



Til medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

06-03-2025

MOD-2024-00004

ullar@regioner.dk

Dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse den 13. marts 2025

Deltagere: Anders Kühnau, Mads Duedahl, Trine Birk Andersen, Lars Gaardhøj, Bo Libergren, Mette With Hagensen, Mogens Nørgaard, Leila Lindén, Anders G. Christensen, Randi Mondorf, Camilla Hove Lund, Christoffer Buster Reinhardt, Per Larsen, Martin Jakobsen, Karin Friis Bach, Peter Westermann, Tormod Olsen

Afbud:

Mødested: Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø

Indholdsfortegnelse

1 (Fortrolig)	5
2 (Fortrolig)	5
3 (Fortrolig)	5
4 (Fortrolig)	5
5 (Fortrolig)	5
6 (Fortrolig)	5
7 (Fortrolig)	5
8 (Fortrolig)	5
9 (Fortrolig)	5
10 (Fortrolig)	5
11 (Fortrolig)	6
12 (Offentlig) Ny fællesoffentlig digitaliseringsstrategi 2026-2029	7
13 (Fortrolig)	10
14 (Fortrolig)	10
15 (Offentlig) Udvikling i antallet af ph.d.-studerende i regionerne	11
16 (Offentlig) Regionernes Politiske Topmøde 2025	17
17 (Fortrolig)	20
18 (Fortrolig)	20
19 (Offentlig) Danske Regioners regnskab 2024	21
20 (Offentlig) Opfølgning på studietur til Holland	26
21 (Offentlig) Mødekalendar for 2026 samt afholdelse af udvalgsmøder	29
22 (Offentlig) Høringssvar - Udkast til forslag til lov om ændring af lov om socialtilsyn	32
23 (Offentlig) Høringssvar - Revideret lovforslag om universitetsreform m.v.	34
24 (Offentlig) Høringssvar - Sundhedsfaglig autorisation for psykologer	36
25 (Offentlig) Generelle orienteringer	38
26 (Offentlig) Formandens meddelelser.....	41
27 (Fortrolig)	41
28 (Offentlig) Næste møde	42
29 (Offentlig) Eventuelt	43

1 (Fortrolig)

2 (Fortrolig)

3 (Fortrolig)

4 (Fortrolig)

5 (Fortrolig)

6 (Fortrolig)

7 (Fortrolig)

8 (Fortrolig)

9 (Fortrolig)

10 (Fortrolig)

11 (Fortrolig)

12 (Offentlig) Ny fællesoffentlig digitaliseringsstrategi 2026-2029

vicbj@regioner.dk
EMN-2024-00889

Resumé

Den nuværende fællesoffentlige digitaliseringsstrategi udløber i 2025, og arbejdet med en ny strategi for 2026-2029 er igangsat af Digitaliseringsministeriet. Processen afsluttes i foråret 2025, og strategien forventes at indgå i økonomiforhandlingerne for 2026.

Visionen er en offentlig sektor med moderne, sammenhængende, brugervenlige og sikre digitale løsninger på tværs af sektorer. Der er enighed om at prioritere færre, men større fællesoffentlige infrastrukturkomponenter. Strategiens hovedlinjer består af digital inklusion, samarbejde om EU-initiativer, it-arkitektur, sammenhæng i den offentlige sektor, cyber- og informationssikkerhed samt den grønne dagsorden – alle områder med relevans for sundhedsvæsenet og regionernes digitale udvikling.

Af flere omgange har de fællesoffentlige infrastrukturinitiativer imidlertid overskredet budgetrammen og påført regioner og kommuner merudgifter, og det er bl.a. aftalt i ØA24 at finde en finansieringsmodel, som løser udfordringen. Dette udestår fortsat.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tilslutter sig hovedlinjerne for den kommende fællesoffentlige digitaliseringsstrategi gældende fra 2026-2029, og

at bestyrelsen godkender, at udfordringer i forhold til finansiering af infrastrukturinitiativer løftes i de kommende forhandlinger.

Sagsfremstilling

Siden 2001 har de fællesoffentlige digitaliseringsstrategier (FODS) sat retning for det fællesoffentlige digitale samarbejde på tværs af stat, kommuner og regioner og har blandt andet ført til Digital Post, NemID/MitID, NemKonto samt fælles portaler som Virk.dk og Borger.dk.

Det blev aftalt i ØA25, at der skulle indgås en ny strategi, når den nuværende udløber i 2025.

Hovedlinjerne for en ny fællesoffentlig digitaliseringsstrategi

Det foreslås, at den fælles vision på tværs af stat, kommuner og regioner er en offentlig sektor, som leverer moderne, brugervenlige og sikre digitale tilbud

på tværs af sektorer og systemer. Data og teknologi skal understøtte udviklingen af løsninger tilpasset borgernes behov.

Den nye strategi skal styrke samarbejdet om velkendte fællesoffentlige temaer og videreføre ambitionen om en sammenhængende, brugervenlig og tilgængelig digital offentlig sektor, der gør det lettere at være borger og medarbejder.

Strategien vil fokusere på følgende dagsordner:

Øget digital inklusion

Strategien skal styrke digital inklusion i Danmark ved at udbrede de fællesoffentlige principper for digital inklusion og adressere udfordringer ved et fragmenteret informationslandskab og en kompleks offentlig sektor ved at styrke borger.dk som informationskilde.

Samarbejde om EU-initiativer

Strategien vil fokusere på at forbedre Danmarks digitale udvikling gennem øget samarbejde om implementering af EU-retsakter. Det indebærer etablering af et tættere strategisk samarbejde mellem stat, kommuner og regioner for at håndtere EU-krav og udnytte de tilknyttede muligheder effektivt.

Fælles it-arkitektur

Strategien vil medvirke til at øge anvendeligheden og værdiskabelsen hos borgere, virksomheder og myndigheder ved at lave en række gennemgribende ændringer i den fællesoffentlige digitale arkitektur. Arkitektursamarbejdet skal tænkes bredt og langsigtet og dermed fremme sammenhæng på tværs af den offentlig sektor fx gennem datadeling og genbrug af gode løsninger.

Anvendelse af kunstig intelligens

Strategien skal bidrage til at skabe bedre forudsætninger for brugen af kunstig intelligens gennem Den Digitale Taskforce for kunstig intelligens. Formålet er at sikre, at teknologier bidrager til opretholdelsen af en effektiv offentlig sektor med et højt serviceniveau samtidig med, at man ikke går på kompromis med kvalitet, tillid og anvendelse af borgernes data.

Sammenhæng i den digitale offentlige sektor

Strategien skal fremme mere sammenhængende services for borgere og virksomheder. Dette kræver øget brug af fælles løsninger på tværs af myndigheder samt bedre datadeling, så digitale borgerforløb bliver mere effektive, og myndighedernes drift forbedres.

Cyber- og informationssikkerhed

Strategien vil understøtte, at borgere, virksomheder og myndigheder er bedre rustet til at håndtere den stigende cybertrussel ved at sikre et højt og ensartet cybersikkerhedsniveau. Der er ønske om at understøtte et stærkere fælles offentligt samarbejde og en stærkere fælles national ramme for sikkerhedsindsatserne.

Den grønne dagsorden

Strategien skal bidrage til at reducere digitaliseringens klimaaftryk og samtidig fremme en bedre udnyttelse af digitalisering til at håndtere konsekvenserne af klimaforandringer og nedbringe udledninger.

Som i tidligere fællesoffentlige digitaliseringsstrategier foreslås også denne gang udvikling af større fælles infrastrukturkomponenter. Den kommende FODS lægger op til en videreudvikling af Digital Fuldmagt og Digitalt Samtykke. Disse tiltag vil også skabe værdi for patienter, pårørende og medarbejdere i sundhedsvæsenet ved at gøre det lettere at hjælpe andre digitalt, gøre det mere gennemskueligt at begå sig i den digitale offentlige sektor og sikre en mere sammenhængende brugeroplevelse på tværs af sektorer.

Regionerne, Sundhedsjournalen og sundhed.dk har også spillet ind med konkrete initiativforslag til forhandlingerne. Dette gælder blandt andet følgende:

- En tolkeløsning baseret på kunstig intelligens
- Styrkelse af operationel sikkerhed ved hjælp af kunstig intelligens
- En virtuel assistent på sundhed.dk og MinSundhed
- Implementering af samtykke- og spærringsservice i Sundhedsjournalen
- Videreførelse af en digital platform til byggematerialer og råstoffer.

Udfordringer med de store infrastrukturinitiativer

De store infrastrukturinitiativer (MitID, digital post mv.) er forankret i Digitaliseringsstyrelsen under Digitaliseringsministeriet. Hvert år er udgifterne til disse initiativer oversteget budgettet, hvilket har påført regioner og kommuner betydelige ekstra millionudgifter.

Det er Danske Regioners holdning, at driftsherren af initiativerne bør påtage sig den fulde økonomi- og projektstyring og således håndtere merforbrug inden for egen økonomiske ramme.

KL forventes også at rejse problematikken i forbindelse med de kommende økonomiforhandlinger.

Kobling mellem ny fælles digitaliseringsstrategi og taskforce for AI

Der er en direkte kobling mellem ny FODS og arbejdet i den nyligt oprettede digitale taskforce for kunstig intelligens (aftalt i ØA25, se selvstændigt punkt på dette møde).

Økonomi

Økonomien i forbindelse med den kommende FODS er fortsat uafklaret. Der blev med ØA23 afsat en økonomisk ramme på 80 mio. kr. årligt til den nuværende FODS, dvs. i alt 320 mio. kr. for hele perioden fra 2022-2025. Heraf finansierede regionerne 20 pct., og stat og kommuner finansierede 40 pct. hver.

Sekretariatets bemærkninger

Det første politiske møde blev afholdt den 4. marts 2025 med fokus på den overordnede vision for en ny FODS.

Punktet er på lukket dagsorden af hensyn til bestyrelsens fortrolige drøftelser.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

13 (Fortrolig)

14 (Fortrolig)

15 (Offentlig) Udvikling i antallet af ph.d.-studerende i regionerne

mkt@regioner.dk
EMN-2025-00257

Resumé

På Regionernes Politiske Topmøde 2024 blev det vedtaget, at Danske Regioner vil indsamle og præsentere oplysninger om udviklingen i antallet af ph.d.-studerende på akut- og universitetshospitaler i de fem regioner med henblik på en vurdering af, i hvilken grad fordelingen på specialer og hospitaler understøtter kvalitet og lighed i patientbehandlingen.

Til at belyse denne opgave har Danske Regioner trukket de seneste data om såkaldte 'kliniske assistenter', hvilket er den stillingskategori, som ph.d.-studerende på medicinstudiet ansættes under.

Data viser, at der i 2019 var 743 kliniske assistenter (lægefaglige ph.d.-studerende) ansat i regionerne. Tallet var steget til 1.031 i 2024. Data viser desuden, at langt størstedelen af de kliniske assistenter (lægefaglige ph.d.-studerende) er ansat på universitetshospitalerne og i Region Hovedstaden generelt.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen drøfter kortlægningen af lægefaglige ph.d.-studerende i regionerne.

Sagsfremstilling

Den socialdemokratiske gruppe i Region Nordjylland foreslog i forbindelse med topmødet i 2024 at indsamle og præsentere oplysninger om udviklingen i antallet af ph.d.-studerende på hvert af de fire universitetshospitaler i København, Aarhus, Odense og Aalborg. Topmødet vedtog en udvidelse af rammen for den forslåede dataindsamling, så den ikke kun omfatter universitetshospitalerne – men alle regionernes hospitaler.

Motivationen for forslaget var et ønske om, at bestyrelsen drøfter udviklingen i antallet af ph.d.er, og om hvorvidt de i tilstrækkelig grad er relevante for patientbehandlingen. Derudover var der et ønske om at sikre, at en opnået ph.d.-grad ikke blev vægtet højere end klinisk erfaring i forbindelse med ansættelsen i hoveduddannelsesforløb til speciallæge.

Det skal bemærkes, at der sidenhen er aftalt en sundhedsreform, hvor et af initiativerne er, at der skal indføres et måltal for andelen af

hoveduddannelsesforløb, som skal besættes af læger uden en ph.d.-grad. Der er også et initiativ om at indføre et måltal for andelen af ph.d.-stillinger, som målrettes det nære sundhedsvæsen.

Danske Regioner skal indgå en aftale med regeringen om måltallet for begge initiativer her i foråret.

Data om ph.d.er

Data på ph.d.-området er generelt sparsomt, og der er ikke registerdata over lægefaglige ph.d.-studerende fordelt på universitets- og regionshospitalet. Regionerne indberetter alene det samlede antal ph.d.-studerende på tværs af fagligheder til Danmarks Statistik, og ph.d.-skolerne kan heller ikke lave særudtræk af ph.d.er med lægefaglig baggrund.

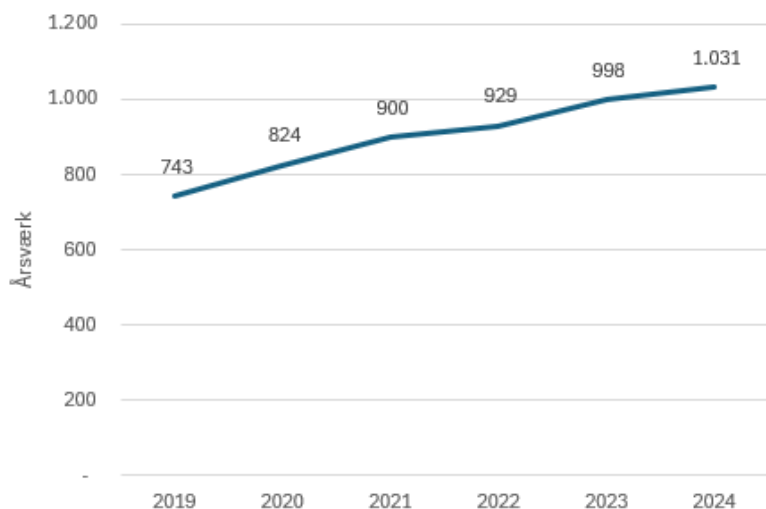
For at danne et overblik over hvor de lægefaglige ph.d.er er ansat, er løndata for såkaldte 'kliniske assistenter' anvendt. Rent overenskomstmæssigt ansættes ph.d.-studerende med lægefaglig baggrund under stillingskategorien 'kliniske assistenter'. Kategorien 'kliniske assistenter' kan også omfatte læger, som er ansat i forskningsforløb, uden at de skriver ph.d. Der kan også være lægefaglige ph.d.-studerende, der laver forskning på hospitalerne, men som har deres ansættelse et andet sted, og dermed ikke indgår i lønstatistikken. Vurderingen er dog, at langt den overvejende del af de kliniske assistenter er ph.d.-studerende, og at kliniske assistenter dermed er en god indikator for, hvor mange lægefaglige ph.d.-studerende, der er ansat i regionerne.

I det indkommende forslag var der et ønske om at se på udviklingen de seneste 20 år. Grundet ændringer i sygehusstrukturen er vurderingen, at der kan være vanskeligt at sammenligne udviklingen mellem universitets- og regionshospitalet over en så lang periode. På den baggrund ses der kun på udviklingen de seneste fem år.

Udvikling i ph.d.-studerende

I 2019 var der 743 kliniske assistenter (lægefaglige ph.d.er) ansat i regionerne, og i 2024 var tallet vokset til 1.031.

Udvikling i antal ansatte kliniske assistenter i regionerne, 2019 - 2024 (årsværk)

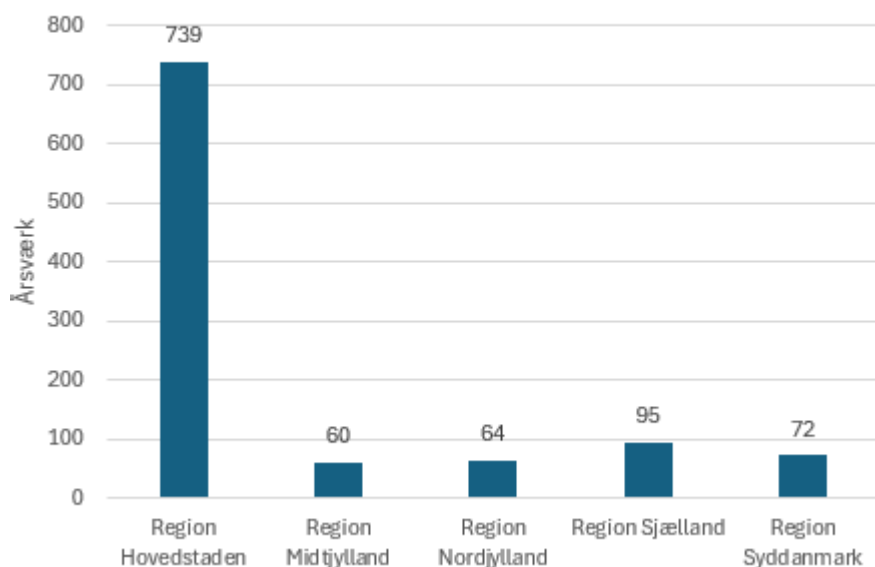


Kilde: KRL

Anm.: Tallene er opgjort for oktober måned i det pågældende år

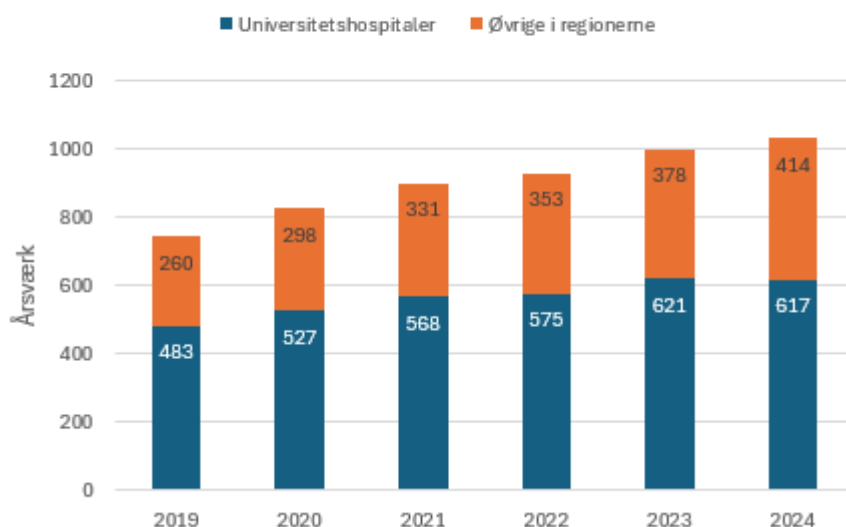
Kliniske assistenter (lægefaglige ph.d.er) fordeler sig forskelligt mellem regionerne. Længst størstedelen befinder sig i Region Hovedstaden, hvorimod antallet er betydeligt mindre i de øvrige regioner.

Fordeling af kliniske assistenter opdelt på region, oktober 2024 (årsværk)



Langt de fleste kliniske assistenter (lægefaglige ph.d.er) er ansat på et universitetshospital. Når man ser på antallet på nationalt plan, så var 617 ansat på et universitetshospital og 414 på et regionshospital.

Udvikling i kliniske assistenter fordelt på arbejdssted



Data på nationalt niveau kan godt give et misvisende billede, da antallet af kliniske assistenter (lægefaglige ph.d.-studerende) på regionshospitaler trækkes op af, at der er mange hospitaler i hovedstadsområdet, der ikke er universitetshospitaler, men som har ph.d. studerende ansat. Som det fremgår af bilag 1, så er der hovedsageligt kliniske assistenter (lægefaglige ph.d.-studerende) ansat på universitetshospitalerne i de øvrige regioner.

Endelig skal det bemærkes, at ekstern finansiering spiller en væsentlig rolle for antallet og geografisk placering af lægefaglige ph.d.-studerende.

Det bemærkes, at antallet af sundhedsfaglige ph.d.-studerende, der dækker over forskning inden for sundhedsvidenskab, hvilket typisk inkluderer emner relateret til medicin, folkesundhed, sygepleje, farmaci, odontologi, fysioterapi, ernæring og beslægtede sundhedsdiscipliner har været kraftigt stigende de sidste 20 år. I 2003 var der en tilgang på ca. 1.200 ph.d.-studerende mod ca. 2.500 i 2021. Udviklingen skal ses i lyset af, at et bredt flertal blandt Folketingets partier som led i Globaliseringsaftalen fra 2006 besluttede at øge de offentlige investeringer i forskning og innovation til 1 pct. af BNP frem mod 2010 (1 pct-målsætningen) og - som led heri – øgede antallet af optagne ph.d.-studerende til 2.400 årligt i 2010 inden for bl.a. sundhedsvidenskab.

Denne overordnede udvikling har også haft indvirkning på antallet af lægefaglige ph.d.-studerende.

Lægefaglige ph.d.er og specialer

Der er ikke data på optaget af lægefaglige ph.d.-studerende fordelt på specialer. Videreuddannelsesregionerne udarbejder løbende statistik over ansøgere til hoveduddannelsesforløb, herunder hvor mange ansøgere, som har en ph.d.-grad.

På landsplan havde 15 % af alle læger, der blev ansat i et hoveduddannelsesforløb, en ph.d.-grad i 2024. Der er dog betydelige forskelle de tre videreuddannelsesregioner i mellem. Der er ligeledes store forskelle mellem specialerne.

På landsplan er det kun få af de 39 lægefaglige specialer, hvor størstedelen af dem som ansættes i et hoveduddannelsesforløb, har gennemført en ph.d. Det drejer sig om kardiologi (intern medicin), klinisk immunologi, klinisk fysiologi og nuklearmedicin, klinisk biokemi og klinisk genetik. I Videreuddannelsesregion Øst er der væsentlig flere specialer, hvor mange læger har gennemført en ph.d., når de ansættes i et hoveduddannelsesforløb (se bilag 2. for yderligere data).

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Forslaget blev godkendt på det politiske topmøde i 2024, og dets status skal derfor fremgå af beretningen for det politiske topmøde 2025. Da bestyrelsen allerede har godkendt beretningen for det politiske topmøde 2025, foreslås det, at bestyrelsen godkender følgende opdatering til beretningen. Ændringer i den oprindeligt godkendte beretningstekst er markeret rød.

Indsamle og præsentere oplysninger om udviklingen i antallet af ph.d.-studerende

Danske Regioner vil indsamle og præsentere oplysninger om udviklingen i antallet af ph.d.-studerende på akut- og universitetshospitaler i de fem regioner med henblik på en vurdering af, i hvilken grad fordelingen på specialer og hospitaler understøtter kvalitet og lighed i patientbehandlingen.

Status: *Aftalen om en sundhedsreform adresserer i høj grad den dagsorden, som lå til grund for topmødeforslaget. I aftalen noterer aftalepartierne sig, at en ph.d. i praksis er blevet en nødvendig adgangsbetingelse for at komme ind på de mest attraktive lægefaglige hoveduddannelser, særligt i hovedstaden. På den baggrund er der bl.a. lagt op til, at der indføres et mål for andelen af hoveduddannelsesstillinger, som besættes af læger uden en ph.d., og at Sundhedsstyrelsen skal revidere de syv lægeroller, så forskerrollen ikke får en uforholdsmæssig stor vægt ift. andre centrale lægeroller.*

Danske Regioner har lavet en opgørelse over ph.d.-studerende på baggrund af løndata. Data viser, at der i 2019 var 743 kliniske assistenter (lægefaglige ph.d.-studerende) ansat i regionerne. Tallet var steget til 1.031 i 2024. Data

viser desuden, at langt størstedelen af de kliniske assistenter (lægefaglige ph.d.-studerende) er ansat på universitetshospitalerne og i Region Hovedstaden generelt.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Data om ph.d.er i regionerne (1755275 - EMN-2025-00257)
2. Ph.d.er i hoveduddannelsesforløb (1755739 - EMN-2025-00257)

16 (Offentlig) Regionernes Politiske Topmøde 2025

lough@regioner.dk
EMN-2024-00860

Resumé

Danske Regioner holder Regionernes Politiske Topmøde 2025 i Aarhus den 10.–11. april 2025.

Topmødets dag 1 byder på politisk debat og er samtidig rammen om Danske Regioners generalforsamling. Dag 2 er en konference for regionsrådsmedlemmer.

Programhæfte med dagsorden, regnskab og indkomne forslag udsendes sammen med den skriftlige beretning til regionsrådsmedlemmerne senest den 13. marts 2025.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen om Regionernes Politiske Topmøde 2025 til efterretning,

Sagsfremstilling

Bestyrelsen fastlagde i maj 2024 rammerne for Regionernes Politiske Topmøde i 2025, der afholdes i Aarhus den 10. og 11. april 2025.

Alle regionsrådsmedlemmer har i december 2024 modtaget invitation til at deltage i Topmødet.

Topmødets første dag samler regionsrådsmedlemmer og centrale aktører fra regeringen og Folketinget, sundheds- og socialområdet, erhvervs- og arbejdsmarkedsorganisationer og civilsamfund. Dagen er også rammen om Danske Regioners generalforsamling. Dagen afsluttes med middag (regionsformændene vil sidde ved blandede borde, mens de øvrige regionspolitikere sidder ved regionsopdelte borde).

Topmødets dag 2 er der en konference for regionsrådsmedlemmer.

Program for Regionernes Politiske Topmøde	
<i>Onsdag – for bestyrelsen</i>	
16-20	<i>Møde i Danske Regioners bestyrelse om formandens tale og indstillinger til evt. indkomne forslag til</i>

	<i>behandling ved generalforsamlingen (på Comwell i Aarhus).</i>
Torsdag – med ekstern deltagelse	
Tid (tentativt)	Programpunkt
10.00	Velkomst og åbning af generalforsamlingen (og valg af dirigent)
	Formandens tale og beretning
10.30	Regeringens hilsen
11.00	Politisk debat
12.00	<i>For politikere: Politiske gruppemøder inkl. frokost</i> <i>For gæster: Frokost - interview og paneldebat: Kan vi knække børns og unges mistrivsel?</i>
14.00	Generalforsamlingen genoptages
	Årets Patientoplevelse 2025
	Regnskab og kontingent (inkl. afstemning)
	Vedtægtsændringer (inkl. afstemning)
	Politisk debat om formandens tale og beretning (inkl. afstemning)
	Indkomne forslag (inkl. afstemning)
17.30	Afslutning af generalforsamlingen efterfulgt af netværk og lounge
19.00	Velkomstdrink og middag
Fredag – for regionsrådsmedlemmer	
Regionernes Politiske Topmøde slutter med en politisk konference for regionsrådsmedlemmer på Comwell	
Tid (tentativt)	Programpunkt

9.00	Velkomst v. formandskabet
9.05-10.00	Samarbejdet i sundhedsrådene Faciliteret drøftelse mellem Anders Kühnau, Christian Budde, sundheds- og omsorgsrådmand i Aarhus Kommune og med spørgsmål og kommentarer fra regionsrådsmedlemmerne
10.00-10.55	Reformen i reformen: Lægedækning og nyt samarbejde med almen praksis Oplæg ved Mogens Vestergaard, praktiserende læge i Grenå og tidl. medlem af Sundhedsstrukturkommissionen. Kommentarer og efterfølgende debat med deltagerne.
10.55-11.10	Pause
	De nye opgaver for regionerne Punktet samler op på drøftelserne og indledes med kort oplæg fra Anders og Mads med fokus på, hvad der bliver de nye centrale opgaver og forventninger til opgaveflyttet. Der lægges op til en bred drøftelse med deltagerne.
11.55-12.00	Afslutning Tak for i dag v/ formandskabet

Note: **blå skrift** indikerer et obligatorisk element i Danske Regioners generalforsamling i henhold til vedtægterne

Udsendelse af materiale

Det fremgår af Danske Regioners vedtægter, at dagsorden, regnskab, skriftlig beretning og forslag til behandling ved generalforsamlingen skal sendes til de delegerede senest fire uger før generalforsamlingen.

Bestyrelsen har besluttet, at en række vedtægtsændringer skal behandles på generalforsamlingen. Jf. § 18 i Danske Regioners vedtægter skal vedtægtsændringer fremgå af dagsorden for generalforsamlingen, se overstående program.

Programhæfte med regnskab og indkomne forslag samt den skriftlige beretning og bestyrelsens forslag til vedtægtsændringer udsendes således til alle regionsrådsmedlemmer på mail den 13. marts 2025.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

17 (Fortrolig)

18 (Fortrolig)

Resumé

Danske Regioners regnskab for 2024 aflægges i overensstemmelse med årsregnskabslovens regler for klasse A-virksomheder. Årsregnskabet er revideret af BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab.

Danske Regioners resultatopgørelse udviser et driftsunderskud på 34,0 millioner kroner.

De finansielle poster udgør 34,5 millioner kroner, idet der er indtægter på 19,0 millioner kroner, omkostninger på 1,0 millioner kroner og kursgevinster på 16,4 millioner kroner. Dermed udviser resultatet af foreningens drift et overskud på 0,4 millioner kroner.

Udgiften til projektbevillinger udgjorde 8,4 millioner kroner fordelt med 1,4 millioner kroner til Godt Sygehusbyggeri, 1,9 millioner kroner til Ekstraordinær klimaindsats, 0,1 millioner kroner til Tværregional juridisk enhed og 5,0 millioner kroner til Tilskud til Medicinrådet. Årets resultat er dermed et underskud på 8,0 millioner kroner.

Danske Regioners balance pr. 31. december 2023 udgør 602,2 millioner kroner. Egenkapitalen ultimo 2024 udgør 306,1 millioner kroner, hvilket er et fald på 8,0 millioner kroner i forhold til primo egenkapitalen svarende til årets resultat.

Indstilling

Det indstilles,

*at Danske Regioners regnskab for 2024 godkendes og underskrives, og
at Revisionsprotokollatet underskrives.*

Sagsfremstilling

Danske Regioners regnskab for 2024 er revideret af BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab. Revisionen har ved afslutningen af revisionen af Danske Regioners årsregnskab afgivet en beretning.

Konklusionen på den udførte revision er, at *"godkender ledelsen årsregnskabet i den nuværende form, vil vi forsyne det med en påtegning uden forbehold, omtale af væsentlig usikkerhed vedrørende fortsat drift, fremhævelse af forhold eller andre rapporteringsforpligtelser."*

Regnskabet aflægges som en årsrapport efter årsregnskabslovens regnskabsklasse A. Denne regnskabsklasse er beregnet på virksomheder, som ikke er forpligtet til at aflægge årsrapport, men som frivilligt har valgt at aflægge en sådan til ekstern brug. Bestyrelsen besluttede ved behandlingen af Danske Regioners kasse- og regnskabsregulativ den 23. november 2006, at regnskabslovens principper skulle anvendes.

Resultatopgørelsen for 2024

Danske Regioners resultatopgørelse udviser et driftsunderskud på 34,0 millioner kroner.

De finansielle poster udgør 34,5 millioner kroner, idet der er indtægter på 19,0 millioner kroner, omkostninger på 1,0 millioner kroner og kursgevinster på 16,4 millioner kroner. Dermed udviser resultatet af foreningens drift et overskud på 0,4 millioner kroner.

Udgiften til projektbevillinger udgjorde 8,4 millioner kroner fordelt med 1,4 millioner kroner til Godt Sygehusbyggeri, 1,9 millioner kroner til Ekstraordinær klimaindsats, 0,1 millioner kroner til Tværregional juridisk enhed og 5,0 millioner kroner til Tilskud til Medicinrådet. Årets resultat er dermed et underskud på 8,0 millioner kroner.

Danske Regioners samlede regnskab

I det følgende tages der udgangspunkt i Budget og resultatoversigt 2024.

De samlede indtægter før finansielle poster er godt 1,4 millioner kroner lavere end budgetteret. Den primære årsag var lavere sekretariatsbidrag end budgetteret.

Sekretariatsbidragene og øvrige indtægter fluktuerer bl.a. i takt med indgåede projektbevillinger i forskningsfondene og fordeler sig dermed ujævnt over årene.

De samlede personaleomkostninger på 238,2 millioner kroner er godt 4,4 millioner kroner højere end budgetteret. De primære årsager er merudgifter i forhold til budgettet som konsekvens af OK 24 samt udgifter til hensættelser til fratrædelser henover årsskiftet.

Driftsomkostninger eksklusiv personaleomkostninger er 13,6 millioner kroner lavere end budgetteret.

Udgifterne til fremmede tjenesteydelser er 9,6 millioner kroner lavere end budgetteret, hvilket primært skyldes uforbrugte puljemidler på 6,9 millioner kroner. Udgifterne til advokatbistand er 0,8 millioner kroner lavere end budgetteret.

Udgifterne til mødeaktiviteter og rejser er 1,1 millioner kroner lavere end budgetteret. Øvrige udgifter er 3,5 millioner kroner lavere end budgetteret bla. som følge af lavere udgifter i de eksternt finansierede enheder.

Finansielle poster

De finansielle indtægter udgør 19,0 millioner kroner imod de budgetterede 9,0 millioner. Renteindtægterne på obligationsbeholdningen er høje i 2024 som konsekvens af de foregående års stigende renteniveau. Hertil kom høje dividendeudbetalinger på aktierne. De finansielle omkostninger er 1,0 millioner kroner lavere end budgetteret. Kursgevinster udgør 16,4 millioner kroner. Overskuddet på de finansielle poster er samlet 34,5 millioner kroner i 2024.

Sekretariatet

Sekretariatet er betegnelsen for den del af Danske Regioner, der er finansieret af grundkontingentet, der fastsættes på generalforsamlingen.

Det er på sekretariatets område, at reguleringen vedr. tjenestemandspensionsforpligtelsen og kapitalposterne driftsføres. Dette kan medføre større udsving på disse poster imellem regnskabsårene. Kapitalposterne udviser en forbedring på 27,5 millioner kroner i forhold til budgettet. Resultatet er på niveau med 2023. Hensættelsen til tjenestemandspensionister er opreguleret med 1,9 millioner kroner i 2024, hvilket er 0,9 millioner kroner over budgettet.

Sekretariatets driftsresultat udgjorde 22,7 millioner kroner i 2024 mod et budgetteret driftsresultat på 33,4 millioner kroner. Den primære årsag er et mindre forbrug på puljerne jf. ovenfor. Efter kapitalposter og projektbevillinger er årets resultat et mindre forbrug på 1,0 millioner kroner mod et budgetteret merforbrug på 34,4 millioner kroner.

Medicinrådet

Medicinrådet har egne kontingentindtægter og selvstændig økonomi men indgår som en del af det samlede regnskab. I note 20 i årsrapporten vises hovedtallene for Medicinrådets del af regnskabet for 2024.

Medicinrådets indtægter er øget med 2,5 millioner kroner i forhold til budgettet som konsekvens af tilførsel af midler til HTA-området.

Medicinrådets resultat for 2024 er et merforbrug på 0,9 millioner kroner.

Behandlingsrådet

Behandlingsrådet har egne kontingentindtægter og selvstændig økonomi men indgår som en del af det samlede regnskab. I note 23 i årsrapporten vises hovedtallene for Behandlingsrådets del af regnskabet for 2024.

Behandlingsrådets resultat for 2024 er et merforbrug på 9,7 millioner kroner.

Behandlingsrådet indgår fra 2025 i Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. De resterende uforbrugte midler overføres efter en supplerende opgørelse af efterfølgende bevægelser til Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut i foråret 2025.

Status pr. 31. december 2024

Danske Regioners balance pr. 31. december 2023 udgør 602,2 millioner kroner. Egenkapitalen ultimo 2024 udgør 306,1 millioner kroner, hvilket er et fald på 8,0 millioner kroner i forhold til primo egenkapitalen svarende til årets resultat.

Værdien af ejendomme og øvrige anlægsaktiver udgør 169,3 millioner kroner efter årets tilgange og afskrivninger.

Danske Regioner har indgået en kapitalforvaltningsaftale med Nordea Asset Management. Aftalens overordnede investeringspolitik medfører en maksimal aktieandel på 30 pct. og en deraf følgende obligationsandel på 70 pct.

Ultimo 2024 udgjorde aktieandelen 28,8 pct. af den samlede portefølje på 339,9 millioner kroner (inklusiv indestående på tilhørende porteføljekonto på 1,2 millioner kroner ultimo 2024). Obligationsporteføljen søges placeret under hensyn til højest muligt afkast med lavest mulig risiko for kurstab ved renteudsving samtidig med, at det sikres, at der løbende frigives kapital til at dække de løbende driftsunderskud. Obligationernes restløbetid fordeler sig med 44 pct. af beholdningen mellem 0 og 5 år og 56 pct. over 10 år.

Interimskonti

Danske Regioner forvalter centrale overenskomstpuljer, der er opkrævet i amterne og regionerne siden 1993. Overenskomstparterne disponerer over puljerne, og der henstår 105,1 millioner kroner. Puljerne forrentes med diskontoen minus 2 procent. Rentetilskrivningen udgjorde i 2024 1,5 millioner kroner fordelt på OK-området. Renteudgiften er udgiftsført i Danske Regioners regnskab.

Der er hensat midler til projekter for 56,8 millioner kroner. Den største del heraf udgøres af Regionernes Medicinpulje, hvor der ultimo 2024 henstod 22,5 millioner kroner for puljen 2024-2029. Der er heraf givet tilsagn for 4 millioner kroner af midlerne, der kommer til udbetaling i 2025 og frem. Der bliver åbnet for ansøgninger i foråret 2025 for den resterende del af puljen. Herudover udgjorde den Fællesregionale pulje til forskning i forebyggelse 1,4 millioner kroner ultimo 2024. Der er givet tilsagn for alle 1,4 millioner kroner, der kommer til udbetaling i 2025 og frem.

Der er ingen erhvervsaktive tjenestemænd ansat i Danske Regioner. Der udbetales tjenestemandspensioner til 15 tidligere ansatte tjenestemænd eller deres enker. Danske Regioners tjenestemandspensionsforpligtelse er delvis dækket ved forsikring i Sampension A/S. Sampension har fra 2020 ændret opgørelsesmetoden for pensionsdepotet således, at det nu beregnes med en grundlagsrente på 0 pct. Som konsekvens heraf er beregningen af pensionsforpligtelsen for alle pensionisterne ændret til at følge EIOPAs (European Insurance and Occupational Pensions Authority) rentekurve. Tjenestemandspensionsforpligtelsen er optaget til indskudsværdien ultimo 2024 af den manglende forsikringsmæssige dækning svarende til 31,1 millioner kroner. Reguleringen udgør 1,9 millioner kroner i 2024.

Til dækning af Danske Regioners feriepengeforpligtelse er hensat 17,1 millioner kroner.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Årsrapport 2024 Danske Regioner (1756785 - EMN-2024-01192)
2. Protokollat 2024 Danske Regioner (1756784 - EMN-2024-01192)
3. Budget og resultatoversigt 2024 (1757563 - EMN-2024-01192)

Resumé

Danske Regioners bestyrelse var fra den 15. til den 17. januar 2025 på studietur til Holland for blandt andet at høre om nære sundhedstilbud og arbejdet med at sikre et bæredygtigt sundhedsvæsen. Væsentlige pointer fra studieturens oplæg er sammenfattet her.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager opsamling på studietur til Holland den 15.-17. januar 2025 til efterretning.

Sagsfremstilling

Bestyrelsen besluttede i august 2024 at gennemføre en studietur til Holland med fokus på nære sundhedstilbud og arbejdet mod et bæredygtigt sundhedsvæsen. Et af fokusområderne var den aftale, som relevante parter i sundhedsvæsenet indgik i 2022, der havde til formål at sikre høj kvalitet, tilgængelighed og et økonomisk bæredygtigt sundhedsvæsen i fremtiden (Integral Healthcare Agreement eller IZA).

Fakta om det hollandske sundhedsvæsen

Holland har tre forvaltningsled, hvori private forsikringsselskaber varetager de fleste sundhedsydelser. Ministeriet har nationalt ansvar for mål, regulering og kontrol med sundhedsområdet. Konkurrerende forsikringsselskaber, som er reguleret af staten, er ansvarlige for at tilbyde sundhedsydelser til alle borgere. Ydelser leveres af private leverandører. Kommunerne er ansvarlige for tilbud på det specialiserede voksenområde samt organisering af praktisk hjælp (fx rengøring). Kommunerne er også ansvarlige for øvrige primære sundhedsydelser, fx forebyggende indsatser. Hjemmesygepleje og personlig pleje varetages af forsikringsselskaberne.

Særlige opmærksomhedspunkter fra studieturen

- Udfordringsbilledet i Holland og Danmark er på mange måder ens. Udfordringer i Holland søges imødekommet ved blandt andet at styrke samarbejdet mellem de forskellige aktører i sundhedsvæsenet, øget brug af digitalisering, fokus på 'appropriate care' (den "rigtige" behandling) og inddragelse af civilsamfundet og uformelle netværk.

- På tværs af sundhedsvæsenets partnere arbejdes med "Appropriate Care" (på hollandsk: Passende Zorg), som handler om at levere pleje og behandling, der er nødvendig, effektiv og tilpasset den enkeltes behov.
- Civilsamfundet bliver set som en central aktør i forhold til at komme i mål med omstillingen af sundhedsvæsenet til 'appropriate care'.
- I de forandringer, der arbejdes med i Holland, er udfordringen med manglen på arbejdskraft centralt placeret.
- Der bliver i Holland talt om, at det bliver umuligt at imødekomme de kommende års efterspørgsel efter sundhedstilbud. Der bliver peget på øget digitalisering som en af løsningerne.
- Systemet i Holland er præget af konkurrence, og der er behov for mere samarbejde mellem de forskellige aktører. Håbet er, at Integral Healthcare Agreement er en af løsningerne.
- Hospitalerne (der alle er private) bliver i det nuværende system ikke betalt for at 'holde patienterne ude af hospitalerne'. Det er en udfordring i forhold til at sikre, at patienter ikke unødigt optager hospitalssenge.

Programmet for studieturen er vedlagt sammen med præsentationer fra oplægsholdere på studieturen.

Den videre proces

Bestyrelsen havde efter oplæg fra Mooi Maasvallei et ønske om en model for, hvordan man kan arbejde mere sammen med civilsamfundet i sundhedsrådene. Sagen behandles på bestyrelsesmødet den 13. marts 2025.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Buurtzorg 16_01_25 (1755688 - EMN-2022-00777)
2. Elisabeth Tweesteden Hospital (1755689 - EMN-2022-00777)
3. Health Insurer VGZ - Danske Regioner (1755690 - EMN-2022-00777)
4. Ministry of Health (VWS) (1755691 - EMN-2022-00777)
5. MooiMaasvallei (1755692 - EMN-2022-00777)
6. Hadoks (1755693 - EMN-2022-00777)
7. Program book Danske Regioner 2025 (1755694 - EMN-2022-00777)

21 (Offentlig) Mødekalendar for 2026 samt afholdelse af udvalgsmøder

lough@regioner.dk
EMN-2020-01396

Resumé

Forslag til mødekalendar for 2026 for bestyrelsen samt afholdelse af udvalgsmøder i 2026.

Indstilling

Det indstilles,

*at bestyrelsen godkender mødeplanen for bestyrelsesmødet i 2026, og
at bestyrelsen indstiller over for udvalgsformændene i den kommende
udvalgsperiode, at udvalgsmøder i 2026 planlægges, afholdt på de
reserverede datoer.*

Sagsfremstilling

Af hensyn til regionernes planlægning af rådsmøder mv. fremlægges forslag for mødeplan for 2026.

Mødeplanen for næste bestyrelsesperiode vil også skulle godkendes af den nye bestyrelse, når denne er udpeget i 2026.

Ligeledes af hensyn til regionernes planlægning indstilles også allerede nu en række datoer, der reserveres til udvalgsmøder i den kommende periode.

Bestyrelsesmøder i 2026

Mødernes afholdes kl. 10.30 – 15.00, medmindre andet er anført:

- **Torsdag den 26. februar**
- **Onsdag den 25. marts kl. 16.00** (forberedelse af Topmøde 2026) i Aarhus
- **Torsdag den 26. marts – konstituerende bestyrelsesmøde** (i forbindelse med Topmøde 2026)
- **Torsdag den 16. april**
- **Fredag den 8. maj kl. 11.00 – 13.00** (i forlængelse af bestyrelsesseminar)
- **Torsdag den 18. juni** (Folkemøde den 11.-13. juni)
- **Torsdag den 27. august**
- **Torsdag den 24. september**
- **Torsdag den 22. oktober**
- **Torsdag den 19. november**
- **Torsdag den 17. december**

Foruden de ovennævnte møder forventes der indkaldt til ekstraordinære møder i maj i forbindelse med de årlige økonomiforhandlinger.

Bestyrelsesseminar

Torsdag den 7. maj kl. 12.00 - fredag den 8. maj kl. 11.00 efterfulgt af bestyrelsesmøde kl. 11.00 – 13.00.

Større arrangementer i 2026

Regionernes Økonomi- og styringsseminar (RØST) – ikke afklaret

Introdag for nye regionsrådspolitikere den 29.-30. januar

Regionerne Politiske Topmøde og generalforsamling den 26. – 27. marts.

Folkemøde den 11. – 13. juni.

Sundhed for Alle den 5. november

Kurser for regionsrådspolitikere i 2026

Sundhedsøkonomi den 5. marts

Patientrettigheder, patientsikkerhed og patientklagesystemet den 28. maj

Udvalgsmøder i 2026

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

Udvalgsmøderne kan placeres på følgende datoer

- April:
 - Torsdag den 9. april
 - Torsdag den 23. april
 - Fredag den 24. april
- Maj:
 - Torsdag den 21. maj
 - Fredag den 29. maj
- Juni:
 - Torsdag den 4. juni
 - Torsdag den 25. juni
- August:
 - Torsdag den 13. august
 - Fredag den 14. august
- September:
 - Torsdag den 3. september
 - Fredag den 4. september
 - Torsdag den 10. september
- Oktober:
 - Torsdag den 29. oktober

- Fredag den 30. oktober
- November:
 - Fredag den 6. november
 - Torsdag den 12. november
 - Fredag den 20. november
- December:
 - Torsdag den 3. december
 - Torsdag den 10. december
 - Fredag den 18. december

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

22 (Offentlig) Høringssvar - Udkast til forslag til lov om ændring af lov om socialtilsyn

tga@regioner.dk
EMN-2023-00875

Resumé

Ændring af lov om socialtilsyn har været i høring. Danske Regioner har med input fra regionerne udarbejdet et høringssvar, der er afsendt med forhold for bestyrelsens godkendelse. Der er i tillæg fremsendt et mere fyldestgørende høringssvar, der vedlægges til orientering.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar til ændring af lov om socialtilsyn.

Sagsfremstilling

Danske Regioner har den 23. januar 2025 modtaget høring over udkast til lovforslag om ændring af lov om socialtilsyn, lov om social service, barnets lov og lov om behandlings- og specialundervisningstilbud til børn og unge (Mere risikobaseret socialtilsyn, regelforenklinger m.v.) fra Social- og Boligministeriet.

I høringssvaret fremhæves:

- at socialtilsynet løser en vigtig opgave med at kontrollere, at den nødvendige kvalitet er til stede i de sociale tilbud. Samtidig bidrager socialtilsynet gennem dialog til udvikling af kvaliteten i tilbuddene.
- Danske Regioner støtter intentionen om at effektivisere socialtilsynet mhp. en reducere af udgifterne således, at ressourcerne i tilbuddene kan bruges på borgernære opgaver. Der er ved effektivisering af socialtilsynet en risiko for forskydning af tilsynstryk til andre områder.
- Effektiviseringen af socialtilsynet bør ske på en måde, så der værnes om den udviklingsorienterede dialog. Det er væsentligt, at socialtilsynet forsat spiller en rolle i forhold til udvikling og kontrol.
- Hvis socialtilsynet udelukkende fremadrettet vil anvende uanmeldte tilsyn, vil det begrænse mulighederne for dialog. En god balance mellem anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg vil kunne understøtte både udvikling og kontrol.

- Danske Regioner bakker op om, at der indføres en risikomodel og at ressourcerne koncentrerer på de tilbud, hvor der er størst behov. Det kan dog medføre, at specialiserede tilbud til særligt sårbare borgere udtages oftere til tilsyn. Disse tilbud vil således ikke opleve et reduceret tilsynstryk. Der bør i den forbindelse være opmærksomhed på ikke at stigmatisere de tilbud, som tager sig af særligt sårbare borgere, hvor der kan være øget behov for tilsynsbesøg. Samtidig bør det præciseres i lovgivningen, hvordan udgifterne ifm. en høj tilsynsintensitet skal dækkes. Hvis finansieringen bliver aktivitetsbaseret, vil det blive fordyrende for tilbud med en høj tilsynsintensitet.

Adgang til høringsmateriale

Høringsmaterialet til lov om ændring af lov om socialtilsyn findes på høringsportalen: [Høringsdetaljer - Høringsportalen](#).

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Danske Regioner har med input fra regionerne udarbejdet et høringssvar, der er afsendt med forhold for bestyrelsens godkendelse. Der er i tillæg fremsendt et mere fyldestgørende og teknisk høringssvar, der vedlægges til orientering.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Høringssvar vedr. udkast til lovforslag om ændring af lov om socialtilsyn mm (1756050 - EMN-2023-00875)
2. Høring - Ændring af lov om socialtilsyn (1754791 - EMN-2023-00875)

23 (Offentlig) Høringssvar - Revideret lovforslag om universitetsreform m.v.

jenbj@regioner.dk
EMN-2025-00212

Resumé

Uddannelses- og Forskningsministeriet har gennemført høring over et lovforslag, der skal følge op på den politiske aftale om en reform af universitetsuddannelserne i Danmark. I høringssvaret bakker Danske Regioner op om lovforslaget.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar.

Sagsfremstilling

Uddannelses- og Forskningsministeriet har gennemført høring over revideret lovforslag om ændring af universitetsloven, lov om akkreditering af videregående uddannelsesinstitutioner og forskellige andre love (Kandidatuddannelse på 75 ECTS-point, fleksibel erhvervskandidatuddannelse og andre elementer fra aftale om reform af universitetsuddannelserne i Danmark m.v.)

Lovforslaget har til formål at udmønte dele af den politiske aftale om reform af universitetsuddannelserne i Danmark samt indgåede politiske forlig i forlængelse heraf. Reformen indebærer, at en del af de toårige kandidatuddannelser skal omlægges til kandidatuddannelser på 1½ studieår eller erhvervskandidatuddannelser, hvor den studerende uddanner sig, imens vedkommende er i sideløbende beskæftigelse hele eller dele af uddannelsen. Reformen skal understøtte, at man kan tilbyde de studerende nye veje til en kandidatgrad, løfte uddannelseskvaliteten på universiteterne og forbedre mulighederne for livslang læring, bl.a. for at skabe bedre balance i det samlede uddannelsessystem i forhold til at imødekomme arbejdsmarkedets og samfundets behov.

Lovforslaget er blevet revideret på baggrund af aftale i forligskredsen indgået i december 2024 om nye muligheder for mere fleksible erhvervskandidatuddannelser. I forlængelse heraf er følgende elementer blevet tilføjet lovforslaget: 1) Erhvervskandidatuddannelser, der kombinerer fuldtidsstudier med efterfølgende deltidsstudier, hvor den studerende er i sideløbende beskæftigelse, og 2) SU til den del af kombinationsuddannelsen, der gennemføres som fuldtidsstudie.

Danske Regioners høringssvar

I høringssvaret bakker Danske Regioner op om lovforslaget og kvitterer for universitetsreformen. Herudover opfordres der i høringssvaret til, at det undersøges, om psykologuddannelsen kan være relevant i forhold til en mere erhvervsrettet del, der kan gøre den mere rettet mod patientbehandling.

Adgang til høringsmateriale

Høringsmaterialet kan findes på høringsportalen: [Høringsdetaljer - Høringsportalen](#)

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

På grund af høringsfristen den 17. februar 2025 er høringssvaret fremsendt til Uddannelses- og Forskningsministeriet med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Høringssvar vedr revideret lovforslag om universitetsreform mv (1755381 - EMN-2025-00212)

24 (Offentlig) Høringssvar - Sundhedsfaglig autorisation for psykologer

jenbj@regioner.dk
EMN-2025-00157

Resumé

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har gennemført høring af et lovforslag, der vil ophæve den nuværende særordning for psykologers autorisation og i stedet lade dem omfatte af den almindelige autorisationsordning, som gælder for øvrige sundhedspersoner. I høringssvaret bakker Danske Regioner op om den foreslåede ændring.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen godkender Danske Regioners høringssvar.

Sagsfremstilling

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har gennemført høring over udkast til lovforslag om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love samt ophævelse af lov om psykologer m.v. (Sundhedsfaglig autorisation af psykologer).

Med lovforslaget vil psykologer blive omfattet af den almindelige sundhedsfaglige autorisation i stedet for den særskilte autorisationsordning for psykologer, der eksisterer i dag.

Psykologer har som faggruppe af historiske årsager hidtil været underlagt en selvstændig autorisationsordning, der er fastsat i psykologloven under Social- og Boligministeriets ressort. Dermed adskiller de sig fra øvrige grupper af sundhedspersoner, som er autoriseret efter autorisationsloven under Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Regeringen har imidlertid på baggrund af anbefalinger fra en tværministeriel arbejdsgruppe fremsat forslag om, at psykologer fremadrettet skal være omfattet af samme autorisationsordning efter autorisationsloven som øvrige sundhedspersoner.

Psykologerne vil dermed blive underlagt samme regler i forhold til tilsyns- og klageordninger m.v. som deres øvrige sundhedsfaglige kolleger, hvilket vurderes at være til gavn for patientsikkerheden og øge gennemsigtigheden i forhold til de rammer, der gælder for psykologernes virke.

Danske Regioners høringssvar

I høringssvaret bakker Danske Regioner op om lovforslaget.

Danske Regioners sekretariat har indhentet bemærkninger fra regionerne til brug for høringssvaret.

Adgang til høringsmateriale

Høringsmaterialet kan findes på høringsportalen: [Høringsdetaljer - Høringsportalen](#)

Økonomi

Der er i høringssvaret taget forbehold for økonomiske konsekvenser for regionerne som følge af, at psykologer med lovforslaget omfattes fuldt ud af sundhedslovgivningens klage- og erstatningsordninger, som regionerne er med til at finansiere.

Sekretariatets bemærkninger

På grund af høringsfristen den 17. februar 2025 er høringssvaret fremsendt til Indenrigs- og Sundhedsministeriet med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Høringssvar - lovforslag om sundhedsfaglig autorisation af psykologer (1755384 - EMN-2025-00157)

Resumé

Følgende emner er til orientering:

- Life Science Rådets anbefalinger til en europæisk life science-strategi
- Politiske møder
- Arrangementer og konferencer

Indstilling

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

Sagsfremstilling

Life Science Rådets anbefalinger til en europæisk life science-strategi
(EMN-2023-00371)

Der er indgået en politisk aftale på Christiansborg den 21. november 2024 om Strategi for life science 2024-2027. Der er afsat 100 mio. kr. årligt fra 2024 til 2027. Det forventes, at der foreligger en implementeringsplan for strategien i foråret 2025.

Danske Regioner er medlem af Life Science Rådet, som skal følge implementeringen af strategien gennem tre undergrupper:

1. Europæisk lifescience-strategi og EU
2. Sundhedsinnovationsindeks
3. Rammevilkår for life science-produktion og investeringer i Danmark

Danske Regioner deltager i undergruppe 2 vedr. sundhedsinnovationsindekset.

Derudover har Danske Regioner også bidraget med input til Rådets anbefalinger for en europæisk life science-strategi. Rådets endelige anbefalinger er pt. under udarbejdelse, men Rådet er enige om, at anbefalinger primært skal fokusere på at fremme betingelser for vækst, handel, innovation og forskning samt styrke det europæiske samarbejde på området.

Politiske møder

(EMN-2024-00004)

Der har siden den 30. januar 2025 været holdt følgende politiske møder:

- 4. februar. Møde med indenrigs- og sundhedsministeren om implementering af "Det let tilgængelige tilbud i psykiatrien". Anders Kühnau og Mads Duedahl deltog.
- 6. februar. Møde med børne- og undervisningsministeren om en ny erhvervs- og professionsrettet gymnasieuddannelse. Anders Kühnau deltog.
- 21. februar. Møde i det politiske udvalg for den digitale taskforce for kunstig intelligens. Anders Kühnau deltog.
- 4. marts. Møde med social- og boligministeren. Anders Kühnau deltog.
- 4. marts. Møde med digitaliseringsministeren om FODS. Anders Kühnau deltog.

Arrangementer og konferencer

(EMN-2024-00004)

18.-20. marts 2025

Aarhus: OffDig 2025 Offentlig Digitaliseringskonference. Danske Regioner er medarrangør sammen med Dansk IT og en række andre.

31. marts 2025

København (Christiansborg): Innovation som løftestang for fremtidens sundhedsvæsen. LIF, Lægeforeningen og Danske Regioner er arrangører.

