



DANSKE
REGIONER



Til medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

07-05-2020

MDR-2020-00081

Maren Munk-Madsen

Dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den
14. maj 2020 kl. 10.30 – 15.00

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

Afbud:

Mødested: Videomøde med opkobling fra de respektive regionshuse til
Danske Regioner

Indholdsfortegnelse

1 (Fortrolig)	4
2 (Fortrolig)	4
3 (Fortrolig)	4
4 (Fortrolig)	4
5 (Offentlig) Medicinrådets svar på spørgsmål til årsberetning	5
6 (Fortrolig)	6
7 (Fortrolig)	6
8 (Fortrolig)	6
9 (Offentlig) Evaluering og evt. fortsættelse af internetbaseret psykologbehandling	7
10 (Fortrolig).....	10
11 (Offentlig) Danske Regioners EU-prioriteringer 2020 ...	11
12 (Fortrolig).....	15
13 (Offentlig) Høringssvar - Kommissionens datastrategi .	16
14 (Offentlig) Opfølgning på studietur til Israel vedr. det nære sundhedsvæsen	19
15 (Fortrolig).....	20
16 (Fortrolig).....	20
17 (Fortrolig).....	21
18 (Offentlig) Afvikling af GF2020	22
19 (Offentlig) Aflysning af åbent hospital 2020 og udsættelse til 2021	25
20 (Offentlig) Ændringer i hverv - Danske Regioners social- og psykiatriudvalg	27
21 (Offentlig) Generelle orienteringer	29
22 (Offentlig) Formandens meddelelser	35
23 (Offentlig) Næste møde	36
24 (Offentlig) Eventuelt	37

1 (Fortrolig)

2 (Fortrolig)

3 (Fortrolig)

4 (Fortrolig)

5 (Offentlig) Medicinrådets svar på spørgsmål til årsberetning

Thomas Birk Andersen
EMN-2017-00578

Resumé

Bestyrelsen drøftede den 6. februar 2020 Medicinrådets årsberetning for 2019. I den forbindelse besluttede bestyrelsen at indhente en række supplerende oplysninger om rådets sagsbehandlingstider mv.

Medicinrådet har fremsendt de ønskede oplysninger, som forelægges for bestyrelsen til orientering.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

På møde den 6. februar 2020 drøftede bestyrelsen Medicinrådets årsberetning for 2019. I den forbindelse besluttede man, at der skulle indhentes en række supplerende oplysninger fra Medicinrådet.

Danske Regioner har på den baggrund bedt Medicinrådet om at oplyse følgende:

- Hvorfor sagsbehandlingstiden i 2019 oversteg den fastsatte tidsfrist for vurdering af nye lægemidler
- Hvilke tiltag man har taget for at overholde fristen i 2020
- Hvor mange lægemidler der blev anbefalet og ikke-anbefalet til ibrugtagning i 2019
- Hvad den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for udarbejdelse af behandlingsvejledninger udgjorde i 2019.

Medicinrådet har oplyst, at det ikke altid er muligt at overholde 12-ugers fristen (den gennemsnitlige sagsbehandlingstid udgjorde 13 uger og 3 dage). I de sager, hvor tidsfristen ikke har været overholdt, har det skyldtes sagernes kompleksitet eller modtagelsestidspunkt af ansøgningen. Medicinrådet anfører endvidere, at hensynet til at sikre en forsvarlig løsning vejer tungere end hensynet til en eventuel sagsbehandlingsfrist.

Medicinrådet vil i 2020 bestræbe sig på at behandle sagerne så hurtigt, som det er muligt og forsvarligt. Rådet ser derfor løbende på mulige optimeringsmuligheder i forhold til sagsbehandlingsprocessen.

Medicinrådets anbefalinger om ibrugtagning af nye lægemidler fordelte sig i 2019 med 23 anbefalinger om ibrugtagning af lægemidlet som standardbehandling, 7 lægemidler blev delvist anbefalet, og 13 lægemidler blev ikke anbefalet til standardbehandling.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for Medicinrådets udarbejdelse af behandlingsvejledninger udgjorde 9 måneder i 2019 (fristen er 8 måneder).

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Medicinrådets svar på spørgsmål til årsberetning (pdf) (1354262 - EMN-2017-00578)

6 (Fortrolig)

7 (Fortrolig)

8 (Fortrolig)

9 (Offentlig) Evaluering og evt. fortsættelse af internetbaseret psykologbehandling

Josefina Hindenburg Krausing
EMN-2017-01572

Resumé

Danske Regioners bestyrelse besluttede på møde den 12. oktober 2017, at Region Syddanmarks behandlingstilbud om internetbaseret psykologbehandling af angst og let til moderat depression fra 15. marts 2018 skulle tilbydes til borgere i alle regioner i en 2-årig periode som et pilotprojekt, hvorefter projektet skulle evalueres.

Der foreligger nu en evaluering af behandlingstilbuddet, som på baggrund af en lille undersøgelsespopulation peger på, at patienterne overvejende er ressourcestærke, generelt er meget tilfredse med kvaliteten af behandlingen og kontakten med psykolog via videosamtaler, beskedmodulet og telefonsamtaler, samt at behandlingen har hjulpet til håndtering af patienternes problemer.

Bestyrelsen skal på baggrund af bl.a. evalueringen tage stilling til, om det skal anbefales, at tilbuddet til borgere med angst og let til moderat depression videreføres samt at tilbuddet følges tæt med hensyn til økonomi og effekt.

Indstilling

Det indstilles

at bestyrelsen anbefaler, at regionerne inden for den samme økonomiske ramme viderefører tilbud om internetbaseret psykologbehandling til borgere med angst og let til moderat depression samt at ordningens effekt følges tæt.

Sagsfremstilling

Danske Regioners bestyrelse besluttede den 12. oktober 2017, at regionerne sammen skulle tilbyde internetbaseret kognitiv adfærdsterapi til behandling af angst og depression til borgere over 18 år med angst og let til moderat depression i en to-årig pilot-periode. Behandlingen udbydes via Internetpsykiatriens hjemmeside i Region Syddanmark og det deri eksisterende set-up. Bestyrelsen besluttede samtidig, at pilotprojektet skulle evalueres. DEFACTUM har på regionernes vegne evalueret tilbuddet.

Evalueringen peger på, at patienterne overvejende er ressourcestærke og veluddannede borgere med høj arbejdsmarkedstilknytning. Patienterne er generelt meget tilfredse med kvaliteten af behandlingen og kontakten med psykolog via videosamtaler, beskedmodulet og telefonsamtaler, samt at behandlingen har hjulpet til håndtering af patienternes problemer.

Samarbejdsaftale om brug af internetbaseret psykologbehandling

Med beslutningen om at tilbyde internetbaseret psykologbehandling til borgere med angst og let til moderat depression indgik regionerne en 2-årig samarbejdsaftale regionerne imellem. Aftalen er undervejs forlænget fra marts 2020 til udgangen af 2020. Aftalen indebærer en årlig samlet patientvolumen på 1.400 patienter fordelt mellem regionerne til en stykpris på 3.600 kr. pr. patient svarende til en fælles årlig driftsudgift på ca. 5 mio. kr.

Tabel 1. Aftalt ramme med hensyn til fordeling af patienter og økonomi

	Samarbejdsaftale marts 2018 – marts 2020	Forlængelse april-dec. 2020		
	Årligt antal patienter	Årlig udgift 2019 (kr.)	Antal patienter 9 mdr.	Udgift 9 mdr. (kr.)
Nordjylland	145	521.843	167	602.100
Midtjylland	320	1.151.653	288	1.036.800
Syddanmark	300	1.079.675	392	1.412.100
Sjælland	205	737.778	131	472.500
Hovedstaden	443	1.594.320	352	1.266.300
TOTAL	1413	5.085.269	1331	4.789.800

Der er behandlet ca. 2.800 patienter i tilbuddet indenfor den 2-årige periode. På landsplan har efterspørgslen således samlet set levet op til forudsætningerne dog med en vis variation imellem regionerne. Henholdsvis 55 % af patienterne er i depressionsbehandling og 45 % af patienterne er i angstbehandling. Kønsfordelingen blandt patienterne er ca. 70 % kvinder og 30 % mænd. Pt. arbejder regionerne på at opnå mere ens efterspørgsel.

Fakta i evalueringen

Medio juni 2018 opdagede Internetpsykiatrien i Region Syddanmark et alvorligt datalæk hos daværende it-leverandør, og en ny it-leverandør skulle udvikle og tilpasse nye behandlingsprogrammer. Det betyder at evalueringen kun er gennemført for patienter med depression. Datalækket har haft indflydelse på evalueringen, således er analyserne gennemført på færre patienter end forventet, og omhandler kun behandlingen for depression.

257 patienter (41 %) har givet samtykke til at deltage i evalueringen, og af denne gruppe besvarede 43 (17 %) deltagere et afsluttende spørgeskema efter sidste behandlingssession. Det betyder, at evalueringen er baseret på en lille studiepopulation.

Evalueringen viser, at de borgere der modtager internetbehandling for depression i tilbuddet er:

- ressourcestærke borgere med længere uddannelse, som er tilknyttet arbejdsmarkedet (større andel end gennemsnit af befolkningen)
- borgere der er samboende (større andel end gennemsnit af befolkningen)
- borgere der ikke har et alkohol- eller stofmisbrug (det er et eksklusionskriterie, hvis man som borger har et misbrug)
- borgere der ikke modtager yderligere behandling for deres depression end internetbehandlingen (forudsætning for behandling)
- at depressionssymptomer hos deltagerne bliver reduceret, men det er ikke muligt at konkludere, at disse ændringer skyldes internetbehandlingen, da der ikke har været en kontrolgruppe at sammenligne resultaterne med.
- at størstedelen af deltagerne havde hørt om nærværende behandlingstilbud hos egen læge (35 %) og "andet" (37 %), som primært dækkede over søgninger på internettet og anbefalinger fra psykologer og psykiatere, mens få nævnte Angstavisen, Dansk Psykolog Forening, fagforening og depressionsforening
- størstedelen af deltagerne var yngre end 30 år (42 %)
- tre fjerdedele af deltagerne var kvinder
- størstedelen af deltagerne havde en mellemlang eller lang videregående uddannelse
- størstedelen af deltagerne (60 %) var enten i arbejde, under uddannelse og modtog SU, eller ledige og modtog dagpenge 8 % af deltagerne angav at de var i behandling for psykisk lidelse udover medicin og samtaler ved egen læge.

