



Medlemmerne af  
Danske Regioners Bestyrelse  
m.fl.

09-12-2013

Sagsnr.

Maren Munk-Madsen

Tel.: 3529 8165

E-mail:

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

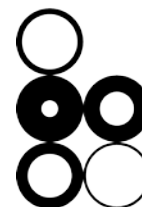
**Åben dagsorden til skriftlig votering i Danske Regioners  
Bestyrelse med frist for tilbagemelding fredag den 16. de-  
cember 2013**

**Deltagere:** Bent Hansen, Carl Holst, Ulla Astman, Steen Bach Nielsen,  
Vibeke Storm Rasmussen, Poul Erik Svendsen, Henrik  
Thorup, Per Tærsebøl, Thor Grønlykke, Poul Müller, Anne  
V. Kristensen, Birgitte Josefsen, Bente Lauridsen, Knud  
Andersen, Jens Stenbæk, Flemming Stenild, Birgitte Kjøl-  
ler Pedersen

**Afbud:**

**Mødested:** Skriftlig votering





## Indholdsfortegnelse

1.	Formandens meddelelser, sagsnr. 13/2286	1
2.	Godkendelse af åbent referat af møde 27-09-2013 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 13/2286	3
3.	Godkendelse af åbent referat af skriftlig votering 01-11-2013 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 13/2286	5
4.	2. behandling af Danske Regioners Budget 2014, sagsnr. 13/2049	7
5.	Danske Regioners reviderede pensionspolitik, sagsnr. 13/647	15
6.	Evalueringsrapport af regionernes fælles valgaktiviteter, sagsnr. 12/1739	17
7.	Skriftlig beretning 2013, sagsnr. 06/3788	23
8.	Høringssvar til lovforslag om ændring af CPR-loven, sagsnr. 13/1722	25
9.	Høringssvar vedrørende revision af lægemiddellov mv., sagsnr. 13/1990	27
10.	Høringssvar vedrørende lovforslag om Danmarks Innovationsfond, sagsnr. 13/2263	31
11.	Høringssvar om udkast til revideret bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, sagsnr. 13/1086	35
12.	Høringssvar på rapport om registerforskning, sagsnr. 13/1861	39
13.	Høringssvar vedrørende ændring af lov om erhvervsakademier og professionshøjskoler, sagsnr. 09/3091	41
14.	Fælles hjælperordninger til borgere med kronisk respirationsinsufficiens, sagsnr. 10/895	43
15.	Afsluttet revision af EU's udbudsdirektiv og Danmarks nye udbudslov, sagsnr. 13/939	49
16.	Kriterier for KRIS anbefaling af lægemidler til standardbehandling, sagsnr. 12/558	53
17.	Oversigt over finanslov og satspuljeaftale for 2014, sagsnr. 13/1577	55
18.	Generelle orienteringer, sagsnr. 13/2286	61
19.	Orientering om emner på EU-dagsordenen, sagsnr. 13/2286	63

<b>20.</b>	<b>Næste møde, sagsnr. 13/2286</b>	<b>65</b>
<b>21.</b>	<b>Eventuelt, sagsnr. 13/2286</b>	<b>67</b>
<b>22.</b>	<b>Lovforslag om ophør af den offentlige rejsesygesikring, sagsnr. 13/2366</b>	<b>69</b>



---

**1. Formandens meddelelser, sagsnr. 13/2286**

Maren Munk-Madsen

---

*Resumé*

---

*Indstilling*

---

*Sagsfremstilling*

---

*Bilag*

Ingen.





---

**2. Godkendelse af åbent referat af møde 27-09-2013 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 13/2286**

Maren Munk-Madsen

---

***Resumé***

---

***Indstilling***

*Det indstilles,  
at referatet godkendes.*

---

***Sagsfremstilling***

---

***Bilag***

Åbent referat af møde 27-09-2013 i Danske Regioners bestyrelse.pdf  
(1104214).







---

**3. Godkendelse af åbent referat af skriftlig votering 01-11-2013 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 13/2286**

Maren Munk-Madsen

---

***Resumé***

---

***Indstilling***

*Det indstilles,  
at referatet godkendes.*

---

***Sagsfremstilling***

---

***Bilag***

Åbent referat af skriftlig votering i Danske Regioners bestyrelse 01-11-2013 (1101791).



---

#### 4. 2. behandling af Danske Regioners Budget 2014, sagsnr. 13/2049

---

Kristian Terp

##### *Resumé*

Budgetforslag 2014 er udarbejdet i forventet 2014 pris- og lønniveau.

I budgetforslaget er der lagt op til, at kontingentet pris- og lønreguleres med 1,2 procent svarende til 0,3 kroner og fastsættes til 22 kroner pr. indbygger i 2014.

Som følge af den manglende pris- og lønregulering af underskudsfinansieringen samt den manglende pris- og lønregulering af kontingentet i 2011 sker der forlods en samlet reduktion på 1 procent på indtægtssiden i 2014. Dette indebærer et automatisk effektiviseringskrav på udgiftssiden.

Budgetforslag 2014 medfører en reduktion i driftsunderskuddet på knapt 2 millioner kroner, sådan at driftsunderskuddet udgør 36,4 millioner kroner. Reduktionen skyldes dels øgede husleje- og sekretariatsindtægter som følge af Sundhed.dk's indflytning i Regionernes Hus kombineret med besparelser på driften bl.a. som følge af investeringer i energioptimering samt afledte effekter af en øget kapacitet til videokonferencer.

I budgetforslaget foreslås det, at der i løbet af 2014 gennemføres en omprioritering på yderligere 1 procent på de samlede personale- og driftsudgifter svarende til 2 millioner kroner. Omprioriteringen tænkes konkret udmøntet som en reduktion af personale- og driftsudgifterne på 2 millioner kroner, der anvendes til en opprioritering af den eksterne interessevaretagelse.

---

##### *Indstilling*

*Det indstilles,*

*at budgettet for 2014 fastsættes med et driftsunderskud på 36,4 millioner kroner,*

*at kontingentet foreslås pris- og lønreguleret med 1,2 procent og fastsættes på generalforsamlingen til 22 kroner pr. indbygger for 2014,*

*at kontingentet for Videncenter for Jordforurening fastholdes i faste priser,*

*at der i løbet af 2014 gennemføres en omprioritering på 1 procent på udgiftssiden på budget 2014 svarende til 2 millioner kroner til en opprioritering af interessevaretagelsen og*

*at vidensdelingsprojektet i 2014 finansieres ved et formuetræk på 1,3 mio. kr.*

---

##### *Sagsfremstilling*



---

Materialet til anden behandling af forslaget til budget for 2014 for Danske Regioner er inddelt i følgende punkter:

1. Finansiering af Danske Regioners aktiviteter (bilag 1)
2. Sekretariatets ressourceanvendelse (bilag 2 og 3)
3. Budgetforslag 2014
  - a. Forventet regnskab 2013
  - b. Budgetforudsætninger (bilag 4 og 5)
  - c. Budget 2014
  - d. Kontingent 2014

### **1. Finansiering af Danske Regioners aktiviteter (bilag 1)**

Bestyrelsen besluttede ved behandlingen af budgettet for 2013, at bestyrelsen i løbet af 2013 ser på mulige løsninger på de langsigtede finansieringsudfordringer, herunder prioritering af sekretariatets opgaver og ressourcer. Perspektiverne for den langsigtede finansiering af Danske Regioner er i det store hele uændret siden vedtagelsen af budgetforslaget for 2013, idet det realiserede overskud i 2012 betød, at afviklingen af formuen alt andet lige er udskudt med et år. Såfremt regnskabsresultatet for 2013 bliver som forventet, vil formuetrækket blive yderligere reduceret i forhold til det forventede. Der vurderes således ikke at være akut behov for at ændre den nuværende finansieringsstruktur. Det vil dog fortsat være hensigtsmæssigt at overveje den konkrete sammensætning af finansieringskilder på længere sigt. Et oplæg til drøftelse heraf vil blive forelagt i begyndelsen af den kommende valgperiode.

Der er i bilag 1 nærmere redegjort for de enkelte finansieringskilder. Danske Regioners kontingentindtægter har udvist en lav stigningstakt, eftersom beslutningen om ikke at pris- og lønregulere i 2011 har følgevirkninger i efterfølgende år, ligesom det forhold, at kun den kontingentfinansierede del af driftsbudgettet pl-reguleres, betyder et automatisk produktivitetskrav på sammenlagt 1 procent. Udviklingen i kontingentindtægterne i løbende priser har været lav set i sammenligning med tilsvarende organisationer.

### **2. Sekretariatets ressourceanvendelse (bilag 2 og 3)**

Der er på linje med budgetforelæggelsen for 2013 udarbejdet en opgørelse af sekretariatets ressourceanvendelse på fagområder.



---

Af denne opgørelse – der findes i bilag 2 – fremgår det, at tidsanvendelsen for 2013 fordeles sig således på fem overordnede kategorier:

(se bilag 2 for figur: Årsværk fordelt på tværgående kategorier)

I forhold til den opgørelse, der blev gennemført i forbindelse med behandlingen af budgettet for 2013, viser årets opgørelse, at den procentmæssige tidsanvendelse på de tre store kategorier: ”ekstern interessevaretagelse”, ”politisk betjening” og ”videndeling, koordination og samarbejde med regionerne”, sammenlagt er steget med ca. 3 procentpoint. Der er således kun tale om mindre variationer i tidsanvendelsen mellem de to år.

Derudover findes som bilag 3 en beskrivelse af opgaver og bemanding i Center for administration og service.

Det fremgår af denne beskrivelse, at den administrative bemanding på området løn, bogholderi, it og sekretariat (inklusive administrationschef og serviceleder) i alt udgør 13 stillinger. Af disse 13 stillinger medgår der 4,35 stillinger til varetagelse af administrative opgaver for eksterne virksomheder og fonde (der betaler for disse ydelser). Danske Regioners egen andel af de administrative opgaver på dette område udgør således de resterende 8,65 stillinger.

Bilag 3 indeholder tillige en beskrivelse af resultatet af en analyse, som Danske Regioner har bedt PA Consulting om at gennemføre af udvalgte serviceydelser.

PA konkluderer generelt, at den interne varetagelse af de forskellige administrative serviceydelser er hensigtsmæssigt organiseret, og at der af samme grund ikke er potentiale for økonomisk gevinst ved en udlicitering. PA fremhæver dog den interne reprofunktion som et område, der fremover vil komme under pres på grund af den markedsmæssige udvikling på trykområdet, der løbende medfører, at prisen på eksterne trykkeopgaver falder. PA-analysen er vedlagt som bilag.

### **3. Budgetforslag 2014**

#### *Forventet regnskab 2013*

Det forventede regnskab for 2013 viser en resultatforbedring på driftsbudgettet i størrelsesordenen 10 – 12 millioner kroner. Hertil kommer et forventet posi-



tivt bidrag fra kapitalposterne, der med fornødent forbehold for udviklingen på kapitalmarkederne i 4. kvartal 2013 i skrivende stund udgør 7 millioner kroner.

Årets resultat forventes dermed at blive 17 – 19 millioner kroner bedre end budgetteret.

Denne budgetforbedring skyldes dels tilbageholdenhed i forbindelse med genbesættelser af ledigblevne stillinger og i brugen af vikarer, dels lavere forbrug af fremmede tjenesteydelser og øvrige driftsudgifter.

*Tabel 1. Forventet regnskab 2013*

Forventet regnskab 2013	Budget	Forv. regnskab	Forskel B-FvR
Kontingent	-132.866.840	-133.347.484	480.644
Øvrige indtægter	-14.306.688	-14.500.000	193.312
<b>Indtægter i alt:</b>	<b>-147.173.528</b>	<b>-147.847.484</b>	<b>673.956</b>
Løn	99.026.300	96.026.300	3.000.000
Øvrige personaleudgifter	16.196.400	15.596.400	600.000
<b>Personaleudgifter i alt:</b>	<b>115.222.700</b>	<b>111.622.700</b>	<b>3.600.000</b>
Drift af huse	6.485.500	6.700.000	-214.500
Fremmede tjenesteydelser	20.682.800	16.182.800	4.500.000
Mødeaktiviteter	11.088.834	10.338.834	750.000
Kommunikation	3.007.800	2.207.800	800.000
Øvrig drift	24.776.180	22.776.180	2.000.000
Tilskud	4.391.000	4.391.000	-
<b>Udgifter i alt:</b>	<b>70.432.114</b>	<b>62.596.614</b>	<b>7.835.500</b>
<b>Driftsresultat:</b>	<b>38.481.286</b>	<b>26.371.830</b>	<b>12.109.456</b>
Kapitalindtægter	-17.544.950	-24.544.950	7.000.000
Kapitaludgifter	14.171.800	14.171.800	-
<b>Kapitalposter i alt:</b>	<b>-3.373.150</b>	<b>-3.373.150</b>	<b>-</b>
<b>Resultat:</b>	<b>35.108.136</b>	<b>15.998.680</b>	<b>19.109.456</b>
Rammebevillinger	-	1.650.000	-1.650.000
<b>Resultat inkl. ekstraordinære poster:</b>	<b>35.108.136</b>	<b>17.648.680</b>	<b>17.459.456</b>

*Budgetforudsætninger (bilag 4 og 5)*

Budgetforslaget for 2014 er udarbejdet som et rammebudget i forventet 2014 pris- og lønniveau (budgettet er opregnet med en pris- og lønregulering på 1,2 procent).



I budgetforslaget indgår dels effekterne af de i årene 2012 og 2013 gennemførte energioptimeringer, dels effekten af en optimeret lokalemæssig udnyttelse af Regionernes Hus.

Hertil kommer øgede udgifter til it-drift og it-programmel samt besparelser som følge af øget anvendelse af videokonferencer.

I bilag 4 findes en nærmere beskrivelse af Regionernes Hus med fokus på den energioptimering og de ombygninger, der er gennemført.

I bilag 5 findes en beskrivelse af udlejning af dele af Regionernes Hus til Sundhed.dk samt en beskrivelse af status for udlejningen af Pakhus E.

Det bemærkes i denne forbindelse, at der på grund af varsel om opsigelse fra lejers side er sket en budgetmæssig reduktion af de forventede lejeindtægter. Dette har ikke konsekvenser for driftsbudgettet for 2014, men på kapitalposterne vil reduktionen i lejeindtægterne på 6 millioner kroner give et tilsvarende negativt bidrag til årets resultat.

#### *Budget 2014*

Budgetforslag 2014 medfører en reduktion i driftsunderskuddet på knapt 2 millioner kroner, sådan at driftsunderskuddet udgør 36,4 millioner kroner. Reduktionen skyldes dels øgede husleje- og sekretariatsindtægter som følge af Sundhed.dk's indflytning i Regionernes Hus kombineret med besparelser på driften bl.a. som følge af investeringer i energioptimering samt afledte effekter af en øget kapacitet til videokonferencer.

Som følge af den manglende pris- og lønregulering af underskudsfinansieringen samt den manglende pris- og lønregulering af kontingentet i 2011 sker der forlods en samlet reduktion på 1 procent på indtægtssiden i 2014.

*Tabel 2. Budgetforslag 2014*

Budgetforslag 2014	Budget
Kontingent	-134.500.000
Øvrige indtægter	-16.200.000
<b>Indtægter i alt:</b>	<b>-150.700.000</b>
Løn	100.200.000
Øvrige personaleudgifter	16.400.000
<b>Personaleudgifter i alt:</b>	<b>116.600.000</b>
Drift af huse	6.200.000



Fremmede tjenesteydelser	20.900.000
Mødeaktiviteter	10.700.000
Kommunikation	2.300.000
Øvrig drift	26.400.000
Tilskud	4.000.000
<b>Udgifter i alt:</b>	<b>70.500.000</b>
<b>Driftsresultat:</b>	<b>36.400.000</b>
Kapitalindtægter	-11.300.000
Kapitaludgifter	13.700.000
<b>Kapitalposter i alt:</b>	<b>2.400.000</b>
<b>Resultat:</b>	<b>38.800.000</b>
Rammebevillinger	-
<b>Resultat inkl. ekstraordinære poster:</b>	<b>38.800.000</b>

Lønbudgettet er fremskrevet på baggrund af den eksisterende normering, jf. tabel 3.

Som det fremgår, er normeringen uændret på 160 faste stillinger fra 2013 til 2014.

*Tabel 3. Normeringsoversigt*

	B10	B11	B12	B13	B14	Ny organisation pr. 1.3.2013
Direktion og direktionsekretariat	16,0	16,0	11,0	11,0	11,0	Direktion og direktionsekretariat
Kommunikation	8,0	7,0	7,0	7,0	8,0	Kommunikation
Sundheds- og socialområdet	38,7	38,0	38,0	37,7	39,0	Center for sundhedspolitik, økonomi og socialpolitik
Forhandlingsområdet	20,8	19,7	20,7	19,7	29,0	Center for forhandling, aftaler og overenskomster
Regional udvikling	11,0	11,0	15,0	15,0	28,7	Center for sundhedsteknologi, erhvervs-samarbejde og regional udvikling
Økonomi- og Sundhedsanalyse	27,7	26,2	26,2	25,2	-	
Intern forvaltning	35,8	33,0	33,0	32,0	32,0	Center for administration og service
Elever	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	Elever
Regionernes Sundheds IT (RSI)	0,0	3,3	3,3	4,3	4,3	Regionernes Sundheds IT (RSI)
Videncenter for Jordforurening	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	Videncenter for Jordforurening
I alt:	166,0	162,2	162,2	159,9	160,0	
Årsværk i Årsregnskaber (ATP - opg.)	173	168	162	-	-	

Der er i 2013 gennem en budgetmæssig omprioritering på 1,5 millioner kroner etableret et råd for regional ibrugtagning af sygehusmedicin (KRIS).

I budgetforslaget for 2014 foreslås det, at der i løbet af 2014 gennemføres en omprioritering på 1 procent på de samlede personale- og driftsudgifter svarende til 2 millioner kroner.





Omprioriteringen tænkes konkret udmøntet som en reduktion af personale- og driftsudgifterne på 2 millioner kroner, der anvendes til en opprioritering af den eksterne interessevaretagelse.

#### *Kontingent 2014*

Kontingentet fastsættes på generalforsamlingen. Kontingentet pris- og lønreguleres på baggrund af den udmeldte sats for det regionale sundhedsområde (eksklusiv sygehusmedicin).

For 2014 vil det pris- og løntalsregulerede kontingent udgøre 22 kroner pr. indbygger, svarende til en stigning på 0,30 kroner i forhold til 2013.

#### *Vidensdelingsprojektet om sygehusbyggeri*

Bestyrelsen drøftede på bestyrelsesmødet den 27. september 2013 vidensdelingsprojektet om sygehusbyggeri. Bestyrelsen var enig om, at det også fremadrettet er vigtigt, at regionerne videndeler og koordinerer centrale elementer i forhold til sygehusbyggerierne. Da den nuværende projektbevilling udløber med udgangen af 2013, skal der tages stilling til finansieringen af vidensdelingsprojektet fremadrettet.

Formanden indstiller, at vidensdelingsprojektet videreføres i 2014 med den nuværende finansieringsmodel og på samme niveau, således at en ny bestyrelse kan tage stilling til en eventuel udvidelse af projektet med fokus på en række større fælles projekter, erhvervspotentialet i byggerierne samt styrkelse af kommunikationen på området.

---

#### ***Bilag***

Bilag 1 - Finansiering af Danske Regioners aktiviteter (1098364).

Bilag 2 - Sekretariatets ressourceanvendelse (1098368).

Bilag 3 - Administration og service (1098377).

Bilag 4 - Regionernes Hus (1098383).

Bilag 5 - Udlejning (1098389).

PA analyse (adm. serviceydelser).pdf (1098382).



---

## 5. Danske Regioners reviderede pensionspolitik, sagsnr. 13/647

---

Bo Kristensen

### *Resumé*

Danske Regioners pensionspolitik er revideret med det formål at bringe pensionspolitikken up-to-date og målrette den til det nuværende pensionsmarked og nye pensionsprodukter. Der er ligeledes foretaget en række redaktionelle ændringer som følge af ændret lovgivning mv.

---

### *Indstilling*

*Løn- og Personalepolitisk Udvalg indstiller,*  
at bestyrelsen godkender udkast til Danske Regioners reviderede pensionspolitik.

---

### *Sagsfremstilling*

Danske Regioners pensionspolitik har i løbet af 2013 gennemgået en revision. Formålet er at modernisere politikken, således at den passer til det nuværende pensionsmarked. Samtidig er der foretaget en række redaktionelle ændringer som følge af ændret lovgivning samt aftale- og overenskomstforhold. Endelig indeholder udkastet en række principper for indførelse af nye pensionsprodukter som bl.a. delpension og depotsikring.

I forhold til principperne for indførelse af delpension er det på statens område aftalt i CFU-forliget fra OK-13, at pensionsordninger, hvor der er etableret mulighed for udbetaling af delpension på vilkår, der afviger fra principperne, skal ændres fremadrettet, så nye udbetalinger af delpension fra og med 1. januar 2016 sker i henhold til de fastsatte betingelser. Medlemmer af pensionsordninger, der inden udgangen af 2015 har fået udbetalt og fortsat får udbetalt delpension efter de hidtidige bestemmelser, berøres ikke heraf. Staten forventes at anvende principperne overfor de pensionskasser, der ønsker at oprette nye delpensionsordninger.

På det kommunale område har KL meddelt, at det ved overenskomstforhandlingerne blev forudsat, at principperne skal følges, hvis delpension skal indføres. KL ønsker således ikke at muliggøre overenskomstdækning af delpensionister, hvis delpensionsordningen ikke lever op til principperne.

På det regionale område blev principperne for indførelse af delpension udarbejdet efter, at enkelte kasser havde tilbudt delpension til deres medlemmer. Derfor er IT-systemer og administration ikke nødvendigvis indrettet efter prin-



---

cipperne. I forhold til disse kasser lægges der op til, at der vil blive igangsat en dialog med henblik på at finde en hensigtsmæssig løsning.

Den vedtagne pensionspolitik sendes ud til pensionskasserne og til medarbejderorganisationerne på det regionale område. Politikken skal ses som en invitation til dialog med pensionskasserne og arbejdsmarkedets parter om pensionsområdet.

---

***Sekretariatets bemærkninger***

Udkast til Danske Regioners reviderede pensionspolitik blev godkendt på møde i Løn- og Personalepolitisk Udvalg den 11. oktober 2013.

---

***Bilag***

4. udgave revideret pensionspolitik (1093879).



---

## 6. Evaluering af regionernes fælles valgaktiviteter, sagsnr. 12/1739

---

Gitte Schmidt

### *Resumé*

Danske Regioner har sammen med regionerne udviklet en række fælles valgaktiviteter op til Regionsvalget 2013. Danske Regioners bestyrelse har i den forbindelse bevilget 1.400.000 kroner.

Som vedtaget i bestyrelsen i oktober 2012 er der tale om:

- En fælles regional webplatform, rv13.dk
- Et online-spil Danmarks dysten
- En fælles informations- og oplysningskampagne
- En række valgmøder for unge

Hertil kommer, at Danske Regioner har indgået i samarbejde med KL og Økonomi- og Indenrigsministeriet om en fælles kampagne ”Tænk dig om før du ikke stemmer” samt bidraget til oplysningsfilmen ”Ikke sådan – sådan”.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*

*at bestyrelsen evaluerer de valgaktiviteter, som Danske Regioner har været involveret i.*

---

### *Sagsfremstilling*

#### **Regionernes fælles valgaktiviteter**

Regionerne gik op til regionsvalget 2013 sammen om en række fælles aktiviteter, der skulle synliggøre regionerne, øge borgernes engagement og styrke stemmeprocenten.

#### *Fælles regional informationskampagne*

Regionernes fælles informations- og oplysningskampagne blev afviklet i tre uger op til regionsvalget. Kampagnen, der var udviklet af bureauet Primetime, var bygget op omkring en række vedkommende, genkendelige og relevante dilemmaer.

- Hvordan får vi mest sundhed for pengene?
- Hvordan skal vi mindske tvang i psykiatrien?
- Hvor længe skal du vente på skadestuen/akutmodtagelsen?
- Hvornår skal vi bruge den dyre medicin?
- Hvornår skal bussen køre?
- Hvor skal du gå i gymnasiet?

Formålet med kampagnen var dels at styrke en individuel stillingtagen, kvalificere holdninger til politiske problemstillinger og engagere borgerne i regionale



spørgsmål ved at oplyse dem om regionale opgaver og ansvarsområder. Ved at gå sammen ønskede regionerne at skabe størst mulige synergieffekter både i forhold til kampagnebudskabet, gennemslagskraft og i forhold til optimering af mediaindkøb.

Kampagnen var bygget op om annoncer i aviser og på nettet. Radiospots, OBS-film og postkort. Hertil kom pressehistorier og regionale tilkøb af annoncering på plakater i byrummet, på busser og i regionale medier – såvel aviser som tv og radio. Alt materiale viste videre til rv13 for yderligere information og debat.

- Stemmeprocenten til regionsvalget endte i 2013 på 71,7 procent. Til sammenligning var den i 2009 på 65,7 procent.
- Hvor ”Regionsvalg” og ”Regionsrådsvalg” i 2009 var nævnt ca. 800 gange i en periode på tre måneder op til valget, er antallet af artikler i 2013 oppe på 2400 viser en søgning i Infomedia.

#### *Demokratiudvalgets unge-valgpakke*

Demokratiudvalgets valgpakke blev udviklet i samarbejde med organisationen YouGlobe. 30.000 unge har deltaget i 100 valgmøder fordelt på uddannelsesinstitutioner landet over. Alle regionerne har bidraget til udviklingen af konceptet, men det har været op til den enkelte region at sætte rammerne for den praktiske afvikling, hvor møderne skulle foregå og hvilke kandidater/lister, der deltog.

- Pt. er valgmøderne blevet omtalt ca. 340 gange i medierne (Infomedia).

#### *Rv13.dk*

Den fælles web-platform rv13.dk gik i luften den 19. august – tre måneder inden valget. Rv13.dk samler al information om regionsvalget i fem regionaliserede universer. Rv13.dk rummer bl.a. kandidatdatabase og oplæg til debat, nyheder, medieoverblik, kalender og praktisk information om opstilling og valgets afvikling. Sitet bliver nu lukket ned og kan genbruges til andre regionale samarbejder.

- Rv13. dk har siden opstarten den 19. august haft 211.831 besøgende og 294.081 besøg i alt.
- Især i dagene omkring valget var der høj aktivitet. I valgdøgnet alene var der 65.000 besøg, dagen efter 45.000.
- Antal sidevisninger fordelt på regioner (*sammenlignet med 2009, hvor det har været muligt*):
  - Region Hovedstaden 573.559 mod 53.713 i 2009
  - Region Sjælland 202.771



- 
- Region Syddanmark 344.864
  - Region Midtjylland 556.723
  - Region Nordjylland 199.900 mod 69.234 i 2009
  
  - Antal besøg fra brugere, der befinder sig i:
    - Region Hovedstaden 97.665
    - Region Sjælland 26.113
    - Region Syddanmark 42.211
    - Region Midtjylland 87.281
    - Region Nordjylland 32.304
  
  - Antal kommentarer på rv13.dk i alt: 945
  
  - Alle 1163 kandidater var at finde på rv13.dk. Heraf havde 768 (66 procent) udfyldt profilen med såvel billede som tekst. Ambitionen ved projektstart var, at mindst 50 procent udfyldte.
  - Kandidater og profiler fordelt på regioner:
    - Region Hovedstaden 289 heraf 181 udfyldt
    - Region Sjælland 215 heraf 152 udfyldt med billede
    - Region Syddanmark 254 heraf 179 udfyldt
    - Region Midtjylland 223 heraf 163 udfyldt med billede
    - Region Nordjylland 182 heraf 136 udfyldt mod 163/65 i 2009
  
  - På twitter har hashtag #rv13 været brugt 2529 gange mellem den 26. oktober og 26. november.
  
  - Rv13 og rv13.dk er brugt i medierne 359 gange.

### *Danmarksdysten*

Danmarksdysten er et online quiz-spil, der også kan downloades som app. Spillet er målrettet aldersgruppen 25-45 årige og skal på en underholdende måde bidrage til kendskabet om regioner og valg. Spillet er udviklet, så det er langtidsholdbart og kan bruges efter valget – f.eks. til Folkemødet 2014.

Danmarksdysten er blevet markedsført via alle regionale kommunikationskanaler såvel internt som eksternt. Der er desuden produceret postkort, som er omdelt på bl.a. Valgmødet. Desuden har en del kommuner bidraget til markedsføringen gennem webbannere oa.

- Der er pt. 8413 brugere – 6811 er aktive.
- Der er pt. startet 68.440 quizzer og stillet 867.815 spørgsmål. Lidt over halvdelen af spørgsmålene drejer sig om regionerne.



- 
- *Antal brugere fordelt på region*
    - Region Hovedstaden : 1810
    - Region Sjælland : 910
    - Region Syddanmark : 1528
    - Region Midtjylland : 1662
    - Region Nordjylland : 901

### **Andre valgaktiviteter**

Foruden de fælles regionale valgaktiviteter har Danske Regioner indgået i to andre samarbejder.

#### *Tænk dig om, før du IKKE stemmer – kampagne med KL og ØIM*

Bureauet McCann stod bag konceptet til Stem-kampagnen, der havde til formål at hæve stemmeprocenten ved kommunal- og regionsvalget. Kampagnen, der havde et budget på 6,4 mio. kr., var finansieret af Momsfondsmidler og har Danske Regioner, KL og Økonomi- og Indenrigsministeriet som afsendere. Kampagnen var rettet mod den brede befolkning men med fokus på unge førstegangsvælgere og deres mødre. Kampagnen blev afviklet i to tempi. Først en kampagne fokuseret på at informere om mulighederne for at brevstemme inden valgdagen. Dernæst de sidste tre uger inden valget en kampagne med en direkte opfordring til at stemme. Kampagnen bygger primært på annoncer i bybilledet og bannerannoncer på nettet kombineret med film, der deles på sociale medier.

- Kampagnens facebookside ”Kommunal- og regionsvalget 2013” har 2.176 likes.
- Filmene er pt. vist ca. 32.000 gange på YouTube
- Der har pt. været knap 130.000 besøgende på kampagnesitet stem.dk. Størstedelen (pt. 100.000) er kommet ind via kampagnemateriale (annoncer) fra den 1. oktober og frem. 88 procent af de besøgende kommer kun én gang.
- ”Tænk dig om, før du ikke stemmer” har været omtalt i medierne 612 gange. (Infomedia)

Som en del af kampagnen har bureauet Primetime etableret en række PR-samarbejder bl.a. med rejseplanen og tre regionale busselskaber, der stiller annonceplads til rådighed og/eller viser vej til nærmeste valgsted. Desuden er der indgået et samarbejde med McDonalds, der i deres restauranter udbreder kampagnens budskaber.

*Film – ”Ikke sådan – sådan”*



---

Bombay Film (Wulff Morgenthaler) har for Folketinget produceret en tegnefilm, der i humoristisk stil forklarer, hvordan det rent praktisk foregår, når man stemmer. KL og Danske Regioner har begge bidraget med 25.000 kr. og står som medafsendere af filmen, der er målrettet førstegangsvælgere.

- Filmen er indtil videre vist 155.000 gange på YouTube og har afstedkommet en del debat på både YouTube og Folketingets facebookside.

---

### **Økonomi**

Bestyrelsen har på mødet den 26. oktober 2012 bevilget 1.000.000 kroner til valgaktiviteterne. Midlerne er fordelt således:

- "Valgmødet" - Demokratiudvalgets unge-valgmøder: 400.000 kroner.
- Fælles kampagne: 1.500.000 kroner. Danske Regioners andel er på 300.000 kroner.
- Fælles web-plattform rv13.dk og spil: 2.000.000 kroner. Danske Regioners andel er på 300.000 kroner.

De øvrige udgifter til den fælles informationskampagne og fælles WEB platform fordeles mellem de fem regioner efter fordelingsnøglen baseret på befolkningstallet.

Desuden blev der på bestyrelsesmødet den 30. august bevilget ekstra 400.000 kr. af den reserverede bestyrelsespulje på 1.000.000 kr. Beløbet dækker over:

- Programmering af app til spil: 125.000 kr.
- Kandidatdatabase (samarbejde med Altinget): 125.000 kr.
- Udvikling af regionale webbannere: 30.000 kr.
- Valgmødet: 55.000 kr.
- Oplysningsfilm med Folketinget 25.000 kr.
- Diverse: 40.000 kr.

Alle udgifter er endnu ikke faktureret, men det er forventningen, at projekterne er gennemført inden for den overordnede ramme.

---

### **Bilag**

Ingen.





---

## 7. Skriftlig beretning 2013, sagsnr. 06/3788

---

Karen Agerbæk Jørgensen

### *Resumé*

Den skriftlige beretning for 2013 forelægges bestyrelsen på mødet den 7. februar 2014. Samtidig lægges der op til, at konceptet for den skriftlige beretning nytænkes fra 2014.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*

at bestyrelsen godkender oplægget til Skriftlig beretning 2013.

---

### *Sagsfremstilling*

Tidligere har den skriftlige beretning være udarbejdet som ”udvalgenes beretning”. På grund af den nye valgperiode vil den skriftlige beretning for 2013 alene blive forelagt bestyrelsen til godkendelse. Beretningen fokuseres på resultater og indsatser på de regionale opgaveområder i 2013.

Et udkast til skriftlig beretning 2013 forelægges bestyrelsen til godkendelse på bestyrelsesmødet den 7. februar 2014.

Den skriftlige beretning kan nytænkes i form og indhold fra 2014, når den nye bestyrelse er tiltrådt. Beretningen kan eksempelvis udkomme som interaktivt iPad-magasin eller være artikelbaseret med udgangspunkt i cases og enkelthistorier, der kan illustrere opnåede resultater. Sekretariatet vil komme med et forslag til et nyt koncept i oplægget til Skriftlig beretning 2014.

---

### *Bilag*

Ingen.





---

## 8. Høringssvar til lovforslag om ændring af CPR-loven, sagsnr. 13/1722

---

Maj-Britt Juhl Poulsen

### *Resumé*

Danske Regioner har indsendt høringssvar til Økonomi- og Indenrigsministeriet til lovforslag om ændring af lov om Det Centrale Personregister (CPR). Danske Regioner støtter ophævelsen af en markering i CPR, kaldet forskerbeskyttelse. Markeringen gør, at borgeren ikke må kontaktes i forbindelse med forskerundersøgelser. Danske Regioner mener, det er vigtigt at kunne gennemføre samfundsrelevant forskning. Det er dog også vigtigt, det fortsat altid er frivilligt, om man ønsker at deltage i en forskerundersøgelse.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*

at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar til lovforslag om ændring af CPR-loven.

---

### *Sagsfremstilling*

Danske Regioner har indsendt høringssvar til Økonomi- og Indenrigsministeriet den 9. oktober 2013 til lovforslag om ændring af lov om Det Centrale Personregister (CPR). Danske Regioner har taget forbehold for ændringer i forbindelse med en politisk behandling af høringssvaret.

Lovforslaget har to formål. Det ene formål er at gøre det muligt i særlige tilfælde at tildele nyt personnummer til en person. Her skal personnummeret gentagne gange og fortsat indgå i forbindelse med misbrug af vedkommendes identitet. Det andet formål er at ophæve en markering i CPR-registeret. Denne markering gør at borgeren ikke kan modtage henvendelser fra forskere.

Danske Regioner har ingen bemærkninger i forbindelse med det første formål. Danske Regioner støtter ophævelsen af markeringen i CPR. Markeringen kaldes også forskerbeskyttelse. Markeringen gør, at borgeren ikke må kontaktes i forbindelse med forskerundersøgelser. Danmark har nogle af de bedste og mest opdaterede registre i verden. Disse registre medvirker til Danmarks stærke og unikke position i den globale forskerverden. Antallet af personer med markering i CPR har i dag imidlertid antaget et sådant omfang, at det går ud over forskerverdenens mulighed for at gennemføre deres undersøgelser. Danske Regioner mener, det er vigtigt, at kunne gennemføre samfundsrelevant forskning. Der kan dog være gode grunde til, at personer ikke ønsker at deltage i en forskerundersøgelse. Derfor er det også vigtigt, det fortsat altid er frivilligt, om man ønsker at deltage i en forskerundersøgelse.



Fakta om høringen kan findes på høringsportalen:

[Høringsportalen.dk/Hearing/Details/17064](http://Høringsportalen.dk/Hearing/Details/17064)

---

***Bilag***

Hørings svar fra Danske Regioner til lovforslag om ændring af CPR-loven.pdf  
(1103408).



---

## 9. Høringsvar vedrørende revision af lægemiddelov mv., sagsnr. 13/1990

Thomas Birk Andersen

---

### *Resumé*

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har fremsendt lovforslag, der skal gennemføre en ”reform” af samarbejdet mellem sundhedspersoner og industrier for lægemidler og medicinsk udstyr. Hermed udmøntes anbefalingerne fra rapporten ”Forslag til regulering af sundhedspersoners samarbejde med lægemiddel- og medicovirksomheder” udarbejdet af en arbejdsgruppe under ministeriet med deltagelse af Danske Regioner. Herudover indeholder lovforslaget bl.a. forslag om, at sygehusapotekere opnår hjemmel til at fremstille færdigblandede kræftmidler til familiedyr, samt at sygehusapotekerne fremover kan sælge råvarer til hinanden i mindre portioner.

Danske Regioner har afgivet høringsvar, hvor det er oplyst, at man grundlæggende kan tilslutte sig lovforslaget. Der er dog peget på, at vi er et lille land med relativ få fagekspertter, og det af den grund vil være svært at opnå den nødvendige faglige kvalitet, hvis ingen medlemmer af et fagudvalg under RADS eller et af de fagudvalg, som rådgiver lægemiddelkomitéerne, må have tilknytning til en eller flere virksomheder. Herudover forslås det i høringsvaret, at den regulering, som fremover vil gælde for læger, tandlæger og apotekere også bør omfatte sygehusapotekere og kliniske farmaceuter, da de har væsentlig indflydelse på hvilke lægemidler, som vælges i behandlingen.

Der er i høringsvaret taget forbehold for eventuelle politiske bemærkninger.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*  
*at Danske Regioners høringsvar godkendes.*

---

### *Sagsfremstilling*

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har fremsat forslag til ændring af lægemiddeloven, lov om medicinsk udstyr, apotekerloven, sundhedsloven og lov om markedsføring af sundhedsydelse.