10. april 2025

Aarhus: Regionernes Politiske Topmøde. Danske Regioner er arrangør.

12.-14. juni 2025

Allinge: Folkemøde.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

26 (Offentlig) Formandens meddelelser

ullar@regioner.dk
EMN-2024-00904

Resumé

-

Indstilling

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

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

27 (Fortrolig)

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager til efterretning, at næste bestyrelsesmøde holdes onsdag den 9. april 2025 på Comwell, Værkmestergade 2 i Aarhus.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

29 (Offentlig) Eventuelt

ullar@regioner.dk
EMN-2024-00904

Resumé

-

Indstilling

-

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

Bilag Titel:	Data om ph.d.er i regionerne
Dagsordens titel	Udvikling i antallet af ph.d.-studerende i regionerne
Dagsordenspunkt nr	15
Bilag nr	1
Antal bilag:	2



NOTAT

18-02-2025
EMN-2025-00257
1755275
mkt@regioner.dk

Bilag 1: Data over ph.d.-studerende i regionerne.

Figur 1: Udvikling i kliniske assistenter i regionerne, antal ansatte

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Region Hovedstaden	550	628	717	752	800	845
Region Midtjylland	76	87	87	86	100	79
Region Nordjylland	45	48	45	49	55	68
Region Sjælland	64	68	85	86	89	110
Region Syddanmark	57	74	70	73	86	92
I alt	792	905	1.004	1.046	1.130	1.194

Kilde: KRL

Anm.: Tallene er opgjort for oktober måned i det pågældende år

Figur 2: Oversigt over kliniske assistenter i de fem regioner**Region Hovedstaden, årsværk**

	201 9	202 0	2021	2022	2023	2024
Rigshospitalet Ekstern Finansiering	249	265	291	296	313	321
Rigshospitalet Drift	37	46	57	63	66	52
Steno Diabetes Center Copenhagen	27	31	32	34	35	42
Herlev og Gentofte Hospital	101	125	133	137	145	137
Amager og Hvidovre Hospital	29	35	43	42	40	50
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	50	47	55	55	70	74
Nordsjællands Hospital	8	9	16	21	14	19
Psykiatrien	16	17	20	28	31	38
Akutberedskab	3	3	4	3	3	6
Center for HR og Uddannelse	0	0	0	0	0	1
Regionsgården	1	2	1	0	0	0
I alt	522	579	651	679	719	739

Kilde: KRL

Anm.: Opdelt på KRL's "Organisations niveau 1". Kun sygehuse der har haft kliniske assistenter i perioden er medtaget

Region Midtjylland, årsværk

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Aarhus Universitetshospital	63	65	64	59	70	54
Ekstern Finansiering AUH	0	0	0	1	1	0
Hospitalsenhed Midt	2	5	4	4	6	4
Psykiatrien	0	0	0	1	0	0
Regionshospitalet Randers	0	0	0	0	1	1
Regionshuse mv.	3	2	1	1	1	1
I alt	67	72	68	66	79	60

Kilde: KRL

Anm.: Opdelt på KRL's "Organisations niveau 1". Kun sygehuse der har haft kliniske assistenter i perioden er medtaget

Region Nordjylland, årsværk

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	9					
Aalborg Universitetshospital	32	35	38	38	46	55
Den Præhospital Virksomhed	1	0	0	0	1	1
Psykiatrien Aalborg						
Universitetshospital	4	4	1	1	2	2
Puljer og Uddannelsesmidler	0	0	0	0	0	1
Regionshospital Nordjylland	3	4	1	1	1	2
Steno Diabetes Center Nordjylland	2	2	3	4	2	3
Tværgående Funktioner	0	0	0	0	0	0
I alt	42	44	43	44	52	64

Kilde: KRL

Anm.: Opdelt på KRL's "Organisations niveau 1". Kun sygehuse der har haft kliniske assistenter i perioden er medtaget

Region Sjælland, årsværk

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	9					
Sjællands Universitetshospital	55	55	62	58	58	63
Næstved Slagelse og Ringsted						
Sygehuse	2	2	8	9	7	12
Filadelfia	1	1	1	1	2	1
Holbæk Sygehus	3	3	4	5	3	8
Præhospitalt Center	0	0	0	2	2	2
Psykiatriområdet	2	3	3	4	8	8
I alt	62	64	78	78	80	95

Kilde: KRL

Anm.: Opdelt på KRL's "Organisations niveau 1". Kun sygehuse der har haft kliniske assistenter i perioden er medtaget

Region Syddanmark, årsværk

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Odense Universitetshospital	47	60	57	60	66	72
Esbjerg og Grindsted Sygehus	1	1	1	0	0	0
Sygehus Lillebælt	1	3	2	1	2	0
I alt	49	64	60	61	69	72

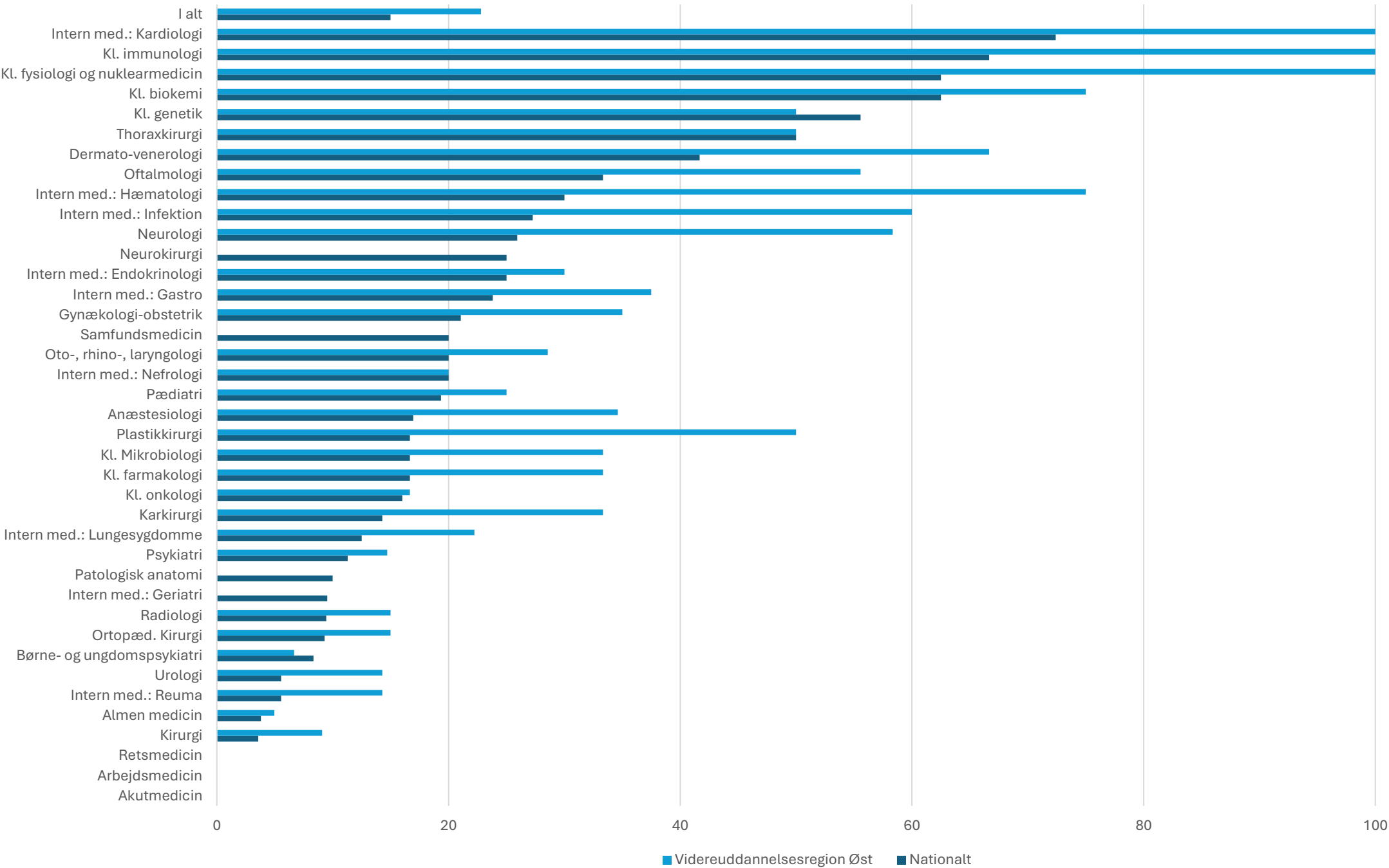
Kilde: KRL

Anm.: Opdelt på KRL's "Organisations niveau 1". Kun sygehuse der har haft kliniske assistenter i perioden er medtaget

Relateret document 2/2

Dokument Navn:	Ph.d.er i hoveduddannelsesforløb.pdf
Dokument Titel:	Ph.d.er i hoveduddannelsesforløb
Dokument ID:	1755739

Andel af ansatte i hoveduddannelsesforløb i 2024, som har gennemført en ph.d.



Bilag Titel:	Årsrapport 2024 Danske Regioner
Dagsordens titel	Danske Regioners regnskab 2024
Dagsordenspunkt nr	19
Bilag nr	1
Antal bilag:	3

DANSKE
REGIONER



Årsrapport 2024

Indholdsfortegnelse

Foreningsoplysninger	3
Påtegninger	
Ledelsespåtegning	5
Uafhængige revisors revisionspåtegning	6
Ledelsesberetning	
Ledelsesberetning	9
Årsregnskab	
Anvendt regnskabspraksis	10
Resultatopgørelse	14
Balance	15
Noter	17

Foreningsoplysninger

Danske Regioner
Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

Telefon: 35 29 81 00
Telefax: 35 29 83 00
Hjemmeside: www.regioner.dk
E-mail: regioner@regioner.dk

CVR-nummer: 55832218
Oprettet 1. januar 2007
Hjemsted: København

Regnskabsperiode: 1. januar 2024 - 31. december 2024

Direktion:

Adm. Dir. Adam Wolf
Direktør Rikke M. Friis
Direktør Helene Probst

Bestyrelse:

Anders Kühnau - formand
Mads Duedahl - 1. næstformand
Trine Birk Andersen - 2. næstformand
Lars Gaardhøj
Bo Libergren
Mette With Hagensen
Mogens Nørgård
Leila Lindén
Anders G. Christensen
Randi Mondorf
Camilla Hove Lund
Christoffer Buster Reinhardt
Per Larsen
Martin Jakobsen
Karin Friis Bach
Peter Westermann
Tormod Olsen

Pengeinstitut:

Nordea, Hovedvejen 112, 2600 Glostrup

Revision:

BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab
Rabalderstræde 7. 2. sal, 4000 Roskilde

Ledelsespåtegning

Bestyrelsen og direktionen har dags dato behandlet og godkendt årsrapporten for 1. januar - 31. december 2024 for Danske Regioner.

Årsrapporten aflægges i overensstemmelse med årsregnskabslovens klasse A og den på side 10-13 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis.

Det er vores opfattelse, at årsregnskabet giver et retvisende billede af Danske Regioners aktiver, passiver og finansielle stilling pr. 31. december 2024 samt af resultatet af Danske Regioners aktiviteter for regnskabsåret 1. januar – 31. december 2024.

Ledelsesberetningen indeholder efter vores opfattelse en retvisende redegørelse for de forhold, beretningen omhandler.

Årsrapporten indstilles til generalforsamlingens godkendelse.

København, den 13. marts 2025

Adam Wolf
Adm. Direktør

Kenneth Jensen
Administrationschef

Bestyrelse:

den 13. marts 2025

Anders Kühnau
Formand

Mads Duedahl
1. næstformand

Trine Birk Andersen
2. næstformand

Lars Gaardhøj

Bo Libergren

Mette With Hagensen

Mogens Nørgård

Leila Lindén

Anders G. Christensen

Randi Mondorf

Camila Hove Lund

Christoffer Buster Reinhardt

Per Larsen

Martin Jakobsen

Karin Friis Bach

Peter Westermann

Tormod Olsen

DEN UAFHÆNGIGE REVISORS REVISIONSPÅTEGNING

Til Bestyrelsen for Danske Regioner

Konklusion

Vi har revideret årsregnskabet for Danske Regioner for regnskabsåret 1. januar – 31. december 2024, der omfatter resultatopgørelse, balance, noter og anvendt regnskabspraksis. Årsregnskabet udarbejdes efter årsregnskabslovens klasse A og den på side 10-13 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis.

Det er vores opfattelse, at årsregnskabet giver et retvisende billede af Danske Regioners aktiver, passiver og finansielle stilling pr. 31. december 2024 samt af resultatet af Danske Regioners aktiviteter for regnskabsåret 1. januar - 31. december 2024 i overensstemmelse med årsregnskabslovens klasse A og den på side 10-13 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis.

Grundlag for konklusion

Vi har udført vores revision i overensstemmelse med internationale standarder om revision og de yderligere krav, der er gældende i Danmark. Vores ansvar ifølge disse standarder og krav er nærmere beskrevet i revisionspåtegningens afsnit "Revisors ansvar for revisionen af årsregnskabet". Vi er uafhængige af Danske Regioner i overensstemmelse med International Ethics Standards Board for Accountants' internationale retningslinjer for revisorers etiske adfærd (IESBA Code) og de yderligere etiske krav, der er gældende i Danmark, ligesom vi har opfyldt vores øvrige etiske forpligtelser i henhold til disse krav og IESBA Code. Det er vores opfattelse, at det opnåede revisionsbevis er tilstrækkeligt og egnet som grundlag for vores konklusion.

Ledelsens ansvar for årsregnskabet

Ledelsen har ansvaret for udarbejdelsen af et årsregnskab, der giver et retvisende billede i overensstemmelse med årsregnskabslovens klasse A og den på side 10-13 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis. Ledelsen har endvidere ansvaret for den interne kontrol, som ledelsen anser for nødvendig for at udarbejde et årsregnskab uden væsentlig fejlinformation, uanset om denne skyldes besvigelser eller fejl.

Ved udarbejdelsen af årsregnskabet er ledelsen ansvarlig for at vurdere Danske Regioners evne til at fortsætte driften; at oplyse om forhold vedrørende fortsat drift, hvor dette er relevant; samt at udarbejde årsregnskabet på grundlag af regnskabsprincippet om fortsat drift, medmindre ledelsen enten har til hensigt at likvidere Danske Regioner, indstille driften eller ikke har andet realistisk alternativ end at gøre dette.

Revisors ansvar for revisionen af årsregnskabet

Vores mål er at opnå høj grad af sikkerhed for, om årsregnskabet som helhed er uden væsentlig fejlinformation, uanset om denne skyldes besvigelser eller fejl, og at afgive en revisionspåtegning med en konklusion. Høj grad af sikkerhed er et højt niveau af sikkerhed, men er ikke en garanti for, at en revision, der udføres i overensstemmelse med internationale standarder om revision og de yderligere krav, der er gældende i Danmark, altid vil afdække væsentlig fejlinformation, når sådan findes. Fejlinformationer kan opstå som følge af besvigelser eller fejl og kan betragtes som væsentlige, hvis det med rimelighed kan forventes, at de enkeltvis eller samlet har indflydelse på de økonomiske beslutninger, som regnskabsbrugerne træffer på grundlag af årsregnskabet.

Som led i en revision, der udføres i overensstemmelse med internationale standarder om revision og de yderligere krav, der er gældende i Danmark, foretager vi faglige vurderinger og opretholder professionel skepsis under revisionen. Herudover:

- Identificerer og vurderer vi risikoen for væsentlig fejlinformation i årsregnskabet, uanset om denne skyldes besvigelser eller fejl, udformer og udfører revisionshandlinger som reaktion på disse risici samt opnår revisionsbevis, der er tilstrækkeligt og egnet til at danne grundlag for vores konklusion. Risikoen for ikke at opdage væsentlig fejlinformation forårsaget af besvigelser er højere end ved væsentlig fejlinformation forårsaget af fejl, idet besvigelser kan omfatte sammensværgelser, dokumentfalsk, bevidste udeladelser, vildledning eller tilsidesættelse af intern kontrol.
- Opnår vi forståelse af den interne kontrol med relevans for revisionen for at kunne udforme revisionshandlinger, der er passende efter omstændighederne, men ikke for at kunne udtrykke en konklusion om effektiviteten af Danske Regioners interne kontrol.
- Tager vi stilling til, om den regnskabspraksis, som er anvendt af ledelsen, er passende, samt om de regnskabsmæssige skøn og tilknyttede oplysninger, som ledelsen har udarbejdet, er rimelige.
- Konkluderer vi, om ledelsens udarbejdelse af årsregnskabet på grundlag af regnskabsprincippet om fortsat drift er passende, samt om der på grundlag af det opnåede revisionsbevis er væsentlig usikkerhed forbundet med begivenheder eller forhold, der kan skabe betydelig tvivl om Danske Regioners evne til at fortsætte driften. Hvis vi konkluderer, at der er en væsentlig usikkerhed, skal vi i vores revisionspåtegning gøre opmærksom på oplysninger herom i årsregnskabet eller, hvis sådanne oplysninger ikke er tilstrækkelige, modificere vores konklusion. Vores konklusioner er baseret på det revisionsbevis, der er opnået frem til datoen for vores revisionspåtegning. Fremtidige begivenheder eller forhold kan dog medføre, at Danske Regioner ikke længere kan fortsætte driften.

- Tager vi stilling til den samlede præsentation, struktur og indhold af årsregnskabet, herunder noteoplysningerne, samt om årsregnskabet afspejler de underliggende transaktioner og begivenheder på en sådan måde, at der gives et retvisende billede heraf.

Vi kommunikerer med ledelsen om blandt andet det planlagte omfang og den tidsmæssige placering af revisionen samt betydelige revisionsmæssige observationer, herunder eventuelle betydelige mangler i intern kontrol, som vi identificerer under revisionen.

Udtalelse om ledelsesberetningen

Ledelsen er ansvarlig for ledelsesberetningen.

Vores konklusion om årsregnskabet omfatter ikke ledelsesberetningen, og vi udtrykker ingen form for konklusion med sikkerhed om ledelsesberetningen.

I tilknytning til vores revision af årsregnskabet er det vores ansvar at læse ledelsesberetningen og i den forbindelse overveje, om ledelsesberetningen er væsentligt inkonsistent med årsregnskabet eller vores viden opnået ved revisionen eller på anden måde synes at indeholde væsentlig fejlinformation.

Vores ansvar er derudover at overveje, om ledelsesberetningen indeholder krævede oplysninger i henhold til årsregnskabsloven.

Baseret på det udførte arbejde er det vores opfattelse, at ledelsesberetningen er i overensstemmelse med årsregnskabet og er udarbejdet i overensstemmelse med årsregnskabslovens krav for klasse A og den på side 10 – 13 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis. Vi har ikke fundet væsentlig fejlinformation i ledelsesberetningen.

Roskilde, den 13. marts 2025

BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab
CVR-nr. 20 22 26 70

Per Lund
Statsautoriseret revisor

Ledelsens årsberetning

Danske Regioner blev oprettet efter etableringen af de 5 regioner pr. 1. januar 2007. Foreningen skal

- a) understøtte og udvikle det regionale demokratiske niveau i Danmark,
- b) varetage regionernes fælles interesser, herunder sikre de økonomiske rammer, og støtte regionerne i deres opgaveløsning, så de har bedst mulige vilkår for at løse deres opgaver effektivt og på et højt fagligt niveau,
- c) varetage regionernes interesser vedrørende de regionalt ansattes løn- og ansættelsesforhold,
- d) alene eller i samarbejde med andre oprette og drive virksomheder, der kan bistå regionerne ved løsningen af disse opgaver.

Regnskabet er opstillet i overensstemmelse med principperne i årsregnskabslovens bestemmelser for klasse A-virksomheder og den på side 10-13 i årsregnskabet anvendte regnskabspraksis.

Danske Regioners resultatopgørelse udviser et driftsunderskud på 34,0 millioner kroner.

De finansielle poster udgør 34,5 millioner kroner, idet der er indtægter på 19,0 millioner kroner, omkostninger på 1,0 millioner kroner og kursgevinster på 16,4 millioner kroner. Dermed udviser foreningens drift et overskud på godt 0,4 millioner kroner.

Udgiften til rammebevillingerne Projekt Godt Sygehusbyggeri, Ekstraordinær klimaindsats, Tværregional juridisk enhed og Tilskud til Medicinrådet udgjorde 8,4 millioner kroner.

Årets resultat er dermed et underskud på 8,0 millioner kroner.

Medicinrådets andel af driftsresultatet for 2024 udgør et merforbrug på 0,9 millioner. kr. jf. note 20. Behandlingsrådets andel af driftsresultatet for 2024 udgør et merforbrug på 9,7 millioner. kr. jf. note 23.

Årets resultat er primært påvirket af et højt afkast på kapitalforvaltningen og kursgevinster på aktier og obligationer.

Antallet af fuldtidsmedarbejdere er faldet marginal fra 282 i 2023 til 281,6 i 2024.

Der er over finansloven i 2024 ydet et tilskud på 3,8 mio. kr., der er anvendt til delvis kompensation af udgifterne til drift af Regionernes Lønnings- og Takst Nævn (RLTN).

Danske Regioners balance pr. 31. december 2024 balancerer med 602,2 mio. kr. Egenkapitalen udgør ultimo 2024 306,1 mio. kr. mod 314,1 mio. kr. primo året.

Der er ikke siden regnskabsafslutningen indtruffet forhold eller transaktioner med væsentlig indflydelse på foreningens finansielle stilling, hvortil der ikke allerede er taget hensyn i årsrapporten.

Anvendt regnskabspraksis

Årsrapporten for 2024 er aflagt i overensstemmelse med principperne i årsregnskabslovens bestemmelser for klasse A-virksomheder.

Årsrapporten er udarbejdet efter samme regnskabspraksis som sidste år.

Om den anvendte regnskabspraksis kan oplyses følgende:

Resultatopgørelsen

Indtægter og omkostninger periodiseres, så det enkelte regnskabsår så vidt muligt kun indeholder årets indtægter og udgifter.

Nettoomsætning

Indeholder opkrævede kontingenter beregnet efter befolkningsopgørelser pr. 1. januar i regnskabsåret, tilskud samt fakturerede indtægter vedrørende ydelse af sekretariatsbistand.

Personaleomkostninger

Indeholder samtlige personaleomkostninger, inklusiv feriepenge og pensioner samt andre omkostninger til social sikring mv. til foreningens medarbejdere.

Endvidere indgår beregnede omkostninger som følge af ændringer i feriepengeforpligtelser og pensionsforpligtelser.

I personaleomkostninger er fratrullet modtagne godtgørelser fra offentlige myndigheder.

Afskrivninger

Indeholder årets omkostninger til lineære afskrivninger på anlægsaktiver, beregnet over aktivernes levetid. Inventar, IT m.v. afskrives fra året efter anskaffelsesåret.

Andre driftsomkostninger

Indeholder driftsomkostninger til huse, fremmede tjenesteydelser, mødeaktiviteter og konferencer, IT driftsomkostninger, og øvrige driftsomkostninger.

Finansielle poster

Indeholder renter m.v. af likvide beholdninger samt periodiserede renter og modtaget udbytte af værdipapirbeholdninger (kapitalforvaltning) samt realiserede og urealiserede kursgevinster/tab.

Danske Regioner har indgået aftale om Repo finansiering med Nordea. Aftalen er baseret på en obligationsbeholdning på et særskilt depot. Ved træk på aftalen nedskrives depotbeholdningen. Der optages dermed ikke en særskilt passivpost på balancen.

Projekter

Projekter vedrører flerårige bevillinger givet af bestyrelsen i form af en trækningsret på formuen.

Skat

Danske Regioner er ikke skattepligtige af erhvervsindtægter, idet Danske Regioner ifølge SKAT anses for at være ubetinget og fuldstændigt fritaget for skattepligt.

Balancen

Aktiver

Immaterielle anlægsaktiver

Software m.v. er indregnet i balancen til kostpris og afskrives efterfølgende over aktivets økonomiske levetid.

Materielle anlægsaktiver

Ejendomme er indregnet til anskaffelsessummen pr. 1. januar 2007 tillagt opskrivning med fradrag af akkumulerede afskrivninger.

Forbedringer på ejendomme, øvrige anlægsaktiver, herunder edb-udstyr og inventar optages til anskaffelsessummen med fradrag af akkumulerede afskrivninger.

Levetider

Der anvendes lineære afskrivninger af anskaffelsessummen over følgende levetider

Aktivtype	Levetider (år)
Immaterielle aktiver	3-5
Bygninger	60-70
Tekniske installationer	3-25
Indretning af erhvervslejemål	10
Inventar, it-udstyr mv.	3
Kopiprintere, AV udstyr og teknisk udstyr i mødecenter	5
Særindretninger 4. sal og mødelok. Kajbygning	10

Værdipapirer

Finansielle anlægsaktiver består af investeringsforeningsbeviser og obligationer. Værdipapirerne forvaltes af Nordea og er indregnet til kursværdi pr. 31.12.2024. Kursreguleringer optages i resultatopgørelsen.

Tilgodehavender

Tilgodehavender måles til amortiseret kostpris, hvilket sædvanligvis svarer til nominel værdi. Værdien reduceres med nedskrivning til imødegåelse af forventede tab.

Likvide beholdninger

Likvide beholdninger omfatter indskud i pengeinstitutter.

Likviderne indregnes i overensstemmelse med indestående i pengeinstitutter. Likvide beholdninger i udenlandsk valuta indregnes til den officielle kurs.

Passiver

Egenkapital, Opskrivningshenlæggelser

Vedrører tidligere opskrivinger af ejendomme til den offentlige vurdering pr. 1. oktober 2006.

Hensatte forpligtelser, tjenestemandsforsikringer

Danske Regioners tjenestemandspensionsforpligtelse er delvis dækket ved forsikring i Sampension A/S. Tjenestemandspensionsforpligtelsen er optaget til indskudsværdien ultimo 2024 af den manglende forsikringsmæssige dækning. Forpligtelsen omfatter tjenestemandspensionister.

Sampension ændrede i 2020 grundlagsrenten i forsikringsdepotet til 0 %. Som konsekvens heraf er beregningen af pensionsforpligtelsen fra og med 2020 foretaget med EIOPAs rentekurve.

Regulering af forpligtelserne foretages via resultatopgørelsen.

Langfristede gældsforpligtelser

Langfristede gældsforpligtelser vedrører deposita på udlægning, måles til nominel værdi.

Andre gældsforpligtelser, som omfatter gæld til leverandører, andre myndigheder samt anden gæld, måles til nominel værdi.

Gæld i udenlandsk valuta reguleres til kursen ultimo regnskabsåret.

Kortfristet gæld

Kortfristet gæld til pengeinstitutter, staten, kommuner og regioner optages med restværdien på balancetidspunktet.

Feriepengeforpligtelsen opgøres for personale med ret til ferie med løn på baggrund af registreringer i lønsystemet.

Ændringen i feriepengeforpligtelsen fra primo til ultimo er indregnet i resultatopgørelsen.

Interimskonti

Interimskonti indeholder overenskomstmidler til udvikling af fælles regionale personale udviklingsprojekter samt midler til tværregionale projekter.

Noter til resultatopgørelse og balance

Der er udarbejdet noter til henholdsvis resultatopgørelse og balance i det omfang, der er væsentlige forhold, som bør belyses.

Resultatopgørelse

	Note	2024	2023
Nettoomsætning	1	278.930.548	281.275.109
Bruttoresultat		278.930.548	281.275.109
Omkostninger			
Personaleomkostninger	2	238.236.352	226.357.108
Afskrivninger	7+8	9.914.219	10.026.705
Andre driftsomkostninger	3	64.820.231	79.913.973
Omkostninger i alt		312.970.802	316.297.784
Driftsresultat		-34.040.254	-35.022.675
Finansielle poster			
Finansielle indtægter	4	18.995.325	20.834.241
Finansielle omkostninger	5	981.718	1.448.589
Kursgevinster/tab		16.439.275	14.787.440
Finansielle poster, netto		34.452.883	34.173.093
Resultat af foreningens drift		412.629	-849.582
Projekter mv.	6	8.409.447	2.822.640
Årets resultat		-7.996.818	-3.672.223
Forslag til resultatdisponering:			
Overføres til egenkapitalen		-7.996.818	-3.672.223
Disponeret i alt		-7.996.818	-3.672.223

Balance pr. 31. december

	Note	2024	2023
Aktiver			
Software	7	1.452.775	250.490
Immaterielle anlægsaktiver		<u>1.452.775</u>	<u>250.490</u>
Grunde og bygninger		165.167.679	168.087.230
Øvrige anlægsaktiver		4.115.280	5.434.756
Materielle anlægsaktiver	8	<u>169.282.959</u>	<u>173.521.986</u>
Værdipapirer	9	336.020.310	374.483.866
Finansielle anlægsaktiver		<u>336.020.310</u>	<u>374.483.866</u>
Anlægsaktiver i alt		<u>506.756.044</u>	<u>548.256.342</u>
Tilgodehavender fra tjenesteydelser		84.931.753	87.501.874
Andre tilgodehavender		7.324.630	4.574.911
Tilgodehavender		<u>92.256.383</u>	<u>92.076.785</u>
Likvide beholdninger	10	3.178.768	1.160.193
Omsætningsaktiver i alt		<u>95.435.151</u>	<u>93.236.979</u>
Aktiver i alt		<u>602.191.196</u>	<u>641.493.321</u>

	Note	2024	2023
Passiver			
Egenkapital		242.183.638	245.855.861
Overført resultat		-7.996.818	-3.672.223
Opskrivningshenlæggelse		71.931.170	71.931.170
Egenkapital i alt		<u>306.117.989</u>	<u>314.114.807</u>
Tjenestemandspensioner		31.053.470	29.171.412
Hensatte forpligtelser i alt		<u>31.053.470</u>	<u>29.171.412</u>
Deposita	11	1.222.156	1.186.559
Langfristede gældsforpligtelser		<u>1.222.156</u>	<u>1.186.559</u>
Kortfristet gæld	12	36.144.538	76.094.950
Interimskonti	13	166.061.639	159.938.011
Periodeafgrænsningsposter		61.591.402	60.987.581
Kortfristede gældsforpligtelser		<u>263.797.580</u>	<u>297.020.542</u>
Gældsforpligtelser i alt		<u>265.019.735</u>	<u>298.207.101</u>
Passiver i alt		<u>602.191.196</u>	<u>641.493.321</u>

Leje- og eventualforpligtelser	14
Pantsætning og sikkerhedsstillelser	15
Regnskab for RVMR*	16
Regnskab for RSI**	17
Regnskab for RFI***	18
Regnskab for FL-tilskud til RLTN	19
Regnskab for Medicinrådet	20
Regnskab for IT Rådet	21
Regnskab for Lærings og kvalitetsteams	22
Regnskab for Behandlingsrådet	23

*) Regionernes Videntcenter for Miljø og Ressourcer

**) Regionernes Sundheds it

***) Regionernes Fælles Indkøb

Noter

	2024	2023
1 Nettoomsætning		
Kontingent Danske Regioner	154.098.288	152.469.211
Kontingent Medicinrådet	57.200.000	52.920.000
Kontingent Behandlingsrådet	26.444.003	35.245.996
Kontingent RVMR	9.158.460	9.383.666
Kontingent RSI	5.478.001	5.612.301
Kontingent IT Rådet	928.999	952.418
Kontingent RFI	4.413.000	4.522.000
Kontingent Kvalitetsindsatsen	877.087	899.539
Tilskud til drift af RLTN	3.800.000	3.600.000
Sekretariatsbidrag	13.208.386	12.277.629
Øvrige indtægter	3.324.324	3.392.350
	<u>278.930.548</u>	<u>281.275.109</u>
2 Personaleomkostninger		
Lønninger	207.190.591	195.270.570
Øvrige personaleomkostninger	27.767.011	27.209.664
Brutto personaleomkostninger	<u>234.957.602</u>	<u>222.480.234</u>
Regulering af hensættelse af pension	1.882.058	2.618.505
Regulering af feriepengehensættelse	1.396.692	1.258.369
	<u>3.278.750</u>	<u>3.876.874</u>
Personaleomkostninger i alt	<u>238.236.352</u>	<u>226.357.108</u>
Antal fuldtidsbeskæftigede i gennemsnit	<u>281,6</u>	<u>282,0</u>
Antal tjenestemandspensionister	15	15
3 Andre driftsomkostninger		
Driftsomkostninger ejendomme	15.521.471	17.680.155
Bestyrelsespulje	685.491	913.655
Beredskabspulje	905.302	1.232.922
Forskningspuljer	361.498	2.272.473
Øvrige fremmede tjenesteydelser	12.885.271	17.825.753
Mødeaktiviteter	9.667.486	9.733.946
Øvrige udgifter	21.403.702	26.862.720
Tilskud	3.390.009	3.392.350
	<u>64.820.231</u>	<u>79.913.973</u>

	2024	2023
4 Finansielle indtægter		
Afkast kapitalforvaltning	-16.604.409	-18.522.342
Lejeindtægt Regionernes Hus	-2.390.916	-2.311.899
	<u>-18.995.325</u>	<u>-20.834.241</u>
5 Finansielle omkostninger		
Renter, gebyrer	981.718	1.448.589
	<u>981.718</u>	<u>1.448.589</u>
6 Projekter mv.		Tidligere anvendt
Projektbevillinger (bevilling)		
Vidensdeling fremtidens sygehuse (19,2 mio.kr.)	1.390.377	16.592.509
Ekstraordinær klimaindsats (7 mio. kr.)	1.909.598	3.530.530
Tværregional juridisk enhed (1 mio. kr.)	109.473	0
Tilskud til Medicinrådet 2024 (5 mio. kr.)	5.000.000	0
Projektbevilling i alt (32,2 mio. kr.)	8.409.447	20.123.039
7 Immaterielle anlægsaktiver	2024	2023
Kostpris 1.1	13.225.670	13.225.670
Tilgang i årets løb	1.842.233	0
Afgang i årets løb	0	0
Kostpris 31.12	<u>15.067.903</u>	<u>13.225.670</u>
Af- og nedskrivninger 1.1	12.975.180	12.484.529
Af- og nedskrivninger på afhændede aktiver	0	0
Årets af- og nedskrivninger	639.948	490.651
Af- og nedskrivninger 31.12	<u>13.615.128</u>	<u>12.975.180</u>
Regnskabsmæssig værdi 31.12	<u>1.452.775</u>	<u>250.490</u>

Materielle anlægsaktiver

	Grunde og bygninger	Øvrige anlægsaktiver
Regionernes hus		
Kostpris 1.1	259.584.410	39.350.395
Tilgang i årets løb	1.524.868	3.498.542
Afgang i årets løb	0	0
Kostpris 31.12	<u>261.109.278</u>	<u>42.848.937</u>
 Af- og nedskrivninger 1.1	94.187.638	33.915.639
Af- og nedskrivninger på afhændede aktiver	0	0
Årets af- og nedskrivninger	4.387.975	4.818.018
Af- og nedskrivninger 31.12	<u>98.575.613</u>	<u>38.733.657</u>
 Regnskabsmæssig værdi 31.12.24	<u>162.533.666</u>	<u>4.115.280</u>
 Offentlig ejendomsværdi pr. 31.12.24	170.000.000	

	Grunde og bygninger	Øvrige anlægsaktiver
Gripsholm		
Kostpris 1.1	3.650.000	0
Tilgang i årets løb	0	0
Afgang i årets løb	0	0
Kostpris 31.12	<u>3.650.000</u>	<u>0</u>
 Af- og nedskrivninger 1.1	959.542	0
Af- og nedskrivninger på afhændede aktiver	0	0
Årets af- og nedskrivninger	56.444	0
Af- og nedskrivninger 31.12	<u>1.015.986</u>	<u>0</u>
 Regnskabsmæssig værdi 31.12.24	<u>2.634.014</u>	<u>0</u>
 Offentlig ejendomsværdi pr. 31.12.24	6.041.000	

	Grunde og bygninger	Øvrige anlægsaktiver
Materielle anlægsaktiver		
Regionernes hus	162.533.666	4.115.280
Gripsholm	2.634.014	0
Regnskabsmæssig værdi 31.12.24	<u>165.167.679</u>	<u>4.115.280</u>
Offentlig ejendomsværdi pr. 31.12.24	176.041.000	

9	2024	2023
Finansielle anlægsaktiver		
Aktier i Sampension KP Livsforsikring a/s	20.000	20.000
Aktier i portefølje Nordea	98.015.992	89.532.994
Obligationer	237.984.318	284.930.873
	<u>336.020.310</u>	<u>374.483.866</u>
10		
Likvide beholdninger		
Checkdisponible indskud	139.476	135.627
Bankkonto	1.834.335	0
Portefølje Nordea	1.204.957	1.024.566
	<u>3.178.768</u>	<u>1.160.193</u>
11		
Langfristet gæld		
Reg. Hus - Sundhed.dk depositum	1.222.156	1.186.559
	<u>1.222.156</u>	<u>1.186.559</u>
12		
Kortfristet gæld		
Moms	1.413.277	2.985.748
Kassekredit	0	15.296.205
Øvrige kreditorer	17.591.142	42.069.569
Feriepengeforpligtigelse	17.140.120	15.743.427
	<u>36.144.538</u>	<u>76.094.950</u>

13

Interimskonti**2024****2023**

Overenskomstparter	105.071.151	107.418.089
Eksterne Institutioner	2.050.544	1.275.900
Rejsesygesikring (SOS)	2.180.806	3.789.689
Projekter	56.759.139	47.454.334
	<u>166.061.639</u>	<u>159.938.011</u>

Noter hvortil der ikke henvises til i regnskabet

14

Leje- og eventualforpligtelser

Huslejekontrakt i Bruxelles	Uopsigelig husleje kontrakt udløber 31. december 2027. Årlig husleje € 50.900.
Huslejekontrakt Medicinrådet, Dampfærgevej 21, 3., 2100 Kbh. Ø	Uopsigelig husleje kontrakt udløber 31. august 2027. Årlig husleje kr. 3.586.508 incl. moms.

Der er indgået aftale om Repo finansiering med udløb i januar 2025.
Indfrielsesbeløbet er 145.825.800,79 kr.

15

Pantsætninger og sikkerhedsstillelse

Ingen

16

Regnskab RVMR**2024****2023**

Indtægter kontingent	9.158.460	9.383.666
Personaleudgifter	4.871.300	4.613.495
Fremmede tjenesteydelser	1.348.992	1.832.804
Afholdte konferencer	1.158.324	1.044.349
Øvrige driftsudgifter	1.452.906	1.699.601
Udgifter i alt:	<u>8.831.523</u>	<u>9.190.249</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>326.937</u>	<u>193.417</u>

17

Regnskab RSI**2024****2023**

Indtægter kontingent	5.478.001	5.612.301
Personaleudgifter	4.043.378	4.483.876
Fremmede tjenesteydelser	226.000	687.474
Øvrige driftsudgifter	653.735	707.232
Udgifter i alt:	<u>4.923.113</u>	<u>5.878.581</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>554.888</u>	<u>-266.280</u>

18

Regnskab RFI

Indtægter kontingent	4.413.000	4.522.000
Personaleudgifter	3.034.165	3.159.471
Fremmede tjenesteydelser	0	17.681
Øvrige driftsudgifter	1.050.206	1.064.129
Udgifter i alt:	<u>4.084.371</u>	<u>4.241.281</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>328.629</u>	<u>280.719</u>

19

Regnskab Drift af RLTN

Tilskud FL § 16.71.06	3.800.000	3.600.000
Vederlag	376.242	447.939
Mødediæter, transport	123.107	303.460
Nævnsmøder	0	44.840
Øvrige mødeudgifter	165.881	194.869
Personaleudgifter, sekretariat	20.696.851	19.676.958
Administration, husleje mv.	3.204.312	3.100.210
Advokat mv.	857.228	2.678.300
Udgifter i alt:	<u>25.423.622</u>	<u>26.446.577</u>
Nettoudgifter i alt:	<u>21.623.622</u>	<u>22.846.577</u>

20

Regnskab Medicinrådet

	2024	2023
Indtægter kontingent	57.200.000	52.920.000
Øvrige indtægter	10.000.000	0
Indtægter i alt:	<u>67.200.000</u>	<u>52.920.000</u>
Løn	48.824.390	44.586.703
Øvrige personaleudgifter	4.646.787	5.580.269
Personale udgifter i alt:	<u>53.471.178</u>	<u>50.166.972</u>
Husleje m.m.	5.221.910	5.147.673
Fremmede tjenesteydelser	2.813.237	5.523.710
Mødeaktiviteter	1.045.454	1.095.272
Øvrige driftsudgifter	5.552.362	5.962.985
Driftsudgifter i alt:	<u>14.632.963</u>	<u>17.729.640</u>
Udgifter i alt:	<u>68.104.141</u>	<u>67.896.612</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>-904.141</u>	<u>-14.976.612</u>

21

Regnskab IT Rådet

	2024	2023
Indtægter kontingent	928.999	952.418
Personaleudgifter	547.120	737.681
Fremmede tjenesteydelser	25.156	23.375
Øvrige driftsudgifter	110.262	107.786
Udgifter i alt:	<u>682.538</u>	<u>868.841</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>246.461</u>	<u>83.577</u>

22

Regnskab Læring og Kvalitetsteams

	2024	2023
Indtægter kontingent	877.087	899.539
Personaleudgifter	604.319	514.624
Fremmede tjenesteydelser	0	0
Øvrige driftsudgifter	110.400	106.760
Udgifter i alt:	<u>714.719</u>	<u>621.384</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>162.368</u>	<u>278.155</u>

23

Regnskab Behandlingsrådet

	2024	2023
Indtægter kontingent	26.444.003	35.245.996
Løn	21.430.786	17.719.933
Øvrige personaleudgifter	2.774.421	2.917.973
Personale udgifter i alt:	<u>24.205.208</u>	<u>20.637.906</u>
Husleje m.m.	1.586.383	1.632.865
Fremmede tjenesteydelser	1.621.881	2.010.592
Mødeaktiviteter	715.822	769.887
Øvrige driftsudgifter	7.991.031	2.487.473
Driftsudgifter i alt:	<u>11.915.117</u>	<u>6.900.817</u>
Udgifter i alt:	<u>36.120.324</u>	<u>27.538.723</u>
Uforbrugte midler til overførsel	<u>-9.676.321</u>	<u>7.707.273</u>

Relateret document 2/3

Dokument Navn:	Protokollat 2024 Danske Regioner.pdf
Dokument Titel:	Protokollat 2024 Danske Regioner
Dokument ID:	1756784



Tlf: 46 37 30 33
roskilde@bdo.dk
www.bdo.dk

BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab
Rabalderstræde 7, 2. sal
DK-4000 Roskilde
CVR-nr. 20 22 26 70

DANSKE REGIONER
UDSKRIFT AF REVISIONSPROTOKOL
SIDE 159 - 167
VEDRØRENDE ÅRSREGNSKABET 2024

DANSKE REGIONER, CVR-NR. 55 83 22 18

PROTOKOLLAT TIL ÅRSREGNSKABET 2024

Som foreningens revisor har vi udført revisionen af årsregnskabet for 2024. Årsregnskabet udviser et resultat på -7.997 t.kr., samlede aktiver på 602.191 kr. og en egenkapital ved årets udgang på 306.118 t.kr.

I forbindelse med afslutningen af revisionen skal vi redegøre for følgende:

1. Revisionsaftale
2. Konklusion på den udførte revision
3. Særlige forhold vedrørende årsregnskabet
4. Foruddefineret risiko
5. Den udførte revision, art og omfang
6. Revision af organisationens interne IT-kontroller
7. Formalia
8. Assistance, rådgivning
9. Revisors uafhængighedserklæring mv.

1. Revisionsaftale

Vi er i 2020 efter miniudbud blevet valgt til revisor for Danske Regioner samt tilhørende fonde. Idet der har været nogle ændringer i revisionsaftalens omfang, siden aftalen er indgået, skal vi i henhold til gældende standarder nedenstående redegøre for de væsentligste forhold i aftalen.

Der har været enkelte ændringer i fondene. Revisionsaftalen omfatter følgende regnskaber:

- Danske Regioner
- Sundhed.dk
- AP Fonden
- KiAP Fonden
- Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis
- Fonden til fremme af Kiropraktisk Forskning og Postgraduat Uddannelse
- Kvalitets- og Efteruddannelsesfonden for Fodterapi
- Fond til forskning, kvalitet og uddannelse i fysioterapipraksis
- Kvalitets- og Efteruddannelsesfonden for Psykologhjælp

Formålet og omfanget af revisionen

Vi vil udføre revisionen med det formål at afgive en erklæring med vores konklusion om årsregnskaberne.

Vi vil herudover i henhold til gældende regler gennemlæse en eventuel ledelsesberetning med henblik på at vurdere, om oplysningerne i ledelsesberetningen er i overensstemmelse med årsregnskabet.

Vi vil udføre vores revision i overensstemmelse med internationale standarder om revision og de yderligere krav, der er gældende i Danmark. Dette kræver, at vi er uafhængige af enhederne i overensstemmelse med International Ethics Standards Board for Accountants' internationale retningslinjer for revisors etiske adfærd (IESBA Code) og de yderligere etiske krav, der er gældende i Danmark, ligesom vi vil opfylde vores øvrige etiske forpligtelser i henhold til disse krav og IESBA Code. Vi planlægger og udfører handlinger med henblik på at opnå høj grad af sikkerhed for, at årsregnskaberne ikke indeholder væsentlig fejlinformation.

Revisors ansvar

En revision omfatter handlinger, der fremskaffer revisionsbevis for de beløb og oplysninger, der indgår i årsregnskabet. Revisor fastlægger revisionshandlingerne på grundlag af en faglig vurdering, herunder en vurdering af risikoen for væsentlig fejlinformation i årsregnskabet, uanset om fejlinformationen skyldes besvigelser eller fejl.

En revision omfatter endvidere stillingtagen til, om den regnskabspraksis, ledelsen vælger at anvende, er passende, og om de regnskabsmæssige skøn, ledelsen udøver, er rimelige samt en vurdering af den samlede præsentation af årsregnskabet.

På grund af de iboende begrænsninger, der er ved en revision, herunder at en revision baserer sig på stikprøver, samt det forhold at der i ethvert internt kontrolsystem er iboende begrænsninger, er der en uundgåelig risiko for, at selv væsentlige fejl i årsregnskabet måske ikke bliver opdaget, selvom revisionen er behørigt planlagt og udført i overensstemmelse med de internationale standarder om revision og yderligere krav ifølge dansk revisorlovgivning.

Risiko- og væsentlighedsvurdering

I overensstemmelse med god revisionsskik vil revisionen blive tilrettelagt ud fra et væsentlighedskriterium og ud fra en analyse af enhedernes risikoforhold. Revisionen vil blive gennemført ved observationer, eftersyn, forespørgsler, efterregninger, afstemninger, efterprøvning af regnskabsmæssige skøn, gennemgang af skriftlige aftaler, stikprøvevis kontrol af bilag og analyser.

Hovedvægten af revisionshandlingerne vil blive lagt på de regnskabsposter og de områder i registrerings-systemet, hvor risikoen for væsentlige fejl vurderes som størst. Revisionen sigter således ikke mod at opdage eller rette uvæsentlige fejl, som ikke medfører en ændret helhedsvurdering af årsregnskabet.

I det omfang enhedernes forretningsgange og interne kontroller kan danne basis herfor, og det er hensigtsmæssigt, tilrettelægges revisionen som en test af forretningsgange og interne kontroller. Herudover vil vi indhente de revisionsbeviser, vi anser for påkrævet til bekræftelse eller sandsynliggørelse af regnskabsposter og andre regnskabsoplysninger.

Ved vores risikovurderinger overvejer vi intern kontrol, der er relevant for udarbejdelse af et årsregnskab, der giver et retvisende billede. Formålet hermed er at udforme revisionshandlingerne, der er passende efter omstændighederne, men ikke at udtrykke en konklusion om effektiviteten af den interne kontrol. Vi vil imidlertid underrette ledelsen skriftligt om eventuelle betydelige mangler i intern kontrol, der er relevante for revisionen af årsregnskabet, og som vi har konstateret under revisionen.

Forudsætninger for fortsat drift

Med baggrund i ledelsens vurdering aflægges årsregnskabet sædvanligvis med fortsat drift for øje. Ledelsens vurdering kræver stillingtagen til alle tilgængelige oplysninger om enhedens udvikling, herunder især forventet likviditetsudvikling. Vi tager som led i revisionen stilling til ledelsens vurdering af fortsat drift.

Besvigelser

Under revisionsarbejdet tager vi hensyn til risikoen for, at væsentlige besvigelser kan forekomme bl.a. gennem valg af metoder og omfanget af revisionsindsatsen. Ved besvigelser forstår vi bevidst fejlinformation eller misbrug af aktiver. Besvigelser søges normalt skjult eller tilsløret for omverdenen og revisor. Hvis der forekommer besvigelser, er der derfor som udgangspunkt forøget risiko for, at årsregnskabet indeholder væsentlig fejlinformation. Vi vil i den forbindelse indhente ledelsens vurdering af risikoen for, at årsregnskabet kan indeholde væsentlig fejlinformation som følge af besvigelser, ledelsens vurdering af de regnskabs- og kontrolsystemer, den har indført for at imødegå sådanne risici, samt ledelsens kendskab til eventuelle konstaterede eller igangværende undersøgelser om besvigelser.

Får vi mistanke om, at besvigelser forekommer, vil vi, sædvanligvis i samråd med ledelsen, iværksætte undersøgelser med henblik på at få mistanken af- eller bekræftet.

Uanset at vi ved planlægningen og udførelsen af vores revision tager hensyn til risikoen for besvigelser, er vi ikke ansvarlige for at hindre besvigelser.

Ledelsens ansvar

Vores revision vil blive udført på det grundlag, at bestyrelsen og ledelsen anerkender og forstår, at de har ansvaret for:

- a) udarbejdelsen af et årsregnskab, der giver et retvisende billede i overensstemmelse med gældende regler
- b) den interne kontrol, som ledelsen anser nødvendig for at udarbejde et årsregnskab uden væsentlig fejlinformation, uanset om denne skyldes besvigelser eller fejl, samt
- c) at give os:
 - i. adgang til alle informationer, som ledelsen er bekendt med, der er relevante for udarbejdelsen af årsregnskabet og det retvisende billede, såsom registreringer, dokumentation og andre forhold,
 - ii. den yderligere information, som vi måtte anmode ledelsen om til brug for revisionen, og
 - iii. ubegrænset adgang til personer, som vi finder det nødvendigt at indhente revisionsbevis fra.
- d) at tage stilling til, om kapitalberedskabet til enhver tid er forsvarligt i forhold til den fortsatte drift,
- e) at tage skridt til at sikre, at vedtægter og lovgivning bliver overholdt.

Vi vil som led i vores revision anmode den daglige ledelse og, hvor det er relevant, den øverste ledelse om skriftligt at bekræfte udtalelser, der er givet til os i forbindelse med revisionen.

Enhederne har ansvaret for den løbende bogføring og registrering i overensstemmelse med god bogføringsskik og lovgivningen i øvrigt. Det er bestyrelsens og ledelsens ansvar, at der er etableret hensigtsmæssige forretningsgange samt registrerings- og kontrolsystemer, der sikrer, at tilsigtede og utilsigtede fejl så vidt muligt forebygges samt opdages og korrigeres.

2. Konklusion på den udførte revision

Vi har afsluttet revisionen af årsregnskabet for 2024.

Godkender bestyrelsen årsregnskabet i den nuværende form, vil vi forsyne det med en påtegning uden forbehold, omtale af væsentlig usikkerhed vedrørende fortsat drift, fremhævelse af forhold og andre rapporteringsforpligtelser.

3. Særlige forhold vedrørende årsregnskabet

Alle under revisionen konstaterede fejl og mangler m.v. er indarbejdet i årsregnskabet, og der er derfor ingen væsentlige ikke-korrigerede forhold at rapportere til bestyrelsen om.

Revisionen har ikke givet anledning til at fremhæve særlige forhold, der er af betydning for ledelsens vurdering af årsregnskabet.

Vi har dog nedenfor anført enkelte mindre væsentlige forhold, som er aftalt med ledelsen at blive fulgt op i det kommende regnskabsår.

4. Foruddefineret risiko

Vi har, i henhold til de internationale revisionsstandarder, identificeret en betydelig risiko for væsentlige fejlinformationer i årsregnskabet, som følge af ledelsens mulige tilsidesættelse af kontroller.

Med henblik på at afdække den identificerede risiko for væsentlige fejlinformation i årsregnskabet, som følge af ledelsens mulige tilsidesættelse af kontroller, har vi udført følgende revisionshandlinger:

- Udført analyse af posteringer i finansbogholderiet i årets løb med henblik på identifikation af usædvanlige posteringer uden for virksomhedens normale drift
- Foretaget stikprøvevis kontrol af væsentlige posteringer og andre justeringer, der er foretaget i forbindelse med regnskabsafslutning, til underliggende dokumentation
- Forespurgt ledelsen samt nøglepersoner i til, hvorvidt de er bekendte med eller har haft mistanke om upassende og usædvanlig aktivitet i forbindelse med regnskabsaflæggelsen
- Foretaget vurdering af, hvorvidt ledelsen har udvist neutralitet i forbindelse med udøvelsen af væsentlige regnskabsmæssige skøn
- Foretaget retrospektiv gennemgang af regnskabsmæssige skøn udøvet af ledelsen

Danske Regioner har fremlagt relevant underliggende dokumentation på vores anmodning, som understøtter indregning og måling af indtægter, omkostninger, aktiver og forpligtelser i årsregnskabet, og vi har ikke identificeret usædvanlige posteringer eller posteringer uden for foreningens normale drift i forbindelse med vores revision.

Det er endvidere vores vurdering, at Danske Regioner har udvist neutralitet i forbindelse med udøvelsen af væsentlige regnskabsmæssige skøn.

5. Den udførte revision, art og omfang

Ved planlægningen af vores revision har vi fastlagt en revisionsstrategi ud fra en vurdering af væsentlighed og risiko. Vores revision vil derfor hovedsageligt fokusere på regnskabelementer og områder i årsregnskabet, hvor vi vurderer risikoen for væsentlig fejlinformation for størst.

Den udførte revision og resultatet heraf er beskrevet i det følgende:

Nettoomsætning

Nettoomsætningen udgør 278,9 mio. kr. mod 281,3 mio. kr. i 2023, og der er ved den løbende og afsluttende revision foretaget kontrolarbejder med henblik på en vurdering af, om de indtægter, der tilkommer Danske Regioner, indgår i årsregnskabet og er optaget i overensstemmelse med den fastlagte regnskabspraksis.

Vi har analyseret resultatopgørelsen og gennemgået bilag i det omfang, vi har fundet det nødvendigt.

Vi har gennemgået forretningsgangen for nettoomsætning, som skal sikre hensigtsmæssige og betryggende procedurer og interne kontroller.

Personaleomkostninger

Vedrørende personaleomkostninger, der dækker over lønninger og vederlag mv., og som udgør 238,2 mio. kr. mod 226,4 mio. kr. i 2024, har vi foretaget kontrolarbejder med henblik på at sikre os, at de udbetalte lønninger er i overensstemmelse med de indgåede lønftaler og de til os øvrige meddelte oplysninger.

Personaleomkostningerne er samlet steget med 11,8 mio. kr. i forhold til sidste år. Dette dækker over en stigning i lønningerne, tjenestemandspensionsforpligtelsen og feriepengeforpligtelsen.

Vi har gennemgået forretningsgangen for løn og lønkontrol. Forretningsgangen skal bl.a. sikre, at der udbetales korrekt løn og vederlag til ansatte og politikere.

Vedrørende afregning, afstemning og lønoplysning af de ansattes A-indkomst, A-skat og andre udbetalte ydelser har vi ligeledes stikprøvevis kontrolleret, at disse er korrekte.

De udbetalte honorarer til bestyrelsen er gennemgået.

Det er på baggrund af gennemgangen vores vurdering, at lønninger og vederlag generelt er udbetalt i overensstemmelse med gældende overenskomster, indgåede aftaler mv.

Andre driftsomkostninger

Andre driftsomkostninger udgør 64,8 mio. kr. mod 79,9 mio. kr. i 2023. Faldet kan primært henføres til øvrige fremmede tjenesteydelser samt driftsomkostninger på ejendomme.

Vi har analyseret og stikprøvevis undersøgt udvalgte konti og gennemgået bilag i det omfang, vi har fundet det nødvendigt, bl.a. med henblik på at vurdere korrekt skæring og periodisering af omkostningerne.

Vi har gennemgået forretningsgangen for omkostninger, herunder indkøb af varer og tjenesteydelser og foretaget en vurdering og test af interne kontroller. Gennemgangen har ikke givet anledning til kommentarer.