Der var i alt 383 patienter i behandling for depression i perioden januar 2018 til oktober 2019 med følgende fordeling blandt regionerne:

- Region Hovedstaden: 22 %
- Region Midtjylland: 21 %
- Region Nordjylland: 7 %
- Region Sjælland: 9 %
- Region Syddanmark: 41 %

Evalueringen viser desuden, at halvdelen af de patienter, som fik tilbudt en videosamtale i forløbet, gennemførte samtalen, og 60 % af de patienter, som gennemførte denne samtale modtog efterfølgende behandling for depression eller angst. Mellem regionerne er der forskelle på andelen som gennemførte videosamtalen, når den var tilbudt. Færrest gennemførte samtalen fra Region Nordjylland, mens flest gennemførte fra Region Syddanmark.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Kommunikation
Ingen bemærkninger

Bilag

10 (Fortrolig)

11 (Offentlig) Danske Regioners EU-prioriteringer 2020

Asger Andreasen
EMN-2020-00573

Resumé

Situationen for Danske Regioners EU-prioriteringer for 2020 er usædvanlig. For det første er flere af den nye EU-Kommissions store initiativer fremsat i form af strategioplæg, der først senere vil blive ledsaget af konkret lovgivning. For det andet har COVID-19 ændret den europæiske politiske dagsorden drastisk. Derfor anbefaler sekretariatet, at Danske Regioner prioriterer de store emner, som får betydning for regionerne og tager særskilt stilling til konkrete lovgivningstiltag, efterhånden som EU-Kommissionen ruller disse ud.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender følgende EU-emner som Danske Regioners EU-prioriteringer for 2020:

1. EU-tiltag i relation til COVID-19, som berører regionerne.
 2. European Green Deal, som er EU's samlende ramme for miljø, ressourcer, cirkulær økonomi, klima og energi.
 3. EU's digitale dagsorden med fokus på kunstig intelligens, datadeling, samt konkret lovgivning om digitale tjenester.
 4. EU's sundhedspolitik og arbejdsgiverpolitik, herunder en kræfthandlingsplan og en lægemiddelstrategi for EU samt minimumslønninger og opkvalificering på arbejdsmarkedet.
 5. EU's demokratidagsorden med fokus "Konferencen om Europas fremtid".
 6. Igangværende EU-sager, som Danske Regioner er engageret i, dvs. implementering af direktiv om sundhedsydelser på tværs af grænser, samt EU-budgettet 2021-2027 med specielt fokus på betydningen for Horizon Europe og Interreg-programmerne.
-

Sagsfremstilling

EU-Kommissionen kom med sit 2020-arbejdsprogram den 30. januar 2020. Umiddelbart herefter overtog COVID-19 dagsordenen.

Det bliver svært at nå tidsplanen i EU-Kommissionens arbejdsprogram. For det første har COVID-19 skabt behov for øjeblikkelig krisestyring i EU. For det andet skal EU-institutionerne finde nye digitale løsninger for at gennemføre de politiske møder, drøftelser og afstemninger, som kræves for at Kommissionens lovgivningsinitiativer kan blive vedtaget. Det er i det lys forslaget til Danske Regioners EU-prioriteringer for 2020 skal læses.

Prioriteringerne er retningsgivende for Danske Regioners aktiviteter på EU-området. Udviklingen i løbet af året kan medføre ændrede prioriteringer. Nedenfor er EU-emnerne beskrevet yderligere.

1. EU-tiltag i relation til COVID-19

Godkendelse af statsstøtte og fravigelse af reglerne om offentlige budgetunderskud

EU-Kommissionen vist fleksibilitet omkring statsstøtteregler. Konkret har f.eks. den danske regerings tiltag om at dække kriseramte virksomheders lønudgifter krævet godkendelse fra EU-Kommissionen. Desuden har EU-Kommissionen lempet budgetreglerne, der normalt sætter rammerne for landenes offentlige forbrug.

Strukturfondsmidler må bruges på krisetiltag

Europa-Parlamentet har godkendt, at medlemslandene må bruge strukturfondsmidler til at adressere konsekvenserne af krisen i medlemslandene. EU-Kommissionen har anslået, at der vil være ca. 210 mio. kr. til Danmark, som bl.a. kan bruges til ekstra hospitalsudstyr, værnemidler mv., hvis den danske regering ønsker det.

Måske større EU-fokus på sundhed

I kølvandet på COVID-19 vil vi måske opleve en EU-Kommission, som vil forsøge at få større kompetence vedrørende sundhedstrusler eller i det mindste et bedre samarbejde EU-landene i mellem, selvom EU-traktatens artikel 168 fastslår, at organisering og styring af sundhedsvæsenet er medlemslandenes kompetence alene.

2. European Green Deal – Miljø, ressourcer, cirkulær økonomi, klima og energi

EU-Kommissionens nye forslag til en "European Green Deal" rummer muligheder for regionerne. European Green Deal indeholder bl.a. forslag til europæisk klimalov, klimapagter, gennemgang af lovgivningen på vandområdet samt muligt tiltag om bindende grønne indkøb.

EU's Green Deal skal mobilisere 7.500 mia. kr. frem mod 2027. Blandt initiativerne er bl.a. en ny Fond for Retfærdig Omstilling, der dog fortrinsvis er målrettet omstillingen i de mest kulafhængige regioner i Polen, Tyskland, Rumænien, Frankrig og Italien. Afhængig af de endelige budgetforhandlinger kan der være op til 260 mio. kr. til danske projekter i den nye fond.

3. EU's digitale dagsorden (kunstig intelligens, deling af data, GDPR, digitale færdigheder)

Indeholder bl.a. forslag til:

Retsakt om digitale tjenester, som bl.a. vil præcisere reglerne for online-tjenester, herunder også offentlige sundhedstjenester.

Revision af direktivet om sikkerhed i net- og informationssystemer (NIS-direktivet), som i dansk ret har indført en række forpligtelser i forhold til sikkerhed i net- og informationssystemerne, som navnlig offentlige myndigheder m.fl. i sundhedssektoren og andre operatører af væsentlige tjenester bør være opmærksomme på.

Rapport om anvendelsen af persondataforordningen (GDPR), hvori EU-Kommissionen vil komme med en evaluering og evt. forslag til revision af persondataforordningen.

4. EU's sociale søjle (sundhedspolitik og arbejdsgiverpolitik)

Tiltagene er bl.a.:

En kræfthandlingsplan for Europa

Målet for EU-Kommissionens forslag til Europas kræfthandlingsplan, er at mindske kræftbyrden for patienter, deres familier og sundhedssystemerne. Den vil tage fat på uligheder i forbindelse med kræft mellem og inden for medlemsstaterne og iværksætte tiltag, der støtter, koordinerer og supplerer medlemsstaterne indsats. Forslaget til Europas kræfthandlingsplan offentliggøres måske i slutningen af 2020.

En lægemiddelstrategi for Europa

Strategien skal sikre, at Europa har nok medicin og igen bliver førende på forskning og udvikling er planlagt til slutningen af året. Strategien er planlagt til offentliggørelse i 4. kvartal, men er givetvis allerede ved at blive justeret som et resultat af COVID-19.

Mindstelønninger for arbejdstagere i EU

EU-Kommissionen har taget fat på arbejdet med et direktiv om mindstelønninger og selvom EU-Kommissionen i et høringsbrev til Danmark har garanteret, at den danske model ikke bliver berørt af EU-regler om europæisk mindsteløn, så er der alligevel grund til at følge forslaget til direktiv nøje og sikre, at det ikke underminerer den danske model.

5. EU's demokratidagsorden

EU's demokratidagsorden handler f.eks. om "Konferencen om Europas fremtid", der over en to-årig periode skal give input til, hvordan EU-samarbejdet skal se ud i fremtiden. Baggrunden er, at Brexit nu er en realitet og at regeringerne i Polen og Ungarn gennem en årrække har trukket deres lande længere og længere væk fra de demokratiske værdier, der ellers klart og tydeligt fremgår af EU's traktat.

6. Igangværende sager

Implementering af direktiv om sundhedsydelser på tværs af grænser.

Danske Regioners EU-talsmand Karsten Uno Petersen er ordfører på Regionsudvalgets udtalelse om implementeringen af EU-direktivet om sundhedsydelser på tværs af grænser. Pga. COVID-19 er det ikke muligt at holde de nødvendige møder i Regionsudvalget og vedtagelsen af den endelige udtalelse og dermed også den videre interessevaretagelse overfor EU-Kommissionen, Rådet og Europa-Parlamentet er udskudt til oktober 2020. Bestyrelsen godkendte principperne for udtalelsen den 5. marts.

Horizon Europe

Danmark ligger i den absolut pæne ende, hvad angår hjemtag af Horizon-midler, ikke mindst hjulpet på vej af regionernes indsats, både på den hjemlige bane og via kontorerne i Bruxelles. Ifølge de seneste tal fra Uddannelses- og Forskningsministeriet er det samlede danske hjemtag siden programstart i 2014 på over 9 mia. kr. Ser man på hjemtaget ift. indbyggertal, ligger Danmark fortsat på en andenplads på listen over de 20 lande, som modtager flest midler fra Horizon-programmet.

EU-budgettet 2021-2027

Debatten om prioriteringerne for EU's kommende flerårige budget var i fuld gang inden corona-pandemien ramte. Danske Regioner interesserer sig for EU-budgettet 2021-2027 specielt på grund af betydningen for Horizon Europe og Interreg-programmerne.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

EU-prioriteringerne for 2020 fremlægges til bestyrelsens godkendelse efter behandling i Udvalget for Regional Udvikling og EU den 23. april.

Generelt om Danske Regioners EU-interessevaretagelse

Danske Regioner deltager både på politisk og på embedsmandsniveau for at varetage regionernes interesser i EU's beslutningsproces.

Interessevaretagelsen handler om at påvirke og informere om EU-initiativer, både når EU-tiltag kan understøtte Danske Regioners strategi og arbejdsprogram, og når indholdet af forslag til EU-lovgivning ikke er hensigtsmæssigt for den regionale opgavevaretagelse.

Samlet set er Danske Regioner repræsenteret enten på politisk niveau eller på embedsmandsniveau ved 55-60 møder årligt i europæiske fora, heraf 35-40 møder alene i Det Europæiske Regionsudvalg.

Kommunikation
Ingen bemærkninger

Bilag

12 (Fortrolig)

13 (Offentlig) Høringssvar - Kommissionens datastrategi

Simone Poulsen
EMN-2020-00598

Resumé

Danske Regioner har modtaget en høring fra Erhvervsministeriet om Kommissionens meddelelse om en Europæisk Datastrategi. Datastrategien holder sig på et overordnet niveau og handler om al slags data, herunder sundhedsdata. Et af strategiens centrale budskaber er, at medlemslandene i højere grad skal udveksle data – naturligvis under iagttagelse af databeskyttelsesreglerne. Konkret betyder det, at der ikke gives køb på beskyttelsen af individets rettigheder og personoplysninger m.v.

Danske Regioner kan tilslutte sig de ambitioner om bedre brug af data, som præsenteres i strategien.

Der var frist for høringssvar den 16. april 2020, hvorfor høringssvaret er fremsendt med forbehold for politisk behandling.

Indstilling

Det indstilles

at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar om en europæisk datastrategi.

Sagsfremstilling

Hovedpointer fra datastrategien

Kommissionens meddelelse om en europæisk datastrategi skitserer ambitioner om bedre og mere innovativ brug af data på tværs af landegrænser. Kommissionen ønsker, at EU skal indtage en international førende rolle i forhold til brug af data. Data kan og skal bruges på en måde, som fører til bedre og mere korrekte beslutninger i både det private erhvervsliv og den offentlige sektor til gavn for såvel borgere, økonomien og samfundet m.v.

Datastrategien er første skridt i arbejdet med at optimere den måde, data bruges på i medlemslandene. Der er således ikke tale om reel EU-lovgivning, men en strategi, der kan danne grundlag for det videre arbejde hen imod egentlig rammelovgivning i EU. Tanken er, at der i dette arbejde skal bygges oven på de stærke lovgivningsmæssige rammer, EU allerede har om grundlæggende rettigheder, databeskyttelse, sikkerhed og cybersikkerhed og det indre marked.

EU ønsker, at medlemslandene i forening skal indtage en førende rolle i udviklingen af dataøkonomien. Dataøkonomien blev i 2018 anslået til en værdi på 301 mia. euro, mens det er forventningen, at dataøkonomien i 2025 vil have en værdi på 829 mia. euro.

Strategien handler om alle typer data, herunder også sundhedsdata, og forholder sig overordnet til forskellige datatypers potentiale og ambitionerne om et EU, der kan indfri dette potentiale.

