



13-06-25

MOD-2025-00110

azw@regioner.dk

Referat fra møde i Udvalget for det nære sundhedsvæsen den 20-06-2025 10:00

Deltagere:

- Christoffer Buster Reinhardt
- Lis Mancini
- Susanne Lundvald
- Vibeke Westh
- Annette Blynel
- Carli Hækkerup
- Marianne Mulle Jensen
- Pernelle Jensen
- Lina Hundebøll Jespersen
- Olav Nørgaard
- Kirsten Devantier
- Allan Emiliussen
- Jette Damsø Henriksen

Afbud:

Deltagere fra sekretariatet:

- Naja Warrer Iversen
- Mirja Elisabeth Kløjgaard
- Robert Ladefoged
- Lin Krarup

Indholdsfortegnelse

1 (Fortrolig)	4
2 (Offentlig) Forårsaftalen 2025	5
3 (Fortrolig)	8
4 (Fortrolig)	8
5 (Fortrolig)	8
6 (Fortrolig)	8
7 (Offentlig) Et styrket almen medicinsk tilbud til sårbare patientgrupper...	10
8 (Offentlig) Orientering om økonomiaftalen for 2026	15
9 (Offentlig) Udmøntning af SSA-reserven til indsatser for Familiær hyperkolesterolæmi.....	19
10 (Fortrolig)	21
11 (Offentlig) Eventuelt - åbent punkt.....	22

1 (Fortrolig)

MOD-2025-00110

2 (Offentlig) Forårsaftalen 2025

krbso@regioner.dk
EMN-2024-01215

Resumé

Danske Regioner indgik den 25. maj 2025 sammen med regeringen og KL en udmøntningsaftale om implementering af sundhedsreformen – den såkaldte 'forårsaftale'. Aftalen beskriver rammerne for sundhedsvæsenet de kommende år. På mødet orienteres om aftalen med særlig fokus på de områder, som er relevante for udvalget.

Indstilling

Det indstilles,
at udvalget tager orientering om forårsaftalen til efterretning

Sagsfremstilling

Med aftalen om Sundhedsreform fra nov. 2024 blev der udstukket en tydelig retning for sundhedsvæsenet de kommende år. Det er nu fulgt op af den første udmøntningsaftale, som er indgået mellem regeringen, KL og Danske Regioner den 25. maj 2025 (bilag 1). Aftalen har fokus på implementeringen af sundhedsreformen samt udmøntningen af en række konkrete initiativer. Aftalen dækker bredt og beskriver rammer for udviklingen på sygehuse og i det nære sundhedsvæsen (bilag 1 og 2).

I det følgende beskrives kortfattet de centrale elementer i forårsaftalen, som er særligt relevante for udvalgets arbejdsområde. På mødet vil forårsaftalen blive præsenteret, og der vil være mulighed for at stille uddybende spørgsmål.

Løft af kommunale indsatser og midler til fysiske rammer

Der afsættes med aftalen både drifts- og anlægsmidler til udviklingen af sundhedstilbud i det nære sundhedsvæsen. Midlerne udmøntes via de nye sundhedsråd efter nationalt fastlagte fordelingsnøgler.

Der udmøntes 0,6 mia. kr. stigende til 2,0 mia. kr. i 2030 til udbygning af de *kommunale sundhedstilbud*. Heraf er en andel af midlerne målrettet nationale tværgående kvalitetsstandarder, herunder til almen sygepleje og palliation (250 mio. kr. i 2027 stigende til 618 mio. kr. i 2030). De resterende midler udmøntes via lokale aftaler mellem sundhedsråd og kommunalbestyrelser.

Der udmøntes 3,5 mia. kr. til at forbedre de *fysiske rammer* for lokale sundhedsindsatser samt til IT og udstyr. Hvert sundhedsråd skal udarbejde en

plan for midlernes anvendelse, som skal indsendes til Indenrigs- og Sundhedsministeriet senest 1. april 2026. Fordelingen af midlerne er baseret på en model, hvor der bliver fordelt flest penge til sundhedsråd med stor patienttyngde og geografiske afstande. Der er siden regeringens udspil sket en kvalitetssikring af beregningskriterierne for geografiske afstande, som har påvirket fordelingen, hvorfor den endelige fordeling fastlagt af ministeriet, der fremgår af forårsaftalen har ændret sig i forhold til tidligere. En nærmere beskrivelse og oversigt af ændringerne kan findes i vedhæftet bilag 3.

