



Medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse 2014 - 2018
m.fl.

21-08-2014

Sagsnr. 14/1747

Maren Munk-Madsen

Tel.: 3529 8165

E-mail:

mma@regioner.dk

**Åben dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse
torsdag den 28. august 2014 kl. 10.30**

Deltagere: Bent Hansen, Carl Holst, Sophie Hæstorp Andersen, Jens Stenbæk, Ulla Astman, Leila Lindén, Poul-Erik Svendsen, Susanne Lundvald, Charlotte Fischer, Per Larsen, Lise Müller, Henrik Thorup, Susanne Eilersen, Anne V. Kristensen, Jess V. Laursen, Martin Geertsen, Susanne Langer

Afbud: Bent Hansen, Ulla Astman, Henrik Thorup

Mødested: Danske Regioner
Dampfærgevej 22
2100 København Ø



Indholdsfortegnelse

1.	Temadrøftelse om det regionale demokrati, sagsnr. 14/2420	1
2.	Formandens meddelelser, sagsnr. 14/1747	3
3.	Godkendelse af åbent referat af møde 12-06-2014, sagsnr. 14/1747	5
4.	Konstituering - udpegninger, sagsnr. 14/1546	7
5.	Evaluering af Folkemødet 2014, sagsnr. 14/441	9
6.	Meddelelse fra Europakommissionen om effektive, tilgængelig og elastiske sundhedssystemer, sagsnr. 14/2275	13
7.	Høring over forslag om ændring af apotekerloven, sagsnr. 14/224	19
8.	Høring over forslag til ændring af psykiatriloven, sagsnr. 14/2432	23
9.	Høring over ny lov om turisme, sagsnr. 14/2419	31
10.	Tre korte film fra Healthcare Denmark om det danske sundhedsvæsen, sagsnr. 11/1081	35
11.	Fælles principper om systematik i speciallægernes kompetenceudvikling, sagsnr. 14/1178	39
12.	Orientering om emner på EU-dagsordenen, sagsnr. 14/1747	41
13.	Generelle orienteringer, sagsnr. 14/1747	45
14.	Næste møde, sagsnr. 14/1747	47
15.	Eventuelt, sagsnr. 14/1747	49



1. Temadrøftelse om det regionale demokrati, sagsnr. 14/2420

Morten Slabiak

Resumé

Temadrøftelsen indledes med et eksternt oplæg om demokratisk deltagelse ved professor Kasper Møller Hansen fra Institut for Statskundskab, der bl.a. er leder af den forskergruppe, der analyserer effekterne af valgdeltagelseskampagnerne ved kommunal- og regionsrådsvalget i 2013. Oplægsholderen vil med afsæt i valget give en status på det lokale demokrati, deltagelsen og effekter af forskellige initiativer.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen drøfter, hvorledes erfaringerne fra valget kan anvendes i det fremadrettede arbejde for at udvikle det regionale demokrati.

Sagsfremstilling

Formålet med temadrøftelsen er at få inspiration til, hvordan regionerne fremadrettet kan arbejde med at styrke den demokratiske dialog mellem borgere og politikere i regionerne.

Bilag

Ingen.





2. Formandens meddelelser, sagsnr. 14/1747

Maren Munk-Madsen

Resumé

Indstilling

Sagsfremstilling

Bilag

Ingen.





3. Godkendelse af åbent referat af møde 12-06-2014, sagsnr. 14/1747

Maren Munk-Madsen

Resumé

Indstilling

*Det indstilles,
at referatet godkendes.*

Sagsfremstilling

Bilag

Til bestyrelsen - Åbent referat af møde den 12 juni 2014 i Danske Regioners bestyrelse.pdf (1151892).





4. Konstituering - udpegninger, sagsnr. 14/1546

Bente Kragelund Jønsson

Resumé

Nye udpegninger siden konstitueringen i marts 2014.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager udpegningerne til efterretning.

Sagsfremstilling

Siden konstitueringen i marts 2014 er foretaget enkelte ændringer:

Suppleant for Susanne Eilersen (O) i Danske Regioners bestyrelse

Dansk Folkeparti har udpeget Peter Kofoed Poulsen O, Region Syddanmark som suppleant for Susanne Eilersen O i Danske Regioners bestyrelse, da Anders Vistisen O, Region Midtjylland er blevet valgt til Europa-Parlamentet.

Medlem af Udvalget for Sundhedsinnovation og Erhvervssamarbejde

Dansk Folkeparti har udpeget Kristoffer Hjort Storm, O, Region Nordjylland som nyt medlem af Udvalget for Sundhedsinnovation og Erhvervsfremme i stedet for Rikke Karlsson, O, Region Nordjylland, som er blevet valgt til Europa-Parlamentet.

Europarådets kommunalkongres – suppleant

Socialdemokraterne har udpeget Freddy Blak, A, Region Sjælland som ny suppleant til Europarådets kommunalkongres, da Peter Madsen, A, Region Sjælland har ønsket at trække sig fra posten.

Beredskabsforbundet

Dansk Folkeparti har udpeget Aase D. Madsen som medlem af Beredskabsforbundets landsråd.

Der mangler stadig udpegning af et medlem til Landssamarbejdsudvalget for tandlæger (O).

Bilag

Ingen.





5. Evaluering af Folkemødet 2014 , sagsnr. 14/441

Eva Margrethe Weinreich-Jensen

Resumé

For fjerde gang deltog Danske Regioner i år på Folkemødet den 11.-14. juni 2014. Vores nye debattelt var for første gang rammen om fire dage med regionalt perspektiv, hvor både regionspolitikere, borgere, interesseorganisationer og erhvervslivet kom til orde i 13 debatarrangementer i teltet. Konceptet med et debattelt var en succes, som vi gerne vil gentage fremover.

Hvordan fungerede det og hvad bør eventuelt tænkes ind til næste års deltagelse?

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen evaluerer dette års Folkemøde

at bestyrelsen bevilger 400.000 kroner til næste års indsats, og op til 150.000 kroner til sponsorering af Folkemødet fra bestyrelsens pulje.

Sagsfremstilling

Strategi og indsats

Målet for årets deltagelse på Folkemødet var, at Danske Regioner skulle være en vigtig og synlig aktør og samtidig en af de vigtigste spillere på sundhedsområdet. Et nyt og større telt med fokus på debatarrangementer skulle positionere Danske Regioner som en fast del af Folkemødet. Vores rolle som brobygger og samlingspunkt skulle cementeres ved at invitere vigtige organisationer til at holde debatarrangementer i vores telt.

Strategien var at samle de vigtigste regionale debatter i Danske Regioners telt. For at imødekomme dette inviterede vi en række samarbejdspartnere til at afholde arrangementer med en regional vinkel.

Udgangspunktet for vore egne arrangementer var at være dagsordensættende, tage nogle emner op, hvor der er et spændingsfelt og udfaldet ikke er givet på forhånd, at bringe vores politikområder videre og at være nyskabende på formen.

Succeskriteriet var, for det første, at få fuldt og varieret program med repræsentation fra Danske Regioner i alle arrangementer – også dem, hvor vi ikke selv



var vært. For det andet var det et succeskriterie, at debatterne kunne tiltrække tilhørere. Konkret var målet, at der skulle være mindst 50 tilhørere til tre særligt prioriterede arrangementer og mindst 30 tilhørere til de øvrige arrangementer.

En mindre delmålsætning for teltet var, at der skulle være mulighed for at regionspolitikere kunne slappe af. Derfor blev teltet indrettet med et lille loungeområde med sofaer og kaffe.

Resultater

Der var stor interesse for at holde arrangementer i Danske Regioners telt. Teltet var rammen for i alt 13 arrangementer. Syv debatter arrangerede vi selv, enten alene eller i samarbejde med andre organisationer. De øvrige debatter blev arrangeret af nogle af vores samarbejdspartnere: Danske Patienter, 16 sundhedsorganisationer, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Lægeforeningen, Center for Offentlig Innovation og LIF. Alle arrangementer levede op til målsætningen om mindst 30 tilhørere, og ved flere arrangementer var teltet helt fuldt. To ud af tre prioriterede arrangementer havde over 80 tilhørere.

Regionale politikere deltog i en række andre debatter på Folkemødet, hvor Danske Regioner bidrog med oplæg til ca. 40 arrangementer. Antallet af aktiviteter og debatter på Folkemødet voksede igen i år – i alt var der mere end 2100 arrangementer.

Som noget nyt havde vi i år et loungeområde i teltet, hvor en del regionspolitikere og samarbejdspartnere lagde vejen forbi til en kop kaffe og mulighed for at få hjælp til praktiske forhold, opbevaring af bagage mv.

Torsdag samlede vi regionspolitikere og borgere til en debat om borgerinddragelse. Efterfølgende var der uformel mingling i teltet, hvor mere end 100 gæster deltog.

Danske Regioners Twitter-konto, @regionerne, blev i år brugt meget aktivt på Folkemødet med 91 tweets på fire dage. Der var generelt god respons på det publicerede indhold og indsatsen på Folkemødet gav 134 nye følgere på Twitter. Oversigten over arrangementer i teltet blev som tidligere år bragt som annonce i Folkemødeavisen. Den særlige Folkemøde-hjemmeside på regioner.dk gav mulighed for at få overblik over debatterne i teltet og mulighed for at se et udpluk af andre arrangementer med deltagelse af regionspolitikere. Til hvert af de 13 arrangementer blev der produceret en nyhed til hjemmesiden - antallet af



visninger er dog lavere end tidligere år og det bør derfor overvejes, om vi også fremover skal nyhedsdække teltet.

Evaluering fra politikere og samarbejdspartnere

Tilbagemeldingerne fra de regionspolitikere, der deltog i debatter på vegne af Danske Regioner på årets Folkemøde viser, at der generelt er stor tilfredshed med debatterne i teltet og med de udsendte baggrundspapirer. Flere giver udtryk for, at antallet af arrangementer på Folkemødet er overvældende, og det foreslås derfor, at der forsat arbejdes for færre debatter med højere kvalitet. Evalueringen viser desuden stor tilfredshed med teltets centrale placering.

De inviterede organisationer er generelt meget tilfredse med rammer, samarbejdet og deres deltagelse og alle svarer, at de gerne vil benytte sig af tilbuddet hvis denne model gentages næste år.

Samlet set viser evalueringerne, at der er stor interesse for at vi også fremover har et debattelt, der samler de vigtigste regionale debatter ét sted, samt tilbyder relevante organisationer at holde et arrangement i Danske Regioners telt.

Danske Regioner på Folkemødet 2015

Strategien for Folkemødet 2015 vil forsat være at deltage med et aktivt debattelt, der kan sætte fokus på regionale emner og bidrage til udviklingen af velfærdssamfundet på regionernes kerneområder. Vi vil gentage successen med at invitere vores samarbejdspartnere til at holde debatter med os i teltet, samtidig med at vi vil arbejde for at samle flere debatter i Danske Regioners telt.

Økonomi

Bestyrelsen bevilgede 500.000 kroner til Folkemødet 2014 samt 100.000 kroner til sponsorering.

Udgifterne til Folkemødet 2014 er fordelt på:

Telt, indretning og logistik: 160.000 kroner

Debatarrangementer: 120.000 kroner

Annoncering: 27.500 kroner

I alt: 307.500 kroner

De samlede udgifter er dermed langt under det bevilgede. Det foreslås derfor, at bevillingen til Folkemødet 2015 nedsættes til 400.000 kroner. Dermed vil der være mulighed for at opgradere indretningen af teltet, forplejning ved arrangementer mv.



Danske Regioner har lige fra begyndelsen i 2011 været sponsor for Folkemødet. Her bad Bornholms Regionskommune om 100.000 kroner i støtte, og det beløb er blevet fastholdt i alle årene. Bornholms Regionskommune kæmper dog med at sikre en mere fast finansiering af Folkemødet, og det vil med stor sandsynlighed betyde, at sponsorat fremover vil koste op til 150.000 kroner. Med sponsoreringen følger visse rettigheder i forhold til at vælge placering af teltet samt fremhævelse af logo på Folkemødets materiale.

Bilag

Ingen.



6. Meddelelse fra Europakommissionen om effektive, tilgængelig og elastiske sundhedssystemer, sagsnr. 14/2275

Andreas Brenneche

Resumé

Europakommissionen udsendte den 4. april 2014 en meddelelse om ”effektive, tilgængelige og elastiske sundhedssystemer”. Meddelelsen skal ses i lyset af diskussioner i EU's Ministerråd over de senere år.

Karsten Uno Petersen, regionsrådsmedlem i Region Syddanmark, er blevet valgt til ordfører for EU's Regionsudvalg i forbindelse med den udtalelse, som Regionsudvalget afgiver om meddelelsen. Der er behov for et mandat fra Danske Regioners bestyrelse, der kan tjene som sigtepunkt for de danske positioner i det videre arbejde.

Danske Regioner kan generelt bakke op om budskaberne i Europakommissionens meddelelse, der omhandler læring og erfaringsudveksling på tværs af regions- og landegrænser. Samtidig ønsker Danske Regioner at fremhæve sundhed som en værdi i sig selv, og at opfordre til øget inddragelse af regional og lokal viden.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen godkender de beskrevne positioner.

Sagsfremstilling

Kommissionen udsendte den 4. april 2014 en meddelelse om ”effektive, tilgængelige og elastiske sundhedssystemer”. Begrebet elastisk er oversat fra det engelske udtryk ’resilience’ og dækker over, at sundhedssystemer skal kunne tilpasse sig skiftende miljøer og håndtere betydelige udfordringer med begrænsede ressourcer.

Karsten Uno Petersen, regionsrådsmedlem i Region Syddanmark, er blevet valgt til ordfører for EU's Regionsudvalg på den udtalelse, som Regionsudvalget afgiver om meddelelsen.

Regionsudvalget er et rådgivende organ, der repræsenterer lokale og regionale myndigheder i EU, og har på nuværende tidspunkt 353 medlemmer fra alle 28 EU lande. Medlemmerne er folkevalgte eller på anden måde centrale aktører hos de lokale eller regionale myndigheder i hjemlandet. Regionsudvalget har til opgave at fremsætte lokale og regionale synspunkter om EU-lovgivningen.



Europa-Kommissionen (Kommissionen), EU's Ministerråd (Rådet) og Europa-Parlamentet (Parlamentet) skal høre Regionsudvalget, før der træffes afgørelser om anliggender, der vedrører lokale og regionale myndigheder. Specifikt for sundhedsområdet fastslår EU-traktaten, at lovgivningen alene er et nationalt anliggende. Her kan Kommissionen, Rådet og Parlamentet eksempelvis give vejledende udtalelser eller vedtage fælles værdier og principper. Men andre dele af traktatgrundlaget, for eksempel bestemmelser om det indre marked, har også indflydelse på EU's og medlemsstaternes sundhedspolitik. Et konkret eksempel er direktivet om sundhedsydelse på tværs af grænser.

Baggrund for Kommissionens meddelelse

Rådet vedtog i 2006 en erklæring om de fælles værdier og principper, der ligger til grund for sundhedssystemerne i EU's medlemsstater. Erklæringen fokuserer på universalitet, adgang til pleje af god kvalitet samt lighed og solidaritet i sundhedssystemerne. Rådet respekterer med erklæringen de enkelte medlemslandes ret til at tilrettelægge sin egen sundhedspolitik, som fastsat i Traktaten om Den Europæiske Unions Funktionsmåde (Traktaten) artikel 168, og Rådet opfordrer samtidig Kommissionen til at respektere erklæringens værdier og principper i arbejdet med forslag vedrørende sundhedstjenester og sundhedssystemer.

På baggrund af erklæringen har Rådet løbende diskuteret, hvordan man i fællesskab blandt EU's medlemslande kan arbejde for, at de fælles værdier og principper i stigende grad implementeres. Dertil har diskussionerne i Rådet over de senere år båret præg af et ønske om styrket koordinering af sundhedsområdet på EU-plan.

Desuden står EU-landene overfor en række fælles udfordringer på sundhedsområdet. Kommissionens meddelelse peger blandt andet på øgede sundhedsomkostninger, en aldrende befolkning, stigning i kroniske sygdomme og uligheder på sundhedsområdet, både hvad angår fordelingen af sundhedspersonale og patienternes adgang til sundhedspleje.

Kommissionens meddelelse om effektive, tilgængelige og elastiske sundhedssystemer skal ses i lyset af Rådets diskussioner, og herunder den danske sundhedsministers bidrag til disse.

Danske Regioner kan generelt bakke op om meddelelsens overordnede budskab om læring på tværs af regions- og landegrænser, som et middel til at sikre sundhedsydelser af høj kvalitet til europæiske borgere. Danmark kan som alle



andre lande, med fordel inddrage andres erfaringer i bestræbelserne på at levere et optimalt sundhedsvæsen. Eksempelvis ligger Danmark ifølge OECD publikationen Health at a Glance fra 2014 blandt de fire dårligste OECD lande, når der måles på samlet kræftdødelighed, og herunder stikker bl.a. brystkræft ud som et område, hvor Danmark har muligheder for at lære af andres erfaringer.

Danske Regioners positioner

Nedenfor beskrives en række mere konkrete positioner, som foreslås at danne grundlag for et mandat i det videre arbejde.

For det første vil Danske Regioner arbejde for, at sundhed fremhæves som en værdi i sig selv, der til enhver tid bør vægte højere end rene økonomiske hensyn. Sundhed omfatter såvel fysisk sundhed, som mentalt velbefindende. Danske Regioner mener således, at sundhedsudgifter er at betragte som en investering i såvel en sund befolkning som en produktiv arbejdsstyrke, og kan derfor forventes at give afkast i form af såvel bedre folkesundhed som større samfundsøkonomisk overskud på længere sigt.

Kommissionens meddelelse omtaler en række faktorer, som sikrer et elastisk sundhedsvæsen. Både finansielle forhold samt betydningen af ikke-finansielle faktorer omtales. Det kan eksempelvis være en tilstrækkelig og uddannet arbejdsstyrke. De ikke-finansielle faktorer bør fremhæves som de væsentligste, når man taler om elastiske sundhedsvæsener.

For det andet mener Danske Regioner ikke, at reformer af sundhedssystemer bør inddrages direkte i processen omkring det europæiske semester, da det europæiske semester alene tager sit udspring i nationaløkonomiske hensyn, og derfor ikke vægter sundhed som værdi i sig selv.

Det europæiske semester er en halvårlig cyklus hvor medlemslandene blandt andet indberetter de såkaldte stabilitets- og konvergensprogrammer, der ligger til grund for vurderingen af, om et land skal modtage en henstilling om at iværksætte tiltag med henblik på at bringe økonomien i balance. Det europæiske semester indeholder også nationale reformprogrammer, der har fokus på strukturelle tiltag indenfor beskæftigelse, forskning og energi.

Traktatens artikel 168 fastslår, at EU's indsats på sundhedsområdet alene skal være et supplement til de nationale politikker, hvilket kommissionens meddelelse også påpeger. EU bør understøtte igangsættelse af initiativer, som kan bistå medlemslandene i at reformere sundhedssystemer gennem læring og erfaringsudveksling med andre regioner og lande i EU, fremfor via det europæiske



semester. Herunder erfaringer med patientinddragelse og kvalitet i behandlingen.

For det tredje vil Danske Regioner derfor holde fast i, at ansvaret for EU landenes sundhedspolitik er et anliggende på nationalt niveau og skal forblive sådan. Forskelle i europæiske sundhedssystemer afspejler derfor forskellige samfundsmæssige valg og prioriteringer.

Knap 20 EU-lande har i dag en regional forankring af sundhedssystemerne, mens en række mindre lande som for eksempel Luxembourg, Malta og Estland har nationale sundhedssystemer. Dette sikrer et rum for regionale politiske prioriteringer. Samtidig er det med til at sikre, at den viden og erfaring, som findes i de udførende driftsled i sundhedssystemerne, inddrages og anvendes proaktivt i den løbende udvikling af systemerne. Det er derfor afgørende at inddrage den regionale og lokale viden, når der igangsættes initiativer i EU-regi, som har til hensigt at fremme læring og sammenligning på tværs af EU's medlemslande. Den mest relevante læring vil i mange tilfælde være mellem regioner, og ikke blot mellem nationer. Dette bør afspejles i de initiativer som igangsættes i EU.

Kommissionens meddelelse fremhæver god ledelse, de rette informationsstrømme og rådighed over en tilstrækkelig og uddannet arbejdsstyrke som nogle af de faktorer, der er med til at sikre et elastisk sundhedssystem. I det videre arbejde med initiativerne i kommissionens meddelelse bør de europæiske regioner derfor inddrages i større omfang end hidtil.

For det fjerde bakker Danske Regioner op om initiativer i EU, som fremmer gensidig erfaringsudveksling. Som repræsentant for sygehusejerne i Danmark, har Danske Regioner interesse i gensidig læring og erfaringsudveksling på tværs af EU, hvor det er relevant og muligt.

For det femte finder Danske Regioner ikke, at dette er ensbetydende med, at der er behov for at opbygge et omfattende og detaljeret benchmarkingsystem i en EU-instans, med henblik på at sammenligne sundhedssystemer på tværs af EU. Danske Regioner mener dog, at benchmarks er relevant, men at der bør fokuseres på overordnede og nemt sammenlignelige resultater og faktorer, som for eksempel overlevelsen for bestemte typer sygdomme eller ventetider.

For det sjette støtter Danske Regioner derfor op om initiativer, der søger at tilvejebringe sammenlignelige datagrundlag til sammenligning af sundhedssystemer på tværs af regionale og nationale grænser.



Det er samtidig meget væsentligt, at sammenligninger på tværs af regioner og lande i EU anvendes med henblik på læring og udveksling af bedste praksis, hvor det er relevant, og ikke med henblik på harmonisering. Harmonisering er ikke et mål i sig selv, og det nationale, regionale og lokale prioriteringsrum skal bevares. På den baggrund bør EU facilitere gensidig læring mellem regioner og nationer for derigennem at støtte en optimering af medlemslandenes sundhedssystemer.

For det syvende ønsker Danske Regioner et øget fokus på kvalitet og patientinddragelse, når EU igangsætter initiativer på sundhedsområdet.

For det ottende ønsker Danske Regioner ligeledes en øget inddragelse af regional og lokal viden i EU initiativer, som skal fremme læring og sammenligning på tværs af medlemslande.

For det niende mener Danske Regioner, at de europæiske regioner og regionale interesser i højere grad bør inddrages forud for møder i Det Europæiske Ministerråd, hvor sundhed på tværs af EU er på dagsordenen.

Sekretariatets bemærkninger

Regionsudvalget forventes at vedtage den endelige udtalelse på plenarforsamling den 3.-4. december 2014, efter forudgående behandling i det relevante underudvalg i løbet af efteråret. Karsten Uno Petersen skal som ordfører for Regionsudvalget, indsende et færdigt udkast til Regionsudvalgets udtalelse senest den 5. september 2014.

Bilag

Kommissionens meddelelse - Effective accessible and resilient health systems COM 2014-215 - DA version.pdf (1162383).





7. Høring over forslag om ændring af apotekerloven, sagsnr. 14/224

Ann Vilhelmsen

Resumé

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har den 11. juni 2014 fremsendt udkast til lov om ændring af apotekerloven (modernisering af apotekersektoren).

Lovforslaget indeholder forslag til at give apotekerne en friere adgang til at oprette apoteksenheder, bl.a. på større sygehuse, samt forslag til en række moderniseringstiltag. Formålet er at sikre borgerne adgang til at købe medicin, høj patientsikkerhed, lægemidler til lave priser og god rådgivning af borgerne om medicin. Lovforslaget fastholder apotekerne som en del af sundhedsvæsnet.

Danske Regioners høringssvar indeholder en række bemærkninger til lovforslaget, hovedsageligt hvad angår oprettelse af apoteksenheder på større sygehuse, forsyningssikkerheden i tyndtbefolkede områder, samt koordinering af apotekernes vagttjeneste.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender høringssvaret vedrørende forslag til lov om ændring af apotekerloven.

Sagsfremstilling

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har den 11. juli 2014 fremsendt udkast til lov om ændring af apotekerloven (modernisering af apotekersektoren).

Danske Regioner kan generelt tilslutte sig regeringens forslag til en modernisering af apotekersektoren med henblik på at sikre borgerne god adgang til at købe medicin og høj patientsikkerhed.

Lovforslaget indeholder dog en række emner af særlig interesse for Danske Regioner.

Apoteksenheder på større sygehuse

Regeringen ønsker at give apotekerne friere adgang til at oprette apoteksfilialer, udsalg og udleveringssteder. Regeringen foreslår derfor, at det ikke længere er nødvendigt for apotekere at søge ministeren for sundhed og forebyggelse om tilladelse hertil. Apotekere skal underrette Sundhedsstyrelsen om beliggenhed, lagerforhold mv., men kan ellers frit oprette, flytte og nedlægge apoteksenheder inden for en radius af 75 kilometer fra apoteket.



Danske Regioner tager til efterretning, at forslaget forventes at medføre, at flere apotekere vil oprette apoteksenheder i eksempelvis supermarkeder (shop-i-shop), såvel som på de større sygehuse. Det kan være til fordel for patienterne, som vil kunne indløse deres recepter direkte ved udskrivelse, i stedet for at skulle vente f.eks. til efter weekenden. Derudover vil sygehusene i mindre grad skulle udlevere medicin til at dække perioden, indtil patienten selv kan fremskaffe medicinen fra apoteket. Dette kan medføre færre fejl i patienternes medicinering, da de f.eks. får medicinen i dens rigtige indpakning og med indlægsseddel.

Forsyningsikkerhed i tyndbefolkede områder

Danske Regioner gør dog opmærksom på, at forslaget om oprettelse af otte apoteksenheder inden for en radius af 75 kilometer kan få den konsekvens, at enkelte apotekere ejer alle enheder inden større områder. Dette er af betydning for konkurrencesituationen.