Der lægges stor vægt på, at innovative skridt ved brug af data og deling af data skal ske i overensstemmelse med databeskyttelsesreglerne. Det vil sige, at eventuelt fremtidige regler om mere innovativ brug af data i EU vil skulle overholde reglerne i bl.a. databeskyttelsesforordningen. I strategien lægges der desuden op til, at et skridt i retning af en bedre deling af data kan være europæiske *datasøer* på de forskellige forretningsområder så som fx energi, transport og sundhed. På sundhedsområdet vil en sådan *datasø* kunne understøtte muligheden for i højere grad at samstille forskellige typer af data til gavn for udviklingen af personlig medicin i medlemslandene.

Hovedpointer fra Danske Regioners hørings svar

Danske Regioner tilslutter sig ambitionen om i højere grad at dele data på tværs af lande for at udvikle og forbedre tilbud om sundhedsfaglig behandling. Bedre brug af sundhedsdata på tværs af landegrænser vil få positiv betydning for forskning, tilrettelæggelsen af den sundhedsfaglige behandling i sundhedsvæsenet samt den tekniske og økonomiske udvikling, hvilket er en fordel for både borgere og for samfundet.

Med den fælles ambition om personlig medicin arbejder regionerne allerede for i højere grad at skræddersy behandlingen til den enkelte person baseret på dennes individuelle karakteristika. Personlig medicin forudsætter store mængder af data, og ofte større, end hvad der er tilgængelig i det enkelte medlemsland. For at kunne tilbyde en tilstrækkeligt evidensbaseret behandling er der derfor ofte behov for adgang til langt større datapopulationer, end de enkelte lande selv kan stille til rådighed. Ved i højere grad at dele data indenfor EU, vil chancerne for at høste potentialet ved fx personlig medicin øges.

Det er afgørende, at borgerne har tillid til, at deres data behandles sikkert og ansvarligt. Det er derfor positivt, at strategien fastslår, at al innovation på dataområdet skal ske i overensstemmelse med databeskyttelsesreglerne.

Sundhedsdata er særligt følsomme data og falder derfor under de mest restriktive beskyttelsesregler i bl.a. databeskyttelsesforordningen. Det er afgørende, at sådanne data opbevares inden for landets grænser. Her skal det bemærkes, at nye tiltag fra EU ikke vil rukke ved de grundlæggende rettigheder, beskyttelseshensyn og værdier, som vi kender fra EU-

lovgivningen i dag. Eventuel fremtidig rammelovgivning fra EU's side vil kunne ses som en overbygning til de allerede eksisterende regler og rettigheder.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Danske Regioners Høringssvar - En Europæisk Datastrategi (1353451 - EMN-2020-00598)

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

Gregers Bjørneboe
EMN-2019-01064

Resumé

Danske Regioners bestyrelse har den 19.-23. januar 2020 været på studietur til Israel med henblik på bl.a. at få et indblik i, hvordan Israel leverer sundhedsydelser udenfor hospitalssektoren.

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.

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 og Jorun Bech.

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

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Bilag 1 Fakta-ark Israels sundhedsvæsen (1351626 - EMN-2019-01064)
2. Bilag 2- Indtryk og læring fra PLO studietur til Israel (1351629 - EMN-2019-01064)

15 (Fortrolig)

16 (Fortrolig)

17 (Fortrolig)

18 (Offentlig) Afvikling af GF2020

Trine Korsgaard
EMN-2019-00967

Resumé

På grund af covid-19 blev Danske Regioners generalforsamling 2020 (GF 2020) den 1. april 2020 ikke afholdt, men i stedet flyttet til den 11. september 2020.

Grundet den aktuelle situation vurderes det ikke realistisk at afvikle GF 2020 som vanligt og derfor foreslås hermed alternativ afvikling kun for delegerede og enkelte andre, som fx sekretariatsmedarbejdere, der forestår den praktiske afvikling.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender alternativ afvikling af GF 2020 pga. COVID-19 at bestyrelsen godkender, at formand og 1. næstformand kan træffe beslutning om at ændre planen for afvikling, såfremt myndighedernes anbefalinger for forsamlings eller lignende ændrer sig forud for GF, og eventuelt iværksætte nødafvikling for at overholde vedtægten.

Sagsfremstilling

GF skal afholdes inden 1. oktober 2020, jf. § 6 i Danske Regioners vedtægter. Grundet den aktuelle situation vurderes det ikke realistisk at gennemføre generalforsamlingen som hidtil planlagt med omkring 450 delegerede, gæster og sekretariat samlet i Centralværkstedet i Århus.

Alternativ afviklingsform

Med forbehold for eventuelle ændringer af myndighedernes anbefalinger foreslås, at

- GF 2020 afholdes kun for regionsrådsmedlemmer, ministre og folketingsmedlemmer samt enkelte sekretariatsmedarbejdere
- Øvrigt interesserede kan følge med via streaming
- Middag efter GF aflyses
- Politikerkonferencen den 10. september 2020 GF aflyses
- Bestyrelsesmødet den 10. september 2020 afvikles som planlagt

Program

GF 2020 afvikles den 11. september 2020 på Centralværkstedet i Århus fra kl. 9.30 til ca. 16.45.

- 9.30 Formanden byder velkommen
Key note speaker: Connie Hedegaard
Replik fra formanden
- 10.10 Åbning af generalforsamlingen
Pkt. 1. Valg af dirigent
Pkt. 2. Formandens tale
- 11.05 Regeringens hilsen
- 11.35 Politiske gruppemøder inkl. frokost
- 14.15 Prisoverrækkelse: Årets borgerinddragende initiativ
- 14.30 Pkt. 3. Regnskab og kontingent
Pkt. 4. Debat om formandens tale samt "Beretning 2019"
Pkt. 5. Indkomne forslag
Pkt. 6. Næste møde
Pkt. 7. Eventuelt
- 16.45 Generalforsamlingen afsluttes og formanden takker af for i år.

Praktisk afvikling

For at imødegå myndighedernes anbefalinger vil der blive iværksat en række ekstraordinære foranstaltninger i forbindelse med afvikling af GF 2020. De særlige retningslinjer fastlægges tæt på afholdelsestidspunktet og vil afhænge af de aktuelle gældende retningslinjer for større sammenkomster.

Nødafvikling af GF

Såfremt myndighedernes retningslinjer for forsamlinger eller lignende ændres markant, og det slet ikke vil være muligt at gennemføre en fysisk generalforsamling rettidigt, vil det som yderste konsekvens være nødvendigt at afvikle GF 2020 virtuelt med online skriftlige afstemninger.

Nødafviklingen vil indeholde skriftlig afstemning om blandet andet dirigent, regnskab, kontingent, beretning mv., der sikrer vedtægtens krav om afvikling af GF overholdes.

Formand, næstformand og sekretariatet tilrettelægger eventuel nødafvikling af GF 2020, og orienterer grundigt delegerede herom samt står til rådighed med teknisk assistance på dagen.

Økonomi

Danske Regioner har haft udgifter på ca. 800.000 kr. i forbindelse med den aflyste generalforsamling og politikerkonference den 1. og 2. april 2020.

Gennemførelsen af GF 2020 den 11. september 2020 vil medføre udgifter til lokaler og forplejning i Centralværkstedet samt Comwell Hotel Aarhus. Men der forventes at være færre omkostninger i forhold til en normal afholdelse af generalforsamling, idet der ikke skal afholdes udgifter til visse gæsters deltagelse, den afsluttende middag, mv.

Ved en nødafvikling af GF 2020 vil der pga. kontrakt fortsat være udgifter til Centralværkstedet og Comwell Hotel Aarhus samt der må forventes udgifter til en teknisk afvikling.

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Beslutningen kommunikeres til regionspolitikere, sekretariater og allerede indbudte gæster.

Bilag

19 (Offentlig) Aflysning af åbent hospital 2020 og udsættelse til 2021

Anne Mette Ehlers
EMN-2019-01176

Resumé

På grund af COVID-19 og smitterisiko på hospitalerne foreslås det, at Åbent Hospital og Vi bygger for livet-kampagnen 2020 aflyses og samtidigt udsættes til afholdelse i 2021. Dermed overføres de allerede bevilligede midler til 2021. Her vil kampagnen i stedet løbe og eventen gennemføres 5. september 2021.

Indstilling

Det indstilles,

at Åbent Hospital 2020 og tilhørende Vi bygger for livet-kampagne aflyses og udsættes til 2021, hvor kampagne og event udføres med det allerede afsatte budget for 2020 på 250.000 kr. og under samme forudsætninger, som bestyrelsen har givet for 2020. Datoen for Åbent Hospital bliver 5. september 2021.

Sagsfremstilling

Begivenheden og den tilhørende kampagne "Vi bygger for livet" kræver en større planlægning både i regionerne, på hospitalerne og hos Danske Regioner. Arbejdet har været sat på hold i cirka en måned, og på nuværende tidspunkt ser det ikke ud til, at det er forsvarligt at gennemføre Åbent Hospital i 2020 pga. COVID-19-epidemien, hvorfor kampagnen "Vi bygger for livet" inkl. eventen "Åbent Hospital" bør udsættes. Der foreslås derfor, at event og kampagne udsættes til 2021, og at budgettet fra 2020 overføres til 2021. Dato for Åbent Hospital bliver 5. september 2021.

Dette taler for en udsættelse:

1. Der vil formentlig stadig være risiko for smittespredning af coronavirus, hvorfor borgerne under alle omstændigheder ikke bør inviteres indenfor.
2. På grund af COVID-19 har hospitalerne en ekstra arbejdsbyrde i mange måneder frem, hvilket også taler for en aflysning i år.

Skulle forhold, der taler mod en event i 2021, gøre sig gældende, fx fortsat risiko for smittespredning af coronavirus, vil bestyrelsen blive præsenteret for en ny indstilling om eventuel aflysning/udsættelse.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

20 (Offentlig) Ændringer i hverv - Danske Regioners social- og psykiatriudvalg

Bente Jønsson
EMN-2017-02853

Resumé

Bestyrelsen orienteres om ændringer i hverv.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen udpeger regionsrådsmedlem Steen Jacobsen, V, Region Midtjylland til ny næstformand i Psykiatri- og Socialudvalget pr. 1. april 2020, at bestyrelsen tager til orientering, at regionsrådsmedlem Finn Rudaizky, O, Region Hovedstaden indtræder i Psykiatri- og Socialudvalget pr. 1. august 2020, og at bestyrelsen tager til orientering, at regionsrådsmedlem Bente Gertz, A, Region Syddanmark indtræder i Psykiatri- og Socialudvalget pr. 1. juni 2020.

Sagsfremstilling

Næstformand i Danske Regioners psykiatri- og socialudvalg Olav Nørgaard har pr. 1. april 2020 ønsket at udtræde af udvalget af arbejdsmæssige årsager. Regionsrådsmedlem Steen Jacobsen, V, Region Midtjylland indstilles som ny næstformand i udvalget.

Regionsrådsmedlem Freja Södergran, O, Region Hovedstaden, indtrådte i Psykiatri- og Socialudvalget den 1. februar 2019 i stedet for regionsrådsmedlem Henrik Thorup, O, Region Hovedstaden. Ved indtrædelsen blev det aftalt, at Freja Södergran og Finn Rudaizky skulle deles om udvalgsposten i de resterende 38 måneder af valgperioden. Regionsrådsmedlem Finn Rudaizky, O, Region Hovedstaden indtræder derfor pr. 1. august 2020 indtræder som medlem af udvalget.

