



DANSKE
REGIONER



Til medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl

27-02-2020

MDR-2020-00079

Maren Munk-Madsen

Dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den 5. marts 2020 kl. 10.30

Deltagere: Stephanie Lose, Ulla Astman, Sophie Hæstorp Andersen,
Anders Kühnau, Heino Knudsen, Poul-Erik Svendsen, Lars
Gaardhøj, Per Larsen, Villy Søvnald, Lone Langballe, Martin
Geertsen, Carsten Kissmeyer, Jacob Jensen, Lone Sondrup,
Tormod Olsen

Afbud: Henrik Thorup, Karin Friis Bach

Mødested: Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø

Indholdsfortegnelse

1 (Fortrolig)	4
2 (Fortrolig)	4
3 (Offentlig) Forslag om at Amgros får en observatørpost i Medicinrådet	5
4 (Fortrolig)	6
5 (Fortrolig)	6
6 (Offentlig) Opfølgning på bestyrelsens studietur til Israel vedr. det nære sundhedsvæsen	7
7 (Fortrolig)	8
8 (Fortrolig)	9
9 (Fortrolig)	9
10 (Fortrolig).....	9
11 (Fortrolig).....	9
12 (Offentlig) Justeringer af erhvervsfremmereformen	10
13 (Fortrolig).....	13
14 (Fortrolig).....	13
15 (Offentlig) Høringssvar - Evaluering af planloven	14
16 (Offentlig) Høringssvar - ny klimalov	17
17 (Offentlig) Implementering af EU-direktivet om sundhedsydelser på tværs af grænser	19
18 (Offentlig) Danske Regioners generalforsamling 2. april 2020	23
19 (Offentlig) Formandens meddelelser	27
20 (Offentlig) Generelle orienteringer	28
21 (Offentlig) Mødekalender 2021	32
22 (Offentlig) Næste møde	34
23 (Offentlig) Eventuelt	35

1 (Fortrolig)

2 (Fortrolig)

3 (Offentlig) Forslag om at Amgros får en observatørpost i Medicinrådet

Thomas Birk Andersen
EMN-2017-00578

Resumé

Amgros deltager i Medicinrådets møder. Det sker på opfordring fra Medicinrådet, da Amgros ikke har en formel repræsentant i rådet.

Det foreslås, at Amgros fremover får en observatørpost i Medicinrådet.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen godkender, at Amgros får en observatørpost i Medicinrådet.

Sagsfremstilling

Amgros deltager på opfordring fra Medicinrådet i rådets møder. Idet der ikke er tale om en formel udpegning til Medicinrådet, så kan Amgros ikke få fremsendt dagsordensmateriale forud for møderne, da materialet så vil kunne undergives aktindsigt. Amgros har derfor ikke de samme muligheder for at forberede sig til møderne som de øvrige rådsmedlemmer og observatører.

Det foreslås, at Amgros fremover får mulighed for at udpege en observatør til Medicinrådet, så de kan deltage i Medicinrådets arbejde på lige fod med de øvrige aktører. Det vil være til stor gavn for Medicinrådet, da Amgros har det fulde markedsoverblik på lægemiddelområdet.

Medicinrådets sammensætning i dag:

- Formandskab udpeget af Danske Regioner
 - Fem lægefaglige direktører eller cheflæger udpeget af regionerne Hver region har udpeget ét medlem
 - Tre repræsentanter udpeget fra De Lægevidenskabelige Selskaber (LVS)
 - To kliniske farmakologer, der udpeges af regionerne i fællesskab
 - To repræsentanter udpeget af Danske Patienter
 - En sygehusapoteker, der udpeges af regionerne i fællesskab
 - To faglige repræsentanter, der kan udpeges af Medicinrådet (rådet har i dag udpeget én sundhedsøkonom)
 - Lægemiddelstyrelsen udpeger en repræsentant (observatør)
 - Sundhedsstyrelsen udpeger en repræsentant (observatør)
 - Lægemiddelindustriforeningen udpeger en repræsentant (observatør)
-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

4 (Fortrolig)

5 (Fortrolig)

6 (Offentlig) Opfølgning på bestyrelsens studietur til Israel vedr. det nære sundhedsvæsen

Jane Holm
EMN-2019-01064

Resumé

Med henblik på bl.a. at få et indblik i hvordan Israel leverer sundhedsydelser udenfor hospitalssektoren, var bestyrelsen på studietur til Israel den 19.-23. januar 2020.

Indstilling

Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Følgende er en sammenfatning af de væsentligste indtryk og læringspunkter vedrørende sundhedsydelser udenfor hospitalssektoren:

- Israel er lykkedes med at skabe et stærkt, nært sundhedsvæsen, hvor en stor del af specialistbehandlingen sker udenfor sygehusene og tæt på patienten.
- Sundhedstilbud i det nære sundhedsvæsen er orienteret mod brugerens behov og er tilgængelige - både i form af lange åbningstider, ved understøttelse af behandling i hjemmet og diverse former for digital adgang. Digitale løsninger medvirker til at en mere differentieret og effektiv adgang til lægelige tilbud
- Den praktiserende læge kaldes familielægen og blandt andet er kun ca. halvdelen af familielægerne speciallæger i almen medicin (modsat Danmark hvor alle praktiserende læger er speciallæger i almen medicin).
- Familielægen har et tovholderansvar for multisyge patienter, men på en række andre områder går patienterne direkte til speciallæger i stedet. Det drejer sig om pædiatri, gynækologi, hudlæge samt øjenlæge og ørelæge.
- En stor del af de sygehusansatte læger har samtidig jobs uden for sygehusene som familielæge/praktiserende læge eller speciallæge. Tilgangen i sundhedsvæsenet er, at patienter så vidt muligt skal kunne håndteres uden for sygehusene, og kun på få behandlingsområder er der krav til, at det bør foregå på sygehusene.
- De praktiserende speciallæger har en central rolle ift. at rådgive de praktiserende læger om den konkrete patientbehandling. Denne faglige understøttelse er en vigtig forudsætning for, at de praktiserende læger kan varetage behandlingen og tovholderrollen ift. multisyge patienter.
- Sygekassen forsyner den praktiserende læge med data og overblik over den enkelte patients sygdomsstatus, behov for opfølgning, forebyggende tiltag

(fx influenzavaccination) med henblik på forebyggelse, tidlig opsporing af sygdom mv.

I det vedhæftede bilag fremgår nøgletal for det israelske sundhedsvæsen og en vurdering af den israelske model.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Danske Regioners formandskab samt forhandlingsledelse i RLTN har sammen med PLO som opvarmning til de igangværende PLO-forhandlinger også været på studietur til Israel den 5.-8. januar 2020.

Formålet med studieturen var at få fælles inspiration fra udlandet i forhold til en hensigtsmæssig udvikling af sundhedsvæsenet i Danmark inden forhandlinger om de praktiserende lægers vilkår, opgaver og rammer for opgavevaretagelse for alvor skulle sættes i gang.

Fra Danske Regioner deltog Stephanie Lose, Ulla Astman, Bo Libergren, Jorun Bech.

Fra PLO deltog Christian Freitag, Mireille LaCroix, Karsten Reikjær og Jørgen Skadborg (PLO's forhandlingsudvalg).

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Bilag 1 (1338840 - EMN-2019-01064)
2. Bilag 2 Program for Association of General Practitioners and DR Israel 2020 (004) (1338737 - EMN-2019-01064)
3. Program bestyrelsens studietur 19.-23. januar 2020 (1335875 - EMN-2018-01440)

7 (Fortrolig)

8 (Fortrolig)

9 (Fortrolig)

10 (Fortrolig)

11 (Fortrolig)

12 (Offentlig) Justeringer af erhvervsfremmereformen

Lone Vingtoft
EMN-2018-02408

Resumé

Danske Regioner arbejder for decentralisering på erhvervsfremmeområdet og for bedre rammer for regionernes arbejde inden for regional udvikling. I forbindelse med økonomiforhandlingerne for 2020 blev det aftalt med regeringen at igangsætte en undersøgelse af rammerne for de regionale udviklingsopgaver.

Erhvervsministeren har nu informeret Danske Regioner om, at regeringen vil give regionerne indstillingsretten til en del af EU-socialfondsmidlerne og sætte gang i den aftalte undersøgelse.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager svarbrevet til erhvervsministeren til orientering.

Sagsfremstilling

Bestyrelsen har besluttet, at Danske Regioner skal arbejde for den størst mulige decentralisering af erhvervsfremmeområdet med en stærkere rolle til regioner og kommuner. Dette omfatter også en betydelig decentralisering af erhvervsfremmemidlerne, herunder midler til klima og grøn omstilling, bl.a. i de nye EU-strukturfondsprogrammer.

Bestyrelsen har endvidere vedtaget, at det er ambitionen, at regionerne fortsat spiller en væsentlig rolle i forhold til regional udvikling, og at Danske Regioner derfor skal arbejde for at afklare regionernes rolle i den fremtidige struktur.

Danske Regioners formandskab har præsenteret disse synspunkter på et møde med erhvervsministeren den 4. december 2019, ligesom der har været dialog med forskellige partiers ordførere.

Som opfølgning på mødet med ministeren har Danske Regioner fremsendt et konkret forslag til en model for decentralisering på erhvervsfremmeområdet, som ville give bedre muligheder for regionalt forankrede initiativer og for at opbygge partnerskaber, der understøtter lokale og regionale fyrtårne.

Danske Regioner har desuden fremsendt en beskrivelse af nogle af de barrierer, som stadig generer regionerne i deres arbejde med regional udvikling. Det indgår i øvrigt allerede i økonomiaftalen mellem regeringen og

Danske Regioner for 2020, at det skal undersøges, om der er behov for at tilpasse rammerne for de regionale udviklingsopgaver, så de bedre understøtter regionernes arbejde for at skabe regional udvikling.

Regeringens beslutninger om decentralisering

Erhvervsministeren har efterfølgende tilkendegivet, at erhvervsfremmesystemet skal være tæt på virksomhederne og forstå deres behov og muligheder. Regeringen vil derfor via en aftale med Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse styrke erhvervshusbestyrelsernes rolle i prioriteringen af erhvervsfremmeindsatsen. Der vil først blive foretaget en egentlig evaluering af erhvervsfremmesystemet i 2023.

Erhvervsministeren har oplyst, at regeringen også vil styrke regionernes indsats på erhvervs- og ungdomsuddannelsesområdet, idet det er en vigtig politisk prioritet at styrke virksomhedernes adgang til faglærte og kvalificeret arbejdskraft i øvrigt.

Regeringen foreslår derfor, at regionerne får en indstillingsret til 20 pct. af midlerne til Danmark fra EU's Socialfond i perioden 2021-2027. Det svarer til ca. 40 mio.kr. årligt med det nuværende budgetforslag fra EU-Kommissionen.

Midlerne skal ifølge regeringen bruges til at styrke udviklingen af erhvervsskolerne og det øvrige ungdomsuddannelsesområde.

Staten forudsætter, at regionerne kan håndtere den medfølgende administration og medfinansiering af midlerne inden for regionernes eksisterende organisatoriske og økonomiske rammer. Dette forekommer ikke rimeligt, da regionerne i forbindelse med erhvervsfremmeformen måtte aflevere 600 mio. kr. til staten; midler der bl.a. var gået til medfinansiering og administration. Erhvervsministeriet har svaret bekræftende på, at det vil være muligt at søge medfinansiering i form af nationale midler i Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse, hvis denne vælger at prioritere midler hertil. Dette vil dog antageligt have et ret begrænset omfang.

Koordination med de regionale arbejdsmarkedsråd

Erhvervsministeren har oplyst, at det endvidere er besluttet, at der skal sikres en koordineret indsats med opbakning fra arbejdsmarkedets parter. Derfor skal de Regionale Arbejdsmarkedsråd (RAR) høres forud for regionernes indstilling om udmøntning af socialfondsmidlerne.

Det kan ganske vist være hensigtsmæssigt at sikre en vis strategisk koordination i forhold til erhvervsuddannelser, herunder særligt i forhold til de analyser af arbejdsmarkedets behov og efterspørgsel, som henholdsvis RAR gennemfører (kort sigt), og regionerne gennemfører (længere sigt). Men RAR'ene investerer ikke selv i erhvervsuddannelse til de unge, og den foreslåede koordinationsmodel risikerer derfor at blive både tidskrævende og

bureaukratisk. Der skal findes en model, der sikrer den nødvendige koordination, men hvor inddragelsen af RAR sker på en enkel og ubureaukratisk facon.

Undersøgelse af rammerne for regional udvikling

Erhvervsministeren har endvidere tilkendegivet, at den undersøgelse af rammerne for de regionale udviklingsopgaver, som blev aftalt i økonomiaftalen for 2020, nu igangsættes. Staten har fastsat, at undersøgelsen foretages af Finansministeriet, Erhvervsministeriet og Danske Regioner.

Staten har udarbejdet et kommissorium for undersøgelsen, som Danske Regioner ikke finder afspejler det aftalte i økonomiaftalen for 2020. Regionerne fastholder ønsket om et stærkt og fleksibelt hjemmelsgrundlag for regionernes fremtidige arbejde med regional udvikling.

Regionernes rolle i Interreg-programmer

I økonomiaftalen for 2020 aftalte regeringen og Danske Regioner, at regionerne skulle have en stærkere rolle i de grænseoverskridende samarbejder.

Erhvervsministeren har bekræftet, at regionerne kan bevare deres nuværende involvering i EU's Interreg-programmer og dermed også i den kommende programperiode kan finansiere programadministration, fungere som programmyndighed og være hjemsted for fællessekretariater for de kommende Interreg-programmer.

Svar til erhvervsministeren

Danske Regioners formandskab har den 6. februar 2020 sendt et brev til erhvervsministeren. I brevet kommenteres de forskellige elementer i regeringens forslag. Desuden foreslår Danske Regioner, at regionerne får 30 millioner kroner fra staten, som kan anvendes som en del af den obligatoriske medfinansiering, der er en forudsætning for at hjemtage de EU-socialfondsmidler, som regeringen foreslår decentraliseret til regionerne.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Skriv vurderingen for sagen

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Svar til erhvervsminister Simon Kollerup (1338630 - EMN-2018-02408)
2. Ministerbrev vedr. erhvervsfremme og regional udvikling (1333727 - EMN-2018-02408)
3. Bilag. Kommissorium for undersøgelse af rammerne for de regionale udviklingsopgaver (1333728 - EMN-2018-02408)

13 (Fortrolig)

14 (Fortrolig)

15 (Offentlig) Høringssvar - Evaluering af planloven

Michael Koch-Larsen
EMN-2019-01675

Resumé

Forud for evaluering af planloven 1. juli 2020 har erhvervsministeren inviteret alle til at komme med idéer og forslag til, hvordan planlovgivningen kan imødekomme nutidens og fremtidens udfordringer.

Danske Regioner fremfører i sit høringssvar, at der generelt mangler en myndighed, der tager et helhedshensyn på tværs af kommunegrænserne. Konkret foreslås det, at regionerne bliver ansvarlige for at udarbejde regionale klimatilpasningsplaner og at de får et ansvar i forhold til strategisk energiplanlægning. I høringssvarets bilag er der konkrete forslag til, hvordan planlovgivningen bedre kan imødekomme fremtidens udfordringer på en række områder.

Høringssvaret er afgivet den 31. januar 2020 med forbehold for politisk behandling i bestyrelsen den 5. marts 2020.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar i forbindelse med evaluering af planloven.

Sagsfremstilling

Planloven blev i 2017 ændret af V, K, DF og S. I aftalen om modernisering af planloven blev det aftalt, at loven skal evalueres inden den 1. juli 2020. Derfor har erhvervsministeren inviteret alle til at komme med idéer og forslag til, hvordan planlovgivningen kan imødekomme nutidens og fremtidens udfordringer. Danske Regioners høringssvar forholder sig altså ikke til et lovforslag men er et bidrag til den åbne høring.

Overordnet mener Danske Regioner, at der mangler en myndighed, der tager det nødvendige helhedsansvar for den fysiske udvikling og planlægning på tværs af kommunegrænserne og i større sammenhænge. Der er risiko for, at ønsker til udvikling i det åbne land, ved kyster og i bynære zoner risikerer at blive realiseret uden respekt for natur, menneskers levevilkår, dyre- og plantelivet, fordi der ikke sikres en helhedsvurdering på tværs af kommunegrænser.

Regionale klimatilpasningsplaner

I forlængelse heraf mener Danske Regioner, at der bør indføres regionale klimatilpasningsplaner, som udarbejdes i samarbejde med kommunerne, hvor

udgangspunktet er de tværkommunale vandoplande. Regionale klimatilpasningsplaner skal omfatte både indlandsvandområder og kyster. Kystsikring bør i højere grad ske ud fra en planlægning af sammenhængende kystområder, så de enkelte tiltag og projekter sikrer det samme niveau, og i særdeleshed ikke modvirker og underminerer hinanden.

Ansvar for strategisk energiplanlægning til regionerne

Strategisk energiplanlægning er i dag ikke en lovbunden opgave. Det foreslås, at regioner og kommuner kan påtage sig myndighedsopgaven med strategisk energiplanlægning og i samarbejde løfte et større decentralt ansvar for omstillingen til vedvarende energi. Dette skal ske i tæt samarbejde med relevante statslige styrelser og forsyningsselskaber, så det samlede ansvar styrkes og realiseringen optimeres.

Regionale mobilitetsstrategier ind i planloven

Der er behov for en tværgående planlægning, der understøtter et sammenhængende transportsystem for alle transportformer. Med de regionale mobilitetsstrategier tilbyder regionerne et fælles ståsted for regioner, kommuner og trafikselskaber, hvor alle landsdelens transportformer tænkes sammen, så borgerne får den letteste og mest sammenhængende transport til fx arbejde og uddannelse. En styrket rolle til de regionale mobilitetsstrategier bør indtænkes i plansystemet.

FN's verdensmål

Endelig bør FN's verdensmål knyttes til planlovens formålsparagraf, herunder målene for bæredygtig udvikling, biodiversitet og klima.

Erhvervsstyrelsens offentlige [høring af planloven](#).

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Udvalget for Regional Udvikling og EU godkendte høringssvaret på møde den 7. februar 2020.

Udvalget for Miljø og Ressourcer godkendte høringssvaret på møde den 20. februar 2020.

Kommunikation

Hvis bestyrelsen godkender høringssvaret, offentliggøres det på www.regioner.dk.

Bilag

1. Høringssvar i forbindelse med evaluering af planloven 2020 (1336371 - EMN-2019-01675)

16 (Offentlig) Høringssvar - ny klimalov

Camilla Rosenhagen
EMN-2019-00677

Resumé

Danske Regioner har afgivet høringssvar i forbindelse med høringen af den nye klimalov.

I høringssvaret roser Danske Regioner regeringen for initiativet med ambitiøse klimamålsætninger og forslag til bindende klimalov. Danske Regioner ser frem til samarbejde om en Green Deal og ønsker at blive medlem af det nye Klimadialogforum, som etableres under Klimarådet.

Der var frist for høringssvar den 3. februar 2020, hvorfor høringssvaret er fremsendt med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar til forslag om ny klimalov.

Sagsfremstilling

Regeringens forslag til en ny klimalov er en rammelov, som fastsætter rammer og procedurer for Folketingets og Klimarådets årlige opfølgninger samt sikring af fremdrift mod målet. Det uafhængige Klimaråd får med loven en styrket rolle som rådgiver for regeringen.

Danske Regioner er i høringssvaret positive over for lovforslaget og fremhæver:

- At Danske Regioner bakker op om regeringens vigtige og ambitiøse målsætning om en CO₂-reduktion på 70 procent i 2030. Danske Regioner vurderer, at forslaget til klimalov indeholder gode og vigtige forudsætninger for at nå målene.
- At vi ser frem til at samarbejde med regeringen om implementeringen af klimaloven og de kommende handlingsplaner.
- Et samarbejde om en såkaldt Green Deal for grønne hospitaler og institutioner, hvor vi forpligter hinanden på gode rammer og en ekstraordinær klimainsats i regionernes drift og organisation.
- At Danske Regioner foreslår, at Klimaloven forholder sig til danskernes globale klimaaftryk, og medtager dette som en årlig indikator i den globale del af Klimaprogrammet. Denne indikator er væsentlig i

forhold til den grønne omstilling i Danmark, hvor fx regionernes største klimaaftryk netop ligger på indkøb af varer og tjenester.

- At Danske Regioner gerne vil deltage i det Klimadialogforum, som oprettes i tilknytning til Klimarådet. Det tværgående perspektiv, som regionerne repræsenterer, er væsentligt, når de gode løsninger skal findes.
- At der skal ske en afklaring af, om og hvordan de offentlige myndigheder indgår som en "sektor" i loven og de kommende handlingsplaner.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Udvalget for Miljø og Ressourcer godkendte høringssvaret på møde den 20. februar 2020.