Samtidig er det i tyndbefolkede områder også en mulighed, at apoteksfilialer og udsalg (med mindre sortiment) kan 'udkonkurrere' – eller gøre det mindre attraktivt at drive – et egentligt apotek (med fuldt sortiment), som er dyrere i drift på grund af forskel i kravene til driftsopgaver og de ansattes kvalifikationer.

Danske Regioner finder det generelt væsentligt, at der med et potentielt øget antal medicinudleveringssteder, herunder online-apoteker, forstærkes krav om relevant rådgivning til den enkelte patient, samt fokus på samarbejdet med både sygehuse og praksissektoren.

Apotekernes vagttjeneste

Regeringen foreslår at tilrettelægge apotekernes vagttjeneste ud fra borgernes behov og i sammenhæng med de regionale akut- og vagtlægeordninger.

Danske Regioner er enig i, at det er vigtigt med en gennemskuelig vagttjenesteordning, således at det er nemt for borgerne at finde et apotek efter de almindelige åbningstider. Det er samtidig hensigtsmæssigt, at dette ønskes tilrettelagt i sammenhæng med de regionale akut- og vagtlægeordninger og med inddragelse af regionsrådene.

Danske Regioner gør dog opmærksom på, at det i mange tilfælde i dag ikke er praksis på akutfunktioner og i vagtlægeordninger at udlevere medicin til påbegyndelse af nødvendig behandling. Forslaget om reduktion fra 70 vagtapoteker



(med fuld og delvis åbningstider) til 34 vagtapoteker (med fuld åbningstid) kan derfor have stor betydning for borgerens afstand til nærmeste vagtapotek, og det er især af betydning ved afhentning af akutmedicin. Det er derfor vigtigt, at der i planlægningen af vagtapoteker tages højde for, at borgeren højst må have et vist antal kilometer til nærmeste vagtapotek.

Udlevering af vederlagsfri medicin

Danske Regioner foreslår, at lovens nuværende § 55 ændres således, at sygehusapoteker udover at levere lægemidler til regionens sygehuse, fremover også får adgang til vederlagsfrit at udlevere lægemidler til borgere, der er i ambulatoriekontrol eller udskrives fra et sygehus. Det kan løse nogle af de nuværende udfordringer med de lægemidler, som sygehusene udleverer vederlagsfrit i henhold til Danske Regioners retningslinjer, men som ikke udleveres af de private apoteker.

Forslaget vil ikke medføre ændringer på lægemiddelmarkedet, men alene betyde, at den enkelte region eller det enkelte sygehus selv kan afgøre, om den vederlagsfri udlevering af lægemidler, der i dag varetages af sygehusenes afdelinger, fremover fortsat skal ske fra sygehusafdelingerne, eller om det vil være mere hensigtsmæssigt at flytte funktionen til et centralt udleveringssted drevet af sygehusapoteket.

Forslag om positivliste

Regeringen foreslår, at Sundhedsstyrelsen udarbejder en positivliste over varer, som utvivlsomt er varer, der knytter sig til et apoteks virksomhed, og som derfor må fremstilles og forhandles af en apoteker. Ligeledes foreslår regeringen, at Sundhedsstyrelsen udarbejder en negativliste med angivelse af f.eks. tøj, sko, køkkenudstyr mv.

Danske Regioner tager forslaget til efterretning, men gør samtidig opmærksom på, at nogle af de varer, som særligt apoteker i tyndtbefolkede områder sælger, men som ikke nødvendigvis er lægemiddel- eller sundhedsrelaterede produkter, kan være eksistensgrundlaget for det enkelte apotek. En dispensationsordning kan overvejes.

På baggrund af ovennævnte bemærkninger og spørgsmål finder Danske Regioner det nødvendigt at følge op på effekten af lovændringen i forhold til borgerens adgang til medicin, patientsikkerhed og lægemiddelpriser. Danske Regioner tager desuden forbehold for de økonomiske konsekvenser af lovforslaget.



Høringsbrev og udkast til lovforslag er at finde på høringsportalen via <https://hoeringsportalen.dk/38922>.

Sekretariatets bemærkninger

Høringssvaret eftersendes til bestyrelsen. Det er blevet sendt til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse den 22. august med forbehold for bestyrelsens eventuelle bemærkninger.

Bilag

Hørings svar - apotekerloven (1166596).



8. Høring over forslag til ændring af psykiatriloven, sagsnr. 14/2432

Mikkel Lambach

Resumé

Danske Regioner har modtaget udkast til ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (psykiatriloven) i høring. Lovforslaget følger op på regeringens målsætning om, at anvendelsen af tvang i psykiatrien skal reduceres, og at brugen af bæltefikseringer skal halveres frem mod 2020.

I lovforslaget lægges der stor vægt på, at psykiatriske patienter skal have størst mulig indflydelse på egne behandlingsforløb, herunder ved eventuel anvendelse af behandling uden samtykke. Derudover skal der lægges stor vægt på dialog og samarbejde, og at al anvendelse af tvang skal ske med den største respekt for patienten og dennes følelse af ligestilling og selvfølelse.

Lovforslaget er sendt til høring midt i sommerferien med svarfrist den 29. august 2014. Det har dels vanskeliggjort den politiske behandling i Danske Regioner, dels vanskeliggjort mulighederne for en større koordinering med regionerne, som også har fået forslaget i høring.

Lovudkastet har været drøftet i Psykiatri- og Socialudvalget, og der er udarbejdet et høringssvar med afsæt heri. Herudover er lovforslaget udsendt til kommentering i regionerne, og der kan som led heri indkomme en række tekniske bemærkninger, som vil blive forsøgt indarbejdet i det endelige høringssvar.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen godkender høringssvaret.

Sagsfremstilling

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har sendt udkast til ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (psykiatriloven) i høring med frist den 29. august 2014. Med afsæt i forslagene fra regeringens psykiatriudvalg, om en psykiatri der i højere grad bygger på selvbestemmelse, dialog, inklusion og recovery, lægger regeringen med lovforslaget op til en gennemgribende modernisering af psykiatriloven. Det fremgår desuden af regeringens plan for psykiatri *Ligeverd – et nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*, at andelen af personer, der udsættes for tvang i psykiatrien, skal reduceres, og at bæltefiksering skal halveres frem mod 2020, samt at regeringen i 2014 indgår partnerskaber med regionerne herom. Forslaget udgør samlet set en modernisering af psykiatriloven.



Der er tale om ændringer, der samler op på en række problemstillinger rejst gennem flere år samt en opfølgning på drøftelser i regeringens psykiatriudvalg. Ændringsforslagene omhandler:

- Ny formålsbestemmelse.
- Præcisering af mindreåriges retsstilling.
- Forhåndstilkendegivelser.
- Skærpede kriterier for tvangsfiksering og tvangsbehandling.
- Revision af bestemmelserne om tvungen opfølgning efter udskrivning og oppegående tvangsfiksering.
- Ændring af kriterierne i § 19 a for undersøgelse af post, patientstuer og ejendele samt kropsvisitation m.v.

Lovforslaget er sendt til høring i alle fem regioner med frist den 29. august, og Danske Regioner vil i forhold til udformningen af det endelige høringssvar inddrage regionernes høringssvar. Da høringen er udsendt midt i sommerferien, og høringsfristen har tidsmæssigt sammenfald med bestyrelsens møde, forventes der at dukke en række konkrete bemærkninger op fra regionerne, som skal videreformidles til lovgiver. Disse vil derfor blive forsøgt indarbejdet i det endelige høringssvar. Herudover vil der blive taget et generelt DUT-forbehold, bl.a. fordi lovforslagets fokus på patientinddragelse forventes at have administrative konsekvenser.

Lovforslagets enkelte dele

Ny formålsbestemmelse

Regeringen ønsker med forslaget at understrege, at der skal lægges stor vægt på, at psykiatriske patienter skal have størst mulig indflydelse på egne behandlingsforløb, herunder ved eventuel anvendelse af behandling uden samtykke. Med forslaget understreges også, at al anvendelse af tvang skal ske med den største respekt for patienten og dennes følelse af ligestilling og selvfølelse. Derudover skal der lægges stor vægt på dialog og samarbejde mellem patient og relevante sundhedspersoner. Derfor indføres som noget nyt en egentlig formålsparagraf med fokus på selvbestemmelse, ligestilling og respekt for den enkelte.

Formålet med de stillede ændringsforslag er at nedbringe brugen af tvang og øge fokus på ligestilling, patientindflydelse, dialog og samarbejde i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling, samt at sikre at anvendelse af tvang alene sker, når alle andre muligheder er udtømte. Derud-



over er formålet at begrænse forekomsten af rusmidler og farlige genstande på de psykiatriske afdelinger og deraf følgende problemer for såvel behandlingen som for sikkerheden for patienter og personale.

Præcisering af mindreåriges retsstilling

I den nuværende lovgivning er der ikke fastsat regler, der præciserer, hvad der gælder i forhold til behandling m.v. af mindreårige patienter.

Hidtil har samtykke fra forældremyndighedens indehaver betydet, at anvendelse af foranstaltninger mod den mindreåriges vilje ikke udgør et tvangsindgreb i henhold til psykiatriloven, og at den mindreårige i sådanne tilfælde ikke nyder samme retssikkerhedsmæssige beskyttelse, som patienter, der er omfattet af psykiatrilovens regler. F.eks. har barnet / den unge i dag ikke selvstændig klageadgang og får ikke beskikket en patientrådgiver.

Derfor tydeliggøres mindreårige psykiatriske patienters retsstilling med forslaget, således at mindreårige patienters retsstilling i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling fremgår direkte af psykiatriloven.

Samtidig indføres krav om modenhedsvurderinger af patienter under 18 år. Modenhedsvurderingerne skal klarlægge, om den pågældende patient forstår konsekvenserne af sin stillingtagen til tiltænkte behandling, herunder eventuelle tvangstiltag med henblik på at vurdere, om patientens eventuelle protester skal tillægges betydning. Med forslaget sikres det, at barnets eller den unges synspunkter altid inddrages med passende vægt i overensstemmelse med alder og modenhed. Vurderes patienten ikke moden til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen, kan behandlingen gennemføres med afsæt i samtykke fra forældremyndighedens indehaver.

Brug af forhåndstilkendegivelser

Med forslaget stilles der krav om, at patienten høres om eventuelle præferencer i forhold til behandlingen, herunder tvang, såfremt det kommer på tale. Den foreslåede bestemmelse præciserer dermed, at den indlæggelsessamtale, der allerede finder sted, også omfatter patientens præferencer og eventuelle alternativer i forhold til behandlingen m.v., herunder anvendelse af tvang. Derudover stilles der krav om, at man i indlæggelsessamtalen tager stilling til inddragelse af pårørende. Forslaget har således til formål at sikre patienten størst mulig indflydelse på sit eget behandlingsforløb.

Det vurderes i lovforslaget, at forhåndstilkendegivelser understøtter et godt og tillidsfuldt samarbejde mellem patient og sundhedsperson og hermed medvirker



til at forebygge anvendelsen af tvang. Derudover giver forhåndstilkendegivelser patienten mulighed for selv at definere, hvilken form for tvang, der er mindst indgribende, og sikrer hermed, at patienten i en tvangssituation oplever mindst mulig krænkelse.

Skærpede kriterier for tvangsfiksering og tvangsbehandling

Ændringsforslaget skærper kriterierne for at iværksætte tvangsbehandling og tvangsfiksering samt det løbende tilsyn med foranstaltningerne. Med ændringerne stilles der både krav om patientinddragelse, og at behandlingen sker med afsæt i fagligt anerkendte standarder mv.

For så vidt angår tvangsbehandling lægges der op til, at behandlingen skal ske i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens til enhver tid gældende vejledninger vedrørende behandling med antipsykotiske lægemidler, og at behandling uden patientens samtykke skal være i overensstemmelse med faglig anerkendt standard og forsvarlig klinisk praksis på det psykiatriske område.

Med hensyn til tvangsfiksering er der tale om en foranstaltningstype, som gennem flere år har været kritiseret. Bl.a. har Europarådets Komité til Forebyggelse af Tortur kritiseret brugen af tvangsfiksering – især brugen af langvarige fikseringer. Samtidig har tvangsfikseringer været i fokus i langt de fleste tvangsreducerende tiltag i regionerne gennem årene. Tilsvarende er reduktion af tvangsfiksering udset som det primære mål i de partnerskabsaftaler, som regionerne er i færd med at indgå med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse jf. finanslovaftalens målsætning om at halvere brugen af tvang i psykiatrien frem mod 2020.

Med ovennævnte afsæt skærpes kravene til at iværksætte tvangsfiksering. For det første præciseres det, at tvangsfiksering med få undtagelser kun må bruges kortvarigt. For det andet skal beslutning om tvangsfiksering fremover træffes af en overlæge i modsætning til i dag, hvor beslutningen kan træffes af en læge. Der er dog med forslaget lagt op til, at beslutningen i overlægens fravær kan træffes af en anden læge, men at overlægen i så fald efterfølgende snarest skal tage stilling til beslutningen. For det tredje skærpes tilsynet med tvangsfikseringer. Fremover skal tvangsfikseringer, der strækker sig over 24 timer vurderes af en ekstern læge. Tidsgrænsen er i dag 48 timer. Som konsekvens af dette skærpede eksterne tilsyn reduceres antallet af tilsyn med den enkelte foranstaltning fra fire til tre pr. døgn.



Oppegående tvangsfiksering

På Sikringen – landets eneste psykiatriske afdeling for de mest farlige psykiatriske patienter – har der siden 2010 været mulighed for at iværksætte oppegående tvangsfiksering.

Oppegående tvangsfiksering kan alene etableres efter konkret tilladelse fra Sundhedsstyrelsen, og tilladelsen gives for 6 måneder af gangen. Tilladelse gives kun såfremt patienten udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter, eller øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang. Det er endvidere en betingelse, at langvarig isolation på patientens stue vurderes at have negativ effekt på patientens samlede tilstand, psykisk, legemligt og socialt, eller at langvarig (liggende) tvangsfiksering vurderes at have negativ effekt på patientens samlede tilstand, psykisk, legemligt og socialt.

En netop gennemført evaluering fremhæver en række positive erfaringer med ordningen. Det fremgår bl.a., at oppegående tvangsfiksering har gjort det muligt for de pågældende patienter i højere grad at komme i fællesskab sammen med medpatienter, at deltage i fælles aktiviteter, modtage besøg, komme i gårds haven o.lign. Hertil kommer, at oppegående tvangsfiksering for de pågældende har afløst meget langvarige liggende tvangsfikseringer, som kan være skadelige for patienternes helbred.

Med afsæt i evalueringen og Sundhedsstyrelsens anbefalinger lægges der med lovforslaget op til, at oppegående tvangsfiksering får en permanent hjemmel, og at en tilladelse fra Sundhedsstyrelsen har gyldighed, indtil Sikringen selv ophæver foranstaltningen. Samtidig skal den løbende revurdering af den enkelte foranstaltning fremover alene ske én gang om måneden mod én gang i døgnnet i dag.

Det skal bemærkes, at det nuværende krav til revurderinger hvert døgn ikke i ét eneste tilfælde har ført til ændring af foranstaltningen. Hertil kommer, at ordningen er administrativ tung. I forslaget vurderes det derfor, at ophævelse af 6-månedersreglen og bortfald af kravet om daglige revurderinger ikke medfører en forringelse af patienternes retssikkerhed.

Undersøgelse af post, patientstuer og ejendele samt kropsvisitation m.v.

Det bliver med forslaget muligt at foretage undersøgelse af post, patientstuer og ejendele samt kropsvisitation efter § 19 a, uden at der foreligger en begrundet mistanke i forhold til en konkret patient. Formålet er at sikre afdelingerne den fornødne hjemmel til at holde rusmidler og farlige genstande ude af afdelinger-



ne. Med forslaget er det samtidig vurderingen, at hensynet til patienternes behandling samt patienternes og personalets sikkerhed taler for, at regionerne bør have mulighed for i højere grad at kunne begrænse forekomsten af medikamenter, rusmidler og farlige genstande på de psykiatriske afdelinger.

Forslaget har afsat i det kortlægningsarbejde, som lå til grund for Danske Regioners rapport Retspsykiatri – Kvalitet og sikkerhed fra februar 2011. Heri beskrives en række negative konsekvenser af, at den nuværende psykiatrilovs krav om, at undersøgelse af patientstuer, post og ejendele alene kan ske, når der foreligger en begrundet mistanke i forhold til en konkret patient.

De negative konsekvenser relaterer sig i høj grad til forekomsten af stoffer og misbrug på afdelingerne. Patienten bliver f.eks. ofte psykisk dårligere og udviser ofte en uhensigtsmæssig adfærd, der påvirker både medpatienter og personale. Stoffer medfører også et mere råt miljø på afdelingerne, bl.a. som følge af handel mellem patienterne, og der opstår gæld og udeståender, der kan lede til uro, intern splid og konflikter. Desuden bliver nogle patienter aggressive og farlige under påvirkning af stoffer, og generelt modvirker stofferne selve behandlingen.

Derfor opfordrede Danske Regioner til, at psykiatrilovens § 19 a lempes, og at afdelingernes muligheder for at holde stoffer og andre farlige genstande ude af afdelingerne forbedres. Med ændringsforslaget lægges der op til, at kravet om begrundet mistanke erstattes af et mere bredt kriterium for mistanke om tilstedeværelse af stoffer og andre farlige genstande på afdelingerne.

Tvungen opfølgning efter udskrivning

Som led i en 4-årig forsøgsordning har det siden 2010 været muligt at udskrive patienter til tvungen opfølgning, såfremt patienterne opfyldte en række betingelser. Målgruppen for tvungen opfølgning er patienter med en langvarig sygdomshistorie præget af udeblivelser fra ambulante besøg, medicinophør i modstrid med den lagte behandlingsplan samt hyppige tvangsindlæggelser.

Sundhedsstyrelsens evaluering af ordningen, som omfatter i alt 30 patienter, har vist, at patienter under tvungen opfølgning har færre indlæggelser, er tvangsindlagt i færre dage, og sammenlagt udsættes for færre øvrige tvangsforanstaltninger end tidligere. Evalueringen viser desuden, at stabile behandlingsforløb er med til at modvirke indlæggelse.

Ordningen vurderes meget forskelligt afhængig af, om patienter eller behandlere spørges. Gennemgående er patienternes oplevelse af ordningen negativ, da



patienterne ikke opfatter sig som syge, og derfor oplever det som forkert og som et overgreb at skulle tage den ordinerede medicin. Omvendt mener det behandelende personale generelt, at tvungen opfølgning har en positiv effekt i langt de fleste tilfælde. Personalet mener, at ordningen er nødvendig, såfremt man skal fastholde en lille gruppe af svært psykisk syge med hyppige medicinsvigt i et længerevarende behandlingsforløb.

Med lovforslaget forlænges forsøgsordningen med tvungen opfølgning efter udskrivning med yderligere fire år. Det meget lille antal patienter, som har været underlagt tvungen opfølgning og det deraf følgende lille datagrundlag bag evalueringen er årsagen til, at ordningen ikke foreslås permanentgjort.

Udkastet til forslag til lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (psykiatriloven) samt høringsbrev og høringsliste kan ses på Høringsportalen:

<https://hoeringsportalen.dk/38955>

Bilag

Danske Regioners høringssvar på udkast til ændring af psykiatriloven (1166838).





9. Høring over ny lov om turisme, sagsnr. 14/2419

Anette Prilow

Resumé

Erhvervs- og Vækstministeriet har sendt forslag til lov om dansk turisme i høring. Danske Regioner har udarbejdet et udkast til høringssvar, der overvejende bakker op om forslaget, men dog med enkelte kommentarer og ændringsforslag. Danske Regioners høringssvar har været i administrativ høring i regionerne.

Lovforslaget er bl.a. udarbejdet på baggrund af den politiske aftale mellem Erhvervs- og Vækstministeriet og Danske Regioner, der blev indgået den 1. juli 2014.

Indstilling

*Det indstilles,
at bestyrelsen godkender høringssvaret.*

Sagsfremstilling

Lov om dansk turisme

Erhvervs- og Vækstministeriet har sendt forslag til lov om dansk turisme i høring. Det overordnede formål med lovforslaget er at skabe en stærkere organisering og styring af den offentlige turismefremmeindsats. Det skal ske gennem oprettelse af et nationalt turismeforum, som skal koordinere og styre den offentlige turismefremmeindsats i Danmark.

Det nationale turismeforum skal udarbejde en national strategi for dansk turisme, som skal fastlægge den overordnede strategiske retning, herunder de centrale prioriteter og mål for dansk turisme. Det nationale turismeforum får til opgave at koordinere den offentlige turismefremmeindsats med udgangspunkt i den nationale strategi. Derudover skal forummet udarbejde og igangsætte analyser, herunder en større årlig analyse af udviklingen i dansk turisme.

I tilknytning til det nationale turismeforum etableres et Advisory Board, som består af organisationer og øvrige relevante ministerier. Udviklingsindsatsen samles under tre regionale udviklingselskaber for turisme inden for hhv. kyst- og naturturismen, erhvervs- og mødeturismen, samt storbyturismen.

Aftale mellem Erhvervs- og Vækstministeriet og Danske Regioner

Erhvervs- og Vækstministeriet og Danske Regioner indgik den 1. juli 2014 en aftale om at styrke dansk kyst- og naturturisme, erhvervs- og mødeturisme og



storbyturisme. Aftalen giver regionerne ansvar for at etablere et selskab for Dansk Kyst- og Naturturisme, der placeres i Region Nordjylland. Selskabet skal være den førerende aktør inden for udvikling af kyst- og naturturisme i Danmark.

Selskabet for Dansk Erhvervs- og Mødeturisme MeetDenmark etableres med sekretariat i Region Hovedstaden. Der etableres under selskabet et partnerskab for Erhvervs- og Mødeturisme i Vestdanmark med sekretariat i Region Syddanmark. Derudover styrkes samarbejdet om storbyturismen med forankring i Wonderful Copenhagen.

Danske Regioners hørings svar

Danske Regioner har udarbejdet et udkast til hørings svar til lov om dansk turisme. Udkastet har været i administrativ høring i regionerne.

Danske Regioner er overordnet enig i intentionerne og hovedelementerne i lovforslaget, men har især tre væsentlige kommentarer.

For det første mener Danske Regioner, at den nye organisering af den offentlige turismeindsats handler om fastlæggelse af fælles strategisk retning og mål og koordinering på baggrund heraf, og ikke om central styring i traditionel forstand. Det gælder især forholdet mellem det nationale turismeforum og de nye udviklingsselskaber.

For det andet ønsker Danske Regioner, at regionerne får mulighed for at indstille medlemmer til det foreslåede Dansk Turismes Advisory Board. En lang række af regionernes vigtigste samarbejdspartnere på turismeområdet er repræsenteret i Advisory Board, og det er afgørende for en sammenhængende og effektiv indsats, at regionerne også er repræsenteret.

For det tredje mener Danske Regioner, at lovforslaget vil have økonomiske konsekvenser. Lovforslaget pålægger regionerne opgaven med at oprette regionale udviklingsselskaber. Dette er en ny opgave, som der skal prioriteres økonomisk.

Udkastet til hørings svar indeholder derudover en række specifikke kommentarer til lovforslaget, der for hovedpartens vedkommende skal ses i forlængelse af aftalen mellem Erhvervs- og Vækstministeriet og Danske Regioner pr. 1. juli 2014.



Høringsvaret er sendt til Erhvervs- og Vækstministeriet den 15. august 2014 med forbehold for politisk godkendelse.

Sekretariatets bemærkninger

Udkastet til lov om dansk turisme kan findes her:

<https://hoeringsportalen.dk/38923>

Bilag

Aftale om turisme.pdf (1165347).

Hørings svar til lovforslag om dansk turisme (1163916).





**10. Tre korte film fra Healthcare Denmark om det danske sundhedsvæsen,
sagsnr. 11/1081**

Ole Ravnholt Sørensen

Resumé

Bestyrelsen bevilgede i juni 2011 i alt 1 mio. kroner til Danske Regioners medfinansiering af konsortiet Healthcare Denmark for en fireårig periode (2012-2015). Konsortiet har til opgave at øge kendskabet til og markedsføre Danmarks styrker og kompetencer indenfor sundheds- og velfærdsløsninger på relevante udenlandske markeder. Det sker bl.a. gennem besøgsprogrammer og presseture målrettet udenlandske beslutningstagere, indkøbere og medier.

Som led i arbejdet med at profilere danske sundhedsløsninger internationalt har Healthcare Denmark senest produceret tre korte film på engelsk. Filmene fokuserer på hhv. indretningen af det danske sundhedsvæsen, danske hospitalsløsninger samt nye sygehusbyggerier. Filmene kan nu ses via nettet. [På bestyrelsesmødet den 28. juni vil hovedfilmen blive vist].

Det forventes, at der i starten af 2015 skal tages stilling til, om konsortiet skal forsøges fortsat, da arbejdet er kommet i en god gænge.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Efter et længere tilløb blev konsortiet Healthcare Denmark etableret medio 2012. De stiftende parter bag er Erhvervs- og Vækstministeriet, Danske Regioner, DI, KMD, Systematic A/S, Falck A/S, COWI og Region Syddanmark (samt til dels Sundhedsministeriet og Udenrigsministeriet). Tidligere minister, EU-kommissær mv., Mariann Fischer-Boel er formand for konsortiet.

