sikring og forpligtelse af vores centrale samfundsfunktioner.

Danske Regioner bakker derfor grundlæggende op om lovforslaget.

Bemærkninger til rammer for implementeringen

Selvom Danske Regioner overordnet finder lovforslaget positivt, har Danske Regioner en række bemærkninger til rammerne for implementeringen, der kan sikre at det fælles formål vedr. øgede foranstaltninger til sikring af et højt cybersikkerhedsniveau understøttes bedst muligt.

Sektorspecifikke bekendtgørelser

Danske Regioner anerkender at sektorspecifikke bekendtgørelser er nødvendige for at adressere de unikke udfordringer og behov inden for hver af de sektorer, der underlægges NIS2. Den nuværende lovtekst, på grund af den manglende specificitet, gør det dog vanskeligt for regionerne at forberede sig tilstrækkeligt på de kommende krav, som hver sektor vil blive underlagt. Denne usikkerhed kan føre til udfordringer i planlægningen og allokeringen af nødvendige ressourcer.

Danske Regioner opfordrer derfor til, at der så hurtigt som muligt udarbejdes sektorspecifikke bekendtgørelser, så regionerne kan få den nødvendige klarhed og forberedelsestid. Disse bekendtgørelser samt eventuel rammebekendtgørelse forventer Danske Regioner selvfølgelig i rettidig høring.

Minimum implementering

Danske Regioner ønsker at understrege vigtigheden af at fastholde lovforslagets og regeringens principper, der sikrer minimumsimplicitering på tværs af alle sektorer, herunder sundhedsvæsenet. Dette indebærer, at kravene skal være realistiske og gennemførlige uden at skabe unødvendige byrder for de involverede aktører. Det er vigtigt, at minimumsimpliciteringens principper følges hele vejen igennem lovgivningsprocessen for at sikre, at ressourcerne bruges effektivt, og at de krav, der stilles, er proportionale i forhold til den faktiske risiko og trussel.

Risikobaseret tilgang

Danske Regioner vil fremhæve behovet for at fastholde en risikobaseret tilgang til cybersikkerhed gennem hele implementeringen af NIS2. Det er afgørende, at indsatsen fokuserer på at håndtere de største risici først og tilpasses efter de konkrete trusler som hver sektor står over for. Dette sikrer, at ressourcerne anvendes mest effektivt, og at de mest kritiske samfundsfunktioner beskyttes bedst muligt. En risikostyret tilgang vil også give regionerne mulighed for at tilpasse deres sikkerhedsstrategier til deres specifikke behov og udfordringer.

Økonomiske rammer for implementering

Danske Regioner er grundlæggende enig i, at det nuværende lovforslag ikke kan fastlægge de økonomiske konsekvenser ved implementering af NIS2 med sikkerhed. Ifølge EU's egne beregninger, som også fremgår af lovforslaget, vil en NIS1-compliant organisation opleve en stigning på 12-15 % i it-sikkerhedsbudgettet, hvilket der i lovforslaget bliver estimeret til at koste regionerne mellem 60 og 100 mio. kr. årligt. Danske Regioner mener, at dette beløb er undervurderet, og set i lyset af, at kommende bekendtgørelser kan indeholde yderligere præciseringer, der vil øge omkostningerne yderligere, vil Danske Regioner forholde sig endeligt til økonomien når de specifikke bekendtgørelser foreligger.

Danske Regioner vil her særlig påpege Operational Technology -området, bl.a. CT-scannere, laboratoriesystemer og medicin fremstilling, og IOT-området, bl.a. glukosemålere, insulinpumper og andre typer af sensorer med netværksadgang. Det er uklart, hvorvidt, og i hvilket omfang, OT- og IOT-områder inkluderes i lovgivningen og begge er områder, der vil medføre betydelige ekstra omkostninger for regionerne. Vi opfordrer derfor til en præcisering på dette område i den sektorspecifikke bekendtgørelse, så det står klart, hvilke krav der vil gælde.

Danske Regioner vil pointere, at det er afgørende, at der sikres tilstrækkelige midler til at håndtere disse øgede omkostninger, både anlægs- og varige driftsmidler, så implementeringen af NIS2 ikke får negative implementeringskonsekvenser for de primære og samfundskritiske funktioner i sundhedsvæsenet.