Hovedformålet med lovforslaget er at gennemføre en ”reform” af samarbejdet mellem sundhedspersoner og industrier for lægemidler og medicinsk udstyr. Hermed udmøntes anbefalingerne fra rapporten ”Forslag til regulering af sundhedspersoners samarbejde med lægemiddel- og medicovirksomheder” udarbejdet af en arbejdsgruppe under ministeriet med deltagelse af Danske Regioner.



---

Reformen omfatter først og fremmest forslag til udbygning eller ændring af de gældende regler for industrisamarbejde på følgende punkter:

- Der indføres regler for samarbejde med medicovirksomheder – som i dag er uden regulering – og overvejende ens regler for lægemidler og medicinsk udstyr.
- Flere faggrupper inddrages i reguleringen, herunder bl.a. sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, og teknikere der arbejder med medicinsk udstyr.
- For virksomhederne indføres en pligt til at informere samarbejdspartnere om gældende regler for samarbejde. Desuden skal alle omfattede virksomheder årligt give Sundhedsstyrelsen besked om de sundhedspersoner, som de har tilknyttet deres virksomhed.
- Der indføres to grundmodeller for lægers, tandlægers, sygeplejerskers og apotekeres industritilknytning. Ved tættere tilknytningsforhold som bl.a. rådgivning og ejerskab skal der, ligesom i dag indhentes Sundhedsstyrelsens tilladelse til tilknytningen. Ansøgninger skal vurderes efter klare kriterier for tilladelse og afslag. Ved anden tilknytning i form af undervisning, forskning og aktieposter op til 200.000 kr. skal der ske en anmeldelse til styrelsen.
- Der indføres justerede og nye regler for sundheds- og andre fagpersoners modtagelse af økonomisk støtte fra lægemiddel- og medicovirksomheder.
- Som et gennemgående krav i reformen indføres en ny og øget åbenhed om samarbejdet i det offentlige, idet offentligheden skal have adgang til flere oplysninger end i dag.
- Endelig indføres krav om, at patientforeningerne skal offentliggøre, hvilke økonomiske fordele de modtager fra lægemiddel- og medicovirksomheder.

Danske Regioner har i sit høringssvar peget på, at den regulering, der fremover vil gælde for læger, tandlæger og apotekere også bør omfatte sygehusapotekere og kliniske farmaceuter, da de har væsentlig indflydelse på hvilke lægemidler, som vælges i behandlingen.

Det fremgår herudover af lovbemærkningerne til lovforslaget, at det er regeringens ønske, at sundhedspersoner, der rådgiver offentlige myndigheder, som udgangspunkt skal være helt uvildige. Dette habilitetskrav vil Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse søge at få indført også på regionalt niveau, hvorfor der lægges op til, at der skal indgås aftaler med Danske Regioner.





---

I sit høringssvar har Danske Regioner oplyst, at man grundlæggende kan tilslutte sig reformen. Der er dog peget på, at sygehusapotekere og kliniske farmaceuter også bør inddrages i reguleringen, da de har væsentlig indflydelse på hvilke lægemidler, som anvendes i behandlingen. Det er herudover gjort gældende, at Danmark er et lille land med relativ få specialister, hvorfor det vil være svært at opnå den relevante rådgivning samt opnå den nødvendige faglige kvalitet, hvis ingen medlemmer af et fagligt udvalg, under eksempelvis Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) eller af et fagligt udvalg, som rådgiver regionernes lægemiddelkomitéer, må have tilknytning til en eller flere virksomheder. Danske Regioner har på den baggrund oplyst, at man ser frem til at blive inddraget i drøftelser med ministeriet om de særlige habilitetskrav, der skal gælde for fagpersoner, som rådgiver offentlige myndigheder.

Udover den ovenfor omtalte reform af samarbejde mellem virksomheder og sundhedspersoner indeholder lovforslaget bl.a. forslag om, at sygehusapotekere opnår hjemmel til at fremstille færdigblandede kræftmidler til familiedyr, samt at sygehusapotekerne fremover kan sælge råvarer til hinanden i mindre portioner. Danske Regioner har tilsluttet sig begge forslag.

Fakta om høringen kan findes på høringsportalen:

[Høringsportalen.dk/Hearing/Details/17162](http://Høringsportalen.dk/Hearing/Details/17162)

---

### ***Bilag***

Høringssvar over lovforslag (1103430).





---

## 10. Høringsvar vedrørende lovforslag om Danmarks Innovationsfond, sagsnr. 13/2263

---

Kenneth Hirsch Sørensen

### *Resumé*

Det Strategiske Forskningsråd, Højteknologifonden og Rådet for Teknologi og Innovation samles i en uafhængig fond: "Danmarks Innovationsfond". Fonden forventes at få et årligt budget på 1,5 milliarder kr. Danske Regioner har afgivet foreløbigt høringssvar til lovforslaget om Danmarks Innovationsfond.

Fonden kan udmønte tilskud i samfinansiering med andre offentlige og private bevillingsgivere, og fonden skal koordinere sin bevillingsfunktion med andre relevante offentlige og private bevillingsmyndigheder, herunder regionale myndigheder.

Fonden skal etablere en tæt kobling til de regionale myndigheder, herunder en regional tilstedeværelse.

I det foreløbige høringssvar lægger Danske Regioner bl.a. vægt på, at der bør etableres et strategisk samarbejde mellem fonden og regionerne, samt at regionerne får hjemmel til at samfinansiere aktiviteter med fonden.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,  
at udkast til høringssvar godkendes.*

---

### *Sagsfremstilling*

Ministeriet for forskning, innovation og videregående uddannelser har sendt lovforslag om Danmarks Innovationsfond, lovforslag om ændring af lov om forskningsrådgivning m.v., ophævelse af lov om Højteknologifonden samt forslag til ændring af lov om teknologi og innovation og lov om offentlige forskningsinstitutioners kommercielle aktiviteter og samarbejde med fonde i høring.

Danske Regioner har til brug for høringssvaret indhentet bemærkninger fra regionerne. Der er i høringssvaret taget forbehold for efterfølgende politisk behandling i Danske Regioners politiske fora.



---

Med lovforslaget etableres en ny fond – Danmarks Innovationsfond. I den nye fond samles uddannelsesministeriets bevillinger til strategisk forskning, højteknologi og innovation med henblik på at fremme nye løsninger på konkrete samfundsudfordringer og øge forsknings- og innovationsindsatsen i virksomheder, herunder små og mellemstore virksomheder. Fonden forventes at få et årligt budget på ca. 1,5 milliarder kroner og etableres ved at samle Det Strategiske Forskningsråd, Højteknologifonden og Rådet for Teknologi og Innovation i én samlet fond. Ministeriet skal fremover selv varetage de mere institutionsprægede statslige bevillinger til Godkendte Teknologiske Serviceinstitutioner (GTS), innovationsmiljøer og innovationsnetværk.

Fonden får bl.a. ansvaret for at udmønte midler til samfundspartnerskaber om innovation. Samfundspartnerskaberne skal bidrage til at styrke samarbejdet mellem private virksomheder, videninstitutioner og offentlige myndigheder i forhold til at skabe nye løsninger på konkrete samfundsudfordringer inden for en kort tidshorisont (tre til fem år).

Fonden etableres som et uafhængigt organ inden for den statslige forvaltning med eget sekretariat. Fonden træffer afgørelse om tilskud inden for lovens formål og inden for de rammer, der er fastsat på de årlige bevillingslove. Fonden kan bl.a. beslutte at udmønte tilskud i samfinansiering med andre offentlige og private bevillingsgivere.

Det er formålet med lovforslaget, at det erhvervsmæssige sigte i det samlede forsknings- og innovationssystem styrkes. Fonden skal bl.a. bidrage til, at Danmark bliver blandt de fem europæiske OECD-lande med flest innovative virksomheder og med højst andel af højtuddannede i den private sektor. Fonden skal også bidrage til at øge hjemtaget af midler fra EU.

Fonden skal koordinere sin bevillingsfunktion med andre relevante offentlige og private bevillingsmyndigheder, herunder regionale myndigheder. Dette gælder både sammensætning af virkemidler og temaer samt tilrettelæggelsen af administrationen. Fonden skal endvidere etablere en tæt kobling til de regionale myndigheder, herunder en regional tilstedeværelse. Fonden skal endelig reducere antallet af virkemidler, og virkemidlerne skal være mere efterspørgsels- og udfordringsdrevne.

Danske Regioner lægger i sit høringssvar bl.a. vægt på

- at der bør etableres et strategisk samarbejde mellem fonden og regionerne, da dette giver mulighed for et fælles strategisk fokus og direkte



---

koordinering i forhold til bevillingsfunktion og indsatsområder, som begge parter arbejder med og er enige om

- at regionerne får direkte hjemmel til at samfinansiere aktiviteter med fonden
- at fonden tager udgangspunkt i politiske prioriteringer i sin udmøntningsstrategi i forhold til samfundspartnerskaber, strategisk forskning og medfinansiering af EU-programmer, da en række interessenter, herunder regionerne har bidraget til at udvælge tematiske områder i forhold til ovenstående områder
- at sikringen af en regional tilstedeværelse i fonden indebærer, at der i bestyrelse og udvalg er personer med den rette fagkundskab til at repræsentere dette område.

Fakta om høringen kan findes på høringsportalen:

[Høringsportalen.dk/Hearing/Details/17182](http://Høringsportalen.dk/Hearing/Details/17182)

---

### ***Sekretariatets bemærkninger***

Fristen for afgivelse af høringssvar var den 20. november 2013. Høringssvaret er derfor afgivet under forbehold for politisk godkendelse.

---

### ***Bilag***

Administrativt høringssvar (1103770).





---

## 11. Høringssvar om udkast til revideret bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, sagsnr. 13/1086

---

Birgitte Harbo

### *Resumé*

Danske Regioner har udarbejdet høringssvar om udkast til ny bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Danske Regioner kan generelt set støtte de foreslåede ændringer i bekendtgørelse og vejledning. Danske Regioner ser bl.a. positivt på, at der i de kommende sundhedsaftaler er fokus på at sikre større og mere integreret samarbejde med almen praksis.

Danske Regioner konstaterer, at vejledningen sigter meget bredt, hvad angår målgrupper, hvor sundhedsaftalerne skal sikre sammenhæng og samarbejde for alle patienter. Det kan gøre den vanskelig at arbejde med i praksis. Danske Regioner skriver desuden i høringssvarene, at der bør lægges op til paritet i sundhedskoordinationsudvalget.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*

at bestyrelsen godkender høringssvar om udkast til ny bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

---

### *Sagsfremstilling*

Danske Regioner har modtaget udkast til forslag om ændring af henholdsvis bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

De to høringssvar afgives med udgangspunkt i bidrag fra regionerne. Danske Regioner tager i svarene forbehold for eventuelle økonomiske konsekvenser i forbindelse med implementering af bekendtgørelse og vejledning.

Danske Regioner er generelt set enig i ændringerne af bekendtgørelse og vejledning. Ændringerne udgør et godt grundlag for den fortsatte udvikling af samarbejdet mellem regioner og kommuner om de fælles opgaver på sundhedsområdet.



---

Danske Regioner konstaterer, at særligt vejledningen rummer mange og upræcise krav, opfordringer og anbefalinger, som giver det indtryk, at sundhedsaftalerne kan og bør løse alt. Danske Regioner konstaterer desuden, at vejledningen sigter meget bredt, hvad angår målgrupper, hvor sundhedsaftalerne skal sikre sammenhæng og samarbejde for alle patienter. Det kan gøre den vanskelig at arbejde med i praksis. Vejledningen er desuden meget ordrig og præget af mange gentagelser og lange sætninger, hvilket ikke gavner dens praktiske anvendelighed. Begreberne ”med fordel”, ”hensigtsmæssig”, ”kan” og ”bør” benyttes f.eks. inkonsekvent gennem vejledningen, og det er svært at tyde om ordene vægter forskelligt. I lyset heraf foreslår Danske Regioner en gennemskrivning af vejledningen.

De fire obligatoriske indsatsområder indenfor *forebyggelse, behandling og pleje, rehabilitering herunder træning* samt *sundheds-IT og digitale arbejdsgange* samt de tværgående temaer er relevante og favner de områder, hvor der er størst behov for videreudvikling af samarbejdet. Valg af områder stemmer overens med Danske Regioners ønske om at sætte fokus på overgange i samarbejdet samt vidensdeling, rådgivning og kvalitetsudvikling i det tværsektorielle samarbejde.

Danske Regioner deler intentionerne om stor grad af involvering af brugere og patientforeninger i arbejdet med udarbejdelse om implementering af sundhedsaftalen. Det er derfor vigtigt, at arbejdet med udarbejdelse af bekendtgørelse for patientinddragelsesudvalget igangsættes snarest. Det er desuden en styrkelse af sundhedsaftalerne, at den digitale understøttelse af sammenhængende patientforløb på tværs af det regionale og kommunale myndighedsniveau bringes i fokus som selvstændig og obligatorisk indsatsområde.

Danske Regioner støtter, at der fremover skal udarbejdes én samlet sundhedsaftale pr. region. Det er med til at sikre en vis ensartethed i de muligheder, der er for den enkelte borger i et patientforløb. Danske Regioner ser desuden frem til, at aftalerne vil tage afsæt i konkrete målsætninger, og at der er lagt op til et øget fokus på implementering og opfølgning. I praksis er det imidlertid en stor udfordring at udvikle indikatorer, der kan sige om, hvordan det går med at implementere sundhedsaftalerne. Særligt når det drejer sig om at måle, hvilke effekter samarbejdet har for patienterne. De nationale indikatorer bidrager på nuværende tidspunkt ikke til at løse denne udfordring.

Det er endvidere positivt, at der lægges op til en ligestilling mellem det somatiske og psykiatriske område. Det er vigtigt, at der er stor opmærksomhed på at sikre, at mennesker med psykisk sygdom fortsat får det nødvendige fokus i





---

sundhedsaftalen. Danske Regioner peger i den forbindelse på, at muligheden for at indgå forpligtende samarbejde med kommunerne er meget vagt formuleret i vejledningen. Det er bl.a. et problem i forhold til patienter med dobbeltdiagnoser, hvor der er behov for et styrket samarbejde mellem regioner og kommuner. Bekendtgørelse og vejledning lægger endvidere op til at andre områder, som social-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet i højere grad skal indtænkes i sundhedsaftalen. Danske Regioner finder, at fokus på at sikre koordinering af kapacitet mellem tilbud på sundhedsområdet og socialområdet bør skærpes i vejledningen.

Danske Regioner mener, at begrebet ”*borgernære sundhedstilbud*” bør udgå af vejledningen. Der er ikke nogen fælles forståelse af, hvad begrebet dækker over. Man bør i stedet anvende en konkret beskrivelse af de sundhedstilbud, der sigtes på.

Danske Regioner finder, at ønsket om et ligeværdigt samarbejde mellem regioner og kommuner om de fælles opgaver på sundhedsområdet bør afspejles i aftaleparternes repræsentation i sundhedskoordinationsudvalget. Udvalget bør derfor være paritetisk sammensat, hvad angår medlemmer fra regioner og kommuner. Udvalget fastsætter desuden selv sin forretningsorden, hvorfor der ikke bør fremgå krav til, hvor ofte udvalget skal mødes. Det er naturligt, at sundhedskoordinationsudvalget drøfter anvendelsen af midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet, men det bør understreges i teksten, at selve prioriteringen foretages af regionsrådet henholdsvis kommunalbestyrelserne i forbindelse med budgetlægning.

Danske Regioner ser positivt på, at der i de kommende sundhedsaftaler er fokus på at sikre større og mere integreret samarbejde med almen praksis. Det fremgår, at de opgaver, som almen praksis forpligtes til at udføre jf. sundhedsaftalerne skal følges op af en underliggende aftale. Det er væsentlig at være opmærksom på, at der alene skal indgås aftale i det omfang opgaverne ikke i forvejen er den del af overenskomsten.

Danske Regioner peger desuden på, at det bør indgå i både vejledning og bekendtgørelse, at udvalget fremover skal vurdere udkast til kommunernes sundhedspolitik, ligesom udvalget skal godkende regionens sundhedsplan.

Høringssvarene er fremsendt med forbehold for politisk behandling.

Fakta om høringssvar kan findes på høringsportalen:



---

Revideret bekendtgørelse om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler  
[Høringsportalen/Sider/Fakta.aspx?hpid=2146000483](http://Høringsportalen/Sider/Fakta.aspx?hpid=2146000483)

Revideret vejledning om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler  
[Høringsportalen.dk/Hearing/Details/17231](http://Høringsportalen.dk/Hearing/Details/17231)

---

### ***Bilag***

Hørings svar om revideret vejledning om sundhedskordinationsudvalg og  
sundhedsaftaler (1102980).

Hørings svar om udkast til revideret bekendtgørelse om sundhedskordinati-  
onsudvalg og sundhedsaftaler (1103411).

---

## 12. Høringssvar på rapport om registerforskning, sagsnr. 13/1861

---

Maj-Britt Juhl Poulsen

### *Resumé*

Danske Regioner har indsendt høringssvar til rapporten ”Registerforskning - nye muligheder og nye udfordringer.” Høringssvaret understreger, at det er vigtigt, at der sikres uafhængighed og upartiskhed i forhold til adgangen til data. Forskere i hele Danmark skal have lige adgang til data. Gennemsigtighed i procedurer og tilgængelighed af data er centrale faktorer i succesfuld reorganisering. Hvis ikke der sikres let og lige adgang til data for alle forskere, risikerer dette at skade motivationen for indsamling af data af høj kvalitet i regionerne. Disse data er vigtige for al udvikling af sundhedsvæsenet.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*

at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar til rapporten ”Registerforskning - nye muligheder og nye udfordringer”

---

### *Sagsfremstilling*

Danske Regioner har indsendt høringssvar til Styrelsen for Forskning og Innovation den 11. oktober 2013 til rapporten ”Registerforskning - nye muligheder og nye udfordringer.” Danske Regioner har taget forbehold for eventuel politisk behandling af høringssvaret. Høringssvaret tager udgangspunkt i bemærkninger fra regionerne. Formålet med anbefalingerne i rapporten er at understøtte udviklingen af registerforskningen i Danmark.

Danske Regioner anser generelt de samlede planer for gode og vigtige i forhold til at give registerforskningen et løft. Initiativerne skal fjerne barrierer i forhold til forskningsmæssig anvendelse af registerdata. Barriererne drejer sig om høje udgifter og lange ventetider for brug af data; uens regler og praksis omkring adgang til data; mangelfuld dokumentation og opdatering af registre og data; vanskeligheder med at koble data fra flere forskellige kilder mv. Derudover betyder den digitale udvikling, at der er behov for en reorganisering af området.

Gennemgående for Danske Regioners høringssvar er betoningen af, at det er vigtigt, at der sikres uafhængighed og upartiskhed. Forskere i hele Danmark skal have lige adgang til data. Åbenhed om procedurer og tilgængelighed af registerdata er centrale faktorer i succesfuld reorganisering. Hvis ikke der sikres let og lige adgang til data, risikerer dette at skade motivationen for indsamling af data af høj kvalitet. Sundhedsdata indsamles i høj grad som led i den daglige



---

drift i sundhedsvæsenet. Disse data er vigtige for al udvikling af sundhedsvæsenet.

Styrelsen for Forskning og Innovation har særligt efterspurgt, hvad høringsparterne mener om placeringen af et styrket fagligt sekretariat. Jævnfør ovenstående mener vi, at et fagligt sekretariat bør forankres fast ved en relevant institution. Denne institution bør ikke selv drive forskning eller indsamle data. Dette af hensyn til sikring af habilitet i bedømmelsen af ansøgninger om registeradgang og sikring af forskernes idéer.

Danske Regioner mener, at det er vigtigt både at inddrage brugerne (forskerne) og registerejerne i udviklingen af området. Forskerne har ofte idéer til udvikling og optimering af registrene baseret på deres erfaring med brug af data.

I høringssvaret problematiserer Danske Regioner adgangen til data via Statens Serum Institut. Forskere oplever, at adgangen er blevet vanskeliggjort. Rapporten forholder sig ikke til, at Statens Serum Institut er en forskningsinstitution, der bedriver registerforskning. Jævnfør ovenstående principper anbefaler Danske Regioner en adskillelse af Forskerservice (adgangen til data) og forskningsafdelingen på Statens Serum Institut. Sluttelig medfører konstruktionen på Statens Serum Institut ifølge forskerne, at danske forskningsmiljøer nu står dårligere i den internationale konkurrence.

Danske Regioner mener, at der er et stort potentiale i at udnytte sundhedsvæsenets data til forskningsbrug. Danske Regioner bemærker dog, at enhver videregivelse af data fra sundhedsvæsenet sker med den største iagttagelse af persondatalovens bestemmelser og reglerne i sundhedsloven om videregivelse af patientoplysninger.

---

### ***Bilag***

Høringssvar fra Danske Regioner til rapporten Registerforskning - nye muligheder og nye udfordringer (1103387).



---

### **13. Høringsvar vedrørende ændring af lov om erhvervsakademier og professionshøjskoler, sagsnr. 09/3091**

Anja Solak Storgaard

---

#### **Resumé**

Styrelsen for Videregående Uddannelser og Uddannelsesstøtte har sendt et forslag om ændring af lov om erhvervsakademier for videregående uddannelser og lov om professionshøjskoler for videregående uddannelser i høring. Forslaget ophæver bestemmelsen om, at regionerne har ret til at udpege til erhvervsakademiernes bestyrelser og er en opfølgning på evaluering af erhvervsakademistrukturen.

---

#### **Indstilling**

*Det indstilles,  
at orienteringen tages til efterretning*

---

#### **Sagsfremstilling**

Danske Regioner har afgivet høringssvar på forslag til ændring af lov om erhvervsakademier og professionshøjskoler. Forslaget ophæver bestemmelsen om, at regionerne har ret til at udpege til erhvervsakademiernes bestyrelser. Hensigten er, at institutionerne skal have større frihed til selv at sammensætte bestyrelserne. Sammensætningen skal fortsat afspejle erhvervsakademiets udbud og lokal- og regionalområdet, hvor udbuddet er placeret. Kun arbejdsmarkedets parter er garanteret en plads. Regionen kan fortsat udpege til professionshøjskolerne. Forslaget udspringer af evalueringen af erhvervsakademistrukturen.

Danske Regioner anfører i høringssvaret, at det bør fortsat fremgå, at regionsrådet (og kommunerne i forening) udpeger til bestyrelserne i institutionerne i det område et erhvervsakademi dækker. Endvidere anbefales at den regionale uddannelsesdækning af erhvervsakademier drøftes med regionen. Regionsrådene inddrages i dag i forbindelse med placering af ungdomsuddannelser og lukning af udbud for professionsuddannelser. Det vil være i naturlig forlængelse heraf, at denne rolle også omfatter erhvervsakademierne. Erhvervsakademierne oplever en kraftig stigning i søgning og i udbud.

Da høringsfristen var den 8. oktober 2013 forelægges høringssvaret til orientering.

Fakta om høringen kan findes på høringsportalen:

[Høringsportalen.dk/Hearing/Details/17060](http://Høringsportalen.dk/Hearing/Details/17060)



---

---

***Bilag***

Høring om erhvervsakademierne (1095524).



---

## 14. Fælles hjælperordninger til borgere med kronisk respirationsinsufficiens, sagsnr. 10/895

---

Jane Brodthagen

### *Resumé*

Social- og Integrationsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har sendt en rapport om fælles hjælperordninger til borgere med kronisk respirationsinsufficiens i høring. Rapporten beskriver tre modeller for at samle varetagelsen af den kommunale og regionale forsyningsopgave efter service- og sundhedsloven. Regionerne har peget på en model, hvor kommuner og regioner forpligtes til at indgå aftale om en fælles samarbejdsmodel inden for regionen. Dette åbner mulighed for, at der mellem kommuner og regioner kan aftales konkrete løsninger, som vil være tilpasset lokale forskelle i opgaveløsningen.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*  
*at orienteringen tages til efterretning.*

---

### *Sagsfremstilling*

Social- og Integrationsministeriet samt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse offentliggjorde i december 2011 en vejledning om koordinering af hjælp til respirationsbehandling og BPA (Brugerstyret-Personlig-Assistance) efter sundhedslovens § 96, i de tilfælde hvor hjælpen kan ydes af én og samme person. Vejledningen er en opsamling og præcisering af det eksisterende regelgrundlag. I forbindelse med høringen pegede nogle af parterne på, at de eksisterende regler ikke i tilstrækkelig grad fremmer en hensigtsmæssig koordinering mellem kommuner og regioner af fælles hjælperordninger for alle hjemmeboende borgere, og hvor borgeren modtager hjælp til respirationsbehandling samtidig med andre kommunale tilbud end BPA.

I januar 2012 nedsatte den daværende social- og integrationsminister samt ministeren for sundhed og forebyggelse en arbejdsgruppe. Arbejdsgruppen har bl.a. haft deltagelse fra kommuner, regioner og handicaporganisationer. Arbejdsgruppen fik til opgave at udarbejde en analyse af mulighederne for at samle ansvaret for BPA og hjælp til respiratorbehandling efter sundhedsloven i nogle fælles regler, der tager udgangspunkt i borgerens samlede behov for hjælp. Arbejdsgruppens rapport er blevet offentliggjort den 16. oktober 2013.

De to primære problemstillinger, som arbejdsgruppen har behandlet, vedrører muligheden for, at borgere kan vælge hjælpere og arbejdsgiver for hjælperne.



---

Her er lovgivningen ikke helt synkroniseret på tværs, idet der efter serviceloven er en større grad af frit valg for borgeren til at vælge hjælper og arbejdsgiver, end der er efter sundhedsloven. Derudover er der behandlet forslag til en model om fordeling af udgifter mellem regioner og kommuner, som har fælles hjælperordninger.

Arbejdsgruppen har vurderet muligheden for at samle varetagelsen af den kommunale og regionale forsyningsopgave efter service- og sundhedsloven. Gruppen har beskrevet tre løsningsmodeller, hvor A) forsyningsansvaret er kommunalt forankret eller B) regionalt forankret eller C) at der inden for den enkelte region er en forpligtelse til at udarbejde en samarbejdsmodel med kommunerne.

Det er en forudsætning for alle tre modeller:

- at de administrative/organisatoriske ændringer implementeres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens specialeplan på området samt efter de faglige anbefalinger fra Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe. Regionen har dermed myndighedsansvaret og det faglige ansvar for respirationsbehandlingen.
- at kommunen har tilsynsforpligtelsen i forhold til, at borgeren får den hjælp, han/hun er visiteret til efter serviceloven. Kommunen udmåler hjælpen efter serviceloven efter en individuel og konkret vurdering, dvs. kommunen har myndighedsansvaret i forhold til hjælp efter serviceloven.

*Model A (Kommunemodellen):*

I model A har kommunen forsyningsopgaven, og kommunen får pligt til at levere respirationshjælp på samme måde, som hjælpen efter serviceloven leveres. Det er fortsat respirationscenteret, der vurderer hjælpernes kvalifikationer i forhold til respirationsbehandlingen.

Hvis borgeren har fået bevilget hjælp efter reglerne om BPA (§§ 95 eller 96 i serviceloven) er det borgeren (eller det firma/forening, der varetager arbejdsgiveransvaret), der har ansvaret for at sikre, at der er hjælpere til rådighed, og at de kan leve op til de fastsatte kvalifikationer, herunder vikardækning ved sygdom osv. Dette dog under hensyn til, at der skal være det tilstrækkelige antal hjælpere, der er oplært og som kan godkendes af respirationscenteret.

Regionen medfinansierer de samlede udgifter, jf. at myndighedsansvar for respirationsbehandling, herunder vurdering af behov for respirationsbehandling,





---

fortsat er regionens. Det er op til kommunen og regionen at fastsætte en fordeling til finansiering. Såfremt dette ikke kan lade sig gøre, skal der tages udgangspunkt i en centralt fastsat fordelingsnøgle, som fordeler den samlede udgift procentmæssigt.

*Model B (Regionsmodellen):*

For så vidt angår borgere med hjælp efter servicelovens §§ 83 og 85 (hjemmehjælpsydelse) gælder, at regionen får ansvaret for enten selv at ansætte hjælpere eller at entre med private firmaer, som både varetager respirationsbehandlingen og opgaver efter §§ 83 og 85.

For så vidt angår borgere, der har hjælp efter servicelovens §§ 95 og 96 (BPA) gælder, at regionen har ansvaret for, at der udmåles tilskud til borgeren til ansættelse af hjælpere til såvel respirationsbehandling, som opgaverne efter §§ 95 og 96.

I model B har regionen forsyningsopgaven. Regionen har pligt til at sikre, at borgeren har frit valg til valg af leverandør svarende til de rettigheder borgeren har efter serviceloven. Det vil sige, at hvis borgeren har fået bevilget hjælp til BPA, så skal regionen udmåle det samlede tilskud til borgeren, og hvis borgeren er bevilget hjemmehjælp (jf. § 83), så skal regionen tilbyde hjælp fra mindst to forskellige leverandører.

Kommunen medfinansierer de samlede udgifter i forhold til at myndighedsansvaret for hjælp efter serviceloven ligger i kommunen, herunder at udmåling af hjælpen fortsat er kommunens ansvar.

*Model C (Valgfrihed inden for regionen)*

Model C indebærer, at kommunerne og regionerne forpligtes til at udarbejde en samarbejdsmodel inden for regionen. Aftalen inden for en region skal i hovedtræk være ens for alle kommuner, idet der dog kan være nogle elementer i en aftale, som varierer efter lokale forhold.

I model C skal kommuner og regioner aftale en model, der understøtter, at borgere med et frit valg efter serviceloven har samme mulighed for at vælge hjælpere til respirationsbehandling, som borgeren har i forbindelse med den hjælp, borgeren modtager efter servicelovens §§ 83, 95 eller 96. Modellen skal også understøtte, at borgeren ikke får to hjælperhold i hjemmet samtidig.

Regionen har myndighedsansvaret for respirationsbehandling i hjemmet, idet respirationscenteret fastsætter behovet for respirationsbehandling og ordinerer arten og omfanget af respirationsbehandlingen. Kommunen har myndighedsan-



---

svaret for hjælp efter serviceloven, idet kommunen udmåler hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 og 96 efter en individuel og konkret vurdering.

Samarbejdsaftalen, som alle kommunerne inden for en region indgår med regionen, skal indeholde et generelt princip for udgiftsfordeling mellem region og kommune, således at der ikke i hver enkelte hjælperordning skal indgås individuelle aftaler, men i stedet anvendes en generel aftale for fordeling af udgifter. Såfremt dette ikke kan lade sig gøre, skal der tages udgangspunkt i en centralt fastsat fordelingsnøgle.

#### *Fremadrettet*

Opgaven om levering af fælles hjælperordninger løses forskelligt i de fem regioner og kommunerne. Model C kan dog bedst rumme regionernes og kommunernes forskellige løsninger, da den åbner mulighed for, at der mellem kommuner og regioner kan aftales konkrete løsninger, som vil være tilpasset lokale forskelle i opgaveløsningen. Det har derfor været regionernes ønske at foreslå en løsningsmodel C.

Kommuner og regioner forhandler i dag individuelle finansieringsaftaler for de enkelte hjælperordninger, hvilket er administrativt ressourcekrævende og ikke altid hensigtsmæssigt i forhold til borgeren. Der er derfor i rapporten lagt op til, at der efterfølgende skal være en drøftelse af, hvordan medfinansiering mellem kommuner og regioner kan standardiseres fx i en centralt fastlagt fordelingsnøgle. Denne drøftelse kommer antageligvis til at ske mellem de centrale parter, når rapporten har været behandlet med hensyn til valg af organiseringsmodel.

Rapportens Indledning, sammenfatning og konklusion er vedlagt. Hele rapporten "Rapport om fælles hjælperordninger til borgere med kronisk respirationsinsufficiens" kan findes på Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses hjemmeside [her](#)

---

#### *Økonomi*

Uanset hvilken model der vælges, vil der skulle fastlægges en model for afregning mellem regioner og kommuner. Der udestår således en afklaring mellem ministeriet, KL og Danske Regioner herom.

---

#### *Sekretariatets bemærkninger*

Det forventes, at der vil blive peget på model C som løsningsmodel for organiseringen af fælles hjælperordninger mellem kommuner og regioner. Det vil indebære, at borgere som har fået bevilget en BPA af kommunen, håndteres af regionen på en måde, hvor borgeren kan bevare det frie valg af leverandør.



---

Ligeledes gælder, at hvis regionen er leverandør af hjælperhold til borgere, som har fået bevilget hjemmehjælp af kommunen, så skal regionerne også tilbyde borgerne et valg mellem minimum to leverandører.

Det bemærkes, at såfremt model C vælges som løsningsmodel vil det betyde, at regionerne skal indgå forhandling med kommunerne om, hvilken model der ønskes lokalt. Det kan også betyde, at der inden for en given tidsfrist skal være forhandlet lokale aftaler på plads.

---

### ***Bilag***

Uddrag af rapport om fælles hjælperordninger til borgere med kronisk respirationsinsufficiens oktober 2013.pdf (1104207).





---

## 15. Afsluttet revision af EU's udbudsdirektiv og Danmarks nye udbudslov , sagsnr. 13/939

---

Marie Bodenhoff

### *Resumé*

EU-kommissionen iværksatte primo 2011 en revision af EU's udbudsregler. Forhandlingerne om revisionen af EU's udbudsdirektiv er i den afsluttende fase. Det indholdsmæssige i udbudsdirektivet er forhandlet færdigt og direktivet forventes endeligt vedtaget primo 2014.

Danske Regioner har i forbindelse med revisionen af udbudsdirektivet haft en række mærkesager. Danske Regioners overordnede principper har bl.a. været at reglerne forenkles, større fleksibilitet og lavere transaktionsomkostninger i udbudsprocessen.

Til trods for en række forbedringer, medfører revisionen af reglerne desværre ikke den ønskede og tiltrængte forenkling.

Regeringen har besluttet, at det reviderede udbudsdirektiv skal omskrives til en dansk udbudslov og har nedsat en udvalgsgruppe om Danmarks nye udbudslov. Danske Regioner deltager i udvalgsarbejdet, og arbejder ud fra godkendt mandat fra juni 2011 i bestyrelsen vedrørende revideringen af udbudsreglerne.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*  
*at orienteringen tages til efterretning.*

---

### *Sagsfremstilling*

EU-kommissionen iværksatte primo 2011 en revision af EU's udbudsregler. Det nye direktiv forventes endeligt vedtaget primo 2014 og skal være implementeret i Danmark senest to år efter ikrafttrædelsen. Danske Regioner har gennemført en omfattende indsats for at påvirke revisionen. Indsatsen har taget udgangspunkt i et mandat fra bestyrelsen, der blev vedtaget i juni 2011. Her blev det blandt andet vedtaget at arbejde for en forenkling af reglerne og en reduktion af det unødige bureaukrati, der hæmmer gennemførelsen af offentlige udbud.

Danske Regioner formulerede en række mærkesager i forhold til revisionen af EU's udbudsdirektiv. Nedenstående giver en status på resultatet af forhandlingerne i udbudsdirektivet i relation til Danske Regioners mærkesager.



---

#### *Højere tærskelværdier for hvornår man skal udbyde efter EU's udbudsregler*

*Resultat:* Der har ikke været stor interesse i hverken Kommissionen, Rådet eller Parlamentet for højere tærskelværdier. Tærskelværdierne blev forhandlet på plads i en WTO aftale (Global Procurement Agreement) umiddelbart før EU's tærskelværdier for udbud skulle drøftes.

#### *Anvendelsesområdet for EU's udbudsregler skal ikke udvides*

*Resultat:* Anvendelsesområdet for udbudsreglerne er på nogle områder blevet udvidet. Den tidligere sondring mellem A- og B-tjenesteydelser bliver ophævet, og der indføres et light-regime for udbud af nogle af de tjenesteydelser der før var bilag 2b ydelser. De tjenesteydelser, der ikke falder ind under det nye light regime, bliver fuldt udbudspligtige.

#### *Generel adgang til dialog og forhandling, herunder bedre mulighed for at anvende konkurrencepræget dialog*

*Resultat:* Betingelserne for at bruge konkurrencepræget dialog og udbud med forhandling bliver mindre restriktive end i dag.

#### *EU's udbudsregler skal regulere udbud og ikke andet, men der skal være reelle muligheder for at anvende udbud til innovation*

*Resultat:* Det fremgår af udbudsdirektivet at medlemsstaterne er forpligtede til at sikre at overholde miljø-, social- og arbejdsmarkedslovgivningen. Der bliver mulighed for at anvende en ny udbudsprocedure 'innovationspartnerskaber', der kan bruges, når ordregiver efterspørger et innovativt produkt eller ydelser, der ikke er tilgængelige på markedet.

Overordnet set er der positive tiltag i det reviderede direktiv, men der er samtidig også en række nye tilføjelser, der vil bidrage til mere kompleksitet i den praktiske anvendelse af reglerne. Til trods for både ændringer, nyskabelser og kodificering af nuværende praksis er det samlet set sekretariatets vurdering, at der ikke er kommet den tiltrængte forenkling af EU-reglerne.

#### *Danmarks nye udbudslov*

Indtil nu har man i Danmark valgt en direkte implementering af EU's udbudsdirektiv, det vil sige en direkte oversættelse uden en egentlig omskrivning. Regeringen har besluttet at direktivet skal omskrives til dansk lov. En dansk udbudslov skal skabe mere klarhed blandt andet via præciseringer og øget fortolkning. Samtidig skal en dansk udbudslov give større fleksibilitet og lavest mulige transaktionsomkostninger i udbudsprocessen.



---

Regeringen har nedsat et udvalg om en dansk udbudslov, og udvalgsarbejdet blev påbegyndt september 2013. Udvalget skal fremsætte forslag til erhvervs- og vækstministeren medio 2014. Danske Regioner deltager i udvalgsarbejdet og arbejder ud fra indhentet mandat fra bestyrelsen fra juni 2011. Danske Regioner har nedsat en udbudsjuridisk task-force som regional følgegruppe til udvalgsarbejdet. Danske Regioner har desuden etableret en uformel dialog med DI, DE, SKI og KL for at identificere fælles synspunkter. Det er vores håb, at loven fremover kan være med til at smidiggøre de danske udbudsregler på trods af det vanskelige udgangspunkt.

---

***Bilag***

Ingen.