Opgaveflyt

Med forårsaftalen overføres 4,2 mia. kr. fra kommuner til regioner som følge af, at regionerne fra 2027 får ansvaret for akutsygepleje, sundheds- og omsorgspladser, specialiseret rehabilitering/dele af genoptræning samt patientrettet forebyggelse. Derudover er der afsat 325 mio. kr. årligt i ØA26 til indsatserne. Se desuden særskilt sag om opgaveflyttet.

96 timers behandlingsansvar

Fra 2026 vil den nuværende ordning med 72 timers behandlingsansvar for patienter, der udskrives til kommunal sygepleje blive udvidet til 96 timer. Derudover udvides ordningen til også at omfatte psykiatriske patienter med behov for kommunal sygepleje efter indlæggelse.

I 2026 skal der tages stilling til, om hvordan ordningen kan udvides til at omfatte ældre patienter, der udskrives fra akutmodtagelsen (og ikke sengeafdeling) samt børn og unge, der udskrives til bosteder eller sikringsinstitutioner efter psykiatrisk indlæggelse.

Almen medicinske tilbud og praktiserende speciallæger

Der afsættes 85 mio. kr. i 2025 og 163 mio. kr. i 2026 til økonomisk støtte til områder med svag lægedækning, særligt i Region Nordjylland og det nuværende Region Sjælland. Midlerne skal anvendes til nye målrettede og opsøgende indsatser, som – på både kort og lang sigt – skal bidrage til at sikre flere læger i det almen medicinske tilbud. Tilsvarende indgår det også i aftalen, at dimensioneringen af hoveduddannelsesforløb øges med 50 forløb i almen medicin, så den samlede dimensionering for almen medicin bliver 400 forløb årligt i 2026-2030. Som led i en forsøgsordning bliver det desuden muligt at oprette ekstraordinære hoveduddannelsesforløb i almen medicin, psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri og geriatri. Regionerne kan vælge at oprette disse forløb i lægedækningstruede områder.

Med aftalen udmøntes også midler til lægehjælp uden for sygehusene. Der udmøntes 50 mio. kr. i 2026 til at nedbringe ventetider til praktiserende speciallæger inden for de specialer, hvor ventetiden er længst. Midlerne fordeles efter bloktilskudsnøglen og regionerne kan anvende dem til indgåelse af lokalaftaler.

Endelig fremgår det også af forårsaftalen, at henvisninger vil være et tema for den kommende nationale opgavebeskrivelse for det almen medicinske tilbud, herunder hvordan regionerne kan understøtte praktiserende læger med diagnostiske undersøgelser og specialistrådgivning om komplekse patientforløb.

Implementeringssamarbejde og det videre nationale arbejde

Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil konkretisere elementerne i forårsaftalen i de kommende lovforslag til ændring af sundhedsloven, som sendes i høring hen over sommeren 2025 (to lovpakker), jf. anden sag om høring af lovpakke 2A. Derudover skal tilhørende relevante bekendtgørelser og vejledninger revideres og tilpasses. Endelig vil Sundhedsstyrelsens udarbejde kvalitetsstandards for midlertidige pladser og almen sygepleje, som ligeledes vil bidrage til at konkretisere og afgrænse opgaverne, som regionerne overtager ansvaret for.

Det forventes, at der i foråret 2026 vil blive indgået endnu en udmøntningsaftale med fokus på national sundhedsplan, kvalitetsstandards og hjemmebehandlingsteams. Derudover skal der indgås en selvstændig implementeringsaftale med det forberedende regionsråd i Region Østjylland om sammenlægningen af de to regioner.

Regeringen, Danske Regioner og KL vil mødes på politisk niveau et par gange årligt og følge udviklingen af implementeringen af sundhedsreformen. På administrativt niveau vil implementering af sundhedsreformen forankres nationalt i et såkaldt implementeringspartnerskab med repræsentanter fra regioner, kommuner og staten.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Udvalget tog orienteringen om forårsaftalen til efterretning, og drøftede bl.a. økonomien i sundhedsrådene og hvilken fordeling, der er mellem midler møntet på kommunale indsatser overfor midler til mere fri disponering og hvornår midlerne til regionerne i det nære ledsages af konkrete fordelingsnøgler til de enkelte sundhedsråd og evt. videre til de enkelte kommuner. Udvalget var enige om, at sundhedsrådenes prioriteringer af midler til kommunerne kommer til at afføde svære diskussioner. Det blev aftalt, at sekretariatet udarbejder et overblik over de såkaldte investeringsmotorpenge, som tydeliggøre fordeling og profil.

