



Til medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

28-08-2025

MOD-2025-00213

Ulla Riel

Dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse den 29. august 2025

Deltagere: Anders Kühnau, Mads Duedahl, Trine Birk Andersen, Lars Gaardhøj, Bo Libergren, Mette With Hagensen, Mogens Nørgaard, Leila Lindén, Anders G. Christensen, Randi Mondorf, Camilla Hove Lund, Karin Friis Bach, Peter Westermann, Tormod Olsen

Afbud: Christoffer Buster Reinhardt, Per Larsen, Martin Jakobsen

Mødested: Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø

Indholdsfortegnelse

1 (Offentlig) Besøg fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut	5
2 (Fortrolig).....	9
3 (Fortrolig).....	9
4 (Fortrolig).....	9
5 (Offentlig) Regionernes ansvar ift. epx og nye redskaber til uddannelsesdækning og håndtering af ansøgere til gymnasierne.....	10
6 (Fortrolig).....	14
7 (Fortrolig).....	14
8 (Fortrolig).....	14
9 (Fortrolig).....	14
10 (Fortrolig)	14
11 (Offentlig) Fremtidens specialeplanlægning.....	15
12 (Fortrolig)	18
13 (Fortrolig)	18
14 (Offentlig) Plan for pulje til jordforureninger i Vandområdeplan 3	19
15 (Fortrolig)	22
16 (Offentlig) Folkemødet 2026	23
17 (Fortrolig)	25
18 (Fortrolig)	25
19 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om etablering af et beredskab for kritisk medicinsk udstyr	26
20 (Offentlig) Høringssvar - Bekendtgørelse om energieffektivisering i det offentlige	28
21 (Offentlig) Høringssvar - Ændring af en række love på beskæftigelsesområdet.....	30
22 (Offentlig) Høringssvar - Kvoter om autorisation af sundhedspersoner fra tredjelande	32
23 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om ændring af lov om erhvervsakademiuddannelser og professionsbacheloruddannelser og lov om akkreditering.....	34

24 (Offentlig) Hverv - Ændring i Udvalget for Miljø og Klima	36
25 (Offentlig) Generelle orienteringer.....	37
26 (Offentlig) Formandens meddelelser.....	40
27 (Fortrolig)	40
28 (Offentlig) Næste møde.....	41
29 (Offentlig) Eventuelt.....	42

1 (Offentlig) Besøg fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Egil Stefansen
EMN-2024-00331

Resumé

Danske Regioner etablerede pr. 1. januar 2025 Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut ved en sammenlægning af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) og Behandlingsrådet.

Bestyrelsesformand Anne Jastrup Okkels og direktør Jens Winther Jensen fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut giver på mødet oplæg om status og fremtidsperspektiver for instituttet.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen drøfter oplæg fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut og tager orientering om status til efterretning.

Sagsfremstilling

Instituttets formål

Danske Regioner har pr. 1. januar 2025 oprettet Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut med det formål at understøtte og målrette kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet samt sikre en bedre prioritering og ressourceudnyttelse til gavn for patientbehandlingen. Kvalitetsinstituttet er etableret ved en sammenlægning af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) og Behandlingsrådet. Kvalitetsinstituttet har følgende opgaver:

- Understøtte de faglige miljøers arbejde med kliniske retningslinjer
- Udarbejde vurderinger af behandlingsformer, herunder sundhedsteknologi
- Stå for drift og udvikling af kliniske kvalitetsdatabaser.

Kvalitetsinstituttet skal skabe synergi mellem de tre faglige indsatsområder samt andre centrale initiativer og aktiviteter på kvalitetsområdet med henblik på at sikre en samlet retning for arbejdet med kvalitet og prioritering i sundhedsvæsenet.

Derudover har instituttet pr. 1. maj 2025 overtaget ordningen med utilsigtede hændelser og driften af Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Hertil kommer opgaver, der løses af instituttet som led i diverse aftaler mellem regionerne og regeringen. Instituttet skal eksempelvis som noget nyt (jf. aftale om regionernes økonomi 2026) udarbejde visitationsretningslinjer, som skal understøtte beslutninger om, hvilket niveau en given behandling skal foregå

på, og hvilke patientgrupper som omfattes. Dette skal understøtte en mere hensigtsmæssig faglig prioritering.

Ny strategi og ny organisering designet til at levere på formålet

Kvalitetsinstituttet står på et solidt fagligt fundament i forhold til opgaveløsningen og samarbejdet med sundhedsvæsenets aktører. Kvalitetsinstituttets bestyrelse har vedtaget den første strategi for instituttet for perioden 2025-2027. Strategien er vedhæftet som bilag.

Kvalitetsinstituttet startede efter fusionen i en interim organisering men er nu klar til en ny intern organisering, der skal sikre, at organisationen kan levere på det samlede formål med instituttet. Instituttets nye interne organisering træder i kraft pr. 1. september 2025. Den nye organisering skal sikre, at instituttet fortsat har høj faglighed i de konkrete ansvarsområder (retningslinjer, kvalitetsdatabaser, UTH/patientsikkerhed og analyse/vurderinger m.v.), og samtidigt sikre det nødvendige fokus på synergi, tværfaglighed, prioritering og muligheden for større tværgående kvalitetsindsatser. Organiseringen understøtter samtidigt, at der er stærke miljøer og godt samarbejde i hele landet på tværs af instituttets fire matrikler.

Status for Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstituts opgavevaretagelse

Kvalitetsinstituttet har haft en god og sikker opstart med stabil drift af de kendte opgaver omkring de kliniske kvalitetsdatabaser, retningslinjeudvikling på kræft- og psykiatriområdet samt igangværende vurderinger. Hermed status for udvalgte fremadrettede initiativer:

- Instituttet har opstartet arbejdet med systematisk udvikling af kliniske retningslinjer for otte af de i alt 39 specialebærende lægefaglige selskaber. Arbejdet skal sikre højere og mere ensartet kvalitet af de kliniske retningslinjer. Der er i første omgang både udvalgt selskaber med mange retningslinjer og selskaber med meget få. De første otte selskaber er: Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, Dansk Urologisk selskab, Dansk Ortopædkirurgisk selskab, Dansk Pædiatrisk Selskab, Dansk Endokrinologisk Selskab, Dansk Psykiatrisk Selskab, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Geriatri. De øvrige selskaber vil løbende blive inviteret med i de kommende år.
- Som led i retningslinjeindsatsen er etablering af en platform til visning og redaktionel understøttelse af arbejdet med landsdækkende kliniske retningslinjer (Retningslinjen.dk) påbegyndt. Det er besluttet, at visningen skal ske på Sundhed.dk i relation til Lægehåndbogen. Som afsæt for specifikation af krav til platformen er der gennemført et forberedende arbejde med beskrivelse af workflows samt afholdt workshops og møder med retningslinjeforfattere og -brugere. Det forberedende arbejde forventes færdigt ultimo august 2025, hvorefter

projektinitieringsdokument og aftalegrundlag forventes klart. Selve udviklingen forventes påbegyndt i september 2025.

- Instituttet arbejder i efteråret 2025 med gennemgående at sikre, at instituttets opgaveløsning og leverancer bidrager til prioritering, omstilling og afvikling i sundhedsvæsenet generelt. Det gælder særligt det fremadrettede arbejde med analyser og vurderinger, kliniske retningslinjer samt visitationsretningslinjer.
- Instituttet arbejder samtidigt med at udvikle leverancerne, så de i højere grad understøtter direkte anvendelse og implementering i sundhedsvæsenet.
- Siden den 1. maj 2025 har kvalitetsinstituttet varetager ordningen med utilsigtede hændelser og Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Overtagelsen af ordningen blev gennemført uden tekniske problemer, hvilket har medført, at brugerne ikke har kunnet mærke en direkte ændring i ordningen.
- Kvalitetsinstituttet driver 80 kliniske kvalitetsdatabaser, som bidrager med viden og grundlag for datastøttet kvalitetsudvikling på tværs af landet. Instituttet er i dialog med de faglige miljøer og sundhedsvæsenets ledelser om udvikling af de kliniske kvalitetsdatabaser og har netop nedsat et Fagligt Udvalg, som bl.a. får til opgave at lave et oplæg til databasestrategi til instituttets bestyrelse.

Opgaveløsningen i kvalitetsinstituttet er derfor overordnet kommet godt fra start i de nye organisatoriske rammer. En af bevæggrundene for at etablere instituttet var desuden at fremme synergier i opgaveløsningen. Med en ny organisering i instituttet fra 1. september 2025 vil fundamentet for at kunne realisere både faglige og driftssynergier blive styrket yderligere.

Kvalitetsudvikling i hele sundhedsvæsenet

Kvalitetsinstituttets arbejde er kvalitet i sundhedsvæsenet. Kvalitetsbegrebet er inspireret af WHO's definition, hvor kvalitet karakteriseres som sundhedsvæsenets evne til at levere ydelser, der er virksomme, patientsikre, patientcentrerede, rettidige, omkostningseffektive, integrerede, og som understøtter lighed.

Udviklingen er målrettet praksissektoren, det kommunale og regionale sundhedsvæsen, inkl. udliciterede sundhedsydelser. Ambitionen er at understøtte høj og ensartet kvalitet med afsæt i princippet om et evidensbaseret og lærende sundhedsvæsen.

Opgaveløsningen hviler på et kontinuerligt og gensidigt forpligtende samarbejde med en lang række af aktører fra sundhedsvæsenet, herunder både sundhedsprofessionelle, ledere og patienter. Over 1.200 klinikere er i dag involveret i opgaver i regi af instituttet.

I de kommende år vil der være fokus på at øge det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Blandt konkrete tiltag i den forbindelse kan nævnes:

- Center for Kliniske Retningslinjer (CfKR), som er forankret i Dansk Sygepleje Selskab (DASYS), er pr. 1. juli 2025 blevet integreret i instituttet. CfKR udarbejder sygeplejefaglige kliniske retningslinjer. Det giver en stærkere tværfaglighed samt organisatorisk og metodisk forankring af arbejdet med kliniske retningslinjer.
- Instituttet etablerer i efteråret 2025 en tværfaglig følgegruppe, som skal understøtte en løbende og systematisk dialog med de relevante sundhedsfaglige organisationer i sundhedsvæsenet.

Ansvarlig brug af ressourcerne indgår også i den nye strategi for kvalitetsinstituttet. Instituttet vil således medvirke til, at ressourcerne i sundhedsvæsenet anvendes dér, hvor de skaber mest mulig værdi for patienterne. Fokus vil i første omgang være 'oprydning i penalthuset', dvs. udfasning af overflødige aktiviteter, reduktion af spild o.l.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Bilag - Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut Strategi 2025-2027 (1800434 - EMN-2024-00331)

2 (Fortrolig)

3 (Fortrolig)

4 (Fortrolig)

5 (Offentlig) Regionernes ansvar ift. epx og nye redskaber til uddannelsesdækning og håndtering af ansøgere til gymnasierne

Pia Mulvad Reksten
EMN-2025-00261

Resumé

Den politiske delaftale fra den 11. juni 2025 om etablering af et nyt institutionslandskab på ungdoms- og voksenuddannelsesområdet giver regionerne et væsentligt ansvar i forhold til omlægning af uddannelses- og institutionslandskabet og etablering af epx. Der lægges i sagen op til, at Danske Regioner tager positivt imod denne opgave, som regeringen og aftalekredsen ønsker, at regionerne skal bidrage til at løse.

Samtidig får regionerne flere redskaber til at varetage deres ansvar for geografisk uddannelsesdækning og ansøgere til gymnasierne i forbindelse med den samlede politiske aftale om epx fra den 18. februar 2025. De nye redskaber (genopretningsplaner, godkendelse af profilgymnasier og lokale regler til at håndtere ansøgere) giver regionerne styrkede muligheder for at understøtte god uddannelsesdækning og balanceret elevsammensætning på gymnasierne.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender,

- *at regionerne i forbindelse med delaftale om epx tager positivt imod invitationen til at deltage i den statslige koordination af processen for omlægning af uddannelses- og institutionslandskabet frem mod 2030, og at regionerne vil blive inddraget i den lokale proces som *høringspart**
 - *at regionerne vil udnytte mulighederne i de nye opgaver og redskaber, som fremgår af aftale om en ny erhvervs- og professionsrettet gymnasieuddannelse. Redskaberne kan styrke arbejdet med at understøtte god regional uddannelsesdækning og sikre attraktive uddannelser for unge i hele landet.*
-

Sagsfremstilling

Nyt institutionslandskab

[1. epx-delaftale om etablering af et nyt uddannelses- og institutionslandskab](#) fra den 11. juni 2025 om etablering af et nyt institutionslandskab på ungdoms- og voksenuddannelsesområdet skitserer processen for omlægning af uddannelses- og institutionslandskabet. Omlægningen omfatter både udbud af gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser i og på tværs af

byområder i et geografisk afgrænset område, udbud af gymnasiale enkeltfag samt udbud af almene voksenuddannelser.

Regionerne får følgende opgaver:

- Børne- og Undervisningsministeriet igangsætter en lokal proces, hvor eksisterende institutioner og regionerne går i dialog om omlægningen af uddannelses- og institutionslandskabet i deres lokalområde. Regionerne vil også være høringspart i den lokale proces.
- Regionerne inviteres til at bidrage til den statslige koordination i forlængelse af regionernes eksisterende opgaver på uddannelsesområdet.
- Der indføres uddannelsesopdelte regionalt forankrede samarbejder. Regionsrådet kan anvende det regionalt forankrede samarbejde til at koordinere indsatsen med henblik på at sikre sammenhæng i udbuddet af ungdomsuddannelser samt et tilstrækkeligt og varieret voksenuddannelsesudbud. Samarbejderne erstatter de nuværende gymnasiesamarbejder.

Regionerne vil – i tæt samarbejde med Børne- og Undervisningsministeriet samt lokale uddannelsesaktører - komme til at spille en central rolle i forhold til at skabe et nyt samlet attraktivt uddannelseslandskab med stærke tilbud til både unge og voksne.

Danske Regioner og Børne- og Undervisningsministeriet vil snarligt indlede en dialog om, hvordan regionerne konkret bidrager til processen i forhold til placering af epx.

Det fremgår af delaftalen, at ”regionerne inviteres til at bidrage til den statslige koordination i forlængelse af regionernes eksisterende opgaver på uddannelsesområdet”. Der er således ikke lagt op til en økonomisk kompensation for regionernes arbejde med implementering af epx.

Delaftalen er en del af udmøntningen af aftalen om den nye erhvervs- og professionsrettede gymnasieuddannelse, som giver regionerne nye/justerede redskaber til uddannelsesdækning.

Nye og justerede opgaver fra 2030

I forbindelse med [Aftale om en ny erhvervs- og professionsrettet gymnasieuddannelse](#) epx fra den 18. februar 2025 får regionerne en række nye/justerede redskaber. Det drejer sig om genopretningsplaner for institutioner, godkendelse af profilgymnasier og lokale regler til at håndtere ansøgere.

Disse nye redskaber giver - sammen med regionernes eksisterende opgaver - regionerne styrkede muligheder for at sikre god uddannelsesdækning og balanceret elevsammensætning på gymnasierne i hele Danmark. Regionerne

har allerede ansvaret for kapacitetsfastsættelse, håndtering af ansøgere, gymnasiesamarbejder og kvalitetsudvikling m.v.

De nye redskaber skal også ses i lyset af, at epk'en medfører øget elevgrundlag for gymnasierne og dermed en bedre uddannelsesdækning. Børne- og Undervisningsministeriet har estimeret, at omkring 10.000 flere unge årligt får adgang til gymnasiet.

Genopretningsplaner

Regionerne overtager børne- og undervisningsministerens beføjelse til at pålægge en institution/afdeling at udarbejde en genopretningsplan. Regionerne skal overveje pålæg om en genopretningsplan, hvis en institution/afdeling et år viser sig kun i ringe grad at kunne tiltrække 1. prioritetsansøgere. I overvejelserne skal regionerne bl.a. inddrage en vurdering af institutionen som helhed, om der er tale om en midlertidig tilstand, og om det vil være relevant at iværksætte andre tiltag først.

Godkendelse af profilgymnasier

Reglerne for at godkende profilgymnasier ændres. I dag kan en region godkende et gymnasium som profilgymnasium, hvis institutionen eller afdelingen har et særligt stærkt og veletableret uddannelsesstilbud inden for et bestemt fagligt område, der ikke findes tilsvarende på andre institutioner i nærheden. Der er fem profilgymnasier i Danmark. Fremover vil regionerne kun kunne godkende nye profilgymnasier, hvis det bidrager til at sikre elevgrundlaget på en institution i et tyndt befolket område eller skaber en mere balanceret elevsammensætning på institutionen eller andre institutioner i lokalområdet. Samtidig skal institutionen have en særlig stærk faglig profil eller vurderes at være i gang med at opbygge en sådan inden for et bestemt fagligt område.

Lokale regler til håndtering af ansøgere

Ansøgere til de gymnasiale uddannelser optages ud fra deres prioriterede uddannelsesønsker samt transporttid ved overansøgte gymnasier. Fremover erstattes transporttid af transportafstand.

Regionerne får pligt til at overveje lokalt at fastsætte supplerende, lokale regler, hvis elevsammensætningen på en institution giver anledning til faglige, pædagogiske eller sociale udfordringer; hvis institutionens andel af tildelte ansøgere med institutionen som 1. prioritet (opgjort pr. uddannelse) er mindre end 70 pct.; eller en udfordret institution anmoder regionen om at gribe ind.

Det forventes, at de nye opgaver træder i kraft senest 2029.

Der udarbejdes økonomisk høringssvar i forbindelse med lovgivningsarbejdet og dvs. en forhandling om økonomisk kompensation for de nye opgaver med genopretningsplaner m.v.

Nuværende opgaver

Regionerne har med deres nuværende opgaver (kapacitetsfastsættelse på gymnasierne, gymnasiesamarbejder, fordeling af ufordelte ansøgere, forrangsvurdering, omvælgere og eftertilmeldere mv.) vigtige redskaber til at understøtte gymnasiernes elevoptag.

Regionerne har også ansvar i forhold til at oprette og nedlægge udbud på grundforløb 1 og 2 på erhvervsuddannelserne, hvor regionerne bliver hørt i forbindelse med institutionernes ansøgninger og indstiller til ministerens endelige beslutning. Denne erfaring er også værdifuld i forhold til placering af de nye epx-udbud.

Der vil ofte være brug for at tage flere redskaber i brug for at håndtere et udfordret udbud. Der skal fx sættes ind, inden der for alvor opstår en skæv elevfordeling, eller udbuddet ikke er bæredygtigt, for at undgå, at der er behov for at iværksætte genopretningsplaner mv. Derfor er det godt, at regionerne kan supplere de nye redskaber med de eksisterende muligheder, fx regionale udviklingsmidler, så man i god tid kan udvikle institutionernes attraktivitet, bedre elevtrivsel eller gode campussamarbejder. Ligeledes spiller kollektiv trafik og uddannelsesruter en vigtig rolle.

Samlet set har regionerne – med de nye politiske aftaler - fået styrkede muligheder for, og redskaber til, at understøtte et godt og varieret udbud af ungdomsuddannelser i regionerne.

Økonomi

Ingen bemærkninger.

Sekretariatets bemærkninger

Bestyrelsen fik en orientering om [delaftale om etablering af et nyt uddannelses- og institutionslandskab](#) den 26. juni 2025.

Udvalget for Regional Udvikling og EU drøftede delaftalen på møde den 19. juni. Udvalget fremhævede, at det er positivt, at regionerne får et ansvar i forbindelse med implementering af reformen, og at regionerne kan bidrage til at konsolidere ungdomsuddannelseslandskabet, sikre god uddannelsesdækning og placere den nye gymnasieuddannelse epx, så der bliver skabt økonomisk og fagligt bæredygtige udbud med attraktive ungemiljøer i hele landet. Udvalget var opmærksom på, at der udestår en

nærmere afklaring af, hvad der ligger i den rolle og de opgaver, som regionerne får.

Udvalget bakkede desuden op om, at regionerne med aftalen om ny erhvervs- og professionsrettet gymnasieuddannelse får nye opgaver og redskaber, som vil styrke arbejdet med kerneopgaven i forhold til at sikre attraktive ungdomsuddannelser i hele landet.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

6 (Fortrolig)

7 (Fortrolig)

8 (Fortrolig)

9 (Fortrolig)

10 (Fortrolig)

11 (Offentlig) Fremtidens specialeplanlægning

Jakob Schelde Holde
EMN-2024-00180

Resumé

Siden 2007 har Sundhedsstyrelsen fastsat krav til varetagelsen af de specialiserede sygehusfunktioner og godkendt hvilke sygehuse, der kan varetage funktionerne.

Sundhedsstyrelsen er i gang med udarbejde en ny model for specialeplanlægning, som skal danne rammen for den fremtidige regulering af de mest specialiserede sygehusfunktioner i Danmark.

Revisionen af specialeplanen efter en ny model bliver en stor opgave, som vil kræve mange ressourcer i regionerne. Inden selve revisionen af specialeplanen kan påbegyndes med udgangspunkt i den nye model, skal lovgrundlaget være på plads. Det er forventningen, at en lovændring tidligst kan træde i kraft medio 2026.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager orienteringen om Sundhedsstyrelsens arbejde med en ny model for specialeplanlægning til efterretning.

Sagsfremstilling

Siden 2007 har Sundhedsstyrelsen fastsat krav til varetagelsen af de specialiserede sygehusfunktioner og godkendt hvilke sygehuse, der kan varetage funktionerne. Kravene og de godkendte sygehuse fremgår af de enkelte specialevejledninger. Der er i alt 37 specialevejledninger bestående af vejledninger for 35 lægefaglige specialer, et tandlægespeciale samt en specialevejledning med tværgående funktioner. De 37 specialevejledninger udgør tilsammen den nationale specialeplan.

Der er i dag ca. 1.000 funktioner, der reguleres af Sundhedsstyrelsens specialeplan. Det drejer sig om de sjældne og/eller ressourcekrævende funktioner, som kun bør varetages få steder for at sikre, at der er den fornødne og hensigtsmæssige viden, rutine, erfaring og volumen samt de nødvendige faciliteter til, at funktionen kan varetages med høj kvalitet.

Baggrunden for ændringen i modellen for specialeplanlægning

Specialeplanen har med dens fokus på specialisering og samling af erfaring og behandlingssteder medvirket til et kvalitetsløft for patienter med behov for specialiserede indsatser. Specialeplanen har dog også potentielle utilsigtede

konsekvenser, fx forskydning af opmærksomhed og ressourcer væk fra det, som flest fejler, og hvor der er størst volumen på sygehusene – hovedfunktionsniveauet. Det kan bl.a. vanskeliggøre rekruttering og faglig udvikling i den almindelige sygehusdrift – særligt på mindre akuthospitaler uden for de største byer. Derudover har specialeplanens fokus på at sikre kvaliteten i varetagelsen af de enkelte specialfunktioner til tider vægtet højere end at understøtte sammenhængen i patientforløb på tværs af specialer og sektorer.

Der er derfor behov for, at den fremtidige specialeplan bl.a. i højere grad understøtter sammenhængende patientforløb og mulighederne for, at opgaver i højere grad rykkes tættere på borgerne og fx varetages på hovedfunktionsniveau med rådgivning fra det specialiserede niveau. Den fremtidige specialeplanlægning vil være en del af den nationale sundhedsplan, som skal sætte retning for og medvirke til udvikling af de forskellige styringsredskaber i sundhedsvæsenet.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet vedlagte udkast til oplæg til en ny model for specialeplanlægning. Hovedelementerne i udkastet til den nye model er beskrevet nedenfor.

Deregulering af funktioner

Specialeplanlægning er et omfattende styringsredskab, og der lægges op til, at specialeplanen fremover skal omfatte en mindre del af sygehusaktiviteten, således at det kun anvendes, hvor der er størst behov for national regulering. Dette vil medføre et større regionalt råderum til planlægning af den resterende sygehusaktivitet.

Det forventes, at der med den nye model for specialeplanlægning vil blive færre specialfunktioner. Det vil bl.a. få betydning for de ca. 330 regionsfunktioner (fremadrettet kaldet landsdelsfunktioner), som i dag er placeret 5-15 steder i landet. I en fremtidig specialeplan vil landsdelsfunktioner, som udgangspunkt, placeres 4-8 steder i landet. Det forventes dog, at der også fremover kan være funktioner, der placeres mere end otte steder fx af hensyn til nærhed.

Sundhedsstyrelsen har allerede igangsat en såkaldt en-bloc deregulering, hvor styrelsen vurderer, om en række udvalgte specialfunktioner kan overgå til at være hovedfunktionsniveau på nuværende tidspunkt. Ved at foretage en deregulering fra specialfunktionsniveau til hovedfunktionsniveau bortfalder specialeplanens krav til varetagelsen af funktionen. Det kan fx dreje sig om krav til samarbejde med andre specialer og vagtberedskab.

Deregulering vil indebære, at private leverandører, der i dag ikke har aftale om at varetage funktionen, kan kræve dette efter sundhedslovens regler om udvidet frit sygehusvalg. Deregulering vil ligeledes indebære, at mere kan

laves i speciallægepraksis, hvis der er et gensidigt ønske mellem regionerne og de praktiserende speciallæger om at aftale sådanne nye ydelser i deres overenskomst.

Deregulering af styring

Som del af dereguleringen lægges der op til, at regionerne fremadrettet selv skal placere og foretage eventuelle flytninger af landsdelsfunktioner på deres sygehuse, uden Sundhedsstyrelsens vurdering og godkendelse. Sundhedsstyrelsen vil fortsat stille krav til varetagelsen af disse. Sundhedsstyrelsen vil desuden fortsat godkende placeringen af landsfunktioner.

Der udestår i modellen en nærmere beskrivelse af, hvordan tildeling af landsdelsfunktioner til private leverandører skal foregå. Danske Regioner har opfordret Sundhedsstyrelsen til fortsat at godkende private matrikler til landsdelsfunktion.

Nye krav

Sundhedsstyrelsen lægger op til at supplere de nuværende faglige krav (så som volumen, antal speciallæger og samarbejdende specialer) med nye krav, der understøtter tilgængelighed og sammenhæng. Det kan eksempelvis være krav til overdragelse, når der i patientforløbet sker overgange mellem sygehuse eller sektorer og krav til at rådgive resten af sundhedsvæsenet. Ligeledes lægger Sundhedsstyrelsen op til at indføre nye krav, der understøtter nationalt samarbejde og forsyningsforpligtelsen.

Videre proces

Inden selve revisionen af specialevejledningerne kan påbegyndes med udgangspunkt i den nye model, skal lovgrundlaget være på plads, og modellen skal konkretiseres i Sundhedsstyrelsens publikation 'Specialeplanlægning – begreber, principper og krav'. Det er forventningen, at en lovændring tidligst kan træde i kraft medio 2026. Implementering af de nye specialevejledninger vil kunne ske i en løbende proces, hvor regionerne umiddelbart efter gennemgang af specialevejledningen kan begynde at placere de landsdelsfunktioner, der er blevet dereguleret til hovedfunktionsniveau. Ansøgningsprocessen til landsdelsfunktioner igangsættes samlet, når alle specialevejledninger er udarbejdet.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Oplæg til ny model for specialeplanlægning (Sundhedsstyrelsens udkast af 6. juni) (1793714 - EMN-2024-00180)

12 (Fortrolig)

13 (Fortrolig)

14 (Offentlig) Plan for pulje til jordforureninger i Vandområdeplan 3

Bente Villumsen
EMN-2021-01268

Resumé

Folketinget har afsat i alt 54 mio. kr. i 2025-2028 til regionernes indsats over for jordforureninger, der udgør en risiko for overfladevand. Miljø- og Ligestillingsministeriet har bedt Danske Regioner om at udarbejde en plan for prioritering af midlerne. Ministeriet fremhæver, at der er et politisk ønske om, at en så stor del som muligt anvendes til egentlige oprensninger. Med bidrag fra alle regioner foreligger der nu et udkast til plan til bestyrelsens godkendelse.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender udkast til plan for anvendelse af puljen på 54 mio. kr. til jordforureninger, der udgør en risiko for overfladevand.