Konsortiet skal øge kendskabet til og markedsføre Danmarks styrker og kompetencer indenfor sundheds- og velfærdsløsninger på relevante udenlandske markeder. Konsortiets primære aktiviteter består i at tiltrække internationale indkøbere, ressourcepersoner, meningsdannere, beslutningstagere, presse og medier til Danmark. Kendskabet til og markedsføringen af Danmarks styrker og kompetencer indenfor sundheds- og velfærdsløsninger skal herigennem intensiveres.



Netop denne profileringsindsats kræver mange forskellige typer værktøjer. Eksempelvis korte præsentationsfilm, der i ord (på engelsk) og billeder bl.a. viser, hvordan det danske sundhedsvæsen fungerer, hvordan nye offentlige private løsninger indgår i driften samt de nye sygehusbyggerier.

1) Filmen om det danske sundhedsvæsen varer 3:24 min. og er færdigredigeret (og godkendt af konsortiets bestyrelse). Den viser bl.a. hvordan vores sundhedsvæsen fungerer og hvordan det bl.a. er lykkedes at øge produktiviteten over de senere år. Se filmen på:

- <http://www.healthcaredenmark.dk/> (dvs. konsortiets hjemmeside)

2) Filmen om de ”nye sygehusbyggerier” varer 1:43 min., (mangler den sidste færdigredigering). Den sætter fokus på de nye fysiske rammer som er undervejs over de kommende år. Filmen viser bl.a. den ny-indviede akutfunktion på Slagelse Sygehus frem. Se filmen på:

- <https://www.dropbox.com/s/n2dk6iamzcbk784/Case%202%20New%20Hospitals%204.mp4>

3) Filmen om ”hospitalsløsninger” varer 2:36 min. (mangler den sidste færdigredigering). Filmen giver eksempler på nogle af de offentlige private løsninger, der er med til at styrke driften af sundhedsvæsenet. Eksemplerne i filmen omhandler sundhedsIT, robot-sortering af blodprøver samt automatisering på en sterilgodscentral. Se filmen på:

- <https://www.dropbox.com/s/b1nrupvbobkqe6m/Hospitalsløsninger.mp4>

The case of Denmark – innovating better life

”The case of Denmark” lyder overskriften på forordet til den engelske fortælling om det danske sundheds- og velfærdssystem, herunder samspillet mellem offentlige og private aktører. Fortællingen fungerer som samlende ramme for Healthcare Danmarks arbejde. De - foreløbigt - tre kortfilm tager afsæt i denne fortælling.

Fortællingen lå færdig medio 2013. Den er sat op som et magasin på 20 sider, der via illustrativ forside, forord af hhv. H.K.H. Kronprinsesse Mary (protektor) og formanden, baggrundsartikler, grafik og billeder tegner et generelt og kortfattet billede af det danske sundhedsvæsen. Samtidig også dets aktører, pri-



vate løsninger som dagligt anvendes, samt hvordan det for Danmark de seneste år er lykkedes at sikre “increased public satisfaction with healthcare services and improved productivity and quality in the sector, while successfully keeping health expenditures in check” (jf. forordet).

Healthcare Denmarks kerneopgave

Hovedformålet med at producere en fortælling, kortfilm og hjemmeside mv. er i sidste ende at trække udenlandske beslutningstagere til Danmark – så de ved selvsyn kan se, hvordan vi har indrettet os, og hvilke løsninger vi betjener os af.

Denne opgave er i stor udstrækning lykkedes for Healthcare Denmark. Det seneste år er der gennemført 18 delegationsbesøg. Dertil kommer 13 besøg, som finder sted i løbet af september og oktober 2014. Delegationerne kommer bl.a. fra Tyskland, Holland, Singapore, Grækenland, Kroatien, Sydkorea – dvs. både nær- og fjernmarkeder.

I forbindelse med delegationsbesøg til Danmark står Healthcare Denmark for at planlægge og skræddersy et besøgsprogram, som imødekommer de ønsker, delegationen forinden har tilkendegivet. Et typisk besøg omfatter oftest besøg hos - og oplæg fra - relevante hospitaler, organisationer, myndigheder og virksomheder.

Som et element i håndteringen af udenlandske delegationer, er der etableret et tæt samarbejde mellem Healthcare Denmark og samtlige regioner. Her har hver region udpeget en person, der er ansvarlig for konsortiets samarbejde med hospitaler i regionen.

Det forventes, at der i starten af 2015 skal tages stilling til, om konsortiet skal forsøges fortsat, da arbejdet er kommet i en god gænge.

Baggrund

Samlet ramme for Healthcare Denmark er på 18 mio. kroner over fire år. Heraf leverer staten halvdelen, mens resten leveres af parterne, enten som kontante bidrag eller in-kind-ydelser.

Danske Regioner finansierer 1 mio. kroner i perioden, heraf 40 pct. som in-kind-ydelser. Oprindeligt var det meningen, at denne finansiering skulle dække perioden 2011-2014. Vanskeligheder i forbindelse med opstarten af konsortiet har dog ført til, at Danske Regioners finansiering rykkes knapt ét år; det vil sige frem til september 2015.



Danske Regioners deltagelse i initiativet skyldes bl.a., at vi som ansvarlige for regional erhvervsudvikling kan være med til at understøtte relevante danske virksomheders eksport af produkter, løsninger og services indenfor sundheds- og velfærdsområdet. Deltagelsen er ligeledes en mulighed for at bruge udenlandske besøg eller udenlandske artikler som grundlag for en synliggørelse af det danske sundhedsvæsen internationalt. Regionerne bidrager således ved at stille sig til rådighed for / åbne døre til relevante hospitaler i.f.m. delgationsbesøg mv.

Bilag

HCD magasin 25-09-2013.pdf (1164932).



11. Fælles principper om systematik i speciallægenes kompetenceudvikling, sagsnr. 14/1178

Anne Thesbjerg Christensen

Resumé

Danske Regioner har sammen med Lægeforeningen formuleret en række fælles principper om systematik i arbejdet med speciallægenes kompetenceudvikling. Principperne afspejler sammenfattende en fælles holdning om, at speciallægenes kompetenceudvikling skal tage afsæt i den nyeste faglige viden og målrettes patienternes og sundhedsvæsenets behov. Der er enighed om, at det i den forbindelse er et gensidigt ansvar at lægen har de rette kompetencer.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Både Lægeforeningen og Danske Regioner har i udspil påpeget behovet for mere systematisk efteruddannelse af speciallægerne på sygehusene. I forlængelse heraf har parterne udarbejdet et fælles papir med fire principper om systematik i speciallægenes kompetenceudvikling. Principperne har følgende overskrifter:

1. Høj faglighed med afsæt i både sundhedsvæsenets -og lægens behov
2. Kompetenceudvikling målrettet analyser og feedback på klinisk praksis
3. Udviklingsplan skal sikre prioriteret kompetenceudvikling
4. Forskelligartede læringsaktiviteter skal sikre reel kompetenceudvikling

Principperne kan være retningsgivende for hospitalsledelser og læger i arbejdet med at sikre en løbende og målrettet kompetenceudvikling. Med papiret er der tale om en præcisering af den allerede eksisterende praksis for kompetenceudvikling i sygehusvæsenet.

Bilag

Fælles principper om systematisk i speciallægenes kompetenceudvikling.pdf (1166615).





12. Orientering om emner på EU-dagsordenen, sagsnr. 14/1747

Maren Munk-Madsen

Resumé

Følgende er en status på aktuelle emner, der er omfattet af bestyrelsens prioriteringer for foreningens europapolitiske arbejde. PRJ og ASA, sag 14/1682.

Indstilling

Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Danmark beholder sine ni pladser i EU's Regionsudvalg

EU's Regionsudvalg tæller med Kroatiens optagelse 353 medlemmer og et tilsvarende antal suppleanter. I henhold til EU-traktaten må antallet af medlemmer maksimalt være 350. Når Regionsudvalget i begyndelsen af 2015 skal konstitueres for en ny femårig periode, skal det derfor reduceres med tre medlemmer. Blandt delegationerne i Regionsudvalget har det naturligvis forårsaget en del diskussion om, hvilke lande der skulle afgive pladser. Drøftelserne blev yderligere kompliceret ved, at de seks største lande mente, at den nuværende fordelingsnøgle skulle ændres, således at den reflekterede pladsfordelingen i Europa-Parlamentet og dermed gav de store lande flere pladser.

Med en repræsentant fra Danske Regioner for bordenden, lykkedes det at skaffe et stort flertal i Regionsudvalget for en model, som bevarer den nuværende balance i Regionsudvalget og samtidig giver plads til udvidelsen med Kroatien og evt. kommende udvidelser. Mekanismen er, at hvert land afgiver én plads – begyndende med de mindste lande, indtil man er nået ned på 350 medlemmer. Den danske delegation beholder dermed sine ni medlemmer og ni suppleanter i valgperioden 2015-2020. Fordelingsnøglen blev godkendt af en arbejdsgruppe under EU's ministerråd den 19. juli og forventes endeligt godkendt af Rådet i løbet af september/oktober.

Italiensk EU formandskab: Sundhedssystemer, persondata og turisme

Italien overtog den 1. juli EU-formandsskabet fra Grækenland. Det italienske formandskab har følgende overordnede pejlemærker og prioriteter for dets formandskab: Vækst og beskæftigelse, styrkede borgerrettigheder og en styrket position for Europa i verden. Derudover ønsker Italien, at EU skal holde fokus på dets kerneområder og ikke blande sig på områder der løses bedst på stats-, regionalt eller lokalt niveau.

I forhold til Danske Regioners EU-prioriteter er følgende målsætninger interessante:

Italienerne har fokus på sundhed, herunder sygdomsbekæmpelse, fremskridt med lovforslaget om medicinsk udstyr, vacciner samt på sundhedsforskning generelt. Ligeledes ønsker formandskabet at sætte fokus på sundhedssystemerne i medlemslandene, som er i tråd med Kommissionens nylige meddelelse om ”Effektive, tilgængelige og elastiske sundhedssystemer”. Jævnfør særkilt dagsordenspunkt er Karsten Uno Petersen (S/Syddanmark) blevet ordfører på udtalelsen i Regionsudvalget til Kommissionens meddelelse. Det understreges, at organisering og finansieringen af sundhedssystemer er et nationalt anliggende, men EU-sundhedsministre har løbende haft fokus på området.

Formandskabet ønsker at gøre fremskridt med lovgivningen omkring persondatubeskyttelse i Ministerrådet. Europa-Parlamentet har færdigbehandlet sit lovforslag til teksten og venter på Rådet, så de fælles forhandlinger om det endelige lovforslag kan påbegyndes.

Formandskabet ønsker at udvikle en overordnet strategi til at forstærke Europas position som verdens destination nr. 1 i forhold til både kulturel og bæredygtig turisme. Italienerne vil således arbejde for, at de kulturelle og kreative sektorer også bliver tilgodeset i implementeringen af EU's programmer indenfor den kommende budgetperiode 2014-2020.

Patientsikkerhedspakken (og forebyggelse og bekæmpelse af infektioner)

EU-kommissionen kom den 19. juni med sin anden rapport vedrørende Patientsikkerhed, herunder forebyggelse og bekæmpelse af infektioner erhvervet i sundhedsvæsenet. Baggrunden for rapporten er en efterspørgsel fra EU's sundhedsministre. Rapporten er den anden i rækken og er en opfølgning på den første rapport, som udkom i 2012. Rapportens del om patientsikkerhed er baseret på medlemsstaternes besvarelse af et spørgeskema fra Kommissionen, svar fra offentlig høring og resultater fra en Eurobarometerundersøgelse. I den første rapport oplyste Kommissionen 13 tiltag, som skulle hjælpe med at forbedre patientsikkerheden i medlemsstaterne. Danmark har på nuværende tidspunkt implementeret størstedelen af de 13 oplyste tiltag omkring forbedring af patientsikkerhed. For yderligere at forbedre patientsikkerheden foreslår Kommissionen en række ekstra foranstaltninger på området i samarbejde med medlemslandene og interessenter. Rapporten kan rekvireres ved henvendelse til Danske Regioners kontor i Bruxelles.

EU-strategiramme for sundhed og sikkerhed på arbejdspladsen

EU-Kommissionen kom den 6. juni med en meddelelse omkring ”En EU-strategiramme for sundhed og sikkerhed på arbejdspladsen 2014-2020”. Den nye strategi skal efterfølge den hidtidige strategi på området, som udløb i 2012.



Strategien har som sit overordnede mål at forbedre arbejdsforholdene i Europa. Strategien identificerer tre store udfordringer for at dette mål kan opnås.

1. Implementeringen af eksisterende sundheds- og sikkerhedsforanstaltninger
2. Forebyggelse af arbejdsrelaterede sygdomme
3. Håndtering af de demografiske forandringer (aldring af arbejdsstyrken)

Løsningen af de tre opgaver skal ske ved brug af mangeartede værktøjer, som skal implementeres ved hjælp af benchmarking, identificering og udveksling af bedste praksis, øget opmærksomhed, fastsættelse af frivillige normer osv. I 2016 skal der gøres midtvejsstatus på strategien.

EU's Regionsudvalg begynder behandlingen af sagen i fagudvalget den 15.-16. september.

Fælles indkøb af vacciner i EU.

På baggrund af udbruddet af H1N1(svineinfluenza) i 2009 og den efterfølgende fare for en pandemi, bad EU's sundhedsministre (Ministerrådet) EU-

Kommissionen om at forberede en aftale om fælles indkøb af vacciner i tilfælde af fremtidige pandemier. Udbruddet af H1N1 viste store fejl og svagheder i medlemslandenes egne programmer for indkøb af vacciner. For at være bedre forberedt imod fremtidige udbrud af grænseoverskridende sundhedsfare (herunder smitsomme sygdomme) kan EU-institutionerne og medlemslandene indgå i en fælles indkøbsprocedure, således at følgende tre mål kan opfyldes:

- At pandemiske vacciner og andre medicinske modforanstaltninger er tilgængelige i tilstrækkelige mængder.
- At adgang til pandemiske vacciner eller andre medicinske modforanstaltninger er garanteret for alle deltagende medlemsstater.
- Alle medlemsstater behandles ens og har fordel af de kontraktmæssige betingelser.

Aftalen om fællesindkøb af vaccine træder i kraft når en tredjedel af de deltagende medlemsstater har underskrevet aftalen.

Efter 20 år vil EU's Regionsudvalg anerkendes som EU-institution

På Regionsudvalgets plenarforsamling i juni vedtog Udvalget en resolution om *20-året for Regionsudvalgets oprettelse*. Resolutionen er en række politiske budskaber, der i korte træk handler om at sætte retningslinjer for Regionsudvalgets fremtid og rolle i EU-systemet. Udvalget understreger, at man forsat skal styrke sin rolle som rådgivende organ og samtidig øge samarbejdet med Europa-Parlamentet og Ministerrådet i fremtiden. I forhold til udvalgets fremtidige rolle er dets vision at få en større politisk rolle. Udvalget anmoder derfor Ministerrådet om at få status som institution ved næste revision af traktaterne.



EU's Regionsudvalgs ønsker til EU's næste fem årige arbejdsprogram

På Regionsudvalgets plenarforsamling i juni diskuterede EU's kommuner og regioner prioriteringerne for den kommende Kommission. Prioriteringerne blev vedtaget i form af en politisk resolution. Resolution fokuserer på de tiltag, Regionsudvalget gerne vil have Kommissionen tager initiativ til. Det handler eksempelvis om investeringer i Europas byer og regioner for at skabe større vækst, beskæftigelse og bæredygtighed. Resolutionen foreslår bl.a. Kommissionen at skabe en ny energistrategi med udgangspunkt i lokale og regionale løsninger.

Bilag

Ingen.



13. Generelle orienteringer, sagsnr. 14/1747

Maren Munk-Madsen

Resumé

Følgende emner er til orientering:

- Ændring af regionsloven vedr. ikke-regionsrådsmedlemmer i udvalg, grænsependleres ret til fravær fra job mv.
- Serviceeftersyn af lokale høringer.
- Vederlæggelse af politikere

Indstilling

Det indstilles,

at orienteringen godkendes.

Sagsfremstilling

Ændring af regionsloven vedr. ikke-regionsmedlemmer i udvalg, grænsependleres ret til fravær fra job mv., sags 14/2433

Økonomi- og Indenrigsministeriet har sendt ændringer af regionsloven i høring. Det drejer sig om afskaffelse af dispensationsmulighed for, at ikke-regionsmedlemmer kan sidde i udvalg, og at andre end regionsrådsformanden kan varetage posten som formand for forretningsudvalget. Baggrunden for afskaffelse af dispensationsmulighederne er at undgå de principielle uhensigtsmæssigheder, som disse dispensationer kan give anledning til, samt at tage hensyn til demokratisk legitimitet og ansvarsplacering i den enkelte region. Der er ingen eksempler på, at en region har benyttet sig af ovennævnte dispensationsmuligheder.

Lovforslaget handler også om grænsependleres ret til fravær fra job, når de skal varetage et regionalpolitisk hverv i hjemlandet. Herved fremmes grænsependleres ret til fuld deltagelse i demokratiet. Ændringen betyder, at økonomi- og indenrigsministeren under forudsætning af gensidighed kan indgå aftale med et andet land om at kunne opnå ret til fravær fra arbejdet i Danmark af hensyn til varetagelsen af det regionalpolitiske hverv. Formålet med loven er at sikre lønmodtagere på tværs af landegrænsers ret til fravær fra arbejdet på lige vilkår som danske regionsrådsmedlemmer. Ændringen er foranlediget af, at der er mulighed for at indgå aftale med Sverige i efteråret 2014.

Danske Regioner har i sit høringssvar anført, at regionerne ingen kommentarer har til ændringerne i regionsloven. Lovændringen forventes at træde i kraft den 1. januar 2015.



Serviceeftersyn af lokale høringer, sag 14/2032

Økonomi- og Indenrigsministeriet har nedsat et udvalg, der skal foretage et serviceeftersyn af de kommunale og regionale høringer, der er lovgivningsbestemte. Tidligere departementschef Ib Valsborg er formand for udvalget, der er sammensat af repræsentanter fra en række ministerier samt KL og Danske Regioner.

Udvalget skal tage stilling til, hvorvidt de nuværende bestemmelser lever op til formålet om at skabe et forbedret beslutningsgrundlag baseret på en gennemsigtig proces med reel dialog. Derudover skal udvalget overveje, hvordan høringerne i højere grad kan understøtte det lokale demokrati ved en reel og relevant inddragelse af borgere, organisationer, erhvervsliv m.fl. Udvalget skal også overveje, hvilken form for regulering og reguleringsgrad, der bedst tilgodeser de nævnte formål.

Udvalget skal med udgangspunkt i de gældende regler levere forslag og anbefalinger til lovgivningsinitiativer, der sikrer en bedre og tidligere inddragelse af borgere og erhvervsliv i beslutningsprocesserne. Fokus skal særligt være på mindre bureaukrati og generel forenkling, samtidig med at retssikkerheden bevares.

Serviceeftersynet vedrører de høringer, hvor kommunen eller regionen er forpligtet til at høre enten borgere, organisationer, erhvervsliv m.fl. Implementering af EU-direktiver er ikke en del af eftersynet.

Vederlæggelse af politikere, sag 14/2277

Folketinget vedtog den 20. maj 2014 beslutningsforslag B 96 om udmøntning af politisk aftale om en mere tidssvarende og gennemsigtig vederlæggelse af politikere. Kommissionen skal foretage en analyse af den samlede vederlæggelse af borgmestre, regionsrådsformænd, folketingsmedlemmer og ministre og skal udarbejde et forslag til, hvordan den fremadrettede vederlæggelse skal være.

Sekretariatsbetjeningen af kommissionen vil blive ledet af Folketingets Administration i samarbejde med Statsministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet og Moderniseringsstyrelsen. Danske Regioner og KL bistår sekretariatet.

Bilag

Ingen.



14. Næste møde, sagsnr. 14/1747

Maren Munk-Madsen

Resumé

Det indstilles,

at næste møde holdes fredag den 26. september 2014 kl. 10.30 – 14.00 i Regionernes Hus.

Indstilling

Sagsfremstilling

Bilag

Ingen.





15. Eventuelt, sagsnr. 14/1747

Maren Munk-Madsen

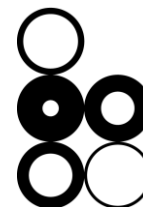
Resumé

Indstilling

Sagsfremstilling

Bilag

Ingen.



Medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse 2014 - 2018
m.fl.

19-06-2014

Sagsnr. 14/1739

Maren Munk-Madsen

Tel.: 3529 8165

E-mail:

mma@regioner.dk

Referat fra møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den 12. juni 2014 kl. 9.30 (på Bornholm)

Deltagere: Bent Hansen, Carl Holst, Sophie Hæstorp Andersen, Jens Stenbæk, Ulla Astman, Leila Lindén, Poul-Erik Svendsen, Susanne Lundvald, Charlotte Fischer, Per Larsen, Henrik Thorup, Susanne Eilersen, Anne V. Kristensen, Jess V. Laursen, Martin Geertsen

Afbud: Lise Müller, Susanne Langer

**Regions-
direktører:** Mikkel Hemmingsen, Jens Andersen, Hjalte Aaberg, Anne Jastrup

Deltagere fra sekretariatet: Adam Wolf, Gitte Bengtsson, Signe Friberg, Kristian Heunicke, Erik Jylling, Susse Maria Holst, Katrine Tang (referent)

1. Formandens meddelelser, sagsnr. 14/1739

Demokratiprojektet

Formanden orienterede om, at Danske Regioner har fået afslag på ansøgningen til demokratiprojektet fra Grundlovspuljen. Sekretariatet vil nu med inddragelse af regionernes kommunikationschefer udarbejde et nyt forslag til demokratiprojektet og forelægge dette for bestyrelsen på et kommende møde.

APOTO

Formanden orienterede om, at der i regi af RSI – under ledelse af Region Hovedstaden og med involvering af alle regioner samt Danske Regioner – vil blive foretaget en hurtig udredning af APOTO projektet med henblik på afdekning af de fremadrettede finansieringsmuligheder, organisering og projektstyring.

Høringen vedr. patienten som partner

Danske Regioner har indgået et samarbejde med Trygfonden, Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Mandag Morgen om at være medvært ved en høring, der sætter fokus på at gøre patienten til partner. Danske Regioner medfinansierer høringen. Høringen finder sted den 29. september 2014 og Danske Regioners bestyrelse og sundhedsudvalg er inviteret til at deltage.

Program for Clinical Research Infrastructure (PROCRIN)

Formanden orienterede om, at Novo Nordisk Fonden og Lundbeckfonden har besluttet at indgå en bevillingskontrakt med Danske Regioner om projektet PROCRIN.

2. Godkendelse af åbent referat af møde 15-05-2014 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 14/1739

Bestyrelsen godkendte referatet.

3. Ændring i forretningsordenen, sagsnr. 14/1957

Bestyrelsen godkendte, at forretningsordenen ændres, således at antallet af medlemmer i Udvalget for Regional Udvikling og EU fastsættes til 13 og antallet af medlemmer af Sundhedsudvalget fastsættes til 15.

Resumé

For at sikre at alle regioner er repræsenteret i alle udvalg, besluttede bestyrelsen på sit møde den 15. maj 2014 at lade et medlem (A) fra Region Sjælland flytte fra Udvalget for Regional Udvikling og EU til Sundhedsudvalget. Derfor skal der foretages følgeændringer i forretningsordenen og udvalgskommissorierne.

4. Mødekalender 2015 - Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 14/1739

Bestyrelsen godkendte mødekalender for 2015 samt dagene for udvalgmøder.

Bestyrelsen besluttede at flytte generalforsamlingen i 2015 til den 23. april, da den 9. april forventes at blive markeret i forbindelse med 75 året for besættelsen.

Generalforsamlingen kan på denne dato ikke ligge i Nyborg, hvorfor bestyrelsen valgte Århus. *Det har efterfølgende vist sig ikke at være muligt, hvorfor formandskabet på næste møde vil indstille, at generalforsamlingen i 2015 holdes i Herning.*

Resumé

Forslag til bestyrelsens mødekalender for 2015 samt dagene for udvalgmøder i Danske Regioner.

5. Projekt vedr. totaløkonomisk vurderingsredskab på klar-til-brug lægemidler, sagsnr. 14/1613

Bestyrelsen godkendte, at der indgås et samarbejde med Erhvervs- og Vækstministeriet om støtte til projekt vedrørende udarbejdelse af totaløkonomiske beregningsmetoder på klar-til-brug lægemidler.

Resumé

I regi af Erhvervs- og Vækstministeriet igangsættes et projekt om totaløkonomiske vurderingsredskaber til at beregne de totaløkonomiske konsekvenser ved at anskaffe nye løsninger på sundheds- og velfærdsområdet. Initiativet er en del af regeringens "Vækstplan for sundheds- og velfærds løsninger" og regeringens nye strategi for intelligent, offentligt indkøb. Projektet om totaløkonomiske vurderingsredskaber er forankret i Erhvervs- og Vækstministeriet (EVM) og finansieres af ministeriet.

6. Status for regionernes arbejde med "Sund vækst", sagsnr. 13/1662

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

Resumé

Danske Regioner lancerede i april 2013 det politiske udspil "Sund vækst", som indeholder 34 initiativer til, hvordan regionerne vil samarbejde med erhvervslivet om at skabe nye løsninger til fremtidens sundhedsvæsen, som samtidig kan danne grobund for vækst og beskæftigelse i virksomhederne.

Danske Regioners bestyrelse skal årligt præsenteres for en status på regionernes arbejde med "Sund vækst". I denne sag præsenteres bestyrelsen for den første status på porteføljen af initiativer, der er sat i værk i regi af "Sund vækst". Statusen tegner et overordnet billede af, at der er en god fremdrift i regionernes arbejde med de 34 initiativer.