Bilag

1. Forårsaftale (1786497 - EMN-2024-01215)
2. Forårsaftalen - PP om centrale elementer (1786498 - EMN-2024-01215)
3. Fordeling af midler til fysiske rammer gennem sundhedsråd_ (1786499 - EMN-2024-01215)

3 (Fortrolig)

EMN-2024-01215

4 (Fortrolig)

EMN-2024-01215

5 (Fortrolig)

EMN-2024-01215

6 (Fortrolig)

EMN-2024-01215

7 (Offentlig) Et styrket almen medicinsk tilbud til sårbare patientgrupper

gbj@regioner.dk
EMN-2025-00518

Resumé

Det fremgår af den politiske aftale for sundhedsreformen, at det almen medicinske tilbud i højere grad skal varetage behandling i eller tæt på eget hjem for at skabe mere sammenhængende behandling og forebygge indlæggelser.

Videre fremgår det, at regionerne fra 2027 gennem lovgivning forpligtes til at sikre fasttilknyttet lægehjælp på plejehjem, sundheds- og omsorgspladser og botilbud, så der er lægehjælp at hente, hvor borgerens egen læge ikke alene kan dække behovet.

Der lægges med indeværende punkt op til en første drøftelse af, hvordan regionerne allerede i dag har fokus på de sårbare borgere, og som kan give inspiration til det kommende arbejde med at implementere den politiske aftale.

Indstilling

Det indstilles,

at udvalget drøfter eksisterende indsatser samt det kommende arbejde med at styrke det almen medicinske tilbud til sårbare patientgrupper.

Sagsfremstilling

Der indgår i den politiske aftale for sundhedsreformen fra 2024, at det almen medicinske tilbud i højere grad skal varetage behandling i eller tæt på eget hjem for at skabe mere sammenhængende behandling og forebygge indlæggelser. Særligt sårbare borgere skal have den nødvendige hjælp og støtte, så de ikke genindlægges i de tilfælde, hvor det kunne være undgået.

Videre fremgår det, at regionerne fra 2027 gennem lovgivning forpligtes til at sikre fasttilknyttet lægehjælp på plejehjem, sundheds- og omsorgspladser og botilbud, så der er lægehjælp at hente, hvor borgerens egen læge ikke alene kan dække behovet.

Opgavebeskrivelsen for det almen medicinske tilbud, herunder forventninger til tilbuddet på plejehjem, botilbud og omsorgspladser og botilbud vil blive fastlagt af Sundhedsstyrelsen med inddragelse af relevante parter, og det konkrete indhold og krav kendes fortsat ikke.

Danske Regioner og regionerne har i flere år haft et ønske om at styrke og prioritere indsatsen i det nære sundhedsvæsen over for de patienter, der har det største behandlingsbehov. Der er derfor også gennemført flere tiltag, der netop har til hensigt at skabe et større og differentieret sundhedstilbud for de mest sårbare patienter samt forbedre koordinationen mellem sundhedsaktører omkring den enkelte patient.

Med aftalen om sundhedsreformen vil der dog være behov for at styrke indsatsen yderligere i det almen medicinske tilbud, ligesom at der forventeligt vil være behov for at arbejde med flere løsninger, der kan supplere og understøtte de praktiserende lægers indsats.

Regionerne vil i første omgang få en konkret opgave med at leve op til forpligtelserne om at sikre fasttilknyttet lægehjælp på plejehjem, sundheds- og omsorgspladser og botilbud allerede fra 2027, og selvom der allerede i dag er nationale aftaler med PLO om faste læger på plejehjem og botilbud, så vil der behov for en yderligere prioritering for at komme i mål med opgaven i takt med, at der kommer flere praktiserende læger.

De nuværende ordninger om faste læger på plejehjem og botilbud omhandler, at en praktiserende læge honoreres for at yde generel rådgivning og undervisning til personalet på plejehjemmet/institutionen vedr. sundhedsfaglige problemstillinger. Derudover får beboerne også mulighed for at vælge den praktiserende læge, som deres egen læge uagtet at lægen ellers er lukket for tilgang af nye patienter.