---

**16. Kriterier for KRIS anbefaling af lægemidler til standardbehandling,  
sagsnr. 12/558**

Thomas Birk Andersen

---

***Resumé***

Bestyrelsen bad i forbindelse med drøftelsen af vurderingsgrundlaget for anbefalinger af KRIS til national ibrugtagning af lægemidler som standardbehandling den 27. september om et notat fra KRIS om fremgangsmåden i deres arbejde.

---

***Indstilling***

*Det indstilles,  
at orienteringen tages til efterretning.*

---

***Sagsfremstilling***

Notat om Kriterier for KRIS anbefaling af lægemidler til standardbehandling af 24. oktober 2013 er vedlagt som bilag.

---

***Bilag***

Kriterier for KRIS behandling af ansøgninger.pdf (1104287).





---

## 17. Oversigt over finanslov og satspuljeaftale for 2014, sagsnr. 13/1577

---

Jeppe Hedegaard Munck

### *Resumé*

Regeringen har indgået finanslovsaftale for 2014 med Venstre og Det Konservative Folkeparti. Derudover har regeringen indgået aftaler om udmøntningen af satspuljemidlerne til psykiatrien og øvrig sundhed med Venstre, Det Konservative Folkeparti, Liberal Alliance og Dansk Folkeparti. I det følgende gives en kort oversigt over aftalerne.

---

### *Indstilling*

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

---

### *Sagsfremstilling*

#### *Finanslovsaftale for 2014*

Regeringen har indgået finanslovsaftale med Venstre og Det Konservative Folkeparti.

#### *Aftalens delelementer er:*

- Fremrykning af afgiftslempelser fra Vækstplanen (1,2 mia. kr. årligt)
- Bedre incitamenters for beskæftigelse (1,1 mia. kr. i 2014 og faldende)
- Et løft af ældreområdet (1 mia. kr. årligt)
- Bedre psykiatri og kræftbehandling (150 mio. kr., heraf 50 mio. kr. årligt)
- Styrket indsats på det sociale område (147 mio. kr., heraf 80 mio. kr. permanent)
- Grøn omstilling, miljø og infrastruktur (1,9 mia. kr., heraf 1,6 mia. kr. som engangstilskud, resten årligt fra 2014/15 til 2017).
- Social dumping (74. mio. kr. årligt fra 2014-2017)

#### *Områder med interesse for regionerne*

Der er afsat 150 mio. kr. til psykiatrien til at reducere brugen af tvang med 50 procent frem imod 2020. Der er tale om et engangsbeløb på 100 mio. kr. til anlæg, samt 50 mio. kr. i permanente midler til initiativer i regionerne (patientinddragelse, kompetenceudvikling mv.).

Der er afsat 275 mio. kr. fordelt over årene 2014 til 2017, til etablering af det nye center for partikelterapi. Det har hele tiden været forudsat, at staten vil finansiere etableringsomkostningerne og der er nu tilvejebragt finansiering hertil. Er der behov for midler herudover, forudsættes dette finansieret af regionerne samt bidrag fra private fonde.



---

Der er afsat en reserve på 200 mio. kr. årligt i 2014-2017 til grøn omstilling, miljø og infrastruktur. Dette har særligt regional interesse indenfor områderne grøn teknologi og genanvendelse af affald.

Der tilføres 257 mio. kr. til Danmarks Innovationsfond. Midlerne skal blandt andet understøtte samfundspartnerskaber, herunder temaet Danmark som foretrukket land for tidlig klinisk afprøvning af ny medicin.

Der afsættes 1 mia. kr. til et løft af ældreplejen. Pengene udmøntes i forbindelse med bloktilskudsaktstykket for 2015 i forlængelse af aftalen med KL.

Som en del af finansieringen af aftalen ophæves den offentlige rejsesygesikring, hvilket forventes at føre til offentlige merudgifter på ca. 12,5 mio. kr. i 2014, stigende til ca. 80 mio. kr. årligt fra 2015 og frem.

#### Satspuljeaftale på det psykiatriske område

Regeringen har indgået aftale med Venstre, Det Konservative Folkeparti, Liberal Alliance og Dansk Folkeparti, om udmøntningen af satspuljemidlerne på det psykiatriske område.

I alt afsættes 410 mio. kr. i perioden 2014-2017. Heraf går 210 mio. kr. til den regionale psykiatri. Aftalen skal generelt ses i lyset af psykiatriudvalgets afrapportering, idet det overordnede indsatsområde defineres at være: ”*Opfølgning på psykiatriudvalgets rapport: En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*”. Samlet set har aftalen fem overordnede temaer:

- Hurtig og sammenhængende indsats
- Brugere og pårørende som ressource i indsatsen
- Høj kvalitet i indsatsen gennem dokumentation og viden
- Mindre tvang og magtanvendelse
- Sundhed og forebyggelse

Et af de områder, der fylder meget i aftalen om psykiatri, er tvang. Dette skal ses i sammenhæng med finansloven, hvor der er afsat midler, der skal være med til at sikre en halvering i brugen af tvang frem mod 2020. Således adresserer et af de fem temaer specifikt tvang. Det er derfor også forsøget med bæltefri/tvangsfrie afdelinger, der med 73,6 mio. kr., er det projekt, der modtager den største bevilling.



---

Et par andre større indsatsområder er 'Udbredelse af sociale akuttilbud', hvor der i alt er afsat 71 mio. kr., samt 40 mio. kr. afsat til 'Regionale tværfaglige teams vedrørende medicinering'.

Af de 410 mio. kr. (100 mio. kr. årligt) er de 6 mio. kr. permanente. Det drejer sig om projektet 'Koordineret indsats for dobbeltbelastede'.

I det følgende oplystes de enkelte delprojekter og det er anført i parentes, hvilke organisationer der skal inddrages i projektet, enten i en rådgivende funktion eller som udførende. K står for kommuner, R for Regioner og SST for Sundhedsstyrelsen.

#### *Hurtig og sammenhængende indsats*

Området omfatter i alt 164 mio. kr., der fordeles på 5 indsatser:

- Forsøg med ambulante akutteams i den regionale psykiatri (R)
- Forløbsprogram for mennesker med psykiske lidelser (K+R, SST, Socialstyrelsen)
- Udbredelse af sociale akuttilbud (K)
- Koordineret indsats for dobbeltbelastede (Permanent) (K+R, SST, Socialstyrelsen)
- Udbredelse af tværfaglige udgående teams i børne- og ungdomspsykiatrien (K+R, Psykologisk Pædagogisk Rådgivning)

#### *Brugere og pårørende som ressourcer i indsatsen*

Området omfatter i alt 44,6 mio. kr., der fordeles på to indsatser:

- Forsøg med ansættelse af medarbejdere, brug af frivillige, brug af mentorer med brugerbaggrund (K+R, SST, Socialstyrelsen, Patientforeninger)
- Koncept for systematisk inddragelse af pårørende (K+R, Bruger- og pårørendeorganisationer)

#### *Høj Kvalitet i indsatsen gennem dokumentation og viden*

Området omfatter i alt 42 mio. kr., der fordeles på to indsatser:

- Forskningsstrategi og pulje til konkrete forskningsprojekter (K+R, SST, Socialstyrelsen)
- Dokumenterede metoder i bostøtteindsatser (K)

#### *Mindre tvang og magtanvendelse*

Området omfatter i alt 77,6 mio. kr., der fordeles på to områder:

- Forsøg med bæltefri/tvangsfrie afdelinger (R, SST)
- Forebyggelse af magtanvendelse på botilbud (K)



---

### *Sundhed og forebyggelse*

Området omfatter i alt 145,8 mio. kr., der fordeles på fem områder:

- Regionale tværfaglige teams vedr. medicinering (R, SST)
- Sundhedsfremme målrettet mennesker med psykiske lidelser (K)
- Partnerskab om mental sundhed på arbejdspladser (K+R, Staten, Erhvervslov, Patientforeninger, Arbejdstagerorganisationer)
- Uddannelses tilbud vedr. spiseforstyrrelser til kommunale fagpersoner og praktiserende læger (K+R, Landsforeningen mod spiseforstyrrelse og selvskade)
- Psykiatritopmødet 2014-15 (Det Sociale Netværk)

### Satspuljeaftale på sundhedsområdet

Regeringen har indgået aftale med Venstre, Det Konservative Folkeparti, Liberal Alliance og Dansk Folkeparti, om udmøntningen af satspuljemidlerne på området øvrig sundhed.

I alt afsættes der 53,9 mio. kr. over perioden 2014-2017. Sundhedsaftalen fokuserer blandt andet på misbrugsområdet - alkohol-, stof- og dopingmisbrug. I forhold til alkoholmisbrug er der ikke konkrete indsatser i aftalen – men et løfte om en drøftelse af området, når den igangværende evaluering af retningslinjerne for kommunal godkendelse af alkoholbehandlingssteder foreligger senere på året.

Den største indsats er 18 mio. kr. til projektet 'Ret til lægesamtale, behandlingsplan og frit valg i forbindelse med stofmisbrug' (6 mio. kr. i 2015-2018). Dette er ligeledes det eneste projekt, der er gjort permanent med 6 mio. kr. om året. Derudover er der afsat 15 mio. kr. som en engangsbevilling i 2014 til en 'Styrket indsats for mennesker med sklerose'.

Aftalen har ni delelementer, med følgende udmøntning:

1. Ret til lægesamtale, behandlingsplan og frit valg i forbindelse med stofmisbrugsbehandling (18 mio. kr.) (R)
2. Antidoping kommune i Danmark (7,4 mio. kr.) (K, Antidoping Danmark)
3. Videreførelse af Videnscenter for Rusmiddelskader (2,3 mio. kr.) (R)
4. Indsats overfor personer berørt af hepatitis (4 mio. kr.) (AIDS-fondet)
5. En styrket indsats for mænds sundhed (6 mio. kr.) (Forum for mænds sundhed)
6. Reproduktiv sundhed (0,5 mio. kr.) (R)



- 
7. Børn, unge og sorg – webuniverser til sundhedspersonale og forældre (0,5 mio. kr.) (Børn, unge og sorg)
  8. Opsamling og formidling af viden vedr. HPV (0,2 mio. kr.) (SST)
  9. Styrket indsats for mennesker med sklerose (15 mio. kr.) (K+R, sklerosehospitaler og SST)
- 

**Bilag**  
Ingen.







---

## 18. Generelle orienteringer, sagsnr. 13/2286

---

Maren Munk-Madsen

### *Resumé*

Følgende emner er til orientering:

Seminar for regionsrådspolitikerne, sag nr. 13/646

Rigsrevisionsberetning om EU-midler i Danmark i 2012, sag nr. 11/192

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*

*at orienteringen godkendes.*

---

### *Sagsfremstilling*

#### **Seminar for regionsrådspolitikerne, sag nr. 13/646**

Den 30. og 31. januar 2014 holder Danske Regioner et seminar for alle regionsrådsmedlemmer på Hotel Nyborg Strand. Seminaret har til formål at give regionsrådsmedlemmerne en introduktion til de formelle rammer, de fællesregionale organer og opgaver og til Danske Regioner. Der vil være en række eksterne oplægsholdere, herunder økonomi- og indenrigsministeren, der vil indlede programmet med et oplæg om regionernes rolle i udviklingen af det danske velfærdssamfund. Der sendes invitationer ud til politikerne medio december.

#### **Rigsrevisionsberetning om EU-midler i Danmark i 2012, sag nr. 11/192**

Rigsrevisionen har den 13. november 2013 afgivet en beretning til Statsrevisorerne om EU-midler i Danmark i 2012. Beretningen fokuserer på Socialfonden, Grøn Vækst under Landdistriktsfonden og administration af Danmarks bidrag til EU i form af told, landbrugsafgifter, moms og bruttonationalindkomstbidrag.

Det er Rigsrevisionens vurdering, at der generelt er en tilfredsstillende effektorienteret styring af socialfondsprojekterne, men at der er behov for en bedre koordinering af den effektorienterede styring mellem Erhvervs- og Vækstministeriet og regionerne. Man konstaterer, at der er taget skridt hertil i samarbejde med Danmarks Statistik.

Det er Rigsrevisionens vurdering, at der ikke er en helt tilfredsstillende effektorienteret styring af Grøn Vækst-ordningerne. NaturErhvervstyrelsen under Fødevarerministeriet har ikke foretaget en tilstrækkelig implementering af ef-



---

fektorienteret styring for Erhvervsudviklingsordningen under Grøn Vækst. Rigsrevisionen finder, at NaturErhvervstyrelsen har en tilfredsstillende effektorienteret styring af ordningen Økologisk Investeringsstøtte under Grøn Vækst, fordi der tildeles midler på baggrund af en fagligt baseret teknologiliste. Dog finder Rigsrevisionen, at der er behov for at forbedre ordningens målhierarki med hensyn til succeskriterier. Rigsrevisionen konstaterer endvidere, at NaturErhvervstyrelsen foretager evalueringer af de samlede ordninger, men at der ikke bliver fulgt konsekvent op på effektmålene for de enkelte projekter.

Rigsrevisionen vurderer, at Skatteministeriets forvaltning af EU-udgifterne (EU's egne indtægter) generelt er tilfredsstillende, idet der sker en korrekt opkrævning/udbetaling og bogføring af EU's egne indtægter. Der er dog fortsat mange fejl i virksomhedernes toldangivelser. Rigsrevisionen konstaterer endvidere, at der generelt er sammenhæng mellem landenes bidrag og de rabatter, der er givet til de enkelte lande.

---

### ***Bilag***

Ingen.



---

## 19. Orientering om emner på EU-dagsordenen, sagsnr. 13/2286

---

Maren Munk-Madsen

### *Resumé*

Følgende er en status på aktuelle EU emner, der er omfattet af bestyrelsens prioriteringer for foreningens europapolitiske arbejde. De to emner som er medtaget, skal begge behandles på Regionsudvalgets plenarforsamling den 28. – 29. november 2013. PRJ, sag 2009/1908.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*  
*at orienteringen tages til efterretning.*

---

### *Sagsfremstilling*

Følgende er en status på aktuelle emner, der er omfattet af bestyrelsens prioriteringer for foreningens europapolitiske arbejde.

#### **EU direktiv om e-fakturering i offentlige udbud (mbo/prj)**

EU-Kommissionen har i juni 2013 fremsat forslag til direktiv om elektronisk fakturering i offentlige udbud. Forslaget sigter mod at indføre krav om obligatorisk elektronisk fakturering ved køb på kontrakter, som har været i offentligt udbud. Faktureringen skal ske med brug af en nærmere fastsat europæisk standard.

Primært er direktivforslaget problematisk for alle offentlige myndigheder i Danmark, da den nuværende formulering i Kommissionens forslag indebærer, at offentlige myndigheder skal kunne modtage elektroniske faktura i et hvilket som helst format. Det fremgår ikke, at e-faktura skal være i et struktureret format, som f.eks UBL, som er den standard, der benyttes i Danmark.

EU-Kommissionen har i juni ligeledes fremsat en meddelelse om ende-til-ende e-indkøb (hele den elektroniske proces fra offentliggørelse af meddelelser til elektronisk betaling) med henblik på modernisering af den offentlige administration. Meddelelsen gør status over hvor langt man er kommet med gennemførelsen af "ende-til-ende e-indkøb" fra den elektroniske offentliggørelse af meddelelser til elektronisk betaling i EU. Meddelelsen indeholder foranstaltninger med henblik på at gennemføre overgangen til ende-til-ende e-indkøb.

Regionsudvalget afgivet et høringssvar til lovforslaget og meddelelsen, der peger på en række af de samme opmærksomhedspunkter, som Danske Regioner



---

har fremhørt i sit høringssvar til direktivet om elektronisk fakturering den 12. august 2013 til Erhvervs- og vækstministeriet.

Regionsudvalgets udtalelse, der skal endeligt godkendes på plenaren den 28.-29. november, afspejler Danske Regioners høringssvar til ministeriet og adresserer bl.a. problemstillingen med manglende struktureret format.

### **EU's strategi for tilpasning til klimaforandringer (uni)**

EU-Kommissionens har fremsat et forslag om at alle medlemslande skal udarbejde nationale klimatilpasningsstrategier. Kommissionens forslag lægger op til en forstærket indsats ved:

- at skubbe på for at alle medlemslande udarbejder klimatilpasningsstrategier (p.t. har 15 ud af 27 lande gjort dette, herunder Danmark) – evt. at gøre dette retligt bindende fra 2017.a
- at forbedre vidensniveauet om konsekvenser af klimaforandring og mulige tiltag til bedre tilpasning.
- i højere grad at integrere indsatsen i flere politikområder på tværs.

Regionsudvalget er i deres udtalelse til Kommissionens forslag overordnet positive overfor forslaget. Men de peger bl.a. på at der bør være mere fokus på behovet for en flerniveaustyring af indsatsen, dvs. at lokale og regionale myndigheders rolle anerkendes i strategien. Regionsudvalgets udtalelse forventes vedtaget på plenarforsamlingen den 28.-29. november 2013.

---

### ***Bilag***

Ingen.



---

**20. Næste møde, sagsnr. 13/2286**

---

***Resumé***

-

Maren Munk-Madsen

---

***Indstilling***

*Det indstilles,*

*at næste bestyrelsesmøde holdes fredag den 7. februar 2014.*

---

***Sagsfremstilling***

-

---

***Bilag***

Ingen.





---

**21. Eventuelt, sagsnr. 13/2286**

Maren Munk-Madsen

---

*Resumé*

---

*Indstilling*

---

*Sagsfremstilling*

---

*Bilag*

Ingen.







---

## 22. Lovforslag om ophør af den offentlige rejsesygesikring, sagsnr. 13/2366

---

Jane Brodthagen

### *Resumé*

Ved finanslovsaftalen for 2014 er der truffet beslutning om at ophæve den offentlige rejsesygesikring pr. 1. august 2014. Danske sikrede vil herefter være dækket i andre EU/EØS lande efter EU retlige regler, Nordisk Konvention og med mulighed for at tegne privat rejseforsikring.

Regionerne skal derfor opsige kontrakten med SOS International A/S den 1. februar 2014, hvis regeringen ønsker at ophæve ordningen pr. 1. august 2014.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*

*at bestyrelsen godkender udkast til hørings svar vedrørende ophør af den offentlige rejsesygesikring.*

*at bestyrelsen godkender, at Danske Regioner opsiger kontrakten med SOS International A/S fra den 1. februar 2014, såfremt lovforslaget bliver vedtaget med ophævelse af rejsesygesikringen fra den 1. august 2014*

---

### *Sagsfremstilling*

Af finanslovsaftalen for 2014 indgået mellem regeringen, Venstre og Det Konservative Folkeparti fremgår det, at den offentlige rejsesygesikring ophæves. Ophævelsen skal efter aftalen ske med virkning fra den 1. august 2014.

Regionerne har den 29. november 2013 modtaget høring over et lovforslag om ændring af sundhedsloven fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, som udmønter aftalen om ophævelse af den offentlige rejsesygesikring pr. 1. august 2014. Høringsfristen er den 9. december 2013.

Danske Regioner har i dag kontrakt med SOS International om rejsesygesikringen. Der er et opsigelsesvarsel på 6 måneder i kontrakten.

Med den offentlige rejsesygesikring får danskere i dag alle udgifter dækket til akut opstået sygdom inden for den 1. måned af en rejse inden for EU/EØS, Schweiz og enkelte småstater. Med den ordning er dansk sikrede stillet bedre end fx personer sikret i Sverige og England. Lovforslaget indebærer, at danske sikrede ikke længere kan få dækket alle udgifter efter ordningen i forbindelse med akut opstået sygdom, ulykkestilfælde eller dødsfald, der indtræder under den første måned af en dansk sikrets ferie- eller studierejse i disse lande.



---

Den offentlige rejsesygesikring suppleres imidlertid af andre ordninger, der ligeledes kan sikre offentlig dækning for danske sikredes udgifter til sygehjælp ved ferierejse, studierejse eller andet midlertidigt ophold i et andet EU/EØS-land.

Danske sikrede er i forvejen bl.a. dækket af det blå EU-sygesikringskort, som giver ret til sygehjælp, der bliver medicinsk nødvendig ved midlertidige ophold af op til 1 år i andre EU/EØS-lande og Schweiz. Der kan dog være tale om en vis egenbetaling i samme omfang som borgere har i det land, hvor behandlingen kræves.

Hertil kommer muligheden for at tegne en privat rejseforsikring. En sådan udgør i øvrigt også efter gældende ret dækningsmuligheden ved rejser uden for EU/EØS, Færøerne og Grønland.

Der forventes iværksat en informationskampagne om konsekvenserne af ændringen.

Danske Regioner har i udkastet til høringssvaret gjort opmærksom på uklarhed omkring processen ved en opsigelse af rejsesygesikringen. Herunder at der tages forbehold for de økonomiske konsekvensers betydning for regionerne. Det bemærkes desuden, at lovens tidspunkt for ikrafttrædelse – den 1. august 2014 – ikke er valgt, da det er inden for skolernes sommerferie.

---

### ***Økonomi***

Det er ikke muligt på nuværende tidspunkt at komme med nogen vurdering af lovforslagets økonomiske konsekvenser.

---

### ***Sekretariatets bemærkninger***

Sekretariatet er i dialog med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse omkring konsekvenserne af ophævelsen af den offentlige rejsesygesikring, herunder udstedelse af nye sundhedskort.

---

### ***Bilag***

Svar på høring om forslag til ændring af sundhedsloven (Ophævelse af den offentlige rejsesygesikring) (1105930).



---

HØRING UDKAST til lovforslag om ændring af sundhedsloven (ophævelse af den offentlige rejsesygesikring) [DOK1340125].pdf (1105961).



Medlemmerne af  
Danske Regioners bestyrelse  
m.fl.

03-10-2013

Sagsnr. 13/1506

Annette Budtz-

Jørgensen

Tel.: 3529 8263

E-mail: abj@regioner.dk

## **Åbent referat fra møde i Danske Regioners bestyrelse fredag den 27-09-2013 kl. 10:30**

**Deltagere:** Bent Hansen, Carl Holst, Ulla Astman, Steen Bach Nielsen, Vibeke Storm Rasmussen, Poul Erik Svendsen, Henrik Thorup, Per Tærsebøl, Thor Grønlykke, Anne V. Kristensen, Birgitte Josefsen, Bente Lauridsen, Knud Andersen, Jens Stenbæk, Flemming Stenild,

**Afbud:** Poul Müller, Birgitte Kjøller Pedersen

**Regionsdirektører** Bo Johansen, Hjalte Aaberg, Jens Andersen, Mikkel Hemmingsen

**Deltagere fra sekretariatet:** Adam Wolf, Lone Christiansen, Gitte Bengtsson, Signe Friberg Nielsen, Kristian Heunicke, Jacob Winther, Katrine Tang (referent)

## **1. Formandens meddelelser, sagsnr. 13/1506**

### **Statens Voksenuddannelsesstøtte (SVU)**

I forslag til Finanslov for 2014 lægger regeringen op til at indsnævre den målgruppe, der kan få Statens Voksenuddannelsesstøtte (SVU). Formandskabet har opfordret regeringen til at genoverveje forslaget og har påpeget, at hvis forudsætningen for finanslovsforlaget er, at regionerne fastholder et stabilt aktivitetsniveau på uddannelsesområdet, forudsætter Danske Regioner, at regionerne kompenseres økonomisk herfor.

### **Udvalg om sundhedsdata**

Sundhedsministeriet er ved at nedsætte et rådgivende udvalg med Helle Ulrichsen som formand, der skal komme med anbefalinger til, hvordan danskeres sundhedsdata kan bruges til at skabe bedre forskning, mere vækst og flere arbejdspladser.

### **Finansiering af medicinpulje**

Formanden orienterede om, at Amgros, i henhold til bestyrelsens beslutning den 1. februar 2013, fra 2014 har afsat 20 millioner kroner årligt i fire år til finansiering af en uafhængig forskningspulje på medicinområdet. Der nedsættes en styregruppe bestående af regionale repræsentanter og en faglig arbejdsgruppe for medicinpuljen.

Sekretariatet udarbejder et uddybende notat om sagen.

### **Samarbejdsaftale om drift af de permanente akutlægehelikoptere**

Alle fem regionsråd har tiltrådt samarbejdsaftalen for driften af den permanente landsdækkende akutlægehelikopterordning. Aftalen træder i kraft pr. 1. oktober 2013.

### **Ny lov om erhvervsfremme og regional udvikling**

Formanden orienterede om, at der netop er sendt et forslag til en ny "Lov om erhvervsfremme og regional udvikling" i høring. Den giver hjemmel til, at der fremover udarbejdes samlede regionale vækst- og udviklingsstrategier i overensstemmelse med den politiske aftale om opfølgning på evalueringen af kommunalreformen.

For det første afspejler lovforslaget en balance mellem regionsråd og de regionale vækstfora. Et plus er, at regionsrådet får det samlede ansvar for at ved-

tage den nye vækst- og udviklingsstrategi, mens vækstforum leverer udkast til de erhvervs- og vækstrettede dele.

For det andet får strategierne et bredt sigte. Lovens formålsparagraf er udvidet, og alle temaerne fra den regionale udviklingsplan er med. Desuden får regionsrådene frihed til selv at inddrage områder, de mener er vigtige for udviklingen i deres region.

For det tredje fremgår det af lovudkastet, at kommunerne skal forholde sig til den regionale vækst og udviklingsstrategi i relevante strategier, herunder strategierne for kommuneplanlægningen. Det er fint, men vi havde dog gerne set en stærkere forankring i planloven.

### **Pjece om videndeling om sygehusbyggeri**

Bestyrelsen bad på mødet den 20. august 2013 om at få en opdateret pjece om vidensdelingsprojekterne til brug for en bredere kommunikation af samarbejdet mellem regionerne om de nye sygehusbyggerier. Pjecen blev omdelt og er lagt på hjemmesiden.

### **Psykiatriudvalget**

Lone Christiansen orienterede om forventningerne til psykiatriudvalgets rapport.

### ***Resumé***

-

## **2. Godkendelse af åbent referat af møde 30-08-2013 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 13/1506**

Bestyrelsen godkendte referatet.

### ***Resumé***

-

## **3. Generalforsamling 2014 - rammer, sagsnr. 13/1679**

Bestyrelsen godkendte udkast til program for generalforsamling 2014, og at der arrangeres en faglig konference kl. 13-17 dagen før generalforsamlingen. Det blev endvidere besluttet, at skriftlig beretning, program og dagsorden udsendes på papir, mens alt øvrigt materiale vil være tilgængeligt elektronisk.

### ***Resumé***

Danske Regioners Generalforsamling finder sted den 27. marts 2014 i Aalborg.

I lighed med de senere år foreslås det, at den afvikles over én enkelt dag, og med lignende rammer.

Som noget nyt foreslås det, at der den 26. marts 2014 vil være en faglig konference om eftermiddagen (ca. kl. ca. 13.00-17.00) for regionsrådsmedlemmerne med mulighed for at invitere gæster, der ikke deltager i generalforsamlingen.

#### **4. Procedurer i bestyrelse og udvalg, sagsnr. 09/1757**

Bestyrelsen drøftede procedurerne omkring dagsorden og referat samt principperne for åbne og lukkede punkter. Bestyrelsen besluttede, at fastholde nuværende principper og lade det være op til en ny bestyrelse at foretage eventuelle ændringer. Bestyrelsen fandt, at der for næste valgperiode bør lægges op til en mere ensartet praksis for udvalgenes møder.

Bestyrelsen bad sekretariatet om at koordinere med KL i forhold til den nye offentlighedslov og tilpasninger i forbindelse hermed.

### ***Resumé***

Der lægges op til en generel drøftelse af de nuværende procedurer i bestyrelse og udvalg med henblik på kunne forelægge et forslag til eventuelle justeringer for en ny bestyrelse efter valget.

#### **5. Videndeling i sygehusbyggeri fremadrettet, sagsnr. 10/2458**

Bestyrelsen var enig om, at det også fremadrettet er vigtigt, at regionerne videndeler og koordinerer centrale elementer i forhold til sygehusbyggerierne.

Bestyrelsen godkendte, at der på baggrund af bestyrelsens drøftelse, udarbejdes et oplæg vedr. den fremtidige organisering af videndelingsprojektet, til forelæggelse for bestyrelsen.

### **Resumé**

I forlængelse af bestyrelsens temadrøftelse om sygehusbyggeri den 30. august 2013, skal der tages stilling til, hvordan det fortsatte behov for videndeling, koordination på tværs om udvikling af fælles projekter og innovation, imødekommes fremadrettet.

Det eksisterende projekt om videndeling i sygehusbyggeri udløber ved udgangen af 2013. Projektet har bidraget til identifikation af fælles udfordringer og muligheder i relation til sygehusbyggerierne, og efterfølgende fælles videndeling og dialog, til gensidig gavn for regionerne. Der er fremadrettet et fortsat behov for videndeling, tillige med et mere forpligtende samarbejde på tværs af regionerne, der resulterer i konkrete løsninger, således at der opnås en optimal udnyttelse af de potentielle gevinster, der følger af moderniseringen af sygehusstrukturen.

### **6. Tvang i psykiatrien 2012 - Status for 2. delmåling, sagsnr. 10/1448**

Bestyrelsen godkendte, at Danske Regioner anmoder regionerne om en redegørelse for indsatsen for at nedbringe tvang, herunder at regionen beskriver sit arbejde med at reducere anvendelsen af tvang med 20 procent, og at regionen beskriver, hvordan regionen vil indfri målsætningen.

Psykiatriudvalgets rapport drøftes på et kommende møde.

### **Resumé**

Danske Regioners formandsskab har efterlyst national handlingsplan for nedbringelse af tvang i psykiatrien. Med en national handlingsplan lægger formandsskabet op til at opkvalificere medarbejdere og ledelserne samt afprøve alternativer til bæltefiksering. Disse elementer forventes tillige at indgå i anbefalingerne fra regeringens psykiatriudvalg.

Udmeldingen kommer på baggrund af den seneste statusmåling, der viser at regionerne samlet set er langt fra at indfri målsætningen om at reducere fysisk tvang med 20 procent i perioden 2011-2013.

Statusmålingen for 2012 viser, ligesom første statusmåling for 2011, at der er betydelig variation i udviklingen på de udvalgte variable – bæltefiksering, fastholdelse og beroligende medicin – ligesom der er meget stor variation mellem regionerne. Det er på baggrund af statusmålingen vanskeligt at udlede



egentlige tendenser i udviklingen. Det vil kræve analyser af mere regionalt og lokalt funderede data. Statusmålingen viser, at den gennemsnitlige varighed pr. bæltefiksering er steget 7 pct.

Som noget nyt giver den seneste patienttilfredsundersøgelse i psykiatrien et indblik i patienternes oplevelser med tvang. Det fremgår, at personalets brug af tvang overvejende foregår på en ordentlig måde. Patienterne har desuden et overvejende positivt indtryk af både forudgående såvel som efterfølgende samtaler.

Der er i 2012 bevilget 1,9 millioner kroner til forskning relateret til tvang. Det er lige i underkantet af målsætningen på to millioner kroner og godt en halv million kroner mindre end i 2011.

#### **7. Regeringens vækstplan for sundheds- og velfærdsløsninger, sagsnr. 13/1559**

Bestyrelsen tog orienteringen om regeringens vækstplan for sundheds- og velfærdsløsninger til efterretning og godkendte, at Danske Regioner vil fokusere sin indsats i forhold til vækstplanen med udgangspunkt i de prioriteringer, som regionerne har udstukket i det politiske oplæg ”Sund Vækst”.

#### ***Resumé***

Regeringen har i juni 2013 lanceret en vækstplan for sundheds- og velfærdsløsninger. Vækstplanen skal bidrage til at skabe konkurrencedygtige vilkår for danske virksomheder på sundheds- og velfærdsområdet, sådan at disse virksomheder kan skabe mere vækst og beskæftigelse. Vækstplanen har fire indsatsområder med tilsammen 27 initiativer. Flere af initiativerne går igen i Danske Regioners politiske oplæg ”Sund Vækst”, som blev lanceret i april 2013. Danske Regioner vil fortsat have fokus på at komme i mål med initiativerne i ”Sund Vækst”, og vil derudover give særlig opmærksomhed til de initiativer i vækstplanen, som har en klar regional vinkel.

#### **8. Anbefalinger fra Vækstteam for turisme og oplevelsesøkonomi, sagsnr. 13/1075**

Bestyrelsen godkendte, at Danske Regioner arbejder for, at der kommer en national strategi for udvikling af dansk turisme, men at der fortsat er en regional forankring af turismeindsatsen. Der skal endvidere arbejdes for en samlet og

styrket indsats for udvikling af kystturismen, en fortsat prioritering af erhvervsturismen, og at erhvervet inddrages i udviklingen af dansk turisme.

### ***Resumé***

Regeringens vækstteam for Turisme og Oplevelsesøkonomi afleverede sine anbefalinger til regeringen den 27. juni 2013. Vækstteamet foreslår bl.a. to nye modeller for organisering af den danske turismeindsats, der indebærer en centralisering af dansk turisme. Regeringen forventes at komme med en vækstplan for turisme i løbet af efteråret.

### **9. Høringssvar vedr. udkast til forslag til lov om ændring af regionsloven (regioners nedsættelse af stående udvalg uden dispensation), sagsnr. 12/1561**

Bestyrelsen godkendte høringssvaret.

### ***Resumé***

Økonomi- og Indenrigsministeriet har fremsendt høring vedr. udkast til forslag til lov om ændring af regionsloven. Lovforslaget indebærer, at regionerne kan nedsætte stående udvalg uden som hidtil at indhente dispensation fra økonomi- og indenrigsministeren.

### **10. Høringssvar om ændring af sundhedsloven som opfølgning på evalueringen af kommunalreformen, sagsnr. 13/1086**

Bestyrelsen godkendte høringssvaret.

### ***Resumé***

Danske Regioner har udarbejdet høringssvar om forslag til ændring af sundhedsloven som opfølgning på evalueringen af kommunalreformen.

Udkast til lovforslag har forinden været i høring i regionerne. Det fremgår af høringssvaret, at Danske Regioner overordnet set kan støtte de foreslåede ændringer af sundhedsloven.

Med ændringerne får regionerne mulighed for at samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder om opgaver efter sundhedsloven. De foreslåede ændringer sigter desuden på at styrke sundhedsaftalerne. Danske

Regioner opfordrer til, at fristen for, hvornår praksisplanerne skal foreligge, udskydes til den 1. september 2014.

Danske Regioner tager forbehold for eventuelle økonomiske konsekvenser af lovudkastet.

### **11. Høringssvar vedr. lovforslag om reform af pædagoguddannelsen, sagsnr. 12/1809**

Bestyrelsen godkendte høringssvaret.

#### ***Resumé***

Regeringen, Enhedslisten og Dansk Folkeparti blev i slutning af juni måned enige om at reformere pædagoguddannelsen. Der er herefter sendt et lovforslag i høring, som skal danne ramme for reformen af pædagoguddannelsen. I høringssvaret bliver der generelt givet udtryk for tilfredshed med reformen, fordi den styrker pædagogernes specialisering. De bliver dermed bedre rustet til at varetage indsatsen for borgeren i bl.a. regionale sociale tilbud og den regionale psykiatri. Der er kun bemærkninger til den del af forslaget, som handler om kompetencemål, udbud og dimensionering.

### **12. Landsplanredegørelse 2013, sagsnr. 12/996**

Bestyrelsen godkendte høringssvaret, men bad om, at det blev skærpet i forhold til statens ansvar for bredbåndsdækning, og at der skal skabes vækst i hele landet.

#### ***Resumé***

Miljøministeren har offentliggjort et forslag til Landsplanredegørelse 2013 til brug for den regionale udviklingsplanlægning og kommuneplanlægningen. Forslaget fokuserer særligt på klimatilpasning, byudvikling og grøn vækst.

I redegørelsen har regionerne fået en mere markant plads og rolle end i de foregående landsplanredegørelser, herunder rollen som vigtig aktør i forhold til at skabe grøn vækst og grønne job.

I Danske Regioners udkast til høringssvar fremføres det blandt andet, at regionerne er tilfredse med at blive anerkendt som vigtige aktører på vækst- og

udviklingsområdet, at redegørelsen mangler at beskrive grønne styrkepositioner og klimatilpasningstiltag, at regionernes landdistriktsindsats bør uddybes, at det ses som et statsligt ansvar at sikre fuld bredbåndsdækning i hele landet, og at regionernes indsats i forhold til effektiv regional infrastruktur og mobilitet bør beskrives.

### **13. Vurderingsgrundlaget for anbefalinger af KRIS til national ibrugtagning af lægemidler som standardbehandling, sagsnr. 12/558**

Bestyrelsen drøftede sagen og afventer et notat fra KRIS om fremgangsmåden i deres arbejde.

#### ***Resumé***

Koordineringsrådet for ibrugtagning af sygehusmedicin (KRIS) vurderer, hvorvidt ny medicin skal indføres som standardbehandling på de behandlende sygehusafdelinger. KRIS foretager en faglig vurdering på baggrund af lægemidlets effekt og bivirkninger. Lægemiddeludgifterne er således ikke en del af rådets vurderingsgrundlag.

Angående KRIS' beslutning om ikke at anbefale lægemidlet Zaltrap og Xtandi til national ibrugtagning, var der ligeledes tale om rent faglige vurderinger.

Sagen er rejst af Anne V. Kristensen.

### **14. Rapport fra Europarådets overvågningskomite, sagsnr. 12/1507**

Bestyrelsen tog orienteringen om rapporten til efterretning.

#### ***Resumé***

Europarådets overvågningskomite har udarbejdet udkast til en overvågningsrapport om Danmark. Rapporten fremhæver, at det lokale demokrati generelt fungerer positivt i Danmark, og at Danmark i det store og hele overholder principperne i Charteret om lokalt demokrati. Desuden er man tilfreds med den aktive borgerinddragelse i politiske beslutningsprocesser. Omvendt beklager komiteen bl.a. regionernes begrænsede ansvarsområder og den manglende ret til skatteopkrævning. Derfor anbefaler man Ministerkomiteen at opfordre de danske myndigheder til at revidere regionernes ansvarsområder og overveje at give regionerne skatteopkrævningsret eller i det mindste give dem mulighed for egne specifikke finansielle ressourcer.

**15. Produktivitetskommissionens rapport om den offentlige sektor, sagsnr. 12/1683**

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

***Resumé***

Produktivitetskommissionens har den 9. september 2013 offentliggjort sin tredje analyserapport, der omhandler den offentlige sektor. Kommissionen er samtidig kommet med en række anbefalinger.