Sagsfremstilling

Baggrund

Regionerne fik i 2014 ansvaret for at afværge skadelig påvirkning fra jordforurening på overfladevand i de tilfælde, hvor der ikke er en ansvarlig forurener, der kan pålægges oprensning. Indsatsen er et led i gennemførelsen af EU's vandrammedirektiv, som har til formål at sikre god tilstand i alle vandforekomster.

Efter aftale med Miljøministeriet har regionerne i 2014-2018 gennemført en screening af ca. 37.000 kortlagte jordforureninger, hvor der blev identificeret 1.234 lokaliteter med risiko for overfladevand. I 2021-2022 gennemførte regionerne feltundersøgelser af 400 lokaliteter, hvor der blev konstateret påvirkning af vandmiljøet fra ca. 140. Ved halvdelen af disse blev der også fundet påvirkning fra andre forureningskilder.

Økonomiforhandlingerne om opgaven blev afsluttet i juni 2025 uden varig kompensation til regionerne.

Pulje til overfladevand 2025-2028

Indsatserne til gennemførelse af vandrammedirektivet beskrives i seksårige vandområdeplaner, som udarbejdes af Miljø- og Ligestillingsministeriet. I december 2024 indgik Regeringen og Folketinget en aftale om genbesøg af vandområdeplan 3, som gælder for 2022-2027. Her blev der afsat i alt 54 mio.

kr. i årene 2025-2028 til indsatsen over for jordforureninger, der udgør en risiko for overfladevand.

Miljø- og Ligestillingsministeriet har bedt om, at Danske Regioner udarbejder en plan for udmøntningen og fremhæver, at der ønskes mest mulig oprensning for pengene. Ministeriet opfordrer til at tænke indsatsen sammen med indsatserne i PFAS-puljen og forventer, at der vil være tale om en plan, der opdateres årligt. Midlerne vil ligesom de øvrige puljer blive udmøntet i en bekendtgørelse, som administreres af Miljøstyrelsen.

Sekretariatet har med bidrag fra de enkelte regioner udarbejdet et forslag til samlet plan for indsatsen. Planen er udarbejdet med sigte på at imødekomme ministeriets ønske om mest muligt oprensning for pengene, så indsatsen kommer til at gøre en reel forskel i vandmiljøet.

På mange af de lokaliteter, som udgør en risiko for overfladevand, er det nødvendigt at undersøge forureningens omfang, karakter og styrke nærmere, inden der kan iværksættes oprensning eller afværgeforanstaltninger. Derfor vil der også være behov for at investere i de nødvendige forberedende arbejder.

Da regionerne ikke har fået anden finansiering til opgaven, foreslås det endvidere, at en mindre del af tilskudsmidlerne afsættes til løsning af de lovpligtige opgaver med at afklare risiko for vandmiljøet på kortlagte lokaliteter og til nødvendig metodeudvikling.

Foranstaltninger på de allerstørste forureninger kan ikke gennemføres inden for den økonomi og tidsplan, som er aktuel her. Derfor er det i enkelte tilfælde nødvendigt at igangsætte forberedende arbejder på en lokalitet, hvor der endnu ikke er sikkerhed for finansieringen af den videre indsats. I Regeringens forslag til arbejdsprogram for vandområdeplan 4 (2028-2033), som har været i høring i 1. halvår af 2025, indgår afværgeforanstaltninger for et antal jordforureninger, der truer overfladevand. Det forventes derfor, at der også vil blive afsat midler til indsatsen i fremtidige vandområdeplaner.

Planens indhold

Der er afsat i alt 54 mio. kr. med en fordeling på 10,1 mio. kr. i 2025, 14,5 mio. kr. i 2026, 24,3 mio. kr. i 2027 og 5,1 mio. kr. i 2028.

I forslaget til samlet plan for puljen indgår følgende projekter:

Region Nordjylland

- Afgravning af jord på tidligere renseri og oliedepot i Astrup
- Yderligere undersøgelser og design af afværgeforanstaltninger på nedlagt svovlsyre- og gødningsfabrik i Nørresundby

- Yderligere undersøgelser på tidligere møbelfabrik i Hobro og tidligere autolakering i Tilsted
- Feltundersøgelser af yderligere 11 lokaliteter med risiko for PFAS

Region Midtjylland

- Videregående undersøgelser samt i det omfang, pengene rækker til det, afværgeforanstaltninger på følgende seks lokaliteter:
To tæppefabrikker i Herning og Aarhus, metalindustri i Ryomgård, tidligere gasværk i Silkeborg, tekstilindustri i Brande samt et kemikaliespild i Hornslet
- Videregående undersøgelse af maskinfabrik og olieoplag i Uldum

Region Syddanmark

- Omfattende videregående undersøgelser af Måde Losseplads ved Esbjerg
- Videregående undersøgelser af Spang Vade Losseplads ved Sønderborg
- Videregående undersøgelse ved Esbjerg Brandskole samt påbegyndelse af afværge

Region Sjælland

- Videregående undersøgelser, dimensionering af afværgeløsninger og evt. opgravning af hotspot forurening ved Korsør Brandskole
- Projektering og iværksættelse af afværgeforanstaltninger ved tidligere sødemiddelproduktion og galvanisering i Skælskør
- Yderligere undersøgelser, forslag til og evt. igangsættelse af afværgeforanstaltninger ved lokalitet med tidligere brandøvelser og brandslukning ved Skælskør
- Undersøgelser ved yderligere fire lokaliteter med mulig påvirkning af vandløb og Korsør Nor

Region Hovedstaden

- Projektering og hvis muligt gennemførelse af afværgeløsning ved Stålvalseværkets kystvold i Frederiksværk
- Undersøgelser, skitsering og udførelse af afværgeforanstaltninger ved Rådvad Knivfabrik og ved en tidligere gardinfabrik og plastvirksomhed i Lyngby
- Videregående undersøgelser ved Skibstrup Losseplads ved Ålsgårde og Holmene Losseplads ved Hillerød

Desuden afsættes 2 mio. kr. til opdatering af det screeningsværktøj, som regionerne anvender til at vurdere, om en konkret lokalitet udgør en risiko for overfladevand og dermed, om den er i offentlig indsats. Der er blandt andet behov for, at værktøjet kan regne på risikoen i forhold til PFAS, hvilket ikke er tilfældet i dag.

Udkastet til samlet plan er vedhæftet som bilag.

Tilskudsmidlerne tildeles ikke med tilbagevirkende kraft, så projekterne kan først igangsættes, når den enkelte region har fået tilsagn fra Miljøstyrelsen. Der er ikke krav om, at pengene anvendes i det år, hvor de er tildelt.

Økonomi

Da der er tale om en lovpligtig opgave, hvor der ikke er afsat kompensation til regionerne efter økonomiforhandlingen, og hvor der er opgaver i alle regioner, foreslås det, at midlerne fordeles efter bloktilskudsnøglen.

Sekretariatets bemærkninger

Udvalget for miljø og klima har behandlet oplæg til planen den 25. april 2025. Udvalget lagde vægt på, at det bør fremhæves over for miljøministeren, at der ønskes en varig bevilling til den nye opgave med jordforureninger, der truer overfladevand. Udvalget har fået den endelige plan forelagt skriftligt i august 2025.

Planens bilag med projektbeskrivelser kan rekvireres hos sekretariatet.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Plan for jordforureninger til Vandområdeplan 3 - 7 august 2025 (1797043 - EMN-2021-01268)

15 (Fortrolig)

Resumé

27 debatter fra morgen til aften i Danske Regioners telt skabte rammen for endnu et vellykket Folkemøde på Bornholm den 12.-14. juni 2025. Debatterne var generelt meget velbesøgte, og teltet var et naturligt samlingspunkt for både regionale deltagere og samarbejdspartnere, som løbende kom forbi.

Det indstilles derfor, at Danske Regioner også i 2026 deltager på Folkemødet med eget debattelt.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender, at Danske Regioner fastholder en aktiv deltagelse i Folkemødet på Bornholm, herunder også som sponsor, idet udgifterne hertil forventes at være på niveau med 2025 og dermed 188.000 kr. for sponsoratet og ca. 400.000 kr. til debatteltets aktiviteter.

Sagsfremstilling

Bestyrelsen besluttede den 22. august 2024 at fortsætte som Demokratipartner for Folkemødet. Samtidig var der et ønske om, at teltet skulle være større for at give mulighed for flere tilhørere, og for at færre skulle gå forgæves til de velbesøgte debatter.

Formålet med Danske Regioners deltagelse ved Folkemødet på Bornholm er interessevaretagelse for regionerne. I praksis betyder det at synliggøre det regionale demokrati og skabe debat om regionale ansvarsområder og styrke relationerne til samarbejdspartnere og interessenter generelt. Vi er med til at skabe demokratiske samtaler og debatter, der kan bringe borgerne tættere på de folkevalgte og de problemstillinger, vi arbejder med regionalt.

Danske Regioner stod i 2025 for fem debatter, regionerne for otte, og i de øvrige 14 tider i teltet arrangerede Bornholms Hospital, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab, Foreningen af Lægestuderende, Dansk Psykiatrisk Selskab, Danske Patienter, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Brystkræftforeningen, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, Dansk Selskab for Kommunikation i Sundhedsvæsenet, Ungdommens Røde Kors, SAGA, WeShelter og Copenhagen Academy for Medical Education and Simulation (CAMES) debatter.

Det større telt fungerede rigtig godt og blev fyldt godt ud af de mange besøgende. Teltets loungeområde fungerede samtidig godt som samlingssted for både regionalpolitikere og debatdeltagere.

Mange af de 101 regionale politikere, der deltog på Folkemødet, indgik også i en række debatter og arrangementer udenfor Danske Regioners telt.

Danske Regioner på Folkemødet 2026

Med den store søgning til debatterne i teltet er Danske Regioners tilstedeværelse på Folkemødet solidt etableret. Sekretariatet foreslår derfor også at fortsætte indsatsen i 2026 på samme niveau og med et højt ambitionsniveau for antallet af debatter og samarbejde med interessenter og samarbejdspartnere. Prisen for Årets Sundhedsdebattør fastholdes også, ligesom der fortsat vil være fokus på at gøre debatterne inddragende og nærværende.

Økonomi

Danske Regioner har sponsoreret Folkemødet siden dets etablering og er såkaldt Demokratipartner. Med sponseringen følger fx rettigheden til at vælge placering af teltet. Sponsoratet kostede i 2025 188.000 kr. inkl. moms, og der anvendes herudover ca. 400.000 kr. på aktiviteter, hvor leje af telt, areal, teknik, transport af møbler til indretning af teltet, kaffe og en annonce i Folkemødeavisen udgør den største del.

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Debatterne i Danske Regioners telt fik generelt en meget fin dækning i medierne. Det gjaldt blandt andet uddelingen af prisen Årets Sundhedsdebattør, der fik sit folkelige gennembrud med en omtale i Se og Hør. Også TV2 bragte omtale af kåringen i News og Co. Nyheden om Danske Regioners ungeudspil blev også dækket massivt i medierne af blandt andre DR, Avisen Danmark, Berlingske Tidende, BT og Ritzau.

Endelig skrev mediet Regional Indsigt generelt om debatterne i Danske Regioners telt:

”Folkemødet handler i stigende grad ikke blot om at deltage i debatterne, men om at sætte scenen for den. Med sin volumen og tematiske spændvidde viser Danske Regioner, at de ikke kun vil tale, men definere, hvor samtalen skal starte”. Læs hele artiklen her: [Regionerne rykker ind på Folkemødet med massiv debatvolumen](#)

Danske Regioner var også meget aktiv på sociale medier op til og under Folkemødet. Især den store reformdebat "Til Middag Hos... Sundhedsdanmark" fik opmærksomhed på de sociale kanaler med omtaler og kommentarer fra diverse aktører. Torsdag på Folkemødet var Danske Regioner nr. 2 på listen over organisationer med flest omtaler på X.

Bilag

17 (Fortrolig)

18 (Fortrolig)

19 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om etablering af et beredskab for kritisk medicinsk udstyr

Louise Schultz
EMN-2025-00670

Resumé

Danske Regioner har udarbejdet et fælles regionalt høringssvar til Indenrigs- og Sundhedsministeriets høring om etablering af beredskab for kritisk medicinsk udstyr. I en tid, hvor globale sårbarheder i forsyningskæder og et ændret geopolitisk landskab bidrager til risikobilledet, bakker Danske Regioner op om behovet for et beredskab på kritisk medicinsk udstyr.

Danske Regioner bemærker dog, at forslaget med sit fokus på etablering af overblik over kritisk udstyr samt muligheden for statslig omfordeling heraf i en krisesituation ikke nødvendigvis bidrager til robustliggørelse.

Danske Regioner påpeger endvidere, at det henset til, at kritisk medicinsk udstyr dækker over alt fra mundbind til scannere, og at der ofte også er afhængighed til øvrigt udstyr, syntes vanskeligt at omfordele udstyr. Endelig påpeges der i svaret et ønske om samarbejde fremfor kontrol, ligesom der er et ønske om økonomisk kompensation for de merudgifter, som følger af lovforslaget.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar.

Sagsfremstilling

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har fremsendt høring om etablering af statsligt beredskab for kritisk medicinsk udstyr. Lovforslaget giver Lægemiddelstyrelsen mulighed for:

- Indblik i lagerbeholdninger af kritisk medicinsk udstyr hos kommuner og regioner for at kunne vurdere, om der er risiko for forsyningsvanskeligheder
- Oprettelse af beredskab for medicinsk udstyr, der kan imødegå, håndtere og begrænse konsekvenserne af en eventuel forsyningsmæssig nødsituation eller krisesituation.

Regionerne har gennem en lang periode arbejdet med forsyningssikkerhed af varer til hospitalerne, og på trods af dette anerkender Danske Regioner, at der er behov for at ruste sig på kritisk medicinsk udstyr henset til forsyningssituationen og det geopolitiske landskab. Dette gælder også i

relation til at etablere foranstaltninger, som afhjælper konsekvenser af en eventuel forsyningskrise. Danske Regioner bemærker også, at en forsyningskrise vil medføre et behov for tæt koordinering og samarbejde mellem stat, regioner og kommuner. Danske Regioner finder dog ikke, at lovforslaget og initiativerne heri i tilstrækkelig grad vil føre til en egentlig robustliggørelse af beredskabet.

Danske Regioner påpeger, at alle parter har en gensidig interesse i at være bedst muligt rustede i en krise, og at vi samarbejder om at komme igennem den. Dog burde vægtningen af samarbejde i højere grad have været afspejlet i bemærkningerne fremfor, at staten skal kontrollere regioner og kommuner, give påbud, indføre sanktioner og kontrolforanstaltninger m.v.

Adgang til høringsmaterialet

Høringsmaterialet kan tilgås her: [Høringsdetaljer - Høringsportalen](#)

Økonomi

Lovforslaget vil medføre øget administration, ligesom der kan være udgifter forbundet med udlevering af udstyr. Danske Regioner opfordrer derfor i høringssvaret til, at regionerne kompenseres herfor.

Sekretariatets bemærkninger

Høringssvaret er den 21. august 2025 afsendt med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Høringsbrev vedr. udkast til lovforslag om etablering af et beredskab for kritisk medicinsk udstyr_med underskrift_A (1800419 - EMN-2025-00670)
2. Bilag til Danske Regioners høringssvar over udkast til lovforslag om etablering af et beredskab for kritisk medicinsk udstyr_A (1800197 - EMN-2025-00670)

20 (Offentlig) Høringssvar - Bekendtgørelse om energieffektivisering i det offentlige

Ole Ravnholt Sørensen
EMN-2023-01020

Resumé

Danske Regioner har lavet et høringssvar i forbindelse med Energistyrelsens høring af 'Bekendtgørelse om energieffektivisering i det offentlige'. Bekendtgørelsen er et led i Danmarks implementering af EU's Energieffektiviseringsdirektiv.

Som led i implementeringen af direktivet indgik Danske Regioner, KL og Regeringen den 22. maj 2025 en politisk aftale om "fælles indsats om energieffektivitet i offentlige bygninger". Aftalen er godkendt af bestyrelsen.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar vedr. Bekendtgørelse om energieffektivisering i det offentlige.

Sagsfremstilling

Danske Regioner har lavet et høringssvar i forbindelse med Energistyrelsens høring af 'Bekendtgørelse om energieffektivisering i det offentlige'. Bekendtgørelsen er et led i Danmarks implementering af EU's Energieffektiviseringsdirektiv.

Som led i implementeringen af direktivet indgik Danske Regioner, KL og Regeringen den 22. maj 2025 en politisk aftale om "fælles indsats om energieffektivitet i offentlige bygninger". Aftalen er godkendt af bestyrelsen.

Bekendtgørelsen har et ambitiøst fokus på styrket energieffektivitet i den offentlige sektor. Bekendtgørelsen pålægger bl.a. ordregivende myndigheder nye krav om at indarbejde og prioritere hensyn til øget energieffektivitet i relevante fremtidige udbud af varer og tjenesteydelser. Kravet risikerer dog at indskrænke de frihedsgrader, som bl.a. regionerne i dag har til selv at tilrettelægge, designe og afvikle egne udbud, herunder hensyn til patientbehandling og -sikkerhed. De nye krav risikerer dog at reducere konkurrencesituation og sund prisdannelse, når regionerne fremover sender indkøb af varer og tjenesteydelser i udbud. I høringssvaret plæderer Danske Regioner for, at de nye krav opblødes og gøres mere fleksible.

Udover de nye krav til, hvordan ordregivende myndigheder skal vægte hensyn til energieffektivitet forholdsvis højt i fremtidige udbud, indeholder

bekendtgørelsen en række elementer, som berører de samfundskritiske funktioner, som regionerne varetager i forhold til hospitalsdrift og sundhed.

Netop her er det afgørende, at øget fokus på energieffektivitet ikke kompromitterer patientsikkerhed og -sundhed, herunder eksempelvis særlige krav til sikring/sikkerhed og ventilation i forbindelse med psykiatrien. Tilsvarende må øget fokus på energieffektivitet ikke kompromittere andre hensyn til bæredygtighed, totaløkonomi, brug materialer og komponenter med lange levetider, mulighed for reparation/udskiftning af delkomponenter etc.

Adgang til høringsmaterialet

Høringsmaterialet kan findes på høringsportalen:
<https://hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/70211>

Økonomi

Bekendtgørelsen pålægger regionerne en række nye administrative opgaver. Dertil kommer implikationer på prisdannelse, medmindre de aktuelle regler blødes op. Danske Regioner vil rejse krav om økonomisk kompensation gennem DUT-forhandlinger frem mod foråret 2026.

Sekretariatets bemærkninger

Høringssvaret er sendt den 21. august 2025 med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Høringsbrev ifm ENS- bekendtgørelse om energieffektivisering i det offentlige 21.8-2025 (1800426 - EMN-2023-01020)
2. Bilag - høring vedr. energieffektivisering i det offentlige (1800358 - EMN-2023-01020)

21 (Offentlig) Høringssvar - Ændring af en række love på beskæftigelsesområdet

Anna Boje
EMN-2025-00689

Resumé

Danske Regioner har udarbejdet et fælles udkast til høringssvar vedr. lovforslag om ændring af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, lov om organisering og understøttelse af beskæftigelsesindsatsen m.v. og forskellige andre love.

Overordnet støtter Danske Regioner lovforslagets ambitioner og mål om at lette arbejdsgangene på beskæftigelsesområdet ved bl.a. at reducere i regler og procedurer.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar.

Sagsfremstilling

Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering sendte den 20. juni 2025 udkast til ændring af lov om aktiv beskæftigelsesindsats, lov om organisering og understøttelse af beskæftigelsesindsatsen m.v. og forskellige andre love i offentlig høring.

Lovforslaget udmønter dele af *Aftale om reform af beskæftigelsesindsatsen – Mere værdighed, større frihed og færre regler*, som er en af de større politiske reformer på arbejdsmarkedet. Aftalen blev indgået april 2025.

Et af formålene med reformen er at lette og reducere regler og procedurer på beskæftigelsesområdet. Herunder udmøntes følgende bl.a.:

- Afskaffelse af revalideringsordningen
- Afskaffelse af ressourceforløbsordningen
- Ensartet sundhedsfaglig rådgivning og vurdering
- Fri organisering af den tværfaglige indsats og afskaffelse af rehabiliteringsteams
- m.fl.

Ændringerne har betydning for regionernes pligt til at levere ydelser til kommunerne på området.

Danske Regioner har indsamlet bemærkninger fra regionerne. På baggrund af de regionale bemærkninger er der lavet udkast til fælles høringssvar.

I udkastet til høringssvar bakkes op om reformens mål og ambition om at reducere regler og procedurer for at lette arbejdsgange på beskæftigelsesområdet. Dertil bemærkes vigtigheden af, at kommunerne, tidligere end anført i lovforslaget, indhenter sundhedsfaglig rådgivning fra regionerne i sager omhandlende fleksjob, tilskud til selvstændigt erhvervsdrivende og førtidspension for at sikre borgerne bedst muligt forløb.

Adgang til høringsmaterialet:

Høringsmaterialet kan findes [her](#).

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Der var frist for høringen den 21. august 2025 kl. 12. Høringssvaret er fremsendt til Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering med forbehold godkendelse i Danske Regioners bestyrelse.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Høringssvar til ændring af lov om aktiv beskæftigelsesindsats (1798144 - EMN-2025-00689)

22 (Offentlig) Høringssvar - Kvoter om autorisation af sundhedspersoner fra tredjelande

Henrik Casper
EMN-2025-00747

Resumé

Danske Regioner har modtaget udkast til forslag til lov om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (kvoteordning m.m.) og har med forbehold for bestyrelsens godkendelse afgivet vedlagte høringssvar.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen godkender vedlagte udkast til høringssvar.

Sagsfremstilling

Med udkast til forslag til lov om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (kvoteordning m.m.) lægges op til at indføre en hjemmel til at kunne fastsætte regler om kvoter for antallet af ansøgninger om autorisation af sundhedsfagligt personale, som Styrelsen for Patientsikkerhed årligt kan modtage, fra personer fra tredjelande.

Formålet med lovforslaget er at sikre en bedre sammenhæng mellem udbud og efterspørgsel efter udenlandske sundhedspersoner, som kommer til Danmark for at opnå dansk autorisation.

I ØA26 blev det på den baggrund aftalt, at regioner og kommuner årligt skal indrapportere deres skønnede behov for udenlandsk arbejdskraft fra tredjelande, hvilket skal danne grundlag for at fastsætte kvote for antal af autorisationer til udenlandske medarbejdere.

Kvoten vil blive fastsat med udgangspunkt i regionernes og kommunernes skøn for behov for arbejdskraft fra tredjelande, det vil sige ud fra hvad efterspørgslen er. Det forventes aktuelt, at der vil blive fastsat en kvote på sygeplejersker på 0.

Lovforslaget er i overensstemmelse med det aftalte i forbindelse med ØA26. I udkast til høringssvar bakker Danske Regioner derfor op om forslaget.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Høringssvaret er sendt med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Danske Regioner høringssvar (1798089 - EMN-2025-00747)

23 (Offentlig) Høringssvar - Lovforslag om ændring af lov om erhvervsakademiuddannelser og professionsbacheloruddannelser og lov om akkreditering

Morten Kamp Thomsen
EMN-2025-00749

Resumé

Den 26. marts 2025 blev der indgået en ambitiøs aftale om reform af erhvervs- og professionsbacheloruddannelserne med et bredt flertal af partierne i Folketinget.

Der er tale om en ambitiøs reform, der vil betyde store ændringer sammenlignet med organiseringen af uddannelserne i dag.

Danske Regioner har udarbejdet et fælles regionalt høringssvar til lovforslaget om ændring af lov om erhvervsakademiuddannelser og professionsbacheloruddannelser og lov om akkreditering, hvilket er et led i selve udmøntningen af reformen.

Indstilling

*Det indstilles,
at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar.*

Sagsfremstilling

Danske Regioner har udarbejdet et fælles høringssvar med input fra regionerne til *Lovforslag om ændring af lov om erhvervsakademiuddannelser og professionsbacheloruddannelser samt lov om akkreditering*.

Lovforslaget er et led i udmøntningen af reformen af erhvervsakademi- og professionsbacheloruddannelserne i Danmark, som blev vedtaget af et bredt flertal i Folketinget den 26. marts 2025. Reformen indebærer bl.a., at en række sundhedsuddannelser forkortes med 15 ECTS, at praktikdelen styrkes, samt at der åbnes mulighed for mere fleksible studieformer, herunder deltidsstudier.

Som noget nyt er det desuden besluttet at indføre professionsmasteruddannelser, der fungerer som en akademisk overbygning på professionsuddannelserne.

Lovforslaget rummer flere elementer, men det mest centrale for regionerne er, at det fastlægger de lovgivningsmæssige rammer for de nye professionsmasteruddannelser.

Regionerne har overordnet set været positive i deres tilbagemeldinger. De understreger dog, at det bør fremgå tydeligere af lovteksten, at professionsmasteruddannelserne skal etableres og drives på baggrund af en konkret efterspørgsel, og at aftagerne – herunder regionerne – skal inddrages aktivt i arbejdet med at udvikle og i et vist omfang drive de nye uddannelser, så uddannelserne målrettes behovet i drift og udvikling af de enkelte velfærdsområder.

Adgang til høringsmaterialet

Høringsmaterialet kan læses her: [Høringsdetaljer - Høringsportalen](#).

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Høringssvaret er afsendt den 21. august 2025 med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Danske Regioners høringssvar til lovforslag om ændring af lov om erhvervsakademiuddannelser og professionsbacheloruddannelser og lov om akkreditering (1798162 - EMN-2025-00749)

Resumé

Lars Lindskov, Region Sjælland er pr. 18. august 2025 udtrådt af Danske Regioners Udvalg for Miljø og Klima og erstattes af Tina-Mia Eriksen (C), Region Sjælland.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager til efterretning, at Tina-Mia Eriksen (C) pr. 18. august 2025 overtager pladsen i Udvalget for Miljø og Klima efter Lars Lindskov.

Sagsfremstilling

Lars Lindskov, Region Sjælland har skiftet parti fra Det Konservative Folkeparti til Moderaterne.

Udtræder et medlem af de faste udvalg i valgperioden af det parti, der har udpeget vedkommende, udtræder vedkommende også af det pågældende udvalg, idet der snarest herefter vælges et nyt medlem for resten af valgperioden tilhørende det parti, der oprindeligt udpegede til udvalget, jf. bestyrelsens forretningsorden.

Den konservative gruppe i Region Sjælland indstiller, at Tina-Mia Eriksen (C) overtager pladsen i Udvalget for Miljø og Klima.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

Resumé

Følgende emner er til orientering:

- Handelspolitisk EU-foranstaltning mod Kina
 - Forslag til nye modeller for undergrænse/egetbidrag på patienterstatningsområdet
 - Politiske møder
 - Kommende arrangementer
-

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Handelspolitisk EU-foranstaltning mod Kina
(EMN-2025-00718)

EU har vedtaget en handelspolitisk foranstaltning mod Kina, der er trådt i kraft. Foranstaltningen har konsekvenser for offentlige udbud af medicinsk udstyr, dog ikke lægemidler. Konkret har EU indført sanktioner mod kinesiske virksomheder, idet de ikke må byde direkte på offentlige udbud i EU på området for medicinsk udstyr. Samt at maksimalt 50 % af kontraktens samlede værdi må udføres af kinesiske underleverandører eller bestå af færdige kinesiske produkter. Foranstaltningen gælder for alle udbud med en samlet værdi på mindst 5 mio. euro.