Regionsrådsmedlem Pia Tørving, A, Region Syddanmark afgik ved døden i april 2020. Regionsrådsmedlem Bente Gertz, A, Region Syddanmark er pr. 1. juni 2020 udpeget som medlem af udvalget.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation
Ingen bemærkninger

Bilag

21 (Offentlig) Generelle orienteringer

Maren Munk-Madsen
EMN-2020-00055

Resumé

Følgende emner er til orientering:

- Kort status for arbejdet med justering af Medicinrådet
- Revision af ny indkøbsstrategi
- Konsekvensændring i kriterium i regionernes tilskudsmodel
- Høringssvar – bekendtgørelse vedr. forberedende voksenundervisning og ordblindeundervisning
- Nyt valgsystem udsendt til efter regionalvalget
- Betænkning om ytringsfrihedens rammer og generelle vilkår
- Arrangementer og konferencer

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Kort status for arbejdet med justering af Medicinrådet

(EMN-2018-02022)

Bestyrelsen besluttede den 21. november 2019 en række justeringer af Medicinrådet.

Danske Regioner har sammen med Medicinrådet og dets sekretariat fulgt op på beslutningen. I den forbindelse kan bl.a. nævnes følgende:

- Medicinrådets sekretariat leverer teknisk, faglig sekretariatsbistand til Danske Regioner i forhold til at få udarbejdet en ny metode for vurdering af nye lægemidler med QALY. Arbejdet er kommet godt i gang, og der er i regi af Danske Regioner nedsat en gruppe med deltagelse af Medicinrådet, Amgros, Danske Patienter, Lægevidenskabelige Selskaber Lægemedelindustriforeningen, som følger arbejdet med metodeudviklingen.
- Udviklingen af den nye metode og den fremtidige anvendelse af QALY kræver tæt samarbejde mellem den kliniske og økonomiske faglighed. Medicinrådets sekretariat er i den forbindelse blevet udvidet med sundhedsøkonomer fra bl.a. Amgros. Medicinrådets sekretariat har samtidigt overtaget arbejdet fra Amgros med udarbejdelse af de sundhedsøkonomiske analyser, som ligger til grund for Medicinrådets anbefalinger.

- Medicinrådet har udarbejdet og offentliggjort et kriteriepapir for, hvilke typer af upublicerede data, som nu kan anvendes i forbindelse med ansøgninger om ibrugtagning af nye lægemidler.
- Medicinrådet har lanceret en ny hjemmeside (www.medicinraadet.dk), hvor man kan følge sagsbehandlingstiden – også den tid som ligger forud for modtagelsen af virksomhedens endelig ansøgning (dag 0).

Bestyrelsen forventes til på møde 19. november 2020 at kunne få forelagt et forslag til ny metodehåndbog for vurdering af nye lægemidler med QALY.

Revision af ny indkøbsstrategi

(EMN-2018-01565)

Bestyrelsen godkendte på møde den 6. februar 2020 en ny fælles indkøbsstrategi for perioden 2020-2025. Grundet COVID-19 situationen er indkøbsstrategien endnu ikke offentliggjort og der kan være behov for at revidere og/eller supplere indkøbsstrategien i lyset af COVID-19. Offentliggørelsen afventer derfor en eventuel revision.

Konsekvensændring i kriterium i regionernes tilskudsmodel

(EMN-2019-00373)

Udligningsreformen, der præsenteres den 5. maj 2020 på det kommunale område, påvirker enkelte kriterier i regionernes bloktilskud. Det gælder det såkaldte "rejsetidskriterium" og "uddannelseskriteriet". Uddannelseskriteriet ændres for kommunerne, men der lægges ikke op til at ændre i uddannelseskriteriet i regionernes fordeling på udviklingsområdet, idet regionernes størrelse gør dem mindre følsomme over for en evt. usikkerhed i disse opgørelser end kommunerne.

Vedr. rejsetidskriteriet:

Social- og Indenrigsministeriet oplyser, at det nuværende bloktilskudskriterium, "Rejsetidskriteriet" erstattes med et nyt tilsvarende kriterium, "Befolkningstæthed". Det skyldes, at det hidtidige rejsetidskriterium ikke længere kan opdateres. I det kommunale tilskuds- og udligningssystem er der samme udfordringer med opgørelsen af et "rejsetidskriterium". Kriteriet forventes for kommunerne ændret til en beregning af rejseafstande i fugleflugtslinje. Tallene opgøres af Danmarks Statistik. Dette giver en enklere opgørelse, og kriteriet vil kunne opdateres årligt. Der er lagt op til at en tilsvarende løsning anvendes på regionernes område, således at kriteriet fremover kan opdateres. I regionernes tilskudssystem indgår rejsetidskriteriet (Gennemsnitlig rejsetid til 18.000 indbyggere ganget med antallet af indbyggere) i beregningen af det strukturelle indeks på både udviklingsområdet og sundhedsområdet. Det indgår med en vægt på 5 pct. på udviklingsområdet og en vægt på 5 pct. i det

socioøkonomiske udgiftsbehov på sundhedsområdet. "Rejsetidskriteriet" opgøres hvert 3. år, men er for regionerne dog senest opgjort i 2012. Det skyldes, at kriteriet ikke kan opdateres længere ud fra det vejnet og program, som tidligere er anvendt.

De foreløbige tal viser et tab for Region Hovedstaden på ca. 38 mio. kr., og gevinst til de øvrige regioner på ca. 7-13 mio. kr. I forhold til tilskuddenes størrelse i 2020 udgør tabet til Region Hovedstaden 0,12 pct. Den største gevinst er til Nordjylland og udgør tilsvarende 0,12 pct. De øvrige gevinster udgør højst 0,04 pct., jf. tabellen nedenfor.

Virkning af ny opgørelse af rejsetidskriteriet på regionernes sundhedsområde, 2020

	Tilskud, 2020, i 1.000 kr.	Ændring i tilskud, 2020, i 1.000 kr. (-=tab)	Ændring i tilskud, 2020, pct. (af tilskud 2020), (-=tab)
Hovedstaden	31.050.756	-37.764	-0,12
Sjælland	15.238.944	6.600	0,04
Syddanmark	21.252.564	9.516	0,04
Midtjylland	21.286.668	8.880	0,04
Nordjylland	10.229.964	12.768	0,12

Kilde: Økonomi- og Indenrigsministeriet, foreløbige tal.

På regionernes udviklingsområde betyder den nye opgørelse af rejsetidskriteriet, at Region Hovedstaden på basis af de foreløbige tal forventes at få et tab på 2,7 mio. kr., mens de øvrige regioner får en gevinst. I forhold til tilskuddenes størrelse, er virkningerne lidt større end på sundhedsområdet. Region Hovedstadens tab udgør 0,41 pct., mens den største gevinst er til Region Nordjylland med 0,43 pct., jf. tabellen nedenfor.

Virkning af ny opgørelse af rejsetidskriteriet på regionernes udviklingsområde, 2020

	Tilskud, 2020, i 1.000 kr.	Ændring i tilskud, 2020, i 1.000 kr. (-=tab)	Ændring i tilskud, 2020, pct. (af tilskud 2020), (- =tab)
Hovedstaden	639.540	-2.652	-0,41
Sjælland	391.368	468	0,12
Syddanmark	323.808	660	0,20
Midtjylland	389.820	636	0,16
Nordjylland	208.860	888	0,43

Kilde: Økonomi- og Indenrigsministeriet, foreløbige tal.

Høringsvar – bekendtgørelse vedr. forberedende voksenundervisning og ordblindeundervisning (EMN-2020-00462)

Danske Regioner har modtaget en høring fra Børne- og Undervisningsministeriet med en ny bekendtgørelse om undervisning m.v.

inden for forberedende voksenundervisning (FVU-bekendtgørelsen) med dertil hørende nye læreplaner og en ny bekendtgørelse om ordblindeundervisning for voksne (OBU-bekendtgørelsen) i høring.

Ministeriet begrundede forslagene med, at læreplanerne for FVU-læsning og FVU-matematik ikke er blevet justeret siden fagenes etablering i 2001, og at det samtidig giver lejlighed til at foretage en række indholdsmæssige ændringer i FVU-bekendtgørelsen og i OBU-bekendtgørelsen. De to bekendtgørelser er omfattet af samme lov, og de væsentligste ændringer af bekendtgørelserne er derfor ens.

Høringsfristen var den 25. marts 2020, hvorfor der blev afsendt et høringssvar med forbehold for politisk behandling i Danske Regioner. Regionerne har bidraget til høringssvaret.

Udvalget for Regional Udvikling og EU har haft sagen i skriftlig høring. Udvalget bakkede op om Danske Regioners høringssvar.

I høringssvaret tilkendegiver Danske Regioner en generelt positiv holdning til ændringsforslagene, idet Danske Regioner understreger sit ønske om en decentral uddannelsesstruktur, der kan sikre borgerne adgang til relevant uddannelse og opkvalificering, uanset hvor i landet de bor. Når det gælder forberedende voksenuddannelse og ordblindeundervisning er den geografiske placering af udbuddet og herigennem nærheden til målgrupperne for undervisningen af særlig stor betydning.

Danske Regioner foreslår derfor, at et voksenuddannelsescenter skal have bedre muligheder for efter regionsrådets indstilling at give afslag på driftsoverenskomster med henvisning til en overkapacitet i et geografisk dækningsområde.

Nyt valgssystem udskudt til efter regionalvalget (EMN-2017-03197)

KL tog oprindeligt initiativ til udvikling og implementering af nyt valgssystem, fordi KMD's valgssystem, som bruges i dag, ikke er tidssvarende. De fem regioner har efterfølgende tilsluttet sig projektet.

Der er imidlertid opstået forsinkelser, så selvom selve programmet er næsten færdigudviklet, så kan valgsystemet alligevel ikke nå at blive testet grundigt, og prøvevalg vil ikke kunne nå at blive gennemført, før vi er for tæt på valget i november 2021. På den baggrund har KOMBITs bestyrelse besluttet, at kommunal- og regionsvalget i 2021 skal afvikles på den nuværende valgløsning. Derefter vil regioner og kommunerne overgå til det nye valgssystem.

Betænkning om ytringsfrihedens rammer og generelle vilkår

(EMN-2020-00712)

Ytringsfrihedskommissionen, der blev nedsat i december 2017, har netop afgivet en betænkning om ytringsfrihedens rammer og generelle vilkår i Danmark. Kommissionen konkluderer, at ytringsfriheden aktuelt har gode rammer og vilkår i Danmark, som hviler på et solidt fundament, som kommissionen ikke ser grund til at ændre grundlæggende ved. Kommissionen peger på, at det er vigtigt, at vi som samfund værner om ytringsfriheden og ikke tager den for givet. For selvom ytringsfriheden generelt vurderes meget højt i befolkningen som helhed, så er billedet lidt anderledes, når det kommer til konkrete forhold.

Kommissionen anbefaler blandt andet, at offentlighedsloven bør revideres med henblik på at give hensynet til informationsfriheden større vægt i mødet med andre hensyn. Desuden understreges vigtigheden af, at man i kampen mod tidens udfordringer ikke falder for fristelsen til at begrænse ytringsfriheden, hvilket kommissionen med bekymring ser en stigende tendens til de senere år.