**16. Orienteringer om emner på EU-dagsordenen, sagsnr. 13/1506**

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

***Resumé***

Følgende er en status på aktuelle EU emner, der er omfattet af bestyrelsens prioriteringer for foreningens europapolitiske arbejde. De syv emner, der er medtaget denne gang, skal alle vedtages på Regionsudvalgets plenar den 8.-9. oktober 2013. PRJ, sag nr. 2009/1908.

**17. Næste møde, sagsnr. 13/1506**

Bestyrelsen besluttede at aflyse det planlagte møde fredag den 1. november 2013 kl. 10.30 og i stedet afholde skriftlig votering i forhold til relevante punkter, herunder 1. behandlingen af budgettet.

***Resumé***

-

**18. Eventuelt, sagsnr. 13/1506**

***Resumé***

-



Medlemmerne af  
Danske Regioners Bestyrelse  
m.fl.

08-11-2013

Sagsnr. 13/2053

Maren Munk-Madsen

Tel.: 3529 8165

E-mail:

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

**Åbent referat af skriftlig votering i Danske Regioners Bestyrelse (som følge af aflysning af mødet fredag den 01-11-2013)**

**Votering:** Bent Hansen, Carl Holst, Ulla Astman, Steen Bach Nielsen, Vibeke Storm Rasmussen, Poul Erik Svendsen, Henrik Thorup, Per Tærsebøl, Thor Grønlykke, Poul Müller, Anne V. Kristensen, Birgitte Josefsen, Bente Lauridsen, Knud Andersen, Jens Stenbæk, Flemming Stenild, Birgitte Kjøl-ler Pedersen

## **1. 1. behandling af Danske Regioner Budget 2014, sagsnr. 13/2049**

### ***Beslutning***

Bestyrelsen besluttede, at budgettet for 2014 fastsættes med et driftsunderskud på 36,4 millioner kroner, at kontingentet foreslås pris- og lønreguleret med 1,2 procent og fastsættes på generalforsamlingen til 22 kroner pr. indbygger for 2014, at kontingentet for Videncenter for Jordforurening fastholdes i faste priser, og at der i løbet af 2014 gennemføres en omprioritering på 1 procent på udgiftssiden på budget 2014 svarende til 2 millioner kroner til en opprioritering af interessevaretagelsen.

Hermed oversendes budgetforslaget til 2. behandling i bestyrelsen.

Vibeke Storm Rasmussen har bedt om, at bestyrelsen tager en principiel drøftelse af Danske Regioners rolle, herunder hvorvidt Videncenter for Jordforurening i stedet bør drives af en eller flere af regionerne.

### ***Resumé***

Budgetforslag 2014 er udarbejdet i forventet 2014 pris- og lønniveau.

I budgetforslaget er der lagt op til, at kontingentet pris- og lønreguleres med 1,2 procent svarende til 0,3 kroner og fastsættes til 22 kroner pr. indbygger i 2014.

Som følge af den manglende pris- og lønregulering af underskudsfinansieringen samt den manglende pris- og lønregulering af kontingentet i 2011 sker der forlods en samlet reduktion på 1 procent på indtægtssiden i 2014. Dette indebærer et automatisk effektiviseringskrav på udgiftssiden.

Budgetforslag 2014 medfører en reduktion i driftsunderskuddet på knapt 2 millioner kroner, sådan at driftsunderskuddet udgør 36,4 millioner kroner. Reduktionen skyldes dels øgede husleje- og sekretariatsindtægter som følge af Sundhed.dk's indflytning i Regionernes Hus kombineret med besparelser på driften bl.a. som følge af investeringer i energioptimering samt afledte effekter af en øget kapacitet til videokonferencer.

I budgetforslaget foreslås det, at der i løbet af 2014 gennemføres en omprioritering på yderligere 1 procent på de samlede personale- og driftsudgifter sva-

rende til 2 millioner kroner. Omprioriteringen tænkes konkret udmøntet som en reduktion af personale- og driftsudgifterne på 2 millioner kroner, der anvendes til en opprioritering af den eksterne interessevaretagelse.

## **2. Ændring af sundhedsloven i høring - udredning og behandlingsretten i psykiatrien, sagsnr. 13/468**

Bestyrelsen godkendte høringssvaret vedrørende ændring af sundhedsloven.

### ***Resumé***

Danske Regioner tilslutter sig i udkast til høringssvar en ændring af sundhedsloven, så der i perioden september 2014 til september 2015 i to faser indføres en udrednings- og behandlingsret for psykiatriske patienter svarende til somatiske patienters rettigheder. Med lovændringen ligestilles psykiatrien med resten af sundhedsområdet jf. økonomaftalen for 2014.

Da høringsfristen er 1. november fremsendes høringssvaret med forbehold for bestyrelsens behandling.





24-10-2013

Sag nr. 13/2049

Dokumentnr. 47283/13

MHP/KTE

## Bilag 1 – Finansiering af Danske Regioners aktiviteter

### Finansiering af Danske Regioners aktiviteter

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

1. Kontingent fra regionerne
2. Betaling fra regionerne til RSI og Videncenter for jordforurening
3. Statsligt bidrag til RLTN
4. Indtægter fra salg af administrative ydelser og husleje
5. Bidrag fra formue og udlejning af Pakhus E

#### *Ad1. Kontingent fra regionerne*

Kontingentet fastsættes på generalforsamlingen.

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

En undtagelse fra denne praksis var 2011, hvor bestyrelsen i 2010 besluttede at indstille til generalforsamlingen, at kontingentet for 2011 ikke skulle pris- og lønreguleres.

Den manglende PL-regulering i 2011 udgjorde 0,8 procent, hvilket medfører en varig reduktion i foreningens kontingentindtægter, der kun langsomt falder med effekten af efterfølgende PL-reguleringer.

For 2014 indstilles kontingentet fastsat til 22 kr. pr. indbygger.

For at vurdere udviklingen i kontingentet i forhold til tilsvarende organisationer, er der foretaget en sammenligning med tilgængelige oplysninger om KL's kontingentindtægter. KL's kontingent foreslås i 2014 fastsat til 3.474,41 kr. pr. 100 indbyggere (eller 34,74 kr. pr. indbygger).

Fra 2009 til 2012 er KL's kontingentindtægter steget med 8,2 %. I samme periode er Danske Regioners kontingentindtægter steget med 5,3 %.

#### *Ad 2. Betaling fra regionerne til RSI og Videncenter for jordforurening*

For 2014 er regionernes betaling til RSI 4,8 mio. kr. og for Videntcenter for Jordforurening 7 mio. kr.

*Ad 3. Statsligt bidrag til RLTN*

Danske Regioner modtager årligt et bidrag fra staten til delvis dækning af aktiviteterne i RLTN. For 2014 ventes bidraget at udgøre 3,2 mio. kr.

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

Som beskrevet i bilag 3 – Administration og service leverer Danske Regioner administrative ydelser til en række eksterne virksomheder og fonde. Indtægterne fra salget af disse administrative ydelser ventes i 2014 at udgøre 6,85 mio. kr.

Danske Regioner udlejer kontorarealer i Regionernes Hus til Sundhed.dk.

Som beskrevet i bilag 4 – Regionernes Hus er der via en ombygning og sammenflytning af Danske Regioner skabt plads til, at Sundhed.dk kan rummes i Regionernes hus.

Huslejeindtægten fra Sundhed.dk ventes i 2014 at udgøre ca. 2,25 mio. kr.

*Ad 5. Bidrag fra formue og udlejning af Pakhus E*

Danske Regioner har midler placeret i obligationer og aktier (70/30). Derudover ejer Danske Regioner – ud over Regionernes Hus – Pakhus E, der er beliggende på Dampfærgevej 27 – 29.

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

Der kan i sagens natur være store udsving i kapitalposterne fra det ene år til det andet, men det har i de foreløbigt 7 år, foreningen har eksisteret, hvert år været muligt budgetmæssigt at dække ca. en fjerdedel af indtægterne via kapitalposterne.

For 2013 er dækningen via kapitalposterne budgetteret til 38,5 mio. kr.

Det bemærkes i denne forbindelse, at dækningen via kapitalposterne er en "residualfinansiering", der i sagens natur ikke PL-reguleres, hvilket løbende giver en faktisk, årlig reduktion i (en del af) foreningens indtægtsgrundlag med deraf følgende behov for løbende effektivisering og tilpasning på udgiftssiden.

Ved en sammenligning med KL kan det konstateres, at nettobidraget fra KL's konsulentvirksomhed (ca. 40 mio. kr. årligt) beløbsmæssigt er på niveau med Danske Regioners "underskudsfinansiering", dvs. at det gælder for begge foreninger, at der ikke er fuld dækning for driftsudgifterne i kontingentindtægterne.



24-10-2013

Sag nr. 13/2049

Dokumentnr. 47287/13

MSL/MHP/KTE

## Bilag 2 - Sekretariatets ressourceanvendelse

I september 2013 gennemførte Danske Regioner en analyse af det samlede sekretariats tidsanvendelse på fem overordnede kategorier. Analysen blev gennemført, som en rundspørge i de tre centre og to stabsenheder. I det følgende gennemgås de fem kategorier og resultatet af analysen.

Ekstern interessevaretagelse er en af husets primære aktiviteter. Ud over den generelle interessevaretagelse ift. ministerier og Danske Regioners øvrige samarbejdspartnere, dækker kategorien over de årlige økonomiforhandlinger, overenskomstforhandlinger, praksisforhandlinger med videre. Dertil kommer arbejdet i en række ministerielle arbejdsgrupper samt udarbejdelsen af politiske hørings svar.

En stor og vigtig del i Danske Regioners arbejde består i videndeling, koordination og samarbejde med de fem regioner. Disse aktiviteter omfatter både diverse rådgivende funktioner og indsamling og koordinering af indspil fra de fem regioner til det politiske arbejde. Til dette hører ligeledes sekretariatsbetjening af tværregionale erfaringsgrupper, temagrupper, videndelings fora med videre.

Danske Regioners politiske sekretariatsarbejde omfatter udarbejdelse af udspil og debatoplæg, taler og sekretariatsbetjening af bestyrelse og de politiske udvalg i Danske Regioner. Dertil kommer pressearbejdet, som også involverer medarbejdere i de faglige centre. Sidst omfatter denne del afholdelse og deltagelse i konferencer og events, herunder den årlige generalforsamling og arrangementer i forbindelse med folkemødet på Bornholm.

Regionernes hus er et aktivt mødested for politikere og medarbejdere fra de fem regioner samt en række samarbejdspartnere. I 2012 blev der afholdt mere end 3000 møder og i perioden fra 1. januar 2013 til 1. september 2013

er der afholdt omkring 2100 møder. Disse aktiviteter optager en stor del af de ressourcer, som anvendes på service, kantine og rengøring.

Side 2

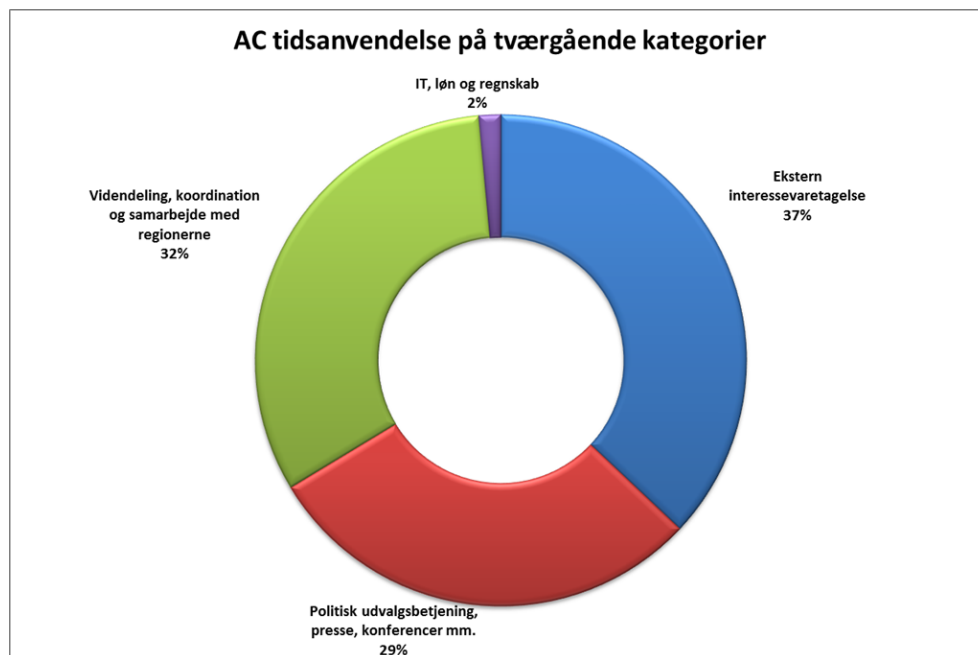
IT, løn og regnskab varetager den interne drift af lønadministration og bogholderi, udarbejdelse af budgetter og årsregnskaber. Dertil kommer en række opgaver for eksterne parter (fonde, sundhed.dk mm.).

Tidsanvendelsen fordelt på de tværgående kategorier er vist i nedenstående figur.



I forhold til den analyse, som blev gennemført i forbindelse med behandlingen af budgettet for 2013, viser årets analyse, at den procentmæssige tidsanvendelse på de tre store kategorier: ekstern interessevaretagelse, politisk udvalgsbetjening og videndeling, koordination og samarbejde med regionerne, sammenlagt er steget med ca. 3 procentpoint. Der er således tale om mindre variationer i tidsanvendelsen.

Hvis man ser isoleret på AC'erne fordeler tidsanvendelsen sig forholdsvist ligeligt mellem videndeling, koordination og samarbejde med regionerne, politisk udvalgsbetjening, presse, konferencer og ekstern interessevaretagelse. Denne fordeling er vist i nedenstående figur.



I forhold til sidste års analyse er tidsanvendelsen stort set uændret.

Danske Regioners samlede normering i 2013 er 160. Normeringen har været faldende i de senere år og foreslås uændret i budget 2014.



24-10-2013

Sag nr. 13/2049

Dokumentnr. 47296/13

MHP

### **Bilag 3 - Administration og service**

#### **Center for administration og service**

##### *Opgaver*

I Danske Regioner varetager Center for administration og service (CAS) en lang række administrative og servicemæssige opgaver.

Opgaverne omfatter bl.a.:

- Løn
- Personaleadministration
- Bogholderi
- Budgetlægning og økonomiarbejde
- It-service
- Bygningsdrift
- Udlejning
- Trykkeri
- Reception
- Intern service
- Køkken og kantine
- Konferencefaciliteter
- Rengøring

Ud over varetagelsen af disse internt rettede administrative og servicemæssige opgaver varetager CAS tillige – mod betaling - opgaver med løn, bogholderi og it for en række eksterne virksomheder og fonde:

- Sundhed.dk
- Kiropraktorfonden
- Forskningsfonden for almen praksis
- KIF-Fonden (DAK-E)
- Fysioterapifonden
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed
- Speciallægefonden
- Tandlægefonden
- Landstandlægeklagenævnet
- I-KAS

CAS producerede i 2012 ca. 2.800 lønsedler til ansatte i Danske Regioner og ca. 2.400 lønsedler til ansatte i de eksterne virksomheder og fonde.

Den eksterne løn opgave er således i store træk af samme størrelsesorden som den interne [den eksterne er blot 14 % mindre end den interne].

I forhold til løn opgaven skal det bemærkes, at Danske Regioner selv løbende vedligeholder lønsystemet med ændringer i de ca. 50 overenskomster, der udbetales løn efter.

CAS behandlede i 2012 i alt 5.591 bogføringsbilag (heraf 4.01 elektroniske og 1.500 manuelle) for Danske Regioner og 5.145 bogføringsbilag (heraf 2.940 elektroniske og 2.205 manuelle) for de eksterne virksomheder og fonde.

Også med hensyn til bogholderi er den eksterne opgave således af stort set samme størrelsesorden som den interne [den eksterne er blot 8 % mindre end den interne].

På it-siden servicerer CAS i alt 260 brugere fordelt med 180 brugere i Danske Regioner, 45 brugere i Sundhed.dk og 35 brugere i de eksterne virksomheder og fonde.

### *Bemanning*

I tabellen herunder ses udviklingen i bemanningen i CAS i perioden 2010 til 2014.

*Tabel 1. Udviklingen i bemanning 2010 - 2014*

	2010	2011	2012	2013	2014
Løn, bogholderi, it og sekretariat	14,8	13	13	12	13*
Service, rengøring og køkken	16	15	15	15	14
Vicevært, trykkeri og reception	5	5	5	5	5
I alt	35,8	33	33	32	32
Elever	4	4	4	4	4
I alt inklusive elever	39,8	37	37	36	36

\*) I disse 13 indgår én medarbejder, der i 2013 er rokeret fra Direktionssekretariatet til CAS inklusive sine opgaver inden for personalejura. Det sammenlignelige tal er dermed 12

Som det fremgår af oversigten er vicevært, trykkeri og reception konstant med 5 medarbejdere over perioden.

Service, rengøring og køkken falder med én medarbejder fra 2010 til 2011, hvorefter området ligger på 15 medarbejdere i resten af perioden.

For løn, bogholderi, it og sekretariat er der fra 2010 til 2014 gennemført en reduktion på ca. 19 % fra 14,8 medarbejdere i 2010 til 12 medarbejdere i 2014 (jf. fodnoten under tabel 1). Reduktionen skyldes dels lukning af stillinger som følge af almindelig effektivisering, dels lukning af stillinger som

følge af indførelse af digitale sagsge, herunder elektronisk fakturerings-system og elektronisk rejseafregningssystem.

Side 3

Det skal i denne forbindelse bemærkes, at ca. halvdelen af omkostningerne til de 5 medarbejdere, der arbejder med løn- og bogholderiopgaver, dækkes ved betaling fra de eksterne virksomheder og fonde, ligesom en del af personaleadministration og it retter sig imod de eksterne virksomheder og fonde, jf. opstillingen i tabel 2 nedenfor.

*Tabel 2. Løn, bogholderi, it og sekretariat (stillinger)*

Område	Opgaver	Antal	Heraf:	
			DR	Øvrige
Administrationschef	Ledelse	1	0,9	0,1
Chefrådgiver	Økonomi, budget og opfølgning	1	0,75	0,25
Chefrådgiver	Personalejura, rekruttering og "husjura"	1	0,9	0,1
Serviceleder	Ledelse af serviceområdet	1	1	
Løn og bogholderi	Løn- og bogholderiopgaver for Danske Regioner samt eksterne virksomheder og fonde	5	2,5	2,5
Personaleadministration	Ajourføring af lønsystem med OK-ændringer, personaleadministration og rekruttering	1	0,5	0,5
It	It-udvikling, -drift og -support samt webopgaver	3	2,1	0,9
I alt		13	8,65	4,35

Som det fremgår af tabellen, udgør den eksternt vendte del af administrationen 4,35 stillinger.

Den del af løn, bogholderi, it og sekretariat, der retter sig mod administration af Danske Regioner selv, udgør 8,65 stillinger inklusive administrationschef og serviceleder.

#### *Benchmarking af de interne serviceprocesser*

Danske Regioner har bedt PA Consulting Group om at gennemføre en analyse af dels it-servicen, dels øvrige udvalgte serviceydelser.



Analysen er gennemført i perioden februar til marts 2013, og analysens resultater er dokumenteret i vedlagte to rapporter fra februar hhv. marts 2013.

Side 4

Der er gennemført analyser på følgende områder:

- It-servicen
- Løn
- Bogholderi
- Køkken/kantine
- Konference
- Rengøring
- Bygningsdrift
- Trykkeri

Nedenfor præsenteres i kort form hovedkonklusionerne fra PA-analysen på de enkelte områder:

#### It-servicen

PA anbefaler, at Danske Regioner konkurrenceudsætter sin it-drift, når den nuværende SKI-kontrakt med KMD udløber. Derudover anbefaler PA, at Danske Regioner forud for en fornyet konkurrenceudsættelse 1) udskifter it-kablingen i Regionernes Hus til en tidssvarende PDS-kabling, 2) konsoliderer sine virtuelle servere og 3) komprimerer sine SAS-data.

#### Løn

PA konkluderer på baggrund af gennemførte benchmark, at en outsourcet varetagelse af lønopgaven vil være 45 – 55 % dyrere end den nuværende interne varetagelse.

#### Bogholderi

På grund af igangværende omlægninger og introduktion af nye digitale løsninger har PA ikke en egentlig konklusion hvad angår bogholderi. PA giver dog den anbefaling, at medarbejderressourcerne i højere grad bør udnyttes på tværs af løn- og bogholderiopgaverne for at øge fleksibiliteten.

#### Køkken/kantine + konference + rengøring

PA konkluderer, at der i høj grad er etableret fleksibilitet mellem udførelsen af konference og rengøring samt - så vidt det har været muligt - mellem køkken/kantine og de to øvrige områder.

#### Køkken/kantine

Køkkenet har et højt niveau i Danske Regioner, idet det er et mål, at Regionernes Hus skal være det foretrukne sted for politikere at holde møder. PA finder ikke, at der er indikation for positiv økonomi i en outsourcing uden at nedjustere niveauet væsentligt i samme anledning.

#### Konference

PA vurderer, at der ikke kan opnås bedre økonomi ved selvstændig outsourcing af konferencefunktionen.

### Rengøring

PA vurderer, at der ikke er basis for at outsource rengøringen, der udføres 25 – 30 % billigere end det den ville koste hos en ekstern leverandør.

### Bygningsdrift

PA anbefaler ikke en yderligere outsourcing (en del opgaver i forhold til bygningsdriften er i forvejen outsourcete).

### Trykkeri

PA peger på, at prisfald og øget effektivitet på trykmarkedet sætter et internt trykkeri under pres. Internt trykkeri er dog fortsat billigst hvad angår små opgaver og hasteopgaver. Omkostningsniveauet er lavt, idet Danske Regionernes trykmaskiner er fuldt betalte, hvorfor der alene er omkostninger til vedligehold og forbrugsstoffer. Der er etableret et samspil, således at to medarbejdere i trykfunktionen tillige udfører en lang række viceværtsfunktioner.

### Opsamling

Samlet set viser PA-analysen, at der stort set ikke er noget potentiale for yderligere outsourcing. Det hænger efter PA's vurdering bl.a. sammen med, at Danske Regioner har etableret en høj grad af fleksibilitet på tværs af serviceområder.



24-10-2013

Sag nr. 13/2049

Dokumentnr. 47302/13

MHP

## Bilag 4 - Regionernes Hus

Danske Regioner har i 2013 videreført foranstaltningerne, der skal gøre Regionernes Hus mere energieffektivt.

Derudover har Danske Regioner i 2013 gennemført renovering og ombygning af både mødefaciliteter og kontorarealer.

### *Energioptimering*

Danske Regioner arbejder løbende med at reducere energiforbruget.

Således er der i 2012 overalt etableret moderne, lavtskylende toiletter, hvilket har resulteret i en vandbesparelse på ca. 20 % fra 2012 til 2013.

I 2013 er sidste etape i energioptimeringen gennemført. I denne forbindelse er der gennemført følgende foranstaltninger:

- Indregulering af ventilationsanlæg
- Montering af solfilm på Veluxvinduer på 6. sal
- Automatisk temperaturregulering i alle rum (herunder natsænkning)
- Autosluk af lys i kontorer, på toiletter og i teknikrum
- Autosluk af PCere, når disse ikke anvendes

Realiseringen af de oplyste tiltag vil være forbundet med en investering på 2,7 mio. kr., hvilket afskrevet over 10 år giver en årlig omkostning på 270.000 kr. Dette skal sammenholdes med, at den årlige besparelse (ved de nuværende energipriser) er anslået til 470.000 kr. Med andre ord er der allerede fra år et en forventet årlig økonomisk besparelse på 200.000 kr. ved at gennemføre disse tiltag.

### *Ombygning*

Ved en organisationsændring pr. 1. marts 2013, en efterfølgende omflytning af medarbejdere, og endelig gennem en ombygning af Regionernes Hus i perioden juni til oktober 2013, er der opnået dels en bedre organisatorisk sammenhæng, dels en bedre udnyttelse af husets kontorarealer.

Ombygningen har resulteret i at:

- Der er etableret et nyt og bedre bestyrelsesmødelokale

- Formandskab, Direktion, Direktionssekretariat og Kommunikationssekretariat er placeret sammen på én etage, nemlig 4. sal
- Husets 6. sal er frigjort og udlejet til Sundhed.dk
- Det tidligere bibliotek i stueetagen er udlejet til Sundhed.dk
- ½ etage i Pakhus E er frigjort til ekstern udleje (pga. flytning af Sundhed.dk til Regionernes Hus).
- Der er indrettet to nye mødelokaler på 1. sal i kontorbygningen
- Videokonferencekapaciteten er fordoblet

Gennem ombygningerne og omrokering af medarbejdere er der realiseret en reduktion af Danske Regioners arealanvendelse med ca. 850 m<sup>2</sup> samtidigt med, at Sundhed.dk har kunnet få sit behov for en arealudvidelse på 240 m<sup>2</sup> dækket.

Det skal i denne forbindelse bemærkes, at Sundhed.dks arealudvidelse er stort set udgiftsneutral for Sundhed.dk, idet Regionernes Hus har lavere driftsudgifter end Pakhus E, hvor størstedelen af Sundhed.dks medarbejdere var placeret før.

Omkostningerne til istandsættelse og ombygning af de arealer, som Sundhed.dk nu er placeret på, dækkes ind via de fremadrette huslejebetalinge derfra.

Den del af ombygningen, der vedrører Danske Regioners egen anvendelse har kostet ca. 2,5 mio. kr., hvilket afskrevet over 10 år svarer til 250.000 kr. årligt. Dette skal sammenholdes med, at en udlejning af den ledigblevne ½ etage i Pakhus E ventes at give en årlig huslejeindtægt på 0,9 mio. kr. under forudsætning af, at det ledige areal kan genudlejes.

I forbindelse med ombygningen er der etableret videokonferencefaciliteter i 6 rum, hvor der tidligere fandtes videokonferencefaciliteter i 3 rum. Denne fordobling af kapaciteten afspejler dels en allerede konstateret vækst i anvendelsen af videokonferencer, dels en forventning om, at denne vækst vil fortsætte.

Der er i budgetforslaget for 2014 indlagt en reduktion i møde- og rejsebudgettet som en afspejling af den øgede brug af videokonferencer. Dette ventes ligeledes at have tilsvarende, afledte effekter hos regionerne.



24-10-2013

Sag nr. 13/2049

Dokumentnr. 47308/13

MHP

## Bilag 5 - Udlejning

Danske Regioner ejer to huse, nemlig Regionernes Hus på Dampfærgevej 22 og Pakhus E på Dampfærgevej 27 – 29.

### *Regionernes Hus*

Regionernes Hus anvendes af Danske Regioner selv og af Sundhed.dk, der fra oktober 2013 lejer sig ind på husets 6. sal og på det tidligere biblioteksområde i stuen.

Sundhed.dk var tidligere placeret i enkelte kontorer på 1. og 2. sal i Regionernes hus og i stuen i Pakhus E.

Ved flytningen til Regionernes Hus har Sundhed.dk fået sit behov for en arealudvidelse på 240 m<sup>2</sup> dækket. Arealudvidelsen er stort set udgiftsneutral for Sundhed.dk, idet Regionernes Hus har lavere driftsudgifter end Pakhus E.

### *Pakhus E*

Danske Regionerne erhvervede Pakhus E i 2003.

Pakhus E er et gammelt pakhus, der i 2001 – 2002 har gennemgået en omfattende reovering, hvor tag, vinduer, facader, indvendig aptering samt alle tekniske installationer blev udskiftet.

Huset er i dag et moderne kontorhus med i alt 6 kontoretager, der lader sig udleje i lejemål ned til ½ etage.

Huset er i dag udlejet til Amgro (2 hele etager), EQT (½ etage) og Mærsk (2½ etage). Efter flytningen af Sundhed.dk til Regionernes Hus i oktober 2013 står der ½ etage ledigt i stuen og ½ etage på 3. sal.

Mærsk har over for Danske Regioners ejendomsadministrator, DEAS, varslet, at Mærsk påtænker at opsig sine etager i Pakhus E. Såfremt Mærsk realiserer dette, vil de pågældende etager stå ledige fra april 2014. Dette får ikke konsekvenser for driftsbudgettet for 2014, men der ud fra et budgetmæssigt forsigtighedsprincip i budgetforslaget for 2014 taget den fulde konsekvens af den varslede opsigelse fra Mærsk.

Der er således under kapitalposterne i budgetforslaget for 2014 budgetteret med en vakanceprocent på 50 for Pakhus E i 2014, svarende til en re-

duktion i lejeindtægterne på 6 mio. kr. og et tilsvarende negativt bidrag til årets resultat.

Side 2

Danske Regioner har bedt en erhvervsmægler hos DEAS om at opstille forskellige modeller for udlejning, hvor der er indbygget en fleksibilitet i forhold til både areal, lejemålets uopsigelighed og huslejens størrelse med henblik på at gøre vilkårene for potentielle lejere i Pakhus E mere attraktive.

Danske Regioner benytter DEAS både som ejendomsadministrator og som erhvervsmægler i forhold til Pakhus E.

DEAS er et af Danmarks største ejendomsforvaltningsselskaber med en ejendomsportefølje på cirka 2.000 erhvervs- og boligejendomme, som hovedsageligt ejes af institutionelle investorer samt andre professionelle investorer – f. eks. pensionskasser, investeringsfonde og ejendomsselskaber. På baggrund af mandat fra Danske Regioner udarbejder DEAS prospekt for de ledige arealer i Pakhus E med henblik på genudlejning, ligesom det er DEAS, der på Danske Regioners vegne, forestår de konkrete forhandlinger med potentielle lejere.

Det er DEAS' vurdering, at markedet for erhvervslejemål er under alvorligt pres, og der er i københavnsområdet historisk mange tomme m<sup>2</sup> til erhverv.

Realistisk set må Danske Regioner derfor i de nærmeste år imødesee perioder med tomgang i dele af Pakhus E.

# Evaluering af interne serviceprocesser

Resultater og anbefalinger

Claus A. Kjær, Søren Lehn og Peter Nørregaard

Marts 2013



# Indledning

## *Baggrund og gennemførelse*

---

### Baggrund

Danske regioner har ønsket at gennemføre en evaluering af den servicepalette, der i dag leveres af Intern Service. Evalueringen er opdelt i 2 bestanddele:

**Del 1:** Evaluering af IT servicen, hvor formålet er at vurdere alternativer for serviceydelseernes organisering og sourcing samt fremkomme med forslag til forbedringstiltag og den strategiske/taktiske retning.

**Del 2:** Evaluering af øvrige udvalgte serviceydelser, hvor formålet er at fremkomme med en fagligt funderet indikation af potentialet i at gå ind i en egentlig analyse.

Evaluerings hovedbestanddel udgøres af del 1 og er afrapporteret i februar 2013.

Nærværende rapport dokumenterer resultaterne af evalueringen af de udvalgte serviceydelser gennemført under del 2.

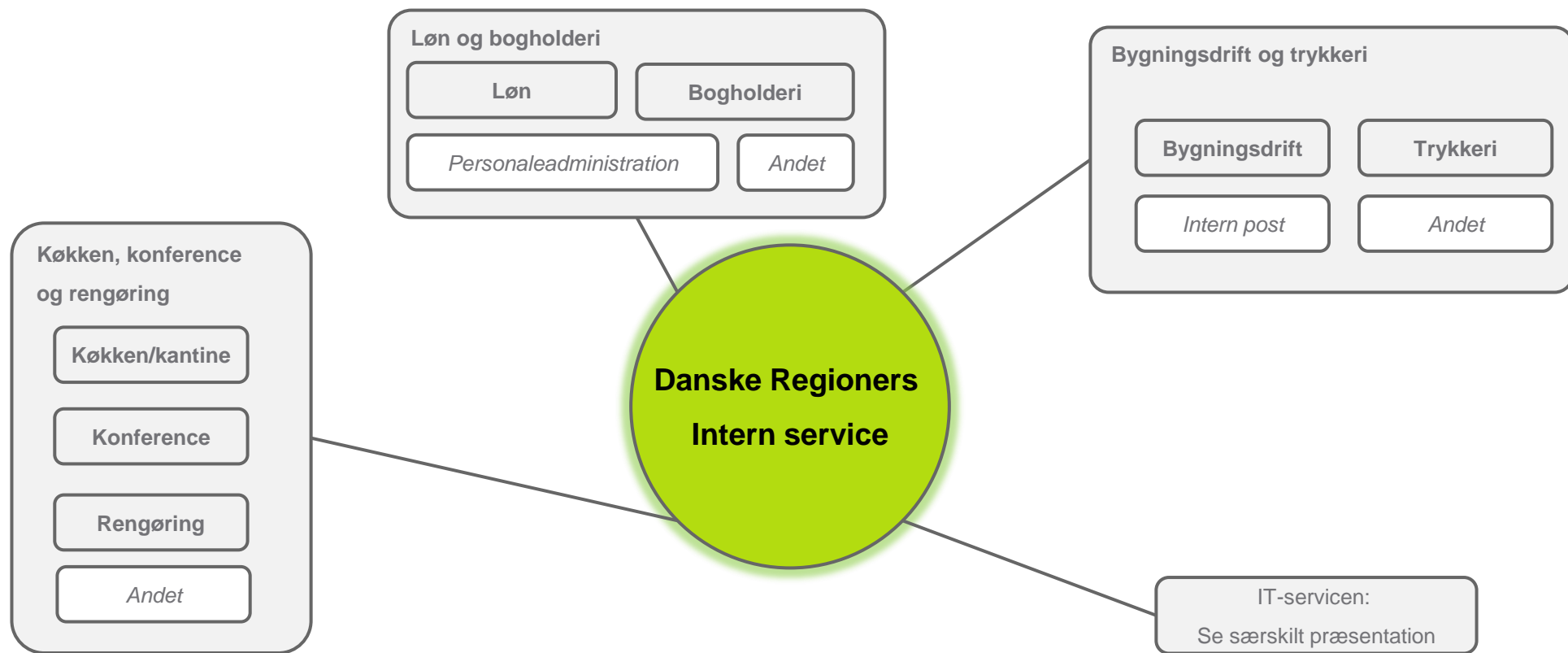
### Gennemførelse

Analysen er foretaget af PA Consulting Group i perioden februar til marts 2013. Der er gennemført interviews med Charlotte Frederiksen, Søren Sørensen og andre medarbejdere i Danske Regioner med opfølgning samt indsamling af metrikker for de forskellige services, primært med hjælp fra Kristian Terp.

Der er ikke foretaget en egentlig analyse af indtægtsforhold og prissætning af services til eksterne kunder, da en sådan analyse ligger uden for scope.



# Oversigt over udvalgte, analyserede services



**Note:** Services markeret med **fed** er beskrevet selvstændigt i det efterfølgende.

## Fire gennemgående fokusområder for analyse af hvert emneområde

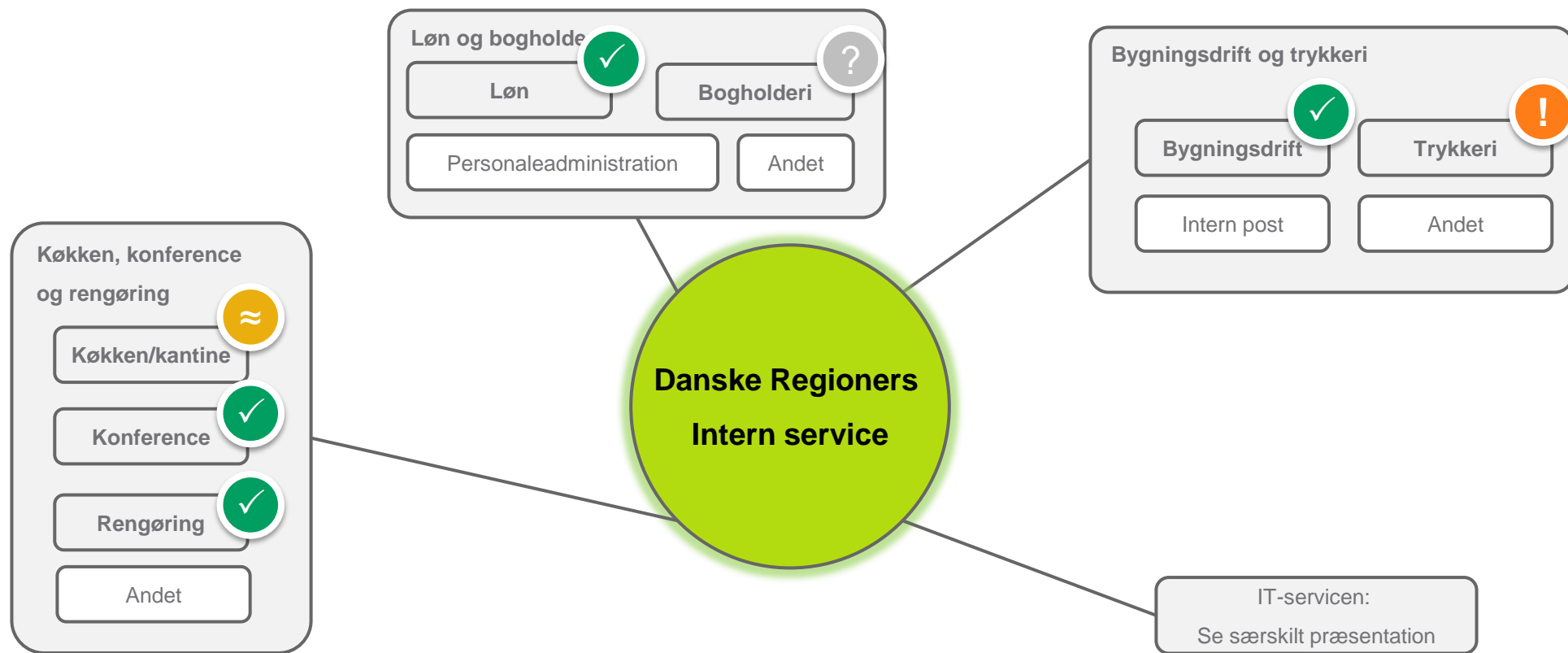
**Rationale** – Gengivelse af de forhold eller bevæggrunde, der bevirker, at Danske Regioner pt. holder leverance af servicen i huset.

**Kvalitet** – En beskrivelse af kvalitetsniveauet.

**Økonomi** – Omkostningen for servicen i dag

**Benchmark** – Omkostninger ved en eksternt sourcet, sammenlignelig service.

# Oversigt over konklusioner om sourcing



## Følgende symboler er anvendt



Servicesen bør fortsat være placeret hos Danske Regioner.