Regionerne kan kun undlade udelukkelse, hvis:

- kun tilbud fra Kina opfylder udbudskravene, eller
- det er nødvendigt af hensyn til almenvellet, fx folkesundhed.

Det er svært at vurdere konsekvenserne af dette instrument, da regionerne ikke har oversigt over vores leverandørers samlede produktions- og forsyningslinjer. Alt andet lige vil det dog påvirke (reducere) mulighederne for fællesregionale udbud grundet minimumsgrænsen på de 5 mio. euro. Det kan også påvirke priserne, da antallet af mulige leverandører reduceres.

Regionerne er gået sammen om at udarbejde materiale til kommende udbud og kontrakter herunder en tro og love erklæring, som den vindende tilbudsgiver skal underskrive.

Regionerne kan endvidere anmode tilbudsgiverne om relevant dokumentation, når dette skønnes relevant. Men det vil medføre et administrativt ekstraarbejde.

I regi af Regionernes Fælles Indkøb (RFI) vil sekretariatet følge udviklingen og konsekvenserne i forhold til regionale udbud.

Forslag til nye modeller for undergrænse/egetbidrag på patienterstatningsområdet
(EMN-2024-01258)

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (ISM) er ved at evaluere ordningen på patienterstatningsområdet, hvor patienter i dag betaler et egetbidrag, som fratrækkes erstatningsudbetalingen, jfr. [Klage- og erstatningsloven](#). Bestyrelsen behandlede regionernes bidrag til evalueringen på mødet den 9. april 2025, hvor bestyrelsen bl.a. besluttede at indsende et forslag til justering af ordningen for egetbidrag ved patienterstatning, som led i evaluering af ordningen. Der blev i den forbindelse lagt vægt på, at regionerne ikke igen skal behandle de såkaldte småskadesager. Ministeriet har sidenhen lavet to nye forslag (model 1 og 2) til nye regler. I begge forslag vil regionerne få ca. 18,6 mio. kr. i provenu.

I model 1 skal patienten have ret til mindst 8.930 kr. i erstatning, før patienten kan få udbetalt noget (gælder for 2025). Hvis patienten får mere end 8.930 kr., skal patienten selv betale 4,5 procent af de første 312.000 kr., som patienten får i erstatning. Hvis patienten f.eks. får tilkendt en erstatning på 10.000 kr., skal patienten betale 450 kr. i egetbidrag.

I model 2 sættes undergrænsen ned og egetbidraget op, så patienten skal have mindst 5.000 kr. i erstatning for at få udbetalt noget. Hvis patienten får mere end 5.000 kr., skal patienten selv betale 8,25 procent af de første 172.000 kr. af erstatningen. Hvis patienten f.eks. får tilkendt en erstatning på 10.000 kr., skal patienten betale 825 kr. i egetbidrag.

For begge modeller gælder, at egenbetalingen maksimalt vil kunne blive 14.500 kr., uanset hvor stor erstatningen bliver. Der er endnu ikke taget stilling til, om behandling af småskadesager skal genindføres.

Regionerne har oplyst ISM om, at det er u hensigtsmæssigt ressourcekrævende, hvis regioner eller Patienterstatningen igen skal behandle småskadesager. Det vil derfor være en forudsætning for accept af en ny model, at der ikke bliver småskadesager, som enten regionerne eller Patienterstatningen skal behandle.

Ministeriet vil sende lovforslaget i præhøring i september og derefter i offentlig høring i november 2025.

Politiske møder

(EMN-2025-00472)

Der har siden den 12. juni 2025 været holdt følgende møder med politisk deltagelse:

7. juli. Åbningsceremoni i forbindelse med Danmarks EU-formandskab. Anders Kühnau deltog.

19. august. Møde med ældreministeren om fremtidens ældrepleje. Anders Kühnau deltog.

Kommende arrangementer

(EMN-2025-00472)

7. september 2025

Hele landet: Åbent Hospital

18.-19. september 2025

Helsingør: Regionsudvalgsmøde

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

26 (Offentlig) Formandens meddelelser

Ulla Riel
EMN-2025-00472

Resumé

-

Indstilling

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

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

27 (Fortrolig)

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager til efterretning, at næste bestyrelsesmøde holdes torsdag den 25. september 2025 kl. 10.30-15.00 i Regionernes Hus.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

Resumé

-

Indstilling

-

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

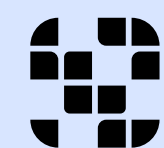
Bilag Titel:	Bilag - Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut Strategi 2025-2027
Dagsordens titel	Besøg fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Dagsordenspunkt nr	1
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



Strategi for Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Retning for kvaliteten i sundhedsvæsenet

2025–2027



Sundhedsvæsenets
Kvalitetsinstitut

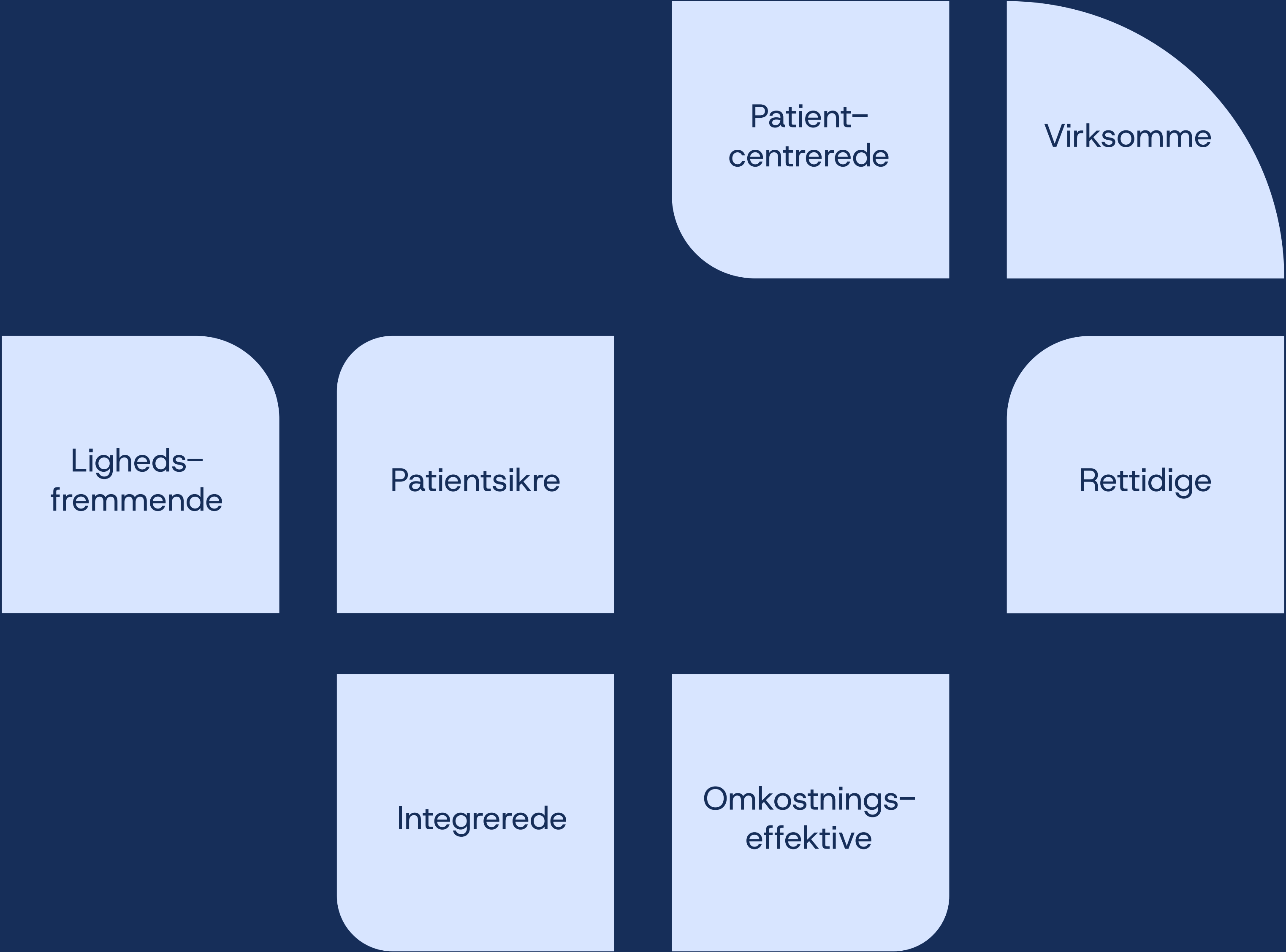
SundK sætter retning for kvaliteten i sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) bidrager til, at patienter og borgere får høj og ensartet kvalitet i sundhedsvæsenet.

Som en vigtig medspiller i den nationale sundhedsstruktur skaber SundK rammer for dialog og konsensus om god kvalitet, understøtter effektiv ressourceudnyttelse og fremmer kvalitetsudvikling på tværs af fag og sektorer gennem hele patientforløbet.

SundK sætter retning og leverer implementerbare anbefalinger og viden, der skaber forbedringer i et evidensbaseret og lærende sundhedsvæsen.

Et sundhedsvæsen med høj kvalitet leverer ydelser, der er



Fem strategiske målsætninger

2025-2027



Dialog og
samarbejde



Anvendelig
viden



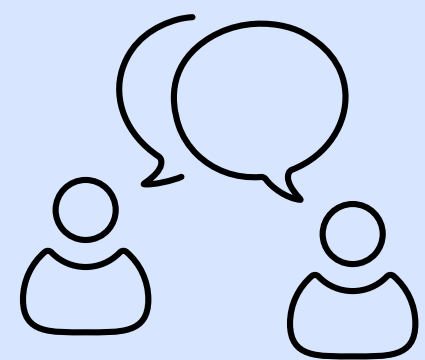
Kvalitet i hele
sundhedsvæsenet



Ansvarlig brug
af ressourcer



Trivsel, identitet
og position



Dialog og samarbejde

SundK arbejder tæt sammen med sundhedsvæsenets aktører om udvikling af kvaliteten i det samlede sundhedsvæsen.

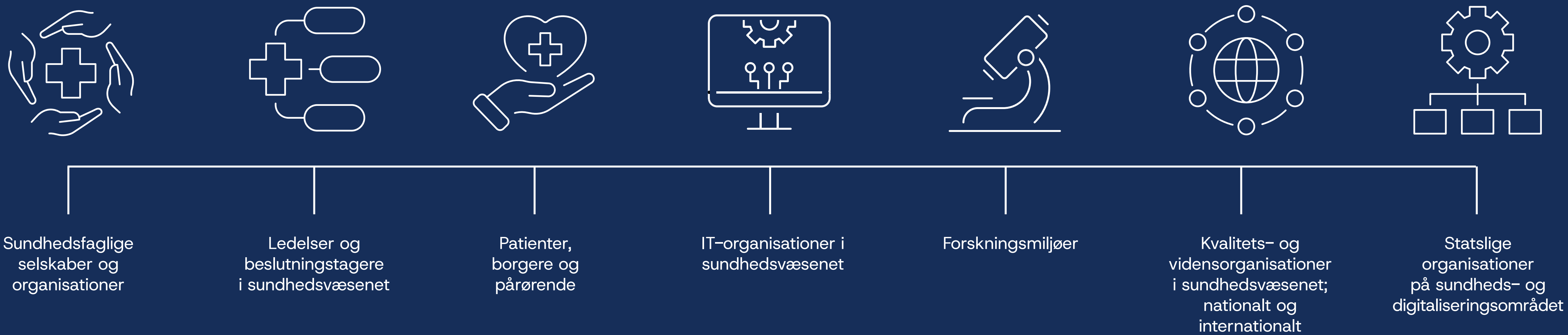
Kvalitetsudviklingen sker i et gensidigt forpligtende samarbejde med styregrupper for de kliniske kvalitetsdatabaser, forfattergrupper for landsdækkende kliniske retningslinjer og fagudvalg for vurdering af behandlingsformer.

Sammen bidrager vi til en fælles retning og helhedsorienterede løsninger, der flugter med nationale planer og dagsordener.

SundK's solide metodemæssige og analytiske kompetence samt viden om datakilder supplerer den fagspecifikke viden hos vores samarbejdspartnere, og i fællesskab leverer vi viden til kvalitetsforbedring.

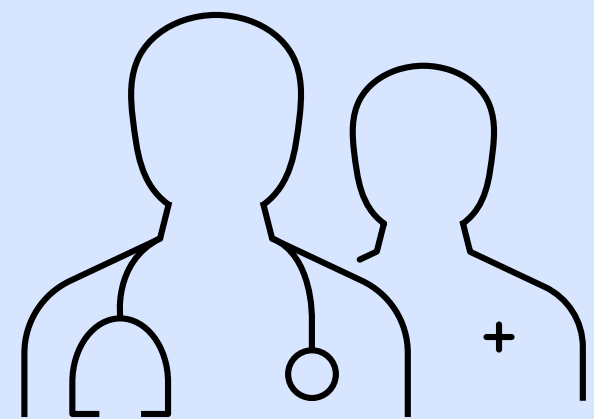


SundK samarbejder tæt med centrale aktører



Sundhedsvæsenet (definition)

Sundhedsvæsenet omfatter praksissektoren samt det kommunale og regionale sundhedsvæsen, inkl. udliciterede sundhedsydelser.



Anvendelig viden

SundK's produkter er relevante og brugbare til kvalitetsudvikling og prioritering i sundhedsvæsenet.

Vi tydeliggør områder, der har stor variation eller uhensigtsmæssigt ressourceforbrug, og vi understøtter hermed ledelser og sundhedsprofessionelle i at forbedre kvaliteten.



Data og viden fra SundK



```
graph TD; A((Data og viden fra SundK)) --- B[ ]; B --- C[Er relevante, aktuelle og baseret på høj faglighed]; B --- D[Fungerer som praktisk beslutningsstøtte]; B --- E[Er anvendelige og implementerbare]; B --- F[Skaber mulighed for fokuseret kvalitetsudvikling og kontinuerlige forbedringer]; B --- G[Understøtter deling af gode erfaringer og læring]; B --- H[Belyser geografisk og social ulighed];
```

Er relevante,
aktuelle og baseret
på høj faglighed

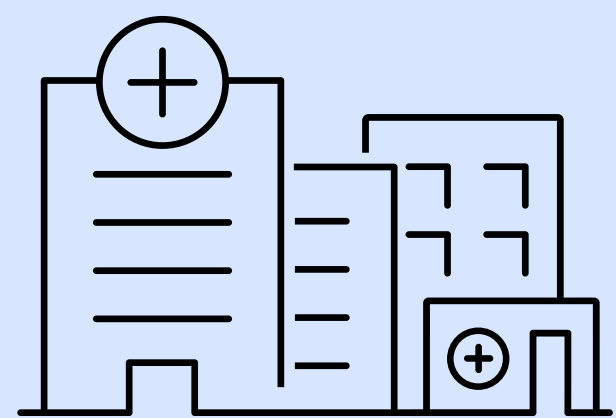
Fungerer som praktisk
beslutningsstøtte

Er anvendelige
og implementerbare

Skaber mulighed
for fokuseret
kvalitetsudvikling
og kontinuerlige
forbedringer

Understøtter deling
af gode erfaringer
og læring

Belyser geografisk
og social ulighed



Kvalitet i hele sundhedsvæsenet

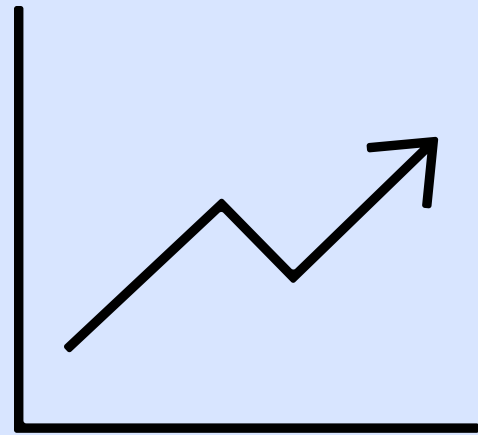
SundK understøtter kvalitetsudvikling i hele patientforløbet. Målet er høj og ensartet kvalitet samtidig med, at ydelserne tilpasses den enkelte patients behov.

Vi arbejder for en fælles forståelse af og retning for kvalitetsarbejdet på tværs af fag og sektorer.

Vi indhenter, samler og analyserer data fra alle dele af sundhedsvæsenet for at skabe faktabaserede beslutningsgrundlag.

SundK understøtter de løbende forandringer i sundhedsvæsenet med fokus på mål, læring, videndeling og udvikling af nye løsninger.





Ansvarlig brug af ressourcer

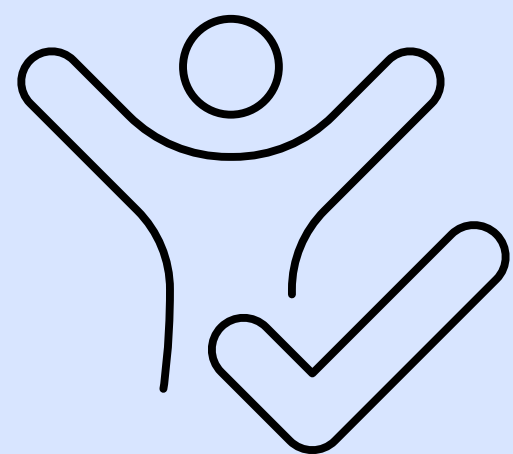
SundK medvirker til, at ressourcerne i sundhedsvæsenet anvendes dér, hvor de skaber mest mulig værdi for patienterne.

Vi bidrager til at reducere spild, udfase overflødige aktiviteter samt skabe et solidt grundlag for prioritering og individualiseret behandling.

Vores primære opgave er at identificere og understøtte tilpasninger i praksis – vi opfinder ikke alt det nye, men fokuserer på optimering og løbende forbedringer.

SundK tilstræber, at der kun registreres data, som er relevante og værdiskabende. Vi arbejder for at frigøre arbejdskraft samt sikre grundlag for vidensbaserede beslutninger.





Trivsel, identitet og position

I SundK skaber vi synergier gennem højt kompetenceniveau, faglig stolthed, tillid og arbejdsglæde.

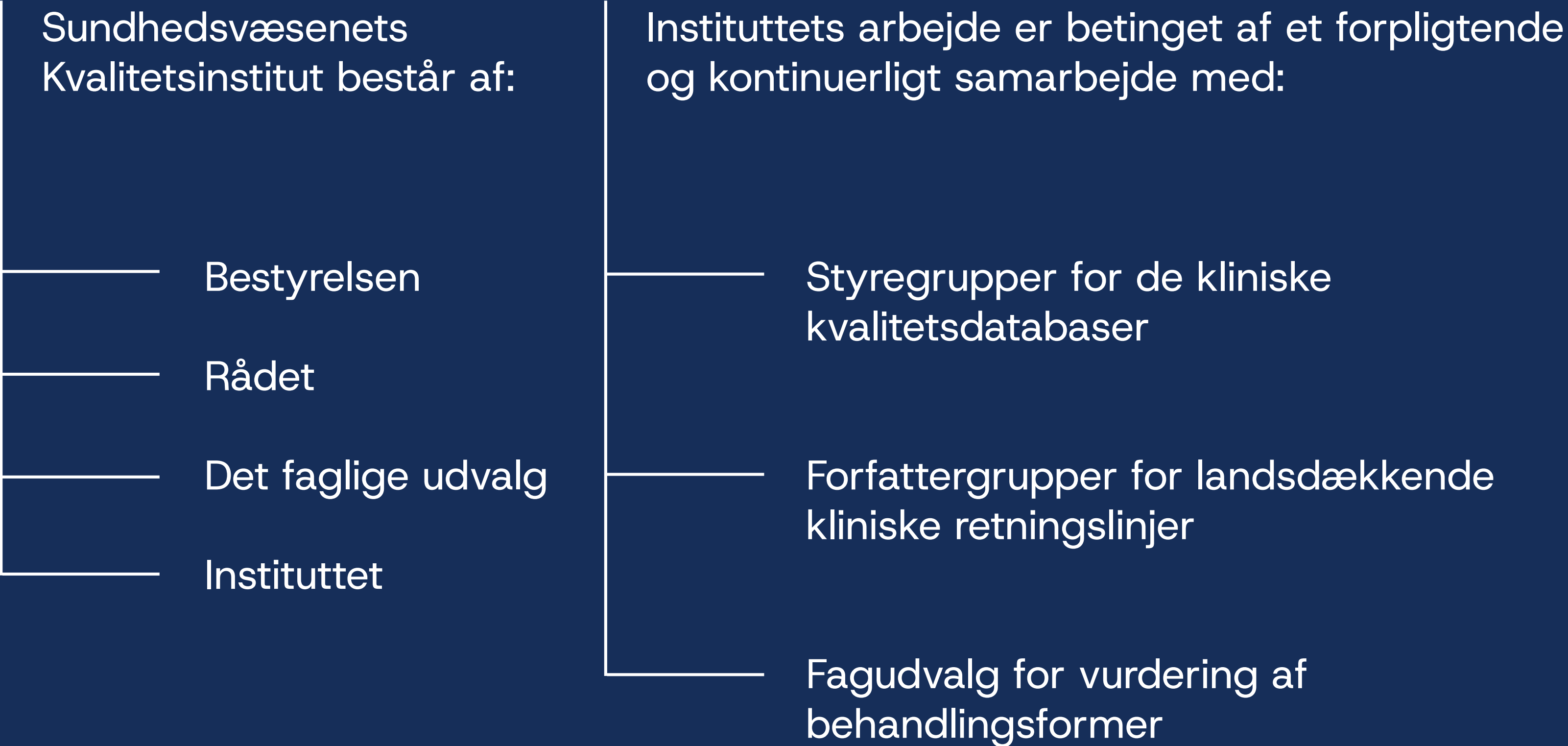
Som ny organisation fokuserer vi på at opbygge en robust og velfungerende arbejdsplads med et positivt og udviklende arbejdsmiljø, stærkt internt samarbejde samt en fælles kultur.

Gennem innovation og optimering udvikler vi effektive og smidige systemer, der styrker opgaveløsningen i SundK.

Vores faglighed, kultur og evne til at optimere er grundlaget for, at SundK er en relevant og værdiskabende aktør i sundhedsvæsenet.



Hvem er vi?



Bestyrelsen har 12 medlemmer og 2 observatører.
Rådet har 17 medlemmer.

Instituttets arbejde varetages af ca. 150 medarbejdere med mange fagligheder på tværs af hele landet med kontorer i

Aarhus, Aalborg, Odense og København.

Arbejdet sker i tæt samarbejde med stående styregrupper, forfattergrupper og fagudvalg fra faglige miljøer i hele sundhedsvæsenet.

Arbejdet involverer flere tusinde sundhedsprofessionelle. Desuden nedsættes konkrete udvalg til specifikke opgaver.

Bilag Titel:	Oplæg til ny model for specialeplanlægning (Sundhedsstyrelsens udkast af 6. juni)
Dagsordens titel	Fremtidens specialeplanlægning
Dagsordenspunkt nr	11
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



Udkast_Oplæg til ny model for specialeplanlægning (6. juni)



[Forside undertitel]

Udkast_Oplæg til ny model for specialeplanlægning (6. juni)
[Forside undertitel]

© Sundhedsstyrelsen, 2025.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: [xx]
Den trykte versions ISBN: [xx]
ISSN: [xx]

Sprog: Dansk
Version: [xx]
Versionsdato: [x.xx.xxxx]
Format: pdf
Foto: [Tekst] - og;

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
[Måned og år]

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	3
1. Introduktion	4
1.1. Kort om specialeplanlægning i dag.....	4
1.2. Behovet for en ny model.....	6
1.3. Specialeplanlægning som en del af national sundhedsplan	7
2. Oplæg til ny model for specialeplanlægning	10
2.1. Konsolidering af elementer i model	10
2.2. Justering af elementer i model.....	11
3. Bilagsfortegnelse	19
Bilag 1: Proces- og tidsplan for revision af specialeplanen	20
Bilag 2: Kommissorium for arbejdsgruppen vedr. fremtidig specialeplanlægning	23

1. Introduktion

I det følgende beskrives Sundhedsstyrelsens oplæg til en ny model for specialeplanlægning, som kan danne rammen for den fremtidige regulering af de mest specialiserede sygehusfunktioner i Danmark. I oplægget beskrives hvilken bevægelse den nye model giver anledning til, hvilke dele af den eksisterende model, der foreslås at fastholde (konsolideres) og hvilke der foreslås justeret.

Sundhedsstyrelsen har i udviklingen af oplæg til en ny model for specialeplanlægning fået rådgivning fra en arbejdsgruppe. Kommissorium for arbejdsgruppen fremgår af bilag 1. Derudover har Sundhedsstyrelsens inddraget Sundhedsstyrelsens Regionale Baggrundsgruppe for Specialeplanlægning og det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning, som består af repræsentanter fra de lægevidenskabelige selskaber, sygeplejefagligt selskab, Danske Regioner, de fem regioner samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Af bilag 1 fremgår endvidere den samlede tentative proces- og tidsplan for revisionen af specialeplanen, herunder de enkelte faser samt hvornår der opnås en effekt af arbejdet i sundhedsvæsenet og for patienterne.

1.1. Kort om specialeplanlægning i dag

De seneste årtiers fokus på specialisering og centralisering i sygehusvæsenet har bidraget til store forbedringer af behandlingskvaliteten, hvilket også har været afspejlet i en stigning i overlevelsen blandt fx kræft- og hjertepatienter. Specialeplanlægning har været et væsentligt styringsredskab til at sikre disse kvalitetsforbedringer. Siden 2007 har Sundhedsstyrelsen fastsat krav til varetagelsen af de specialiserede sygehusfunktioner og godkendt hvilke sygehuse, der kan varetage funktionerne. Der er tale om et mindre udsnit af den samlede sygehusaktivitet¹, som reguleres af Sundhedsstyrelsens specialeplan. Det drejer sig om de komplekse, sjældne og/eller ressourcekrævende funktioner, som kræver særlig ekspertise, tæt samarbejde mellem mange forskellige lægelige specialer og/eller et særligt set-up. Udgangspunktet for specialeplanlægningen er, at 'øvelse gør mester'. Det betyder, at en funktion kun bør varetages få steder, for at sikre, at der er den fornødne og hensigtsmæssige viden, rutine, erfaring og volumen, samt de nødvendige faciliteter til at funktionen kan varetages med høj kvalitet. Fælles for specialfunktionerne er, at de hver især dækker over mindre patientgrupper, hvor der derfor er fordele ved at samle aktiviteten på færre sygehusematrikler, netop for at styrke kompetencerne til at varetage behandlingerne, og dermed den faglige kvalitet i tilbuddet til patienten, men også for at sikre en effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet.

Den faglige udvikling påvirkes af den videnskabelige og teknologiske udvikling, der medfører, at der løbende kommer nye behandlingsmuligheder, herunder bl.a. personlig medicin og nye kirurgiske metoder. Nogle af disse vil være særligt komplekse og omkostningstunge. Det betyder også, at specialeplanlægning er et redskab til at regulere, om og hvordan komplekse og omkostningstunge nye behandlinger indføres i Danmark, eller om patienterne i stedet skal tilbydes behandlingen i udlandet. Specialeplanlægning er dermed også et redskab, der kan sikre, at der opnås erfaringer med et behandlingstilbud et sted i en dansk kontekst, før det bredes mere ud. Specialeplanen fungerer altså også som "gatekeeper" i forhold til etablering af komplekse og

¹ Sundhedsstyrelsen har tidligere estimeret, at de funktioner, der er reguleret i specialeplanen, udgør ca. 10 % af den samlede sygehusaktivitet. Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at estimere den præcise andel, da det i dag ikke er muligt at isolere specialfunktioner i de nationale registre (LPR, DRG-takster)

omkostningstunge behandlinger i sundhedsvæsenet, således at udviklingen ikke drives af fx faglig eller lokalpolitiske interesser, men bliver en national afvejning af faglige hensyn, kapacitet og ressourcer.

Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning bidrager således til, at varetagelsen af de specialiserede sygehusfunktioner i Danmark sker efter en national afvejning af faglige hensyn, kapacitet og ressourcer. Boks 1 beskriver kortfattet Sundhedsstyrelsens nuværende model for specialeplanlægning².

Boks 1: Sundhedsstyrelsens nuværende specialeplanlægning

Sundhedsloven

Ifølge sundhedslovens § 208 fastsætter Sundhedsstyrelsen krav til specialfunktioner (i loven benævnt lands- og landsdelsfunktioner) på regionale og private sygehuse og godkender der placeringen af specialfunktioner på sygehuse. Sundhedsstyrelsen har dermed den lovgivningsmæssige kompetence til at oprette og nedlægge specialfunktioner, samt til at tildele og fratage godkendelser af varetagelsen af specialfunktioner. Sundhedsstyrelsen skal i forbindelse med specialeplanlægningen inddrage Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning, der består af regionerne, lægevidenskabelige og sygeplejefaglige selskaber, Danske Regioner og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Niveauer af sygehusfunktioner

Der er to niveauer i Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning, i loven kaldet lands- og landsdelsfunktioner, som er oversat til højt specialiserede funktioner og regionsfunktioner. Derudover har der i begrænset omfang været anvendt udviklingsfunktioner, når der er et helt særligt behov for en landsdækkende tæt opfølgning af en specialfunktion, der er uafklaret, fx med hensyn til anvendelsesområder, indikationer, faglige forudsætning mv. Regionsfunktioner, er typisk er placeret 1-3 steder i hver region, og højt specialiserede funktioner, er typisk er placeret 1-3 steder i landet. Hovedparten af sygehusaktiviteten betegnes hovedfunktionsniveau, hvor styrelsen udarbejder anbefalinger, men ikke definerer krav til varetagelsen.

Krav til varetagelse af specialfunktioner

Sundhedsstyrelsen stiller i dag en række krav til varetagelsen af specialfunktioner (generelle, specialespecifikke og funktionsspecifikke), herunder:

- 1) *Kapacitet og robusthed*: Antallet af speciallæger, som kan varetage den givne funktion (som udgangspunkt stilles der krav om 3 speciallæger)
- 2) *Aktivitet, erfaring, ekspertise*: Antallet af udførte operationer, procedurer, patientforløb for at fastholde rutinen og kompetencerne til at varetage funktionen. Derudover kan der være krav til tværgående funktioner, akutberedskab og sammenhæng til varetagelsen af andre specialfunktioner
- 3) *Kompetencer*: Krav til personale, som kan varetage funktionen – både speciallæger men også plejepersonale og andre faggrupper med de relevante specifikke kompetencer til at varetage funktionen
- 4) *Samarbejdende specialer*: Krav om samarbejdende specialer, hvor det er relevant for varetagelsen af specialfunktionen. Betyder ofte, at specialfunktioner samles på et begrænset antal sygehuse, idet specialfunktioner ofte forudsætter en bred vifte af samarbejdende specialer og faciliteter
- 5) *Udvikling*: Krav til forskning, udvikling og uddannelse.

Specialeplanen og antal funktioner

Sundhedsstyrelsens krav til varetagelse af specialfunktioner og godkendte sygehuse fremgår af de enkelte specialevejledninger. Der er i alt 37 specialevejledninger bestående af vejledninger for 35 lægefaglige specialer, et tandlægespecialer samt en specialevejledning med tværgående funktioner. De 37 specialevejledninger udgør tilsammen den nationale specialeplan. Specialevejledningerne er juridiske bindende dokumenter. Den første specialeplan blev udarbejdet i 2009 og revideret i 2017. Derudover er der sidenhen løbende justeret i de enkelte specialevejledninger. Der er i dag ca. 1.000 funktioner, der reguleres af Sundhedsstyrelsens specialeplan, heraf ca. 330 regionsfunktioner og ca. 670 højt specialiserede funktioner. Sundhedsstyrelsen laver en årlig opfølgning blandt de offentlige og private sygehuse, der er godkendt til at varetage funktionerne.

² [Begreber, principper og krav til specialeplanlægning - Sundhedsstyrelsen](#)

1.2. Behovet for en ny model

Den nuværende model for specialeplanlægning blev formaliseret med sundhedsloven i 2007, og afspejler som styringsinstrument de udfordringer, der på daværende tidspunkt var fokus på at løse: Behov for kvalitetsløft i den specialiserede behandling, fem regioner som skulle etablere og udvikle deres respektive sygehusplaner med reduktion i antallet af sygehuse og samling af funktioner på større akutsygehuse, og hvor ikke alle regioner stod lige stærkt. Der var derfor behov for en vis styring af specialfunktionerne, ligesom det var nødvendigt med en klar styring omkring rammerne for placering af specialfunktioner på de enkelte sygehusematrikler.

Sundhedsvæsenet, herunder sygehusstrukturen, har udviklet sig meget siden. Der er sket en faglig udvikling, herunder en udvikling forårsaget af nye behandlingsmæssige og teknologiske muligheder, byggerier af de nye akutsygehuse er mange steder færdiggjort og de resterende nærmer sig afslutningen, og regionernes sygehusplaner med samling af funktioner er derved tæt på at være realiserede. Dette skal ses i sammenhæng med den demografiske udvikling, med et stigende antal ældre borgere, mange lever længere med sygdom, og der er flere patienter med multisygdom, hvilket betyder at behovene for sundhedsydelser har ændret sig. Denne udvikling forventes at fortsætte parallelt med at behandlingsmulighederne også udvikler sig, og tilsvarende forventningerne fra befolkningen.

Samtidig oplever sundhedsvæsenet udfordringer i forhold til at sikre sammenhæng på tværs af sundhedstilbud både indenfor og på tværs af sektorgrænser, samt i forhold til mangel på og fordeling af sundhedsprofessionelle i nogle specialer og landsdele.

Specialeplanen har med dens fokus på specialisering og samling af erfaring og behandlingssteder, medvirket til et kvalitetsløft for patienter med behov for specialiserede indsatser. Specialeplanen har dog også potentielle utilsigtede konsekvenser, fx forskydning af opmærksomhed og ressourcer væk fra det som flest fejler, og hvor der er størst volumen på sygehusene - hovedfunktionsniveauet. Det har bl.a. vanskeliggjort rekruttering og faglig udvikling i den almindelige sygehusdrift. Derudover har specialeplanens fokus på at sikre kvaliteten i varetagelsen af de enkelte specialfunktioner til tider vægtet højere end at understøtte sammenhængen i patientforløb på tværs af specialer og sektorer. Der har i den nuværende model således været meget fokus på specialefaglig kvalitet, mens kvaliteten i det samlede patientforløb og nærhed i patientforløbet ikke i lige så høj grad har været et fokus. Samtidig har den løbende drift af specialeplanen i sin nuværende form, genereret et stort administrativt ressourcetræk i regioner og i Sundhedsstyrelsen.

Der er derfor behov for at, den fremtidige specialeplan i højere grad understøtter sammenhængende patientforløb, og mulighederne for, at opgaver i højere grad rykkes tættere på borgerne og fx varetages på hovedfunktionsniveau med rådgivning fra det specialiserede niveau eller i primær sektor med specialistrådgivning fra sekundær sektor. Specialeplanen bør understøtte sammenhæng i sundhedsvæsenet både internt på eksempelvis sygehusområdet og på tværs af sygehus, almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen. Samtidig er der behov for en generel omstilling af sundhedsvæsenet, både fsva. kliniske og administrative ressourcer.

Sundhedsstyrelsen er forpligtet til løbende at revidere specialeplanen, og der er behov for et styringsredskab, der flugter med den ønskede udvikling af sundhedsvæsenet samt sundhedsvæsenets øvrige styringsredskaber. Dette er baggrunden for ønsket om en ny model for specialeplanlægning.

Boks 2: Terminologi

I den videre beskrivelse af ny model for specialeplanlægning, vil betegnelserne "landsfunktioner og landsdelsfunktioner" blive anvendt, fremfor de nuværende betegnelser regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner". Denne begrebsændring sker for at imødegå udfordringer forbundet med forskellige definitioner og anvendelse af betegnelsen 'specialiseret'. Meget af det der foregår i sundhedsvæsenet kan betegnes som specialiseret, men ikke specialiseret i specialeplanlægningskonteksten, hvilket har medført en del forvirring/uklarhed om hvornår regioner selv kan planlægge behandlinger og hvornår styrelsen skal involveres.

1.3. Specialeplanlægning som en del af national sundhedsplan

Udfordringerne med bl.a. ventelister, personalemangel og udsigten til flere borgere med behov for pleje og behandling har bl.a. medført, at der de seneste år har været nedsat to kommissioner: Robusthedskommissionen og Sundhedsstrukturkommissionen, der afrapporterede i hhv. 2023 og 2024. Samtidig har Sundhedsstyrelsen udarbejdet oplæg til revision af den lægelige videreuddannelse (LVU). Dette kulminerede i aftalen om Sundhedsreformen fra 2024.

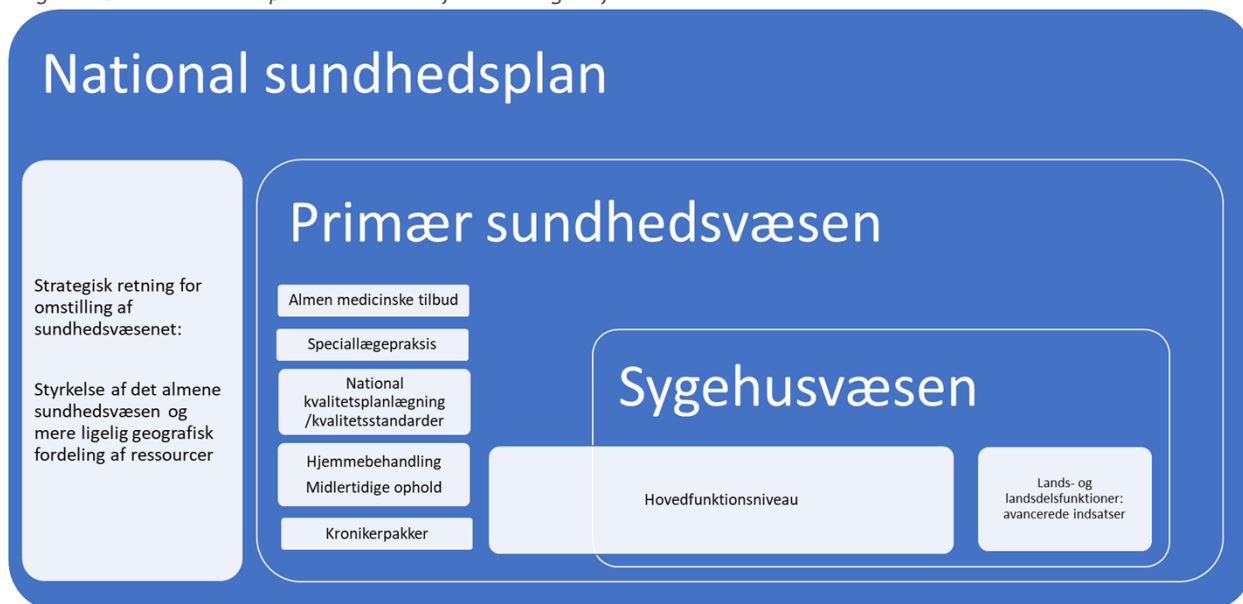
De store geografiske forskelle på sygdomsbyrde og fordeling af lægeressourcer på tværs af landet, den skæve fordeling mellem væksten i sygehusvæsenet og væksten i sundhedstilbud uden for sygehusene, er baggrunden for, at der i den politiske aftale om en Sundhedsreform 2024 er fokus på tilgængelighed til sundhedstilbud og fordeling af ressourcer på tværs af landet og en omstilling til et mere nært sundhedsvæsen. Her introduceres national sundhedsplan som et nyt nationalt styringsredskab til at sikre den ønskede udvikling.

Den nationale sundhedsplan skal sætte retning for og medvirke til udvikling af de forskellige styringsredskaber i sundhedsvæsenet, herunder bl.a. specialeplanlægning, den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse af det almenmedicinske tilbud og revision af den lægelige videreuddannelse (LVU).

Ved revision af den lægelige videreuddannelse skabes forudsætninger for, at fremtidens speciallæger får tilstrækkelig faglig bredde og generalistkompetencer, så de kan arbejde alsidigt og forholde sig til en stor del af patienternes problemstillinger, der knytter sig til multisygdom. Efter endt hoveduddannelse, skal fremtidens speciallæger kunne varetage specialiets kerneopgaver, opgaver i beslægtede specialer, generalistopgaver og basale opgaver. Der vil derfor fremadrettet være mindre fokus på at oparbejde specialviden/ekspertviden igennem speciallægeuddannelsen, som dermed i stedet skal opnås gennem efteruddannelse. Denne ændring af speciallægeuddannelsen kan have betydning for, hvor/hvilke afdelinger speciallægerne kan uddannes på, da lægerne fremadrettet ikke nødvendigvis skal forbi afdelinger med landsfunktioner. Ændringen vil kunne medvirke til at mindske koncentrationen af speciallæger på det specialiserede niveau, da de fremtidige speciallæger i højere grad oplæres til bredere funktioner i specialerne, der varetages på flere sygehuse, og dermed ført opnår kendskab til det specialiserede i forbindelse med eventuel efteruddannelse på en afdeling. I forhold til specialeplanlægning vil den nye speciallægeuddannelse medføre, at der fra regionerne skal være større fokus på at sikre efteruddannelse af læger til de specialiserede funktioner, for at kunne opretholde kompetencer og sikre robusthed.

Figur 1 illustrer, hvordan national sundhedsplan fremadrettet vil danne rammen for udviklingen af det samlede sundhedsvæsen, herunder at specialplanlægning alene udgør ét element blandt flere.

Figur 1: National sundhedsplan som rammen for udviklingen af det samlede sundhedsvæsen



Specialeplanlægning skal således ses som ét af flere styringselementer, som hver især har et forskelligt fokus, men som i samspil skal understøtte den ønskede udvikling i det samlede sundhedsvæsen, og hvor specialeplanlægning skal sikre, at patienterne modtager høj faglig kvalitet i de specialiserede sygehusfunktioner.

Da specialeplanlægning alene omfatter de allermest komplekse, sjældne eller dyre sygehusbehandlinger, vil det således ikke være dette styringsredskab, der alene er drivende for omstillingen. Omvendt er det vigtigt, at specialeplanlægningen understøtter den ønskede udvikling i det samlede sundhedsvæsen (figur 2).

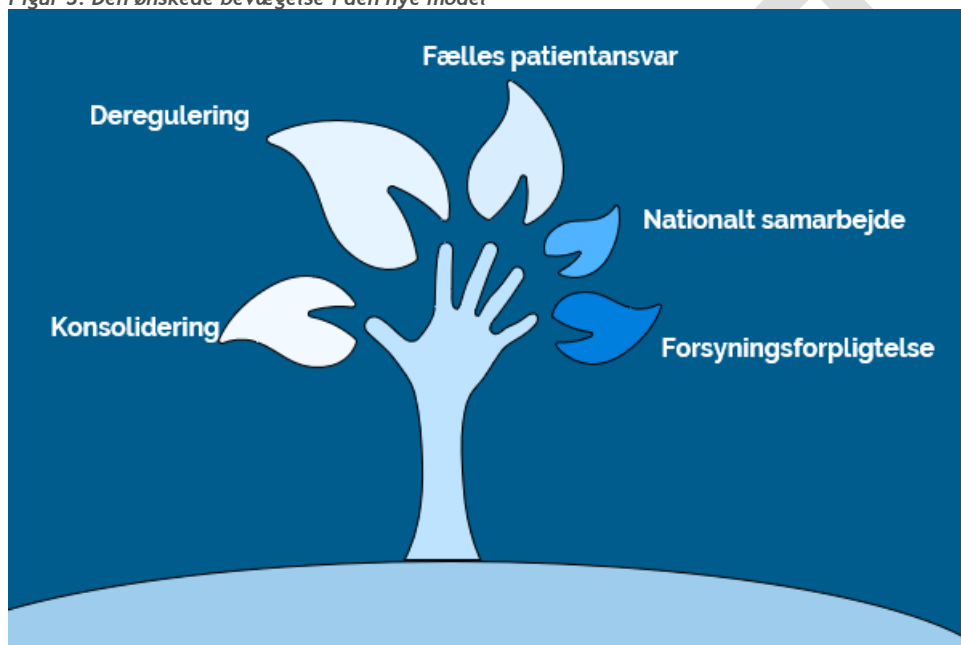
Figur 2: Sammenhæng mellem styringsredskaber



2. Oplæg til ny model for specialeplanlægning

Nedenfor følger Sundhedsstyrelsens oplæg til en ny model for specialeplanlægning. I udarbejdelsen af oplægget, har der været fokus på at specialeplanens positive effekt på at den faglige kvalitet af de allermest specialiserede sygehusfunktioner i Danmark fastholdes, men at der samtidig er behov for tilpasning af modellen, så den understøtter den ønskede udvikling i det samlede sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen har i arbejdet med en ny model identificeret fem ønskede bevægelser, som er illustreret i figur 3.

Figur 3: Den ønskede bevægelse i den nye model



Der indledes med en beskrivelse af, hvilke elementer fra den nuværende model, der lægges op til at fastholde/konsolidere. Herefter beskrives de nye elementer, der lægges op til, herunder deregulering, fælles patientansvar, nationalt samarbejde og forsyningsforpligtelse.

2.1. Konsolidering af elementer i model

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at en række af elementerne i den nuværende model skal bevares for at fastholde de forbedringer i behandlingskvaliteten på det specialiserede niveau på sygehusene, der er opnået igennem de seneste årtier, og for at sikre, at der fortsat er fokus på yderligere udvikling og forbedring af den nuværende kvalitet.

Faglig kvalitet som bærende element

Patienterne skal modtage specialiseret sygehusbehandling af høj og ensartet *faglig kvalitet*, hvilket fortsat er det bærende element og formål - også i en ny model for specialeplanlægning. En forudsætning for høj faglig kvalitet er robuste fagligt bæredygtige miljøer med tilstrækkelige kompetencer, der kan måle sig med international standard, og som sikrer fremdrift i udvikling, forskning og uddannelse. En anden forudsætning er, at patienter tilbydes behandling rettidigt - da lange ventetider ikke er god kvalitet, hvilket betyder, at den nye model derfor samtidig skal understøtte tilstrækkelig kapacitet og dermed forsyningssikkerhed. Det vil bidrage til at modvirke geografisk ulighed, og til at der ikke opstår for lang ventetid til behandling.

To funktionsniveauer

For at give fleksibilitet ift. at flytte patienter mellem funktionsniveauer undervejs i deres behandlingsforløb samt for at modvirke opdrift mod højeste funktionsniveau, vurderes det hensigtsmæssigt at bevare *to specialiseringsniveauer* hhv. landsfunktionsniveau og landsdelsfunktionsniveau. Flere funktionsniveauer på sygehusene gør det lettere at deregulere en behandling fra et højere niveau til et lavere, og at specialiseringsgraden kan øges ved behov, mens direkte opdrift fra hovedfunktionsniveau til landsfunktioner kan undgås. Flere niveauer giver således en fleksibilitet ift. at flytte en patient mod højere eller lavere funktionsniveau, mens færre niveauer kan virke bevarende og skabe en opdrift mod landsfunktionsniveauet. Tilsvarende forventes flere niveauer at smidiggøre en generel deregulering.

Uændret regulering ift. landsfunktioner

Sundhedsstyrelsen vil i den nye model for specialeplanlægning, forsat have den overordnede kompetence til at definere hvad der er landsdels- og landsfunktioner samt stille krav til varetagelsen. Særligt for landsfunktionerne, er der nationale hensyn i forhold til geografisk placering, samarbejde, ressourceudnyttelse mv., samt til at sikre høj faglig ensartet kvalitet. Derfor fastholdes den eksisterende *regulering ift. landsfunktioner*, hvor Sundhedsstyrelsen både placerer og godkender konkrete sygehuse til at varetage funktionerne.

Fortsatte krav til varetagelse

I den nye model for specialeplanlægning vil der fortsat være en række krav, der skal overholdes ved varetagelsen af specialfunktioner. Der vil, som i dag, fortsat være både *generelle krav (sundhedsfaglige kernekrav og øvrige krav)*, *specialespecifikke krav* og *funktionsspecifikke krav*, således at fx krav til volumen, kompetencer, samarbejdende specialer, forskning m.fl. fastholdes. Kravene er centrale for at understøtte formålet med specialeplanlægning.

2.2. Justering af elementer i model

Som tidligere beskrevet, er der behov for, at den nuværende model opdateres og tilpasses på baggrund af de hidtidige erfaringer, så den kan imødekomme patienternes behov, den ønskede udvikling i sundhedsvæsenet, og samtidig harmonere med andre regulerings- og styringsmekanismer.

I det følgende beskrives først hvordan faglig kvalitet som bærende element foreslås suppleret med fokus på tilgængelighed/nærhed og sammenhæng, derefter gennemgås forslag til hvilke parametre der kan justeres for at opnå den ønske effekt, herunder deregulering og supplerende krav til varetagelsen.

Tilgængelighed og nærhed

For patienten vil tilgængelighed og nærhed til behandling på et sygehus være kvalitet i sig selv, idet stor afstand kan opleves som en barriere, der i værste fald afholder patienten fra at søge eller tage imod et behandlingstilbud. Derfor skal specialeplanlægning understøtte, at patienter kan modtage relevant behandling tæt på hvor de bor, når det *ikke* er på bekostning af den faglige kvalitet. Den nye model, skal derfor understøtte tilgængelighed og nærhed i patientforløbet. For at det skal lykkes, skal der være fokus på, at kun den del af patientforløbet, der er absolut nødvendig at samle pga. kompetencer, udstyr eller lignende samles, og at den resterende del kan foregå tættere på patienten fx på andet sygehus tæt på patienten, evt. via virtuelle løsninger fra det specialiserede niveau.

Sammenhæng

Oplevelsen af sammenhæng i patientforløbet er et væsentligt kvalitetsparameter både for patienter og klinikere. Den nye model skal bidrage til sammenhæng ved, at der ved varetagelse af behandlingen af den enkelte patient er fokus på at understøtte behandling på lavere funktionsniveau (vertikalt) og på samarbejde på gruppeniveau med korresponderende behandlingsindsatser på specialfunktionsniveau (horisontalt). Dette forudsætter rådgivning og udveksling af information fra sygehuse, der varetager specialfunktioner, til andre sygehuse, almen praksis, kommuner og andre aktører involveret i patientforløbet.

2.2.1. Deregulering

Deregulering af funktioner

Specialeplanlægning er et omfattende styringsredskab, og der lægges op til, at specialeplanen fremover skal omfatte en mindre del af sygehusaktiviteten, således at det kun anvendes, hvor der er størst behov for national regulering. Dette vil medføre et større regionalt råderum til planlægning af den resterende sygehusaktivitet. Hvor nuværende højt specialiserede funktioner og regionsfunktioner, som udgangspunkt, placeres 1-3 og 5-15 steder i landet, vil de færre specialfunktioner i en fremtidig specialeplan, som udgangspunkt, placeres hhv. 1-3 og 4-8 steder i landet. Funktioner der kan varetages på flere steder i landet end dette, vil ofte kunne kategoriseres som hovedfunktion, hvor det overlades til den regionale planlægning at beslutte fordelingen af funktionerne ud fra hensyn de samme hensyn, som gælder i specialeplanlægningen i form af både kvalitet, nærhed, volumen og fornuftig ressourceudnyttelse mv. Denne udvikling kan ske, da vi har et konsolideret sygehuslandskab, og at regionerne igennem de seneste årtier har oparbejdet en solid erfaring, der gør at der ikke er samme behov for regulering via specialeplanen. Hvor smalt og bredt en funktion kan placeres vil afhænge af en individuel faglig vurdering.

Sundhedsstyrelsen har allerede igangsat en såkaldt en-bloc deregulering, hvor styrelsen vil foretage en vurdering af om en række udvalgte funktioner kan dereguleres på nuværende tidspunkt. De funktioner der vurderes er funktioner der i dag bl.a. er godkendt på mere end 8 matrikler, og som jf. den nye models skærpede kriterier for hvornår en behandling kan omfattes af specialeplanen, formentlig ikke fremadrettet vil skulle omfattes af specialeplanen. En forventet yderligere deregulering vil finde sted i forbindelse med selve revisionen af specialevejledningerne.

Ved at fokusere styringsredskabet til de allermest avancerede, sjældne, dyre sygehusbehandlinger, betyder det, at færre patienter vil være omfattet af fremtidens specialeplan. Samtidig vil der i forbindelse med gennemgang af de enkelte specialer være fokus på, at nogle behandlinger vil flyttes fra landsfunktionsniveau til landsdelsfunktionsniveau, og andre fra landsdelsfunktionsniveau til hovedfunktionsniveau, samt at kun den

del af patientforløbet, der er absolut nødvendig at samle pga. kompetencer, udstyr eller lignende, samles i specialfunktioner. Det specialiserede niveau vil dermed mindskes fremadrettet.

Endelig kan det overvejes om antallet af specialfunktioner kan reduceres yderligere, ved i højere grad, hvor det vurderes fagligt relevant, at gruppere funktioner og dermed gøre funktionsbeskrivelserne mere overordnede, fremfor eksempelvis kun at rumme en enkelt specifik diagnose eller procedure. Det vil dog alene medføre en reduktion i antal funktioner og ikke en reduktion i antal patienter omfattet af funktionerne. Hvorvidt funktioner kan grupperes skal vurderes i forbindelse med den faglige revision af specialevejledningerne.

Afledte konsekvenser af den foreslåede ændring

Dereguleringen af sygehusbehandlinger til hovedfunktionsniveau giver større handlerum for regionerne, hvilket giver mulighed for en mere dynamisk regional planlægning ved behov for forandring. Det vil også medvirke til at skabe større mulighed for udnyttelse af den samlede sygehuskapacitet inkl. kapacitet på privathospitaler, da regionerne frit vil kunne anvende privat aktører ved fx kapacitetsudfordringer og problemer med at overholde patientrettighederne, uden involvering fra Sundhedsstyrelsen. Dette kan være til gavn for patienten, idet fx ventetid til en behandling hurtigere kan reduceres. Det vil samtidig medføre en afbureaukratisering, da regionerne ikke vil skulle ansøge Sundhedsstyrelsen om varetagelse af de pågældende funktioner, ligesom sagsbehandling af ansøgninger og løbende justeringer mv. i Sundhedsstyrelsen vil bortfalde. En gruppering af specialfunktionerne vil medføre en mindre arbejdsbyrde i ansøgningsprocessen i regioner og Sundhedsstyrelsen, da der vil være færre funktioner, der skal ansøges om.