Kommunikation

Hvis bestyrelsen godkender høringssvaret, offentliggøres det på www.regioner.dk.

Bilag

1. Høringssvar vedr forslag om ny klimalov jan 2020 endelig (1337292 - EMN-2019-00677)

17 (Offentlig) Implementering af EU-direktivet om sundhedsydelse på tværs af grænser

Asger Andreasen
EMN-2019-00968

Resumé

EU-Kommissionen har bedt Regionsudvalget om en udtalelse, som skal se på implementeringen af EU-direktivet om sundhedsydelse på tværs af grænser. Det Europæiske Regionsudvalg har peget på Danske Regioners EU-talsmand Karsten Uno Petersen som ordfører. Danske Regioner anbefaler at udtalelsen skrives med udgangspunkt i fem bærende principper samt at implementeringen af direktivet ses i lyset af de samlede opgaver, som de ansvarlige sundhedsmyndigheder skal løse.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender følgende fem principper som grundlag for udtalelsen:

- 1) at sundhedssamarbejde på tværs af grænser fremmes, hvor det er hensigtsmæssigt, men at øget patientmobilitet på tværs af grænser ikke er et mål i sig selv,
 - 2) at borgerne får nem adgang til information om betingelser for en behandling uden for hjemlandet,
 - 3) at implementeringen af direktivet tager hensyn til regionale forskelligheder,
 - 4) at den meget lille del af patienter, som ønsker en behandling i et andet EU-land, ikke trækker uforholdsvist meget på ressourcerne i medlemslandenes sundhedssystemer og
 - 5) at brugen af forhåndsgodkendelser kan opretholdes, hvor de ansvarlige myndigheder i medlemslandene mener, det er nødvendigt.
-

Sagsfremstilling

For seks år siden trådte EU-direktivet om sundhedsydelse på tværs af grænser i kraft. EU-Kommissionen har bedt Det Europæiske Regionsudvalg om en udtalelse om implementeringen af direktivet.

Regionsudvalget har valgt Danske Regioners EU-talsmand Karsten Uno Petersen, Region Syddanmark, som ordfører på udtalelsen. I 2008/09 var Karsten Uno Petersen også ordfører på Regionsudvalgets udtalelse om selve direktivforslaget fra EU-Kommissionen.

Da EU-Kommissionen i juni 2008 fremlagde forslaget til et direktiv om sundhedsydelse på tværs af grænser, var flere medlemslande, herunder

Danmark, meget opmærksomme på, om direktivet ville medføre et stort antal patientbevægelser på tværs af grænser. Derfor blev der i direktivet indføjet en mulighed for at begrænse patientbevægelserne, hvis de kom til at udgøre en trussel for medlemslandenes sundhedssystemer.

EU-Kommissionen konkluderer i sin rapport fra september 2018, at grænseoverskridende patientstrømme viser et stabilt mønster, hvor EU-borgerne hovedsageligt vælger sundhedsydelser på tværs af grænser ud fra geografisk og kulturel nærhed. Samlet set er patientmobilitet og dens finansielle dimension inden for EU fortsat lav, og direktivet om grænseoverskridende sundhedsydelser har ikke resulteret i store budgetmæssige konsekvenser for sundhedssystemernes bæredygtighed.

I februar 2019 kom Europa-Parlamentets rapport om implementeringen af direktivet. Europa-Parlamentet skriver, at det er afgørende, at patienter, sundhedspersonale og andre interessenter er velinformeret om direktivet. Dette er ifølge Europa-Parlamentet desværre ikke tilfældet på nuværende tidspunkt.

I sin rapport og i henvendelsen til Regionsudvalget påpeger EU-Kommissionen, at bedre kommunikation til patienterne om de muligheder direktivet tilbyder kan bidrage til at øge antallet af behandlinger på tværs af grænser.

Danske Regioner skriver Regionsudvalgets udtalelse med udgangspunkt i følgende fem hovedprincipper:

1) Øget patientmobilitet er ikke et mål i sig selv

Samarbejde om sundhedsydelser på tværs af grænser kan være hensigtsmæssigt f.eks. i grænseregioner, hvor patientens nærmeste hospital måske ligger lige på den anden side af grænsen eller at der er større kapacitet og dermed kortere ventetid til en behandling i et naboland, men øget patientmobilitet på tværs af grænser må tage udgangspunkt i patientens situation og er ikke et mål i sig selv.

2) Nem adgang til information om behandling i udlandet

Direktivet fastslår, at medlemslandene er forpligtede til at etablere nationale kontaktpunkter, der kan oplyse borgerne om mulighederne for sundhedsydelser på tværs af grænser. I Danmark er informationsopgaven løst gennem regionernes patientkontorer, som sammen med Styrelsen for Patientsikkerhed udgør det danske net af regionaliserede nationale kontaktpunkter. Således kan patienter, som overvejer en behandling i et andet EU-land, få mulighed for at træffe et informeret valg.

3) Hensyn til regionale forskelligheder

EU-Kommissionens egne analyser viser, at der er stor forskel på patientmobiliteten i de enkelte EU-lande i henhold til deres rettigheder i direktivet. Franske patienter rejser mest og benytter i høj grad sundhedstilbud i Spanien og Belgien. Portugisiske borgere flytter sig stort set ikke mens knap 32.000 danskere i 2017 benyttede sig af sundhedsydelser i et andet EU-land. Det placerer Danmark på en 2. plads (i absolutte tal) på listen over lande, hvis borgere oftest rejser til et andet EU-land for at blive behandlet. For ca. 90 pct. af de danske borgere, som søger behandling udenfor Danmark, handler det om tandlægebehandling, hvilket givetvis skyldes den betydelige andel af egenfinansiering på tandlægebehandling i Danmark.

EU-Kommissionen påpeger desuden, at der indenfor de enkelte lande er store regionale forskelle med hensyn til patientmobilitet. Det er således typisk i grænseregionerne, at patientmobiliteten er størst.

Konklusionen er ikke overraskende, at forskelle i geografi, sundhedssystemer og forskellige tilskudsordninger på behandlinger er afgørende for patientmobiliteten. Med undtagelse af de allermindste EU-lande har stort set alle EU-lande et regionaliseret sundhedsvæsen. Derfor er det væsentligt, at implementeringen af direktivet tager hensyn til regionale forskelligheder.

4) Behandling i et andet EU-land bør ikke medføre et uforholdsmæssigt stort ressourcetræk

Det er et meget lille antal patienter, som gør brug af direktivets muligheder for behandling i et andet EU-land (ca. 200.000 anmodninger om godtgørelser om året, svarende til ca. 0,04 pct. af EU's borgere). Langt størstedelen af disse anmodninger handler om godtgørelser for små rutinebehandlinger (f.eks. tandpleje).

Direktivet fastslår, at en patient ikke får refunderet mere til en behandling i udlandet end en tilsvarende behandling ville have kostet i hjemlandet. Men medlemslandenes udgifter til behandlinger i andre EU-lande handler ikke kun om refusionsbeløb. Der er også administrations- og informationsudgifter forbundet med behandlingerne. Ved implementeringen af direktivet bør de ansvarlige sundhedsmyndigheder derfor være opmærksomme på, at den meget lille del af patienter, som ønsker en behandling i et andet EU-land, ikke trækker uforholdsvist meget på ressourcerne i medlemslandenes sundhedssystemer. Regionerne i Danmark bruger f.eks. tid på at administrere direktivet og DUT-kompenseres herfor med 8 mio. kr. årligt.

5) Forhåndsgodkendelser skal kunne opretholdes

EU-Kommissionen påpeger, at medlemslandenes brug af forhåndsgodkendelser er en administrativ hindring for øget patientmobilitet.

Men forhåndsgodkendelser har også det formål at give patienten sikkerhed for, at behandlingen, som patienten selv skal lægge ud for i udlandet, vil

opfylde betingelserne for at blive refunderet af hjemlandet. En sagsbehandling af en anmodning om forhåndsgodkendelse indebærer blandt andet en lægefaglig vurdering af, om den udenlandske behandling er en anerkendt sundhedsfaglig behandling i hjemlandet.

Forhåndsgodkendelser må i øvrigt kun bruges, hvor behandlingen er højt specialiseret eller kræver hospitalsindlæggelse i mindst ét døgn. Der er derfor typisk tale om væsentlige økonomiske udlæg fra patientens side. I det lys er det hensigtsmæssigt, at brugen af forhåndsgodkendelser kan opretholdes for at give patienterne økonomisk sikkerhed.

Den videre proces

Selve udtalelsen tilpasses i marts måned afhængig af bestyrelsens behandling samt resultaterne af en analyse af sundhedssamarbejder i grænseregioner, som Regionsudvalgets analyseafdeling bidrager med. Regionsudvalget udvalgsbehandler udtalelsen den 22. april 2020. Den endelige udtalelse forventes vedtaget på Regionsudvalgets plenar den 1.-2. juli 2020.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Udvalget for Regional Udvikling og EU godkendte de fem principper på møde den 7. februar 2020. DF kunne ikke tilslutte sig indstillingen, idet DF ønsker at tage kraftigere afstand fra EU-Kommissionens forsøg på at skabe et føderalt sundhedssystem i EU.

Sundhedsudvalget skal drøfte de fem principper på møde den 28. februar 2020.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

18 (Offentlig) Danske Regioners generalforsamling 2. april 2020

Trine Friis
EMN-2019-00967

Resumé

Danske Regioner holder generalforsamling den 2. april 2020 i Århus (GF20), hvorfor der orienteres om afviklingen af GF20.

Program med dagsorden og regnskab skal udsendes af bestyrelsen til regionsrådsmedlemmerne senest 4 uger før generalforsamlingen, dvs. den 5. marts 2020. Heraf fremgår bl.a., at der er fremsat 7 forslag til generalforsamlingen.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender dagsorden for Danske Regioners generalforsamling den 2. april 2020,

at bestyrelsen orienterer sig i stillede forslag til generalforsamlingen, og

at bestyrelsen tager orientering om afvikling af GF20 til efterretning.

Sagsfremstilling

Forslag til den formelle dagsorden for generalforsamlingen:

1. Velkomst og valg af dirigent
2. Formandens tale
3. Regeringens hilsen
4. Regnskab og kontingent
 - a. Regnskab 2019
 - b. Kontingent 2020
5. Debat om formandens tale samt beretning 2019
6. Indkomne forslag
7. Næste møde
8. Eventuelt

Generalforsamlingen live-streames på Danske Regioners hjemmeside:

www.regioner.dk/gf20

For at skabe størst mulig fleksibilitet i afholdelsen af de politiske gruppemøder vil frokosten i lighed med GF19 blive serveret under møderne.

Ad 3. Regeringens hilsen

Statsminister Mette Frederiksen vil overbringe regeringens hilsen.

Ad 4. Regnskab og kontingent

Bestyrelsen foreslår, at kontingentet for Danske Regioner pris- og lønfremskrives med 2,3 procent til 24,40 kr. pr. indbygger pr. 1. januar 2020.

Ad 6. Indkomne forslag

Fristen for indsendelse af forslag til generalforsamlingen var den 20. februar 2020.

Der er stillet 7 forslag.

I forbindelse med GF18 blev der udpeget stemmetællere for hele valgperioden.

Udsendelse af dagsorden

Program med dagsorden og regnskab udsendes til regionsrådsmedlemmerne senest 4 uger før generalforsamlingen i henhold til vedtægternes § 6, dvs. senest den 5. marts 2020.

Skriftlig beretning

Bestyrelsen godkendte skriftlig beretning 2019 på møde den 6. februar 2020.

Den skriftlige beretning 2019 vil blive omdelt på bordene ved GF20 samt lægges på Danske Regioners hjemmeside.

Indledende key note speaker

Som noget nyt er der ved GF20 ændret på rækkefølgen, således at GF20 indledes med en key note speaker.

Klimaet står højt på den politiske dagsorden globalt, nationalt, regionalt og lokalt. Derfor er formanden for den grønne tænketank CONCITO og forhenværende klimakommissær Connie Hedegaard inviteret til at give sit bud på, hvordan regionerne på en succesfuld måde kan løfte klimaudfordringerne.

Prisoverrækkelse

Danske Regioner uddeler for femte år i træk en pris til Årets Borgerinddragende Initiativ. I år er fokus på borgerinddragelse inden for psykiatrien. En bedømmelseskomité bestående af repræsentanter fra regionerne, DSR, Lægeforeningen, FOA, SIND, KL og Danske Patienter har nomineret de bedste initiativer, hvorefter et patientpanel udpeger en vinder. Prisen overrækkes på generalforsamlingen, hvor der også vises en kort film om initiativet.

Netværk i lounge i teltet

Som noget nyt ved GF20 vil der som afslutning på eftermiddagens program være mulighed for at netværke i loungen i teltet.

Trykt materiale

I forbindelse med generalforsamlingen offentliggøres Danske Regioner 2020, som indeholder Danske Regioners beretning 2019. Derudover offentliggøres bl.a. den besluttede psykiatri-analyse (GF19).

Gæsteture

Under afholdelsen af de politiske gruppemøder vil de inviterede gæster samt regionale embedsmænd få mulighed for at komme på besøg på et af følgende steder:

- **MOMA:** Besøg MOMA (Molekylær Medicinsk Afdeling), som med forskning i genetiske forandringer i bl.a. kræftsygdomme og hjertesygdomme kan bidrage til bedre og mere målrettet medicin til den enkelte patient. I kommer også en tur i laboratoriet.
- **Psykiatri:** Besøg Aarhus Universitetshospital Psykiatri, der i efteråret 2018 flyttede fra Risskov til Aarhus Universitetshospital i Skejby, hvor der er etableret en moderne psykiatri med fokus på åbne, lyse rammer med let adgang til aktiviteter, og hvor kunsten er integreret med henblik på at skabe et trygt og imødekommende hospital.
- **MidtVask:** Besøg Danmarks største hospitalsvaskeri – MidtVask – som har vundet priser for deres CSR arbejde. Det svanemærkede vaskeri arbejder med bæredygtighed, FNs verdensmål og cirkulær økonomi. Og så blev MidtVask i 2018 kåret til Årets Arbejdsplads af 3F.

Forberedende bestyrelsesmøde den 1. april 2020

Som forberedelse til GF20 vil der blive afholdt bestyrelsesmøde på Comwell Aarhus den 1. april 2020 kl. 17.00-19.00. I lyset af at regionerne afholder egne middage onsdag aften lægges der ikke op til en egentlig bestyrelsesmiddag. Medlemmerne af bestyrelsen er dog velkomne til at spise med sekretariatet på Comwell Hotel Aarhus.

Konference den 1. april 2020

Politikerkonferencen dagen før GF20 vil give deltagerne mulighed for at udveksle erfaringer med hinanden på tværs af regioner og partier. Aktiv deltagelse, inspiration og mulighed for at lære af samt drøfte hinandens erfaringer er således igen udgangspunktet for politikerkonferencen, hvor der følgende hovedpunkter:

- En session om borgerinddragelse og demokrati med udgangspunkt i Danske Regioners midlertidige politiske arbejdsgruppe
- 6 sessioner centreret om hvert af Danske Regioners politiske udvalg
- Mulighed for at tage aktuelle temaer op med Stephanie Lose og Ulla Astman.

Konferencen starter med frokost kl. 12 og slutter kl. 16.45.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Indkomne forslag til Danske Regioners generalforsamling 2020 (1341424 - EMN-2019-00967)

19 (Offentlig) Formandens meddelelser

Maren Munk-Madsen
EMN-2020-00053

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

20 (Offentlig) Generelle orienteringer

Maren Munk-Madsen
EMN-2020-00053

Resumé

Følgende emner er til orientering:

- Høringssvar – tobakslov
 - Høringssvar – videnskabsetisk behandling af kliniske afprøvninger af medicinsk udstyr mv.
 - Hepatitis C
 - Rigsrevisionens undersøgelse af elektroniske patientjournaler
 - Arrangementer og konferencer
-

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Høringssvar – tobakslov

(EMN-2017- 01083)

Danske Regioner har den 25. februar 2020 fremsendt høringssvar til lovforslag vedrørende ændring af lovgivning vedrørende tobak. Lovforslaget er en udmøntning af regeringens nationale handleplan mod børn og unges rygning.

Høringssvaret er udarbejdet med baggrund i bestyrelsens tidligere mandat samt med bidrag fra regionerne.

Høringssvar – videnskabsetisk behandling af kliniske afprøvninger af medicinsk udstyr mv.

(EMN-2018- 01119)

Danske Regioner har den 21. februar 2020 fremsendt høringssvar til lovforslag om videnskabsetisk behandling af kliniske afprøvninger af medicinsk udstyr m.v., ændring af lov om medicinsk udstyr, sundhedsloven, lægemiddeloven, og lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter.

Høringssvaret er udarbejdet med baggrund i bestyrelsens tidligere mandat på møde den 12. december 2019 samt med bidrag fra regionerne.

Hepatitis C

(EMN-2018-02743)

Sundheds- og Ældreministeren har skrevet til de fem regionsrådsformænd + formanden for KL's Sundheds- og Ældreudvalg.

Ministeren orienterer om, at der med ny bekendtgørelse vil blive givet adgang til, at også forskningsdata kan anvendes som led i opsporing af patienter, som lider af en livstruende eller klart alvorlig smitsom sygdom, som kan behandles med en ny behandlingsmetode. Indtil bekendtgørelsen træder i kraft, vil det kun ud fra en konkret vurdering og efter nødretslignende betragtninger være muligt at anvende forskningsdata til opsporing af patienter. Ministeren har aftalt med Region Hovedstaden, at de afsætter ressourcer til at foretage en konkret vurdering af de 2-3.000 hepatitis C-smittede, der indgår i deres forskningsdatabase, så de øvrige regioner kan få besked, og patienterne fra forskningsdatabasen kan opspores.

For at sikre, at der bliver taget hånd om alle hepatitis C-smittede, beder ministeren om, at regionerne løbende indrapporterer, hvor mange der modtager behandling for hepatitis C i hver region samt regionens indsatser på området mhp. at ministeren vil følge udviklingen nøje. I øvrigt opfordrer ministeren regionerne til at samarbejde på tværs af regioner og med kommunerne om indsatsen mod hepatitis C.

Sundhedsministeren opfordrer også regionerne til at tage initiativ til konkret at vurdere, hvorvidt der – via regionernes patientjournalssystemer suppleret med oplysninger fra Statens Serum Instituts database over anmeldte tilfælde af hepatitis C-patienter – kan opspores tidligere diagnosticerede hepatitis C-patienter.

Rigsrevisionens undersøgelse af elektroniske patientjournaler

(EMN-2017-03379)

Rigsrevisionen fulgte medio 2019 op på en tidligere beretning 4/2010 om elektroniske patientjournaler. Danske Regioner stod for koordinering af et fællessvar på vegne af regionerne vedrørende manglende målopfyldelse for enkelte sundheds-it indikatorer, der følger op på indførelse af EPJ og udbredelse af den kliniske it-arbejdsplads.

Statsrevisorerne har på deres møde 21. februar 2020 behandlet sagen og besluttet at optage den i Endelig betænkning 2018 som *afsluttet sag* med følgende bemærkning til Folketinget:

Da beretningen blev afgivet i 2011, havde kun 2 ud af 31 sygehuse elektroniske patientjournaler (epj). Statsrevisorerne finder det tilfredsstillende, at alle sygehuse i alle regioner i dag anvender epj. Epj

understøtter en sikker og effektiv udveksling af patientinformationer uden unødige forsinkelser.

Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne arbejder løbende for at forbedre anvendelsen af epj. Statsrevisorerne må dog konstatere, at regionerne ikke opfylder de mål for anvendelse af epj, som de skulle have opfyldt i 2013 og 2014. Det er utilfredsstillende.

Statsrevisorerne afslutter beretnings sagen med en bemærkning om, at det er væsentligt, at og Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne fortsat og vedvarende gør en indsats for at styrke det digitale samarbejde i sundhedsvæsenet. Dette understreges af, at Folketinget i 2019 vedtog en modernisering af sundhedsloven. Den nye sundhedslov muliggør digital udveksling af patientinformationer på tværs af offentlige og private sygehuse, kommuner og almen praksis til gavn for sundhedspersonernes samarbejde om patientbehandling og for patienten selv.