Der er en økonomisk gevinst ved outsourcing, dog ikke uden mærkbare konsekvenser for kvalitet.



Servicesen bør overvejes outsourcet, helt eller delvist. En justeret adfærd hos brugere er påkrævet for succes.



Servicesen er under forandring. Potentiale for, outsourcing bør genbesøges når stabilt leje er nået.

# Oversigt over konklusioner om sourcing

**Løn og bogholderi**

Skel mellem løn og bogholderi samt mellem de enkelte regnskaber bør nedbrydes for at øge fleksibiliteten. Kræver mere ensartede rutiner.

**Vedr. Løn**

- Outsourcet varetagelse af lønbogholderiet forventes 45-55% dyrere end den nuværende varetagelse i huset.

**Vedr. Bogholderi**

- PA anbefaler at lade effekten af de igangværende og afsluttede initiativer slå igennem i daglig praksis i løbet af 2013. Ny benchmark bør gennemføres 2013Q3. **(OBS)**

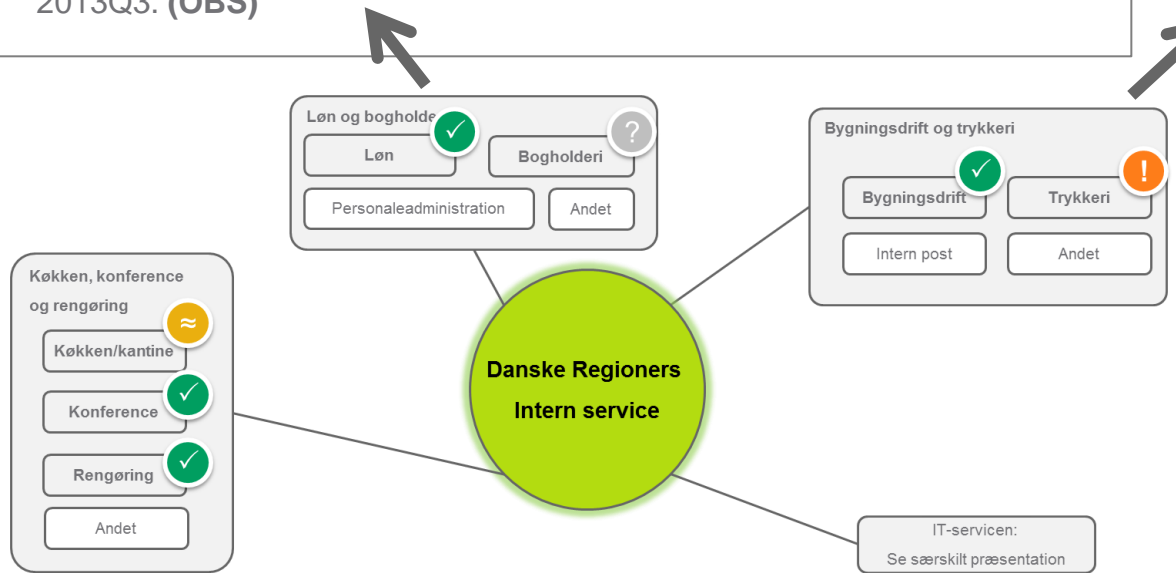
**Bygningsdrift og trykkeri**

**Vedr. Bygningsdrift**

- Opgaver er i væsentligt omfang outsourcet i dag. Yderligere outsourcing kan ikke anbefales.
- Benchmark af administrationshonoraret til DEAS anbefales. **(OBS)**

**Vedr. Trykkeri**

- Udviklingen i prisfald og effektivitet på markedet sætter trykkeriet under pres
- Trykkeriet er ikke konkurrencedygtig for ikke-hastende trykopgaver i mængder over 250 stk. (For få år siden lå skæringen ved 1.000 stk.). Besparelser på omkring 30% kan opnås ved outsourcing af disse
- Små opgaver og hastopgaver udføres billigt af trykkeriet
- Omkostningsniveau er lavt – maskinerne er frikøbt
- Det er således spørgsmålet, om man ønsker eget trykberedskab.
- (Mindre gevinst på ca. 30tkr ved ændret brug af gangprintere).



# Oversigt over konklusioner om sourcing

## Køkken/kantine, konference og rengøring

Der er i høj grad etableret fleksibilitet mellem udførelsen af konference og rengøring samt i ladsiggørligt omfang mellem køkken/kantine og de to øvrige områder her. Flexibiliteten tillader at fokusere ressourceanvendelse omkring møder, når det er nødvendigt. Derudover er der etableret fleksibel opgavevaretagelse mellem disse områder og vicevært/trykkeri.

### Vedr. Køkken/kantine

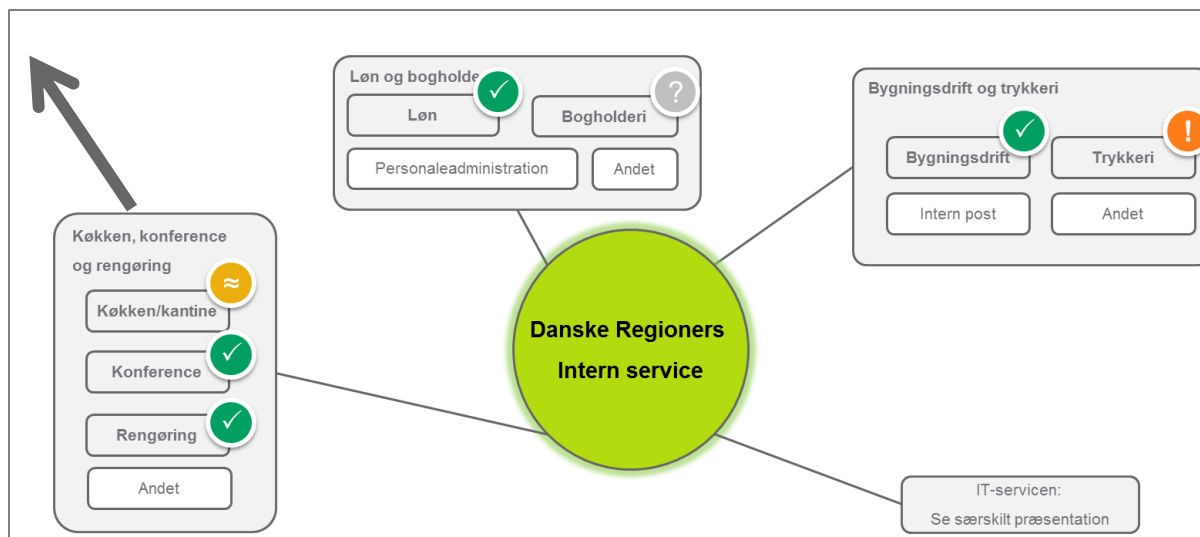
- Målet med kvaliteten af køkkenets ydelser er, at DR skal være et foretrukket sted for politikere at holde møder. Køkkenet er understøttet af en velegnet mad- og måltidspolitik.
- PA vurderer kvalitetsniveauet i køkkenet som værende højere end hos de fleste andre køkkener/kantiner af tilsvarende størrelse, vi har kendskab til. Der er ikke indikation for positiv økonomi i en outsourcing uden at nedjustere niveauet i samme anledning.
- Sammenlignet med vores benchmark kan der realiseres en besparelse på op imod 19 % eller 1,6 mio. kr./år på at reducere service- og kvalitetsniveauet til et lavere men stadig pænt niveau, hvilket kan udfordre målet ovenfor og medføre øgede omkostninger til ekstern mødeafholdelse

### Vedr. Konference

- Omfang og økonomi i konference-funktionen er passende, opgavernes omfang og art taget i betragtning. PA vurderer, at der ikke kan opnås bedre økonomi ved selvstændig outsourcing af denne funktion.

### Vedr. Rengøring

- Der er ikke basis for at outsource rengøringen da den udføres (med nogen usikkerhed i estimatet) 25-30 % billigere hos Danske Regioner, end den ville koste hos en ekstern leverandør.





26-09-2013

## Danske Regioners pensionspolitik

### 1. Fokus på pension

Pensionsområdet er i stigende grad en væsentlig del af samfundsdebatten og et nødvendigt fokusområde for fremtidens velfærdssamfund.

Som arbejdsgiver på det offentlige arbejdsmarked er Danske Regioner medvirkende i forhold til at sikre de regionale medarbejdere en tilstrækkelig og bæredygtig pensionsopsparing.

Pensionsindbetalingerne er vigtige. Pensionen er en væsentlig del af de samlede vilkår, der udgør de regionale medarbejders lønpakker. Pensionen skal give de regionale medarbejdere et tilstrækkeligt forsørgelsesgrundlag i deres pensionstilværelse, og den skal sikre de regionale medarbejdere og deres familier i forbindelse med sygdom, invaliditet og død. En borger, der har en tilstrækkelig pensionsopsparing vil i høj grad være selvforsørgende i sin pensionstilværelse. Danske Regioner anser derfor også pensionsindbetalingerne som et vigtigt bidrag til understøttelse af en forsvarlig samfundsøkonomi.

### 2. De regionale arbejdsmarkedspensioner

De regionale arbejdsmarkedspensioner er kendetegnet ved at være kollektivt aftalte, solidariske ordninger. Det betyder, at medlemmerne i pensionskasserne deler de risici, der måtte være forbundet med sygdom, invaliditet og død. Med en solidarisk pensionsordning sikres regionale medarbejdere en pensions- og forsikringsdækning, der ikke er afhængig af individuelle risici. For Danske Regioner er dét et vigtigt hensyn.

Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00  
F 35 29 83 00  
E [regioner@regioner.dk](mailto:regioner@regioner.dk)

Danske Regioner arbejder derfor for, at de pensionsordninger, som de regionale medarbejdere er dækket af, består som kollektive, solidariske ordninger – også i fremtiden.

Det er Danske Regioners mål, at værdien af den samlede pension, inklusiv offentlige pensioner, skal andrage et niveau, der gør det muligt for den enkelte at opretholde en tilstrækkelig selvforsørgelse i pensionstilværelsen. Arbejdsmarkedspensionen skal bidrage til, at den samlede pension står i et rimeligt forhold til medarbejderens indkomst som erhvervsaktiv. De regionale pensionsordninger skal dermed medvirke til, at tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet ikke er forbundet med et drastisk fald i levestandard.

Det er ligeledes en målsætning, at den investeringspolitik, der fastlægges af pensionsselskabet, har det formål at sikre et højt afkast afvejet mod den risikoprofil, der passer til den enkelte ordning. Det betyder også, at Danske Regioner vil arbejde på, at omkostningsniveauet i de obligatoriske pensionsordninger holdes så lavt som muligt. Samtidig skal medarbejdernes pensionsydelser i overvejende grad være livsvarige ydelser, som sikrer pensionsdækning gennem hele livet.

Som arbejdsgiver har Danske Regioner visse krav til regionale pensionsordninger. Kravene skal være med til at sikre de hensyn, der er beskrevet i de indledende afsnit. Nedenfor er Danske Regioners krav beskrevet nærmere.

### **3. Ydelsessammensætning**

For at sikre livsvarig pensionsdækning skal ydelsessammensætningen leve op til nedenstående krav:

- *Livsvarige ydelser:* Minimum 2/3 af det indbetalte pensionsbidrag anvendes til livsvarige ydelser, også kaldet obligatoriske ydelser. De livsvarige ydelser inkluderer eksempelvis alderspension, invalidepension, evt. børne- og ægtefællepension, udbetalinger i forbindelse med kritisk sygdom samt gruppelevsforikringer.
  
- *Valgfrie ydelser:* 1/3 af det indbetalte pensionsbidrag kan anvendes til såkaldte valgfrie ydelser. De valgfrie ydelser inkluderer bl.a. løbende ydelser, sumudbetalinger, som ophørende alderspension samt ophørende ydelser som fx ratepensioner. Maksimalt halvdelen af de valgfrie ydelser kan anvendes til sumudbetalinger. Valgfrie ydelser dækker også over øvrige produkter som fx delpension, depotsikring og sundhedsordninger.

#### 4. Delpension

Ved indførelse af delpension i de regionale pensionsordninger skal iagttages en række principper<sup>1</sup>. Principperne skal sikre hensynet til medarbejdernes pensionsopsparing, seniorøkonomi og beskæftigelsen i den regionale sektor.

- Der skal indenfor fem år efter indførelsen af muligheden for delpension foreligge en evaluering, der belyser hvorledes og i hvor høj grad, ordningen benyttes. Herefter skal overenskomstparterne vurdere muligheden for en fortsættelse af ordningen.
- Ved anmodning om udbetaling af delpension skal den ansatte overfor pensionselskabet dokumentere nedgang i arbejdstid.
- Delpensionen beregnes af den ansattes pensionsopsparing forholdsmæssigt til den tid, hvormed arbejdstiden reduceres – dog max en tredjedel af pensionsdepotet, svarende til den tredjedel, som i dag kan anvendes til valgfri ydelser.
- Aldersgrænsen for overgang til delpension skal følge pensionsbeskatningsloven for udbetaling af skattebegünstigede pensionsordninger.
- Udbetaling af delpension kan fx ske som en løbende livrente, dog kan udbetalingerne midlertidigt sættes på pause i henhold til gældende lovgivning.

#### 5. Depotsikring

Såfremt der i de regionale pensionsordninger indføres depotsikring, er det et krav fra Danske Regioner, at depotsikringen skal finansieres af den tredjedel af pensionsbidraget, som i dag kan anvendes til valgfri ydelser. Det betyder, at depotsikring kan indføres under forudsætning af, at hverken det enkelte medlems eller kollektivets opsparing til livsvarig alderspension forringes herunder at eventuelle overlevelsesser sikres. Forudsætningerne for indførelse af depotsikring skal således følge en række principper:

- At etablering af depotsikring sker som en kollektiv ordning for hele gruppen.
- At depotet kun udbetales i den situation, hvor et medlem af pensionsordningen dør før pensioneringstidspunktet.
- At depotsikring finansieres ved brug af den 1/3 af bidraget, som kan anvendes til valgfri ydelser.

---

<sup>1</sup> Enkelte kasser har allerede tilbudt delpension til deres medlemmer. Disse kasser kan derfor, forud for pensionspolitikens vedtagelse, have tilrettelagt IT-systemer og administrative procedurer, der ikke nødvendigvis følger principperne i politikken.

- At det i den enkelte pensionsordning sikres, at der afsættes midler til obligatoriske ydelser, herunder livsvarig alderspension minimum svarende til hidtidig dækning ved 2/3 af bidraget samt eventuel overlevelsesevinst.
- At udbetaling af depotsikring er begrænset til nærmeste pårørende<sup>2</sup>.

## 6. Investeringsvalg

Størrelsen på den pensionsindtægt, som de regionale medarbejdere har til rådighed ved overgangen til pensionering, er afhængig af det afkast, pensionselskaberne skaber. Pensionselskaberne har således en forpligtelse overfor deres medlemmer til at sigte imod opnåelsen af det bedst mulige afkast. Bestyrelserne og direktionerne i pensionskasserne har ansvaret for pensionskassernes investeringspolitik.

Derfor vil Danske Regioner være påpasselig med at åbne for individuelle investeringsvalg, der enten påfører store administrative omkostninger eller er forbundet med store risici for medarbejderen.

## 7. Sundhedsordninger

De sundhedsordninger, der udbydes gennem de regionale pensionsordninger, skal følge bestemmelserne i de protokollater om personalegoder, der er indgået på de enkelte overenskomstområder<sup>3</sup>. Endvidere skal eventuelle sundhedsordninger kunne finansieres indenfor den tredjedel af pensionsbidraget, der normalt kan anvendes til valgfrie ydelser.

## 8. Valgfrihed i pensionsordningerne

Samfundsudviklingen bevæger sig generelt i retning af en øget individualisering og en efterspørgsel på fleksibilitet og valgfrihed. Det gør sig også gældende i forhold til pensionsopsparing. Personalegrupperne ansat i regionerne kan af forskellige årsager have særlige ønsker til sammensætningen af deres pensionsordning. Danske Regioner vil i sådanne tilfælde være indstillet på at samarbejde med lønmodtagerorganisationerne og pensionskasserne om udviklingen af løsninger, der kan opfylde de ansattes ønsker og samtidig sikre den enkelte ansatte tilstrækkeligt i forbindelse med pensionering samt ved sygdom, invaliditet eller død.

---

<sup>2</sup> "Ved nærmeste pårørende" forstås i forhold til udbetaling af depotsikring medlemmets ægtefælle, samlever, børn eller slægtsarvinger efter arveloven, i nævnte rækkefølge. Udbetaling af depotsikring til samlevere forudsætter, at de i pensionsbeskatningslovens § 2, nr. 4, litra d), 2. eller 3. led fastsatte krav er opfyldt.

<sup>3</sup> Protokollat om aftaler om nedgang i kontantløn ved indgåelse af lokale aftaler om personalegoder



For visse regionale medarbejdergrupper er der indgået aftaler om valgfrihed med hensyn til udbetaling af en vis procentdel af pensionsbidraget. Det er eksempelvis tilfældet på akademikerområdet. Valgfriheden betyder, at medarbejderen kan vælge at få udbetalt en nærmere aftalt procentdel af sit pensionsbidrag som løn frem for at indbetale den til pension. En sådan valgfrihed kan være hensigtsmæssig og samfundsmæssig forsvarlig på områder, hvor pensionsordningen er særligt veludbygget. Danske Regioner har en målsætning om, at pensionsindbetalingerne i størst muligt omfang går til pension. Derfor vil Danske Regioner dog udvise forsigtighed i forhold til en udvidelse af valgfriheden på pensionsområdet.

### **9. Arbejdsmarkedets Tillægspension (ATP)**

Arbejdsmarkedets tillægspension (ATP) er en lovpligtig pensionsordning, der har til formål at supplere folkepension, arbejdsmarkedspension og evt. supplerende pensionsordninger. De regionale arbejdsgivere indbetaler bidrag til ATP for regionernes medarbejdere. Udgangspunktet for indbetaling til ATP er det såkaldte A-bidrag. Op gennem 1980'erne og 1990'erne blev der for de offentligt ansatte dog aftalt en række nye bidragssatser, de såkaldte B-, C- og D-satser, der alle er lavere satser end A-satsen.

For at styrke de regionale medarbejders samlede pensionsopsparing og til fortsat støtte af samfundsøkonomien er det Danske Regioners ambition, at samtlige medarbejdergrupper på det regionale arbejdsmarked skal omfattes af A-satsen. Danske Regioner arbejder derfor målrettet på hurtigst muligt, og i det tempo som den økonomiske udvikling tillader det, at få gennemført en ensretning af bidragssatserne, således at alle medarbejdere omfattes af A-satsen. Fremadrettet kan det være relevant at fortsætte arbejdet med udvikling af ATP-satserne ud over A-satsen, således at de grupper af medarbejdere med de laveste indkomster styrkes.

### **10. Tjenestemandspension**

Knap 5.000 af de regionale medarbejdere, svarende til ca. 4 %, er tjenestemænd. Gruppen af tjenestemænd har ret til en tjenestemandspension ved pensionering. Tjenestemandspensionen er en tilsagnspensionsordning. I modsætning til opsparingerne i arbejdsmarkedspensionerne, bliver der for tjenestemænd ikke løbende foretaget indbetalinger. Tjenestemandspensionen er derimod afhængigt af antallet af ansættelsesår og den enkeltes løn på pensioneringstidspunktet. Det er op til den regionale arbejdsgiver at sikre, at der er tilstrækkelige midler til rådighed til pensionsudbetalingen, når en tjenestemand pensioneres. Tjenestemandspensionerne rummer derfor en

økonomisk udfordring for arbejdsgiveren og for samfundsøkonomien. På det regionale arbejdsmarked er tjenestemandsansættelserne under udfasning.

Side 6

### **11. Samarbejde om pension**

Pension er et fælles anliggende. Pensionsordningerne på det regionale arbejdsmarked er baseret på aftale mellem medarbejder- og arbejdsgiverorganisationer. Parternes gensidige interesse på pensionsområdet har været medvirkende til at sikre de regionale medarbejdere en pensionsordning, der giver dem en livsvarig forsørgelse og en sikring mod sygdom, tilskadekomst og død. Medarbejder- og arbejdsgiverside drøfter løbende de krav til pensionsordninger, som parterne i fællesskab mener, bør være gældende. Det faktum, at pensionsordningerne er aftalt mellem parterne, har i høj grad været bærende for udviklingen af det pensionssystem, der i dag omfatter alle medarbejdere i de 5 danske regioner.

Danske Regioner udpeger ligesom medarbejderorganisationerne bestyrelsesmedlemmer til en række af de pensionskasser, der forvalter de regionale medarbejders pensionsmidler. For Danske Regioner er det af væsentlig betydning at være med til at sikre at medarbejderne opnår det bedste mulige afkast. Det er dog samtidig højt prioriteret for Danske Regioner, at afkastet opnås inden for en etisk og socialt ansvarlig investeringspolitik. Samtidig arbejder Danske Regioner på at udvikle de regionale kollektive og solidariske arbejdsmarkedspensioner som et fundament for en økonomisk forsvarlig pensionstilværelse for de regionale medarbejdere.

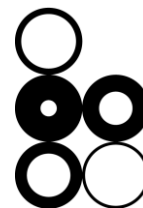
Både arbejdsgiverne og medarbejderorganisationerne vil også fremadrettet spille en væsentlig rolle i forhold til videreudvikling af pensionssystemet. Danske Regioner anser det som en selvfølge at samarbejde med medarbejderorganisationerne, de øvrige arbejdsgiverorganisationer og pensionselskaberne om spørgsmål i relation til pension.

Danske Regioner arbejder desuden for opfyldelsen af sine pensionspolitiske ambitioner via aktiv deltagelse i den løbende samfundsdebat, politiske drøftelser og påvirkning af den danske og den europæiske lovgivningsproces.

NOTAT

Økonomi- og Indenrigsministeriet  
IT og CPR

DANSKE  
REGIONER



09-10-2013

Sag nr. 13/1722

Dokumentnr. 44306/13

Maj-Britt Juhl Poulsen

Tel. 35 29 81 17

E-mail: mjp@regioner.dk

### **Administrativt høringsvar fra Danske Regioner til lovforslag om ændring af CPR-loven**

Økonomi- og Indenrigsministeriet har bedt om bemærkninger til forslag til lov om ændring af lov om Det Centrale Personregister (Tildeling af nyt personnummer i særlige tilfælde samt ophævelse af markeringer i CPR af forskerbeskyttelse).

Ved lovforslaget gøres det muligt i særlige tilfælde at tildele nyt personnummer til personer, hvis personnummer gentagne gange over en vis periode har indgået og fortsat indgår i forbindelse med misbrug af vedkommendes identitet. Danske Regioner har ingen bemærkninger til den del af lovforslaget. I forhold til sundhedsvæsenets opgaver er det udmærket at 1) oplysninger fra det gamle nummer overføres til det nye nummer; 2) der bliver henvisning imellem det gamle og nye nummer og 3) det gamle nummer bliver stående i CPR.

Formålet med lovforslaget er endvidere at ophæve den markering, som efter anmodning kan indsættes i CPR. Markeringen sker med henblik på at sikre, at vedkommende ikke modtager henvendelser i forbindelse med statistiske og videnskabelige undersøgelser hvortil Økonomi- og Indenrigsministeriet leverer oplysninger fra CPR eller foretager adressering og udsendelse af materiale. Dette kaldes forskerbeskyttelse. Det foreslås endvidere, at de markeringer, som allerede efter anmodning er indsat bortfalder ved lovens ikrafttræden. Danske Regioner støtter disse forslag. Danske Regioner støtter det særligt på baggrund af nedenstående argumenter

- 1) Det vil fortsat altid være frivilligt, om man ønsker at deltage i en forskerundersøgelser, og en borger, som ikke ønsker at deltage kan

takke nej hertil eller blot undlade at besvare henvendelsen. Det skønnes at lovforslaget vil betyde at den enkelte borger gennemsnitligt vil blive kontaktet hvert 11. år i stedet for som nu hver 10 år for deltagelse i forskerundersøgelser.

- 2) Det er vigtigt at sikre der også fremover kan gennemføres repræsentativ forskning, som med den nuværende ordning besværliggøres.
- 3) Forslaget forventes at have positive administrative konsekvenser særligt for forskerverdenen, da forslaget medfører en administrativ lettelse ved gennemførelsen af statistiske og videnskabelige undersøgelser.

Danske Regioner tager forbehold for ændringer i forhold til en politisk behandling af høringssvaret.

Med venlig hilsen

Tommy Kjelsgaard

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Fremsendt pr. e-mail

DANSKE  
REGIONER



30-10-2013

Sag nr. 13/1990

Dokumentnr.

Thomas Birk Andersen

Tel. 3529 8270

E-mail: tad@regioner.dk

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har med brev af 9. oktober 2013 fremsendt høring over udkast til forslag til lov om ændring af lægemiddel- loven, lov om medicinsk udstyr, apotekerloven, sundhedsloven og lov om markedsføring af sundhedsydelse.

Hovedformålet med lovforslaget er at etablere lovgrundlag for en reform af samarbejdet mellem sundhedspersoner og industrier for lægemidler og medicinsk udstyr. Forslaget udmønter hermed anbefalingerne fra rapporten ”Forslag til regulering af sundhedspersoners samarbejde med lægemiddel- og medicovirkninger” udarbejdet af en arbejdsgruppe under ministeriet med deltagelse af Danske Regioner. Herudover indeholder lovforslaget ændringer af lægemiddeloven, der skal forebygge forfalskede lægemidler bringes i omsætning. Endelig ændres apotekerloven, så sygehusapotekere dels opnår hjemmel til at fremstille færdigblandede kræftmidler til familielyr, og dels kan sælge råvarer til hinanden i mindre portioner.

Danske Regioner skal indledningsvist tage forbehold eventuelle politiske bemærkninger, da det ikke har været muligt at foretage en politisk behandling af lovforslaget indenfor tidsfristen.

Danske Regioner har herudover følgende bemærkninger til lovforslaget:

*Samarbejde mellem sundhedspersoner og lægemiddel og medicoindustrien.*  
Danske Regioner kan grundlæggende tilslutte sig den reform, der med lovforslaget lægges op til i forhold til samarbejde mellem sundhedspersoner og lægemiddel- og medicoindustrien.

I forhold til sundhedspersoner industritilknytning bør det præciseres, hvad faggruppen apotekere dækker. Det skal foreslås, at den regulering, der

Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00  
F 35 29 83 00  
E regioner@regioner.dk

fremover vil gælde for læger, tandlæger og apotekere udvides til også at omfatte sygehusapotekere og kliniske farmaceuter, da de har væsentlig indflydelse på hvilke lægemidler, som andre sundhedspersoner vælger i behandlingen.

Det fremgår af lovbemærkningerne, at det er regeringens ønske, at sundhedspersoner, der rådgiver offentlige myndigheder om brug af lægemidler som udgangspunkt ikke ejer aktier og andre værdipapirer i lægemiddelindustrien. Disse personer skal være helt uvildige fraset helt særlige tilfælde, hvor det ikke ellers vil være muligt at udpege en kvalificeret rådgiver. Dette vil man sikre ved Sundhedsstyrelsens udpegninger. Herefter tilføjes, at "ministeriet vil samtidigt søge af få dette habilitetskrav indført i forhold til rådgivere på regionalt og lokalt niveau ved aftaler med Danske Regioner og de relevante fagforeninger."

Det kan oplyses, at eksempelvis Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS), som er oprettet af Danske Regioner, indhenter habilitetserklæringer fra samtlige medlemmer af RADS og RADS fagudvalg (dags dato cirka 30 fagudvalg). RADS har den praksis, at formanden for et fagudvalg ikke må være medlem af en virksomheds advisoryboard, da formanden har særlige bemyndigelser i fagudvalget. Dette krav gælder dog ikke de øvrige fagudvalgsmedlemmer. Det fremgår af fagudvalgsmedlemmernes habilitetserklæringer, som er offentliggjort på Danske Regioners hjemmeside, at der er en stor andel af lægerne i fagudvalgene, som bl.a. har samarbejde med virksomhederne. Danmark er et lille land med relativ få specialister, og det vurderes på den baggrund, at det vil være svært at opnå den relevante rådgivning og opnå samme faglige kvalitet i behandlingsvejledningerne, hvis ingen medlemmer af et fagligt "medicinudvalg" kan have tilknytning til virksomhederne for eksempel i forhold til at være med til at drive forskning og udvikling. De samme forhold gør sig i øvrigt gældende for de mange faglige udvalg, som rådgiver regionernes lægemiddelkomitéer.

Danske Regioner ser frem til at blive inddraget i kommende drøftelser med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse om de særlige habilitetskrav, der skal gælde fagpersoner, som rådgiver offentlige myndigheder.

Det bør i øvrigt præciseres, om de aktiebesiddelser på op til 200.000 kr., som man må besidde uden ansøgning til Sundhedsstyrelsen, svarer til kursværdien på det givne tidspunkt, eller som aktiernes pålydende værdi.

*Færdigtilberedning af kræftmidler til familiedyr*

Danske Regioner kan tilslutte sig de foreslåede lovændringer, som muliggør, at et sygehusapotek kan fremstille kræftmidler til dyrehospitaler. Hvis det skal give mening, skal der også tilvejebringes adgang til at sælge de pågældende lægemidler. Med den nuværende lovgivning kan et sygehusapotek sælge lægemidler til hospitaler og i begrænset omfang til andre sygehusapoteker og private apoteker. Der skal foretages en ændring i lov om apoteksvirksomhed, som muliggør, at sygehusapoteker fremover også gives adgang til at sælge kræftmidler til dyrehospitaler.

*Samhandel med råvarer til fremstilling af lægemidler*

Endelig finder Danske Regioner det positivt, at sygehusapotekerne med lovforslaget opnår mulighed for at sælge råvare til hinanden. Opmærksomheden skal dog henledes på, at der er behov for en klarere præcisering af, hvordan råvarebegrebet skal forstås. Det vil være hensigtsmæssigt, at begrebet omfatter såvel aktive stoffer, hjælpestoffer/midler samt den anvendte emballage.

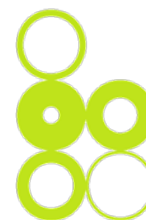
Med venlig hilsen

Tommy Kjelsgaard

Styrelsen for Forskning og Innovation  
Bredgade 40  
1260 København K

Sendes pr. e-mail til [hoering@fi.dk](mailto:hoering@fi.dk).

DANSKE  
REGIONER



20-11-2013

Sag nr. 13/2263

Dokumentnr. 51725/13

Kenneth Hirsch Sørensen

Tel.

E-mail:

## Høring - lovforslag om Danmarks Innovationsfond

Danske Regioner har modtaget lovforslag om Danmarks Innovationsfond, lovforslag om ændring af lov om forskningsrådgivning m.v., ophævelse af lov om Højteknologifonden samt forslag til ændring af lov om teknologi og innovation og lov om offentlige forskningsinstitutioners kommercielle aktiviteter og samarbejde med fonde.

Høringssvaret afgives med forbehold for politisk godkendelse.

I den nye fond samles uddannelsesministeriets bevillinger til strategisk forskning, højteknologi og innovation med henblik på at fremme nye løsninger på konkrete samfundsudfordringer og øge forsknings- og innovationsindsatsen i virksomheder, herunder små og mellemstore virksomheder. Det er hensigten, at det erhvervsmæssige sigte i det samlede forsknings- og innovationssystem styrkes. Fonden skal bl.a. bidrage til, at Danmark bliver blandt de fem europæiske OECD-lande med flest innovative virksomheder og med højest andel af højtuddannede i den private sektor. Fonden skal også bidrage til, at øge hjemtaget af midler fra EU.

Fonden etableres som et uafhængigt organ inden for den statslige forvaltning med eget sekretariat. Fonden træffer afgørelse om tilskud inden for lovens formål og inden for de rammer, der er fastsat på de årlige bevillingslove. Fonden kan bl.a. beslutte at udmønte tilskud i samfinansiering med andre offentlige og private bevillingsgivere.

Fonden skal koordinere sin bevillingsfunktion med andre relevante offentlige og private bevillingsmyndigheder, herunder regionale myndigheder. Det-

Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00  
F 35 29 83 00  
E [regioner@regioner.dk](mailto:regioner@regioner.dk)



te gælder både sammensætning af virkemidler og temaer samt tilrettelæggelsen af administrationen. Fonden skal endvidere etablere en tæt kobling til de regionale myndigheder, herunder en regional tilstedeværelse. Fonden skal endelig reducere antallet af virkemidler, og virkemidlerne skal være mere efterspørgsels- og udfordringsdrevne.

De mere institutionsprægede statslige bevillinger til Godkendte Teknologiske Serviceinstitutioner (GTS), innovationsmiljøer og innovationsnetværk skal fremover varetages af uddannelsesministeriet.

### **Bemærkninger til lovforslaget.**

Danske Regioner er grundlæggende meget positive over for lovforslaget, da det ses som en videreførelse af de senere års bestræbelser på at sikre bedre sammenhæng i innovationssystemet og en øget fokus på, at virkemidlerne skal bidrage til at løse større samfundsmæssige udfordringer samt være mere efterspørgselsdrevne.

Regionerne har egne strategiske indsatsområder og midler til forskning og innovation. Inden for erhvervsudviklingsområdet suppleres de regionale midler af midler fra EU's strukturfonde. Midlerne udmøntes via de regionale vækstforas erhvervsudviklingsstrategier. Regionerne har endvidere et omfattende offentligt-privat samarbejde inden for sundhedsområdet, og der er mange hospitaler involveret i højteknologifondsprojekter i dag.

Danske Regioner støtter derfor en tæt kobling mellem fonden og regionerne/de regionale vækstfora samt at fonden skal have en regional tilstedeværelse.

Der bør etableres et strategisk samarbejde mellem fonden og regionerne. En mulighed er at udarbejde en samarbejdsaftale, som der i dag er udarbejdet mellem Rådet for Teknologi og Innovation (RTI) og de regionale vækstfora. Dette giver mulighed for et fælles strategisk fokus og direkte koordinering i forhold til bevillingsfunktion og indsatsområder, som begge parter arbejder med og er enige om.

For regionerne kræver det direkte lovhjemmel at samfinansiere initiativer med fonden. Derfor bør der i lovforslaget indføres en hjemmel, som eksempelvis: "Regioner kan medfinansiere de projekter, hvortil fonden tildeler midler."

En yderligere mulighed for regional tilstedeværelse kan være, at en del af fondens bevillingskompetence uddelegeres til de regionale vækstfora. Herved kan der udvikles mere sammenhængende forløb i form af regionale innovationsprogrammer inden for fondens formål.

Sikringen af en regional tilstedeværelse indebærer desuden, at der i bestyrelse og udvalg er personer med den rette fagkundskab til at repræsentere dette område.

Der er behov for, at bestyrelse og fagudvalg er bredt sammensatte, så fonden kan understøtte forskning, udvikling, innovation, demonstration, start-ups og virksomhedsudvikling som et sammenhængende system. Tilsvarende skal der sikres viden og fagkundskab i forhold til sundhedsområdet og den kliniske forskning, som er Danmarks største forskningsområde.

Fonden får bl.a. til opgave at støtte samfundspartnerskaber, derfor bør det fremgå mere tydeligt, at fonden også har til formål at støtte offentlig-privat innovation (OPI).

Fonden får en betydelig rolle i forhold til strategien for at hjemtage flere midler fra EU. Derfor bør fonden indgå i det omfattende arbejde, der udføres af andre aktører, så der sikres sammenhæng og koordination i hjemtagningsstrategien. Fonden bør desuden støtte politisk prioriterede EU-programmer, der kræver national medfinansiering.

I forhold til fondens virkemidler står der meget lidt om, hvordan midlerne til samfundspartnerskaberne skal udmøntes. Det er dog positivt, at der står, at det forventes, at fastlæggelse af samfundspartnerskaber sker tematisk i forbindelse med de årlige finanslovsbehandlinger. Danske Regioner forudsætter, at der tages udgangspunkt i INNO+ - kataloget, som en bred kreds af interessenter har været med til at udarbejde.

Tilsvarende gælder i forhold til de strategiske forskningsmidler, hvor Danske Regioner går ud fra, at FORSK2020 stadig udgør det tematiske grundlag for prioriteringerne i strategisk forskning.

Når bevillingerne til GTS, innovationsmiljøer og innovationsnetværk forankres i uddannelsesministeriet gives et godt udgangspunkt for det videre arbejde med udmøntning af den fælles klyngestrategi. Men der kan være behov for en koordinering af virkemidler fra både ministeriet, fonden og regionerne i forhold til konkrete prioriterede indsatser. Dette kan med fordel

indgå i de årlige vækstpartnerskabsaftaler mellem de regionale vækstfora og regeringen.

Side 4

Med venlig hilsen

  
Gitte Bengtsson  
Regionalpolitisk direktør



21-11-2013

Sag nr. 13/1086

Dokumentnr. 51891/13

Rikke Gravlev Poulsen

/Birgitte Harbo

Tel. 35298115

E-mail: bih@regioner.dk

## **Høringssvar om revideret vejledning om sundhedskoordina- tionsudvalg og sundhedsaftaler**

Danske Regioner har modtaget udkast til forslag om ændring af vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Høringssvaret afgives med udgangspunkt i bidrag fra regionerne. Der tages i høringssvaret forbehold for politisk godkendelse.

Danske Regioner tager desuden forbehold for eventuelle økonomiske konsekvenser i forbindelse med implementering af bekendtgørelse og vejledning.

Danske Regioner vil i forbindelse med udarbejdelse af den nye vejledning gerne kvittere for en god og involverede proces, hvor der er lyttet til parternes ønsker til indhold og ændringer.

Nedenfor fremgår først generelle bemærkninger til vejledningen. Dernæst præsenteres specifikke bemærkninger til de enkelte indsatsområder og til sidst listes en række tekstnære kommentarer til vejledningen.

### **Generelle bemærkninger**

Danske Regioner støtter generelt set forslag til ændringer af sundhedsloven om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Danske Regioner finder det således positivt, at der fremover skal udarbejdes én samlet sundhedsaftale, som alle kommuner i regionen tilslutter sig. Dette er med til at sikre en vis ensartethed i de muligheder, der er for den enkelte borger i et patientforløb.