7. Generelle orienteringer, sagsnr. 14/1739

Bestyrelsen godkendte orienteringen.

Resumé

- Høringssvar vedr. regionsrådenes adgang til at indgå samarbejder med offentlige myndigheder og virksomheder
- Høringssvar vedr. evaluering af vækstforaenes indsat for yderområderne

8. Næste møde, sagsnr. 14/1739

Bestyrelsen godkendte, at næste møde holdes torsdag den 28. august 2014 kl. 10.30 – 14.00 i Regionernes Hus.

9. Eventuelt, sagsnr. 14/1739

Jens Stenbæk spurgte til de kommunikationsmæssige overvejelser i forbindelse med offentliggørelse af rapporten "Indblik i sundhedsvæsenets resultater" og den efterfølgende artikel i bl.a. Berlingske Tidende.



Bruxelles, den 4.4.2014
COM(2014) 215 final

MEDDELELSE FRA KOMMISSIONEN

om effektive, tilgængelige og elastiske sundhedssystemer

1. Indledning

Sundhedssystemer¹ spiller en central rolle i det moderne samfund ved at hjælpe mennesker med at opretholde og forbedre deres sundhed. Sundhedssystemer bør kunne sikre, at man ikke blot lever længere, men også bedre.

Sundhedssystemerne i EU's medlemsstater er forskellige og afspejler de forskellige samfundsmæssige valg. Trods organisatoriske og finansielle forskelle bygger de dog på fælles værdier som anerkendt af Rådet (sundhed) i 2006:² universalitet, adgang til pleje af god kvalitet, lighed og solidaritet.

EU's sundhedssystemer indvirker i stadig større grad på hinanden. Ikrafttrædelsen af direktiv 2011/24³ var et vigtigt skridt på vejen til at øge denne indvirkning. Et styrket samarbejde mellem sundhedssystemerne bør hjælpe dem med at fungere bedre, når de står over for den øgede mobilitet hos patienter og sundhedspersonale.

Inden for det seneste årti har de europæiske sundhedssystemer oplevet stadig større fælles udfordringer: Øgede sundhedsomkostninger, en aldrende befolkning med en stigning i kroniske sygdomme og multimorbiditet, hvilket medfører et stadig større behov for sundhedspleje, mangel på og ulige fordeling af sundhedspersonale, uligheder på sundhedsområdet og ulige adgang til sundhedspleje.

Endvidere har den økonomiske krise inden for de seneste år betydet, at der er færre finansielle ressourcer til rådighed, og dermed forværret medlemsstaternes problemer med at sikre sundhedssystemernes bæredygtighed.⁴ Dette går igen ud over medlemsstaternes evne til at yde universel adgang til sundhedspleje af god kvalitet. Sundhedssystemer skal være elastiske: De skal kunne tilpasse sig skiftende miljøer og håndtere betydelige udfordringer med begrænsede ressourcer.

Øget indbyrdes afhængighed og fælles udfordringer kræver tættere samarbejde. I 2006 aftalte medlemsstaterne fælles målsætninger for adgang til og kvalitet og finansiell bæredygtighed af sundhedspleje via den åbne koordinationsmetode for social beskyttelse og social integration⁵. I 2011 iværksatte Rådet (sundhed) en overvejselsesproces på EU-plan, som skulle hjælpe medlemsstaterne

¹ I denne meddelelse defineres sundhedssystemer som de systemer, der har til formål at levere sundhedsydelser til patienter – både forebyggende, diagnostiske, helbredende og palliative – med det primære formål at forbedre deres sundhed.

² Rådets konklusioner om fælles værdier og principper i Den Europæiske Unions sundhedssystemer, EUT C 146 af 22.6.2006.

³ Direktiv 2011/24/EU (EUT L 88 af 4.4.2011).

⁴ Dette fremhæves ligeledes i Rådets konklusioner om den fælles rapport fra Udvalget for Økonomisk Politik (EPC) og Kommissionen om sundhedssystemer i EU (7. december 2010).

⁵ Udtalelse fra Udvalget for Social Beskyttelse/Udvalget for Økonomisk Politik om Kommissionens meddelelse "Man arbejder bedre, når man samarbejder: En ny ramme for den åbne koordinationsmetode for politikkerne vedrørende social sikring og social integration i EU", godkendt af EPSCO den 10. marts 2006.

med at tilbyde moderne, lydhøre og bæredygtige sundhedssystemer.⁶ Rådet anerkendte, at "*det centrale spørgsmål altid har været at sikre lige adgang til sundhedstjenesteydelser af høj kvalitet under omstændigheder med få økonomiske eller andre ressourcer, men at det i øjeblikket er situationens omfang og hastende karakter, som ændrer sig, og som, hvis den forbliver uløst, kan blive en afgørende faktor i EU's fremtidige økonomiske og sociale landskab.*"

I december 2013 godkendte Rådet (sundhed) de fremskridt, der er gjort, og opfordrede til at gøre en yderligere indsats på dette område i sine konklusioner om en proces for overvejelser om moderne, lydhøre og bæredygtige sundhedssystemer.⁷

Ifølge den årlige vækstundersøgelse 2014⁸ "er det vigtigste nu at opbygge vækst og konkurrenceevne" for at skabe et varigt opsving. Med dette mål for øje fremhæves det i den årlige vækstundersøgelse, at der er et behov for at gøre sundhedssystemer mere effektive og finansielt holdbare, samtidig med, at de reelt opfylder sociale behov på en tilfredsstillende måde, og de grundlæggende sociale sikkerhedsnet bevares. Endvidere anerkendes sundhedssektorens betydning i forhold til at bekæmpe den økonomiske krisens sociale konsekvenser, idet det understreges, at sundhedsydelse er et område, der vil skabe betydelige beskæftigelsesmuligheder i de kommende år. Det anbefales at udarbejde strategier for social inklusion, som omfatter bred adgang til sundhedsydelser af god kvalitet til en rimelig pris.

Det blev tidligere understreget i 2013, da 11 medlemsstater⁹ modtog en henstilling om at reformere deres sundhedssystemer som led i det europæiske semester. De fleste af disse henstillinger fokuserede på sundhedssystemernes bæredygtighed og omkostningseffektivitet og omfattede opfordringer til at reformere hospitalssektoren i forbindelse med prisfastsættelse af sundhedsydelser, ambulant behandling og primær sundhedspleje. Tre henstillinger indeholdt endvidere en opfordring til at opretholde eller forbedre adgangen til sundhedspleje.

Ud over at være en værdi i sig selv er sundhed også en forudsætning for økonomisk fremgang, hvilket anerkendes i arbejdsdokumentet fra Kommissionens tjenestegrene "Investing in health", som indgår i pakken om sociale investeringer.¹⁰ Folks sundhed påvirker de økonomiske resultater med hensyn til produktivitet, arbejdskraftudbud, menneskelig kapital og offentlige udgifter. Sundhedssektoren er i høj grad drevet af innovation og har stor økonomisk betydning: Den udgør 10 % af EU's BNP. Endvidere er det en yderst arbejdsintensiv aktivitet og en af de største sektorer i EU: Sundhedssektorens arbejdsstyrke udgjorde 8 % af alle job i EU i 2010.¹¹

⁶ Rådets konklusioner: mod moderne, lydhøre og bæredygtige sundhedssystemer (6. juni 2011).

⁷ Rådets konklusioner om overvejelser om moderne, lydhøre og bæredygtige sundhedssystemer (10. december 2013).

⁸ COM(2013) 800.

⁹ Bulgarien, Finland, Frankrig, Malta, Polen, Rumænien, Slovakiet, Spanien, Tjekkiet, Tyskland og Østrig.

¹⁰ COM(2013) 83.

¹¹ SWD(2012) 93, som ledsager COM(2012) 173.

Ved at udnytte de seneste års erfaringer og indsats og med henblik på at videreudvikle strategierne på EU-plan er der i denne meddelelse fokus på handlinger, der:

1. effektiviserer sundhedssystemerne
2. øger adgangen til sundhedspleje
3. giver mere elastiske sundhedssystemer.

2. Effektivisering af sundhedssystemerne

Effektivitet, sikkerhed og patienterfaring er vigtige elementer i forhold til at skabe kvalitet i sundhedsplejen og dermed sikre gode resultater i sundhedssystemerne. Der arbejdes løbende med patientsikkerhed på EU-plan,¹² hvorimod patienterfaring er et nøgleområde, som vil kræve yderligere opmærksomhed i fremtiden.

I denne meddelelse fokuseres der på effektivitet: sundhedssystemernes evne til at generere et positivt sundhedsmæssigt resultat, dvs. forbedre befolkningens sundhed.

Det bliver stadig vigtigere at måle sundhedssystemernes effektivitet, især eftersom sundhedssystemer ikke er den eneste faktor i forhold til at forbedre vores sundhed. Selv om der fortsat er store forskelle i den forventede levetid i medlemsstaterne, lever vi generelt længere og sundere end tidligere generationer. Dette skyldes ikke mindst de betydelige resultater, som er opnået inden for folkesundhed og uden for sundhedssystemet. Flere forbedringer kan ventes, f.eks. som følge af færre rygere, et lavere alkoholforbrug, bedre ernæring og større fysisk aktivitet. Der er generel konsensus om, at sundhedssektorens bidrag til en sund befolkning er øget dramatisk inden for de sidste 50-60 år.

Indsamlingen af oplysninger, der gør det muligt at sammenligne sundhedssystemernes forholdsmæssige effektivitet, befinder sig endnu på et tidligt stadium. Nedenstående eksempler viser, på hvilke områder sundhedssystemernes bidrag til at forbedre sundheden er mest tydelig, understøttet af tilgængelige indikatorer for hele EU (dvs. perinatal dødelighed, påvirkelig dødelighed, forekomster af sygdomme, som kan forebygges ved vaccination og kræftscreening). Denne sammenligning afslører store forskelle mellem EU's medlemsstater.

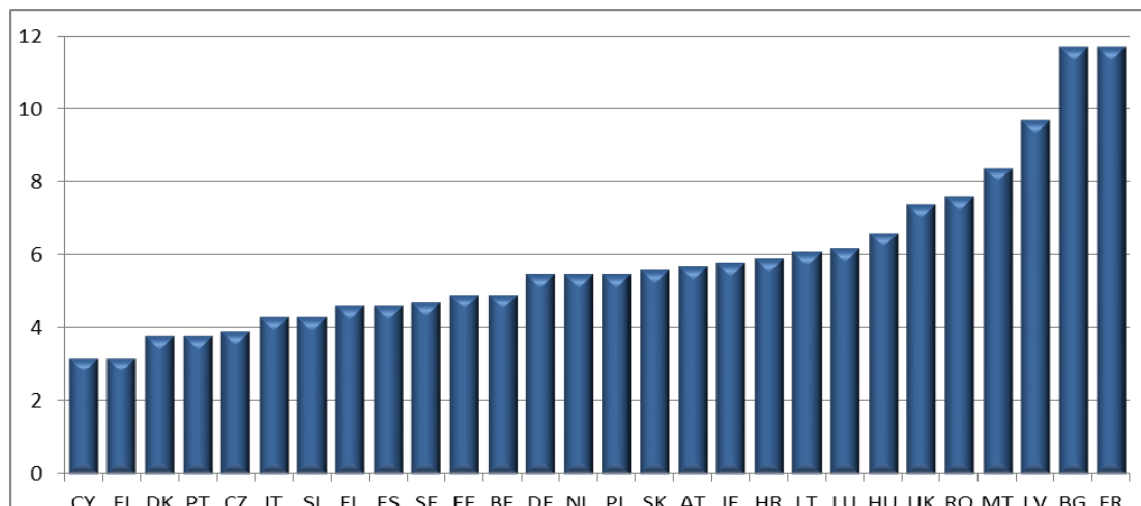
Perinatal dødelighed

Perinatal dødelighed beregnes som summen af sen fosterdødelighed (efter 28 ugers gestation) og tidlig neonatal dødelighed (inden for syv dage efter fødslen). Sammenlignet med spædbørnsdødelighed¹³ hænger det ikke i så høj grad sammen med socioøkonomiske faktorer og er dermed en mere pålidelig indikator for sundhedssystemernes effektivitet.

¹² Rådets henstilling af 9. juni 2009 om patientsikkerhed, herunder forebyggelse og bekæmpelse af infektioner erhvervet i sundhedsvæsenet (EUT C 151 af 3.7.2009).

¹³ Spædbørnsdødelighed er antal dødsfald hos børn inden for deres første leveår pr. 1 000 levendefødte.

Figur 1: Perinatal dødelighed pr. 1000 fødsler i alt (2011 eller nyere data)



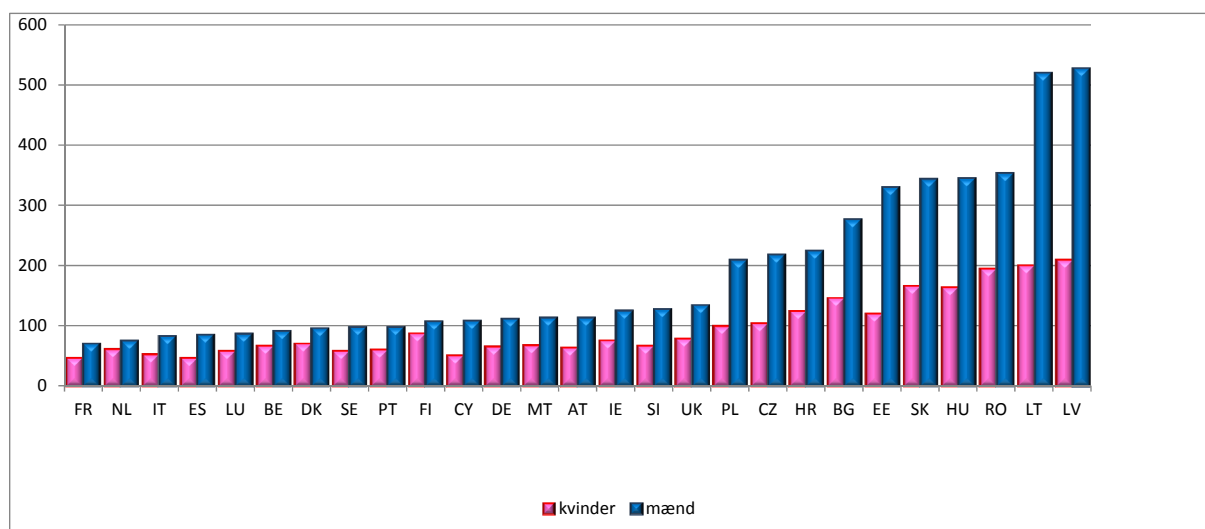
Kilde: Eurostats database, Europeristat-projektet (udviklet af Kommissionens tjenestegrene)

Den perinatale dødelighed er faldet inden for de seneste fem år i de fleste medlemsstater, selv om visse lande oplevede en stigning i denne periode.

Påvirkelig dødelighed

Påvirkelig dødelighed defineres som for tidlige dødsfald, som ikke bør forekomme, hvis der ydes rettidig og effektiv sundhedspleje. Det er en grundlæggende indikator, som anvendes til at udforske sundhedssystemernes bidrag til de sundhedsmæssige resultater.¹⁴ Påvirkelig dødelighed er en kombination af den standardiserede dødelighed for en række udvalgte sygdomme, som sundhedspleje menes at have en direkte indvirkning på.

Figur 2: Påvirkelig dødelighed, standardiserede dødsfald pr. 100 000 indbyggere – 2010



¹⁴ Ved sammenligninger af "påvirkelig dødelighed" skal der tages højde for forekomster af sygdomme og ikke blot dødsfald i forbindelse med de relevante sygdomme. Det kan dog ikke sikres, at der er sammenlignelige data til rådighed.

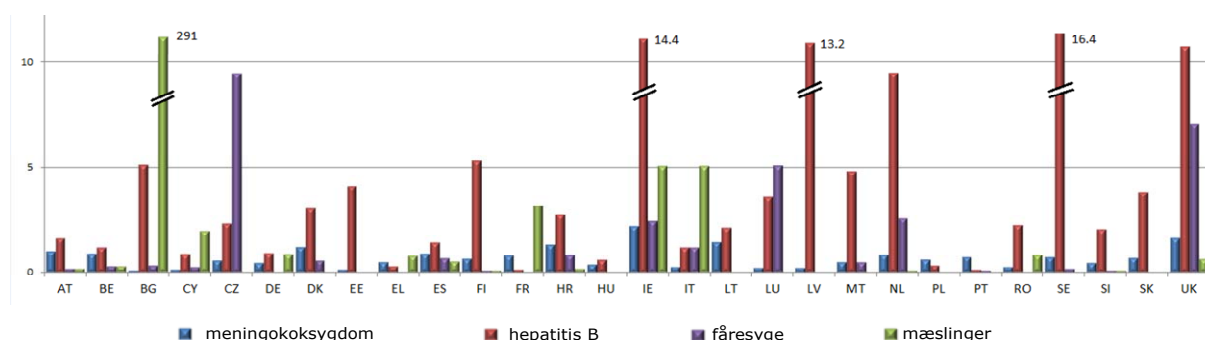
Kilde: Eurostat (data for Grækenland ikke tilgængelige)

Næsten alle medlemsstater har været i stand til at reducere den påvirkelige dødelighed mellem 2000 og 2010, selv om faldet er meget forskelligt fra medlemsstat til medlemsstat.

Overførbare sygdomme

Forekomsten af bestemte overførbare sygdomme påvirkes direkte af, at der tilbydes de rigtige sundhedsydelser. Vaccinationskampagner har reduceret forekomsten af sygdomme, som kan forebygges ved vaccine, betydeligt (selv om der i visse lande er bekymrende tegn på faldende vaccinationstal).

Figur 3: Forekomster af sygdomme, som kan forebygges ved vaccine – bekræftede tilfælde pr. 100 000 indbyggere – 2011



Kilde: ECDC's årlige epidemiologiske rapport 2012

Selv med fokus på en mindre række sygdomme, som kan forebygges ved vaccine (meningokoksygdom, hepatitis B, fåresyge og mæslinger), er der en betydelig forskel i forekomsten på tværs af medlemsstaterne.

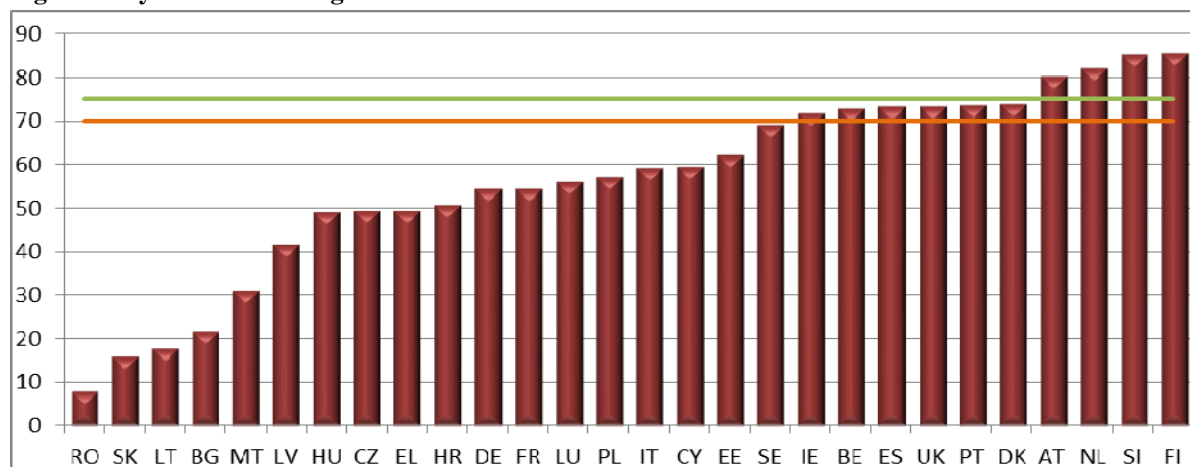
Kræftscreening

Tidlig diagnosticering af tyk- og endetarmskræft, livmoderhalskræft og brystkræft gennem organiserede befolkningsbaserede screeningprogrammer er et godt udtryk for sundhedssystemernes effektivitet i forhold til risikosektorer. Rådet anbefaler at gennemføre disse programmer i overensstemmelse med de europæiske retningslinjer for kvalitetssikring.¹⁵

Brystkræft er det område, hvor der er gjort de største fremskridt. Nationale screeningprogrammer opfylder generelt EU's retningslinjer med hensyn til målgruppe (kvinder i alderen 50-69 år) og de anbefalede tidsintervaller mellem mammografiscreeningerne. Selv om de europæiske retningslinjer identificerer et ønsket screeningmål på mindst 75 % af kvinderne i målgruppen (og et acceptabelt niveau på 70 %), var det kun få medlemsstater, som nåede dette tal i 2010.

¹⁵ Rådets henstilling af 2. december 2003 om kræftscreening (EUT L 327 af 16.12.2003). Se også de europæiske retningslinjer for kvalitetssikring af screening for og diagnosticering af tyk- og endetarmskræft, screening for livmoderhalskræft samt screening for og diagnosticering af brystkræft.

Figur 4: Brystkræftscreening - % af screenede kvinder i alderen 50-69 år



Kilde: OECD's "Health at a glance Europe 2012", national statistik

Vigtigste resultater

Der kan gøres visse indledende iagttagelser i forbindelse med disse særlige indikatorer, selv om de ikke er tilstrækkeligt repræsentative til at understøtte en bred evaluering af sundhedssystemerne. De viser de store forskelle, som findes mellem EU's medlemsstater. De viser også, at de sundhedsmæssige resultater er flerdimensionelle og vanskelige at definere. Generelt er det en vanskelig proces at vurdere effektiviteten af sundhedssystemerne: Virkningerne af sundhedsforanstaltninger ses først efter en længere periode, og dataenes sammenlignelighed og pålidelighed er en udfordring. Der arbejdes imidlertid på at forbedre dette.

Kommissionen har støttet udviklingen af de europæiske centrale indikatorer for sundhed, en række indikatorer, som skal overvåge befolkningens sundhed og sundhedssystemernes resultater. Der er ligeledes udsendt flere rapporter om en vurdering af Europas sundhedssystemer. Blandt de bedste eksempler kan navnlig nævnes den fælles rapport fra EPC og Kommissionen om sundhedssystemer, der blev udgivet i 2010, og serien "Health at a glance", som OECD og Kommissionen har udgivet.

I 2013 blev der taget endnu et vigtigt skridt: Udvalget for Social Beskyttelse udarbejdede en fælles ramme for vurdering af sundhed, der skulle være første trin i en screeningproces for at opdage mulige problemer i medlemsstaternes sundhedssystemer. Denne ramme yder et vigtigt bidrag til den sammenlignende vurdering af sundhedssystemernes resultater under hensyntagen til de tilgængelige data på EU-plan. Endelig finansierede rammeprogrammerne for forskning og teknologisk udvikling flere projekter om udvikling af indikatorer og metoder til vurdering af sundhedssystemers resultater.¹⁶

¹⁶ Se f.eks. projekterne ECHO (<http://www.echo-health.eu>), Eurohope (<http://www.eurohope.info>) og EuroREACH (<http://www.euroreach.net>).

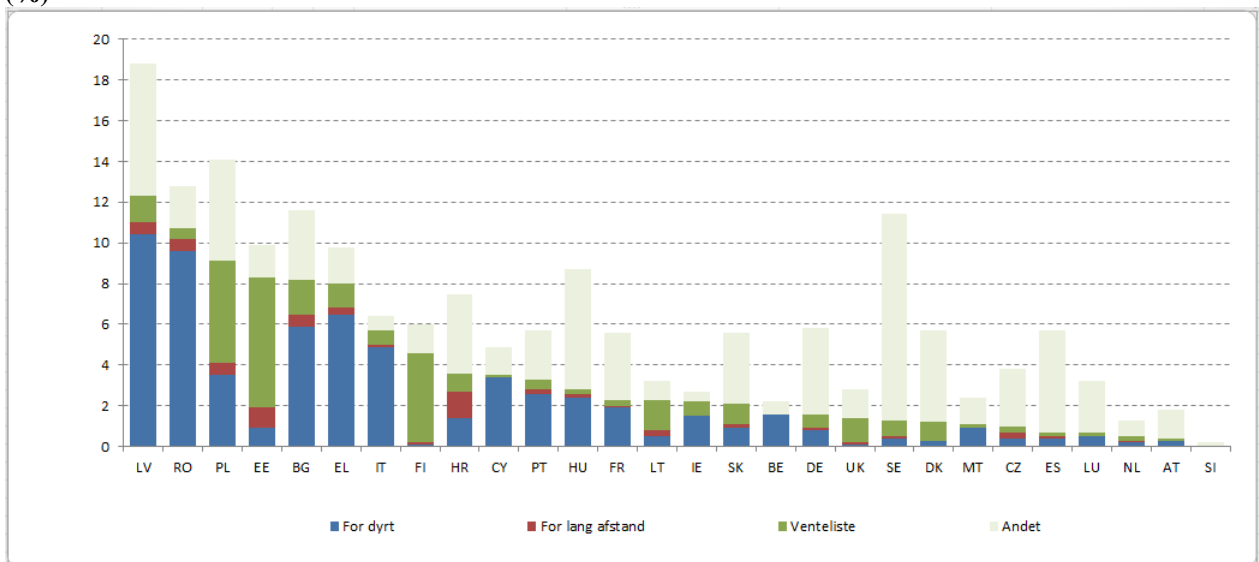
3. Øget adgang til sundhedssystemer

Der skal være adgang til sundhedssystemer. Dette er et af principperne i den europæiske socialpagt,¹⁷ hvor det understreges, at det er vigtigt, at kriterierne for adgang til lægebehandling er gennemsigtige, og at staterne er forpligtede til at tilbyde et passende sundhedssystem, som ikke udelukker dele af befolkningen fra at modtage sundhedsydelse.