Arrangementer og konferencer

(EMN-2018-02374)

11. marts 2020

Offentlig-Privat Topmøde, København

Danske Regioner, KL, Forum for Bæredygtige Indkøb og Dansk Erhverv

12. marts og 19. marts 2020

Danske Regioners kursus for regionsrådspolitikere "Grib mulighederne i dit politiske lederskab"

1. april 2020

Danske Regioners konference for regionsrådsmedlemmer, Aarhus

2. april 2020

Danske Regioners generalforsamling 2020, Aarhus

5. november 2020

Sundhed for Alle, København

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Danske Regioners høringssvar vedr. lov om tobak (1343007 - EMN-2020-00053)
2. Høringssvar fra Danske Regioner - forslag til lov om videnskabetisk behandling af kliniske afprøvninger af medicinsk udstyr (1342215 - EMN-2020-00053)
3. Brev fra sundheds- og ældreministeren med opfordring om at sikre opsporing om behandling af alle patienter med hepatitis C (1343943 - EMN-2020-00053)
4. Bilag 1 Svar på henvendelse fra forsker om at tage kontakt til personer, der er smittet med hepatitis C, 17. januar 2019 (1343944 - EMN-2020-00053)
5. Bilag 2 Svar til Danske Regioner (om værdispringsreglen m.v.), 12. november 2019 (1343945 - EMN-2020-00053)

21 (Offentlig) Mødekalender 2021

Bente Jønsson
EMN-2020-00405

Resumé

Forslag til bestyrelsens mødeplan for 2021 samt forslag til datoer for afholdelse af udvalgmøder.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender mødeplanen for bestyrelsesmøder i 2021, og at bestyrelsen indstiller over for udvalgsformændene, at udvalgmøder i 2021 planlægges afholdt på de reservede datoer.

Sagsfremstilling

Af hensyn til regionernes planlægning af rådsmøder mv., fremlægges forlag til mødeplan for Danske Regioners bestyrelse.

Møder i bestyrelsen

Der holdes som udgangspunkt 10 ordinære bestyrelsesmøder om året.

Torsdag den 4. februar 2021, kl. 10.30 – 14.00

Torsdag den 4. marts 2021, kl. 10.30 – 14.00

Onsdag den 24. marts 2021, kl. 17.00 – 19.00 (ifm. GF21)

Torsdag den 6. maj 2021, kl. 10.30 – 14.00

Onsdag den 16. juni 2021, kl. 15.00 – 18.00 (ifm. Folkemøde 2021)

Torsdag den 26. august 2021, kl. 10.30 – 14.00

Torsdag den 23. september 2021, kl. 10.30 – 14.00

Torsdag den 14. oktober 2021, kl. 10.30 – 14.00

Torsdag den 18. november 2021, kl. 10.30 – 14.00

Torsdag den 16. december 2021, kl. 10.30 – 14.00.

Foruden disse møder forventes der indkaldt til ekstraordinære møder ultimo maj/primus juni i forbindelse med de årlige økonomiforhandlinger.

Regionernes Økonomi- og Styringsseminar (RØST) holdes i 2021 den 28. – 29. januar.

Konferencen *Sundhed for alle* holdes torsdag den 4. november.

Der er *Folkemøde* torsdag den 17. – søndag den 20. juni 2021.

Kommunalvalg 2021 holdes tirsdag den 16. november.

Udvalgmøder

Udvalgsmøder i Danske Regioner fastlægges inden for rammerne af udvalgenes kommissorier.

Møderne skal af hensyn til koordineringen med regionerne lægges enten på torsdag eller fredage. Derudover skal der tages højde for eventuelle personsammenfald mellem Danske Regioners udvalg og udvalgsmedlemmernes udvalgsmøder i regionerne.

Det henstilles, at udvalgsmøderne lægges på nedenstående dage:

Torsdag den 11. eller fredag den 12. februar 2021

Torsdag den 11. eller fredag den 12. marts 2021

Torsdag den 22. eller fredag den 23. april 2021

Torsdag den 27. eller fredag den 28. maj 2021

Torsdag den 12. eller fredag den 13. august 2021

Torsdag den 9. eller fredag den 10. september 2021

Torsdag den 28. eller fredag den 29. oktober 2021

Torsdag den 2. eller fredag den 3. december 2021

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

22 (Offentlig) Næste møde

Maren Munk-Madsen
EMN-2020-00053

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager til efterretning, at næste møde holdes onsdag den 1. april 2020 Aarhus ifm. Danske Regioners generalforsamling.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

23 (Offentlig) Eventuelt

Maren Munk-Madsen
EMN-2020-00053

Resumé

-

Indstilling

*Det indstilles,
at*

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

Bilag Titel:	Bilag 1
Dagsordens titel	Opfølgning på bestyrelsens studietur til Israel vedr. det nære sundhedsvæsen
Dagsordenspunkt nr	6
Bilag nr	1
Antal bilag:	3



NOTAT

11-02-2020
EMN-2019-01064
1338735
Jane Holm

Opsamling på studietur til Israel, PLO og Danske Regioner

Resume – væsentligste læringspunkter

- Israel er lykkedes med at skabe et stærkt, nært sundhedsvæsen, hvor en stor del af specialistbehandlingen sker udenfor sygehusene og tæt på patienten.
- Sundhedstilbud i det nære sundhedsvæsen er orienteret mod brugerens behov og er tilgængelige - både i form af lange åbningstider, ved understøttelse af behandling i hjemmet og diverse former for digital adgang. Digitale løsninger medvirker til at en mere differentieret og effektiv adgang til lægelige tilbud
- Den praktiserende læge kaldes familielægen og blandt andet er kun ca. halvdelen af familielægerne speciallæger (modsat Danmark hvor praktiserende læger er speciallæger i almen medicin).
- Familielægen har et tovholderansvar for multisyge patienter, men på en række andre områder går patienterne direkte til speciallæger i stedet. Det drejer sig om pædiatri, gynækologi, hudlæge samt øjenlæge og ørelæge.
- En stor del af de sygehusansatte læger har samtidig jobs uden for sygehusene som familielæge/praktiserende læge eller speciallæge. Tilgangen i sundhedsvæsenet er, at patienter så vidt muligt skal kunne håndteres uden for sygehusene, og kun på få behandlingsområder er der krav til, at det bør foregå på sygehusene.
- De praktiserende speciallæger har en central rolle ift. at rådgive de praktiserende læger om den konkrete patientbehandling. Denne faglige understøtning er en vigtig forudsætning for, at de praktiserende læger kan varetage behandlingen og tovholderrollen ift. multisyge patienter.
- Sygekassen forsyner den praktiserende læge med data og overblik over den enkelte patients sygdomsstatus, behov for opfølgning, forebyggende tiltag (fx influenzavaccination) med henblik på forebyggelse, tidlig opsporing af sygdom mv.

Nøgletal

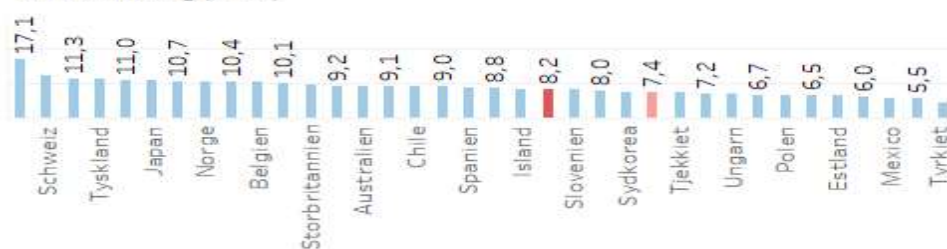
- Israel bruger en mindre andel af deres samlede BNP på sundhed sammenlignet med Danmark. Når der korrigeres for forskelle i befolkningens alderssammensætning imellem Danmark og Israel, udjævnes en væsentlig del af den umiddelbare forskel (jf. figur 1). Danmark ville således gå fra, at sundhedsudgifterne udgør 10,1 pct. af BNP til 8,2 pct. af BNP. I figur 1 er der ydermere ikke taget højde for, at i de danske opgørelser indgår formentlig en større del af plejeopgaven, som ikke indgår i de israelske tal.
- Israelere lever gennemsnitligt længere end befolkningen i OECD landene. Levettiden hos befolkningen i Danmark er under gennemsnittet for OECD (jf. figur 2).
- I perioden 1990 til 2018 er der i Israel sket en markant udvikling i fordelingen af de samlede sundhedsudgifter mellem primær- og sekundærsektoren. I 2018 udgør udgifter til "community care" 44 %, udgifter til hospitaler udgør 35 % (jf. figur 3).
- Danmark og Israel ligger nogenlunde ens, hvad angår risikofaktorer som andel af befolkningen med diabetes, som er daglige rygere eller er overvægtig (jf. figur 4). Trods det har Israel den laveste dødelighed i "forebyggelige dødsfald" (jf. figur 5). Det kan muligvis indikere, at forbruget af i primærsektoren (forebyggelse, screening mv. hos praktiserende læge og speciallæge) kan forebygge en række sygdomme eller opdages i en tidlig fase.
- Tabel 1 viser dog også, at der på nogle områder er en lavere dødelighed, men på andre fx inden for diabetes og hjerteområdet er der en højere dødelighed.
- Børnedødeligheden pr. 1000 fødsler er lavere end OECD gennemsnittet (jf. figur 6)
- Der er langt færre læger og sygeplejesker pr. 1000 indbyggere i Israel end i Danmark. Danmark ligger for begge personaletyper over OECD gennemsnittet (jf. figur 7 og 8).

Figur 1 Sundhedsudgifter i Danmark (rød) sammenlignet med Israel (lyserød) med og uden korrektion for forskelle i demografi

Sundhedsudgifter i OECD i procent af BNP (2017)

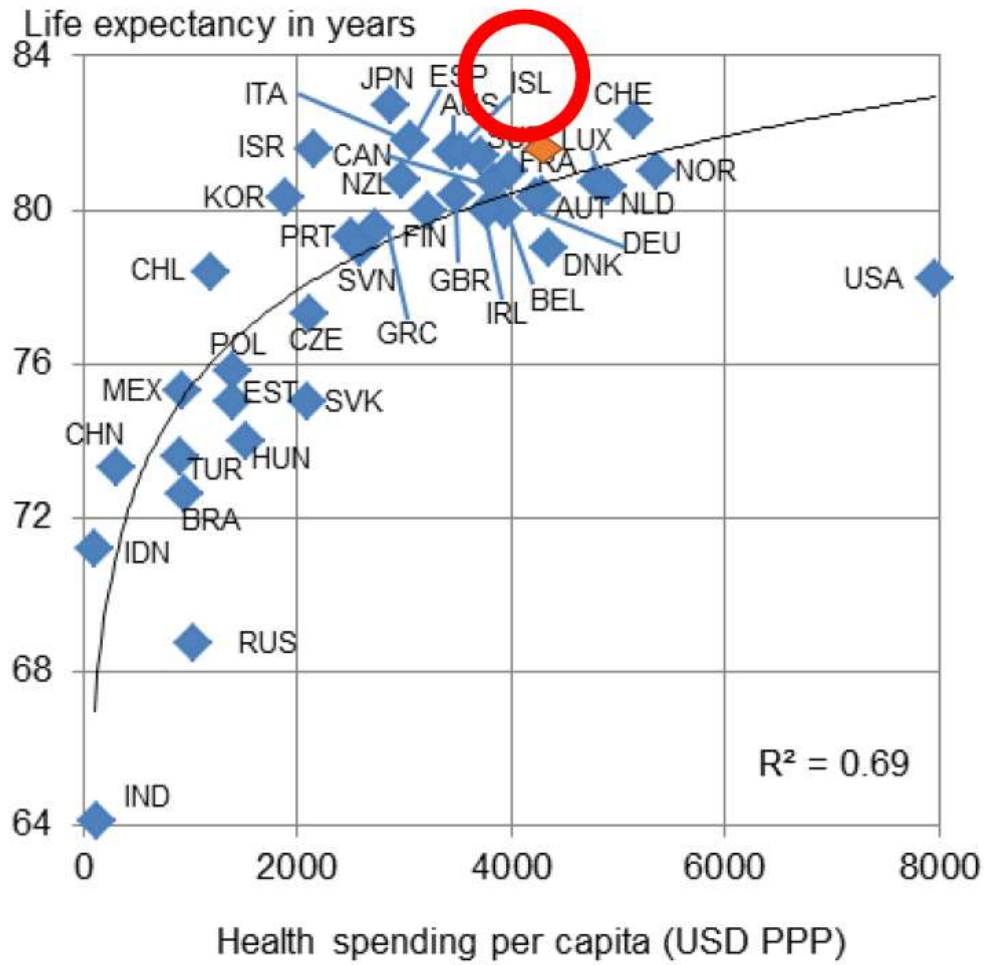


Sundhedsudgifter i OECD i procent af BNP, hvis Danmark havde den israelske aldersfordeling (2017)



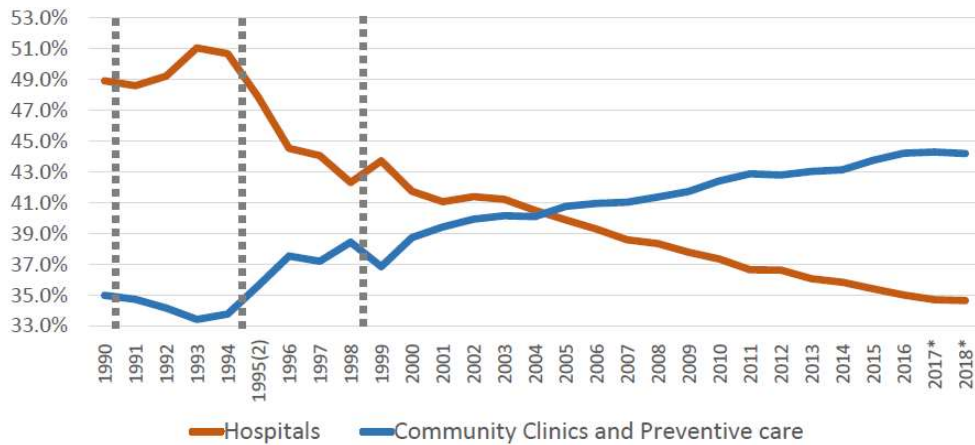
Kilde: OECD Health Data samt egne beregninger baseret på OECD Health Data, statistikbanken.dk, FN's befolkningsstatistik og Finansministeriet.

Figur 2 Befolkningens levetid (år) set i forhold til sundhedsudgifter pr. indbygger, OECD-lande



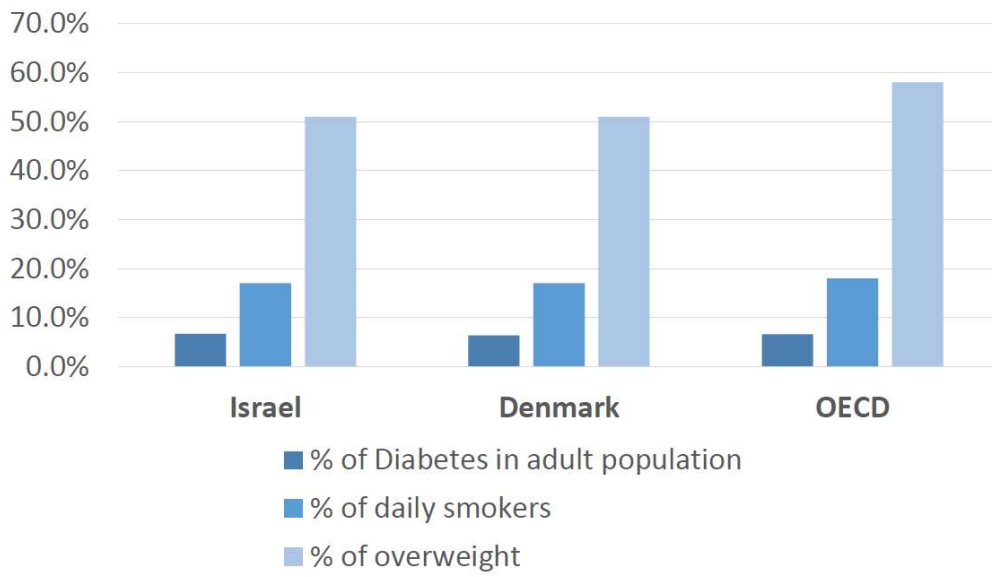
Figur 3 Udvikling i andel af samlede sundhedsudgifter, primære og sekundære sundhedsvæsen

% of total health expenditure, hospital vs. community in Israel

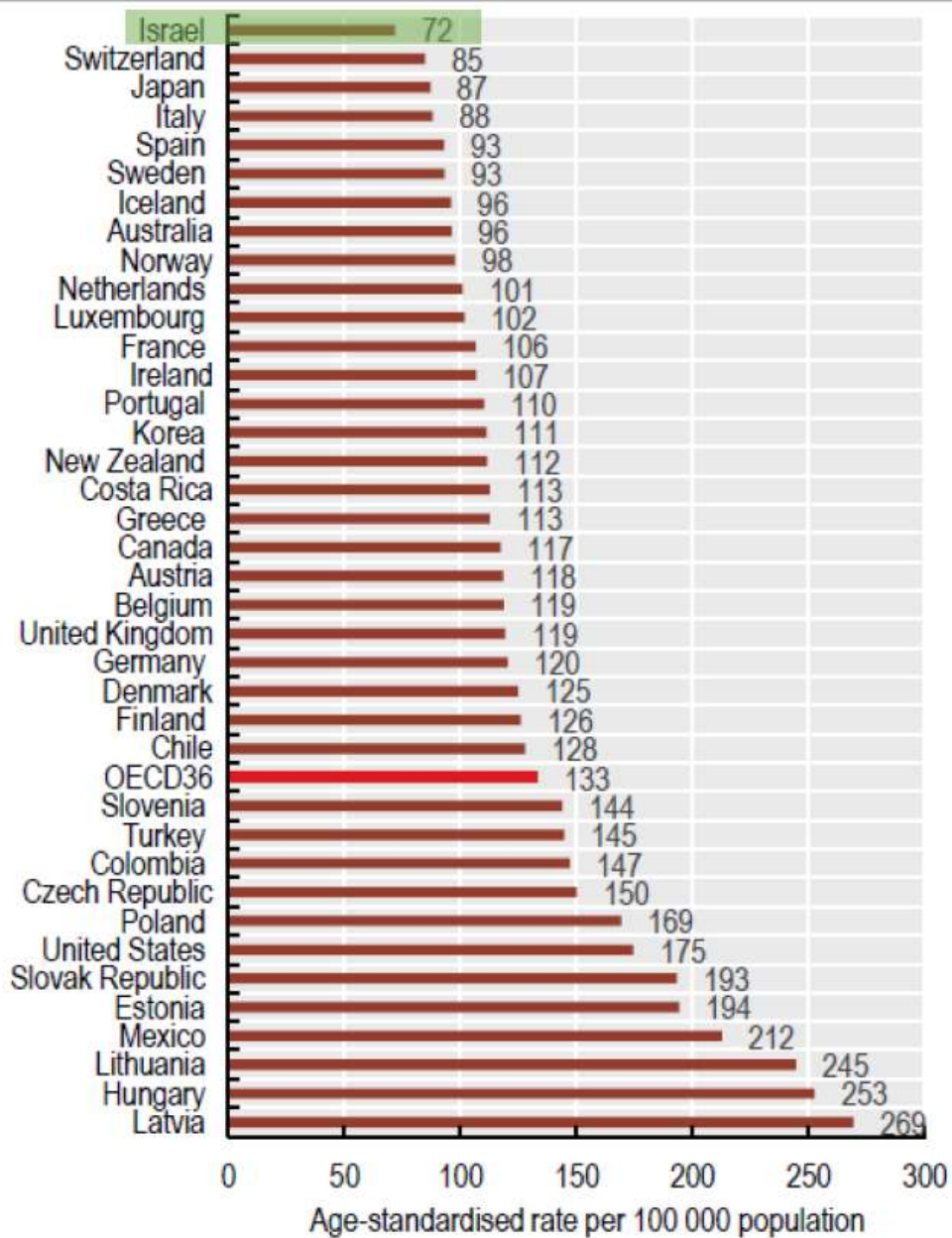


Source: Israel central bureau of statistics 2019

Figur 4 Andele af befolkningen med risikofaktorer for udvikling af sygdom



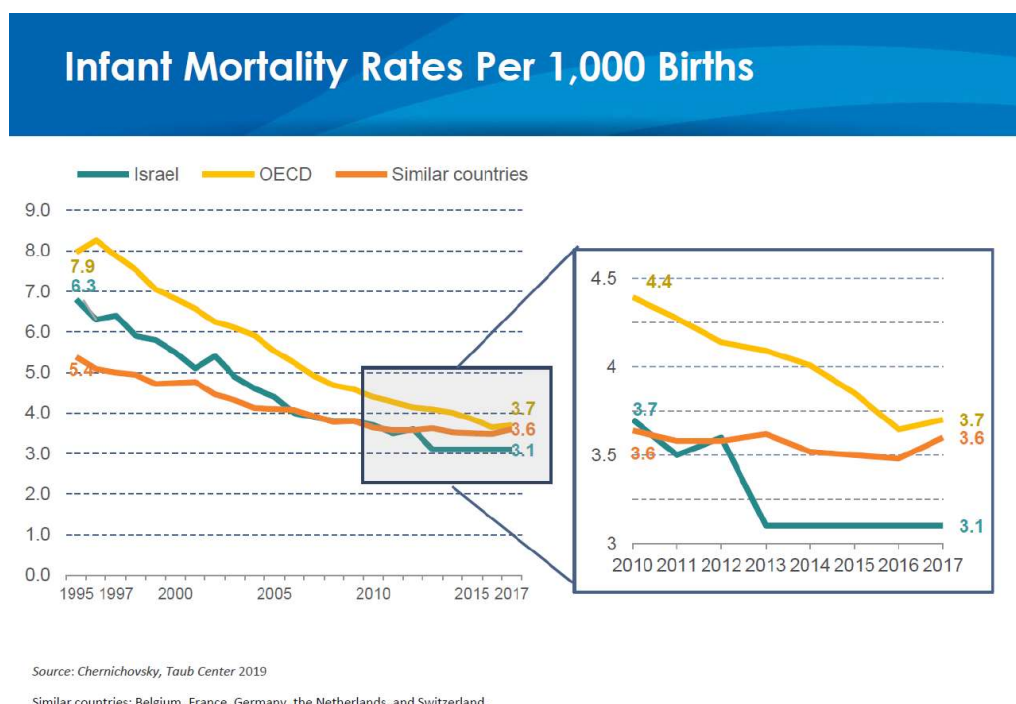
Figur 5 Dødsfald pr. 100.000 indbyggere som kan forebygges (preventable causes)