Ved at foretage en deregulering fra specialfunktionsniveau til hovedfunktionsniveau bortfalder de specifikke krav for varetagelsen af funktionen, fx krav om samarbejdende specialer, vagtberedskab/tidsspecifik assistance fra speciallæge, for bred placering (fx uden for sygehuse) mv.. Der er i de faglige miljøer en bekymring for opretholdelse af den faglige kvalitet i de nogle af de behandlinger, der dereguleres. Det er i den sammenhæng væsentligt at se specialeplanen som styringsredskab til at understøtte kvalitet i sammenhæng med øvrige styringsredskaber i sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsen kan bl.a. udarbejde anbefalinger til hovedfunktionsniveauet, der understøtter kvaliteten, og det forventes, at anbefalingerne som udgangspunkt overholdes. I de gældende specialevejledninger er der allerede beskrevet nogle anbefalinger til hovedfunktionsniveauet. Indholdet og omfanget af disse anbefalinger varierer dog fra vejledning til vejledning. Sundhedsstyrelsen lægger derfor op til, at udvide afsnittet om hovedfunktionsniveauet i specialevejledningerne, således at afsnittet indeholder mere konkrete anbefalinger til varetagelsen af specifikke behandlinger/områder mv. hvis dette vurderes nødvendigt. Dette kunne være anbefalinger til samarbejde med andre specialer, behovet for særligt sygehus-setup eller andet. Derudover kan yderligere styringsredskaber være med til at understøtte kvaliteten, herunder Sundhedsstyrelsens rådgivningsforpligtigelse i forhold til regionernes sundhedsplaner, jf. § 206 stk. 2 i sundhedsloven, samt nationale faglige kliniske retningslinjer som udarbejdes af bl.a. de lægevidenskabelige selskaber.

Regionerne arbejder endvidere til dagligt med kvalitet og kvalitetssikring på deres sygehuse, herunder også særligt på hovedfunktionsniveau, som udgør min. 90 % af al behandling på sygehuse. Funktioner der dereguleres til hovedfunktionsniveau vil derfor, som al anden behandling, indgå i regionernes vanlige arbejde med kvalitet og kvalitetssikring.

Deregulering af styring

Der vil fortsat - og netop også i en ny struktur - være behov for national regulering af landsdelsfunktionerne. I den nye model foreslås reguleringen af landsdelsfunktionerne dog ledsaget af større planlægningsmæssigt råderum for regionerne ved, at Sundhedsstyrelsens regulering af landsdelsfunktionerne ændres og mindskes.

Det vil fortsat være Sundhedsstyrelsen, der har den overordnede kompetence til at definere hvad der er landsdels- og landsfunktioner samt stille krav til varetagelsen af disse. Men som del af dereguleringen, lægges der op til, at regionerne fremadrettet selv skal placere og foretage evt. flytninger af landsdelsfunktioner på deres sygehuse, uden Sundhedsstyrelsens vurdering og godkendelse. Samtidig vil der blive set på forståelsen af 'matrikelbindingen', så det forstås bredere end i den nuværende model, herunder om placeringen af landsdelsfunktioner kan ske til en sygehusorganisation (Amager og Hvidovre Hospital) og ikke en specifik matrikel i sygehusorganisationen (Amager og Hvidovre Hospital, Amager). Placeringerne skal ske med udgangspunkt i veldefinerede krav, som regionerne skal opfylde, herunder også forventning til antal placeringer i hver region. Regionerne vil fortsat skulle orientere Sundhedsstyrelsen om placeringen af landsdelsfunktioner, ligesom de vil kunne bede om Sundhedsstyrelsens vurdering og rådgivning, eksempelvis hvis der er behov for et nationalt blik på varetagelsen, herunder fx med en aftalt monitorering på udvalgte data i en periode. Tilsvarende vil Sundhedsstyrelsen, såfremt der findes anledning dertil, ved tvister eller bekymring for varetagelsen, kunne gå fagligt ind og vurdere et område/funktion, og herefter evt. anmode regioner og private aktører om at foretage ændringer, for at sikre kvaliteten i behandlingen.

Sundhedsstyrelsen vil fortsat have sanktionsmuligheder, i form af fratagelse af landsdelsfunktioner, hvis en region ikke kan overholde de krav der er stillet for varetagelsen af funktionen, og vil kunne gå ind og træffe endelig beslutning om placering af en funktion, såfremt der er uenighed internt i en region eller regionerne imellem.

Afledte konsekvenser ved den foreslåede ændring

Den beskrevne ændring er fortsat med til at sikre høj faglig kvalitet for patienten, da regioner og private aktører fortsat skal leve op til en række krav for varetagelsen. Ændringen vil ikke medføre en væsentlig afbureaukratisering i regionerne, da der stadig stilles krav til varetagelsen, og da regionerne, som i dag, vil skulle vurdere om de har det rette setup ift. bl.a. krav til varetagelsen mv., men regionerne skal dog ikke længere ansøge styrelsen om varetagelse. Regionerne vil nemmere og hurtigere kunne foretage ændringer indenfor egen region ved fx kapacitetsudfordringer, hvilket for patienterne kan betyde, at der hurtigere kan ske en reduktion i ventetid til en behandling, hvis der opstår kapacitetsudfordringer på det enkelte sygehus. Ændringen vil forventeligt medføre en reduktion i opgaver på nationalt niveau, idet Sundhedsstyrelsen ikke skal vurdere ansøgninger for landsdelsfunktionerne og dermed heller ikke godkende placeringerne.

For at den foreslåede ændring kan iværksættes, er det nødvendigt med en ændring af sundhedslovens § 208, idet Sundhedsstyrelsen ikke længere vil skulle godkende placeringen af landsdelsfunktioner, men alene godkende placeringen af landsfunktioner.

Sundhedsstyrelsen følger årligt op på varetagelsen af specialfunktioner via statusrapporter, data fra landspatientregisteret på udvalgte funktioner samt forskningsopgørelser. Sundhedsstyrelsen vurderer, at der er behov for at ændre og differentiere den nuværende opfølgning på specialeplanen, grundet den ændrede regulering af landsdelsfunktionsniveauet. Da reguleringen af landsfunktioner er uændret vurderer styrelsen at regioner og private aktører fortsat skal fremsende årlige statusrapporter for disse funktioner. Men da der

lægges op til ændret regulering af landsdelsfunktionsniveauet, hvor regionerne fremadrettet selv placerer funktionerne, uden Sundhedsstyrelsens godkendelse, vurderer styrelsen, at opfølgning på landsdelsfunktionerne skal målrettes mere, fx centeret om områder med kendte eller bekymringer for udfordringer, områder med stor faglig udvikling eller andet. Styrelsen vil årligt foretage en vurdering af, hvilke specifikke områder/landsdelsfunktioner der er behov for at anmode om statusrapporter på.

I tabel 1 illustreres forslaget til, hvordan der fremover skal være forskel på, hvordan de forskellige specialiseringsniveauer reguleres.

Tabel 1: Forslag til fremadrettet regulering på hhv. hovedfunktions-, landsdelsfunktions- og landsfunktionsniveau

	Hovedfunktion (uændret)	Landsdelsfunktioner	Landsfunktioner (uændret)
Fastsættelse af funktioner (hvilke behandlinger skal omfattes af specialeplanen)	Ingen funktioner (Anbefalinger på udvalgte områder ad hoc, sammenhæng til National Sundhedsplan og nærsundhedsplaner)	Sundhedsstyrelsen fastsætter funktioner	Sundhedsstyrelsen fastsætter funktioner
Tildeling af funktioner	Ingen	Regionerne placerer selv og orienterer Sundhedsstyrelsen om placeringen	Sundhedsstyrelsen godkender placeringen på regionale og private sygehuse
Ændringer i varetagelsen af funktioner (fx flytninger og frasigelser)	Regioner skal indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning på sundhedsplaner jf. §206 i sundhedsloven	Regionerne varetager selv og orienterer Sundhedsstyrelsen ved ændringer	Sundhedsstyrelsen godkender
Opfølgning/monitorering	Regioner følger kvalitet i egen organisation	Sundhedsstyrelsen følger målrettet op på varetagelsen af udvalgte funktioner	Sundhedsstyrelsen følger op på varetagelsen årligt

2.2.2. Fælles patientansvar

For I højere grad at understøtte tilgængelighed, herunder nærhed, og sammenhæng og den samlede ønskede bevægelse i sundhedsvæsenet, foreslås det, at de nuværende krav til varetagelse, herunder fx volumen, antal speciallæger og samarbejdende specialer, i varierende omfang suppleres med yderligere krav.

Tilgængelighed og sammenhæng kan realiseres ved, at lægen på specialfunktionsniveau, hovedfunktionsniveau og i det almen medicinske tilbud har et tæt samarbejde omkring patienten igennem specialiseringsniveauer, og ved at der kun stilles krav til samtidig fysisk tilstedeværelse på samme matrikel af relevante kompetencer i det pågældende speciale og samarbejdende specialer, når det er nødvendigt for behandlingen.

I boks 3 fremgår forslag til supplerende krav der understøtter tilgængelighed og sammenhæng. Kravene foreslås at være generelle og gælde ved varetagelse af alle funktioner omfattet af specialeplanen.

Boks 3: Fælles patientansvar: Supplerende krav der understøtter tilgængelighed, nærhed og sammenhæng**Ansvar for patientens samlede forløb**

Det er centralt, at læger der varetager funktioner på hhv. lands- og landdelsniveau, hovedfunktionsniveau og det almene medicinske tilbud samarbejder som et team for patienten. For at understøtte sammenhæng og nærhed i patientforløbet på tværs af afdelinger og sektorer kan der med den nye model for specialeplanlægning indføres et krav om, at de godkendte sygehuse sikrer tilstrækkelig overdragelse mellem specialiseringsniveauerne, herunder ved særlige behov skaber mulighed for og rammer til, at der kan gennemføres en *virtuel overdragelsessamtale* mellem involverede parter inkl. patienten, når der i forløbet sker overgange mellem sygehuse eller sektorer. Kravet skal ses i sammenhæng med udvikling og forbedring af ordningen med patientansvarlig læge på sygehusene, som aftalt i Sundhedsreformen 2024.

Styrket rådgivningsfunktion

En rådgivningsforpligtigelse er et redskab til at understøtte både faglig kvalitet, tilgængelighed, nærhed og sammenhæng. Derfor kan der indføres et krav om, at afdelinger med specialfunktioner både skal *yde rådgivning til og være tilgængelige for andre specialiseringsniveauer* inden for samme speciale og/eller andre sygehusafdelinger/sektorer mhp. understøttelse af patientforløbet. Det gælder både rådgivning vedr. den specifikke specialfunktion, sygdommen generelt og evt. håndtering af komorbiditet mv.

Virtuelle løsninger

Virtuelle konsultationer med patienter kan være med til at understøtte formålet om tilgængelighed og nærhed, som ellers kan være begrænset, når lands- og landsdelsfunktioner er placeret på få sygehuse. Ved varetagelse af både lands- og landsdelsfunktioner kan der derfor indføres et krav om at tilbyde *virtuelle konsultationer* til de patienter, hvor det vurderes fagligt relevant og muligt.

Virtuelle løsninger åbner op for ændring af definitionen på en udefunktion og dermed øget fleksibilitet i regionernes sygehusplanlægning, da det bl.a. gøres muligt at samarbejde og kommunikere på nye måder, herunder konferere, dele viden og lægge behandlingsplaner på tværs af afdelinger, sygehuse og regioner. Tilsvarende kan opnås mere fortløbende, målrettet og individuelt tilrettelagt kontakt med patienten, fx med patientrapporterede oplysninger, hjemmemålte værdier mv. Det betyder også, at en patient fx på hjemsygehuset sammen med patientens læge herfra kan afholde en videokonsultation med specialfunktionslægen. Patientens videre forløb kan herved planlægges med relevante parter tæt på patienten.

Afledte konsekvenser af den foreslåede justering

For at sikre kvaliteten i det samlede patientforløb, også ved en deregulering, hvor der er fokus på, at kun det mest avancerede samles på få sygehuse, vil de foreslåede supplerende krav fastholde et ansvar på det specialiserede niveau, til at understøtte kvaliteten på lavere funktionsniveau og skabe sammenhæng i indsatsen, samt understøtte omstillingen også i de specialiserede funktioner. De yderligere krav til det specialiserede niveau på sygehusene, giver anledning til ændret opgavevaretagelse som virtuelle overdragelsessamtaler og styrket rådgivning til lavere funktionsniveau. Disse opgaver forventes at træde i stedet for, det der tidligere har været direkte patientkontakt.

2.2.3. Nationalt samarbejde

En styrkelse og robustgørelse af de faglige miljøer, og dermed den faglige kvalitet kan ske igennem etablering og formalisering af nationale samarbejder omkring varetagelsen af specialfunktioner. Det foreslås derfor at supplere med yderligere krav, der understøtter sammenhæng og samarbejde(horisontalt) mellem sygehuse der varetager samme funktioner.

I boks 4 fremgår forslag til supplerende krav der understøtter nationalt samarbejde og faglig kvalitet. Kravene foreslås anvendt på udvalgte specialfunktioner, når der vurderes at være særskilt behov for dette fokus.

Boks 4: Supplerende krav der understøtter nationalt samarbejde og faglig kvalitet

Nationale MDT-konferencer vedr. patientforløb

Formålet med etableringen af nationale MDT-konferencer er bl.a. at understøtte ensartet kvalitet og behandlingspraksis på tværs af landet bl.a. gennem fælles visitationskriterier. Dette kan medføre, at en specialfunktion evt. kan placeres bredere geografisk, idet nationale MDT vil understøtte kvaliteten på tværs. Det vil endvidere være med til styrke muligheder for forskning, videndeling, udvikling, uddannelse mv. på området. Samlet set kan dette medvirke til at robustgøre og øge kapaciteten til en funktion. Krav om etablering af en nationale MDT-konference vil være et specifikt funktionskrav for udvalgte lands- og landsdelsfunktioner, og vil dermed fremgå af den specifikke specialfunktion.

Sømløse samarbejde på tværs af matrikler/regioner

For landsfunktioner er det særligt afgørende, at sygehuse der er godkendt til at varetage funktionen, etablerer et tæt fagligt miljø, samt indgår i et tværregionalt samarbejde. Ved varetagelse af landsfunktioner kan der, for at understøtte faglig kvalitet, stilles krav om etablering af et sømløst samarbejde mellem de godkendte afdelinger. Dette vil være et specifikt funktionskrav for udvalgte specialfunktioner, og vil dermed fremgå af den specifikke specialfunktion. Krav om sømløse samarbejder kan bl.a. indeholde krav om udnyttelse af behandlingskapaciteten på tværs og i vidt omfang at dele viden, kompetencer, fælles kvalitetsarbejde, uddannelse og forskning. Kravet skal ses i sammenhæng med krav om fælles national forsyningsforpligtelse og fælles populationsansvar i afsnit 2.2.4.

Sømløse samarbejder kan både gælde i forhold til fælles visitationskriterier og/eller konferencer og hvor udnyttelse af behandlingskapaciteten på tværs kan ske gennem konkret tilrettelæggelse af behandlingen, hvor speciallæger fra godkendte sygehuse opererer i fællesskab, eller der udveksles speciallæger på tværs af de enkelte sygehuse. Samarbejdet kan betyde, at der kan ske en større geografisk spredning af en funktion, da der vil ske en opbygning af faglighed på tværs af sygehuse. Endvidere kan det understøtte mere fælles forskning. Dette ses særligt relevant i forbindelse med de meget smalt placerede funktioner, hvor der ofte er meget små patientpopulationer at foretage forskning på.

Hjemtagning og etablering af nye behandlinger omfattet af specialeplanen

I særlige situationer ved hjemtagning og etablering af nye behandlinger der omfattes af specialeplanen, vil der blive stillet krav om tættere afrapportering og opfølgning i en periode. Med til dette krav hører en forpligtelse til, at Sundhedsstyrelsen regelmæssigt vurderer, om der er behov for at godkende flere sygehuse til at varetage behandlingen, eller om behandlingen skal dereguleres til lavere funktionsniveau og om kravet igen skal fjernes. Hermed opnås også muligheden for ved rettidig omhu, at godkende flere sygehuse tidligt til den specifikke funktion, således at kompetencer mv. kan planlægges og opbygges og dermed sikre nødvendig kapacitet på området. Med dette krav afskaffes brugen af udviklingsfunktioner, hvor der har været en særlig tæt opfølgingsforpligtelse.

Afledte konsekvenser af de forslåede ændringer

Et større fokus på tværs af de sygehuse, der varetager de allermest komplicerede sygehusbehandlinger forventes at skabe både højere faglig kvalitet og ensartede tilbud, forskning og uddannelse. Derudover er det forventningen, at et styrket samarbejde på tværs af sygehusene kan bidrage til en bedre udnyttelse af den samlede kapacitet gennem et fælles overblik over ventelister og fokus på et balanceret henvisningsmønster på tværs af regioner. Et styrket nationalt samarbejde kan dog medføre et større tidsforbrug på nationale MDT-

konferencer. Private aktører med godkendelse til de pågældende specialfunktioner skal også opfylde de opstillede krav, og dermed indgå i et sådant samarbejde og bidrage til den samlede uddannelse, udvikling og forskning på området.

2.2.4. Forsyningsforpligtelse

Endelig lægges der op til et øget fokus på tilstrækkelig kapacitet og dermed *forsyningsforpligtelsen*, da lange ventetider ikke giver kvalitet for patienten. Det vil tilsvarende kunne styrke geografisk dækning fx ved mere balancerede henvisningsmønstre.

Dette foreslås realiseret via supplerende krav om fælles populationsansvar og nationalt samarbejde, der forpligter regioner med godkendelser til at have et fælles blik på at sikre tilstrækkelig kapacitet og ensartet kvalitet, herunder have et fælles overblik over ventetider. Samtidig foreslås at ventetider bliver et særligt fokusområde i opfølgningen, hvor der særligt vil blive fulgt op på kontinuerlige og langvarige ventelister.

I boks 5 fremgår forslag til supplerende krav der understøtter forsyningsforpligtelsen. Kravet foreslås at være generelt og gælde ved varetagelse af alle funktioner omfattet af specialeplaner.

Boks 5: Supplerende krav der understøtter forsyningsforpligtelsen

Forsyningsforpligtelse og fælles populationsansvar

Med godkendelse til at varetage af specialfunktioner følger en forsyningsforpligtelse. Der skal sikres den rette kapacitet, og fagligt ubegrundede lange ventetider skal undgås. Samtidig med et skærpet fokus på egen forsyningsforpligtelse, der både kan følge regionens almindelige optageområde, eller omfatte et større optageområde afhængig af hvor specialfunktionen i øvrigt varetages, skærpes også fokus på, at regionerne og private aktører har et fælles populationsansvar.

Inden for den lovgivningsmæssige ramme kan der derfor stilles krav om indgåelse af nationale samarbejder, således at godkendte sygehuse opnår fælles viden om fx kapaciteten på tværs, så sygehuse kan hjælpe hinanden, hvorved den samlede kapacitet kan udnyttes bedst muligt – også i spidsbelastningsperioder. Det kan også være med til at imødekomme eventuel skævvridning og geografiske forskelle i ventetider eller henvisningsmønstre til funktionen.

Afledte konsekvenser ved de foreslåede ændringer

Et supplerende krav om at sygehuse der er godkendt til at varetage en specialfunktion, skal have et nationalt samarbejde, for bl.a. at opnå en fælles viden om kapacitet, medfører en ekstra opgave. Det vil dog understøtte den forsyningsforpligtelse der følger af patientrettighederne og en godkendelse i specialeplanen, og hjælpe regioner og private sygehuse til i fællesskab, at udnytte den samlede kapacitet, og justere kapaciteten rettidigt, både ved et generelt øget kapacitetsbehov og i spidsbelastningsperioder.

3. Bilagsfortegnelse

1. Proces- og tidsplan for revision af specialeplanen
2. Kommissorium for arbejdsgruppen vedr. ny model for specialeplanlægning

UDKAST

Bilag 1: Proces- og tidsplan for revision af specialeplanen

Revisionen af specialeplanen efter en ny model er en stor opgave, som kræver mange ressourcer både i styrelsen, regionerne og de faglige selskaber. Samtidig skal revisionen foregå i samme tidsperiode, hvor andre store strukturelle ændringer skal implementeres i det danske sundhedsvæsen, herunder etablering af sundhedsråd, opgaveflytninger fra kommuner til regioner, integration af somatik og psykiatri m.fl. Derudover er der et tæt samspil - og gensidig afhængighed - mellem specialeplanlægningen og de udviklingsopgaver, der igangsættes i kølvandet på sundhedsreformen og revision af den lægelige videreuddannelse. Der lægges derfor op til, at revisionen foretages trinvis, således at alle ressourcer ikke skal i spil på samme tid.

Som grundlag for og dermed forud for revision af specialevejledningerne, udarbejdes specialebeskrivelser. Specialebeskrivelserne definerer hvilke kerneopgaver, der løses af de enkelte specialer aktuelt og fremtidigt. Derudover beskrives udviklingsperspektiver og potentiale for omstilling. Specialebeskrivelsen danner udgangspunkt for senere udarbejdelse af målbeskrivelser (lægelige videreuddannelse) og specialevejledninger (specialeplanlægning).

Processen for udarbejdelse af specialebeskrivelse er, at specialerne opdeles i fire grupper; pilotgruppen samt gruppe 1-3. Grupperne sammensættes ud fra en vurdering af indbyrdes samarbejde og potentiale for deregulering og omstilling, se tabel 2 nedenfor. Det er forventningen, at alle grupper har udarbejdet specialebeskrivelserne medio 2026.

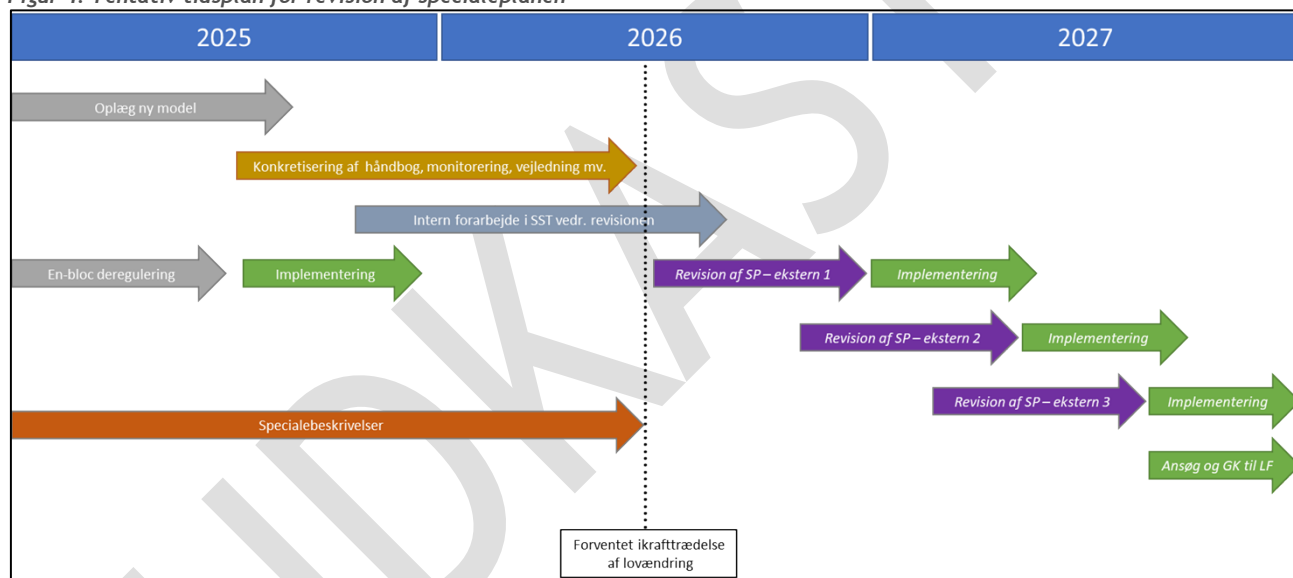
Tabel 2: Gruppering af specialer i specialebeskrivelsesprocessen

Pilot	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Intern medicin: endokrinologi	Intern medicin: reumatologi	Karkirurgi	Arbejdsmedicin
Intern medicin: kardiologi	Intern medicin: lungemedicin	Neurokirurgi	Dermatologi
Klinisk Biokemi	Intern medicin: hæmatologi	Kirurgi	Oftalmologi
Ortopædisk Kirurgi	Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	Plastikkirurgi	Samfundsmedicin
	Intern medicin: geriatri	Thoraxkirurgi	Retsmedicin
	Intern medicin: infektionsmedicin	Urologi	Klinisk Farmakologi
	Intern medicin: nefrologi	Gynækologi og Obstetrik	Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin
	Pædiatri	Tand/Mund/Kæbekirurgi	Klinisk Genetik
	Psykiatri	Akutmedicin	Klinisk Immunologi
	Børne- og ungdomspsykiatri	Anæstesiologi	Klinisk Mikrobiologi
	Neurologi	Orto/rhino/laryngologi	Radiologi
		Klinisk onkologi	Patologisk Anatomi og Cytologi
Specialebeskrivelsen for Almen medicin vil blive udarbejdet i en særskilt proces koordineret med hhv. opgavebeskrivelsen for almen praksis samt målbeskrivelsen.			

Inden selve revisionen af specialevejledningerne kan påbegyndes med udgangspunkt i den nye model, skal lovgrundlaget være på plads, og modellen skal konkretiseres i Sundhedsstyrelsens publikation '*Specialeplanlægning - begreber, principper og krav*'³. Det er forventningen, at en lovændring tidligst kan træde i kraft medio 2026. Når lovgivningen er vedtaget, kan selve revisionen af specialevejledningerne med ekstern involvering, påbegyndes. Sundhedsstyrelsen påbegynder dog der indledende interne arbejde med revisionen i efteråret 2025. Det er endvidere forventningen, at revisionen af specialevejledningerne vil ske trinvis og i grupperinger, som ved specialebeskrivelsesarbejdet.

Nedenfor i figur 4 ses den samlede tentative tidsplan for revisionen af specialeplanen, herunder de enkelte faser samt hvornår der opnås en effekt af arbejdet i sundhedsvæsenet og for patienterne. Der er dog et væsentligt forbehold for tidsplanen, eftersom modellen forudsætter lovændring.

Figur 4: Tentativ tidsplan for revision af specialeplanen



Implementering af de nye specialevejledninger vil kunne ske i en løbende proces, hvor regionerne umiddelbart efter gennemgang af specialevejledningen kan begynde at placere de landsdelsfunktioner, der er blevet dereguleret til hovedfunktionsniveau, eller de landsdelsfunktioner, som ikke kræver samarbejde med andre specialfunktioner. Placering af landsdelsfunktioner, som kræver samarbejde mellem flere specialer kan igangsættes, når alle specialevejledninger for de pågældende specialer er revideret. Det sidste forventes at være en relativt stor andel af landsdelsfunktionerne, da det der forventeligt vil være omfattet af specialeplanen fremadrettet, i stort omfang netop vil være sygehusbehandlinger med behov for flere samtidige og samarbejdende specialer. Ansøgningsprocessen til landsdelsfunktioner igangsættes samlet, når alle specialevejledninger er udarbejdet. Implementeringen af den reviderede specialeplan er en større opgave for regionerne, da revisionen bl.a. medfører ny reguleringsmodel og nye krav. Implementeringen kan derfor

³ [Specialeplanlægning - Begreber, principper og krav](#)

tage længere tid, grundet den større administrative opgave for regionerne. Figur 5 viser processen for implementering af specialeplanen.

UDKAST

Bilag 2: Kommissorium for arbejdsgruppen vedr. fremtidig specialeplanlægning



Dato 24. januar 2023

Sagsnr. 04-0400-1298

SYP

Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. fremtidig specialeplanlægning

Som led i forberedelserne til den kommende revision af specialeplanen nedsætter Sundhedsstyrelsen en arbejdsgruppe som skal bistå med at kvalificere udfordringer ved og behov til en fremtidig specialeplan, samt de begreber og principper der kan understøtte dette. Dette bl.a. ved at drøfte erfaringerne med specialeplanens faglige begreber, principper og krav samt specialeplanens governancemodel såvel som tilrettelæggelse af selve revisionen.