Det er imidlertid vanskeligt at måle adgang til sundhedspleje, og der findes ingen detaljeret EU-metode til at overvåge dette og fremme bedste praksis. Det ville være et vigtigt skridt på vejen i forhold til at begrænse uligheder på sundhedsområdet¹⁸.

En ofte anvendt indikator er forskellen på tværs af EU i den procentdel af borgerne, som beretter om problemer med at vurdere lægebehandlingens årsager, som skyldes¹⁹ adgangen til sundhedssystemerne: ventetid, transporttid og omkostningsdeling. Disse resultater stammer imidlertid fra egne indberetninger og kan derfor være farvet af kulturelle fordomme, når der sammenlignes på tværs af landene.

Figur 5: Egne indberetninger om utilfredsstillende behov for lægehjælp efter årsag, andel af befolkningen (%)



Kilde: Eurostat, statistik over indkomstforhold og levevilkår 2012 (2011-data for AT og IE)

Adgang til sundhedspleje følger af en kombination af forskellige faktorer, herunder sundhedssystemets dækning (dvs. hvem er berettiget til sundhedspleje), dækningens omfang (dvs. hvad er borgerne berettiget til) og sundhedsydelsernes pris og tilgængelighed. Adgang til sundhedspleje påvirkes endvidere direkte af de organisations- og forvaltningsmodeller, som anvendes inden for sundhedssystemerne. Patienterne kan opleve, at det er sværere at få adgang til sundhedsydelser, hvis sundhedssystemerne er komplicerede og uigennemsigtige.

¹⁷ Den reviderede europæiske socialpagt af 3. maj 1996.

¹⁸ KOM(2009) 567.

¹⁹ Bemærk, at klassifikationen af "andre årsager" i denne undersøgelse vedrører årsager, som ikke er knyttet til lokale sundhedssystemer, f.eks. "ikke tid", "bange for lægen" mv.



Befolkningsdækning

Sundhedsydelser finansieres primært af offentlige kilder i næsten alle EU's medlemsstater. Dækningen af sundhedsydelserne er universel eller næsten universel i alle medlemsstaterne, men visse baggrundsmæssigt dårligt stillede personer er stadig udelukket fra at modtage tilstrækkelig dækning.

Dækningens omfang

Offentligt finansierede sundhedsbehandlinger varierer, alt efter hvilket nationalt sundhedssystem der er tale om. Tandlægebehandling, øjenbehandling og visse avancerede behandlinger er kun omfattet i visse medlemsstater. I flere medlemsstaterne findes der ingen udtrykkelig definition af offentligt finansierede behandlinger. Dette gør det vanskeligt at sammenligne behandlinger og foretage analyser, hvilket kunne bidrage til en konsensus om det højeste og laveste behandlingsniveau.

En rimelig pris

Personer, der har brug for behandling, bliver ofte anmodet om selv at bidrage økonomisk i form af omkostningsdeling eller egenbetaling. Dermed kan man sikre, at sundhedsydelserne anvendes ansvarligt, men denne egenbetaling bør på den anden side ikke udgøre en hindring eller ligefrem afholde folk fra at få den behandling, de har brug for. Foranstaltninger til omkostningsbegrænsning i sundhedssystemer, som skal fremme en mere rationel anvendelse af sundhedsplejen, bør ikke begrænse adgangen til sundhedspleje af høj kvalitet unødigt.

Tilgængelighed (arbejdsstyrken i sundhedssektoren, afstand til behandlingssted, ventetider)

Patienter bør have rimelig adgang til sundhedsydelser: De bør ikke have for lang transporttid eller vente for længe på at få adgang til den sundhedsydelse, de har behov for. Dette er navnlig en udfordring i landdistrikter og fjerntliggende områder.

Problemer med afstand bør løses med mere integrerede plejemodeller, som skaber bedre kontakt mellem patienterne og sundhedssystemet, og gennem en bredere anvendelse af e-sundhedsløsninger.

Der findes ingen EU-definition af, hvordan ventetider skal måles, selv om dette er et væsentligt begreb i forordning 883/04²⁰ og direktiv 2011/24. Dette står muligvis over for en ændring, idet

²⁰ Forordning (EF) nr. 883/2004 af 29. april 2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger (EUT L 166 af 30.4.2004).

direktiv 2011/24 forbedrer sundhedssystemernes ansvar for adgang til behandling gennem øget gennemsigtighed af begrebet "unødige forsinkelse", når patienterne venter på behandling.

En aldrende befolkning og stigningen i flere kroniske sygdomme kræver flere forskellige færdigheder, og dette påvirker indholdet af medicinske uddannelsesprogrammer. Opdelingen mellem erhvervsgrupper vil sandsynligvis blive mindre fast med oprettelse af tværfaglige grupper. Efterspørgslen efter færdigheder og kompetencer i sundhedssektoren ændrer sig hele tiden, og de forskellige erhvervsgruppers roller vil sandsynligvis udvikle sig for at opfylde befolkningens behov. I lyset af den omfattende fysiske inaktivitet i EU og de dermed forbundne risikofaktorer for sundheden spiller sundhedspersonale en vigtig rolle i forhold til at rådgive patienterne om betydningen af fysisk aktivitet i samarbejde med andre sektorer som f.eks. sportssektoren.²¹

For at være på forkant med denne udvikling skal planlægningssystemerne til de medicinske uddannelser være mere intelligente, reagere hurtigere og være bedre til at tiltrække studerende til de specialer, hvor der er mest brug for dem.

Derudover viser det sig, at opmærksomheden bør rettes mod lægemidler, eftersom andelen af private udgifter til lægemidler er markant højere end for andre typer offentligt dækkede sundhedsydelser.

Nationale beslutninger om prisfastsættelse og godtgørelse påvirker adgangen til lægemidler både direkte og indirekte i hele EU. Innovative produkter er ikke altid til rådighed på samme tid i alle medlemsstater, og i visse lande fås de måske slet ikke.

Det første skridt til at forbedre dette blev taget som led i processen om virksomhedernes ansvar inden for lægemidler, hvor de kompetente myndigheder med ansvar for prisfastsættelse og godtgørelse og andre interesserede parter blev opfordret til at drøfte dette, ligesom der blev opfordret til åbent at udveksle oplysninger om, hvordan adgangen til lægemidler kunne forbedres.

4. Mere elastiske sundhedssystemer

Moderne sundhedssystemer skal være tilgængelige og effektive og samtidig sigte efter bæredygtighed på langt sigt. For at kunne gøre dette skal de være finansielt bæredygtige. Kommissionen støtter medlemsstaterne i dette arbejde med analyser og prognoser og anbefaler reformer som led i det europæiske semester.

Sundhedssystemer bør ligeledes se på ikke-finansielle faktorer. De skal kunne tilpasse sig et skiftende miljø og identificere og anvende innovative løsninger til at håndtere betydelige udfordringer – mangel på ekspertise/ressourcer på bestemte områder, uventede stigninger i efterspørgslen (f.eks. på grund af epidemier) mv. — med begrænsede ressourcer. De skal med andre ord opbygge og fastholde en vis elasticitet.

EU's sundhedssystemer har ikke alle klaret sig lige godt igennem den økonomiske krise, og nogle har måttet gennemføre store og til tider smertefulde reformer inden for meget kort tid. Ud fra

²¹ Rådets henstilling af 26. november 2013 om fremme af sundhedsfremmende aktiviteter på tværs af sektorer (EUT C 354 af 4.12.2013).

erfaringerne med de seneste reformer har Kommissionen identificeret følgende faktorer vedrørende elasticitet, som har hjulpet visse sundhedssystemer med at sikre tilgængelige og effektive sundhedsydelser til deres befolkning.



Stabile finansieringsmekanismer

Stabile finansieringsmekanismer giver mulighed for effektiv investeringsplanlægning og kontinuitet i ydelserne gennem tilrettelæggelse og forvaltning af den leverede pleje. Sundhedssystemer, hvis finansiering er baseret på mindre stabile indtægtskilder, er mere udsatte for at blive ramt af påvirkninger udefra: De systemer, som er mest afhængige af beskæftigelsesbaserede bidrag som finansiering, er f.eks. mere udsatte for konsekvenserne af stigende arbejdsløshed. Reserver eller andre kontracykliske formler for overførsler fra statsbudgettet kan hjælpe med at sikre stabil finansiering.

Fornuftige risikojusteringsmetoder

Et konsekvent system til risikojustering og risikodeling er et vigtigt instrument til at sikre, at ressourcerne anvendes efter behov. Når flere sygeforsikringselskaber f.eks. opkræver sociale bidrag eller forsikringspræmier, anvendes en risikovurderings-/risikoudligningsmekanisme for at tage højde for størrelsen, strukturen af alder og køn samt et udtryk for sygeligheds mønstret for de personer, som er forsikret i de enkelte fonde. Formålet med dette er at undgå patientudvælgelse og forskelsbehandling og sikre, at finansieringen modsvarer behovet.

God ledelse

Ledelse i sundhedssystemerne og deres vigtigste bestanddele handler om veldefineret ansvar samt stærkt lederskab, fornuftige ansvarsmekanismer og en tydelig organisationsstruktur. Det betyder, at systemerne hurtigt kan tilpasse sig nye mål og prioriteter og forbedre deres evne til at reagere på store udfordringer ved at identificere og iværksætte de nødvendige foranstaltninger for at understøtte intelligente investeringsbeslutninger.

Informationsstrømme i systemet

Velfunderet viden om styrker og svagheder og evnen til at overvåge oplysninger, herunder om de enkelte patienter eller udbydere af sundhedsydelser, sætter lederne i sundhedssystemerne i stand til at træffe skræddersyede og evidensbaserede beslutninger i bestemte delsektorer.

E-sundhedsbaserede informationssystemer gør det let og fremmer processen med at styrke videnbaserede informationssystemer. Endvidere kan e-sundhed sikre mere personlig sundhedspleje, som er mere målrettet, effektiv og produktiv og hjælper med at minimere fejl og varigheden af indlæggelserne.

Passende prisfastsættelse af sundhedsydelser

For at forstå de komplicerede processer, der fører fra omkostninger til resultater, er det vigtigt at vide, hvordan omkostninger svarer til menneskelige og fysiske ressourcer, hvordan ressourcer bidrager til aktiviteter (f.eks. kirurgiske indgreb, diagnostiske test), hvordan aktiviteter fordeler sig på plejetiltag, og endelig hvordan plejetiltag påvirker sundheden.

Medicinsk teknologivurdering er vigtig for at sikre en fælles metode til at evaluere effektiviteten af tiltagene og en passende prisfastsættelse af ydelserne, så beslutningstagerne kan fordele ressourcerne mest effektivt.

Evnen til at prisfastsætte sundhedsydelserne præcist er ikke kun nødvendig for at kontrollere udgifterne, men også en forudsætning for at kunne træffe effektive beslutninger om investeringer og prioritering.

En sund arbejdsstyrke af tilstrækkelig kapacitet med de rigtige færdigheder

En højt kvalificeret og motiveret arbejdsstyrke af tilstrækkelig kapacitet og med de rigtige færdigheder er afgørende for, at der kan findes innovative løsninger i tilfælde af organisations- og teknologiændringer. En effektiv incitamentsstruktur er vigtig for at kunne forbedre sundhedspersonalets resultater og sikre, at der er fokus på direkte levering af sundhedsydelser.

5. En EU-dagsorden for effektive, tilgængelige og elastiske sundhedssystemer

Det primære ansvar for sundhedssystemerne ligger hos medlemsstaterne. EU har truffet en række foranstaltninger, som kan støtte medlemsstaterne, navnlig retningslinjer samt overvågnings- eller evalueringsværktøjer.

Kommissionen har oprettet et uafhængigt ekspertpanel, som skal rådgive om investeringer i sundhed.²² Panelet vil give Kommissionen analyser og henstillinger om en række af de drøftede emner.

Støtte til mere effektive sundhedssystemer

Vurdering af sundhedssystemernes resultater

Rådet (sundhed) opfordrede medlemsstaterne til at anvende vurderinger af sundhedssystemernes resultater til politiske beslutninger, ansvarlighed og gennemsigtighed og opfordrede Kommissionen til at støtte medlemsstaterne i at anvende disse vurderinger.

Som svar på denne opfordring vil arbejdet med vurderinger af sundhedssystemernes resultater give medlemsstaterne visse værktøjer og metoder, herunder:

- kapitalisering af EU-finansieret forskning i foranstaltninger til og indikatorer for vurdering af resultater
- fastsættelse af kriterier og procedurer for udvælgelse af prioriteringsområder for vurdering af sundhedssystemernes resultater på nationalt plan og EU-plan
- udvikling af et skræddersyet rapporteringssystem og
- intensivering af samarbejdet med internationale organisationer, navnlig OECD og Verdenssundhedsorganisationen (WHO).

Dette samarbejde kan også muliggøre mere målrettet arbejde på EU-plan med henblik på at mindske uligheder ved at yde støtte til de medlemsstater, hvis resultater ligger under EU's gennemsnit, for at hjælpe med at forbedre deres situation. Det kan også være vigtigt i forhold til at hjælpe medlemsstaterne med at opfylde kravene i henhold til direktiv 2011/24 om oplysninger om kvalitet og sikkerhed.

Plejekvalitet, herunder patientsikkerhed

Kommissionen har i foråret 2014 til hensigt at fremlægge sin anden rapport om gennemførelse af Rådets henstilling om patientsikkerhed.²³ På grundlag af resultaterne i denne rapport vil Kommissionen drøfte yderligere foranstaltninger med henblik på at forbedre patientsikkerheden og mindske den utilsigtede forskel i og mellem medlemsstaterne.

Resultaterne af den seneste offentlige høring om patientsikkerhed og plejekvalitet viser, at der er stor interesse i at udarbejde en bredere EU-dagsorden for at tage hånd om de spørgsmål, som påvirker kvaliteten af sundhedsplejen. Kommissionen vil følge behørigt op på dette.

²² Kommissionens afgørelse af 5. juli 2012 om oprettelse af et tværfagligt og uafhængigt ekspertpanel, som skal rådgive om effektive investeringer i sundhed (EUT C 198 af 6.7.2012).

²³ Første rapport blev offentliggjort i 2012: COM(2012) 658.

Integration af pleje

Integration af pleje bør finde sted både mellem forskellige sundhedsplejeniveauer (primær pleje, hospitalspleje mv.) og mellem sundhedspleje og social pleje, navnlig med hensyn til ældre mennesker eller mennesker med kroniske sygdomme.

Medlemsstaternes reformer med henblik på at mindske sundhedssystemernes afhængighed af hospitalsbaseret pleje gennem bedre integration af plejen giver mulighed for at udveksle erfaringer inden for centrale områder og give svar på følgende spørgsmål:

- Hvilke patienter kan behandles bedre eller lige så godt uden for hospitalet?
- Hvordan kan man reducere antallet af unødvendige indlæggelser?

Ekspertpanelet om investeringer i sundhed har offentliggjort en rapport om primær pleje og integration af pleje, som Kommissionen har iværksat en offentlig høring om for at identificere nye områder til overvejelse.

Øget adgang til sundhedspleje

EU's arbejdsstyrke i sundhedssektoren

Der er identificeret store forskelle i medlemsstaternes kapacitet til at planlægge de fremtidige krav til arbejdsstyrkens ressourcer i sundhedssektoren, både i forhold til mængde og sammensætningen af krævede færdigheder, med henblik på at opfylde de forventede behov for sundhedspleje.

Når resultaterne af handlingsplanen for sundhedspersonalsituationen²⁴ foreligger, bliver det lettere at forudsige det fremtidige behov for færdigheder og få et indblik, der gør det muligt at uddanne kommende generationer af sundhedspersonale med de rigtige færdigheder. Ved at forbedre de tilgængelige data og dermed de nationale planlægningssystemer kan der tages hånd om udfordringerne for sundhedspersonalets mobilitet, og der kan findes løsninger, som tager højde for retten til at bevæge sig frit i EU.

Arbejdet med at planlægge arbejdsstyrken i sundhedssektoren bør resultere i bæredygtige løsninger på EU-plan, der sikrer et tilstrækkeligt antal sundhedspersoner med den rigtige uddannelse, som kan yde pleje til alle, der har behov for det. For at undgå fremtidig mangel på og forkert sammensætning af færdigheder vil Kommissionen sammen med medlemsstaterne arbejde videre på at udarbejde henstillinger, fælles værktøjer, indikatorer og retningslinjer og dermed styrke EU's støtte til medlemsstaternes planlægning.

Omkostningseffektiv anvendelse af lægemidler

EU har brug for en konkurrencedygtig lægemiddelindustri. På denne baggrund bør medlemsstaterne og Kommissionen overveje yderligere, hvordan de forener de politiske målsætninger om at sikre tilgængelig sundhedspleje til alle borgerne i EU med behovet for at begrænse omkostningerne. Det bør overvejes at forbedre samarbejdet om at opbygge mekanismer for øget gennemsigtighed og

²⁴ SWD(2012) 93, som ledsager (COM(2012) 173).

bedre samordning for at mindske eventuelle utilsigtede virkninger, som de aktuelle nationale prisfastsættelsessystemer kan have med hensyn til tilgængelighed i hele EU.

Optimal gennemførelse af direktiv 2011/24

Med direktiv 2011/24 udvides patienternes valgmuligheder inden for sundhedspleje, og de undgår unødige forsinkelser i den behandling, de har brug for. Direktivet vil øge gennemsigtigheden ved at stille krav om, at medlemsstaterne skal oprette nationale kontaktpunkter, der kan give patienterne oplysninger, herunder om deres rettigheder og forpligtelser, patientsikkerhed og standarder for plejekvaliteten. Der opfordres endvidere til en bedre forståelse af viften af sundhedsydelse.

Medlemsstaterne bør sikre, at alle direktivets bestemmelser gennemføres behørigt. Kommissionen vil nøje overvåge, hvordan begrebet unødig forsinkelse anvendes i medlemsstaterne.

Netværk af referencecentre vil fremme samarbejdet mellem højt specialiserede udbydere i alle medlemsstaterne og give patienter med sygdomme med lav prævalens eller komplekse eller sjældne sygdomme adgang til pleje af høj kvalitet. Kommissionen vil indkalde interessetilkendegivelser med hensyn til at blive medlem af europæiske netværk af referencecentre, som også kan tilbyde uddannelse til sundhedspersonale og støtte til at definere fælles krav til kvalitetssikring.

Mere elastiske sundhedssystemer

Der er et hastende behov for at undersøge faktorerne vedrørende elasticitet yderligere i forhold til sundhedssystemer, samt hvordan de opbygges. Medlemsstaterne bør udarbejde bedre analyser af disse faktorer på grundlag af deres nationale erfaring. Dette bør suppleres af EU's arbejde med at dele bedste praksis og udarbejde politiske foranstaltninger. Følgende tilgange vil være nyttige i forhold til at gøre sundhedssystemerne mere elastiske i EU.

Medicinsk teknologivurdering (MTV)

MVT er en videnskabelig tilgang til evaluering af de relative virkninger, en bestemt medicinsk teknologi har på en medicinsk tilstand, med besvarelse af spørgsmål som:

- Er teknologien effektiv?
- Hvem fungerer den for?
- Hvilke omkostninger er forbundet dermed?
- Hvor godt fungerer den sammenlignet med alternative teknologier?

MTV har vist sig at være et effektivt redskab til at forbedre adgangen til innovative teknologier for patienter og til at støtte en mere effektiv fordeling af midlerne.

Medlemsstaterne samarbejder om MTV i et netværk oprettet ved direktiv 2011/24. Kommissionen støtter et ambitiøst mål for MTV-netværket, nemlig at fælles udarbejdede MTV-oplysninger skal genanvendes på nationalt plan. Dette vil mindske forekomsten af dobbeltarbejde for regulatorerne, MTV-organerne og MTV-industrien og vil medføre en fælles forståelse af de medicinske teknologiers kliniske aspekter (dvs. deres relative sikkerhed og effektivitet).

Fremover vil der blive udviklet en mere ambitiøs og stabil struktur til støtte for det videnskabelige samarbejde om MTV. I samarbejde med MTV-netværket arbejder Kommissionen med mulige forslag til dette.

Sundhedsinformationssystem

Ved alle indgreb i forhold til at gøre sundhedssystemet mere elastisk skal der tages højde for selve systemet. Beslutninger om at investere eller fjerne investeringer i bestemte sektorer skal baseres på en forståelse af de processer, som styrer disse sektorer, og indgrebenes indvirkning på sundheds- og økonomiparametre.

Medlemsstaterne bør derfor investere i at udvikle deres informationsstrømme for f.eks. at sikre, at informationsstrømme på patientplan på rette vis kanaliseres til alle de nødvendige udbydere af sundhedsydelser, eller at der ydes støtte til en mere effektiv og bæredygtig reorganisering af sundhedssystemer og -ydelser²⁵.

Kommissionen overvejer at støtte medlemsstaterne i at oprette et bæredygtigt og integreret sundhedsinformationssystem i EU og navnlig udforske mulighederne i et omfattende konsortium for en europæisk forskningsinfrastruktur om sundhedsoplysninger.

E-sundhed

Kommissionen opfordrer i høj grad til, at medlemsstaterne samarbejder om e-sundhed, og støtter dem i at udvikle og gennemføre omkostningseffektive og interoperable e-sundhedsløsninger til forbedring af sundhedssystemerne.²⁶ Som krævet ved direktiv 2011/24 støtter Kommissionen e-sundhedsnetværket, som har til formål at levere bæredygtige fordele fra europæiske e-sundhedssystemer og -tjenester og interoperable anvendelsesmuligheder. I e-sundhedshandlingsplanen for 2012-2020 fremhæves endvidere e-sundhedsydelsernes fordele for borgere, patienter og udbydere af sundhedsydelser, ligesom der foreslås bestemte foranstaltninger til at mindske hindringerne for at anvende disse tjenester.

Der er behov for en yderligere indsats for at udvikle effektive og interoperable telemedicintjenester. Europæiske netværk af referencecentre vil være en ideel mulighed for at indføre og afprøve telemedicin i EU.

6. Konklusioner

I den årlige vækstundersøgelse for 2013 anerkendes det, at "der i lyset af de demografiske udfordringer og presset på de aldersrelaterede udgifter [bør] gennemføres reformer af sundhedssystemerne for at sikre omkostningseffektivitet og bæredygtighed, og det skal vurderes, hvordan disse systemer fungerer i forhold til målet om både at sikre en mere effektiv udnyttelse af de offentlige ressourcer og sikre adgang til sundhedsbehandlinger af høj kvalitet".

²⁵ Se konklusionerne fra taskforcen om e-sundheds rapport med titlen "Redesigning health in Europe for 2020", hvori de politiske beslutningstagere opfordres til at udnytte den magt, der ligger i oplysninger: <http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/eu-task-force-ehealth-redesigning-health-europe-2020>.

²⁶ COM(2012) 736.

Medlemsstaternes fremtidige evne til at levere pleje af høj kvalitet til alle vil afhænge af, om sundhedssystemerne kan gøres mere elastiske og i højere grad være i stand til at imødekomme de udfordringer, der ligger foran os. Og alt dette skal de opnå, samtidig med at de forbliver omkostningseffektive og skattemæssigt bæredygtige.

Selv om dette primært er en opgave for medlemsstaterne, fremhæves der i denne meddelelse en række initiativer, hvorigennem EU kan støtte medlemsstaternes politiske beslutningstagere. EU skal udvikle disse initiativer og bygge videre på dem for at sikre, at borgernes forventninger om høj kvalitet kan opfyldes. Der skal fokuseres på metoder og redskaber, som gør det muligt for medlemsstaterne at opnå større effektivitet, adgang og elasticitet i deres sundhedssystemer i overensstemmelse med reformhenstillingerne til medlemsstaterne i forbindelse med det europæiske semester. For at gennemføre reformerne i disse henstillinger opfordres medlemsstaterne endvidere til at anvende europæiske finansieringsinstrumenter.



Sundhedsministeriet
sum@sum.dk

DANSKE
REGIONER



18-08-2014

Sag nr. 14/224

Dokumentnr. 42087/14

Danske Regioners høringsvar vedrørende forslag til lov om ændring af apotekerloven

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har den 11. juli 2014 fremsendt udkast til lov om ændring af apotekerloven (modernisering af apotekersektoren).

Danske Regioner skal indledningsvist beklage, at udkastet til lovforslaget blev sendt i høring på et tidspunkt, hvor mange ansatte var eller snart skulle på ferie. Tidspunktet har desuden betydet, at det ikke har været muligt at nå en behandling i Danske Regioners bestyrelse, hvorfor der skal tages forbehold for eventuelle politiske bemærkninger. Danske Regioners bestyrelse vil drøfte lovforslaget den 28. august 2014.

Danske Regioner kan generelt tilslutte sig regeringens ønske om at modernisere apotekersektoren med henblik på at sikre borgerne god adgang til at købe medicin, høj patientsikkerhed og lægemidler til lave priser. Lovforslaget indeholder dog en række emner af særlig interesse for Danske Regioner.

Apoteksenheder på større sygehuse

Regeringen ønsker at lette apotekeres oprettelse af apoteker, apoteksfilialer og apoteksudsalg. § 4 stk. 1 ønskes ændret således, at det ikke længere er nødvendigt for apotekere at søge ministeren for sundhed og forebyggelse om tilladelse til oprettelse af apoteksfilialer. Apotekere skal underrette Sundhedsstyrelsen om beliggenhed for apoteket, lagerforhold mv., men kan ellers frit oprette, flytte og nedlægge apoteksfilialer inden for en radius af 75 kilometer fra apoteket (ny § 5 stk. 1).

