



DANSKE  
REGIONER



Til medlemmerne af  
Danske Regioners bestyrelse  
m.fl.

14-11-2019

MDR-2019-00229

Maren Munk-Madsen

Dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den  
21. november 2019 kl. 10.30

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

**Afbud:** Lone Langballe

**Mødested:** Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø



# Indholdsfortegnelse

1 (Fortrolig) .....	4
2 (Fortrolig) .....	4
3 (Fortrolig) .....	4
4 (Offentlig) <b>Status på implementeringen af Lægedækningsudvalgets anbefalinger</b> .....	5
5 (Fortrolig) .....	8
6 (Fortrolig) .....	8
7 (Fortrolig) .....	8
8 (Fortrolig) .....	8
9 (Offentlig) <b>SUNDHED FOR ALLE 2019 - evaluering</b> .....	9
10 (Offentlig) <b>Udviklingen i indikatorerne for de nationale mål mellem statusrapporterne for 2016 og 2019</b> .....	12
11 (Offentlig) <b>Tilfældighedsvurderinger i nøgletallene for de nationale mål</b> .....	14
12 (Offentlig) <b>2. behandling af Danske Regioners budget 2020</b> .....	18
13 (Offentlig) <b>Status for sygehusbyggeri</b> .....	27
14 (Fortrolig) .....	31
15 (Offentlig) <b>Juridiske rammer for anvendelse af sundhedsdata og status for indberetning af data fra almen praksis</b> .....	32
16 (Offentlig) <b>Formandens meddelelser</b> .....	37
17 (Offentlig) <b>Næste møde</b> .....	38
18 (Offentlig) <b>Eventuelt</b> .....	39

**1 (Fortrolig)**

**2 (Fortrolig)**

**3 (Fortrolig)**

## 4 (Offentlig) Status på implementeringen af Lægedækningsudvalgets anbefalinger

---

Anne-Dorthe Sørensen  
EMN-2017-00739

### Resumé

Sundheds- og Ældreministeriet vil ultimo 2019 gøre status på bl.a. regionernes og Danske Regioners implementering af Lægedækningsudvalgets anbefalinger til sikring af bedre lægedækning i hele landet, der blev offentliggjort i januar 2017. Danske Regioner har indhentet input fra regionernes og videreuddannelsesregionerne med henblik på, at Danske Regioner udarbejder et fælles statusbidrag til Sundheds- og Ældreministeriet. Sagsfremstillingen tegner et overordnet billede af status på implementeringen i regionerne og videreuddannelsesregionerne.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at bestyrelsen drøfter, om status giver anledning til yderligere initiativer på lægedækningsområdet.

---

### Sagsfremstilling

Lægedækningsudvalgets anbefalinger blev offentliggjort i januar 2017 og indeholdt i alt 18 forslag til initiativer til sikring af en bedre lægedækning i hele Danmark. Udvalgets anbefalinger rettede sig mod tre områder: a) den generelle geografiske fordeling af læger, b) lægedækning for så vidt angår almen praksis, og c) lægedækning i forhold til sygehus og speciallæger.

Udvalgets afrapportering kan læses i sin helhed på følgende link:

[Lægedækningsudvalgets anbefalinger.](#)

I forlængelse af offentliggørelsen indgik den daværende regering og Folketingets partier en politisk aftale om bedre lægedækning, der dels indeholdt en aftale om implementeringen af udvalgets anbefalinger, dels indeholdt yderligere ønsker fra aftalekredsen om fokus på følgende temaer:

- Erfaringer med at drive udbuds- og regionsklinikker
- Bedre virtuel eller digital kommunikation
- Sproglige kvalifikationer for udenlandske læge

### *Status for implementeringen 2018*

Flere af anbefalingerne krævede regionalt initiativ. Det gjaldt blandt andet anbefalingerne om fællesregional koordinering og samarbejde om brug af de lægefaglige ressourcer, rekrutteringsinitiativer målrettet lægedækningsudfordrede geografier eller specialer, den geografiske placering

af de lægelige videreuddannelsesforløb og en attraktiv arbejdstilrettelæggelse heraf.

Andre anbefalinger krævede lovændringer, og endelig skulle en række af udvalgets anbefalinger løses i overenskomsten med PLO.

Den første status på implementeringen af anbefalingerne blev gennemført i november 2017 og offentliggjort i februar 2018. Statusopgørelsen viste dengang, at de relevante parter – herunder regionerne – aktivt havde arbejdet med implementeringen af Lægedækningsudvalgets anbefalinger og aftalepartiernes supplerende fokusområder.

En række af initiativerne var allerede fuldt implementeret, herunder:

- Øget optag af medicinstuderende på Aalborg Universitet
- Vedtagelse af lovforslag, der giver regionerne mulighed for at drive regionsklinikker i 6 år i stedet for 4 år
- Overenskomstaftale mellem RLTN og PLO, hvor hovedparten af udvalgets anbefalinger vedrørende almen praksis er implementeret

Derudover var stort set alle øvrige anbefalinger påbegyndt eller delvist implementeret ved udgangen af 2017, herunder de anbefalinger, der krævede regionalt initiativ.

#### *Statusopgørelse for implementeringen 2019*

Det indgik i statusopgørelsen fra februar 2018, at Sundheds- og Ældreministeriet ultimo 2019 igen ville gøre status på implementeringen af Lægedækningsudvalgets anbefalinger. Ministeriet har derfor bedt Danske Regioner om en fornyet status på de anbefalinger, der ved seneste opgørelse endnu ikke var implementeret, samt eventuelt nye initiativer. Danske Regioner laver en fælles statusopgørelse til Sundheds- og Ældreministeriet og har derfor indhentet input fra regionerne og videreuddannelsesregionerne.

På baggrund af regionernes og videreuddannelsesregionernes tilbagemeldinger tegner der sig følgende overordnede billede:

#### *a) Generel geografisk fordeling af læger*

I alle dele af landet arbejdes der fortsat med at sikre en bredere geografisk fordeling af både de medicinstuderendes klinikophold og sammensætningen af uddannelsestiden i den lægelige videreuddannelse, så medicinstuderende og uddannelseslæger også får ophold på decentrale hospitaletenheder.

Alle regioner og videreuddannelsesregioner har gjort brug af muligheden for at etablere sammenhængende uddannelsesforløb, hvor uddannelseslægen ansættes i et samlet KBU-, introduktions- og hoveduddannelsesforløb.

*b) Initiativer vedr. lægedækning i almen praksis*

Alle regioner har eller er tæt på at have implementeret målsætningen om, at 90 pct. af KBU-lægerne skal arbejde et halvt år i almen praksis. Der peges i den forbindelse på, at det øgede antal KBU-læger i almen praksis kalder på en øget opmærksomhed på uddannelseskapaleteten i almen praksis, bl.a. fordi at uddannelseskapaleteten også skal rumme flere introduktions- og hoveduddannelseslæger som følge af de senere års udvidelser af specialet almen medicin som følge af den tidligere regerings "En læge tæt på dig" og senest ØA20.

Der er oprettet kvalitetsklynger landet over, og det er kun ganske få klinikker, der fortsat står udenfor klyngeamarbejdet. Flere regioner nævner, at de understøtter klyngerne i at få taget hul på kvalitetsarbejdet i klyngerne.

Alle regioner arbejder med en bred vifte af aktiviteter, der skal sikre lægedækningen i almen praksis i geografisk eller socialt udfordrede områder. Aktiviteterne omfatter blandt andet synliggørelse af almen praksis for medicinstuderende og uddannelseslæger, tilskud til etablering af uddannelsesstillinger eller udstyr i sårbare områder, rådgivning til speciallæger der ønsker at opstarte eller ophøre en praksis. Mange af aktiviteterne sker i et samarbejde med kommunerne og de lægefaglige organisationer. På nationalt niveau har Danske Regioner sammen med PLO igangsat en rekrutteringskampagne, der skal få flere medicinstuderende og nyuddannede læger til at se mulighederne i en fremtid i almen praksis.

*c) Initiativer vedr. lægedækning i forhold til sygehuse og speciallæger*

Videreuddannelsesregionerne gør brug af speciallægepraksis til uddannelse af speciallæger i det omfang, det giver fagligt mening. I enkelte videreuddannelsesregioner og specialer er omfanget øget, mens det andre steder holder sig på niveauet fra statusopgørelsen i 2018.

Loftet over antallet af speciallæger på universitetshospitalerne og kravet om fem års ansættelse som speciallæge inden overlægestilling, som er besluttet af Danske Regioners bestyrelse, gælder og efterleves fortsat. Effekten af fem-årsreglen kan ses i ændringen i fordelingen mellem overlæger og afdelingslæger, så andelen af afdelingslæger i forhold til overlæger er forøget.

Alle regioner arbejder på forskellig vis med fleksible og attraktive ansættelsesformer for at rekruttere og fastholde generelt og målrettet almen praksis. Eksempler herpå er mulighed for videokonsultationer decentralt så lægen ikke skal være i fremmøde i klinikken hver dag, ansættelse i regionsklinik af praktiserende læger der er ophørt med at drive egen praksis, etablering af universitetsklinikker på regionshospitalerne, sikring af gode forskningsmuligheder etc.

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

**5 (Fortrolig)**

**6 (Fortrolig)**

**7 (Fortrolig)**

**8 (Fortrolig)**



## 9 (Offentlig) SUNDHED FOR ALLE 2019 - evaluering

---

Eva M. Weinreich-Jensen  
EMN-2018-01700

### Resumé

Konferencen SUNDHED FOR ALLE 2019 - fandt sted torsdag den 7. november 2019 i Øksnehallen. Ca. 400 deltagere fra en bred vifte af centrale aktører, deltog i konferencen, der bød på en række inspirerende oplæg, bud på løsninger og debat om det strategisk vigtige tema, lighed i sundhed. Både sundheds- og ældreminister Magnus Heunicke og social- og indenrigsminister Astrid Krag holdt oplæg.

Samtidig blev alliancen mod ulighed i sundhed lanceret med opfordring til at flere deltager heri.

Ulighed i sundhed vil fremadrettet være et gennemgående tema i Danske Regioners arbejde, herunder vil der blive arbejdet videre med at konkretisere og udfolde forslagene om en folkesundhedslov og sundhedstjek til borgere på botilbud.

---

### Indstilling

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

---

### Sagsfremstilling

Den første sundhedspolitiske konference fandt sted den 7. november 2019 i Øksnehallen med temaet: Lighed i sundhed.

Det var ambitionen at samle en bred vifte af aktører til en politisk debat om det strategisk vigtige emne med henblik på at udvikle samarbejdet på området. Med ca. 400 deltagere, som omfattede folkevalgte beslutningstagere på tre niveauer, almen praksis, patientorganisationer, faglige organisationer, øvrige relevante organisationer inden for det sundhedspolitiske område samt relevante aktører udenfor sundhedsvæsenet, blev denne ambition opfyldt.

Konferencen var med til at sætte fokus på, at social ulighed i sundhed er en kompleks udfordring, der kræver forskellige løsninger. F.eks. skal der sættes ind med indsatser målrettet socialt udsatte samt indsatser til unge, der mistrives, og som er i fare for at falde ud af uddannelsessystemet. Sundhedsvæsenet har en rolle i ikke at forstærke ulighed, men bidrage til at mindske ulighed i mødet med borgeren. Strukturel forebyggelse på samfundsniveau er et vigtigt led i at skabe lighed i sundhed. Ved at inddrage

civilsamfundsorganisationer i løsningerne, kan man nå borgerne med en anden tilgang.

Der var stor opbakning til at gå sammen på tværs af myndigheder og organisationer for at skabe mere lighed i sundhed og til at tilslutte sig alliancen mod ulighed i sundhed. Endelig var der bred opbakning til Danske Regioners forslag om en folkesundhedslov og tilbud om sundhedstjek til borgere på botilbud.

Ulighed i sundhed vil fremadrettet være et gennemgående tema i Danske Regioners arbejde, herunder vil der blive arbejdet videre med at konkretisere og udfolde forslagene om en folkesundhedslov og sundhedstjek til borgere på botilbud.

#### *Tid og sted*

Det har fra starten været intentionen, at stedet skal være det samme hvert år. Det var oplevelsen, at rammerne i Øksnehallen generelt var meget velfungerende, og at konferencen derfor fortsat kan finde sted der. Enkelte punkter fra deltagernes evaluering vil dog indgå i dialogen med stedet fremadrettet.

#### *Deltagerevaluering*

Danske Regioner har oplevet mange positive tilbagemeldinger om konferencen, herunder ros for at sætte et så strategisk vigtigt emne til debat og til de mange interessante oplæg på dagen.

I forhold til den formelle evaluering af konferencen har ca. 30 % (122) valgt at evaluere deres deltagelse, og af dem har 119 svaret, at de gerne ville deltage i en tilsvarende konference en anden gang. De har generelt fået meget ud af de faglige oplæg og mindre af dilemmadialogen, og mange ville gerne have haft mulighed for at deltage mere aktivt selv undervejs, fx i bordrunder.

#### *Kommunikation*

Facebook, LinkedIn og især Twitter blev brugt til at skabe opmærksomhed om konferencen. Der blev skrevet om egne budskaber, delt debatindlæg samt tagget interessante deltagere, som skulle tale på konferencen.

Samtidig var der på baggrund af afrapportering om multisygdom samt positionspapiret om ulighed udpeget forskellige vinkler, der blev afsat i medierne op til konferencen. Jyllands-Posten og Politiken bragte nyheder om henholdsvis multisygdom og fedme, hvor der var citater fra formandskabet.

Derudover fik vi bragt to kronikker (JP+Avisen Danmark), samt et fælles debatindlæg om Alliancen mod ulighed i sundhed.

På dagen for konferencen bragte DR også historier om ulighed. Her handlede det dog om forskelle i kræftbehandlingen to regioner imellem. Sundheds- og ældreminister Magnus Heunicke blev i den forbindelse interviewet af DR. På dagen for konferencen var vi især aktive på Twitter, men også på Facebook, med budskaber, billeder og video fra konferencen. På Twitter lå hashtagget #sundhedforalle19 øverst på listen over trendende hashtags.

Det er ambitionen fremover at holde fast i dagsordenen om ulighed på de sociale medier.

---

## Økonomi

Konferencen er baseret på deltagerbetaling og en fast årlig bevilling fra bestyrelsen pulje på 500 000 kr. med henblik på at holde deltagergebyret nede på 1.100-1.300 kr. samt få mulighed for fripladser til særlige, mindre organisationer indenfor fx socialområdet. I år blev deltagergebyret fastlagt til 1.295 kr., og der blev bl.a. givet fripladser til Gadejuristen, SAND (De hjemløses landsorganisation), Brugernes Akademi (Frivillig forening af og for stofbrugere), Ungdommens Røde Kors, Socialsundhed.dk, DUF (Dansk Ungdoms Fællesråd), Erhvervsskolernes Elevorganisation, Hjerneskadeforeningen, Scleroseforeningen og Psoriasisforeningen.

---

## Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

## 10 (Offentlig) Udviklingen i indikatorerne for de nationale mål mellem statusrapporterne for 2016 og 2019

---

Frederik Wøhlk  
EMN-2019-00283

### Resumé

Danske Regioners bestyrelse har ved sit møde den 26. september efterspurgt en oversigt over, hvordan udviklingen i indikatorerne for de nationale mål har været siden den første statusrapport i 2016. Denne oversigt præsenteres her.

Det er kun muligt at følge udviklingen for 17 indikatorer direkte mellem de to statusrapporter, fordi de øvrige indikatorer enten først er blevet indført efter 2016, fordi hidtidige indikatorer er udgået, eller fordi definitionerne af indikatorerne er blevet ændret. Af disse 17 indikatorer er udviklingen på landsplan gået i den rigtige retning for de 14.

Blandt de indikatorer, der ikke kan følges direkte mellem de to statusrapporter, men hvor der alligevel findes en tidsserie af data, er ni gået i den rigtige retning, mens tre er på uændret niveau, og seks er gået tilbage.

---

### Indstilling

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

---

### Sagsfremstilling

Ved sit møde den 26. september 2019 efterspurgte bestyrelsen en oversigt over, hvordan indikatorerne for de nationale mål har udviklet sig mellem den første statusrapport, som udkom i 2016, og den nyeste, som bestyrelsen behandlede den 26. september 2019, og som blev offentliggjort den 23. oktober 2019.

På grund af indikatorudskiftninger og definitionsændringer er det kun muligt at følge udviklingen fra den første til den seneste statusrapport direkte for 17 indikatorer.