Baggrund og opgaveramme

Ifølge sundhedslovens § 208 fastsætter Sundhedsstyrelsen krav til specialfunktioner (i loven benævnt lands- og landsdelsfunktioner) på regionale og private sygehuse og godkender placeringen af specialfunktioner på sygehusene. Sundhedsstyrelsen har dermed den lovgivningsmæssige kompetence til at oprette og nedlægge specialfunktioner, samt til at tildele og fratage godkendelser af varetagelsen af specialfunktioner. Det er Sundhedsstyrelsens opgave at foretage en regelmæssig revision med henblik på, at den gældende specialeplanlægning er tidssvarende, relevant og dækkende. Specialeplanen blev senest revideret i årene 2014-2017, hvorfor den aktuelle specialeplan har været gældende siden 1. juli 2017.

Sundhedsstyrelsen er forpligtet til løbende at følge, hvordan specialeplanen er implementeret, hvordan specialfunktionerne varetages, og om den gældende specialeplan er tidssvarende, relevant og dækkende. I takt med at mulighederne for diagnostik, behandling og organisering udvikler sig, er der derfor løbende siden 2017 sket større og mindre tilpasninger i de enkelte specialevejledninger.

Sundhedsstyrelsen er derudover forpligtet til at foretage en regelmæssig revision af specialeplanen. Den seneste revision tog omkring fire år. Da revisionen affødte en række faglige og principielle beslutninger, og da regioner og privathospitaler efterfølgende havde brug for tid til at implementere, konsolidere og fastholde de faglige miljøer omkring varetagelsen af specialfunktionerne, var det ikke hensigtsmæssig med en gennemgribende revision de første år efter ikrafttrædelsen. Efter flere år med andre presserende opgaver i Sundhedsstyrelsen, er tiden nu inde til, at specialeplanen bør revideres, og styrelsen har igangsat planlægning af en kommende revision af specialeplanen.

Den kommende specialeplan bør afspejle sundhedsvæsenet i dag. Forud for selve revisionen ønsker Sundhedsstyrelsen derfor at drøfte de nuværende udfordringer ved specialeplanen samt behov og ønsker til, hvad en fremtidig specialeplan skal bidrage til. Dette med henblik på at sikre, at modellen er tidssvarende og fortsat bidrager til høj faglig kvalitet i sygehusbehandlingen og helhed i patientforløbene under hensyn til en effektiv ressourceudnyttelse.

Erfaringer og fremtidig model for specialeplanlægning

Specialeplanen har bidraget til betydelige ændringer på sygehusene i retning af samling af specialiserede sygehusfunktioner på færre matrikler, og har vist sig at være en både omfattende og samtidig vel-fungerende governancestruktur. Der er generelt bred enighed om, at specialeplanen har bidraget til at løfte kvaliteten i den specialiserede behandling på sygehusområdet, og samtidig har understøttet udvikling af stærke faglige miljøer. Specialeplanen er generelt konsolideret og alment accepteret i de administrative og faglige miljøer, og specialeplanens begreber og principper betragtes som legitime og brugbare og er generelt implementeret. Styrelsen er dog opmærksom på, at dette ikke nødvendigvis gør sig gældende inden for alle specialer. Derudover er styrelsen også løbende blevet udfordret på nogle af de gældende principper og krav for varetagelse af specialfunktioner, som eksempelvis matrikelspecifikke godkendelser, udefunktioner, samarbejde mellem specialer og håndteringen af private aktører i specialeplanen.

Samtidig har specialeplanen formentlig bidraget til en række aflejlte utilsigtede konsekvenser, som eksempelvis at det særlige fokus på specialfunktioner har medført et mindre fokus på varetagelsen af behandling på hovedfunktionsniveau, og at varetagelsen af specialfunktioner har betydning for rekruttering og fastholdelse af speciallægekompetencer. Derudover har specialeplanens fokus på at sikre kvalitet i varetagelsen af de konkrete specifikke specialfunktioner måske været på bekostning af et fokus på det tværfaglige, tværsektorielle samarbejde om sammenhængende patientforløb.

En anden udfordring i relation til specialeplanen er, at det trods årlige statusrapporter og kvantitativ monitorering af udvalgte specialfunktioner, har været vanskeligt at kunne vurdere effekten af specialeplanen på kvaliteten af behandlingen, hvor aktivitetsdata typisk anvendes som proxyindikatorer for kvalitet.

Endelig har sundhedsvæsenet, sygehusvæsenet og befolkningen ændret sig markant siden specialeplanlægning blev formaliseret med sundhedsloven i 2007 og siden den sidste revision. Der er sket en faglig udvikling samt en udvikling forårsaget af fortsat nye behandlingsmæssige og teknologiske muligheder. Sygehusbyggerierne er godt i gang og flere er taget i brug, og regionernes sygehusplaner er ved at konsolidere sig, ligesom kommunerne har udviklet de kommunale sundhedsopgaver parallelt med udviklingen i sygehusvæsenet. Specialeplanlægning som styringsværktøj bør afspejle denne udvikling.

Sundhedsstyrelsen ønsker med nedsættelsen af denne arbejdsgruppe et forum, hvor det er muligt at drøfte erfaringer fra specialeplanlægning samt behov, muligheder og perspektiver på en fremtidig model for specialeplanlægning. Drøftelserne i arbejdsgruppen vil bl.a. tjene til at kvalificere en række løbende principielle drøftelser i både Den Regionale Baggrundsgruppe for Specialeplanlægning og Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning i løbet af 2024.

Arbejdsgruppens formål og opgave

Sundhedsstyrelsen vil bl.a. bede arbejdsgruppen bidrage til nedenstående.

- Drøftelse af erfaringer samt fordele og ulemper, fra driftsperioden med den nuværende specialeplan – herunder resultater og læring fra udvalgte illustrative specialeplansprocesser.
- Drøftelse af udfordringer med den nuværende specialeplan set i sammenhæng med forventet fremtidig udvikling og behov i befolkningen og i sundhedsvæsenet, samt ønsker til, hvad en specialeplan fremover skal bidrage til.

- Drøftelse af specialeplanens begreber, principper og krav; bl.a. med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens publikation [*Specialeplanlægning: Begreber, principper og krav*](#). Dette med fokus dels på den aktuelle varetægt af specialfunktioner i den gældende specialeplan, dels ud fra forventet udvikling af sundhedsvæsenet.
- Drøftelse af den nuværende governancestruktur, herunder fordele og ulemper, samt perspektiver på dels at sikre en robust opbygning og fastholdelse af faglige miljøer, og dels en dynamik i specialeplanen, der tilgodeser den løbende udvikling.
- Muligheder for fremadrettet monitorering af specialeplanen, herunder hvordan kvaliteten kan monitoreres.
- Model for selve revisionen af specialeplanen, og bl.a. hvordan denne afvikles bedst ud fra et hensyn om at anvende ressourcerne mest hensigtsmæssigt og samtidig få opdateret de nuværende specialevejledninger.

Arbejdsgruppens sammensætning

Der ønskes repræsentation af både planlæggere i regionerne samt klinikere med erfaring og kendskab til specialeplanlægningen og specialfunktioner. Ligeledes ønskes repræsentation af forskellige specialer i arbejdsgruppen – herunder Psykiatri, Intern Medicin, Kirurgi samt et paraklinisk speciale.

Arbejdsgruppen etableres med følgende sammensætning:

- Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat)
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (1)
- Danske Regioner (1)
- Region Nordjylland (1 planlægger og 1 kliniker med kendskab til specialeplanen)
- Region Midtjylland (1 planlægger og 1 kliniker med kendskab til specialeplanen)
- Region Syddanmark (1 planlægger og 1 kliniker med kendskab til specialeplanen)
- Region Sjælland (1 planlægger og 1 kliniker med kendskab til specialeplanen)
- Region Hovedstaden (1 planlægger og 1 kliniker med kendskab til specialeplanen)
- De Lægevidenskabelige Selskaber (4)
- Sundhed Danmark (1)
- Danske Patienter (1)
- Dansk Sygepleje Selskab (1)

Sundhedsstyrelsen kan supplere arbejdsgruppen efter behov.

Tidsplan

Det planlægges, at arbejdsgruppen mødes tre gange i Sundhedsstyrelsen i løbet af foråret 2024. Nogle af møderne kan have karakter af workshop, hvorfor det i udgangspunktet ikke vil være muligt at deltage virtuelt.

- Onsdag d. 20. marts kl. 12.00-15.00
- Onsdag d. 17. april kl. 12.00-15.00
- Onsdag d. 22. maj kl. 12.00-15.00

Bilag Titel:	Plan for jordforureninger til Vandområdeplan 3 - 7 august 2025
Dagsordens titel	Plan for pulje til jordforureninger i Vandområdeplan 3
Dagsordenspunkt nr	14
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



NOTAT

06-08-2025

EMN-2021-01268

1795851

Bente Villumsen

Plan for jordforureninger til Vandområdeplan 3

Regeringen har i forbindelse med genbesøg af vandområdeplan 3 afsat 54 mio. kr. som tilskudsmidler til håndtering af jordforureninger, der udgør risiko for overfladevand. Miljø- og Ligestillingsministeriet har med brev af 20. december 2024 anmodet Danske Regioner om at udarbejde en plan for prioritering af disse midler, som er afsat i årene 2025-28.

Ministeriet fremhæver, at der er et politisk ønske om, at en så stor andel som muligt af midlerne anvendes til egentlige oprensninger. Foranstaltninger kan også omfatte afskærende tiltag som f.eks. oppumpning af forurenede grundvand. Danske Regioner bakker op om denne målsætning og lægger vægt på, at der gennemføres foranstaltninger, som bidrager reelt til et bedre vandmiljø.

Regionerne har kendskab til et stort antal forurenede lokaliteter, som med sikkerhed eller meget stor sandsynlighed påvirker vandløb, søer og fjorde i betydeligt omfang med uønskede stoffer. Kun få af disse er tilstrækkeligt detaljeret undersøgt til, at der umiddelbart kan iværksættes oprensning eller anden afværge.

Nogle af de forureninger, som udgør den største risiko for overfladevand, kræver omfattende undersøgelser, inden konkrete foranstaltninger kan projekteres og sættes i værk. Når der er kendskab til alvorlig påvirkning af vandmiljøet, ønsker regionerne at fremme de pågældende sager, uanset at det vil være nødvendigt at bruge tid og ressourcer på de forberedende arbejder, og at oprensningen ikke nødvendigvis kan nå i mål inden for denne vandplanperiode.

Planen indeholder flere projekter, end det er muligt at oprense inden for den afsatte tid og økonomi. Oprensning og afskærende foranstaltninger vil blive sat i værk i det omfang, økonomien tillader det, og hvor det er relevant, efter en prioritering af de lokaliteter, der udgør den største risiko.

De projekter, der indgår i planen, er kort oplistet i nedenstående tabel. Beskrivelse af de enkelte projekter findes i bilag. Efter tabellen beskrives på

generelt niveau vidensgrundlaget for indsatsen, regionernes udvælgelse af lokaliteter samt en introduktion til bilagene.

Projektnavn	Formål	Anden finansiering
Tidl. renseri og oliedepot, Astrup (RN)	Afværgeforanstaltninger	Grundvandsindsats
Nedlagt svovlsyre og gødningsfabrik, Limfjordsvej (RN)	Yderligere undersøgelser og skitseprojektering af afværge	-
Tidl. møbelfabrik, Enghavevej 15 og 15B, Hobro (RN)	Yderligere undersøgelser	-
Tidl. autolakering, Engtoften 4, Tilsted (RN)	Yderligere undersøgelser	-
11 PFAS-lokaliteter (RN)	Undersøgelser	-
Bøgballevvej 68, Uldum (RM)	Videregående undersøgelser	Grundvandsindsats
Ege Tæpper, Industrivej Nord 25, Herning (RM)	Undersøgelser og evt. afværge	-
Petersmindevej 5, Aarhus (RM)	Undersøgelser og evt. afværge	Grundvandsindsats
Pyrolux, Industrivej 49, Ryomgård (RM)	Undersøgelser og evt. afværge	-
Gl. Gasværksgrund, Rådhuset, Silkeborg (RM)	Undersøgelser og evt. projektering af afværge	-
Skerrisvej 4, Brande (RM)	Undersøgelser og evt. afværge	-
Villendrupvej 2, Hornslet (RM)	Undersøgelser og evt. afværge	-
Måde Losseplads, Esbjerg (Rsyd)	Omfattende videregående undersøgelser	-
Spang Vade Losseplads, Sønderborg (Rsyd)	Omfattende videregående undersøgelser	-
Esbjerg Brandskole (Rsyd)	Omfattende videregående undersøgelser	PFAS-pulje
Korsør Brandskole (RSJ)	Undersøgelser og projektering af afværge	-
Carl Larsen & Søn, Skælskør (RSJ)	Projekterende undersøgelser	Grundvandsindsats
Holtengårdsvej 25, Skælskør (RSJ)	Yderligere undersøgelser	-
4 PFAS-lokaliteter (RSJ)	Undersøgelser	-
Stålvalseværket, Frederiksværk (RH)	Forundersøgelser og erosionssikring samt evt. afværge	Mulighederne undersøges.
Raadvad Knivfabrik (RH)	Undersøgelser og afværgeforanstaltninger	-
Mortonsvej 11-25, Lyngby (RH)	Undersøgelser og afværgeforanstaltninger.	PFAS-pulje
Skibstrup Losseplads og brandskole, Ålgårde (RH)	Undersøgelser	Grundvandsindsats

Projekt navn	Formål	Anden finansiering
Holmene Losseplads, Hillerød (RH)	Undersøgelser	-
Opdatering af screeningsværktøjet	Inkludering af PFAS og korrektion af vandplanteværter	-

Bestilling fra Miljø- og Ligestillingsministeriet

Miljø- og Ligestillingsministeriet har anmodet Danske Regioner om at udarbejde en plan for prioritering af midlerne fra genbesøg af VP3 til arbejdet med jordforureninger, der udgør risiko for overfladevand. Tilskudsmidlerne på i alt 54 mio. kr. er fordelt med 10,1 mio. kr. i 2025, 14,5 mio. kr. i 2026, 24,3 mio. kr. i 2027 og 5,1 mio. kr. i 2028.

Ministeriet finder det positivt at tænkes midlerne sammen med tilskudsmidler fra PFAS-handlingsplanen på i alt 100 mio. kr. med en fordeling på 20 mio. kr. i 2025, 40 mio. kr. i 2026 og 40 mio. kr. i 2027. Danske Regioner har udarbejdet en plan for anvendelsen af disse midler, hvor der indgår flere projekter, der udgør en risiko for overfladevand.

Ministeriet fremhæver endvidere, at der fortsat er politisk ønske om, at en så stor andel som muligt af midlerne anvendes til egentlige oprensninger.

Vidensgrundlag for udvælgelse af lokaliteter

Grundlaget for udvælgelse af lokaliteter til planen for overfladevand er primært resultaterne af regionernes feltundersøgelser i 2021-22, hvor påvirkningen af vandmiljøet er undersøgt ved ca. 400 lokaliteter. Resultaterne er afrapporteret i januar 2024 med rapporten [Jordforureningers påvirkning af overfladevand](#). Der er dog også lokaliteter, hvor regionerne for egne midler eller som led i udredningsprojekter har gennemført undersøgelser.

Ud af de knap 400 undersøgte jordforureninger blev der fundet ca. 120 jordforureninger, der påvirker overfladevand med miljøfarlige stoffer (MFS) over de anvendte miljøkvalitetskriterier. Disse jordforureninger påvirker overfladevand enten som eneste kilde eller i kombination med andre forureningskilder. Ved ca. 70 af lokaliteterne er påvirkningen af overfladevand vurderet til udelukkende eller altovervejende at stamme fra jordforureningen. Indsatsen i VP3 retter sig helt overvejende imod lokaliteter fra denne gruppe.

De stoffer, hvor der er fundet overskridelser af miljøkvalitetskriterierne, er i det væsentlige PFAS-forbindelser, lossepladsstoffer (bl.a. ammonium og jern), pesticider, tungmetaller, benzin- og oliestoffer samt PAH-forbindelser ("tjærestoffer"). Der er også fundet overskridelser for klorerede opløsningsmidler, men i mindre omfang end forventet.

PFAS har ikke indgået i den forudgående screening, da Miljøstyrelsens screeningsværktøj ikke kunne håndtere dette. Regionerne har imidlertid medtaget vandanalyser for PFAS på relevante lokaliteter efter en individuel vurdering. Miljøstyrelsen oplyser, at målopfyldelsen for PFAS bør vurderes i forhold til biota og altså ikke på vandkvaliteten alene. Miljøministeriets

undersøgelseskoncept, som regionerne har anvendt ved feltundersøgelserne, omfatter imidlertid ikke undersøgelser af biota.

Feltundersøgelserne i 2021-22 blev gennemført primært ved lokaliteter, som er V2-kortlagt, dvs. der var med sikkerhed påvist en forurening på lokaliteten. En stor del af forureningerne er dog ikke nærmere undersøgt eller afgrænset, og tidligere undersøgelser har ikke nødvendigvis omfattet alle de stoffer, der er fundet i vandmiljøet. Feltundersøgelserne har ved vandløb rettet sig direkte mod påvirkning af vandkvaliteten i selve vandløbet, og ved søer og kyster mod forureningstransporten i grundvandet fra lokaliteten mod vandområdet. Der er således ikke i den forbindelse gennemført nærmere undersøgelser af forureningerne på selve lokaliteten.

På en del lokaliteter kan regionerne allerede på det foreliggende grundlag afgøre, at der er behov for afværgeforanstaltninger af hensyn til overfladevand. En del af disse forureninger er imidlertid så omfattende, at afværgeforanstaltninger ikke kan gennemføres inden for det budget og den tidsplan, der er til rådighed i VP3.

På en stor del af lokaliteterne vil der således være behov for yderligere undersøgelser, før der kan foretages en endelig risikovurdering med henblik på at fastsætte behovet for indsats og projektere denne. På disse lokaliteter skal indsatsen indledes med nærmere undersøgelse og afgrænsning af forureningen og eventuel undersøgelse af biota (fisk) for PFAS-forbindelser.

Udvælgelse og prioritering af lokaliteter

Danske Regioner bakker op om målsætningen om at anvende midlerne til i størst muligt omfang at gennemføre afværgeforanstaltninger, som kan gøre en reel forskel for vandmiljøet.

Regionernes feltundersøgelser har vist overskridelser af miljøkvalitetskriterierne mange steder i landet, og kun en lille del kan løses i nærværende plan. I planen er der derfor udvalgt projekter, som kan forbedre vandmiljøets tilstand i alle regioner.

Som nævnt vil der mange steder være behov for at investere i de forberedende arbejder, som er nødvendige for at fastlægge forureningens karakter, styrke og udbredelse, vælge afværgeteknologi og projektere afværgeforanstaltninger, inden den faktiske indsats kan iværksættes. Derudover kan de største forureninger ikke rummes inden for den afsatte bevilling og tidsplanen for VP3.

Det er nødvendigt at foretage en afvejning mellem på den ene side ønsket om at tage de værste forureninger først, og på den anden side at iværksætte projekter, som kan gennemføres og afsluttes inden for den givne ramme.

Regionernes udvælgelse og prioritering af lokaliteter til planen sker med følgende udgangspunkt:

- Regionerne gennemfører så meget oprensning for de afsatte midler, som det teknisk, fagligt og miljømæssigt giver mening.

- Forberedende arbejder frem mod afværge medtages, også i tilfælde, hvor det ikke er muligt at nå helt i mål med alle projekter inden for budgettet på 54 mio. kr.
- I de forberedende arbejder indgår undersøgelser af biota til at afklare indsatsbehovet ved lokaliteter med overskridelser af kriterier for PFAS. Der er set eksempler på, at der selv ved store overskridelser af miljøkriteriet for PFOS i vand ikke ses væsentlig påvirkning af de fisk, som er baggrund for kriteriet. På baggrund af dialog med Miljøstyrelsen og Aarhus Universitet anser regionerne undersøgelser af biota for nødvendige, inden der iværksættes dyre foranstaltninger.
- 2 mio. kr. anvendes til opdatering af det screeningsværktøj, som regionerne anvender til indledende vurdering af, om en lokalitet udgør en risiko for overfladevand. Opdateringen er bl.a. nødvendig, fordi værktøjet bruges til den lovpligtige afgørelse om offentlig indsats over for overfladevand og i dag ikke omfatter beregning af risiko i forhold til PFAS.

Det bemærkes, at påbudsmulighederne er undersøgt på alle de lokaliteter, der er medtaget. Skulle der i forbindelse med indsatsen dukke viden op, som gør det relevant, vil regionerne tage kontakt til tilsynsmyndigheden for en fornyet påbudsvurdering.

Regionerne vil løbende udveksle erfaringer og opbygge fælles viden på baggrund af de undersøgelser og afværgetiltag, der iværksættes. Da vidensgrundlaget vil blive større, efterhånden som resultaterne af afklaring og undersøgelser, vil der være behov for at ændre prioriteringerne efterhånden. Planen er derfor dynamisk og vil blive justeret en gang om året, første gang i 2026.

Beskrivelse af indsatser

I bilag findes en kort beskrivelse af alle de projekter, som indgår i planen.

For lokaliteter hvor undersøgelser, afklaring og risikovurdering er nødvendig, anvendes en faseopdelt tilgang, hvor resultaterne evalueres, inden der går til næste fase. I tilfælde af, at indledende undersøgelser, afklaringer og risikovurdering viser, at afværgeforanstaltninger ikke bør iværksættes for offentlige midler, kan lokaliteter udgå. For en sikkerheds skyld er der derfor medtaget flere projekter, end budgettet forventes at række til.

De enkelte forureninger og den planlagte indsats på lokaliteter, der indgår i planen, er i bilagene beskrevet i skemaform med følgende oplysninger:

- a) Region
- b) Lokalitet (navn og nummer)
- c) Indsatsområde(r) (overfladevand/grundvand/arealanvendelse)
- d) Vandområde (ift. vandområdeplanen)
- e) Vigtigste stoffer med overskridelse i overfladevand, størrelsesorden af overskridelsen
- f) Kort beskrivelse (primært branche og aktiviteter)
- g) Status (hidtidige undersøgelser)

- h) Forventet indsats i VP3 (undersøgelser/projektering og udbud/afværgeforanstaltninger/efterfølgende drift).
- i) Omkostninger i VP3, skøn.
- j) Evt. anden finansiering (Fx PFAS-pulje, regionens øvrige indsats)
- k) Evt. forventet behov for indsats efter VP3

Bilag Titel:	Høringsbrev vedr. udkast til lovforslag om etablering af et beredskab for kritisk medicinsk udstyr_med underskrift_A
Dagsordens titel	Høringssvar - Lovforslag om etablering af et beredskab for kritisk medicinsk udstyr
Dagsordenspunkt nr	19
Bilag nr	1
Antal bilag:	2



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Danske Regioners høringssvar af udkast til lovforslag om etablering af et beredskab for kritisk medicinsk udstyr

19-08-2025
EMN-2025-00670
1799768

Danske Regioner har den 1. juli 2025 modtaget Indenrigs- og Sundhedsministeriets høring af udkast til lovforslag om etablering af et beredskab for kritisk medicinsk udstyr i offentlig høring.

Regionerne har gennem en lang periode arbejdet med beredskab og forsyningssikkerhed af varer til hospitalerne. Vi anerkender og bakker derfor op om behovet for et styrket nationalt beredskab for kritisk medicinsk udstyr. Men lovforslaget lægger op til et samfundsberedskab, hvorfor der også bør være en mere balanceret fordeling af ansvar og ressourcer mellem stat og regioner. Det er helt afgørende, at dette beredskab udøves i tæt samarbejde, koordinering og med respekt for beredskaberne i regionerne. Dette med henblik på at sikre, at der ikke utilsigtet skabes unødvendige mangelsituationer i det regionale beredskab, som kunne have været undgået ved rettidig omhu i form af koordinering. Lægemiddelstyrelsen får en koordinerende rolle, men det reelle operative og datamæssige benarbejde vil i høj grad ligge hos regionerne. Det bør derfor overvejes, hvordan staten også kan bidrage med finansiering eller teknisk understøttelse, så samarbejdet ikke fører til en uforholdsmæssig stor opgaveoverførsel uden kompensation.

Vi anerkender, at der er behov for at ruste sig på kritisk medicinsk udstyr henset til forsyningssituationen og det geopolitiske landskab. Dette gælder også i relation til at etablere foranstaltninger, som afhjælper konsekvenser af en eventuelt forsyningskrise. Vi bemærker også, at en forsyningskrise vil medføre et behov for tæt koordinering og samarbejde mellem stat, regioner og kommuner. Vi finder dog ikke, at lovforslaget og initiativerne heri i tilstrækkelig grad vil føre til en egentlig robustliggørelse af beredskabet.

Som lovforslaget er fremlagt, kan kritisk medicinsk udstyr reelt set være alt medicinsk udstyr, hvilket af flere årsager rummer udfordringer, dels i forhold

til egentlig robustliggørelse eksempelvis i form af opbygning af bufferkapacitet, og i forhold til kortlægning og registreringsarbejdet i relation til et givent rapporteringskrav.

Vi har alle en gensidig interesse i, at vi er bedst muligt rustede i en krise, og at vi samarbejder om at komme igennem den, hvilket også var ånden under COVID-19 krisen. Vægtningen af behovet for samarbejde kunne med fordel i højere grad have været afspejlet i bemærkningerne fremfor at staten skal kontrollere regioner og kommuner, give påbud, indføre sanktioner og kontrolforanstaltninger m.v.

Lovforslaget vil medføre mere administration – både ift. afledt og øget resourceforbrug hos styrelsen, regionerne samt kommunerne, som følge af indmelding og håndtering af data på kritisk medicinsk udstyr, men også i forhold til det gennemgående kontrolelement i lovforslaget, som Lægemiddelstyrelsen kan iværksætte overfor en region eller kommune. Vi opfordrer derfor til, at regionerne inddrages i relation til indberetning af data, så data suppleres med faglige vurderinger og risikobetragtninger, og at regionerne bliver kompenseret for de merudgifter, som følger af forslaget.

Høringssvaret fra Danske Regioner skal tages med forbehold for godkendelse af Danske Regioners bestyrelse d. 29. august 2025.

Det fulde høringssvar fremgår af vedlagte bilag.

Med venlig hilsen



Anders Kühnau
Formand, Danske Regioner



Mads Duedahl
Næstformand, Danske Regioner

Relateret document 2/2

Dokument Navn:	Bilag til Danske Regioners høringssvar over udkast til lovforslag om etablering af et beredskab for kritisk medicinsk udstyr_A.pdf
Dokument Titel:	Bilag til Danske Regioners høringssvar over udkast til lovforslag om etablering af et beredskab for kritisk medicinsk udstyr_A
Dokument ID:	1800197



NOTAT

Bilag: Danske Regioners høringssvar af udkast til lovforslag om etablering af et beredskab for kritisk medicinsk udstyr

18-08-2025

EMN-2025-00670

1791612

Danske Regioner har den 1. juli 2025 modtaget Indenrigs-og Sundhedsministeriets høring af udkast til lovforslag om etablering af et beredskab for kritisk medicinsk udstyr i offentlig høring.

Danske Regioner har til brug for udarbejdelse af nærværende høringssvar indhentet bidrag fra regionerne. Høringssvaret fra Danske Regioner skal tages med forbehold for godkendelse af Danske Regioners bestyrelse d. 29. august 2025.