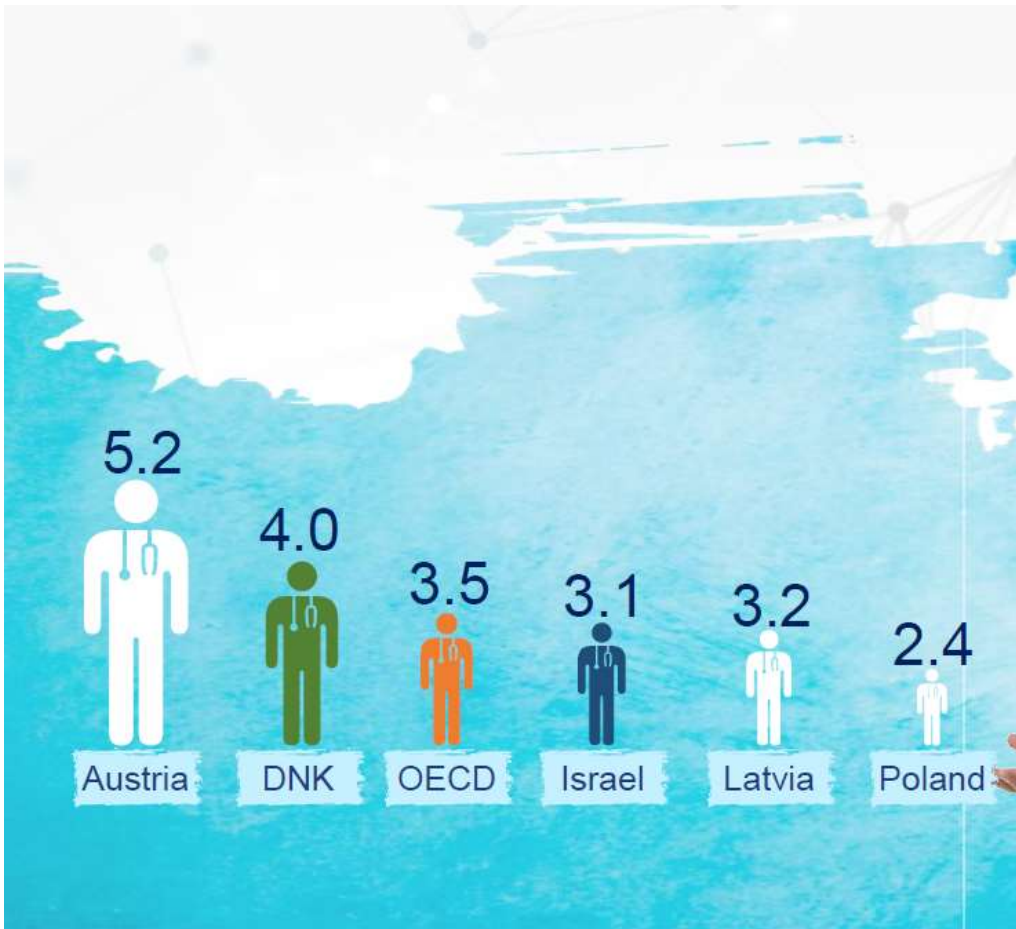
Tabel 1 Dødelighed pr. 100.000 indbyggere i Danmark og Israel for udvalgte sygdomme, som kan forebygges (preventable causes)

Dødsårsag	Land	Antal
Malignant neoplasms of trachea, bronchus, lung	Denmark	54,3
Malignant neoplasms of trachea, bronchus, lung	Israel	30,7
Diabetes mellitus	Denmark	20,5
Diabetes mellitus	Israel	40,6
Ischaemic heart diseases	Denmark	57,6
Ischaemic heart diseases	Israel	62,7
Chronic obstructive Pulmonary diseases	Denmark	52,2
Chronic obstructive Pulmonary diseases	Israel	19,5

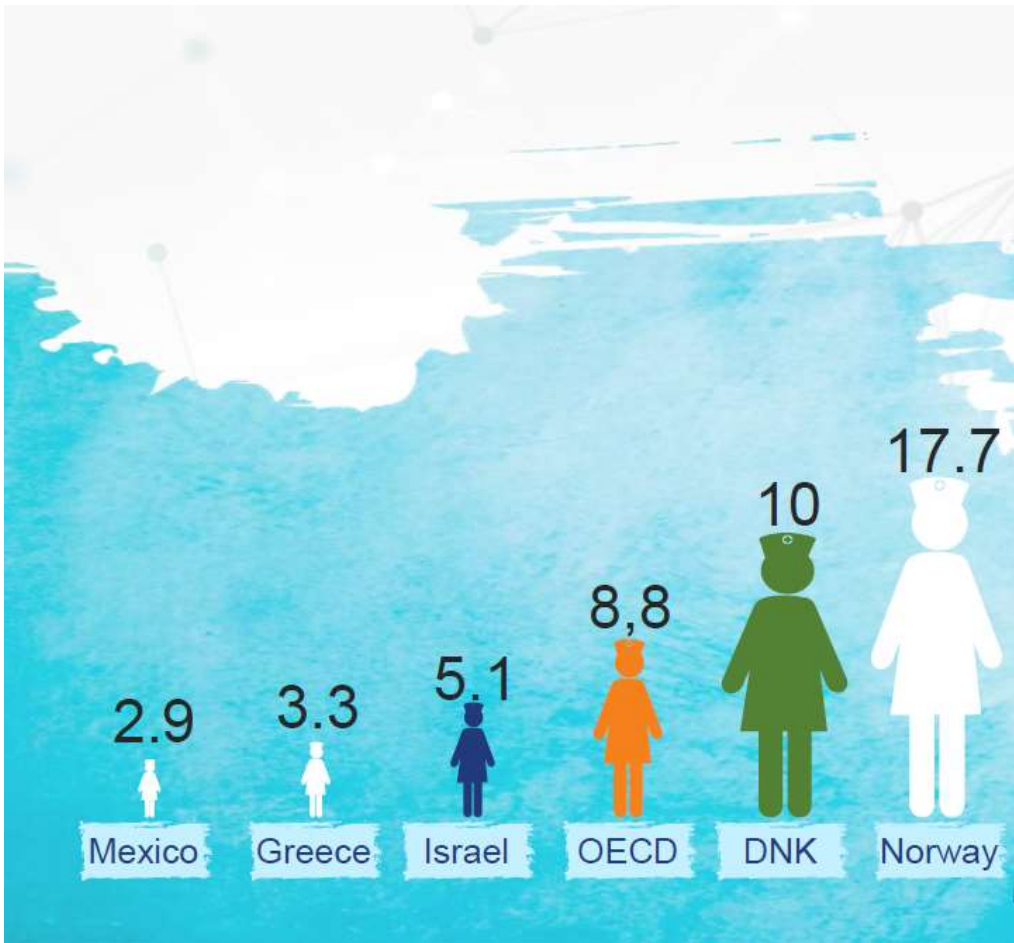
Figur 6 Udvikling i børnedødelighed i Israel og OECD, antal pr. 1000 fødsler



Figur 7 Antal læger pr. 1.000 indbyggere, udvalgte lande samt OECD gennemsnit



Figur 8 Sygeplejersker pr. 1.000 indbyggere, udvalgte lande og OECD gennemsnit



Den israelske model – indtryk

Organisering af sundhedsvæsenet

Fire konkurrerende sygekasser har ansvaret for medlemmernes (borgernes) sundhed. Sygekasserne har selv ansvaret for sundhedstilbuddene uden for sygehusene enten via ansættelse af læger og andre personalegrupper eller gennem kontrakter med selvstændige sundhedspersoner. Har patienten behov for hospitalsydelser, tilkøbes disse hos de privat eller statsligt drevne sygehuse¹.

Sygekasserne er således hovedsagligt orienteret mod at levere ydelser til borgeren i det primære sundhedsvæsen. En konstruktion som er forskellig fra den danske, og som givetvis skaber en anden dynamik i udviklingen af det samlede sundhedsvæsen, herunder også ift. tilstedeværelsen af speciallæger tæt på borgerne.

For borgeren er der frit valg mellem sygekasserne, hvilket medfører en konkurrencesituation, som ifølge udtalelser fra repræsentanter for sygekasserne, indebærer et øget fokus på kvalitet og tilgængelighed i det nære. Det er dog kun en lille andel af befolkningen, der skifter sygekasse (ca. 1 procent om året).

I Israel er der en væsentlig lavere andel aktivitet på sygehuse set i forhold til primærsektoren, og der er ikke samme grad af specialeplanlægning og regler for specialisering, som det kendes fra Danmark. Kapaciteten på hospitalerne består primært af senge, og der er stort set ingen ambulatorieaktivitet. I stedet foregår specialistbehandlingen i klinikker eller sundhedshuse udenfor hospitalerne.

Betalingsmodellen for sygekasser, som køber ydelser på hospitalerne, er fastlagt af staten. Den består løst fortalt af fast betaling for 93 % af de samlede ydelser (med henblik på at sikre hospitalets overhead), efterfulgt af en aktivitetsafregning, hvor prisen er marginalt aftagende.

Tilbud i almen praksis og hos specialister

Patienter har en fast læge som i Danmark. Tilbuddet i almen praksis er gratis for patienten. I forhold til øvrige tilbud i det primære sundhedsvæsen forekommer en mindre brugerbetaling.

Almen praksis er organiseret i enten større sundhedshuse med sammenhæng til en lang række andre funktioner (skadeklinik, specialister, laboratoriefaciliteter, alternative behandlingsformer) eller i mindre private praksis.

¹ Sygekassen Clalit er undtagelsen, idet Clalit driver otte hospitaler.

Der ses altså både et mix af organiseringsformer og tilrettelæggelse i både store og små enheder.

I Israel er der direkte adgang til en lang række af de brede og almindelige specialer (dermatologi, gynækologi, pædiatri, psykiatere og psykologer i særlige klinikker mv.). Det betyder, at opgaveporteføljen for de almen medicinske tilbud er anderledes end i Danmark, idet israelske praktiserende læger ofte aldrig ser børn, mennesker med hudproblemer, kvinder med underlivsproblemer mv. På denne vis er opgaverne i almen praksis noget mere smalt defineret, og det lader til at være akutte patienter og multisyge, som fylder i almen praksis. Af denne grund var det overraskende at se, at fagpersonale som fx sygeplejersker ikke anvendes i højere grad, end det lader til at være tilfældet hos hverken almen praksis eller ved specialister i det nære.

Åbningstiderne er imponerende i forhold til konsultationer og digital adgang sen eftermiddag og aften. Der var eksempler på gynækologer, som ser patienter på så sene tidspunkter som kl. 22. Det skyldes bl.a. også, at lægerne ofte arbejder på sygehusene og har klinik-arbejde ved siden af.

De brede adgangsmuligheder er en særdeles god service overfor patienten, men det blev på besøg antydnet, at det også genererer efterspørgsel, og dermed med stor sandsynlighed medvirker til overdiagnosticering og -behandling. Der kan dog ikke afvises, at Israel reelt har formået at flytte fokus til i højere grad at forebygge sygdomme, eller at sygdomme opdages for sent.

Specialister både på hospitaler og i primærsektoren har ofte ansættelse flere steder. Op mod halvdelen af det samlede antal specialister i primærsektoren dobbeltjobber. I hospitalssektoren har næsten alle speciallæger også ansættelse i det primære sundhedsvæsen, idet det angiveligt er nødvendigt for at oppebære en rimelig indtjening. Det er generelt indtrykket, at israelske læger er udsat for en høj arbejdsbelastning, idet "dobbeltjobs" forekommer ved siden af fuld tid.

Sammenhæng og multisygdom

Direkte adgang til specialister kan indebære et mere fragmenteret system for patienten, som selv skal navigere i de forskellige tilbud og specialer. Det så vi eksempler på også var tilfældet i Israel.

Men det israelske sundhedsvæsen er også kendt og anerkendt for en meget veludviklet samarbejdskultur mellem praktiserende læger og speciallæger. Praktiserende læger har en nem adgang til specialistrådgivning blandt andet i form af mailkorrespondancer, videokonferencer mv. På studieturen så vi eksempel på en "uber app", hvor praktiserende læge sendte sit spørgsmål ud via en app/et program og ventede på, at en specialist "greb" bolden, og dermed kunne få umiddelbart svar. Fra litteraturen ken-

der vi desuden til eksempler fra Israel, hvor praktiserende læge i langt højere grad griber bolden i forhold til de komplicerede patienter via en populationsdrevet, dataunderstøttet og opsøgende indsats.

Israelerne har på denne måde formået at gøre praktiserende læger til mere en "tovholder" end bare en "gatekeeper" med de fordele og ulemper, det indebærer.

Digitalisering og data

Der er et markant fokus i Israel på udvikling, forskning og innovation indenfor henholdsvis brug af big data til diagnostik, dvs. store datasæt og algoritmer som understøtter lægen, og på digitaliseringens muligheder.

Studieturen indeholdt et besøg til et innovationscenter organiseret under sygekassen Maccabi. Centret anses som et fyrtårn indenfor udvikling af og forskning i beslutningsstøtteværktøjer baseret på big data og andre typer digitale værktøjer. Partnerskaber med de allerstørste private virksomheder indenfor teknologiudvikling lader til at være en væsentlig driver for de resultater, der har fundet sted, og partnerskaberne sikrer professionalisme og viden på området.

En lille note til dette er, at det er ukendt, i hvilken grad Israel er underlagt tilsvarende GDPR-regler som EU-landene, og dermed potentielt har friere hænder i forhold til indsamling af data. Data blev dog indhentet med samtykke og dataproblematikker i forhold til forskning og udvikling blev nævnt.

Det er indtrykket, at sygekasserne generelt konkurrerer på lækre app løsninger og brug af teknologi. Eksempelvis hjemmekits til podning i halsen, som foretages af patienten selv, og sendes til læge, apps i alle typer og udgaver, som understøtter egenomsorg og hjemmemonitorering, målrettet fx gravide. Som en naturlig del af konkurrencesituationen er der også en stor variation i de tilbud patienten møder.

Videokonsultationer er tilsyneladende en fuldt integreret del af de fleste almen medicinske og specialiserede tilbud. Adspurgte lægerne de digitale muligheder og understregede de fordele, der kan være forbundet med brug af video fremfor eksempelvis telefon. Tidsforbruget er dog det samme som ved normale konsultationer med fremmøde.

It-værktøjer som understøtter læge-læge dialog er på plads, og forekommer at være yderst velfungerende.

Finansiering og udgifter

Sygekasserne modtager årligt et budget fra staten baseret på et beløb pr. patient differentieret iht. alder. Hvert år aftales der en "kurv", som bestemmer de nye indsatser eller behandlinger, som sygekasserne er forpligtede til at tilbyde borgerne.

Sundhedstilbud, som leveres af sygekassen, finansieres via rammestyring og lønansættelser eller alternativt ved individuelle kontrakter med privatpraktiserende læger. Hos en sygekasse er honorarstrukturen i forhold til de private, praktiserende læger et fast beløb pr. patient, som har haft kontakt til almen praksis indenfor den seneste tre måneders periode (dvs. 100 % basishonorar for en aktiv liste).

Hospitalerne drives via den indtjening, som skabes ved at sælge ydelser.

Både sygekasser og hospitaler er underlagt en stram budgetmæssig styring, hvilket giver staten indflydelse, når der skal forhandles tillægsbevillinger. Sygekasserne fik dog stigninger svarende til demografi.

Relateret document 2/3

Dokument Navn: **Bilag 2 Program for
Association of General
Practitioners and DR Israel
2020 (004).pdf**

Dokument Titel: **Bilag 2 Program for
Association of General
Practitioners and DR Israel
2020 (004)**

Dokument ID: **1338737**

INNOVATION CENTRE DENMARK

TEL AVIV, ISRAEL

PROGRAM FOR ASSOCIATION OF GENERAL PRACTITIONERS AND DANISH REGIONS

TEL AVIV
January 5-8, 2020

PROGRAM DEVELOPED FOR ASSOCIATION OF GENERAL PRACTITIONERS AND DANISH REGIONS BY INNOVATION CENTRE DENMARK IN TEL AVIV

Sunday January 5			
Time	Activity	Speakers	Venue
	Arrival to Israel Check-in to hotel Vera in Tel Aviv		Hotel Vera 27 Lilienblum str Tel Aviv https://theverahotel.com/
13.30-14.00	Lunch: Sandwiches at nearby coffee shop. We meet in the hotel lobby		Gourmet Boutique Lilienblum 33 Tel Aviv
14.00-14.30	Transportation from hotel by mini-bus We will meet in the hotel lobby		
14.30-16.30	Meeting with Clalit Health Services Clalit is the largest non-profit Health Maintenance Organization (HMO) in Israel providing primary and secondary healthcare services to over 50 percent of the population. Clalit includes 14 hospitals, 1200 primary and specialized clinics and pharmacies. Purpose: <ul style="list-style-type: none">• Overview of the primary and secondary care services and setup in Clalit• Insights into the vision and strategy of Clalit for primary care and community care• Understanding the impact on hospitals of having moved certain secondary care services to the community• Collaboration between hospitals and community care units	Dr. Nicky Liberman Head of Community Medicine Division, Clalit	Clalit HQ 115 Arlozerov st Tel Aviv

16.30-17.00	Transportation to Leumit		
17.00-18.00	Meeting with Prof. Shlomo Vinker <ul style="list-style-type: none"> • Overview of the primary and secondary care system in Israel • Discussion of the advantages and challenges of the Israeli healthcare system 	Prof. Shlomo Vinker, Medical Director, Leumit President, European Association of Family Doctors Former Chairman, Israel Association of Family Doctors	Leumit HQ 23 Sprintzak Street Tel Aviv 2nd Floor, Room 242
18.00-18.30	Transportation to restaurant		
18.30	Dinner at restaurant Dallal	Without Israeli guests	Dallal 10 Shabazi street Tel Aviv (10 min. walk from the hotel)

Monday January 6			
Time	Activity	Speakers	Venue
8.40	We meet in the lobby and walk to the meeting room		
8.45-9.30	Introduction to the Program and Israeli Healthcare System Purpose: <ul style="list-style-type: none"> • Setting the stage for the program • Introduction to the Israeli healthcare system from a Danish perspective 	Louise Thomsen Senior Innovation Officer, Innovation Centre Denmark in Tel Aviv	Meetinkz Meeting Room Lilienblum 30 Tel Aviv
9.30-10.00	Departure from hotel Transportation to Maccabitech via bus		
10.00-11.30	Meeting with Maccabitech Maccabitech is the research arm of Maccabi Health Services. The purpose of the institute is to turn data into decision-making insights that can be translated into policies for transforming healthcare delivery and clinical practice. Purpose: <ul style="list-style-type: none"> • Insights into the vision and strategy of Maccabi for data-driven healthcare • Presentation of the role of primary physicians in facilitating innovative and data-driven healthcare • Discussion of the potential and challenges of data-driven healthcare in primary healthcare 	Dr. Varda Shalev CEO, Maccabitech and Physician with private clinic	Maccabitech 4 Kaufman st. (Sharbat House 8th floor Entrance from the west side) Tel Aviv