Balancen

Åbningsbalancen

Formålet med revisionen er at sikre, at der er kontinuitet i regnskabsaflæggelsen.

Vi har kontrolleret, at der er sammenhæng mellem bogføringsbalancen pr. 31. december 2023, der dannede grundlag for årsregnskabet 2023, og åbningsbalancen i bogføringen for 2024.

Balancens enkelte poster

Anlægsaktiver

Vi har gennemgået anlægsaktiverne, der pr. 31. december 2024 har en regnskabsmæssig værdi på 506,8 mio. kr. mod 548,3 mio. kr. ultimo 2023. Faldet i anlægsaktiverne skyldes primært, at årets afskrivninger på de materielle anlægsaktiver overstiger årets tilgange.

Vi har stikprøvevis kontrolleret den fysiske tilstedeværelse af de i anlægskartoteket opførte aktiver samt stikprøvevis kontrolleret årets tilgange til underliggende bilag m.v.

Vi har foretaget stikprøvevis kontrol af de foretagne afskrivninger og herunder kontrolleret, om anlægsaktiverne afskrives i overensstemmelse med anvendt regnskabspraksis. De foretagne afskrivninger er efter vores vurdering tilstrækkelige til dækning af årets værdiforringelse.

Ledelsen har overfor os bekræftet, at man finder værdiansættelsen af aktiverne forsvarlig, herunder de scrapværdier, som er opgjort for ejendomme, og som er uændrede fra tidligere år, hvilket vi kan tilslutte os.

De finansielle anlægsaktiver består af aktie- og obligationsbeholdninger, som er faldet med 38,5 mio. kr. i 2024. Danske Regioner har trukket 70 mio. kr. ud fra beholdningen i 2024. Herudover har der

været kursgevinster i året. Værdipapirbeholdningerne er regnskabsmæssigt klassificerede som anlægsaktiver, idet vi har fået bekræftet af den daglige ledelse, at det fortsat er Danske Regioners strategi og intention at fastholde beholdningerne som minimum yderligere 1 år.

Omsætningsaktiver

Omsætningsaktiverne, der pr. 31. december 2024 udgør 95,4 mio. kr., omfatter væsentligst tilgodehavender og likvide beholdninger.

Den 30. november 2024 foretog vi et uanmeldt revisionsbesøg, hvor de likvide beholdninger blev afstemt. Beholdningernes tilstedeværelse konstateredes.

Vi har påset, at mellemværender med pengeinstituttet er optaget til saldiene pr. 31. december 2024 og er afstemt med pengeinstituttets noteringer. Vi har indhentet engagementsoversigt fra pengeinstituttet.

Vi har gennemgået forretningsgangen for afstemning af konti i pengeinstituttet. Forretningsgangen skal bl.a. sikre, at der jævnlige foretages afstemning med pengeinstituttets noteringer i henhold til den vedtagne forretningsgang.

Tilgodehavender udgør pr. 31. december 2024 i alt 92,3 mio. kr. mod 92,1 mio. kr. sidste år.

Vi har gennemgået debitorlisten pr. 31. december 2024. Ledelsen har overfor os bekræftet, at der ikke er særlige risici forbundet med værdiansættelsen af tilgodehavenderne, og vi kan efter vores gennemgang tilslutte os de i årsregnskabet foretagne værdiansættelser.

Egenkapital

Egenkapitalen pr. 31. december 2024 udgør 306,1 mio. kr., der fremkommer ved, at egenkapitalen pr. 1. januar 2024 på 314,1 mio. kr. er reduceret med årets resultat for 2024, der udgør et underskud på 8 mio. kr.

Hensatte forpligtelser

Der er hensat 31,1 mio. kr. til tjenestemandspensionsforpligtelser, hvilket er en stigning på 1,9 mio. kr. i forhold til 2023. Stigningen kan primært henføres til udviklingen i renten. Der er ikke ændret i de grundlæggende principper for beregningen.

Vi har stikprøvevis gennemgået grundlaget for de foretagne hensættelser.

Vi kan efter vores gennemgang tilslutte os de af ledelsen foretagne værdiansættelser.

Gældsforpligtelser

Vi har gennemgået de langfristede og kortfristede gældsforpligtelser og klassificeringen heraf.

Kortfristede gældsforpligtelser, der udviser en samlet saldo på 263,8 mio. kr., består især af feriepengeforpligtelse, interimskonti samt sædvanlige gældsposter. Vi har gennemgået afstemningerne og stikprøvevis foretaget sammenholdelse til eksterne kontoudtog m.v.

Vi har gennemgået anden gæld og skyldige beløb samt påset, at alle væsentlige gældsposter er afstemt med oplysninger fra kreditorerne.

Interimskonti, der pr. 31. december 2024 udviser en samlet gæld på 166,1 mio. kr., består af gæld til overenskomstparter, mellemregninger med eksterne institutioner og gæld vedrørende igangværende projekter. Vi har stikprøvevis påset, at der foreligger bekræftelser på de i regnskabet indregnede

mellemværender.

Den langfristede gæld udgør 1,2 mio. kr. pr. 31. december 2024 og vedrører alene Sundhed.dk's depositum vedr. lejemål i Regionernes Hus.

Pantsætninger og eventualposter

Vi har gennemgået pantsætninger og eventualposter, og vi har i den forbindelse modtaget en ledelseserklæring til kontrol af fuldstændighed af de modtagne oplysninger.

Besvigelser

I forbindelse med planlægning og udførelsen af vores revision har vi forespurgt ledelsen om risikoen for besvigelser. Ledelsen har oplyst, at den ikke har kendskab til besvigelser eller igangværende undersøgelser af formodede besvigelser.

Vi kan oplyse, at vi under revisionen af årsregnskabet ikke er stødt på forhold, der kunne indikere besvigelser eller forsøg herpå. Besvigelser er betegnelsen for en bevidst handling udført af en eller flere personer blandt den daglige ledelse, den overordnede ledelse, medarbejdere eller tredjeparter, hvor vildledning for at opnå en uberettiget eller ulovlig fordel er involveret. Revisionen af årsregnskabet fokuserer alene på besvigelser, der fører til væsentlig fejlinformation i regnskabet. Vi har således ikke foretaget juridiske vurderinger af, hvorvidt besvigelser faktisk er forekommet.

Ledelsens regnskabserklæring

I forbindelse med aflæggelsen af årsregnskabet har Danske Regioners daglige ledelse over for os afgivet en skriftlig bekræftelse (regnskabserklæring) om årsregnskabets fuldstændighed, såsom oplysninger om pantsætninger, garantistillelser, retssager, besvigelser, begivenheder efter balancedagen, samt andre vanskeligt reviderbare områder.

Bestyrelsesprotokol

Bestyrelsens beslutningsprotokol indtil mødet den 6. februar 2025 har vi gennemgået.

Vi har påset, at revisionsprotokollat vedrørende revisionen af årsregnskabet for 2023 er underskrevet af bestyrelsen den 7. marts 2024.

6. Revision af organisationens interne IT-kontroller

Omfang

Revisionen har omfattet revision af organisationens generelle it-kontroller og udvalgte applikationskontroller for de it-systemer, der har betydning for organisationens regnskabsføring og regnskabsaflægelse.

- Adgangssikkerhed for systemadministratorer i det centrale økonomistyringssystem, herunder brugeradministration, brugerrettigheder, logisk adgangskontrol og systemadministration.
- Adgangssikkerhed for sikkerhedsadministratorer i lønsystem herunder brugeradministration, brugerrettigheder og systemadministration.
- Outsourcing af centrale it-systemer, herunder indhentelse og vurdering af revisorerklæringer fra it-serviceleverandører.
- Microsoft AD: Procedurer og kontroller for patchmanagement, adgangssikkerhed, herunder brugeradministration, logisk adgangskontrol og systemadministration.

- Netværkssikkerhed

Det udførte arbejde

Vi har foretaget forespørgsler hos it-ledelsen, medarbejdere med ansvar og opgaver inden for it samt systembrugere.

Vi har udført revisionshandlinger i form af inspektioner, observationer og udførelse af kontroller, herunder gennemgang af modtagne dokumenter og materialer, efterprøvelse af interne it-kontroller og dokumentation herfor samt test af de interne it-kontrollers funktionalitet, hvor dette er relevant.

Konklusion

Det er vores opfattelse, at organisationen generelt har implementeret hensigtsmæssige interne it-kontroller, der medvirker til at opretholde informationernes integritet og sikkerheden af data, som it-systemerne behandler i forhold til regnskabsføringen og regnskabsaflæggelsen.

Vores konklusion er afgivet under forudsætning af, at de endnu ikke modtagne revisorerklæringer for de dele af Danske Regioners it-anvendelse, som Microsoft og EG er ansvarlige for vedrørende 2024, er uden forbehold eller supplerende oplysninger.

7. Formalia

Ledelsesansvar

Vi er ikke i forbindelse med vores revision blevet bekendt med handlinger eller undladelser, hvor der efter vores opfattelse er en begrundet formodning om, at medlemmer af bestyrelsen kan ifalde erstatnings- eller strafansvar.

8. Assistance og rådgivning

Ud over revision af årsregnskabet har vi udført følgende opgaver:

- Analyse af aktivitet- og omsætningsmønstre i almen praksis

9. Revisors uafhængighedserklæring mv.

Undertegnede erklærer:

at vi opfylder de i lovgivningen indeholdte uafhængighedsbetingelser, og

at vi under vores revision har modtaget alle de oplysninger, vi har anmodet om.

Roskilde, den 13. marts 2025
BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab



Per Lund
Statsautoriseret revisor

København, den 13. marts 2025

Anders Kühnau
Formand

Mads Duedahl
1.næstformand

Trine Birk Andersen
2. næstformand

Lars Gaardhøj

Bo Libergren

Mette With Hagensen

Mogens Nørgård

Leila Lindén

Anders G. Christensen

Randi Mondorf

Camilla Hove Lund

Christoffer Buster Reinhardt

Per Larsen

Martin Jakobsen

Karin Friis Bach

Peter Westermann

Tormod Olsen

Relateret document 3/3

Dokument Navn:	Budget og resultatoversigt 2024.pdf
Dokument Titel:	Budget og resultatoversigt 2024
Dokument ID:	1757563

Danske Regioners budget og regnskab 2024

Kr.	Budget 2024	Regnskab 2024
Kontingent	153.800.000	154.098.288
Øvrige kontingenter	100.200.000	100.399.550
Sekretariatsbidrag	15.100.000	13.208.386
Tilskud til drift af RLTN	3.800.000	3.800.000
Indtægter vedr. blodplasma	3.400.000	3.239.205
Div. Indtægter	4.100.000	4.185.119
Nettoomsætning	280.400.000	278.930.548
Omkostninger		
Personaleomkostninger	233.800.000	238.236.352
Afskrivninger	8.900.000	9.914.219
Driftsomkostninger ved huse	16.000.000	15.521.471
Fremmede tjenesteydelser	24.400.000	14.837.562
Mødeaktiviteter	10.800.000	9.667.486
Øvrige udgifter	24.900.000	21.403.702
Tilskud andre	3.400.000	3.390.009
Omkostninger i alt	322.200.000	312.970.802
Driftsresultat (- underskud)	-41.800.000	-34.040.254
Finansielle poster		
Finansielle indtægter	9.000.000	18.995.325
Finansielle omkostninger	-2.000.000	-981.718
Kursgevinster på aktier og obligationer	0	16.439.275
Finansielle poster, netto	7.000.000	34.452.883
Resultat af foreningens drift (- underskud)	-34.800.000	412.628
Projekter m.v.	8.000.000	8.409.447
Årets resultat (- underskud)	-42.800.000	-7.996.818

Bilag Titel:	Buurtzorg 16_01_25
Dagsordens titel	Opfølgning på studietur til Holland
Dagsordenspunkt nr	20
Bilag nr	1
Antal bilag:	7

KEEP IT SMALL, KEEP IT SMIPLE

transforming neighborhood care - Buurtzorg Overview



BUURTZORG

Thijs de Blok

BUURTZORG QUICKSCAN



social healthcare



focus on relationships



solutions instead of
indications



separated care and back
office processes



buurtzorgweb- and square,
knowledge, information,
communication



scale of the
neighborhood

RESULTS POLICY ON HOMECARE 2006

- *Fragmentation* of cure, care, prevention
- *Standardization* of care-activities
- *Lower quality / higher costs* and wrong incentives: delivering *much* care against *low* cost is profitable
- Big *capacity problems* due to demographic developments
- Information on costs per client/outcomes: *none!*
- Clients confronted with *many* caregivers
- Professionals were very *unhappy*



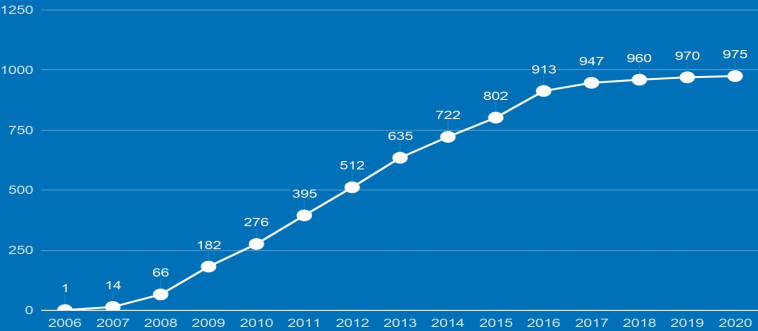
START 2007

- Starting an organization and care delivery model for community care with:
- **independent teams** up to 12 nurses
- Working in a neighborhood of 5.000-10.000 people
- Teams responsible for the organization and the **complete process**

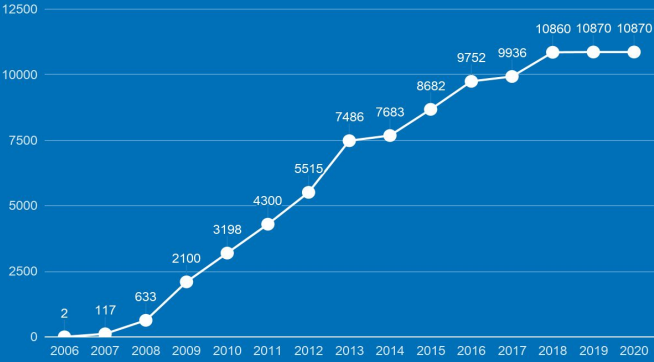


BUURTZORG 2007 - NOW

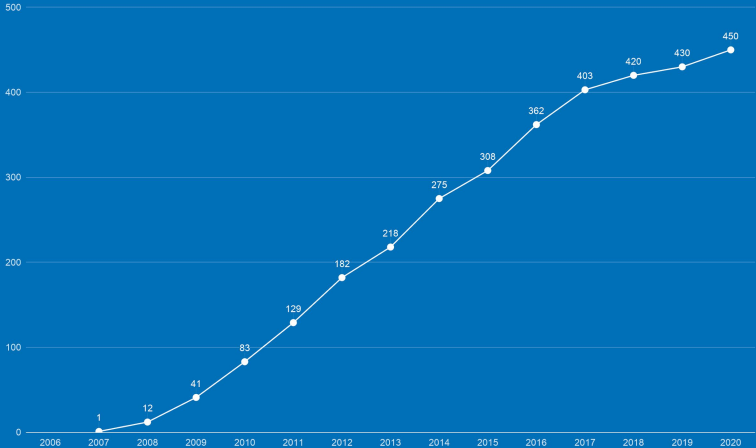
TEAMS



NURSES



TURNOVER



50 - 100 new nurses a month

100.000 + patients a year

450.000.000 turnover a year

15.000 nurses

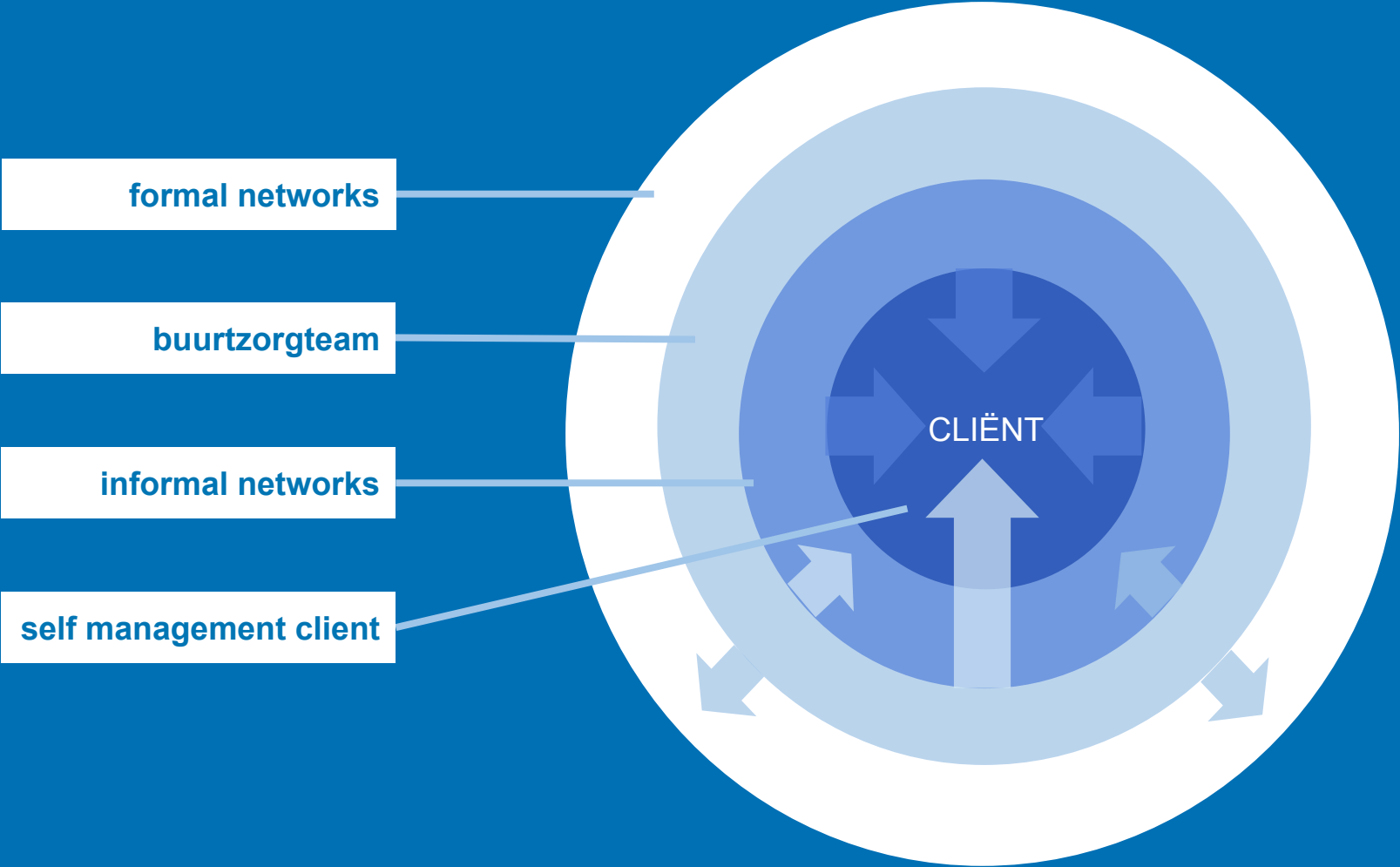


AND MORE...

- Patient satisfaction: 9.2
- Employee satisfaction: 9
- 5 times best employer of the year
- overhead 8%
- 1200 new colleagues a year



ONION MODEL



inside out | empowering and adaptive | network creating | supporting | additional | replacement

(SELF)ORGANIZATION

- Optimal autonomy and no hierarchy: TRUST
- Reduction of complexity (also by means of use of ICT)
- Generalists: taking care for all type of patients
- 70% registered nurses
- Own education budget
- Informal networks are much more important than formal organizational structures



COST BENEFITS FOR THE CARE!

- Cost savings up to 40 % (Buurtzorg model leads to more prevention, a shorter period of care and less spending on overhead)
- More satisfied employees and clients



- The government and all political parties are stimulating other care organizations to work like Buurtzorg
- Other sectors are interested in the organization model





BUURTDIENSTEN

BUURTWONEN

BUURTZORG JONG

BUURTZORG KRAAM

STICHTING MAJA 

BUURTZORG PENSION

BUURTZORG+

BUURTZORGHUIS

BUURTZORG^T

BUURTZORG

The way Buurtzorg^T distinguishes

Short waiting lists

No planners, managers

A personal approach based on mutual trust

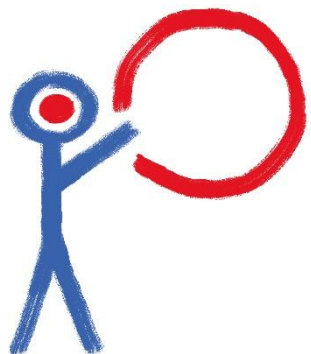
Empowerment: Yucel Method

Connecting to the client's question for help

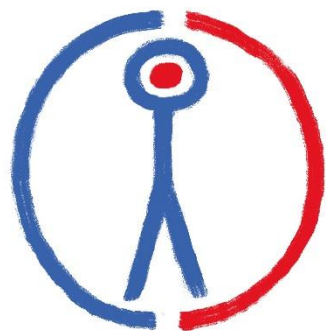
Working together with clients on their recovery process

based on an equal working-relationship

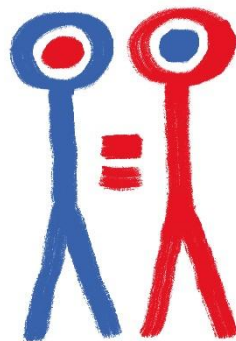
Simplicity



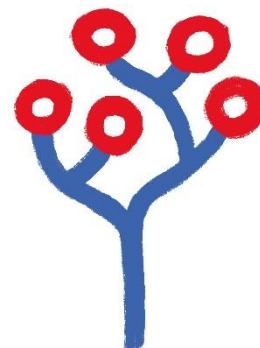
Wholeness



Proximity



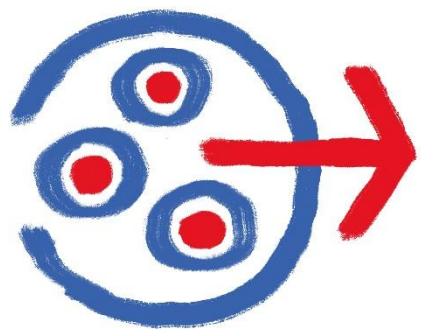
Organic



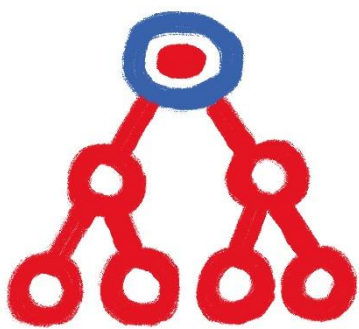
Trust



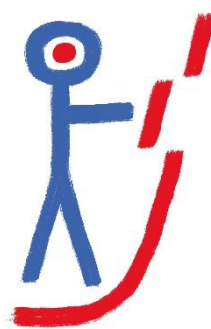
Self-steering



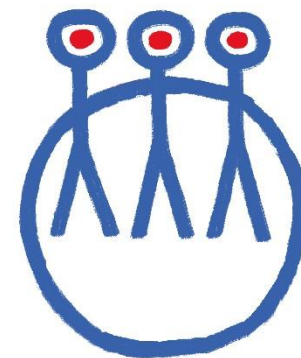
Systemic



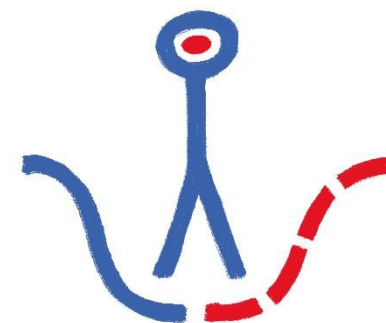
Craftsmanship



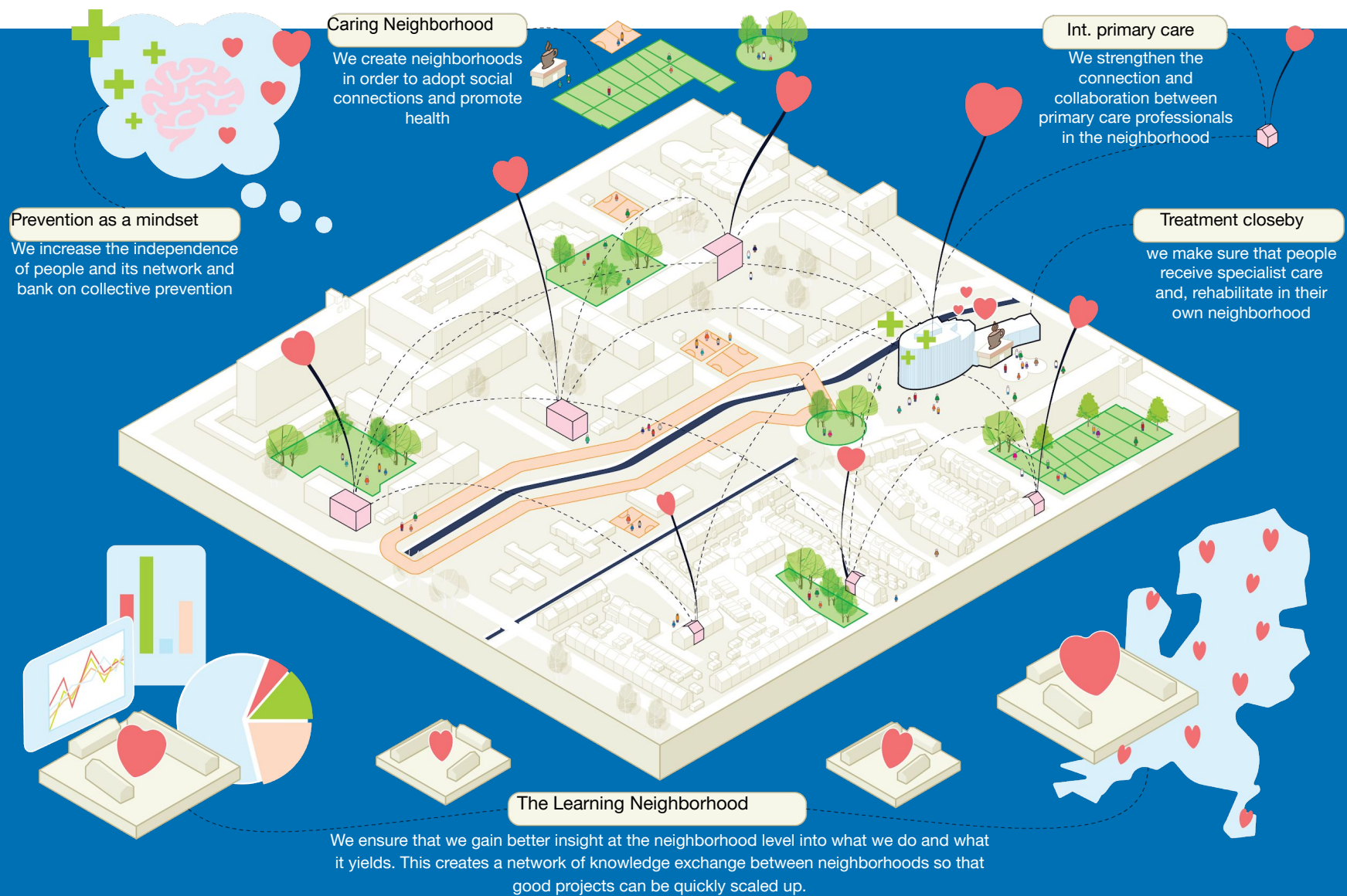
From
ourselves



Focused on
recovery



Our future vision



With our transition, we are aiming on different patterns

From organisational focused care system

Fragmented system

Separation of activities/ more specialists

Focus on cure

Transactional care

Efficient and task-oriented work

Hierarchical separation of thinking/doing

Focus on client-satisfaction



...towards social care

Care is integrated, holistic and client-centered

Simplification by integration of care activities

Movement towards prevention

Relational care

Focus on outcomes

Self-management/autonomy for professionals

Increasing problem solving capacity client and network

BUURTZORG INTERNATIONAL

- more and more interest in

COMMUNITY CARE MODEL



giving the best care at home, wherever you live

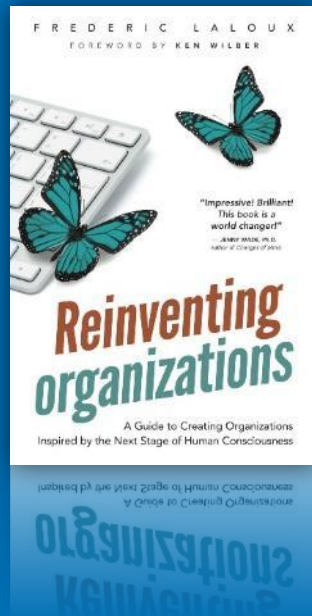
ORGANIZATION MODEL



teal the Buurtzorg way

BOOKS

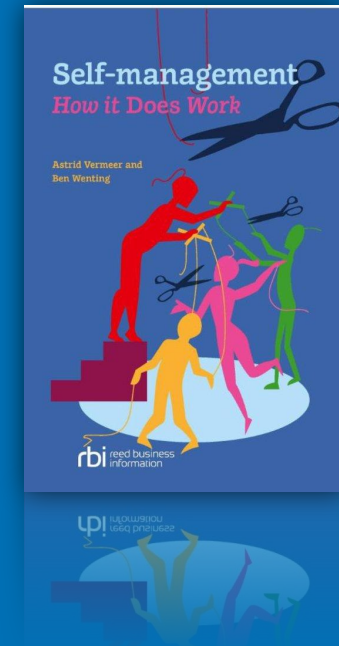
Frederic Laloux:
‘Reinventing organizations’



Sharda Nandram:
‘Organizational Innovation by Integrating Simplification’



Ben Wenting en Astrid Vermeer:
‘Self-management, How it Does Work’





KEEP IT

SMALL

KEEP IT

simple

Relateret document 2/7

Dokument Navn:	Elisabeth Tweesteden Hospital.pdf
Dokument Titel:	Elisabeth Tweesteden Hospital
Dokument ID:	1755689



BUITENGEWOON



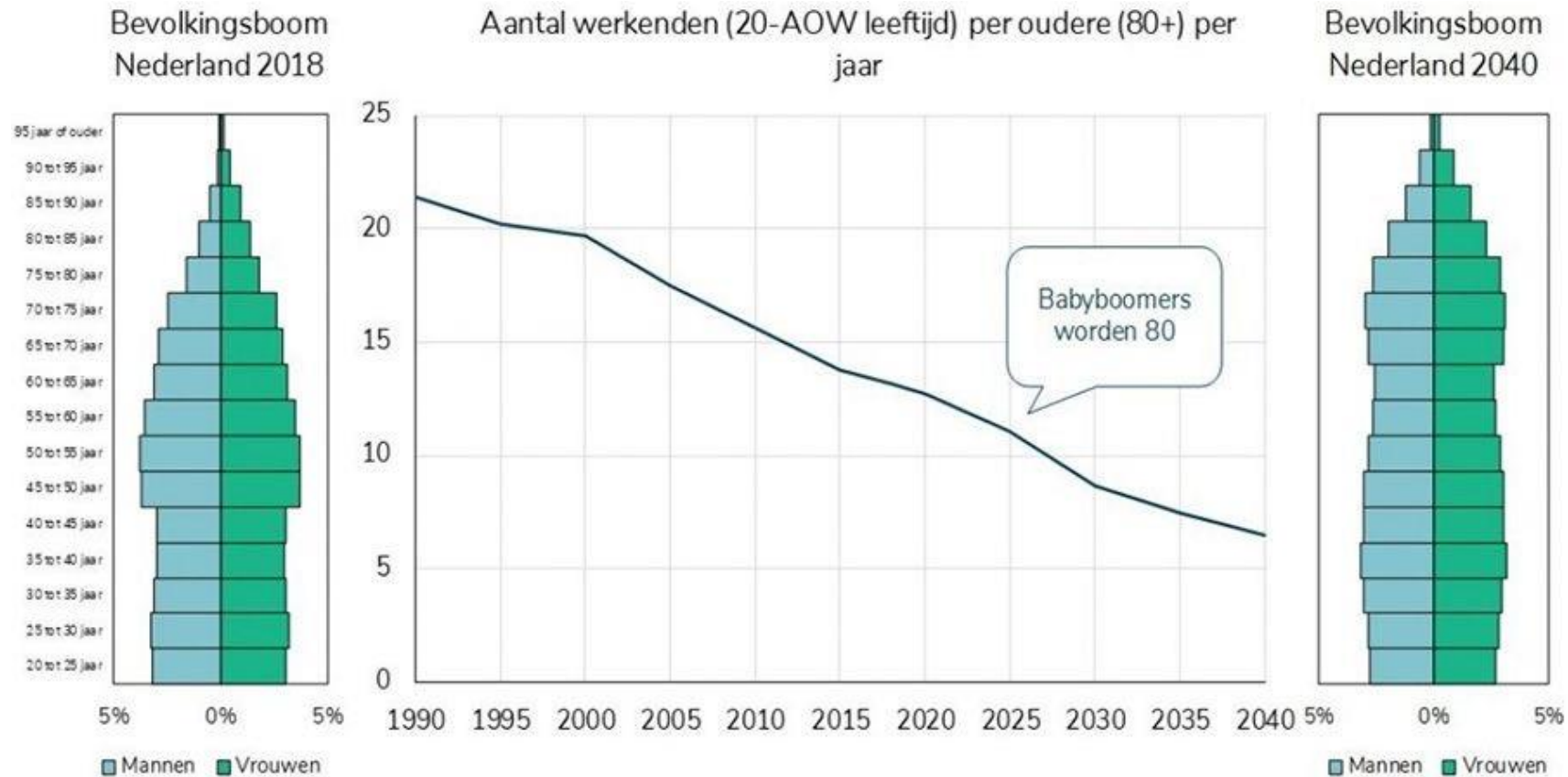
Elisabeth-Tweesteden Hospital (ETZ): Transforming Regional Healthcare

Prof. H.J.J.M. (Bart) Berden MD MBA | Chair Executive Board ETZ

Outside-In

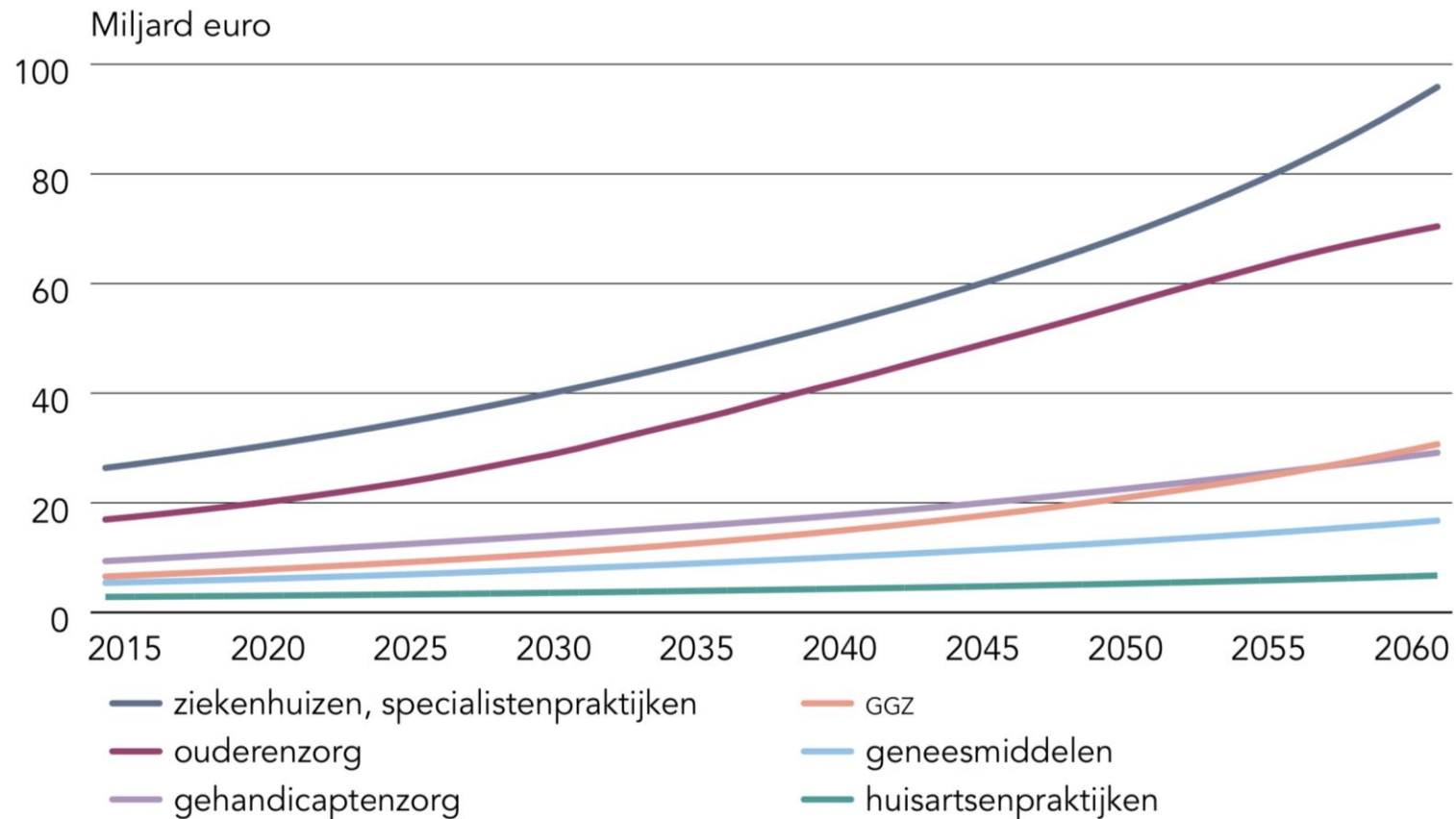


kern: zorg is een omslagstelsel



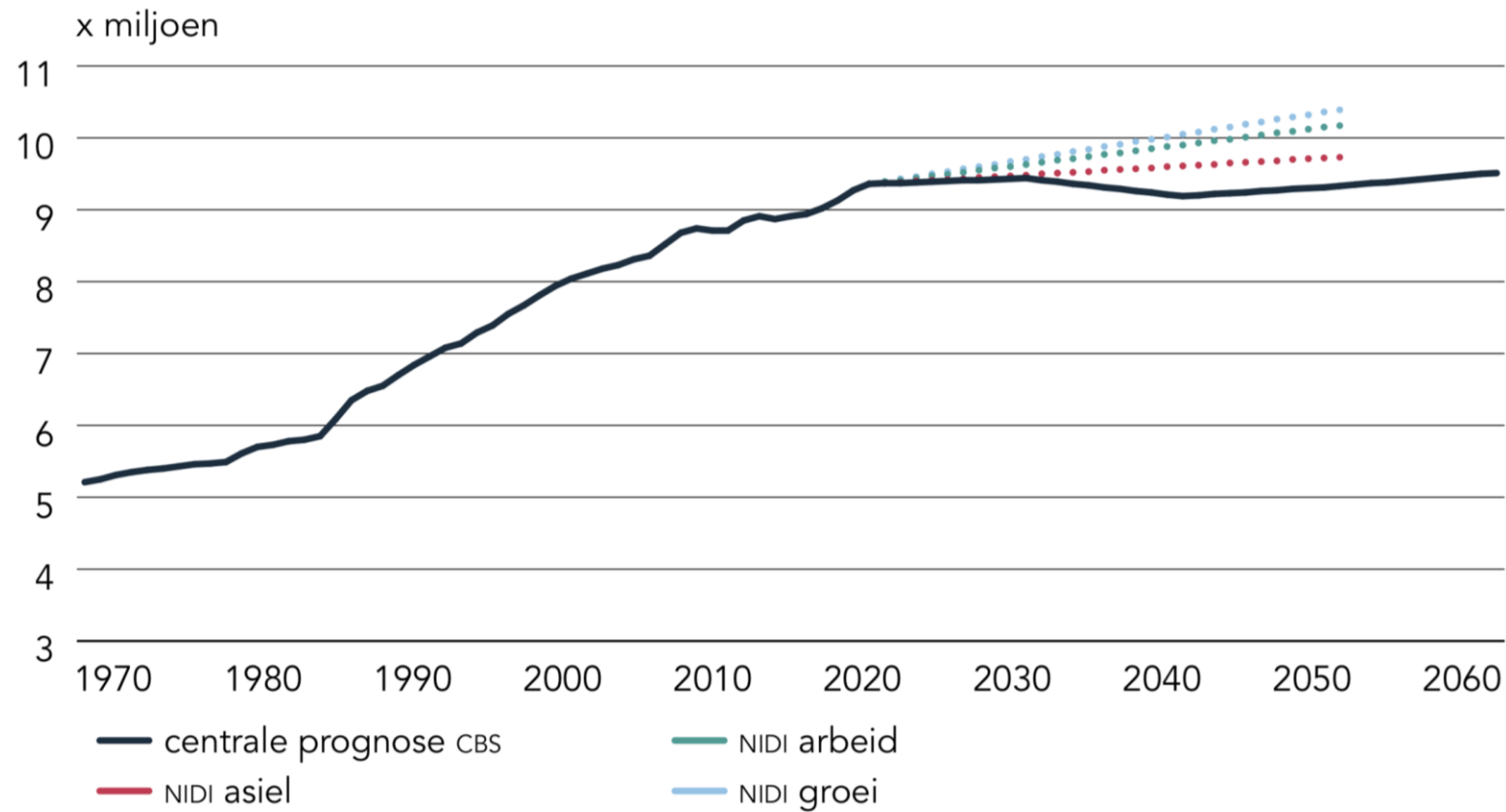


Uitgaven Toekomstprojectie zorguitgaven voor afzonderlijke sectoren,
2015-2060 (in miljarden euro's van 2015).



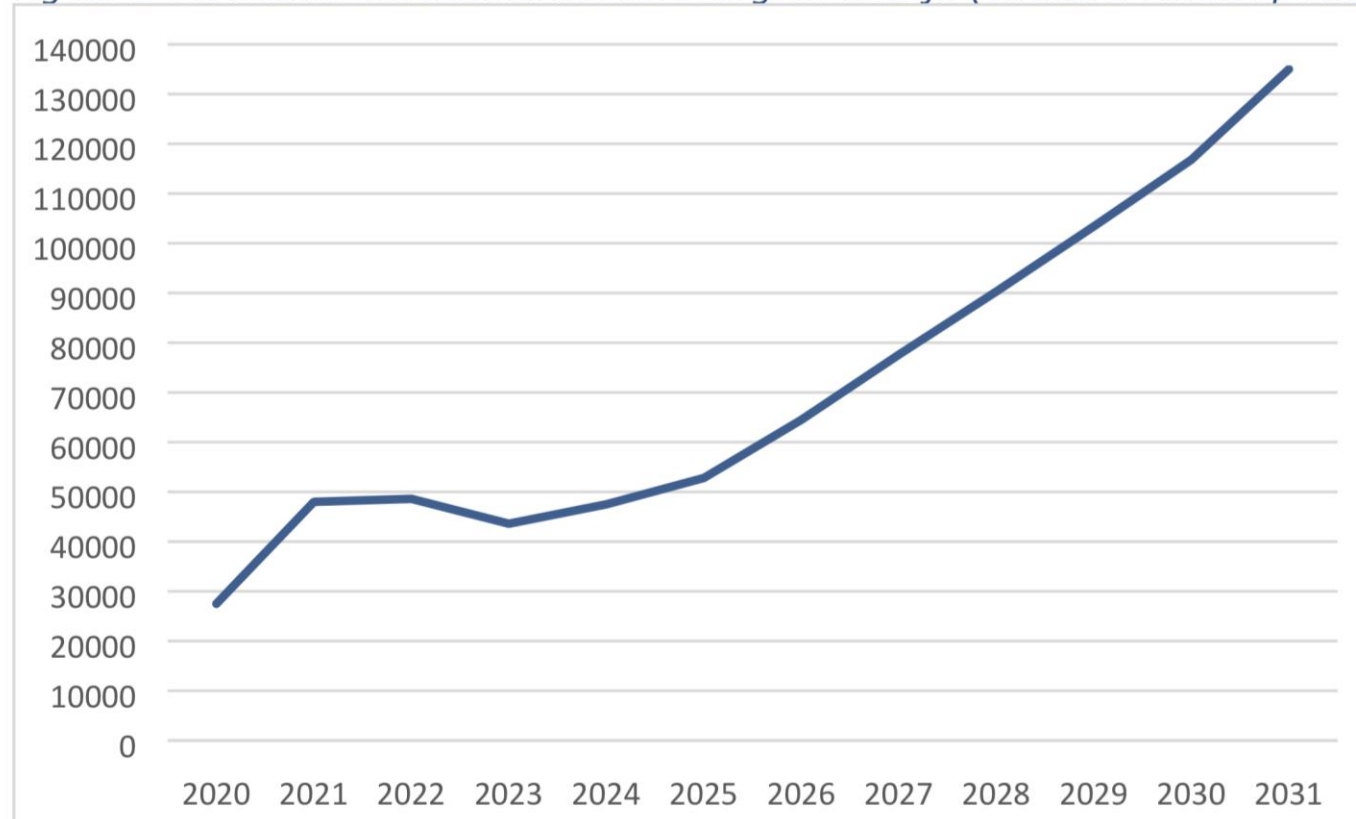


Figuur 3.11 De gerealiseerde en geraamde ontwikkeling in de beroepsbevolking, 1970-2060 (in miljoenen personen)



Personeel: gerealiseerd en geraamd

Figuur 1 Verwachte arbeidsmarkttekort zorg en welzijn (exclusief kinderopvang)



Bron: ABF Research



TOP CLINICAL TEACHING HOSPITAL WITH TRAUMA CENTER



212
volunteers



614 beds



33.000
hospital
admissions



536.000
visites to
a doctor



653 million
turnover



45.000
first aid visits



354 seriously
injured patients



339 medical
staff



1.435
nurses



5.191
employees



867 nurses
in training



48 physician
assistants



121 doctors
in training



45 nursing
specialists

ETZ healthcare transformation

- Digital transformation (**outpatient clinic of the future**; digital / hybrid care pathways; AI)
- 'Appropriate care' (e.g., **open ICU**)
- Collaboration between different domains of health & wellbeing
- Integral capacity management and planning



2023 - 2026



Hospital beds
(clinic)

- 8%



Consultations

- 10%

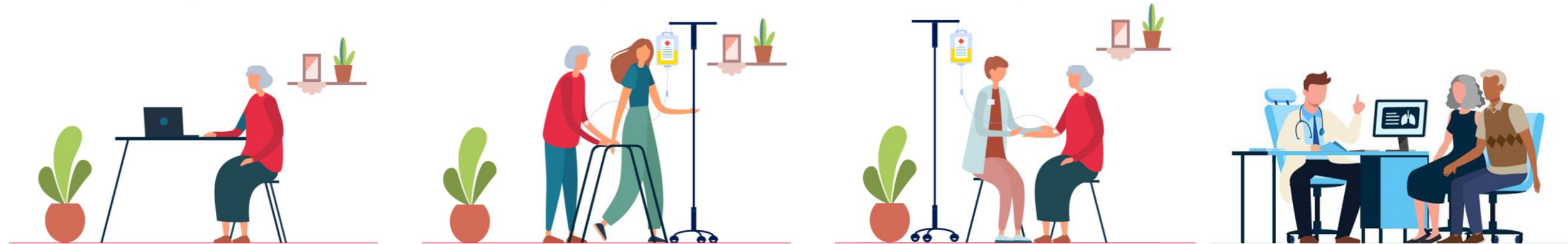


Digital
consultations

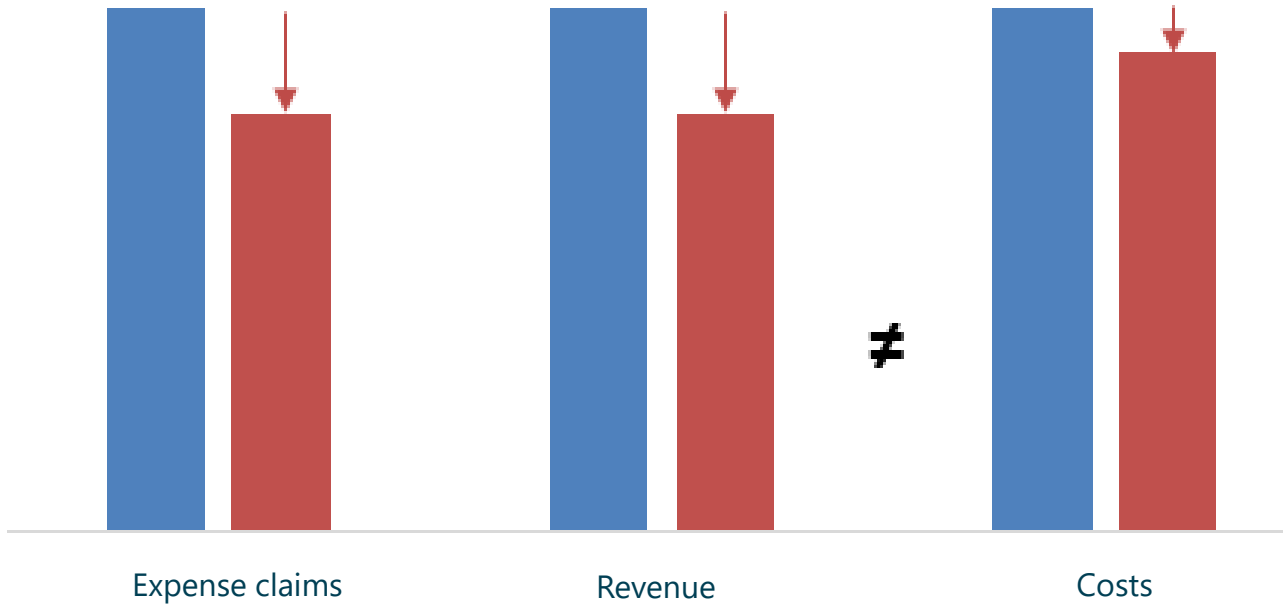
21% → 35%



Care at home, via self-management or digital, unless...



Healthcare transformation results in lower healthcare volumes, however operational costs cannot be reduced in the same amount or time period



Partnerships with health insurers are preconditional to transform healthcare in a financially responsible way



ETZ healthcare transformation – cases

Health insurer VGZ & The Transformation Network Appropriate Care

9:30-10:15H	<i>Outpatient Clinic of the Future</i>	Sanne Sadée & Remco Luijten
10:15-11:00H	<i>Open Intensive Care Unit</i>	Hans Kuijsten & Sabine op 't Hoog
11:00-11:15H	<i>Q&A</i>	
11:15-11:30H	<i>Break</i>	
11:30-12:30H	<i>Health insurer VGZ & The Transformation Network Appropriate Care</i>	Cas Ceulen



BUITENGEWOON



Polikliniek van de Toekomst

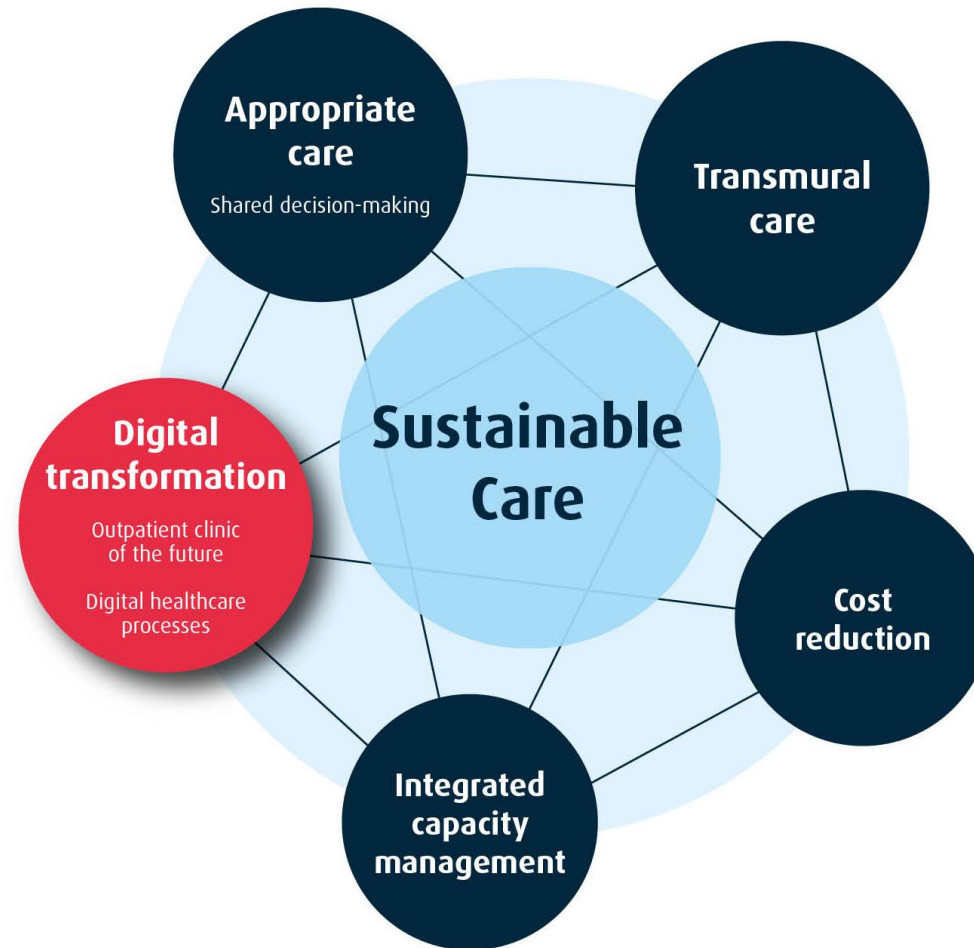
Outpatient Clinic of the Future

Ambulatorium af Fremtiden

How our hospital is working on digital transformation

Remco Luijten - Rheumatologist and medical information officer

Sanne Sadée - Program manager Outpatient Clinic of the Future





Why?

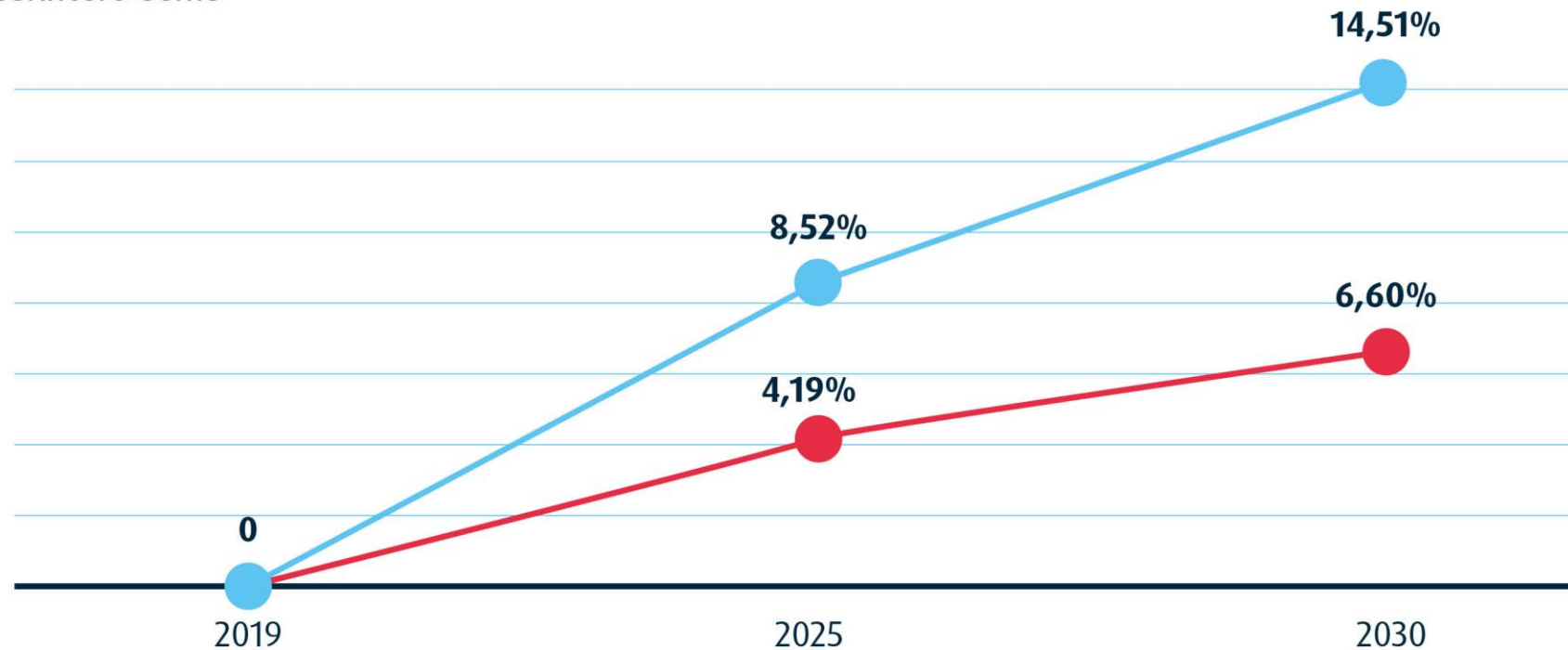
**HYVORFOR
DET?**

Prognosis on healthcare demand

Midden-Brabant

—●— Population

—●— Healthcare dema





Why “Outpatient Clinic of the Future”?