Ytringsfrihedskommissionens betænkning kan ses her:

<https://www.justitsministeriet.dk/nyt-og-presse/pressemeddelelser/2020/ytringsfrihedskommissionen-afleverer-betaenkning>

Arrangementer og konferencer

(EMN-2018-02374)

11. september 2020

Danske Regioners generalforsamling, Aarhus

5. november 2020

Danske Regioners konference 'Sundhed for Alle', København

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

22 (Offentlig) Formandens meddelelser

Maren Munk-Madsen
EMN-2020-00055

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

23 (Offentlig) Næste møde

Maren Munk-Madsen
EMN-2020-00055

Resumé

Bestyrelsesmødet i juni måned afvikles sædvanligvis på Bornholm i forbindelse med Folkemødet. Da Folkemødet 2020 er aflyst, er bestyrelsesmødet i stedet flyttet til afholdelse i Regionernes Hus. Mødetidspunktet er samtidig flyttet og mødet er udvidet med 1 time. Mødet holdes således kl. 10.30-15.00.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager til efterretning, at næste møde holdes i Regionernes Hus onsdag den 10. juni 2020 kl. 10.30 – 15.00.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

24 (Offentlig) Eventuelt

Maren Munk-Madsen
EMN-2020-00055

Resumé

-

Indstilling

*Det indstilles,
at*

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

Bilag Titel:	Medicinrådets svar på spørgsmål til årsberetning (pdf)
Dagsordens titel	Medicinrådets svar på spørgsmål til årsberetning
Dagsordenspunkt nr	5
Bilag nr	1
Antal bilag:	1

Danske Regioner
Att. Adam Wolf

21. april 2020

Medicinrådet
Dampfærgevej 27-29, 3.th.
2100 København Ø

+45 70 10 36 00

medicinraadet@medicinraadet.dk

www.medicinraadet.dk

Årsberetning 2019

Kære Adam Wolf,

Tak for dit brev af 6. marts 2020 vedr. Danske Regioners bestyrelses drøftelse af Medicinrådets årsberetning 2019, hvor bestyrelsen ønsker en redegørelse for, hvorfor den gennemsnitlige sagsbehandling overstiger den fastsatte tidsfrist for vurdering af nye lægemidler 2019, og hvilke tiltag Medicinrådet har taget for at overholde tidsfristen i 2020.

Medicinrådet bestræber sig på, at 12-ugers kravet overholdes i alle sager, hvor det er muligt og forsvarligt. Medicinrådet vil dog ikke i sager, hvor kvaliteten af arbejdet kompromitteres, fravige den hidtidige praksis – heller ikke i 2020.

Som Rådet også tidligere har oplyst Danske Regioner om, så er det ikke i alle sager muligt at overholde 12-ugers kravet. Der vil altid forekomme afvigelser og uforudsigeligheder, der gør at sager vil få et anderledes forløb. Det er almindelig praksis inden for offentlig forvaltning, at hensynet til at sikre en forsvarlig løsning af en opgave vejer tungere end hensynet til en eventuel sagsbehandlingsfrist. En grundig faglig vurdering, herunder afklaring af tvivlsspørgsmål opstået i processen, er af afgørende betydning for kvaliteten af de endelige anbefalinger, som Medicinrådet giver.

I 2019, var den gennemsnitlige sagsbehandlingstid 13 uger og 3 dage for lægemidler i almindelig 12-ugersproces.

I de sager i 2019, hvor 12-ugers kravet ikke har været overholdt, har det skyldtes sagernes kompleksitet eller modtagelsestidspunkt for ansøgningen. Forsinkelser i modtagelsestidspunktet kan bl.a. medføre, at fagudvalgsmøder skal udskydes, og konsekvensen af dette er, at sagsbehandlingstiden forlænges.

Rådet finder, at sager skal behandles så hurtigt, som det er muligt og forsvarligt, og det vil Rådet som nævnt ovenfor også i 2020 bestræbe sig på og have stor opmærksomhed på. Medicinrådet ser derfor løbende på mulige optimeringsmuligheder mv. i forhold til sagsbehandlingsproces.

Medicinrådet er også blevet bedt om at fremsende oplysninger om, hvor mange lægemidler, der henholdsvis er anbefalet og ikke-anbefalet til ibrugtagning som standardbehandling samt oplysninger om Medicinrådets gennemsnitlige sagsbehandlingstid for udarbejdelse af behandlingsvejledninger.

I 2019 har Medicinrådet anbefalet 23 lægemidler til standardbehandling, 7 lægemidler er delvist

anbefalet, og 13 lægemidler er ikke blevet anbefalet til standardbehandling.

To gange om året er der frist (28. februar og 31. august) for at indsende forslag til, hvilke nye behandlingsvejledninger Rådet skal udarbejde. Forslag kan stilles af alle. Sekretariatet vurderer forslagene og indstiller til Rådet. På rådsmøderne i maj og november udvælger Medicinrådet terapiområder, hvor der efterfølgende skal udarbejdes en fælles regional behandlingsvejledning. I den følgende periode præsenteres Rådet løbende for protokoller til godkendelse.

Beslutningstidspunktet siger derfor intet om, hvornår arbejdet påbegyndes, og godkendelse af projektprotokollen giver en bedre tidsangivelse.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for udarbejdelse af behandlingsvejledninger i 2019 fra godkendt projektprotokol til godkendt behandlingsvejledning var 279 dage.

De seks behandlingsvejledninger er:

- Multipel sklerose (antal dage 356)
- Ikke-småcellet lungekræft (antal dage 198)
- Von Willebrand (antal dage 133)
- Hæmofili A (antal dage 154)
- Knoglemarvskræft (antal dage 552¹)
- Urinvejsinfektioner (RADS – opgøres ikke)

Med venlig hilsen

Steen Werner Hansen og Jørgen Schøler Kristensen

Formænd for Medicinrådet

¹ Behandlingsvejledningen forholder sig til alle behandlingslinjer, hvilket har medført, at sagsbehandlingstiden har taget længere tid. Vejledningen blev oprindeligt delt op i to (2. og 3. linje), men Rådet besluttede efterfølgende at samle og godkende vejledningen for alle linjer.

Bilag Titel:	Danske Regioners Høringssvar - En Europæisk Datastrategi
Dagsordens titel	Høringssvar - Kommissionens datastrategi
Dagsordenspunkt nr	13
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



Erhvervsministeriet

Erhvervsstyrelsen

16-04-2020

EMN-2020-00598

1351657

Høringssvar om Kommissionens meddelelse om En Europæisk Datastrategi

Danske Regioner støtter EU-Kommissionens meddelelse om En Europæisk Datastrategi.

Danske Regioner kan tilslutte sig ambitionen om i højere grad at dele data på tværs af lande med henblik på at udvikle og forbedre tilbud om sundhedsfaglig behandling. Regionerne arbejder for i højere grad at skræddersy behandlingen til den enkelte person baseret på dennes individuelle karakteristika. For at kunne tilbyde en tilstrækkeligt evidensbaseret behandling er der behov for adgang til langt større datapopulationer, end de enkelte lande selv kan stille til rådighed. Ved at forbedre evnen til at dele data indenfor EU, øger vi chancen for, at vi kan høste potentialet ved f.eks. personlig medicin. Det er imidlertid afgørende, at danske data fortsat opbevares i Danmark. Det er af største betydning, at den danske befolkning fortsat har tillid til, at deres data behandles sikkert. Datadreven innovation er en stor fordel for både borgerne og for samfundet. Fordelene ved datadreven innovation kommer særligt til udtryk for borgerne, når de kan vide sig sikre på, at deres data behandles og håndteres i overensstemmelse med EU's databeskyttelsesregler. Dette gælder især, når der er tale om borgernes følsomme oplysninger, som fx helbredsoplysninger.

Data er afgørende for den økonomiske og tekniske udvikling, idet data er en essentiel ressource for startups, tech-virksomheder m.v., men data er også en afgørende faktor i forskning på sundhedsområdet og i tilrettelæggelsen af den sundhedsfaglige behandling, der foregår i sundhedsvæsenet. Både forskere, virksomheder, myndigheder og privatpersoner kan opleve, at det er svært at navigere i databeskyttelsesreglerne, og derfor er det helt afgørende, at der med datastrategien lægges op til skabelsen af et europæisk marked for data, hvor reglerne for adgang til og brug af data er fair.

Danske Regioner imødeser muligheden for involvering i det fremadrettede policy-arbejde, som datastrategien medfører.

Der tages forbehold for politisk behandling i Danske Regioner.

Med venlig hilsen


Stephanie Lose


Ulla Astman

Bilag Titel:	Bilag 1 Fakta-ark Israels sundhedsvæsen
Dagsordens titel	Opfølgning på studietur til Israel vedr. det nære sundhedsvæsen
Dagsordenspunkt nr	14
Bilag nr	1
Antal bilag:	2

**NOTAT**

27-03-2020
EMN-2019-01064
1351626
Jane Holm
Nadia Kristensen

Fakta-ark om sundhedsvæsenet i Israel og Danmark

Fakta-arket indeholder følgende emner:

1. Resume:.....	1
2. Data	3
3. Sundhedsudgifter.....	4
4. Sygehusvæsenet	6
5. Risikofaktorer og kroniske sygdomme	13
6. Cancer og hjertesygdom.....	16
7. Middellevetid og børnedødelig.....	18
8. Israelske avisartikler angående sundhedsvæsenet.....	20

1. Resume:***Sundhedsudgifter:***

- Israel bruger en mindre andel af deres samlede BNP på sundhed sammenlignet med Danmark. Men efter korrektion for forskelle i befolkningernes alderssammensætning ses, at Danmark og Israel benytter omtrent samme andel af BNP på sundhed.
- I perioden 1990 til 2018 er der sket et skift i fordelingen af de samlede sundhedsudgifter mellem primær- og sekundærsektoren. Tidligere udgjorde udgifter til sekundærsektoren den største andel af de samlede udgifter, men i

nu udgør udgifter til primærsektoren den største andel af de samlede sundhedsudgifter. I 2018 udgør udgifterne til "community care" ca. 44 pct., mens udgifter til hospitaler udgør ca. 35 pct.

Sygehusvæsenet

- Danmark har færre hospitalssenge men flere hospitalsansatte pr. indbygger end Israel. Dette skyldes formentlig, at Danmark har mange ambulante kontakter.
- Til trods for Israel har flere hospitalssenge pr. indbygger er belægningsgraden på 93,3 pct., mens den i OECD gennemsnitlig er 75,2 pct.
- Danmark har markant mere medicinsk udstyr.
- Andelen der venter mere end tre måneder til operationer er for fem ud af seks udvalgte operationer lavere i Danmark sammenlignet med Israel. Derudover er den gennemsnitlige ventetid til udvalgte operationer også lavere i Danmark. Dette til trods for, at Danmark opgør ventetid til operation allerede fra henvisningstidspunkt og ikke fra specialistvurdering sådan som OECD-indikatoren for ventetid er defineret.

Risikofaktorer og kroniske sygdomme

- Danmark og Israel har samme andel af befolkningen som er dagligrygere og overvægtige/fede. Alkoholforbruget er dog højere i Danmark.
- For kroniske sygdomme har Danmark en lidt højere prævalens sammenlignet med Israel selv når der tages højde for alderssammensætningen. Ud fra OECD-data findes at den aldersstandardiserede prævalens for diabetes er højere i Danmark end Israel. Modsat, hvis data fra Verdensbanken benyttes, findes at, andelen af befolkningen mellem 20-79 år som har diabetes, er i Israel 9,7 pct. og i Danmark 8,3 pct.
- Danmark har flere indlæggelser for astma, KOL og diabetes, mens Israel har flere indlæggelser for hjertefejl, forhøjet blodtryk samt amputationer som følge af diabetes.
- Danmark har flere "forebyggelige" dødsfald som følge af lungecancer og KOL, hvorimod Israel har flere som følge af diabetes.

Cancer

- Cancerincidensen for tyk- og endetarms- samt lungecancer er højere i Danmark end Israel.