11.30-13.00	<p>Meeting with Maccabi Health Services</p> <p>Maccabi is the second-largest non-profit Healthcare Maintenance Organisation (HMO) in Israel providing primary and secondary healthcare services to 25 percent of the population. Maccabi runs four hospitals, 150 clinics and 600 pharmacies.</p> <p>Purpose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overview of the primary and secondary care in Maccabi • Insights into how Maccabi works with chronic patients, home hospitalization and home palliation • Presentation of the collaboration between general practitioners and specialists 	<p>Ido Hadari Director of Communication & Government Relations, Maccabi HMO</p> <p>Physicians</p>	Maccabitech
13.00-13.30	Transportation to restaurant		
13.30-14.15	Lunch at Bahadunas Hummus Bar		Bahadunas Hummus Bar Yigal Alon 94 Tel Aviv
14.15-14.30	Walk to Yigal Alon Clinic		
14.30-16.00	<p>Visit to Maccabi Specialist Center</p> <p>Yigal Alon clinic is the largest Maccabi specialist clinic in the center of Tel Aviv. It provides access to specialists and a large range of tests.</p> <p>Purpose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The differences in setup and services of HMO care units and private clinics • Insights into the role of general practitioners and specialists • Specification of the responsibilities of nurses in providing primary care • Discussion of the collaboration and division of tasks between primary/community care units and hospitals • Opportunity to ask physicians questions 	Physicians	Yigal Alon Clinic 96 Yigal Alon str Tel Aviv
16.00-16.30	Transportation to hotel		
16.30-18.30	Free time		
18.30-19.00	Transportation to the restaurant We will meet in the lobby		

19.00-21.00	Dinner with Israeli guests at restaurant Chloelys	<p>Dr. Ofer Landau, private/HMO surgeon</p> <p>Dr. Oded Szold, private/HMO/hospital general practitioner and surgeon</p> <p>Dr. Kirstine Halperin, HMO general practitioner</p> <p>Dr. Leero Shahar HMO/private general practitioner</p> <p>Dr. Lea Lev HMO general practitioner</p> <p>Dr. Sharon Tzadok Hospital/private internal medicine specialist</p> <p>Dr. Lucy Aitchison HMO general practitioner</p> <p>Dr. Shady Hassan Internal Medicine Specialist and Entrepreneur</p> <p>Prof. Arnon Afek (& Dr. Limor Afek), Deputy Director, Sheba hospital and former General Director Ministry of Health</p> <p>Anat Abramov Clinic coordinator at open clinic in Tel Aviv</p>	Restaurant Chloelys Hilton Hotel 205 HaYarkon str Tel Aviv
-------------	--	---	---

Tuesday January 7			
Time	Activity	Speakers	Venue
7.30-8.30	Transport to Meuhedet Community Care Centre We will meet in the hotel lobby		
8.30-10.15	<p>Visit to Meuhedet Community Care Centre</p> <p>The community care center in Tel Aviv provides access to family physicians, specialists and nurses.</p> <p>Purpose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduction to the role of the community care units in providing healthcare • The differences in setup and services of HMO care units and private clinics 	<p>Dr. David Dvir Head of Primary care division at Meuhedet</p> <p>Dorit Goldman Medical Manager of the Central District</p> <p>Clinic Physicians and nurse</p>	Meuhedet Clinic Jerusalem str 34 Ra'anana

	<ul style="list-style-type: none"> • Insights into the role of general practitioners and specialists • Specification of the responsibilities of nurses in providing primary care • Discussion of the collaboration and division of tasks between primary care units and hospitals 		
10.15-11.00	Transportation to Tel Aviv Doctor Clinic		
11.00-12.30	<p>Visit Tel Aviv Doctor Clinic – private Clinic</p> <p>Tel Aviv Doctor Clinic is a private family physician clinic that offers services to members of Maccabi Health Services on a HMO reimbursement basis as well as health services on a private basis.</p> <p>Purpose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Understanding the setup and reimbursement system of private clinics providing services to HMO members • Discussion of the advantages and challenges of combined setup of public and private clinics 	<p>Dr. Michael Cohen General Practitioner & Partner, Tel Aviv Doctor Clinic</p>	<p>Tel Aviv Doctor Clinic 46 Barzel str Tel Aviv</p>
12.30-13.00	Transportation to cafe		
13.00-14.30	Lunch at Arcaffe		<p>Arcaffe Weizmann St 4 Tel Aviv</p>
14.30-15.00	Walk to hospital		
15.00-16.00	<p>Visit to Sourasky Hospital</p> <p>Sourasky hospital is Israel’s second-largest public university hospital located in Tel Aviv. Sourasky hospital has 1800 beds and 1.8 million visits annually.</p> <p>Purpose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduction to the organisation and services of Sourasky hospital • Insights into the vision and strategy of the hospital • Presentation of the collaboration and division of tasks between hospitals and community care units • Understanding the setup of secondary care physicians working 	<p>Prof. Eli Sprecher Deputy Director, Research & Development, Sourasky Hospital</p> <p>Dr. Lilach Weisz Head of Innovation and Tech Transfer Unit Division of Research & Development, Sourasky Hospital</p>	<p>Sourasky Hospital Arison building 12th floor main meeting room Weizmann Str Tel Aviv</p> <p>Omer Muzzafi 054-4380517</p> <p>Lilach Weiz 052-4262038</p>

	<p>in both hospitals and community care</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discussion of the impact on hospitals in Israel of the restructuring of the healthcare system and increased focus on community care services 		
16.00-16.30	Break		
16.30-17.00	Transportation to Leumit		
17.00-18.30	<p>Meeting with Leumit</p> <p>Leumit is the smallest of the Israeli HMOs with 700.000 members and 300 medical clinics around the country.</p> <p>Purpose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Understanding the setup system of incorporating family practice along with secondary care at the HMOs in Israel • When do Israeli HMOs prefer secondary clinics at the HMOs over at the hospitals? • Computer tools and data needed to make the right decisions • Management big data for use/supervision at Leumit 	<p>Dr. Oded Shtemer Regional Managing Director, Central Region, Leumit</p>	<p>Leumit Headquarters Floor 2 23 Shprintsak Tel Aviv</p>
18.30-19.00	Transportation to restaurant		
19.00	<p>Dinner at Beit Kandinof with Kirstine Berner</p>	<p>Kirstine Berner Deputy Head of Mission, Embassy of Denmark in Tel Aviv</p>	<p>Beit Kandinof, Hazorfim 14, Tel Aviv – Yafo</p>

Wednesday January 8			
Time	Activity	Speakers	Venue
7.30-9.00	<p>Transportation to Jerusalem We will meet in the hotel lobby</p> <p>Check-out from hotel before departure. Bring luggage on bus as we will continue directly to airport.</p>		
9.00-10.30	<p>Meeting with Israeli Ministry of Health</p> <p>Purpose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Understanding the political and strategic reasons and considerations for restructuring the Israeli healthcare system 	<p>Dr. Asher Salmon Head of the Department of International Relations</p> <p>Dr. Hadar Elad Head of the Division for Community Care</p>	<p>Ministry of Health 39 Yirmiyahu str Jerusalem</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Insights into the ministry vision and strategy for the future of primary healthcare in Israel 	<p>Rachel Berner Shalem Head of the Strategic and Economic Planning Administration</p> <p>Adam Cutler Deputy Division Director of International Relations and Media</p> <p>Ari Zwiren Coordinator of International Relations</p>	
10.30-11.00	Transportation		
11.00-12.00	Visit to the Western Wall of the Old City of Jerusalem		
12.00	Departure for airport		

**The program may be subject to change*

Contacts

Louise Thomsen	loutho@um.dk	+972 548080369
Emilie Duedal la Cour	emicor@um.dk	+972 586605218
Embassy of Denmark	Museum Tower Berkowitz Street 4, Tel Aviv	+972 36085850

Relateret document 3/3

Dokument Navn: Program bestyrelsens
studietur 19.-23. januar
2020.pdf

Dokument Titel: Program bestyrelsens
studietur 19.-23. januar 2020

Dokument ID: 1335875

PROGRAM FOR DANISH REGIONS BOARD OF DIRECTORS

TEL AVIV

January 19-23, 2020

DRAFT PROGRAM DEVELOPED FOR DANISH REGIONS BOARD OF DIRECTORS BY INNOVATION CENTRE DENMARK IN TEL AVIV

Sunday January 19			
Time	Activity	Speakers	Venue
	<p>Arrival to Israel Norwegian: arrival time 12:15</p> <p>Transportation by arranged bus to hotel. Bus driver will wait in arrival hall with "Embassy of Denmark" sign</p>		Tour bus Gili Tours
13.30-15.15	<p>Check.in to hotel Rothschild 22, Tel Aviv</p> <p>We will have sandwiches for you in the lobby upon arrival</p>		Hotel Rothschild 22, Rothschild Blvd. 22 Tel Aviv
15.15-15.30	<p>Walk to meeting room We will meet in the hotel lobby</p>		
15:30-17:00	<p>Healthcare Innovation in Israel</p> <p>Israel is a leader in innovation with more technology startup and venture capital per capita than anywhere outside Silicon Valley in California. Israel has a community-based healthcare system with approximately the same level of expertise and lower budget and size than the Danish healthcare system.</p> <p>Purpose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduce the delegation to the Israeli healthcare system • Introduce the delegation to healthcare innovation models, and the healthcare innovation eco-system • Share examples of how Danish companies and public healthcare providers are engaging with Israel around innovation. 	<p>Tue David Bak Executive Director Innovation Centre Denmark in Tel Aviv</p> <p>Louise Thomsen Senior Innovation Officer, Innovation Centre Denmark in Tel Aviv</p> <p>Louise and Tue have since 2017 built the life science and healthcare innovation practice at Innovation Centre Denmark in Tel Aviv.</p> <p>They have engaged more than 25 leading Danish pharma companies (incl. Novo, ALK), startups, clusters (CHC, MTEC), hospitals (incl. Rigshospitalet,</p>	Maple House Lilienblum St. 30 Tel Aviv

INNOVATION CENTRE DENMARK

	<ul style="list-style-type: none"> Setting the stage for the meetings and dialogue with Israeli partners. <p>The presentation will use cases from the Danish regions in order to bring perspective to the Danish participants.</p>	Herlev, AUH, NNH, Nykøbing Falster) and all five Danish regions.	
17:00-18:15	<p>The Political Perspective: Israel and its neighbouring countries</p> <p>Purpose:</p> <ul style="list-style-type: none"> Presentation of the current political situation in Israel Reflections and highlights from Israel's relations with neighbouring countries and key regional players. 	<p>Kirstine Vangkilde Berner Deputy Head of Mission and Acting Ambassador, Embassy of Denmark in Tel Aviv</p> <p>Kirstine is a senior diplomat with the Danish Foreign Service. She has been in Israel since 2018, and been acting Ambassador since November 2019.</p>	Maple House Lilienblum St. 30 Tel Aviv
18:15-18:30	Walk to restaurant		
18:30	Dinner at Café Europa	Without Israeli guests	Café Europa Rothschild Blvd 9 Tel Aviv

Monday January 20			
Time	Activity	Speakers	Venue
09:15	We meet in the hotel lobby and walk to the company		
9:30-11:00	<p>Meeting with K-Health startup</p> <p>K-Health is an Israeli startup company that has developed a health app enabling users to investigate symptoms and treatments.</p> <p>K-Health is venture capital backed Israeli startup. As such, K-Health is an example of how private startups are disrupting traditional healthcare – not just in Israel, but also globally from day one.</p> <p>Purpose:</p> <ul style="list-style-type: none"> Meeting with an Israeli healthcare entrepreneur, gaining a concrete example of how Israel succeeds in turning great ideas and technology into a viable business in healthcare. Insights into the application of AI in healthcare and the future of healthcare applications. 	<p>Daniel Souroujon VP Medical Sciences K-Health</p>	K-Health Allenby st. 113 Tel Aviv

INNOVATION CENTRE DENMARK

11:00-11:30	Walk to the meeting room		
11.30-12.30	<p>Commercializing Healthcare Innovation</p> <p>Purpose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insights into the Israeli technology transfer office model • Discussion on the role of the Israeli ecosystem in driving healthcare innovation 	<p>Yaacov Michlin Former CEO of Yissum Technology Transfer Company and former CEO of Brainsway, Israeli startup company. Advisory Board member of the Danish Innovation Centre</p>	Maple Room Lilienblum St. 30 Tel Aviv
12:30-13.00	Transportation		
13:00-13:45	Lunch at Arcaffe		Arcaffe Weizmann St 4 Tel Aviv
13:45	Walk to hospital		
14:00-15:00	<p>Visit to Sourasky Hospital</p> <p>Sourasky hospital is Israel's second-largest public university hospital located in Tel Aviv. Sourasky hospital has 1800 beds and 1.8 million visits annually.</p> <p>Purpose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduction to the role of hospitals in providing healthcare services in Israel • Insights into the innovation model and industry collaboration at Sourasky • Discussion of the future healthcare and future hospital 	<p>Prof. Ronni Gamzu CEO Sourasky Hospital</p>	Sourasky Hospital Weizmann St 6 Tel Aviv
15:00-15.30	Transportation		
15.30-18.00	Free time		
18.00-18.30	Walk to restaurant We will meet in the hotel lobby		
18:30	<p>Dinner at Beit Kandinof with Israeli guests</p> <p>Purpose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insights into the Israeli healthcare system and ecosystem from a Danish/Israeli perspective • Discussion on the future of healthcare innovation, particularly digital health and the application of AI • Discussion of the role of hospitals in the healthcare system • Discussion of the challenges and potentials of community-based healthcare 	<p>Dr. Dan Gelvan Danish/Israeli life science entrepreneur and investor. CEO of t-syte Healthcare Venture Lab Chairman of the Advisory Board of the Danish Innovation Centre</p> <p>Prof. Arnon Afek Deputy Director, Sheba hospital and former General Director Ministry of Health</p>	Beit Kandinof, Hazorfim 14 Yafo

INNOVATION CENTRE DENMARK

Tuesday 21 January			
Time	Activity	Speakers	Venue
6:30	Transportation to Jerusalem		
8:00-10:00	<p>Visit to the Old City of Jerusalem With guide Lise Khoury</p> <p>A short morning walk in the old city of Jerusalem.</p>	<p>Lise Khoury Danish-speaking guide</p>	Lise Khoury
10:00-10:45	Transportation to Ministry of Health		
10:45-11:45	<p>Meeting with Ministry of Health</p> <p>The Ministry of Health (MoH) is the regulatory body for the Israeli healthcare sector. The MoH has been a key driver of digitalisation and innovation in the Israeli healthcare system.</p> <p>Purpose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Understanding the political and strategic reasons and considerations for the structure of the Israeli healthcare system • Insights into the ministry vision and strategy for the future of healthcare in Israel • Discussions of the potentials and challenges of the future of healthcare 	<p>Moshe Bar Siman Tov Director General Ministry of Health</p>	<p>Ministry of Health Yirmiyahu St 39, Jerusalem</p> <p>The meeting has been organised by Eden and Hagai at Healthcare Israel.</p>
11:45-13:00	<p>Meeting with Hagai Dror Includes light lunch</p> <p>Healthcare Israel is the international partnership division of Israel's Ministry of Health. Made up of senior sector experts the unit support government-to-government collaboration between Israel and foreign countries. Healthcare Israel have ongoing partnerships with China and Brazil, and have had a pilot engagement with Region Midtjylland following Anders Kühnau's visit to Israel in 2018.</p> <p>Purpose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Get acquainted with the modalities for partnership with Israeli healthcare institutions • Share healthcare Israel's initial observations of the Danish healthcare system (Region Midtjylland) • Discuss modalities – and possible first steps – for Danish-Israeli cooperation on healthcare and healthcare innovation 	<p>Hagai Dror Managing Director Healthcare Israel</p> <p>Hagai Dror has been serving for many years with the Ministry of Health. He leads the government's international partnership efforts.</p> <p>He has engaged with several senior political and administrative leaders in Danish healthcare, incl. Region Zealand, Region Midtjylland and the USE Committee.</p> <p>Several of his staff (who might join the meeting) have visited AUH and Randers hospitals.</p>	<p>Ministry of Health 15 Zvi Street Jerusalem</p>

INNOVATION CENTRE DENMARK

13:00-14:30	Transportation to Sheba Medical Center		
14:30-15:30	<p>Healthcare Innovation at Sheba Medical Center</p> <p>Sheba hospital is the largest hospital in the Middle East and was recently nominated the 10th best medical center in the world. Sheba hospital is also the most innovative hospital in Israel with an innovation center and an ARC model that facilitates innovation initiatives with hospitals internationally (including North Zealand Hospital).</p> <p>Purpose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insights into how Sheba works with innovation both in-house and in collaboration with the local ecosystem and international partners • Discussion of the strategic and difficult decisions that Sheba management had to make to become a strong driver of healthcare innovation. 	<p>Dr. Eyal Zimlichman Chief Medical Officer Director of Innovation Sheba Medical Center</p> <p>Dr. Zimlichman has visited Denmark on several occasions, and have engaged with more than 10 Danish healthcare delegations over the past two years. He has a good knowledge of both the Israeli, the American and the Danish healthcare systems.</p> <p>Dr. Zimlichman is recognised as a healthcare innovation pioneer in Israel and abroad. He sits on the board of Innovation Centre Denmark, Tel Aviv.</p> <p>Sheba hospital has an innovation agreement with North Zealand Hospital</p>	<p>Sheba Medical Center Derech Sheba 2 Management building #129 Ramat Gan</p>
15.30-16.30	<p>Balancing data privacy and innovation using synthetic data – the case of MdClone</p> <p>MdClone is an Israeli startup company that has developed a synthetic data engine that enables limitless application of medical data for discovery and collaboration with unprecedented privacy protections. The solution is applied by leading Israeli and international hospitals and HMOs including Sheba hospital.</p> <p>Purpose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentation of MdClone synthetic data platform solution • Discussion of the best practices of working with synthetic data and its potentials and limitations. 	<p>Ziv Ofek CEO MdClone</p>	<p>Sheba Medical Center ARC Innovation Centre</p>
16:30-17.00	Transportation to hotel		
17.00-18.30	Free time		
18.30-19.00	Transportation to restaurant We will meet in the hotel lobby		
19:00	<p>Dinner at Restaurant Animar with Prof. Eyal Mishani</p>	<p>Prof. Eyal Mishani Director of R&D and Innovation Hadassah Medical Center</p>	<p>Restaurant Animar HaYaikon St 87, Tel Aviv</p>

INNOVATION CENTRE DENMARK

	<p>Healthcare Innovation up close at Hadassah Medical Centre</p> <p>Hadassah Medical Centre is a comprehensive medical facility and the leading university research hospital in the Jerusalem area. In addition to hospital proper, Hadassah has established an on-campus innovation village.</p> <p>Purpose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overview of the operations of Hadassah Medical Centre • Insights into how startup companies collaboration with Hadassah Medical Centre and the benefits of collaboration in terms of tech development 	<p>Prof. Mishani is a leader in Israeli healthcare innovation. He has a broad knowledge of Israeli and international models for healthcare research and innovation.</p> <p>He has engaged with several Danish delegations, incl. the senior leadership at AUH, Herning, Region Midtjylland in November 2019.</p>	
--	--	--	--

Wednesday January 22			
Time	Activity	Speakers	Venue
8:30	Transportation		
9:00-12:00	<p>Visit to Leumit Clinic and meeting with Leumit CEO</p> <p>Leumit is the smallest Healthcare Maintenance Organisation (HMO) in Israel providing primary and secondary healthcare services to Israelis. The delegation will visit the main clinic in Tel Aviv</p> <p>Purpose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overview of the role of Leumit Health Services in providing healthcare in Israel • The differences in setup and services of HMO care units and private clinics • Insights into the role of general practitioners and specialists • The role of nurses in the community-based healthcare system 	<p>Nissim Alon CEO of Leumit Healthcare Services</p> <p>Physicians</p>	<p>Leumit Clinic Shprintzak 23 Floor 2 Tel Aviv</p>
12.00-12.30	Transportation		
12:30-13:15	Lunch at My Little Kitchen		<p>My Little Kitchen Ahuzat Bayit St 3 Tel Aviv</p>
13:15-14.00	Transportation to <i>Hotel</i>		

INNOVATION CENTRE DENMARK

<p>14:00-15:30</p>	<p>Open innovation in healthcare through incubation and startups</p> <p>Sanara Ventures is an early stage venture fund, and an incubator for promising MedTech and Digital Health startups. Their investment platform is a PPP model, backed by the Israeli Innovation Authority, Philips and Teva.</p> <p>Startups that are selected to join Sanara Venture's incubation program received capital and mentoring.</p> <p>Sanara Ventures have previously expressed a strong interest in working closer with the Danish hospitals.</p> <p>Purpose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduction to the Israeli innovation ecosystem and PPP model • Insights into how Sanara Ventures incubator promising startups, and bring their technology to the market. • Meeting with Israeli MedTech startup companies 	<p>Assaf Barnea CEO Sanara Ventures</p> <p>Liat Hadad VP Business-Development</p> <p>Assaf Barnea, CEO at Sanara Ventures works very closely with the foreign medical and pharma companies and investors. He has visited many Danish investors and companies from the Danish life science community.</p> <p>Liat Hadad met with the USE Committee in November 2019.</p>	<p>Sanara Ventures Zarhin St 13 Ra'anana</p>
<p>15:30-16.15</p>	<p>Transportation to hotel</p>		
<p>16.15-18.15</p>	<p>Free time</p>		
<p>18:15-18.30</p>	<p>Walk to restaurant We meet in the hotel lobby</p>		
<p>18:30</p>	<p>Dinner at Restaurant Dallal</p>	<p>No Israeli guests</p>	<p>Restaurant Dallal 10 Shabazi street Tel Aviv (15 min. walk from the hotel)</p>

<p>Thursday January 23</p>			
<p>Time</p>	<p>Activity</p>	<p>Speakers</p>	<p>Venue</p>
<p>8:00</p>	<p>Transportation Check-out before departure and bring luggage</p>		
<p>09:00-11:30</p>	<p>Meeting with Maccabi Health Services and visit to community clinic</p> <p>Maccabi is the second-largest non-profit Healthcare Maintenance Organisation (HMO) in Israel providing primary and secondary healthcare services to 25 percent of the population.</p>	<p>Ido Hadari Director of Communication & Government Relations, Maccabi HMO</p> <p>Dr. Daniella cohen Maccabi Physicians and District Manager</p>	<p>Maccabi Community Clinic HaNetsach 3 Ramat HaSharon</p>

INNOVATION CENTRE DENMARK

	Purpose: <ul style="list-style-type: none"> • Overview of the role of Maccabi Health Services in providing healthcare in Israel • Insights into how Maccabi provides home care and home hospitalization • The differences in setup and services of HMO care units and private clinics • Insights into the role of general practitioners and specialists • Discussion of the collaboration and division of tasks between primary/community care units and hospitals • The role of nurses in the community-based healthcare system 	Dr. Daniel Landsberger CEO of Maccabi Community Clinic in Ra'anana	
12:00-13:00	Check-out from hotel		Hotel Rothschild 22, Rothschild Blvd. 22 Tel Aviv
13:00	Transportation to the airport Norwegian: departure time 16:40		

**The program may be subject to change*

Contacts

Tue Bak	tuebak@um.dk	+972 548084052
Louise Thomsen	loutho@um.dk	+972 548080369
Embassy of Denmark	Museum Tower Berkowitz Street 4, Tel Aviv	+972 36085850

Bilag Titel:	Svar til erhvervsminister Simon Kollerup
Dagsordens titel	Justeringer af erhvervsfremmereformen
Dagsordenspunkt nr	12
Bilag nr	1
Antal bilag:	3

Erhvervsminister Simon Kollerup

min@em.dk

DANSKE
REGIONER



05-02-2020

EMN-2018-02408

1334401

Kære Simon Kollerup

Tak for det brev, som du sendte til os den 20. januar 2020 som svar på vores henvendelse af 4. december 2019. Det er rigtigt positivt, at regeringen lægger op til at bruge regionerne mere i arbejdet med at skabe regional udvikling og dermed indfri vores fælles ambition om, at der også fremover er gode muligheder for at uddanne sig, arbejde og leve i alle dele af landet.