I tabel 1 i bilaget fremgår det med en pil for hver region, om værdien af disse 17 indikatorer er gået op eller ned. Hvis pilen er grøn, indikerer det, at udviklingen er gået i den rigtige retning. Pilene er alene sat ud fra, om der er en forskel mellem de to år, hvilket betyder, at en pil kan gå op eller ned, selvom udviklingen mellem de to år er lille.

Ses der eksempelvis på ajourførte medicinoplysninger i det fælles medicinkort, peger pilen opad for alle regioner. Det vil sige, at

medicinoplysningerne ajourføres oftere i alle regioner. Pilene er derfor grønne, fordi det er ønskeligt med en højere ajourføringsgrad. Ses der omvendt på ventetid til genoptræning, peger pilen nedad for alle regioner. Det vil sige, at ventetiden er faldet i alle regioner, og disse pile er derfor grønne, fordi det er ønskeligt, at ventetiden falder.

Det ses, at udviklingen er gået i den rigtige retning for 14 ud af 17 indikatorer på landsplan.

I tabel 2 i bilaget sammenlignes udviklingen i de indikatorer, som ikke indgår i tabel 1, fordi de er nye eller ændrede fx for at tilpasse dem til tredje version af Landspatientregistret (LPR3). For disse indikatorer passer tallene derfor ikke nødvendigvis med, hvad der stod i tidligere statusrapporter. I tabel 2 sammenlignes der så vidt muligt hen over den samme periode som i tabel 1, dvs. årene 2015-18. Dette er af forskellige årsager ikke muligt for alle indikatorerne, fx fordi der kun er data fra 2016 og frem. For disse sammenlignes der hen over en periode, som ligger så tæt som muligt på 2015-18.

Der fremgår 18 indikatorer af tabel 2, hvoraf der er fremskridt på de ni i perioden på landsplan, mens tre er uændrede.

---

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

1. Bilag - tabel 1 og 2 (1316696 - EMN-2019-00283)
2. Bilag - Indikatorværdier (1316701 - EMN-2019-00283)

## 11 (Offentlig) Tilfældighedsvurderinger i nøgletallene for de nationale mål

---

Frederik Wøhlk  
EMN-2017-00146

### Resumé

Bestyrelsen bad på møde den 4. oktober 2018 Danske Regioner om at undersøge forskellige muligheder for at udvide den kvartalsvise visning af nøgletal for de nationale mål med vurderinger af, hvorvidt udviklingen er tilfældig eller ej. Baggrunden er, at udviklingen i nøgletallene mellem årene kan være udtryk for tilfældige variationer mellem kvartaler eller år, men bliver fortolket som reelle udviklinger. Udviklingen i nøgletallene vises i dag bl.a. med pile, der viser ændringen i forhold til samme tidspunkt året før.

Sagen beskriver metoder til at arbejde med tilfældighedsvurdering og et forslag til, hvordan præsentationen af nøgletal fremover kan tilpasses.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at bestyrelsen beslutter, at pilene og cirklen i Danske Regioners visning af nøgletallene udgår, idet de er udtryk for bevægelser, der kan fejlfortolkes, og at bestyrelsen godkender, at bestyrelsen præsenteres for en årlig analyse af, om der er tale om tilfældig udvikling eller tendens i de vigtigste nøgletal.

---

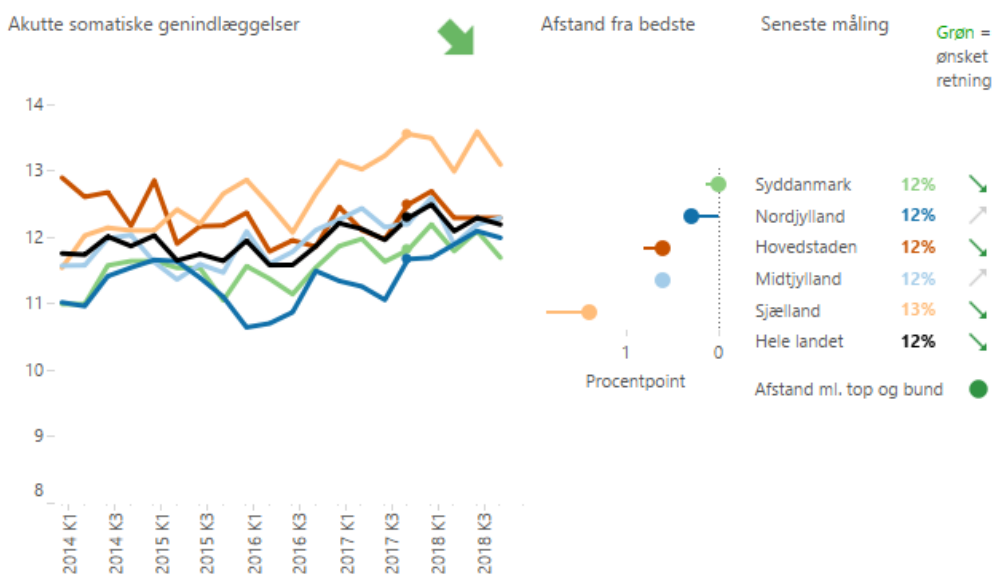
### Sagsfremstilling

*Vurdering af udvikling i den nuværende visning*

Udviklingen i nøgletallene mellem årene er nogle gange udtryk for tilfældige variationer mellem kvartaler eller år, men bliver fortolket som reelle udviklinger. Udviklingen i nøgletallene vises i dag bl.a. med pile, der viser ændringen i forhold til samme tidspunkt året før, mens en cirkel under pilene viser, om afstanden mellem top og bund er større eller mindre, end den var for et år siden.

Dette betyder, at pilene fx. kan blive grønne, hvis indikatoren ligger marginalt bedre i 4. kvartal 2018, end den gjorde i 4. kvartal 2017, mens der ses bort fra indikatorværdierne i alle andre kvartaler.

Figur 1. Visning af "akutte somatiske genindlæggelser" fra de nuværende nøgletal.



### Muligheden for tilfældighedsvurderinger i nøgletallene

Når man søger efter at vurdere, om en udvikling er tilfældig, søger man efter, om ændringerne i nøgletalsværdierne viser en tendens.

Det er vanskeligt at fastlægge en relevant opfølgingsperiode på tværs af nøgletallene, da denne vil variere fra indikator til indikator og fra opfølgning til opfølgning.

Det vil ofte være nødvendigt med en konkret vurdering af de enkelte udviklingslinjer for hver enkelt region. Det skyldes, at det er kompliceret at vurdere mekanisk, i hvilken retning en eventuel tendens går. Det kræver ofte en større analyse og muligheden for at gå ned i de enkelte nøgletal og udviklingen i de enkelte regioner.

På denne baggrund har sekretariatet vurderet, at det vil blive vanskeligt og uigennemskueligt, hvis man vil indføre en metode, der systematisk vurderer nøgletallene, når der foretages kvartalsvise opgørelser.

### Forslag om årlig analyse

Det foreslås i stedet, at bestyrelsen årligt præsenteres for en analyse af, hvilke af de vigtigste udviklinger, der ser ud til at være systematiske, og hvilke der ser ud til at være tilfældige, alt efter hvilket tidsperspektiv man kigger på.

Analysen vil blive udarbejdet hvert år i forbindelse med bestyrelsens behandling af den nationale statusrapport.

Der er vedlagt et eksempel på, hvordan en sådan analyse kan se ud for indikatoren om ventetid til operation. Analysen illustrerer, hvorfor det er vanskeligt at sige noget om, i hvilken retning en tendens går, og hvorfor der er

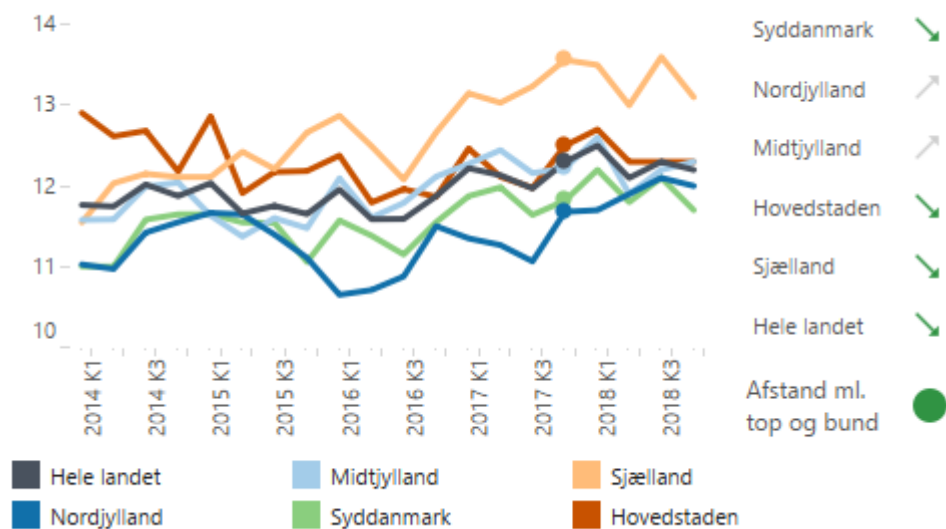
grund til også at holde øje med de indikatorer, som ikke umiddelbart viser nogen tendens.

#### *Forslag om at pilene og cirklen udgår i visningen*

Herudover foreslås det, at den nuværende illustration tilpasses. I den nuværende visning er det særligt pilene, som viser udviklingen i forhold til det seneste år. Pilene viser udviklingen uanset, om der er tale om tilfældige udsving. Dette skyldes, at pilene f.eks. peger opad, hvis bare den nuværende måling er højere end målingen for et år siden.

Problematikken illustreres i figur 2 nedenfor, der viser data for akutte genindlæggelser i somatikken. Heraf fremgår det, at Region Sjælland eksempelvis får en grøn pil, der peger nedad, fordi den nyeste måling for 4. kvartal 2018 er på 13,1 procent mod 13,6 procent i 4. kvartal 2017. Ses der hen over perioden fra 1. kvartal 2014 til 4. kvartal 2017, synes antallet af genindlæggelser rent visuelt imidlertid at være stigende. Cirklen rummer samme problematik, da farvelægningen af den også alene baserer sig på en sammenligning med tallene, som de så ud for et år siden.

Figur 2. Illustration af akutte somatiske genindlæggelser med tilhørende pile.



Der lægges derfor op til, at pilene og cirklen skal udgå fra den eksisterende visning.

---

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger



Ingen bemærkninger

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

1. Analyse af hvorvidt udviklingen i ventetid til operation er tilfældig (1315473 - EMN-2017-00146)

## 12 (Offentlig) 2. behandling af Danske Regioners budget 2020

---

Kristian Terp  
EMN-2019-01175

### Resumé

Budgetforslag 2020 er udarbejdet i 2020 pris- og lønniveau.

I budgetforslaget er der lagt op til, at kontingentet pris- og lønreguleres med 2,3 procent svarende til 0,5 kr. pr. indbygger, og fastsættes til 24,40 kr. pr. indbygger for 2020.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

*at* budgettet for 2020 fastsættes med et driftsunderskud på 33,4 mio. kr., og *at* kontingentet pris- og lønreguleres med 2,3 procent og indstilles til godkendelse på generalforsamlingen til 24,40 kr. pr. indbygger for 2020.

---

### Sagsfremstilling

Materialet til anden behandling af forslaget til budget for 2020 for Danske Regioner er opdelt i følgende punkter:

1. Finansiering af Danske Regioners aktiviteter
2. Budgetforslag 2020, herunder
  - Forventet regnskab 2019
  - Budgetforudsætninger
  - Budget 2020
  - Kontingent 2020

#### 1. Finansiering af Danske Regioners aktiviteter

En fortsættelse af den nuværende finansieringsstruktur, med en delvis finansiering via træk på formuen, kan fortsættes frem til og med 2030. Udgangspunktet for dette er, det forventede regnskab for 2019, forslaget til budget for 2020, samt en mekanisk fremskrivning af disse forudsætninger.

Der er i bilaget om finansiering redegjort for de enkelte finansieringskilder. Det forhold, at kun den kontingentfinansierede del af driftsbudgettet pris- og lønreguleres medfører et automatisk produktivitetskrav svarende til 0,8 mio. kr. i 2020.

## **2. Budgetforslag 2020**

### *Forventet regnskab 2019*

Det forventede regnskab for 2019 (ekskl. Medicinrådet) viser en resultatforbedring på godt 10 mio. kr. (tabel 1). Kapitalindtægterne forventes på baggrund af de første 8 måneder af året at blive væsentligt højere end budgetteret (med forbehold for udsving i den sidste tredjedel af året).

Årets resultat forventes dermed at ende med et underskud på godt 10 mio. kr. svarende til en resultatforbedring på godt 17 mio. kr. i forhold til budgettet. Forbedringen af årets resultat skyldes udover højere kapitalindtægter dels lavere personaleomkostninger bl.a. som følge af større refusioner fra barselsordninger mv., dels lavere udgifter til fremmede tjenesteydelser, mødeaktiviteter og øvrig drift.

De lavere udgifter til fremmede tjenesteydelser skyldes primært uforbrugte midler på de afsatte puljer.

Tabel 1: Forventet regnskab 2019 (ekskl. Medicinrådet).

Forventet regnskab 2019	Budget 2019	Forventet regnskab	Forskel B-FvR
Kontingent	-133.700.000	-137.800.000	4.100.000
Øvrige kontingenter	-18.400.000	-18.400.000	0
Øvrige indtægter	-17.400.000	-16.400.000	-1.000.000
<b>Indtægter i alt:</b>	<b>-169.500.000</b>	<b>-172.600.000</b>	<b>3.100.000</b>
Løn	113.700.000	113.200.000	500.000
Øvrige personaleudgifter	21.000.000	19.900.000	1.100.000
<b>Personaleudgifter i alt:</b>	<b>134.700.000</b>	<b>133.100.000</b>	<b>1.600.000</b>
Drift af huse	7.200.000	6.600.000	600.000
Fremmede tjenesteydelser	22.000.000	19.000.000	3.000.000
Mødeaktiviteter	9.400.000	8.600.000	800.000
Øvrig drift	26.500.000	25.500.000	1.000.000
Tilskud	3.100.000	3.100.000	0
<b>Driftsudgifter i alt:</b>	<b>68.200.000</b>	<b>62.800.000</b>	<b>5.400.000</b>
<b>Driftsresultat:</b>	<b>33.400.000</b>	<b>23.300.000</b>	<b>10.100.000</b>
Kapitalindtægter	-7.800.000	-15.000.000	7.200.000
Kapitaludgifter	600.000	800.000	-200.000
<b>Kapitalposter i alt:</b>	<b>-7.200.000</b>	<b>-14.200.000</b>	<b>7.000.000</b>
<b>Resultat:</b>	<b>26.200.000</b>	<b>9.100.000</b>	<b>17.100.000</b>
Projektbevillinger	1.000.000	1.000.000	0
<b>Resultat inkl. ekstraordinære poster:</b>	<b>27.200.000</b>	<b>10.100.000</b>	<b>17.100.000</b>

### Budgetforudsætninger

Budgetforslaget for 2020 er udarbejdet som et rammebudget i forventet 2020 pris- og lønniveau (budgettet er opregnet med en pris- og lønregulering på 2,3 procent).

Budgetforslaget indbefatter bidrag og udgifter til Medicinrådet, Regionernes Fælles Indkøb (RFI), Regionernes Sundhedsteknologi og Innovation (RSI), Videntcenter for Miljø og Ressourcer (VMR), samt Sekretariatet for Lærings- og Kvalitetsteams (Kvalitetsenheden).

Kvalitetsenheden er etableret i regi af Danske Regioner som et fællesregionalt sekretariat i forbindelse med opstart og idriftsættelse af det nationale kvalitetsprogram. Der er afsat 0,8 mio. kr. om året fra og med 2016 til at finansiere det fælles sekretariat.

### *Budget 2020*

Der er i løbet af de seneste år opstået en forskel mellem den fremskrevne budgetterede kontingentindtægt og den realiserede kontingentindtægt. Forskellen skyldes befolkningsudviklingen, hvor det stigende folketal i regionerne har øget kontingentindbetalingen i form af kontingentsatsen ganget med folketallet primo året. Samtidig er der en række initiativer, som bestyrelsen har igangsat under bestyrelsespuljen, som har antaget permanent karakter, f.eks. bidragene til "En af OS", "Healthcare Denmark" og "Folkemødet", samt "Innovationsboard".

Hertil kommer, at udgifterne til ejendomsskatten for Regionernes Hus i 2020 stiger med forventeligt 2 mio. kr. som følge af affredningen i 2015.