Generelle bemærkninger

Danske Regioner anerkender, at der er behov for at ruste sig på kritisk medicinsk udstyr henset forsyningssituationen og det geopolitiske landskab. Dette gælder også i relation til at etablere foranstaltninger, som afhjælper konsekvenser af en eventuelt forsyningskrise. Danske Regioner bemærker også, at en forsyningskrise vil medføre et behov for tæt koordinering og samarbejde mellem stat, regioner og kommuner. Danske Regioner finder dog ikke, at lovforslaget og initiativerne heri i tilstrækkelig grad vil føre til en egentlig robustliggørelse af beredskabet.

Det er bl.a. helt væsentligt, at opbygningen af robuste forsyningskæder af kritisk medicinsk udstyr er på plads, før en forsyningskrise indtræffer eller kan forudses. Opbygningen af robuste forsyningskæder af kritisk medicinsk udstyr forudsætter indledningsvist en fastlæggelse af, hvilke sygdomme eller medicinske tilstande der med rimelig sandsynlighed vil medføre alvorlig personskade eller død for patienter (eller sundhedspersonalet) såfremt det nødvendige udstyr til diagnosticering, behandling, overvågning eller forebyggelse ikke er tilgængeligt, herunder egnede alternativer. En realistisk og tilstrækkelig opbygning af robuste forsyningskæder hænger med andre ord tæt sammen med, hvilke krav der stilles til sundhedsberedskabet i øvrigt, herunder særligt hvad man i en given krisesituation skal kunne håndtere og hvor længe.

Som lovforslaget er fremlagt kan kritisk medicinsk udstyr reelt set være alt medicinsk udstyr, hvilket af flere årsager rummer udfordringer, dels i forhold

til egentlig robustliggørelse eksempelvis i form af opbygning af bufferkapacitet, og i forhold til kortlægning og registreringsarbejdet i relation til et givent rapporteringskrav.

Det er ligeledes Danske Regionernes opfattelse, at bemærkningerne til forslaget visse steder synes noget konfrontatoriske, og her kunne man med fordel - i højere grad - lade bemærkningerne afspejle, at parterne skal samarbejde i en krise, fremfor at staten skal kontrollere regioner og kommuner, give påbud, indføre sanktioner og kontrolforanstaltninger m.v. Alle parter har en gensidig interesse i, at vi er bedst muligt rustede i en krise, og at vi samarbejder om at komme igennem den, hvilket også var ånden under COVID-19 krisen.

Lovforslaget vil medføre mere administration og bureaukrati – både ift. afledt og øget ressourceforbrug hos styrelsen, regionerne samt kommunerne, som følge af indmelding og håndtering af data på kritisk medicinsk udstyr, men også i forhold til det gennemgående kontrolelement i lovforslaget, som Lægemiddelstyrelsen kan iværksætte overfor en region eller kommune. Vi opfordrer til, at regionerne inddrages i relation til indberetning af data, så data suppleres med faglige vurderinger og risikobetragtninger, og at regionerne bliver kompenseret for de merudgifter, som følger af forslaget.

Danske Regioner finder det dog positivt, at der ikke med lovforslaget lægges op til krav om en fast, løbende indberetningspligt for kritiske lægemidler, men at kravet herom iværksættes på baggrund af den konkrete situation, ligesom det omfattede kritiske medicinske udstyr skal afgrænses afhængig af den konkrete situation. Henset til, at kritisk medicinsk udstyr rummer et meget stort antal varer er denne afgrænsning både fornuftig og nødvendig.

Endelig skal det bemærkes, at staten har indgået en aftale om beredskabslagre for værnemidler med Danske Regioner. På dette område er der allerede etableret rammer for løbende indberetning til SAMSIK, hvorfor det bør holdes ude af dette lovforslag. Der bør ikke indmeldes til flere instanser. Dette vil blot skabe yderligere unødigt bureaukrati.

Specifikke bemærkninger til lovforslaget samt tilhørende bemærkninger

Mht. §5e. stk. 2." Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om indholdet af foranstaltninger, jf. stk. 1, herunder regler om flytning og spredning, fremstilling og oplagring, udlevering af kritisk medicinsk udstyr." samt tilhørende bemærkninger.

Medicinsk udstyr dækker over meget forskelligt udstyr med forskellige afhængigheder og bindinger. Dette bør også afspejles i lovforslaget, da omfor-

deling af medicinsk udstyr er komplekst. Meget medicinsk udstyr har oftest tilknyttet forbrugsvarer fra en bestemt leverandør, og der kan ikke anvendes andre forbrugsvarer. Der er derfor oftest en afhængighed mellem udstyret og forbrugsvaren. Herudover kan der også være en IT-afhængighed, som medfører, at det er særdeles vanskeligt at flytte medicinsk udstyr rundt mellem regioner, og mellem regioner og kommuner. Endelig skal noget medicinsk udstyr kalibreres efter flytning, hvorfor der skal afsættes tilstrækkelig tid til denne øvelse. Herudover kan der også være kontraktmæssige bindinger på f.eks. serviceaftaler og lignende.

Yderligere kræver anvendelse af medicinsk udstyr i nogle tilfælde oplæring og træning, hvorfor det ikke kan forudsættes, at et medicinsk udstyr kan tages i brug et andet sted uden tid til oplæring. Omfordeling af medicinsk kritisk udstyr er således særdeles komplekst, hvilket bør afspejles i bemærkningerne, og tages under hensyn i en situation, hvor omfordeling tænkes iværksat.

Det er endvidere uklart, hvad der tænkes på ift. fremstilling og oplagring og udlevering, herunder særligt i forhold til formuleringen vedr. fremstilling, hen- set til, at regionerne ikke fremstiller kritisk medicinsk udstyr. Det ville være særdeles nyttigt, hvis betydningen af dette blev uddybet i bemærkningerne til lovforslaget.

Mht. §5f. stk. 2. "For at varetage kontrolopgaver efter stk. 1 har Lægemiddelstyrelsens repræsentanter med behørig legitimation og uden retskendelse adgang til lokationer, lagre, kontorer og andre bygninger tilhørende kommuner og regioner eller lokationer tilhørende juridiske personer, der oplagrer eller opbevarer medicinsk udstyr på vegne af kommuner og regioner." samt stk. 3. For at varetage kontrolopgaver efter stk. 1 kan Lægemiddelstyrelsen vederlagsfrit mod kvittering udtage eller kræve udleveret vareprøver af medicinsk udstyr. Lægemiddelstyrelsen kan kræve alle oplysninger, der er nødvendige for kontrolvirksomheden efter 1. pkt. og stk. 1. og 2." samt tilhørende bemærkninger.

Det er meget vidtgående, at Lægemiddelstyrelsen uden retskendelse kan til- tvinge sig adgang til regionernes og kommunernes lokationer for at besigtige medicinsk udstyr og få udleveret vareprøver. Der bør i stedet fokuseres på samarbejde og koordinering, således der er en gensidig forståelse af behovet for kontrol. Ellers vurderer Danske Regioner, at det må være tilstrækkeligt, at parterne indmelder lager og forbrug, og regionerne selv står for kontrol af kvaliteten taget i betragtning, at regionerne selv foretager kvalitetstest ifm. deres udbud.

Det skal også i denne forbindelse påpeges, at hvis varerne opbevares hos en tredje leverandør (3PL), vil dette formentlig medføre en regning. Der kan desuden være behov for, at dette aftales konkret med 3PL, der ikke nødvendigvis har lov til at give denne adgang grundet andre kunders varer. Dette kan medføre et behov for, at varerne opbevares særskilt, hvilket formentligt vil være fordyrende.

Herudover dækker medicinsk udstyr over en særdeles stor portefølje af apparatur og forbrugsvarer, hvorfor medicinsk udstyr ikke kun forefindes på dedikerede lagre. Medicinsk udstyr er placeret og i brug på regionernes mange behandlingslokationer. En kontrol af beholdningen af medicinsk udstyr vil derfor reelt set betyde besigtigelse af alle behandlingslokationer i regionerne – og dermed være en opgave, der vil kræve ledsagelse fra pågældende behandlingslokation, da besøget vil kræve adgang til operationsgange, sengeafsnit mv.

Yderligere gives Lægemiddelstyrelsen mulighed for vederlagsfrit at udtage eller kræve udleveret vareprøver af medicinsk udstyr fra regionerne. Denne bestemmelse tager ikke højde for, at kritisk medicinsk udstyr kan være langt mere værdifuldt end f.eks. almindelige værnemidler som handsker og mundbind. Der er derfor behov for en differentiering, hvor regionerne – som minimum – får mulighed for at søge økonomisk kompensation for udleveret udstyr med enhedspriser over et vist beløb. Dette vil sikre en mere rimelig fordeling af økonomiske byrder, særligt i tilfælde hvor der er tale om specialiseret udstyr eller komponenter til avanceret medicoteknisk udstyr, hvor stykomkostningerne er væsentligt højere.

Lovteksten kan med fordel præciseres eller suppleres med tydelig afgrænsning af, hvilke typer udstyr og hvilke beløbsgrænser der udløser kompensation. Regionerne bør kompenseres den fulde udgift (administration, pris, forsendelse) til udtagelse af vareprøver.

Regionernes specifikke bemærkninger til "bemærkninger til lovforslaget"

Bemærkninger til 2.1.2 Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser og den foreslåede ordning

Vedr. at forebyggelse af mangel på kritisk medicinsk udstyr (s. 5 m.fl.): Danske Regioner vurderer ikke, at overblik over kommunernes og regionernes kritiske medicinske udstyr samt omfordeling forebygger mangel af kritisk medicinsk udstyr. Omfordelingen kan måske afbøde akutte udfordringer, men der kan ikke sættes lighedstegn mellem omfordeling og forsyningssikkerhed.

Herudover bør det afdækkes, om der er en udbudsretlig barriere i forhold til omfanget af omfordeling af medicinsk udstyr mellem regioner. Herunder om der i fremadrettede kontraktindgåelser bør være en adressering af muligheden for disse påbud. Dertil kommer, at nuværende kontrakter indebærer mulighed for skift af juridisk person, hvor det ikke er nuværende kontraktpart, der skifter juridisk person, men der er tale om en helt udenforstående juridisk person.

Vedr. deling af indberettede oplysninger med regioner og kommuner (s. 6 og 7): ISM skriver, at de vil vurdere, at det på *et senere tidspunkt* kan være relevant, at regionernes og kommunernes indberettede oplysninger deles med dem. Det er helt væsentligt, at der er gennemsigtighed i regionernes indberettede data, således de har samme informationsniveau som Lægemiddelstyrelsen, og hermed kan have tillid til de foranstaltninger, som Lægemiddelstyrelsen måtte træffe på området.

Bemærkninger til 2.2.2 Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser og den foreslåede ordning.

Vedr. faglig vurdering ved fordeling af medicinsk udstyr (s. 9): Det er essentielt, at en eventuel omfordeling af kritisk udstyr baserer sig på sundhedsfaglige anbefalinger. Det syntes dog noget uklart, præcist hvilke sundhedsfaglige vurderinger, som en sådan fordeling bliver baseret på. Og her er det væsentligt at være opmærksom på, at regionerne kan have andre behandlingsforpligtigelser og krav til behandlingskapaciteten, som kan være i modstrid med fordelingen af varer f.eks., hvis en omfordeling influerer negativt på et sygehus muligheder for at gennemføre livreddende behandlinger. Hvad vil i så fald have forrang?

Dertil kommer, at medicinsk udstyr er tilknyttet serviceaftale og leverandøraftaler generelt, som ikke nødvendigvis kan overdrages til anden juridisk person.

Vedr. incitament til at indkøbe kritisk medicinsk udstyr i fredstid (s. 11): Det er udmærket, at prisen for et kritisk medicinsk udstyr tager udgangspunkt i tidspunktet for påbuddets gældende markedspris. Det skal dog bemærkes, at regionerne arbejder konsekvent og målrettet på at sikre forsyningssikkerhed af varer til hospitalerne, og at tilstrækkeligt udstyr er en forudsætning for at yde behandling. Regionerne kan derfor absolut ikke genkende billedet af, at der kunne være incitament til ikke at indkøbe kritisk medicinsk udstyr mhp. at kunne erhverve det hos f.eks. anden region i tilfælde af en krise.

Vedr. straf med bøde (s. 13 m.fl.): Det er uklart, dels hvad der udløser sanktioner såsom bøder m.v., og dels mangler der en vurdering af proportionaliteten i sanktioner.

Bemærkninger til 3. Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige.

Vedr. vurderingen af, at lovforslagets ikke har økonomiske konsekvenser for kommuner og regioner (s. 13 og 14): Danske Regioner er ikke enige i, at de afledte udgifter, som måtte være af lovforslaget *generelt, vil blive opvejet af de gavnlige effekter af at konsekvenserne ved alvorlige forsyningssvigt afhjælpes eller afbødes*. Eventuel omfordeling af udstyr kan desuden næppe afbøde alvorlige forsyningssvigt.

Forslaget lægger op til etablering af en række nye arbejdsgange og samarbejdsflader mellem regionerne og Lægemedelstyrelsen – både i driftsfasen og i beredskabssituationer. Det indebærer bl.a. afrapportering, dataindsamling, koordinering og besvarelse af henvendelser fra Lægemedelstyrelsen. Forslaget indebærer endvidere potentielt afgivelse af bekosteligt medicinsk udstyr ved afgivelse af vareprøver samt eventuelle kontraktbundne meromkostninger til leverandører .

Erfaringerne fra COVID-19 viser, at denne type samarbejde kræver stor koordination og betydelige ressourcer – især fordi Lægemedelstyrelsen ikke nødvendigvis har indsigt i regionernes logistiksystemer, varesortimenter eller dataformater. Der er derfor ofte behov for afklarende dialog, omformatering af data, og ressourcetung fremskaffelse af oplysninger, som regionerne ikke naturligt indsamler i det ønskede format.

Herudover må det forventes, at regionerne/Danske Regioner skal tilføre ekstra administrative ressourcer for at kunne løfte denne opgave – eller alternativt foretage nedprioritering af andre opgaver i en tid, hvor vores beredskab og drift allerede er presset. Så allerede i "fredstid" er det en ekstraopgave. Der bør derfor følge økonomi med til denne nye opgave som en del af kommende DUT forhandlinger.

Regionernes specifikke bemærkninger til "bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser"

Vedr. vederlagsfri udlevering af vareprøver (s. 25): Medicinsk udstyr er mange og meget forskellige varer. Hvorvidt udleveringen skal være vederlagsfrit må afhænge af udstyrets størrelse, således der sikres proportionalitet ift. mulige forsendelses-/transportomkostninger. Se i øvrigt tidligere bemærkninger.

Bilag Titel:	Høringsbrev ifm ENS- bekendtgørelse om energieffektivisering i det offentlige 21.8-2025
Dagsordens titel	Høringssvar - Bekendtgørelse om energieffektivisering i det offentlige
Dagsordenspunkt nr	20
Bilag nr	1
Antal bilag:	2

Energistyrelsen
Carsten Niebuhrs Gade 43
1577 København V

DANSKE
REGIONER



18-08-2025

EMN-2023-01020

1799758

Danske Regioners høringsvar til udkast til: "Bekendtgørelse om energieffektivitet i det offentlige" (Energistyrelsen, 27. juni 2025)

Danske Regioner har modtaget Energistyrelsens høring fra 27. juni vedr. udkast til 'Bekendtgørelse om energieffektivisering i det offentlige'. Bekendtgørelsen indgår i den danske implementering af EU's Energieffektiviseringsdirektiv. Som led heri er der den 22. maj 2025 indgået en politisk aftale om fælles indsats mellem KL, Danske Regioner og regeringen om energieffektivitet i offentlige bygninger.

Udover den politiske aftale er bekendtgørelsen et vigtigt skridt på vejen mod øget energieffektivitet i brede dele af den offentlige sektor, herunder energieffektiv bygningsdrift, energi-renoveringer, indkøb af varer og tjenesteydelser samt rammerne for at levere mange af kerneydelserne, bl.a. på sundhedsområdet.

Regionerne har gennem en meget lang periode haft et stort fokus på at øge energieffektiviteten i egen bygningsmasse, bl.a. gennem renoveringer, udfasning af olie og gasfyr, etablering af solcelleanlæg etc. Indsatsen har skabt konkrete resultater. Fra 2009 til 2023 steg hospitalernes samlede aktivitet med 20 procent, mens regionernes samlede energiforbrug i samme periode faldt med 11 procent.

Vi er meget tilfredse med disse resultater, men ved også, at der potentiale for nå endnu længere med indsatsen. Styrket energieffektivitet er derfor et af fokusområderne i den fællesregionale strategi om "Grønne Hospitaler" (januar, 2024), der bl.a. rummer målsætningen om at halvere regionernes samlede CO₂-udledninger inden 2035.

I lyset af disse målsætninger er det positivt, at der nu lægges ekstra kræfter i at øge energieffektiviteten i alle dele af den offentlige sektor. Danske Regioner bifalder derfor, at der med bekendtgørelsen nu skabes en ramme for at målrette arbejdet med øget energieffektivitet i alle dele af den offentlige sektor i Danmark.

Danske Regioner ser dog en række udfordringer i forslaget til bekendtgørelse. Disse berører først og fremmest indkøbsområdet, hvor flere elementer i bekendtgørelsens §16 risikerer at svække konkurrencesituationen, sund prisdannelse samt adgangen til at indkøbe de produkter, løsninger og ydelser,

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

der bedst muligt understøtter patienthensyn- og sikkerhed samt høj kvalitet i behandlingen.

Konkret går vores bekymring på, at regionernes indkøbsorganisationer fremover risikerer at blive pålagt eksplicitte krav om at indarbejde hensyn til "energieffektivitet først" i relevante udbud. Implikationen er, at ordregivende myndigheder fremover pålægges at skulle vægte hensyn til energieffektivitet uforholdsmæssigt højt - også i situationer, hvor hverken marked eller konkurrencesituation er tilstrækkelig moden til at imødekomme sådanne krav.

Risikoen er, at ordregivende myndigheder fremover mister den fleksibilitet, der i dag er til at udforme udbud, der videst muligt fremmer optimal konkurrence til gunst for ordregiver, tilbudsgivere - samt i sidste ende patientbehandlingen. Danske Regioner opfordrer derfor til, at §16 tilpasses så bestemmelserne hverken indskrænker ordregivende myndigheders adgang til at tilrettelægge, og gennemføre relevante udbud, eller kompromitterer væsentlige kvalitets- og sundhedsfaglige hensyn i forbindelse med køb af varer og tjenesteydelser til sundhedsvæsenet.

Forslaget til bekendtgørelse indeholder derudover en række elementer som berører de samfundskritiske funktioner som regionerne varetager ift. hospitalsdrift og sundhed. Netop her er det afgørende, at øget fokus på energieffektivitet, ikke kompromitterer patientsikkerhed og -sundhed, herunder eksempelvis særlige krav til sikring/sikkerhed og ventilation i forbindelse med psykiatrien. Tilsvarende må øget fokus på energieffektivitet ikke kompromittere andre hensyn til bæredygtighed, totaløkonomi, brug materialer og komponenter med lange levetider, mulighed for reparation/udskiftning af delkomponenter etc.

Der tages forbehold for endelig godkendelse af høringssvaret på Danske Regioners bestyrelsesmøde den 29. august, 2025.

Med venlig hilsen



Anders Kühnau
Formand, Danske Regioner



Mads Duedahl
Næstformand, Danske Regioner

Relateret document 2/2

Dokument Navn:	Bilag - høring vedr. energieffektivisering i det offentlige.pdf
Dokument Titel:	Bilag - høring vedr. energieffektivisering i det offentlige
Dokument ID:	1800358



NOTAT

18-08-2025

EMN-2023-01020

1792053

Danske Regioners høringssvar til udkast til "Bekendtgørelse om energieffektivitet i det offentlige" – tekniske bemærkninger**I. Bemærkninger vedr. kapitel 3 (§16): "energikrav ved indkøb"**

Helt overordnet ser Danske Regioner med bekymring på bekendtgørelsens §16 / kapitel 3 vedr. "energikrav ved indkøb". Bekymringerne går på, at de foreslåede bestemmelser risikerer at indsnævre det manøvrerum som bl.a. regionernes indkøbsorganisationer har til – selvstændigt – at designe og tilrettelægge udbud, der videst muligt forener og tilgodeser sundhedsfaglige, konkurrence-, klima- og økonomiske hensyn. Samtidig bygger bestemmelsen på et – indtil videre – uklart og endnu ikke veldefineret princip om "energieffektivitet først".

Medicinsk udstyr og medicin

I forhold til §16 går bekymringerne konkret på, at bestemmelserne samlet set vil indsnævre det manøvrerum regionernes indkøbsorganisationer og Amgros i dag har til selv at tilrettelægge og designe indkøb af varer og tjenesteydelser med en høj energiandel. Her tegner medicinsk udstyr sig for en meget stor andel af de energiintensive varer og tjenesteydelser som regionerne løbende køber ind. Herunder eksempelvis MR- CT- ultralyds-scannere, røntgen, skoper og andet billeddiagnostisk udstyr, som er helt essentielt for en effektiv og målrettet diagnosticering og patientudredning.

For mange af disse kategorier af medicinsk udstyr gælder samtidigt, at de rummer en meget høj grad af kompleksitet, hvor energiforbrug/energieffektivitet alene udgør én blandt mange øvrige væsentlige parametre. Det gælder ikke mindst billedkvalitet, diagnostiske standarder, sikker udredning, patientsikkerhed, klinisk sikkerhed, kliniske standarder, datasikkerhed etc.

For indkøb af disse typer af medicinsk udstyr gælder derfor, at de skal vurderes og evalueres på baggrund af mange komplekse parametre, som i sidste ende skal sikre, at patientsikkerhed og behandling ikke kompromitteres.

Enkeltstående parametre som energieffektivitet/-forbrug vil derfor her alene indgå som en blandt mange øvrige vurderingskriterier. Hertil kommer, at medicinsk udstyr kun sjældent lader sig indpasse i de (relativt simple) energimærkningsordninger, som kendes fra mere traditionelle forbrugsvarer. Af samme grund kan det være problematisk med rigide regler, der pålægger ordregivende

myndigheder at skulle tage særlige hensyn til høj energieffektivitet. Herved risikerer man at tilsidesætte andre og langt mere væsentlige hensyn, som eksempelvis behandling af høj kvalitet, patientsikkerhed m.v.

Sund konkurrence

Forankret i professionelle indkøbsorganisationer køber regionerne årligt varer og tjenesteydelser ind til sundhedsvæsenet for en samlet værdi af ca. 40 mia. kr. (inklusive medicin). Som ordregivende myndigheder har det stor og afgørende værdi, at man lokalt selv - og inden for Udbudslovens rammer - har manøvrerum til at kunne designe og tilrettelægge konkrete udbud, der dels imødekommer sundhedsfaglige og kliniske behov, men også udnytter fordelene ved sund og velfungerende konkurrence blandt potentielle tilbudsgivere.

For at sikre en optimal konkurrencesituation ifm. en udbudt opgave, er det essentielt, at man som ordregivende myndighed selv kan fastlægge kravsspecifikationer ifm. udbuddet - bl.a. på baggrund af en aktiv markedsdialog - samt hvilke evalueringskriterier modtagne tilbud efterfølgende skal vurderes ud fra, herunder minimumskrav, sammensætning og vægtning af konkurrencekrav mv. Tilsvarende er det essentielt, at ordregiver har den nødvendige fleksibilitet og manøvrerum til selv at beslutte, hvordan kravsspecifikationer konkret skal udformes, samt hvordan evalueringskriterier skal sammensættes og vægtes i det enkelte udbud.

Med §16 lægges der op til, at ordregivende myndigheder fremover - som noget nyt - kan blive pålagt eksplicitte krav om at indarbejde hensyn til "energieffektivitet først" i relevante udbud. Implikationen er, at ordregivende myndigheder fremover pålægges at skulle vægte hensyn til energieffektivitet uforholdsmæssigt højt - også i situationer, hvor hverken marked eller konkurrencesituation er tilstrækkelig moden til at imødekomme sådanne krav.

Når der på den måde indføres meget bastante krav om energieffektivitet som element i fremtidige udbud, opstår der samtidig risiko for, at ordregivende myndigheder fremover mister den fleksibilitet, der i dag er til at udforme udbud, der videst muligt fremmer optimal konkurrence til gunst for ordregiver, tilbudsgivere samt i sidste ende patientbehandlingen.

Når denne fleksibilitet reduceres eller helt mistes, vil det samtidigt reducere og mindske konkurrencesituationen, hvilket også vil medføre negative implikationer på prisdannelsen og i sidste stigende priser. Danske Regioner og regionernes indkøbsorganisationer ønsker at undgå denne type scenarier.

Endelig risikerer kommende krav på området at påføre ordregivende myndigheder nye procedurer og arbejdsgange, som ikke er en realitet i dag. Dermed nye opgavebyrder i form af proceskrav og transaktionsomkostninger. Disse vil i givet fald skulle kompenseres økonomisk.

Som nævnt opfordrer Danske Regioner derfor til, at §16 tilpasses så bestemmelserne hverken indskrænker ordregivende myndigheders adgang til at tilrettelægge, disponere og gennemføre relevante udbud, eller compromitterer væsentlige kvalitets- og sundhedsfaglige hensyn i forbindelse med køb af produkter, apparatur mv til sundhedsvæsenet.

Også udbudsteknisk ser Danske Regioner en række risici for samspilsproblemer mellem hhv. udbudslovens regler om rækkevidden af de krav, der lovligt kan stilles til kontraktens genstand, samt de forpligtelser bekendtgørelsen lægger op til. Danske Regioner opfordrer derfor til, at der er overensstemmelse mellem de forskellige lovkomplekser.

Specifikke bemærkninger

§16 stk. 1:

Bestemmelsen har vidtrækkende konsekvenser som bl.a. risikerer at begrænse offentlige ordregiveres manøvfrihed til at planlægge og tilrettelægge egne udbud, jf. bemærkningerne ovenfor. Desuden læser vi bestemmelsen som om, at den gælder alle offentlige indkøb over tærskelværdien; dermed vil Amgros - regionernes fælles indkøbsorganisation for sygehus-medicin - blive omfattet på hele deres forretning af udbud af lægemidler. Det vil være uhensigtsmæssigt at lægge yderligere restriktioner på denne type udbud, som berører leverancer og forsyning af medicin til alle hospitaler i Danmark.

Tilsvarende er der brug for at klargøre hvordan og i hvilket omfang bekendtgørelsens krav skal fortolkes i forhold til IT-anskaffelser og IT-tjenesteydelser, der tilsvarende er essentielle for forsyning og leverance af sundhedsydelser.

§16 stk.1 pkt.1:

Som princip er "Energieffektivitet først" ikke tilstrækkeligt beskrevet og uklart defineret. Denne omstændighed gør det vanskeligt for offentlige ordregivere at forholde sig konkret til rækkevidde og implikationer af denne del af bestemmelsen. Betyder det f.eks at hensynet til energieffektivitet ifm. et udbud altid - eller kun i bestemte situationer - har forrang i forhold til pris? I så fald, i hvilke konkrete situationer? Tilsvarende er der brug for, at denne del af §16 bliver langt mere eksplicit på balancerne mellem 'energieffektivitet først' og Udbudslovens principper om ligebehandling, gennemsigtighed og proportionalitet (UBL §2). Der er således et stort behov for at beskrive princippet om 'energieffektivitet først' relativt grundigt, herunder hvordan ordregivende myndigheder skal forholde sig til og anvende det i praksis, eksempelvis i forhold til indkøb af IT-systemer, software eller relaterede tjenesteydelser.