Ordningen medfører, at personalets kompetencer i at håndtere beboernes sundhedsfaglige behov øges, men det forbedrer ligeledes koordinationen og samarbejdet mellem personalet og almen praksis vedrørende borgernes forløb. At lægen ligeledes oftere er fysisk til stede betyder også, at man skaber en tættere relation mellem beboere og lægen, der kan bidrage til mere forebyggelse, inden problemstillinger bliver akutte.

Aftalen med PLO om faste læger på plejehjem er den indsats, som det vurderes, at regionerne allerede er bedst i mål med. Dækningsgraden er på nuværende tidspunkt over 90 % og det er opfattelsen, at der for alle parter en stor tilfredshed med den nuværende tilbud på plejehjemmene. Det har dog vist sig vanskeligere med aftalen om faste læger på botilbud.

Faste læger på botilbud

I overenskomstaftalen mellem RLTN og PLO fra 2024 blev man enige om udvide den eksisterende plejehjemsordning til også at omfatte faste læger på længerevarende botilbud.

Aftalen havde som udgangspunkt de samme vilkår for de praktiserende læger, men det vurderes, at det blive betydeligt mere udfordrende at opnå en tilsvarende dækningsgrad på botilbuddene som på plejehjemmene. I 2025 er målsætningen at dække 250 botilbud, hvilket svarer til godt 20 % af de længerevarende botilbud.

Dertil kommer at der er yderligere cirka 900 kortvarige pladser samt knap 600 botilbud til børn, som der på nuværende tidspunkt ikke er en aftale om de praktiserende læger skal dække.

Årsagen til at der vurderes vanskeligere at opnå en høj dækningsgrad er, at botilbuddene er langt mere varierende end plejehjem. Det gælder både i forhold til fysisk størrelse, beboernes sundhedsfaglige behov samt personalets kompetencer. Personalets sundhedsfaglige kompetencer har stor betydning i forhold til at bistå den praktiserende læge i at identificere potentielle somatiske problemstillinger blandt beboerne samt efterfølgende at kunne følge op på de aftalte behandlingsforløb.

Ligeledes er det også vurderingen, at der blandt de praktiserende læger er en betydeligt større variation i lægernes interesse for opgaven og i de faglige kompetencer, der er relevante for at varetage behandlingen af beboerne, der oftere har en kombination af somatiske og psykiske problemstillinger. Det stiller også krav til, at det almen medicinske tilbud bliver understøttet yderligere af andre fagligheder.

Det skal endelig bemærkes, at det er vurderingen, at der i relation til bedre dækning af botilbud med faste læger er et særligt behov for, at man får implementeret sundhedsaftalens ambition om bedre lægedækning, da en del botilbud er placeret i områder, hvor der i forvejen er lægedækningsudfordringer.

Faste læger på omsorgs- og sundhedspladser

Der er på nuværende tidspunkt ikke en aftale med de praktiserende læge om faste læger på øvrige kommunale pladser, der vil være omfatte de fremadrettede omsorgs- og sundhedspladser.

I den politiske aftale om sundhedsreformen 2024 er det aftalt, at regionerne skal sikre lægedækning på sundheds- og omsorgspladserne. Det er endnu ikke aftalt, hvordan de kommende sundheds- og omsorgspladser skal lægedækkes, da organiseringen af sundheds- og omsorgspladserne endnu ikke er aftalt.

Regionerne skal senest d. 1. april 2026 have indgået driftsaftaler med kommuner, hvis regionerne vælger at lade kommunerne drifte tilbuddene. Forud for dette ligger et afdækningsarbejde af den nuværende opgave, da de kommunale midlertidige pladser har varierende sammensætning af sundhedsfagligt personale, størrelse og geografisk spredning. Dertil har

Sundhedsstyrelsen til opgave at udarbejde kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladserne, og arbejdet forventes at finde sted i ultimo 2025, hvor bl.a. lægedækning indgår, og hvor der tages stilling til om ordningen om 96 timers behandlingsansvar efter udskrivelse fra et sygehus skal inkludere sundheds- og omsorgspladserne. Indholdet og formen på de kommende sundheds- og omsorgspladser er endnu uafklarede.