På ovenstående baggrund indgår der i budget 2020 en opdateret budgettering af kontingentindtægterne samtidig med, at udgifterne af driftskaraktter er flyttet fra bestyrelsespuljen til almindelig drift sammen med merudgiften til ejendomsskatteforhøjelsen.

Budgetforslag 2020 fastholder underskuddet på det nominelle driftsresultat til 33,4 mio. kr.

Tabel 2 nedenfor viser det samlede budget for Danske Regioner (inkl. Medicinrådet og øvrige tilknyttede enheder) for 2019 og forslag til Budget 2020 (alt i 2020 P/L).

Tabel 2: Budget 2019 og Budgetforslag 2020 i 2020 P/L inkl. Medicinrådet.

Budgettal i 2020 P/L:	Budget 2019	Budget 2020
Kontingent	-136.800.000	-142.100.000
Øvrige kontingenter *	-64.700.000	-64.700.000
Øvrige indtægter	-18.000.000	-18.100.000
<b>Indtægter i alt:</b>	<b>-219.500.000</b>	<b>-224.900.000</b>
Løn	147.100.000	150.500.000
Øvrige personaleudgifter	25.900.000	26.600.000
<b>Personaleudgifter i alt:</b>	<b>173.000.000</b>	<b>177.100.000</b>
Drift af Regionernes Hus m.m.	8.400.000	11.600.000
Fremmede tjenesteydelser	25.700.000	26.400.000
Mødeaktiviteter	12.400.000	12.100.000
Øvrig drift	32.900.000	32.600.000
Tilskud	3.300.000	3.300.000
Rammereduktion	-1.300.000	-
<b>Driftsudgifter i alt:</b>	<b>81.400.000</b>	<b>86.000.000</b>
<b>Driftsresultat:</b>	<b>34.900.000</b>	<b>38.200.000</b>
Kapitalindtægter	-7.700.000	-7.500.000
Kapitaludgifter	300.000	300.000
<b>Kapitalposter i alt:</b>	<b>-7.400.000</b>	<b>-7.200.000</b>
<b>Resultat:</b>	<b>27.500.000</b>	<b>31.000.000</b>
Projektbevillinger	1.000.000	1.000.000
<b>Resultat inkl. ekstraordinære poster:</b>	<b>28.500.000</b>	<b>32.000.000</b>

\*) Øvrige kontingenter udgøres af 45,4 mio. kr. til Medicinrådet (jf. tabel 4 nedenfor) og 19,3 mio. kr. til de øvrige selvstændigt finansierede områder (jf. tabel 5 nedenfor).

Tabel 3 viser budgetforslaget for Danske Regioners sekretariat.

Tabel 3: Danske Regioners basisbudget 2020

Budgettal i 2020 P/L:	Budget 2019	Budget 2020
Kontingent	-136.800.000	-142.100.000
Øvrige indtægter *	-20.700.000	-20.700.000
<b>Indtægter i alt:</b>	<b>-157.500.000</b>	<b>-162.800.000</b>
Løn	106.900.000	105.700.000
Øvrige personaleudgifter	20.400.000	20.500.000
<b>Personaleudgifter i alt:</b>	<b>127.300.000</b>	<b>126.200.000</b>
Drift af Regionernes Hus**	6.100.000	9.300.000

Fremmede tjenesteydelser ***	17.500.000	19.100.000
Mødeaktiviteter	9.200.000	9.000.000
Øvrig drift	29.600.000	29.300.000
Tilskud	3.300.000	3.300.000
Rammereduktion	-1.300.000	-
<b>Driftsudgifter i alt:</b>	<b>64.400.000</b>	<b>70.000.000</b>
<b>Driftsresultat:</b>	<b>34.200.000</b>	<b>33.400.000</b>
Kapitalindtægter	-7.500.000	-7.500.000
Kapitaludgifter	300.000	300.000
<b>Kapitalposter i alt:</b>	<b>-7.200.000</b>	<b>-7.200.000</b>
<b>Resultat:</b>	<b>27.000.000</b>	<b>26.200.000</b>
Projektbevillinger	1.000.000	1.000.000
<b>Resultat inkl. ekstraordinære poster:</b>	<b>28.000.000</b>	<b>27.200.000</b>

\*) Øvrige indtægter kommer fra samarbejdsaftaler, finanslovsbidrag til RLTNs drift, samt huslejeindtægter fra Sundhed.dk

\*\*) Stigningen i udgifterne til Drift af Regionernes Hus m.m. skyldes dels øget ejendomsskat med 2 mio. kr. og dels udgifter til udlicitering af rengøring på 1,2 mio. kr., der modsvares af lavere lønudgifter

\*\*\*) Under fremmede tjenesteydelser indgår puljerne, der disponeres i løbet af budgetåret. Stigningen skyldes flytningen af bevillinger fra bestyrelsepuljen til almindelig drift.

Projektbevillingen på 1 mio. kr. årligt til Godt sygehusbyggeri fortsætter i perioden 2019-20.

I tabel 4 nedenfor vises Medicinrådets budget for 2020. Og i tabel 5 vises de samlede budgetter for de øvrige enheder i Danske Regioner med særskilt kontingentfinansiering; RSI, RFI, VMR og Kvalitetsenheden.

Tabel 4: Medicinrådet budget for 2020

Budgettal i 2020 P/L:	Budget 2019	Budget 2020
Øvrige kontingenter	-45.400.000	-45.400.000
<b>Indtægter i alt:</b>	<b>-45.400.000</b>	<b>-45.400.000</b>
Løn	29.800.000	33.500.000
Øvrige personaleudgifter	4.400.000	4.900.000
<b>Personaleudgifter i alt:</b>	<b>34.200.000</b>	<b>38.400.000</b>
Husleje m.m.	2.300.000	2.200.000
Fremmede tjenesteydelser	3.900.000	3.900.000
Mødeaktiviteter	1.400.000	1.400.000
Øvrig drift	4.300.000	4.300.000
<b>Driftsudgifter i alt:</b>	<b>11.900.000</b>	<b>11.800.000</b>
<b>Driftsresultat:</b>	<b>700.000</b>	<b>4.800.000</b>

Medicinrådet budgetterer i 2020 med et merforbrug på 4,8 mio. kr., der finansieres af de hensatte uforbrugte midler fra tidligere år. Stigningen i lønudgifterne (og som konsekvens heraf i de øvrige personaleudgifter i form af lønsumsafgift m.m.) er en følge af udvidelsen i bemanningen jf. tabel 6.

Medicinrådet modtager i 2019-2022 årligt 2 mio. kr. over finansloven til en midlertidig styrkelse af arbejdet med udarbejdelse af behandlingsvejledninger. Det vurderes, at den langsigtede vedligeholdelse af vejledningerne vil være mindre ressourcekrævende, hvorfor den opskalerede bemanning vil kunne normaliseres over tid.

Bevillingen er ikke medtaget i budgettabellen ovenfor.

Tabel 5: RSI, RFI, VMR og kvalitetsenheden budget 2020

Budgettal i 2020 P/L:	Budget 2019	Budget 2020
Øvrige kontingenter	-19.300.000	-19.300.000
<b>Indtægter i alt:</b>	<b>-19.300.000</b>	<b>-19.300.000</b>
Løn	10.400.000	11.300.000
Øvrige personaleudgifter	1.100.000	1.200.000
<b>Personaleudgifter i alt:</b>	<b>11.500.000</b>	<b>12.500.000</b>
<b>Øvrige udgifter:</b>	<b>7.800.000</b>	<b>6.800.000</b>
<b>Driftsresultat:</b>	<b>0</b>	<b>0</b>



I Regionernes Sundhedsinnovation (RSI) er der sket en opprioritering i sekretariatets ressourceindsats jf. tabel 6 nedenfor. Som konsekvens heraf er budgettet til øvrig drift, herunder fremmede tjenesteydelser reduceret.

Som i de foregående år forelægges bestyrelsen som en del af budgetforslaget Danske Regioners normeringsoversigt. Den er nedenfor opdelt i henholdsvis Sekretariatet, Medicinrådet og de særskilt finansierede enheder (tabel 6).

*Tabel 6: Normeringsoversigt for hhv. Sekretariatet, Medicinrådet og de særskilt finansierede områder.*

	B16	B17	B18	B19	B20
Sekretariatet	150,2	150,7	150,7	147	147
Elever	4	5	4	4	5
Danske Regioners sekretariat i alt	154,2	155,7	154,7	151	152

	B16	B17	B18	B19	B20
Regionernes Sundhedsteknologi og Innovation (RSI)	4,3	4,3	4,3	5,0	7,0
Regionernes Videntcenter for Miljø og Ressourcer (VMR)	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
Regionernes Fællesindkøb (RFI)	0,0	4,0	4,0	4,0	4,0

	B16	B17	B18	B19	B20
Medicinrådet	0	30	35	39	48

#### *Kontingent 2020*

Kontingentet fastsættes på generalforsamlingen. Kontingentet foreslås pris- og lønsumsreguleret på baggrund af den udmeldte sats for den generelle regionale PL (ekskl. sygehusmedicin). For 2020 vil det pris- og løntalsregulerede kontingent udgøre 24,40 kr. pr. indbygger, svarende til en stigning på 0,50 kr. pr. indbygger i forhold til 2019.

---

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## **Sekretariatets bemærkninger**

Ingen bemærkninger

---

## **Kommunikation**

Ingen bemærkninger

---

## **Bilag**

1. Finansiering af Danske Regioners aktiviteter (1317100 - EMN-2019-01175)

## 13 (Offentlig) Status for sygehusbyggeri

---

Kristian Taageby Nielsen  
EMN-2018-02568

### Resumé

Der gives en generel status for henholdsvis kvalitetsfondsbyggerierne og de regionalt finansierede sygehusbyggerier med fokus på samlingen af akutfunktioner, sammenhængen mellem somatikken og psykiatrien og omlægningen til enestuer.

Herudover gives der en status for Projekt Godt Sygehusbyggeris initiativer i 2019, herunder afholdelse af konferencer, kommunikationskampagnen *Vi bygger for livet*, rigsrevisionsundersøgelse og opfølgning på kvalitetsfondsbyggeriernes effektiviseringsgevinster.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
at bestyrelsen tager orienteringen om status for sygehusbyggerier til efterretning.

---

### Sagsfremstilling

Der gives en halvårlig status på arbejdet med sygehusbyggeri i regionerne. Statussen gælder både for de 16 byggeprojekter finansieret af regeringens kvalitetsfond og de regionalt finansierede sygehusbyggerier. En liste over samtlige byggerier er vedhæftet som bilag.

Sygehusbyggerierne kan overordnet deles op i projekter støttet af regeringens kvalitetsfond og projekter, som udelukkende er regionalt finansieret. Der er 16 kvalitetsfondsbyggerier og 32 regionalt finansierede byggerier. Samlet set bygger regionerne sygehuse for 68,6 mia. kr.

#### Kvalitetsfondsprojekter

Af kvalitetsfondsprojekterne er fire projekter fuldt ibrugtaget – akutmodtagelsen på Slagelse Sygehus (2013), psykiatrisygehuset i Slagelse (2015), Kolding Sygehus (2017) og Aarhus Universitetshospital (2019).

Seks projekter er delvist ibrugtaget – Nyt Hospital Bispebjerg, Nyt Hospital Herlev, Det Nye Rigshospital, Regionshospitalet Viborg, Universitetshospital Køge og Aabenraa Sygehus. I bilaget angives det forventede færdiggørelsestidspunkt for samtlige projekter.

De fire fuldt ibrugtagne kvalitetsfondsbyggerier er gennemført inden for den økonomiske totalramme, der blev fastlagt af regeringen ifm. udmøntningen af

kvalitetsfondsmidlerne, og som der kvartalsvis følges op på af Sundheds- og Ældreministeriets controllerenhed.

Det nye Universitetshospital i Aarhus har været udfordret af flytteomkostninger i forbindelse med ibrugtagningen. Dette resulterede i, at der blev afsat et driftstilskud på 100 mio. kr. til Region Midtjylland i økonomiaftalen for 2020. Der foregår pt. en erfaringsopsamling fra projektet i Aarhus, så resten af projekterne kan drage nytte af de erfaringer, der er gjort her.

14 projekter har anmodet om adgang til lånepuljen til energiinvesteringer i kvalitetsfondsstøttede sygehusbyggerier (energilånepuljen). Energilånepuljen giver mulighed for, at regionerne kan prioritere opgradering til de skrappeste energimæssige bygningskrav i bygningsreglementet, lavenergiklasse 2020. Låneadgangen udgør op til 2,3 pct. af totalrammen for det enkelte kvalitetsfondsstøttede projekt.

#### *Projekter under skærpet tilsyn fra Sundheds- og Ældreministeriet*

Det Nye Rigshospital er under skærpet tilsyn, da projektet er udfordret på økonomien som følge af ekstrakrav fra entreprenørerne. En af projektets entreprenører har indgivet klageskrift til Voldgiftsnævnet for bygge- og anlægsvirksomhed, og der er risiko for, at udfaldet af sagen kan medføre en overskridelse af totalrammen.

Nyt Hospital Herlev er ligeledes under skærpet tilsyn. Tilsynet skyldes økonomiske og tidsmæssige udfordringer forårsaget af en række udførselsfejl.

#### *Projekt(er) under tættere opfølgning*

Odense Universitetshospital (Nyt OUH) har været tegnet om ad flere omgange, hvilket bl.a. har medført en udskydelse af projektet på to år. Sundheds- og Ældreministeriet begrundede den tættere opfølgning med et behov for kontinuerligt at følge med i projektets realiserbarhed.

### **Regionalt finansierede projekter**

Ud over kvalitetsfondsprojekterne finansierer regionerne 32 sygehusbyggerier. Enkelte af de regionalt finansierede byggerier er støttet finansielt af private fonde. Det drejer sig om Børneriget ved Rigshospitalet, Steno diabetes centre og Forum i Aarhus. De regionale sygehusbyggerier inkluderer ligesom kvalitetsfondsbyggerierne både nybyggeri, udvidelser og renovering af de eksisterende sygehuse.

De regionale sygehusbyggerier understøtter ligesom de kvalitetsfondsstøttede byggerier arbejdet med den nye akutstruktur, hvor den akutte hospitalsindsats samles på 21 akuthospitaler med fælles akutmodtagelse. Der bygges for et større beløb (over 50 mio. kr.) på seks sygehuse – Nykøbing Falster Sygehus, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Regionshospitalet Horsens,

Regionshospitalet Randers, Aalborg Universitetshospital, Thisted og Regionshospital Nordjylland, Hjørring. På Holbæk Sygehus og Bornholm Sygehus bygges der for et mindre beløb i forbindelse med etablering af den fælles akutmodtagelse. De 13 resterende fælles akutmodtagelser er omfattet af kvalitetsfondsbyggerierne.

Et andet fokus for de regionalt støttede projekter er psykiatriske hospitaler. To af de 16 kvalitetsfondsstøttede projekter er inden for psykiatrien – Psykiatrisygehuset i Slagelse og Ny Retspsykiatri Sct. Hans. Der er herudover 11 regionalt finansierede psykiatribyggerier. Flere af disse bygges direkte sammen med kvalitetsfondsstøttede hospitaler eller som nabo dertil. Dette gælder Bispebjerg Hospital, Slagelse Sygehus, Odense Universitetshospital, Sygehus Sønderjylland, Aarhus Universitetshospital, Regionshospital Gødstrup og Aalborg Universitetshospital.

### **Initiativer i regi af *Projekt Godt Sygehusbyggeri***

I 2010 iværksatte Danske Regioners bestyrelse *Projekt Godt Sygehusbyggeri*, der skulle understøtte og sikre systematisk opsamling og deling af viden om sygehusbyggerierne på tværs af regionerne. Projektet skulle imødegå kritikken af, at kvalitetsfondsbyggerierne bygges parallelt i stedet for ét ad gangen, og man derfor ikke drager nytte af hinandens viden.

Initiativer i *Projekt Godt Sygehusbyggeri* iværksættes i kontaktgruppen vedrørende sygehusinvesteringer, hvor medlemmerne er centrale byggechefer, chefer fra regionernes planlægningsenheder og projektchefer. Danske Regioner er formand for gruppen. Gruppen mødes hver anden måned.

Foruden kontaktgruppen deles viden bl.a. i de mere fagspecifikke netværksgrupper, i byggechefgruppen med regionernes byggechefer, som mødes fire gange årligt og i Byggesocietets sundhedsudvalg, der består af bl.a. regionale byggechefer, samt rådgivende arkitekt- og ingeniørvirksomheder, konsulentvirksomheder og interesseorganisationer med fokus på sundhedsvæsenet og de bygningsmæssige rammer herfor.