Danske Regioner tager til efterretning, at lovforslaget sandsynligvis kan medføre oprettelse af flere apoteksenheder, herunder på større sygehuse.

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk

Det vil være til stor fordel for patienterne, at de kan indløse deres recepter direkte ved udskrivelse, i stedet for at skulle vente f.eks. til efter weekenden. Dette kan medføre færre fejl i patienternes medicinering.

Det fremgår dog ikke tydeligt af selve lovforslaget, at der kan oprettes apoteker eller apoteksenheder på sygehusene, eller hvem der skal høres som en del af denne proces. Danske Regioner forudsætter, at forslaget ikke vil udløse merudgifter, og at det er regionerne, som træffer beslutning om, at der kan gives tilladelse til oprettelse af apotek på et sygehus.

Forsyningssikkerhed i tyndbefolkede områder

Danske Regioner gør opmærksom på, at forslaget om oprettelse af otte apoteksenheder inden for en radius af 75 kilometer kan få den konsekvens, at apoteksfilialer og udsalg (med mindre sortiment) i tyndbefolkede områder kan 'udkonkurrere' – eller gøre det mindre attraktivt at drive – et egentligt apotek (med fuldt sortiment), som er dyrere i drift, bl.a. på grund af forskel i kravene til driftsopgaver og de ansattes kvalifikationer.

I den forbindelse er det ikke klart, om der er tale om 75 kilometer i fugleflugtslinje eller 75 kilometer med offentlig/privat transport, hvilket er af betydning for de berørte borgere og patienter.

Danske Regioner finder det generelt væsentligt, at der med det potentielt øgede antal medicinudleveringssteder, herunder online-apoteker, forstærkes krav om relevant rådgivning til den enkelte patient, samt fokus på samarbejdet med både sygehuse og praksissektoren. For online-apoteker kan det f.eks. indebære, at brugerne har mulighed for at stille produktrelaterede spørgsmål eller blive vejledt via telefon, webkamera, chat og e-mail.

Regeringen foreslår, at Sundhedsstyrelsen skal kunne påbyde en apoteker at oprette eller opretholde en apoteksenhed i et område, hvor der ikke er grundlag for at opslå et ledigt apotek, og hvor der ikke har været apotekere, som af egen drift har oprettet eller ønsker at oprette en apoteksenhed (ny § 7 stk. 1 og 2). Det er dog svært at vurdere ud fra lovforslaget, hvilke forhold der mere konkret skal gøre sig gældende.

Apotekernes vagttjeneste

Regeringen foreslår en ændret tilrettelæggelse af apotekernes vagttjeneste med henblik på, at ordningen bliver mere gennemskuelig for borgerne, således at de nemmere kan finde et apotek efter de almindelige åbningstider.

Danske Regioner finder forslaget hensigtsmæssigt, ligesom det er positivt, at regeringen lægger op til, at vagttjenester skal tilrettelægges i sammenhæng med de regionale akut- og vagtlægeordninger og med inddragelse af regionsrådene.

Danske Regioner gør dog opmærksom på, at det i mange tilfælde i dag ikke er praksis på akutfunktioner og i vagtlægeordninger at udlevere medicin til påbegyndelse af nødvendig behandling (f.eks. antibiotika til behandling af lungebetændelse, urinvejsinfektioner eller øjenbetændelse hos børn).

Forslaget om reduktion fra 70 vagtapoteker (med fuld og delvis åbningstider) til 34 vagtapoteker (med fuld åbningstid) kan derfor have stor betydning for borgerens afstand til nærmeste vagtapotek, og det er især af betydning ved afhentning af akutmedicin. Det er derfor vigtigt, at der i udpegningskriterierne og planlægningen af vagtapoteker tages højde for, at borgeren højst må have et vist antal kilometer til nærmeste vagtapotek. Konsekvenserne af denne del af lovforslaget bør analyseres nøje.

Forslag om positivliste

Regeringen foreslår at, at Sundhedsstyrelsen udarbejder en positivliste over varer, som utvivlsomt er varer, der knytter sig til et apoteks virksomhed, og som derfor må fremstilles og forhandles af en apoteker (§ 12 stk. 1, nr. 4). Ligeledes foreslår regeringen, at Sundhedsstyrelsen udarbejder en negativliste med angivelse af f.eks. tøj, sko, køkkenudstyr mv.

Danske Regioner tager forslagene om en positivliste og negativliste til efterretning, men er også af den holdning, at apotekerne skal have mulighed for at søge om dispensation. Nogle af de varer, som særligt apoteker i tyndtbefolkede områder sælger, men som ikke nødvendigvis er lægemiddel- eller sundhedsrelaterede produkter, kan være eksistensgrundlaget for det enkelte apotek.

Udlevering af vederlagsfri medicin

I henhold til Apotekerlovens nuværende § 55 kan sygehusapoteker eller sygehusapoteksfilialer levere lægemidler, herunder vederlagsfri medicin, til regionens egne sygehus og tilknyttede behandlingssteder.

Danske Regioner foreslår, at apotekerloven ændres således, at sygehusapoteker udover at levere lægemidler til regionens sygehuse, fremover også kan udlevere vederlagsfri medicin direkte til borgere, der er i ambulatoriekontrol eller udskrives fra et sygehus.

Forslaget vil ikke medføre ændringer på lægemiddelmarkedet, men alene betyde, at den enkelte region eller det enkelte sygehus selv kan afgøre, om den vederlagsfri udlevering af lægemidler varetages centralt af sygehusapoteket eller af på de enkelte sygehusafdelinger.

Økonomiske konsekvenser af lovforslaget

Det er hensigten med lovforslaget at øge adgangen til medicin i byer og landområder, samt bidrage til en effektiv ressourceanvendelse, øget konkurrence og færre offentlige udgifter. Det er dog ikke tydeligt ud fra lovforslaget eller bemærkningerne hertil, hvor den anslåede besparelse vil finde sted, eller hvad beregningsgrundlaget er for de positive konsekvenser og færre udgifter, der bl.a. fremgår af det sammenfattende skema på side 30.

Yderligere bemærkninger

Danske Regioner er positivt stillet overfor regeringens forslag om at ophæve § 59, hvormed ejerne af sygehusapotekerne (regionsrådene) alene træffer beslutning om, hvem der skal ansættes som sygehusapoteker – uden at bede Sundhedsstyrelsen om at udarbejde en vejledende udtalelse om ansøgers egnethed. Ydermere finder Danske Regioner regeringens forslag om at forenkle processen ved fastsættelse af regler om forbrugerpriser hensigtsmæssigt (ny § 44 stk. 3, ophævelse af § 66).

På baggrund af ovennævnte kommentarer og spørgsmål finder Danske Regioner det nødvendigt at følge op på effekten af lovændringen i forhold til borgernes adgang til medicin, samt patientsikkerhed og lægemiddelpriser.

Danske Regioner tager desuden forbehold for de økonomiske konsekvenser af lovforslaget.

Venlig hilsen



Bent Hansen



Carl Holst

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

DANSKE
REGIONER



20-08-2014

Sag nr. 14/2432

Dokumentnr.

Mikkel Lambach

Tel. 35 29 82 12 / 29 17 09 02

E-mail: Mla@regioner.dk

Danske Regioners hørings svar på udkast til ændring af psykiatriloven

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har sendt udkast til ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (psykiatriloven). Lovforslaget er sendt til høring midt i sommerferien. Det har begrænset mulighederne for at inddrage regionerne forud for den politiske behandling i Danske Regioner.

Danske Regioner noterer med tilfredshed, at der med lovforslaget lægges op til en gennemgribende modernisering af psykiatriloven, der dels samler op på en række problemstillinger rejst gennem flere år, dels følger op på det betydelige fokus på tvang, der har været i både regionerne, i regeringens psykiatriudvalg og de kommende partnerskabsaftaler om halvering af tvang jf. finanslovsaftalen 2014 og regionernes økonomaftale for 2015.

Danske Regioner tilslutter sig lovforslagets generelle fokus på patientretigheder og patientinddragelse, der indebærer, at psykiatriske patienter skal have størst mulig indflydelse på egne behandlingsforløb. Kravet om at fokusere på pårørendeinddragelse og tvang, herunder patientens eventuelle præferencer ved eventuel anvendelse af tvang og anden behandling uden samtykke under indlæggelsessamtalen synes fornuftigt. Det giver patienten mulighed for selv at definere, hvilken form for tvang, der er mindst indgribende, og sikrer hermed, at patienten i en tvangssituation oplever mindst mulig krænkelse.

Danske Regioner er ligeledes enig i behovet for at tydeliggøre mindreårige patienters retsstilling i psykiatriloven, således at disse patienters retsstilling i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling fremgår direkte af loven.

Danske Regioner tilslutter sig lovforslagets skærpede krav til iværksættelse af tvangsfiksering og tvangsbehandling samt det løbende tilsyn med foranstaltningerne. At der i den forbindelse for det første stilles krav om, og at

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk

tvangsbehandling sker med afsæt i fagligt anerkendte standarder mv. harmonerer fint med det store arbejde, der gøres fra både statsligt og regionalt hold i forhold til at udvikle kliniske retningslinjer, medicinske behandlingsvejledninger og standardiserede diagnosespecifikke udrednings- og behandlingsforløb (pakker). At kravene til at iværksætte tvangsfiksering og løbende følge op med tilsyn harmonerer tilsvarende fint med det generelle fokus på dels at reducere tvangsfikseringer dels at afkorte dem. Danske Regioner noterer i den forbindelse med tilfredshed, at kravet om iværksætte eksternt tilsyn indenfor 24 timer mod i dag 48 timer, afbalanceres med en reduktion i antallet af tilsyn med den enkelte foranstaltning fra 4 til 3 pr. døgn.

Danske Regioner kan ligeledes tilslutte sig, at forsøgsordningen med tvungen opfølgning forlænges, og at reglerne for oppegående fiksering på Sikringen ændres og gøres mindre bureaukratiske. Begge ordninger har reduceret brugen af anden tvang – typisk tvangsindlæggelse for dem omfattet af tvungen opfølgning og tvangsfiksering eller langvarig isolation på patientens stue for dem omfattet af oppegående fiksering. I begge tilfælde har det ført til bedre samlet sundhedstilstand for patienterne.

Endelig skal Danske Regioner kvittere for, at lovforslaget imødekommer foreningens tidligere udtrykte ønske om at lempe adgangen til at undersøge patientstuer mv. for stoffer og farlige genstande. Patienternes fysiske og psykiske tilstand samt deres behandling har ligesom patienternes og personalets sikkerhed en direkte sammenhæng med forekomsten af medikamenter, rusmidler og farlige genstande på de psykiatriske afdelinger.

Med venlig hilsen

Bent Hansen

Carl Holst

1-7-2014

Aftale mellem Erhvervs- og Vækstministeriet og Danske Regioner om tre regionale udviklingsselskaber for turisme

Der er den 20. juni 2014 indgået aftale mellem regeringen og en bred kreds af Folketingets partier om vækstplan for dansk turisme. Turismen er et internationalt væksterhverv, der årligt skaber en omsætning på omkring 82 mia. kr. og 120.000 fuldtidsjob. Turismeerhvervet i Danmark har et stort potentiale for at skabe flere arbejdspladser og øget eksport.

Vækstplanen har som mål, at dansk turisme frem mod 2020 skal opnå vækstrater på mindst samme niveau som i de andre europæiske lande.

Med vækstplanen igangsættes et større antal initiativer for at fremme såvel storby og erhvervsturismen som kyst og naturturismen.

Et centralt element i aftalen er, at styringen af den offentlige turismeindsats skal styrkes gennem en bedre organisering og tilrettelæggelse af indsatsen, hvilket udmøntes bl.a. gennem en ny kommende lov om dansk turisme. Det indebærer bl.a., at der oprettes et nationalt turismeforum med et tilknyttet advisory board, der skal stå for den nationale turismestrategi og koordination af indsatsen. Endvidere lægges op til, at den regionale indsats for udvikling af turismeproduktet mv. herhjemme fremover samles under 3 udviklingsselskaber, der skal have ansvaret for udviklingen af dansk turisme inden for hhv. kyst- og naturturismen, erhvervs- og mødeturismen samt storbyturismen.

Erhvervs- og Vækstministeriet og Danske Regioner har på denne baggrund indgået aftale om den nærmere tilrettelæggelse af de 3 udviklingsselskaber, jf. nedenfor.

1. Dansk Kyst- og Naturturisme

Antallet af de udenlandske turister ved de danske kyster har været i konstant tilbagegang de sidste 10 år. Det skyldes en kombination af flere forhold, bl.a. øget konkurrence fra den tyske Østersøkyst, det generelt høje danske prisniveau samt en lav grad af innovation og kvalitetsudvikling i det samlede danske turismeprodukt.

For at styrke indsatsen for dansk kyst- og naturturisme, herunder fx også landboturisme, er Erhvervs- og Vækstministeriet og Danske Regioner enige om, at regionerne med virkning fra den 1. januar 2015 etablerer et udviklingsselskab for Dansk Kyst- og Naturturisme med egen bestyrelse og direktør.

Selskabet får ansvaret for udvikling af kyst- og naturturismen i hele Danmark.

Udviklingsselskabet oprettes ved en samling af de relevante aktiviteter i de regionale turismeudviklingsselskaber VisitNordjylland, Midtjysk Turisme og Østdansk Turisme. Turismeudviklingsaktiviteterne vedrørende kyst- og naturturismen i Region Syddanmark lægges ligeledes ind som en del af det fælles udviklingsselskab for kyst- og naturturisme. Bornholms Regionskommune kan vælge at deltage i udviklingsselskabet.

Det er de regionale og lokale aktører, der står for sammensætningen af bestyrelsen i udviklingsselskabet, idet det lægges til grund at medfinansiering af udviklingsselskabet og

indflydelse følges ad. Erhvervs- og Vækstministeriet/VisitDenmark vil få en bestyrelsespost i selskabet.

Funktioner og aktiviteter fra Videncenter for Kystturisme, herunder centerets uafhængige analyser af bl.a. turisternes ønsker og kvaliteten af det danske kystturismeprodukt, vil indgå som en del af det nye udviklingsselskab for Dansk Kyst- og Naturturisme.

Dansk Kyst- og Naturturisme får endvidere ansvaret for etableringen af hhv. et Vestkystpartnerskab og et Østersøpartnerskab med inddragelse af de lokale/kommunale aktører.

Hovedsædet for Dansk Kyst- og Naturturisme placeres i Region Nordjylland, mens Vestkystpartnerskabet placeres i Region Midtjylland og Østersøpartnerskabet i Region Sjælland.-

Regionerne vil fortsat prioritere udviklingen af kyst- og naturturisme højt. Regionerne vil arbejde for, at der via indstilling fra de regionale vækstfora indskydes midler mindst tilsvarende det statslige bidrag. Selskabet vil derudover blive tilført midler til konkrete turismeudviklingsaktiviteter. Hertil kommer eventuelle bidrag fra kommunerne.

Erhvervs- og Vækstministeriet vil yde et tilskud på samlet 20 mio. kr. i perioden 2014-2015 til Dansk Kyst- og Naturturisme til at fremme igangsætningen af det nye selskabs aktiviteter, inkl. Vestkystpartnerskabet og Østersøpartnerskabet.

Parterne har aftalt at drøfte finansiering i perioden 2016-2017 inden udgangen af 2015.

2. MeetDenmark (Dansk Erhvervs- og Mødeturisme)

Når internationale møder og kongresser afholdes i Danmark, er de med til at styrke dansk økonomi og profilere Danmark og danske styrkepositioner internationalt.

For at fremme dansk erhvervs- og mødeturisme er Erhvervs- og Vækstministeriet og Danske Regioner enige om at regionerne etablere et udviklingsselskab for Dansk Erhvervs- og Mødeturisme, der skal styrke indsatsen for at tiltrække flere internationale møder og kongresser til Danmark.

Udviklingsselskabet vil få til opgave at markedsføre og sælge de danske møde- og kongresdestinationer i udlandet, finde lokale kongres- og mødeværter i Danmark, samt koordinere og videreudvikle den danske indsats for at tiltrække møder og kongresser og sikre videndeling mellem de involverede byer.

Midlerne i selskabet anvendes til at tiltrække internationale møder og kongresser gennem initiativer i de enkelte destinationer eller gennem fælles initiativer. Derudover iværksætter selskabet initiativer, der bidrager til at vinde flere af de kongresser, der bydes på.

Dansk Erhvervs- og Mødeturisme (MeetDenmark) etableres som en selvstændig juridisk enhed pr. 1. januar 2015 som en erstatning for det nuværende konsortium "MeetDenmark".

Det er de regionale og lokale aktører, der står for sammensætningen af bestyrelsen i udviklingsselskabet, idet det lægges til grund at medfinansiering og indflydelse følges ad. Erhvervs- og Vækstministeriet/VisitDenmark vil få en bestyrelsespost i selskabet.

Dansk Erhvervs- og Mødeturisme (MeetDenmark) etableres med sekretariat i Region Hovedstaden. Der etableres under selskabet et partnerskab for erhvervs- og mødeturisme i Vestdanmark med sekretariat i Region Syddanmark.

Regionerne vil indskyde midler tilsvarende det statslige bidrag. Hertil kommer eventuelle kommunale bidrag.

Erhvervs- og Vækstministeriet vil yde tilskud på samlet 3,5 mio. kr. til selskabet for Dansk Erhvervs- og Mødeturisme i perioden 2014-2015. Dette ligger oveni det tilskud på 2 mio. kr. Erhvervs- og Vækstministeriet allerede yder til det eksisterende MeetDenmark i perioden 2014-2015.

Parterne har aftalt at drøfte finansiering i perioden 2016-2017 inden udgangen af 2015.

3. Dansk Storbyturisme (Wonderful Copenhagen)

Den internationale storbyturisme har i de senere år været i betydelig vækst og bidrager dermed positivt til Danmarks turismeregnskab. Det er forventningen, at der også i de kommende år knytter sig betydelige vækstmuligheder til dette forretningsområde.

Dansk Storbyturisme vil få til opgave at udvikle initiativer på dette område i et nært samarbejde med andre byer i Danmark samt Erhvervs- og Vækstministeriet.

Dansk Storbyturisme skal bidrage til at øge tiltrækningen af udenlandske turister fra nær- og fjernmarkederne til de større danske byer gennem en fokuseret indsats for udvikling af turismepotentialerne i de større danske byer.

Dansk Storbyturisme forankres hos Wonderful Copenhagen, der finansieres som hidtil af de deltagende parter. Erhvervs- og Vækstministeriet/VisitDenmark bibeholder en observatørpost i Wonderful Copenhagenes bestyrelse.

Projektet Global Connected, der har til formål at tiltrække og fastholde eksisterende flyruter fra vigtige destinationer, har et selvstændigt budget og sekretariatsbetjenes af Wonderful Copenhagen (Dansk Storbyturisme). Der er afsat 13 mio. kr. i 2014 og 11 mio. kr. i 2015 til Global Connected. Det vurderes, at den nuværende finansiering til Global Connected kan dække aktiviteter til og med 2018.

4. Andet

Udviklingsselskaberne forpligtes med den nye lov om dansk turisme årligt til at afrapportere deres status for udmøntningen af selskabernes udviklingsstrategier til Det Nationale Turismeforum. Afrapporteringen skal udarbejdes på baggrund af udvalgte nøgletal og indikatorer for dansk turisme, som besluttes af forummet.

For at sikre sammenhæng mellem indsatsen for at udvikle dansk turisme og den internationale markedsføring af Danmark kan de tre udviklingsselskaber indstille to repræsentanter til VisitDenmarks bestyrelse efter høring af den rådgivende nomineringskomite.

Udviklingsselskaberne er forpligtiget til at indgå samarbejdsaftaler med VisitDenmark om samspillet mellem udviklingsselskabernes turismeudviklingsindsats og den internationale markedsføring af Danmark, som VisitDenmark har ansvaret for.



Til Erhvervs- og Vækstministeriet

ces@evm.dk

OM2@evm.dk

15-08-2013

Sag nr. 14/2419

Dokumentnr. 41422/14

Forslag til lov om dansk turisme

Tak for det fremsendte udkast til lov om dansk turisme, som skal styrke dansk turisme og skabe fornyet vækst og beskæftigelse i hele Danmark bl.a. ved at fremme kyst- og naturturismen, erhvervs- og mødeturismen og storbyturismen.

Danske Regioner bakker op om, at den offentlige turismeindsats styrkes gennem en bedre organisering og tilrettelæggelse af indsatsen på tværs af stat, regioner og kommuner, hvilket bl.a. indebærer, at der oprettes et nationalt turismeforum med et tilknyttet advisory board, der skal stå for den nationale turismestrategi og koordination. Regionerne er parate til at etablere de foreslåede udviklingsenheder, der får til opgave at udvikle turismen inden for hhv. kyst- og naturturismen, erhvervs- og mødeturismen samt storbyturismen.

Danske Regioner er dermed enig i intentionerne og hovedelementerne i lovforslaget, men har en række kommentarer, der for hovedpartens vedkommende skal ses i forlængelse af den aftale mellem Erhvervs- og Vækstministeriet og Danske Regioner, som blev indgået den 1. juli 2014.

For det første mener Danske Regioner, at den nye organisering af den offentlige turismeindsats handler om fastlæggelse af fælles strategisk retning og mål og koordinering på baggrund heraf og derfor ikke om central styring i traditionel forstand. Det gælder især forholdet mellem det nationale turismeforum og de nye udviklingsselskaber.

Danske Regioner tilslutter sig, at det nationale turismeforum fastlægger en fælles overordnet strategisk retning, herunder fælles prioriteter og pejlemærker, som det nationale turismeforum bl.a. kan bruge i forbindelse med koordineringen af den offentlige turismefremmeindsats.

Opgaven med at tage initiativ til, udvikle og operationalisere indsatsen ligger imidlertid hos de regionale udviklingsselskaber og de dertil hørende partnerskaber. Kun herigennem kan der etableres de brede partnerskaber mellem offentlige myndigheder og private virksomheder, der skal til for at sikre bredest mulige opbakning og størst mulige effekt af indsatsen. På

hvert af de tre områder skal selskaberne derfor – med udgangspunkt i den nationale strategi – fastlægge en konkret udviklingsstrategi for det pågældende område. Det er derfor fremdriften i forhold til selskabernes udviklingsstrategi, der årligt vil skulle redegøre for overfor det nationale turismeforum, jf. også aftalen mellem Erhvervs- og Vækstministeriet og Danske Regioner. Det er dog nødvendigt at påpege, at Dansk Storbyturisme forankres hos Wonderful Copenhagen, der finansieres som hidtil af de deltagende parter.

Det er i den forbindelse også vigtigt, at der skabes sammenhæng på strategisk niveau til de nye vækst- og udviklingsstrategier, som regionsrådene forventes at vedtage i 2015, jf. den nye lov om erhvervsfremme og regional udvikling. Ifølge denne lov skal de regionale vækst- og udviklingsstrategier redegøre for den fremtidige udvikling for regionen og omhandle de regionale vækst- og udviklingsvilkår, herunder erhvervsudviklingsindsatsen inklusive turisme. De regionale vækstfora bidrager til strategierne og indstiller desuden til staten om anvendelse af regionalfonds- og socialfondsmidler og til regionen om anvendelse af regionale udviklingsmidler til erhvervsformål, herunder turisme.

For det andet ønsker Danske Regioner, at regionerne får mulighed for at indstille medlemmer til det foreslåede Dansk Turismes Advisory Board. Som beskrevet i lovforslaget er det her, det reelle arbejde med at skabe sammenhæng og komme med konkrete forslag, herunder til den nationale strategi, kommer til at foregå. En lang række af regionernes vigtigste samarbejdspartnere på turismeområdet er repræsenteret i Advisory Board, og det er afgørende for en sammenhængende og effektiv indsats, at regionerne også er repræsenteret.

For det tredje vil vi gøre opmærksom på, at lovforslaget vil have økonomiske konsekvenser. Lovforslaget pålægger regionerne opgaven med at oprette regionale udviklingsselskaber. Dette er en ny opgave, som der skal prioriteres økonomisk finansiering til. Af aftalen mellem Erhvervs- og Vækstministeriet og Danske Regioner fremgår det således også, at Erhvervs- og Vækstministeriet vil yde tilskud til Dansk Kyst- og Naturturisme og Dansk Erhvervs- og Mødeturisme i perioden 2014-2015, som regionerne vil matche. Endvidere har parterne aftalt at drøfte finansiering i perioden 2016-2017 inden udgangen af 2015.

Konkrete kommentarer til de enkelte paragraffer og tilhørende bemærkninger findes i bilaget på de følgende sider.

Dette høringssvar sendes med forbehold for, at det pga. tidsfristen ikke har været muligt at behandle sagen politisk.

Venlig hilsen
Lotte Holten-Møller



Kommentarer til de enkelte paragraffer og tilhørende lovbemærkninger i forslaget til lov om dansk turisme

§ 2

”...der har til formål at styre og koordinere...” bør ændres til ”...der har til formål at sætte strategiske mål for og koordinere...”

Begrundelse: Der er ikke tale om central styring i traditionel forstand.

§ 3, stk. 1, nr. 3

”...herunder VisitDenmarks markedsføringsindsatser og aktiviteterne i de regionale udviklingsselskaber for turisme og de kommunale destinations-selskaber mv” bør ændres til ”... herunder mellem VisitDenmark, de regionale udviklingsselskaber for turisme og de kommunale destinations-selskaber mv....”

Begrundelse: Det nationale turismeforum skal koordinere indsatsen på et strategisk niveau og ikke gennem detailstyring af konkrete aktiviteter.

§ 8, stk. 3

”...Udviklingsselskabet Dansk Storbyturisme...” bør ændres til ”...Dansk Storbyturisme...”