Der vil således også her være en ny opgave for regionerne med at sikre udbredelsen af den fornødne almen medicinske lægedækning, ligesom at det vil være uklart, i hvilket omfang de almen praktiserende læger kan varetage opgaven.

Som inspiration til hvordan der kan ske et styrket samarbejde vedr. de kommende sundheds- og omsorgspladser, kan der fremhæves lægeklinikken Frederikshavn i Region Nordjylland, som Udvalget for Det nære sundhedsvæsen besøgte 6. marts 2025. Klinikken har sammen med kommunen arbejdet med projektet "Gør det akutte planlagt".

Selvom ordningen vedrører hjemmeboende borgere, der dermed ikke forventes at være omfattet af den kommende regionale forpligtelse om faste læger på omsorgs- og sundhedspadser, har ordningen nogle potentialer omkring samarbejde, som vil kunne anvendes.

Der er med det lokale projekt forsøgt at udvikle en model for at udbrede samarbejdet til de hjemmeboende patienter tilknyttet kommunens Center for Sundhed og Pleje. Konkret har en sygeplejerske fra Lægeklinik Frederikshavn deltaget i kommunens tværfaglige triageringsmøder, mens den praktiserende læge har undervist og konfereret med sygeplejen i et udvalgt område. Der er i projektet ligeledes udviklet en række "læringspakker" inden for forebyggelige områder for udbredte problemstillinger som eksempelvis forstoppelse og underernæring, der skal bidrage til systematisk kompetenceudvikling blandt personalet, således at personalet i højere grad kan forebygge og håndtere problemstillinger, før indlæggelser bliver nødvendige.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Udvalget fremhævede, at man med fordel kan arbejde med flere virtuelle løsninger for også i højere grad at kunne inddrage pårørende. Udvalget er i den forbindelse inspireret af regionsklinikkernes arbejde i Region Nordjylland, som udvalget hørte om på besøget i marts. Udvalget havde en opmærksomhed på, at man tænker værestederne med ind i arbejdet og bad desuden sekretariatet undersøge, om børnehjem er dækket ind under bosteder. Det blev endvidere fremhævet, at man med regionsklinikkerne har en oplagt mulighed for at afprøve nye løsninger.

Udvalget spurgte ind til den videre proces med arbejdet. Sekretariatet oplyser, at der i forbindelse med den kommende lovgivning om rammerne for det almen medicinske tilbud samt Sundhedsstyrelsens udarbejdelse af en opgavebeskrivelse for det almen medicinske tilbud i andet halvår 2025, vil komme mere klarhed om regionernes opgaver med at sikre et almen medicinsk tilbud for sårbare borgere. Danske Regioner involveres løbende og tager udvalgets bemærkninger med ind i dette arbejde.

Bilag

8 (Offentlig) Orientering om økonomiaftalen for 2026

aks@regioner.dk
EMN-2024-01222

Resumé

Regeringen og Danske Regioner har d. 28. maj 2025 indgået aftale om regionernes økonomi for 2026. Aftalen kommer i forlængelse af forårsaftalen, som blev indgået d. 25. maj, og som udmønter dele af sundhedsreformen. Med økonomiaftalen for 2026 sikres et økonomisk løft til både drift og bygninger samt udstyr, og regionerne kan fortsætte udviklingen og omstillingen af sundhedsvæsenet forud for sundhedsreformen, som træder i kraft d. 1. januar 2027. Der lægges med dagsordenspunktet op til en orientering af de centrale elementer i økonomiaftalen.

Indstilling

Det indstilles,
at udvalget tager orientering om økonomiaftalen for 2026 til orientering.

Sagsfremstilling

Økonomiforhandlingerne om regionernes økonomiske rammer for 2026 blev afsluttet d. 28. maj. Det har undervejs i forhandlingerne været vigtigt at sikre en solid økonomi som grundlag for den omstilling af sundhedsvæsenet, som bl.a. er nødvendig pga. ændringer i demografi og behandlingsmuligheder. Herudover har det været vigtigt at sikre, at sundhedsvæsenet er klar til implementering af sundhedsreformen, hvor regionerne bl.a. skal drive nye sundhedsopgaver fra d. 1. januar 2027. Derfor skal økonomiaftalen også ses i sammenhæng med den såkaldte forårsaftale, som regeringen, Danske Regioner og KL indgik d. 25. maj, og som udmønter dele af sundhedsreformen. Med forårsaftalen er der også enighed om flytning af de fire sundhedsopgaver, som regionerne skal overtage fra kommunerne. Nedenfor gennemgås de centrale elementer fra økonomiaftalen 2026. Den fulde aftale er vedlagt i bilag.