- Necessity
- Our hospital's business card
- Working methods and processes in outpatient clinics differ
- Staffing is tight, and distributing work between outpatient clinics is currently not possible
- Long waiting lists
- The potential benefits of Our EPR and our patient portal MijnETZ have not yet been realized totally
- Working towards a new, modern, future-proof outpatient clinic in our new building
- Through this program, we aim to assist outpatient clinics in their transition.



Dutch Digital infrastructure

- No nationwide EPR
- No national strategy but market forces
 - Every hospital, general physician, physical therapist etc is responsible for own infrastructure resulting in different EPR's
 - In Dutch hospitals 4-6 suppliers with two main suppliers:
 - Hix (Chipsoft)
 - EPIC
- Strict Legislation of privacy (in dutch "AVG")



What are our future ambitions?



Frameworks

- Care is given
 - At home, unless....
 - Digital, unless....
 - Through MijnETZ (patient portal), unless.....

Digital patient journey

Health care
professional



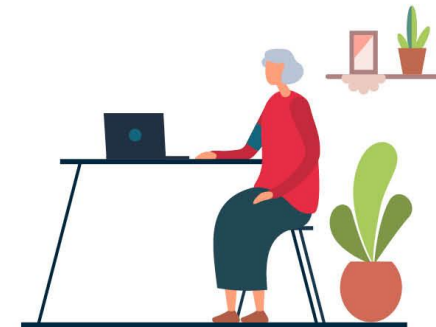
PHASE 1
**Request
primary
care and
preperation**

PHASE 2
**Visit and
treatment**

PHASE 3
**Follow-up at
home**

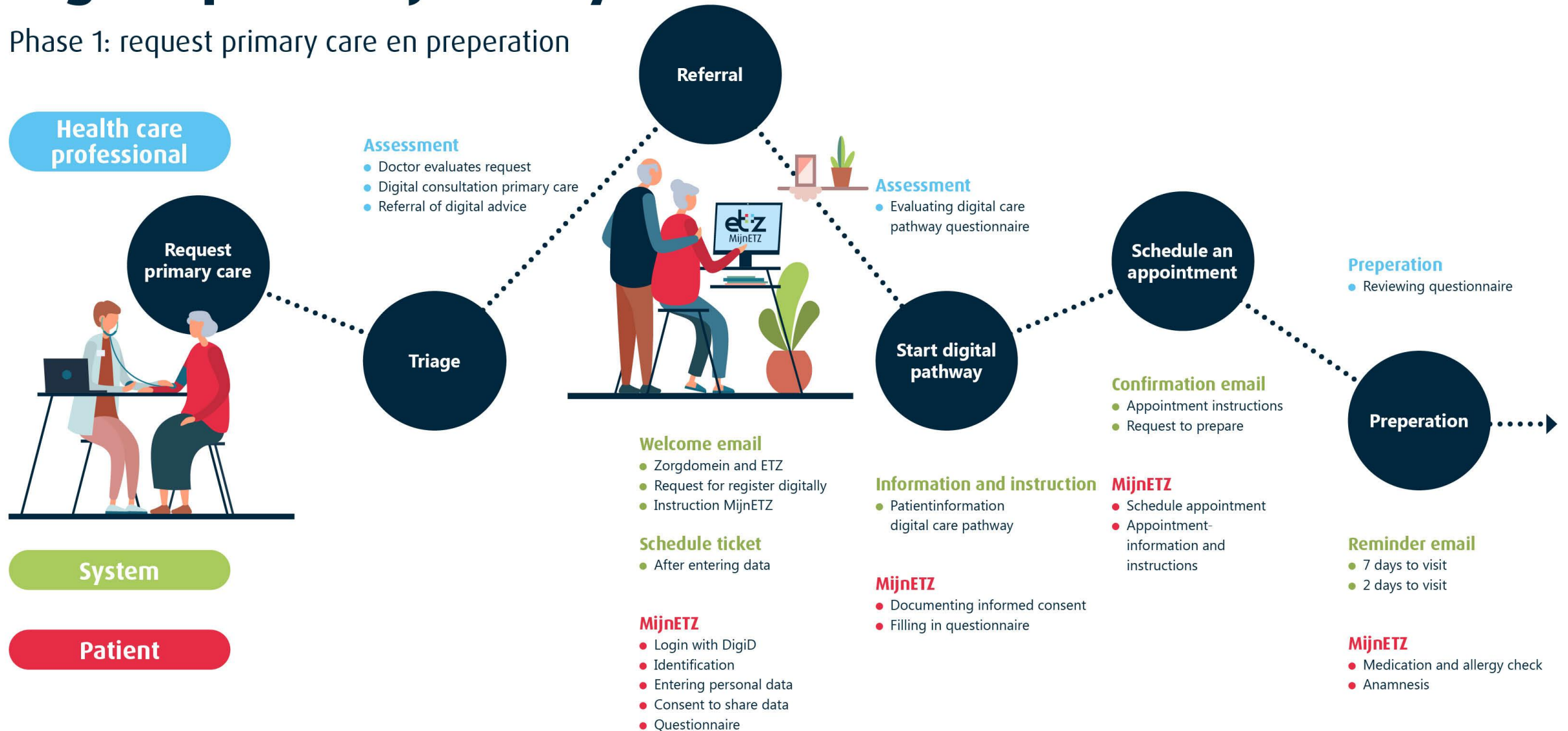
System

Patient



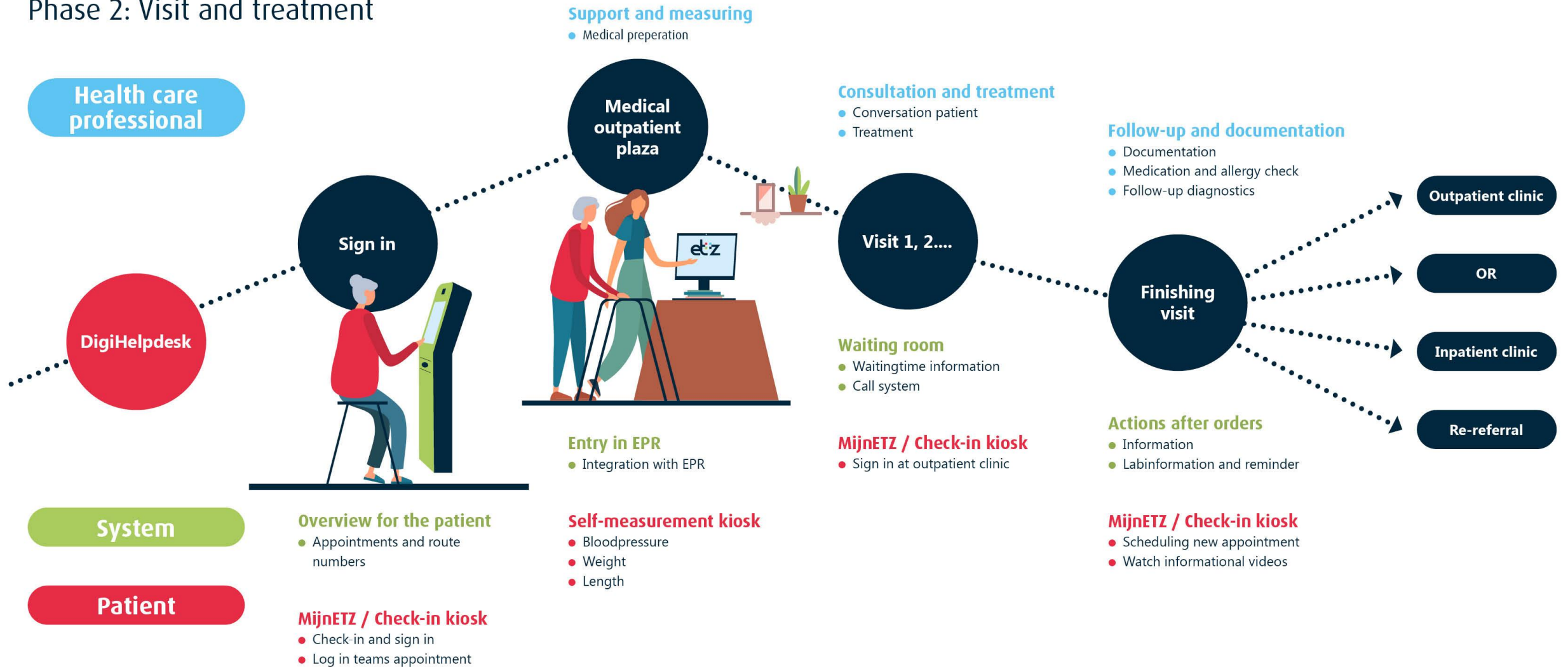
Digital patient journey

Phase 1: request primary care en preperation



Digital patient journey

Phase 2: Visit and treatment



Digital patient journey

Phase 3: Follow-up at home

Health care professional



System

Patient

Assessment and follow-up

- In case of abnormal results

Digital health pathway

Monitoring

- Evaluate and categorize measurements
- Send out reminders

MijnETZ

- Filling in questionnaire
- Perform measurements

Assessment and follow-up

- In case of abnormal results

Digital follow-up check

Algorithms

- Evaluate and categorize measurements

MijnETZ

- Filling in questionnaire
- Perform measurements

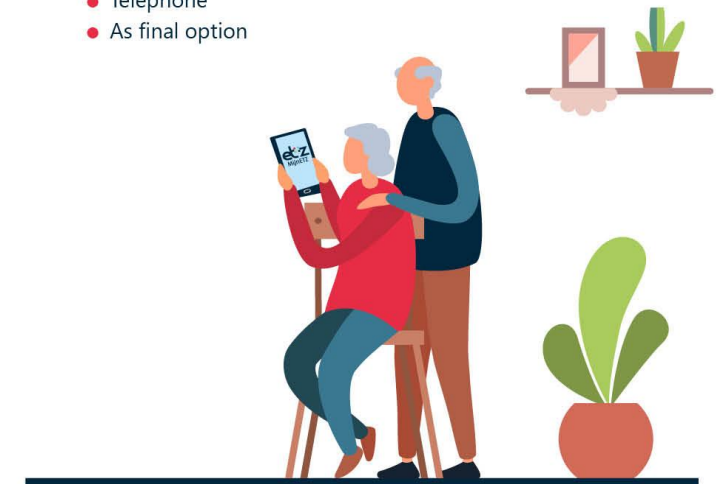
Follow-up at home

AI

- Automatically generate answers
- Website/ Chatbot
- FAQ

MijnETZ

- Repeat medication
- Self-triage + asking questions
- Telephone
- As final option



Less and less

A administration by us
B personal contact with everyone
C on paper
D visit at hospital
.....

More and more

A administration by EPR, portal and patient
B personal contact with the patient who needs it
C more digital
D remote care
.....

Time progression

What do you think of our future vision?

Hvad synes I om denne vision?





How are we working towards this?

Digital transformation

Outpatient Clinic of the future

Optimizing, standardizing, and digitizing outpatient processes

MijnETZ
Central & together
Harmonizing and standardizing
Optimal planning
Housing & design

Digital Care Processen

AT home & in the inpatient clinic

Home monitoring
In ETZ when necessary
Sustainable clinical care process
Standardizing

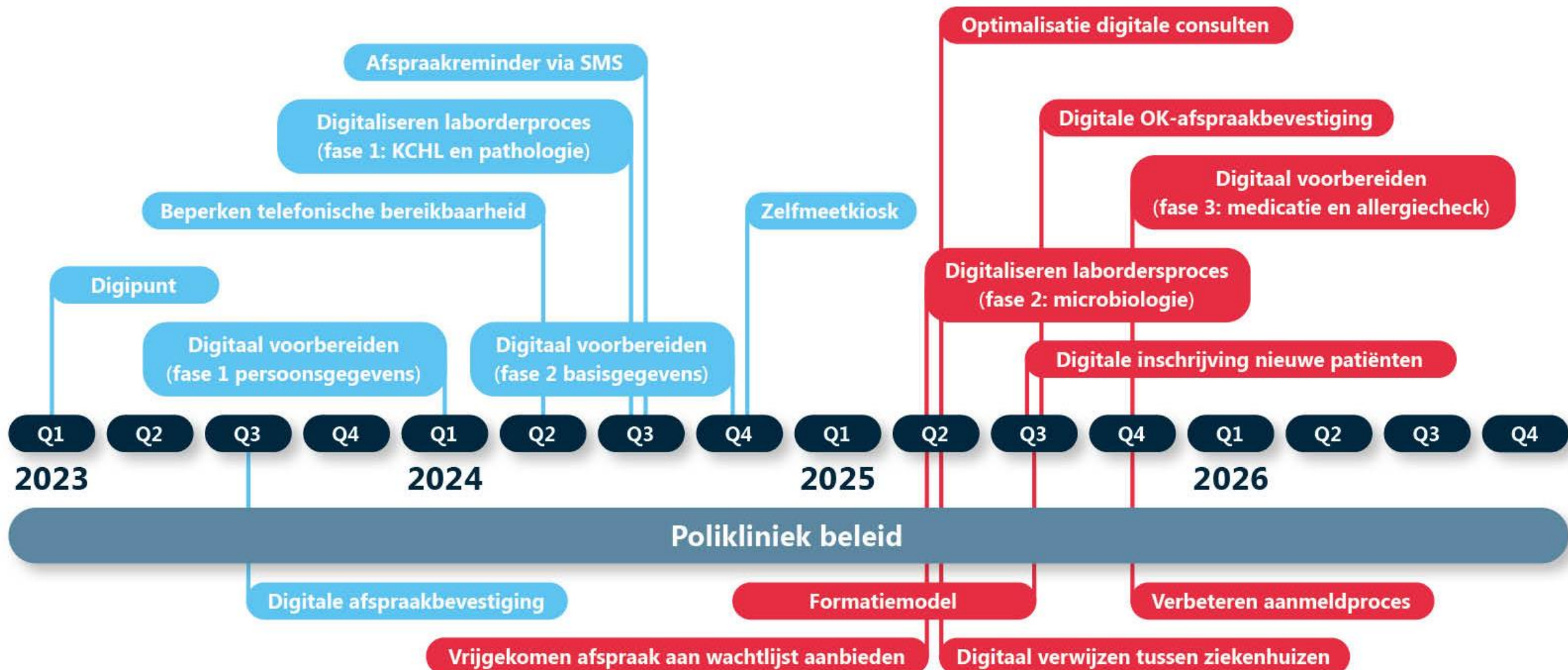
Value and control for the patient

Added value for the healthcare provider

Monitoring and finance

Hospital-wide frameworks (tools and processes)

Collaboration in the healthcare chain, with (Epic NL) hospitals and health insurers



Ziekenhuisbreed geïmplementeerd



Ziekenhuisbreed ingepland



Projecten per poli in te plannen

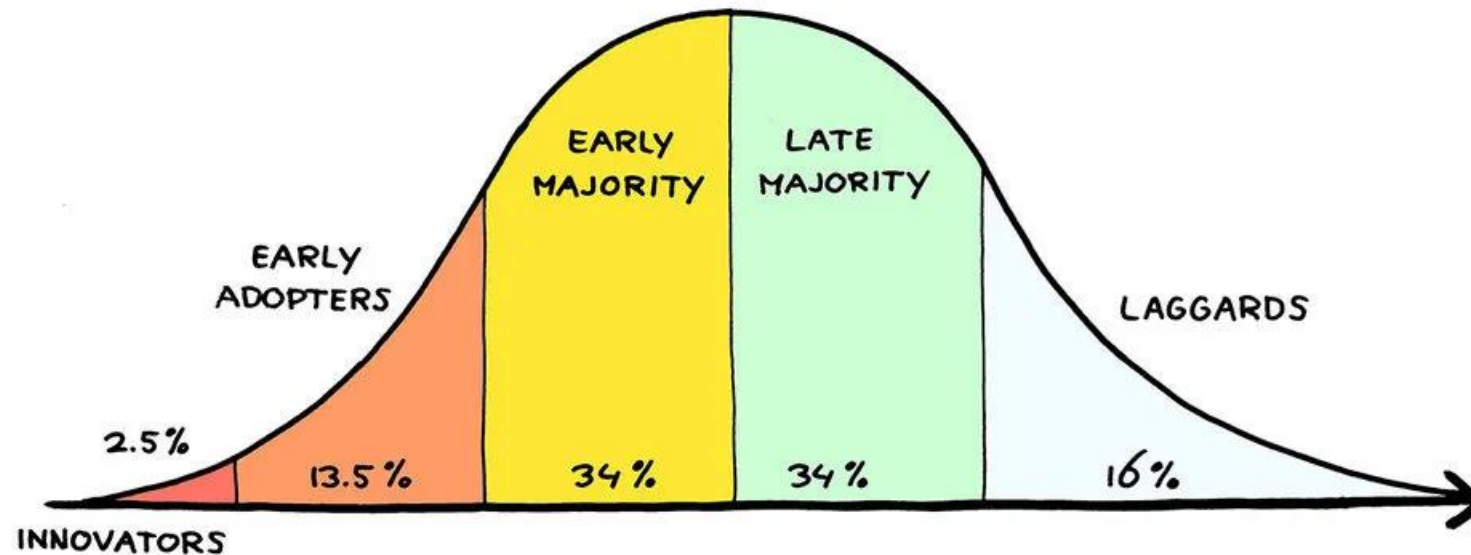
* tijdelijk on hold



How do our employees experience this change?

Other health

- Management change and
- Support people changes and
- Their biggest challenges
 - Less people
 - Patient
 - Loss of
- They are experiencing a short period



are
endence

Some examples

- Triage
- Digital Care Pathways



Triage of referral for new patients

- From general physician
 - Dialogue through telephone call (rheumatology) or by letter (GE)
 - ~20% remains out of hospital with advice from medical specialist (rheum)
 - Time consuming (not billable)
 - Digital Advisory Consult
- Internal referrals
 - In EPIC: advice to referring party

Our digital care pathways

Live of almost live

1. IBD
2. COPD (Luscii)
3. Oncology monitor
4. CTG klinische home monitoring
5. Rheumatoid arthritis
6. Digital post-check diabetes dietician
7. Asthma (Luscii)
8. Asthma pediatrics
9. Digital post-check TIA
10. Digital post-check Proctology
11. Prostate carcinoma
12. Systemic medications dermatology
13. Basic design bloodpressure measurements
14. Digital basis anamnesis hospitalwide
15. Auto-anamnesis Orthopedics
16. Orthopedics follow-up

In progress

1. CVA
2. High-Risk pregnancy
3. Endoscopy
4. Chronic pain

In concept 2025

1. Peripheral vascular disease
2. Chronic kidney failure
3. Bariatrics
4. Diabetes type 1
5. Osteoporosis
6. Direct dismissal after trauma care
7. Digital check ostomic care
8. Digitale check glaucoma
9. Digitale check DCR

Digital care pathway

- Not copying current workflows into digital ones
- But transforming operating procedures into sustainable, efficient digital processes supported by EPR
 - Optimized outpatient clinical processes
 - Decrease in physical visits by home monitoring
 - Decrease in administration for healthcare personnel

The flowchart details the management of gestational diabetes mellitus (GDM) based on HbA1c levels and fasting glucose. It is divided into four groups:

- Group 1:** HbA1c < 5.6% / Fasting glucose < 5.0 mmol/L. Management includes digital coaching and medication (insulin or oral hypoglycemics).
- Group 2:** HbA1c 5.6-6.4% / Fasting glucose 5.0-5.9 mmol/L. Management includes digital coaching and medication (insulin or oral hypoglycemics).
- Group 3:** HbA1c 6.5-7.4% / Fasting glucose 6.0-6.9 mmol/L. Management includes digital coaching and medication (insulin or oral hypoglycemics).
- Group 4:** HbA1c ≥ 7.5% / Fasting glucose ≥ 7.0 mmol/L. Management includes digital coaching and medication (insulin or oral hypoglycemics).

The flowchart also includes decision points for 'Active ziekte' and 'Remissie' (Remission) and provides recommendations for monitoring and treatment.

Er der nogle spørgsmål?



SPØRGSMÅL



BUITENGEWOON

'The ETZ open ICU concept'

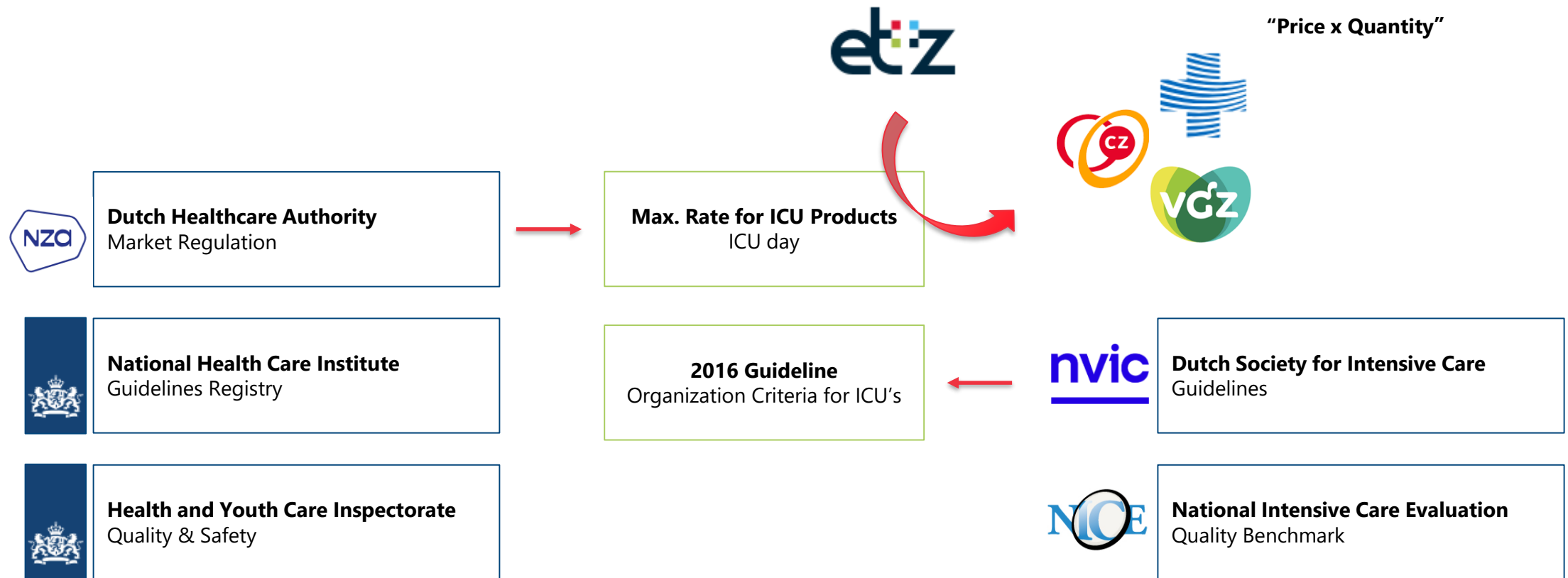
Hans Kuijsten

Critical Care Physician, Member Medical Board





Dutch Critical Care System





Current ICU Model

Closed format IC

Goal: Survival

KPI: Mortality Rate

Criteria: Staffing/ICU bed

Outreach: Emergency Respons
only

Revenue: IC days



ICU as a Department



(2017) ETZ Challenges for Sustainable Crit. Care

Understaffing

- Increase in Demand from General Wards:
 - ↑Complexity
 - ↑Intensity
 - ↓General Medicine
- Lack of (Nursing) Staff

Quality Paradigm Shift

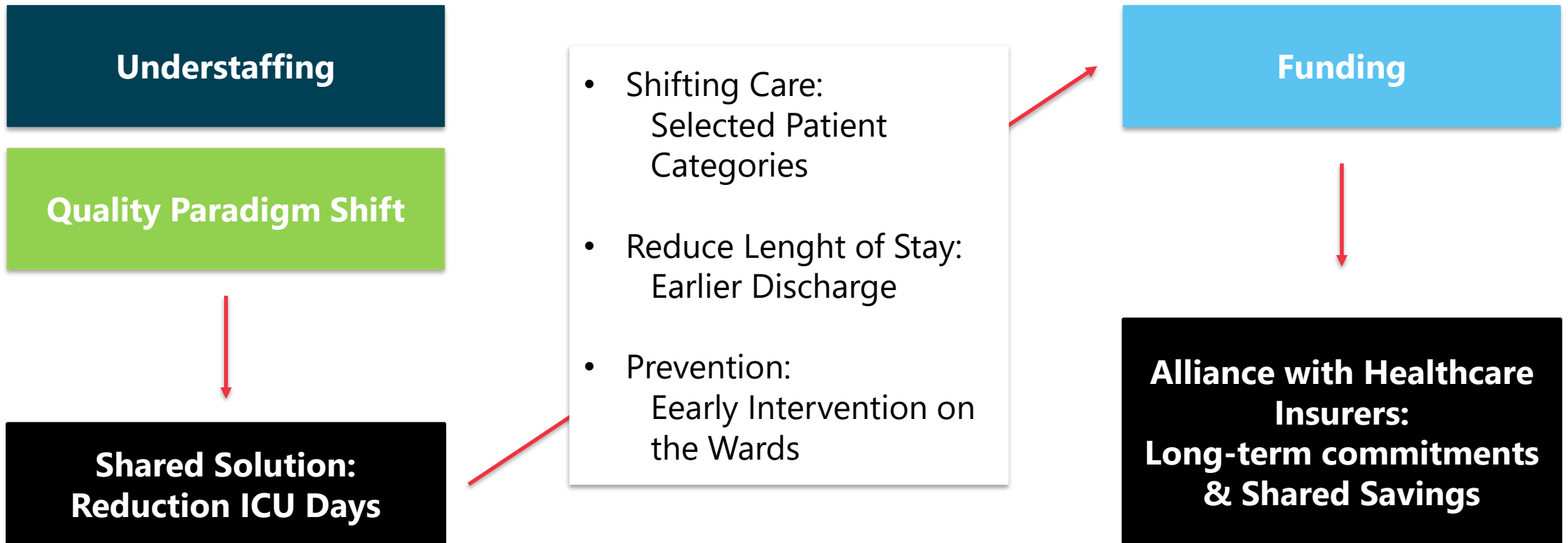
- Post-ICU Syndrome (PICS)
- Quality of Life
- Patient & Family Centered Care

Funding

- Unpaid Reserve Capacity
- No Funding for Activities Outside ICU
- Perversity: Bad Care Pays...

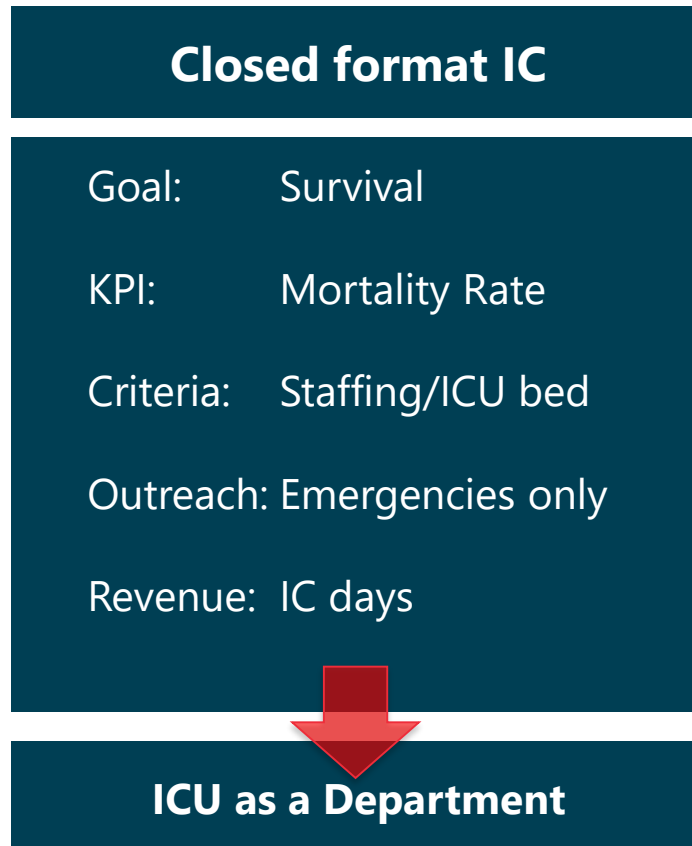


ETZ ICU Approach





Current ICU Model

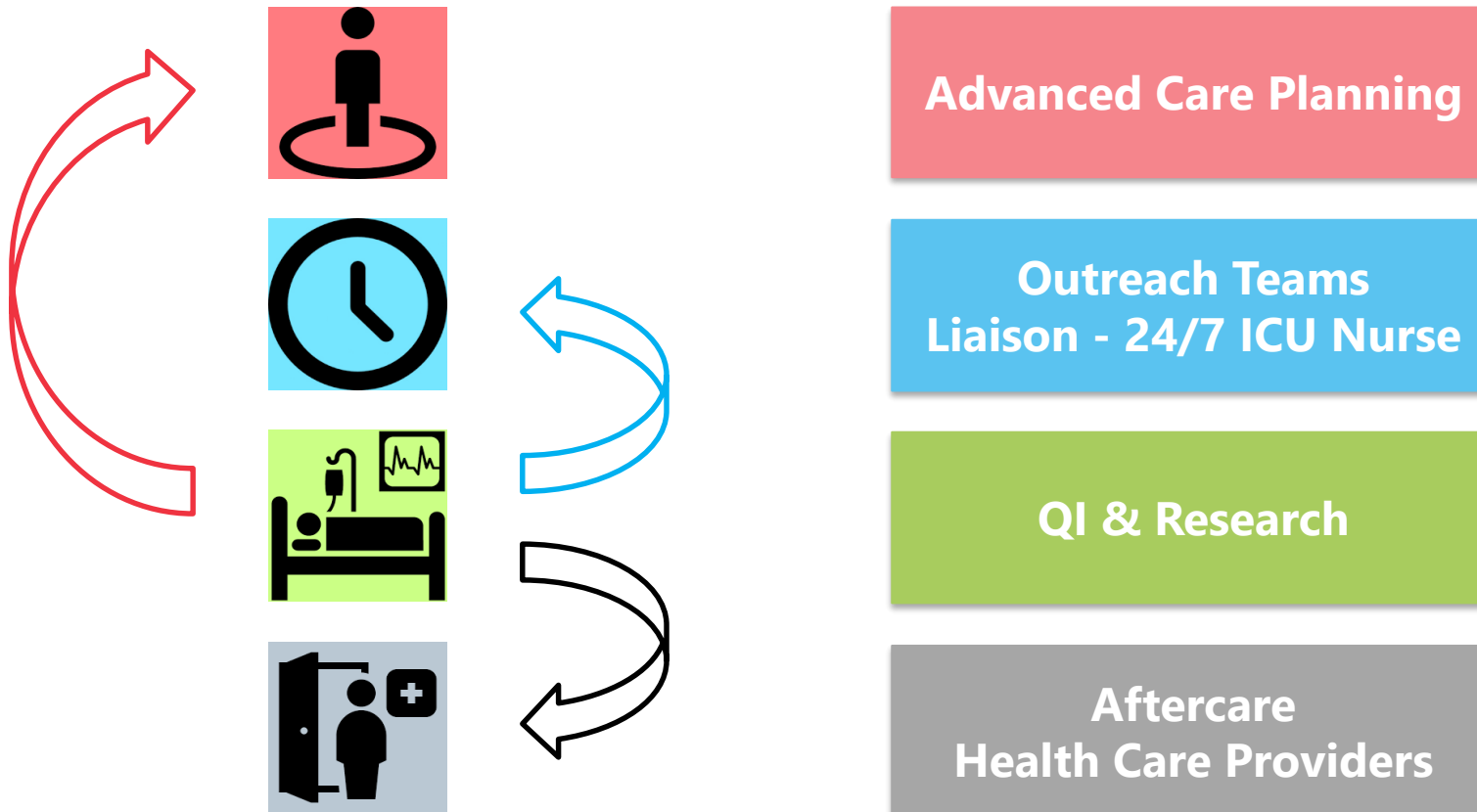


ETZ ICU Approach





“Open” ICU model in Practice





Liaison – 24/7 ICU Nurse

Nurse led ICU nurses

24/7 service

Standard post-ICU follow-up + early detection

ICU expertise and bedside coaching

"Nurses said that the CCONs helped them respond better when they recognized that their patient was deteriorating.

They knew they could call on the CCON, because they could trust their ICU expertise and quick response"

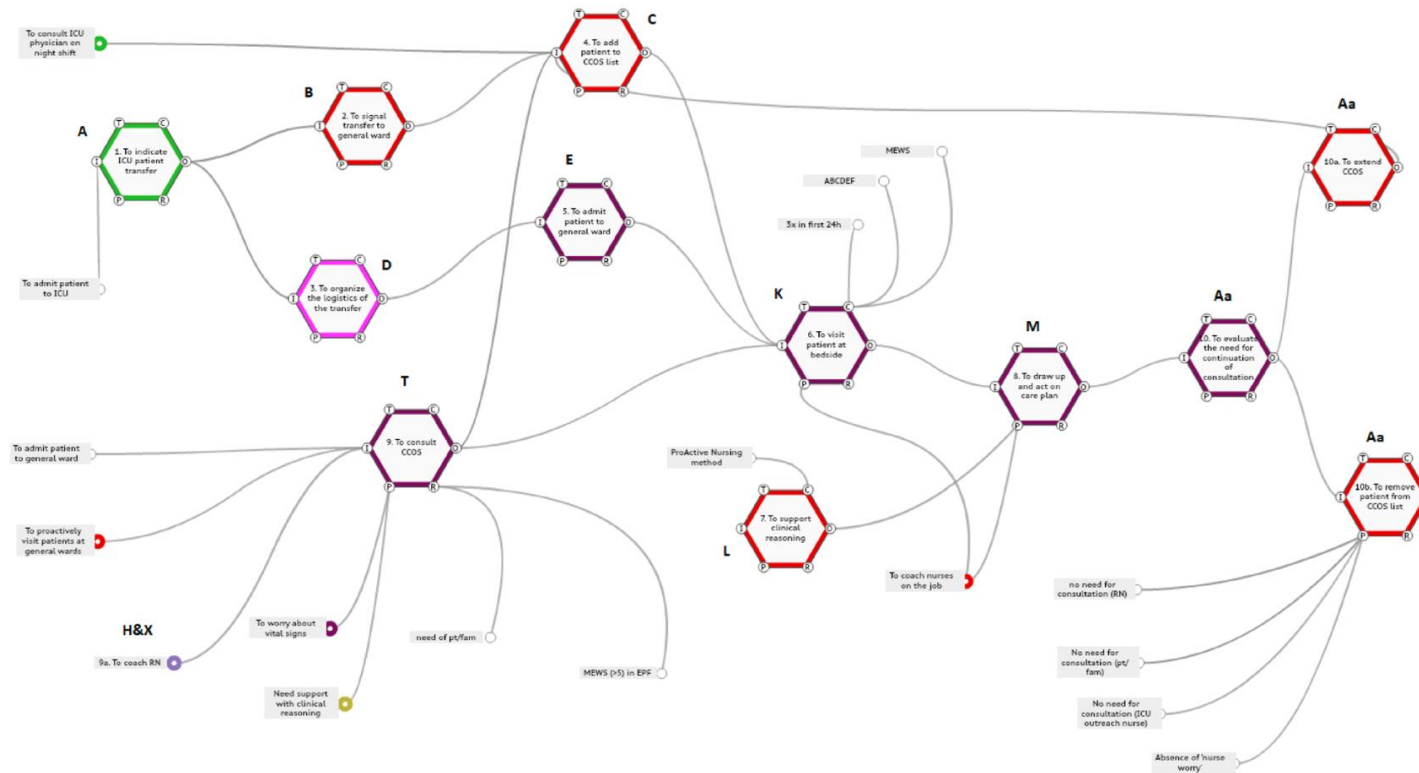


Liaison – 24/7 ICU Nurse

- Australian model
- Co-creating bottom-up
- Functional Resonance Analysis Method (FRAM, Holnagel 2012)

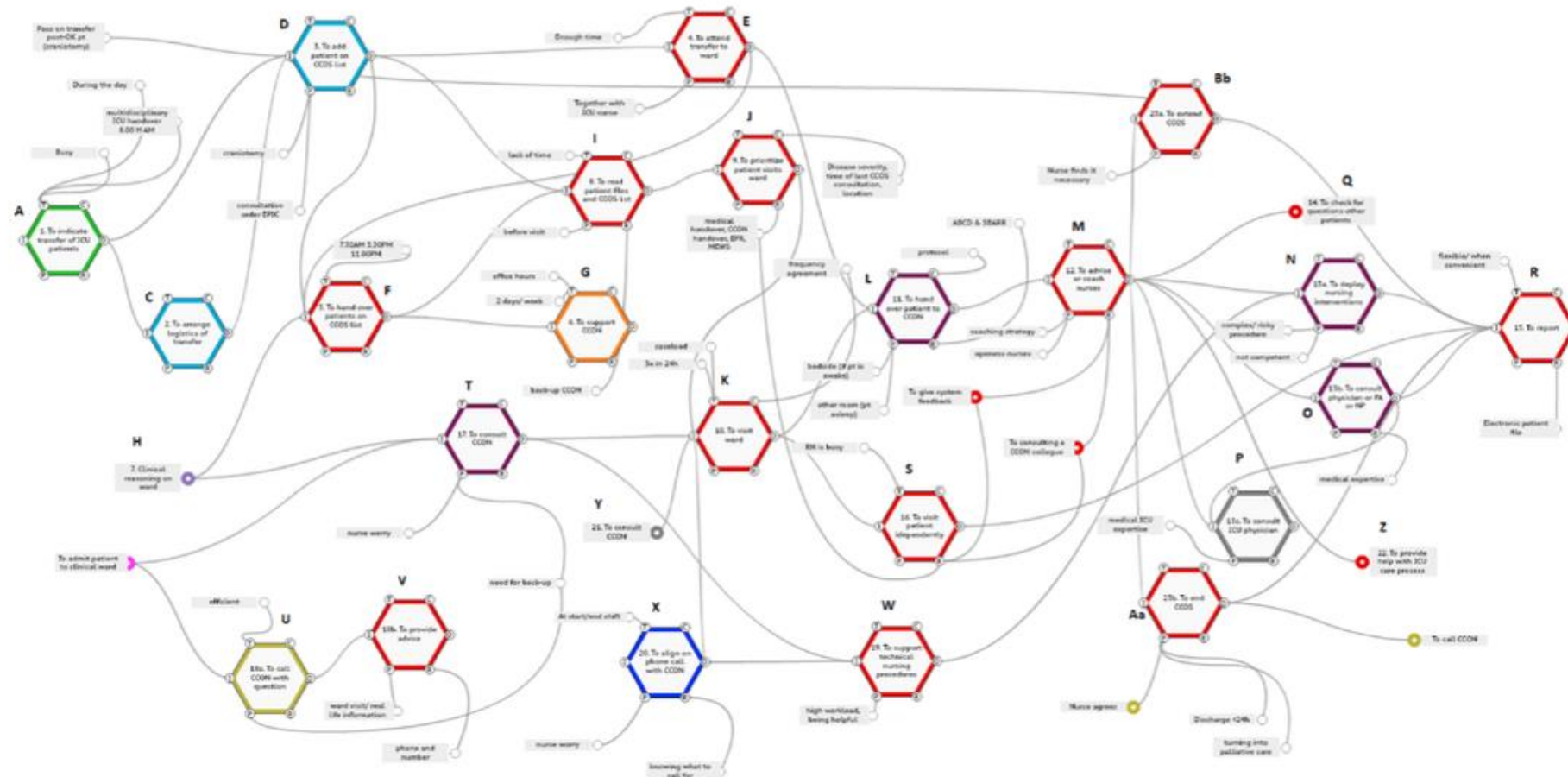


Liaison – Work as Imagined





Liaison – Work as Done





Liaison – key factors for success

Accessibility

approachable, quickly available, especially outside business hours

Efficiency

scaling down follow-up for low-risk patients,

Coaching styles

teach and reflect (Safety II)

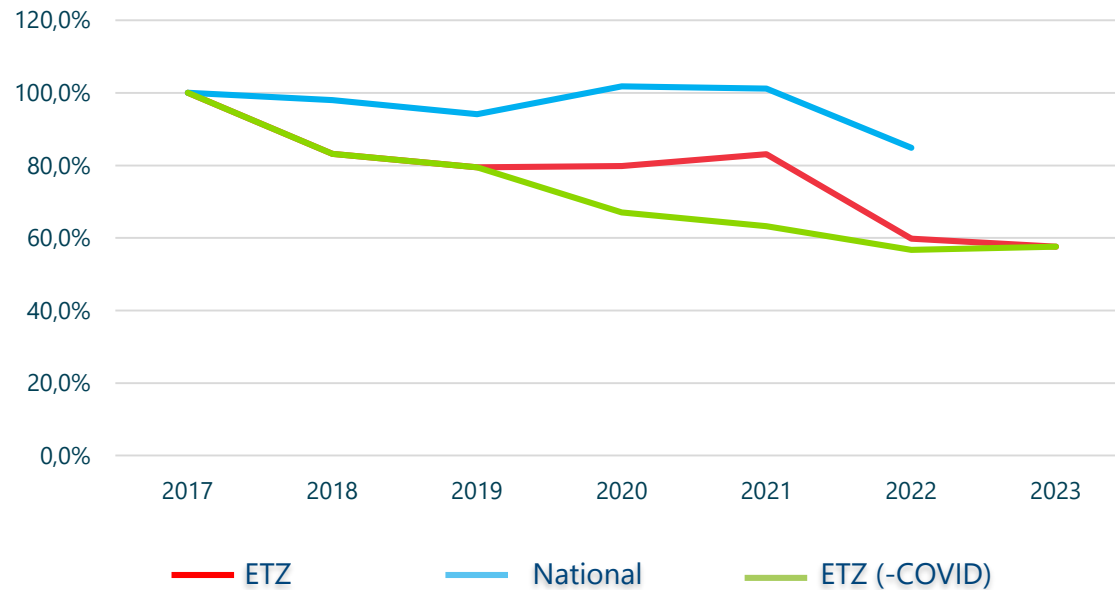
Collaboration

structured, complete bedside handover in order to make better decisions about preventing clinical decline



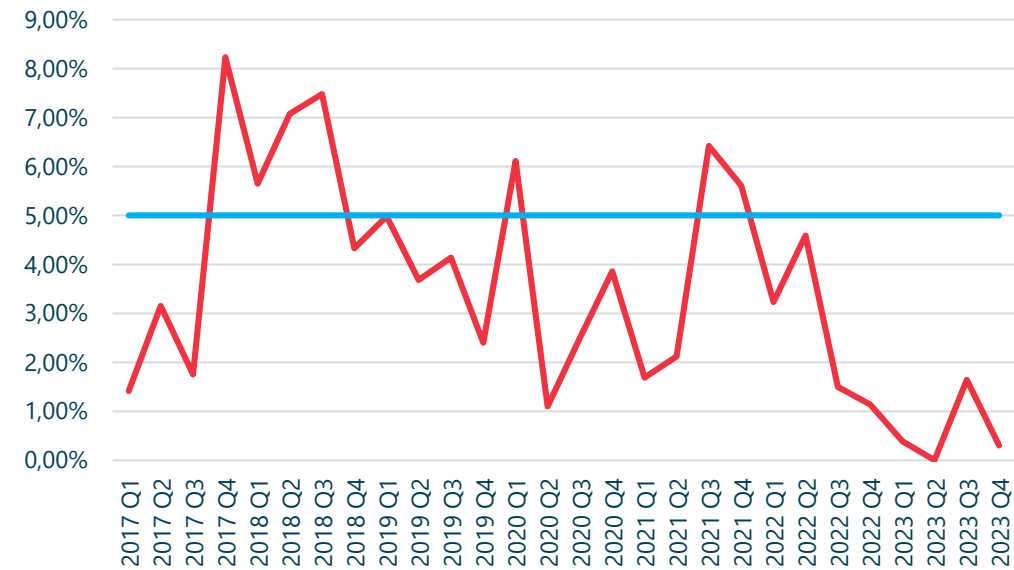
Results

ICU Days



Reduction 42 → 26 ICU beds

Refusals



Restored Accessibility



Results

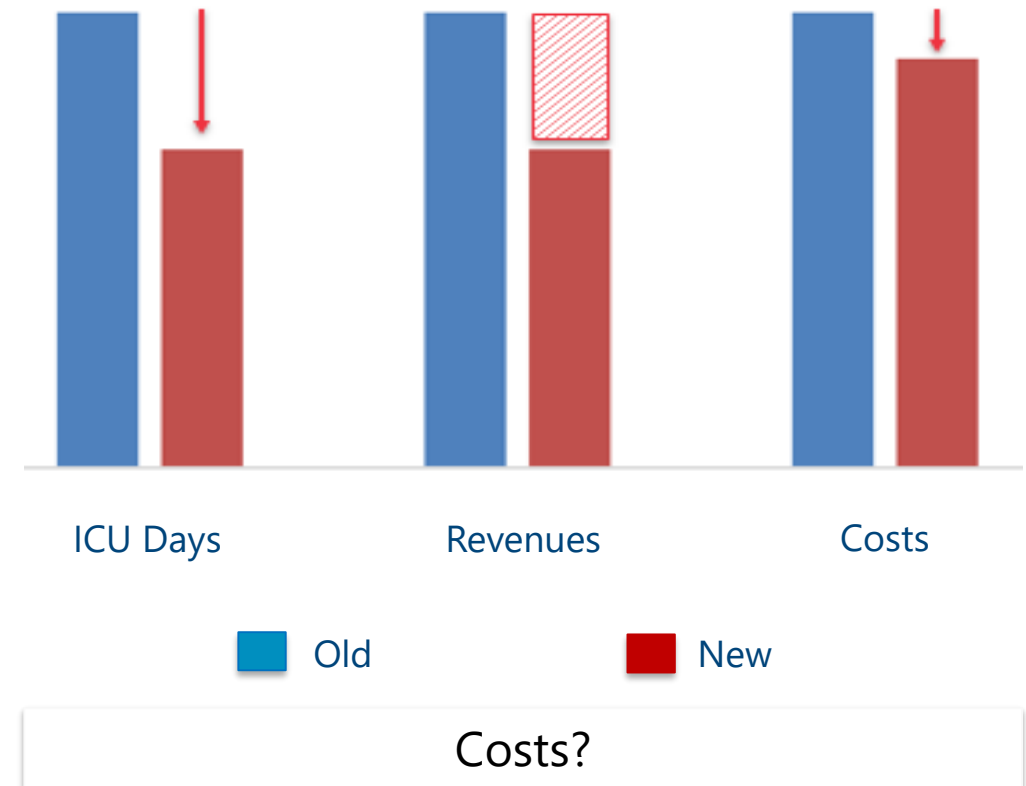
Satisfaction
Skills
NPS

Improved (non-ICU) Staffing KPI's



National Intensive Care Evaluation
Quality Benchmark

Improved Quality ?





Future Strategy

Short-term

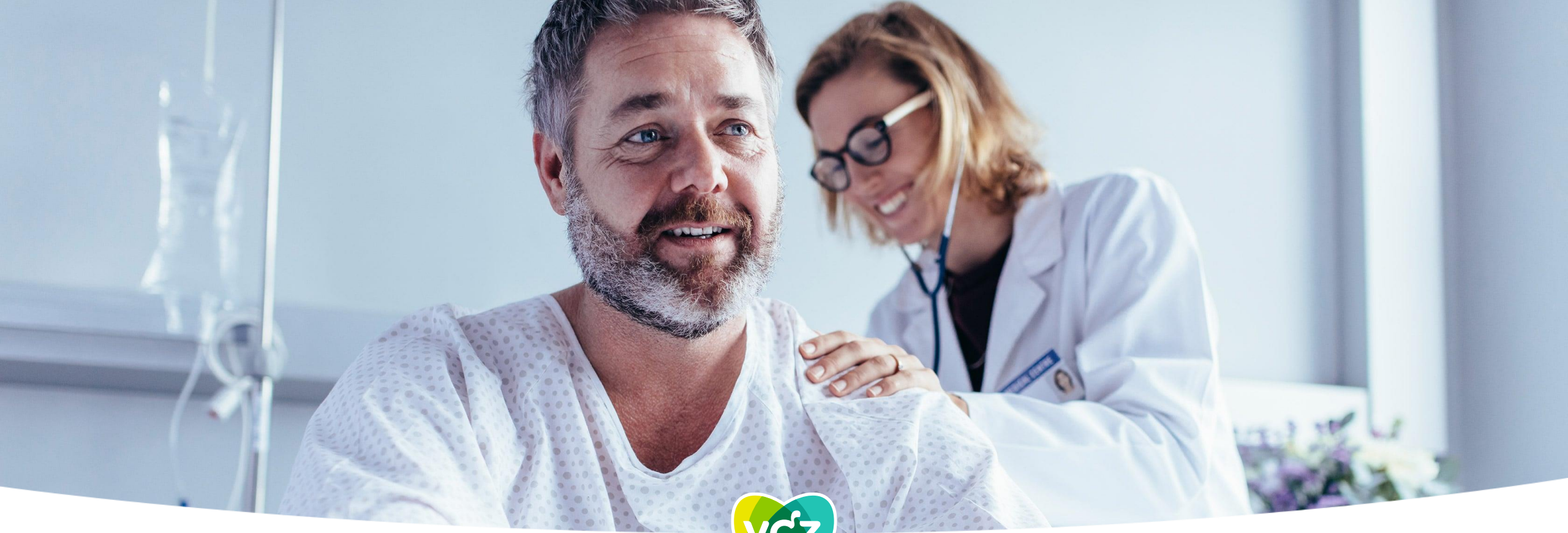
Alliances Health Care Insurers
Strengthen Body of Evidence

Long-term

Changing Guidelines (NVIC)
Changing Funding Model (Nza)



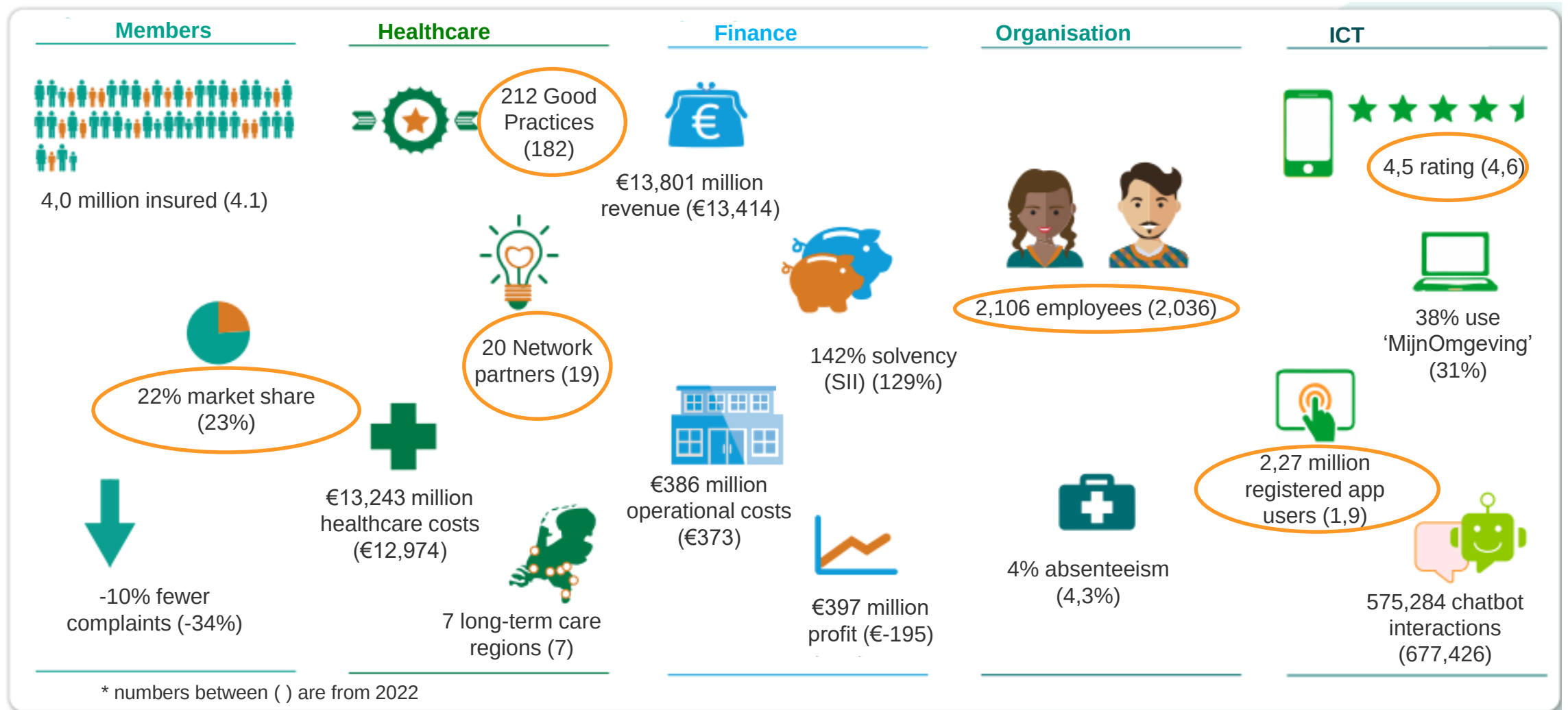
Questions ?