Nedenfor beskrives kort indsatser siden sidste status samt planlagte initiativer og fokuspunkter for projektet.

### *Netværksdage om sygehusbyggeri*

De årlige Netværksdage om sygehusbyggeri blev afholdt den 17.-18. september 2019. Der var bl.a. fokus på idriftsætning, effektiviseringer, digitalisering, OPP og organisationsændringer. Omkring 270 regionale medarbejdere deltog i netværksdagene, der i år blev afholdt for niende gang.

### *Vi bygger for livet*

Kommunikationskampagnen *Vi bygger for livet* kører for tredje år i træk. Hovedelementet i kampagnen er den årlige *Åbent Hospital*-dag, som afholdes

den første søndag i september. I år var der deltagerrekord, hvor over 21.000 danskere var på besøg på 17 sundhedsbyggerier landet over. Kampagnen kører herudover primært på Facebook, og har desuden givet god presseomtale både regionalt og nationalt. Kampagnen fortsætter i 2020, hvor der vil være åbent hospital den 6. september.

### *Netværksgrupper*

Ud over konferencer arbejdes der fortsat i de ti netværk i relation til *Projekt Godt Sygehusbyggeri*. De ti netværk arbejder selvstændigt med videndeling på tværs af regionerne. I takt med fremdriften i byggerierne foretages der løbende en tilpasning af netværksgrupperne, således at disse passer til de aktuelle behov. Pt. er der følgende netværksgrupper:

1. Arbejdsmiljønetværk i forbindelse med de kvalitetsfondsbyggerierne
2. Ledelse af byggeprojekter - Projektchefgruppen
3. Kommunikation
4. Det tværregionale risikostyrings- og økonominetværk
5. Netværk vedr. flytteprocesser
6. Drift og vedligehold - Commissioning
7. Wayfinding -orienteringsstrategi
8. IT og Medico-teknik
9. Netværk vedr. byggeri i psykiatrien
10. Netværk vedr. bygherreleverancer

### *Videndelingsoversigt*

Det fremgår af økonomiaftalen om regionernes økonomi for 2020, at Danske Regioner inden udgangen af 2019 skal opdatere oversigten over initiativer igangsat i regi af *Projekt Godt Sygehusbyggeri*. Den sidste udgave af videndelingsoversigten blev lavet i 2017 og kan ses på projektets hjemmeside [www.godtsygehusbyggeri.dk](http://www.godtsygehusbyggeri.dk). Bestyrelsen vil blive orienteret, når den opdaterede oversigt offentliggøres.

### *Rigsrevisionsundersøgelse*

Rigsrevisionen foretager i øjeblikket en undersøgelse af alle 16 kvalitetsfondsbyggerier med fokus på de ændringstiltag, der er foretaget i byggerierne. Undersøgelsen går dels på, om Sundheds- og Ældreministeriet har gennemført tilsyn med ændringerne i kvalitetsfondsbyggerierne på tilfredsstillende vis, og dels på om regionerne har gennemført ændringerne i kvalitetsfondsbyggerierne på en tilfredsstillende måde. Det forventes, at rapporten fremlægges for statsrevisorerne i februar 2020.

### *Erfaringsopsamling fra kvalitetsfondsprojekter*

Kontaktgruppen har igangsat et arbejde med at indsamle erfaringer fra afsluttede og igangværende kvalitetsfondsprojekter. Formålet er at indsamle værdifuld viden og erfaring, særligt fra de færdige kvalitetsfondsprojekter, inden projektorganisationerne opløses. Der har indtil videre været afholdt en

workshop med formålet at identificere særlige indsatsområder. Kontaktgruppen følger op på, hvordan man bedst indsamler og videreformidler relevante erfaringer.

### *Effektiviseringskrav*

Flere af kvalitetsfundsprojekterne er i disse år i de afsluttende faser. Der er derfor stor fokus på de effektiviseringskrav, projekterne skal have realiseret i det første år efter ibrugtagning, og der foregår aktuelt en diskussion om tilblivelsen af kravene. Effektiviseringskravene blev fastsat af den daværende regerings ekspertpanel ledet af Erik Juhl ifm. de endelige tilsagn om støtte fra kvalitetsfonden. Ekspertpanelet vurderede regionernes ansøgninger og indstillede til regeringen, hvilke projekter der burde prioriteres, samt hvad effektiviseringskravene skulle være. Danske Regioner står ved aftalen, men var ikke med til at bestemme niveauet for de specifikke effektiviseringskrav. Da det er ti år siden, at effektiviseringskravene blev fastsat, vil det være relevant at se med nutidens øjne på, om beregningerne var realistiske, og hvilket grundlag de hvilede på.

Videndelingen omkring effektiviseringskravene foregår i de forskellige fora – i kontaktgruppen, til netværksdagene og i de relevante netværksgrupper – samt i økonomidirektørkredsen.

---

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

1. Oversigt over kvalitetsfundsstøttede og regionalt finansierede sygehusbyggerier - oktober 2019 (1316083 - EMN-2018-02568)

**14 (Fortrolig)**

## 15 (Offentlig) Juridiske rammer for anvendelse af sundhedsdata og status for indberetning af data fra almen praksis

---

Trine Friis  
EMN-2019-01286

### Resumé

#### *Juridiske rammer for brug af sundhedsdata*

Den 1. juli 2019 trådte en ændring af sundhedsloven i kraft, som imødekommer nogle af de juridiske barrierer for brug af sundhedsdata, som Danske Regioner har rejst overfor Sundheds- og Ældreministeriet, mens andre fortsat udestår.

De nye regler om bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet mv. forenkler på nogle områder brugen af sundhedsdata til patientbehandling. Blandt andet en udvidelse af personkredsen, der har adgang til patientens journal, som skal gøre det nemmere for sundhedspersonale at samarbejde om behandlingen af en patient. Der er fortsat ikke hjemmel til at anvende data til formål indenfor personlig medicin, eksempelvis klinisk beslutningsstøtte og værdibaseret sundhed.

#### *Indberetning af data fra almen praksis*

Almen praksis' registrering af data om danske borgeres helbredsforhold er værdifuld for indretningen og kvalitetsudvikling i det samlede sundhedsvæsen. Indberetningen er reguleret dels ved lov, dels aftalt i overenskomsten med almen praksis. I dag indberettes kun oplysninger om KOL og diabetes type 2 til regionernes kliniske kvalitetsdatabaser, selvom almen praksis er forpligtiget til også at indberette data indenfor en række sygdomskategorier, dels til kvalitetsarbejde, dels styrings- og kontrolformål, bl.a. i forbindelse med udflytning af opgaver fra sygehus til almen praksis.

Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation påbegynder overenskomstforhandlinger primo 2020, hvor data fra almen praksis forventes at blive et relevant emne.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at bestyrelsen tager orientering om status på juridiske barrierer for anvendelse af sundhedsdata til efterretning, og

at bestyrelsen tager orientering om status på indberetning af data fra almen praksis til efterretning.

---

### Sagsfremstilling



Regionerne har en ambition om, at vi skal bruge sundhedsdata proaktivt til patientbehandling, til innovation og forskning og til at få mest mulig sundhed for pengene – under forudsætning af, at borgernes data altid bruges med respekt for fortrolighed og tillid og med størst mulig sikkerhed og gennemsigtighed for borgeren. Dette fremgår af Danske Regioners handleplan for bedre brug af sundhedsdata i regionerne fra 2015.

Mulighederne for at anvende sundhedsdata er reguleret ved og i mange tilfælde begrænset af, hvad der er muligt indenfor lovens rammer. Danske Regioner har et igangværende samarbejde med Sundheds- og Ældreministeriet om at afdække barrierer for, at vi kan bruge sundhedsdata på en måde, som er til gavn for borgere og patienter i det danske sundhedsvæsen, og i videst muligt omfang at identificere løsninger herfor, hvad end de er af teknisk, organisatorisk eller juridisk karakter.

Almen praksis udgør en vigtig kilde til viden om forhold om helbred og sygdom hos de danske borgere. Det er en værdifuld viden for det samlede sundhedsvæsen, når vi skal indrette, planlægge, kvalitetsudvikle samlede patientforløb på tværs af sektorer og ikke mindst, når vi skal udvikle ny viden om diagnoser og effekt af behandlinger. Denne viden er der i dag kun meget begrænset adgang til.

Nedenfor følger først en status for arbejdet med at løse juridiske barrierer for bedre brug af sundhedsdata og dernæst en status for indberetning af data fra almen praksis.

### **Status for juridiske rammer for bedre brug af sundhedsdata**

Med økonomiaftalen for 2018 blev det aftalt, at der skulle ske en afdækning af juridiske barrierer for sammenhæng i patientforløb, herunder barrierer for anvendelse af data. Nogle af de barrierer, som her blev identificeret af regionerne, er blevet håndteret ved den ændring af sundhedsloven (Bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet mv.), der trådte i kraft 1. juli 2019, mens andre fortsat udestår. Det vedlagte notat formidler hvilke barrierer, der er blevet løst, og hvor der fortsat er barrierer for en bedre anvendelse af sundhedsdata.

En af barriererne løses ved udvidelse af den personkreds, der hidtil har haft adgang til patientjournalen i forbindelse med patientbehandling. Det gør det nemmere for sundhedspersonalet at samarbejde om behandlingen af en patient gennem et patientforløb. Det er en forudsætning, at adgang til data sker i forbindelse med aktuel behandling af patienten.

Herudover er der etableret hjemmel til at etablere en fælles digital infrastruktur (også kaldet et samlet patientoverblik), så visse data om patienten kan tilgås på tværs af sektorer. Dette gælder i første omgang stamoplysninger og oplysninger om patientens aftaler i sundhedsvæsenet. I

den ny infrastruktur kan patienten frabede sig, at der indhentes data om vedkommende.

Der udestår fortsat barrierer for brug af data, som særligt vedrører brug af data til formål indenfor personlig medicin. Dette vedrører blandt andet brug af data til proaktiv forebyggelse, dvs. muligheden for at bruge data til forudsigelser af risici for at udvikle sygdom hos den enkelte og på denne baggrund iværksætte en opsporende indsats, og brug af data fra andre patienter til klinisk beslutningsstøtte for en konkret patient (såkaldt 'patient's like me'). Det er heller ikke muligt at anvende data til formål indenfor værdibaseret sundhed, som har været en vigtig satsning for regionerne indenfor de senere år. Dette gælder eksempelvis samstilling af data vedrørende behandlingseffekt med omkostningsdata for at identificere hvilke behandlingsformer, der giver størst værdi eller effekt.

Fælles for disse anvendelsestyper af data er, at det kræver, at større datamængder samkøres i avancerede analyser, og at data vil skulle anvendes til andre formål, som i juridisk forstand ikke er forenelige med det formål, som data oprindeligt var indsamlet til. Det er der ikke lovgivningsmæssig hjemmel til på nuværende tidspunkt.

Med økonomiaftalen for 2020 blev parterne enige om, at afdækningen af barrierer skulle færdiggøres, men at der fortsat skulle arbejdes med rammerne for bedre brug af data, eksempelvis til beslutningsstøtte, værdibaseret sundhed og proaktiv forebyggelse.

Det bemærkes desuden, at de bemyndigelser, der gives i lovændringen, stadig mangler at blive udmøntet i bekendtgørelser. Denne proces følger Danske Regioner tæt.

Danske Regioner og KL afholder et møde – forventeligt i januar 2020 – hvor relevante medarbejdere i kommuner og regioner mødes med Sundheds- og Ældreministeriet for at drøfte juridiske barrierer og om lovændringen, der har løst nogle af dem.

### **Status for data fra almen praksis**

Forpligtigelsen for almen praksis til at indberette data er reguleret ved lov i to bekendtgørelser og den mere konkrete indberetning af data fra almen praksis til regionerne aftales mellem Danske Regioner og Praktiserendes Lægers Organisation ved overenskomstforhandlinger ca. hvert tredje år.

#### *Indberetning af data jf. gældende ret*

Almen praksis er ved lov forpligtiget til at indberette data til regionerne indenfor 8 sygdomsområder, nemlig KOL, astma, kroniske muskel- og skeletlidelser, knogleskørhed, hjerte-karsygdomme, kræft, diabetes og ikke-psykotiske, psykiske lidelser til brug for planlægning, kvalitetssikring og kontrol af udbetalte tilskud og honorarer. Dette er endnu ikke implementeret.

Regionerne og Praktiserende Lægers Organisation har et udestående i forhold til præcist at definere, hvilke data inden for de 8 sygdomsområder, der skal indberettes. Regionerne har desuden et udestående i forhold til at afklare det tekniske format for, hvordan man kan og ønsker at modtage disse data. Regionerne havde en forventning om at det nye landspatientregister ville være en løsning her, men da det har længere udsigter at få data fra landspatientregisteret planlægger regionerne at genoptage arbejdet med indberetning fra almen praksis.

Herudover er almen praksis forpligtiget til at indberette data til regionernes kliniske kvalitetsdatabaser indenfor sygdomsområderne KOL, diabetes type 2, astma, hjerte, arterieflimmer, depression/stress/angst til brug for kvalitetsformål. Det er målet, at data leveres retur til brug for praksis og for klyngerne. I dag indberettes udelukkende data vedr. KOL og diabetes type 2. Dette skyldes dels, at regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) i samarbejde med almen praksis er i gang med præcist at definere hvilke data, almen praksis skal indberette for at det giver klinisk mening.

En væsentlig årsag til, at det har været vanskeligt for almen praksis at indberette data, skal findes i, at al indberetning af data fra almen praksis blev stoppet med den såkaldte DAMD-sag, hvor en omfattende mængde af danskernes sundhedsdata fra almen praksis ulovligt var blevet indberettet til Dansk Almen Medicinsk Database (DAMD). Denne indberetning arbejdes der aktuelt på en genopretning af, men med en ny teknisk løsning.

#### *Indberetning af data fra almen praksis jf. overenskomstaftalen 2018*

Med overenskomstaftalen fra 2018 blev det aftalt, at almen praksis skulle indberette data til regionerne, der kunne understøtte udflytningen af opgaver indenfor behandling af KOL og Diabetes type 2. Dette gælder data om patienttilfredshed fra Kvalitet i Almen Praksis (KIAP), data om antallet af årskontroller for patienter på kronikerydelser og diagnosedata på patientniveau (som ikke er personhenførbare). Dette er undervejs men endnu ikke implementeret.

I forbindelse med overenskomstforhandlingerne 2018 aftalte parterne desuden, at almen praksis i forbindelse med arbejdet med at genoprette indberetningen af data skulle etablere en elektronisk ordning, som giver borgeren adgang til egne data, som den praktiserende læge har registreret. Dette er endnu ikke implementeret men forventes genoptaget i forbindelse med de kommende overenskomstforhandlinger. Det er Danske Regioners ambition, at borgerne får adgang til oplysninger registret hos den praktiserende læge gennem sundhedsjournalen på sundhed.dk – samme sted som borgeren i øvrigt kan tilgå oplysninger om dem selv registreret i sundhedsvæsenet i øvrigt.

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

---

## Bilag

1. Bilag 1 - Status på uløste barrierer for anvendelse af sundhedsdata (1317776 - EMN-2019-01286)
2. Bilag 2 - Statusnotat - data fra almen praksis (1317777 - EMN-2019-01286)

## 16 (Offentlig) Formandens meddelelser

---

Maren Munk-Madsen  
EMN-2019-00143

### Resumé

-

---

### Indstilling

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

---

### Sagsfremstilling

-

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag

## 17 (Offentlig) Næste møde

---

Maren Munk-Madsen  
EMN-2019-00143

### Resumé

-

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at bestyrelsen tager til efterretning, at næste møde holdes torsdag den 12. december 2019 kl. 10.30 – 14.00 i Regionernes Hus.

---

### Sagsfremstilling

-

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag

## 18 (Offentlig) Eventuelt

---

Maren Munk-Madsen  
EMN-2019-00143

### Resumé

-

---

### Indstilling

*Det indstilles,  
at*

---

### Sagsfremstilling

-

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Bilag - tabel 1 og 2</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Udviklingen i indikatorerne for de nationale mål mellem statusrapporterne for 2016 og 2019</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>10</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>2</b>



Tabel 1. Udvikling i udvalgte indikatorer for de nationale mål fra 2015 – 2018 (fra statusrapporterne).