- Tilsvarende er femårsoverlevelsen lavere i Danmark. Generelt, har Israel en høj femårsoverlevelse på cancerområdet også sammenlignet med andre OECD-lande.

Middellevetid og børnedødelighed

- Middellevetiden er i Israel 82,6 år og i Danmark 81,2 år. Begge lande ligger over OECD-gennemsnittet på 80,7 år.
- Ligeledes ligger børnedødeligheden i begge lande under OECD-gennemsnittet.

Problemer i det israelsk hospitalsvæsen

- I sommeren 2019 er det udgivet en række israelske avisartikler angående problemer i hospitalsvæsenet, hvor blandt andet antallet af senge og sundhedspersonale beskrives som problemer.

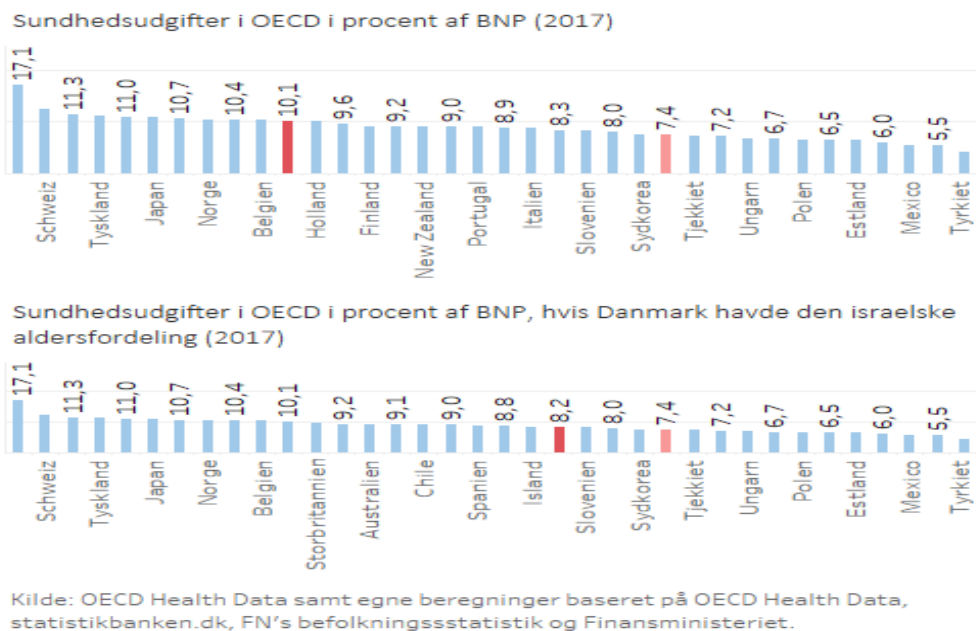
2. Data

Datagrundlaget for dette notat er OECD health-databasen og Global Burden of Disease Study (GBD), hvor data er opgjort så sammenligneligt som mulig. Til trods for dette, kan der være forskelle som skyldes dataregistreringspraksisser i de to lande. Opgørelserne omkring sygehuse er baseret på både offentlige og private sygehuse.

3. Sundhedsudgifter

Ud fra figur 1 kan det ses, at Israel benytter 7,4 pct. af det samlede BNP på sundhedsområdet, hvor Danmark benytter 10,1 pct. Israel har en anden befolkningssammensætning sammenlignet med Danmark, eksempelvis i 2018 er 19,3 pct. af befolkningen over 65 år i Danmark, hvor det i Israel er 11,7 pct. Ved at korrigerer for forskelle i befolkningens alderssammensætning, udjævnes en del af forskellen i sundhedsudgifter. Danmark vil således gå fra, at sundhedsudgifterne udgør 10,1 pct. af BNP til 8,2 pct. af BNP. Ydermere er der ikke taget højde for, at der i de danske opgørelser indgår formentlig en større del af plejeopgaven, som ikke indgår i de israelske tal.

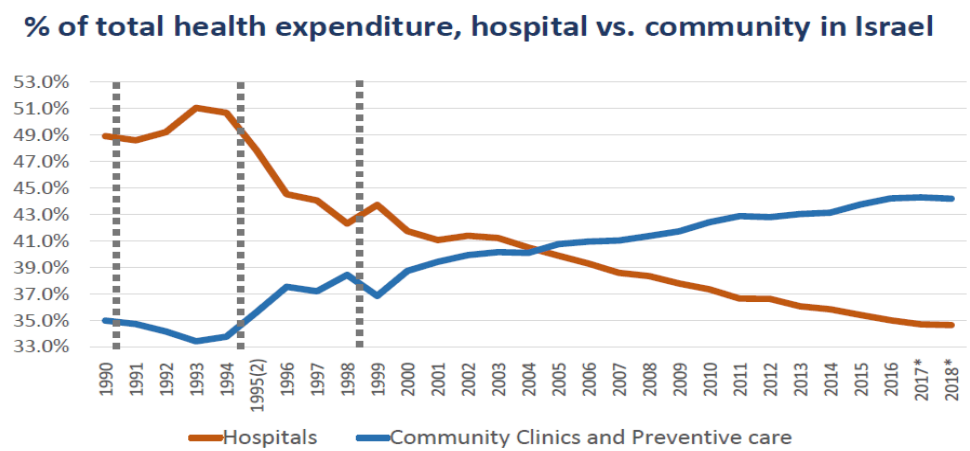
Figur 1. Sundhedsudgifter i Danmark (rød) sammenlignet med Israel (lyserød) med og uden korrektion for forskelle i alderssammensætningen.



Til ovenstående beregning af korrektion for forskelle i aldersfordelingen er det beregnet hvilken andel af BNP som ville blive brugt på sundhed, hvis Danmark havde samme aldersfordeling som Israel. For at gøre dette er det undersøgt hvordan de aldersfordelte udgifter er i Danmark. De aldersfordelte udgifter i Danmark inkluderer kun offentlige udgifter. Mens sundhedsudgifterne fra OECD er de samlede sundhedsudgifter. Derudover er data angående de aldersfordelte udgifter fra 2015. I OECD's opgørelse af sundhedsudgifter indgår udgifter til pleje også. Derfor er de aldersfordelte plejeudgifter også benyttet til at justere udgifterne til langsigtet pleje. I korrektionen for forskelle i aldersfordelingen benyttes altså både de aldersfordelte sundheds- og plejeudgifter.

Figur 2 viser, at 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 udgifterne til "community care" ca. 44 pct. mens udgifter til hospitalssektoren udgør ca. 35 pct.

Figur 2. Den israelske udvikling i andel af samlede sundhedsudgifter til primær- og sekundærsektoren.



Source: Israel central bureau of statistics 2019

Kilde: Oplæg af Dr. Nadav Shimoni fra Clalit Health Services.

4. Sygehusvæsenet

Antal hospitalssenge

I tabel 1 ses, at har Israel godt 26.000 hospitalssenge, mens Danmark har godt 14.000. Dette svarer til, at Israel har 3 senge pr. 1.000 indbyggere, mens Danmark har 2,5.

Tabel 1. Antal hospitalssenge (2018)

	Danmark	Israel
Antal senge	14.429	26.505
Antal senge pr. 1.000 indbyggere	2,5	3,0

Note: Tallene for Danmark er estimerede værdier.

Kilde: OECD Health Data

Antal hospitalsansatte

Tabel 2 viser at, Israel har ca. 99.000 hospitalsansatte, hvor Danmark har 119.000. Dette svarer til at Israel har 10 fuldtids hospitalsansatte pr. 1.000 indbyggere, mens Danmark har 18. Dette skyldes formentlig at Danmark har mange ambulante kontakter.

Tabel 2. Antal hospitalsansatte (2018)

	Danmark	Israel
Antal hospitalsansatte	119.273	98.700
Antal fuldtids hospitalsansatte pr. 1.000 indbyggere	18,45	10,17

Kilde: OECD Health Data

I tabel 3 ses, at antallet af fuldtids hospitalsansatte læger er i Danmark 3,0 pr. 1.000 indbyggere, hvor Israel har 2,2. Antallet af sygeplejersker og jordemødre er ligeledes højere i Danmark, hvor der er 6,4 pr. 1.000 indbyggere, mens Israel har 2,8.

Tabel 3. Antal fuldtidsansatte læger, sygeplejersker og jordemødre og andet sundhedsfagligt personale pr. 1.000 indbyggere (2018)

	Danmark	Israel
Antal fuldtids hospitalsansatte læger pr. 1.000 indbyggere	3,0	2,2
Antal fuldtids hospitalsansatte sygeplejersker og jordemødre pr. 1.000 indbyggere	6,4	2,8
Antal fuldtidsansat andet sundhedsfagligt personale pr. 1.000 indbyggere	5,11	1,74

Kilde: OECD Health Data

I tabel 4 ses, at det samlede antal læger og sygeplejersker både på og udenfor hospitalerne, også er højere i Danmark sammenlignet med Israel. Derudover ses, at Danmark og Israel henholdsvis ligger over og under OECD-gennemsnittet for antallet af læger og sygeplejersker pr. 1.000 indbyggere.

Tabel 4. Samlet antal læger og sygeplejersker pr. 1.000 indbyggere (2017)

	Danmark	Israel	OECD36
Antal læger (i alt) pr. 1.000 indbyggere	4,0	3,1	3,5
Antal sygeplejersker (i alt) pr. 1.000 indbyggere	10,0	5,1	8,8

Kilde: [Health at a Glance 2019 OECD, figur 8.3 og 8.10](#)

Belægningsgrad

Til trods for at Israel har flere hospitalssenge pr. 1.000 indbyggere, så ses det i tabel 5, at der stadig er en høj belægningsgrad for de akutte kurative hospitalssenge på 93,3 pct.

Danmark har ikke indberettet data til OECD angående dette. I det tilgængelige danske data er det ikke muligt at genskabe præcis samme afgrænsning, som benyttes i OECD-regi, hvorfor belægningsgraden for Danmark ikke præsenteres. I stedet er den gennemsnitlige belægningsgrad i OECD angivet, hvor Israel ligger væsentlig over gennemsnittet.

Tabel 5. Belægningsgrad af akutte kurative hospitalssenge (2017)

	Israel	OECD28
Belægningsgrad af akutte kurative senge	93,3	75,2

Kilde: [Health at a Glance, OECD 2019. Figur 9.8.](#)

Medicinsk udstyr

I tabel 6 ses, at Danmark har markant mere medicinsk udstyr pr. million indbyggere sammenlignet med Israel. Danmark har ca. fire gange flere CT-scannere pr. million indbyggere sammenlignet med Israel. Antallet af CT-scannere er i Danmark omtrent 40 scannere pr. million indbyggere, mens Israel har 10. Derudover har Danmark ca. 8 PT-scannere pr. million indbyggere, mens Israel har 1. Samme tendens er gældende for strålebehandlingsudstyr, hvor Danmark har ca. 12 pr. million indbyggere, mens Israel har 3.