VGZ's role in transforming health care in the Netherlands: the agenda of appropriate care

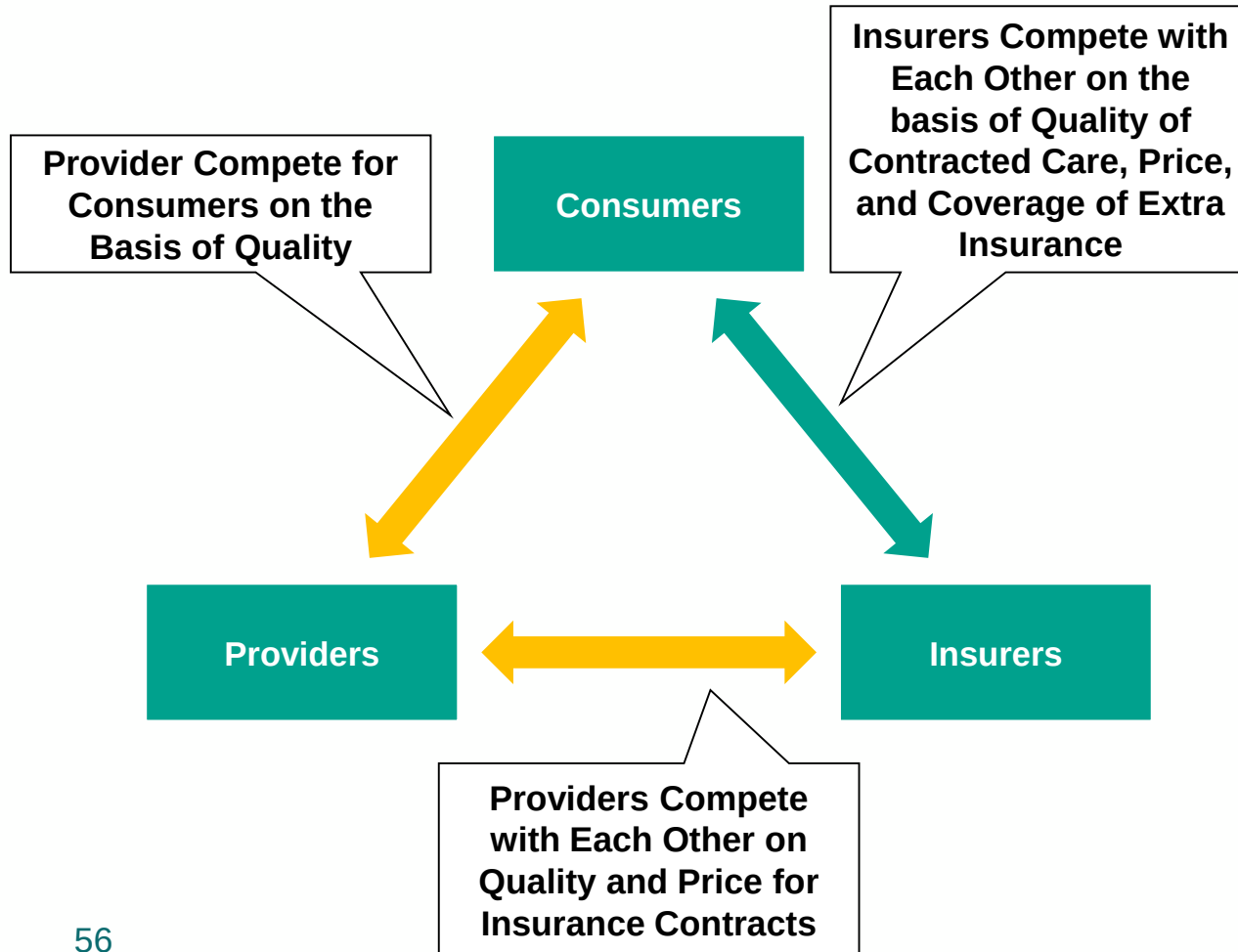
Cas Ceulen
CHO Cooperation VGZ

Coöperatie VGZ annual report 2023: Together leading the way in health and wellbeing



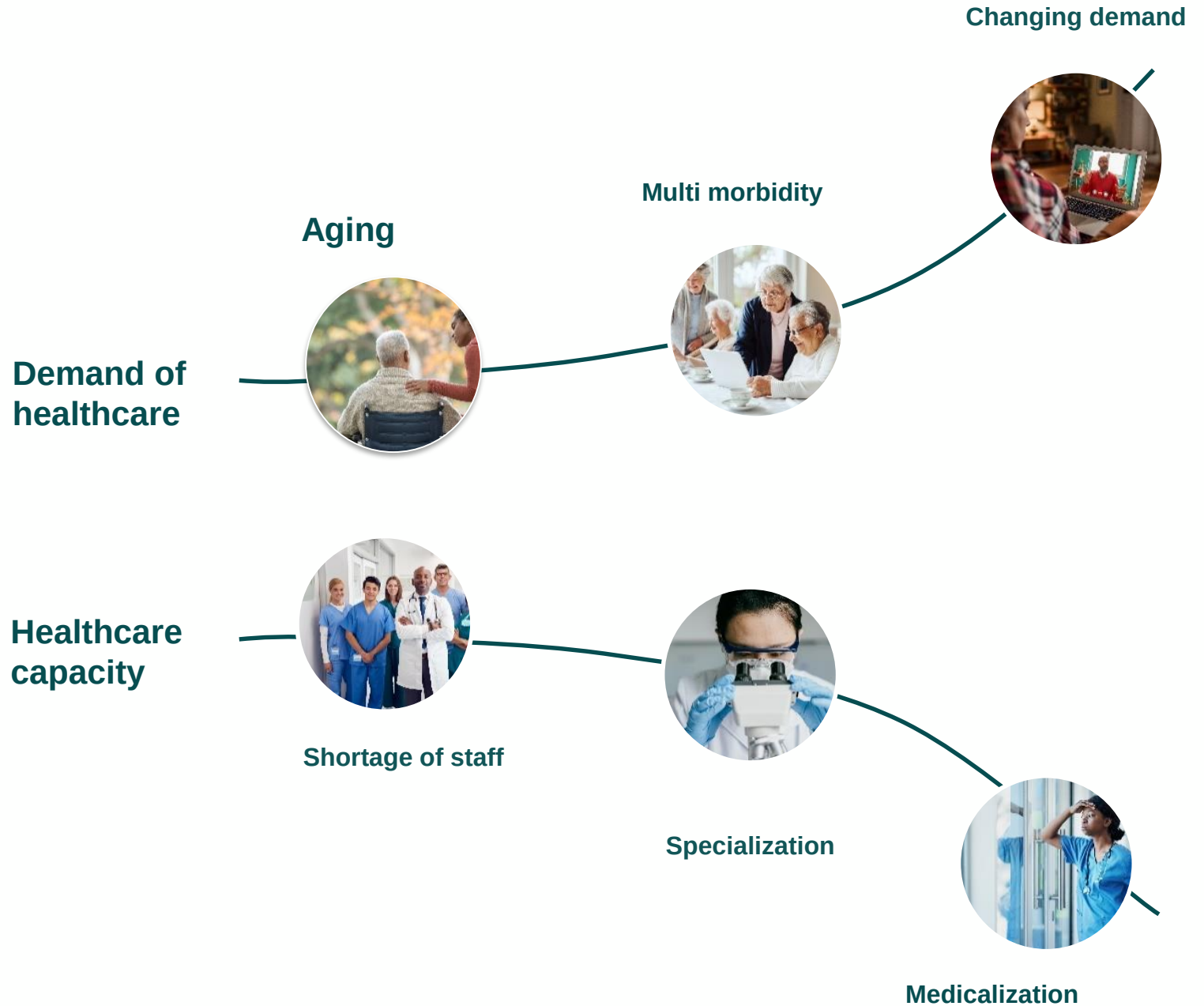
As Payor in our multiple payor model, VGZ rewards the best value for money providers with the best contracts

The Competition Model



- **Room to move**
 - Freedom of nominal premium setting
 - Freedom to offer supplementary deductibles, group discounts, and extra insurance
 - Freedom of contracting (insurer ↔ health care provider)
 - Freedom of price negotiations
 - Freedom of capital investments (capital costs in DRG's)
- **Changed incentives and responsibilities versus old budgeting system**
 - From budgeting to output pricing/p4p
 - Insurers and providers have to compete for clients
 - Quality indicators for hospital and outpatient care
 - Increase amount of risk of insurers and providers
 - Duty of care for health insurers
- **Clear government safeguards**
 - Compulsory acceptance for basic insurance
 - Compulsory health insurance and income related subsidy
 - Legally defined coverage of basic insurance
 - No premium differentiation between insured
 - Health Care Authority (market development, price regulation)
 - Health Insurance Board (package of entitlements, risk equalization)

**Demand for
healthcare is rising,
while the
availability of
healthcare staff will
decrease...**



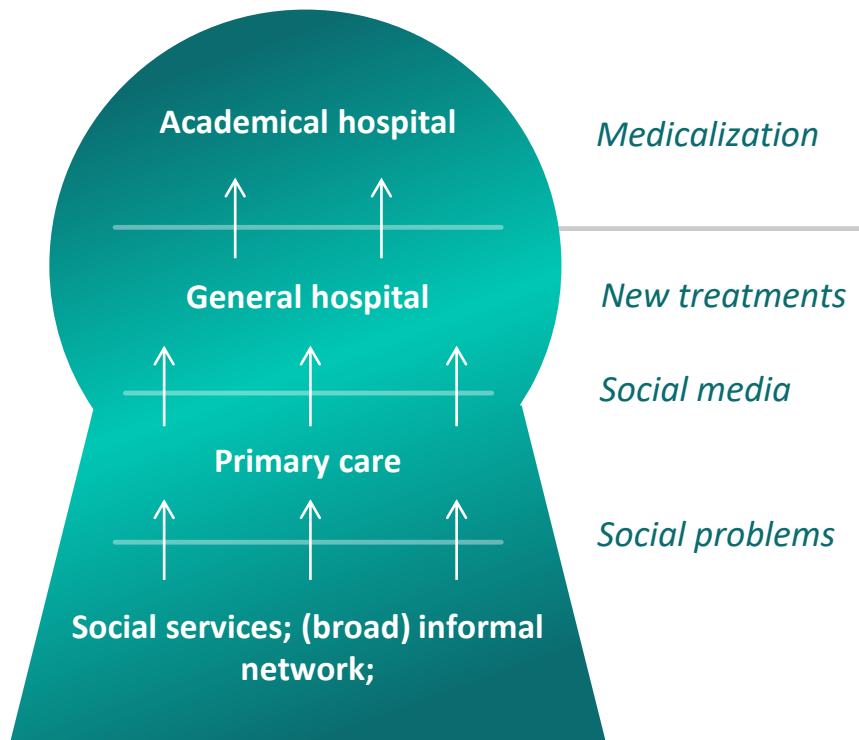
The accessibility to healthcare in the Netherlands is very high according to the Commonwealth Fund¹

Health Care System Performance Rankings

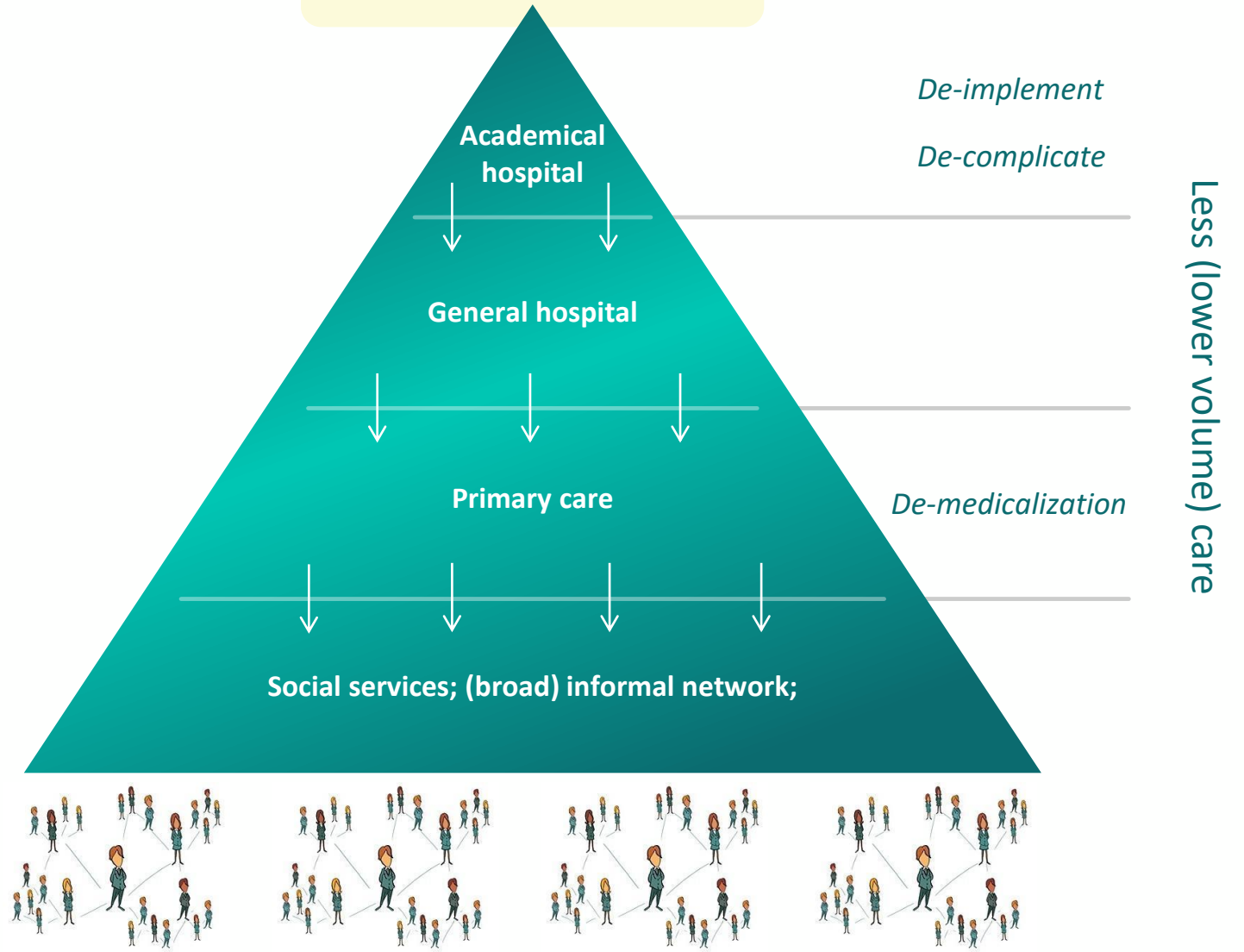
	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
OVERALL RANKING	1	7	5	9	2	4	6	8	3	10
Access to Care	9	7	6	3	1	5	4	8	2	10
Care Process	5	4	7	9	3	1	10	6	8	2
Administrative Efficiency	2	5	4	8	6	3	7	10	1	9
Equity	1	7	6	2	3	8	—	4	5	9
Health Outcomes	1	4	5	9	7	3	6	2	8	10

Necessary interventions for future proof healthcare

Current situation



Our goal...



The main goal
of the
Integrated Care
Agreement is...

To realize
sustainable
healthcare for
Dutch citizens



A few highlights of the IZA...

..From 'sector agreements' to 'one integral agreement' with healthcare providers AND social domain partners

..Focusing on regions (in which healthcare and social domain work together in realising local, regional and nationwide solutions)

..From 'pilots' to 'transformations' for which €2,8 billion is available during a five-year period.

All partners have a role towards healthcare transformation

Patient



From claiming the right to health care ...

To be **jointly responsible** for...

Hospital/ Health care provider



From a traditional hospital ...

To an **open partnership** with the health insurer about an appropriate business model

Health Insurer



From traditional contracts...

To contracts with **ambitious targets** through **partnerships** with **innovative trendsetters**

What does this change demand from each actor?

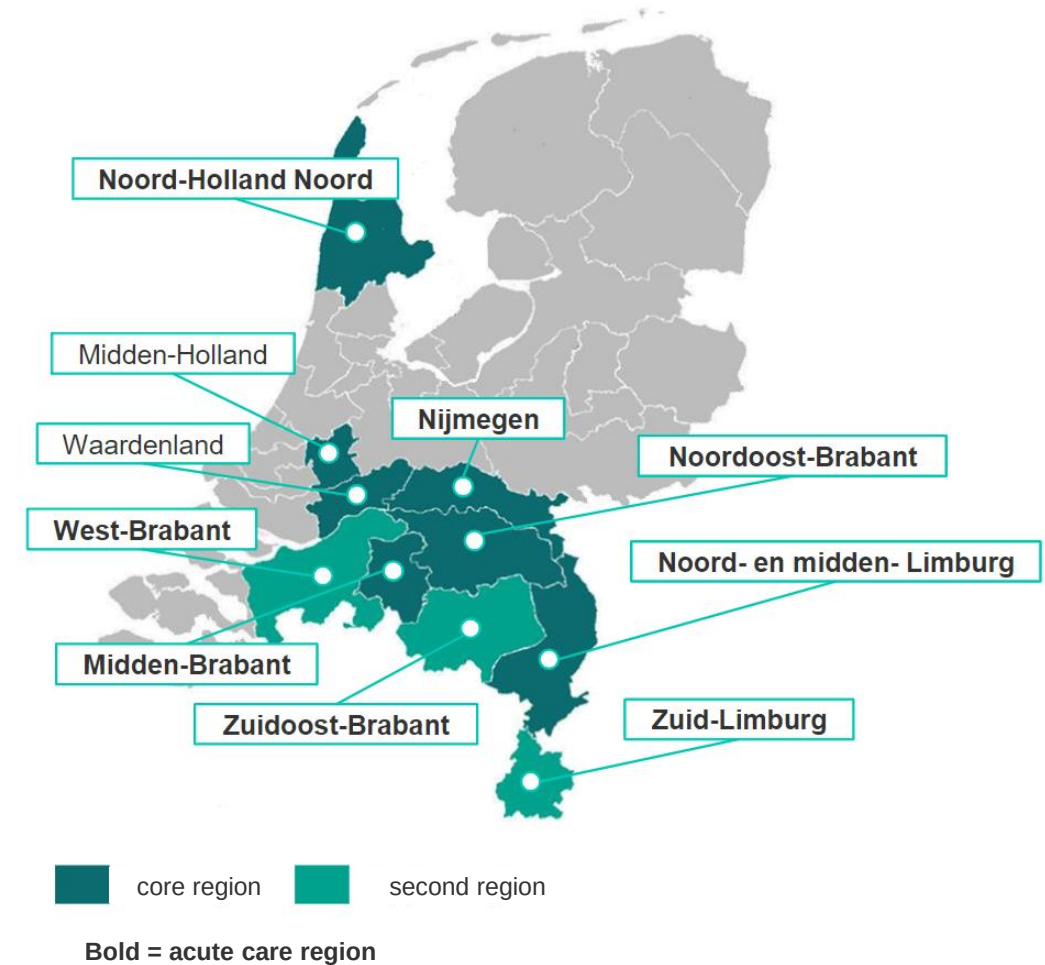
?



VGZ is responsible for healthcare transformation in 7 regions

- The healthcare landscape in the Netherlands has **historically** been divided into **regions** based on the **market share** of the health insurer.
- The Integrated care agreement also focuses on **regional healthcare transformation**.
- The (regional) healthcare transformation plans are required to make a **substantial contribution** to the **main challenges** in healthcare: labor market shortages and cross-domain collaboration.
- VGZ actively participates in the healthcare transformation plans of the **7 regions**.

The 7 regions of VGZ...



We work together in active partnerships with providers who are frontrunners in providing and driving “appropriate care”

The **Network appropriate care** is an experience network in which the frontrunners **learn from each other** (between healthcare sectors, regions and international) .

Shared vision and focus on appropriate care: better care that meets the needs of the patients, and leads to less (intensive) care thereby accessible and affordable care.

In 2024 we have **20 partners**: 13 hospitals, 4 mental health institutions and 3 elderly facilities.

Dedicated program on appropriate care with active **participation of provider and VGZ**. Developing (>100) innovations by healthcare professionals and scaling innovations up innovations that are developed elsewhere.



As VGZ, we actively participate in our regions, and help providers to realize transformations, we have people who actively implement solutions



Transformations teams who help providers with transformations and scaling up innovations



VGZ consultants who assist in implementing innovations, care pathways, etc in healthcare providers, aiming at retention of knowledge



Region managers working with care providers in regional networks, searching for and assisting with implementation of “network solutions”



Transformation Network Appropriate Care (“Zinnige Zorg”), aimed at sharing knowledge and experience among participating care providers.



Actively sharing transformations and knowledge



Implementing consultants



Collaboration with young healthcare professionals

Gallbladder in day treatment

Target group

Gallbladder surgery is performed on 25,000 patients annually.

National healthcare costs

€ 105,2 million

Potential savings at country level

€ 5,6 million

Healthcare professionals involved

Radiologist, surgeon, anesthetist, nurse.



Why?

There is a lot of practice variation between institutions who remove gallbladders through in and outpatient care. In 2014, approximately 850 VGZ insured people had their gallbladder removed by outpatient care, and admission and approximately 4,900 people were treated as an inpatient. The price of a outpatient treatment is considerably lower and the patient can go home faster.

How?

The surgeon ensures strict indications. After that, the patient is in control. The patient receives clear information and there is a good discussion between professional(s) and patient about the options. All links in the chain know exactly what to do and know this from each other. Dedicated teams ensure efficiency, effectiveness and job satisfaction. OR-time is shortened by standardization of the surgical process. If everything is in order, the patient can go home earlier.



Gelderse Vallei: NPS for this focus care is 50 (average in the Netherlands approx. 36).



Excellent



The patient can go home earlier.

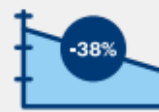


2-3 days

<24 hours



The average costs per patient fall from € 3960 to € 2455.



Savings through Good Practice



Flip Kruyt | Surgeon
Hospital Gelderse Vallei

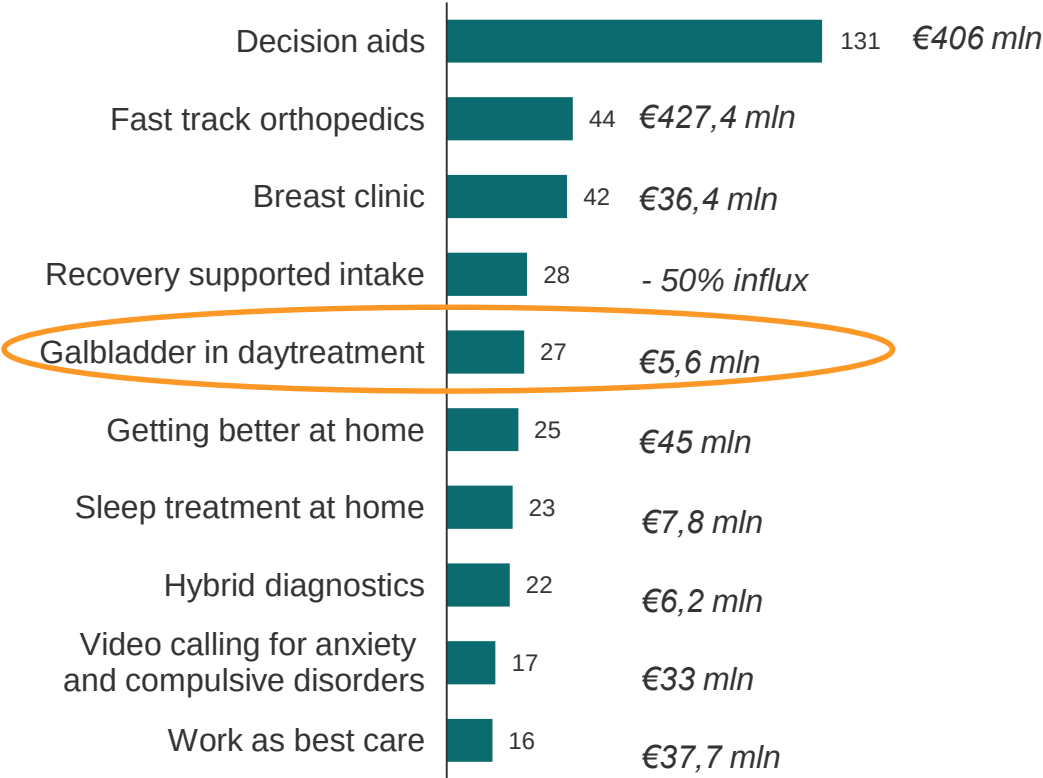
"An appointment at the polyclinic within two working days. The diagnostic process is provided in one day. The patient chooses his surgery date himself."

Our role: impact on national scale through scaling up innovations throughout the Netherlands by VGZ



Impact on national scale

Times implemented (taken over) and savings potential (€)



Healthcare professionals develop and implement >1000 innovations leading to higher quality and lower volumes



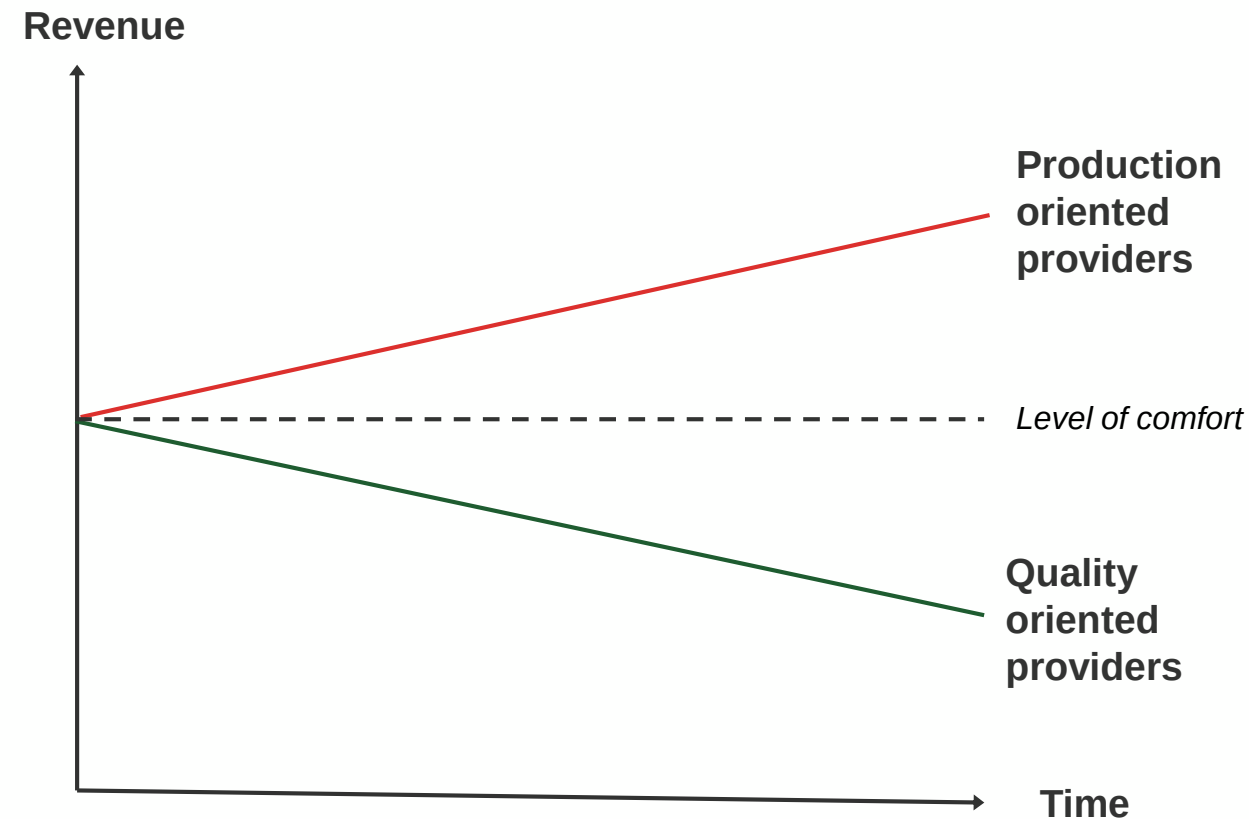
Example initiative	Description	Result
Specialists in the Emergency Room	• Deploying specialist on the ER by investing in the quality and level of experience of medical staff • <u>Result</u>: reduction of the number of hospitalizations	Hospital admissions from ER Before After
Shared Decision Making	• Joint decision making and information provision about risks leads to more conservative treatment choices • <u>Result</u>: number of procedures and lay days decreases	Groin rupture procedures Before After
Outpatient review	• Actively referring patients back to the General Practitioners • <u>Result</u>: Shift of repeat consultations from the hospital to the (cheaper) General Practitioner	Repeat consultations cardiology Before After
“Work is the best care”	• Supporting clients to find employment instead of having mental healthcare treatment (“daytime activities”) • <u>Result</u>: Shortened required treatment minutes (and increased employment rate – not in chart)	Treatment time per patient (min) - pilot Before After

One of main challenges: finding a way to compensate/ reward providers that focus on appropriate care..

There is a worldwide urge for appropriate care

- Research has shown that **20-30% of healthcare** is 'not 'appropriate' or even called '**low value**'
- Focussing on **reduced price** leads to **higher healthcare volumes** (as US studies found)
- Focussing on appropriate care leads to:
 - Individual level:
patient centred care which takes into account the individual needs and preferences of the patients.
 - (inter)National level:
more accessible and affordable care

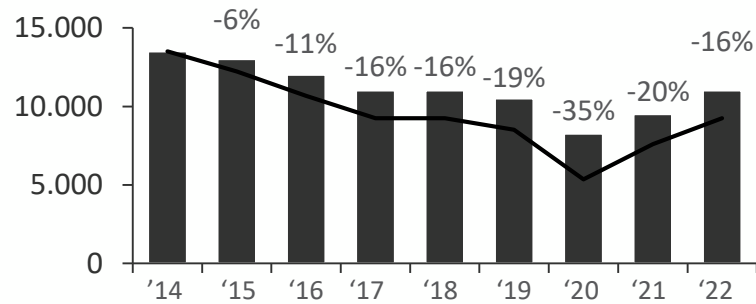
..but it leads to less revenues



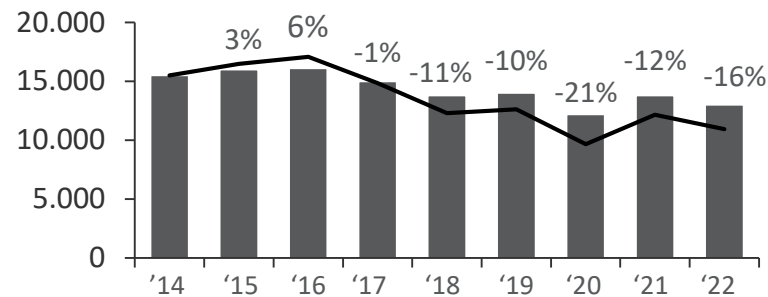
Case study Bernhoven

Appropriate care: transformation of a hospital

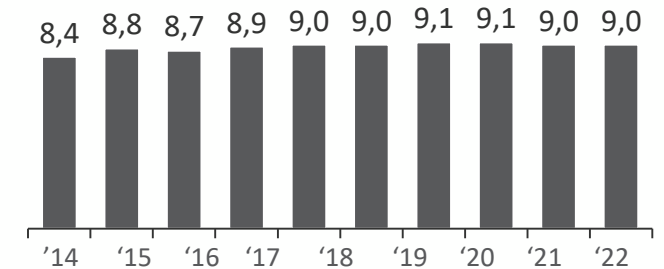
Less operations



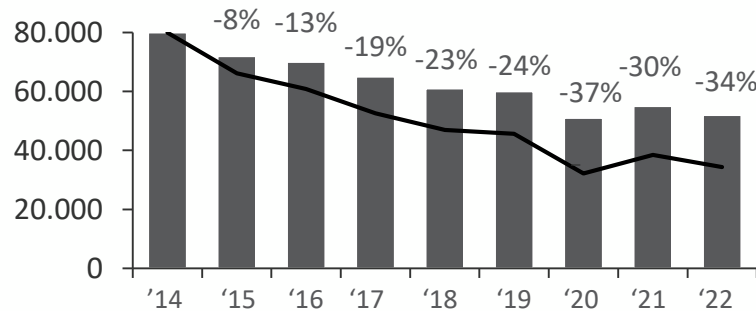
Less admissions



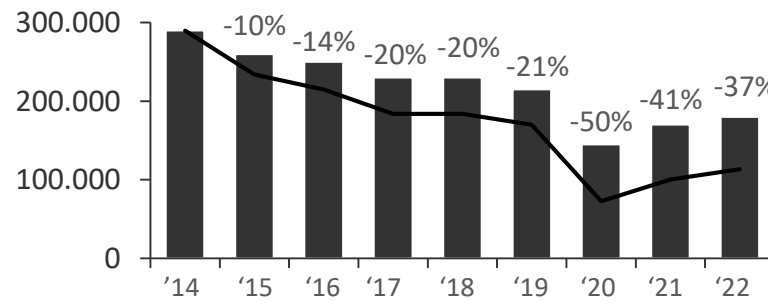
Higher patient satisfaction



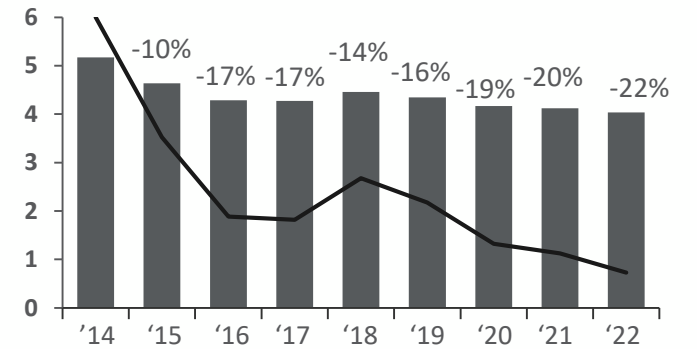
Less patient-days



Less outpatients' treatment



Mean days of hospitalization



Learnings hospital Bernhoven: continuity during (and after) the transformation

Challenge hospitals...

Adequate appropriate contracts with all health insurers

- Volume incentives **Price x Quantity** clash with business model appropriate care
- Inadequate **spread costs and revenues** between health insurers (*free rider* effect)
- Shift risk **overtreatment to undertreatment**
- Missing invoice requirements for additional costs '**Shared decision making**'

Operation expenses on par with appropriate care

- Operation expenses should **reflect actual activities**.
- Diminished **comparability other hospitals** (benchmarks less valid)

...Possible solutions

- **Differentiation prices** acute, chronic and elective care.
- **Alignment contracts** with all health insurers
- **Transparant model** for expenses in relation to appropriate care
- Further research for **productivity gains**

Learnings health insurer: Trendsetter invests, everybody profits

Challenge health insurer...

Free riders transformations

- Leading health insurers **pay for investment** and for interim setbacks.
- Other health insurers **profit from lower quantity** hospital without raising their prices.
- Positive results leak away through **risk equalization**. Lower health care use leads to lower equalization benefits for health insurer.

Use results trendsetters for other hospitals

- No tools to move patients from other hospitals to Bernhoven.
- No possibility for patients to compare hospitals on appropriate care or better health outcomes.
- Resultaten passende zorg kunnen fungeren als hefboom voor elders: win-win.

...Possible solutions

- Transformation resources: Collectively fund part of the investments.
- Simultaneously start a cost reduction program with the appropriate care program.
- modernisation **risk equalization**.
- Enhance support insured for health care advice / matching service.
- More room in regulation for selective procurement.
- Transparency appropriate care: **benchmark** good practices.

Transformation in healthcare requires 'hands on mentality'

✓ Strategic partnerships

- Leaders with vision who **dare to transform and can manage the transition.**
- **Mutual commitment and reciprocity** organization and insurer.
- **Alignment** health insurers for **large scale transitions.**

✓ Joint strategic agenda

- **Brave nurses and doctors** who can adept their routines on a large scale.
- **Simultaneously start a cost reduction program** with the appropriate care program as base for the transformation.
- Collective program management for **culture, transparency, control** essential.

✓ Contract innovation

- **Incentives** for appropriate care.
- **Arrangement cost reduction program.**
- **New contractmodels** with different building blocks (combination fixed and variable).
- **Variation in contract arrangement and duration**, reflecting the common strategic goals.



Appendix

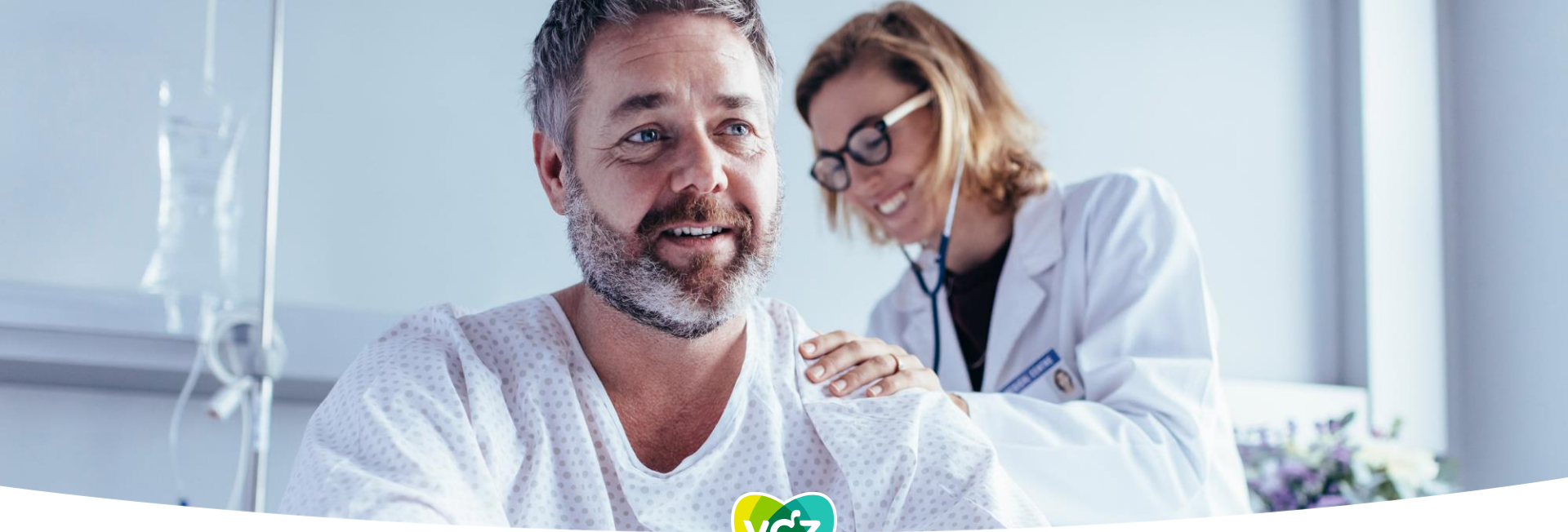
I. Items on our next level agenda

Items on our next level agenda: ‘the challenge’ advise patients towards appropriate (digital) care providers

Example of items	Why is it important?	How can it be done?
1  Digital health care models to broaden patient choice	• Creates an alternative to typical regional patient flows • Creates new moments to advise the patient on where to go	• New (non-regional) entry points for digital healthcare providers that offer superior convenience, appropriate care • Assisting patients in making informed choices for their providers
2  Ensure transparency of information	• Payers need to know who the frontrunners are • Patients need to know where convenient and appropriate care is delivered	• Benchmarking of care concepts/Good Practices • Transparency of outcome of benchmark
3  Connecting healthcare and social/welfare domain	• Helping people to live a healthy life • Helping people/ elderly to stay longer at home	• Targeted investments in social domain
4  Facilitate transition to new infrastructure	• New digital infrastructure should replace legacy infrastructure in a controlled way	• Working with healthcare providers on flexibility of infrastructure

Relateret document 3/7

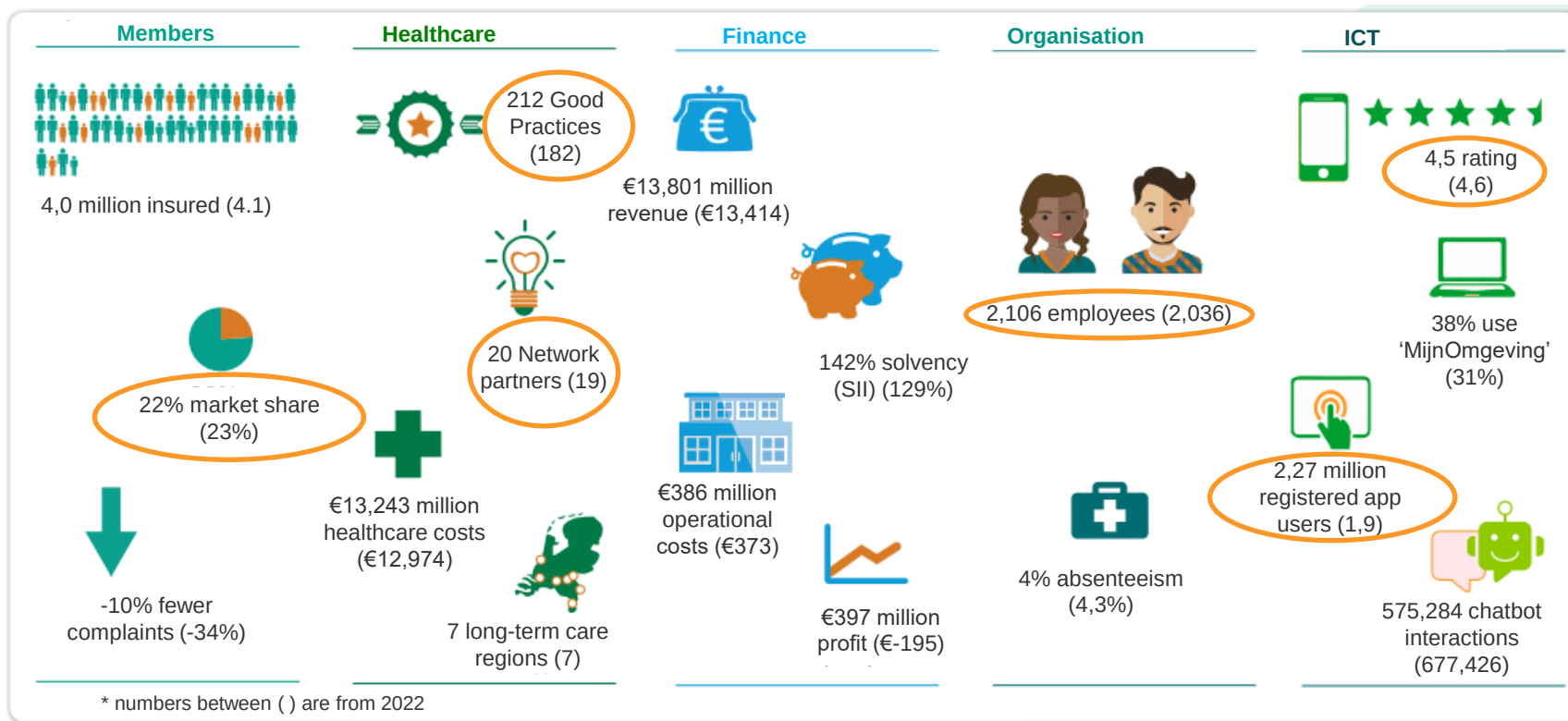
Dokument Navn:	Health Insurer VGZ - Danske Regioner.pdf
Dokument Titel:	Health Insurer VGZ - Danske Regioner
Dokument ID:	1755690



VGZ's role in transforming health care in the Netherlands: the agenda of appropriate care

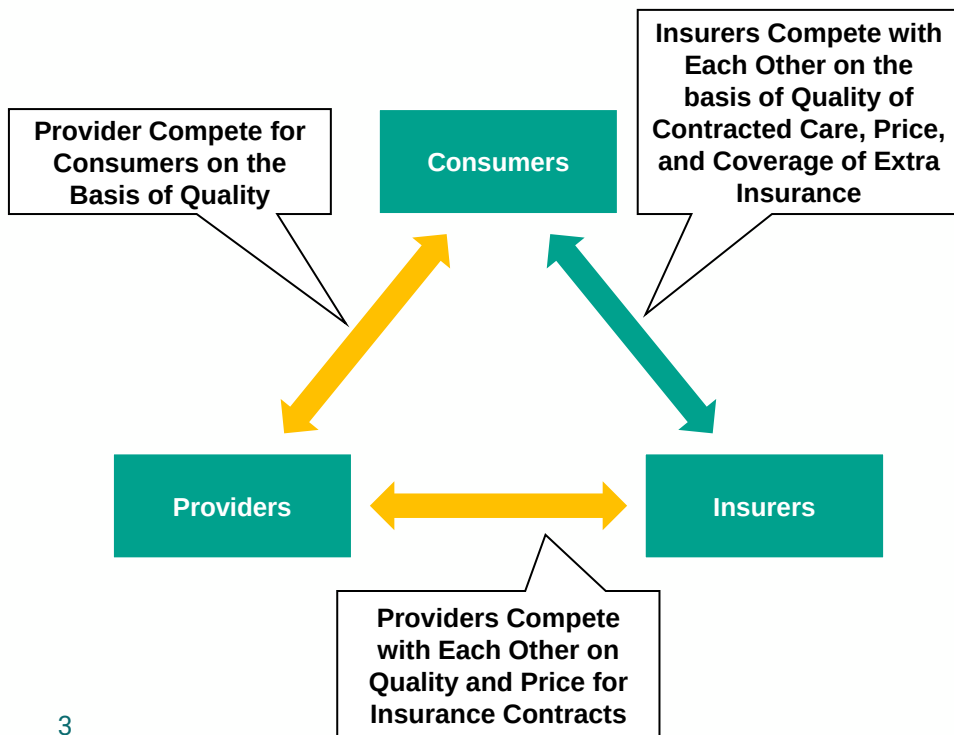
**Cas Ceulen
CHO Cooperation VGZ**

Coöperatie VGZ annual report 2023: Together leading the way in health and wellbeing



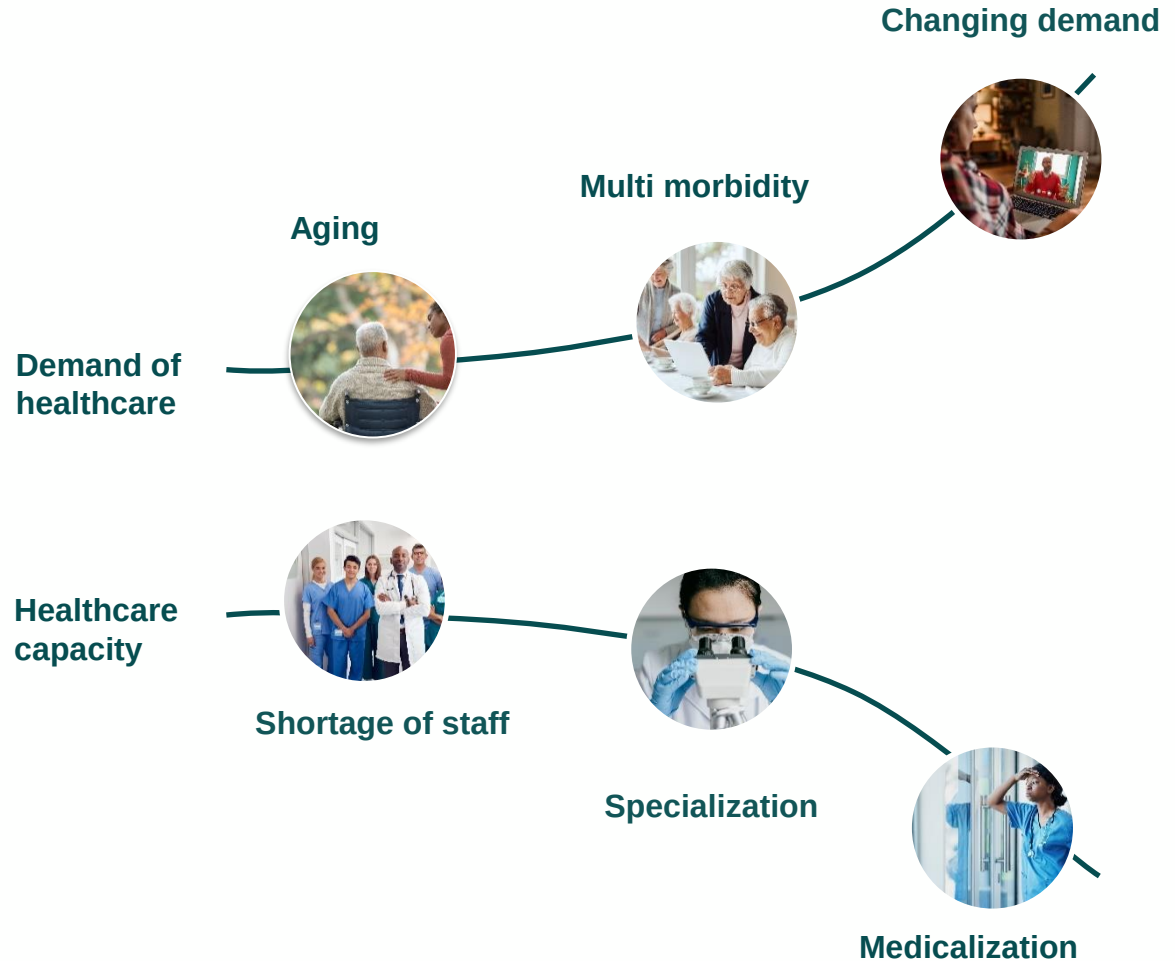
As Payor in our multiple payor model, VGZ rewards the best value for money providers with the best contracts

The Competition Model



- **Room to move**
 - Freedom of nominal premium setting
 - Freedom to offer supplementary deductibles, group discounts, and extra insurance
 - Freedom of contracting (insurer ↔ health care provider)
 - Freedom of price negotiations
 - Freedom of capital investments (capital costs in DRG's)
- **Changed incentives and responsibilities versus old budgeting system**
 - From budgeting to output pricing/p4p
 - Insurers and providers have to compete for clients
 - Quality indicators for hospital and outpatient care
 - Increase amount of risk of insurers and providers
 - Duty of care for health insurers
- **Clear government safeguards**
 - Compulsory acceptance for basic insurance
 - Compulsory health insurance and income related subsidy
 - Legally defined coverage of basic insurance
 - No premium differentiation between insured
 - Health Care Authority (market development, price regulation)
 - Health Insurance Board (package of entitlements, risk equalization)

**Demand for
healthcare is
rising, while the
availability of
healthcare staff
will decrease...**



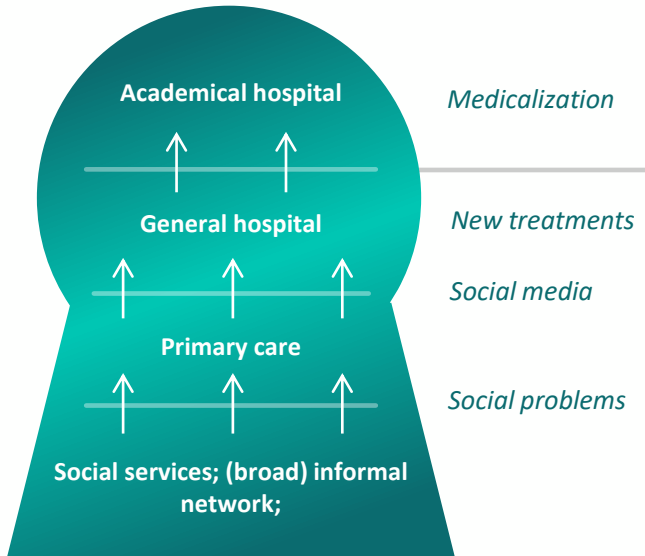
The accessibility to healthcare in the Netherlands is very high according to the Commonwealth Fund¹

Health Care System Performance Rankings

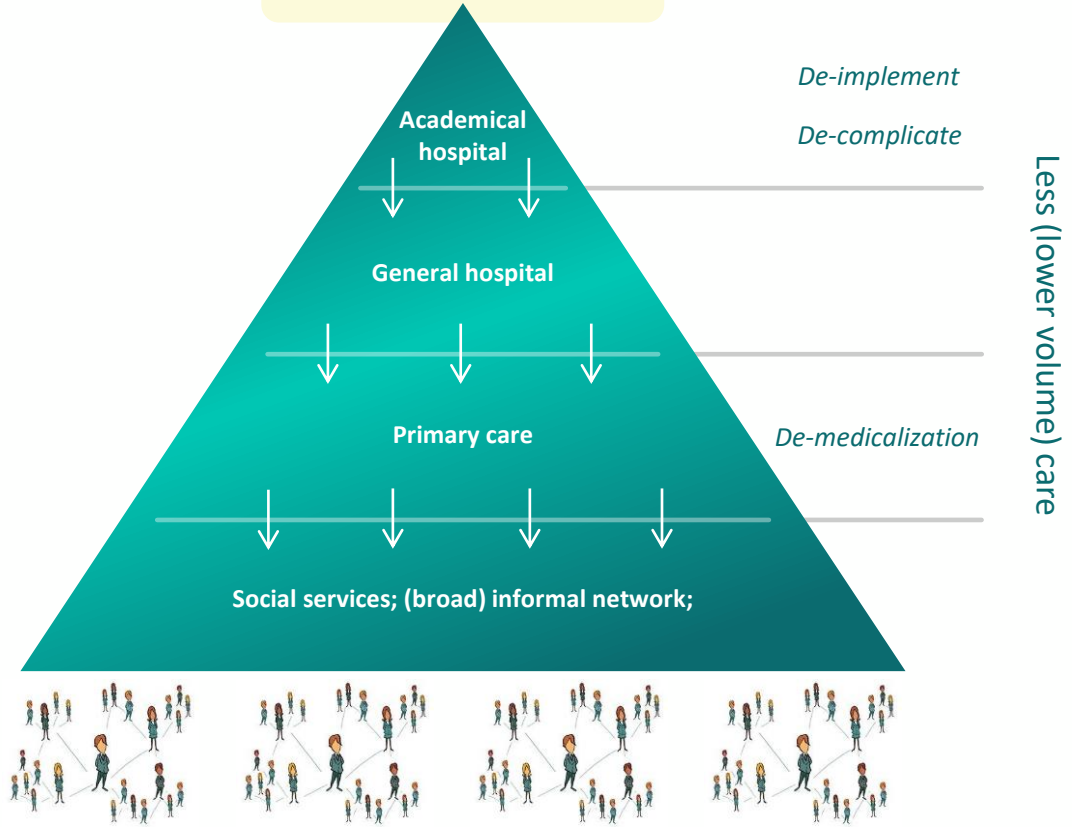
	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
OVERALL RANKING	1	7	5	9	2	4	6	8	3	10
Access to Care	9	7	6	3	1	5	4	8	2	10
Care Process	5	4	7	9	3	1	10	6	8	2
Administrative Efficiency	2	5	4	8	6	3	7	10	1	9
Equity	1	7	6	2	3	8	—	4	5	9
Health Outcomes	1	4	5	9	7	3	6	2	8	10

Necessary interventions for future proof healthcare

Current situation



Our goal...



The main goal
of the
Integrated Care
Agreement is...



To realize
sustainable
healthcare for
Dutch citizens



A few highlights of the IZA...

..From 'sector agreements' to 'one integral agreement' with healthcare providers AND social domain partners

..Focusing on regions (in which healthcare and social domain work together in realising local, regional and nationwide solutions)

..From 'pilots' to 'transformations' for which €2,8 billion is available during a five-year period.

All partners have a role towards healthcare transformation

Patient



From claiming the right to health care ...

To be **jointly responsible** for...

Hospital/ Health care provider



From a traditional hospital ...

To an **open partnership** with the health insurer about an appropriate business model

Health Insurer



From traditional contracts...

To contracts with **ambitious targets** through **partnerships** with **innovative trendsetters**

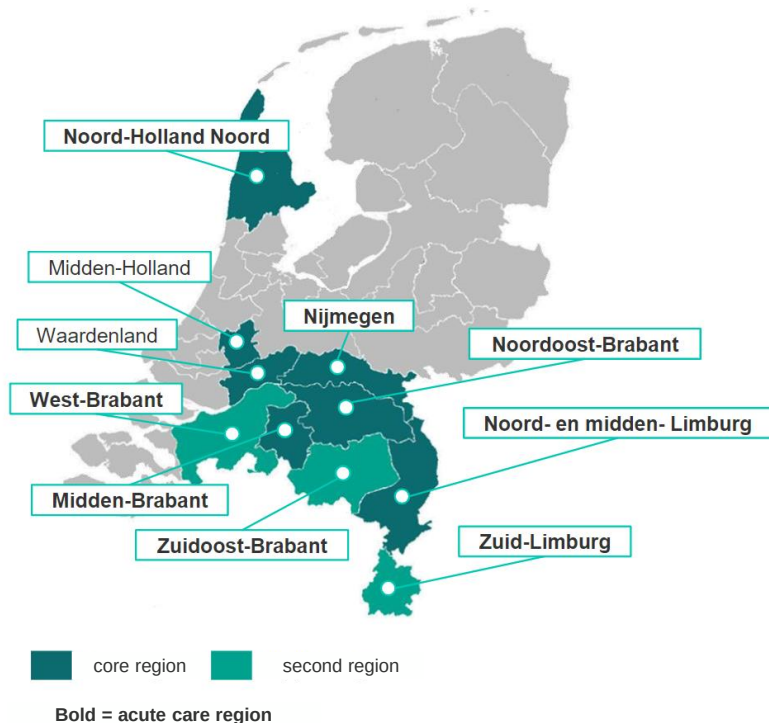
What does this change demand from each actor?



VGZ is responsible for healthcare transformation in 7 regions

- The healthcare landscape in the Netherlands has **historically** been divided into **regions** based on the **market share** of the health insurer.
- The Integrated care agreement also focuses on **regional healthcare transformation**.
- The (regional) healthcare transformation plans are required to make a **substantial contribution** to the **main challenges** in healthcare: labor market shortages and cross-domain collaboration.
- VGZ actively participates in the healthcare transformation plans of the **7 regions**.

The 7 regions of VGZ...



We work together in active partnerships with providers who are frontrunners in providing and driving “appropriate care”

The **Network appropriate care** is an experience network in which the frontrunners **learn from each other** (between healthcare sectors, regions and international) .

Shared vision and focus on appropriate care: better care that meets the needs of the patients, and leads to less (intensive) care thereby accessible and affordable care

In 2024 we have **20 partners**: 13 hospitals, 4 mental health institutions and 3 elderly facilities.

Dedicated program on appropriate care with active participation of provider and **VGZ**. Developing (>100) innovations by healthcare professionals and scaling innovations up innovations that are developed elsewhere.



As VGZ, we actively participate in our regions, and help providers to realize transformations, we have people who actively implement solutions



Transformations teams who help providers with transformations and scaling up innovations



VGZ consultants who assist in implementing innovations, care pathways, etc in healthcare providers, aiming at retention of knowledge



Region managers working with care providers in regional networks, searching for and assisting with implementation of “network solutions”



Transformation Network Appropriate Care (“Zinnige Zorg”), aimed at sharing knowledge and experience among participating care providers.



Actively sharing transformations and knowledge



Implementing consultants



Collaboration with young healthcare professionals

Gallbladder in day treatment

Target group

Gallbladder surgery is performed on 25,000 patients annually.

National healthcare costs

€ 105,2 million

Potential savings at country level

€ 5,6 million

Healthcare professionals involved

Radiologist, surgeon, anesthetist, nurse.



Why?

There is a lot of practice variation between institutions who remove gallbladders through in and outpatient care. In 2014, approximately 850 VGZ insured people had their gallbladder removed by outpatient care, and admission and approximately 4,900 people were treated as an inpatient. The price of a outpatient treatment is considerably lower and the patient can go home faster.

