

Notat vedr. forslag til finansieringsmodel for det nære sundhedsvæsen

Resume

I dette notat præsenteres forslag til finansieringsmodel for det nære sundhedsvæsen. Finansieringsmodellen indebærer, at sundhedsrådene gives lige mulighed for at udvikle det nære sundhedsvæsen, og sikrer en central håndtering af uforudsigelige og kalkulatoriske risici. Endelig anviser modellen, hvorledes regionsrådets eventuelle prioritering af centrale indsatser håndteres.

Indledning og baggrund

Regionens sundhedsøkonomi er opdelt i 3 kasser

Som følge af sundhedsreformen og herunder regionsrådets beslutning af juni 2025 om *ligestilling og integration af psykiatri og somatik* er regionens sundhedsøkonomi inddelt i 3 adskilte kasser:

- Kasse 1: Udgifter til det somatiske sygehusvæsen
- Kasse 2: Udgifter til det psykiatriske sygehusvæsen
- Kasse 3: Udgifter til det nære sundhedsvæsen

Med Sundhedsreformen indføres et regionalt loft over de maksimale sygehusudgifter. De maksimale sygehusudgifter er udgifterne i kasse 1 og kasse 2. Det vil sige sygehusudgifter til somatik og psykiatri.

Det medfører, at der for alle økonomiske løft til regionerne skal tages stilling til, hvordan midlerne fordeler sig mellem sygehusudgifter (psykiatri og somatik) og det nære sundhedsvæsen. Regionerne kan prioritere udgifter under sygehusrammen til det nære sundhedsvæsen, men ikke omvendt. Sygehusloftet indføres med udgangspunkt i den såkaldte *aftalemodel*, hvor regionerne har målopfyldelse på et aftalt budget.

Med aftalemodellen etableres en baseline for udgifter idet nære sundhedsvæsen, som der vil blive fulgt op på.

Det nære sundhedsvæsen omfatter i udgangspunktet sygesikringen herunder bl.a. praksissektoren og tilskudsmedicin, det præhospitale område, opgaver overtaget fra kommunerne samt øvrige eksisterende og nye initiativer, der karakteriseres som nære.

Finansieringen kommer fra eksisterende budgetter inden for de områder, der henhører under det nære sundhedsvæsen, samt fra den regionale investeringsmotor og anden finansiering til det nære sundhedsvæsen som følge af sundhedsreformen og i forbindelse med økonomiaftaler mv.

Overordnede hensyn i finansiering og økonomistyring i Region Syddanmark

Regionsrådet godkendte den 26. juni 2025 *Notat vedr. generelle anbefalinger til fremtidig finansieringsmodel*. Det fremgår bl.a. af notatet, at følgende hensyn skal kendetegne finansiering og økonomisk styring i Region Syddanmark:

- effektiv og smidig ressourceallokering
- ensartede finansieringsprincipper
- sammenhæng mellem påvirkningsmulighed og budgetansvar under hensyntagen til at udgifter på store og svært styrbare områder fortsat finansieres centralt
- enkel at administrere

Finansieringsmodellen for sygehusene herunder psykiatrien er rammestyring med populationsansvar, aktivitetsafregning på garantiklinikkerne og aktivitetsafregning på udvalgte områder.

Modellen indebærer bl.a., at:

- Regionsrådet fastlægger sygehusbudgettet på enhedsniveau
- sundheds- og sygehusledelserne herefter har ansvaret for den konkrete budgetlægning på sygehusniveau og overholdelse af patientrettighederne i populationen. Det indebærer, at sygehusledelserne har ansvaret for omprioriteringer og effektiviseringer. Dog kan sygehusledelserne ikke foretage ændringer, der påvirker serviceniveauet overfor borgerne (fx geografisk tilgængelighed) uden at dette har været forelagt til politisk beslutning.

Regionsrådet besluttede to ændringer vedr. sygehusenes somatiske udgifter (kasse 1). Ændringerne vedrørte dels afregning af garantiklinikkerne (rammestyring inden for eget optageområde), dels udgifter til private sygehuse (sygehusene fik ansvar for at medfinansiere udgifter til privatsygehuse).

For så vidt angår finansieringen af det nære sundhedsvæsen besluttede Regionsrådet, at varetagelsen af de nye sundhedsopgaver skulle tage udgangspunkt i to centrale hensyn:

- sundhedsrådene skal kunne finansiere den sundhedsopgave, de overtager
- harmonisering af udgiftsniveauer skal ske over tid via udmøntning af sundhedsaftalens nye midler til investering i det nære sundhedsvæsen

Det har vist sig, at der ikke har været et væsentligt behov for at harmonisere på tværs af sundhedsrådene i Region Syddanmark. De enkelte sundhedsråd har dog i varierende omfang behov for harmonisering på tværs af deres egen geografi.

Hensynene ovenfor er derfor oversat til, at fordelingen af økonomi til de fire syddanske sundhedsråd sker i henhold til sygdomsvægtede borgere, jf. beslutning i Regionsrådet den 15. december 2025.

Notat vedr. generelle anbefalinger til fremtidig finansieringsmodel er vedlagt som bilag til dette notat.

Forslag til finansieringsmodel for det nære sundhedsvæsen (kasse 3)

Det nære sundhedsvæsen omfatter sygesikringen herunder bl.a. praksissektoren og tilskudsmedicin, det præhospitale område, opgaver overtaget fra kommunerne samt øvrige eksisterende og nye initiativer, der karakteriseres som nære.

Budgettet for det nære sundhedsvæsen indeholder således "historiske udgifter og budgetter" på de ovennævnte områder samt nye midler, der herudover prioriteres til området. Nye midler omfatter DUT reguleringer, den regionale investeringsmotor, midler fra Økonomiaftalen, midler fra finanslov og midler der prioriteres fra kasse 1 og 2 - det vil sige midler fra det somatiske og psykiatriske sygehusvæsen.

Skematisk kan dette illustreres således:

<i>Eksisterende regnskab/budget for omfattede områder</i>
+ DUT midler (bl.a. opgaveoverflyt fra kommunerne)
+ Regional investeringsmotor
+ Dedikerede midler fra Økonomiaftalen
+ Dedikerede midler fra finanslov
+ Midler som overflyttes fra kasse 1 og 2 (det somatiske og psykiatriske sygehusvæsen)
= Det samlede budget for det nære sundhedsvæsen

Fordeling af budgettet for det nære sundhedsvæsen

Regionsrådet skal i forbindelse med den årlige budgetlægning fordele budgettet for det nære sundhedsvæsen til henholdsvis centrale områder, hvor Forretningsudvalget/Regionsrådet har det umiddelbare politiske forvaltningsansvar, og til sundhedsrådene.