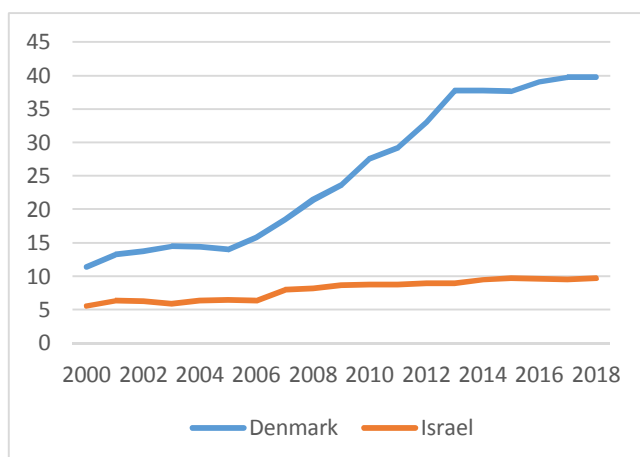
Tabel 6. Medicinsk udstyr (2018)

	Danmark	Israel
Antal CT-scannere pr. million indbyggere	39,78	9,69
Antal PT-scannere pr. million indbyggere	7,61	1,35
Antal strålebehandlingsudstyr pr. million indbyggere	12,11	3,38

Kilde: OECD Health Data

Figur 3 viser, at antallet af medicinsk udstyr i Danmark er steget i perioden fra 2000 og frem til 2018. Hvorimod antallet i Israel har ligget nogenlunde konstant i samme periode. Antallet af CT-scannere pr. million indbyggere i Danmark har steget fra 2000 og frem til 2018. Den største vækst ses i perioden fra 2006 til 2014, hvorefter antallet er nogenlunde stabilt. I samme periode er antallet af CT-scannere i Israel steget fra ca. 5 til 10 pr. million indbyggere.

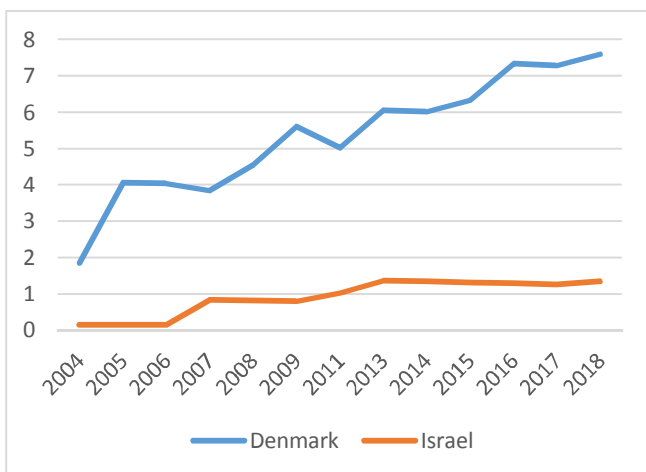
Figur 3. Udvikling i antal CT-scannere pr. million indbyggere fra 2000-2018



Kilde: OECD Health Data

Figur 4 viser, at antallet af PET-scannere pr. million indbyggere er i perioden 2004-2018 steget fra ca. 2 til 8 i Danmark. I samme periode i Israel er antallet steget fra 0,15 til 1,35 PT-scannere pr. million indbyggere.

Figur 4. Udviklingen i antal PET-scannere pr. million indbyggere fra 2004-2018

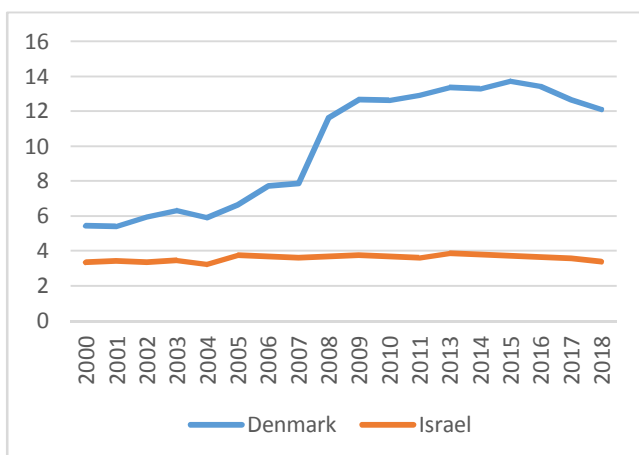


Note: Grundet manglende data præsenteres perioden 2004-2018. Derudover er der ikke data for 2010 og 2012, hvorfor disse to er udeladt af figuren.

Kilde: OECD Health Data

Figur 5 viser, at antallet af røntgenbehandlingsudstyr pr. million indbyggere i Israel har ligget nogenlunde konstant på ca. 3 fra 2000 til 2018. Antallet er derimod steget i Danmark fra ca. 5 i 2000 til 12 i 2018.

Figur 5. Udviklingen i antal røntgenbehandlingsudstyr pr. million indbyggere fra 2000-2018



Note: Grundet manglende data fra 2012, er dette år udeladt af figuren.

Kilde: OECD Health Data

Indlæggelsestid og udskrivelser fra hospitaler

I tabel 7 ses, at det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage i Danmark er 5,4 og 6,7 i Israel. Ligeledes ses i tabel 7, at antallet af udskrivelser fra hospitaler pr. 100.000 indbyggere er omtrent det samme i de to lande.

Tabel 7. Gennemsnitlig indlæggelsestid og antal udskrivelser (2016)

	Danmark	Israel
Gennemsnitlig antal indlæggelsesdage	5,4	6,7
Antal udskrivelser fra hospital pr. 100.000 indbyggere	14.492	15.586

Kilde: OECD Health Data

Ventetid til operation

Danmark har ikke opgjort ventetid til operation efter metoden som OECD foreskriver. I Danmark opgøres data for ventetid fra første henvisning fra egen læge og frem til operation. I OECD-regi opgøres ventetid fra specialistvurdering indtil operation. Danmark medtager altså en længere tidsperiode i opgørelsen af ventetid til operation sammenlignet med den officielle OECD-indikator. Tallene for ventetid til operation er derfor ikke fuldkommen sammenlignelige, men kan være med til at indikere en tendens. Da Danmark medtager en længere tidsperiode i udregning af ventetid (fra henvisning til operation), er det sandsynligt at den opgjorte ventetid er længere end hvis den officielle definition (fra specialistvurdering til operation) blev benyttet.

Tabel 8 viser, at andelen af patienter der venter mere end tre måneder til operationer er for fem ud af seks udvalgte operationer lavere i Danmark sammenlignet med Israel. Andelen af patienter som venter mere end tre måneder på en bypassoperation er omkring 1 pct. i både Danmark og Israel. I Israel venter ca. halvdelen af patienterne over tre måneder på et nyt knæ, hvor dette kun er gældende for 20 pct. i Danmark.

Tabel 8. Andel af patienter som venter mere end tre måneder til nedenstående operationer (2015)

	Danmark	Israel
Grå stær	34	46
Bypass	1,3	1
Prostatektomi (fjernelse af hele eller dele af prostata)	9,3	16
Hysterektomi (fjernelse af livmoderen)	11,1	17
Hofteudskiftning (Inkluderer både hel og delvis samt reoperationer)	17,1	33
Knæudskiftning	20,1	48

Kilde: OECD Health Data

Note: Opgørelsesmetoderne er forskellige i Danmark og Israel.

I tabel 9 ses, at den gennemsnitlige ventetid til udvalgte operationer i Danmark er lavere sammenlignet med Israel. Især den gennemsnitlige ventetid til operation for grå stær, ny hofte samt nyt knæ er markant lavere i Danmark. Ud fra denne opgørelse lader det til, at den gennemsnitlige ventetid til bypassoperation er længere i Danmark end Israel. Men opgørelsesmetoden kan være medvirkende til at denne forskel observeres, da Danmark medtager en længere tidsperiode i opgørelsen af ventetid sammenlignet med Israel.

Tabel 9. Gennemsnitlig ventetid til nedenstående operationer (2015)

	Danmark	Israel
Grå stær	87,1	132
Bypass	19,8	9
Prostatektomi (fjernelse af hele eller dele af prostata)	44,5	61
Hysterektomi (fjernelse af livmoderen)	48,8	52
Hofteudskiftning (Inkluderer både hel og delvis samt reoperationer)	55,2	95
Knæudskiftning	60,4	133

Kilde: OECD Health Data

Note: Opgørelsesmetoderne er forskellige i Danmark og Israel.

Overordnet har Danmark kortere ventetid til de udvalgte operationer, og når det medtages, at Danmark yderligere opgør ventetid i en længere tidsperiode, må denne forskel forventes at være endnu større end det er muligt at se i data.

Hoftefraktursoperationer

Tabel 10 viser, at der i Danmark foretages flere hoftefraktursoperationer samme dag som hospitalsindlæggelsen i forhold til i Israel. I Danmark bliver ca. 31 ud af 100 patienter med hoftefraktur opereret samme dag som de bliver indlagt, hvor det i Israel er gældende for ca. 19. Ligeledes, ses at flere patienter får foretaget hoftefraktursoperationen indenfor to dage efter hospitalsindlæggelsen i Danmark sammenlignet med Israel.

Tabel 10. Rate pr. 100 patienter der får foretaget hoftefraktursoperation indenfor samme eller to dage efter hospitalsindlæggelse for personer på 65 år og derover (2017)

	Danmark	Israel
Hoftefraktursoperation samme dag som hospitalsindlæggelse	30,6	18,7
Hoftefraktursoperation indenfor to dage efter hospitalsindlæggelse	96,9	88,6

Kilde: OECD Health Data

5. Risikofaktorer og kroniske sygdomme

Risikofaktorer

Tabel 13 viser, at I forhold til risikofaktorer så er andelen der er dagligrygere det samme i Danmark og Israel. Ligeledes, vurderer halvdelen af befolkningen i begge lande at de er overvægtige eller fede. I forhold til alkoholforbruget, er antallet af liter alkohol pr. indbygger over 15 år i Danmark 9,4, hvorimod det kun er 2,6 liter pr. indbygger i Israel.

Tabel 13. Andel af befolkningen med udvalgte risikofaktorer.

	Danmark	Israel
Andel af populationen over 15 år som er dagligrygere	16,9	16,9
Andel af befolkningen som er overvægtige eller fede	51	50,1
Antal liter alkohol pr. indbygger over 15 år	9,4	2,6

Kilde: OECD Health Data

Note: Data angående overvægt og fedme er baseret på selvrapporterede data. Data ang. overvægt og dagligrygere er fra 2017, og alkoholdata er fra 2016.

Kroniske sygdomme

Tabel 14 viser, at der i Danmark er der flere personer med diabetes pr. 100.000 indbyggere sammenlignet med Israel. For både kardiovaskulære sygdomme, KOL og astma ses også at Danmark har en lidt højere prævalens sammenlignet med Israel. Dette på trods af aldersstandardiseringen, hvor der tages højde for den ældre befolkningssammensætning i Danmark sammenlignet med Israel.

Tabel 14. Aldersstandardiseret prævalens af kroniske sygdomme pr. 100.000 indbyggere (2017)

	Danmark	Israel
Kardiovaskulære sygdomme	6402	5523
Diabetes	9590	6556
KOL	3662	3186
Astma	5255	5150

Kilde: Global Burden of Disease Study.

I tabel 15, vises data fra Verdensbanken, hvor det kan ses at, at andelen af befolkningen mellem 20-79 år som har diabetes i 2019, er højst i Israel, hvor 9,7

% af befolkningen har diabetes. Tilsvarende har 8,3 % af de 20-79 årige i Danmark diabetes. Til dette benyttes et vægtet gennemsnit, som ikke tager højde for at aldersfordelingen er forskellig i Danmark og Israel, i stedet beskrives den reelle andel som har diabetes i de to populationer.

Tabel 15. Andel af befolkningen mellem 20-79 år som har diabetes (2019)

2019	Danmark	Israel
Andel med diabetes	8,3	9,7

Kilde: [Verdensbanken](#)

Note: Vægtet gennemsnit.