How?

The surgeon ensures strict indications. After that, the patient is in control. The patient receives clear information and there is a good discussion between professional(s) and patient about the options. All links in the chain know exactly what to do and know this from each other. Dedicated teams ensure efficiency, effectiveness and job satisfaction. OR-time is shortened by standardization of the surgical process. If everything is in order, the patient can go home earlier.



Gelderse Vallei: NPS for this focus care is 50 (average in the Netherlands approx. 36).



Excellent



The patient can go home earlier.



2-3 days

<24 hours



The average costs per patient fall from € 3960 to € 2455.



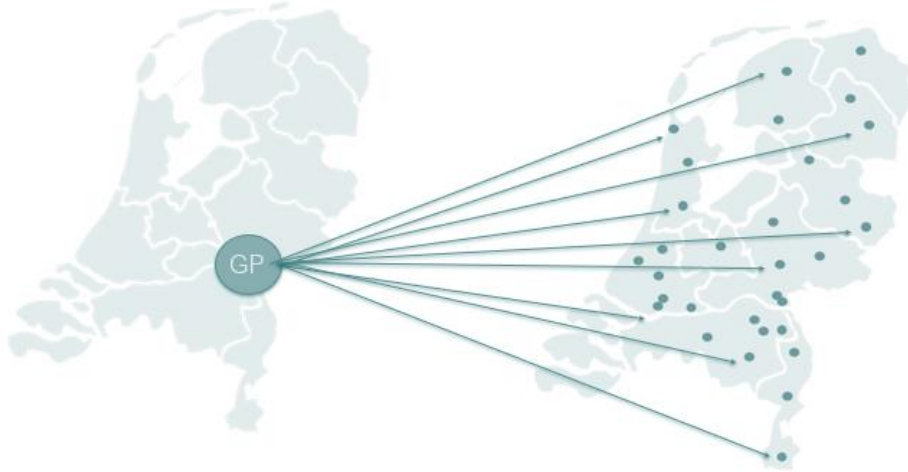
Savings through
Good Practice



Flip Kruyt | Surgeon
Hospital Gelderse Vallei

"An appointment at the polyclinic within two working days. The diagnostic process is provided in one day. The patient chooses his surgery date himself."

Our role: impact on national scale through scaling up innovations throughout the Netherlands by VGZ



Impact on national scale

Times implemented (taken over) and savings potential (€)

Decision aids	131	€406 mln
Fast track orthopedics	44	€427,4 mln
Breast clinic	42	€36,4 mln
Recovery supported intake	28	- 50% influx
Galbladder in daytreatment	27	€5,6 mln
Getting better at home	25	€45 mln
Sleep treatment at home	23	€7,8 mln
Hybrid diagnostics	22	€6,2 mln
Video calling for anxiety and compulsive disorders	17	€33 mln
Work as best care	16	€37,7 mln

Healthcare professionals develop and implement >1000 innovations leading to higher quality and lower volumes



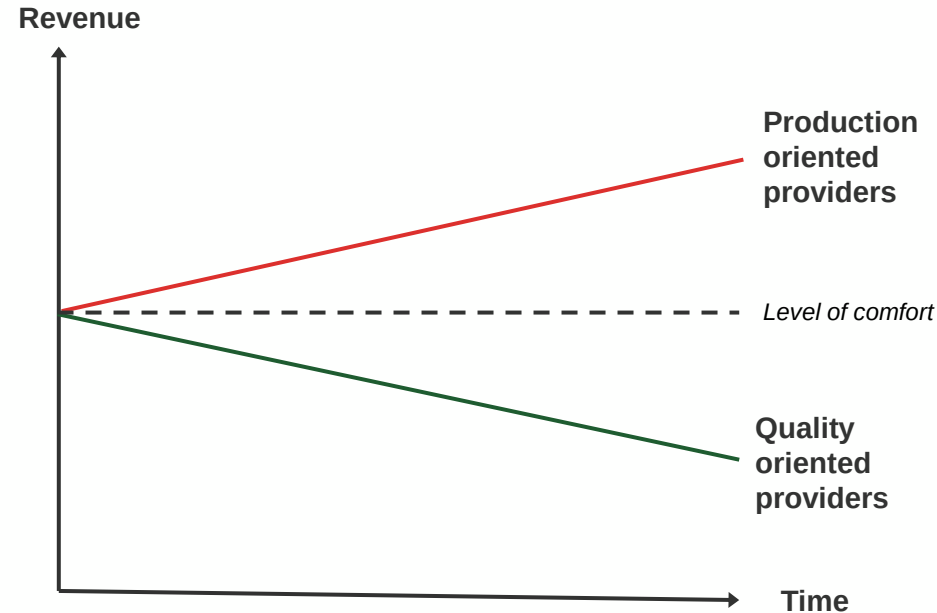
Example initiative	Description	Result
Specialists in the Emergency Room	• Deploying specialist on the ER by investing in the quality and level of experience of medical staff • <u>Result</u>: reduction of the number of hospitalizations	Hospital admissions from ER Before After
Shared Decision Making	• Joint decision making and information provision about risks leads to more conservative treatment choices • <u>Result</u>: number of procedures and lay days decreases	Groin rupture procedures Before After
Outpatient review	• Actively referring patients back to the General Practitioners • <u>Result</u>: Shift of repeat consultations from the hospital to the (cheaper) General Practitioner	Repeat consultations cardiology Before After
“Work is the best care”	• Supporting clients to find employment instead of having mental healthcare treatment (“daytime activities”) • <u>Result</u>: Shortened required treatment minutes (and increased employment rate – not in chart)	Treatment time per patient (min) - pilot Before After

One of main challenges: finding a way to compensate/ reward providers that focus on appropriate care..

There is a worldwide urge for appropriate care

- Research has shown that **20-30% of healthcare** is 'not 'appropriate' or even called '**low value**'
- Focussing on **reduced price** leads to **higher healthcare volumes** (as US studies found)
- Focussing on appropriate care leads to:
 - Individual level:
patient centred care which takes into account the individual needs and preferences of the patients.
 - (inter)National level:
more accessible and affordable care

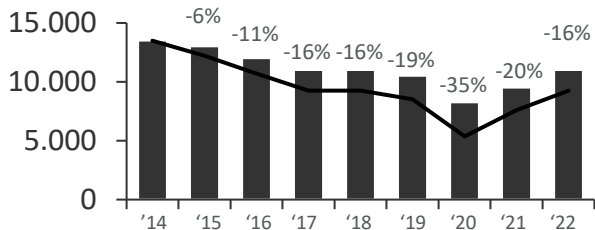
..but it leads to less revenues



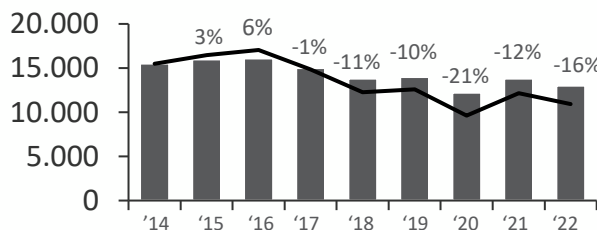
Case study Bernhoven

Appropriate care: transformation of a hospital

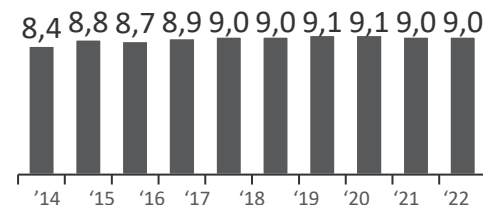
Less operations



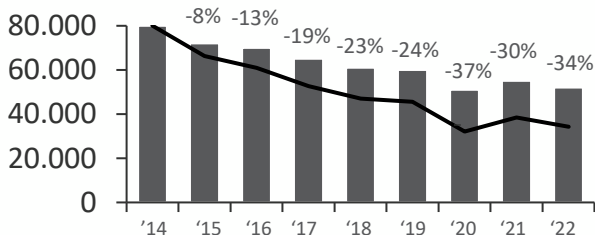
Less admissions



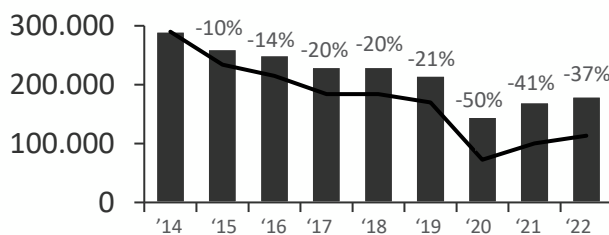
Higher patient satisfaction



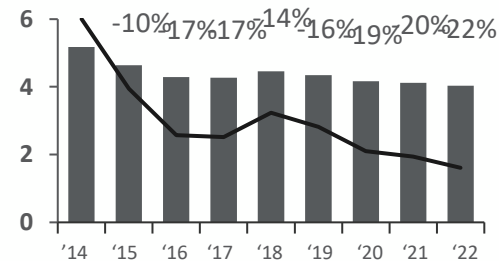
Less patient-days



Less outpatients' treatment



Mean days of hospitalization



Learnings hospital Bernhoven: continuity during (and after) the transformation

Challenge hospitals...

Adequate appropriate contracts with all health insurers

- Volume incentives **Price x Quantity** clash with business **model appropriate care**
- Inadequate **spread costs and revenues** between health insurers (*free rider* effect)
- Shift risk **overtreatment to undertreatment**
- Missing invoice requirements for additional costs '**Shared decision making**'

Operation expenses on par with appropriate care

- Operation expenses should **reflect actual activities**.
- Diminished **comparability other hospitals** (benchmarks less valid)

...Possible solutions

- **Differentiation prices** acute, chronic and elective care.
- **Alignment contracts** with all health insurers
- **Transparant model** for expenses in relation to appropriate care
- Further research for **productivity gains**

Learnings health insurer: Trendsetter invests, everybody profits

Challenge health insurer...

Free riders transformations

- Leading health insurers **pay for investment** and for interim setbacks.
- Other health insurers **profit from lower quantity** hospital without raising their prices.
- Positive results leak away through **risk equalization**. Lower health care use leads to lower equalization benefits for health insurer.

Use results trendsetters for other hospitals

- No tools to move patients from other hospitals to Bernhoven.
- No possibility for patients to compare hospitals on appropriate care or better health outcomes.
- Resultaten passende zorg kunnen fungeren als hefboom voor elders: win-win.

...Possible solutions

- Transformation resources: Collectively fund part of the investments.
- Simultaneously start a cost reduction program with the appropriate care program.
- modernisation **risk equalization**.
- Enhance support insured for health care advice / matching service.
- More room in regulation for selective procurement.
- Transparency appropriate care: **benchmark** good practices.

Transformation in healthcare requires 'hands on mentality'

✓ Strategic partnerships

- Leaders with vision who **dare to transform and can manage the transition.**
- **Mutual commitment and reciprocity** organization and insurer.
- **Alignment health insurers** for **large scale transitions.**

✓ Joint strategic agenda

- **Brave nurses and doctors** who can adapt their routines on a large scale.
- **Simultaneously start a cost reduction program** with the appropriate care program as base for the transformation.
- Collective program management for **culture, transparency, control** essential.

✓ Contract innovation

- **Incentives** for appropriate care.
- **Arrangement cost reduction program.**
- **New contract models** with different building blocks (combination fixed and variable).
- **Variation in contract arrangement and duration**, reflecting the common strategic goals.



Appendix

- I. Items on our next level agenda

Items on our next level agenda: ‘the challenge’ advise patients towards appropriate (digital) care providers

Example of items	Why is it important?	How can it be done?
1  Digital health care models to broaden patient choice	- Creates an alternative to typical regional patient flows - Creates new moments to advise the patient on where to go	- New (non-regional) entry points for digital healthcare providers that offer superior convenience, appropriate care - Assisting patients in making informed choices for their providers
2  Ensure transparency of information	- Payers need to know who the frontrunners are - Patients need to know where convenient and appropriate care is delivered	- Benchmarking of care concepts/Good Practices - Transparency of outcome of benchmark
3  Connecting healthcare and social/welfare domain	- Helping people to live a healthy life - Helping people/ elderly to stay longer at home	Targeted investments in social domain
4  Facilitate transition to new infrastructure	New digital infrastructure should replace legacy infrastructure in a controlled way	Working with healthcare providers on flexibility of infrastructure

Relateret document 4/7

Dokument Navn: Ministry of Health (VWS).pdf
Dokument Titel: Ministry of Health (VWS)
Dokument ID: 1755691



Ministry of Health, Welfare and Sport

The Dutch Health Care System

Birgitta Westgren
Deputy Director-General
Curative Care

Health Insurance Act

Minke Remmerswaal
Health Insurance Department

IZA

Chantal Kok
IZA Department



WELCOME



Content of this presentation



Ministry of Health, Welfare and Sport



THE DUTCH HEALTHCARE SYSTEM

HEALTH INSURANCE ACT

IZA; INTEGRATED CARE AGREEMENT



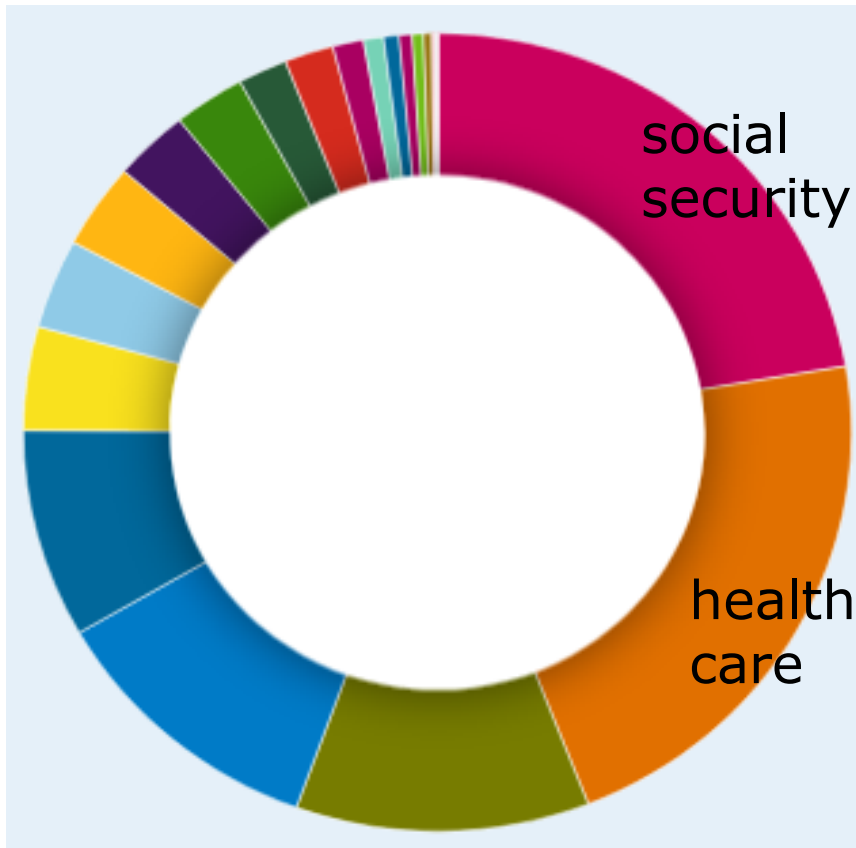
Our health system

There are 5 legal frameworks for our healthcare system:

1. **The Health Insurance Act (Zvw) – cure**
2. The Long-Term Care Act (Wlz) – care, including “residential care”
3. The Social Support Act (Wmo) – social care
4. The Youth Act (Jeugdwet) – youth care
5. Public Health Act (Wpg) – public health



Total government expenditures in 2022



In 2022, **total government** expenditures amounted to **€ 353 billion**.

Over half of these expenditures are allocated to:

- social security (26.8%)
- health care (26.3%),
- followed by education, which accounts for approximately 13% of spending.

Health care spending in 2022 was **88 billion euros**. That amounts to roughly 11% of GDP.

Spending is expected to increase in the future by 4% annually.

Content of this presentation



Ministry of Health, Welfare and Sport



THE DUTCH HEALTHCARE SYSTEM



HEALTH INSURANCE ACT



IZA; INTEGRATED CARE AGREEMENT



The 2006 reform: the introduction of the Health Insurance Act

Before 2006: Dual system of both public and private health insurance

2006: Regulated competition with private insurance for all citizens working and/or living in the Netherlands





A brief overview of the Health Insurance Act

Universal Access

Healthcare is accessible to all residents through mandatory health insurance, ensuring no one is excluded from essential care.

Mandatory Health Insurance with Private Providers

Residents are required to purchase basic health insurance from private insurers, which operate within a regulated framework set by the government.

General Practitioners as gate keepers

General Practitioners (GPs) play a central role as the first point of contact, managing most health issues and providing referrals to specialists or hospital care when needed.

Regulated Competition and Decentralized provision

Healthcare provision is decentralized, with competition among insurers and healthcare providers, while the government ensures affordability, quality, and accessibility through regulations.

Focus on Preventive Care

Preventive healthcare, including vaccinations, screenings, and public health campaigns, is a key priority, coordinated by organizations like the GGD (municipal public health service) and RIVM (national institute for public health and the environment).



What is covered under the basic benefit package?

- Care by medical specialist, GP, midwife, some physiotherapy, dental care
- Hospital stay
- Medicines, medical devices
- Maternity care
- District Nursing
- Specialized and basic mental care
- Mental care hospitalized (max 3 year)
- Care for sensory disabled
- Ambulance/transport
- short term stay in nursery home



What is there to choose from?

- There are about 60 health insurance plans to choose from, offered by about 20 health insurers
- There are different types of plans:
 - In kind “naturapolis” (right to care)
 - Restitution (right to reimbursement of care)
 - Combination of the two
- A supplemental insurance for care not included in the basic benefit package
 - Extra coverage for physiotherapist, alternative medicine, dental care, etc.
 - Roughly 90% takes this advantage
- Voluntary deductible (500 euros max)



What do people pay for health insurance?

- Each Dutch inhabitant must pay a **premium** for health insurance each month.
 - This year about 1868 euros, 156 euros a month
- Also pay a **deductible** if they go to the doctor (385 euros max, but some services exempted, such as the GP)
- These premium and deductible finance roughly 50% of spending under the Health Insurance Act. The **other 50%** is paid by **employers** (an income dependent premium).
- Persons with a **lower income receive a subsidy**, or health insurance allowance, ("zorgtoeslag") to pay for their health insurance premium and deductible.



Risk equalization as backbone of the system

Remember these features of the system:

- Health insurance is mandatory
- Premium differentiation is forbidden
- No one is denied access to insurance based on inability to pay or poor health status

These features will create **predictable losses and gains** for health insurers:

- A chronically ill elderly woman is much more likely to need health care and to have high health care expenditures than a young man

Without regulation, a (private) health insurer will have to increase the price of health insurance for this elderly woman

- But the insurer can't, as this is forbidden by law..
- But then the insurer will likely resort to cream skinning. Also, it will lead to an uneven playing field among health insurers..



Risk equalization to the rescue

Health insurers are compensated for **predictable differences** in health care expenditures based on the **health risk profile** of their insured population

A health insurer with **a relatively old and sick insured population** will receive **more compensation**, whereas a health insurer with a relatively health insured population will receive less.

The goal: an even playing field among health insurer and no incentives for cream skimming.



The risk adjustment model

- About 60 billion euros is divided each year among health insurers based on the model
- The model is state-of-the-art
 - But healthy individuals are still overcompensated, which means they are still profitable for health insurers.
 - So each year, the model is updated
- A group of about 30 persons from health insurers, researchers, policy makers and organizations which implement and execute risk equalization in the Netherlands
 - They determine a research agenda, evaluate the outcome of research and advise the Minister for Health on the model specification.

Content of this presentation



Ministry of Health, Welfare and Sport



THE DUTCH HEALTHCARE SYSTEM; AN INTRODUCTION



HEALTH INSURANCE ACT



INTEGRATED CARE AGREEMENT (IZA)



Coalition Agreement: Integrated Care Agreement

Integrated Care Agreement - Health Insurance Act

The combination of increasing demand for healthcare and scarcity on the labor market makes it necessary to organize healthcare in a smarter way to ensure that everyone in the Netherlands can receive good care when necessary. This requires a transition to appropriate care. Appropriate care is of high quality and is therefore effective and has added value for the patient. The aim is that only (the most) effective care within the basic package is reimbursed. The intention is to focus the Integrated Care Agreement, which is included in the coalition agreement, on this social task.

Integrated?

Until 2022: different (financial) agreements



Now: one Integrated Care Agreement



2022-2026

Stakeholders Integrated Care Agreement



The Integrated Care Agreement brings us closer to providing personalized care

Appropriate care offers a solution

Appropriate care works...



...at a reasonable price...



...with joint decision-making by care provider and patient...



...close to the patient...



...by being more about health, less about illness



How do we get there?

Working together on appropriate care

In consultation with society at large



Patients, healthcare sector parties and governmental authorities make agreements about organising appropriate care...



...working and networking together...



...and sharing successful projects



The government reimburses appropriate care

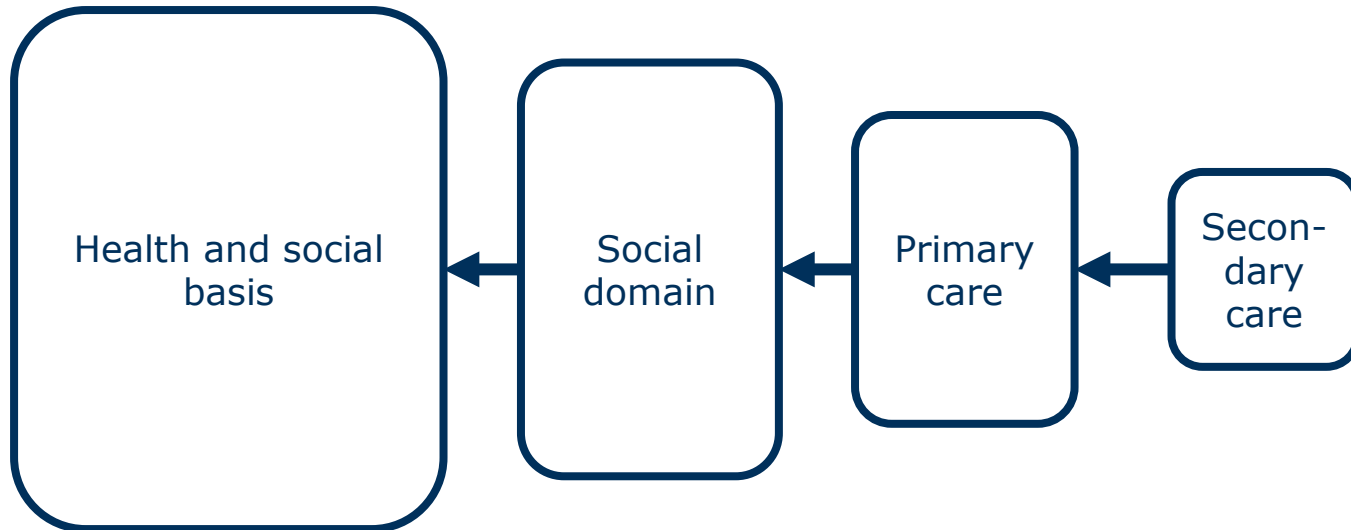
The healthcare professionals provide appropriate care



The healthcare insurers buy in appropriate care

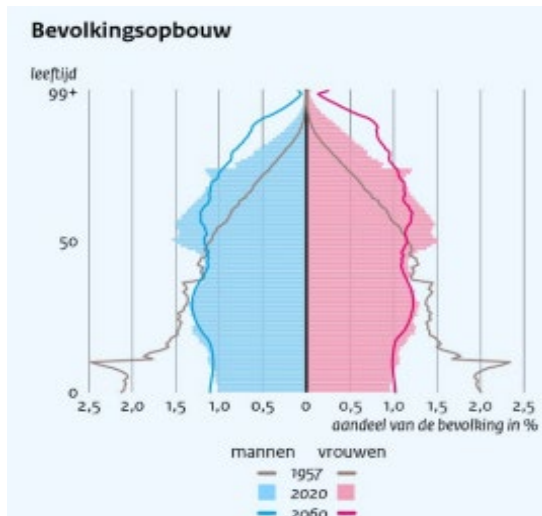
The patients accept appropriate care

Creating a change movement: From care and illness to health and wellbeing

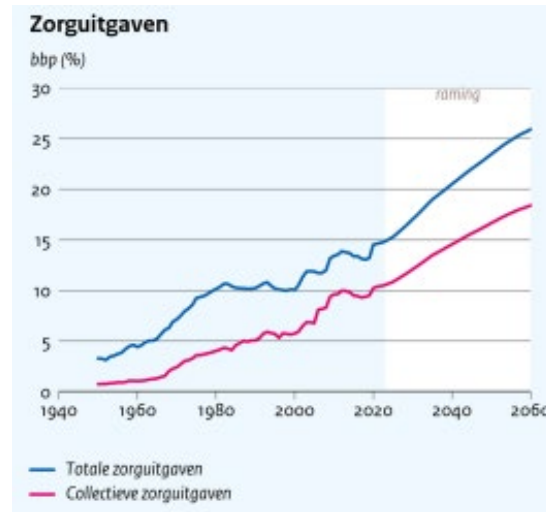


However, we are not there yet.

Demand increases and expenditures rise..

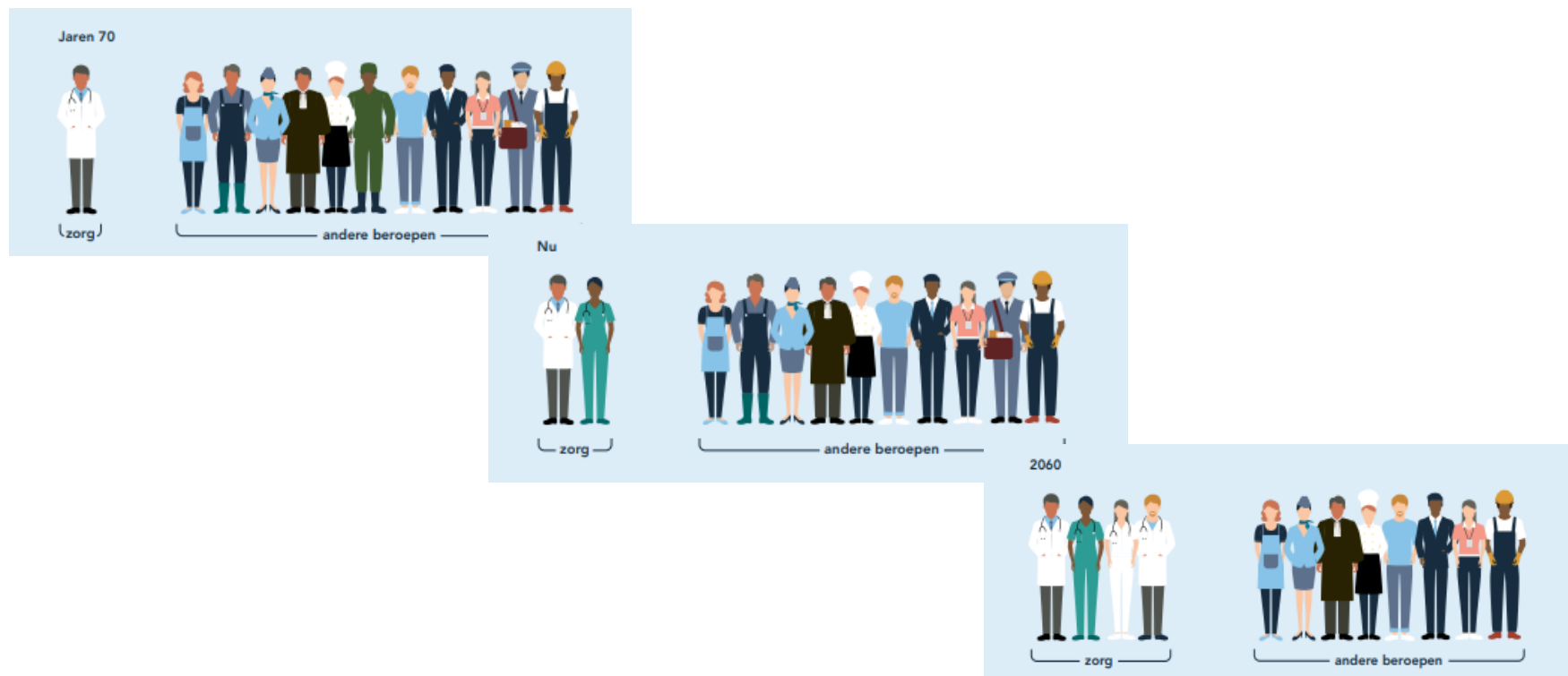


Population pyramid

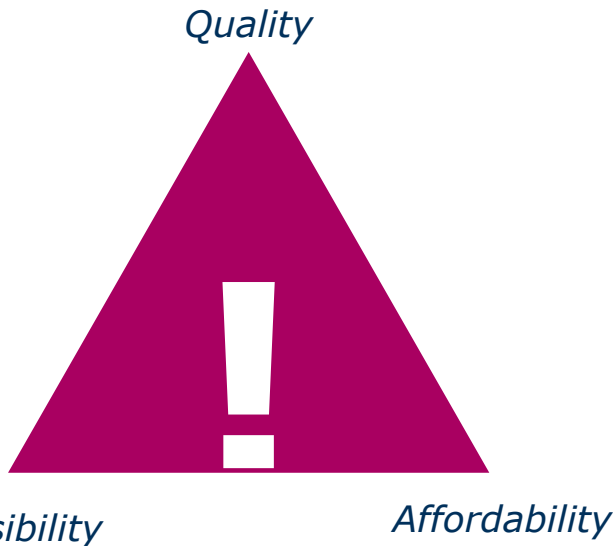


Healthcare spending

.. and resources do not.



Increasing strain on healthcare.



July 2024: a new government



Government program (1 of 2)

- **Equitable access to healthcare**
- **Addressing labor shortages in healthcare**
- **Building an accessible and collaborative care landscape**
- **Enhancing eldercare and support for seniors**
- **Supporting vulnerable youth and child protection**
- **Promoting a healthier and more active society**
- **Balancing medical-ethical considerations in legislation**
- **Commemorating WWII and supporting war victims**
- **Combating fraud and ensuring good governance in healthcare**
- **Strengthening healthcare resilience and pandemic preparedness**
- **Advancing sustainability in the healthcare sector**
- **Improving care and support for individuals with disabilities**
- **Tackling domestic violence, femicide, and child abuse**
- **Enhancing healthcare services in the Caribbean Netherlands**
- **Strengthening financial management and budget control**

Government program (2 of 2)

"The existing healthcare agreement will be expanded, strengthened, and developed into a supplementary Care and Welfare Agreement, effective through 2028. This agreement aims to make a meaningful difference for those in need of care. The new framework focuses on ensuring equal access to care and welfare services while addressing labor market shortages. These two core goals are supported by the current IZA (Integrated Care Agreement) initiative to reinforce the frontline of the healthcare system; further details will be worked out."

The government will also work towards establishing a key framework agreement for elderly care to tackle persistent labor market shortages and ensure the financial sustainability of elderly care.

Further priorities are:

Halving Administrative Time by 2030

- Implementing technological and social innovations (such as generative AI), improving digital data accessibility, and facilitating data sharing.
- Eliminating laws and regulations that lead to unnecessary administrative burdens.

Optimal Deployment of Staff

- Resolving conflicts between regulations to ensure that only the minimum required use of staff is prioritized.
- Increasing awareness of the right to flexible working arrangements.
- Promoting the establishment of regional employer networks.
- Driving healthcare innovation.

Enhancing Skills and Job Satisfaction

- Providing funding for a variety of training programs, including medical specialist education and ongoing professional development.
- Promoting greater staff autonomy, with an emphasis on building trust.
- Enabling employed staff to work across multiple locations within their region.
- By 2025, launching public awareness campaigns to combat violence against healthcare providers (in collaboration with the Ministry of Justice and Security).

A clear insurance system

- The deductible (Eigen Risico) will be frozen in 2025, more than halved starting in 2027, and gradually phased out.

Availability of medicines and medical devices (in terms of cost, supply, and approval).

Preservation of regional hospitals and a focus on local healthcare (Primary Care Vision).

Towards a broad care/wellbeing agreement to ensure health care and support remain accesable



Stakeholders Addendum/Extra agreement



NEW



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Content of this presentation



Ministry of Health, Welfare and Sport



THE DUTCH HEALTHCARE SYSTEM

HEALTH INSURANCE ACT

- A. Policy Reform Health Insurance Act, since 2006
- B. Health Insurance Act, part of our health care system Journey - choices in health insurance
- C. Risk adjustment

IZA; INTEGRATED CARE AGREEMENT

Relateret document 5/7

Dokument Navn: MooiMaasvallei.pdf
Dokument Titel: MooiMaasvallei
Dokument ID: 1755692

IZA and all that

Doing nothing is not an option

Joost Hendriks, wethouder gemeente Land van Cuijk
joost.hendriks@landvancuijk.nl

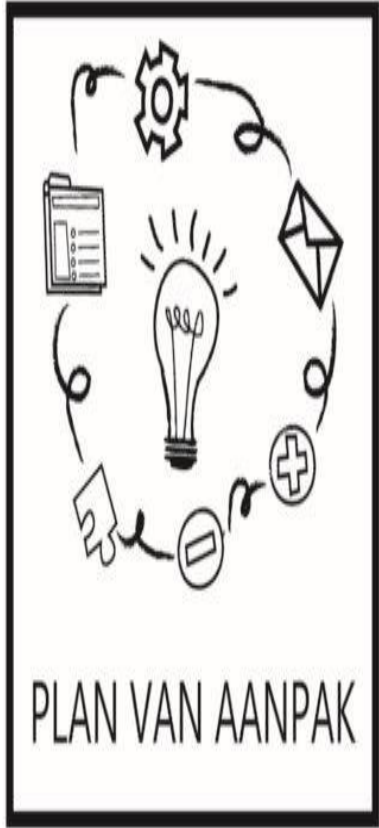
Roland van der Heijden, directeur-bestuurder Sociom
rolandvanderheijden@sociom.nl





- SLOWING DOWN STAFF GROWTH
- CARING COMMUNITY
- REDUCE CARE DEMAND
- HEALTHY RESIDENTS





WHY

! GROWING DEMAND !
+
! LABOR SHORTAGE !
ACCESS • QUALITY • AFFORDABILITY

WHAT



CROSS-DOMAIN INITIATIVES		
WELLBEING OF THE ELDERLY	NETWORK MENTAL HEALTH	NETWORK (SUB)ACUTE CARE
A1. LOKAAL MDO	B4. VERKENNEND GESPREK	C8. RECO
A2. GOET	B5. CONSULTATIE	C9. AST
A3. MEER WLZ THUIS	B6. ERVARINGSDESKUNDIG.	C10. ACUTE ZORGNETWERK
D. HYBRID NETWORK	NETWORK POSITIVE HEALTH	CITIZENS IN CONTROL
D11. DIGITALE ZORGTECHN.	E14. BLIKVELD360	F19. BURGERBERAAD
D12. REGIONALE HYBRIDE ZORG	E15. WELZIJN OP RECEPT	F20. PILOTS LEEFOMGEVING
D13. REGIONALE DIGITALE INFRASTRUCTUUR	E16. VOORZORGCIRKELS	LABOURMARKET
	E17. SMAAKCENTRUM	G21. MOOIWERKMAASVALLEI
	E18. BEWEEGLESEN	
STEUNGROEP MOOI MAASVALLEI + PROGRAMMANAGEMENT		
PRECONDITIONS		

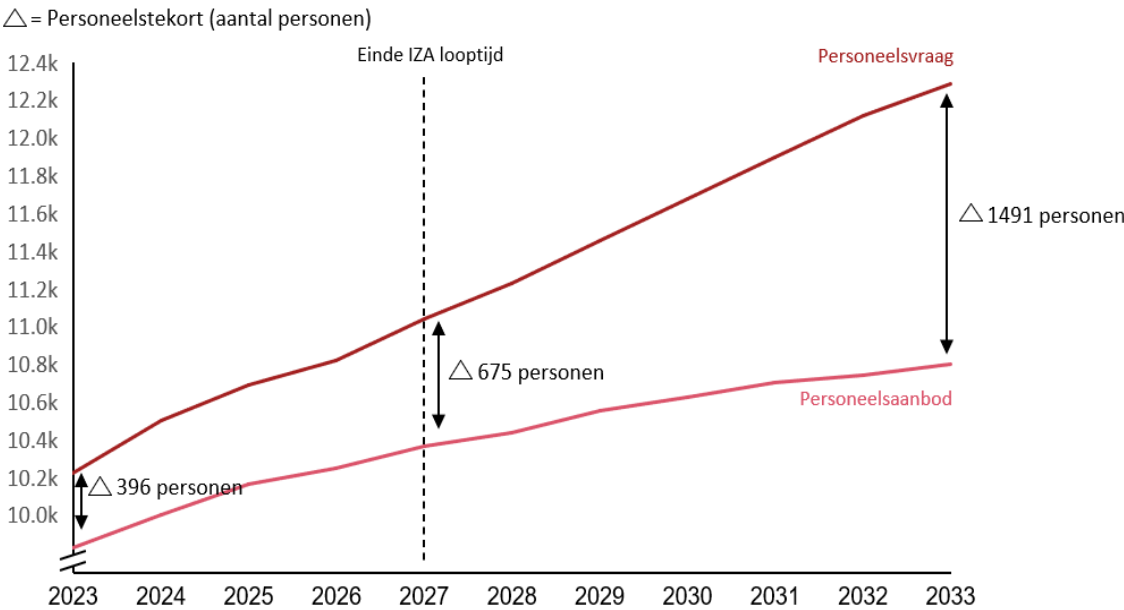
DESIGN SUSTAINABLE FINANCIAL SYSTEM, POST IZA-GALA



HOW



Geschatte personeelsvraag en –aanbod Mooi Maasvallei
(in personen, 2023 t/m 2033)



Increasing the experienced good health and self- and co-reliance of residents.

By making a movement from Care to Welfare and Health.

This can slow down the growth in employees and healthcare costs and improve the accessibility.

Partners Mooi Maasvallei



Steungroep gezondheidsnetwerken

Radboudumc



burgerkracht Limburg

Pantéin extra

thuiszorg & zorgcentra

Pantéin

maasziekenhuis Pantéin

Syntein

dichterbij
We dagen ieder mens uit!



*overzicht is niet volledig

Success factors



High degree of same-mindedness

Limited number of partners

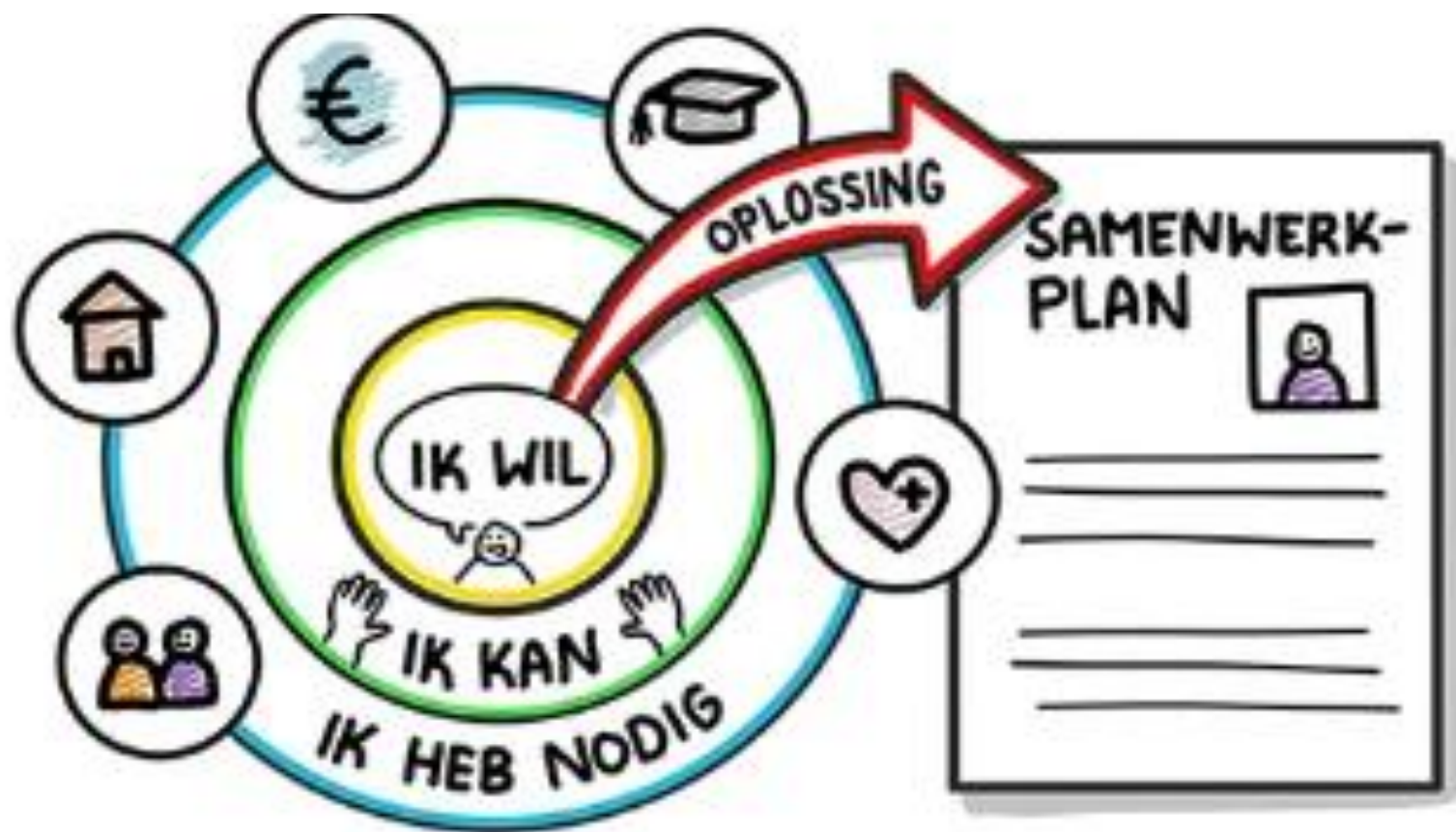
No competition

Existing network

External support

Program manager

Importance of everyone's expertise is widely supported



Voorzorgcirkels



Link to movie
<https://www.youtube.com/watch?v=ToJq0Nz4A5M&t=78s>



Welzijn op recept



Welzijn op Recept in 3 stappen



Verwijzing door huisarts

Gesprek met welzijnscoach

Gekozen activiteit

Link to movie

<https://www.youtube.com/watch?v=IMjuFJyeus0&t=105s>

Obstacles



Application process / Purchasing

Risks for implementing partners

Process and result KPI's (>500)

Business cases for transformation

Predictability versus transformation

VAT

Inflation adjustment

IZA and all that

Doing nothing is not an option

Joost Hendriks, wethouder gemeente Land van Cuijk
joost.hendriks@landvancuijk.nl

Roland van der Heijden, directeur-bestuurder Sociom
rolandvanderheijden@sociom.nl



Relateret document 6/7

Dokument Navn: Hadoks.pdf

Dokument Titel: Hadoks

Dokument ID: 1755693

Danish delegation visit The Hague

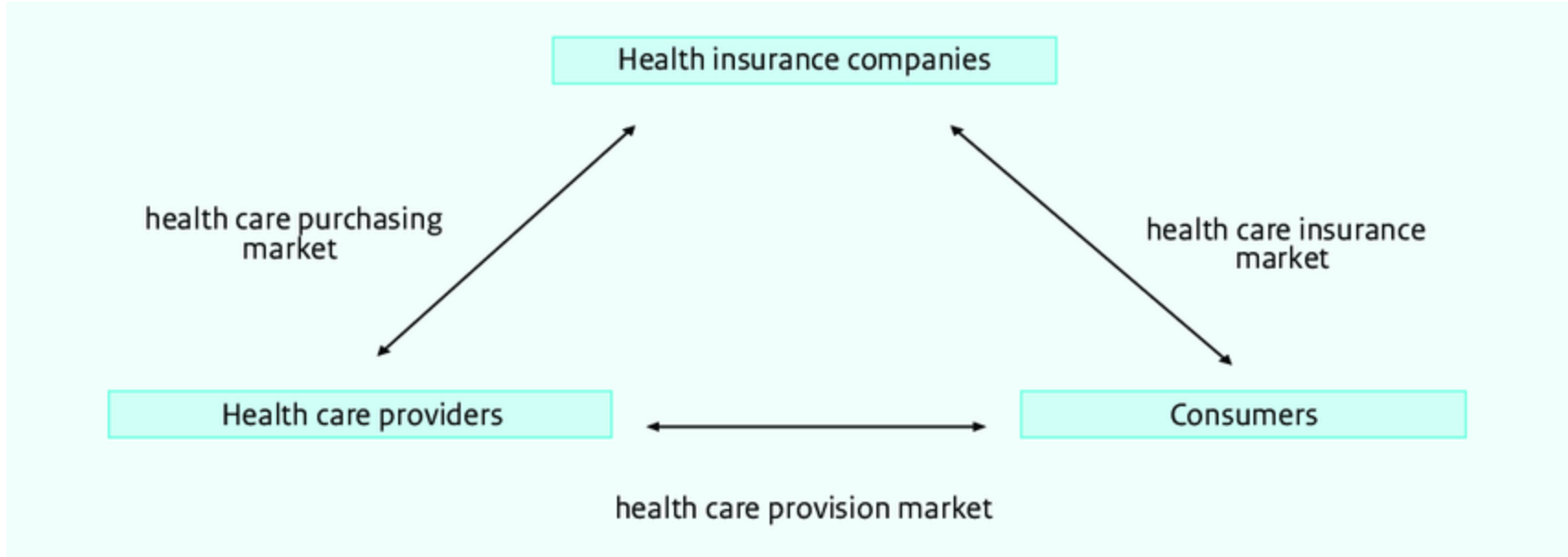
velkommen til Haag!

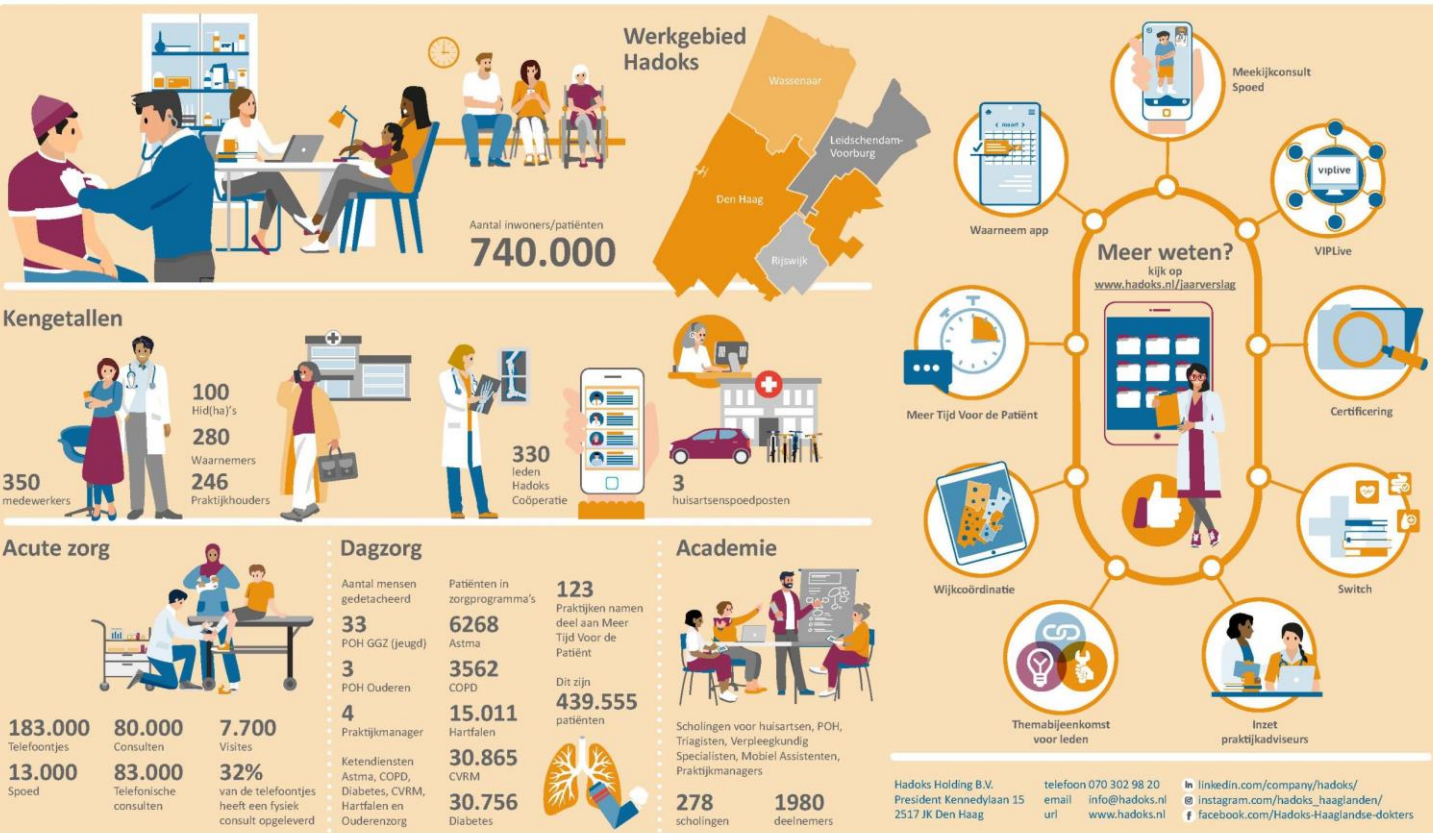


hadoks



The Dutch health care system

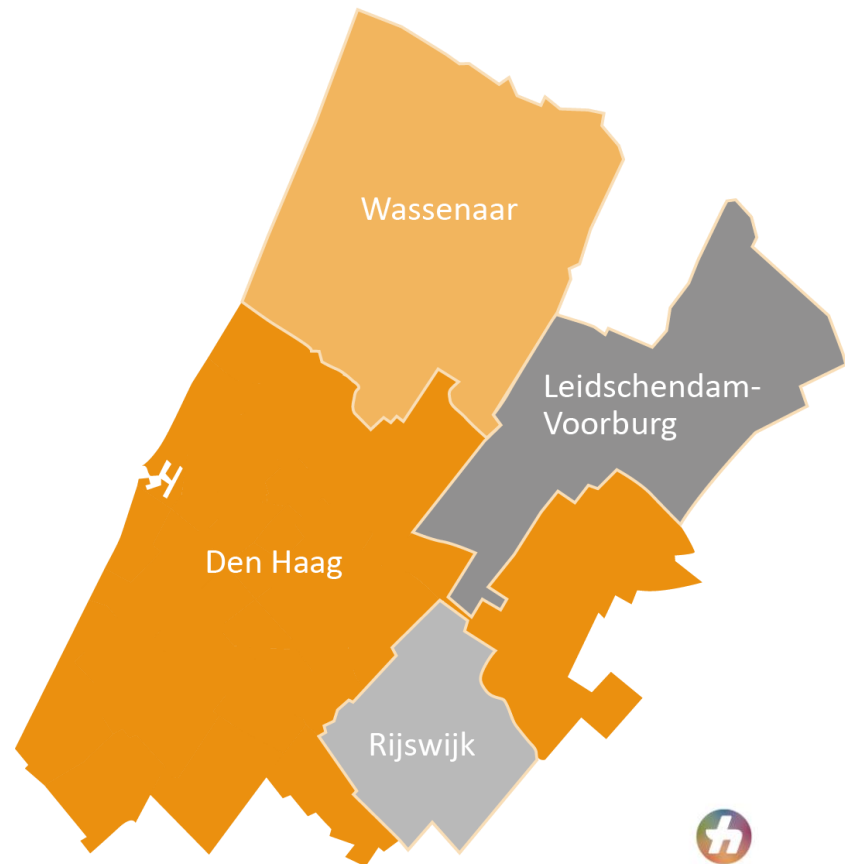




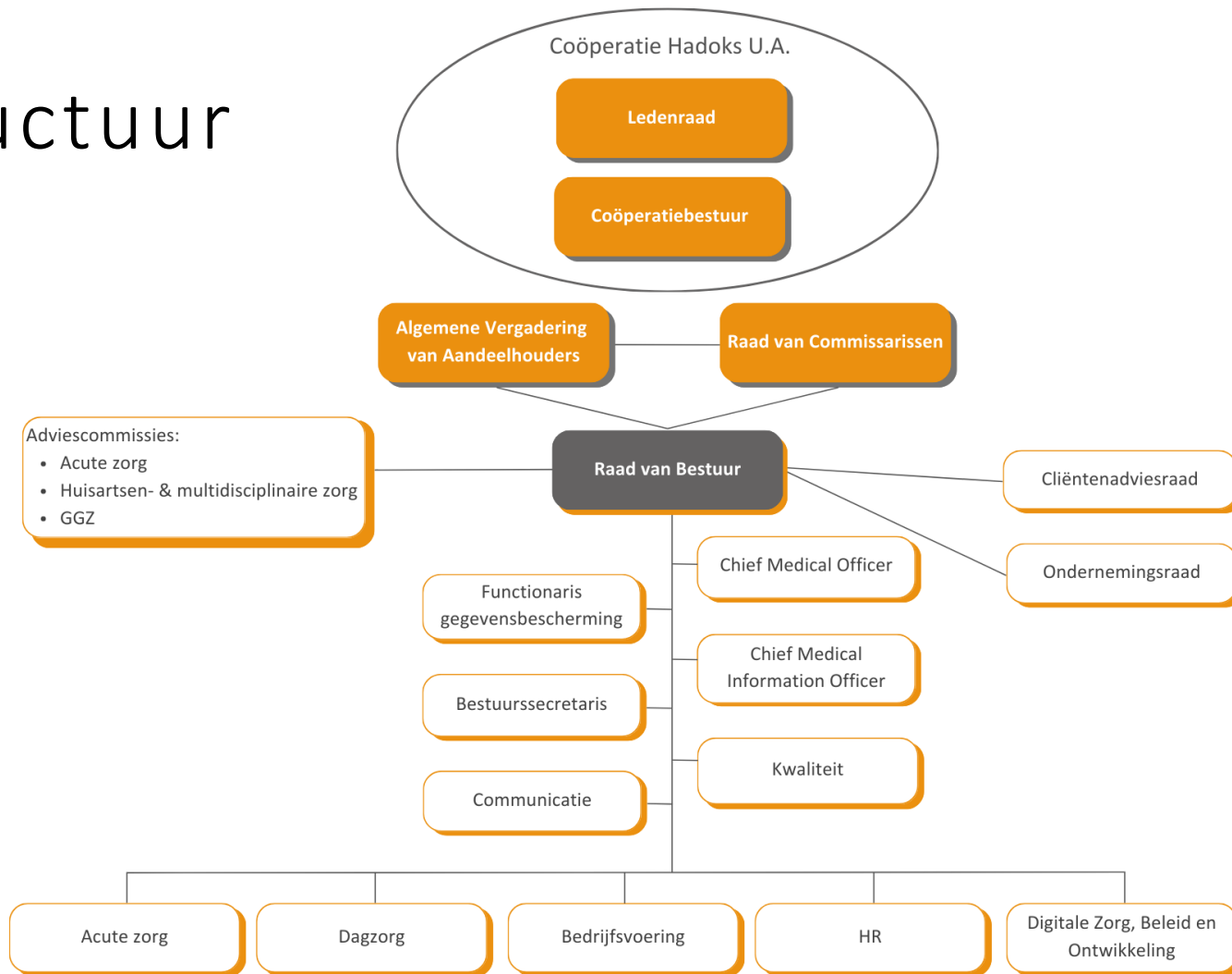
OVER HADOKS

Regio Haaglanden

- + Den Haag
- + Leidschendam-Voorburg
- + Rijswijk
- + Wassenaar



Structuur



De SES-WDA score ligt in 4 van de 5 gemeenten op of onder het landelijk gemiddelde

Er zijn grote verschillen tussen wijken/stadsdelen onderling:

- 2 wijken in top 10 hoogste inkomens van Nederland
- 3 wijken in top 15 laagste inkomens van Nederland



Percentage inwoners dat veel stress ervaart

regio
22,4%
landelijk 17,7%

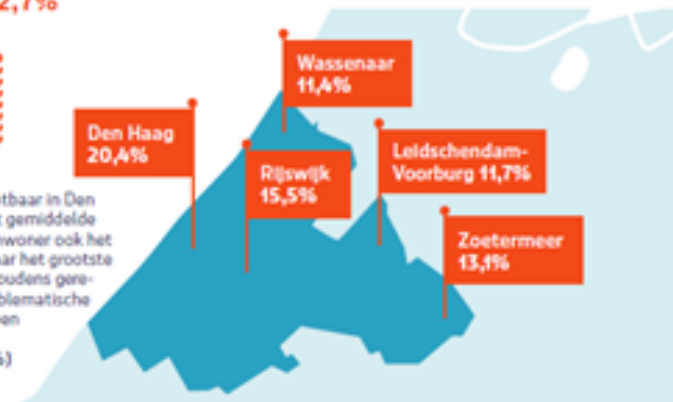


Moeite met rondkomen

landelijk 12,7%



- Met name zichtbaar in Den Haag waar het gemiddelde inkomen per inwoner ook het laagst is en waar het grootste aandeel huishoudens geregistreerde problematische schulden hebben (13,1% vs landelijk 7,6%)



Ervaren gezondheid lager dan het landelijk gemiddelde, met name onder 65+ers.

regio
71%
landelijk 76%



Inwoners met migratieachtergrond

regio
50%
landelijk 25%



Laaggeletterdheid



hadoks



Mantelzorgpotentieel

In aantal 50-65-jarige mantelzorgers per 85-jarig en ouder persoon.