Mål	Indikator	Hele landet	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland
Bedre sammenhængende patientforløb	Ajourførte medicinoplysninger (%)	↗	↗	↗	↗	↗	↗
	Somatiske færdigbeh.dage (pr. 1.000 borgere)	↘	↘	↘	↗	↘	↗
	Ventetid til genoptræning (dage)	↘	↘	↘	↘	↘	↘
Behandling af høj kvalitet	Bæltefikseringer (pr. 1.000 indlagte)	↘	↗	↘	↘	↘	↘
Forbedret overlevelse og patientsikkerhed	5-års-overlevelse efter kræft (%)*	↗	↗	↗	↗	↗	↗
	Bakteriæmier (pr. 10.000 risikodøgn)	↗	↘	↘	↗	↗	↗
	Clostridium difficile (pr. 100.000 borgere)	↘	↘	↗	↘	↘	↘
	Hjertedødelighed (pr. 100.000 borgere)**	↘	↘	↘	↘	↘	↗
Hurtig udredning og behandling	Overholdelse af std.forløbstider i kræftpakker (%)	↘	↗	↘	↘	↘	↘
	Ventetid til børne- og ungdomspsykiatri (dage)	↗	↗	↘	↗	↗	↗
	Ventetid til operation (dage)	↘	↘	↘	↗	↘	↗
	Ventetid til voksenpsykiatri (dage)	↘	↘	↘	→	↘	→
Øget patientinddragelse	Patientoplevet inddragelse - somatik (gns.score)	↗	↗	↗	↘	↗	↗
	Patientoplevet tilfredshed - somatik (gns.score)	↗	↗	→	↗	↗	↗
Flere sunde leveår	Daglige rygere (%)***	↘	↘	↘	↘	↗	↗
	Middellevetid (år)	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Mere effektivt sundheds..	Produktivitetsvækst (%)**	↗	↗	↗	↗	↗	↗

\*: Der sammenlignes mellem 2011-13 og 2014-16

\*\* : Der sammenlignes mellem 2014 og 2017

\*\*\*: Der sammenlignes mellem 2013 og 2017

Kilde: "Nationale mål for sundhedsvæsenet 2016" og "Nationale mål for sundhedsvæsenet 2019"

Tabel 2. Udvikling i indikatorer, som er nye, eller hvor definitionerne er ændret.

Mål	Indikator	Hele landet	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland
Bedre sammenhængende patientforløb	Akutte somatiske genindlæggelser (%)	↗	↗	↗	↗	↘	↗
	Akutte psykiatriske genindlæggelser (%)	↗	↗	↘	↗	↗	↘
	Beskæftigelsestilknytning, psykiatri	↘	↘	↗	↗	↘	↘
	Beskæftigelsestilknytning, somatik	↗	↗	↗	↗	↗	↗
	Psyk. færdigbehandlingsdage (pr. 1.000 borgere)	↘	↘	↗	↘	↘	↗
Styrket indsats for kronikere og ældre patienter	Borgere med demens som får antipsykotika (%)	↘	↘	↗	↘	↘	↗
	DRG-værdi pr. kroniker (kr.)	↘	↘	↘	↘	↘	↘
	Forebyggelige ophold (pr. 1.000 65+-årige)	↘	↘	↗	↗	↘	↘
	Overbelægning på medicinske afdelinger	↗	↘	↘	↗	↗	↗
Forbedret overlevelse og patientsikkerhed	Indløste recepter på antibiotika i almen praksis	↘	↘	↘	↘	↘	↘
	Overdødelighed - udvalgte psykiske lidelser (ratio)	↗	↗	↗	↘	↘	↘
	Overlevelse efter uventet hjertestop (%)	→	↗	↘	↗	↘	↘
Hurtig udredning og behandling	Udredningsret børne- og ungdomspsykiatri (%)	↘	↗	↘	↗	↘	↗
	Udredningsret somatik (%)	↗	↗	↘	↗	↗	↘
	Udredningsret voksenpsykiatri (%)	↗	↗	↘	↗	↗	↘
Øget patientinddragelse	Tilfredshed - børne- og ungdomspsykiatri (gns. sc..)	→	↗	↗	↘	↗	↘
	Tilfredshed - voksenpsykiatri (gns.score)	→	↗	↘	→	→	↘
Mere effektivt sun..	Gennemsnitlig liggetid	↘	↘	→	→	↘	↘

Kilde: "Nationale mål for sundhedsvæsenet 2019"

Note: Der er så vidt muligt sammenlignet hen over perioden 2015-18. Hvor det ikke er muligt, er der sammenlignet hen over den tættest mulige periode derpå.

**Relateret document 2/2**

**Dokument Navn: Bilag - Indikatorværdier.pdf**

**Dokument Titel: Bilag - Indikatorværdier**

**Dokument ID: 1316701**

Bilagstabel 1. Indikatorværdier for de 17 indikatorer, hvor der direkte kan måles en udvikling mellem første og seneste statusrapport

	Hele landet		Hovedstaden		Midtjylland		Nordjylland		Sjælland		Syddanmark	
	2015	2018	2015	2018	2015	2018	2015	2018	2015	2018	2015	2018
Ajourførte medicinoplysninger (%)	12,0	19,6	11,0	15,6	12,0	22,0	13,0	21,5	14,0	20,3	11,0	20,4
Somatiske færdigbeh.dage (pr. 1.000 dage)	6,1	3,4	15,2	6,1	1,8	1,1	3,4	1,5	2,0	3,0	1,7	3,0
Ventetid til genoptræning (dage)	14,0	11,0	14,0	11,0	13,0	10,0	15,0	12,0	14,0	9,0	16,0	11,0
5-års-overlevelse efter kræft (%)*	59,0	63,0	61,0	65,0	59,0	63,0	59,0	62,0	58,0	61,0	60,0	64,0
Bakteriæmier (pr. 10.000 risikodøgn)	8,0	8,3	8,3	9,0	7,5	7,1	6,7	6,4	7,4	7,5	8,9	9,7
Clostridium difficile (pr. 100.000 borgere)	66,2	57,0	88,5	74,0	46,9	47,0	61,2	39,0	63,3	58,0	58,6	52,0
Hjertedødelighed (pr. 100.000 borgere)**	127,0	122,0	126,0	122,0	122,0	118,0	131,0	115,0	132,0	134,0	129,0	120,0
Bæltfikseringer (pr. 1.000 indlagte)	5,9	5,1	4,8	3,7	7,8	6,8	6,0	6,1	5,8	5,2	6,5	5,2
Overholdelse af std.forløbstider i kræftpakker..	79,0	77,0	78,0	76,0	80,0	75,0	76,0	80,0	77,0	71,0	84,0	82,0
Ventetid til børne- og ungdomspsykiatri (dage)	22,0	24,0	26,0	28,0	19,0	15,0	33,0	41,0	23,0	25,0	19,0	21,0
Ventetid til operation (dage)	48,0	43,0	52,0	45,0	39,0	35,0	66,0	48,0	46,0	48,0	43,0	44,0
Ventetid til voksenpsykiatri (dage)	25,0	21,0	24,0	19,0	29,0	22,0	36,0	22,0	23,0	23,0	21,0	21,0
Patientoplevet inddragelse - somatik (score)	3,7	3,8	3,7	3,7	3,8	3,9	3,8	3,8	3,5	3,6	3,7	3,6
Patientoplevet tilfredshed - somatik (score)	4,2	4,3	4,2	4,2	4,3	4,3	4,3	4,3	4,1	4,2	4,3	4,3
Daglige rygere (%)***	17,0	16,9	15,0	15,9	17,0	15,7	17,0	16,9	18,1	18,4	19,2	18,7
Middellevetid (år)	80,6	81,0	80,4	81,0	81,1	81,3	80,4	80,8	79,9	80,3	80,8	81,1
Produktivitet på sygehusene (indeks)**	100,0	103,8	100,0	101,4	100,0	103,2	100,0	107,8	100,0	105,2	100,0	106,3

\*: Der sammenlignes mellem 2011-13 og 2014-16

\*\* : Der sammenlignes mellem 2014 og 2017

\*\*\*: Der sammenlignes mellem 2013 og 2017

Kilde: "Nationale mål for sundhedsvæsenet 2016" og "Nationale mål for sundhedsvæsenet 2019"

Bilagstabel 2. Indikatorværdier for de 8 indikatorer med data for perioden 2015-18, hvor der ikke direkte kan måles en udvikling mellem første og seneste statusrapport, fordi indikatorerne er nye, eller fordi indikatordefinitionerne er ændret, men hvor der er data fra både 2015 og 2018.

	Hele landet		Hovedstaden		Midtjylland		Nordjylland		Sjælland		Syddanmark	
	2016	2018	2016	2018	2016	2018	2016	2018	2016	2018	2016	2018
Somatiske genindlæggelser (%)*	11,4	11,7	12,0	12,0	11,3	11,8	10,9	11,3	11,6	12,1	10,9	11,1
Psyk. færdigbehandlingsdage (pr. 1.000 borgere)**	3,7	3,4	5,9	4,7	3,0	4,2	4,7	2,1	2,4	3,5	1,6	1,3
Psykiatriske genindlæggelser (%)**	21,4	22,6	23,1	23,5	22,1	21,7	14,5	16,2	21,7	21,5	19,0	23,5
Borgere med demens som får antipsykotika (%)**	19,8	19,5	22,4	21,7	18,4	20,1	15,9	14,5	16,8	17,3	20,7	19,3
Forebyggelige sygehusophold (pr. 1.000 65+-årige)*	63,5	61,7	77,6	69,7	55,2	57,3	52,8	53,7	61,5	61,4	61,0	60,1
Overdødelighed for borgere med udvalgte psyk. lidelser (ratio)****	3,6	3,6	3,8	3,7	3,1	3,6	3,3	4,5	3,8	3,6	3,5	3,2
Recepter på antibiotika i almen praksis (pr. 1.000 indb.)****	330,0	279,0	311,0	260,0	319,0	272,0	334,0	287,0	353,0	301,0	350,0	297,0
Gennemsnitlig liggetid i somatikken (dage)*	4,6	4,4	4,8	4,4	4,2	4,1	4,9	4,6	4,7	4,6	4,5	4,4

\*: Revideret i forbindelse med statusrapporterne fra 2018 og 2019 som følge af den nye indlæggelsesdefinition

\*\* : Synliggjort i forbindelse med statusrapporten fra 2018

\*\*\*: Ny indikator indført i forbindelse med statusrapporten fra 2017

\*\*\*\*: Ny indikator indført i forbindelse med statusrapporten fra 2019

Kilde: "Nationale mål for sundhedsvæsenet 2019"

Bilagstabel 3. Indikatorværdier for de 5 indikatorer med data for perioden 2016-18, hvor der ikke direkte kan måles en udvikling mellem første og seneste statusrapport, fordi indikatorerne er nye, eller fordi indikatordefinitionerne er ændret.

	Hele landet		Hovedstaden		Midtjylland		Nordjylland		Sjælland		Syddanmark	
	2016	2018	2016	2018	2016	2018	2016	2018	2016	2018	2016	2018
DRG-værdi pr. kroniker (kr.)*	3.234,4	2.907,0	3.842,6	3.485,0	2.925,0	2.763,0	2.799,4	2.747,0	3.136,3	2.335,0	3.038,5	2.834,0
Overbelægning på de medicinske afdelinger (%)**	0,4	0,5	0,2	0,3	0,8	0,6	1,1	0,9	0,2	0,7	0,3	0,3
Udredningsret (somatik)***	81,0	84,0	69,0	77,0	89,0	88,0	86,0	95,0	89,0	80,0	74,0	83,0
Udredningsret børne- og ungdomspsykiatri (%)**	91,0	94,0	84,0	93,0	95,0	91,0	72,0	96,0	95,0	92,0	92,0	95,0
Udredningsret voksenpsykiatri (%)**	91,0	94,0	90,0	93,0	96,0	91,0	86,0	96,0	93,0	92,0	89,0	95,0

\*: Ny indikator indført i forbindelse med statusrapporten fra 2019

\*\* : Ny indikator indført i forbindelse med statusrapporten fra 2017

\*\*\*: Indikatoren revideret i 2016 som følge af ny monitoreringsmodel

Kilde: "Nationale mål for sundhedsvæsenet 2019"

Bilagstabel 4. Indikatorværdier for de 5 indikatorer med data for perioden 2017-18, hvor der ikke direkte kan måles en udvikling mellem første og seneste statusrapport, fordi indikatorerne er nye, eller fordi indikatordefinitionerne er ændret.

	Hele landet		Hovedstaden		Midtjylland		Nordjylland		Sjælland		Syddanmark	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Overlevelse efter uventet hjertestop (%)*	27,0	27,0	25,0	23,0	35,0	32,0	28,0	30,0	23,0	22,0	27,0	32,0
Tilfredshed - børne- og ungdomspsykiatri (gns. score)**	4,0	4,0	3,9	3,9	4,1	4,1	4,0	4,2	4,1	4,1	4,1	4,0
Tilfredshed - voksenpsykiatri (gns. score)**	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,3	4,2	4,1	4,3	4,3

\*: Ny indikator indført i forbindelse med statusrapporten fra 2017

\*\* : Synliggjort i forbindelse med statusrapporten fra 2018

Kilde: "Nationale mål for sundhedsvæsenet 2019"

Bilagstabel 5. Indikatorværdier for de 2 indikatorer med data for perioden 2013-16, hvor der ikke direkte kan måles en udvikling mellem første og seneste statusrapport, fordi indikatorerne er nye, eller fordi indikatordefinitionerne er ændret.

	Hele landet		Hovedstaden		Midtjylland		Nordjylland		Sjælland		Syddanmark	
	2013	2016	2013	2016	2013	2016	2013	2016	2013	2016	2013	2016
Fastholdelse af psykiatrisk syge i beskæftigelse (%)*	61,0	60,8	66,0	65,0	52,9	55,7	61,4	56,4	63,1	60,9	58,3	59,4
Fastholdelse af somatisk syge i beskæftigelse (%)**	76,9	78,0	79,0	80,8	75,7	76,4	75,0	75,7	77,0	77,1	75,5	76,9

\*: Ny indikator indført i forbindelse med statusrapporten fra 2017 og revideret i forbindelse med statusrapporten fra 2019 for at få den til også at favne ambulante psykiatriske patienter.

\*\* : Ny indikator indført i forbindelse med statusrapporten fra 2017 og revideret i forbindelse med statusrapporten fra 2019 for at tilpasse den til den nye indlæggelsesdefinition.

Kilde: "Nationale mål for sundhedsvæsenet 2019"

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Analyse af hvorvidt udviklingen i ventetid til operation er tilfældig</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Tilfældighedsvurderinger i nøgletallene for de nationale mål</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>11</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>1</b>



## NOTAT

23-10-2019  
EMN-2017-00146  
1315473  
Frederik Wøhlk

### Eksempel på analyse

Det følgende er et eksempel på, hvordan en analyse af hvorvidt udviklingen i ventetid til operation er tilfældig eller ej, ville kunne se ud. Analysen undersøger dels perioden 2013-18 og dels 2016-18. I analysen anvendes begreberne tilfældig udvikling (dvs. at indikatoren ligger stabilt, og at de udsving, der sker, er tilfældige) og systematisk udvikling (dvs. at udviklingen ikke er tilfældig og derfor bør studeres nærmere for at vurdere, om der er tale om en tendens). Analysen understreger på flere punkter vanskelighederne ved at indføre en standardiseret fast markering i Danske Regioners nøgletal af, hvorvidt udviklingen er tilfældig eller ej.

Dette ses ved, at:

- De to forskellige tidsperioder tegner forskellige billeder af tendensen. Således ser det ud som om fire ud af fem regioner samt hele landet har en systematisk udvikling set hen over perioden fra 2013-18, mens blot to regioner har en systematisk udvikling set hen over perioden fra 2016-18.
- Fortolkningen af systematiske udviklinger, herunder hvorvidt der er en tendens i tallene, kræver et nøje fokus, idet den automatiske vurdering af, hvorvidt der tilfældighed eller ej, f.eks. ikke fanger, at datapunkterne i to regioner har været støt stigende i 2018. Dette skyldes, at der endnu ikke er nok datapunkter til, at det er en tendens, men ikke desto mindre kan det være værd at holde øje med data for at kunne iværksætte politiske initiativer, hvis tendensen fortsætter.

Herunder følger selve analysen.

#### *Analyse: Er udviklingen i ventetid til operation tilfældig?*

Formålet med denne analyse er at vise, om udviklingen i ventetid til operation er tilfældig eller systematisk.