Forebyggelige indlæggelser og "avoidable hospital admissions"

I Danmark defineres forebyggelige indlæggelser som indlæggelser blandt borgere på 65 år eller derover, hvor aktionsdiagnosen hører til en af følgende ni diagnosegrupper: Dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og plejemæssige forhold og tryksår.

OECD benytter begrebet "avoidable hospital admissions", som er en anden metode til at undersøge hvilke indlæggelser der potentielt kan undgås. OECD benytter nedenstående indlæggelser som mål for "avoidable hospital admissions". Det følgende tager udgangspunkt i OECD's mål for "avoidable hospital admissions, hvilket ikke kan sammenlignes med den danske definition.

Tabel 16 viser at, der ifølge OECD's tal for er lidt flere indlæggelser pga. astma i Danmark sammenlignet med Israel. Danmark har betragtelig flere indlæggelser på grund af KOL og diabetes, mens Israel har betragtelig flere indlæggelser på grund af hjertefejl. Israel har ligeledes flere indlæggelser pga. forhøjet blodtryk og amputationer som følge af diabetes.

Tabel 16. Køns- og aldersstandardiseret antal "avoidable hospital admissions" pr. 100.000 indbyggere (2017)

	Danmark	Israel
Astma	54,1	42,3
KOL	270,6	171,6
Hjertefejl	140,4	225,8
Forhøjet blodtryk	45,4	62,9
Diabetes	98,4	66,3
Amputationer som følge af diabetes	7,8	16,8

Kilde: OECD Health Data

Dødsfald af forebyggelige/behandlelige årsager

OECD benytter et mål for forebyggelige/behandlelige årsager til død, hvor dødsårsager som ville kunne undgås gennem effektive folkesundhedstiltag, forebyggende tiltag og effektive interventioner. I nedenstående tabel er udvalgt enkelte af disse dødsårsager.

I tabel 17 ses, at Israel har færre dødsfald pr. 100.000 indbyggere som skyldes lungecancer og KOL. Derimod har Danmark ca. halvt så mange dødsfald som følge af diabetes sammenlignet med Israel. For iskæmisk hjertesygdom har Israel lidt flere dødsfald pr. 100.000 indbyggere sammenlignet med Danmark.

Tabel 17. Aldersstandardiseret rate af "forebyggelige" dødsfald pr. 100.000 indbygger (2015)

	Danmark	Israel
Lungecancer	54,3	30,7
Diabetes	20,5	40,6
Iskæmisk hjertesygdom	57,6	62,7
KOL	52,2	19,5

Kilde: OECD Health Data

6. Cancer og hjertesygdom

Tabel 18 viser, at antallet af nye cancertilfælde pr. 100.000 indbyggere er for fire ud af fem cancerformer højere i Danmark sammenlignet med Israel. Især for lungecancer og tyk- og endetarmscancer ses en forskel i antal nye tilfælde.

Tabel 18. Aldersstandardiseret cancerincidens pr. 100.000 indbyggere (2017)

	Danmark	Israel
Brystcancer	47	39
Livmoderhalscancer	5	4
Tyk- og endetarmscancer	46	28
Lungecancer	44	19
Mavecancer	7	7

Kilde: Global Burden of Disease Study

Der kan være forskelle i opførelsesmetoderne, som er medvirkende til at disse store forskelle observeres. Men ligesom i Danmark, har Israel også screeningsprogrammer for bryst-, livmoderhals- samt tyk- og endetarmscancer, hvorved cancer opspores tidligere.

Fem års cancer-overlevelse

I tabel 19 ses, at femårs canceroverlevelsen for fem ud af syv cancerformer er højere i Israel sammenlignet med Danmark. I Danmark er femårsoverlevelsen højere for livmoderhalscancer og akut lymfastisk leukæmi sammenlignet med Israel. Især for tyktarms-, lunge- og mavecancer ses, at Israel har omtrent 10 procentpoint højere femårsoverlevelse sammenlignet med Danmark. Det skal bemærkes, at femårsoverlevelse er beregnet fra perioden 2010-2014, og at femårsoverlevelsen er steget i Danmark efterfølgende. Det er uvist, om den er steget i samme grad i Israel.

Tabel 19. Aldersstandardiseret femårs overlevelse for personer på 15 år eller derover (2010-2014)

	Danmark	Israel
Brystcancer	86,1	88,0
Livmoderhalscancer	69,5	66,6
Tyktarmscancer	61,6	71,7
Endetarmscancer	64,8	67,8
Akut lymfastisk leukæmi	94,0	87,9
Lungecancer	16,6	26,6
Mavecancer	19,9	32,3

Kilde: OECD Health Data

Der kan være forskelle i opgørelsesmetoden mellem de to lande, hvilket måske kan forklare den påfaldende store forskel i canceroverlevelsen. Tyktarm-, lunge- og mavecancer er de tre cancerformer, hvor forskellen i femårsoverlevelsen er størst mellem Danmark og Israel. For disse tre cancerformer er femårsoverlevelsen yderligere blevet sammenlignet med Norge og Sverige. Norge og Sverige har historisk haft en bedre canceroverlevelse sammenlignet med Danmark, men Danmark har de senere år forbedret kræftoverlevelsen. Når femårsoverlevelsen for de tre cancerformer sammenlignes, har Israel en højere overlevelse på ca. 5 procentpoint på alle tre cancerformer sammenlignet med Norge og Sverige.

Generelt for de opgjorte cancerformer i OECD ligger femårsoverlevelsen højt i Israel. Israel ligger i top 10 over de bedste lande i OCED's opgørelse på nær for livmoderhalscancer og akut lymfastisk leukæmi. For både tyktarm- og lungecancer ligger Israel nummer to i forhold til femårsoverlevelsen, kun overgået af henholdsvis Australien og Japan. Ud fra data er det ikke muligt at forklare hvorfor Israel har så god canceroverlevelse. Det kan eventuelt skyldes, at der er en tendens til hurtigere at komme til almen praksis og dermed opspore cancer tidligere.

30 dags mortaliteten efter indlæggelse med hjertesygdom

I tabel 20 ses, at 30-dagsmortaliteten efter hospitalsindlæggelse for to af de tre hjerte-sygdomme højere i Danmark sammenlignet med Israel. Den største forskel findes for hæmoragisk slagtilfælde, som er når blod fra en arterie begynder at bøde ind i hjernen.

Tabel 20. Køns- og aldersstandardiseret rate pr. 100 patienter for 30 dagsmortaliteten efter hospitalsindlæggelse for hjertesygdom for personer på 45 år og derover (2017)

	Danmark	Israel
Akut myokardieinfarkt	7,0	7,5
Hæmoragisk slagtilfælde	34,6	24,6
iskæmisk slagtilfælde	9,4	8,5

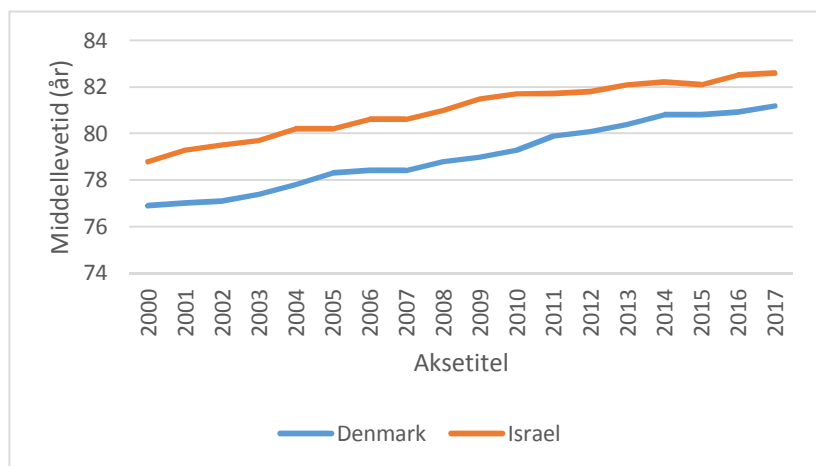
Kilde: OECD Health Data

7. Middellevetid og børnedødelig

Middellevetid

Figur 6 viser udviklingen i middellevetid fra 2000 til 2017. I 2017 er middellevetiden i Israel 82,6 hvor den i Danmark er 81,2. I perioden fra 2000-2017 er middellevetiden steget mest i Danmark, hvor den er steget med 4,3 år. I samme periode er middellevetiden steget med 3,8 i Israel.

Figur 6. Udviklingen i middellevetid fra 2000-2017



Kilde: OECD Health Data

I tabel 21 ses, at middellevetiden i 2017 i Israel er ca. 1,5 år højere sammenlignet med Danmark. Både Danmark og Israel ligger dog over gennemsnittet for OECD-landene.

Tabel 21. Middellevetiden i Danmark, Israel og OECD (2017)

	<i>Danmark</i>	<i>Israel</i>	<i>OECD36</i>
<i>Middellevetid</i>	81,2	82,6	80,7

Kilde: Health at a Glance 2019 OECD, figur 3.1.

Note: Middelevetiden for 0-årige i 2017.

Børnedødelighed

I tabel 22 ses, at børnedødeligheden i både Danmark og Israel ligger under gennemsnittet for OECD-landene.

Figur 22. Antallet af dødfødte pr. 1.000 levendefødte (2017)

	Danmark	Israel	OECD36
Antal dødfødte pr. 1.000 levendefødte	3,0	3,1	3,5

Kilde: Health at a Glance 2019 OECD, figur 3.18.

8. Israelske avisartikler angående sundhedsvæsenet

I sommeren 2019 er der udgivet israelske avisartikler angående problemer i sundhedsvæsenet. En af dem bygger på en forskningsrapport, der kommer frem til at det kan være systemisk fejl i planlægningen, budgetteringen og reguleringen i sundhedsvæsenet fra regeringens side. Rapporten beskriver hvordan Israel har et lavt antal hospitalssenge pr. indbygger sammenlignet med andre OECD lande. Samtidig med at der er en høj belægningsgrad, hvilket beskrives som værende med at til gøre det svært for systemet at fungere. Derudover beskrives det hvordan hospitalerne er ineffektive grundet deres størrelse og geografiske placering i forhold til befolkningen samtidig med at der opleves forskelle på adgangen til hospitaler blandt forskellige geografiske områder. Rapporten kommer fra The Taub Center for Social Policy Studies i Israel som er en uafhængig og upartisk forskningsinstitution¹.

En anden avisartikel argumenterer for, at der er problemer i forhold til overbelægning samt antallet af sygeplejesker pr. patient. Samtidig sættes det op i mod at regeringen i 2018 godkendte en digital datase som skal gøre indbyggernes journaler tilgængelig for blandt andet forskere. En læge udtaler, at de israelske hospitaler "kronisk" mangler senge samt personale, grundet en stigning i den ældre befolkning samtidig med at antallet af sengepladser er faldet. Samtidig beskrives det dog hvordan den israelske population er relativt sammenlignet med USA, Europa og Japan, men de alligevel oplever disse problemer².

¹ <http://taubcenter.org.il/pr-the-general-hospitalization-system-in-israel/>

² <https://www.timesofisrael.com/corridor-nation-as-hospitals-gasp-for-funds-patients-wait-out-in-the-hallways/>

Relateret document 2/2

Dokument Navn: Bilag 2- Indtryk og læring fra
PLO studietur til Israel.docx

Dokument Titel: Bilag 2- Indtryk og læring fra
PLO studietur til Israel

Dokument ID: 1351629



NOTAT

27-03-2020
EMN-2019-01064
1351629
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 kun ca. halvdelen af familielægerne er speciallæger i almen medicin. I Danmark er 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 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.

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.

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

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.

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 kender 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 hændelser 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 rammestyrt 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 har dog fået stigninger svarende til demografi.