Det præhospitale område

Forretningsudvalget/Regionsrådet har det umiddelbare forvaltningsansvar for det præhospitale område. Budgettet for området fastlægges derfor i forbindelse med den årlige budgetlægning.

Regionsrådet vil i forbindelse med den årlige budgetlægning have mulighed for at prioritere en specifik udbygning af det præhospitale område. Dette kan finansieres via prioriteringer indenfor det generelle råderum til kasse 3 (jf. senere beskrivelse af forslag til budgetmodel). Derudover kan de enkelte sundhedsråd lave en specifik prioritering af det præhospitale område. Dette skal i givet fald endeligt beslattes af Regionsrådet. Finansiering vil i disse tilfælde skulle anvises fra det enkelte sundhedsråds andel af den regionale investeringsmotor.

Sygesikringsområdet

Sygesikringsområdet er at betragte som et kalkulatorisk område, hvor udgifterne varierer uforudsigeligt fra år til år og har karakter af uafviselige udgifter.

Yderligere har tilskudsmedicin indenfor sygesikringsområdet været præget af stigende udgifter de senere år. Det har bl.a. været vanskeligt at skønne over udgiftsviklingen bl.a. grundet nye

præparater og patentudløb. Indenfor sygesikringsområdet er det særligt udgifterne til det almenmedicinske tilbud, speciallægehjælp og medicinområdet, der er steget de senere år.

Ud over områdets kalkulatoriske karakter er området særegent i den forstand at aktiviteten leveres af private erhvervsdrivende og markedet er præget af asymmetrisk information. Den konkrete økonomistyring varierer derfor fra praksisområde til praksisområde.

Der er ikke sammenhæng mellem udgiftsudviklingen på praksisområdet og styringsopgaven på sygehusniveau. En uforudset udgiftsudvikling på sygehussikringsområdet bør derfor kunne håndteres uden, at det har konsekvenser for sygehusdriften.

Med afsæt i ovennævnte vilkår lagde Regionsrådet anbefalinger den 23. juni 2025 til grund, at finansiering af praksisområdet fortsat skal ske fra en central regional konto.

Praksisplanlægning er fortsat en regional tværgående opgave, som nu skal håndteres i tæt samarbejde med sundhedsrådene. Der er desuden fortsat regionale samarbejdsudvalg på alle praksisområder, bortset fra det almenmedicinske tilbud.

Den centrale varetagelse af praksisplanlægningen sikrer muligheder for en "lige" udvikling i regionen - det vil sige, at udmøntning af nye ydernumre balanceres med såvel rekrutteringsmuligheder og sammenhæng til sygehusdrift som med hensynet til at den ønskede udvikling skal kunne ske alle steder i regionen.

Sundhedsstyrelsen udmelder nye kapaciteter indenfor det almenmedicinske tilbud den 1. juli. På den baggrund igangsættes en regional planlægningsproces. Dette betyder, at udbygningen af det almen medicinske tilbud vil "ramme skævt" i de enkelte år. Skævheden udlignes over tid, når den nationale model for nye kapaciteter i det almenmedicinske tilbud udmønter nye kapaciteter.

Det anbefales derfor, at midler til udbygning af det almenmedicinske tilbud placeres centralt. Herved udlignes skævheder i udbygningstakten, og de enkelte sundhedsråd stilles finansieringsmæssigt lige.

De enkeltes sundhedsråd har mulighed for at prioritere en specifik udbygning af sygesikringsområdet. Dette vil givet fald skulle endeligt besluttes af Regionsrådet. Finansieringen vil i disse tilfælde skulle anvises af det enkeltes sundhedsråds regionale investeringsmotor.

Drift og udvikling af de nære tilbud/nærsundhedsplan

Sundhedsrådene har det umiddelbare politiske forvaltningsansvar vedrørende drift af de opgaver, der overdrages fra kommunerne samt ansvaret for at udvikle det nære sundhedsvæsen. Nærsundhedsplanen er et af de centrale virkemidler i forhold til udviklingen af det nære sundhedsvæsen.

Finansiering af disse opgaver kommer fra DUT bevillinger, den regionale investeringsmotor, Økonomaftalen og andre specifikke prioriterede midler.

Af hensyn til ligestilling af sundhedsrådene foreslås endvidere, at udgifter der i øvrigt rammer skævt mellem sundhedsrådene håndteres på en central konto. Det gælder fx huslejeudgifter og udvendigt bygningsvedligehold.

Opmærksomheden skal derudover henledes på, at sundhedsrådene får til opgave at opbygge driften af de overtagne kommunale opgaver og på denne baggrund etablere et "styrende serviceniveau". Den politiske opgave adskiller sig derved væsentligt fra den politiske opgave i forhold til drift af sygehusene. Når der er etableret et "styrende serviceniveau" i forhold til de opgaver, der er overdraget fra kommunerne, lægges det til grund, at det administrative ansvar for varetagelsen af disse opgaver er sammenligneligt med sygehusopgaverne.

Opsummerende forventes følgende i forhold til finansiering og styring af budgettet for det nære sundhedsvæsen:

1. Budgettet for det nære sundhedsvæsen indeholder såvel udgifter der forvaltes centralt af Forretningsudvalget og Regionsrådet som udgifter, der skal forvaltes af sundhedsrådene
2. Regionsrådet tager i forbindelse med budgetlægningen stilling til størrelsen af de centrale udgifter
3. Når de centrale udgifter er allokeret, fordeles resten af budgettet for det nære sundhedsvæsen til sundhedsrådene
4. Budgettet til sundhedsrådene fordeles i henhold til nøglen *sygdomsvægtede borgere*,

Ad 2: Regionsrådet tager i forbindelse med budgetlægningen stilling til størrelsen af de centrale udgifter

I forbindelse med budgetlægningen tager Regionsrådet stilling til størrelsen af de centrale udgifter inden for det nære sundhedsvæsen. Størrelsen af de centrale udgifter er såvel af teknisk karakter som et resultat af eventuelle konkrete politiske prioriteringer.