Det er ligeledes positivt, at der i vejledningen er fokus på overgange i samarbejdet og ikke mindst, at der er fokus på parallelle og samtidige forløb på tværs af sektorerne. Det er endvidere positivt, at der lægges op til en lige-

stilling mellem det somatiske og det psykiatriske område. Det er vigtigt, at der er stor opmærksomhed på at sikre, at mennesker med psykisk sygdom fortsat får det nødvendige fokus i sundhedsaftalen. Det bemærkes endvidere, at vejledningen på det psykiatriske område godt kunne være skarpere vedrørende muligheden for at indgå forpligtende samarbejder med kommunerne. Det er endvidere vigtigt, at aftaleparterne er forpligtet til at indgå samarbejde om sammenhængen i forløb til borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug, dvs. patienter med dobbeltdiagnoser.

Herudover støtter Danske Regioner op om, at vejledningen i højere grad indtænker andre områder, som social-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet. Dette er vigtigt med hensyn til at sikre den sammenhængende tværsektorielle indsats for borgerne. I forlængelse heraf savner Danske Regioner dog et skærpet fokus på at sikre sammenhængen mellem sundhedsaftalerne og rammeaftalerne på socialområdet. Ligeledes er det uklart, hvordan dette samarbejde understøttes lovmæssigt.

Danske Regioner konstaterer, at særligt vejledningen rummer mange og upræcise krav, opfordringer og anbefalinger, som giver det indtryk, at sundhedsaftalerne kan og bør løse alt. Danske Regioner konstaterer desuden, at vejledningen sigter meget bredt, hvad angår målgrupper, hvor sundhedsaftalerne skal sikre sammenhæng og samarbejde for alle patienter. Det kan gøre den vanskelig at arbejde med i praksis. Vejledningen er desuden meget ordrig og præget af mange gentagelser og lange sætninger, hvilket ikke gavner dens praktiske anvendelighed. Begreberne ”med fordel”, ”hensigtsmæssig”, ”kan” og ”bør” benyttes f.eks. inkonsekvent gennem vejledningen, og det er svært at tyde om ordene vægter forskelligt. I lyset heraf foreslår Danske Regioner en gennemskrivning af vejledningen.

De fire indsatsområder – *forebyggelse, behandling og pleje, rehabilitering, herunder træning samt sundheds-it og digitale arbejdsgange* – er sammen med de tværgående temaer efter Danske Regioners mening relevante. De nye områder er med til at sætte fokus på en forløbstankegang, og områderne kan være med til at styrke det tværsektorielle samarbejde.

Da sundhedsfremme fortsat er et vigtigt område for det tværsektorielle samarbejde, foreslår Danske Regioner, at sundhedsfremme også indgår i overskriften for indsatsområdet om forebyggelse. Danske Regioner anbefaler desuden, at ordet træning i overskriften for indsatsområdet om rehabilitering erstattes af ordet genoptræning. Det giver fortsat mening at lave afta-

ler om genoptræning. Ordet træning bruges i øvrigt ikke i teksten i vejledningen.

Side 3

Det er en styrkelse af sundhedsaftalerne, at den digitale understøttelse af sammenhængende patientforløb på tværs af det regionale og kommunale myndighedsniveau bringes i fokus som selvstændig og obligatorisk indsatsområde. Dog er det vigtigt at være opmærksom på, at sundheds-it bør tænkes ind i de andre indsatsområder som et tværgående tema.

Ligeledes er Danske Regioner positive overfor, at der er øget fokus på patient- og pårørendeinddragelse. Dette fokus er i tråd med andre centrale udspil.

Danske Regioner mener, at patientsikkerhed og utilsigtede hændelser er områder der er meget vigtige at fokusere på. Derfor ønsker Danske Regioner, at vejledningen i højere grad sætter fokus på patientsikkerhed og utilsigtede hændelser. Danske Regioner foreslår, at beskrivelsen af patientsikkerhed flyttes fra afsnit 5.1 til afsnit 5.5, og at patientsikkerhed desuden nævnes eksplicit i overskriften under afsnit 5.5 om dokumentation, forskning og kvalitetsudvikling. Endvidere foreslår Danske Regioner at ”*bør*” ændres til ”*skal*” under afsnit 5.1 i sætningen ”*Aftalen bør endvidere have fokus på at forebygge utilsigtede hændelser og sikre større patientsikkerhed.*”

Danske Regioner finder det positivt, at sundhedsaftalerne skal tage afsæt i konkrete målsætninger med henblik på at sikre større kvalitet og ensartethed i det tværsektorielle samarbejde samt styrke implementering og opfølgning. I afsnittet om tværgående temaer står der i andet afsnit ”*Som udgangspunkt er alle nedenstående temaer relevante i forhold til alle indsatsområder, men de enkelte temaer kan dog indgå i forskelligt omfang. Derudover kan parterne vælge at samle beskrivelsen af det enkelte tema i ét kapitel i sundhedsaftalen. I så fald bør der være opmærksomhed på, at beskrivelsen omfatter alle indsatsområder.*” Formuleringen stemmer ikke overens med § 4 stk. 4 i bekendtgørelsen, hvor det fremgår, at der fastsættes en række tværgående temaer, som sundhedsaftalen i relevant omfang skal tage udgangspunkt i. Det er helt afgørende, at de tværgående temaer kun skal beskrives, hvor de er relevante, og hvor de derfor kan få et reelt indhold.

Danske Regioner mener desuden, at det bør fremgå af vejledningen (som det gør i bekendtgørelsen), at sundhedskoordinationsudvalget skal opstille fælles konkrete målsætninger for udviklingen af sundhedsområdet generelt

i regionen, og at de konkrete målsætninger for de obligatoriske indsatsområder skal understøtte de overordnede mål, som udvalget har fastsat.

Side 4

Danske Regioner mener, at begrebet ”*borgernære sundhedstilbud*” bør udgå af vejledningen. Der er ikke nogen fælles forståelse af, hvad begrebet dækker over. Man bør i stedet anvende en konkret beskrivelse af de sundhedstilbud, der sigtes på.

Danske Regioner ser positivt på, at der i de kommende sundhedsaftaler er fokus på at sikre større og mere integreret samarbejde med almen praksis. Det fremgår, at de opgaver, som almen praksis forpligtes til at udføre jf. sundhedsaftalerne skal følges op af en underliggende aftale. Det er væsentlig at være opmærksom på, at der alene skal indgås aftale i det omfang opgaverne ikke i forvejen er den del af overenskomsten.

Af § 3 i udkast til revideret bekendtgørelse og i udkast til revideret vejledning beskrives Sundhedskoordinationsudvalgets opgaver, herunder at udvalget skal vurdere udkast til regionens sundhedsplan. I vejledningen står, at sundhedskoordinationsudvalget *kan* vurdere udkast til kommunernes sundhedspolitik i det omfang, at sådanne politikker foreligger. Danske Regioner finder, at udvalget *skal* vurdere udkast til kommunernes sundhedspolitik, og at denne opgave også bør fremgå af bekendtgørelsen.

I henhold til bekendtgørelsens § 3 stk. 5 og vejledningens afsnit 2.5 drøfter Sundhedskoordinationsudvalget i øvrigt emner, der er relevante for sammenhængen i patientforløb mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud - herunder koordinering og prioritering af midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet. Danske Regioner mener, at der bør stå: *herunder drøfte koordinering af de af parterne prioriterede midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet.*

### **Specifikke bemærkninger til de enkelte indsatsområder**

#### *Forebyggelse*

Danske Regioner ser positivt på at forebyggelse stadig indgår som et specifikt indsatsområde og er enige i, at der er et behov for tværsektorielt samarbejde omkring de valgte fokusområder. Det er dog som om, at forebyggelse i forhold til udvikling af somatisk kronisk sygdom er blevet noget usynlig i vejledningen. Der er fortsat et stort behov for også at arbejde systematisk med tidlig opsporing af somatisk kronisk sygdom, hvilket bør synliggøres mere i vejledningen. Derfor foreslås det, at der indsættes et ekstra punkt

med følgende indhold: *Tidlig opsporing og forebyggende indsats overfor risikofaktorer for udvikling af somatisk sygdom*

Side 5

I teksten introduceres begrebet forebyggelsesforløb. Beskrivelsen af forebyggelsesforløb er for Danske Regioner uklar, herunder er det uklart, om forebyggelsesforløb omfatter den patientrettede forebyggelse, både på sygehuse og i kommuner.

I samme afsnit foreslås det, at ordet *operationer* erstattes med ordet *behandling*, da der også kan være behov for forebyggelsesindsatser forud for anden behandling end operationer. I forlængelse heraf er det vigtigt at bemærke, at forebyggelsestilbud forud for operationer og anden behandling giver god mening, men at der kan være visse udfordringer med at nå at gennemføre f.eks. et rygestopforløb grundet ventetidsgarantien.

Sidste fokusområde foreskriver at "*Tilgængelige og målrettede forebyggelsestilbud til socialt udsatte borgere med særlige behov. Tilrettelæggelsen af tilbud bør ske med baggrund i en behovs- og ressourceafdækning*". Det forudsættes her, at der tænkes i individuel behovs- og ressourceafdækning.

Aftalen kan desuden omfatte aftaler om rådgivning vedr. hygiejne. Det er dog uklart om hvad der konkret tænkes ved hygiejne, og om begrebet her dækker både MRSA og den almindelige infektionshygiejne. I den forbindelse bør Sundhedsstyrelsen overveje, om de to særskilte vejledninger omhandlende sundhedslovens § 119 bør revideres.

Danske Regioner undrer sig over, at der afslutningsvis i afsnittet specifikt er nævnt den faglige anbefaling omkring udnyttelse af forebyggelsespotentiale. Det er uklart, hvordan afsnittet skal forstås, og om der forventes at personalet i alle sektorer uddannes specifikt. Der kan være andre kompetencer som også er nødvendige, som f.eks. at forebygge fald eller at identificere underernæring el. lign.

### *Behandling og pleje*

Afsnittet bærer præg af manglende gensidighed, idet der er mere fokus på udskrivelse end indlæggelse. Sundhedsaftalen har til formål at medvirke til at sikre samarbejdet mellem relevante aktører om kvalitet og sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorerne. Danske Regioner er enige i at der skal være fokus på udskrivelse, men mener også at det bør tydeliggøres, at der er ligeledes er et stort behov for at fokusere på indlæggelse.



I vejledningen står der hvor *”behandlings- og plejeforløb til borgere med somatiske og/eller psykiske sygdomme, hvor indsatsen leveres tæt på borgerens hverdagsliv og på tværs af sektorer samtidigt”*. Danske Regioner synes det er uklart, hvilke forløb der refereres til i denne sammenhæng og forstår ikke hvordan disse forløb adskiller sig fra almindelige indlæggelses- og udskrivningsforløb. Det giver derudover ikke mening, at det specificeres, at indsatsen leveres tæt på borgerens hverdagsliv, da det er en selvfølge, at indsatserne leveres tæt på borgerens hverdagsliv. Sætningen bør omformuleres i det lys.

Under tredje fokusområde bemærkes det, at den kommende sundhedsaftale skal have fokus på kvalitet og sammenhæng i henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien - herunder rådgivning til almen praksis og PPR. Dette er uklart, og det bør derfor præciseres, om der lægges op til, at der er en anden/særlig rådgivningsforpligtelse fra børne- og ungdomspsykiatrien til almen praksis end for øvrige patientgrupper.

Efter Danske Regioners mening er det desuden uklart, hvilken gruppe, der refereres til, når der står *”akutte indsatser til borgere med behov herfor.”* Gruppen bør defineres nærmere.

I andet afsnit under fokusområderne står der *”Det er herunder også et vigtigt opmærksomhedspunkt, at nogle borgere har både somatiske og psykiske sygdomme samt eventuelt også sociale problemer.”* Danske Regioner finder, at termen *”sociale problemer”* er for upræcis og foreslår i stedet følgende formulering *”Det er herunder også et vigtigt opmærksomhedspunkt, at nogle borgere har både somatiske og psykiske sygdomme og derudover kan være socialt udsatte /sårbare.”*

Som sidste bemærkning til indsatsområdet om behandling og pleje, står der i sidste afsnit *”Endvidere kan aftalen med fordel beskrive, hvordan parterne samarbejder om dokumentation og kvalitetsudvikling af området med henblik på løbende at sikre ny viden, forebygge utilsigtede hændelser, opnå større patientsikkerhed og generel udvikling af sundhedsområdet”*. For Danske Regioner er det væsentlig, at der signaleres et højt ambitionsniveau for dokumentation og kvalitetsudvikling. For at sikre et målrettet samarbejde om kvalitetsudvikling foreslår Danske Regioner at *”kan”* ændres til *”skal”*.

### *Rehabilitering – herunder træning*

Side 7

Indsatsområdet bærer præg af, at der benyttes en masse begreber som ikke er klart defineret. Danske Regioner ser herunder gerne, at begrebet rehabilitering defineres klarere i vejledningen. Endvidere bør det fremgå af afsnittet, at en genoptræningsplan kan indgå som en del af en rehabiliteringsplan.

Med henblik på at sikre en sammenhængende indsats overfor borgere med skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler anbefaler Danske Regioner, at der under dette indsatsområde, tilsvarende indsatsområde 1 og 2, sættes fokus på indsatsen overfor misbrug. Herunder at sikre samarbejdet mellem relevante aktører om kvaliteten og sammenhængen i rehabiliteringsforløb til borgere med skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler.

Under formålets første fokusområde står der ”... *herunder borgerens fastholdelse eller tilbagevenden til uddannelse eller arbejde*”. Danske Regioner foreslår, at ordene ”*aktivitet og deltagelse*” tilføjes efter herunder, da aktivitet og deltagelse er centralt for rehabilitering. Derudover foreslås det, at der under punkt 3 og 4 indsættes ordet *indlæggelse*, så der i stedet står ”... *under indlæggelse og efter udskrivning fra sygehus.*”

I andet afsnit efter indsatsområdets fokusområder mangler regionernes tilbud og private tilbud at blive nævnt på lige fod med de kommunale tilbud. Som teksten står nu, er der en stor del af de sociale tilbud, der er skrevet ud, idet der kun refereres til de kommunale tilbud.

Der er planlagt revision af nogle af de væsentlige rammer på genoptræningsområdet i 2014 (*Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningssted efter udskrivning fra sygehus og Vejledning om træning i regioner og kommuner*). Ændringerne i disse rammer vil have konsekvenser for indholdet i de kommende sundhedsaftaler, og Danske Regioner vil gøre opmærksom på, at det derfor er afgørende, at der sker en tidlig og løbende inddragelse af regioner og kommuner undervejs i revisionsprocessen.

### *Sundheds-it og digitale arbejds gange*

Danske Regioner ser positivt på, at sundheds-it er tænkt ind som et selvstændigt indsatsområde. En velfungerende elektronisk kommunikation er en grundlæggende forudsætning for et sammenhængende patientforløb. Det er vigtigt at være opmærksom på, at sundheds-it også bør tænkes ind i de andre indsatsområder som et tværgående tema.

Det anføres, at digital kommunikation og digitale arbejdsgange i almen praksis, kommunale tilbud og sygehuse skal bidrage til dokumentation af indsatser. Det forekommer uklart, hvad der i vejledningen menes med at dokumentere indsatser. Dette bør præciseres.

Endvidere er det afgørende at understrege vigtigheden af, at der sikres adgang til digital udveksling af information mellem/til og fra alle relevante områder i kommunerne. Det er desuden vigtigt at få beskrevet, hvordan praksissektor forpligtes på efterlevelse af de indgåede aftaler omkring implementering af IT-systemer. I forlængelse heraf anbefaler Danske Regioner, at der i perioden sker en drøftelse af fælles anvendelse og brug af Sundhedsjournalen som sygehuse og praksis har adgang til i dag, og som kommunerne forventes at tage i anvendelse.

Afslutningsvis står der at aftalen omkring sundheds-it *bør* revideres en gang årligt. Det synes Danske Regioner ikke giver nogen mening, da aftalen vel er en del af den samlede sundhedsaftale som *skal* revideres årligt.

### **Tekstnære bemærkninger**

Side 3, afsnit 2.2, tredje afsnit: Sætningen "*Målene er rettet mod nedbringelse af antallet af forebyggelige og uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser samt nedbringelse af antallet af færdigbehandlede patienter på sygehusene*" bør ændres. Det lyder som om, at man skal nedbringe antallet af de patienter som bliver færdigbehandlet, men der menes vel at man skal nedbringe antallet af færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehusene.

Afsnit 2.2, andet afsnit er formuleret på en sådan måde, at det fremgår at konkrete målsætninger fremmer videndeling. Videndeling er vigtig, men det er vanskeligt at forestille sig, at målsætninger som sådan kan fremme videndeling.

Afsnit 2.3: Afsnittet forekommer uklart. Det kan forstås som om, at det er implementeringsplanen der skal sikre aftalerne, men implementeringsplanen skal vel blot angive, hvornår de fornødne aftaler skal være implementeret og hvornår eventuelle fælles initiativer skal sættes i gang. Desuden er sidste linje "*Derudover bør indgå organisatoriske og sundhedsfaglige indikatorer, som identificeres i relation til de aftalte målsætninger.*" uklar, og kan med fordel slettes.

Side 4, afsnit 2.5: Sætningen *"Udvalget kan derudover hensigtsmæssigt drøfte problemstillinger i relation til sundhedsaftalens indsatsområder, som ofte giver anledning til uoverensstemmelser mellem parterne"* virker unødvendig og foreslås slettet, idet sundhedskoordinationsudvalgene siden etableringen har haft fokus på bl.a. drøftelser af problemstillinger, der kan give anledning til uoverensstemmelser mellem parterne.

Side 6, afsnit 3.2: Der står at *"... det forudsættes, at sundhedskoordinationsudvalget inddrager den fornødne almenmedicinske fagkundskab i udarbejdelsen af sundhedsaftalen."* Sætningen bør slettes, da det ikke giver mening at fremhæve almenmedicinske fagkundskab over andre sundhedsfaglige kompetencer.

Side 7, afsnit 3.4: Sætningen *"I den forbindelse kan der hensigtsmæssigt være fokus på at sikre en koordineret indsats med henblik på fastholdelse og tilbagevenden i uddannelse og arbejde"* bør slettes, da der kan være risiko for at afgrænsningen bruges til en uhensigtsmæssig prioritering af patienter, således at patienter/borgere, hvis mulighed for tilbagevenden til arbejde eller uddannelse, nedprioriteres i den fælles indsats. Desuden bør det bemærkes, at udfordringerne ved at udveksle oplysninger på tværs af sektor- og forvaltningsgrænser i praksis kan hindre mulighederne for at lave aftaler, der går på tværs.

I afsnittet nævnes specifikt udgående og opsøgende teams, hvilket undrer Danske Regioner. Udgående og opsøgende teams er en del af enten tilbud fra sygehuse eller kommunale tilbud, og Danske Regioner foreslår at det slettes. Ligeledes bør det slettes i afsnit 4.2.

Afsnit 3.5: Danske Regioner forholder sig positiv til, at afsnittet er blevet kortet ned. Afsnittet kan dog bruge en gennemskrivning. I første sætning står der: *"... som enten omhandler andre temaer end de obligatoriske områder eller som har en tværgående karakter."* Sætningen er uklar og bør omskrives, da brugen af *"enten eller"* ikke giver mening. Senere i afsnittet står der *"supplerende aftaler er af frivillig karakter..."*. Det bør tydeliggøres, at det er frivilligt at indgå aftalen, men ikke at følge den. Endvidere er afsnittets sidste sætning overflødig, og bør slettes.

Side 8, afsnit 3.6: Det foreslås at afsnittet omkring forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler flyttes indunder de tværgående temaer. Danske Regioner er enige i, at der er behov for fortsat udvikling af forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler, men finder at teksten vil fungere bedre under tværgående temaer.

Side 12, sidste sætning: Sætningen er meget lang og knudret og kan med fordel omskrives.

Side 10

Side 13, afsnit 5.2, 4. afsnit: ”*Som udgangspunkt*” bør udgå af sætningen.

Med venlig hilsen

Thomas I. Jensen  
Kontorchef



21-11-2013

Sag nr. 13/1086

Dokumentnr. 52320/13

Rikke Gravlev Poulsen

/Birgitte Harbo

Tel. 35298115

E-mail: Bih@regioner.dk

## **Høringssvar om udkast til revideret bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler**

Danske Regioner har modtaget udkast til forslag om ændring af bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Høringssvaret afgives med udgangspunkt i bidrag fra regionerne. Danske Regioner tager i høringssvaret forbehold for politisk godkendelse.

Danske Regioner vil i forbindelse med udarbejdelse af den nye vejledning gerne kvittere for en god og involverede proces, hvor der er lyttet til parternes ønsker til indhold og ændringer.

Danske Regioner gør desuden opmærksom på, at der i høringssvar om vejledning naturligt vil være en del overlap med høringssvar om bekendtgørelsen, men at høringssvar om vejledningen på en række områder uddyber Danske Regioners kommentarer til bekendtgørelsen.

### **Bemærkninger til bekendtgørelsen**

Danske Regioner er generelt set enig i ændringerne af bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Ændringerne udgør et godt grundlag for den fortsatte udvikling af samarbejdet mellem regioner og kommuner om de fælles opgaver på sundhedsområdet.

De fire obligatoriske indsatsområder indenfor *forebyggelse, behandling og pleje, rehabilitering herunder træning* samt *sundheds-it og digitale arbejdsgange* samt de tværgående temaer er relevante og favner de områder, hvor der er størst behov for videreudvikling af samarbejdet. Valg af områder stemmer overens med Danske Regioners ønske om at sætte fokus på overgange i samarbejdet samt vidensdeling, rådgivning og kvalitetsudvikling i det tværsektorielle samarbejde.

Da sundhedsfremme fortsat er et vigtigt område for det tværsektorielle samarbejde, foreslår Danske Regioner, at sundhedsfremme også indgår i overskriften for indsatsområdet om forebyggelse. Danske Regioner anbefaler desuden, at ordet træning i overskriften for indsatsområdet om rehabilitering erstattes af ordet genoptræning. Det giver fortsat mening at lave aftaler om genoptræning. Ordet træning bruges i øvrigt ikke i teksten i vejledningen.

Danske Regioner deler intentionerne om stor grad af involvering af brugere og patientforeninger i arbejdet med udarbejdelse om implementering af sundhedsaftalen. Det er derfor vigtigt, at arbejdet med udarbejdelse af bekendtgørelse for patientinddragelsesudvalget igangsættes snarest.

Danske Regioner støtter, at der fremover skal udarbejdes én samlet sundhedsaftale pr. region. Det er med til at sikre en vis ensartethed i de muligheder, der er for den enkelte borger i et patientforløb. Danske Regioner ser desuden frem til, at aftalerne vil tage afsæt i konkrete målsætninger, og at der er lagt op til et øget fokus på implementering og opfølgning. I praksis er det imidlertid en stor udfordring at udvikle indikatorer, der kan sige noget om, hvordan det går med at implementere sundhedsaftalerne. Særligt når det drejer sig om at måle, hvilke effekter samarbejdet har for patienterne. De nationale indikatorer bidrager på nuværende tidspunkt ikke til at løse denne udfordring.

Det er endvidere positivt, at der lægges op til en ligestilling mellem det somatiske og psykiatriske område, og at andre områder, som social-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet i højere grad skal indtænkes i sundhedsaftalen. Det er dog uklart, hvordan denne sammenhæng understøttes lovgivningsmæssigt.

Danske Regioner finder, at ønsket om et ligeværdigt samarbejde mellem regioner og kommuner om de fælles opgaver på sundhedsområdet bør afspejles i aftaleparternes repræsentation ind i sundhedskoordinationsudvalget. Udvalget bør derfor være paritetisk sammensat, hvad angår medlemmer fra regioner og kommuner. Derudover bør antallet af møder ikke fremgå som en del af bekendtgørelse og vejledning, idet udvalget selv fastsætter sin forretningsorden.

I henhold til § 3 stk. 5 drøfter Sundhedskoordinationsudvalget i øvrigt emner, der er relevante for sammenhængen i patientforløb mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud - herunder koordinering og prioritering

af midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet. Danske Regioner mener, at der bør stå: *herunder drøfte koordinering af de af parterne prioriterede midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet.*

I § 3 stk. 4 fremgår det, at Sundhedskoordinationsudvalget vurderer udkast til regionens sundhedsplan og kan komme med anbefalinger til, hvordan planen kan fremme sammenhæng i indsatsen. Det fremgår ikke af bekendtgørelsen, at Sundhedskoordinationsudvalget på samme måde vurderer udkast til kommunernes sundhedspolitik. Danske Regioner mener, at det er naturligt, at udvalget får ansvar for at vurdere udkast til kommunernes sundhedspolitik i det omfang, at sådanne politikker foreligger. Også her med det formål at komme med anbefalinger til, hvordan kommunernes sundhedspolitik kan fremme sammenhæng i indsatsen.

I § 6 stk. 3 fremgår det, at såfremt Sundhedsstyrelsen ikke kan godkende sundhedsaftalen skal regionsrådet og kommunalbestyrelserne ændre aftalen og indsende den til godkendelse inden for en af Sundhedsstyrelsen fastsat tidsfrist. Danske Regioner finder, at Sundhedsstyrelsen må fastsætte denne frist i dialog med regioner og kommuner.

Danske Regioner tager forbehold for eventuelle økonomiske konsekvenser i forbindelse med implementering af bekendtgørelse (og vejledning).

Med venlig hilsen

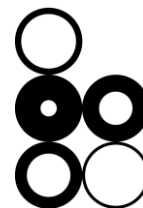
Thomas I. Jensen  
Kontorchef



NOTAT

Ministeriet for Forskning, Innovation og Videregående Uddannelser  
Styrelsen for Forskning og Innovation  
Center for videnskab og forskningsinfrastruktur

DANSKE  
REGIONER



10-10-2013

Sag nr. 13/1861

Dokumentnr. 45339/13

Maj-Britt Juhl Poulsen

Tel. 35 29 81 17

E-mail: mjp@regioner.dk

### **Høringssvar fra Danske Regioner til rapporten ”Registerforskning - nye muligheder og nye udfordringer”**

Danske Regioner har modtaget rapporten ”Registerforskning - nye muligheder og nye udfordringer” til høring fra Styrelsen for Forskning og Innovation i e-mail dateret den 26. september 2013. Danske Regioner har indhentet bemærkninger fra regionerne. Danske Regioner tager forbehold for eventuel politisk behandling af høringssvaret.

Danske Regioner anser generelt de samlede planer for gode, visionære og støtteværdige og vigtige i forhold til at give registerforskningen et løft.

Vi støtter et bredere kommissorium for Det Koordinerende Organ for Registerforskning, og at der sker en styrkelse af sekretariatet. Det faglige sekretariat bør forankres fast ved en relevant institution og bør sikres uafhængighed og upartiskhed. Det bør ikke være tilknyttet en institution, som selv driver forskning eller indsamler data. Dette er af hensyn til at sikre opfattelsen af og den reelle habilitet i bedømmelsen af ansøgninger om registeradgang og sikring af forskernes idéer. Det er derudover særdeles vigtigt at have en klar og kendt rollefordeling mellem sekretariatet og referencegruppen.

Dansk registerforskning rummer enormt potentiale i form af en lang tradition for registrering af kvalitetsdata på hele befolkningen. Derfor kan man kun bifalde dette initiativ for reorganisering af registerområdet, hvor formålet er at øge tilgængelighed for anvendelse af Danske registerdata til forskning.

Det er vigtigt at inddrage brugerne (forskerne) i så høj grad som muligt, da de har den klareste fornemmelse for behovet indenfor de forskellige forskningsfelter - felter, der kan være meget forskellige. Derudover har forskerne ofte ideer til udvikling og optimering af registrene baseret på deres erfaring og behov. Derfor er en udvidelse af KOR, hvor man drager flere brugere af registerdata (forskere) ind i udvalget en god ide, og samtidigt skal man sikre en bred repræsentation fra forskellige forskningsretninger. Man kunne også forestille sig, at universiteterne var repræsenteret i udvalget.

Referencegruppen, som etableres, får en central funktion, hvorfor det er vigtigt at sikre, at den er lydhør overfor forskernes behov og nye ideer til udvikling. Man kan frygte, at referencegruppen risikerer at bremse udviklingen og brug af registerdata til forskning, jf. side 14 paragraf 4, hvis det alene skal være registerejernes dokumentationspraksis og behov, der er afgørende.

Øget transparens og tilgængelighed af registerdata er en særdeles central faktor i succesfuld reorganisering af registerforskning i Danmark. Derfor er kortlægning af eksisterende datakilder og sikring af tilgængelighed til disse for forskere et meget vigtigt punkt. Dokumentation og validering af datakilder er også vigtigt, og man kunne forestille sig, at der etableres muligheder for forskningsmiljøer, der arbejder med konkrete datakilder, at påtage sig opgaven at validere data, evt. mod en form for moderat honorering. På den måde kunne etableres et effektivt system, hvor brugerne drev udviklingen afhængigt af behov for høj kvalitetsdata, samt at der var en vis form for anerkendelse fra det offentlige systems side i form af honorering for arbejdet.

De danske registre rummer et enormt potentiale for at indgå i strategiske tværnationale forskningsprojekter, hvor man har mulighed for at poole data, f.eks. til at undersøge sjældne hændelser og sygdomme indenfor det sundhedsfaglige område. Den hidtidige meget restriktive holdning, at man ikke udleverer data fra Danmarks side, har bremset udviklingen og forhindret, at danske forskere kan indgå i strategiske alliancer og større tværnationale forskningsprojekter. Det er vigtigt, at der gøres en indsats for at ændre denne praksis med skyldig hensyntagen til de forskellige interessenter, så der forhåbentligt kan opnås bedre mulighed for at udlevere data til strategiske forskningsprojekter, hvor danske forskere indgår. De danske registre er internationalt kendte for deres kompleksitet og kvalitet, og de er klart efterspurgt i større strategiske forskningsprojekter. Med den aktuelle praksis på området mister danske forskningsmiljøer muligheden for at indgå i strategi-

ske forskningsalliancer og være med at drive udviklingen på internationalt niveau.

Side 3

Etablering af et multigenerationsregister rummer et enormt stort potentiale i forskningsmæssig sammenhæng og bør have høj prioritet. Herunder findes også muligheden for, at biologisk materiale og genetiske data indgår og sammenkøres med registerdata. Her findes udfordringer angående juridiske og etiske forhold, og der bør gøres en indsats i samarbejdet mellem det videnskabetiske komitéssystem og centrale offentlige aktører for at få udarbejdet klare retningslinjer og evt. justere/ændre lovgivningen på området. Også her kunne KOR måske få en central rolle.

Koblingen mellem et multigenerationsregister og biobankernes store mængde af biologisk materiale og genetiske data bør derfor både indtænkes i arbejdet med reorganiseringen af registerforskningen, i udvalget STARS (Strategisk Alliance for Sundhedsdata) og andre initiativer på fx biobank området (Den nationale Biobank og Dansk CancerBiobank). Udvalget STARS skal komme med konkrete anbefalinger til, hvordan danskernes sundhedsdata kan give et solidt afkast til både forskere og erhvervsliv - uden at det går ud over datasikkerheden.

Vi støtter i øvrigt at data, som er genereret i almen praksis anvendes til forsknings- og udviklingsformål, og støtter i den forbindelse en fortsat udvikling af DAK-E.

Danske Regioner mener, at der er elementer, som ikke behandles i rapporten, selv om de aktuelt udgør – eller truer med at blive – væsentlige barrierer for effektiv udnyttelse af registre til forskningsformål. Disse elementer uddybes nedenfor.

#### *Proceduren omkring dataadgang*

På side 8 i rapporten står der, at godkendelsesproceduren er blevet smidiggjort. Dette kan Danske Regioner ikke umiddelbart genkende. Danske Regioner finder det væsentligt, at rapporten også afspejler de vanskeligheder, der opleves ved de nuværende procedurer for dataadgang, hvilket uddybes nedenfor.

På nuværende tidspunkt er proceduren, at forskeren først søger godkendelse hos Datatilsynet, hvorefter ansøgning sendes til Statens Serum Institut eller Danmarks Statistik, som derefter også spørger Datatilsynet. Det er tidskrævende og spørgsmålet er, om det ikke er unødvendigt bureaukratisk.

Desuden er denne proces blevet særligt vanskelig for projekter, der skal kombinere data fra Statens Serum Institut og Danmarks Statistik. Vanskeligheden er opstået ved, at Statens Serum Institut ikke som tidligere vil overdrage kopier af deres register til Danmarks Statistik. Da mange studier udnytter data over hele befolkningen og kombinerer mange forskellige oplysninger, kan dette forsinke eller umuliggøre væsentlige projekter.

Det fremgår ligeledes af rapportens side 8, at sagsbehandlingstiden er ca. 20 dage både hos Statens Serum Institut og Danmarks Statistik. Der er tale om et gennemsnit, og der er stadig en væsentlig del af ansøgningerne<sup>1</sup>, hvor der ikke leveres svar inden for tidsfristen, hvorved nogle forskere oplever meget lange godkendelsesprocesser. Dette kan ikke betragtes som tilfredsstillende.

Adgangen til data foregår ved både Statens Serum Institut og Danmarks Statistik via forskermaskiner. Forskermaskinen ved Statens Serum Institut er oprettet, uden at det var aftalt med KOR. Forskermaskinen udgør en væsentlig begrænsning i anvendelsen af data, og rapporten bør forholde sig til konsekvenserne ved at basere dataadgangen på forskermaskiner.

Som det yderligere fremgår af rapporten, stiger mængden af data hastigt, og de vanskelige godkendelsesprocedurer giver anledning til bekymring for, at den nuværende struktur i fremtiden vil medføre flaskehalse, der bremser eller helt hindrer relevant forskning med brug af registerdata.

### *Ejerskab over data*

I rapporten anvendes flere gange begreberne ”registerejere” og ”dataejere”. Det er imidlertid ikke entydigt, hvem der ejer f.eks. data på sundhedsområdet, som dagligt indsamles rundt omkring på landets hospitaler. Statens Serum Institut, Danmarks Statistik og andre forvalter de indsamlede data, og ”ejerne” (dvs. regionerne) har mistet den umiddelbare adgang til disse data. Hvis ikke der sikres let adgang til data, risikerer dette at skade motivationen for og incitamentet til indsamling af data af høj kvalitet, hvilket udgør hele fundamentet for registerforskningen. Danske Regioner ser gerne, at rapporten adresserer denne problemstilling og anbefaler en lettere adgang til data.

På rapportens side 9 nævnes de elektroniske patientjournaler som en af flere nye datakilder, men det nævnes ikke, at der er uklarhed omkring de juridi-

---

<sup>1</sup> Jf.

[http://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyheder/2013/2013\\_09\\_God%20betjening%20af%20alle%20forskere.aspx](http://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyheder/2013/2013_09_God%20betjening%20af%20alle%20forskere.aspx)

ske betingelser for brug af data fra de elektroniske patientjournaler til forskning. Danske Regioner finder disse uklarheder højst problematiske, idet de truer muligheden for at anvende data fra de elektroniske patientjournaler til registerforskning på sundhedsområdet – forskning som kan komme patienter og borgere til stor gavn.

#### *Forskningsservices ved Statens Serum Institut og Danmarks Statistik*

På nuværende tidspunkt findes der forskningsservices ved både Statens Serum Institut og Danmarks Statistik, og der anvendes forskermaskiner begge steder. Der kan sættes spørgsmålstejn ved, om det er hensigtsmæssigt at opretholde denne opdeling, særligt set i lyset af de problemer med kombination af data fra de to enheder, som er beskrevet ovenfor.

Danske Regioner finder desuden selve konstruktionen omkring Forskerservice ved Statens Serum Institut problematisk. Serum instituttet er selv en forskningsinstitution, der laver registerforskning i stor skala, og der vil derfor principielt være risiko for, at instituttet kommer til at fremstå i en uheldig dobbeltrolle. Rapporten bør også forholde sig til dette væsentlige spørgsmål og vi anbefaler en adskillelse af Forskerservice og forskningsafdelingen på Statens Serum Institut.

#### *Internationalt forskningssamarbejde*

Danske Regioner finder det desuden overordentligt problematisk, at forskermaskinerne på Danmarks Statistik og Statens Serum Institut vanskeliggør internationalt forskningssamarbejde. Forskermaskinen tillader ikke, at forskere udenfor Statens Serum Institut overfører data til andre lande, uanset at datasikkerheden er i orden. Dette stiller de danske forskningsmiljøer og Danmark markant dårligere i den internationale konkurrence på området, og det virker konkurrenceforvridende i forholdet mellem forskere på og uden for Statens Serum Institut.

Det bør desuden fremgå af rapporten, at der findes en netop nedsat international arbejdsgruppe kaldet RECORD (REporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected Data). Arbejdsgruppen skal søge at lave guidelines for, hvordan registerdata kan anvendes inden for sundhedsområdet i fremtiden. Det er en udvidelse af STROBE-guidelines. Den kommende struktur bør sikre, at dansk forskning lever op til disse krav.

#### *Udlevering af store datasæt*

Statens Serum Institut ønsker ikke længere at udlevere store dataudtræk til forskergrupper og institutioner, som tidligere har haft denne mulighed. Det-

te vanskeliggør forskningen for disse grupper, der typisk arbejder med større programmer med talrige underprojekter, og hvor ansøgning om mindre, meget specifikke udtræk til de enkelte projekter både er meget tidskrævende og også forringer kvaliteten af forskningen.

Statens Serum Institut har begrundet denne begrænsning med hensynet til datasikkerhed. Regionerne har imidlertid høj datasikkerhed. Regionerne bør have fri og uhindret adgang til egne data. Dermed kan regionerne opbygge egne kvalitetsdatasæt og deltage uhindret i internationale projekter. Dette kan samtidig reducere problemerne med kapacitetsproblemer ved forskerordningerne, styrke kvaliteten og forbedre dansk forskningskonkurrenceevne.

Det bør anføres under udvalgets anbefalinger, at der er opbakning til en effektiv og regionalt forankret struktur for anvendelse af data fra de kliniske kvalitetsdatabaser.

Sluttelig vil vi gerne bemærke, at det ved videregivelse af data fra sundhedsvæsenet generelt er vigtigt at fremhæve, at enhver videregivelse sker med den største iagttagelse af persondatalovens bestemmelser og reglerne i sundhedsloven om videregivelse af patientoplysninger.

Med venlig hilsen

Tommy Kjelsgaard



08-10-2013

Sag nr. 10/620

Dokumentnr. 44444/13

### **Høring vedr. opfølgning på evalueringen af erhvervsakademistrukturen**

Danske Regioner har modtaget ovenstående udkast til lov i høring og afgiver hermed kommentarer til høringen.