De økonomiske rammer for 2026

Regionernes driftsrammer løftes med 2,4 mia. kr. i 2026, hvilket giver mulighed for at styrke både sygehuse og det nære sundhedsvæsen. Der er i lighed med tidligere år indlagt en administrativ besparelse i regionerne, som i 2026 vil udgøre i alt 107 mio. kr. Dette skal fratrækkes den samlede ramme, hvorfor det egentlige økonomiske løft udgør 2,3 mia. kr. Som en del af forhandlingerne om det samlede økonomiløft beregnes den demografiske udvikling, dvs. hvad det i det kommende år koster, at der sker demografiske

ændringer. For 2026 er det demografiske træk beregnet til at udgøre 1 mia. kr., som er en del af det samlede løft på 2,3 mia. kr.

Inden for den aftalte ramme, skal regionerne ud over at prioritere sygehusdriften, herunder medicinudgifter, også prioritere midler til kommende overenskomst med almen praksis, samt øvrige praksisområder og indsatser i det nære. Samtidig medfører forårsaftalen og den deri aftalte øgede dimensionering en række merudgifter, der også skal afholdes inden for rammen.

Udover driftsudgifter forhandles en ramme for, hvad regionerne må bruge på anlæg i det kommende år. Anlæg dækker over vedligeholdelse og modernisering af sygehuse, herunder investeringer i ny teknologi og apparatur. Det samlede anlægsniveau udgør 4,2 mia. kr. i 2026. Med aftalen om sundhedsreformen er der aftalt en Sundhedsfond, som over 10 år skal udmønte 22 mia. kr., som kommer ud over det anlægsniveau, der normalt aftales i økonomiaftalerne. For 2026 er det aftalt, at der udmøntes 600 mio. kr. fra fonden, som er en del af det samlede niveau på 4,2 mia. kr. Dertil er der aftalt et niveau for afløbet til kvalitetsfondsbyggerierne.

Som en del af økonomiaftalerne har der i flere år været aftalt et teknologibidrag, som for 2026 er på 393 mio. kr. Det er ikke midler, der trækkes ud af regionerne, men midler som skal frigøres gennem modernisering og effektivisering.

Der videreføres en ulighedspulje på i alt 100 mio. kr. i 2026, som fordeles til de regioner, der er særligt udfordret med lægedækning. I lighed med 2025 vil puljen blive fordelt mellem Region Sjælland og Region Nordjylland i 2026.

Implementering af sundhedsreformen

I økonomiaftalen er indskrevet et afsnit om sundhedsreformen, som bl.a. handler om opgaveflytning fra kommuner til regioner, som er aftalt i forårsaftalen fra d. 25. maj. For at understøtte opgaveflytning målrettes der 325 mio. kr. i 2026 til understøttelse af et solidt grundlag for implementering af sundhedsreformen i 2026, herunder til patientrettet forebyggelse og akutsygepleje. Samtidigt er der enighed om at drøfte de økonomiske rammer for reformen i 2027 i forbindelse med økonomiforhandlingerne om 2027 (i foråret 2026).

I forbindelse med et opgavebortfald på regionernes opgaver inden for regional udvikling, som også har været en del af forårsaftalen, er der med økonomiaftalen prioriteret midler til opgaver med sundhedsinnovation og grønne hospitaler, som fortsat er opgaver i regionerne. Opgaverne skal fremadrettet løses inden for de økonomiske rammer til sundhed, hvorfor der er tilført økonomi hertil.

Øvrige emner

Der er i maj måned også lanceret en Kræftplan V og en opfølgning på 10-årsplan for psykiatrien, hvormed hele 10-årsplanen er udmøntet. Der henvises til disse aftaler i økonomiaftalen, fordi der med de to særskilte aftaler afsættes økonomi til regionerne.