Særligt sygesikringsområdet er præget af udgiftsvækst af teknisk karakter. Det er afgørende, at denne udgiftsvækst budgetteres for at undgå "stop and go" og uforudsigelige behov for budgetmæssige tilpasninger. Udgiftsvæksten på sygesikringsområdet består bl.a. af:

- Nye praksisoverenskomster
- Årlig generel udgiftsvækst i praksissektoren (for nuværende 1 pct. årlig vækst)
- Generel kompensation for honorarnedgang jf. forståelse mellem Sundheds- og Kirkeministeriet og PLO
- Nye ydernumre inden for det almenmedicinske tilbud udmeldt af Sundhedsstyrelsen på baggrund af den Nationale fordelingsmodel for kapacitet i det almenmedicinske tilbud samt den regionale praksisplan. På baggrund af ovenstående foreslås, at denne udgift indgår i den centrale budgettering af hensyn til lige vilkår for sundhedsrådene.

I bilag 1 til dette notat fremgår en detaljeret gennemgang de tekniske forudsætninger for sygehusbudgettet herunder konsekvenser for det tekniske budget for sygesikringen. Bilag 2 beskriver de enkelte praksisområder nærmere.

Som det ligeledes fremgår ovenfor, lægges der op til, at en række udgifter relateret til det nære sundhedsvæsen håndteres centralt. Dette vedrører bl.a.:

- Udgifter til digitalisering og IT-understøttelse, administrativ understøttelse m.v.

- Uforudsigelige udgifter og/eller udgiftsvækst, som påvirker sundhedsrådenes investeringsmuligforskelligt, herunder f.eks. huslejeudgifter eller udvendigt bygningsvedligehold

I det omfang, at der i regionens budgetproces prioriteres tværgående indsatser i det nære sundhedsvæsen, vil disse skulle betragtes som centrale udgifter. Prioriteringen vil således indebære, at der bliver færre midler til fordeling til sundhedsrådene.

Det må forventes, at der løbende vil komme nationale generelle og/eller tværregionale udgiftsløft i det nære sundhedsvæsen som følge af nationale beslutninger. Det foreslås, at disse indledningsvist placeres centralt med henblik på senere udmøntning til sundhedsrådene eller til central håndtering.

Det kan f.eks. være:

- Generelle udgifter som følge af kronikerpakker, kræft, befordring og digitalisering
- Svag lægedækning, herunder uddannelseslæger jf. sundhedsreformen
- Ret til hurtig udredning og behandling hos praktiserende speciallæge jf. sundhedsreformen

Forslaget til principper for økonomisk styring og finansiering af det nære sundhedsvæsen forudsætter, at de nuværende regler for genbevilling og formålsbestemte overførsler videreføres.

Ad 3: Når de centrale udgifter er allokeret, fordeles resten af budgettet for det nære sundhedsvæsen til sundhedsrådene

Sundhedsrådene vil med ovennævnte udgangspunkter få tildelt en fast ramme til udbygning af det nære sundhedsvæsen. Rammen giver sundhedsrådene *lige muligheder* for at løse deres opgave samt *forudsigelighed og påvirkningsmulighed* i forhold til de opgaver, der skal løses inden for rammen (jf. regionens generelle finansieringsprincipper).

Inden for denne ramme skal sundhedsrådene således tilrettelægge driften af de opgaver, som overdrages fra kommunerne, efterleve nationale krav til indsatser (jf. sundhedsreform og someraftale) samt sikre finansiering af initiativer bl.a. som følge af nærsundhedsplanen.

Nationale bevillinger, der understøtter sundhedsrådenes opgave i forhold til udbygning af det nære sundhedsvæsen, er ikke centrale udgifter, hvorfor det lægges til grund at disse fordeles til sundhedsrådene som en del af den faste ramme.

Det kan fx være:

- Fast læge på sundheds- og omsorgspladser
- Fast læge på sociale tilbud
- Demensudredning

Ud over den økonomi, der er præsenteret ovenfor, er der også afsat 129 mio. kr. (2027-pl) til den kommunale investeringsmotor. Prioriteringen af disse midler foregår i en særskilt proces.

I bilag 1 er konsekvenserne for af ovenstående model teknisk beregnet. Der er i beregningerne ikke taget højde for eventuelle politiske prioriteringer i budget 2027.

BILAG 1

Teknisk beregning af budgettet for det nære sundhedsvæsen 2027 - alt andet lige

Det gælder jf. ovennævnte forslag følgende:

1. Budgettet for det nære sundhedsvæsen indeholder såvel udgifter der forvaltes centralt af Forretningsudvalg og Regionsrådet som udgifter, der forvaltes af sundhedsrådene
2. Regionsrådet tager i forbindelse med budgetlægningen stilling til størrelsen af de centrale udgifter
3. Når de centrale udgifter er allokeret, fordeles resten af budgettet for det nære sundhedsvæsen til sundhedsrådene
4. Budgettet til sundhedsrådene fordeles herefter i henhold til nøglen *Sygdomsvægtede borgere*

Ad 1: Det samlede tekniske budget

Samlet er budgettet for det nære sundhedsvæsen på 8.604,0 mio. kr. (2027-pl) opdelt i 7.178 mio. kr. fra eksisterende budgetområder samt en teknisk vækst (inkl. nye opgave områder) på 1.426,8 mio. kr.

Tabel 1: Det tekniske budget for det nære sundhedsvæsen (mio. kr., 2027-pl)

	Teknisk budget: eksisterende områder	Nye områder og teknisk vækst	Forventning om senere udmøntning	I alt
- Budget for det præhospitale område inkl. siddende befordring	1.036,0	2,0		1.038,0
- Budget for sygesikringen*	6.142,0	159,4		6.301,6
- DUT midler**		842,7		842,7
- Overhead inkl. genoptræning på specialiseret niveau sfa. DUT-midlerne		105,2		105,2
- Midler til kvalitetsløft		212,3	44,2	256,5
- Fordeling af råderum		61,0		61,0
I alt	7.178,0	1.382,6	44,2	8.604,0

*Opdriften dækker 131 mio. kr. i forventet opdrift samt 28 mio. kr. sfa. ret til hurtig udredning og behandling i speciallægepraksis og en nedskrivning af det forventede tilskud vedr. medicin på 62 mio. kr. jf. tabel 2.

**Af de 948 mio. kr. i DUT-kompensation indgår 105 mio. kr. til central overhead. Forslag til disponering af midlerne fremgår af tabel 4.