Danske Regioner finder det positivt, at erhvervsakademierne oplever en stigende søgning og at de har fået mulighed for at udvikle og styrke uddannelserne samt den samlede sektor. Erhvervslivet efterspørger medarbejdere med erhvervsrettede uddannelser på et videregående niveau, der i højere grad matcher erhvervslivets behov for kompetencer.

Uddannelse står højt på den regionalpolitiske dagsorden. De regionale vækstfora og regionsrådene understøtter 95 og 60 procentmålsætningerne. Endvidere arbejder de for at sikre et match mellem erhvervslivets behov for kompetencer og arbejdskraftens kvalifikationer. Indsatsen er finansieret af bl.a. EU's strukturfondsmidler. I dette arbejde indgår også erhvervsakademierne. Endvidere ansætter regionerne personale med erhvervsakademiuddannelser.

Danske Regioner:

- Opfordrer til, at regionernes indsigt i den regionale erhvervsudvikling og arbejdskraftbehov indgår i bestyrelsernes og uddannelsesudvalgenes arbejde med udvikling af uddannelser, herunder at dialogen med regionerne styrkes.
- Er derfor bekymrede for forslaget om, at bestemmelserne for bestyrelsernes sammensætning, ophæves. Det bør fortsat fremgå, at medlemmer af regionsrådet (og kommunerne) udpeges til bestyrelserne i institutionerne i det område et erhvervsakademi dækker.
- anbefaler, at den regionale uddannelsesdækning af erhvervsakademier drøftes med regionen. Regionsrådene inddrages i dag angående placering og lukning af udbud for professionsuddannelser og ungdomsud-

dannelser. Det vil være i naturlig forlængelse her af, at denne rolle også omfatter erhvervsakademierne.

- Understreger behovet for en dialog med regionerne såfremt der udvikles nye uddannelser inden for det tekniske og merkantile område rettet mod sundhedssektoren.
- Påpeger behovet for fortsat at sikre en kobling og tæt samarbejde mellem erhvervsakademier og professionsuddannelser, eksempelvis via uddannelsesudvalgene, om at gøre de videre uddannelsesmuligheder mere smidige. Der lægges op til en frigørelse fra professionsuddannelserne, bl.a. skal der ikke udarbejdes partnerskabsaftaler om udbud. Det skal ikke stå i vejen for at fortsat tæt samarbejde
- anbefaler at der løbende er et fortsat fokus på at sikre kvaliteten og faglig og økonomisk bæredygtighed. Evalueringen viser, at der fortsat er store udfordringer på visse erhvervsakademier, selv om den samlede evaluering er positiv.

Danske Regioner finder det positivt, at erhvervsakademierne:

- skal sikre praksisnære forsknings- og udviklingsaktiviteter i samarbejde med det aftagende arbejdsmarked og omgivende samfund
- skal bidrage til at sikre en regional uddannelsesdækning på det tekniske og merkantile område, herunder også i geografisk yderområder.
- At erhvervsakademierne skal sikre et tæt samspil med regionale interessenter i deres rolle som videninstitution.

Vi ser frem til at vores synspunkter indgår i den videre behandling af forslaget.

Venlig hilsen

Lotte Holten-Møller

Kontorchef, center for sundhedsteknologi,  
erhvervssamarbejde og regional udvikling  
Danske Regioner



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Social-, Børne- og Integrationsministeriet

Oktober 2013

Rapport om fælles hjælperordninger til borgere med kronisk respirations-  
insufficiens

## Indhold

1. Indledning, konklusion og sammenfatning .....	4
1.1 Baggrund og arbejdsgruppens opgave .....	4
1.2 Sammenfatning og konklusion .....	7
1.2.1 Organisatoriske modeller .....	8
Model A. Kommunemodellen .....	8
Model B. Regionsmodellen .....	10
Model C. Valgfrihed inden for regionen .....	11
1.2.2 Fordele og ulemper ved de tre organisatoriske modeller .....	12
1.2.3 Supplerende løsningsforslag .....	13
2. Lovgivning om hjælperordninger .....	14
2.1 Respirationsbehandling .....	14
2.2 Hjælp efter serviceloven .....	14
3. Udmåling af timer til hjælp .....	16
3.1 Udmåling af timer til hjælp til respirationsbehandling .....	16
3.2 Udmåling af timer til hjælp efter serviceloven .....	16
3.3 Regler for beregning af tilskuddets størrelse .....	17
4. Om eksisterende fælles hjælperordninger .....	17
4.1 Antallet af fælles hjælperordninger .....	17
4.2 Eksempler på eksisterende hjælperordninger .....	18
4.3 Problemstillinger i forbindelse med eksisterende fælles hjælperordninger .....	19
4.3.1 Valg af hjælper .....	19
4.3.2 Fordeling af udgifter .....	20
5. Løsningsmodeller og supplerende løsningsmuligheder .....	21
5.1 Organisatoriske løsningsmodeller .....	22
5.1.1 Model A - Kommunen har forsyningsopgaven .....	22
5.1.2 Model B – Regionen har forsyningsopgaven .....	25
5.1.3 Model C – valgfrihed inden for regionen .....	27
5.2 Finansieringsmodeller .....	30
5.2.1 Fordelingsnøgle (procentsats) .....	30
5.2.2 Medfinansiering efter faste beløbsmæssige timetakster .....	31

5.3 Løsningsforslag på øvrige problemstillinger .....	31
5.3.1 Aflønning i forhold til højeste kompetencekrav .....	31
5.3.2 Finansiering ved ventetid på uddannelse af hjælperhold .....	32
5.3.3 Finansiering ved indlæggelse på sygehus .....	32
6. Vurdering af fordele og ulemper .....	33
6.1. Fordele ved model A og B .....	33
6.2 Ulemper ved model A og B .....	34
6.3 Fordele og ulemper ved model C .....	34
6.4 Sammenligning af model A og B .....	35
6.5 Vurdering af landsdækkende model (model A og B) versus samarbejdsmodel model (model C) .....	36
6.6 Vurdering af supplerende løsningsmuligheder .....	36
7. Økonomiske konsekvenser .....	37
Bilag A. Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. hjælperordninger i hjemmet .....	40
Bilag B. Arbejdsgruppens sammensætning (august 2013) .....	43
Bilag C. Hjælperordninger .....	45
Bilag D. Fakta om hjælperordninger .....	52
Bilag E. Eksempel - Region Sjælland .....	53
Bilag F. Eksempel "Vejlemodellen" .....	54
Bilag G. Respirationsbehandling uden for hjemmet .....	62

# 1. Indledning, konklusion og sammenfatning

## 1.1 Baggrund og arbejdsgruppens opgave

Social- og Integrationsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse offentliggjorde i december 2011 en vejledning om koordinering af hjælp til respirationsbehandling og borgerstyret personlig assistance (BPA) i de tilfælde, hvor hjælpen kan ydes af én og samme person<sup>1</sup>. Vejledningen giver en samlet beskrivelse af reglerne for hjælp til respirationsbehandling efter sundhedsloven og BPA efter serviceloven. I forbindelse med høringen vedr. vejledningen pegede nogle af parterne på, at de ikke fandt det er tilstrækkeligt at beskrive reglerne i en samlet vejledning. Parterne fremførte, at de eksisterende regler ikke i tilstrækkelig grad fremmer en hensigtsmæssig koordinering mellem regioner og kommuner af fælles hjælperordninger for alle hjemmeboende borgere, som modtager hjælp til respirationsbehandling.

Som opfølgning herpå nedsatte den daværende social- og integrationsminister og ministeren for sundhed og forebyggelse derfor en arbejdsgruppe i januar 2012. Arbejdsgruppen fik til opgave at udarbejde en analyse af mulighederne for at samle ansvaret for BPA efter servicelovens § 96 og hjælp til respirationsbehandling efter sundhedsloven i fælles regler, der tager udgangspunkt i borgerens samlede hjælpebehov, jf. nedenstående uddrag af arbejdsgruppens kommissorium og bilag A. Arbejdsgruppen fik videre til opgave at vurdere, om en samling af ansvaret for hjælp til respirationsbehandling og BPA vil være en fordel for borgerne og samlet set vil forenkle kommunernes og regionernes administration af disse ordninger<sup>2</sup>. Arbejdsgruppen fik desuden til opgave at vurdere, om der kunne findes løsninger på en række mindre problemstillinger forbundet med koordinering af fælles hjælperordninger.

---

<sup>1</sup> Vejledning nr. 105 af 21. december 2011 om koordinering af hjælp til respirationsbehandling og borgerstyret personlig assistance.

<sup>2</sup> Kommissorium fremgår af bilag A.

### **Boks 1. Uddrag af kommissorium**

Tilskud til BPA og personlig og praktisk hjælp mv. til børn ydes af kommunen i medfør af serviceloven, mens hjælp til respiratorbehandling i hjemmet ydes af regionen i medfør af sundhedsloven. Det er Social- og Integrationsministeriets og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses opfattelse, at når en borger har behov for hjælp til respirationsbehandling og BPA/hjælp efter serviceloven til børn samtidig, kan hjælpen i de fleste tilfælde ydes af én og samme person.

[...] i nogle tilfælde har der været uenighed mellem region og kommune om, hvordan udgifterne til hjælp til respirationsbehandling og BPA skal deles, når hjælpen kan varetages af en enkelt hjælper. Der kan bl.a. være uenighed om udmåling af timer til hjælp og aflønning af hjælper, idet udmåling og aflønning sker med udgangspunkt i de forskellige regelsæt. En særlig problemstilling er desuden, at borgere efter servicelovens § 96 har ret til selv at vælge handicap-hjælpere og vælge hvilken virksomhed, forening eller nærtstående person, der skal være arbejdsgiver for deres hjælpere, mens der ikke er en tilsvarende ret efter sundhedsloven til at vælge behandlere, herunder hjælpere til respirationsbehandling.

På den baggrund skal der udarbejdes en analyse af mulighederne for at samle reglerne om tilskud til personlige hjælpere i et fælles regelsæt, der tager udgangspunkt i borgerens samlede hjælpebehov. Det skal vurderes, om en samling af reglerne om hjælp til respirationsbehandling og BPA i ét regelsæt vil være en fordel for borgerne og samlet set vil forenkle kommunernes og regionernes administration af disse ordninger.

#### **Arbejdsgruppens opgaver**

- Udarbejde forslag til modeller for samling af bestemmelser om fælles hjælperordninger i én lovgivning samt andre muligheder for løsning af problemstillinger forbundet med koordinering af hjælperordninger.
- Vurdere om en af de foreslåede modeller kan benyttes i forbindelse med lignende hjælperordninger efter serviceloven.
- Afgive indstilling vedr. samling af bestemmelser om fælles hjælperordninger i én lovgivning.

Arbejdsgruppen skal som led i dette arbejde bl.a.:

- Beskrive reglerne for hjælperordninger i hjemmet efter hhv. sundhedsloven og serviceloven.
- Beskrive omfanget af fælles hjælperordninger.
- Beskrive erfaringer med fælles hjælperordninger i hjemmet, herunder problemer i forbindelse med koordinering af hjælperordninger.
- Vurdere fordele og ulemper ved de foreslåede modeller.
- Vurdere de økonomiske konsekvenser af de foreslåede modeller.

Efter gældende regler får borgerne efter servicelovens §§ 95 og 96 et kontant tilskud til selv at ansætte hjælpere eller borgeren kan vælge at overdrage arbejdsgiverforpligtelsen til en virksomhed, forening eller nærtstående person, som derefter i samarbejde med borgeren ansætter hjælpere. Der findes ikke en tilsvarende ret efter sundhedsloven til at vælge behandlere, herunder hjælpere som udfører respirationsbehandling. Respirationsbehandling er lægeforbeholdt virksomhed.

Reglerne medfører, at hvis der ikke på frivillig basis er enighed om arbejdsdeling og medfinansieringen mellem kommunen, der er ansvarlig for at yde hjælp efter serviceloven og for at finansiere denne hjælp og regionen, der er ansvarlig for respirationsbehandlingen og finansieringen af denne, vil konsekvensen kunne være, at hjælpen leveres af to hjælpere (hjælperhold), der er til stede i hjemmet samtidig, selv om én hjælper (ét hjælperhold) kunne varetage både respirationsbehandlingen og den hjælp efter serviceloven, som borgeren har behov for. Konsekvensen heraf er en ufleksibel og evt. uhensigtsmæssig ordning for borgerne, og kan ligeledes være uhensigtsmæssig og ineffektiv ud fra en samfundsøkonomisk betragtning.

Dertil kommer, at regioner og kommuner oplyser, at de bruger stadig flere administrative ressourcer på at forhandle om medfinansieringen af de relevante hjælperordninger. Kommunerne og regionerne oplyser, at der kan være uenighed om dels antallet af overlappende timer og dels udgiften pr. time, som er grundlaget for udgiftsfordelingen.

Det er disse to problemstillinger, der har haft arbejdsgruppens primære fokus. Arbejdsgruppen har desuden analyseret mulighederne for at løse problemstillinger vedr.:

1. Fordeling af udgifter ved forskelligt kompetenceniveau hos hhv. hjælpere til respirationsbehandling og hjælpere i BPA-ordninger
2. Fordeling af udgifter ved ventetid på uddannelse af hjælperhold
3. Fordeling af udgifter ved indlæggelse

Ved fælles hjælperordninger forstås i rapporten de situationer, hvor en borger har hjælp til respirationsbehandling jf. sundhedsloven og har hjælp efter serviceloven i hjemmet, f.eks. BPA. Arbejdsgruppen har i enighed besluttet, at analysen ikke alene skal omfatte BPA, men også en række øvrige former for hjælp til voksne efter serviceloven, idet ca. 60 procent af borgerne, som får respirationsbehandling i hjemmet, får hjælp efter andre bestemmelser i serviceloven end bestemmelserne om BPA.

Arbejdsgruppen har desuden i enighed besluttet at afgrænse analysen til at omfatte hjælperordninger til voksne, da de handicapkompenserende foranstaltninger til børn efter serviceloven, har et andet og bredere sigte end individuel kompensation, herunder at kompensere forældrene for merudgifter ved forførelsen af barnet i hjemmet og yde hjælp til dækning af tabt arbejdsfortjeneste. Herved bliver snitfladen til respirationsbehandling væsentligt anderledes for børneydelserne end for voksenydelse.

Det bemærkes, at Sundhedsstyrelsen i oktober 2012 har udgivet rapporten *Kronisk Respirationsinsufficiens som følge af neuromuskulære lidelser, thoraxdeformiteter mv. – tilrettelæggelse af behandling* (2012). Det forudsættes, at evt. administrative/organisatoriske løsninger, som er beskrevet i denne rapport implementeres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens specialeplan på området samt de faglige anbefalinger fra Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Behandling af kronisk respirationsinsufficiens. Rapport fra Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe, oktober 2012.

Arbejdsgruppens overvejelser om organisering af pleje- og overvågningsopgaven tager bl.a. udgangspunkt i, at der er tale om en afgrænset gruppe af borgere med helt specielle behov. Det kan i et vist omfang tale for, at der overvejes særlige organiseringsformer specifikt gældende for denne gruppe af borgere.

## 1.2 Sammenfatning og konklusion

De to primære problemstillinger, som arbejdsgruppen har behandlet, vedrører 1) muligheden for, at borgere kan vælge hjælpere og arbejdsgiver for hjælperne bl.a. med henblik på at undgå, at borgere skal have to hjælperhold i hjemmet samtidig, og 2) uenighed mellem regioner og kommuner om fordeling af udgifter til fælles hjælp.

Arbejdsgruppen har indledningsvist konstateret, at det ikke er muligt at overføre myndighedsansvaret for respirationsbehandling i hjemmet til kommunerne, dvs. ansvaret for udmåling af hjælp til respirationsbehandling, da respirationsbehandling er lægeforbeholdt virksomhed, som kun læger må udføre, men som de kan delegeres til andre at udføre jf. vejledning nr. 115 af 11/12/2009. Herudover er behandling af patienter med kronisk respirationsinsufficiens, herunder respirationsbehandlingen i hjemmet, af Sundhedsstyrelsen fastsat som en højt specialiseret funktion i sygehusvæsenet, som kun kan udføres af de enheder, som Sundhedsstyrelsen har godkendt jf. Sundhedslovens § 208.

Omvendt vurderer arbejdsgruppen, at myndighedsansvaret for hjælp efter serviceloven heller ikke hensigtsmæssigt kan flyttes til regionerne, da antallet af ordninger med både respirationshjælp og hjælp efter serviceloven er så lavt, at arbejdsgruppen vurderer, at volumen ikke vil være tilstrækkelig til, at regionerne kan etablere den nødvendige rutine og faglige ekspertise til at varetage myndighedsansvaret på dette område.

Arbejdsgruppen har derfor i stedet vurderet muligheden for at samle varetagelsen af den kommunale og den regionale forsyningsopgave efter serviceloven og sundhedsloven. Det vil sige ansvaret for at yde den nødvendige hjælp efter serviceloven evt. i form af tilskud til ansættelse af hjælpere og ansvaret for at ansætte hjælpere eller firmaer, der skal udføre respirationsbehandling.

Nedenfor beskrives derfor de løsningsmodeller, som har været drøftet i arbejdsgruppen. Uddybende beskrivelser af problemstillinger og løsningsmodeller fremgår af afsnit 5 og 6.

En forudsætning for alle modellerne er, at regioner og kommuner samarbejder om borgeren/patienten, således at patienten oplever en samlet tilgang.

Den model, der evt. skal implementeres i praksis, bør i fornødent omfang balancere hensyn til borgeren/respirationspatienten i forhold til dennes behov og rettigheder, og til en sikring af kvaliteten af den ydede hjælp og hensynet til muligheden for en omkostningseffektiv tilrettelæggelse af opgaven. Sidstnævnte hensyn skal særligt ses i forhold til, at der er tale om et økonomisk omkostningstungt område.

Der er samlet set tale om en målgruppe for respirationshjælp på ca. 500-600 borgere, hvoraf hovedparten også modtager hjælp efter serviceloven. De samlede regionale udgifter til respirationshjælp i hjemmet belø-

ber sig til 800 mio. kr. årligt (2011-pl). Dertil kommer udgifter efter serviceloven til borgere med respirationshjælp. Der er imidlertid ikke data, som giver mulighed for at skønne de samlede udgifter til hjælp efter serviceloven til disse borgere.

### 1.2.1 Organisatoriske modeller

Arbejdsgruppen har beskrevet tre organisatoriske modeller. For alle tre modeller gælder følgende:

#### **Myndighedsansvar og tilsyn**

- Respirationscentret fastsætter behovet for respirationsbehandling og ordinerer arten og omfanget af respirationsbehandlingen. Det betyder også, at respirationscenteret udmåler antal timer til respirationsbehandling i hjemmet. Regionen har dermed myndighedsansvaret og det faglige ansvar for respirationsbehandlingen. Respirationscentrenes læger er ansvarlige for at godkende, oplære og instruere de konkrete personer, som skal udføre den lægeforbeholdte virksomhed. Det er tillige lægens ansvar at sikre sig, at hjælperen, som skal udføre behandlingen, er i stand til at gøre det på en forsvarlig måde, og er i stand til at vurdere komplikationer, samt hvornår der er behov for at tilkalde anden hjælp. Lægen kan afvise at delegere ansvaret for respirationsbehandlingen til en hjælper f.eks. såfremt hjælperen findes uegnet eller ikke kvalificeret. Det indebærer bl.a., at hvis de hjælpere, som borgeren ansætter efter §§ 95 og 96 også skal udføre respirationshjælp, forudsætter det, at de er godkendt hertil af respirationscentrets læger. Respirationscentrene har desuden tilsynsforpligtelsen i forhold til den faglige kvalitet af respirationsbehandlingen i hjemmet.
- Kommunen udmåler hjælp efter serviceloven efter en individuel og konkret vurdering, dvs. kommunen har myndighedsansvaret i forhold til hjælp efter serviceloven.
- Kommunen har tilsynsforpligtelsen i forhold til, at borgeren får den hjælp, han/hun er visiteret til efter serviceloven.

Det er for alle tre modeller en væsentlig forudsætning, at de administrative/organisatoriske ændringer implementeres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens specialeplan på området samt de faglige anbefalinger fra Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe<sup>4</sup>.

## **Model A. Kommunemodellen**

### **1. Forsyningsopgaven**

---

<sup>4</sup> Behandling af kronisk respirationsinsufficiens. Rapport fra Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe, oktober 2012.



For så vidt angår borgere, der får hjælp efter servicelovens §§ 83 og 85, får kommunen efter model A ansvaret for at levere personaleressourcer både til respirationshjælp og hjælp efter servicelovens §§ 83 og 85. Ordination af respirationshjælp, herunder udmåling af timer til respirationshjælp sker fortsat på respirationscenteret.

For så vidt angår borgere, der får hjælp efter servicelovens §§ 95 og 96 får kommunen ansvaret for, at der udmåles tilskud til, at borgeren selv kan ansætte hjælpere, som også kan varetage respirationsbehandlingen. Hjælperne skal oplæres og godkendes af respirationscenteret. Det betyder, at i model A har kommunen forsyningsopgaven og kommunen får pligt til at levere respirationshjælp på samme måde, som hjælpen efter serviceloven leveres. Det vil sige, at hvis borgeren får hjælp efter §§ 83 eller 85, skal kommunen sørge for, at hjælperne (den kommunale leverandør eller firmaet) også kan varetage respirationsbehandlingen. Hvis borgeren får hjælp efter §§ 95 eller 96, skal kommunen også udmåle tilskud til hjælp til respirationsbehandling i henhold til respirationscenterets ordination. Det understreges, at det fortsat er respirationscenteret, der vurderer hjælpernes kvalifikationer i forhold til respirationsbehandlingen.

Hvis borgeren får hjælp efter §§ 95 eller 96 er det borgeren (eller det firma/forening, der varetager arbejdsgiveransvaret), der har ansvaret for at sikre, at der er hjælpere til rådighed, der kan leve op til de fastsatte kvalifikationer, herunder vikardækning ved sygdom osv. Dette dog under hensyn til, at der skal være det tilstrækkelige antal hjælpere, der er oplært og som kan godkendes af respirationscenteret. Hvis borgeren får hjælp efter §§ 83 eller 85 er det kommunen, der har ansvaret for at sikre, at der er hjælpere til rådighed, der kan leve op til de fastsatte kvalifikationer, herunder vikardækning ved sygdom osv. Dette dog igen under hensyn til, at der skal være det tilstrækkelige antal hjælpere, der er oplært og som kan godkendes af respirationscenteret.

## **2. Frit valg**

I henhold til reglerne efter serviceloven vil borgere, der modtager hjælp efter §§ 95 og 96 have mulighed for selv at være arbejdsgiver for hjælperne eller overdrage arbejdsgiveransvaret for hjælperne til et firma eller en forening.

Efter servicelovens § 91 skal Kommunalbestyrelsen skabe grundlag for, at modtagere af hjælp efter servicelovens § 83 om personlig og praktisk hjælp samt madservice kan vælge mellem flere leverandører. Kommunalbestyrelsen kan vælge, om pligten opfyldes ved at indgå kontrakt med 2 eller flere leverandører, der kan varetage hjælpen efter § 83 og respirationshjælpen eller ved at tilbyde den samlede hjælp efter reglerne om fritvalgsbevis, der giver modtageren af hjælp efter § 83 adgang til selv at indgå en aftale med en CVR-registreret virksomhed om hjælpens udførelse. Det vil dog forudsætte, at der er kvalificerede udbydere i denne ydelseskategori.

For borgere med hjælp efter § 85 er der ikke frit valg.

Hjælpere, som ansættes til respirationsbehandling, skal være godkendt af respirationscentret.

### 3. Myndighedsansvar

Kommunens ansvar for leveringen af den samlede hjælp/udmåling af tilskud, tager udgangspunkt i hhv. kommunens udmåling af hjælp efter serviceloven og respirationscentrets udmåling af hjælp til respirationsbehandling, dvs. visitationsansvaret (myndighedsansvaret) for respirationshjælp vil fortsat påhvile regionen.

### 4. Finansieringsansvar

Regionen medfinansierer de samlede udgifter, jf. at myndighedsansvar for respirationsbehandling, herunder vurdering af behov for respirationsbehandling, fortsat er regionens. Det er op til kommunen og region at fastsætte en fordeling til finansiering. Såfremt dette ikke kan lade sig gøre, skal der tages udgangspunkt i en centralt fastsat fordelingsnøgle, som fordeler den samlede udgift procentmæssigt<sup>5</sup>.

## Model B. Regionsmodellen

### 1. Forsyningsopgave

For så vidt angår borgere med hjælp efter servicelovens §§ 83 og 85 gælder, at regionen får ansvaret for enten selv at ansætte hjælpere eller at entrere med private firmaer, som både varetager respirationsbehandlingen og opgaver efter §§ 83 og 85.

For så vidt angår borgere, der har hjælp efter servicelovens §§ 95 og 96 gælder, at regionen har ansvaret for, at der udmåles tilskud til borgeren til ansættelse af hjælpere til såvel respirationsbehandling som opgaverne efter §§ 95 og 96.

I model B har regionen dermed forsyningsopgaven.

### 2. Frit valg

I henhold til reglerne efter serviceloven vil borgere, der modtager hjælp efter §§ 95 og 96, have mulighed for at selv at være arbejdsgiver for hjælperne både efter sundhedsloven og serviceloven eller overdrage arbejdsgiveransvaret for hjælperne både efter sundhedsloven og serviceloven til et firma eller en forening. Regionen har pligt til at udmåle det samlede tilskud, hvis borgeren af kommunen

---

<sup>5</sup> Den gældende vejledning foreslår, at kommuner og regioner deler udgiften til overlappende timer med 50-50 pct. Dette forslag indebærer, at det ikke alene er de overlappende timer, der deles, men i stedet de samlede timer og dermed den samlede udgift til borgerens hjælperordninger både i henhold til serviceloven og sundhedsloven.

er visiteret til hjælp efter §§ 95 eller 96 i serviceloven.

For borgere med hjælp efter § 83 vil regionen være forpligtet til at tilbyde mindst to forskellige leverandører, der kan varetage både hjælpen efter § 83 og respirationshjælpen.

For borgere med hjælp efter § 85 er der ikke frit valg.

Hjælpere, som ansættes til respirationsbehandling, skal være godkendt af respirationscentret.

### 3. Myndighedsansvar

Regionens ansvar for ansættelsen af den samlede hjælp tager udgangspunkt i hhv. kommunens udmåling af hjælp efter serviceloven og respirationscentrets udmåling af hjælp til respirationsbehandling, dvs. visitationsansvaret (myndighedsansvaret) i forhold til serviceloven påhviler fortsat kommunen.

### 4. Finansieringsansvar

Kommunen medfinansierer de samlede udgifter jf. at myndighedsansvaret for hjælp efter serviceloven, herunder udmåling af hjælpen fortsat er kommunens. Det er op til kommunen og region at fastsætte en fordeling til finansiering. Såfremt dette ikke kan lade sig gøre, skal der tages udgangspunkt i en centralt fastsat fordelingsnøgle, som enten fordeler den samlede udgift procentmæssigt<sup>6</sup>, eller via en finansieringsmodel, hvor kommunen betaler en fast pris pr. visiteret time efter serviceloven til regionen.

## Model C. Valgfrihed inden for regionen

Model C indebærer, at kommunerne og regionerne forpligtes til at udarbejde en samarbejdsmodel inden for regionen. Aftalen inden for en region skal i hovedtræk være ens for alle kommuner, idet der dog kan være nogle elementer i en aftale, som varierer efter lokale forhold.

### 1. Forsyningsopgave

Kommunen har forsyningsopgaven for hjælp efter serviceloven. Regionen har forsyningsopgaven for respirationsbehandling efter sundhedsloven.

Forsyningsopgaven i model C svarer således til gældende ret, som beskrevet i afsnit 2.

---

<sup>6</sup> Den gældende vejledning foreslår, at kommuner og regioner deler udgiften til overlappende timer med 50-50 pct. Det nye forslag indebærer, at det ikke alene er de overlappende timer, der deles, men i stedet de samlede timer og dermed den samlede udgift til borgeren.

## 2. Frit valg

Borgeren har ikke en lovfæstet ret til at få respirationshjælpen leveret på samme måde, som hjælpen efter serviceloven leveres. Det svarer til gældende ret, jf. beskrivelsen i afsnit 2.

I model C skal kommuner og regioner aftale en model, der understøtter, at borgere med et frit valg efter serviceloven har samme mulighed for at vælge hjælpere til respirationsbehandling, som borgeren har i forbindelse med den hjælp, borgeren modtager efter servicelovens §§ 83, 95 eller 96, og at borgeren ikke får to hjælperhold i hjemmet samtidig.

Hjælpere, som ansættes til respirationsbehandling, skal være godkendt af respirationscentret.

## 3. Myndighedsansvar

Regionen har myndighedsansvaret for respirationsbehandling i hjemmet, idet respirationscentret fastsætter behovet for respirationsbehandling og ordinerer arten og omfanget af respirationsbehandlingen. Kommunen har myndighedsansvaret for hjælp efter serviceloven, idet kommunen udmåler hjælp efter servicelovens §§ 83, 85, 95 og 96 efter en individuel og konkret vurdering. Myndighedsansvaret i model C er således uændret i forhold til gældende ret, som er beskrevet i afsnit 2.

## 4. Finansieringsansvar

Samarbejdsaftalen, som alle kommunerne inden for en region indgår med regionen, skal indeholde et generelt princip for udgiftsfordeling mellem region og kommune, således at der ikke aftales konkret fra sag til sag, men i stedet anvendes en generel aftale for fordeling af udgifter.

Såfremt dette ikke kan lade sig gøre, skal der tages udgangspunkt i en centralt fastsat fordelingsnøgle, som enten fordeler den samlede udgift procentmæssigt<sup>7</sup>, eller via en finansieringsmodel, hvor kommunen betaler en fast timepris pr. visiteret time efter serviceloven til regionen eller regionen betaler en fast timepris pr. ordineret respirationstime til kommunen, jf. afsnit 5.2.

### 1.2.2 Fordele og ulemper ved de tre organisatoriske modeller

I det følgende opridses de væsentligste fordele og ulemper ved modellerne. Fordele og ulemper er beskrevet nærmere i afsnit 6.

Model A og B er kendetegnet ved, at forsyningsopgaven for enten respirationshjælpen eller hjælpen efter serviceloven flyttes fra en myndighed til en anden. Både model A og B kræver dermed lovændringer og indebærer store ændringer på området og nye opgaver for enten kommuner (model A) eller regioner (model

---

<sup>7</sup> Den gældende vejledning foreslår, at kommuner og regioner deler udgiften til overlappende timer med 50-50 pct. Det nye forslag indebærer, at det ikke alene er de overlappende timer, der deles, men i stedet de samlede timer og dermed den samlede udgift til borgeren.

B). Model C vil ligeledes kræve lovændring med henblik på at pålægge regioner og kommuner at indgå aftaler for de fælles ordninger.

Model A og B kan ifølge Danske Regioner medføre merudgifter, idet regionerne i dag har mulighed for at udbyde opgaven og dermed opnå stordriftsfordele. Disse stordriftsfordele kan ifølge Danske Regioner ikke på samme måde realiseres, når borgeren har frit valg og dermed mulighed for at få et kontant tilskud og selv vælge hjælpere. Det bemærkes dog, at der i dag kun er en enkelt region, som har valgt at udbyde opgaven med varetagelse af respirationshjælp til borgere med BPA. Det bemærkes desuden, at regionerne efter gældende regler, skal respektere borgernes valgmuligheder efter serviceloven, når der skal iværksættes fælles ordninger, og at borgere med ret til BPA derfor har mulighed for at vælge hjælpere til hjælp efter serviceloven, som ikke er ansat i de bureauer, der er indgået aftale med i medfør af et udbud.

Model C er kendetegnet ved, at regioner og kommuner, der har velfungerende løsninger i forhold til fælles hjælperordninger, kan bibeholde deres samarbejde. Yderligere får kommuner og regioner, der har vanskeligheder ved at nå til enighed, retningslinjer der kan sikre en hensigtsmæssig opgavevaretagelse på tværs af sektorerne. Dermed kan der udarbejdes modeller, der tager højde for relevante lokale forhold. Den primære ulempe ved model C er, at borgeren fortsat ikke har en lovfæstet ret til at vælge respirationshjælper på samme måde, som de i dag kan vælge hjælpere efter serviceloven. Kommuner og regioner skal dog i model C indgå aftale, som understøtter, at borgere med et frit valg efter serviceloven har samme mulighed for at vælge hjælpere til respirationsbehandling, som borgeren har i forbindelse med den hjælp, borgeren modtager efter serviceloven.

### 1.2.3 Supplerende løsningsforslag

Arbejdsgruppen har desuden analyseret tre yderligere problemstillinger.

1. Fordeling af udgifter ved forskelligt kompetenceniveau hos hhv. hjælpere til respirationsbehandling og hjælpere i BPA-ordninger
2. Fordeling af udgifter ved ventetid på uddannelse af hjælperhold
3. Fordeling af udgifter ved indlæggelse

Arbejdsgruppen har opstillet følgende løsningsmuligheder, som er nærmere beskrevet i afsnit 5.3.:

Ad 1. Aflønning på baggrund af højeste kompetencekrav

Ad 2. Fast finansieringsfordeling ved ventetid på uddannelse af hjælperhold

Ad 3. Fast finansieringsfordeling ved indlæggelse

De tre løsningsmuligheder kan supplere alle tre ovenstående modeller.

Den 24. oktober 2013

### **Kriterier for KRIS anbefaling af lægemidler til standardbehandling**

Koordineringsrådet for ibrugtagning af sygehusmedicin (KRIS) blev nedsat af Danske Regioners bestyrelse i 2012 for at sikre, at ny og effektiv medicin tages hurtigt og ensartet i brug på de behandlende sygehusafdelinger.

På baggrund af ansøgninger fra regionerne, de lægevidenskabelige selskabelige og de Danske Multidisciplinære Cancergrupper (DMCG'er) vurderer KRIS, hvorvidt ny medicin skal anbefales som national standardbehandling. Med standardbehandling menes, at lægemidlet indføres som et alment anvendt behandlingstilbud til en patientgruppe, og at lægemidlet er umiddelbart tilgængeligt på de behandlende sygehusafdelinger.

Der bør således ikke søges om standardbehandling for lægemidler som kun anvendes i særlige tilfælde eller til enkelte patienter/små grupper af patienter.

En anbefaling af KRIS er således ikke en gentagelse af det Europæiske Lægemiddelagenturs (EMA's) vurdering af, hvorvidt et lægemiddel kan markedsføres i Europa.

KRIS inddrager ikke de økonomiske konsekvenser i sin vurdering. KRIS' vurdering er udelukkende fagligt funderet.

Der kan ansøges om national ibrugtagning, når lægemidlet er optaget i lægemiddeltaksten. Fra der er ansøgt om national ibrugtagning, til KRIS har besluttet, hvorvidt lægemidlet skal anbefales som standardbehandling, går der ca. én måned. Af den grund er Danmark også et af de lande, som er hurtigst til at ibrugtage nye lægemidler.

I sin vurdering af, hvorvidt et lægemiddel skal anbefales som standardbehandling, lægger KRIS særligt vægt på følgende kriterier:

1. Stemmer ansøgningen om standardbehandling overens med den/de indikation(er), som lægemidlet er godkendt til af EMA
2. Stemmer ansøgningen om standardbehandling overens med målgruppen af patienter i de foreliggende studier
3. Er der en reel effekt af lægemidlet, f.eks. forlænget tid til progression eller levetidsforlængelse
4. Hvad er forholdet mellem effekt og alvorlige bivirkninger
5. Hvilke andre behandlingstilbud er der til samme sygdom

6. Afspejler data, der ligger til grund for EMA's vurdering, behandlingsalgoritmen i Danmark

Der kan forekomme situationer, hvor KRIS vil lægge vægt på andre end de ovenfor anførte kriterier.

KRIS kan beslutte at godkende lægemidlet som standardbehandling eller godkende det med en forudsætning for behandlingen. Endelig kan KRIS give afslag på anvendelsen af lægemidlet som standardbehandling.

Giver KRIS et afslag af lægemidlet som standardbehandling, kan det fortsat benyttes af den enkelte patient, såfremt patientens læge vurderer, at der foreligger en særlig sundhedsfaglig grund.

Der kan genansøges om national ibrugtagning af et lægemiddel, såfremt der foreligger nye videnskabeligt valide data.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Holbergsgade 6  
1057 København K

Att.: Irene Holm

DANSKE  
REGIONER



**Svar på høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (ophævelse af den offentlige rejsesygesikring)**

03-12-2013

Sag nr. 13/2366

Regionerne har modtaget Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses anmodning om bemærkninger til udkast til "Forslag til lov om ændring af sundhedsloven (ophævelse af den offentlige rejsesygesikring)".

Danske Regioner skal bemærke, at processen omkring ophævelsen af rejsesygesikringen forekommer uklar. For eksempel er der ikke nogen fastsat tidsbegrænsning i § 2 stk. 3, for hvor længe der kan søges om offentlig dækning under den offentlige rejsesygesikring. Dette har en betydning for, hvor længe SOS International A/S og Danske Regioner (ved bl.a. Samarbejdsudvalget vedrørende rejsesygesikringen) skal fortsætte et kontraktligt samarbejde.

Danske Regioner ser derfor frem til en dialog omkring de praktiske aspekter i forhold til håndtering af ophævelsen. Herunder hvordan borgerne kan informeres på en ordentlig måde.

I forhold til vurdering af de økonomiske konsekvenser af lovforslaget ønsker regionerne at tage forbehold i forhold til, hvad ophævelsen reelt kommer til at betyde for regionerne, og imødeser ligeledes en dialog med ministeriet herom.

Af hensyn til implementering af den nye retstilstand for borgerne anbefaler regionerne, at ophævelsen af rejsesygesikringen kommer til at ske på et andet tidspunkt end i ferietiden. Et forslag kunne være den 1. september 2014, hvor der hverken er sommerferie eller skisæson - og dermed potentielt færre borgere, der kommer til skade i udlandet.