Percentage ouderen met een val in 2020 varieert in de regio tussen 25-29,6% en was het hoogste in Den Haag (29,6%)



De regio Haaglanden heeft als een van de enige regio's in Nederland meer capaciteit in verpleeghuizen beschikbaar in de uitbreidingsplannen van 2021-2027 dan de opgave

+513



Zorgkosten wijkverpleging liggen in 2020 in de regio en in alle gemeenten boven het landelijk gemiddelde



De VVT zorgkosten per inwoner zijn in de regio Haaglanden 18% hoger dan de verwachte kosten voor de regio



hadoks

Strategies for the future 1: cooperation at work

Organising efficiency in primary care

e.g. centralised support, digitalisatie, AI, staffing and task delegation



Vereniging
Transmurale
Zorg sterk in
verbinden

Regional cooperation

- Task delegation, task combination, impact control, prioritize

Bridging the gap between well being and health care

- Working with welfare and government on integrated care: social and medical
- Working on health literacy



Gezond
en Gelukkig
Den Haag



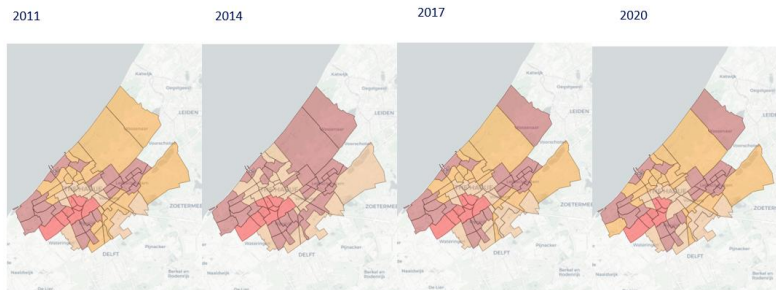
hadoks

Strategies for the future 2: connecting knowledge and practice



Health
Campus

Den
Haag



Legenda:

- Felrood:** cluster 1 Hoge zorgkosten, lagere SES, jongere populatie, hoge culturele diversiteit
Bordeauxrood: cluster 2 Hoge zorgkosten, hogere SES, oudere populatie, weinig culturele diversiteit
Lichtoranje: cluster 3 Laagere zorgkosten, lagere SES, jongere populatie, veel minderheden
Donkeroranje: cluster 4 Laagere zorgkosten, hogere SES, oudere populatie, weinig culturele diversiteit



hadoks

Haaglanden Gezonder!

- ☐ Prevention en healthy lifestyle
- ☐ Health and well being for elderly people
- ☐ Health and well being for people with chronic disease
- ☐ Acute and trauma care
- ☐ Mental health
- ☐ Labour market



Visie eerstelijnszorg 2030



Instroom eerstelijnszorg:

We stimuleren burgers met voldoende draagkracht om meer zelfmanagement in te zetten, bijvoorbeeld (digitale) zelfhulp, technologische hulpmiddelen, preventieve oefeningen en juiste voorzieningen.



In de regio: Beter organisatie van de zorg en betere samenwerking in de regio via een eerstelijnszorgverband in elke regio.

Regionale aanspreekbaarheid



Hechte wijkverbanden



Wijkniveau

In de wijk:
Een vaste kern van eerstelijnszorgverleners zorgt voor samenhangende, continue en persoonsgerichte zorg.

Zorg op maat:

Eerstelijnszorg, die past bij de persoonlijke situatie en bijdraagt aan kwaliteit van leven.

Doelen visie eerstelijnszorg

- Doel 1:** Verminderen van ongewenste druk op de eerstelijnszorg
- Doel 2:** Goede voorbereiding op en toeleiding naar de eerste lijn
- Doel 3:** Passende eerstelijnszorg, met focus op gezondheid en kwaliteit van leven, waar van meerwaarde digitaal ondersteund
- Doel 4:** We benutten de capaciteit binnen de eerstelijnszorg beter; waar nodig organiseren we taken anders
- Doel 5:** Hechte samenwerking in de wijk tussen professionals, zodat proactief kan worden ingespeeld op de gezondheidsproblemen
- Doel 6:** Aanspreekbaarheid van eerstelijnszorg, samenwerking op regionaal niveau voor het oplossen van knelpunten in de hele keten; beschikbare 24/7 infrastructuur voor de eerstelijnszorg voor crisissituaties

Verbinding tussen tweede-, derde- en eerstelijnszorg

Landelijk

Onderling vertrouwen en vermindering van regeldruk en administratie

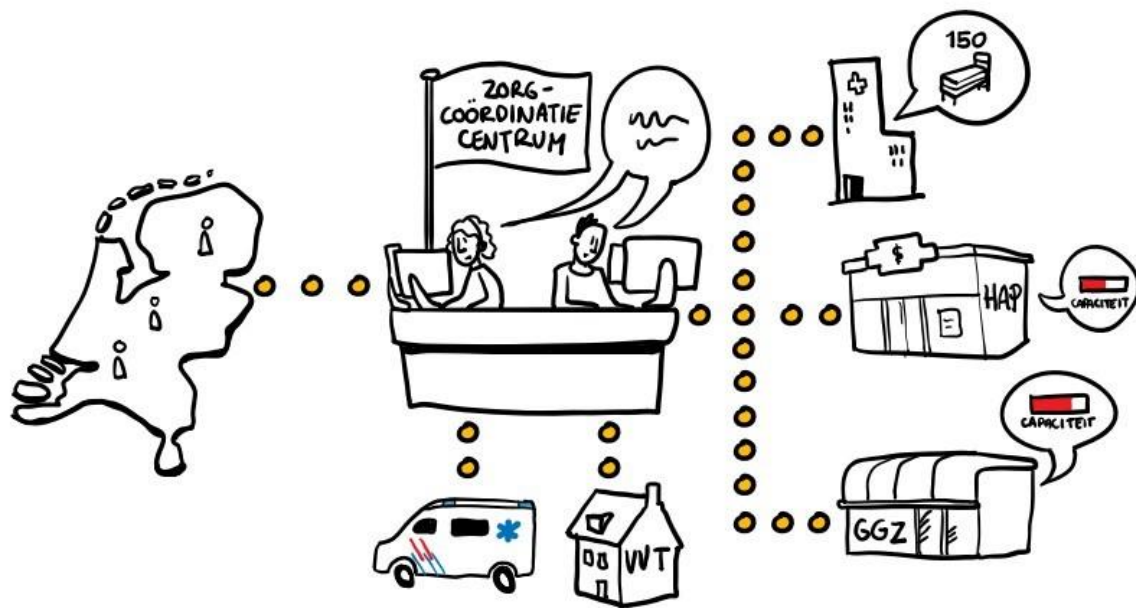
Ontwikkelen van landelijke kwaliteitskaders en samenwerkingsafspraken voor verdeling taken binnen de eerstelijnszorg

Passende bekostiging, contractering en verantwoording

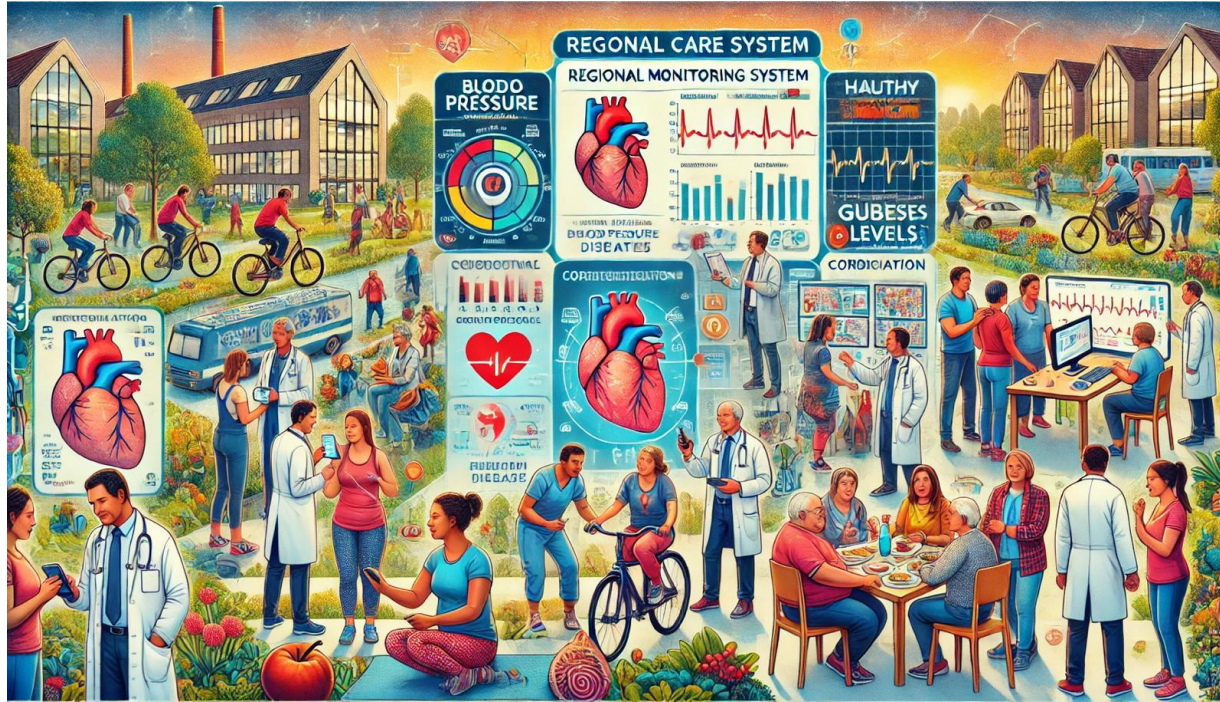
Ontwikkelen waar nodig van aanvullende wet-/regelgeving

Landelijk monitoren van de voortgang

Acute care



Chronic diseases



hadoks

Tak fordi du kom

spørge?



hadoks

Relateret document 7/7

Dokument Navn:	Program book Danske Regioner 2025.pdf
Dokument Titel:	Program book Danske Regioner 2025
Dokument ID:	1755694

STUDY VISIT

DANSKE REGIONER



PROGRAM

THE NETHERLANDS, 15-17 JANUARY 2025



Table of Contents

Important information	2
-----------------------------	---

Program overview

Program overview – Wednesday 15 January	3
Program overview – Thursday 16 January	4
Program overview – Friday 17 January	6

Visits Thursday

Ministry of Health	8
MooiMaasvallei	10
Buurtzorg/Buurtzorg T	13
Hadoks	16

Visits Friday

Elisabeth-TweeSteden Hospital (ETZ)	19
Health insurer VGZ	23
Background information IZA & Statistics	25
Delegation	28





Important information

Contact details organisation

Marjo Boogers +31-681168918
Louise Garby-Holm +45-21152925

Hotel

Hotel Indigo The Hague – Palace Noordeinde
Noordeinde 33 | 2514 GC | The Hague

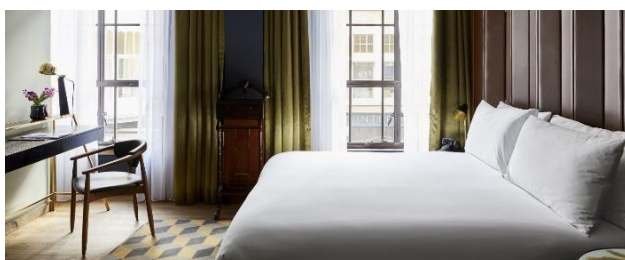
[Website](#)

Hotel Indigo The Hague – Palace Noordeinde is situated in the heart of the Museum Quarter, next to the Royal Palace Noordeinde, amidst a rich blend of royal and political history. Originally built in 1883 for “De Nederlandsche Bank” the building showcases elegant neo-Renaissance architecture with French influences. Inside, carefully preserved details like marble columns and stained glass reflect its storied past, offering guests the unique experience of staying in a former bank.

Once home to the country's gold reserves, with over 7,000 gold bars stored in its vaults, the building has a fascinating history. During World War II, the vault served as a royal safe haven, connected to the Royal Palace by a secret tunnel that still exists. Today, the original 25,000 kg vault doors remain intact, with the space transformed into *The Gold Bar* and an eclectic events venue. *Brasserie Stocks and Bonds* honors the building's banking heritage, and guest rooms include historic touches like headboards crafted from the bank director's office panelling, blending history and modern comfort seamlessly.

The Lounge at the ground floor and the Glod bar in the basement offers pleasant surroundings for guests to relax at the end of the day. All rooms have the following facilities:

- Hypoallergenic linens
- Tea & Illy® coffee facilities
- Complimentary mineral water
- Flat-screen TV
- Climate control
- Hairdryer
- Clothing rack
- Safe
- Spa-inspired bathroom
- Soft towels, bathrobe, and slippers
- Zenology®: shampoo, conditioner, soap, shower gel, body lotion
- Free Internet
- Complimentary access to digital newspapers and magazines during your stay





Program overview – Wednesday 15 January

- 19:35 and 19:55 **Arrival at Schiphol airport**
with hand luggage only
- 20:00 Marjo from the organization will wait for you at the arrival gate exit, past the luggage carousel
- 20:30 *Arranged transfer by taxi to hotel Indigo in The Hague (35-40 min)*
- 21:15 Check-in hotel and distribution room keys
- 21:45 **Welcome drinks in hotel**
@ The Gold Bar (basement)





Program overview – Thursday 16 January

Breakfast is served from 7:00 am

- | | |
|-------------|---|
| 08:20 | Gather in the hotel lobby for departure |
| 08:30 | <i>Walk to visit (17 min) - Wear comfortable shoes</i> |
| 08:50 | Arrival and Check in time@ Ministry of health |
| 09:00-10:20 | Ministry of Health (VWS) - <i>Bring your ID for the check-in procedure!</i>
General introduction to the Dutch healthcare system and the Integral Healthcare Agreement |
| 10:20 | Thank you & Danish moment by Danske Regioner (5 min) |
| 10:30 | Picture moment after the meeting |
| 10:30-11:00 | <i>Transfer by bus (15 min)</i> |
| 11:00-12:25 | MooiMaasvallei
Regional Plan: A Model for Healthcare Transformation and Collaboration under IZA
@ Hadoks, President Kennedylaan 15, 2517 JK Den Haag |
| 12:25 | Thank you & Danish moment by Danske Regioner (5 min) |
| 12:30 | <i>Walk to restaurant (8 min).</i> |



- 12:45-13:45 **Lunch** @ restaurant *Gastrobar Berlage* (8 min. walk)
President Kennedylaan 1, 2517 JK Den Haag
- 13:45 *Walk back to Hadoks (8 min).*
- 14:00-15:30 **Buurtzorg T**
*Enhancing Healthcare Autonomy, Effectiveness and reducing costs with the Buurtzorg Self-
Managing Model (for mental health)*
@ Hadoks
- 15:30 Thank you & Danish moment by Danske Regioner (5 min)
- 15:30-16:00 Break
- 16:00-17:30 **Hadoks**
*Transforming GP care, enhancing accessibility, continuity, and collaboration in healthcare
networks*
@ Hadoks
- 17:30 Thank you & Danish moment by Danske Regioner (5 min)
- 17:30-18:00 *Transfer by bus back to hotel (25 min)*
- 18:00-19:00 Time to refresh
- 19:00 *Walk to restaurant (6 min)*
- 19:15 **Drinks & dinner** @ restaurant Tommy's & Zuurveen
Veenkade 1, 2513 EE Den Haag



Program overview – Friday 17 January

Breakfast is served from 6:45 am

Check-out and take all your luggage with you on the bus

07:30 Gather in the hotel lobby before departure.

07:35 *Transfer by bus (+/- 1,5 hour)*

09:00 Welcome with coffee and tea @ Elisabeth-TweeSteden Hospital (ETZ)
@ auditorium (follow route 73), Hilvarenbeekseweg 60, 5022 GC Tilburg.

09:15-11:15 **Elisabeth-TweeSteden Hospital**

[Transforming Regional Healthcare: ETZ's Vision for Innovation, Collaboration, and Digital Solutions](#)

09:15-09:30 Introduction: ETZ and sustainable healthcare strategy
Bart Berden, Chair Executive Board, Elisabeth-TweeSteden Hospital

09:30-10:15 Digital transformation, Outpatient Clinic of the Future
Sanne Sadée, Program manager Outpatient Clinic of the Future
Remco Luijten, Rheumatologist and medical information officer

10:15-11:00 Innovations in the Intensive Care Unit
Hans Kuijsten, Intensivist and member of the Medical Board
Sabine op 't Hoog, IC nurse and member of the Board of nurses

11:00-11:15 Q & A

11:15-11:20 Thank you & Danish moment by Danske Regioner (5 min)

11:20-11:30 Break

11:30-12:30 **Health insurer VGZ & The Transformation Network Appropriate Care**

[VGZ's Role in Transforming Dutch Healthcare: Accessibility, Sustainability, and Collaborative Innovation](#)

12:30-12:35 Thank you & Danish moment by Danske Regioner (5 min)

12:35 Get ready for the transfer, pick up your takeaway lunch and walk to bus

12:45 *Transfer by bus to Schiphol airport & take-away lunch (+/- 1h 40 m, rush hour)*

14:30 Arrival at Schiphol airport, security (hand luggage)

16:25-17:30 Flights home



Lined writing area with horizontal lines.



Ministry of Health

Introduction to the Dutch healthcare system and the Integral Healthcare Agreement (IZA)

Thursday 16 January, 09:00 – 10:30

Location

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag



Ministerie van
Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Summary

The deputy director for Curative Care at the Dutch Ministry of Health, Welfare, and Sport will provide an introduction to the Dutch healthcare system and the *Integral Healthcare Agreement* (Integraal Zorg Akkoord, or IZA). This session will explore the structure of the healthcare system, including the roles of insurers, providers, and the government, as well as legislation, funding models, and the impact of the IZA on hospitals, mental health institutions, and primary care. Key topics include the Integral Healthcare agreement's focus on prevention, innovation, and patient self-management, aimed at enhancing care quality, controlling costs, and fostering collaboration among stakeholders.

Appropriate Care and the IZA

The Ministry of Health, Welfare, and Sport drives initiatives like IZA and 'The Right Care at the Right Place' to shape the healthcare system. These programs emphasize 'Passende Zorg' (Appropriate Care), which prioritizes health over illness, delivers care at the right location, and integrates patient-centered approaches. They address challenges such as aging populations, rising chronic conditions, and ensuring affordability and accessibility through locally organized, integrated care.

The Integral Health Care Agreement further strengthens this vision, offering a framework for sustainable healthcare. It tackles future challenges like aging and technological advancements by focusing on quality improvement, cost control, and collaboration among healthcare stakeholders. The agreement promotes prevention, innovation, and patient self-management, ensuring the system remains robust and responsive.

Links

[Ministry of Health](#)

[Dutch Integral Healthcare Agreement \(Integraal Zorg Akkoord, or IZA\)](#)

['The Right Care at the Right Place,' 'Passende Zorg' \(Appropriate Care\).](#)

Speakers



Birgitta Westgren | Deputy director for Curative Care at the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS)

Birgitta Westgren, an economist by training, currently serves as Deputy Director-General for Curative Care at the Dutch Ministry of Health, Welfare, and Sport (VWS). Over the past five years, she has been dedicated to improving the accessibility, quality, and efficiency of healthcare in the Netherlands. Under her leadership, her team has focused on addressing systemic challenges, fostering innovation, and ensuring that the healthcare system meets the needs of all citizens, regardless of their circumstances. These efforts are part of a broader mission to support a resilient healthcare system that contributes to a stronger and more prosperous Netherlands. This commitment has been a defining thread throughout her career in various roles within the Dutch government.

Prior to her tenure at VWS, Birgitta spent a decade shaping energy policy, holding diverse leadership roles at the Ministry of Economic Affairs.



Chantal Kok, Coordinating Policy Officer at the Program Directorate for the Integral Care Agreement at Ministry of Health, Welfare, and Sport (VWS)

Chantal Kok is a policy coordinator at the Netherlands' Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS). She currently works as a coordinating policy officer at the Integral Care Agreement program directorate since September 2024. Previously, she served as a political advisor to the State Secretary of Justice and Safety and as a board advisor for Curative and Long-term Care at the Ministry of VWS. Chantal has also worked at the European Parliament focusing on Civil Liberties and Justice. She holds a Master of Arts in European Studies from Maastricht University, highlighting her deep involvement in European public policy and administration.



Liesbeth Gerretsen, Coordinating Policy Officer, Directorate of Health Insurance at the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS)



MooiMaasvallei

Regional Plan: A Model for Healthcare Transformation and Collaboration under IZA

Thursday 16 January, 11:00 – 12:30

Location

@Hadoks

President Kennedylaan 15, Den Haag



Summary

MooiMaasvallei cooperation has the first regional plan fully aligned with the Dutch Integral Healthcare Agreement (IZA), focusing on prevention, collaboration, care close to home, and sustainability. We will meet with the Deputy Mayor of *Municipality Het land van Cuijk* and also vice-chair of the MooiMaasvallei and the CEO of welfare organization *Sociom*. Both are key members of the MooiMaasvallei IZA team in the region Noordoost-Brabant/Noord-Limburg. In the Integrated Care Agreement (IZA), municipalities play a key role in delivering integrated, future-proof care with a focus on prevention, collaboration, and local customization.

The meeting will highlight MooiMaasvallei's innovative care model and effective collaboration across residents, healthcare providers, municipalities, welfare organizations, nursing homes, public health services, education, and insurers, showcasing successful partnerships and key success factors to create a vital, connected region where people can live, work, and thrive. We will focus on the shift from care to well-being, emphasizing prevention by promoting health and well-being to reduce care needs, with an essential role for municipalities and the social domains. We also will explore the challenges faced during implementation, how they were addressed, and lessons that can inform other regions. Serving 130,000 residents in Northeast Brabant and North Limburg, MooiMaasvallei exemplifies smarter collaboration and innovation, supported by €64 million in IZA transformation funds (2023–2028).

Background information

Platform MooiMaasvallei: Regional and Cross-Domain Collaboration

For over 8 years, Platform MooiMaasvallei has been working intensively with residents, healthcare and welfare providers, municipalities, schools, employers, general practitioners, mental health services (GGZ), home care, care centers, and hospitals to create a thriving region in Northeast Brabant/North Limburg. The focus is on prevention, innovation, and providing care as much as possible at home. This approach ensures hospital, nursing home, and mental health care remain available for those who truly need it. Through this collaboration, care and support have become more accessible, appropriate, and efficient.

Impact Preventing, Relocating, and Transforming Care

By prioritizing prevention and quality care at home in the MooiMaasvallei region, more than 11,000 hospital admissions are avoided annually, and unexpected prolonged hospital stays are reduced by 30%. Additionally, Mental Health Care East Brabant (GGZ Oost-Brabant) requires 10 fewer regional inpatient beds. This enables healthcare professionals in the region to focus on first-line collaboration with municipalities and welfare organizations.

Investment from the Integrated Care Agreement (IZA)

In November 2024, MooiMaasvallei received approval for €64 million in funding from the Integral Care Agreement (IZA), allocated until 2028. This investment aims to enhance the health and well-being of 130,000 residents by focusing on prevention, social domains, innovation, and collaboration among care providers, welfare organizations, and municipalities. MooiMaasvallei is recognized as an exemplary region within the IZA, where these elements are key to a healthier future.



Role municipality in IZA

In the Integrated Care Agreement (IZA), municipalities play a key role in delivering integrated, future-proof care with a focus on prevention, collaboration, and local customization. They enhance preventive healthcare, provide support through the Social Support Act (Wmo) and youth care, and connect healthcare, welfare, and social services. Working with insurers and care providers, they organize local care and manage the growing demand for services, taking a leading role in local policies and initiatives. MooiMaasvallei cooperation includes the *municipality of Land van Cuijk* and the municipalities of Genneep and Bergen. In this meeting we will meet the *Deputy Major of Land of Cuijk*.

Role welfare organization Sociocom in IZA

Sociom, a welfare organization in the Land van Cuijk and West Maas en Waal municipalities, plays a key role in the Platform MooiMaasvallei and the IZA regional plan. Through services such as informal care, youth work, community development, elderly care, daytime activities, social work, and refugee assistance, Sociom enhances residents' well-being and self-reliance. Collaborating within MooiMaasvallei, Sociom promotes integrated care and welfare, supporting IZA's goal of a healthier, more connected region. With around 100 professionals, 400 volunteers, and an annual revenue of €6 million, Sociom drives meaningful impact.

Right Care in the Right Place

Platform MooiMaasvallei demonstrates that collaboration with a focus on health and community engagement is effective. Patients reach the right care providers more quickly, preventing the need for more intensive care. By fostering self-reliance and informal care, residents contribute to a stronger, more connected region.

Positive Health Approach

Since 2011, MooiMaasvallei has embraced the concept of *Positive Health*, focusing on the resilience and self-reliance of its residents. This approach addresses social, mental, and physical needs, fostering stronger relationships between care providers and patients. By emphasizing prevention and overall well-being rather than just treating illnesses, it builds a stronger community, enhances self-sufficiency and health, and contributes to a more sustainable healthcare system.

Informal Care

Informal care plays a crucial role through initiatives like 'Voorzorgcirkels,' where residents support each other with tasks such as grocery shopping, light nursing duties, or daily activities. This reduces the pressure on formal care and strengthens community ties.

Three Pillars for the Future

In the coming years, the region will focus on three key pillars:

1. *Participation and Self-Management*: encouraging shared responsibility among residents within the healthcare system.
2. *Care and Support at Home and in the Community*: decentralizing care to reduce pressure on specialist services.
3. *Organizing Care and Welfare in Networks*: enhancing collaboration and optimizing processes through the use of district teams, nurses, and practice support workers.

Links

<https://www.mooimaasvallei.nl/>

Speakers



Joost Hendriks | Deputy Mayor for Youth, Education & Culture | 3rd Deputy Mayor of the municipality of Land van Cuijk | Vice-Chair of the MooiMaasvallei cooperation / member of the Cuijk city council for the CDA party

Joost Hendriks studied at Avans University of Applied Sciences. After working as a civil servant for other municipalities and serving as a local councillor, he became Deputy Mayor (formerly Alderman) of Cuijk in 2018. In 2022, he took up the same role in the newly formed municipality of Land van Cuijk. Joost Hendriks has been a member of the Cuijk city council for the CDA party (Christian Democratic Appeal) since 2010, and since March 2014, he has served as the political leader and faction leader. He is the chairman of the Audit and Research Committee and a member of the Governance and Space Committees.

Joost chairs several local and regional councils focusing on youth care and education and is Vice-Chair of the MooiMaasvallei cooperation. Additionally, he chairs a national committee for the STORM project, an evidence-based program for mental health and suicide prevention.



Roland van der Heijden MBA | CEO, Sociom

Sociom is a welfare organisation in the municipality of Land van Cuijk and West Maas en Waal. Sociom performs services in the areas of informal care, youth work, community work, elderly work and daytime activities, social work, social counselling, and refugee work. Sociom employs around 100 professionals and involves over 400 volunteers. The revenue of Sociom is yearly about €6 million.

Roland van der Heijden studied at Eindhoven University of Applied Sciences and recently completed the executive MBA at Business School Nederland. After working in the field of youth work, with mainly criminal and difficult to raise youth, Roland held various board and management positions in the social sector. He is now director at Sociom for 5 years. Additionally, he is a member of the advisory board at Merlett College and a board member at Verdiwel, an association for directors of welfare. In the village where Roland lives, he is active as chairman of the board at the village hall and at a foundation that promotes/maintains the quality of life in the village (SLAG).



Buurtzorg/Buurtzorg T

Enhancing Healthcare Autonomy, Effectiveness and reducing costs with the Buurtzorg Self-Managing Model

Thursday 16 January, 14:00 – 15:30

BUURTZORG

Location

@Hadoks
President Kennedylaan 15
2517 JK Den Haag

BUURTZORG

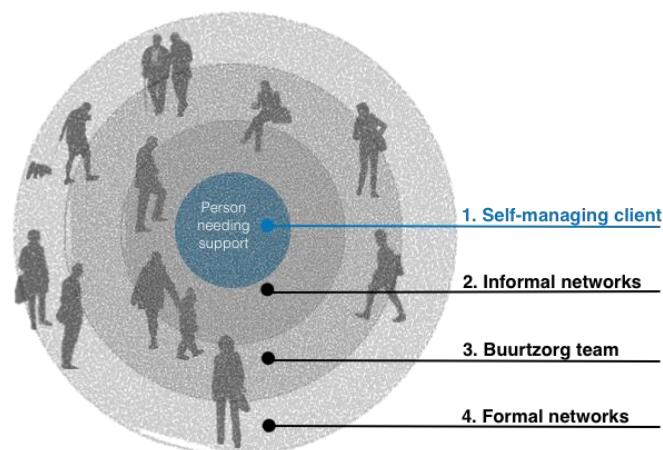
Summary

During the meeting, we will explore how the Buurtzorg model, characterized by self-managing teams and no hierarchy, contributes to greater autonomy, effectiveness in healthcare, and cost reduction. The discussion will focus on how the model fosters self-management, enhances care quality, reduces administrative burdens, and improves satisfaction for both staff and clients. Key topics include governance, the influence of financing on organizational structures, implementation challenges, and the importance of the surrounding context. This approach also aligns well with outpatient psychiatric care. Insights will be drawn from the innovative Buurtzorg T concept, which provides effective, tailored home-based psychiatric care despite challenges from insurers, policymakers, and local authorities in the Netherlands. Buurtzorg T supports recovery by collaborating with clients and their communities, emphasizing care continuity, trust, neighborhood networks, and self-management for both teams and clients.

Background information

The Buurtzorg Model of Care

The Buurtzorg onion model places the client at its core, building outward to develop solutions that promote independence and enhance quality of life. It emphasizes co-creating care plans with clients, enabling them to live independently at home while effectively navigating the health and social care system. Key principles include self-management, continuity of care, trusting relationships, and leveraging neighbourhood networks.



Self-Managing Clients

The model assembles the building blocks for independence based on universal human values:

- Control over one's life for as long as possible.
- Maintaining or improving quality of life.
- Seeking social interaction and warm relationships.

Professionals engage with the client's context, incorporating their environment, informal network (family, friends, neighbours), and formal network (health professionals). Solutions are co-created with the client and their formal and informal networks.



Self-Managing Teams

Buurtzorg Teams of 12 operate in the neighbourhood with professional freedom and responsibility, managing care and team operations. They establish local offices, connect with GPs, therapists, and the community. The team decide how they organise the work, share responsibilities and make decisions, through word of mouth and referrals the team build-up a caseload.

Entrepreneurial spirit

Buurtzorg teams are entrepreneurial in spirit, continually improving the organisation and services. All of Buurtzorg innovations come from one person or a team having an idea and the freedom to try something new.

Buurtzorg Organization

Buurtzorg employs 10,000+ nurses across 850 self-managed teams, supported by 15 regional coaches and a 45-person back-office (keeping overheads at 8%). Staff satisfaction scores are high (8.7 for general satisfaction, 9.5 for involvement). Buurtzorg has been awarded Best Employer multiple times since 2011. Buurtzorg operates in 24 countries with a dedicated international team.

Applied innovative approaches

Buurtzorg has applied innovative approaches in a range of contexts. Collaboration is key to Buurtzorg's model of care and its operating model and collaborates across care sectors, including Mental Health, Children, and Families. International partnerships continue to expand.

Buurtzorg T: Mental Health Care in the Netherlands

Buurtzorg T provides home-based psychiatric care focused on recovery, self-reliance, and neighborhood networks. In the Netherlands, where psychiatric care is often dictated by insurers and authorities and rarely delivered at home, Buurtzorg T ensures home visits for all its client groups.

Buurtzorg T Teams

Buurtzorg T provides home-based psychiatric care focused on recovery, self-reliance, and neighborhood networks. In The Dutch system where, psychiatric care is often dictated by insurers and authorities and rarely home-based, Buurtzorg T ensures home visits for all client groups. Teams of one psychiatrist and six psychiatric nurses take an action-oriented, client-driven approach, minimizing bureaucracy. Through e-learning, e-health tools, and joint learning, clients gain self-management skills, access to electronic records, and personalized care plans. Responding to rising dementia cases and related issues Buurtzorg T collaborates with Buurtzorg nursing teams to ensure seamless care through joint visits, consultations, and coaching, avoiding unnecessary transitions.

Results client-Centered Impact

The client relationship is central, with a strong emphasis on care continuity, trust, and self-management for both clients and teams. Results:

- High client-facing time (>60%).
- Reduced administrative overhead by 25%.
- Clients actively participate in their recovery and volunteer to support others.

Impact of Buurtzorg T

- Scaled bottom-up since 2015
- Transformed relationships between clients and professionals, fostering equality in behaviour and qualities
- Reduced costs
- Empowered teams and clients to achieve sustainable recovery
- Many patients remain with Buurtzorg T as volunteers, finding meaning in helping others while benefiting from these relationships themselves



Links

<https://www.buurtzorg.com/>

<https://buurtzorgt.nl/>

Speaker



Thijs de Blok | Director and CEO, Buurtzorg International | Director, Buurtwonen Netherlands

Thijs de Blok is the Director and CEO of Buurtzorg International, the advisory and licensing arm of the renowned Dutch community care organization, Buurtzorg Nederland. He also serves as the Director of Buurtwonen Netherlands, an initiative focused on creating small social housing communities for the elderly, promoting informal care, and enhancing autonomy.

Thijs joined Buurtzorg in 2017 following a successful career in the hospitality industry across various countries. He is a frequent public speaker on healthcare and organizational change, passionately advocating for the Buurtzorg model. He played a key role as a protagonist in the Harvard Business School case study on Buurtzorg, published in 2022.

Recently, Thijs participated in the Harvard Executive Education Module on Leadership for System Change, organized by the Schwab Foundation. He has lived in South Korea and Japan to support and promote Buurtzorg's partnerships and projects in the region.



Hadoks

Transforming GP care, enhancing accessibility, continuity, and collaboration in healthcare networks

Thursday 16 January, 16:00 – 17:30

Location

Hadoks
President Kennedylaan 15
2517 JK Den Haag



Summary

This session highlights Hadoks' pivotal role within the cooperative model and its impact on regional healthcare networks and its approach to restructuring services effectively within the Integrated Care Agreement (IZA). Despite the complexities of decentralized roles and addressing challenges from the lack of a directive government role, the discussion will focus on enhancing accessibility and continuity of through integrated acute care at GP emergency posts, chronic care programs, and lifestyle interventions (GLI). We will explore the use of *population health management* to align care with neighbourhoods needs and enhance elderly and mental health care, ensuring sustainable regional networks.

Hadoks is a cooperative of general practitioners in the Haaglanden region (The Hague, Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Wassenaar) focused on strengthening and future-proofing general practice care for approximately 730,000 residents. This Regional General Practitioners' Organization (RHO) serves as a central point of contact for regional partners, optimizes collaboration, and ensures high-quality and accessible patient focussed care. The organization supports GPs in their daily work provides urgent GP care during evenings, nights, and weekends and improve patient care, and promote the training of healthcare professionals.

Background information

Cooperative Hadoks

Hadoks, established in 2019 through the merger of Zorggroep ELZAH, Stichting Mobiele Artsenservice Haaglanden (Smash), Stichting Huisartsen Ondersteuning Praktijkorganisatie (SHOP), and part of Huisartsen Kring Haaglanden (HKH). Hadoks is a cooperative of, for, and by general practitioners (GPs) in the Haaglanden region. The merger is aimed to strengthen regional GP care, enhance patient services, and support the training of healthcare professionals.

With its own business and support organization, including three healthcare institutions - *Acute Care*, *Chronic Care*, and *Practice Support* - Hadoks provides a foundation for efficient, high-quality healthcare delivery. By streamlining resources, Hadoks reduces administrative burdens, enables GPs to focus on patients, and ensures sustainable, patient-centered care.

ROH

An ROH (Regional Organization of General Practitioners) supports and connects GPs within a region, improving primary care organization and coordination in the Netherlands. It reduces GP workload by taking over tasks and enhancing care efficiency, coordination, and quality. This is especially important given rising healthcare demands and staff shortages. Hadoks operates as an ROH in the Haaglanden region, offering a broad range of services with a strong focus on emergency care and innovation.



Governance Structure

Hadoks is governed by a *cooperative board* of seven GPs from the Haaglanden region, with a *Members' Council* representing all members through local district delegates.

The *Board of Directors*, supported by *Hadoks Holding B.V.*, translates strategic goals into both direct and indirect patient care, focusing on supporting GPs in daily practice and out-of-hours care while addressing societal challenges.

The *Supervisory Board* monitors the policies of the *Executive Board*, care outcomes, and operational processes of Hadoks, provides both solicited and unsolicited advice to the *Board of Directors*, and acts as their employer. The *Executive Board* is handling the day-to-day management.

Together, these governance structures ensure Hadoks' strategic goals are effectively implemented and aligned with the needs of healthcare providers and patients.

Mission and Vision

Hadoks' mission is to strengthen general practice care by supporting GPs in their daily operations, fostering collaboration with other healthcare providers such as municipalities, nursing homes, mental health services, hospitals, and insurers, and aligning care with regional and neighborhood needs. Its vision is to ensure high-quality GP care, promote cooperation at both regional and neighborhood levels, and connect GPs within the region. This mission aligns closely with the IZA's goals of improving accessibility, ensuring continuity of care, and enhancing collaboration across healthcare networks.

Aligning with IZA goals

By integrating its services with the IZA framework, Hadoks focuses on:

- **Accessibility and Continuity:** Streamlining acute care services through centralized GP emergency posts to provide round-the-clock support.
- **Population Health Management:** Using neighborhood-level data to align care delivery with the specific needs of communities, particularly vulnerable groups such as the elderly and those with mental health challenges.
- **Prevention and Lifestyle Interventions:** Offering Group Lifestyle Interventions (GLI) to promote preventive care and healthier living, in line with the IZA's aim to reduce pressure on acute care services.

Services and Support

- **Acute Care:** Hadoks organizes urgent GP care during evenings, nights, and weekends through three GP emergency posts (HMC Westeinde, HMC Antoniushove, and Haga Hospital), ensuring consistent and accessible care. This approach reduces strain on emergency departments and aligns with the IZA's focus on integrated acute care.
- **Chronic Care Programs:** Structured care for chronic conditions such as diabetes, COPD, and cardiovascular diseases is delivered with clearly defined agreements between primary and secondary care providers. These programs emphasize seamless care coordination, a priority under the IZA.
- **Hadoks Academy:** Offers region-specific training and professional development for healthcare workers, ensuring they are well-equipped to implement the goals of the IZA in their daily practices.
- **Professional Support:** Provides GPs with administrative and organizational assistance, allowing them to focus on patient-centered care while aligning operational efficiency with regional healthcare goals.

Collaboration and Innovation

Hadoks plays a pivotal role in creating sustainable regional healthcare networks by fostering partnerships with hospitals, mental health providers, and municipal health departments. It leverages its central position to bridge gaps between care domains, a key aspect of the IZA, to deliver the right care at the right place. This collaborative approach ensures that services are cohesive and tailored to community needs. Particular attention is given to vulnerable groups, including the elderly and individuals with mental health challenges.



Hadoks' Role in Restructuring Services under the IZA

Hadoks, guided by its Strategic Policy Plan 2020-2025, is dedicated to:

- *Strengthening primary care*, promoting prevention, and fostering collaboration across the care continuum.
- *Addressing regional challenges* by improving accessibility and integrating acute and chronic care to meet local healthcare needs.
- *Enhancing care delivery* by improving accessibility, continuity, and efficiency.
- *Aligning with IZA* through the implementation of the Integrated Care Agreement to support sustainable healthcare transformation.
- *Innovating solutions* by leveraging programs, population health management, and partnerships to optimize care.
- *Focusing on the future* by establishing a resilient foundation for the future of general practice in Haaglanden.

Links

[Hadoks](#)

Speakers



Stijn Strous | Chair of the board of directors

Stijn Strous has been the chair of the Hadoks board of directors since 2023. Previously, Stijn served as the general director of Rijnmond Dokters, a cooperative of general practitioners formed in 2022 through the merger of IZER and three other organizations. The Cooperative association is 100% owner of het Hadoks Limited holding the operating companies. As Chair of the executive board he is responsible for the daily operations and strategy execution. Hadoks has 250 employees and a 60 million Euro annual budget. Stijn also is member of the board of the Regional Care association (VTZ)



Barbara de Doelder MSc GP | Chair of the Cooperative Board

Barbara de Doelder is a general practitioner and has been the chair of the Hadoks cooperative board since 2020. Additionally, she serves as a board member of *InEen*, the *National Association for Primary Care Organizations*. Within the InEen board, Barbara is responsible for portfolios including elderly care and mental health care. She completed her GP training in Leiden and runs her own practice in Rijswijk. As chair of the Hadoks cooperative board, Barbara focuses on:

- Strengthening the membership organization
- Collaborating with healthcare partners and municipalities
- Connecting the cooperative with the Hadoks Board of Directors & Supervisory Board.



Elisabeth-TweeSteden Hospital (ETZ)

Transforming Regional Healthcare: ETZ's Vision for Innovation, Collaboration, and Digital Solutions

Friday 17 January, 09:15 – 11:15

Location

@ ETZ auditorium (follow route 73), Hilvarenbeekseweg 60, 5022 GC Tilburg.



Summary

This session highlights Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ)'s innovative approach to transforming healthcare in Midden-Brabant, focusing on efficiency, accessibility, and sustainability. Central to ETZ's vision of *"Care at home when possible, digital or via self-management unless necessary,"* the hospital collaborates with regional care providers and public organizations to drive healthcare transformation.

Key initiatives include the Future-Proof Outpatient Clinic ("Polikliniek van de Toekomst"), digital care pathways, and a partnership with insurer VGZ to reduce physical consultations and administrative burdens. The session will also cover innovation in acute care, addressing a transformative approach in delivering intensive care. Insights will focus on regional health transformation strategies, integrated healthcare services, and ETZ's vision for digital health solutions.

Background information

ETZ is a large top clinical training hospital and the main trauma center for the Midden-Brabant region and beyond. It has 6,600 employees, offers 30 medical specializations, and provides supra-regional care. It handles 536,000 outpatient visits and over 45,000 emergency presentations annually, with a revenue of €664 million.

Innovative care

ETZ is part of the 'STZ network', a collaboration of 27 leading Dutch top clinical training hospitals committed to specialized and complex care, advanced medical education, and scientific research. Together, they drive healthcare innovation and train the next generation of healthcare professionals.

"Care at Home When Possible, Digital or via self-management Unless Necessary"

ETZ adopts a patient-centered approach, prioritizing home-based care whenever possible and reserving in-person hospital visits for essential cases. Digital healthcare solutions, including teleconsultations, remote monitoring, and care pathways, are key to realizing this vision. This approach:

- Empowers patients by enabling access to care and information from their own environment, increasing engagement and self-reliance.
- Reduces pressure on healthcare services by minimizing unnecessary visits and administrative burdens through digital tools.
- Enhances collaboration with regional care providers to make healthcare more accessible and efficient.

ETZ's Sustainable Healthcare Strategy

The hospital incorporates sustainability into both infrastructure and daily operations, ensuring long-term viability in a changing healthcare landscape. ETZ focuses on accessible, sustainable, and affordable healthcare through six key themes:

- **Appropriate Care:** Providing effective care in the right place, supported by programs like "Appropriate Use" and "Shared Decision-Making."
- **Transmural Care:** Collaborating with regional care providers to ensure accessible, affordable care.
- **Integrated Capacity Management:** Aligning care supply with demand through data-driven decisions.
- **Digital Care:** Using digital tools to empower patients, enable remote care, and reduce staff workload.
- **Efficiency:** Cutting costs to support new infrastructure, stabilize expenses, and address staff shortages.
- **Collaboration:** Sharing data, resources, and expertise with regional care providers, including joint initiatives like flexible staffing and incident reporting.



Digital Transformation at ETZ

Digital tools are central to ETZ's strategy, empowering patients with greater control over their healthcare journey and making remote care more accessible. Artificial intelligence (AI) plays a critical role in reducing administrative burdens and enhancing efficiency for healthcare professionals.

Digital Care Pathways

ETZ is pioneering the use of digital care pathways, enabling patients to manage their care remotely through user-friendly platforms. These pathways guide patients through their treatment journey with clear instructions, reducing unnecessary hospital visits and empowering self-care. Digital pathways also enhance collaboration between care teams, ensuring seamless and integrated care delivery.

The Outpatient Clinic of the Future (Polikliniek van de Toekomst)

ETZ is reimagining the traditional outpatient clinic to align with modern care needs. The "Outpatient Clinic of the Future" emphasizes personalized, efficient care by integrating digital tools, teleconsultations, and streamlined processes to minimize physical visits while enhancing patient outcomes. This innovative model reduces waiting times and administrative tasks for both patients and staff.

Innovations in the Intensive Care Unit

ETZ's Intensive Care Unit (ICU) focuses on delivering cutting-edge care with advanced monitoring and life-support systems. The hospital has adopted the "ICU Without Walls" concept, which emphasizes early intervention and collaboration across departments to prevent ICU admissions and improve patient outcomes.

Renewal Plan 2031

ETZ is undertaking a comprehensive renewal plan to modernize its infrastructure by 2031. This plan includes a state-of-the-art Acute Care Center set to open in 2027, integrating all emergency services into one facility. The redesign focuses on addressing workforce shortages, optimizing care delivery, and creating a sustainable, future-ready healthcare environment.

Partnership with VGZ

ETZ collaborates with health insurer VGZ to make healthcare more efficient and patient-friendly. The partnership focuses on reducing physical consultations by implementing digital care solutions and teleconsultations, allowing patients to receive timely care without unnecessary hospital visits. Additionally, this collaboration helps reduce administrative burdens for healthcare professionals, enabling them to spend more time on direct patient care.

VGZ's Transformation Network Appropriate Care

ETZ is also part of the *Zinnige Zorg network (The Transformation Network Appropriate Care)*, a collaborative initiative led by VGZ that aims to ensure effective, high-quality, and cost-efficient care. This aligns closely with ETZ's vision of appropriate care and digital transformation, emphasizing efficiency, accessibility, and sustainability.

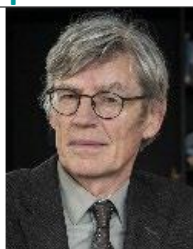
Links

<https://www.etz.nl/>

[ETZ Construction special](#)



Speakers



Prof. dr. H.J.J.M. (Bart) Berden MD MBA | Chair Executive Board, Elisabeth-TweeSteden Hospital

Elisabeth-TweeSteden hospital (ETZ) is a large top clinical training hospital with a number of supra-regional functions. ETZ collaborates with other hospitals through the STZ and is recognized for 13 top clinical positions. In addition to care and training, science is a third important task of ETZ. Every year, 536,000 patients visit the outpatient clinics. More than 45,000 patients present to the Emergency Department every year.

Bart Berden is trained as doctor and business administrator. He works as chairman of the Board of Directors of Elisabeth-TweeSteden Hospital. He has also been a special professor at Radboud University since 2009 and Tilburg University, chair "Organization Development in Hospital Care". He is also chairman of ROAZ Brabant and has several supervisory directorships and positions across the full spectrum of healthcare as well as housing association.



Sabine op 't Hoog Msc PhD | Nurse Practitioner and Chair of Board of nurses

Sabine op 't Hoog has implemented the CCOS team as an innovation in the ICU. Her focus is on bottom-up redesign of appropriate care by doing it together with nursing professionals (nurse-led). The board of nurses focus to engage and put professionals in the lead to shape care transformation.



Sanne Sadée, program manager "Polikliniek van de Toekomst" (Outpatient Clinic of the Future)

Sanne Sadée holds an MSc in Health Sciences and has been working in hospital care for 20 years. She has worked on improvement projects both as an employee of hospitals and as a consultant.

For the past 2.5 years, Sanne has been employed as a program manager at Elisabeth TweeSteden Hospital, where she has shaped and is leading the "Polikliniek van de Toekomst" (Outpatient Clinic of the Future) program, in collaboration with a large team of healthcare professionals and project managers.

The program aims to transform outpatient care processes to create time savings for hospital staff and ensure that healthcare remains accessible in the future. The use of digital solutions is a key tool in achieving this.



Remco Luijten, Rheumatologist & Medical Information Officer @ ETZ

Remco Luijten is a rheumatologist since 2012 and worked his first two years in Academic Medical Centre Utrecht. The last 11 years at ETZ Tilburg. He is also Medical Manager of the rheumatology department since 2016. From the EPIC implementation in 2018 till now Remco works 1 day a week as a Medical Information Officer with the focus on digital transformation. In this field he is mainly concerned with the "Polikliniek van de Toekomst" (Outpatient clinic of the future) and e-health.

In all the functions described above, he focuses on sustainability of health care.



Hans Kuijsten MD, MBA . Critical Care Physician, board member STZ hospitals, member medical board ETZ

Hans Kuijsten has a long history in Critical Care whether as a Physician, Medical Manager or Chair of the Regional and National ICU network. He is Co-Creator of the “Open” ICU model in ETZ Hospital, currently finding National traction. He combines his work as a Physician and Board member to bridge the gap between operational, tactical and strategic issues. He does so on both a local level as a member of the medical board in ETZ Hospital as a Board member of the Association of the 27 large Top Clinical Teaching Hospitals in the Netherlands (STZ).

Attendees



J.E.M. (Julliette) van Eerd, PhD MBA. Board member ETZ

Julliette van Eerd, is a member of the Executive Board of ETZ (Elisabeth-TweeSteden Hospital), working alongside Chair Bart Berden and Gerard van Berlo. With an extensive track record in the healthcare sector, she previously served as Chair of the Executive Board at the mental health institution Mondriaan in Heerlen and as Director of Operations at the Sint Maartenskliniek in Nijmegen. Additionally, she is currently a member of the Supervisory Board of the Koninklijke Auris Groep and a member of the Supervisory Board of Humo, a collaboration organization for general practitioners.



E. (Esther) Donga, PhD MD. In dat geval zou de vertaling in het Engels zijn: "Internist-Endocrinologist, Chair of the Cooperative of Medical Specialists Central Brabant.

Esther) Donga is an Internist-Endocrinologist and Chair of the Cooperative of Medical Specialists Central Brabant. She studied Medicine at Leiden University and completed her training as an internist-endocrinologist at the Groene Hart Hospital in Gouda and Leiden University Medical Center (LUMC). During her training, she conducted research on the impact of sleep on insulin sensitivity. Since 2013, she has worked with great dedication at ETZ.

Her areas of expertise include endocrinology and osteoporosis. As an endocrinologist, she diagnoses and treats patients with hormonal and metabolic disorders, such as diabetes, thyroid dysfunction, pituitary, adrenal, and gonadal conditions. Additionally, she focuses on the treatment of osteoporosis and other bone diseases, which form an essential part of her daily practice.



Health insurer VGZ & The Transformation Network Appropriate Care

VGZ's Role in Transforming Dutch Healthcare: Accessibility, Sustainability, and Collaborative Innovation

Friday 17 January, 11:30 – 12:30

Location

@ ETZ auditorium (follow route 73), Hilvarenbeekseweg 60, 5022 GC Tilburg.



Summary

This session highlights VGZ's unique and impactful role in the healthcare landscape.

We will explore the strategic implementation and impact of VGZ's contribution to ensuring accessibility and sustainability within the healthcare system. The discussion will cover how VGZ, through its frontrunner strategy and the Transformation Network Sensible Care (Netwerk Zinnige Zorg), improves healthcare practices and reduces costs. Topics include: the role of healthcare insurers in the Netherlands, challenges related to staffing (FTE) and an ageing population, the Integrated Health Care Agreement (IZA) approach in connection with regional visions and national political plans and the shift from providing care to caring for one another.

Coöperatie VGZ is the third largest healthcare insurer in the Netherlands with almost 4 million members and more than 40,000 contracts with healthcare providers. VGZ collaborates with healthcare innovators to enhance efficiency and cost-effectiveness. Since 2015, their Transformation Network Appropriate Care has partnered with 20 pioneers (13 hospitals, 4 mental health institutions and 3 elderly facilities) to drive change for accessible healthcare. A key partner includes Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis. The Transformation Network Appropriate Care visited Danske Regioner earlier this year (June 2024).

Background information

Health insurers like VGZ are responsible for organizing, purchasing, and financing healthcare for their members, balancing quality, accessibility, and affordability within the framework of the Dutch healthcare system.

Coöperatie VGZ

Coöperatie VGZ is a Dutch non-profit health insurer that collaborates with healthcare providers, patients, and other stakeholders to ensure healthcare remains accessible and affordable. Representing over 3.9 million insured individuals, VGZ focuses on innovation and sustainable improvements in healthcare. Its approach emphasizes *appropriate care*: delivering better care at lower costs while keeping the patient at the center.

The Transformation Network Appropriate Care

The Transformation Network Appropriate Care is a partnership of 20 innovative healthcare pioneers, including 13 hospitals, 4 mental health institutions, 3 elderly care organizations, and Coöperatie VGZ. Its goal is to improve care by preventing overtreatment and ensuring patients receive *the right care in the right place*.

Active since 2015, in over 10 regions, the network accelerates healthcare transformations by sharing best practices and collaborating across care types, regions, and even internationally. Its goal is to ensure accessible, future-proof healthcare with maximum impact for the population

What Makes the Appropriate Care Network Unique

- The network consists of ambitious frontrunners in healthcare transformation.
- Members learn from each other's transformations and adopt successful examples, enabling scalability.
- They maintain transparency, openly discuss transformation challenges, and develop sustainable solutions.



Impact on delivering accessible, high-quality, and sustainable healthcare for the Dutch population.

These results highlight the Appropriate Care Network's impact in delivering accessible, high-quality, and sustainable healthcare for the Dutch population:

Good Practices

The network has developed over 200 Good Practices, which are actively implemented and scaled across the Netherlands. These initiatives improve healthcare accessibility and efficiency by reducing unnecessary care and optimizing the use of healthcare resources.

Transformations

More than 25 transformations are being implemented to keep healthcare accessible and future-proof. Approximately 1 in 5 transformations has been nationally developed in collaboration with a partner from the network.

Scaling FIT Initiatives

The network actively develops and scales *FIT initiatives* (focused on sustainability, workforce efficiency, and operational management). To date, over 75 FIT initiatives have been successfully implemented, resulting in significant improvements such as reducing over 5 million kg of CO₂ emissions and minimizing 9.3 tons of waste, equivalent to the annual waste of 555 households.

Independent Validation

Studies by the Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis (CPB), IQ healthcare, and the Dutch Healthcare Authority (NZA) confirm the network's effectiveness. For instance, hospitals like Bernhoven and Rivas have successfully reduced treatment volumes without compromising care quality, demonstrating the elimination of unnecessary procedures.

Links

<https://www.cooperatievgz.nl/cooperatie-vgz/zorg/het-netwerk-zinnige-zorg>
[VGZ Zorgverzekering](#)

Speaker



C.A.S. (Cas) Ceulen BBA | Chief Health Officer, Cooperation VGZ

Cas Ceulen is member of the Executive Committee of VGZ. As Chief Health Officer he is accountable for the success of VGZ's healthcare procurement. He has a degree in Business Administration and is experienced in leading change. Cas started his career as project manager in the packaging industry, followed by the ministry of agriculture and VGZ in 2004. He's fulfilled various (senior) management positions since 2012 and joined VGZ's board in 2022.