Note: Marginale afvigelser skyldes afrundinger.

Ad 2: De centrale udgifter

De centrale udgifter vedrører:

1. Det præhospitale område
2. Sygesikringsbudget
3. Centrale udgifter relateret til drift og udvikling af det nære sundhedsvæsen

Det præhospitale område

Det tekniske budget til det præhospitale områder udgør 1.038 mio. kr. (2027-pl). Der er indlagt en stigning på 2 mio. kr. til flere elever.

Sygesikringsbudget

Nedenfor præsenteres et foreløbigt budget på sygesikringsbudgettet i 2027. Det foreslås, at budgettet tilpasses for aktivitetsbufferen og forventet driftsniveau ved indgangen til det nye budgetår med henblik på at sikre en effektiv økonomistyring i et regime, hvor finansiering alene kan overføres fra sygehusloftet til det nære sundhedsvæsen.

Det foreslås, at finansieringen til aktivitetsbufferen fremadrettet placeres under sygehusloftet (kasse 1). Dette af hensyn til evt. behov for fleksibilitet mellem de to budgetområder

Tabel 2: Forslag til budget på sygesikringen sfa. Sundhedsreformen (mio. kr., 2027-pl)

Nuværende budget	6.264,0
Aktivitetsbuffer for sygesikringen	-62,0
Forventet ubalance (jf. Seneste prognose)	-60,0
Baseline	6.142
<i>Generel opdrift og udgiftsstigninger</i>	
Afdækning af almindelige udgiftsvækst (for nuværende 1 pct. årligt)	40,0
Afdækning af nye overenskomster (PLO & FAPS)	40,0
Kompensation for honorarnedgang	20,0
Nye kapaciteter almenmedicinske tilbud	30,0
Ret til hurtig udredning og behandling hos praktiserende speciallæge	28,3
Praksisklagenævn	1,1
Budget 2027, i alt	6.301,6

Baseline for budgettet til sygesikringen i 2027 forventes i udgangspunktet at udgøre ca. 6.142,0 mio. kr. (2027-pl) bestående af den nuværende finansiering til området justeret for aktivitetsbuffer og forventet driftsniveau.

Jf. *Notat vedr. forslag til finansieringsmodel for det nære sundhedsvæsen* lægges til grund, at de nye kapaciteter i det almenmedicinske tilbud finansieres centralt med henblik på at sikre sundhedsrådene lige muligheder for at investere i det nære sundhedsvæsen udover det almenmedicinske tilbud. Finansiering af nye ydernumre vil som udgangspunkt ske i henhold til en gennemsnitstakst på området.

I forhold til kapacitetsudvidelsen i det almenmedicinske tilbud skal det i øvrigt bemærkes, at udmelding fra Sundhedsstyrelsen vedrørende nye kapaciteter sker pr. 1. juli. Herefter igangsættes en regional planlægningsproces i forhold til behovet for nye kapaciteter. Der er afsat

30 mio. kr. hertil i 2027. Det er med sundhedsreformen forudsat en løbende udbygning indtil 2035.

De økonomiske konsekvenser af nye overenskomster på praksisområderne er vurderet til 40 mio. kr.

Regeringen og PLO har i deres forståelsespapir afsat samlet 482 mio. kr. fra 2027 til 2032 til at kompensere læger med en utilsigtet indtægtsnedgang som følge af en ny honorarstruktur i det almenmedicinske tilbud. Rammen finansieres af den regionale investeringsmotor, og er fordelt med 160 mio. kr. i 2027 faldende til 12 mio. kr. i 2032. RLTN og PLO aftaler den konkrete model for compensationen. Der er afsat 20 mio. kr. til compensation i budget 2027.

Finansiering fra sundhedsreformen til hurtig udredning og behandling hos praktiserende speciallæger og svag lægedækning placeres på centrale konti med henblik på senere fordeling mellem sundhedsrådene afhængig af midlernes anvendelse og behovet for finansiering i sundhedsrådene. Midlerne er indarbejdet i budgettet for sygesikringen i 2027.

Alt andet lige forventes budgettet til sygesikringsområdet i 2027 at udgøre 6.301 mio. kr. (2027-pl).

Ad 3: Centrale udgifter relateret til drift og udvikling af det nære sundhedsvæsen

I Forårsaftalen er centralt overhead beskrevet som bl.a. udgifter til "central ledelse, udvikling af ledere og medarbejdere, løbende forbedringsarbejde, politisk betjening, projekt- og implementeringsstøtte, samarbejdsfunktioner, system- og dataunderstøttelse, økonomifunktioner, løn-, HR- og rengøringsfunktioner samt facility management mv."

Regionsrådet godkendte i december 2025 et forslag til fordeling af økonomien i forbindelse med sundhedsreformens opgaveflytning fra kommunerne til regionerne. I sagen fordeles hovedparten af den aftalte DUT-kompensation samlet 894 mio.kr. (2025-pl) mellem sundhedsrådene efter fordelingsnøglen sygdomsvægtede borgere.

Som en del af sagen afsættes der en central "sikkerhedspulje" på 78 mio. kr. (2025-pl) til senere udmøntning. Beløbet svarer til cirka 10 procent af den aftalte DUT-kompensation i reformen, og dækker den statslige beregning af de midler, som kommunerne forudsættes at have anvendt til "centralt overhead" af opgaven.

I sagen indgår desuden en yderligere DUT-kompensation på 21,250 mio. kr. (2025-pl) vedrørende specialiseret genoptræning, som skal dække et indtægtstab fra kommunerne. Disse midler er ligeledes foreløbigt placeret på en central konto.

Fremskrevet til 2027-pris- og lønniveau udgør den samlede, centralt placerede bevilling 105,2 mio. kr., jf. nedenstående tabel.

Tabel 3: Centralt placerede bevilling (mio. kr., 2027-pl.)

2027 og frem

Overhead (10 pct.)	82,7
Genoptræning	22,5
I alt	105,2

Udgifter til centralt overhead skal afholdes både på de enkelte sygehuse og centralt i regionen.

Som det kan ses af tabel 4 nedenfor, foreslås det, at udgifter svarende til 70,5 mio. kr. budgetteres på centralt regionsniveau. Det omfatter bl.a udgifter til IT og digitalisering, husleje, bygningsvedligehold, midler til genoptræning på specialiseret niveau og centrale administrative udgifter

Det foreslås også, at der overføres 34,7 mio. kr. sygehusene (fordelt efter sygdomsvægtede borgere). Disse midler forudsattes anvendt til øgede administrative udgifter og politiske betjening.