Ifølge dit brev foreslår regeringen, at regionerne får en indstillingsret på 20 pct. fra EU's Socialfondsmidler (svarende til ca. 40 kr. årligt i perioden 2021-2027, jf. EU-Kommissionens nuværende budgetforslag). Midlerne skal bruges til at styrke udviklingen af erhvervsskolerne og det øvrige ungdomsuddannelsesområde.

Vi er glade for forslaget om at styrke regionernes indsats ifht. ungdomsuddannelserne. Samtidig påfører forslaget dog regionerne en udgift, som vi mener, at de bør kompenseres for økonomisk. Vi forudsætter, at staten indgår i en forhandling med Danske Regioner herom.

Vi henviser i den forbindelse til, at regionerne ved erhvervsfremmereformen har afleveret ca. 600 mio. kr. til staten med virkning fra 1. januar 2019 og fremad, inkl. de ca. 50 mio. kr., som regionerne i de senere år brugte til bl.a. at medfinansiere strukturfondsprojekter i relation til kvalificeret arbejdskraft, herunder indsatser på ungdomsuddannelsesområdet/erhvervsuddannelserne.

Vores forslag er derfor, at regionerne fra staten får halvdelen af den medfinansiering, der skal til for at hjemtage de nævnte socialfondsmidler fra EU. Det drejer sig om 30 mio. kr. årligt. Den anden halvdel af medfinansieringen forventer vi, at regionerne vil være i stand til at omprioritere inden for deres eksisterende budgetter til regional udvikling.

Vi ser frem til at få mulighed for at bidrage til formuleringen af det kommende socialfondsprogram. Det er vigtigt, at vi får nogle gode fælles rammer for arbejdet i den kommende syvårs periode. Herved får vi det bedst mulige afsæt

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

for vores fælles politiske mål om at sikre uddannelse til unge i alle dele af landet, og at flere unge får en erhvervsuddannelse.

Det er herunder vigtigt, at den foreslåede inddragelse af RAR kommer til at ske på en så ubureaukratisk og fleksibel måde som muligt. Det er således ikke hensigtsmæssigt, hvis RAR skal høres forud for hver enkelt af regionernes indstillinger om udmøntning af socialfondsmidler. Da RAR ikke arbejder med ungdomsuddannelser, vil det være mere hensigtsmæssigt, hvis RAR eksempelvis høres om mål og prioriteringer i de regionale udviklingsstrategier og de mere overordnede handlingsplaner.

Som du husker, havde vi i forbindelse med økonomiforhandlingerne for et halvt års tid siden en længere forhandling om rammerne for de regionale udviklingsopgaver. Vi aftalte, at vi efterfølgende skulle undersøge behovet for tilpasning af rammerne for de regionale udviklingsopgaver, så de bedre understøtter regionernes arbejde for at skabe regional udvikling.

Desværre kan vi ikke genkende formuleringerne fra vores fælles økonomiaftale i det kommissorium, som er vedhæftet dit brev. Et godt samarbejde om opfølgning på økonomiaftalen forudsætter generelt, at begge parter har indflydelse på, hvordan de aftale initiativer gennemføres. Vi forudsætter derfor, at vi nu får indflydelse på både tilrettelæggelsen af og indholdet i det arbejde, som vi ser frem til at komme i gang med.

Det indebærer bl.a., at udgangspunktet for undersøgelsen af rammerne for de regionale udviklingsopgaver skal være teksten om, at sammenhængskraften i Danmark hænger sammen med, at vi lykkes med at skabe effektive og bæredygtige løsninger på de samfundsmæssige udfordringer, som bl.a. indgår i de regionale udviklingsstrategier. Ligesom der bør henvises til økonomiaftalens understregning af, at regeringen og Danske Regioner er enige om, at regionerne skal have gode rammer for at udføre de regionale udviklingsopgaver. Fokus i arbejdet bør være en positiv og fremadrettet dialog om regionale behov og muligheder.

Afslutningsvis vil vi blot understrege vores tilfredshed med, at det i brevet bekræftes, at regionerne kan bevare deres nuværende involvering i EU's Interreg-programmer.

Venlig hilsen


Stephanie Lose


Ulla Astman

Relateret document 2/3

Dokument Navn: Ministerbrev vedr.
erhvervsfremme og regional
udvikling.pdf

Dokument Titel: Ministerbrev vedr.
erhvervsfremme og regional
udvikling

Dokument ID: 1333727

Danske Regioner
Mail: formanden@regioner.dk

Kære Stephanie Lose og Ulla Astman

Tak for jeres henvendelse den 4. december 2019 om erhvervsfremme og regional udvikling.

Erhvervsfremmereformen blev implementeret for et år siden, og de centrale interessenter i det nye system er meget engageret i det. På den baggrund har regeringen besluttet, at der i 2023 skal foretages en evaluering af erhvervsfremmesystemet, hvorefter det vil være muligt at tage stilling til eventuelle ændringer af erhvervsfremmesystemets indretning.

Erhvervsfremmesystemet er til for virksomhederne i hele landet. Derfor skal vi også have et erhvervsfremmesystem, som er tæt på virksomhederne og forstår deres behov og muligheder. Regeringen ligger derfor allerede nu op til justeringer, der skal skabe mere nærhed i forhold til de udfordringer, der kan være på tværs af Danmark. Derfor vil jeg gennem min aftale med Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse styrke erhvervshusbestyrelsernes rolle i prioriteringen af erhvervsfremmeindsatsen.

Efter erhvervsfremmereformen har regionerne fortsat vigtige opgaver på erhvervs- og ungdomsuddannelsesområdet, herunder ift. at finansiere udviklingen af uddannelsesinstitutionernes tilbud, herunder fagudbud, efteruddannelse og specialiserede studieretninger. Denne indsats ønsker regeringen at styrke, da det er en vigtig politisk prioritet at styrke virksomhedernes adgang til faglærte og kvalificeret arbejdskraft i øvrigt. Derfor foreslår regeringen, at regionerne får indstillingsret på 20 pct. fra EU's Socialfondsmidler (svarende til ca. 40 mio. kr. årligt med det nuværende budgetforslag fra EU-kommissionen) i den kommende programperiode, 2021-2027, til at styrke udviklingen af erhvervsskolerne og det øvrige ungdomsuddannelsesområde, som regionerne allerede tager et stort ansvar for. Erhvervsstyrelsen i Silkeborg vil fortsat være forvaltningsmyndighed for Socialfonden.

Det forudsætter, at regionerne kan håndtere den medfølgende administration og medfinansiering af midlerne inden for regionernes eksisterende organisatoriske og økonomiske rammer. Med henblik på at opnå en koordineret indsats med opbakning fra arbejdsmarkedets parter, er det endvidere

ERHVERVSMINISTERIET

Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Tlf. 33 92 33 50

Fax. 33 12 37 78

CVR-nr. 10092485

EAN nr. 5798000026001

em@em.dk

www.em.dk

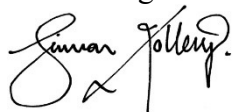
besluttet, at de Regionale Arbejdsmarkedsråd (RAR) skal høres forud for regionernes indstilling om udmøntning af Socialfondsmidler til forvaltningsmyndigheden.

I Økonomaftalen for 2020 (ØA20) aftalte regeringen og Danske Regioner, at regionerne skulle have en stærkere rolle i de grænseoverskridende samarbejder. Dette blev effektueret med en ændringsbekendtgørelse, det trådte i kraft 1. januar 2020. I forlængelse heraf vil jeg - som I har efterspurgt - gerne bekræfte, at regionerne kan bevare deres nuværende involvering i EU's Interreg-programmer, og dermed også i den kommende programperiode kan finansiere programadministration, fungere som programmyndighed og være hjemsted for fællessekretariater for de kommende Interreg-programmer.

Endelig fremgik det af ØA20, at der skal igangsættes en undersøgelse af behovet for at tilpasse rammerne for de regionale udviklingsopgaver. Det er vigtigt at få klarhed over, om erhvervsfremmereformen har haft utilsigtede konsekvenser for rammerne for de regionale udviklingsopgaver. Vedlagt er derfor kommissoriet for den aftalte undersøgelse, der skal afdække, om det er tilfældet, og om der dermed er behov for at tilpasse rammerne for de regionale udviklingsopgaver.

Finansministeriet vil være formand for arbejdet og vil snarest muligt indkalde til et møde om undersøgelsen sammen med Erhvervsministeriet.

Med venlig hilsen



Simon Kollerup

Relateret document 3/3

Dokument Navn: Bilag. Kommissorium for undersøgelse af rammerne for de regionale udviklingsopgaver.pdf

Dokument Titel: Bilag. Kommissorium for undersøgelse af rammerne for de regionale udviklingsopgaver

Dokument ID: 1333728

Kommissorium for undersøgelse af rammerne for de regionale udviklingsopgaver

15. januar 2020

Det fremgår af Aftale om regionernes økonomi for 2020, at parterne vil ”... *undersøge, om der er behov for tilpasninger af rammerne for de regionale udviklingsopgaver, så de bedre understøtter regionernes arbejde for at skabe regional udvikling*”.

Baggrund for undersøgelsen

Den 1. januar 2019 trådte en reform af erhvervsfremmesystemet i kraft, der indebærer at antallet af ansvarlige politiske niveauer er reduceret fra tre til to, og at regionerne derfor fra årsskiftet ikke kan lave erhvervsfremme på egen hånd.

I forbindelse med ØA20 rejste Danske Regioner, at rammerne for de regionale udviklingsopgaver, som regionerne fortsat varetager, er blevet indskrænket som følge af implementeringen af erhvervsfremmereformen.

Konkret peger Danske Regioner på, at hjemmelsgrundlaget for udviklingsopgaverne og muligheden for at følge op på de regionale udviklingsstrategier er blevet begrænset ud over det forudsatte i reformen, og regionerne ønsker derfor tilpasninger af rammerne for de regionale udviklingsopgaver, der retter op på dette.

Det bemærkes, at parterne er enige om, at erhvervsfremmereformen indebærer, at regionerne ikke kan lave erhvervsudviklingsaktiviteter på egen hånd.

Undersøgelsens formål og indhold

Undersøgelsen skal afdække, om hjemmelsgrundlaget for de regionale udviklingsopgaver og muligheden for at følge op på de regionale udviklingsstrategier er blevet begrænset ud over det forudsatte i erhvervsfremmereformen.

For at afdække dette skal undersøgelsen kortlægge, hvad hjemmelsgrundlaget for de regionale udviklingsopgaver, herunder de regionale (vækst- og) udviklingsstrategier, var før erhvervsfremmereformen, og hvad hjemmelsgrundlaget er efter.

På baggrund af denne sammenligning, skal det i undersøgelsen vurderes, om rammerne for de regionale udviklingsstrategier og opgaver er blevet mere indskrænket end forudsat som følge af erhvervsfremmereformen, og om der behov for tilpasninger af rammerne. Konkrete regionale projekter kan inddrages som cases.

Organisering

Undersøgelsen foretages af Finansministeriet (formand), Erhvervsministeriet og Danske Regioner. Relevante ressortministerier indgår i arbejdet efter behov.

Proces

Der afholdes et indledende møde i januar/februar 2020. Undersøgelsen skal være færdig i foråret 2020, så konklusionerne foreligger inden ØA21.

Bilag Titel:	Høringssvar i forbindelse med evaluering af planloven 2020
Dagsordens titel	Høringssvar - Evaluering af planloven
Dagsordenspunkt nr	15
Bilag nr	1
Antal bilag:	1

fremtidensplanlov@erst.dk

DANSKE
REGIONER



31-01-2020

EMN-2019-01675

1325703

Hørings svar i forbindelse med evaluering af planloven

I forbindelse med vedtagelsen af planlovsændringen i 2017 blev det aftalt, at planloven skal evalueres i 2020. I den anledning har erhvervsministeren inviteret alle til at komme med idéer og forslag til, hvordan planlovgivningen kan imødekomme nutidens og fremtidens udfordringer. Regionerne kvitterer for muligheden for at bidrage til evalueringen gennem dette høringssvar, som er afgivet med forbehold for politisk behandling i Danske Regioners bestyrelse.

Planloven har til formål at sikre samfundsmæssige interesser i arealanvendelsen, passe på landets natur og miljø og skabe gode rammer for vækst og udvikling i hele landet. Men der mangler en myndighed, der tager det nødvendige helhedsansvar for den fysiske udvikling og planlægning på tværs af kommunegrænserne og i større sammenhænge. Ønsker til udvikling i det åbne land, ved kyster og i bynære zoner risikerer at blive realiseret uden respekt for natur, menneskers levevilkår, dyre- og plantelivet, fordi der ikke sikres en helhedsvurdering på tværs af kommunegrænser

Planlovens formålsparagraf bør derfor skærpes med fokus på at fastlægge et planlægningsparadigme, der sikrer helhedsorienteret planlægning. Hvis planloven skal kunne medvirke til, at vi får løst nogle af de samfundsmæssige udfordringer med klimaforandringer, CO₂-udledning og ressourceforbrug, som vi står midt i, så må planloven også forholde sig til FN's verdensmål, særligt målene om produktion og konsum, biodiversitet og klimarelaterede mål.

En fornyet planlov bør opbygges i overensstemmelse med moderne planlægningsmetoder, hvor planlægning sker i brede partnerskaber, hvor der med afsæt i de samfundsmæssige udfordringer skabes fælles visioner, tværgående strategier og koordinerede handlinger.

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

Konkret er der for eksempel behov for en tilbagetrækningsstrategi fra de arealer, der bliver oversvømmet som følge af klimaforandringerne. En sådan strategi kan planloven ikke håndtere i sit nuværende set-up. Derfor foreslår vi, at der indføres regionale klimatilpasningsplaner, som udarbejdes i samarbejde med kommunerne, hvor udgangspunktet er de tværkommunale vandoplande. Der er også behov for, at den cirkulære økonomi i langt højere grad indarbejdes som et afsæt for byggeri og udlægning af arealer til såvel private boliger som erhvervsområder, så det fremadrettet sikres, at de ressourcer, der anvendes i dag, også kan indgå i nye produkter i morgen uden at skade miljø, CO₂-aftryk og ressourceforbrug.

Nedenfor i bilaget uddybes vores ideer og forslag til, hvordan planlovgivningen bedre imødekommer nutidens og fremtidens udfordringer på specifikke områder.

Venlig hilsen


Stephanie Lose


Ulla Astman

Bilag: Forslag til planlovsændringer

Planlægning i det åbne land

Arealanvendelsen i det åbne land er i høj grad udfordret af forskellige interesser og manglende sammenhængende regulering. Klimadagsordenen aktualiserer behovet for at afveje interesser i forhold til klima, energi, natur, vand og økonomisk udvikling. Både på tværs af kommuner og på tværs af ofte vigtige, men delvis modstridende hensyn, fx i forhold til tilpasningen til at håndtere øgede vandmængder og den bundne opgave med at sikre en højere biodiversitet og større sammenhængende naturområder. Dette samtidig med, at vi skal sikre fortsat gode forhold for landbrugserhvervet.

Derfor bør planloven i fremtiden langt bedre sikre håndteringen af en højere grad af kompleksitet i planlægningen af det åbne land. En mere tværgående planlægning i det åbne land kan omfatte planlægningen for f.eks. vindkraft på land; biogas fra husdyrgødning; restbiomasse fra jordbrug og skovbrug; fremtidens fjernvarmeforsyning; energieffektive boliger og fritidshuse; energieffektive industrier og landbrug, grundvandsbeskyttelse samt bæredygtig råstofforvaltning.

Klimatilpasning i det åbne land

Klimatilpasning er i vidt omfang et spørgsmål om planlægning og håndtering af vand, og vand håndteres bedst inden for et sammenhængende vandopland. Vi ser i stigende grad oversvømmelser som resultat af ekstremt vejr i et komplekst samspil med grundvand, havvand og vandløb. Vandkredsløbet skal derfor tænkes i sammenhængende vandoplande på tværs af kommuner, regioner og landegrænser. Grundvandet udgør også fundamentet for vores drikkevandsforsyning, og her mangler Danmark en samlet vandressourcemyndighed, der kan sikre rent drikkevand på langt sigt.

Det foreslås, at der for tværkommunale vandoplande indføres regionale klimatilpasningsplaner, som udarbejdes i samarbejde med kommunerne. De oplandsbaserede planer skal sikre planlægning til samme scenarie og til samme niveau for hele oplandet, og det skal sikre at de investerede midler bruges optimalt. Oplandsbaserede løsninger vil desuden kunne give en merværdi, hvis både klimatilpasning, CO₂ udledning og biodiversitet tænkes sammen med værktøjer som udtagning af lavbundslande og etablering af vådområder til vandparkering. Men dette planlægningsniveau mangler i planloven som den er i dag. Såvel regionale som kommunale klimatilpasningsplaner bør endvidere opdateres med i lighed med risikostyringsplanerne, der hvert sjette år skal revideres og ajourføres. Risikostyringsplanerne sætter rammer og bindinger for bl.a. klimatilpasningsplanerne, og derfor kan opdateringer i risikostyringsplanerne risikere ikke at blive videreført, og klimatilpasningsplanerne kan risikere at blive forældede og uanvendelige. Udfaldet er det samme i de kommuner,

hvor der ikke er udpeget risikoområder. Hvis ikke klimatilpasningsplanerne løbende opdateres og revideres, kan de risikere at blive forældede og mangelfulde.

Kystsikring

Regionale klimatilpasningsplaner skal omfatte både indlandsvandområder og kyster. Kystsikring bør i højere grad ske ud fra en planlægning af sammenhængende kystområder, så de enkelte tiltag og projekter sikrer det samme niveau, og i særdeleshed ikke modvirker og underminerer hinanden. Der er behov for en stærkere koncentration af faglig ekspertise, særligt fordi kystsikring fordrer samarbejde – ikke alene på tværs af kommuner men også mellem mange forskellige faggrupper. Stormflodshændelser indtræffer i samspil med det vand der løber i å og fjord, og planlægning af kystsikring bør derfor også ske som led i en integreret oplandsbaseret vandforvaltning. Planloven giver ikke mulighed for at tilgodese disse hensyn i dag.