§16 stk.1 pkt.2:

Det er positivt, at kravet kun kan bringes i anvendelse hvis "*der sikres tilstrækkelig konkurrence*". Det bemærkes samtidigt, at hensynet til velfungerende konkurrence ikke er knyttet til andre af dele §16. Danske Regioner opfordrer

derfor til at genbesøge relevante dele af §16, så hensynet til "tilstrækkelig konkurrence" sikres bredere.

Danske Regioner bemærker dernæst, at bestemmelsen alene begrænser sig til Parlamentets og Rådets forordning om opstilling af rammer for energimærkning eller direktiv om opstilling af rammer for energimærkning eller af et relateret gennemførelsesdirektiv vedtaget af Kommissionen. Derimod omfatter bestemmelsen ikke produkter, der reguleres af EU's forordning om medicinsk udstyr (dvs. "Medical Device Regulation (MDR) / EU-2017/745").

§16 stk.1 pkt.3:

Bestemmelsen betyder, at der alene må købes produkter som er omfattet af gennemførelsesforanstaltninger i relation til EU's ECO-designdirektiv fra 2023. Danske Regioner er bekendt med, at arbejdet med de relaterede gennemførelsesforanstaltninger aktuelt befinder sig i en helt indledende opstartsfasen, som potentielt kan række helt frem til 2030. Disse tidslinjer indebærer, at der formentligt vil gå lang tid før offentlige ordregivere har fuld adgang til at vælge mellem produkter som "*opfylder gennemførelsesforanstaltningens referenceværdier for energieffektivitet*".

Implikationerne heraf vil være en svækket konkurrencesituation, og derfor til ugunst for en sund prisdannelse. Bestemmelsen bør efter Danske Regioners vurdering derfor suppleres med samme passus (som i pkt. 2) om, at "*Kravet gælder kun, hvis der sikres tilstrækkelig konkurrence*".

Danske Regioner bemærker derudover, at bestemmelsen alene begrænser sig til ECO-designdirektivet samt relaterede retsakter. Derimod omfatter bestemmelsen ikke produkter, der reguleres af EU's MDR-forordning.

§16 stk.1 #5:

Danske Regioner ser en risiko for, at bestemmelsen pålægger ordregivende myndigheder nye og uforholdsmæssigt store administrative byrder. Den nuværende formulering lægger op til, at en ordregivende myndighed ifm. fremtidige tjenesteydelseskontrakter skal øge omfanget af krav som en kommende leverandør skal overholde – dels ift. kontraktens kerneydelse/genstand, men også i forhold til de bagvedliggende rammer, hvorunder leverancen (kerneydelsen) sker. I sig selv kan dette være på kant med fundamentale principper i Udbudsloven om, at der alene kan stilles krav til kontraktens genstand, men ikke værdikæden bag.

Der er således risiko for at bestemmelsen fører til langt mere vidtgående krav end i dag. Samtidig er der brug for, at bekendtgørelsen bliver langt klarere på, om den aktive kontrol af de nye krav alene påhviler leverandøren eller ordregiver.

I forhold til formuleringen "*kravet finder kun anvendelse på nye produkter, der*

delvis eller udelukkende er købt af leverandøren” er der brug for at tydeliggøre, hvordan ”delvis” nærmere defineres; er det et niveau på mindst 50 pct. eller kan det også være på 40, 30, 20 eller 10 pct? Tilsvarende opfordres til at tydeliggøre hvilken part - tilbudsgiver eller ordregiver - det påhviler at bevise om noget delvist er købt med henblik på at levere en specifikt udbudt tjenesteydelse?

Ligeledes er der brug for at klargøre bestemmelsens rækkevidde og implikationer i forhold til anskaffelse af IT-tjenester som f.eks. drift, hosting eller ’software as a service’, og i givet fald, hvordan energieffektivitet vurderes for sådanne ydelser. Danske Regioner er på dette felt ikke bekendt med standardiserede energimærkninger for software eller digitale systemer. Temaet knytter derfor an til hvordan indkøb af f.eks. administrative systemer, AI-løsninger eller cloud-tjenester helt konkret skal vurderes i forhold til krav om øget energieffektivitet. Danske Regioner opfordrer derfor til, at den kommende vejledning specifikt adresserer, hvilke rammer som gælder ifm. IT-anskaffelser og tjenesteydelser.

§16 stk.1 pkt.6

Bestemmelsen (køb af bygninger) beskriver situationer, hvor kravet (til offentlige ordregivere) om kun at indkøbe bygninger som mindst svarer til NZEB, kan undtages.

For ordregivende myndigheder (i f.eks. regionerne) ligger der et ikke uvæsentligt hensyn i, at man forholdsvis uhindret og uden større begrænsninger har manøvre frihed til – på markedsvilkår – at kunne erhverve/købe relevant bygningsmasse som man måtte se en værdi i fsva. funktionalitet, drift og anvendelse. I sin nuværende form begrænser bestemmelsen denne manøvfrihed. Den bør derfor opblødes/tilpasses.

Begrænsningen består i, at eksempelvis ejendomsadministrationen i en region direkte afskæres fra at erhverve en bygning, der kan udfylde et fagligt relevant formål - med mindre at bygningen har niveau NZEB. Denne begrænsning er uhensigtsmæssig og det bør i langt højere grad være op til den ordregivende myndighed at vurdere balancerne mellem bygningens kvaliteter fsva. angår funktionalitet samt anvendelighed som ramme for faglige opgaver, energiforbrug og niveau for energieffektivitet.

Set i det lys er det positivt, at der under litra a åbnes for, at en kommende bygningsejer/køber – frem for renovering til NZEB-niveau – alene kan fokusere på at gennemføre ”*alle teknisk mulige (og) rentable renoveringer*” (senest i 2040).

§16 stk.1 pkt.8:

Bestemmelsen beskriver vilkår og rammer for hvornår ordregivende myndigheder skal offentliggøre *"oplysninger om den forventede energieffektivitetsvirkning af kontrakten i udbudsmaterialet"*.

Danske Regioner ser en stor risiko for, at dette krav bl.a. påfører regionernes indkøbsorganisationer nye og omfattende administrative byrder. Årsagen er, at den nye bestemmelse stiller store krav til de oplysninger, som regionerne og regionernes leverandører vil skulle oplyse på forhånd.

Derfor er der behov for at være mere konkret på, under hvilke omstændigheder og rammer disse oplysninger i givet fald skal offentliggøres. Navnlig er der brug for at konkretisere, hvornår og i hvilken rækkefølge offentliggørelse i givet fald skal finde sted? Hvad der i givet fald skal fremgå og under hvilken form? Hvilke metodiske vurderinger de ønskede oplysninger i givet fald skal basere sig på? Hvordan sikres metodisk ensartethed på tværs af diverse ordregivende myndigheder i hhv. stat, regioner og kommuner? Hvordan skal man forholde sig som region, hvis udbuddet er delegeret/varetages af en anden region, sker som en fællesregionalt udbud osv.? Der er brug for at få denne type spørgsmål nærmere beskrevet i en kommende vejledning.

Krav om at offentliggøre – og forinden udarbejde og beregne - de ønskede oplysninger, har endvidere implikationer ift. ressourceforbrug og adgang til de rette kompetencer. Det er vurderingen, at mange ordregivende myndigheder i dag ikke har kapaciteterne og kompetencerne 'in-house' til at løfte denne nye opgave. Såfremt man i regionerne skal løfte en ny og øget rapporteringsbyrde, så forudsætter det, at man samtidigt kompenseres økonomisk for den nye opgave.

II. Øvrige bemærkninger til bekendtgørelsen

§1-2. Bemærkninger: Ingen

§3. Bemærkninger: Danske Regioner bemærker, at målsætningen om årlige reduktioner af energiforbruget gælder den samlede offentlige sektor. Målsætningen tillader derfor variationer, bl.a. som følge af et forventet stigende aktivitetsniveau – og forventeligt dermed også energiforbrug - på hospitalerne, bl.a. som følge af demografiske forhold, aldrende befolkning etc.

§4. Bemærkninger: Ingen

§5. Bemærkninger: Danske Regioner vurderer, at §5 som udgangspunkt er i god overensstemmelse med den politiske aftale af 22. maj, 2025. Dog opfordres der til, at der i §5 også tilføjes en formulering (evt. som stk. 7) som afspejler aftalens formuleringer vedr. mulighederne for at medregne nybyggeri samt frasalg.

Bestemmelsen indebærer helt nye krav til bl.a. regionerne om årlige udpegninger af bygninger, som vurderes at være rentable at renovere op til NZEB-niveau inden 2040. Forpligtelsen udløser for regionerne således nye arbejdsopgaver med at identificere, analysere, potentialevurdere og i sidste ende udpege den relevante bygningsmasse.

§6. Bemærkninger: Danske Regioner anerkender behovet for, at bekendtgørelsen nærmere beskriver rammerne for, hvornår og i hvilke situationer nedrevne bygninger kan medregnes som renoveret op til NZEB-niveau, bl.a. jf. direktivets art 6 samt aftalen af 22. maj, 2025. Samme aftale rummer samtidigt formuleringer vedr. mulighederne for at medregne nybyggeri samt frasalg. Der opfordres til, at bekendtgørelsen udbygges med et afsnit herom.

§7. Bemærkninger: Regionerne bruger lejet bygningsmasse i beskeden omfang. Forpligtelsen til at skulle forhandle om renovering til NZEB-niveau med ejere af bygninger som fx en region, kommune mv. måtte ønske at leje, kan dog rumme udfordringer.

Som lejer kan en region have begrænset indflydelse på de fremtidige renoverings- og driftsmæssige dispositioner som ejeren af bygningen måtte prioritere, herunder kontraktlige forpligtelser, hvor dette kan påkræves. Forpligtelsen for en lejer til at forhandle med ejer om renovering til NZEB-niveau, kan derfor være udfordrende og samtidig udløse nye administrative opgaver, som ikke nødvendigvis står mål de ønskede resultater.

Derfor foreslås en opblødning af §7 så dialog med bygningsejer om renovering til NZEB-niveau, alene bygger på frivillighed og relevans og afspejler de ressourcer en region (eller kommune) måtte have til rådighed. Disse hensyn bør derfor indarbejdes i §7.

Forpligtelsen under §7 er ny og vil for regionerne udløse nye ekstraopgaver i situationer, hvor en region måtte ønske at indgå et lejemål vedr. brug af en bygning, som regionen ikke selv ejer. Bestemmelsen indebærer, at regionen ifm. lejemålet forpligtes på at bruge tid og ressourcer på at animere og overtale bygningsejer til en bestemt renoveringsindsats over tid.

§8-11. Bemærkninger: Ingen

§12. Bemærkninger: Danske Regioner støtter ambitionen om styrket brug af vedvarende energi som forsyningskilde til offentlige organers energiforbrug, eksempelvis i form af solcelleanlæg. I forbindelse med offentlige organers brug af solcelleanlæg har der de senere år været krav om selskabsudskillelse. Kravet har dog vist sig at være kontraproduktivt ift. bl.a. regionernes ønsker om at udbygge kapaciteten for så vidt angår solcelleanlæg. Det er derfor positivt, at *”regeringen og Danske Regioner vil afdække mulighederne for og konsekvenserne*

ved at fjerne krav om kommunal og regional selskabsudskillelse”, jf. Aftale om regionernes økonomi for 2026.

§13. Bemærkninger: Ingen

§14. Bemærkninger: Medmindre forpligtelsen til at indberette oplysninger om slutforbrug af energi fuldt ud bygger på allerede eksisterende og tilgængelige datakilder, er det Danske Regioners vurdering, at bestemmelsen efter §14 vil påføre regioner nye administrative byrder ifm. beskrivelse og indberetning af de nævnte oplysninger. Danske Regioner opfordrer derfor til, at indberetning af de ønskede oplysningerne sker på et grundlag, der ikke påfører regionerne nye administrative byrder.

§15. Bemærkninger: Ingen

§17-18. Bemærkninger: Ingen

§19. Bemærkninger: Danske Regioner tager til efterretning, at afgørelser ikke kan påklages til hverken Energiklagenævnet eller Energi- og Forsyningsministeren. Danske Regioner opfordrer derfor til, at bekendtgørelsen beskriver alternative klagemuligheder over afgørelser i medfør af bekendtgørelsen.

III: Økonomiske konsekvenser:

Som det fremgår, vurderer Danske Regioner, at bekendtgørelsen på en række felter vil udløse nye opgaver og forpligtelser for regionerne, som ikke tidligere har været gældende. Dermed også nye administrative byrder, som der fremadrettet vil skulle kompenseres for. På den baggrund forudsætter Danske Regioner kompensation svarende til de afledte økonomiske konsekvenser for regionerne, som følger af relevante bestemmelser i bekendtgørelsen.

Bilag Titel:	Høringssvar til ændring af lov om aktiv beskæftigelsesindsats
Dagsordens titel	Høringssvar - Ændring af en række love på beskæftigelsesområdet
Dagsordenspunkt nr	21
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



NOTAT

21-08-2025

EMN-2025-00689

1798144

Emilie Støvring Studt

Høringssvar til ændring af lov om aktiv beskæftigelsesindsats, lov om organisering og understøttelse af beskæftigelsesindsatsen m.v. og forskellige andre love - 2025 – 6263

Danske Regioner takker for muligheden for at bidrage med høringssvar til lovforslag om ændring af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, lov om organisering og understøttelse af beskæftigelsesindsatsen m.v. og forskellige andre love - 2025 – 6263. Danske Regioner støtter reformens ambitioner, og dens mål om at lette arbejdsgangene på beskæftigelsesområdet ved bl.a. at reducere i regler og procedurer.

Der tages forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse den 29. august 2025.

Overordnede bemærkninger

Ensartet sundhedsfaglig rådgivning

Siden gennemførelsen af Reform af førtidspension og fleksjob i 2013 har de Kliniske Funktioner i regionerne opbygget erfaring med at yde sundhedsfaglig rådgivning i kommunernes beskæftigelsesindsats – særligt via det tværfaglige samarbejde i kommunernes rehabiliteringsteams og i mødet med den enkelte borger. De Kliniske Funktioner samarbejder med kommunerne og almen praksis om på forskellig vis at bidrage til udvikling af borgerens arbejdsevne.

Af lovforslaget fremgår det, at kommunerne fortsat skal inddrage sundhedsfaglig rådgivning fra Klinisk Funktion, når der skal træffes afgørelse i sager om fleksjob, tilskud til selvstændigt erhvervsdrivende og førtidspension, og at rådgivningen skal være en del af det samlede beslutningsgrundlag (undtaget er sager, hvor borger åbenlyst ikke er i målgruppen for førtidspension eller sager af terminal karakter). Danske Regioner finder det positivt, og regionerne bidrager gerne med, at den sundhedsfaglige rådgivning videreføres.

Af hensyn til at sikre borgere med alvorlige helbredsproblemer en relevant sundhedsfaglig rådgivning bør det overvejes, at rådgivningen indføres tidligere i sagsbehandlingsforløbet end anført i lovforslaget.

Tidlig inddragelse af sundhedsfaglig rådgivning kan desuden understøtte kommunens vurdering af borgerens udviklingsmuligheder i forhold til arbejde eller uddannelse og iværksættelse af relevante indsatser. Det samme vil kunne gøre sig gældende på sygedagpengeområdet, når jobafklaringsforløb udgår. Et forslag kunne være, at lade sundhedsfaglig rådgivning indgå ved kommunens 2-årige vurdering af aktivitetsparate over 30 år (den såkaldte afklaringsret) og forud for revurderingstidspunktet for sygedagpenge.

Sundhedsfaglig rådgivning og inddragelse af borger

Af lovforslaget fremgår det, at den sundhedsfaglige rådgivning skal ydes efter inddragelse af borgeren. Det er regionernes erfaring fra rehabiliteringsteammøderne, at borger ofte selv bidrager med væsentligt nyt om egne helbredsforhold. Danske Regioner finder det positivt, at borgerinddragelsen fastholdes ifm. afgørelse om fleksjob, tilskud til selvstændig erhvervsdrivende og førtidspension.

At borgeren inddrages ved et fysisk møde, er medvirkende til at realisere intentionen om en mere værdig beskæftigelsesindsats. En inddragelse af borgeren og sundhedsfaglig rådgivning vil hensigtsmæssigt kunne ske på et tidspunkt, hvor eventuelle mangler i den helbredsmæssige belysning af borgerens forhold vil kunne håndteres tidligt i forløbet – og ikke sker umiddelbart inden afgørelse om borgerens fremtidigt forsørgelsesgrundlag. Det foreslås derfor, at det i den reviderede bekendtgørelse vedr. sundhedsfaglig rådgivning specificeres, at inddragelsen bør ske tidligt, fx når kommunen påbegynder arbejdet med beskrivelsen af borgers forudsætninger for arbejde og uddannelse – dette svarer til gældende praksis ved påbegyndelsen af rehabiliteringsplanens forberedende del.

Det anbefales, at bekendtgørelsen fortsat skaber hjemmel til, at kommuner og regioner indgår regionale samarbejdsaftaler, som det allerede kendes til i dag.

Afskaffelse af rehabiliteringsteamet

Der er lagt op til, at kommunerne skal have større frihed til at tilrettelægge den tværfaglige indsats, og derfor afskaffes rehabiliteringsteamet. Det vil fremover være op til den enkelte kommune at sikre, at de rette fagligheder inddrages i sager om bl.a. førtidspension og fleksjob. Og kommunens afgørelse skal ikke afvente, at der er etableret et rehabiliteringsteam, som der skal afgive indstilling, inden der kan træffes afgørelse i sagen.

Regionerne gør opmærksom på, at rehabiliteringsteams har medvirket til, at borgerne får et helhedsorienteret perspektiv i behandlingen af sagen. Og at det tværfaglige samarbejde har medvirket til at fremme kendskabet til opgaveløsningen på tværs af kommune og region.

For Danske Regioner er det vigtigt, at kommunerne stadig skal inddrage sundhedsfaglig rådgivning fra klinisk funktion, når borgeren vurderes i målgruppen for førtidspension og fleksjob.

Afskaffelse af ressourceforløb

Af lovforslaget fremgår det, at der vil være en overgangsordning for ressourceforløb bevilget senest den 31.01.2026, som giver borgeren adgang til ressourceforløbsydelse og indsatser efter hidtidige regler. Regionerne finder det positivt, at borgere i ressourceforløb således også fremover har ret til samtale med sundhedskoordinator, og at genbehandling af sager i rehabiliteringsteamet, hvor indsats ikke er påbegyndt efter seks mdr., fortsat er gældende, indtil rehabiliteringsteamet afskaffes pr. den 30.06.2026.

Danske Regioner noterer sig, at ressourceforløb udgår som en særskilt målgruppe. Der gøres opmærksom på, at ressourceforløb vedrører en gruppe af borgere med alvorlige helbredsproblemer i kontanthjælpssystemet, og hvor der i kontanthjælpssystemet ikke er tilsvarende rettighed til sundhedsfaglig rådgivning.

Tekstnære kommentarer

Lovforslagets § 2 nr. 19. I lov om organisering og understøttelse af beskæftigelsesindsatsen m.v. § 17, stk. 2, ændres », som skal behandles i rehabiliteringsteamet, og i sager om jobafklaringsforløb, ressourceforløb, fleksjob« til: »om jobafklaringsforløb, fleksjob og tilskud til selvstændigt erhvervsdrivende«.

- Det antages, at sager om førtidspension skal omfattes af bemyndigelsen til at fastsætte regler om organiseringen, tilrettelæggelsen og indholdet i den sundhedsfaglige rådgivning.

Lovforslagets § 2, nr. 12 § 13, stk. 1, 2. pkt., udgår ”I aftalen fastlægges de lokale rammer for, hvordan den kliniske funktion skal yde rådgivning og afgive vurdering til afklaring af sager på beskæftigelsesområdet, og hvordan kommunens rehabiliteringsteam får adgang til rådgivning og vurdering fra den kliniske funktion i regionen, herunder til en sundhedskoordinator.”

- Det er relevant at bevare beskrivelsen af, hvad samarbejdsaftalen skal omhandle ift. den sundhedsfaglige rådgivning.
- § 13, stk. 1, 2. pkt. kan f.eks. affattes således:
”I aftalen fastlægges de lokale rammer for, hvordan den kliniske funktion skal yde rådgivning og afgive vurdering til afklaring af sager på beskæftigelsesområdet.”

Økonomiske konsekvenser

Med afskaffelse af rehabiliteringsteams lægger lovforslaget op til, at kommunerne i højere grad selv tilrettelægger indsatsen på området. Hermed er der mulighed for forskellige indsatser i kommunerne og af forskelligt omfang. Dermed vil udgifterne variere. Derfor bør Danske Regioner læse lovforslaget som, at der ikke skal ændres på de økonomiske rammer for regionernes arbejde

med kommunerne, og at rammerne, herunder at økonomien for indsatsen, fortsat aftales mellem kommune og region.

Danske Regioner vil følge implementeringen af lovforslaget og tage kontakt til ministeriet, hvis det viser sig, at der er merudgifter forbundet med lovforslaget jfr. *Det Udvidede Totalbalanceprincip (DUT) i henhold til VEJL nr. 63 af 09/10/2007*.

Bilag Titel:	Danske Regioner høringssvar
Dagsordens titel	Høringssvar - Kvoter om autorisation af sundhedspersoner fra tredjelande
Dagsordenspunkt nr	22
Bilag nr	1
Antal bilag:	1

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
sum@sum.dk
cc. katb@sum.dk, jusj@sum.dk og
csk@sum.dk

DANSKE
REGIONER



13-08-2025
EMN-2025-00747
1798089
Henrik Casper

Høring over udkast til lovforslag til lov om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

Med nærværende udkast til forslag til lov om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (kvoteordning m.m.) lægges op til at indføre en hjemmel til at kunne fastsætte regler om kvoter for antallet af ansøgninger om autorisation af sundhedsfagligt personale, som Styrelsen for Patientsikkerhed årligt kan modtage, fra personer fra tredjelande. Det vil iflg. lovforslaget sikre en bedre sammenhæng mellem udbud og efterspørgsel efter udenlandske sundhedspersoner, som kommer til Danmark for at opnå dansk autorisation.

Kvoten vil blive fastsat på grundlag af det forventede behov hos aftagerne, herunder regionerne.

Danske Regioner bakker op om forslaget, som kan bidrage til at skabe en bedre forsyningsbalance og som led heri modvirke, at der bruges ressourcer uden et klart beskæftigelsessigte.

Med hensyn til kvotens fastsættelse vil regionerne bidrage konstruktivt til at tilvejebringe det nødvendige beslutningsgrundlag. Danske Regioner imødeser en nærmere dialog herom i forbindelse med lovforslagets vedtagelse.

Der tages forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse den 29. august 2025.

Venlig hilsen

Anders Kühnau

Mads Duedahl

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

Bilag Titel:	Danske Regioners høringssvar til lovforslag om ændring af lov om erhvervsakademiuddannelser og professionsbacheloruddannelser og lov om akkreditering
Dagsordens titel	Høringssvar - Lovforslag om ændring af lov om erhvervsakademiuddannelser og professionsbacheloruddannelser og lov om akkreditering
Dagsordenspunkt nr	23
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



21-08-2025

EMN-2025-00749

1798162

Morten Kamp Thomsen

Danske Regioners høringssvar til lovforslag om ændring af lov om erhvervsakademiuddannelser og professionsbacheloruddannelser

Danske Regioner kvitterer for muligheden for at afgive høringssvar til lovforslaget. Regionerne støtter overordnet lovforslagets ambitioner om at øge fleksibiliteten og praksisnærheden i de videregående uddannelser, herunder etableringen af nye professionsmasteruddannelser.

Regionerne er store aftagere af dimittender fra både erhvervsakademi- og professionsbacheloruddannelserne, og vi har et stærkt fokus på, at uddannelsesudbuddet matcher arbejdsmarkedets behov – både i indhold, niveau, kvalitet og geografisk tilgængelighed

Professionsmasteruddannelser

Regionerne hilser etableringen af professionsmasteruddannelser velkommen som et vigtigt led i at sikre attraktive karriereveje, styrke kompetenceudviklingen og fastholde medarbejdere i velfærdsområderne.

Det er positivt, at uddannelserne bliver praksisnære overbygningsuddannelser, baseret på forskning, udvikling og tæt tilknytning til praksis, men uden egentlig praktik – hvilket adskiller de nye professionsmasteruddannelser fra special- og kandidatuddannelser.

Danske Regioner mener, at det bør fremstå tydeligere af lovteksten, at de nye professionsmasteruddannelser skal udvikles i tæt og systematisk dialog med aftagerne. På side 5 står der, at: *"dette lovforslag følger op på dele af aftalen og har bl.a. til formål at give professionshøjskolerne mulighed for at udvikle og udbyde nye professions-masteruddannelser på 75 ECTS-point som praksisnære overbygningsuddannelser målrettet professionsbachelorer inden for velfærdsområdet.* Her kunne det med fordel tilføjes, at det skal foregå i tæt dialog og med inddragelse af aftagerne. I forlængelse heraf bør der ved ansøgning om oprettelse af nye professionsmasteruddannelser kunne dokumenteres aftagernes efterspørgsel og anbefaling af uddannelsen. Dette er særligt vigtigt for at sikre, at uddannelserne bidrager til arbejdsmarkedets aktuelle og fremtidige behov.

Danske Regioner anbefalingen desuden, at lovteksten:

- indeholder en præcisering af professionsmasteruddannelsernes praksisforankring, fx inspireret af beskrivelsen i lovforslagets bemærkninger om, at uddannelserne skal øge de studerendes viden og forståelse af professionernes praksis samt praksisrettet teori og metode, og kvalificere til at løse komplekse opgaver inden for centrale velfærdsområder,
- åbner for tværfaglige og tværsektorielle profiler, så uddannelserne ikke bliver unødigt monofaglige, og lovteksten ikke begrænser optaget til én specifik profession,
- understreger behovet for bred geografisk dækning, så uddannelserne er tilgængelige også uden for de store byer og i områder med særlige rekrutteringsudfordringer.

Danske Regioner mener, at tilrettelæggelsen af uddannelserne bør muliggøre, at studerende kan opretholde beskæftigelse på velfærdsområdet under uddannelsen – fx gennem deltidsstudie. Danske Regioner finder det hensigtsmæssigt, at der på sigt tilbydes både fuldtids- og deltidsprofessionsmastere.

Udmåling i ECTS og sprogkrav

Danske Regioner anerkender behovet for at anvende en ensartet terminologi i form af ECTS-point. Samtidig bør det overvejes, om også mere praksisrettede tidsangivelser (uger/måneder) kan fremgå, hvor det er relevant for uddannelser med stor praktikandel og tæt samarbejde med praksis.

Ophævelsen af § 7 c om krav om udbud på dansk giver anledning til behov for afklaring: Hvilke uddannelser vil herefter kunne udbydes på andre sprog end dansk? For de autoriserede sundhedsuddannelser er dansksproglige kompetencer afgørende – både under studiet, i praktikforløb og efter endt uddannelse – og dette bør der ikke skabes usikkerhed om.

Nedlæggelse af REP-rådet

Danske Regioner noterer, at Rådet for Erhvervsakademiuddannelser og Professionsbacheloruddannelser foreslås nedlagt som led i afbureaukratisering.

Danske Regioner anbefaler, at der i stedet tænkes i nye samarbejdsfora mellem skolerne og aftagere, der kan sikre en mere formaliseret og forpligtende dialog om udmøntning af initiativerne i reformen.

Afslutningsvis ser Danske Regioner frem til fortsat dialog om lovforslaget og dets implementering, herunder hvordan vi i fællesskab sikrer, at uddannelsesudbuddet er praksisnært, kvalitetssikret, geografisk tilgængeligt og målrettet arbejdsmarkedets behov – til gavn for både de studerende, professionerne og borgerne.