Tabel 4: Centrale udgifter til drift og udvikling af det nære sundhedsvæsen (mio. kr., 2027-pl.)

Område	2027 og frem
Øvrige driftsudgifter: IT-licenser, revision, klagesagsgebyrer mv.	5,9
Huslejudgifter, inkl. ramme til udvendig vedligeholdelse	31,5
Politisk organisation: Servicering af Sundhedsråd	1,6
Administration: Sundhedsråd og regionshuset	41,4
Genoptræning	14,9
Buffer/budgetværn	10,0
Centrale udgifter mv.	70,5
Decentrale udgifter - sygehusene	34,7
I alt	105,2

I bilag 5 er overhead og fordeling heraf uddybet nærmere.

Politisk prioritering af tværgående indsatser

I det omfang, at der i Regionens budgetproces prioriteres tværgående indsatser i det nære sundhedsvæsen, vil skal disse betragtes som centrale udgifter. Prioriteringen vil således indebære, at der bliver færre midler til fordeling til sundhedsrådene.

Ad 4: Rest til fordeling til sundhedsrådene

Tabel 5: Rest til fordeling til sundhedsrådene (mio. kr., 2027-pl.)

Samlet budget til det nære sundhedssen, kasse 3	8.609,0
- sygesikringsbudget	6.301,6

- budget til det præhospitale område	1.038,0
- centrale udgifter til drift og udvikling af det nære sundhedsvæsen	105,2
Rest til fordeling til sundhedsrådene	1.164,2

Sundhedsrådene blev i april 2026 præsenteret for den forventede økonomi til drift og udbygning af det nære sundhedsvæsen. Notatet gav et første billede af den økonomi, som man på daværende tidspunkt forventede, at sundhedsrådene ville have til rådighed til opgaverne i det nære sundhedsvæsen (kasse 3).

Det fremgik af notaterne, at man på daværende tidspunkt forventede, at vil blive allokeret 1.042 mio. kr. (2025-pl) til sundhedsrådene (ekskl. den regionale investeringsmotor). I 2027 pris- og lønniveau er beløbet 1.099,2 mio. kr.

De 1.099,2 mio. kr. (2027-pl) bestod dels af DUT-midler, dels af midler til kvalitetsløft (kronikerpakker, bedre kvalitet og løft til implementering). Den endelige udmøntning af nationale krav og bindinger i den regionale investeringsmotor og øvrige midler i sundhedsreformen forventes udmeldt i efteråret 2027, jf. Sommeraftalen mellem Regeringen og Danske Regioner.

I de notater, der blev forelagt sundhedsrådene, blev den regionale investeringsmotor ligeledes præsenteret. Det fremgik således, at i 2027 kunne forventes at 65 pct. af regionens demografiløft skulle målrettes det nære sundhedsvæsen. I notaterne blev i sammenhæng hermed oplyst, at det måtte forventes, at 70-80 pct. af væksten i den regionale investeringsmotor skulle målrettes sygesikring og herunder vækst i det almenmedicinske tilbud.

På baggrund af ovenstående beregninger kan det således konstateres, at sundhedsrådenes økonomiske ramme vil andrage 61 mio. kr. mere end de foreløbige beregninger, som blev præsenteret for sundhedsrådene i april 2026. Såfremt der i Regionsrådets budgetproces prioriteres tværgående indsatser indenfor kasse 3 (det nære sundhedsvæsen), vil dette beløb blive reduceret tilsvarende

Inden for denne ramme vil sundhedsrådene skulle tilrettelægge driften af de opgaver, som overdrages fra kommunerne, efterleve nationale krav til indsatser (jf. sundhedsreformen og Sommeraftale) samt finansiere af initiativer bl.a. som følge af nærsundhedsplanen.

Ud over den økonomi, der er præsenteret ovenfor, er der også afsat 129 mio. kr. (2027-pl) til den kommunale investeringsmotor. Prioriteringen af disse midler foregår i en særskilt proces.

Bilag 2

Fremtidige organisering af sygesikringsområdet

Nye vilkår for det almenmedicinske tilbud

Af sundhedsreformen følger det, at opgaver og krav til det almenmedicinske tilbud fastlægges i en national opgavebeskrivelse, der udgør den overordnede strategiske ramme for det primære sundhedsvæsen på myndighedsniveau. Som en del af opgavebeskrivelsen etableres desuden en basisfunktion med nationalt fastsatte krav og opgaver, som alle almenmedicinske klinikker skal efterleve. Desuden etableres et praksisklagenævn som erstatning for det nuværende samarbejdsudvalg under overenskomsten.

Den overordnede fordeling af ydrenumre og lægekapaciteter på det almenmedicinske tilbud skal fremover ske i henhold til den nye nationale fordelingsmodel, som tager udgangspunkt i patienternes behandlingsbehov. I områder med et behandlingsbehov over gennemsnittet skal der udmøntes nye lægekapaciteter. Omvendt kan der ikke udmøntes ny lægekapacitet i områder, hvor fordelingsmodellen ikke tilsiger det. Sundhedsrådene får ansvaret for at tilvejebringe og tilrettelægge de samlede almenmedicinske tilbud i overensstemmelse med den nationale opgavebeskrivelse og andre nationale udviklings- og styringsredskaber. Dertil får sundhedsrådene midler fra den regionale investeringsmotor.

På baggrund af patienternes behandlingsbehov og den nationale fordelingsmodel fastlægges antallet af patienter en klinik som minimum skal have tilknyttet. Den lokale planlægning af det almenmedicinske tilbud forankres i sundhedsrådene, men den første fastlæggelse af minimumspatienttallet sker inden sundhedsrådenes oprettelse. Sundhedsrådene får dermed en central rolle i planlægningen af det almenmedicinske tilbud.

Vilkårene for det almenmedicinske tilbud reguleres også fremover i et aftalebaseret system mellem PLO og RLTN. Med Sundhedsreformen skal der fortsat aftales vilkår vedrørende økonomi og honorarstruktur i de almenmedicinske tilbud.