Analysen viser, at:

- Ses der på data fra perioden 2016-18, tyder det på, at udviklingen er tilfældig, og at ventetiden i regionen derfor i perioden reelt har befundet sig på et stabilt niveau, i alle regioner undtagen Region Nordjylland. I Region Nordjylland ser der ud til at have været et reelt fald i perioden.
- Ses der på data fra perioden 2013-18, synes der at have været en systematisk udvikling, som derfor bør undersøges nærmere, i alle regioner bortset fra Region Syddanmark. Udviklingen kan umiddelbart tolkes som et fald, men særligt i Region Midtjylland og Region Sjælland ses der en stigende tendens i løbet af 2018, og det er derfor værd at være opmærksom på, om dette er udtryk for en reel stigning og ikke bare tilfældige udsving. Det er dog endnu for tidligt at bedømme dette statistisk.

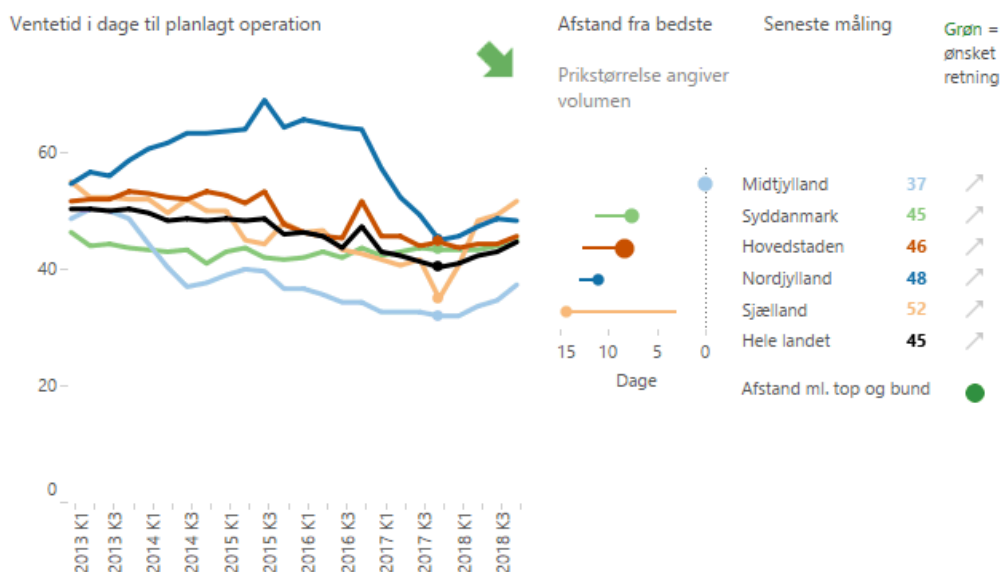
#### *Kort om tilfældighedsvurderinger*

Den grundlæggende ide, når man søger at vurdere om en udvikling er tilfældig eller ej, er, at hvis en udvikling er tilfældig, fordeler datapunkterne sig tilfældigt om medianen (den midterste observation, hvis man stiller datapunkterne op i en stigende talrække fra den mindste værdi til den største). Ikke-tilfældige udsving viser sig ved usædvanligt mange datapunkter i træk på samme side af medianen, eller ved at grafen usædvanligt få gange krydser medianen.

#### *Analyseresultater*

I de kvartalsvise nøgletal for de nationale mål, som bestyrelsen senest blev præsenteret for i april 2019, indgik følgende visning af indikatoren for ventetid til operation. Umiddelbart kan det være svært ud fra den at vurdere, om udviklingen i ventetid til operation er tilfældig eller systematisk.

Figur 1. Nuværende illustration af ventetid til operation i Danske Regioners nøgletalsvisning.



Figur 2 herunder viser udviklingen i ventetid til operation for hver enkelt region i perioden 2013-16 samtidig med at medianen er angivet for hver region. I kolonnen til højre angives det, hvorvidt udviklingen kan karakteriseres som tilfældig (dvs. der kun er tilfældige udsving om medianen) eller systematisk. En lyspære signalerer en systematisk udvikling, som derfor bør studeres nærmere, mens prikkerne indikerer en tilfældig udvikling (og altså udelukkende tilfældige udsving). Der ses en systematisk udvikling i alle regioner undtagen Region Syddanmark.

Dette kan fortolkes som om Region Syddanmark i perioden 2013-18 har haft en stabil ventetid til operation på 43 dage (medianen), og at den konkrete ventetid har svinget op og ned tilfældigt omkring denne median. På landsplan og i de andre regioner viser figuren, at udviklingen er systematisk.

På landsplan var ventetiden på landsplan i 1. kvartal 2013 godt 50 dage, mens 4. kvartal 2018 var på knap 45 dage. Alle datapunkter frem til 3. kvartal 2015 lå over medianen, mens alle datapunkter derefter undtagen ét har ligget under medianen. Dette kan tages som udtryk for, at ventetiden reelt er faldet, og at udviklingen ikke bare er tilfældig. Dog ses der en konstant stigning siden 4. kvartal 2017, hvilket giver grund til at være opmærksom på, om indikatoren er på vej til at stige.

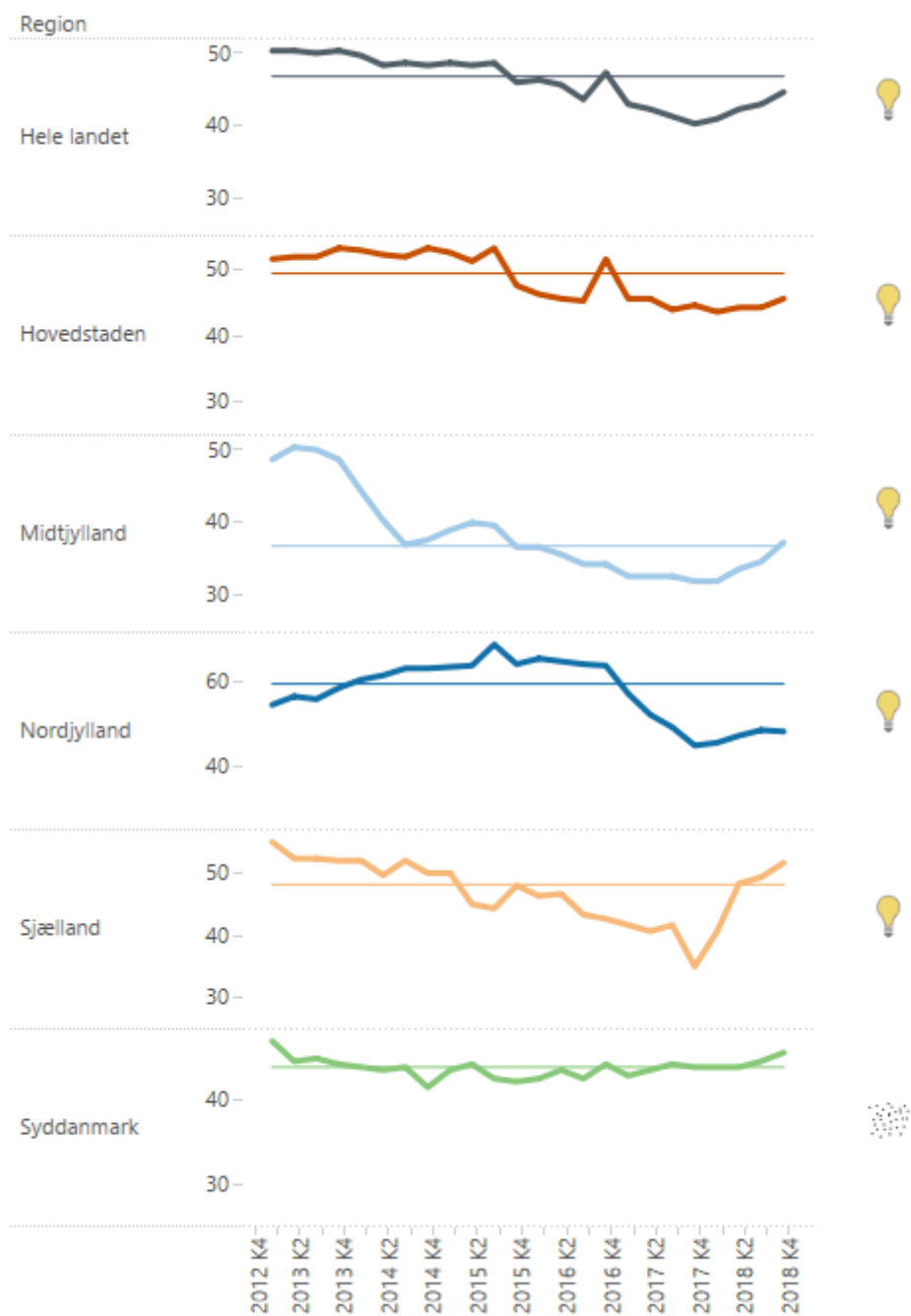
I Region Hovedstaden ses samme mønster som på landsplan, hvor datapunkterne ligger over medianen frem til 3. kvartal 2015 og derefter under medianen i alle kvartaler undtagen et. Dette kan ligeledes tolkes som et reelt fald.

I Region Midtjylland ligger alle datapunkter frem til 3. kvartal 2015 over medianen, hvorefter alle datapunkterne ligger under medianen frem til 4. kvartal 2018. Dette kan ligeledes tolkes som et reelt fald, men der bør dog være opmærksomhed på, om der er en stigning i ventetiden på vej, idet datapunkterne har været konstant stigende siden 1. kvartal 2018.

I Region Nordjylland ligger datapunkterne over medianen fra 1. kvartal 2014 til 4. kvartal 2016 og derefter under. Dette kan tolkes som om ventetiden udviser et reelt fald i perioden.

I Region Sjælland ligger datapunkterne over medianen frem til 1. kvartal 2015 og derefter under frem til 2. kvartal 2018. Dette kan tolkes som et reelt fald i perioden, men dog bør der være opmærksomhed på, om ventetiden for øjeblikket reelt er stigende, idet datapunkterne har været konstant stigende siden 4. kvartal 2017.

Figur 2. Ventetid til operation (2013-18)

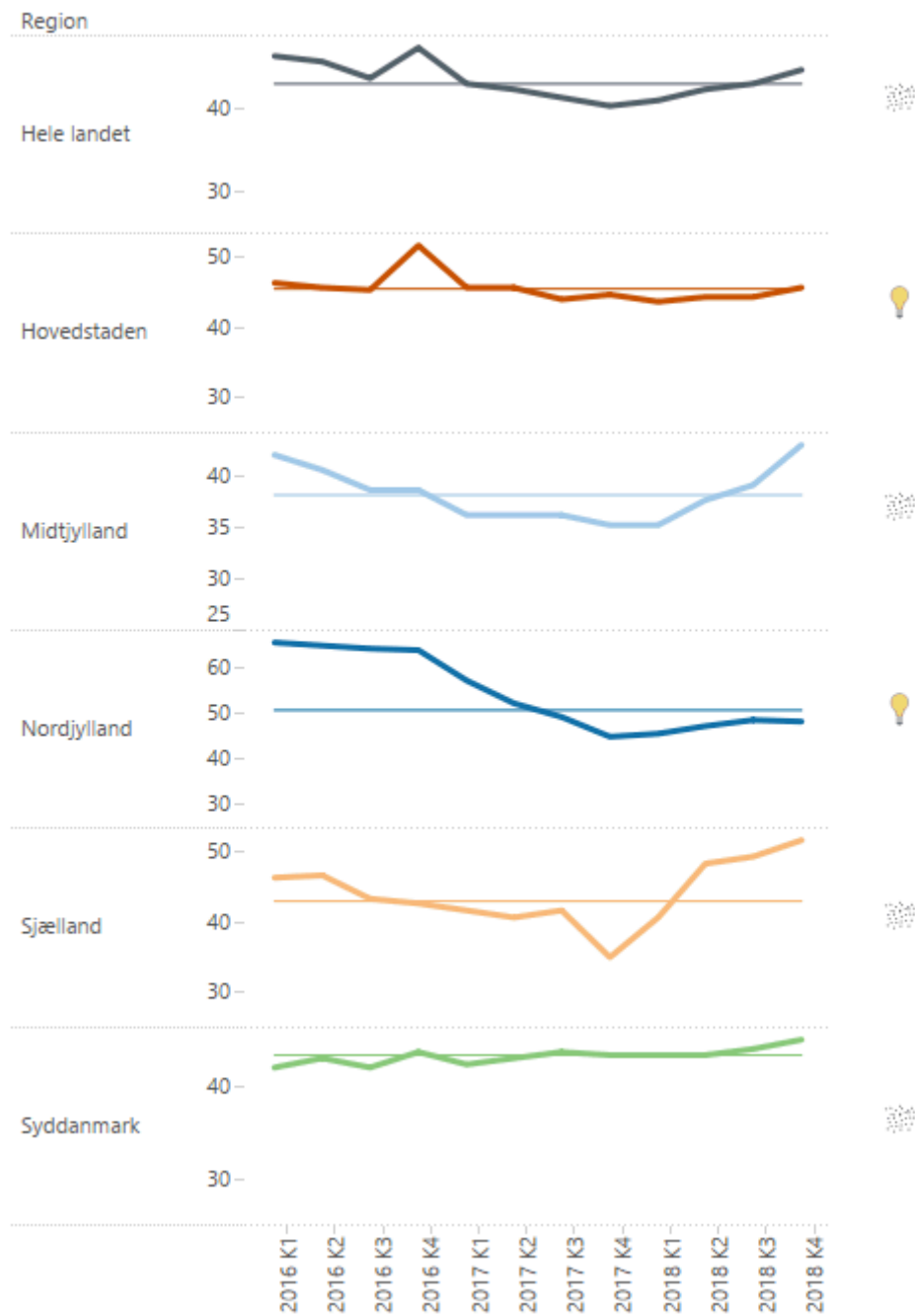


Figur 3 herunder viser de samme data, men kun for perioden 2016-18. Heraf fremgår det, at udviklingen er tilfældig på landsplan samt i Region Midtjylland, Region Sjælland og Region Syddanmark. Dette kan tolkes som om ventetiden har befundet sig på et stabilt niveau med kun tilfældige udsving om medianen i perioden. Dette vil sige ca. 43 dage på landsplan, i Region Sjælland og i Region Syddanmark og cirka 34 dage i Region Midtjylland. Særligt for Region Sjælland og Region Midtjylland bør der dog være en opmærksomhed på, om ventetiden

reelt er stigende for øjeblikket, idet der har været stigninger i hvert kvartal i det seneste år, jf. også gennemgangen ovenfor.

Omvendt er der tegn på en systematisk udvikling i Region Hovedstaden, fordi alle datapunkter fra 3. kvartal 2017 og frem til 4. kvartal 2018 ligger under medianen, og i Region Nordjylland, fordi alle datapunkter før 2. kvartal 2017 ligger under medianen, og alle datapunkter efter ligger over medianen. I Region Nordjylland synes dette at være udtryk for et reelt fald i perioden, mens der ikke kan iagttages nogen reel tendens i Region Hovedstaden, fordi alle datapunkterne ligger meget tæt på medianen.

Figur 3. Ventetid til operation (2016-18).



<b>Bilag Titel:</b>	<b>Finansiering af Danske Regioners aktiviteter</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>2. behandling af Danske Regioners budget 2020</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>12</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>1</b>



## NOTAT

04-11-2019  
EMN-2019-01175  
1317100  
Kristian Terp

### Finansiering af Danske Regioners aktiviteter

Der er følgende fem kilder til finansiering af de aktiviteter, som Danske Regioner udfører på vegne af de fem regioner:

1. Kontingent fra regionerne
2. Betaling fra regionerne til særskilt finansierede enheder: Medicinrådet, Regionernes Sundhedsteknologi og Innovation (RSI), Regionernes Fællesindkøb (RFI), Regionernes Videncenter for Miljø og Ressourcer (VMR) og Sekretariatet for Lærings- og Kvalitetsteams (Kvalitetsenheden)
3. Statsligt bidrag til sekretariatsbetjeningen af Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN)
4. Indtægter fra salg af administrative ydelser og husleje
5. Bidrag fra formue

#### *Ad 1. Kontingent fra regionerne*

Kontingentet fastsættes på generalforsamlingen.

Det har gennem årene været praksis, at kontingentet hvert år pris- og lønreguleres på baggrund af den udmeldte sats for det regionale sundhedsområde (ekskl. sygehusmedicin).

For 2020 indstilles kontingentet fastsat til 24,40 kr. pr. indbygger.



## *Ad 2. Betaling fra regionerne til Medicinrådet, RSI, VMR, RFI og Kvalitetsenheden*

Medicinrådet blev etableret i efteråret 2016. Udgifterne til afklaring og opstart af Medicinrådet blev finansieret ved en projektbevilling fra Danske Regioner. I 2020 udgør regionernes betaling til Medicinrådet 45,4 mio. kr.<sup>1</sup>. Medicinrådets budget for 2020 udviser et underskud på 4,8 mio. kr., der dækkes ind af uforbrugte midler for foregående år.