Danske Regioner vil derfor, når de sektorspecifikke bekendtgørelser foreligger, løfte kompensation via DUT-forhandlingerne.

Implementeringsperiode

Givet de betydelige ændringer som NIS2-direktivet vil medføre, anbefaler Danske Regioner, at der gives tilstrækkelig tid og fleksibilitet i implementeringsperioden efter ikrafttrædelsesdatoen d. 1. marts 2025. Dette vil sikre, at regionerne kan foretage de nødvendige investeringer og organisatoriske ændringer uden at kompromittere den daglige drift, især inden for kritiske områder som sundhedsvæsenet. En realistisk og gradvis implementering vil også give mulighed for at justere og tilpasse indsatserne baseret på løbende erfaringer.

Tilsyn og Regulatorisk Sammenhæng

Danske Regioner anerkender behovet for at udmøntningen sker i sektorspecifikke bekendtgørelser, der sikrer de enkelte sektors behov. Danske Regioner er dog bekymrede over, at forskellige sektorer vil være underlagt

forskellige tilsynsmyndigheder med potentielt forskellige tilgange og krav. For regionerne, der opererer på tværs af sektorer, kan dette medføre en fragmenteret og uensartet regulering, hvilket kan føre til administrative meromkostninger, uensartet implementering og deraf begrænset effekt af lovforslaget.

Danske Regioner anbefaler en koordineret tilgang mellem forsvarsministeriet og de pågældende ressortministerier, der skal sikre sammenhæng og ensartede krav på tværs af sektorer.

Administrative byrder

Implementeringen af NIS2-direktivet vil kræve betydelige ressourcer til at opbygge og vedligeholde de nødvendige strukturer og processer år efter år. Danske Regioner er bekymret over, at de administrative byrder vil være betydelige, og der opfordres til, at der tages hensyn til dette i den endelige implementering af direktivet.

Ressource- og kompetencemangel:

Danske Regioner er bekymrede for, at det vil blive vanskeligt at rekruttere tilstrækkeligt med kvalificeret arbejdskraft, da både den offentlige og private sektor vil skulle opfylde de samme krav i henhold til NIS2. Dette kan skabe en flaskehals i forhold til at få ansat de nødvendige it-specialister.

Koordinering med eksisterende nationale strategier

Danske Regioner anbefaler, at implementeringen af NIS2-direktivet koordineres tæt med eksisterende nationale strategier for cybersikkerhed og digitalisering, herunder den nationale strategi for cyber- og informationsikkerhed. Det er vigtigt, at de nye krav fra NIS2 harmoniseres med de initiativer og strukturer, der allerede er på plads, for at undgå overlap og dobbeltarbejde. Dette vil også bidrage til en mere effektiv udnyttelse af ressourcer og sikre en sammenhængende tilgang til cybersikkerhed på tværs af sektorer.

Kollektiv trafik

Inden for kollektiv transport deler vi de overordnede forbehold og bekymringer vedr. økonomi, implementering mv. og har enkelte særskilte opmærksomhedspunkter.

Med NIS2 vil flere transportaktører blive omfattet. Det fremgår af lovforslaget, at bl.a. jernbanevirksomheder og "vejmyndigheder... der er ansvarlige for trafikledelse, med undtagelse af offentlige enheder, for hvilke trafikledelse eller drift af intelligente transportsystemer er en ikkevæsentlig del af deres generelle aktivitet" samt "operatører af intelligente transportsystemer" er omfattet.

På baggrund af ovenstående er det uafklaret om, hvor store dele af de regionale trafikselskabers virksomhed, der skal leve op til NIS2 og kravene til foranstaltninger til styring af cybersikkerhedsrisici. Det formodes, at en kommende sektorbekendtgørelse på transportområdet vil tydeliggøre om ud over de regionale baner også de regionale trafikselskabers buskørsel er omfattet, om den koordinerede kørsel i flextrafikken gør, at de her vil blive opfattet som operatører af intelligente transportsystemer samt om aktiviteterne i regi af Rejsekort og Rejseplan er omfattede. Der opfordres til, at den kommende sektorbekendtgørelse forholder sig til konsekvenserne af, at organiseringen af bl.a. de regionale baner adskiller sig – hvor kørslen nogle steder er udbudt til private aktører, så varetager andre lokalbaneselskaber selv driften.