Background information

Statistical comparison between Denmark and The Netherlands

	Denmark	Norway	Sweden	Netherlands
Land area (km²) (2018)	40,000	365,107.8	407,310	33,670
Population (2019)	5,818,553	5,347,896	10,285,453	17,332,850
<i>annual growth (%) (2019)</i>	0.4	0.7	1.1	0.6
Population density (people per sq. km of land) (2018)	145	15	25	512
65 years and older (%) (2019)	20	17	20	20
<i>expected in 2050 (%)</i>	24.4	23.6	24.4	27.7
Maternal Mortality Rate (per 100 000 births) (2016)	3	3	3	3
Life Expectancy at Birth (2018)	81	83	83	82
Healthy Life Expectancy (years, 2019)	71.0	71.4	71.9	71.4
<i>Probability of dying between 15-60 years (per 1,000) (2017)</i>	71	58	54	58
Life Expectancy Global Rank	34	13	17	25
Economic Context				
GDP total (2019, USD millions)	350,104	403,336	530,884	907,051
<i>annual growth rate (%) (2019)</i>	2.8	1.2	1.3	1.7
GDP per capita (2020, USD)	60,413	63,293	54,848	59,335
<i>projected growth rate (%) (2022)</i>	2.9	3.7	2.4	3.7
(Health) Business Context				
Ease of Doing Business Rank (2019)	4	9	10	42
Projected pharmaceutical Market 2021 (USD mln)	3.1	3,190	4,950	6,660
<i>expected annual growth 2016-2021 in USD (%)</i>	0.4	2.9	3.0	0.2
Projected Medical Device Market 2020 (USD mln)	1,674.6	1,593.6	2,836.3	3,952.1
<i>expected annual growth 2016-2021 in USD (%)</i>	2.9	4.5	4.5	2.8
Medical Device Import from the Netherlands (2019, USD millions)	493	84	775	-
Medical Device Export to the Netherlands (2019, USD millions)	117	88	367	-



Health System				
Type of Health System	Public decentralized UHC system with private options	Public decentralized UHC system with private options	Public decentralized UHC system with private options	Dual-level system with universal social health insurance
HAQ-score (2016)	92.1	96.6	95.5	96.1
Health Expenditure % of GDP (2018)	10.07	10.05	10.90	9.97
per Capita (USD) (2018)	6,216.77	8,239.10	5,981.71	5,306.53
Private health expenditure as % of total HE (2018)	16.12	14.68	14.91	35.06
Out-of-pocket expenditure as % of total HE (2018)	13.77	14.31	13.78	10.80
Domestic general government as % of total HE (2018)	83.88	85.32	85.09	64.92
Hospital beds per 1 000 population (2018)	2.4	3.5	2.1	3.2
Physicians per 1 000 population (2016)	4.0	2.7	4.0	3.5
Nurses and Midwives per 1 000 (2016)	10.3	18.0	11.8	10.9
Responsible entity for specialized care	Regions	Regions	Regions	
Responsible entity for primary care	Municipalities	Municipalities	Regions	
Responsible entity for long-term care	Municipalities	Municipalities	Municipalities	

Table 1. Country Comparison. Accumulated data from: World Bank Data, BMI Medical Devices reports (2017), UN Comtrade Data, OECD Health at a Glance 2017 Report.

The Integral Care Agreement (IZA): Working Together for Healthy Care

The Integral Care Agreement (IZA) is a collective effort by the healthcare sector, government, and society to ensure the quality, accessibility, and affordability of Dutch healthcare, now and in the future. By addressing current challenges through collaboration, innovation, and sustainability, the IZA lays the foundation for a healthcare system that meets the needs of a healthy and sustainable society. Together, we are shaping the future of care in the Netherlands.

The Need for an Integral Care Agreement: Healthcare Under Pressure

The Dutch healthcare sector faces significant challenges in terms of accessibility, quality, and affordability. Rising care demands due to aging, staff shortages, and high workloads risk overburdening the healthcare system. The IZA provides a strategy to make healthcare future-proof through joint efforts by the healthcare sector, politics, and society.

Goals

To keep healthcare accessible, high-quality, and affordable, the following challenges have been identified:

- **Accessibility:** Equal access to care for all groups, considering diversity and socioeconomic differences.
- **Prevention:** Focusing on health and well-being to prevent care needs, with municipalities and social domains playing an essential role.
- **Reducing Medicalization:** Utilizing non-medical solutions where possible, such as support within the social domain or peer contact.
- **Efficient Use of Capacity:** Preventing waste of time, energy, and resources.
- **Reducing Administrative Burdens:** More time for care, less bureaucracy.
- **Retaining Healthcare Professionals:** Improving job satisfaction, autonomy, and physical and mental health.
- **Data Exchange:** Ensuring safe and efficient digital collaboration.
- **Innovation and Sustainability:** Rapid implementation of proven innovations, scaling down inappropriate care, and delivering green care with minimal environmental impact.



Five principles for appropriate care

To achieve these goals, five principles for appropriate care have been defined:

1. Value-driven care that is demonstrably effective.
2. Care together with and around the patient.
3. The right care in the right place.
4. Focus on health rather than disease.
5. Working in a pleasant and safe environment.

Key Themes and Actions:

1. *Appropriate Care and Quality:*

- o Promoting effective and appropriate care, scaling down inappropriate care.
- o Continuous learning and improvement based on outcome information.

2. *Regional Collaboration:*

- o Developing regional plans to improve cooperation between healthcare domains.
- o Concentration and distribution of specialist care.

3. *Strengthening Primary Care:*

- o Accessible care close to home.
- o Reducing fragmentation and relieving work pressure through digital care and more time for patients.

4. *Collaboration Between Social Domain, General Practitioner Care, and Mental Health Care:*

- o Reducing waiting times and organizing care at an earlier stage.
- o Greater integration between mental health care, general practitioner care, and the social domain.

5. *Healthy Living and Prevention:*

- o Promoting a healthy lifestyle and well-being.
- o Preventive support from the public domain.

6. *Labor Market and Healthcare Professionals:*

- o Reducing administrative burdens, improving development opportunities and job satisfaction.
- o Investing in making work in healthcare more attractive, such as salaried employment.

7. *Digitalization and Data Exchange:*

- o Standardizing electronic data exchange.
- o Hybrid care: digital where possible, physical where necessary.

8. *Sustainability and Green Care:*

- o Climate-neutral care, with circular use of resources and materials.

Monitoring and Evaluation

- *Progress:* Actions are monitored for results and sustainability. Progress is evaluated and shared with society.
- *Engagement:* Parties continuously learn and improve during the implementation of the agreement.

Financial Agreements

- *Budget:* €2.8 billion in transformation funding has been allocated, in addition to other investment resources.
- *Sector Growth:* Less growth in secondary care (specialized medical care and mental health care) and more in primary care (general practitioner care, district nursing, geriatrics).
- *Wage Development:* Healthcare providers must be able to pay care professionals a market-conform wage. The government contribution to labor cost development (OVA) serves as the guiding principle.

Source: “The Integral Care Agreement – Working Together Towards Good Healthcare of the Netherlands”. Ministry of Health, Welfare and Sports (September 16th, 2022).



Delegation

Executive Board Members, Danish Regions

Name	Role & Region	Role & Organisation
Anders Kühnau	Chairman, Midtjylland,	Chairman of the Board, Danish Regions
Mads Duedahl	Chairman, Central Jutland	First Vice Chairman, Danish Regions
Trine Birk Andersen	Chairwoman Regional Council, Zealand	Second Vice Chairman & Board Member, Danish Regions
Karin Friis Bach	Member Regional Council, Hovedstaden	Chair of the Health Committee, Danish Regions
Anders G. Christensen	Member Regional Council, Midtjylland	Chair Regional Development and EU Committee, Danish Regions
Lars Gaardhøj	Chairman Regional Council, Capital Region	Chairman, Danish Society of Patient Safety
Mette With Hagensen	First Chair, Southern Denmark	Board Member, Danish Regions
Martin Jakobsen	Member, Central Jutland	Chair Political Working Group of Mental Health, Danish Regions
Camilla Hove Lund	Member Regional Council, Zealand	Chair Environment and Climate Committee, Danish Regions
Mogens Nørgaard	Second Vice Chair, North Jutland	
Tormod Olsen	Member, Capital Region	Chief Consultant, Kooperationen
Peter Westermann	Capital Region	Chair Social and Psychiatry Committee

Executive Management, Danish Regions

Name	Role & Organisation
Adam Wolf	CEO
Rikke Friis	Vice Executive Director & Negotiations Director
Helene Probst	Medical Director
Camilla Hersom	Deputy Director
Naja Warrer Iversen	Deputy Director
Tommy Kjelsgaard	Deputy Director

Study visit organisation

Name	Role & Organisation
Marjo Boogers	Programme Manager, Coincide
Louise Garby-Holm	Chief Advisor, Danish Regions



Executive Board Members, Danish Regions



Anders Kühnau
The Social Democratic Party

Anders Kühnau is a member of the Social Democratic Party. He has served as Chairman of the Board for Danish Regions and as Chairman of Region Midtjylland, where he has been a member since 2006. Additionally, Kühnau holds roles as Chairman of PKA Pension Funds and the Pension Fund for Healthcare Professionals. He holds a Master's degree in Political Science from the (University of Aarhus, 2008).



Mads Duedahl,
Venstre – The Liberal Party of Denmark

Mads Duedahl is a member of Venstre – The Liberal Party of Denmark. He serves as 1st Vice Chairman of Danish Regions and Chairman of the Central Jutland Region where he was first elected in 2022. Duedahl also holds roles as Chairman of University College North Jutland and as a Board Member of Business House North Jutland. He has a Master of Science in Public Administration (University of Aalborg, 2013).



Trine Birk Andersen
The Social Democratic Party

Trine Birk Andersen is a member of The Social Democratic Party. She serves as 2nd Vice Chairman and Board Member of Danish Regions. Andersen was appointed Chairwoman of the Regional Council in Zealand in 2024, where she has been a member since 2017. She is also a trained nurse (Diakonissestiftelsens Nursing School, 2005).



Lars Gaardhøj
The Social Democratic Party

Lars Gaardhøj is a member of The Social Democratic Party. He serves as Chairman of the Regional Council in the Capital Region where he has been a member since 2010. Additionally, he is the Chairman of the Danish Society for Patient Safety. Gaardhøj is also Chairman of both the Regional Salary and Tariff Board and the Salary and Practice Committee within Danish Regions. He holds a Master of Arts in Contemporary History (University of Southern Denmark, 2001).



Mogens Nørgaard
The Social Democratic Party

Mogens Nørgaard is a member of The Social Democratic Party and serves as 2nd Vice Chair of Region North Jutland, where he has been a member since 2006 for both the Christian Democrats and later The Social Democratic Party. He is a former member of the Danish Parliament for the Christian Democrats. Nørgaard is trained as a carpenter (1977).



Mette With Hagensen
The Social Democratic Party

Mette With Hagensen is a member of The Social Democratic Party. She serves as Chair of the Health Committee and is a Board Member of Danish Regions. Hagensen is also a member of the Regional Council and First Chair of Region Southern Denmark, where she has been a member since 2022. She holds a Master of Science in Economics and Business Administration (University of Southern Denmark, 1994).



Camilla Hove Lund
Venstre – The Liberal Party of Denmark

Camilla Hove Lund is a member of Venstre – The Liberal Party of Denmark. She serves as Chair of the Environment and Climate Committee for Danish Regions and has been a member of the Regional Council in Region Zealand since 2022. Lund is also the First Deputy Mayor of Holbæk Municipality. She is a trained nurse (University of Roskilde, 2003).



Anders G. Christensen
Venstre – The Liberal Party of Denmark

Anders G. Christensen is a member of Venstre – The Liberal Party of Denmark. He serves as a member of the Regional Council in Region Midtjylland since 2022 and is Chair of the Regional Development and EU Committee for Danish Regions. Christensen is also the Chair of the Board of PenSam Pension. He holds a diploma in management (Aarhus Business Academy, 2020), board training (Aarhus Business School, 2018), and is a trained farmer (Bygholm Agricultural School, 1986).



Martin Jakobsen
The Conservative People's Party

Martin Jakobsen is a member of The Conservative People's Party. He has served as Chair of the Political Working Group on Mental Health for Danish Regions. He has been a member of the Central Jutland Region since 2022. Jakobsen is also a member of the City Council in Silkeborg Municipality. He is trained as a teacher.



Karin Friis Bach
The Social Liberal Party

Karin Friis Bach is a member of The Social Liberal Party. She serves as Chair of the Health Committee and as a member of the Regional Council in the Capital Region, where she has been a member since 2014. Bach is also Chair of the Committee for Integrated and Coherent Healthcare in the region. Additionally, she is Chair of the Health Committee for Danish Regions and was formerly the Chair of the Danish Society for Patient Safety. Bach has worked as a leader at the Good Clinical Practice (GCP) Unit of Copenhagen University Hospital and is a member of the municipal council in Egedal Municipality. She holds a Master's degree in Pharmaceutical Sciences (University of Copenhagen, 1990).



Peter Westermann
The Green Left

Peter Westermann is a member of the Green Left. He serves as Chair of the Social and Psychiatry Committee in the Capital Region. A region that he has been a member of since 2022. Westermann is also the lead candidate for the Danish Parliament for his party in Northern Zealand. He was previously the Deputy Chair and Member of Parliament for the Green Left. He holds a Master's degree in Political Science (University of Copenhagen, 2011).



Tormod Olsen
The Red-Green Alliance

Tormod Olsen is a member of The Red-Green Alliance. Olsen has been a member for the Capital Region since 2014. He works as a Chief Consultant at Kooperationen. Olsen has previously served as a Political Adviser for his party. He holds a Master's degree in Philosophy (University of Copenhagen).

Executive Management, Danish Regions



Adam Wolf
CEO

Adam Wolf currently serves as CEO of Danish Regions. He has previously held positions as Director of the Danish Courts, Department Head at the Ministry of Finance, Secretariat Head at the Prime Minister's Office, and as an Embassy Counsellor in Washington D.C. Wolf holds a Master's degree in Political Science (University of Copenhagen, 1987), and Executive Education Certificate from Harvard Kennedy School, INSEAD, ENA, and The Wharton School.



Rikke Friis
Vice Executive Director

Rikke Friis is the Vice Executive Director and Negotiations Director at Danish Regions. She has previously served as Chief Economist at Danish Regions. Friis holds a Master's degree in Public and Health Economics (University of Southern Denmark, 2009) and an Executive Management Certificate from INSEAD.



Helene Probst
Medical Director

Helene Probst is the Medical Director at Danish Regions. She has previously served as Medical Executive Director at Region Midtjylland and as Deputy Director at the Danish Health Authority. Probst has also held positions as Head of the Planning Centre at the Danish Health Authority and adviser in the Health Sector Reform Secretariat in Tanzania for the Danish Ministry of Foreign affairs. She holds a Master's degree in Public Management from Copenhagen Business School (2016), a specialization in Societal Medicine (University of Copenhagen, 2013), and a Medical Degree (University of Copenhagen, 2001).



Camilla Hersom
Deputy Director

Camilla Hersom is the Deputy Director at Danish Regions in with responsibility for areas such as the social sector and psychiatry. She is also the Chair of the Board at Kvinno – National knowledge-center for Gender and Equality. Hersom has previously served as a Member of Parliament for the Social Liberal Party, Chair of Danish Patients, and Chair of the Danish Consumer Council. She holds a Master of Philosophy in European Studies (University of Cambridge, 1997) and a Master's degree in Political Science (University of Copenhagen, 1999).



Naja Warrer Iversen
Deputy Director and Chief Economist

Naja Warrer Iversen is the Deputy Director at Danish Regions. She has previously worked as a Chief Consultant at the Ministry of Health and as a Chief Consultant at the Danish Association of Local Authorities. Iversen holds a Master's degree in Political Science (University of Copenhagen, 2006).



Tommy Kjelsgaard
Deputy Director

Tommy Kjelsgaard is the Deputy Director at Danish Regions with responsibilities like digitalization, innovation and medicine. He has previously been a member of the 2030 Panel. Kjelsgaard holds a Master's degree in Social Sciences (Roskilde University, 1993).

Organization



Louise Garby-Holm
Chief Advisor, Danske Regioner

Louise serves as Chief Advisor at Danish Regions. She earned a Master of Science in Political Science from the University of Copenhagen.



Marjo Boogers
Programme Manager, Coincide

Marjo Boogers, Programme Manager at Coincide has experience in various fields with a strong emphasis on learning and development, along with knowledge sharing. Marjo has a background in developing personal leadership and educational programs specifically within the health and education sectors. With degrees in Communication Studies from Amsterdam University and General Social Sciences from Utrecht University, Marjo's primary focus at Coincide is on developing study programs, particularly focused on long-term care.



Coincide drives innovation in the health and care sector through network meetings and exchange sessions for decision-makers. By connecting executives, directors, and managers globally, Coincide enhances organizational performance, fosters knowledge sharing, stimulates innovation, and ultimately delivers more efficient and higher-quality health and care services.

Coincide offers annual programs focused on curative care, long-term and social care, housing, prevention, and virtual care. Additionally, Coincide designs tailor-made programmes on request.

Coincide B.V.

Argonautenstraat 29
1076 KK Amsterdam

 +31 (0)20 67 68 217

 info@coincide.nl

 www.coincide.nl

Bilag Titel:	Høringssvar vedr. udkast til lovforslag om ændring af lov om socialtilsyn mm
Dagsordens titel	Høringssvar - Udkast til forslag til lov om ændring af lov om socialtilsyn
Dagsordenspunkt nr	22
Bilag nr	1
Antal bilag:	2



NOTAT

21-02-2025

EMN-2023-00875

1755161

Thea Gade-Rasmussen

Danske Regioners høringssvar vedr. udkast til forslag til lov om ændring af lov om socialtilsyn, lov om social service, barnets lov og lov om behandlings- og specialundervisningstilbud til børn og unge

Danske Regioner har den 23. januar 2025 modtaget høring over udkast til lovforslag om ændring af lov om socialtilsyn, lov om social service, barnets lov og lov om behandlings- og specialundervisningstilbud til børn og unge (Mere risikobaseret socialtilsyn, regelforenklinger m.v.) fra Social- og Boligministeriet.

Der tages forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse den 13. marts 2025.

Indledende skal det fremhæves, at socialtilsynet løser en vigtig opgave med at kontrollere, at den nødvendige kvalitet er til stede i de sociale tilbud. Samtidig bidrager socialtilsynet gennem dialog til udvikling af kvaliteten i tilbuddene. Danske Regioner værdsætter værdien af socialtilsynets eksterne blik på tilbuddenes praksis, og socialtilsynet betragtes som en vigtig samarbejdspartner ift. opgaven med at sikre borgerne den rette kvalitet og udviklingen heraf.

Danske Regioner støtter intentionen om at effektivisere socialtilsynet mhp. en reducere af udgifterne således, at ressourcerne i tilbuddene kan bruges på borgernære opgaver. Der er ved effektivisering af socialtilsynet en risiko for forskydning af tilsynstryk til andre områder. Eksempelvis ved at der sker en intensivering af det personrettede tilsyn, whistleblowerordningen, løbende daitindberetninger til risikovurderinger og driftsherrernes eget ledelsestilsyn.

Effektiviseringen af socialtilsynet bør ske på en måde, så der værnes om den udviklingsorienterede dialog. Det er væsentligt, at socialtilsynet forsat spiller en rolle i forhold til udvikling og kontrol. Hvis socialtilsynet udelukkende fremadrettet vil anvende uanmeldte tilsyn, vil det begrænse mulighederne for dialog. En god balance mellem anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg vil kunne understøtte både udvikling og kontrol. Danske Regioner anbefaler, at socialtilsynene ud fra et fagligt skøn - og som en del af socialtilsynets risikovurdering –

vurderer, om der er behov for et anmeldt eller et uanmeldt besøg. Et reduceret tilsynstryk opnås ikke alene gennem brugen af uanmeldte fremfor anmeldte besøg. Det er i stedet nødvendigt at effektivisere processerne i forbindelse med tilsynsbesøg mhp. at begrænse dataindberetninger og skriftlige redegørelser. Meget af dette kan med fordel erstattes af mere dialog.

Danske Regioner bakker op om, at der indføres en risikomodel og at ressourcerne koncentrerer på de tilbud, hvor der er størst behov. Det kan dog medføre, at specialiserede tilbud til særligt sårbare borgere udtages oftere til tilsyn. Disse tilbud vil således ikke opleve et reduceret tilsynstryk. Der bør i den forbindelse være opmærksomhed på ikke at stigmatisere de tilbud, som tager sig af særligt sårbare borgere, hvor der kan være øget behov for tilsynsbesøg. Samtidig bør det præciseres i lovgivningen, hvordan udgifterne ifm. en høj tilsynsintensitet skal dækkes. Hvis finansieringen bliver aktivitetsbaseret, vil det blive fordyrende for tilbud med en høj tilsynsintensitet. Det er vigtigt med tydelighed omkring dette, således at taksten kan tilpasses herefter.

Indførelsen af en mere overordnet kvalitetsmodel betyder, at det bliver mere uigennemskueligt for tilbuddene, hvordan kvaliteten vurderes – og at der er øget risiko for uensartethed mellem socialtilsynene. Med en binær score får tilbuddene ikke længere en pejling på, hvor kvaliteten ligger på en skala fra høj til lav, og uden indikatorer vil det ikke længere være tydeligt, hvad der skal til for at opfylde et kvalitetskriterium. Med en reduktion af kvalitetsmodellen er det vigtigt, at den følges op af 1) en god dialog mellem tilbud og tilsynsførende om eventuelle udviklingsområder, 2) målrettede rapporter som tydeligt beskriver, hvad der skal til for at opretholde godkendelsen, samt 3) en tydelig lovgivningsmæssig ramme og eventuelle tværgående redskaber eller monitorerings-systemer, som understøtter en ensartet vurdering på tværs af socialtilsynene.

Der er behov for at præcisere sanktioner og processer ved manglende opfyldelse af kvalitetskriterier. Det er uklart, hvilke sanktioner og processer tilbuddene fremover kan forvente ved manglende opfyldelse af kvalitetskriterier. Nuværende ordlyd i forarbejderne kan læses således, at ét ikke-opfyldt kriterium per automatik vil medføre, at tilbuddet mister sin godkendelse.

Med venlig hilsen



Anders Kühnau
Formand, Danske Regioner



Mads Duedahl
Næstformand, Danske Regioner

Relateret document 2/2

Dokument Navn:	Høring - Ændring af lov om socialtilsyn.docx
Dokument Titel:	Høring - Ændring af lov om socialtilsyn
Dokument ID:	1754791



NOTAT

17-02-2025

EMN-2023-00875

1754791

Thea Gade-Rasmussen

Danske Regioners høringssvar vedr. udkast til forslag til lov om ændring af lov om socialtilsyn, lov om social service, barnets lov og lov om behandlings- og specialundervisningstilbud til børn og unge

Danske Regioner har den 23. januar 2025 modtaget høring over udkast til lovforslag om ændring af lov om socialtilsyn, lov om social service, barnets lov og lov om behandlings- og specialundervisningstilbud til børn og unge (Mere risikobaseret socialtilsyn, regelforenklinger m.v.) fra Social- og Boligministeriet. Dette høringssvar er afgivet med forbehold for Danske Regioners bestyrelses godkendelse.

Indledende skal det fremhæves, at socialtilsynet løser en vigtig opgave med at kontrollere, at den nødvendige kvalitet er til stede i de sociale tilbud. Samtidig bidrager socialtilsynet gennem dialog til udvikling af kvaliteten i tilbuddene. Regionerne værdsætter i høj grad værdien af socialtilsynets eksterne blik på tilbuddenes praksis, og socialtilsynet betragtes som en vigtig samarbejdspartner ift. opgaven med at sikre borgerne den rette kvalitet og udviklingen heraf.

Høringssvaret er bygget op efter følgende struktur:

- Resumé af Danske Regioners høringssvar
- Generelle bemærkninger til det fremsatte lovforslag
- Konkrete bemærkninger til henholdsvis ændringer af a) lov om socialtilsyn, b) lov om social service, c) barnets lov og d) lov om behandlings- og specialundervisningstilbud til børn og unge.

- **Resumé af Danske Regioners høringssvar**

Danske Regioner støtter intentionen om at effektivisere socialtilsynet mhp. en reduktion af udgifterne således ressourcerne i tilbuddene i stedet kan bruges på borger nære opgaver. En reduktion på 30 pct. imødeses derfor positivt.

Danske Regioners generelle bemærkninger til det fremsatte lovforslag er opsummeret her:

- Der er en risiko for forskydning af tilsynstryk til andre områder. Eksempelvis ved at der sker en intensivering af det personrettede tilsyn, whistleblowerordningen, løbende dataindberetninger til risikovurderinger og driftsherrernes eget ledelsestilsyn.
- Et reduceret tilsynstryk opnås ikke alene gennem brugen af uanmeldte fremfor anmeldte besøg. Det er i stedet nødvendigt at effektivisere processerne i forbindelse med tilsynsbesøg mhp. at begrænse dataindberetninger og skriftlige redegørelser. Meget af dette kan med fordel erstattes af mere dialog.
- Det er positivt, at der indføres en risikomodel og at ressourcerne koncentrerer på de tilbud, hvor der er størst behov. Det kan dog medføre, at specialiserede tilbud til særligt sårbare borgere udtages oftere til tilsyn. Disse tilbud vil således ikke opleve et reduceret tilsynstryk. Der bør i den forbindelse være opmærksomhed på ikke at skabe en negativ stigmatisering af de tilbud, som tager sig af særligt sårbare borgere, og hvor der kan være øget behov for tilsynsbesøg. Det bør endvidere præciseres i lovgivningen, hvordan udgifterne ifm. en høj tilsynsintensitet skal dækkes. Hvis finansieringen bliver aktivitetsbaseret, vil det blive fordyrende for tilbud med en høj tilsynsintensitet. Det er vigtigt med tydelighed på dette, således at taksten kan tilpasses herefter.
- Effektiviseringen af socialtilsynet bør ske på en sådan måde, at der værnes om den udviklingsorienterede dialog. Regionerne er optagede af, at socialtilsynet forsat skal spille en vigtig rolle i forhold til både kontrol og udvikling. En god balance mellem anmeldte og uanmeldte tilsynsbesøg kan understøtte, at der sker nødvendig kontrol samtidig med, at der er den nødvendige plads til dialog om eventuelle udviklingsområder. Hvis der udelukkende anvendes uanmeldte tilsyn, vil dette begrænse mulighederne for dialog. Det anbefales, at socialtilsynene selv vurderer ud fra et fagligt skøn - og som en del af socialtilsynets risikovurdering - om der er behov for et anmeldt eller et uanmeldt besøg.
- Indførelsen af en mere overordnet kvalitetsmodel betyder, at det bliver mere uigennemskueligt for tilbuddene, hvordan kvaliteten vurderes – og at der er øget risiko for uensartethed mellem socialtilsynene.
Med en binær score får tilbuddene ikke længere en pejling på, hvor kvaliteten ligger på en skala fra høj til lav, og uden indikatorer vil det ikke længere være tydeligt, hvad der skal til for at opfylde et

kvalitetskriterium. Med en reduktion af kvalitetsmodellen er det vigtigt, at den følges op af 1) en god dialog mellem tilbud og tilsynsførende om eventuelle udviklingsområder, 2) målrettede rapporter som tydeligt beskriver, hvad der skal til for at opretholde godkendelsen, samt 3) en tydelig lovgivningsmæssig ramme og eventuelle tværgående redskaber eller monitoreringssystemer, som understøtter en ensartet vurdering på tværs af socialtilsynene.

- Der er behov for at præcisere sanktioner og processer ved manglende opfyldelse af kvalitetskriterier. Det er uklart, hvilke sanktioner og processer tilbuddene fremover kan forvente ved manglende opfyldelse af kvalitetskriterier. Nuværende ordlyd i forarbejderne kan læses således, at ét ikke-opfyldt kriterium per automatik vil medføre, at tilbuddet mister sin godkendelse.

- **Generelle bemærkninger til det fremsatte lovforslag**

Danske Regioner har følgende generelle bemærkninger til det fremsatte lovforslag:

Reduktion af udgiftstrykket

- *Den nye tilsynsmodel kalder på nye tiltag hos driftsherrerne*
I forbindelse med socialtilsynets ikrafttræden i 2014 afgav kommuner og regioner både økonomiske og personalemæssige ressourcer til socialtilsynene. Dette gav dengang anledning til en tilpasning af driftsherrernes ledelsestilsyn. Med det nuværende forslag om reduktion af socialtilsynet sker der igen en forskydning som gør, at driftsherrerne skal tilpasse den interne tilsynsvirksomhed til den nye virkelighed.

Regionerne anvender i dag på forskellig vis socialtilsynets årlige tilbagemeldinger i deres interne opfølgninger og monitoreringer af kvaliteten på tilbuddene. En omlægning af socialtilsynet vil derfor kræve, at regionerne omlægger og intensiverer egne interne systemer til monitorering og kontrol af kvaliteten med henblik på en fortsat systematisk og løbende kvalitetssikring og kvalitetsudvikling. Herved vil den besparelse, der lægges op til med lovforslaget, medføre en merudgift i regionerne.

- *Det er uklart, om den nye tilsynsmodel vil give anledning til takstreduktion på de mest specialiserede tilbud*

Af lovforslaget side 19 fremgår, at *"Det er forventningen [...] at handlekommunerne vil få besparelser på taksterne som følge af, at der ikke vil skulle bruges unødvendig tid på årlige tilsynsbesøg i tilbud uden risiko for kvalitetsmangler"*. Med indførelsen af et mere risikobaseret socialtilsyn må det forventes, at der dog fortsat vil være en høj tilsynsaktivitet på de mest specialiserede tilbud, som tager sig af borgere med meget komplekse

problemstillinger. Det bør præciseres i lovgivningen, hvordan udgifterne ifm. en øget tilsynsintensitet på udvalgte tilbud skal dækkes. Hvis de højt specialiserede tilbud forventes at dække udgifterne til en øget tilsynsintensitet med særligt sårbare borgere bør dette være gennemsigtigt således, at taksten tilpasses hertil.

- *Vil en fælles risikomodel medføre øget behov for data?*

Danske Regioner støtter forslaget om, at socialtilsynene fastlægger en fælles risikomodel med opstilling af relevante risikofaktorer. Dog er det uklart i lovforslaget, hvilke risikofaktorer en sådan model skal indeholde og dermed også hvorvidt den vil mindske tilsynstrykket, da det ikke er tydeligt hverken hvilke krav, der vil være til evt. løbende dataindberetninger, og hvilke data, der skal indberettes. Der bør derfor være opmærksomhed på, at evt. øgede krav til indberetning vil medføre en merudgift for tilbuddene.

Regionerne ønsker i den forbindelse at fremhæve Tilbudsportalen som et centralt redskab for socialtilsynenes adgang til informationer om tilbuddene og må beklageligvis konstatere, at denne ikke indgår som et element i effektiviseringen af socialtilsynet. De sociale tilbud bruger i dag mange ressourcer på at indberette og vedligeholde oplysninger i Tilbudsportalen. Det vurderes, at der vil være et besparelspotentiale i at opdatere den digitale platform mhp. at opnå en mere brugervenlig og anvendelig portal for såvel kommuner, tilbud og socialtilsyn.

- *Det personrettede tilsyn*

Af lovforslaget fremgår det, at der vil ske en præcisering af reglerne om det personrettede tilsyn og forpligtelsen til at orientere socialtilsynet om bekymrende forhold i et tilbud. Ud fra et hensyn til borgerne og borgernes retssikkerhed støttes denne præcisering. Dog er det ud fra intentionen om at opnå en samlet reduktion i tilsynstrykket på 30 pct. uklart, hvordan præciseringen vil påvirke kommunernes konkrete anvendelse af det personrettede tilsyn. Det skal påpeges, at en stigning i anvendelsen af det personrettede tilsyn naturligt vil medføre et øget ressourceforbrug på tilbuddene. Det kan potentielt blive meget ressourcekrævende for tilbuddene, hvis tilsynstrykket dermed flyttes til konkrete personsager, hvor op til 98 kommuner (dog fratrasket visse ø-kommuner) kan anmode om udlevering af materiale mv. i forbindelse med gennemførelsen og opfølgning på personrettet tilsyn.

Der ses desuden en risiko for, at en intensivering af det personrettede tilsyn kan give anledning til flere anmodninger fra kommunerne om redegørelser for tilbuddenes generelle kvalitet. Der er allerede en tendens til, at der i forbindelse med personrettet tilsyn stilles generelle spørgsmål til kvaliteten. Formuleringen i lovteksten kan tolkes af kommunerne som et generelt tilsyn med tilbuddene, idet det fortsat vil fremgå af lovteksten, at kommunerne har

pligt til at underrette socialtilsynet, hvis de i forbindelse med det personrettede tilsyn "bliver opmærksom på bekymrende forhold i et tilbud omfattet af socialtilsynet" (se konkrete bemærkninger til §§ 2 og 3).

Anmeldt versus uanmeldt tilsynsbesøg

- *Uanmeldte tilsynsbesøg kan give anledning til stort ressourcetræk på tilbuddene*

De uanmeldte besøg giver konsulenten et umiddelbart indtryk af hverdagen. Dog vil det ofte give anledning til ubesvarede spørgsmål, da de rette ledelsesansvarlige ikke nødvendigvis er til stede under besøget. Hidtil har uanmeldte tilsyn derfor ofte medført, at der efterfølgende er blevet anmodet om diverse skriftlige redegørelser. Dette er en meget ressourcetung proces for tilbuddene. Det anbefales derfor, at der - henset til den hidtidige praksis - kigges kritisk på brugen af skriftlige redegørelser, som ofte med fordel kan erstattes af dialog.

- *Anmeldte besøg giver bedre mulighed for dialog med tilbud og borgere*
- Det vil ikke være hensigtsmæssigt, at tilsynsbesøgene fremover hovedsageligt er uanmeldte, da disse primært fungerer som en kontrol og ikke bidrager til at udvikle kvaliteten på et tilbud på samme måde som anmeldte tilsynsbesøg. Ved uanmeldte besøg kan det være svært for tilbuddene at skabe plads til at indgå i dialog med socialtilsynet. Endvidere bemærkes det, at såfremt det fortsat er hensigten, at borgere i de sociale tilbud i lige så høj grad som tidligere skal inddrages, vil uanmeldte tilsyn gøre dette sværere. Det er hovedreglen, at borgere i regionernes tilbud har brug for at blive godt forberedt på at skulle indgå i et tilsynsbesøg. Derfor anbefales det, at socialtilsynene selv ud fra et fagligt skøn vurderer - og som en del af socialtilsynets risikovurdering - om der er behov for et anmeldt eller et uanmeldt besøg.

En fælles risikomodel

- *Opstilling af risikofaktorer i en fælles risikomodel*

Opstillingen af risikofaktorer i en fælles risikomodel bliver afgørende for, hvordan tilsynsintensiteten fremover fordeler sig mellem tilbuddene på landsplan. Regionerne vil gerne tilbyde at bidrage til udviklingen af den fælles risikomodel i samarbejde med socialtilsynene. En risikomodel bør ikke alene baseres på generelle risikofaktorer uden at disse er sammenholdt med tilbuddets målgruppe. Det er desuden vigtigt at være opmærksom på, at risikomodellen ikke medfører øget dataindberetning og dermed merudgifter for tilbuddene – som beskrevet ovenfor.

Potentielt en fortsat høj tilsynsintensitet på de mest specialiserede tilbud

- *Risikobaseret tilsyn på baggrund af en risikomodel kan fortsat resultere i et højt tilsynstryk*

Intentionen i lovforslaget omkring en styrkelse af den risikobaserede tilgang til tilsyn er positiv. Dog vurderes det, at en tilsynsmodel, hvor hyppigheden af tilsynsbesøg baseres på risikofaktorer som omtalt på side 17 i forarbejderne, vil resultere i et højt tilsynstryk på hovedparten af de regionale tilbud.

Målgrupperne på de regionale, specialiserede tilbud er oftest borgere med meget komplekse behov, og mange af disse udgør særligt sårbare grupper. Det vurderes, at tilsynstrykket vil være uændret på mange af de regionale, specialiserede tilbud grundet målgrupperne. Det samme kan naturligvis gøre sig gældende hos øvrige driftsherrer, der leverer indsatser til borgere med komplekse behov. Hvis det er en del af intentionen med lovforslaget at der er udvalgte målgrupper, som der skal føres ekstra tilsyn med, bør dette tydeliggøres for at sikre gennemsigtighed i konsekvenserne af de foreslåede ændringer.

- *En høj tilsynsintensitet på de mest specialiserede tilbud kan medføre en negativ stigmatisering*

I forlængelse heraf bør der være en opmærksomhed på, at undgå en negativ stigmatisering af de tilbud, som løser de mest komplekse opgaver - fx tilbud til borgere med mange sideproblematikker og problemskabende adfærd – og hvor personalet bl.a. kan være nødsaget til i øget omfang at gøre brug af magtanvendelser for at sikre borgerne mod at begå overgreb mod andre eller selvskade. Det kan betyde den lidt ærgerlige og uklare situation, at disse tilbud altid vil blive vurderet i risikokategori, selvom der arbejdes kompetent og professionelt med borgerne. Disse tilbud vil potentielt blive udtaget til hyppigere tilsyn – men uden at det nødvendigvis er ensbetydende med, at tilbuddenes kvalitet er lav. Det er således vigtigt at være opmærksom på, at der kan opstå en negativ stigmatisering, herunder at der bør være fokus på, hvordan tilsynsintensiteten på et tilbud formidles til omgivelserne, fx via Tilbudsportalen.

- *Flere aktører inde over tilsyn kan potentielt betyde højere tilsynsintensitet*
- Af lovforslaget fremgår det, at en præcisering af hhv. whistleblowerordningen samt det personrettede tilsyn i større grad end i dag skal bidrage til socialtilsynenes mulighed for at føre et risikobaseret tilsyn. Det kan diskuteres, hvorvidt tilsynstrykket dermed reelt nedsættes, da socialtilsynene er forpligtet til at reagere med tilsynsbesøg eller anden opfølgning, når der sker henvendelser om potentielt bekymrende forhold.

Mindre fokus på udvikling

- *En indskrænkning af socialtilsynenes dialogforpligtelse ift. udvikling*

Lovforslaget lægger op til et skifte i socialtilsynenes opgave således, at socialtilsynene ikke længere skal bidrage til at udvikle høj faglig kvalitet, men alene skal kontrollere om sociale tilbud har den nødvendige kvalitet ift. at kunne godkendes. Der lægges med dette skifte op til, at socialtilsynet udelukkende skal bidrage til at udvikle kvalitet op til det niveau, hvor et tilbud kan godkendes. Som leverandør af specialiserede ydelser udvikler regionernes sociale tilbud hele tiden kvaliteten til gavn for borgerne. Socialtilsynet har gennem årene bidraget positivt til denne kvalitetsudvikling. Det er derfor beklageligt, at lovforslaget vil sænke ambitionen for socialtilsynenes bidrag til kvalitetsudviklingen. Regionerne anbefaler, at muligheden for en udviklingsorienteret dialog indenfor de rammer, som er intentionen i lovforslaget, fastholdes, hvilket fordrer en fortsat brug af anmeldte tilsyn.

- *Binær score*

Regionerne vurderer, at indførelsen af en binær score vil gøre det mere uklart, hvordan socialtilsynet vurderer kvaliteten af et konkret tilbud. Forskelle i vurderingen af kvaliteten på et kontinuum fra lav til høj vil således ikke længere fremgå. Konsekvensen af dette er, at man mister nuancerne mellem tilbud, der lige nøjagtig har den fornødne kvalitet, og tilbud, der har en rigtig god kvalitet. Det er beklageligt i forhold til at sikre en fortsat udvikling af sociale tilbud, hvor scoren hidtil har understøttet og virket som et incitament ind i den løbende kvalitetsudvikling. Det foreslås, at den binære score suppleres med en mulighed i tilsynsrapporterne for at angive, hvor der er eventuelle udviklingsområder – eller at kvalitetsmodellen på anden vis indrettes til at kunne give denne pejling på kvaliteten.

Konsekvenser af en mere overordnet kvalitetsmodel

- *En forenkling af kvalitetsmodellen – hvordan bedømmes kriterier fremover?*

Regionerne støtter en forenkling af socialtilsynets kvalitetsmodel, da det vurderes, at ville medføre en væsentlig ressourcebesparelse. Dog skal det påpeges, at en kvalitetsvurdering uden indikatorer vil bero på en større grad af fagligt skøn fra socialtilsynets side. Derfor er der fra regionernes side en opmærksomhed på, at det vil gøre det mere uigennemskueligt, hvad socialtilsynet fremover vurderer kvaliteten på baggrund af, og hvad der konkret lægges til grund for opfyldelsen af de ni kvalitetskriterier. Derfor bør der som minimum på bekendtgørelsesniveau fastsættes en ramme for, hvordan kvalitetskriterierne skal bedømmes samt hvorledes socialtilsynene forpligtes til ensartede kvalitetsvurderinger.

Sanktioner ved manglende opfyldelse af kvalitetskriterier

- *Behov for præcisering af sanktioner og processer ifm. manglende opfyldelse af kvalitetskriterier*

Det fremgår af bemærkninger til lovforslaget, at *"tilbud og plejefamilier fremover som betingelse for at blive godkendt og beholde godkendelsen, vil skulle have den nødvendige kvalitet og opfylde kriterierne inden for hvert tema"*. Det er dog uklart og bør præciseres, hvilke sanktioner og processer der er forbundet med eventuel manglende opfyldelse af kvalitetskriterier.

Nuværende ordlyd i forarbejderne (side 28) kan læses således, at ét ikke-opfyldt kriterium vil medføre, at tilbuddet mister sin godkendelse. Såfremt dette er tilfældet, bør der som konsekvens af et ikke-opfyldt kriterium være mulighed for andre og mindre vidtgående reaktioner end inddragelse af tilbuddets godkendelse.

Brug af whistleblowerordningen

- *Behandlingen af henvendelser gennem whistleblowerordningen*

Det er vigtigt, at baggrunden for henvendelser gennem whistleblowerordningen altid belyses i dialogen med tilbuddet. Mange tilbud navigerer i en kompleks virkelighed med flere hensyn på spil og derfor er det vigtigt, at fakta og kontekst omkring henvendelsen klarlægges som en naturlig del af tilsynsarbejdet. Det bør også præciseres i den kommende vejledning.

Ensartethed på tværs af socialtilsyn

- *Præcisering af socialtilsynenes ansvar for at sikre ensartethed på tværs*

Af lovforslaget fremgår det, at der vil ske en præcisering af socialtilsynenes forpligtelse og ansvar for at samarbejde, koordinere og udveksle viden om praksis med henblik på at sikre ensartethed på tværs. Med nedlæggelsen af Social- og Boligstyrelsens auditfunktion pr. 1. januar 2025 er det overladt til socialtilsynene selv at forestå den praktiske del af samarbejdet omkring dette.

De enkelte regioner samarbejder i dag med flere forskellige socialtilsyn og kan konstatere, at der er betydelige forskelle mellem socialtilsynenes praksis. Det skaber undren hos tilbuddene, ligesom det stiller tilbud uens. Som beskrevet ovenfor ser regionerne en risiko for, at lovforslagets ændringer af kvalitetsmodellen og det øgede faglige skøn vil føre til yderligere uensartethed mellem socialtilsynene.

Regionerne støtter intentionen om ensartethed, men da indholdet af lovforslaget blot følger den nuværende lov mht. ensartethed, har regionerne svært ved at se, hvordan ensartethed vil blive sikret. Set i lyset af, at Social- og Boligstyrelsen ikke længere varetager en monitorerende funktion ift. at sikre

et ensartet socialtilsyn, anmoder regionerne om, at der på anden vis følges op på, hvorvidt socialtilsynene efterlever deres ansvar i forhold til at koordinere deres praksis og sikre ensartethed på tværs. Ankestyrelsens afgørelser på klagesagsniveau er fåtallige og kan ikke erstatte Social- og Boligministeriets tidligere funktion.

Sker der ændringer ift. socialtilsynets tilgang til sagsbehandling af væsentlige ændringer, dispensationer og nye godkendelser?

- *Det er uklart, om en 30 pct reduktion af tilsynstrykket også omfatter socialtilsynets opgaver ift. behandling af væsentlige ændringer, dispensationer og nye godkendelser*

Hvorledes reduceringen af tilsynstryk forventes at påvirke socialtilsynenes sagsbehandling ifm. opgaver vedrørende behandling af væsentlige ændringer, dispensationer og nye godkendelser er svært at vurdere. For at varetage opgaven med at tilgodese kommunernes stigende efterspørgsel til borgere med meget sammensatte problemstillinger opstår der løbende behov for at skræddersy nye og særligt specialiserede pladser. Dette pågår ofte med korte tidsfrister, da der kan være tale om borgere, som skal fraflytte et andet tilbud eller som udskrives fra psykiatrien. På den baggrund bør det præciseres, hvilke justeringer i tilgangen til socialtilsynenes opgaver ift. behandling af væsentlige ændringer, dispensationer og nye godkendelser der forventes.

- **Konkrete bemærkninger**

3a. Konkrete bemærkninger til ændringer i lov om socialtilsyn - § 1 pkt. 1 – 24 i lovforslaget

Til nr. 4 (Vedrørende fastsættelse af tilsynskommuner)

Resortministerens handlemulighed i forhold til hvilke kommunalbestyrelser, der varetager tilsynsfunktionen, er hensigtsmæssig i forhold til at sikre ensartet tilsyn på tværs af forskellige tilsynsenheder. Ved eventuelle justeringer i lovforslaget bør denne bemyndigelse derfor søges fastholdt.

Til nr. 7 (Vedrørende fjernelse af to temaer):

Det bør eventuelt præciseres direkte i lov eller bekendtgørelse, at temaerne eller kriterier og indikatorer under disse to temaer ikke efterfølgende medtages under andre temaer enten i bekendtgørelsesform eller i praksisfastsættelsen af tilsynene for at sikre, at der bliver tale om et reelt fald i tilsynstrykket. Ingen øvrige bemærkninger.

Til nr. 9 (Vedrørende fjernelse af indikatorer):

Se kommentarer under de generelle bemærkninger. Forslaget foreslås desuden suppleret med, at der til bestemmelsen knyttes krav om, at der, som minimum på bekendtgørelsesniveau, fastsættes en ramme for kvalitetsvurderingen af de enkelte temaer og kriterier – for at sikre ensartethed på tværs af socialtilsynene.

Til nr. 10 (Vedrørende justering af dialogforpligtelsen)

Se kommentarer under de generelle bemærkninger. Ingen øvrige bemærkninger

Til nr. 11 (Vedrørende fortrinsvis uanmeldte tilsyn).

Hvis ændringen indsættes for at mindske tilsynstrykket, bør det samtidigt præciseres i lovgivningen (som minimum på bekendtgørelsesniveau), hvilke typer af materiale, socialtilsynet kan indhente ifm. et uanmeldt tilsyn. Dette for at sikre, at socialtilsynene ikke indhenter samme mængde materiale som hidtil – hvilket ikke vil medføre en reduktion af tilsynstrykket. Der henvises endvidere til kommentarer under generelle kommentarer.

Til nr. 13 (Vedrørende en risikobaseret tilgang og fastlæggelse af en fælles risikomodel)

Af de konkrete bemærkninger i lovforslaget fremgår flere eksempler på, hvad socialtilsynene skal indbygge i den fælles opstillede risikomodel for fastlæggelse af kadencen for tilsynsbesøg – for de tilbud der vurderes som havende stor risiko for kvalitetsmangler. Disse eksempler bør medtages i en efterfølgende udarbejdet bekendtgørelse, hvor krav til indholdet i den fælles opstillede risikomodel fremgår. Se i øvrigt bemærkninger til risikomodellen, medtaget under de generelle bemærkninger.

Til nr. 18 (Vedrørende oplysning om henvendelse over whistleblowerordningen)

Se kommentarer under de generelle bemærkninger. Ingen øvrige bemærkninger.

Til nr. 23 (Vedrørende ansvar for koordinering og ensartethed på tværs)

Se kommentarer under pkt. 4. Ingen øvrige bemærkninger

Til nr. 25 (Vedrørende en samlet økonomisk ramme)

Det fremgår af de konkrete bemærkninger til punktet, at ministeren hvert år forud for beregning af takster og objektive finansieringsandele fastsætter én økonomisk ramme for alle socialtilsynene, som tilsynene selv skal fordele imellem sig. Den økonomiske ramme tager udgangspunkt i socialtilsynenes samlede udgiftsniveau i 2023 reguleret for besparelser på 30 pct. samt fremskrevet i forhold til PL- fremskrivning. Fremadrettet reguleres beløbet (eksklusive evt. tilkøbsydelse) via PL-fremskrivning m.m.

Der er behov for at fastsætte nærmere regler for, hvordan rammen fordeles. Det er uklart, hvilke parametre der gør sig gældende for, hvordan socialtilsynene selv skal fordele den økonomiske ramme imellem sig. Eksempelvis virker det uklart, hvordan underskud dækkes inden for den samlede ramme.

Regionerne stiller sig endvidere undrende over, at kun kommunerne kan anmode om redegørelser ved overforbrug m.v. Bør det ikke være gældende for alle driftsherrer inklusive regionerne?

3b. Konkrete bemærkninger til ændringer i lov om social service - § 2 i lovforslaget

Til nr.1 (Vedrørende præcisering af personrettet tilsyn)

Formuleringen i lovudkastet kan eventuelt danne baggrund for misforståelse i forhold til, om kommunerne skal føre et generelt driftsorienteret tilsyn med tilbuddene. Formuleringen bør præciseres, så der ikke kan opstå tvivl om, at kommunerne udelukkende er forpligtet til at føre et personrettet tilsyn, og udelukkende skal underrette socialtilsynet om generelle forhold på tilbuddet, hvis det fremkommer i forbindelse med et personrettet tilsyn eller via en orientering. Det anbefales, at fastholde nuværende formulering i § 148, stk. 1, 2. pkt. hvoraf det fremgår, at tilsynet ikke omfatter det generelle driftsorienterede tilsyn.

Til nr. 2 (Vedrørende sproglig ændring)

Vi er opmærksomme på, at der er forslag om at ændre ordet "tilsyn" til "personrettet tilsyn". Vi finder ikke denne tilretning tilstrækkelig, jf. bemærkning under nr. 1

3c. Konkrete bemærkninger til ændringer i barnets lov - § 3 i lovforslaget

Til nr.1 (Vedrørende præcisering af personrettet tilsyn)

Formuleringen i lovudkastet kan eventuelt danne baggrund for en misforståelse i forhold til, om kommunerne skal føre et generelt driftsorienteret tilsyn med tilbuddene. Formuleringen bør præciseres, så der ikke kan opstå tvivl om, at kommunerne udelukkende er forpligtet til at føre et personrettet tilsyn, og udelukkende skal underrette socialtilsynet om generelle forhold på tilbuddet, hvis det fremkommer i forbindelse med et personrettet tilsyn eller via en underretning. Vi anbefaler derfor at fastholde nuværende formulering i § 156, stk. 1, 2. pkt. hvoraf det fremgår, at tilsynet ikke omfatter det generelle driftsorienterede tilsyn.

Til nr. 2 (Vedrørende sproglig ændring)

Vi er opmærksomme på, at der er forslag om at ændre ordet "tilsyn" til "personrettet tilsyn". Vi finder ikke denne tilretning tilstrækkelig, jf. bemærkning under nr. 1.

3d. Konkrete bemærkninger til ændringer i lov om behandlings- og specialundervisningstilbud til børn og unge - § 4 i lovforslaget

Til nr. 1

Ingen bemærkninger.

Lovens ikrafttræden § 5 i lovforslaget - § 5 i lovforslaget

Der fremgår at loven træder i kraft 1. januar 2026, hvorefter alle ikke afgjorte sager, skal løses efter den nye lov.

Ingen bemærkninger.

Bilag Titel:	Høringssvar vedr revideret lovforslag om universitetsreform mv
Dagsordens titel	Høringssvar - Revideret lovforslag om universitetsreform m.v.
Dagsordenspunkt nr	23
Bilag nr	1
Antal bilag:	1

Uddannelses- og Forskningsministeriet

hoeringssvar@ufm.dk

DANSKE
REGIONER



17-02-2025

EMN-2025-00212

1754187

Høringssvar vedr. revideret lovforslag om universitetsreform m.v.

Uddannelses- og Forskningsministeriet har den februar 2025 anmodet Danske Regioner om bemærkninger til revideret udkast til lovforslag om gennemførelse af elementer fra aftale om reform af universitetsuddannelserne i Danmark m.v.

Danske Regioner kvitterer for muligheden for at afgive høringssvar. Høringssvaret sendes med forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse den 13. marts 2025.

Bemærkninger til lovforslaget

Indledningsvist vil vi kvittere for, at man med universitetsreformen understøtter, at uddannelserne i større grad indrettes med henblik på at sikre den nødvendige arbejdskraft for vores samfund i fremtiden.

Små ungdomsårgange mindsker det samlede rekrutteringsgrundlag, hvilket nødvendiggør et vedvarende fokus på, hvordan uddannelsessystemet kan indrettes, så man i størst muligt omfang kan tilvejebringe de kompetencer, som arbejdsmarkedet efterspørger.

Vi vil opfordre til at man ved tilrettelæggelsen af de nye typer kandidatuddannelser tager hensyn til sammenhængen til professionsuddannelserne, så der ikke bliver tale om konkurrerende tilbud.

Det er i udgangspunktet positivt, at man med det reviderede lovforslag skaber mere fleksible rammer for, at man kan gennemføre en erhvervskandidatuddannelse. Vi bemærker i den forbindelse, at det fremgik af kandidatudvalgets afrapportering, at udvalget vurderer, at kandidatuddannelsen i psykologi ligger uden for omlægningen til nye

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

uddannelsestyper, idet uddannelsen forventes omfattet af autorisation med en kommende lovændring. Det er Danske Regioners opfattelse, at der kan være et potentiale i at styrke psykologuddannelsens målretning til arbejdsmarkedet, bl.a. ved at gøre uddannelsen mere rettet mod patientbehandling. Vi vil derfor opfordre til, at det undersøges, om psykologuddannelsen ligeledes kunne være relevant i forhold til en mere erhvervsrettet del.

Venlig hilsen



Anders Kühnau
Formand, Danske Regioner



Mads Duedahl
Næstformand, Danske Regioner

Bilag Titel:	Høringssvar - lovforslag om sundhedsfaglig autorisation af psykologer
Dagsordens titel	Høringssvar - Sundhedsfaglig autorisation for psykologer
Dagsordenspunkt nr	24
Bilag nr	1
Antal bilag:	1

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

sum@sum.dk

Kopi til: msl@sum.dk

DANSKE
REGIONER



17-02-2025

EMN-2025-00157

1751772

Jenbj@regioner.dk

Høringssvar vedr. lovforslag om sundhedsfaglig autorisation af psykologer

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 20. januar 2025 anmodet Danske Regioner om bemærkninger til forslag til lov om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love samt ophævelse af lov om psykologer m.v. (Sundhedsfaglig autorisation af psykologer).

Danske Regioner kvitterer for muligheden for at afgive høringssvar og fremsender høringssvar på vegne af de fem regioner. Høringssvaret sendes med forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse den 13. marts 2025.

Bemærkninger til lovforslaget

Psykologer spiller en vigtig rolle i vores sundhedsvæsen, herunder ikke mindst i psykiatrien og i praksissektoren. Danske Regioner finder det derfor positivt, at psykologer med lovforslaget vil blive omfattet af sundhedsfaglig autorisation i henhold til autorisationsloven.

Ved at afskaffe den hidtidige særregulering af psykologernes autorisation skabes større gennemsigtighed i forhold til de rammer, der er forbundet med deres virke. Det er i den forbindelse til fordel for patientsikkerheden og patienternes retsstilling, at psykologer vil blive underlagt samme tilsyn m.v. som øvrige sundhedspersoner. Samtidig vurderes lovændringen også at understøtte mere smidige rammer for psykologernes varetagelse af opgaver i sundhedsvæsenet såvel selvstændigt som i samarbejde med andre grupper af autoriserede sundhedspersoner.

Titler og betegnelser bør være lette at forstå for patienter, pårørende, sundhedsfaglige kolleger m.v. Vi finder det derfor positivt, at retten til at

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

betegne sig psykolog med lovforslaget vil være forbeholdt autoriserede psykologer. Dog kan det tænkes at være svært for udenforstående at gennemskue, at betegnelsen "psykolog med psykologfaglig basisuddannelse" dækker over personer, der gennemført to års videreuddannelse ud over grunduddannelsen. Det kan derfor overvejes, om der kan findes en mere dækkende betegnelse for denne gruppe.

Danske Regioner forventer, at der vil være økonomiske konsekvenser for regionerne som følge af lovændringen, idet psykologer fremadrettet omfattes fuldt ud af sundhedslovgivningens klage- og erstatningsordninger, som regionerne er med til at finansiere.

Venlig hilsen



Anders Kühnau
Formand, Danske Regioner



Mads Duedahl
Næstformand, Danske Regioner