Begrundelse: Jf. aftalen mellem Erhvervs- og Vækstministeriet og Danske Regioner skal Dansk Storbyturisme forankres hos Wonderful Copenhagen, der finansieres som hidtil af de deltagende parter. Erhvervs- og Vækstministeriet/VisitDenmark bibeholder en observatørpost i Wonderful Copenhagens bestyrelse.

§ 9, stk. 1

”...i henhold til...” bør ændres til ”...med udgangspunkt i...”

Begrundelse: Den nye organisering og tilrettelæggelse af den offentlige turismeindsats handler ikke om central styring i traditionel forstand, men om fastlæggelse af fælles strategisk retning og mål og koordinering på baggrund heraf.

§ 9, stk. 2

”...skal årligt afrapportere deres status for udmøntningen af den nationale strategi for dansk turisme...” bør ændres til ”... skal årligt afrapportere deres status for udmøntningen af selskabernes udviklingsstrategier...”.

Side 4

Begrundelse: Der bør være overensstemmelse med aftalen mellem Erhvervs- og Vækstministeriet og Danske Regioner og den aftale om en vækstplan for dansk turisme, som en række af Folketingets partier har indgået. Selskaberne skal ikke udmønte hele den nationale strategi, men de relevante dele på det pågældende selskabs område, der kommer til at indgå i selskabet udviklingsstrategi.

Side 4, næstsidste afsnit

”...som skal styre og koordinere den statslige, regionale og kommunale turismefremmeindsats...” bør ændres til ”...som skal sætte strategiske retning og koordinere den statslige, regionale og kommunale turismefremmeindsats ...”

Begrundelse: Det nationale turismeforum skal ikke styre den konkrete turismefremmeindsats.

Side 4, sidste afsnit

”...og drives...” bør slettes.

Begrundelse: Det nationale turismeforum skal ikke drive konkrete markedsførings- og udviklingsprojekter.

Side 5, 5. afsnit

”De tre regionale turismeselskaber for turisme får sammen med VisitDenmark ansvaret for udmøntningen af den nationale strategi for dansk turisme” bør slettes.

Begrundelse: Det fremgår allerede af det foregående afsnit, at udviklingsindsatsen inden for hhv. kyst- og naturturismen, erhvervs- og mødeturismen samt storbyturismen” fremover samles i udviklingsselskaberne, hvilket er en mere præcis formulering. Der kan være områder i en kommende national turismestrategi, som andre parter end de nævnte vil skulle udmønte”, jf også lovbemærkningerne på side 8.

Side 6, efter 2. afsnit under gældende lovgivning

Følgende nye afsnit bør indføjes:

” Regionsrådet skal med bidrag fra de regionale vækstfora vedtage en regional vækst- og udviklingsstrategi, der bl.a. redegør for den fremtidige ud-

vikling for regionen og omhandler de regionale vækst- og udviklingsvilkår, herunder turisme.

Side 5

Regionsrådet kan efter indstilling fra vækstfora medfinansiere konkrete erhvervsudviklingsprojekter, der fremmer vækst og udvikling i turismeerhvervet.

Kommunerne kan iværksætte erhvervsudviklingsaktiviteter inden for vækst og udvikling i turismeerhvervet.”

Begrundelse: Dette følger af lov om erhvervsfremme og regional udvikling.

Side 6, de sidste fire afsnit under overskriften ”Gældende lovgivning”

Afsnittene bør slettes eller gives en selvstændig overskrift.

Begrundelse: Afsnittene beskriver ikke den gældende lovgivning, men udvalgte dele af den turismeindsats, som stat, regioner og kommuner har bidraget med.

Side 6, sidste afsnit

”...har til formål at styre og koordinere den offentlige turismefremmeindsats...bør ændres til ”har til formål at skal sætte strategiske retning for og koordinere den offentlige turismeindsats...”

Begrundelse: Det nationale turismeforum skal ikke styre den konkrete turismefremmeindsats.

Side 6, sidste afsnit

”...erhvervssturisme.” bør ændres til ”...erhvervs- og mødeturisme.”

Begrundelse: Konsekvensrettelse.

Side 7, 3. afsnit

”...og drives...” bør slettes.

Begrundelse: Da teksten står under overskriften ”Det nationale turismeforum” signalerer den, at det nationale turismeforum skal være tæt på driften af konkrete markedsførings- og udviklingsprojekter, hvilket ikke er hensigtsmæssigt.

Side 8, 6. afsnit

”Sekretariatet for det nationale turismeforum vil kunne bede VisitDenmark om at forestå den praktiske del af analysearbejdet” bør ændres til ” Sekretariatet

for det nationale turismeforum vil kunne bede eksterne parter, herunder VisitDenmark og de regionale turismeselskaber om at forestå den praktiske del af analysearbejdet”

Side 6

Begrundelse: Der kan være mange parter med relevant faglig viden i forhold til analyser af turismen i Danmark, og VisitDenmark bør derfor ikke nævnes som eneste aktør.

Side 8, 5. afsnit

”...umiddelbart forud for...” bør ændres til ”...i god tid forud for...”.

Begrundelse: Der bør være tid til at indarbejde Advisory Boards råd og forslag i materiale, som skal forelægges det nationale turismeforum.

Side 8, afsnit 5 under overskriften ”Tre regionale udviklingselskaber for turisme”

”...bør det aftales med VisitDenmark for at undgå, at flere offentlige turismeaktører gennemfører undersøgelser...” bør ændres til ”...bør det afstemmes med VisitDenmark for at sikre, at eksisterende analyser udnyttes bedst muligt og nye analyser løbende justeres ud fra behov og efterspørgsel...”

Begrundelse: Der er behov for en mere fleksibel formulering, idet der er behov for en meget tæt kobling mellem analyser og udviklingsopgaver, jf. også, at lovforslaget lægger op til, at Videncenter for Kystturismes uafhængige analyser af bl.a. turisternes ønsker og kvaliteten af det danske kystturismeprodukt skal indgå som en del af det nye udviklingselskab Dansk Kyst- og Naturturisme.

Side 8, næstsidste afsnit

”... skal koordinere og styre...” bør ændres til ”...skal koordinere og sætte strategiske retning for...”

Begrundelse: Det nationale turismeforum skal ikke styre den konkrete turismefremmeindsats.

Side 8, sidste afsnit

”..afrapportere deres status for udmøntningen af den nationale strategi for dansk turisme...” bør ændres til ”... afrapportere deres status for udmøntningen af selskabernes udviklingsstrategier...”

Begrundelse: Dette fremgår af aftalen mellem Erhvervs- og Vækstministeriet og Danske Regioner og af den aftale om en vækstplan for dansk turisme, som en række af Folketingets partier har indgået. Det er i øvrigt ikke den samlede nationale strategi, selskaberne får ansvaret for.

Side 7

Side 9, næstsidste afsnit

Lovforslaget vil have økonomiske konsekvenser for regionerne, idet det pålægger regionerne en ny opgave med at oprette regionale udviklingsselskaber. Af aftalen mellem Erhvervs- og Vækstministeriet og Danske Regioner fremgår det således også, at Erhvervs- og Vækstministeriet vil yde tilskud til Dansk Kyst- og Naturturisme og Dansk Erhvervs- og Mødeturisme i perioden 2014-2015, som regionerne vil matche. Endvidere har parterne aftalt at drøfte finansiering i perioden 2016-2017 inden udgangen af 2015.

Generel bemærkning

Der er behov for at beskrive arbejdsdelingen mellem det nye nationale turisme forum/Dansk Turismes Advisory Board på den ene side og Danmarks Vækstråd på den anden side.

Begrundelse: Danmark Vækstråd skal bl.a. 1) rådgive erhvervs- og vækstministeren om udformningen af den nationale erhvervs- og vækstpolitik, 2) styrke koordinationen mellem den lokale, regionale og nationale erhvervs- og vækstpolitik og bidrage til en effektiv og sammenhængende indsats for vækst og erhvervsudvikling i hele Danmark, 3) udtale sig som høringspart om vækstforas bidrag, der omhandler de erhvervs- og vækstrettede dele af de regionale vækst- og udviklingsstrategier, herunder indsatsen for yderområderne, og løbende følge effekten af de erhvervs- og vækstrettede dele af disse strategier og 4) udtale sig som høringspart om statslige initiativer, der vedrører den regionale erhvervsudvikling. Turisme og dele af de opgaver, som tillægges det nye forum/advisory board, er altså i dag også en del af Danmarks Vækstråds arbejdsområde.

Healthcare DENMARK

INNOVATING BETTER LIFE



Activity
Productivity at Danish hospitals on the rise

Healthcare expenditure
Learn about the solutions that help cap healthcare expenses

Patient satisfaction
Explore the Danish approach to a coherent healthcare system

Her Royal Highness
Crown Princess Mary
Patron



In Denmark our focus on putting the patient first – combined with efforts to improve efficiency and quality – has resulted in a wide array of innovative healthcare solutions. I sincerely believe Danish solutions and expertise can have a positive impact on global health.

The case of Denmark



Throughout the world, governments are facing the same challenge: how can we provide increasingly sophisticated healthcare to a population that lives longer, suffers from an increasing number of chronic illnesses, and expects easy access to treatment?

In Denmark, we have increased public satisfaction with healthcare services and improved productivity and quality in the sector, while successfully keeping health expenditures in check.

How did we accomplish this? Most importantly, we place the patient at the centre of attention and design our healthcare sector to support this idea. We combine sophisticated technology and transmission of data with a strong focus on skills and coherent processes. We prioritise design and quality and innovate by involving users and public-private cooperation. Combined, these trademarks lead to cost-efficient and user-friendly care.

In short, our success is the result of a well-functioning public sector supported by innovative companies that provide the technologies, products, and expertise which make it possible. We are not perfect, but we have come far and push forward to tackle modern healthcare challenges intelligently.

Danish healthcare is not exclusive for the Danes: many years of global presence show that our healthcare products and solutions create value internationally. Danish ideas and products are used every day in ambulances, medical clinics, hospitals, and nursing homes across the world.

This magazine presents ideas and solutions that exemplify our results and experiences. The following pages offer a brief insight into the Danish healthcare sector, its structure and way of working, and just as importantly, the links and collaboration that tie the sector together in a coherent patient pathway.

We hope to inspire you and would like to invite you to Denmark to learn more.

Mariann Fischer Boel

Chairman

Healthcare DENMARK

5

About Healthcare DENMARK

Learn more about Healthcare DENMARK and our services.



6

At the doctor's

The general practitioner is the most important gatekeeper in the Danish healthcare sector. Approximately nine out of ten patients are fully treated by their GP. 99% of GPs use EMRs, and all have electronic access to patient data from most parts of the healthcare sector.

8

Prehospital treatment

Many countries focus on the transformation of prehospital treatment. Denmark is leading with advanced ambulance equipment, which virtually moves the hospital entrance to the ambulance. The medical equipment in the ambulance and at the hospital are designed to work together.

10

An efficient and innovative hospital

Denmark is among the EU countries with the highest patient satisfaction and yet with the lowest GDP spent on healthcare. In the hospital chapter you can learn how Danish hospitals keep average length of admission low and how hospitals are integrated with other healthcare services to ensure coherent patient treatment.

14

Treatment at home

Denmark is successfully transforming healthcare to reduce hospital treatment and focus on patient empowerment and prevention. An important element of this transformation is to expand the use of telehealth solutions. As a result, health professionals have more frequent contact with patients at home, and the flow of data and health advice is quicker and more efficient.

16

Supported living

The elderly and the disabled often value being able to live in their own homes to remain independent. A broad spectrum of technical solutions makes it possible to support living at home while remaining in touch with health professionals. Read about the results in the Supported living section.

18

Rethinking the hospital

An important element in Denmark's healthcare transformation is the investment of more than EUR 5.6 billion in new hospitals and extension of existing facilities. Almost one-third of the current Danish hospital capacity will be modernised. In the final section we look ahead and showcase how Denmark is inventing new approaches in areas like logistics and patient involvement.



Healthcare DENMARK - an open invitation

Healthcare DENMARK is a gateway to Danish healthcare solutions. Our mission is to communicate knowledge and insight concerning the specific solutions and stakeholders that have made the Danish healthcare system one of the leading and most efficient in the world. On our website healthcaredenmark.dk, you can find information about Danish companies, organisations, and initiatives.

We would also like to extend a warm welcome and invite you to see our solutions in practice and meet the people behind. Thanks to our large network, we can arrange visits tailored to your specific interests and help plan logistics, such as local transportation and interpretation.

About us

Healthcare Denmark is a public-private partnership with a national mandate to promote Danish healthcare solutions and competencies abroad. The partnership is a framework for linking international partners with efficient Danish solutions and does not represent individual companies.

Healthcare DENMARK is founded by a broad range of public and private partners: the Ministry of Business and Growth, the Ministry of Health, the Ministry of Foreign Affairs, Confederation of Danish Industry, Danish Regions, Region of Southern Denmark, KMD, Falck, Systematic, and COWI.

Healthcare DENMARK is privileged to be supported by our patron, Her Royal Highness Crown Princess Mary.



Hans Erik Henriksen
CEO
Healthcare DENMARK

The Danish healthcare system

The Danish healthcare system is primarily publicly funded and based on free and equal access to healthcare for all citizens. It is a key priority to create a coherent patient pathway and ensure close collaboration across the health sector.

The National level is where health policy takes its form.

The Ministry of Health draws up guidelines for general planning and operation of healthcare services.

The Regional level includes the five regions in Denmark which are the main service providers in the Danish healthcare system. Among other things they are responsible for hospital and psychiatric treatment and parts of the primary healthcare system such as general practitioners and specialist doctors.

At **the Local level** the municipalities are responsible for home nursing and homes for elderly people with care facilities and associated care staff, general disease prevention and rehabilitation.

Quality of life in Denmark

According to the EU, Denmark ranks among the leading European countries in terms of the population's satisfaction with their lives in general and with healthcare services (Quality of Life in Europe 2012—ranking among the 27 member states):

Life satisfaction
and happiness: #1

Satisfaction
with health: #2

Access to
healthcare: #2

Health
services: #4

At the doctor's

The Danish general practitioner is the most important gatekeeper in the healthcare system. GPs deal with preventive care, treatment, and coordination of services from various health professionals—for example, medical specialists and physiotherapists. Danes can freely choose their own GP. On average, Danes are in contact with their GP or an emergency doctor 7.5 times per year. Comprehensive access to digital patient data helps GPs in their work and creates a unique data link between GPs, patients and other parts of the healthcare sector.

The GP as a gatekeeper

In addition to treating their own patients, GPs in Denmark are also gatekeepers who can refer patients to other parts of the healthcare system. Based on a consultation patients can be referred to hospital admission, treatment by a medical specialist, or preventive services such as weight loss or smoking cessation. Approximately nine out of ten GP contacts are concluded without referral to other parts of the health system.

Comprehensive digital access

GPs keep comprehensive electronic medical records. This means data is available through the GP's internal systems and from large parts of the other health services patients meet (hospital admissions, consultations with medical specialists, laboratory test results, as well as medication records). In addition, they can use the Danish e-health portal, sundhed.dk. Through the portal, GPs can extract a number of patient data held in hospital records. The system works irrespective of which hospital the patient has been admitted to. As a result, GPs are well equipped to include the patient's medical history in their assessment.

When a patient is admitted to a hospital, the various physicians who attend to the patient have electronic access to updated medical records and the results of examinations and tests.

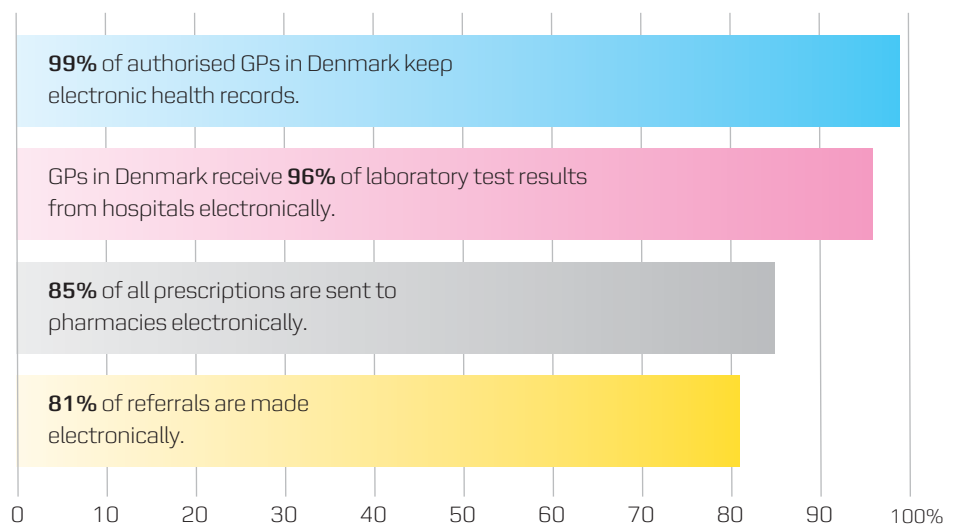


The Danish information system is the most efficient in the world, saving doctors an average of 50 minutes a day in administrative work.

Commonwealth Fund cited in New York Times, 2010

When the patient is discharged after treatment, an electronic discharge summary is created and sent to the patient's GP.

Sundhed.dk also provides patients with similar digital access to their own



Mr. Andersen's case

health data. The key to this information is the NemID digital signature, which is assigned to all Danish citizens based on a person's unique civil registration number.

Shared Medication Record

Like all other health professionals, the GP has access to the Shared Medication Record, an electronic registry containing all Danish citizens' medicine information. This allows health professionals to see which medication has been prescribed to the patient by their GP, at a hospital or by a medical specialist. The majority of prescriptions are issued electronically from the physician to a central server. This means that patients can visit any pharmacy in Denmark to get their medication. The same applies to referrals, which are all stored centrally and forwarded electronically from the GP to a medical specialist, municipality, or hospital.



Access to electronic medical records

Sundhed.dk is a public e-health portal that collects and distributes health information and provides access to electronic health records for citizens and health professionals. The Danish e-health portal uniquely brings the entire Danish health sector together on the Internet and provides an accessible setting for citizens and health professionals to meet and efficiently exchange information.

By serving both citizens and health professionals, sundhed.dk enables the two to cooperate on the basis of the same data. This empowers the citizens and gives health professionals better tools to improve quality in care.

This means that if Mr. Andersen has pains in his joints, he can prepare himself before a consultation. If Mr. Andersen is referred for a hospital examination, the physicians, nurses, and other health professionals can see what treatment Mr. Andersen has received earlier from his GP.

Two weeks after being discharged, Mr. Andersen can access hospital information through the electronic portal. If, for example, Mr. Andersen is diagnosed with arthritis, through sundhed.dk, he can read more about his condition and join a patient network. In this way, sundhed.dk helps empower patients and create awareness about their illness. Sundhed.dk also provides the basis for active participation in treatment and self-care.

Summing up

1 Electronic health records and shared databases enable GPs to see most patient data from the rest of the Danish healthcare system. This ensures treatment quality.

2 The GP concludes treatment for nine out of ten patients, ensuring resource efficiency.

Prehospital treatment

In Denmark, acute calls for an ambulance are answered by a health professional who can help assess the precise need for assistance. If an ambulance is dispatched, the ambulance personnel can commence treatment during transport to the hospital. Dialogue during transport with medical specialists at the hospital ensures rapid diagnosis. The results of all tests and observations taken in the ambulance are transferred electronically to the hospital.

Emergency calls are assessed by specialists

Personnel at the emergency call centre are trained to assess emergency calls to ensure everyone receives the most effective help. The right qualifications ensure the personnel can assess whether an ambulance is required immediately and whether there is a need for other assistance—for example, an emergency physician, paramedics, an ambulance helicopter, or first aid.

Electronic medical record and telehealth in the ambulance

If the patient is picked up by an ambulance, the personnel will keep an electronic ambulance record of all observations, treatment, and medication. At the end of 2014, all data registered by ambulance personnel in transit to the hospital will be transferred to the electronic ambulance record. Registration and transfer of patient data in the ambulance enables dialogue with health professionals at the hospital. This ensures that acute treatment can already

commence in the ambulance and that hospital personnel are ready to begin further treatment as soon as the patient arrives.

Specialist support during transit

Ambulance personnel can communicate directly with specialists during transit. For example, they can send electrocardiograms and other readings directly to the cardiologist. As a result, it can



quickly be evaluated whether a heart patient for example has to be directly transferred to a specialist heart centre. Telehealth solutions have been part of the Danish ambulance service since 1999.



Denmark is at the leading edge of eHealth uptake in Europe. I believe other Member States have much to gain from taking inspiration from the Danish eHealth model, rather than re-inventing the wheel.

John Dalli, European Commissioner for Health and Consumer Policy

Mr. Andersen's case



Electronic ambulance record transfers patient data to the hospital

At 10:36 a.m. the emergency call centre receives a call from Mr. Andersen, who is experiencing severe chest pain. An ambulance dispatches immediately and arrives at 10:43. Treatment commences in the ambulance, while contact is made with the cardiology department at the local hospital. The cardiologist diagnoses a blood clot through telehealth communication, and Mr. Andersen is therefore taken directly to a cardiology department instead of being taken to the nearest local hospital. At 12:30, Mr. Andersen arrives at the cardiology department, which is prepared and ready to conduct a balloon operation. Half an hour later, Mr. Andersen is in the ward after his operation. By 2:00 p.m., he is back in his personal clothes, enjoying a cup of coffee. A few days later, Mr. Andersen is discharged with no permanent injury.

Summing up

- 1** Use of health technology for collaboration between the emergency call centre, the ambulance, and the hospital enables diagnosis and acute treatment already at the prehospital stage.
- 2** ICT solutions during the pre-hospital stage save lives due to improved treatment in the ambulance and a well-planned reception of the patient by the hospital. This process is based on patient data being transferred from the ambulance and efficient communication among healthcare stakeholders during transport.
- 3** Well-trained health personnel at the emergency call centres and in the ambulances save lives, time, and resources in the rest of the patient pathway.

Prehospital facts in cardiology

Around
20,000
cardiological
tediagnoses
are made every year.

75%
of all patients with
an acute need for
heart treatment
arrive directly at
a heart centre.

By using telehealth,
patients requiring
acute treatment at
a specialist cardiology
department are treated
1 hour
earlier on average.

For heart patients,
treatment one hour
earlier means a
10%
relative reduction in
mortality and a
10%
relative reduction
in the risk of developing
heart failure.

Efficient and innovative hospitals

Denmark has the shortest average admission time per patient in the EU. A reason for this is persistent efforts to use a gentler operating technique. Another is focus on telehealth treatment of patients, who can be discharged for treatment in their own homes. Medical devices are also increasingly integrated in hospital building structures, which support efficient healthcare service. Partnering on this type of projects has given Danish companies great experience in designing simple and useful solutions for hospitals.

their productivity by 12% from 2007 to 2012. In the same period, activity increased and annual growth rates in health expenditures declined. Persistent efforts to streamline and optimise procedures and improve treatment quality have shortened admission times and reduced readmissions. These and other efforts have contributed to the increased productivity.

Efficiency has also been improved by enhancing communication—for example, by using information screens at hospitals, which prepare patients for visits to the laboratory. Such initiatives help staff save time and can provide patients with better treatment experiences. Furthermore, Denmark is the first country to establish national standards for interoperability of personal health technologies that rely on the guidelines from the Continua Health Alliance.

Rapid discharge of patients

In 2000, the average length of stay in hospitals for Danish patients was 6.2 days; in 2010 it dropped to just 4.6 days. As a result Denmark has the shortest average length of stay in hospitals in the EU. Danish hospitals continuously focus on rapid discharge. This enables patients to return home to well-known surroundings more quickly, and it ensures an appropriate use of resources in the healthcare sector.

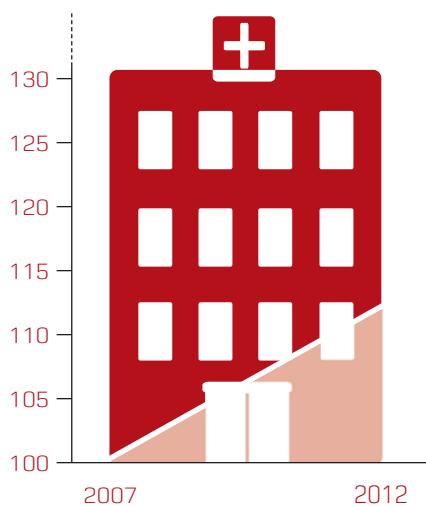
A baby born without complications is discharged after just a few hours. First-time mothers are offered a stay at a patient hotel, and more experienced mothers are sent home. Subsequently, locally based health professionals take over.

Telehealth solutions also make it possible to discharge patients earlier for treatment and monitoring in their own homes—even those with chronic disorders. One of the main reasons for rapid discharge is a focus on cohesion in the patient pathway through close

collaboration among hospitals and local health professionals.