I afsnit 4.1. 'Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige' fremgår, at "Der vurderes desuden at være negative implementeringskonsekvenser", hvilket i lovforslaget ikke er søgt kvantificeret. Det bemærkes, at implementeringskonsekvenserne alt andet lige må være højere for transportaktører, der ikke tidligere har været omfattet af kravene i NIS, end tilfældet er for andre aktører, der pt. lever op til kravene i NIS.

Også her er formodningen, at den kommende sektorbekendtgørelse på transportområdet vil være opklarende i forhold til de forventede økonomiske konsekvenser ved implementering og efterfølgende løbende opfyldelse.

Afslutningsvis vil Danske Regioner gerne udtrykke vores vilje til at samarbejde med relevante myndigheder for at sikre en effektiv og sammenhængende implementering af NIS2-direktivet.

På vegne af Danske Regioners bestyrelse

Anders Kühnau
Formand for Danske Regioner

Mads Duedahl
Næstformand for Danske Regioner

Bilag Titel:	Danske Regioners generelle bemærkninger til udkast til forslag til ændring af lov om assisteret reproduktion
Dagsordens titel	H&#248;ringssvar - Lovforslag om fertilitetsbehandling
Dagsordenspunkt nr	18
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



NOTAT

Danske Regioners bemærkninger til udkast til forslag til ændring af lov om assisteret reproduktion

08-07-2024

1718152

Luna Lundberg Nielsen

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har fremsendt udkast til forslag til ændring af lov om assisteret reproduktion (Fertilitetsbehandling til andet barn og lovliggørelse af partnerægdonation uden sundhedsfaglig begrundelse) i høring. Danske Regioner takker for muligheden for at komme med bemærkninger og for samarbejdet om udmøntningsaftalen vedrørende vederlagsfri fertilitetsbehandling til andet barn. Danske Regioner har indsamlet bemærkninger fra de fem regioner, og afgiver derfor dette samlede høringssvar.

Danske Regioner anerkender behovet for at tilpasse lovgivningen til samfundets udvikling og de muligheder, som det offentlige tilbud om fertilitetsbehandling har i dag. Det er Danske Regioners opfattelse, at disse ændringer vil have væsentlig betydning for mange familier, som ønsker at udvide deres familie ved hjælp af assisteret reproduktion. Samtidig er det afgørende, at ændringerne sker med omhu og respekt for både de faglige aspekter og kvindernes og parrenes individuelle behov og ressourcer.

Danske Regioner og regionerne bakker op om lovforslaget og hilser det velkomment, at det i fremtiden bliver muligt at yde fertilitetsbehandling til barn nummer to på offentlige sygehuse. Det gælder også lovændringen vedr. partnerdonation, og at dette behandlingstilbud udelukkende skal være tilgængeligt i privat sygehusregi.

Generelle bemærkninger

Vi finder det positivt, at lovforslaget afspejler indholdet i udmøntningsaftalen om vederlagsfri fertilitetsbehandling til andet barn. Samtidig åbner aftalen op for en mere inkluderende tilgang til fertilitetsbehandling i Danmark, hvilket afspejler en voksende forståelse og accept af forskellige familiestrukturer i vores samfund. Lovforslaget repræsenterer også en positiv udvikling i forhold til lighed i adgangen til behandling, som regionerne stræber efter at sikre.

Regionerne er i gang med at forberede sig på at udvide det offentlige tilbud om fertilitetsbehandling, herunder tilbuddet om fertilitetsbehandling til andet barn og muligheden for op til seks reagensglasbehandlinger til første barn. Målet er at sikre, at de nødvendige ressourcer og strukturer er på plads, så snart loven træder i kraft. Det er dog

endnu uvist, hvilken efterspørgsel regionerne vil stå overfor, og dermed hvilket pres de offentlige fertilitetsklinikker vil opleve, hvorfor muligheden for at anvende de private fertilitetsklinikker bidrager til at håndtere eventuelle kapacitetsudfordringer og dermed sikre, at ventelisterne forbliver på et håndterbart niveau.

Danske Regioner har, foruden nedenstående, indskrevet enkelte forståelsesmæssige og tekstnære bemærkninger i det vedhæftede dokument.