Forvaltning og planlægning af de kystnære områder er desuden begrænset af planlovens bestemmelser om kommuneplaner, der ifølge planloven ikke er umiddelbart bindende for den enkelte grundejer og brugere af ejendomme. I stedet er byrådet forpligtet til at arbejde for de mål, retningslinjer og rammer for udviklingen, som kommuneplanen indeholder. Det kan imidlertid skabe udfordringer i de kystnære beboelses- og sommerhusområder, som er blevet anlagt, før kystbeskyttelsesloven trådte i kraft. Mange af disse områder ligger faretruende tæt på havet og i en terrænhøjde kun lige over vandspejlet. I planloven bør der derfor gives mulighed for at stille krav til grundejere om forebyggelse eller tilpasning til eventuelle oversvømmelser, så disse områders sårbarhed på sigt mindskes og store samfundsøkonomiske konsekvenser undgås.

Strategisk energiplanlægning

Omstilling af energisektoren til vedvarende energi er en af de mest virkningsfulde indsatser for at mindske Danmarks klimaaftryk. Men omstillingen er en langsigtet opgave, og det er vigtigt, at risikoen for suboptimering og unødigt stor påvirkning af landbrugsjord og natur minimeres. En mere optimal og effektiv omstilling af energisystemet kræver, at der arbejdes på tværs af kommuner, forsyningsoplande, energiformer mv.

Strategisk energiplanlægning er i dag ikke en lovbunden opgave. Det foreslås, at regioner og kommuner kan påtage sig myndighedsopgaven med strategisk energiplanlægning og i samarbejde løfte et større decentralt ansvar for omstillingen til vedvarende energi. Dette skal ske i tæt samarbejde med relevante statslige styrelser og forsyningselskaber, så det samlede ansvar styrkes og realisering optimeres.

Sammenhængende naturområder og biodiversitet

Regionerne vurderer ikke, at behovet og grundlaget for at sikre en høj biodiversitet og større sammenhængende naturområder i tilstrækkelig grad understøttes af planloven, som den administreres i dag. Biodiversitet fremgår ellers af formålet med planloven jf. lovens ”stk. 2. Loven tilsigter særlig: 5) at biodiversiteten understøttes, og at forurening af luft, vand og jord samt støjulemper forebygges”. Der er brug for, at hensynet til biodiversitet aktivt varetages på alle planniveauer, dvs. af både kommuner, regioner og stat.

Mobilitetsplanlægning

Der mangler generelt en tværgående planlægning, der understøtter et sammenhængende transportsystem for alle transportformer. Med de regionale mobilitetsstrategier tilbyder regionerne et fælles ståsted mellem regioner, kommuner og trafikselskaber, der tænker alle landsdelens transportformer sammen, så borgerne får den letteste og mest sammenhængende transport f.eks. til arbejde og uddannelse. En styrket rolle til de regionale mobilitetsstrategier bør indtænkes i plansystemet, så forudsætningerne for en strategisk udvikling af mobiliteten på tværs af geografi og administrative grænser i regionerne forbedres. Der kan med fordel tages udgangspunkt i et strategisk udpeget vej-, sti- og banenet med regional betydning, hvor stat og regioner påtager sig en strategisk rolle mht. at sikre en grøn og bæredygtig transport for borgerne.

Agenda 21

Planlovens kapitel 6 a om regionsråds og kommunalbestyrelses redegørelse for deres strategi for regionens henholdsvis kommunens bidrag til en bæredygtig udvikling i det 21. århundrede (Lokal Agenda 21) bør ajourføres under henvisning til FN's verdensmål for bæredygtig udvikling, og kapitlet bør knyttes tæt til planlovens nye formålsparagraf og fastlæggelse af det moderne planlægningsparadigme som en bæredygtighedsstrategi, der er styrende for planlægning i øvrigt.

Tværgående digitalisering af planer

En ny, digital planlægningsmodel for tværgående planlægning i det åbne land kan være en af løsningerne på manglende sammenhæng. Med en digital planlægningsmodel vil alle planmyndigheder – stat, regioner og kommuner – kunne spille ind til den samme plan.

Bilag Titel:	Høringssvar vedr forslag om ny klimalov jan 2020 endelig
Dagsordens titel	Høringssvar - ny klimalov
Dagsordenspunkt nr	16
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



Christina Graaskov Ravn, chrra@kefm.dk

Nanna Alberti, naalb@kefm.dk

03.02.2020

EMN-2019-00677

1329497

Camilla Rosenhagen

Høringssvar vedrørende forslag om ny klimalov

Danske Regioner har fra Klima-, energi- og forsyningsministeriet modtaget forslag til ny klimalov og kvitterer for muligheden for at afgive høringssvar. Der tages forbehold for efterfølgende politisk behandling af høringssvaret i Danske Regioners bestyrelse.

Danske Regioner bakker op om regeringens vigtige og ambitiøse målsætning om en CO₂-reduktion på 70 procent i 2030. Danske Regioner vurderer, at forslaget til klimalov indeholder gode og vigtige forudsætninger for at nå målene. Vi ser frem til at samarbejde med regeringen om implementeringen af klimaloven og de kommende handlingsplaner.

Her tænker vi bl.a. på et samarbejde om en såkaldt Green Deal for grønne hospitaler og institutioner, hvor vi forpligter hinanden på gode rammer og en ekstraordinær klimaindsats i regionernes drift og organisation.

Danske Regioner foreslår, at Klimaloven forholder sig til danskernes globale klimaaftryk, og medtager dette som en årlig indikator i den globale del af Klimaprogrammet. Denne indikator er væsentlig i forhold til den grønne omstilling i Danmark, hvor fx regionernes største klimaaftryk netop ligger på indkøb af varer og tjenester.

Danske Regioner vil gerne deltage i det Klima-dialogforum, som oprettes i tilknytning til Klimarådet. Vi finder, at det tværgående perspektiv, som regionerne repræsenterer, er væsentligt, når de gode løsninger skal findes.

Det skal afklares, hvordan de offentlige myndigheder indgår som en "sektor" i det fremadrettede arbejde.

Vi vil gerne bidrage

Regionerne har gode erfaringer med at samarbejde på klimaområdet på tværs af kommunegrænser. Løsningerne skal fokusere på problemerne, og regionale problemstillinger kræver regionale løsninger. Regionerne har erfaring og kompetencer med at facilitere samarbejde på tværs, videndeling, partnerskaber,

borgerinddragelse og innovation. Det kan give ekstra turbo på omstillingen, bl.a. indenfor de følgende områder:

- Råstoffer: Sten, sand og grus er ressourcer, der slipper op og forarbejdningen til fx beton giver meget CO2. Samtidig bygges der som aldrig før, og de nedrevne bygningsdele genbruges ofte ikke på bedste vis. Danske Regioner ønsker at indgå i et forpligtende samarbejde med staten og byggeriets parter om cirkulær økonomi og sikring af bedre genanvendelse af råstofferne.
- Den kollektive trafik: Vi ønsker en fossilfri transportsektor. Det indebærer, at den kollektive trafik skal udbygges og omstilles, så den er klimaneutral allerede i 2030. Det gælder også de regionale busser og lokalbanerne, som skal omstilles uden at servicen forringes og fordyres.
- Vedvarende energi: En hurtig omstilling til vedvarende energi er afgørende for at mindske Danmarks klimaaftryk. Det kræver regionalt samarbejde over kommunegrænserne, hvis vindmøller, solceller og biogas-anlæg skal placeres dér, hvor de gør mest gavn. Regionerne har allerede i dag gode erfaringer med strategisk energiplanlægning sammen med kommunerne, så vi sparer energi og samtidig omstiller til vedvarende kilder. Regionerne bør have den formelle rolle, som sikrer handling og desuden koordinering med øvrige myndigheder, som Energistyrelsen og Energinet.

Venlig hilsen


Stephanie Lose


Ulla Astman

Bilag Titel:	Indkomne forslag til Danske Regioners generalforsamling 2020
Dagsordens titel	Danske Regioners generalforsamling 2. april 2020
Dagsordenspunkt nr	18
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



NOTAT

21-02-2020
EMN-2019-00967
1341424
Trine Friis

Indkomne forslag til Danske Regioners generalforsamling 2020

I henhold til Danske Regioners vedtægters §6, stk. 3, skal forslag til dagsordenen være Danske Regioners bestyrelse i hænde senest torsdag den 20. februar 2020. Følgende forslag er stillet:

Ændringer af budgetloven

Stillet af:

Samtlige regionsrådsmedlemmer fra Enhedslisten

Forslag:

Generalforsamlingen pålægger Danske Regioners bestyrelse at arbejde for ændringer af budgetloven. Både i forhold til sanktioner og de u hensigtsmæssige mindreforbrug pga. et-årige rammer samt i forhold til at få undtaget klima- og energieffektiviseringer af bygningsmassen.

Begrundelse:

Budgetloven har negative og u hensigtsmæssige konsekvenser for driften af et allerede presset sundhedsvæsen. Personale og patienter bør ikke belastes af behovet for unødvendige finanspolitiske sikkerhedsmarginer.

Budgetloven er samtidigt til hinder for, at regionerne kan igangsætte klima- og energireoveringer af bygningsmassen, og herigennem bidrage til den grønne omstilling samt styrke driftsøkonomien med lavere udgifter til energiforbruget.

Pulje til grøn omstilling af den regionale trafik

Stillet af:

Samtlige regionsrådsmedlemmer fra Enhedslisten

Forslag:

Generalforsamlingen pålægger Danske Regioners bestyrelse, at den til de kommende økonomiforhandlinger vil arbejde for en pulje til grøn omstilling af den regionale trafik. I takt med de løbende kontraktfornyelser skal puljen dække merudgifterne ved trafikbestilling af busser med grønne drivmidler.

Begrundelse:

Regionerne skal kunne bidrage til den grønne omstilling uden at det sker på bekostning af indsatsen for rent drikkevand, jordoprensning eller anden nødvendig kollektiv trafik. Budgetterne for regionale udvikling er allerede voldsomt pressede, og det er derfor nødvendigt at øge dem specifikt med henblik på den grønne omstilling.

Midler og plan for generationsforureningerne

Stillet af:

Samtlige regionsrådsmedlemmer fra Enhedslisten

Forslag:

Generalforsamlingen pålægger Danske Regioners bestyrelse at arbejde for betydelige midler til umiddelbar igangsættelse af oprensninger af kendte generationsforureninger samt en langsigtet og finansieret plan for en fuldstændig oprensning.

Begrundelse:

Generationsforureningerne udgør en trussel mod både natur og miljøet. Flere af generationsforureningerne er kortlagt og klar til oprensning, men der mangler statslig finansiering, da opgaverne ligger langt udover de regionale budgetter.

Samtidigt mangler der en langsigtet og finansieret plan for en fuldstændig oprensning. Om det så tager en generation, før generationsforureningerne er væk, så bør der allerede nu planlægges i forhold til metodeudvikling, finansiering, afdækningsforløb og langsigtede handlingsplaner.

Nedskrivning af effektiviseringskravene vedrørende kvalitetsfundsbyggerierne

Stillet af:

Samtlige regionsrådsmedlemmer fra Enhedslisten

Forslag:

Generalforsamlingen pålægger Danske Regioners bestyrelse, at den til de kommende økonomiforhandlinger vil arbejde for en nedskrivning af effektiviseringskravene på kvalitetsfundsbyggerierne med 10% eller mere.

Begrundelse:

Grundlaget for effektiviseringskravene tilknyttet kvalitetsfundsbyggerierne har vist sig at være usikkert givet de metodiske udfordringer i 10-15-årige fremskrivninger af udviklingen. Herudover har produktivitetskrav og teknologibidrag samtidigt drevet løbende effektiviseringer af sundhedsvæsenet gående mod nødberegningsniveau, som vi så det ved overenskomstforhandlingerne i 2018. For at undgå et yderligere pres på driften af sundhedsvæsenet bør effektiviseringskravene nedskrives med 10% eller mere. En nedskrivning med 10% vil kunne lade sig gøre i forhold til de allerede realiserede effektiviseringer på færdigbyggede kvalitetsfundsprojekter og inden for aftalen om fordelingen af effektiviseringsgevinster regionerne imellem.

Udvidelse af anlægsrammen vedrørende kvalitetsfondsbyggerierne i forhold til miljø- og klimastandarder

Stillet af:

Samtlige regionsrådsmedlemmer fra Enhedslisten

Forslag:

Generalforsamlingen pålægger Danske Regioners bestyrelse, at den til de kommende økonomiforhandlinger vil arbejde for en finansieret udvidelse af anlægsrammerne, således at byggerierne fremadrettet kan opgraderes til højeste miljø- og klimastandarder.

Begrundelse:

Kvalitetsfondsbyggerierne bør som langsigtede investeringer opgraderes til højeste miljø- og klimastandarder, og samtidigt herigennem bidrage til den grønne omstilling. Den nuværende aftale skaber et modsætningsforhold mellem gode behandlingsmuligheder for patienterne og gode standarder for bæredygtigheden. I en balance mellem respekt for den grundlæggende aftale om kvalitetsfondsbyggeriernes budget og de langsigtede hensyn til miljø, klima og bæredygtighed bør rammerne for byggerierne udvides.

Bortfald af krav om effektiviseringsgevinster ved kvalitetsfondsbyggerier

Stillet af:

Psykiatri-Listen (P), Region Midtjylland

Forslag:

Vi vil gerne bemyndige Danske Regioner til at forhandle med regeringen om hvorvidt kravet om de 8 % "effektiviseringsgevinst" kan bortfalde ved de store kvalitetsfondsbyggerier, da det har vist sig at bero på fejlagtige analyser jævnfør flere debatter - bl.a. i Dagens Medicin.

Begrundelse:

De nye supersygehuse (kvalitetsfondsprojekter) kan ikke umiddelbart forventes at kunne frembringe "effektiviseringsgevinster". Derudover kommer også udflytningsomkostninger oveni. En besparelse på 8 % oven i de årlige 2% besparelser alle hospitaler gennem en længere årrække har været udsat for betyder, at det kommer til at gå uforholdsmæssig meget ud over driften og behandlingen.

Mulighed for at indkøbe ikke halalcertificeret

Stillet af:

Regionsrådsmedlem Carsten Sørensen (O), Region Syddanmark

Regionsrådsmedlem Thies Mathiesen (O), Region Syddanmark

Forslag:

Der stilles forslag om, at der i kommende aftaler i RFI indføres et afsnit om muligheden for at indkøbe produkter, som ikke er halalcertificeret.

Begrundelse:

Det ønskes bl.a., fordi Region Syddanmark i sine budgetaftaler har indskrevet, at patienterne skal have retten til at frasige sig halalcertificerede produkter og især kød.

Desværre kan det være besværligt for de enkelte køkkener at overskue det komplekse område som halalcertificeringen er.

Derfor ønskes det at sikre såvel det frie valg for patienterne, men også at lette arbejdsgangen i køkkenerne ved, at regionerne i RFI stiller krav om, at det skal tydeliggøres, hvilke produkter der er NONHalal.

Bilag Titel:	Danske Regioners hørings svar vedr. lov om tobak
Dagsordens titel	Generelle orienteringer
Dagsordenspunkt nr	20
Bilag nr	1
Antal bilag:	5



Til Sundheds- og Ældreministeriet

25-02-2020
EMN-2017-01083
1338867

Danske Regioners hørings svar til ”udkast til forslag til lov om ændring af lov om forbud mod tobaksreklame m.v., lov om tobaksvarer m.v., lov om elektroniske cigaretter m.v. og forskellige andre love”

Danske Regioner kvitterer for muligheden for at afgive hørings svar på regeringens forslag til udmøntning af den nationale handleplan mod børn og unges rygning.

Unge rygning er igen begyndt at stige efter flere årtiers fald. Det er en udvikling, vi ser med stor bekymring på i Danske Regioner. Derfor hilser vi også den samlede vifte af forslag velkommen, som vi ser som et markant løft af tobaksforebyggelsen i Danmark.

Prisen på tobak er det enkeltstående mest effektive tiltag til at mindske børn og unges rygning. Herudover er høj pris på tobak den faktor, der vil mindske den sociale ulighed mest. Derfor er det særligt positivt, at regeringen og dens støttepartier i forbindelse med finanslovsaftalen har besluttet, at prisen på en pakke cigaretter skal stige til 60 kr. i 2022. Når det er sagt, er det Danske Regioners holdning, at prisen skulle have været endnu højere, idet et markant prisløft vil have størst effekt på unges rygning. Danske Regioner vil derfor opfordre til, at prisen efterfølgende stiger yderligere til 80 kr. for en pakke cigaretter.

Lovforslagene indeholder blandt andet forslag om, at tobakken ikke må være synlig for forbrugerne på salgsstederne, og at cigaretpakker skal være neutrale. Disse tiltag bifalder Danske Regioner, og forslagene er på linje med Danske Regioners tidligere udmeldinger på området.

Danske Regioner mener generelt, at det skal være nemt for de unge at være røgfri. Derfor ser Danske Regioner positivt på, at alle grundskoler, kostskoler, efterskoler, ungdomsuddannelser m.v., der har optag af børn og unge under 18 år, foreslås at være røgfri.

Nogle matrikler huser dog ungdomsuddannelser og videregående uddannelser med optag af unge, der er både under og over 18 år. I disse tilfælde kan lovgivningen blive

svær at håndhæve, da uddannelsesinstitutionerne med den nye lovgivning skal agere ud fra to regelsæt. Konkret kan det betyde, at unge under uddannelse vil blive konfronteret med rygning fra andre studerende over 18 år. Her må hensynet til børn og unge under 18 år vægte tungest. På den baggrund foreslår Danske Regioner, at loven om røgfri uddannelser gælder alle matrikler, hvor der færdes unge mennesker under 18 år.

Slutteligt vil Danske Regioner referere til høringssvarene fra Kræftens Bekæmpelse, Hjerteforeningen og Dansk Selskab for Folkesundhed, som anbefaler at se lovgivningen igennem med øje for, hvorvidt industrien kan udnytte huller i lovgivningen til salg af tobaksprodukter til unge som fx salg af 'cigarillos' med frugtsmag o.l.

Med venlig hilsen



Stephanie Lose

Formand
Danske Regioner



Ulla Astman
1. næstformand
Danske Regioner

Relateret document 2/5

Dokument Navn: Hørings svar fra Danske Regioner - forslag til lov om videnskabsetisk behandling af kliniske afprøvninger af medicinsk udstyr.pdf

Dokument Titel: Hørings svar fra Danske Regioner - forslag til lov om videnskabsetisk behandling af kliniske afprøvninger af medicinsk udstyr

Dokument ID: 1342215



NOTAT

18-02-2020
EMN-2018-01119
1341204

Høringssvar vedrørende forslag til lov om videnskabsetisk behandling af kliniske afprøvninger af medicinsk udstyr m.v., ændring af lov om medicinsk udstyr, sundhedsloven, lægemiddeloven, og lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter

Sundheds- og Ældreministeriet har anmodet Danske Regioner og regionerne om bemærkninger til forslag til lov om videnskabsetisk behandling af kliniske afprøvninger af medicinsk udstyr m.v., ændring af lov om medicinsk udstyr, sundhedsloven, lægemiddeloven, og lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter

Danske Regioner støtter, at den videnskabsetiske behandling af ansøgninger vedr. sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter, der angår kliniske afprøvninger af medicinsk udstyr, pr. 26. maj 2020 flyttes fra de regionale videnskabsetiske komiteer og til statslige specialiserede videnskabsetiske medicinske komiteer (dvs. de samme komiteer som på et tidspunkt fremover skal stå for den videnskabsetiske behandling af kliniske forsøg med lægemidler, jf. lov 620 af 8. juni 2016).

Danske Regioner er samtidig bekendt med, at de statslige specialiserede lægemiddelkomiteer – oprettet gennem lov 620 af 8 juni 2016 – endnu ikke er parate til at kunne behandle ansøgninger om kliniske forsøg med lægemidler fra og med den 26. maj 2020, men forventeligt tidligst vil kunne påtage sig opgaven fra 2021. Årsagen hertil skyldes forhold på EU-niveau omkring færdiggørelsen af den bagvedliggende europæiske database vedr. lægemiddelforsøg.

Netop dét påvirker visse forhold i relation til den fremtidige videnskabsetisk behandling af kliniske afprøvninger af medicinsk udstyr. I den forbindelse har Danske Regioner bemærkninger til:

- Afgrænsningen af de nye komiteers kompetenceområde
- Ikrafttrædelsestidspunkt / påbegyndelse
- Indstilling af regionale repræsentanter til komiteerne
- Økonomiske konsekvenser for regionerne

Afgrænsningen af de nye komiteers kompetenceområde

Danske Regioner finder, at den videre behandling af lovforslaget bør rumme en konkret afgrænsning, når det gælder behandling af kombinerede forskningsprojekter frem

til 2021, der indeholder flere delelementer, eksempelvis kliniske forsøg med lægemidler eller anden klinisk forskning. Her opstår spørgsmålet om sådanne kombinerede projekter fra og med den 26. maj 2020 alene skal anmeldes til de nye videnskabsetiske medicinske komiteer, eller suppleres af en ansøgning til de regionale videnskabsetiske komitéer.