Bilag 3

Beskrivelse af praksisområderne

Almen praksis

Sundhedslovens § 57 og § 206 a forpligter regionerne til både at sikre lægedækning og udarbejde en praksisplan for almen praksis for hver valgperiode. Praksisplanen fastlægger kapacitetsbehov, samarbejdsflader og udvikling af det nære sundhedsvæsen. Styringen af kapaciteten sker primært gennem tildeling og regulering af ydernumre, hvor regionen vurderer borgergrundlag, geografi, tilgængelighed og aktuelle lægedækningsudfordringer. Regionen kan tildele nye ydernumre, udvide eksisterende praksis' kapacitet eller etablere regionsklinikker i områder, hvor private læger ikke ønsker at etablere sig. Region Syddanmark har løbende anvendt Sundhedslovens § 227-muligheder for midlertidige regionale løsninger. Almen praksis styres derudover gennem overenskomsten med PLO samt gennem lokale kvalitetsaftaler og samarbejdsaftaler med kommunerne for at understøtte forebyggelse, kronikerforløb og sammenhæng i patientforløb

Speciallægepraksis

Speciallægepraksis er ikke omfattet af lovmæssigt krav om en praksisplan, men overenskomstens § 13 foreskriver, at regionen med udgangspunkt i de enkelte specialer foretager en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening. Region Syddanmark arbejder desuden med egne kapacitetsanalyser og planlægningsprincipper, der indgår i regionens samlede sundhedsplan. Kapaciteten styres gennem antallet af ydernumre i de enkelte specialer, hvor regionen vurderer ventetider, geografisk fordeling og behovet for nærhed til borgerne. Derudover er overenskomstens bestemmelser om knækgrænser og nedre omsætningsgrænser er med til at fastlægge kapaciteten i speciallægepraksis. Med hjemmel i overenskomstens (§ 64-, 65- og 66-aftaler) indgår Region Syddanmark også lokalafgifter om udvidet kapacitet eller særlige indsatser, fx øget aktivitet på øjenområdet eller opgaver i relation til kræftforløb og forløbsprogrammer.

Kiropraktik

Kiropraktorområdet i Region Syddanmark reguleres gennem overenskomsten mellem RLTN og Dansk Kiropraktor Forening. Borgerne kan gå til kiropraktor uden henvisning, hvilket betyder, at styringen primært foregår gennem kapacitetsregulering via ydernumre. Region Syddanmark foretager løbende behovsvurderinger baseret på geografisk tilgængelighed, befolkningsgrundlag og udgiftsudvikling. Nye ydernumre tildeles i områder med utilstrækkelig dækning eller lange ventetider, mens regionen desuden fører løbende tilsyn med kvalitet, radiologiske standarder og journalføring.

Psykologhjælp

Sundhedslovens § 69 fastslår, at regionerne yder tilskud til psykologbehandling efter lægehenvvisning. Inden for denne ramme reguleres psykologhjælp gennem overenskomsten mellem RLTN og Dansk Psykolog Forening. Overenskomsten fastlægger bl.a. henvisningskrav, målgrupper, honorarer, behandlingsydelse, dokumentationskrav og psykologernes rettigheder og forpligtelser. Overenskomsten udgør det centrale styringsinstrument for psykologområdet.

Fodterapi

Fodterapiområdet i Region Syddanmark reguleres gennem overenskomsten mellem regionerne og Danske Fodterapeuter, som fastlægger både ydelsesindhold, honorering og reglerne for tilskud til særlige patientgrupper. I modsætning til flere andre praksisområder har fodterapeuter fri nedsættelsesret i Region Syddanmark. Nynedsættelser i henhold til overenskomstens § 8 styres gennem åbne og lukkede områder. Fodterapeuter kan frit nedsætte sig i de åbne områder, såfremt de opfylder praksisplanens og overenskomstens krav til nynedsættelse, hvilket betyder, at de frit kan etablere sig geografisk uden tildelte ydernumre. Regionen styrer derfor ikke kapaciteten gennem formelle ydernumre, men gennem økonomiske rammer, overenskomstens ydelsesstruktur og kontrol med tilskudsudbetalingerne.

Tandlægehjælp

Som det eneste praksisområde er reguleres tandområdet ikke via en overenskomst mellem RLTN og Tandlægeforeningen. Siden 2019 har området været reguleret efter Sundhedsloven samt tilhørende bekendtgørelser og vejledninger. Region Syddanmark sikrer, at tilskud udbetales i overensstemmelse med gældende regler og foretager kontrol af tandlægenes afregning.

Fysioterapiområdet

Består af almindelig fysioterapi med tilskud, vederlagsfri fysioterapi til særlige patientgrupper og ridefysioterapi. En fysioterapeut med ydernummer skal tilbyde både almindelig og vederlagsfri fysioterapi. Regionen har ansvaret for fysioterapi med tilskud, mens kommunerne har ansvaret for den vederlagsfrie fysioterapi. Regionen administrerer ordningen på vegne af kommunerne. Området reguleres via overenskomster mellem RLTN og Danske Fysioterapeuter. Kapaciteten fastlægges i praksisplaner, som udarbejdes i fællesskab mellem regionen og kommunerne i regionen.

BILAG 4

Nuværende styring og økonomi på Sygesikringen

Sygesikringsområdet udgør en central del af det nære sundsvæsen. I dette afsnit redegøres for de hidtidige rammer på sygesikringsområdet herunder praksissektorens aftalesystem samt den budget- og økonomistyring på området.

Nuværende rammer om sygesikringen

Sygesikringen dækker over praksisområderne, tilskudsmedicin samt en række mindre tilskudsområder. Praksissektoren omfatter 6 overenskomstområder henholdsvis alment praktiserende læger, speciallæger, fysioterapeuter, psykologer, kiropraktorer, fodterapeuter og tandlæger. Områderne er reguleret via national lovgivning, nationale overenskomster og regional planlægning. Tandområdet er for nuværende ikke reguleret af overenskomster men efter Sundhedsloven.

På nationalt niveau fastlægger Sundhedsloven blandt andet regionernes ansvar for at sikre borgernes adgang til behandling i praksissektoren. Ifølge § 57 har regionsrådene ansvaret for at tilvejebringe og sikre tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner. Det indebærer en forsyningspligt, så borgerne altid har adgang til behandling i praksissektoren. En række ydelser er desuden lovbestemt, herunder forebyggende undersøgelser, børneundersøgelser, svangerskabsundersøgelser og visse screeningstilbud.