For 2020 er regionernes betaling til hhv. RSI 5,2 mio. kr., til RFI 4,3 mio. kr., til VMR 8,9 mio. kr. og til Kvalitetsenheden 0,9 mio. kr. Bidragene til de tre enheder og til kvalitetsindsatsen fastsættes af deres styregrupper, og finansieres særskilt af regionerne. Enhedernes indtægter og udgifter balancerer på Danske Regioners budget.

## *Ad 3. Statsligt bidrag til sekretariatsbetjeningen af RLTN*

Danske Regioner modtager årligt et bidrag fra staten til delvis dækning af sekretariatsbetjeningen af RLTN. For 2020 ventes bidraget at udgøre 3,35 mio. kr.

## *Ad 4. Indtægter fra salg af administrative ydelser og husleje*

Som beskrevet i bilag 2 leverer Danske Regioner administrative ydelser til en række eksterne virksomheder og fonde. Indtægterne fra salget af disse administrative ydelser ventes i 2020 at udgøre 6,0 mio. kr.

Danske Regioner udlejer kontorarealer i Regionernes Hus til Sundhed.dk. Huslejeindtægten fra Sundhed.dk ventes i 2020 at udgøre 2,8 mio. kr.

## *Ad 5. Bidrag fra formue*

Danske Regioner har midler placeret i obligationer og aktier (70/30).

Fra etableringen i 2007 har det været tanken, at den del af foreningens aktiviteter, der ikke dækkes af kontingent og øvrige indtægter (jf. beskrivelsen ovenfor), skulle dækkes ved en "underskudsfinansiering", der tilvejebringes ved træk på formue og kapitalafkast.

---

<sup>1</sup> I 2020 er regionernes bruttobetaling til Medicinrådet 45,4 mio. kr. Ved Medicinrådets etablering blev det forudsat, at Amgros reducerede deres omkostninger med 8 mio. kr. svarende til udgifterne til drift af RADS sekretariatet. Nettoudgiften til Medicinrådet udgør dermed 36 mio. kr. i 2020.

Der kan i sagens natur være store udsving i kapitalposterne fra det ene år til det andet, men det har i de foreløbigt 11 år, foreningen har eksisteret, hvert år været muligt budgetmæssigt at dække en væsentlig del af indtægterne via kapitalposterne.

For 2020 er dækningen via kapitalposterne budgetteret til 27,2 mio. kr.

Det bemærkes i denne forbindelse, at dækningen via kapitalposterne er en "residualfinansiering", der i sagens natur ikke pris- og lønreguleres, hvilket løbende mindsker foreningens indtægtsgrundlag og medfører et pres for effektiviseringer af driften.

Den løbende "underskudsfinansiering" ved kapitalafkast og træk på formuen, indebærer en gradvis reduktion af foreningens formue.

Tabellen nedenfor viser resultatet af en teknisk fremskrivning af de nuværende budgetforudsætninger og forpligtelser for Danske Regioner i perioden 2017-2030 og den resulterende egenkapital.

Reduktionen i underskuddet i 2021 skyldes udløb af rammebevilling.

Reduktionen i 2024 skyldes at Medicinrådets opsparede midler er opbrugt da.

Som det fremgår, vil den løbende underskudsfinansiering udtømme egenkapitalen senest i 2030. Kolonnen "Nettoværdi af ejendomme" er medtaget for at synliggøre, at en stadigt stigende andel af egenkapitalen vil være bundet i mursten. Over perioden vil de investerede midler i aktier og obligationer blive realiseret for at fremskaffe likviditet til det løbende driftsunderskud. Alternativet hertil er en realisering af ejendommen(e) eller en ny belåning af samme.

Tabel 1. Fremskrivning af egenkapitalen 2017-2029

Udvikling i egenkapital 2017-30 (Millioner kroner)				
År	Årets resultat	Egenkapital ultimo	Nettoværdi af ejendomme	Bem:
2017	1,4	371,0	187,99	Regnskabstal
2018	-9,9	361,1	190,51	Regnskabstal
2019	-15,2	345,9	183,95	Forventet regnskab
2020	-33,0	312,9	177,39	Budgetforslag
2021	-32,0	280,9	170,84	Budgetoverslag
2022	-32,0	248,9	164,28	Budgetoverslag
2023	-32,0	216,9	157,72	Budgetoverslag
2024	-27,0	189,9	151,17	Budgetoverslag
2025	-27,0	162,9	144,67	Budgetoverslag
2026	-27,0	135,9	138,17	Budgetoverslag
2027	-27,0	108,9	131,67	Budgetoverslag
2028	-27,0	81,9	125,17	Budgetoverslag
2029	-27,0	54,9	118,67	Budgetoverslag
2030	-27,0	27,9	112,17	Budgetoverslag

Note: Nettoværdien af ejendommene udgøres af den bogførte værdi fratrukket evt. lån i ejendommene.

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Oversigt over kvalitetsfondsstøttede og regionalt finansierede sygehusbyggerier - oktober 2019</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Status for sygehusbyggeri</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>13</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>1</b>

## Oversigt over kvalitetsfondsstøttede og regionalt finansierede sygehusbyggerier

Projekt	Projektperiode	Projektsum	Finansiering
<b>Region Hovedstaden</b>			
Ny retspsykiatri Sct. Hans	2009-2021	713 mio. kr.	Kvalitetsfond
Det Nye Rigshospital	2009-2020	2,24 mia. kr.	Kvalitetsfond
Nyt Hospital Nordsjælland	2010-2024	4,69 mia. kr.	Kvalitetsfond
Nyt Hospital Herlev	2009-2020	2,75 mio. kr.	Kvalitetsfond
Nyt Hospital Hvidovre	2009-2022	1,73 mio. kr.	Kvalitetsfond
Nyt Hospital Bispebjerg	2010-2024	3,46 mio. kr.	Kvalitetsfond
Ny Psykiatri Bispebjerg	2010-2024	1,22 mio. kr.	Regionalt finansieret
Nyt Hospital Glostrup	2011-2022	917 mio. kr.	Regionalt finansieret
Regional Sterilcentral Rigshospitalet	2011-2020	408 mio. kr.	Regionalt finansieret
Regional Sterilcentral Herlev	2013-2020	408 mio. kr.	Regionalt finansieret
BørneRiget	2016-2025	2,14 mio. kr.	Regionalt finansieret og Ole Kirks Fond
Ny Psykiatri Ballerup	2010-2018	304 mio. kr.	Regionalt finansieret
Ny Psykiatri Hvidovre	2011-2015	166 mio. kr.	Regionalt finansieret
<b>Region Sjælland</b>			
Projekt Universitetshospital Køge	2011-2024	4,88 mio. kr.	Kvalitetsfond
Nyt Psykiatrisygehus Slagelse	2009-2015	1,25 mio. kr.	Kvalitetsfond
Slagelse Sygehus fase I, akutmodtagelse	2009-2013	357 mio. kr.	Kvalitetsfond
Slagelse Sygehus fase II, OPP	2012-2018	480 mio. kr.	Regionalt finansieret (OPP)
Nykøbing Falster Sygehus fase I	2012-2018	308 mio. kr.	Regionalt finansieret
Nykøbing Falster Sygehus fase II	2019-2028	683 mio. kr.	Regionalt finansieret
Holbæk Sygehus	2019-2030	435 mio. kr.	Regionalt finansieret
<b>Region Syddanmark</b>			
Kolding Sygehus	2009-2017	1,12 mio. kr.	Kvalitetsfond
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	2010-2021	1,46 mio. kr.	Kvalitetsfond
Nyt Universitetshospital Odense, somatik	2008-2022	7,69 mio. kr.	Kvalitetsfond
Nyt Universitetshospital Odense, psykiatri	2008-2022	781 mio. kr.	Regionalt finansieret
Aabenraa Psykiatri	2008-2015	556 mio. kr.	Regionalt finansieret
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	2010-2023	993 mio. kr.	Regionalt finansieret
Esbjerg Psykiatri	2008-2015	291 mio. kr.	Regionalt finansieret
Middelfart Psykiatri	2008-2013	290 mio. kr.	Regionalt finansieret
Vejle Psykiatri	2008-2017	503 mio. kr.	Regionalt finansieret (OPP)
Specialsygehus Sønderborg	2012-2023	398 mio. kr.	Regionalt finansieret
Steno Diabetes Center Odense	2017-2023	622 mio. kr.	Regionalt finansieret og Novo Nordisk Fonden

<b>Region Midtjylland</b>			
Regionshospitalet Viborg	2007-2020	1,39 mia. kr.	Kvalitetsfond
Det Nye Hospital i Vest, Gødstrup, somatik	2007-2020	3,87 mia. kr.	Kvalitetsfond
Det Nye Universitetshospital i Aarhus, somatik	2005-2019	7,71 mia. kr.	Kvalitetsfond
Det Nye Universitetshospital i Aarhus, psykiatri	2012-2018	1,4 mia. kr.	Regionalt finansieret (OPP)
Det Nye Hospital i Vest, Gødstrup, psykiatri	2014-2021	431 mio. kr.	Regionalt finansieret
Dansk Center for Partikelterapi Forum	2014-2019	778 mio. kr.	Regionalt finansieret
	2019-2022	693 mio. kr.	Regionalt finansieret (via Kommuneleasing), Aarhus Universitets forskningsfond, KF-midler, Novo Nordisk Fonden og Salling Fonden.
Nyt Hospitalsapotek	2019-2023	306 mio. kr.	Regionalt finansieret
Regionshospitalet Horsens	2007-2024	904 mio. kr.	Regionalt finansieret
Regionshospitalet Randers - Generalplan	2017-2032	784 mio. kr.	Regionalt finansieret
<b>Region Nordjylland</b>			
Nyt Aalborg Universitetshospital, somatik	2010-2021	5,02 mia. kr.	Kvalitetsfond
Nyt Aalborg Universitetshospital, psykiatri	2016-2021	286 mio. kr.	Regionalt finansieret
Fælles akutmodtagelse, Thisted	2009-2013	136 mio. kr.	Regionalt finansieret
Nyt kvinde-/barnhus, Hjørring	2017-2020	229 mio. kr.	Regionalt finansieret
Fælles akutmodtagelse, Hjørring	2009-2013	116 mio. kr.	Regionalt finansieret
Renovering af 9 etagers sengebygning, Hjørring	2014-2018	124 mio. kr.	Regionalt finansieret
Ny behandlingsbygning, Hjørring	2021-2026	275 mio. kr.	Regionalt finansieret

Note: Alle priser er i 2020 pris- og lønniveau. Kun sygehusbyggerier på over 50 mio. kr. er medtaget på listen.

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Bilag 1 - Status på uløste barrierer for anvendelse af sundhedsdata</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Juridiske rammer for anvendelse af sundhedsdata og status for indberetning af data fra almen praksis</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>15</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>2</b>



## NOTAT

Bilag 1:  
Juridiske rammer for anvendelse af sundhedsdata

07-11-2019  
EMN-2019-00948  
1301262

### Baggrund

Med økonomaftalen 2018 blev det aftalt, at der skulle ske en afdækning af barrierer for sammenhæng i patientforløb, herunder barrierer for dataanvendelse. Arbejdet blev aftalt videreført med økonomaftalen 2019. Med økonomaftalen 2020 blev parterne enige om, at afdækningen af barrierer skulle færdiggøres, men at der fortsat skal arbejdes med rammerne for bedre brug af data, fx til beslutningsstøtte, værdibaseret sundhed og proaktiv forebyggelse.

Alle Folketingets partier indgik i juni 2018 en aftale om bedre brug af sundhedsdata. Aftalen lagde op til en modernisering af lovgivningen for at understøtte et nært og sammenhængende sundhedsvæsen, som samarbejder digitalt med og om patienten. Ifølge aftaleteksten skal data fremadrettet bruges til at udvikle behandling og diagnosticering gennem forskning og datadeling mellem praksissektoren og det øvrige sundhedsvæsen. Mulighederne for datadeling skal ligeledes forbedres med henblik på kvalitetsudvikling.

Med lov om ændring af sundhedsloven (Bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet og påmindelser til forældre vedrørende børnevaccination), som trådte i kraft d. 1. juli 2019, blev reglerne om brug af data i forbindelse med aktuel patientbehandling forenklet. Der blev fx etableret hjemmel til at fastsætte regler om en fælles digital infrastruktur, som gør det muligt for *nogle* data at følge patienten på tværs af sektorer. Desuden blev personkredsen med adgang til patientjournaler udvidet i forbindelse med patientbehandling, ligesom der blev indført mulighed for at anvende teknisk bistand i forbindelse med indhentning af oplysninger til brug for kvalitetsarbejde.

På trods af lovændringen er der fortsat meget, der kan arbejdes videre med, for til stadighed at forbedre rammerne for brug af sundhedsdata. For eksempel er fremtiden for satsninger som "Patients like me" og Værdibaseret Sundhed helt afhængige af, at der sker ændringer i lovgivningen, som gør det muligt at behandle de relevante data til de respektive formål.

Med lovændringen har sundhedsministeren fået bemyndigelse til at fastsætte regler om en række forhold, herunder adgangen til at indhente oplysninger fra

elektroniske patientjournaler og administrative registre og databaser til brug for beslutningsstøtte, og etableringen af en fælles digital infrastruktur (aktuel patientbehandling) m.v. Bemyndigelserne er endnu ikke udmøntet ved bekendtgørelser.

Notatet giver et overblik over, hvilke barrierer, der nu – rent lovgivningsmæssigt – er løst, og hvilke overordnede barrierer, der endnu udestår ift. at understøtte konkrete centrale udviklingsinitiativer i sundhedsvæsenet. Notatet skal ikke ses som en udtømmende liste over hindringer for bedre brug af sundhedsdata. Der kan være andre barrierer af både juridisk, teknisk eller praktisk karakter, men notatet forholder sig alene til de juridiske barrierer, som har været en del af det afdækningsarbejde, der blev aftalt i ØA-regi.

### **Barrierer – aktuel patientbehandling**

#### **● Udvidelse af personkredsen, der har adgang til data fra patientjournalen i forbindelse med patientbehandling– barrieren er løst**

Hidtil har der været forskel på, i hvilke tilfælde forskellige sundhedspersoner har haft adgang til patientjournalen. Nogle grupper af autoriserede sundhedspersoner har haft en bredere adgang til journalen end andre grupper af autoriserede sundhedspersoner. Lovændringen giver samtlige sundhedspersoner adgang til patientjournalen, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af patienten. Desuden åbner lovændringen op for, at ledelsen på behandlingsstedet kan give tilladelse til, at andre end sundhedspersoner kan få adgang til journalen, hvis det er nødvendigt af hensyn til den samlede aktuelle behandling af patienten eller nødvendigt for at yde teknisk bistand til opslag i patientjournalen. Det er et krav, at disse andre personer er undergivet en lovbestemt tavshedspligt, og at ledelsen på behandlingsstedet har givet tilladelse til det. Lovændringen retter således op på den uhensigtsmæssige forskel og gør det nemmere for sundhedspersoner at samarbejde om patientens behandling.

#### **● Fælles digital infrastruktur – barrieren er løst**

Adgang til patientens helbredsoplysninger har hidtil været begrænset til oplysninger fra det sted/den myndighed, hvor den relevante sundhedsperson er ansat. Med lovændringen gives der hjemmel til etablering af en fælles digital infrastruktur, hvor visse data om patienten kan tilgås på tværs af sektorgrens, og hvor patienten aktivt har mulighed for at frabede sig at sundhedspersoner indhenter data. En ny digital infrastruktur løser delvist problemet. Den fælles digitale infrastruktur er tænkt som et instrument, der skal understøtte etableringen af et samlet patientoverblik.

*Udfordringer:* Sundheds- og ældreministeren fastsætter nærmere regler om, hvilke oplysninger, der skal registreres i den nye infrastruktur, men reglerne er endnu ikke udstedt. Ifølge lovteksten vil der alene kunne registreres "udvalgte" og relevante oplysninger. Der vil således stadig være data, som ikke følger patienten. Det betyder, at der i takt med udviklingen kan ske opdatering af reglerne om registrering af nye typer oplysninger. Dette kan potentielt indebære



store implementeringsmæssige omkostninger, fx til løbende justering af IT-systemer m.v.