Danske Regioner opfordrer til, at der tages stilling til hvor disse kombinerede forskningsprojekter skal behandles. Der kan evt. overvejes en model, hvor disse typer kombinerede forskningsprojekter også behandles i de regionale videnskabsetiske komitéer indtil de statslige specialiserede lægemiddelkomitéer er fuldt parate til at kunne behandle ansøgninger om kliniske forsøg med lægemidler.

Ikrafttrædelsestidspunkt / påbegyndelse

Det fremgår af lovforslaget til lov om videnskabsetisk behandling af kliniske afprøvninger af medicinsk udstyr m.v. § 19, stk. 3, at lovens §§ 1-18 og § 21, nr. 5 ikke finder anvendelse for kliniske afprøvninger, der er anmeldt, godkendt og påbegyndt før den 26. maj 2020. Samtidig fremgår det af bemærkningerne, at ansøgninger i de regionale videnskabsetiske komitéer, hvor der endnu ikke er truffet afgørelse i eller projektet påbegyndt, vil bortfalde. Herefter vil forsker på ny skulle ansøge i medfør af de nye foreslåede regler.

Ovenstående kan forekomme u hensigtsmæssigt idet en mulig konsekvens kan være, at der vil være en periode i tiden op til lovens ikrafttrædelse, hvor forskere i praksis ikke vil kunne anmelde og få godkendt projekter med afprøvning af medicinsk udstyr grundet sagsbehandlingstiden i de regionale videnskabsetiske komitéer fra et projekt er anmeldt til en godkendelse og til den rent faktisk er givet af komitéen.

Danske Regioner ønsker derfor, at lovforslaget tilføjes en præcisering af, hvornår et projekt vedr. behandling af kliniske afprøvninger af medicinsk udstyr anses for at være "påbegyndt". Danske Regioner finder det hensigtsmæssigt med en model, hvor tidspunktet for "påbegyndelse" er når de første 5-10 forsøgspersoner til projektet er rekrutteret.

Indstilling af regionale repræsentanter til komiteerne

Danske Regioner noterer med tilfredshed, at de nye statslige videnskabsetiske medicinske komitéer også efter den 26. maj 2020 vil rumme en væsentlig regional forankring da 5 ud af 8 medlemmer i hver komité indstilles via regionerne (det enkelte regionsråd skal indstille hhv. en lægperson samt en person, som er aktiv indenfor sundhedsvidenskabelig forskning).

Men, med en forventet vedtagelse af forslag til lov om videnskabsetisk behandling af kliniske afprøvninger af medicinsk udstyr m.v. ultimo marts 2020, efterlades regionerne imidlertid med kort tid til at finde og indstille de regionale repræsentanter, der pr. 26 maj 2020 skal indgå i bemanningen af de kommende to videnskabsetiske medicinske komiteer.

Danske Regioner opfordrer derfor Sundheds- og Ældreministeriet til en tæt dialog herom således de to nye komiteer er parate til at varetage opgaven fra den planlagte opstartsdato.

Økonomiske konsekvenser for regionerne

Det fremgår, at lovforslaget om ændring af lov om medicinsk udstyr mv. vurderes at have begrænsede økonomiske konsekvenser for regionerne. Danske Regioner tager dog forbehold for de økonomiske konsekvenser, som den foreslåede opgaveflytning eventuelt vil medføre på længere sigt.

Venlig hilsen


Stephanie Lose


Ulla Astman

Relateret document 3/5

Dokument Navn: Brev fra sundheds- og
ældreministeren med
opfordring om at sikre
opsporing om behandling af
alle patienter med hepatitis
C.pdf

Dokument Titel: Brev fra sundheds- og
ældreministeren med
opfordring om at sikre
opsporing om behandling af
alle patienter med hepatitis C

Dokument ID: 1343943

Sundheds- og ældreministeren

Regionsrådsformænd og
Formand for KL's Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 19-02-2020
Enhed: JURPEM
Sagsbeh.: DEPPHM
Sagsnr.: 2001470
Dok. nr.: 1101446

Opsporing og behandling af personer med hepatitis C

Kære regionsrådsformænd og formand for KL's Sundheds – og Ældreudvalg

Som følge af udviklingen inden for behandlingsmulighederne af den alvorlige og smitsomme sygdom, hepatitis C, er der – som I ved – nu mulighed for potentielt at udrydde sygdommen i Danmark.

Det skal vi – selvfølgelig – gøre alt, hvad der står i vores magt, for.

Jeg ved, at I allerede er opmærksomme på behandlingsmulighederne ift. hepatitis C og er i gang med forskellige indsatser på området.

Jeg vil gerne opfordre til regionalt samarbejde og vidensdeling med henblik på at sikre, at alle hepatitis C-smittede opspores, så de kan blive tilbudt behandling. Men også at regionerne arbejder sammen med kommunerne om opsporingen.

Der er flere indgange til at opspore patienterne.

. / . Sundheds- og Ældreministeriet har tilbage i november 2019 rådgivet Danske Regioner om de muligheder, der er for at opspore tidligere hepatitis C-smittede *patienter*, som ikke længere er i behandling, med henblik på at informere dem om de nye behandlingsmuligheder. Brevet er vedlagt som bilag.

I brevet oplyste ministeriet om den såkaldte værdispringsregel i sundhedsloven. Med denne bestemmelse kan sundhedspersoner via patientbehandlingssystemer indhente oplysninger om en patients helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger, hvis det efter en konkret vurdering – som det hedder – *er nødvendigt til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse, dvs. brede samfundsmæssige interesser, eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre.*

I forhold til hepatitis C er der hensynet til patienten selv, som nu vil kunne modtage behandling for en alvorlig og smitsom sygdom, ligesom der er et hensyn at tage til eventuelle pårørende og andre, der kan være i risiko for at blive smittet af patienten.

I brevet oplyste ministeriet også, at hepatitis C er en anmeldelsespligtig sygdom, hvilket betyder, at en læge, der modtager en patient med hepatitis C, skriftligt skal anmelde hvert tilfælde til bl.a. Statens Serum Institut.

Min opfordring til jer er derfor, at I tager initiativ til *konkret* at vurdere, hvorvidt der – via regionernes patientjournalssystemer suppleret med oplysninger fra Statens Serum Instituts database over anmeldte tilfælde af hepatitis C-patienter – kan opspores tidligere diagnosticerede hepatitis C-patienter.

. / . Sundheds- og Ældreministeriet har endvidere i januar 2019 rådgivet en forsker om mulighederne for – på baggrund af forskningsdata – at tage kontakt til personer, der er smittet med hepatitis C. Brevet er vedlagt som bilag.

I brevet oplyste ministeriet, at udgangspunktet er, at man ikke kan bruge oplysninger fra et forskningsprojekt til andre formål end forskning og statistik. Det vil sige, at deltagere i et forskningsprojekt i udgangspunktet ikke må kontaktes om f.eks. en ny behandlingsmetode.

På trods af dette forbud kan der være visse situationer, hvor en forsker – ud fra en *konkret* vurdering og efter nødretslignende betragtninger – alligevel godt kan tage kontakt til deltagerne i et forskningsprojekt, hvis det er i personernes vitale interesse.

Det kunne f.eks. tænkes at være tilfældet, hvis man kan forebygge eller behandle en alvorlig og smitsom sygdom som hepatitis C.

Jeg har fået oplyst, at Region Hovedstaden har en forskningsdatabase, der indeholder oplysninger om 2-3.000 hepatitis C-smittede patienter fra hele landet. Jeg har derfor aftalt med Region Hovedstaden, at de afsætter ressourcer til at foretage en *konkret* vurdering for hver enkelt af de 2-3.000 smittede, så de øvrige regioner kan få besked, og patienterne fra forskningsdatabasen kan opspores.

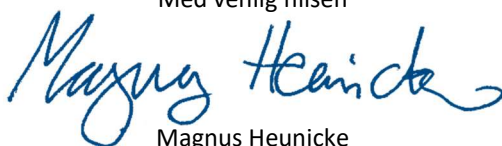
Jeg vil også selv trække i arbejdstøjet. Derfor har Sundheds- og Ældreministeriet nu været i dialog med Justitsministeriet. Ministerierne har sammen fundet frem til en løsning for, hvordan vi kan etablere et mere robust regelgrundlag, der i fremtiden vil gøre det muligt også at anvende forskningsdata som led i opsporing af patienter, som lider af en livstruende eller klart alvorlig *smitsom* sygdom, som kan behandles med en ny behandlingsmetode.

Derfor vil jeg inden for meget kort tid sende et udkast til bekendtgørelse i offentlig høring, som netop tilgodeser sådanne situationer. Indtil bekendtgørelsen træder i kraft, vil det – som tidligere nævnt - kun ud fra en konkret vurdering og efter nødretslignende betragtninger være muligt at anvende forskningsdata til opsporing af patienter.

For at sikre, at der bliver taget hånd om alle hepatitis C-smittede, vil jeg bede jer om at rapportere til mig løbende om, hvor mange der modtager den nye behandling for hepatitis C i jeres region samt jeres indsatser på området. Det er min plan at følge udviklingen nøje.

Vores sundhedsvæsen er – og skal være – for alle, og det er derfor helt afgørende, at vi sammen sikrer, at alle personer, som er smittet med hepatitis C, får tilbudt den behandling, de har behov for. Derfor vil jeg som nævnt gerne opfordre til, at I sætter stort fokus på at opspore alle smittede personer i Danmark – også borgere, der endnu ikke er diagnosticeret.

Med venlig hilsen



Magnus Heunicke

Relateret document 4/5

Dokument Navn: **Bilag 1 Svar på henvendelse fra forsker om at tage kontakt til personer, der er smittet med hepatitis C, 17. januar 2019.pdf**

Dokument Titel: **Bilag 1 Svar på henvendelse fra forsker om at tage kontakt til personer, der er smittet med hepatitis C, 17. januar 2019**

Dokument ID: **1343944**

Kære [REDACTED]

Tak for din henvendelse om mulighederne for at kontakte patienter fra et registerforskningsprojekt med henblik på at tilbyde dem en konkret medicinsk behandling.

I din henvendelse beskriver du, at I på din afdeling har en forskningsdatabase fra et registerstudie foretaget for ca. 6 år siden med oplysninger om patienter, der har Hepatitis C.

Du beskriver endvidere, at der, siden I gennemførte forskningsprojekterne, er kommet ny viden til – både om sygdommen og om behandlingsformer. Du oplyser i den forbindelse, at det nu vides, at patienter med Hepatitis C i betydelig grad vil udvikle levercancer, som er stort set uhelbredelig, men at der nu findes en behandling mod Hepatitis C, der kan helbrede ca. 95 % af patienterne.

Som du skriver i din henvendelse, følger det af databeskyttelseslovens § 10, stk. 2, at oplysninger, der er behandlet i statistisk eller videnskabeligt øjemed, ikke senere må behandles i andet end videnskabeligt eller statistisk øjemed. Det vil sige, at oplysningerne ikke må behandles med henblik på patientbehandling.

Der kan dog være visse situationer, hvor hensynet til den registreredes (personens) vitale interesser er så tungtvejende, at det efter omstændighederne muligvis vil kunne være berettiget for en forsker at behandle (videregive) personoplysninger, der stammer fra et specifikt forskningsprojekt, til brug for patientbehandling under henvisning til nødretslignende betragtninger.

Nødret er retten til, under visse omstændigheder, at gøre indgreb i andres retsgoder for at afværge truende skade på f.eks. en person.

Det vil eksempelvis kunne være tilfældet, hvis den registrerede (personen) lider af livstruende eller klart alvorlig sygdom, som enten kan behandles, forebygges eller lindres, og det derfor er nødvendigt af hensyn til den registreredes (personens) vitale interesser at behandle, herunder videregive, oplysningerne med henblik på dels at informere den registrerede (personen) om dette fund, dels at benytte oplysningerne til at vurdere, om og i givet fald hvilken patientbehandling, som bør iværksættes.

Der kan således under visse omstændigheder være mulighed for, at oplysninger, der er behandlet i statistisk eller videnskabeligt øjemed, senere kan anvendes i patientbehandling, hvis det er nødvendigt af hensyn til at kunne varetage en persons vitale interesser.

Sundheds- og Ældreministeriet kan naturligvis ikke vurdere, om det i den konkrete situation, du henvender dig om, vil være i de berørte personers vitale interesse at blive kontaktet. Det er en vurdering, I skal foretage på din afdeling.

I tilknytning til ovenstående kan det oplyses, at der i databeskyttelseslovens § 10, stk. 5, er mulighed for at sundhedsministeren efter forhandling med justitsministeren kan fastsætte regler om, at oplysninger omfattet af databeskyttelseslovens § 10 stk. 1 og 2, som er behandlet med henblik på at udføre sundhedsfaglige statistiske og videnskabelige undersøgelser, senere kan behandles i andet end statistisk eller videnskabeligt øjemed, hvis behandlingen er nødvendig af hensyn til varetagelse af den registreredes (personens) vitale interesser.

Bestemmelsen er endnu ikke udmøntet, og der er derfor endnu ikke fastsat regler herom. Det fremgår af udkast til forslag til lov om ændring af lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter og ændring af sundhedsloven (Styrkelse af borgernes tryghed og tillid til sundhedsforskning), der har været i høring i november/december 2018, at bestemmelsen forventes udmøntet samtidig med lovforslagets ikrafttrædelse d. 1. januar 2020 (<https://prodstoragehoeringspo.blob.core.windows.net/3c11f3f0-50d8-4a0d-a483-8d96c65f57e5/Udkast%20til%20lovforslag.pdf>, se s. 26).

Med venlig hilsen

Nanna Skovgaard

Relateret document 5/5

Dokument Navn: Bilag 2 Svar til Danske
Regioner (om
værdispringsreglen m.v.), 12.
november 2019.PDF

Dokument Titel: Bilag 2 Svar til Danske
Regioner (om
værdispringsreglen m.v.), 12.
november 2019

Dokument ID: 1343945

Danske Regioner
Dampfærgevej 22
2100 København Ø
Att. Sundhedspolitisk direktør Erik Jylling

Kære Erik Jylling

Danske Regioner har ved brev af 21. maj 2019 anmodet Sundheds- og Ældreministeriet om en afklaring af, hvorvidt det regionale sundhedsvæsen må opsøge personer, som er diagnosticeret med hepatitis C, men som ikke længere modtager patientbehandling i hospitalsregi, med henblik på at informere dem om muligheden for at komme i behandling. Jeg beklager det sene svar.

Anmodningen skyldes, at Medicinrådet i november 2018 udgav en ny behandlingsvejledning, hvori det anbefales, at alle personer diagnosticeret med kronisk hepatitis C tilbydes behandling, såfremt der ikke foreligger kontraindikationer.

Det er Sundheds- og Ældreministeriets vurdering, at det regionale sundhedsvæsen inden for rammerne af sundhedslovgivningen vil kunne tage skridt til at opspore patienter, som er diagnosticeret med hepatitis C, men hvis behandling er afsluttet i hospitalsregi, med det formål at informere dem om muligheden for at komme i behandling.

Sundheds- og Ældreministeriet kan i den forbindelse oplyse, at sundhedslovens § 42 a fastlægger rammerne for sundhedspersoners adgang til ved opslag i elektroniske systemer at indhente oplysninger om en patients helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger i forbindelse med patientbehandling.

Det følger af sundhedslovens § 42 a, stk. 1, at sundhedspersoner ved opslag i elektroniske systemer i fornødent omfang kan indhente oplysninger om en patients helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger, når det er nødvendigt i forbindelse med *aktuel* behandling af patienten. Hvis en patient, der er diagnosticeret med hepatitis C, fortsat er i aktuel behandling, vil sundhedspersonen således kunne indhente helbredsoplysninger m.v. efter sundhedslovens § 42 a, stk. 1.

Sundhedspersoner kan herudover – i henhold til sundhedslovens § 42 a, stk. 2 – indhente helbredsoplysninger og andre fortrolige oplysninger fra elektroniske systemer efter en såkaldt *værdispringsregel*. Det følger af denne bestemmelse, at sundhedspersoner ved opslag i elektroniske systemer kan indhente oplysninger om en patients helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger, hvis indhentningen er nødvendig til berettiget varetagelse af en *åbenbar almen interesse* eller af *væsentlige hensyn til patienten*, herunder en patient, der ikke kan varetage sine interesser, *sundhedspersonen* eller *andre*.

Af forarbejderne til lov nr. 273 af 26. marts 2019 fremgår det bl.a. vedrørende sundhedslovens § 42 a, stk. 2, at indhentning af helbredsoplysninger og andre fortrolige oplysninger af hensyn til varetagelse af en åbenbar almen interesse, hvorved forstås brede samfundsmæssige interesser, kun sjældent vil kunne finde sted, men at det eksempelvis vil kunne være berettiget i særlige situationer, hvor det som led i iværksættelse af foranstaltninger mod smitsomme sygdomme er nødvendigt at indhente helbredsoplysninger m.v. Der henvises i den forbindelse til lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (lovbekendtgørelse nr. 814 af 27. august 2009).

Det fremgår endvidere, at indhentning af helbredsoplysninger m.v. til varetagelse af væsentlige hensyn til pårørende efter omstændighederne kan være berettiget, hvis en patient lider af en smittefarlig sygdom og ikke vil give samtykke til, at pårørende, som udsættes for smitterisiko, får oplysning om sygdommen. Det samme vil kunne være tilfældet i den situation, hvor en person er blevet særligt udsat for smitte (f.eks. ved at have fået en stikskade) fra en person, som formodes at have smitsom leverbetændelse eller anden alvorlig smitsom sygdom, eller på anden måde er blevet særlig udsat for smitte. Hvis indhentning af helbredsoplysninger m.v. om den smittebærende person er nødvendig med henblik på behandling af den smittede, og den registrerede patient ikke giver samtykke eller ikke umiddelbart kan findes, kan der ske indhentning efter bestemmelsen.

Ministeriet kan i forlængelse heraf til orientering oplyse, at hepatitis C er en individuel skriftlig anmeldelsespligtig sygdom, jf. bekendtgørelse nr. 277 af 14. april 2000 om lægers anmeldelse af smitsomme sygdomme m.v. med senere ændringer. I praksis betyder det, at en læge, der modtager en patient med hepatitis C, skriftligt skal anmelde hvert tilfælde til Statens Serum Institut og Styrelsen for Patientsikkerhed. Formålet med den skriftlige anmeldelse er hovedsageligt infektionsovervågning, men også smitteopsporing i konkrete tilfælde. Statens Serum Institut har således over for ministeriet oplyst, at smitteopsporing i forbindelse med hepatitis C f.eks. kan ske i tilfælde, hvor der konstateres flere smittede med fælles smittekilde.

Da der er tale om en værdispringsregel, kan en patient ikke frabede sig indhentning af oplysninger efter bestemmelsen, jf. sundhedslovens § 42 a, stk. 5.

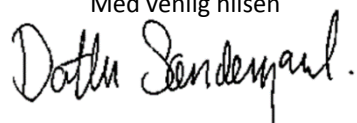
Det vil bero på en konkret vurdering af, om der foreligger sådanne særligt tungtvejende grunde, som overstiger patientens ret til fortrolighed, herunder hensynet til patienten selv eller patientens pårørende eller andre, at der kan indhentes helbredsoplysninger m.v. efter værdispringsreglen i sundhedslovens § 42 a, stk. 2. Det bemærkes i forlængelse heraf, at information til patienter, der er smittet med hepatitis C, om nye behandlingsmuligheder – udover at varetage et hensyn til patienten selv – også varetager et hensyn patientens pårørende og andre, der kan være i risiko for at blive smittet.

Ministeriet kan i forlængelse heraf oplyse, at det vil være den sundhedsperson, der har ansvar for oplysningerne, der træffer afgørelse om, hvorvidt helbredsoplysninger fra patientjournaler m.v. kan videregives eller indhentes. Det overordnede ansvar for, at helbredsoplysninger og andre fortrolige oplysninger indhentes i overensstemmelse med sundhedslovens regler, påhviler dog den driftsansvarlige myndighed, jf. sundhedslovens § 40, stk. 3.

Det bemærkes i den forbindelse, at den pågældende sundhedsperson også vil skulle være opmærksom på, om patienten har frabedt sig information om sin

helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger, jf. sundhedslovens § 16, stk. 2.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink that reads "Dorthe Søndergaard". The signature is written in a cursive style with a period at the end.

Dorthe E. Søndergaard