En stor del af de konkrete rammer for områderne aftales i overenskomster indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og de relevante faglige organisationer. Overenskomsterne fastsætter honorarer, krav til ydelseslevering, kvalitetsforpligtelser og dokumentationskrav. Der er samtidig visse lovbundne minimumskrav, som overenskomsterne ikke kan fravige, og rammerne suppleres af nationale faglige retningslinjer, som praksis er forpligtet til at følge. Med undtagelse af det almenmedicinske tilbud, hvor et nyt smallere aftalegrundlag end i dag skal regulere området, skal rammerne på de øvrige praksisområder fortsat aftales i overenskomster.

Den konkrete planlægning og styring af praksissektoren finder sted på regionalt niveau. Sundhedslovens § 206 a fastsætter også fremover, at regionerne skal udarbejde en samlet sundhedsplan herunder en praksisplan for det almenmedicinske tilbud. Praksisplanen for det almenmedicinske tilbud beskriver blandt andet den geografiske fordeling af ydernet, udviklingen af kapacitet, samarbejdet med kommunerne, snitflader til sygehusvæsenet og overordnede mål for kvalitet og sammenhæng i det nære sundhedsvæsen. Der findes ikke et lovbestemt krav om praksisplaner på de øvrige praksisområder. Region Syddanmark laver dog praksisplaner på alle områder, hvor de fungerer som regionale styringsredskaber for kapacitet, kvalitet og samarbejde.

Budget og økonomistyring på sygesikringsområdet

Sygesikringsområdet har i 2026 et budget på 6,2 mia. kr. Tabel 1 viser, at der for nuværende forventes et mindre forbrug på sygesikringsområdet i 2026.

Desuden indeholder sygesikringsbudgettet et budgetværn til absorbering af de udgiftsmæssige fluktuationer. Aktivitetsbufferen udgør ca. 62 mio. kr. i budget 2026. I år uden uforudset udgiftsvækst indgår aktivitetsbufferen i den generelle konsolidering i Region Syddanmark.

Det samlede sygesikringsområde er et kalkulatorisk område, hvor udgifterne varierer uforudset fra år til år. Herunder indgår, at tidspunkterne for overenskomstfornyelserne på praksisområderne ikke er sammenfaldende med de regionale budgetprocesser, og at det således ikke er muligt til fulde at tage højde for overenskomstfornyelser mv. i den regionale budgetlægning.

Desuden har tilskudsmedicin været præget af stigende udgifter de senere år. Det har bl.a. været vanskeligt at skønne over udgiftsviklingen grundet bl.a. nye præparater og patentudløb, hvilket har medført relativt store fejlskøn. Tilskudsmedicin bidrager med en væsentlig budgetusikkerhed på sygesikringsområdet.

Tabel 1: Forventet regnskab 2026 på sygesikringsområdet (mio. kr., 2026-pl)

Almen lægehjælp	2.665
Speciallægehjælp	821
Tandlæge	334
Øvrige ydere mv.	525
Spec. Tandpleje	26
Sygesikring ekskl. tilskudsmedicin	4.371
Tilskudsmedicin	1.643
Sygesikring, i alt	6.014

Note: Tallene for det nuværende budget fremgår i 2026-pl. Budgettet i 2027 vil derfor ændre sig som følge af en senere pris- og lønregulering til 2027-pl.

De økonomiske mekanismer på sygesikringsområdet ændrer sig ikke som følge af sundhedsreformen. Hidtil er usikkerheden på området blevet håndteret ved, at budgetansvaret for udgiftsudviklingen er placeret centralt under Forretningsudvalget/Regionsrådet. Der har ikke umiddelbart været "forbundne kar" mellem udgiftsudviklingen og styringsopgaven på sygehusniveau. En uforudset udgiftsudvikling på det samlede område er søgt håndteret i året uden afledte konsekvenser for sygehuse mv. Redskaberne hertil har været en generelt forsigtig tilgang til budgetteringen af de kalkulatoriske områder og en langsigtet konsolideringsstrategi, der udjævner udsvingene mellem år.

BILAG 5

Centrale budgetposter, overhead m.v.

Indledning

Regionsrådet godkendte i december 2025 et forslag til fordeling af økonomien i forbindelse med Sundhedsreformens opgaveflytning fra kommunerne til regionerne. I sagen fordeles hovedparten af den aftalte DUT-kompensation samlet 894 mio.kr. (2025-pl) mellem sundhedsrådene efter fordelingsnøglen sygdomsvægtede borgere.

Som en del af sagen afsættes der en central "sikkerhedspulje" på 78 mio. kr. (2025-pl) til senere udmøntning. Beløbet svarer til cirka 10 procent af den aftalte DUT-kompensation i reformen, og dækker den statslige beregning af de midler, som kommunerne forudsættes at have anvendt til "centralt overhead" af opgaven.

I Forårsaftalen er centralt overhead beskrevet som bl.a. udgifter til "central ledelse, udvikling af ledere og medarbejdere, løbende forbedringsarbejde, politisk betjening, projekt- og implementeringsstøtte, samarbejdsfunktioner, system- og dataunderstøttelse, økonomifunktioner, løn-, HR- og rengøringsfunktioner samt facility management mv." Udgifter til "decentralt overhead" i form af løn til ledere, administration, biler, IT/telefoni mv. er fordelt i sagen fra december 2025.

I sagen indgår desuden en yderligere DUT-kompensation på 21,250 mio. kr. (2025-pl) vedrørende specialiseret genoptræning, som skal dække et indtægtstab fra kommunerne. Disse midler er ligeledes foreløbigt placeret på en central konto.

Fremskrevet til 2027-pris- og lønniveau udgør den samlede, centralt placerede bevilling 105,2 mio. kr., jf. nedenstående tabel:

Tabel 1: Centralt placerede bevilling (mio. kr., 2027-pl.)

	2027 og frem
Centralt overhead (10 pct.)	82,7
Genoptræning	22,5
I alt	105,2

Dette notat beskriver de udgifter, der forudsættes, afholdt og dækket via denne ramme.

Det bemærkes, at begrebet "centralt overhead" ikke forholder sig til den organisatoriske placering af opgave og budgetansvar i den enkelte region, altså om opgaverne løses centralt eller decentralt. Derfor vil udmøntningen i denne sag berøre både sygehuse og regionshuset.