### **Barrierer – Kvalitetsarbejde**

#### **● Indførelse af mulighed for at anvende teknisk bistand ifm. kvalitetsarbejde – barrieren er delvist løst**

Hidtil har alene autoriserede sundhedspersoner haft adgang til at indhente oplysninger til brug for kvalitetsarbejde efter sundhedslovens § 42 d. I praksis udføres audits dog ofte af andre faggrupper. Lovændringen skaber hjemmel til, at andre personer end autoriserede sundhedspersoner, der er undergivet en lovbestemt tavshedspligt, kan yde teknisk bistand til at indhente oplysninger til brug for kvalitetsarbejdet i det omfang ledelsen på behandlingsstedet giver tilladelse til det.

Det er muligt at indhente data til kvalitetsarbejde på tværs af sektorer, men det kræver, at der indhentes tilladelse fra ledelsen på hvert enkelt behandlingssted, man ønsker at indhente oplysninger fra. I mere omfattende kvalitetsarbejder kan det være en usmidig og rigid proces, der forsinker og besværliggør kvalitetsarbejdet.

*Udfordringer:* Der er pt. ikke hjemmel til at indhente data, der er mere end 5 år gamle. Det skyldes, at der oprindeligt var enighed om, at en 5-års frist var tilstrækkelig. Det har imidlertid vist sig, at det i forbindelse med kvalitetsudvikling efter omstændighederne kan være hensigtsmæssigt at gå længere tilbage.

### **Barrierer – Forskning**

#### **● Udvidelse af personkredsen, der har adgang til data – barrieren er ikke løst (forventes løst)**

Hidtil har det kun været muligt for sundhedspersoner at få *videregivet* oplysninger fra patientjournaler til brug for konkrete forskningsprojekter af væsentlig samfundsmæssig interesse. Det har ikke været muligt for sundhedspersonerne selv at indhente de pågældende oplysninger. Der har været en vis usikkerhed om, hvordan sundhedspersoner kunne få adgang til oplysninger fra patientjournaler til brug for forskning. Reglerne stammer fra en tid, hvor patientjournaler kun førtes på papir. Med indførelsen af elektroniske patientjournaler er det muligt for autoriserede sundhedspersoner selv at foretage en række opslag, og derfor har det været efterspurgt, at der indføres mulighed for, at autoriserede sundhedspersoner, der i forvejen har teknisk adgang til patientjournaloplysninger selv kan indhente oplysningerne til brug for forskning, for på den måde at forenkle dataadgangene i forbindelse med klinisk forskning.

Den 3. oktober blev der genfremsat et lovforslag, hvor det blandt andet foreslås, at behandlingsstedets ledelse kan give tilladelse til, at autoriserede sundhedspersoner, der er ansat i sundhedsvæsenet, selv kan *indhente* oplysninger fra patientjournaler til brug for forskning (dvs. uden konkret samtykke fra patienten), hvis videregivelsen er godkendt af regionsrådet. Vedtages lovforslaget vil barrieren være løst.

## Barrierer – Proaktiv forebyggende behandling

### ● Samkøring af data og anvendelse af digitale analyseværktøjer – barrieren er ikke løst

Ved proaktiv forebyggende behandling forstås, at man ved hjælp af algoritmer og forskellige datakilder kan danne forudsigelser om en persons risiko for at blive syg eller få det værre i fremtiden. På den måde kan man allerede før sygdommen opstår opspore personen og iværksætte en forebyggende indsats.

Proaktiv forebyggende behandling forudsætter, at det dels er teknisk muligt at identificere borgerne, og dels at der er hjemmel i lovgivningen.

*Udfordringer:* Det er allerede nu teknisk muligt at identificere borgere med henblik på proaktiv forebyggende behandling, men der er ikke hjemmel til databehandlingen, hvis der ikke forinden er indhentet samtykke. Da borgerne typisk ikke er identificerede på forhånd, er det ofte ikke praktisk muligt at indhente samtykke inden databehandlingen. Dertil kommer, at man typisk ikke på forhånd kender det konkrete formål med dataindsamlingen, og derfor ikke kan indhente et samtykke på baggrund af grundig information om formål m.v. Der mangler således hjemmel til dataindsamlingen, som er en forudsætning for proaktiv forebyggende behandling.

#### ***Proaktiv forebyggende behandling – et eksempel***

I Horsens har hospitalet sammen med Horsens kommune igangsat projektet "tværspor". Her anvender man en algoritme via både kliniske og kommunale data til at identificere risikopatienter, som ofte bliver indlagt akut, genindlagt og generelt har et stort sundhedsforbrug. Algoritmen kan med 90% nøjagtighed forudse, hvem der har risiko for at blive akut indlagt indenfor 100 dage. Projektet er alene muligt nu, fordi det er et forskningsprojekt. Forventningen er, at projektet resulterer i en afprøvet model, som vil kunne udbredes til flere klynger, hvis det var muligt inden for lovgivningens rammer.

## Barrierer – Værdibaseret Sundhed

### ● Analyser af behandlingsformer værdi og effekt – barrieren er ikke løst

Værdibaseret Sundhed handler bl.a. om at bruge komplekse dataanalyser til at identificere hvilke behandlingsformer, der giver størst værdi eller effekt sammenholdt med omkostningerne ved de enkelte behandlingsforløb. I den forbindelse bør det også være muligt at sammenholde patientnære data på tværs af regioner. Der er pt. ikke hjemmel til at foretage den dataindsamling, som er nødvendig for Værdibaseret Sundhed.

### ***Værdibaseret sundhed – et eksempel***

En patient med brystkræft vil normalt ofte skulle til kontrol m.v. på hospitalet. Anlægger man en værdibaseret styringstilgang vil man kunne reducere antallet af unødige besøg for den enkelte patient, samtidig med, at patienten muligvis vil få et bedre behandlingsresultat og bedre oplevelse af sit behandlingsforløb.

### **Barrierer – Patients Like Me**

#### **● Identificering af og læring fra tidligere patienters forløb – barrieren er ikke løst**

”Patients Like Me” går ud på, at lægen i en konkret behandlingssituation kan bruge data om tidligere patienter, som fx i relation til diagnose eller sygdomsbillede ligner den konkrete patient, lægen har i behandling. Data kan bruges beslutningsstøtte for lægen ift. hvilken behandling, patienten skal modtage. Fx vil lægen kunne lægge vægt på, hvilke behandlinger, der ofte virker godt på patienter, der ligner den konkrete patient.

De relevante data findes i patientjournaler og i regionale og landsdækkende kliniske databaser m.v., som fx Landspatientregistret og RKKP.

Med lovændringen blev der etableret hjemmel til at sundheds- og ældreministeren kan fastsætte regler, der bl.a. giver mulighed for, at autoriserede sundhedspersoner kan indhente helbredsoplysninger og andre fortrolige oplysninger i elektroniske patientjournaler og nationale registre om andre – tidligere - patienter med sammenlignelige helbredstilstande med henblik på at støtte sundhedspersonen i at træffe sundhedsfaglige beslutninger som led i patientbehandling.

Juridisk set er det derfor muligt at indhente og bruge data til ”Patients like me”.

*Udfordringer:* Hjemlen kan reelt kun bruges, hvis det er muligt at anvende oplysningerne i pseudonymiseret form. Det er ikke teknisk muligt på nuværende tidspunkt.

### ***Patients like me – et eksempel***

En Karkirurgisk afdeling ønsker at anvende anonymiserede oplysninger på alle patienter i Danmark fra Landsregisteret Karbase (en kvalitetsdatabase) kombineret med PRO-oplysninger fra de samme patienter. Ved at have sådan en samlet database kan kirurgen på Karkirurgisk afdeling ved hjælp af en mønsteranalyse søge i databasen, om der er patienter i databasen med samme karakteristika som den aktuelle patient. Kirurgen vil kunne bruge disse informationer til at understøtte sin diagnosticering, risikovurdering og valg af behandling til den aktuelle patient.



## **Relateret document 2/2**

**Dokument Navn:** Bilag 2 - Statusnotat - data fra almen praksis.docx

**Dokument Titel:** Bilag 2 - Statusnotat - data fra almen praksis

**Dokument ID:** 1317777



## NOTAT

### Bilag 2: Status for indberetning af data fra almen praksis

07-11-2019  
EMN-2019-01286  
1317777  
Simone Poulsen

I almen praksis registreres mange oplysninger om danskernes helbred. Det er data, som kan bruges til kvalitetsudvikling af patientforløb, der går på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, og det er data, der kan bruges til formål indenfor styring, kontrol og planlægning eksempelvis i forbindelse med, at flere og flere behandlingsopgaver for borgere med kroniske lidelser flyttes fra sygehuse til almen praksis. Den viden, som data fra almen praksis bærer på, er altså et væsentligt bidrag til den løbende udvikling og forbedring af det samlede danske sundhedsvæsen.

I dag er sundhedsdata fra almen praksis kun i beskeden grad tilgængelig for det øvrige sundhedsvæsen. Dette er der flere grunde til og ikke nogen simpel forklaring på. En del af forklaringen skal imidlertid findes i, at indberetningen af data fra almen praksis blev lukket efter den såkaldte DAMD-sag, hvor det kom frem, at indberetningen af data fra almen praksis til Dansk Almen Medicinsk Database var ulovlig.<sup>1</sup> En anden del af forklaringen er, at regionerne og almen praksis i samarbejde mangler at blive helt klare på hvilke specifikke data, der skal indberettes, og hvordan dette teknisk og juridisk kan gøres.

Forpligtigelsen for almen praksis til at indberette data er reguleret ved to bekendtgørelser. Indberetning af data fra almen praksis til regionerne aftales herudover mellem Danske Regioner og Praktiserendes Lægers Organisation ved overenskomstforhandlinger ca. hvert tredje år. Danske Regioner har desuden en politik om, at borgere skal have adgang til egne data. Dette bør også gælde for almen praksis, således, at borgerne kan holde sig opdateret med, hvad deres praktiserende læge har registreret om dem. Borgerne kan i dag se deres e-mailkonsultationer via app'en MinLæge. Data deles ikke med det øvrige sundhedsvæsen.

Dette notat beskriver status for almen praksis' indberetning af data til regionerne med udgangspunkt i den indberetning, der følger af lovgivningen (bekendtgørelserne), og hvad der er aftalt i overenskomstforhandlingerne for 2018.

---

<sup>1</sup> Dansk Almen Medicinsk Database (DAMD) var en database, som almen praksis indberettede til om patienters sygdomme og lægebesøg i en årrække. Indberetningen var for omfattende, da der dengang kun var hjemmel til at indberette oplysninger om diabetes, KOL, depression og hjertesvigt og mange indberetninger var således ulovlige. Databasen blev lukket ned og indberetningen ophørte

## **Almen praksis indberetning af data som forpligtiget ved lov**

Forpligtigelsen for almen praksis til at indberette data er reguleret ved lov i to bekendtgørelser, henholdsvis 'Bekendtgørelse om kodning og datafangst i almen praksis, indberetning af data til regionen og offentliggørelse af oplysninger om læge eller klinikken' (maj 2018) og 'Bekendtgørelse om indberetning til godkendte kliniske kvalitetsdatabaser og videregivelse af data til Sundhedsdatastyrelsen' (juni 2018).

### *Bekendtgørelse om kodning og datafangst i almen praksis, indberetning af data til regionen og offentliggørelse af oplysninger om læge eller klinikken (maj 2018)*

Denne bekendtgørelse pålægger almen praksis at indberette data om 8 sygdomsområder, nemlig KOL, astma, kroniske muskel- og skeletlidelser, knogleskørhed, hjertekarsygdomme, kræft, diabetes og ikke-psykotiske psykiske lidelser. Det fremgår, at almen praktiserende læger skal stille oplysninger om helbred indenfor disse 8 sygdomsområder til rådighed for regionerne *i elektronisk form på en af regionsrådene anvist måde til brug for planlægning, kvalitetssikring og kontrol af udbetalte tilskud og honorarer*. Der udestår imidlertid et arbejde i samarbejde mellem regionerne og de praktiserende læger i forhold til at blive enige om, præcist hvilke data er meningsfulde at indberette, ligesom der udestår et udviklingsarbejde fra regionernes side i forhold til at afklare den tekniske løsning for indberetning, både hvad angår at afklare, hvad der er teknisk muligt, og selve det at lave løsningen. Det betyder, at data om de 8 sygdomsområder ikke indberettes i dag.

### *Bekendtgørelse om indberetning til godkendte kliniske kvalitetsdatabaser og videregivelse af data til Sundhedsdatastyrelsen (juni 2018)*

Almen praksis er desuden forpligtet til at indberette en række oplysninger, bl.a. helbredsdata, til landsdækkende og kliniske kvalitetsdatabaser i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP) i det omfang, at databaserne er godkendt af Sundhedsdatastyrelsen. Dette gælder indenfor sygdomsområderne KOL, diabetes type 2, astma, hjerte, arterieflimmer, depression/stress/angst. Hidtil har det alene været oplysninger vedrørende KOL og diabetes type 2, som blev indberettet til de landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser. I en periode efter DAMD-sagen blev end ikke disse oplysninger indberettet. Nu indberettes data om KOL og diabetes igen.

### *Genopretning af almen praktiserendes muligheder for at indberette data*

I forbindelse med overenskomstaftalen mellem Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation for 2018 blev der aftalt en milepælsplan for genopretning af almen praktiserende lægers mulighed for at indberette data efter lukningen af DAMD-databasen i to faser: 1. genopretning af indberetning af data og 2. indberetning af nye data. Selvom milepælsplanen blev aftalt i forbindelse med overenskomstaftalen, vedrører den alene de dataindberetninger, der skal ske ifølge lovgivningen

### *Milepælsplanens fase 1 – genopretning af indberetning af data*

I første fase er der fokus på, at almen praksis hurtigst muligt bliver i stand til at indberette data indenfor de 8 sygdomsområder, som er fastsat ved bekendtgørelse. Derudover skal almen praksis igen indberette til RKKP vedr. KOL og diabetes type 2 – og den indberetning er nu genoptaget.

I denne fase er det desuden aftalt, at almen praksis skal etablere en elektronisk visning for borgeren, som muliggør, at borgeren kan tilgå egne data, som er registreret hos den praktiserende læge.

#### *Milepælsplanens fase 2 – indberetning af ”nye” data*

I anden fase er der fokus på at opstarte indberetning af data til de kliniske kvalitetsdatabaser indenfor andre sygdomsområder end de, som er fastsat ved lov, eller som tidligere har været indberettet. Der er aktuelt et igangværende arbejde mellem Praktiserende Lægers Organisation og regionerne med at fastlægge de indikatorer, der skal bruges ved indberetningen af data til kvalitetsdatabaser om astma, hjerte, arterieflimmer, depression/stress/angst.

#### *Status for milepælene*

Det er ikke gået så hurtigt med at opnå milepælene som parterne håbede, da de indgik overenskomstaftalen. Man kom ikke i mål med den samlede milepælsplan ved udgangen af 2018 som oprindeligt aftalt. Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation godkendte derfor en opdateret milepælsplan i foråret 2019. Nu er målet, at genopretningen (fase 1) forventes i mål i 2020, mens der endnu ikke er sat slutdato for en række af milepælene for udbygningen (fase 2).

#### **Status for indberetning af data, som er aftalt ved overenskomst**

Med overenskomstforhandlingerne for 2018 blev det aftalt, at almen praksis skulle indberette data til regionerne vedrørende udflytning af opgaver fra sygehus til almen praksis indenfor behandling af KOL og Diabetes type 2. Der er fortsat udestående ift. implementeringen af indberetning af data fra almen praksis indenfor disse sygdomskategorier:

- 1) Data fra patientbehandling og patientservice i de enkelte klinikker (fx patienttilfredshed, medicin, ventetider):** Disse data findes i patienttilfredshedsundersøgelserne hos Kvalitet i Almen Praksis (KIAP), og der er udviklet en løsning for indberetning af data til regionerne. Løsningen er imidlertid endnu ikke idriftsat. Der er desuden igangsat et arbejde med at udvikle en helt ny model for patienttilfredshedsundersøgelser til understøttelse af kvalitetsarbejdet, som endnu ikke er færdigt.
- 2) Data om antallet af årskontroller for patienter på kronikerydelser til brug for opfølgning og kontrol:** Disse data findes i de praktiserende lægers systemhuse, og regionerne skal anmode om at få data udleveret. Der mangler imidlertid fortsat en afklaring af formatet/metoden for udleveringen af data.



- 3) Diagnosedata på patientniveau:** Regionerne skal bruge data til opfølgning og kontrol af, om fx alle diagnosticerede patienter er omfattet af kronikerhonoraret. Det er endnu ikke afklaret, om regionerne kan få data i den form, dvs. aggregeret og ikke personhenførbart, som aftalen forudsætter.