Danske Regioner har i forhandlingerne rejst beredskabsområdet som et selvstændigt tema. Det har i særlig grad handlet om behovet for, at staten i højere grad end i dag forholder sig til sundhedsområdet i en krisesituation og inddrager Danske Regioner i et planlægningsarbejde, hvor der fx skal tages stilling til kapacitet i en krisesituation, el- og vandforsyning, lægemidler mv. Staten har for nuværende ikke været åbne for at aftale konkrete investeringer til fx nye produktionsfaciliteter til produktion af lægemidler eller lagre til kritiske lægemidler, som Danske Regioner har foreslået i forhandlingerne. Samtidigt har staten ikke ønsket at binde sig til at inddrage Danske Regioner i de formelle fora omkring beredskabsdrøftelser, men det fremgår dog af økonomiaftalen, at der skal udarbejdes en række analyser samt nedsættes et ekspertpanel, og at Danske Regioner skal indtænkes i arbejdet med at robustgøre sundhedsvæsenet.

Opbakning til Medicinrådet og prioritering generelt

Det har i forhandlingerne været vigtigt for Danske Regioner, at der i aftaleteksten er en tydelig opbakning til den fortsatte prioritering i Medicinrådet. Dette skal også ses i sammenhæng med, at staten har ønsket et afsnit med henvisning til, at der skal etableres et nationalt prioriteringsråd. Det er fortsat uvist, hvordan et sådant råd skal se ud, og hvordan det skal aftales samt med hvilke opgaver.

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut har fået en ny opgave med udarbejdelse af visitationsretningslinjer. Det er aftalt i regi af samarbejdsprogrammet og sporet om stærkere prioritering og unødigt aktivitet. Visitationsretningslinjer udarbejdes i dag af Sundhedsstyrelsen, men det er flere år siden, at der senest er udarbejdet nogle. Generelt mener Danske Regioner, at visitationsretningslinjer er en god vej til at undgå unødigt aktivitet og sikre rette behandling til rette personer i rette tid, og det er derfor positivt, at Kvalitetsinstituttet nu får en opgave med at udarbejde visitationsretningslinjer.

Høreapparatbehandling

Der er afsat midler til at nedbringe ventetiden til høreapparatbehandling. Det kan bl.a. anvendes til udbredelse af kapacitetsudvidelse, herunder uddannelse af mere personale, samt til at understøtte enklere og mere effektive arbejdsgange gennem brugen af digital visitation. Det er samtidigt aftalt, at regionerne én gang årligt skal sende en status på ventelisterne til Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Videreførelse af sundhedsindsatser

Behandlingsområderne for Binge Eating Disorder (BED), sjældne sygdomme og autoimmune sygdomme har i de seneste år været finansieret gennem aftaler om fordeling af satspulje-midler (SSA-reserven), hvor der har været afsat bevilling til konkrete projekter og centre, herunder til aktiviteter i regionerne. De midler udløber i 2026, og det har været ministeriets holdning, at tilbuddene skal overgå til almindelig drift i regionerne og dermed finansieres inden for den generelle ramme til sundhed. De dele af SSA-midlerne, der finansierer indsatser i patientorganisationer, herunder fx til BED-behandling vil fortsat skulle tildeles puljemidler.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Udvalget tog orienteringen til efterretning.

Bilag

1. Aftale om regionernes økonomi for 2026 (1785291 - EMN-2024-01222)

9 (Offentlig) Udmøntning af SSA-reserven til indsatser for Familiær hyperkolesterolæmi

mbk@regioner.dk
EMN-2017-02084

Resumé

Der er i SSA-reserven afsat 10 mio. kr. til indsatser målrettet Familiær Hyperkolesterolæmi fra 2025-2028. Danske Regioner og staten er enige om at midlerne bruges til tidlig opsporing af Familiær Hyperkolesterolæmi gennem brug af eksisterende sundhedsdata, samt forbedret patientinformation til familieopsporing.

Den konkrete udmøntningsaftale er under udarbejdelse og forventes at ligge klar inden sommerferien.

Indstilling

Det indstilles,

at Udvalget for det nære sundhedsvæsen tager de aftalte initiativer til forbedret indsats for Familiær Hyperkolesterolæmi til efterretning.