Sagsfremstilling

Forslaget til disponeringen af de 105 mio.kr. tager afsæt i flere pejlemærker/principper for anvendelsen af midlerne:

- **Husleje og udvendig vedligeholdelse.** Med delingsaftalerne overtager sundhedsrådene ikke den nødvendige bygningsmasse til at drifte sundheds- og omsorgspladserne. Sundhedsrådene skal derfor indgå lejeaftaler for at kompensere for dette. Der er ikke taget højde for disse udgifter i DUT-kompensationen, og udgifterne til husleje varierer markant mellem sundhedsrådene. For at ligestille sundhedsrådene anbefales det at finansiere huslejeudgifterne via rammen. Samtidig er der behov for at afsætte midler til udvendig vedligeholdelse af klimaskærmen på den del af bygningsmassen, der overføres til regionen.
- **Reduktion af administrative udgifter.** Med afsæt i aftalerne med regeringen om reduktion af udgifterne til administration søges administrationen af de overdragne opgaver løst i regionalt regi på et væsentligt lavere omkostningsniveau end opgjort i DUT-beregningen.
- **Buffer/budgetværn.** Udgifterne til implementeringen af reformen, bl.a. i relation til It-understøttelsen af de nye tilbud, vil først kunne adresseres fuldt ud i takt med implementeringen af reformen. Derfor er der behov for fortsat at afsætte buffer til dækning af uforudsete udgifter til drift og implementering af reformen.

Med baggrund i disse principper – og en afdækning af de øvrige driftsudgifter, der skal afholdes via centrale budgetter – forslås rammen overordnet disponeret som anført:

1.000 kr.	2027 og frem
Øvrige driftsudgifter: IT-licenser, revision, klagesagsgebyrer mv.	5.859
Huslejeudgifter, inkl. ramme til udvendig vedligeholdelse	31.512
Politisk organisation: Servicering af Sundhedsråd	1.560
Administration: Sundhedsråd og regionshuset	41.436
Genoptræning	14.854
Buffer/budgetværn	10.000
I alt	105.221

Til de enkelte poster bemærkes:

Øvrige driftsudgifter. Budgettet dækker fx afskrivning på netværksudstyr til drift på nye lokationer, klagesagsgebyr samt erstatningsudbetaling vedr. patientklager, udgifter til løn-, lager-, økonomi- og vagtplansystem, revisionshonorarer.

Huslejeudgifter, inkl. ramme til udvendig vedligeholdelse. Udgifter til allerede indgående eller forventede huslejeaftaler, excl. forbrugsafgifter, udgør samlet 25,5 mio.kr. Det forudsættes, at midlerne tilbageføres til sundhedsrådene efter den almindelige fordelingsnøgle, dvs. sygdoms-

vægtede borgere, i takt med, at regionen køber/opfører de fysiske rammer til pladserne og huslejeudgifterne reduceres.

Hertil kommer budget på 6 mio.kr. til udvendig vedligeholdelse af de bygninger regionen overtager fra kommunerne samt nye lokationer regionen forventes at købe/opføre. Beregningen tager afsæt i nuværende standarder (pris pr. kvadratmeter) for renoveringsarbejder. Rammen til udvendig vedligeholdelse placeres under Forretningsudvalget, og udmøntes efter anbefaling fra den centrale bygningsafdeling efter prioritering af de samlede behov på tværs af sundhedsrådene.

Fordelingen af rammen mellem sundhedsrådene fremgår nedenfor:

1.000 kr.	2027
Sundhedsråd Fyn - huslejeudgifter	14.340
Sundhedsråd Sydvestjylland – huslejeudgifter	6.012
Sundhedsråd Sønderjylland – huslejeudgifter	2.760
Sundhedsråd Lillebælt – huslejeudgifter	2.400
Tværgående ramme – udvendig vedligeholdelse	6.000
I alt	31.512

Politisk organisation. Udgifter til vederlag til medlemmer af regionsrådet og sundhedsrådene, inkl. kompensation for tabt arbejdsfortjeneste, afholdes indenfor de nuværende afsatte budgetter til den politiske organisation. Herudover vil der være nye udgifter til forplejning i forbindelse med afholdelse af møder i sundhedsrådene samt udgifter til afholdelse af konference og døgnsseminarer, bl.a. i tilknytning til udarbejdelsen af nærsundhedsplaner. De forventede udgifter hertil fremgår nedenfor:

1.000 kr.	2027
Sundhedsråd Fyn	482
Sundhedsråd Sydvestjylland	370
Sundhedsråd Sønderjylland	338
Sundhedsråd Lillebælt	370
I alt	1.560

Budgetterne er differentierede efter antallet af medlemmer, inkl. repræsentanter for administrationen, i de enkelte sundhedsråd.

Genoptræning. I regionens nuværende budget er indeholdt et indtægtsbudget på 14,854 mio.kr. dækkende regionens indtægter for varetagelse af den specialiserede genoptræning for kommunerne. Budgettet skal "nulstilles" i forbindelse med reformen.

I beløbet er taget højde for, at Tønder Kommune i dag selv varetager den specialiserede genoptræning og ud af de centralt placerede midler til specialiseret genoptræning, skal der derfor afsættes midler til Sygehus Sønderjylland til specialiseret genoptræning for borgere fra Tønder Kommune.

Administrative udgifter. Reformen indebærer en generelt øget arbejdsmængde indenfor primært administrative funktioner indenfor HR, økonomi, sekretariatsbetjening samt sundhedsplanlægning knyttet til flere større driftsenheder med flere ansatte, en større økonomiske ramme, en øget kompleksitet i styringsopgaven og en udvidet opgaveportefølje. Det anbefales, at der afsættes ca. 41 mio.kr. til disse opgaver, svarende til en halvering af udgifterne sammenholdt med det forudsatte beløb i DUT-beregningen. Fordelingen af udgifterne fremgår nedenfor:

1.000 kr.	2027
Sundhedsråd Fyn	13.211
Sundhedsråd Sydvestjylland	6.761
Sundhedsråd Sønderjylland	6.588
Sundhedsråd Lillebælt	8.113
Regionshuset	6.762
I alt	41.436

Buffer/budgetværn. Jf. tidligere vil udgifterne til implementeringen af reformen, bl.a. i relation til It-understøttelsen af de nye tilbud, først kunne adresseres fuldt ud i takt med implementeringen af reformen. Der anbefales derfor opretholdt en buffer på 10 mio.kr. til dækning af uforudsete udgifter til drift og implementering af reformen. Bufferen udmøntes efter godkendelse i forretningsudvalget/regionsrådet.