Enhanced quality and productivity

Danish hospitals managed to increase

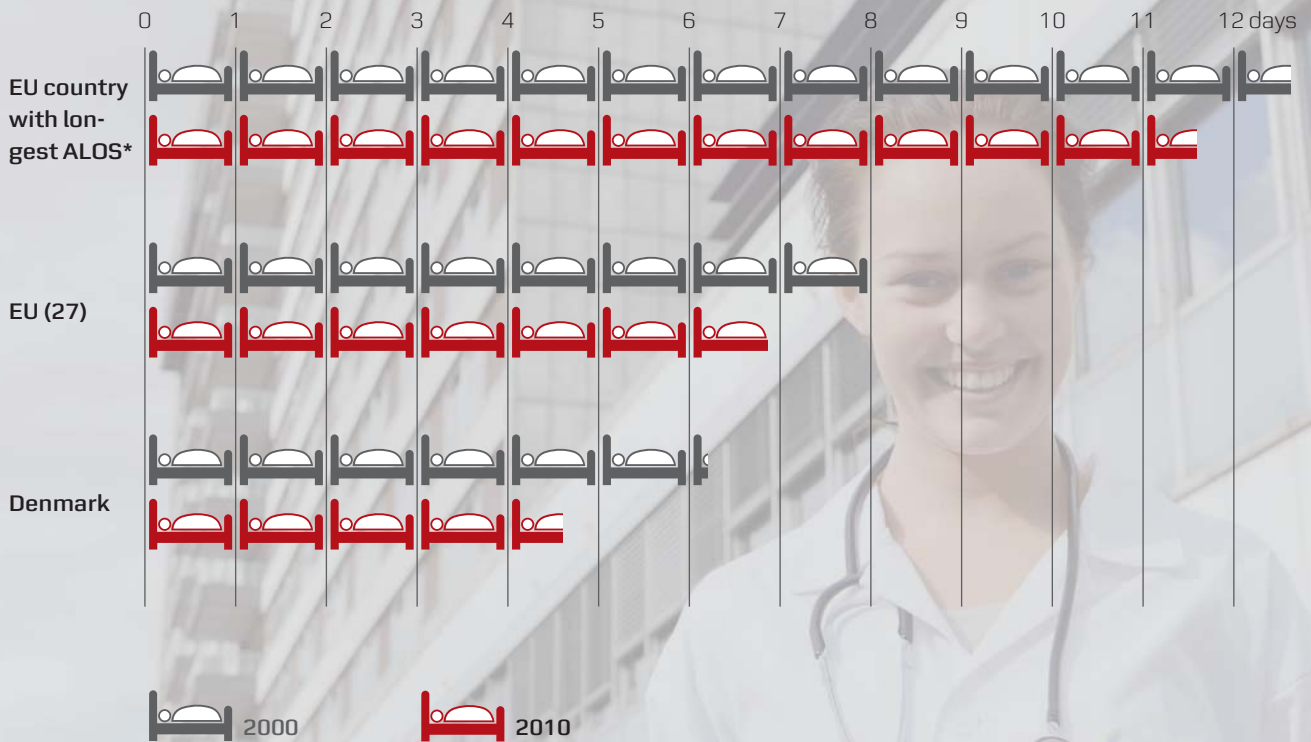


Productivity in Danish public hospitals rose by 12% from 2007 to 2012.

Efficient logistics at the hospital

An example of efficient logistics in Denmark is the world's first fully automatic sterile centre, which in 2011 was implemented at Gentofte Hospital. The centre sterilises surgical instruments after use and sorts and stores them. Whenever a surgical operation is scheduled, relevant instruments and single-use devices are ordered through the hospital's internal information system. Subsequently, the sterile centre seeks out the requested instruments and loads them onto a transport cart for delivery to the operating theatre. Robots empty the transport

Average length of stay in hospital



Denmark has the shortest average length of stay in hospitals in the EU: 4.6 days in 2010. The average length of stay has fallen from 6.2 days in 2000 to 4.6 days in 2010. During the same period, the percentage of patients that had to be readmitted fell by 4.2%.
*Average length of stay.

Source: OECD

carts when they return and prepare them for use again. In addition to streamlining work processes, the installation positively impacts health and safety at the storage facility as robots now do all the heavy lifting.

A long tradition of health registries and databases

Denmark has a long tradition of thorough monitoring and registration of patients who have been in contact with the health sector, e.g., hospitals. Some databases have been maintained for more than 30 years. A network of more



Denmark has impressive quality monitoring and improvement initiatives. It has extensive databases on the processes and outcomes of care and a strong agenda to strengthen its information infrastructure; it can also boast many local clinical guidelines, national guidelines and standards developed as part of disease management programmes and pathways

OECD reviews of healthcare quality:
Denmark, 2012

than 50 national databases has been established containing information on more than 60 different areas of disease. Denmark's unique civil registration number makes it possible to trace patients across various databases, which creates very strong possibilities for clinical research and development. An excellent example of this is the population-based biobank. The biobank contains collections of tissue, blood, and other biological samples from humans and constitutes a gold mine of information for research and healthcare.

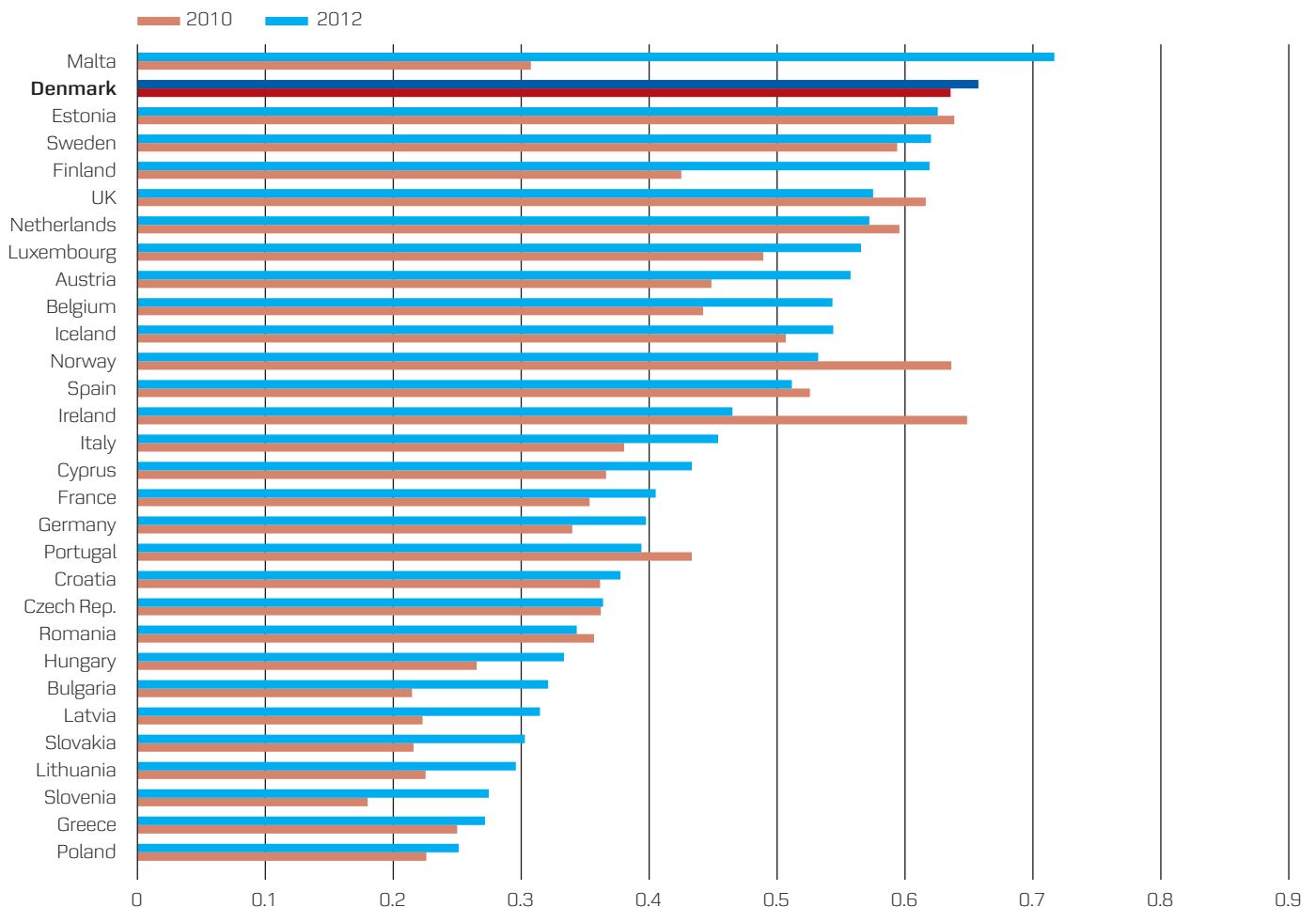
Denmark on top

As noted, the vision for the healthcare system in Denmark is to provide coherent clinical pathways, for example, when hospitalised. Digitalisation is a key element in achieving this goal by giving hospital healthcare professionals access to data and examination results. According to the EU's e-health deployment indicator, Denmark is one of the front-runners in the deployment of e-health. The figure below shows the deployment rates across Europe and the general development towards the in-

creased use of e-health solutions.

For many years, the development of e-health in Denmark has been based on the cooperation of all involved parties: the government, the regions, the municipalities, and the system providers. This has brought the development to a level where nearly all basic information from the various sectors has been digitalised. In recent years, efforts have been concentrated on integrating and streamlining the way patient data are accessed and shared across the health system to make all relevant patient data accessible when needed.

Dissemination of e-health at hospitals in the EU(+3).



Source: European Commission & OECD: Benchmarking Information and Communication Technologies in Health Systems, 2013.

Mr. Andersen's case



Central Denmark Region Common e-health platform across 17 hospitals

In 2010, the Central Denmark Region began implementing one common e-health platform, which supports more than 10,000 users every day in 17 hospitals, including both somatic and psychiatric hospitals. All 17 hospitals can easily share information within and between the hospitals. The common system creates a complete overview, with information integrated from different hospital units.

If Mr. Andersen is admitted to the nearest hospital with a fractured hip, and he is later moved to another hospital with a specialist orthopaedic surgery department for hip replacement, physicians from the two hospitals and other specialist groups can see from the common records system what treatment Mr. Andersen has received. Furthermore, different modules of the e-health platform support important functions in every hospital to ensure an efficient workflow, optimal support for hospital personnel, and increased patient safety through standardisation of clinical pathways in treatments. For example, Mr. Andersen's medical record will describe what X-rays and tests are required before the operation and what rehabilitation he should have after the operation. Modules in the e-health platform also include administration of patients, handling of laboratory work, medication administration, along with efficient booking of procedures, hospital resources, and gathering of business intelligence data. This type of flexibility in the e-health platform allows the region to increase coherency and quality of treatment for patients.



Summing up

- 1** High quality and financial benefits can be reaped if electronic health records are shared across specialist groups, hospitals, and regions.
- 2** Significant human and financial benefits can be achieved by designing buildings and work processes efficiently, with a focus on occupational health and safety.
- 3** Shorter admission times at hospitals save costs and can be achieved through close co-operation with the rest of the health-care sector and by supporting rapid discharge to patients' own homes.

Treatment at home

Denmark is a global telehealth leader. Telehealth solutions help meet demographic challenges, with aging citizens and patients with chronic disorders. An increasing number of solutions are developed and designed to make it possible for patients to be discharged to their own homes, even though they still have a need for both treatment and monitoring. Many telehealth solutions cut across different parts of the healthcare sector.

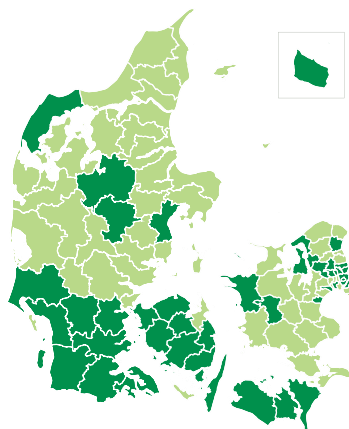
Monitoring from a distance

When telehealth solutions are introduced, focus is primarily on improved quality for patients. Numerous patient groups experience significant advantages from being closely monitored, but from a distance. These include patients with ulcers, COPD patients, and heart patients, who often feel more secure at home and do not have to commute to and from outpatient departments. The solutions are not only benefitting the patients in terms of avoiding unnecessary transportation; they are also cost-efficient for society as a whole. An example of both advantages is an ePatch for heart patients. After discharge from the hospital, the patient

wears the patch for one to three days, and it measures pulse and ECG. If the pulse is abnormal, the patch stores a 10-second ECG recording. The ePatch sends the recorded data through a portal to the hospital. Here, a doctor can determine whether or not the heart rate calls for a reaction.

Telemedical ulcer assessment at home

A good example of Danish collaboration across different sectors in the healthcare sector is telemedical ulcer assessment. Municipal home care nurses take a picture of the patient's ulcers—typically, ulcers with complications in diabetes



Over the past years, telemedicine has increased substantially. Several full-scale projects are being implemented nationwide, enabling significantly more patients to be monitored and treated at home. At least 44 of Denmark's 98 municipalities have telemedical ulcer assessment.



The Danes have succeeded in deploying telemedicine, because all relevant stakeholders have been encouraged to join in.

Mobile Healthcare Information and Management Systems Society, 2012

patients or patients with poor blood circulation. The images are saved on a shared ICT system together with a description of the ulcer. Subsequently, on the basis of the images and descriptions of the size, healing, and infection of the ulcer, specialists at the hospital can assess whether the ulcer is getting better or a new treatment is required. This effective collaboration, in which municipalities involve experts from hospitals, ensures that patients receive better treatment with shorter healing times.

Rehabilitation at home

Many treatments and operations require subsequent rehabilitation. In this context, telehealth solutions enable patients to carry out rehabilitation exercises when it suits them but still receive professional guidance. One area where telehealth is widespread in Denmark is COPD. After being admitted to a hospital, patients with COPD often need rehabilitative guidance. As a supplement to physical consultations with caregivers, online tools for after treatment are increasingly being implemented to prevent readmissions. Online dialogue-based tools provide caregivers in the municipalities with the ability to set up rehabilitation programmes for their patients. This means that patients can

Mr. Andersen's case

do exercises at home under the close guidance of health professionals. The results are available online, and the caregiver can assess the data and adjust the exercises needed. The municipality of Slagelse has made impressive results with this type of tool. Estimates indicate that 11 readmissions have been avoided in a time period of three months. In Denmark, a readmission costs between EUR 1,750 and EUR 2,000.

Hanne Rode, a specialised nurse in Slagelse says; *"one thing is the economic aspects. But the benefits are just as much linked to the fact that chronic patients can stay in their own home, where they are safe and they can receive a treatment, which reduces complications. With the system we can train different skills and achieve goals which empower the citizen. For me, this is the most significant gain."*



TeleCare North—telehealth and empowerment

For most chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients, it is vital that their lung capacity is monitored regularly for a long period of time. This type of task is both time and resource demanding, both for the patient and for the physician. COPD is therefore an area in which telehealth solutions can add value.

TeleCare North is a cross-sector collaboration to develop telehealth solutions for COPD patients. The partners are the 11 municipalities in northern Jutland, the North Denmark Region, GPs in northern Jutland, and Aalborg University. COPD patients are often hospitalised for long periods of time. The objective of the TeleCare North project is to monitor patients closely, adjust their medication and treatment, and thereby avoid hospital admission.

When Mr. Andersen agrees to take part in the project, he receives a small bag to bring home. The bag contains devices which enable him to measure his oxygen saturation, pulse, blood pressure, and weight a couple of times per week. His measurements are transmitted through a small tablet computer to healthcare personnel in his municipality or at the local hospital. Here, the personnel monitor these data and may—if necessary—provide further counselling to Mr. Andersen. By measuring his health, Mr. Andersen becomes aware of what he can actively do to ease life with COPD—for example, the effects of exercise and the right diet on his oxygen saturation and pulse.

A large-scale project like TeleCare North, in which all stakeholders in the regional healthcare system collaborate across sectors, is unprecedented in Europe, making the project unique.

Summing up

- 1** Videoconferencing and home monitoring reduce bed days in hospitals.
- 2** Image exchange helps optimise cooperation among health professionals and ensures better cohesion in patient pathways.
- 3** Regular training for health professionals working with ICT is necessary.

Supported living

Supporting citizens in remaining self-sufficient and independent is a very important element in the Danish care for the elderly and the disabled. It is an ambition to help people as much as possible so they can remain at home or in a sheltered accommodation. Allowing people an independent life gives them better well-being and means significant savings for the care sector

At home as long as possible

Every day rehabilitation is at the core of the Danish efforts to give the elderly and the disabled a meaningful and independent life. With technological support schemes and empowerment initiatives, citizens can stay at home for as long as

possible. As a result of this focus, Denmark was awarded the European Public Sector Award in 2012.

Danish results show that the elderly can often do much more than they assume, provided that they receive the necessary support. Products such as ‘paperless’ toilets or ergonomic knives can help elderly with daily tasks. Another example is an integrated ICT platform which citizens can use to draw the curtains, set the kitchen worktop at the right height, and operate a hoist to get into bed. Or it could be a QR-coded communication system which helps people with mild dementia make coffee or operate the washing machine.

Ceiling hoist gives better communication

A number of tasks in elderly care have previously required two helpers to support the citizen—for example, when a person is lifted from one place to another. By using a ceiling hoist which



Denmark emerges as an example where good cooperation between government and other key stakeholders such as health professionals has speeded up the integration of personal health systems such as remote patient monitoring systems into healthcare delivery.

**Joint Research Centre,
European Commission, 2012**

can take a person from the bedroom to the bathroom through rails in the ceiling it is possible for only one helper to lift the patient. This saves resources for elderly care, but it also means the citizen only needs to keep eye contact with one person when being moved.

User-friendly technology helps the elderly

A large number of Danish companies develop products and solutions for the elderly and the disabled. As a result new technological solutions are continuously being tested and implemented in the Danish care sector which can help the elderly cope on their own, while at the same time save time and resources. Generally the elderly and disabled in Denmark are very willing to adopt new technology, as long as it is easily to use and it gives them more opportunity to be independent.

The Danish rehab companies are good at including the users in the product development phase.

88%

of Danish rehab companies always or sometimes include users in the product development phase.

The National Board of Social Services database includes around

30,000

different rehab products that are accessible on the Danish market. You can find everything from advanced hoists and hearing aids to ergonomic knives.

Mr. Andersen's case



The reversible bedsheet puts focus on health and safety

Occupational health and safety for health professionals is an important issue when designing and developing new care technologies. One product with a special focus on care personnel is the electric reversible bedsheet. The system is used to deal with heavy and very infirm patients confined to bed. If, following a hip replacement, Mr. Andersen cannot turn in his bed, the nursing staff can just push a button to turn Mr. Andersen, pull him to the edge of the bed, or sit him up. This means that the nursing staff can avoid a lot of heavy lifting and that Mr. Andersen experiences being moved calmly and gently. It also means a quicker process.



Summing up

1 Developments in recent years in welfare and health technology provide the elderly and the disabled with completely new opportunities to live independently.

2 Investment in support schemes can yield significant financial and human benefits, if they make it possible for people to live in their own homes instead of having to live in a nursing home.

3 The elderly are generally happy to try new technology, as long as it is easily available and clearly improves their quality of life.

Rethinking the hospital

In the next 10 years, Denmark will invest more than EUR 5.6 billion in 16 new hospital projects. These include new greenfield projects as well as expansion of existing capacity. In total, the projects will modernise around one-third of the current Danish hospital capacity. The goal is to ensure national access to modern health services and to raise quality levels in the entire healthcare sector. Designing the new hospitals involves a broad collaboration with research institutions and private businesses in the health area.

The process of modernising Denmark's future hospital capacity has a focus on continued specialisation and flexibility. The goal is to ensure flexible functions and capacity which can be changed, expanded, or reduced depending on future demand for treatment and care. Therefore, 20% of the costs have been earmarked for procurement and development, and realisation of new equipment and new technologies for ongoing implementation.

Building tomorrow's hospitals

The new hospitals are built to provide better and more cohesive patient flow, improved patient safety, efficiency, and quality. To achieve this, the number of beds at the new hospitals will be reduced by 20% compared with present levels, and outpatient treatment will be expanded by 50% from 2007 to 2020. This requires new technologies and more intelligent solutions to ensure cost-effective health solutions and even shorter average admission times. At the same time, the hospital layout will enhance communication between patients and their families, and the ICT infrastructure will play an important part in developing communication.

Releasing resources for treatment and care

Modernising Denmark's hospital capacity enables dissemination of the newest knowledge, technology, and best practices throughout the country.

Increasing digitalisation ensures efficient operation of core services in hospitals, with new work methodologies, technologies, and organisation. This releases resources for treatment and care, while also providing better health and safety conditions for personnel. For example, the new hospitals will have storage facilities for linen, utensils, medicines which are monitored electronically, enabling a real-time overview of what the hospital has in stock and where relevant devices are located. Inventory control systems will be integrated with procurement systems, which means utensils are ordered and received in due time. Moreover, there will be a coupling to the electronic patient records, ensuring medication is always included in the patient record. Even laundries will have production data to monitor the amount of linen at both decentralised and central storage facilities.





Cases

Patient involvement in hospital construction

Denmark has a tradition for a high degree of user involvement in the development of new products and solutions. This also applies in the health sector. Patients, families, managers, and employees were all involved in the planning process in the construction of a new psychiatric department at Vejle Hospital. It can be difficult to involve psychiatric patients in this type of process. Therefore, the Region of Southern Denmark has specialised in not only involving but also co-creating with even very ill patients. Using anthropological studies from existing hospitals, challenges and improvement potentials were identified. For example, the study showed that the admittance process itself is very important for patients and that patients appreciate being able to move around freely. The process has resulted in clear visions and guidelines for the construction of the new psychiatric hospital.

Intelligent patient bracelets

In order to provide high-quality healthcare, it is important that each patient is at the right place at the right time. The increasing number of patients in the future will generate greater demands on logistics. Today, a lot of time is spent localising inpatients. Very often, this causes considerable waiting time for laboratory staff, physiotherapists and physicians. It can also lead to the deterioration of a patient's condition or, in worst instances, patient death. A future goal is to develop an electronic bracelet for patients with traceability and identification data. The bracelet will also feature staff-to-patient communication through short messages, as well as an option to integrate readings of vital signs. Traceability of patients, goods, and devices entails opportunities to improve patient safety, release personnel resources, and achieve more efficient operation of hospitals.



Healthcare
DENMARK

Healthcare DENMARK

Forskerparken 10 H
DK-5230 Odense M

healthcaredenmark.dk

Partners

Ministry of Business and Growth
Ministry of Health
Ministry of Foreign Affairs
Confederation of Danish Industry
Danish Regions
Region of Southern Denmark
KMD
Falck
Systematic
COWI



Fælles principper om: Systematik i speciallægers kompetenceudvikling

Et sundhedsvæsen, som sikrer kvalitet i patientbehandlingen, forudsætter løbende kompetenceudvikling, herunder ikke mindst af speciallægerne.

Systematisk kompetenceudvikling af speciallægerne skal derfor bidrage til, at sundhedsvæsenet til enhver tid baserer sig på høj kvalitet i patientbehandlingen. Det er et fælles ansvar for speciallæger og ledelsessystemet at sikre høj faglighed gennem kompetenceudvikling hos alle lægespecialer. Systematisk kompetenceudvikling skal sikre, at sundhedsvæsenet får adgang til de speciallægeprofiler, der skal til for at understøtte sammenhængende patientforløb af høj kvalitet, og samtidig bidrage til den faglige udvikling.

Den løbende kompetenceudvikling skal sikres i overensstemmelse med sundhedsvæsenets dynamiske behov og normerne for evidensbaseret korrekt behandling. Det kommer bl.a. til udtryk i Nationale Kliniske Retningslinjer, som er evidensbaserede standarder for klinisk praksis.

På baggrund af ovenstående og som afsæt for et videre samarbejde har Danske Regioner og Lægeforeningen formuleret fire fælles principper for en systematik i speciallægers kompetenceudvikling. Alle læger har behov for kompetenceudvikling. Principperne vil realiseres forskelligt afhængigt af, om speciallægen er ansat på et sygehus eller er selvstændig i almen praksis eller speciallægepraksis.

1. princip: Høj faglighed med afsæt i både sundhedsvæsenets og lægens behov

Den løbende kompetenceudvikling skal tage afsæt i den nyeste faglige viden samt matche behovet for patientbehandlingen og udviklingen i sundhedsvæsenet. Den skal leve op til de forventninger, der er til speciallægers kompetencer fra patienter, de faglige miljøer og regionerne. Kompetenceudviklingen skal derfor både have fokus på den enkelte speciallæge og teamets nuværende og kommende arbejdsopgaver.

2. princip: Kompetenceudvikling målrettet efter analyse og feedback på klinisk praksis

Feedback på speciallægens og teamets kliniske praksis bør ske i dialog mellem ledelsen og speciallægen. Har lægen egen praksis, så bør dialogen ske med en relevant ressourceperson, som f.eks. en kollega. Denne dialog bør bl.a. tage afsæt i analyse af tilgængelige data om klinisk praksis. Dialogen skal målrette og motivere speciallægens og teamets videreudvikling af kompetencer inden for alle 7 lægeroller. Det bør være analyse af og feedback på lægens aktuelle kliniske praksis, der udgør baggrunden for, hvilke kompetencer lægen skal udvikle for at kunne leve op til evidensbaseret korrekt behandling og til de organisatoriske behov.

3. princip: Udviklingsplan skal sikre prioriteret kompetenceudvikling

På baggrund af analyse og dialog laves en enkel og operationel udviklingsplan for den enkelte speciallæge. Udviklingsplanen kan rumme kompetenceudvikling på både individuelt niveau og for hele teamet. Udviklingsplanen skal bidrage til, at speciallægen vil kunne dokumentere, hvordan vedkommende løbende arbejder med at udvikle sine kompetencer.

4. princip: Forskelligartede læringsaktiviteter skal sikre reel kompetenceudvikling

Der er mange veje til kompetenceudvikling, og valget af den rette aktivitet bør bl.a. afhænge af, hvad der skal læres. Der skal derfor også være fokus på, at de nye kompetencer skal kunne omsættes til et løft i patientbehandlingen, der hvor speciallægen arbejder. Generelt bør regionerne og andre centrale aktører sikre adgang til en variation af efteruddannelsesaktiviteter der matcher den enkelte speciallæges behov for udvikling.