Sagsfremstilling

Der er i den statslige pulje "Social-, sundheds- og arbejdsmarkeds-reserven" afsat samlet 10 mio. kr. fra 2025-2028 til bedre opsporing og behandling af Familiær Hyperkolesterolæmi. Familiær Hyperkolesterolæmi giver en markant forhøjet risiko for blodpropper og død i en tidlig alder, og det anslås, at kun ca. 2 ud af 5 af danskere med Familiær Hyperkolesterolæmi er diagnosticeret. Der er derfor et betydeligt forebyggelsespotentiale i at få opsporet og behandlet disse personer.

Som forberedelse til udmøntningen af midlerne har Sundhedsdirektørerne identificeret relevante indsatsområder for at styrke området og der har været dialog med relevante fagligheder. På den baggrund er Danske Regioner og staten enige om at midler bruges til følgende indsatser:

- Tidlig opsporing af Familiær Hyperkolesterolæmi gennem brug af eksisterende sundhedsdata
- Forbedret patientinformation til familieopsporing

Den konkrete udmøntningsaftale er under udarbejdelse.

1. Tidlig opsporing af Familiær Hyperkolesterolæmi gennem brug af eksisterende sundhedsdata

Hvert år foretages der flere millioner blodprøver af kolesterol både i almen praksis og på sygehusene. Forhøjet indhold af kolesterol i blodet er en

væsentlig indikation på Familiær Hyperkolesterolæmi og udgør et centralt kriterie for henvisning til de regionale lipidklinikker. Data fra kvalitetsdatabasen for FH viser i den forbindelse, at andelen af henvisninger til de regionale lipidklinikker fra både almen praksis og øvrige sygehusafdelinger er lav. Det er en væsentlig barriere for en øget opsporing af Familiær Hyperkolesterolæmi.

Den tidlige opsporing af patienter med Familiær Hyperkolesterolæmi kan derfor styrkes ved at anvende de eksisterende blodprøvedata mere målrettet og systematisk i alle regioner.

Der foreligger allerede erfaringer fra Region Syddanmark og Region Hovedstaden med brug af blodprøvedata til tidlig opsporing. I disse regioner er der indført en løsning, hvor lægen automatisk får besked, hvis en patients LDL-kolesterol er forhøjet, og den pågældende patient bør vurderes på et af landets lipidklinikker. Erfaringer fra bl.a. Region Syddanmark viser, at løsningen bidrager til øget opmærksomhed på Familiær Hyperkolesterolæmi hos både almen praksis og de øvrige sygehusafdelinger og fører til flere henvisninger til lipidklinikkerne.

Med udgangspunkt i erfaringerne fra Region Syddanmark og Region Hovedstaden er det aftalt at 7,7 mio. kr. bruges på at udbrede brug af blodprøvedata til tidlig opsporing af Familiær Hyperkolesterolæmi i alle regioner. Løsningen skal bidrage til, at flere patienter med FH hurtigere bliver opsporet og henvist til udredning i lipidklinikkerne.

Indsatsen forankres i regionerne og sker i samarbejde med Vidensnetværket for Familiær Hyperkolesterolæmi, som er et vidensnetværk for landets Lipidklinikker. De skal kvalificere løsningen og sikre faglig kvalitet og ensartet praksis på tværs af landet.

2. Styrket og systematisk familieopsporing

Familiær Hyperkolesterolæmi er arveligt, og der er 50 procent risiko for, at førstegradsslægtninge til patienter med Familiær Hyperkolesterolæmi også har sygdommen. En systematisk indsats for familieopsporing og information er derfor afgørende. Derfor er det aftalt, at 2,3 mio. kr. afsættes til at udvikle ensartet patientinformation på tværs af regionerne – herunder digitale løsninger (fx QR-koder), der gør det let for patienter at videreformidle information til deres familie.

Også dette initiativ forankres i Vidensnetværket, som sikrer national koordinering og kvalitet.

Den endelige udmøntningsaftale forventes at ligge klar inden sommerferien.

Økonomi

Der afsættes (7,7 mio. kr.) til bedre brug af sundhedsdata i perioden og 2,3 mio. kr. til forbedret patientinformation og opsporing i perioden 2025-2028. Midlerne kommer ud via bloktilskuddet.

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Udvalget tog orienteringen til efterretning.

Bilag

10 (Fortrolig)

MOD-2025-00110

11 (Offentlig) Eventuelt - åbent punkt

Bettina Emma Marie Lawsen
MOD-2025-00110

Resumé

-

Indstilling

*Det indstilles,
at*

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

.

Bilag