Specifikke og faglige bemærkninger

1. Vederlagsfri fertilitetsbehandling til andet barn

Lovforslaget om vederlagsfri fertilitetsbehandling vurderes at være i tråd med de løbende drøftelser mellem Danske Regioner og Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt udmøntningsaftalen, der er indgået i forbindelse med Økonomiaftalen 2025 om vederlagsfri fertilitetsbehandling til andet barn.

Danske Regioner har dog en generel bekymring for, at en øget privat kapacitet kan medføre at specialiseret arbejdskraft flytter fra de offentlige til de private klinikker. Det vil i den forbindelse være af afgørende betydning at de offentlige klinikkers fortsat i fremtiden kan sikre:

- at nedbringe ventetider/udvide den offentlige behandlingskapacitet,
- at varetage højt specialiseret behandling inden for fertilitetsområdet, herunder fx patienter med kræft, patienter med særdeles nedsat sædkvalitet, patienter med HIV/hepatitis eller andre alvorlige sygdomme,
- at uddanne fremtidens arbejdskraft inden for fertilitetsbehandling,
- at videreudvikle forskning i fertilitetsbehandling,
- at håndtere komplikationer opstået ifm. hormonbehandling, som kræver indlæggelse.

Derfor ønsker Danske Regioner, i en fortsat tæt dialog med fagpersonalet og ministeriet, at følge anvendelsen af den private kapacitet på fertilitetsområdet. Samtidig er det væsentlig at der ved brugen af det private tages hensyn til udviklingen inden for området.

2. Lovliggørelse af partnerægdonation uden sundhedsfaglig begrundelse

Danske Regioner bemærker, at det er uklart i lovforslaget, hvordan de offentlige klinikker skal forholde sig i følgende situation, som forventeligt vil opstå: Et lesbisk par har fået hjælp til barn nr. 1 på en offentlig klinik. Der er anvendt donorsæd og parret fik barn nr. 1 efter reagensglasbehandling, hvor ægget kom fra den kvinde, som også bar

barnet (var gravid). Parret har efter den pågældende behandling overskydende befrugtede æg fra samme kvinde og donor i fryseren på den offentlige klinik. Senere henvender parret sig til samme offentlige klinik for at gøre brug af fryseembryonerne til at få barn nr. 2. De ønsker nu, at den kvinde i forholdet, som ægget ikke kom fra, skal bære barn nr. 2.

Graviditet med donoræg indebærer en anden risiko, end graviditet med egne æg. Der er bl.a. 2-3 gange øget risiko for udvikling af graviditetsbetinget hypertension, svangerskabsforgiftning, for tidlig fødsel, lav fødselsvægt, blødning efter fødsel og risiko for kejsersnit. Derfor er der størst sandsynlighed for en ukompliceret graviditet, hvis graviditeten bæres af den kvinde, som også er ophav til ægget. Der må derfor tilstræbes graviditet med egne æg, hvor det er muligt. Kvinder med kvindelig partner ville i mange tilfælde kunne opnå graviditet med insemination, som er mindre indgribende end ægdonation, der som beskrevet kræver IVF-behandling. Det vurderes således at være mere risikobetonet at foretage partnerægdonation uden medicinsk indikation.

Aktuelt betragtes donation af æg mellem to kvinder i parforhold (foretaget på medicinsk indikation) ikke som *partnerdonation* men som såkaldt *kendt donation*. Kendte donorer sidestilles med andre donorer og skal efter anvisning fra Styrelsen for Patient-sikkerhed håndteres på samme måde med bl.a. genetisk udredning i tre generationer for at forebygge overførsel af genetiske sygdomme til barnet.

Jf. Vævslovens §11a må en donors kønsceller ikke anvendes, hvis der er konstateret væsentlig øget risiko for at kønscellerne kan overføre genetisk sygdom eller bærertilstand for genetisk sygdom.

Danske Regioner opfordrer til, at det bør fremgå tydeligt af lovbemærkningerne, hvorvidt lovændringen vil gøre det lovligt at efterkomme et lesbisk pars ønske om, at det nu er den anden kvinde, som skal bære barn nr. 2. Alternativt vil parret skulle starte forfra, hvor den anden kvinde vil skulle igennem hormonstimulation og ægudtagning.

Danske Regioner ser frem til at bidrage med perspektiver og erfaringer i den videre proces og til at arbejde for at skabe de bedste rammer for implementeringen af lovforslaget.