Med venlig hilsen

Bent Hansen

Janet Samuel

Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00  
F 35 29 83 00  
E [regioner@regioner.dk](mailto:regioner@regioner.dk)



## UDKAST

### Forslag til lov om ændring af sundhedsloven

(Ophævelse af den offentlige rejsesygesikring)

#### § 1

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, som senest ændret ved lov nr. 904 af 4. juli 2013, foretages følgende ændringer:

1. Kap. 50 ophæves.

2. Overskriften efter § 259 udgår, og § 260 ophæves.

#### § 2

*Stk. 1.* Loven træder i kraft den 1. august 2014, jf. dog stk. 2 og stk. 3.

*Stk. 2.* Kapitel 50 og bekendtgørelse nr. 896 af 10. juli 2007 om den offentlige rejsesygesikring, som ændret ved bekendtgørelse nr. 749 af 24. juni 2013, forbliver i kraft for omfattede rejser, der afsluttes senest den 31. juli 2014.

*Stk. 3.* § 260 forbliver i kraft for krav på offentlig dækning, som er omfattet af den offentlige rejsesygesikring.

#### § 3

*Stk. 1.* Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.

### Bemærkninger til lovforslaget

#### Indholdsfortegnelse

1. Indledning
2. Lovforslagets hovedpunkter
  - 2.1. Gældende ret
    - 2.1.1. Den offentlige rejsesygesikring
    - 2.1.2. Andre sikringsordninger
      - 2.1.2.1. EU-regler om koordinering af sociale sikringsordninger
      - 2.1.2.2. Tilskud til varer og tjenesteydelser, der købes i et andet EU/EØS-land og Schweiz (EU-rettens indre markedsregler)
      - 2.1.2.3. Nordisk Konvention om Social Sikring
      - 2.1.2.4. Lovgivningen på Færøerne og i Grønland
    - 2.1.3. Finansiering og sammenhæng mellem ordningerne
  - 2.2. Overvejelser og forslag
  - 2.3. Informationskampagne
3. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige
  - 3.1. Økonomiske konsekvenser for det offentlige
  - 3.2. Administrative konsekvenser for det offentlige

4. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.
5. Økonomiske og administrative konsekvenser for borgerne
6. Miljømæssige konsekvenser
7. Forholdet til EU-retten
8. Hørte myndigheder og organisationer
9. Sammenfattende skema

## **1. Indledning**

Med lovforslaget ophæves den offentlige rejsesygesikring, der dækker visse udgifter til sygehjælp til personer under midlertidigt ophold i EU/EØS-lande, Schweiz, enkelte småstater og Færøerne og Grønland. Lovforslaget udmønter dele af finanslovsaftalen 2014 indgået mellem regeringen, Venstre og Det Konservative Folkeparti.

Forslaget indebærer, at offentlig dækning af dansk sygesikrede personers udgifter til sygehjælp under ferie- eller studieophold i et andet EU-/EØS-land fremover primært sker efter EU-rettens regler om koordinering af sociale sikringsordninger (det blå EU-sygesikringskort). Derudover gælder også en række andre regler, der kan sikre offentlig dækning for dansk sikredes udgifter til sygehjælp i udlandet.

Regeringen finder, at de EU/EØS-retlige regler om koordinering af de sociale sikringsordninger på tværs af landegrænser i EU/EØS-lande giver en rimelig og tilstrækkelig sygesikring til personer, der gennemfører ferie- eller studierejser inden for EU/EØS. Udover den fælleseuropæiske dækning har borgerne mulighed for at tegne en privat rejseforsikring, på samme måde som borgerne allerede gør ved rejser til lande uden for EU/EØS.

Den offentlige dækning vil med forslaget svare til den, som sikrede i andre EU/EØS-lande har fx Sverige og England.

## **2. Lovforslagets hovedpunkter**

### **2.1. Gældende ret**

#### **2.1.1. Den offentlige rejsesygesikring (Det gule sundhedskort)**

Sundhedslovens kapitel 50 om den offentlige rejsesygesikring fastsætter rammen for den offentlige rejsesygesikring. Det fremgår af § 167, stk. 1, at regionsrådet kan yde tilskud til sygehjælp m.v. til personer under midlertidigt ophold i udlandet, på Færøerne og i Grønland efter nærmere regler, der fastsættes af ministeren for sundhed og forebyggelse. Bemyndigelsen er udnyttet ved bekendtgørelse nr. 896 af 10. juli 2007 om den offentlige rejsesygesikring, som senere ændret ved bekendtgørelse nr. 749 af 24. juni 2013 om ændring af bekendtgørelse om den offentlige rejsesygesikring.

Det fremgår af bekendtgørelsen, at den offentlige rejsesygesikring omfatter dækning af udgifter i forbindelse med akut opstået sygdom, ulykkestilfælde eller dødsfald, der indtræder under den første måned af dansk sikredes ferie- eller studierejse i andre EU/EØS-lande, i Schweiz og enkelte småstater samt på Færøerne og Grønland.

Ordningen omfatter alle udgifter til læge- og hospitalsbehandling og udgifter til

lægeordineret medicin.

Adgangen til dækning er ikke betinget af, at behandlingen udføres på en offentlig klinik. Udgifter til behandling på privathospitaler dækkes dog normalt alene svarende til almindelig sygehusklasse (dvs. 2-sengs stue) i det pågældende land.

Den offentlige rejsesygesikring dækker endvidere hjemtransport af dansk sikrede, der er afgået ved døden i et andet EU/EØS-land, Schweiz og enkelte småstater samt Færøerne og Grønland under den første måned af ferie- eller studierejsen. Den offentlige rejsesygesikring dækker imidlertid ikke udgifter til lægeordineret hjemtransport, bortset fra hjemtransport fra Færøerne og Grønland.

Regionsrådene er ansvarlige for og afholder udgifterne til ordningen.

Ordningen administreres for regionsrådene af SOS International, der også driver en døgnbemandet alarmcentral, hvortil borgerne kan rette telefonisk henvendelse for assistance, typisk i forbindelse med alvorlig sygdom med hospitalsindlæggelse i udlandet. Vilklårene for administrationsaftalen er fastlagt ved en privatretlig kontrakt mellem parterne, som kan opsiges med 6 måneders varsel.

Sundhedslovens § 167, stk. 2, bemyndiger ministeren til at fastsætte regler om, hvorvidt dækning efter andre sikringsordninger i henhold til overenskomst med anden stat eller til EF-retten træder i stedet for dækning efter den offentlige rejsesygesikring. Bemyndigelsen er udnyttet ved bekendtgørelse nr. 896 af 10. juli 2007 om den offentlige rejsesygesikring.

### **2.1.2. Andre sikringsordninger**

Den offentlige rejsesygesikring (det gule sundhedskort) er ikke den eneste ordning, som sikrer patienter dækning for udgifter til sygehjælp i et andet EU/EØS-land.

Den offentlige rejsesygesikring suppleres efter gældende ret af en række andre regelsæt, der ligeledes kan sikre offentlig dækning for dansk sygesikredes udgifter til sygehjælp ved ferierejse, studierejse eller andet midlertidigt ophold i et andet EU/EØS-land, Schweiz, Færøerne og Grønland:

- EU-regler om koordinering af sociale sikringsordninger (det blå EU-sygesikringskort),
- EU-rettens indre markeds-regler om varers og tjenesteydelsers fri bevægelighed, herunder reglerne i patientmobilitetsdirektivet, der trådte i kraft den 25. oktober 2013 og er under implementering i dansk ret ved lovforslag L 33, jf. afsnit 2.1.2.2,
- Nordisk Konvention om Social Sikring og
- Lovgivningen på Færøerne og i Grønland

Hertil kommer muligheden for dækning ved tegning af en privat rejseforsikring. Privat rejseforsikring er i øvrigt den eneste dækningsmulighed ved rejser, der ikke er omfattet af de nævnte regelsæt, fx rejser uden for EU/EØS.

#### **2.1.2.1. EU-regler om koordinering af sociale sikringsordninger (Det blå EU-sygesikringskort)**

I Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 883/2004 af 29. april 2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger er der til støtte for den fri bevægelighed mellem EU/EØS-lande fastsat regler om koordinering af EU/EØS-landenes offentlige sundhedsordninger i situationer, hvor personer tilknyttet et EU/EØS-lands sikringsordning, rejser mellem EU/EØS-lande. Vejledning af 14. juni 2010 om koordinering af sundhedsydelse og visse sociale ydelser for borgere, der rejser mellem EU-landene (Del III) uddyber reglerne.

Retten til sygehjælp efter forordningens koordineringsregler dokumenteres ved et blå EU-sygesikringskort. I 2012 havde 34 % af den danske befolkning et blå EU-sygesikringskort.

Personer, der i henhold til disse regler er dansk sikrede, har under midlertidigt ophold i et andet EU/EØS-land eller Schweiz ret til den sygehjælp, som bliver medicinsk nødvendig under opholdet, idet der tages hensyn til opholdets længde og sygehjælpens karakter, dvs. behovsbestemt sygehjælp.

Ved "midlertidigt ophold" i relation til forordningen forstås efter fast dansk praksis ophold af indtil 1 års varighed, f.eks. ferie, studierejse, studieophold eller erhvervsrejser.

Sygehjælp gives på samme vilkår som til borgere, der er offentligt (lovpligtigt) sygeforsikret i opholdslandet. Det betyder, at man skal betale (en del af) udgifterne til behandlingen selv, hvis borgerne i opholdslandet i en tilsvarende situation skulle betale. Sygehjælp på private hospitaler er alene dækket, i det omfang et privathospital er omfattet af en aftale med den offentlige sygeforsikring i opholdslandet.

Efter EU-reglerne skelnes der ikke mellem bestående lidelser og akut opstået sygdom. Kroniske sygdomme samt fødsel og behandling af gravide, som det efter en medicinsk vurdering er nødvendigt at gennemføre under ophold i et andet EU-/EØS-land eller Schweiz, dækkes af det blå EU-sygesikringskort.

Retten til behovsbestemt sygehjælp indebærer imidlertid ikke, at man kan udskyde en nødvendig behandling og tage til udlandet med det formål at få behandling. Behovet for behandlingen skal opstå under det midlertidige ophold.

Udgifter til sygehjælp i udlandet efter EU-rettens koordineringsregler afholdes af staten. I praksis sendes regningerne mellem landene via medlemslandenes centrale forbindelsesorganer. Det danske forbindelsesorgan er Patientombuddet, som således afregner udgifter til behandling af dansk sikrede udført i andre EU/EØS-lande eller Schweiz.

EU-rettens koordineringsregler omfatter ikke grænseoverskridende hjemtransport ved sygdom eller ulykkestilfælde, bortset fra særlige regler om arbejdsskader. Forordningen dækker således heller ikke hjemtransport i tilfælde af død.

Tredjelandsborgere, der er sikret i Danmark, er i mange tilfælde ikke omfattet af EU-rettens koordineringsregler, bortset fra ved rejser i andre nordiske lande, jf. Nordisk Konvention om Social Sikring.

Som eksempel på brug af det blå EU-sygesikringskort kan nævnes følgende:

Hr. Olsen får blindtarmsbetændelse og får behov for sygehjælp under ferie i Spanien. Hr. Olsen har adgang til sundhedspersoner i Spanien, der er omfattet af en aftale med den spanske offentlige sygesikring, samt til offentlige hospitaler. Udgifterne til sygehjælpen i Spanien afregnes direkte mellem de spanske og danske myndigheder, når patienten med det blå EU-sygesikringskort kan dokumentere at være dansk sikret. Hr. Olsen skal alene betale en eventuel egenbetaling for behandlingen og ved fx køb af medicin på samme vilkår som spanske offentligt sygesikrede.

Har hr. Olsen ikke vist kortet til hospitalet og er han derfor afkrævet fuld betaling, kan hr. Olsen efterfølgende rette henvendelse til sin danske hjemkommune og anmode om hjælp til at indhente refusionsvarende til den offentlige dækning i Spanien.

#### **2.1.2.2. Tilskud til varer og tjenesteydelser, der købes i et andet EU-/EØS-land (EU-rettens indre marked regler)**

EU-traktatens artikel 56 fastsætter regler om varer og tjenesteydelsers fri bevægelighed, som EU-domstolen ved flere lejligheder har fortolket. Der er fastsat nærmere regler i bekendtgørelse nr. 1098 af 19. november 2008 om adgang til tilskud efter sundhedsloven til varer og tjenesteydelser, der er købt eller leveret i et andet EU/EØS-land (ydelsesbekendtgørelsen).

Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2011/24/EU af 9. marts 2011 om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser (patientmobilitetsdirektivet) udfolder traktatens principper og domstolens praksis og skaber en fælles ramme om patienters adgang til behandling i andre EU/EØS-lande. Direktivet trådte i kraft den 25. oktober 2013.

Som led i implementeringen har ministeren for sundhed og forebyggelse den 3. oktober 2013 fremsat L33 – forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet med henblik på implementering af de dele af direktivet, der ikke allerede i dag er en del af dansk ret. Forslaget er fortsat under behandling i Folketinget, men forventes at kunne træde i kraft pr. 1. januar 2014, såfremt det vedtages.

I medfør af implementeringen forventes det, at omfanget af sundhedsydelser i et andet EU/EØS-land, der kan opnås tilskud til, udvides. Således vil dansk sikrede have adgang til refusion for udgifter til et bredt spektrum af sundhedslovens ydelser, der er modtaget i et andet EU/EØS-land. Herunder også adgang til hel eller delvis refusion for udgifter til lægemidler.

Der er også adgang til refusion af udgifter til sygehusbehandling, der søges i et andet EU/EØS-land. I nogle tilfælde betinges refusionsadgangen af en forhåndsgodkendelse fra regionens side, hvilket dog ikke omfatter akut sygehusbehandling.

Dansk sikrede skal efter disse regler selv betale for ydelsen og kan derefter søge refusion hos enten regionsrådet eller kommunalbestyrelsen. Der kan kun refunderes udgifter til samme eller lignende behandling/ydelse, som patienten ville være blevet tilbudt i Danmark. Refusionen udgør det beløb, der svarer til, hvad

samme eller lignende behandling koster i det offentlige sundhedsvæsen her i landet.

Reglerne om tilskud til varer og tjenesteydelser, herunder regler med afsæt i patientmobilitetsdirektivet, anvendes i praksis primært i de tilfælde, hvor dansk sikrede tager til et andet EU-land med det direkte formål at søge en sundhedsydelse i landet og altså ikke i den situation, hvor man under en ferierejse får behov for sygehjælp.

#### **2.1.2.3. Nordisk Konvention om Social Sikring**

Den 18. august 2003 blev en nordisk konvention om social sikring undertegnet, jf. bekendtgørelse nr. 40 af 10. december 2004 om Nordisk konvention af 18. august 2003 med Finland, Island, Norge og Sverige om social sikring.

Konventionen indebærer bl.a., at de EU-retlige koordineringsregler udvides til også at gælde for tredjelandsborgere, der rejser mellem de nordiske lande. En tyrkisk borger, der er sygesikret i Danmark, har derfor også ret til medicinsk nødvendig behandling under ophold i fx Norge.

Endvidere sikrer konventionen alle dansk sikrede patienter dækning for merudgifter ved lægeordineret hjemtransport fra et andet nordisk land i tilfælde af sygdom under ophold i et andet nordisk land.

Der er mellem de nordiske lande en aftale om ikke at gennemføre mellemstatslig afregning af udgifter til sygehjælp. Det er således behandlingslandet, der afholder udgifter til sygehjælp og hjemtransport.

#### **2.1.2.4. Lovgivningen på Færøerne og i Grønland**

Ved ophold på Færøerne eller i Grønland er personer med bopæl i Danmark sikret adgang til akut sygehjælp efter færøsk eller grønlandsk lovgivning. For Færøerne henvises til lov nr. 316 af 17. maj 1995 om sundhedsvæsenet på Færøerne. På Grønland gælder hjemmestyrets landstingsforordning nr. 15 af 6. november 1997 om sundhedsvæsenets ydelser og den tilhørende grønlandske bekendtgørelse nr. 17 af 13. september 2006 om sundhedsvæsenets ydelser til personer med bopæl på Færøerne eller i Danmark under midlertidigt ophold i Grønland.

#### **2.1.3. Finansiering og sammenhæng mellem ordningerne**

Regionsrådene afholder udgifterne til den offentlige rejsesygesikring, herunder udgiften til, at SOS International administrerer ordningen. Den offentlige rejsesygesikring behandlede i 2012 i alt ca. 51.000 anmeldte skader (inkl. medicinsk forhåndstilsagn). Der er overvejende tale om behandling uden sygehusindlæggelse.

Staten afholder udgifterne til sygehjælp i udlandet efter EU-rettens koordineringsregler (det blå EU sygesikringskort).

Udgifter til tilskud til varer og tjenesteydelser, der købes i et andet EU-/EØS-land, afholdes af regionsrådene eller kommunalbestyrelserne.

Udgifterne til sygehjælp m.v. efter Nordisk Konvention om Social Sikring samt efter færøsk og grønlandsk lovgivning afholdes af behandlingslandet.

Dansk sikrede, der har ret til refusion efter den offentlige rejsesygesikring, EU-rettens koordineringsregler eller reglerne om tilskud til vare og tjenesteydelser, der købes i et andet EU/EØS-land, kan selv vælge, hvilken ordning borgerne ønsker at anvende.

Typisk søges dækning for læge- og hospitalsudgifter og medicin til akutbehandling under den offentlige rejsesygesikring, der som hovedregel yder bedre dækning end dækningen ved det blå EU-sygesikringskort, idet den offentlige rejsesygesikring som nævnt dækker alle private behandlingssteder og den fulde behandlingsudgift.

EU-rettens koordineringsregler (det blå EU-sygesikringskort) dækker ikke kun akut opstået sygdom, men det lidt bredere begreb "medicinsk nødvendig behandling". Til gengæld risikerer den danske sikrede så en egenbetaling, hvis dette er et vilkår i behandlingslandet.

Som nævnt ovenfor anvendes reglerne om tilskud til varer og tjenesteydelser, primært i de tilfælde, hvor dansk sikrede tager til et andet EU-land med det direkte formål at søge en sundhedsydelse i landet. Den sikrede skal også selv betale for behandlingen i udlandet og kan efterfølgende søge refusion hos enten regionsrådet eller kommunalbestyrelsen.

## **2.2. Overvejelser og forslag**

Som det fremgår af pkt. 2.1.2, har danske turister, som rejser inden for EU/EØS-landene m.v., mulighed for at få dækket udgifter til sygehjælp under det midlertidige ophold gennem flere offentlige ordninger.

Den offentlige rejsesygesikringsordning (det gule sundhedskort) er særlig for Danmark, og der findes således ikke tilsvarende ordninger i andre sammenlignelige lande som fx Sverige og England.

Det er regeringens holdning, at det blå EU-kort m.v. sikrer borgerne en rimelig offentlig dækning.

På den baggrund foreslår regeringen at ophæve den offentlige rejsesygesikring.

Lovforslaget foreslås at træde i kraft pr. 1. august 2014. Hermed får borgerne mulighed for at indrette sig på ophævelsen, og regionerne kan inden den 1. februar 2014 opsige administrationsaftalen med SOS International pr. 1. august 2014 med 6 måneders varsel.

Uden den offentlige rejsesygesikring vil dansk sikrede fortsat kunne få offentlig dækning af udgifter til "behovsbestemt sygehjælp" i et andet EU/EØS-land og Schweiz efter EU-rettens koordineringsregler (det blå EU-kort). Det blå kort dækker bredere end adgangen til akut sygehjælp efter den offentlige rejsesygesikring. Endvidere omfatter EU-koordineringsreglerne også ferie- og studierejser af længere varighed end én måned. Hertil kommer offentlig dækning af udgifter til akut sygehjælp under ophold på Færøerne og Grønland på samme vilkår som færøsk hhv. grønlandsk sikrede.

For de dansk sikrede vil afskaffelsen af den offentlige rejsesygesikring i nogle tilfælde kunne indebære en egenbetaling, hvis det er et vilkår for offentlig sikring i behandlingslandet. Endvidere afskæres dansk sikrede for dækning af udgifter til behandling på private klinikker, der ikke har en aftale med den offentlige sygesikringsordning i behandlingslandet.

I de tilfælde, hvor det blå EU-sygesikringskort ikke kan anvendes, kan dansk sikrede under visse betingelser efter reglerne om tilskud til varer og tjenesteydelser selv betale udgifterne til behandling i udlandet og efterfølgende søge udgifterne refunderet svarende til det danske tilskud. Er behandlingen dyrere i udlandet end herhjemme, vil patienten således fortsat have en egenbetaling.

Med ophævelsen af den offentlige rejsesygesikring bortfalder dækningen af udgifter til hjemtransport af dansk sikrede, der er afgået ved døden i et andet EU/EØS-land, Schweiz og enkelte småstater samt Færøerne og Grønland, samt lægeordineret hjemtransport fra Færøerne og Grønland af syge eller tilskadekomne dansk sikrede.

Det forventes, at sygehjælp i stigende grad vil blive ydet på baggrund af de EU-retlige koordineringsregler (det blå EU-sygesikringskort), hvilket betyder, at disse udgifter flyttes fra regionsrådene til staten.

Pr. 1. januar 2008 blev den offentlige rejsesygesikring ændret, således at det geografiske dækningsområde blev mindre og ordningen ikke længere omfattede lægeligt ordineret hjemtransport. Som følge heraf er dansk sikrede allerede nu opmærksomme på, at der kan være behov for at tegne en privat rejseforsikring. Det samme gælder i øvrigt også allerede i dag ved ferie- eller studierejser uden for EU/EØS-lande m.v. samt for længere rejser og rejser med andre formål.

Også uden den offentlige sygesikring vil dansk sikrede, der rejser inden for EU/EØS-landene, Schweiz, Færøerne og Grønland være markant bedre dækket end dansk sikrede, der rejser uden for disse lande. For at sikre sig yderligere kan der som tidligere nævnt tegnes en privat rejseforsikring.

Det kan særligt være relevant for de borgere, der ikke er dækket af EU-rettens koordineringsregler, typisk tredjelands borgere eller hvis man ønsker en bedre og bredere dækning fx for egenbetaling, behandling på private klinikker og hjemtransport i tilfælde af sygdom eller dødsfald.

Borgerne vil med ophævelsen ikke længere have mulighed for at kontakte en offentligt finansieret døgnbemandet alarmcentral for assistance vedr. rejsesygesikring.

### **2.3. Informationskampagne**

Der planlægges en omfattende offentlig informationskampagne for at sikre borgerne grundig information om ophævelsen af den offentlige rejsesygesikring og konsekvenserne heraf, herunder hvilke andre dækningsordninger, der findes, og hvorledes borgerne kan forberede sig inden afrejse, fx at dansk sikrede bør anskaffe sig det blå EU-sygesikringskort.

Ligeledes kan der informeres om, at der kan tegnes en privat rejseforsikring, hvis



man vil sikre sig bredere dækning.

Ved ændringen af den offentlige rejsesygesikring pr. 1. januar 2008, hvor det geografiske dækningsområde blev indskrænket, og dækningen af udgifter til hjemtransport blev indskrænket betragteligt, blev borgerne gennem omfattende informationskampagner, dels initieret af Danske Regioner og det daværende Indenrigs- og Sundhedsministeriet informeret om ændringerne. På baggrund af informationskampagnen blev borgerne veloplyst og har i dag tilpasset sig.

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

#### **3.1. Økonomiske konsekvenser for det offentlige**

Ved en ophævelse af rejsesygesikringen bortfalder regionsrådenes udgifter hertil, der for 2012 er ca. 152 mio.kr.

Størrelsen af den offentlige besparelse ved ophævelsen af den offentlige rejsesygesikring afhænger imidlertid af en række ukendte faktorer vedr. bl.a. markedets forsikringsprodukter, herunder pris, dækning samt betingelser vedr. fx dækning som supplement til EU's blå sygesikringskort m.v.

Besparselsen for det offentlige ved ophævelse af ordningen vurderes således at ligge i et spænd fra et konservativt skøn, hvor al sygehjælp ved ferie- og studierejse i stedet dækkes efter det blå EU-sygesikringskort, til et øvre skøn, hvor anslået 60 pct. af sygehjælpen i stedet dækkes af en privat rejseforsikring.

På den baggrund vurderes det, at ophævelsen af den offentlige rejsesygesikring vil give offentlige mindredgifter i størrelsesordenen 80 mio. kr. årligt fra og med 2015.

I 2014 forventes ophævelsen af den offentlige rejsesygesikring at føre til offentlige merudgifter på ca. 12,5 mio. kr. Det skyldes engangsudgifter til udstedelse af nye sundhedskort til alle borgere, da oplysninger om den offentlige rejsesygesikring findes på bagsiden af det nuværende gule sundhedskort. Derudover skal der iværksættes en informationskampagne til borgerne.

#### **3.2. Administrative konsekvenser for det offentlige**

Vurderingen af de administrative konsekvenser afhænger af flere elementer:

Der er mulighed for at bestille det blå EU-sygesikringskort ved selvbetjening over nettet på borger.dk. Der må imidlertid fortsat påregnes et vist merarbejde for kommunalbestyrelserne i forbindelse med udstedelse af blå EU-sygesikringskort til det stigende antal borgere, som må forventes at ønske at sikre sig efter EU-rettens koordineringsregler, idet ikke alle borgere anvender automatisk bestilling af kortet.

Selvom flere borgere vil søge vejledning og rådgivning i kommunerne om EU-reglerne, vil afskaffelsen af den offentlige rejsesygesikring samtidig betyde, at kommunerne ikke længere skal rådgive om den offentlige rejsesygesikring, eller om sammenhæng mellem de to regelsæt.

Det forventes endvidere, at forslaget vil medføre øget merarbejde i staten i forbindelse med modtagelse, kontrol og betaling af væsentligt flere regninger og ansøgninger om refusion efter EU-rettens koordineringsregler (det blå EU-

sygesikringskort).

Hertil kommer et øget behov i staten for vejledning og rådgivning af borgerne, dels generelt om dækningen ved brug af EU-sygesikringskortet, men også i et vist omfang ved "her og nu" rådgivning til borgere, der er blevet syge i udlandet.

Det nærmere omfang af merarbejdet for kommunalbestyrelser og stat som følge af den forventede øgede udstedelse og anvendelse af det blå EU-sygesikringskort og den øgede anvendelse af EU's indre markedsregler, herunder ydelsesbekendtgørelsen, afhænger af, hvordan borgeren og forsikringsbranchen indretter sig på ophævelsen.

Samlet set vurderes forslaget administrative konsekvenser for kommunalbestyrelserne at være ubetydelige.

Forslagets væsentligste administrative konsekvenser forventes for staten.

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

Med lovforslaget kan der forventes at opstå et nyt marked for forsikringsselskaberne, hvorfor forslaget medfører en stigende omsætning for forsikringsselskaberne.

#### **5. Økonomiske og administrative konsekvenser for borgerne**

Forslaget medfører, at borgerne formentlig i højere grad vil benytte sig af adgangen til refusion af udgifter til sygehjælp efter EU-rettens koordineringsregler (det blå EU-sygesikringskort) og regler baseret på EU's indre markedsregler, herunder ydelsesbekendtgørelsen.

I medfør heraf kan der i visse tilfælde være en egenbetaling for borgerne.

Endvidere må det forventes, at borgerne i øget omfang vil tegne privat rejseforsikring for bl.a. de udgifter til fx egenbetaling, som det blå EU-sygesikringskort ikke dækker – i det omfang de ikke allerede har tegnet en sådan privat rejseforsikring. De nærmere udgifter forbundet med private rejseforsikring er ikke afklaret, men forventes at udgøre en begrænset merudgift for den enkelte borger.

En rejseforsikring som dækker sygehjælp og hjemtransport for rejser uden for EU/EØS-lande anslås i dag at koste mellem 300 – 2.400 kr. årligt, afhængig formentlig af den sikredes og husstandens øvrige forsikringsforhold og dækningsomfang. Rejseforsikring kan også være inkluderet under et kreditkort.

#### **6. Miljømæssige konsekvenser**

Forslaget har ikke miljømæssige konsekvenser.

#### **7. Forholdet til EU-retten**

Ophævelse af rejsesygesikringen vedrører ikke i sig selv EU-retten, men forventes

at føre til en øget anvendelse af reglerne i Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 883/2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger samt regler baseret på EU's indre markedsregler, herunder Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2011/24/EU af 9. marts 2011 om patientrettigheder ved grænseoverskridende sundhedsydelser. Der henvises til beskrivelsen af gældende ret i afsnit 2.1.2.1. og 2.1.2.2.

### 8. Hørte myndigheder og organisationer

3F, Alzheimerforeningen, Ankestyrelsen, Dansk Erhverv, Dansk Handicapforbund, Dansk Kiropraktor Forening, Dansk Ortopædisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Dansk Selskab for Retsmedicin, Dansk Socialrådgiverforening, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Tandlægeforening, Dansk Tandplejerforening, Danske Fysioterapeuter, Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, Danske Regioner, Danske Ældreråd, Datatilsynet, De Offentlige Tandlæger, Den uvildige konsulentordning på handicapområdet, Det Centrale Handicapråd, Det Ethiske Råd, Diabetesforeningen, Ergoterapeutforeningen, FOA, Forbrugerombudsmanden, Forbrugerrådet, Foreningen af Speciallæger, Forsikring & Pension, Færøernes Landsstyre, Giftforeningen, Grønlands Selvstyre, Hjernesagen, Hjerteforeningen, Institut for Menneskerettigheder, Jordemoderforeningen, KL, Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere, Landsforeningen for Evnesvage (LEV), Landsforeningen SIND, Lægeforeningen, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, Patientforeningen i Danmark, Patientforeningernes Samvirke, Patientombuddet, Praktiserende Lægers Organisation, Praktiserende Tandlægers Organisation, Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Region Sjælland, Region Syddanmark, Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Retspolitisk Forening, Rigsombudsmanden på Færøerne, Rigsombudsmanden på Grønland, Rigsrevisionen, Scleroseforeningen, Sjældne Diagnoser, Socialpædagogernes Landsforbund, Socialstyrelsen, Statens Serum Institut, Sundhedsstyrelsen, Sygeforsikringen "danmark", Udviklingshæmmedes Landsforbund, Yngre Læger, ÆldreForum, Ældremobiliseringen, Ældresagen.

### 9. Sammenfattende skema

Sammenfattende skema		
	Positive konsekvenser/mindreudgifter	Negative konsekvenser/merudgifter
Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige	Det samlede offentlige provenu skønnes at udgøre 80 mio. kr. årligt fra og med 2015, men afhænger af en række faktorer. Forslaget har positive administrative konsekvenser for regionsrådene, der ikke længere er ansvarlige for administrationen af den offentlige rejsesygesikring.	I 2014 forventes det offentlige at have merudgifter for 12,5 mio. kr. til engangsudgifter som følge af ophævelsen. Staten vil få øgede administrative byrder og kommunalbestyrelserne kan få øgede administrative byrder.
Økonomiske og administrative konsekvenser for	Lovforslaget kan medføre et nyt marked og øget omsætning for rejseforsikringer.	

erhvervslivet m.v.		
Økonomiske og administrative konsekvenser for borgere	Forslaget medfører, at nogle borgere i nogle situationer skal lægge ud for en behandling modtaget i udlandet og evt. afholde en egenbetaling, medmindre de er dækket af en privat rejseforsikring. Det forventes, at borgerne i højere grad vil anskaffe det blå EU-sygesikringskort og tegne privat rejseforsikring. Disse udgifter afhænger af de konkrete forsikringsvilkår, men antages at være begrænsede for den enkelte borger.	
Miljømæssige konsekvenser	Ingen.	
Forholdet til EU-retten	Forslaget skal ses i lyset af de gældende EU-retlige regler om koordinering af sociale sikringsordninger, der sikrer en vis offentlig dækning af udgifter til borgernes sygebehandling under ophold i et andet EU/EØS-land og Schweiz samt gældende EU-retlige inde markedsregler (Traktatens artikel 56 og Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 883/2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger samt Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2011/24/EU af 9. marts 2011 om patientrettigheder ved grænseoverskridende sundhedsydelser)	

### Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

#### § 1

Til nr. 1.

Forslaget indebærer, at kapitel 50 i sundhedsloven udgår.

Det betyder, at bestemmelsen i sundhedslovens § 167 ophæves. Det fremgår af bestemmelsen, at regionsrådet kan yde tilskud til sygehjælp m.v. til personer under midlertidigt ophold i udlandet, på Færøerne og i Grønland efter nærmere regler, der fastsættes af ministeren for sundhed og forebyggelse.

Ligeledes ophæves *stk. 2*, hvorefter ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om, i hvilket omfang ydelser i henhold til overenskomst med en anden stat eller til EF-retten træder i stedet for ydelser efter *stk. 1*.

Bestemmelsen er udmøntet i bekendtgørelse nr. 896 af 10. juli 2007 om den offentlige rejsesygesikring, som samtidig vil blive ophævet.

Forslaget indebærer, at dansk sygesikrede, der inden for den første måned bliver akut syge eller kommer ud for et ulykkestilfælde under ferie- eller studierejser i andre EU/EØS-lande, i Schweiz og enkelte småstater samt på Færøerne og Grønland, ikke længere kan få dækket alle udgifter til læge- og hospitalsbehandling

og udgifter til lægeordineret medicin m.m. efter den offentlige rejsesygesikring.

Dansk sikrede har fortsat ret til offentlig dækning af udgifter til "behovsbestemt sygehjælp" under midlertidigt ophold i et andet EU-/EØS-land og Schweiz efter EU-rettens koordineringsregler og til akut sygehjælp under ophold på Færøerne og Grønland på samme vilkår som færøsk hhv. grønlandsk sikrede.

Det betyder som nævnt i afsnit 2.1.2.1., at dansk sikrede under midlertidigt ophold i et andet EU/EØS-land eller Schweiz har ret til den sygehjælp, som bliver medicinsk nødvendig under opholdet, idet der tages hensyn til opholdets længde og sygehjælpens karakter.

Denne ret dokumenteres ved et blåt EU-sygesikringskort.

Ved "midlertidigt ophold" i relation til forordningen forstås efter fast dansk praksis ophold af indtil 1 års varighed, f.eks. ferie, studieophold eller erhvervsrejser.

Sygehjælp gives på samme vilkår som til borgere, der er offentligt (lovpligtigt) sygeforsikret i opholdslandet. Det betyder, at man skal betale (en del af) udgifterne til behandlingen selv, hvis borgerne i opholdslandet i en tilsvarende situation skulle betale. Sygehjælp på private hospitaler er alene dækket, i det omfang et privathospital er omfattet af en aftale med den offentlige sygeforsikring i opholdslandet.

Udgifter til sygehjælp i udlandet efter EU-rettens koordineringsregler dækkes af staten. I praksis sendes regningerne mellem landene via centrale forbindelsesorganer. Det danske forbindelsesorgan er Patientombuddet.

Endvidere har dansk sikrede mulighed for dækning efter EU's indre markedsregler, herunder ydelsesbekendtgørelsen, samt efter Nordisk Konvention om Social Sikring.

Hertil kommer muligheden for at borgerne kan tegne privat rejseforsikring, som det også gælder ved rejser, der ikke er ferie- eller studierejse, samt rejser uden for EU/EØS-landene, Schweiz, enkelte småstater og Færøerne og Grønland.

Til nr. 2.

Som en konsekvens af, at den offentlige rejsesygesikring ophæves, er der ikke længere brug for en hjemmel for regionernes udbetaling af dækning efter ordningen. Derfor foreslås udbetalingshjælpen ophævet.

## § 2

Til nr. 1.

Det foreslås, at lovforslaget træder i kraft den 1. august 2014.

I *stk. 2* foreslås en overgangsordning, således at de hidtidige regler i kapitel 50 og bekendtgørelse nr. 896 af 10. juli 2007 om den offentlige rejsesygesikring forbliver i kraft for omfattede rejser, der afsluttes senest den 31. juli 2014. Det indebærer, at sikrede, der får behov for sygehjælp m.v. ved ferie- og studierejser, der afsluttes

senest den 31. juli 2014, under rejsen kan benytte SOS Internationals døgnservice og også efter hjemkomsten kan søge dækning efter reglerne om offentlig rejsesygesikring.

Det bemærkes, at Danske Regioner har overenskomst med SOS International om administration af rejsesygesikringen. Overenskomsten kan opsiges med en frist på 6 måneder, og det forventes, at overenskomsten opsiges pr. 1. februar 2014 med virkning fra lovforslagets ikrafttræden den 1. august 2014.

*Stk. 3* fastlægger, at § 260 forbliver i kraft for krav på offentlig dækning, som er omfattet af den offentlige rejsesygesikring. Hermed opretholdes regionernes hjemmel til at udbetale dækning efter den offentlige rejsesygesikring for krav, der anmeldes eller afgøres efter den 1. august 2014.

### **Til § 3**

Til nr. 1.

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, da sundhedslovens kap. 50 ikke kan sættes i kraft for Færøerne og Grønland.

## Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

<i>Gældende formulering</i>	<i>Lovforslaget</i>
<p style="text-align: center;">Kapitel 50</p> <p style="text-align: center;"><i>Den offentlige rejsesygesikring</i></p> <p><b>§ 167.</b> Regionsrådet kan yde tilskud til sygehjælp m.v. til personer under midlertidigt ophold i udlandet, på Færøerne og i Grønland efter nærmere regler, der fastsættes af indenrigs- og sundhedsministeren.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om, i hvilket omfang ydelser i henhold til overenskomst med en anden stat eller til EF-retten træder i stedet for ydelser efter stk. 1.</p> <p style="text-align: center;"><i>Den offentlige rejsesygesikring</i></p> <p><b>§ 260.</b> Regionerne afholder udgifter til den offentlige rejsesygesikring efter § 167.</p>	<p style="text-align: center;"><b>§ 1</b></p> <p>I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, som senest ændret ved lov nr. 361 af 9. april 2013, foretages følgende ændringer:</p> <p><b>1. Kapitel 50 ophæves.</b></p> <p><b>2. Overskriften efter § 259 udgår, og § 260 ophæves</b></p> <p style="text-align: center;"><b>§ 2</b></p> <p><i>Stk. 1.</i> Loven træder i kraft den 1. august 2014, jf. dog stk. 2 og stk. 3.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Kapitel 50 og bekendtgørelse nr. 896 af 10. juli 2007 om den offentlige rejsesygesikring, som ændret ved bekendtgørelse nr. 749 af 24. juni 2013, forbliver i kraft for omfattede rejser, der afsluttes senest den 31. juli 2014.</p> <p><i>Stk. 3.</i> § 260 forbliver i kraft for krav på offentlig dækning, som er omfattet af den offentlige rejsesygesikring.</p> <p style="text-align: center;"><b>§ 3</b></p> <p>Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.</p>