

NOTAT



PRAKTISERENDE  
LÆGERS  
ORGANISATION

# Det primære sundhedsvæsen i Israel

PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION  
DECEMBER 2019 (OPDATERET VERSION)

## Indhold

Intro .....	2
Organisering af sundhedsvæsenet .....	2
Private sundhedsforsikringer .....	3
Det primære sundhedsvæsen .....	3
Family doctors .....	4
Home care, home hospitalization og palliative home hospice .....	5
Call centres .....	5
Community care clinics.....	5
Consultation clinics.....	6
Special facilities .....	6
Sammenligning af data .....	6
Økonomi .....	6
Offentlige versus private sundhedsudgifter .....	9
Ressourcer på sundhed .....	10
Sundhedspersonale .....	10
Hospitalssenge.....	11
Kvalitet.....	12
Primary care.....	12
Hospitalsindlæggelser .....	12
Kvalitetsindikatorer .....	13
Patienttilfredshed .....	13
IT og data .....	14
Innovation og teknologiudvikling .....	14
Historie .....	15
Baggrund for politisk satsning på det primære sundhedsvæsen .....	15
Potentialer/Nysgerrighedspunkter.....	16

**Med mindre andet er anført, så gøres der brug af tal fra OECD's database.**

## Intro

- Israel er et lille land med 8,2 mio. indbyggere, der dækker et areal på 22.072 km<sup>2</sup>. I sammenligning har Danmark 5,8 mio. indbyggere og dækker et areal på 42.924 km<sup>2</sup>.
- Israels BNP per indbygger udgør knap 41.000 US dollars, mens Danmarks BNP udgør godt 56.000 US dollars.
- Israel har henover en længere årrække brugt en stabil lav andel af BNP på sundhed, mens andelen i Danmark har været stødt stigende. Andel af BNP brugt på sundhed udgør i Israel 7,6 % mod 10,2 % i Danmark<sup>1</sup>.
- Den forventede levetid for israelske mænd er den højeste blandt medlemslandene i OECD med 80,7 år mod 79 år for danske mænd. Israelske kvinders forventede levetid er 84,2 år mod 82,8 år for danske kvinder.
- Fertilitetsraten i Israel er 3.110 mod 1.750 i Danmark<sup>2</sup>. Det skyldes særligt fødselsraten blandt de religiøse befolkningsgrupper.
- Ifølge Bloomberg index rangerer Israel på en sjette plads af sundhedssystemer med den højeste målte effektivitet. Danmark rangerer på en fyrretyvende plads.<sup>3</sup>

Den israelske befolkning er fortsat yngre end den danske. Noget tyder på, at de ældre generationer vil vokse sig større over de næste årtier for begge lande, men Danmark har pt den største ældrebyrde.

Tabel 1

	Israel 2018	Danmark 2018
Befolkningsandel over 65 år, pct.	11,7	19,5
Befolkningsandel over 85 år, pct.	1,4	2,1

Ift. livsstilsfaktorer, så er der lige mange rygere blandt israelere og danskere, mens alkoholforbruget i Israel er markant mindre sammenlignet med den danske befolkning. Overvægt fordeler sig ens for de to lande.

Tabel 2

	Israel 2019	Danmark 2019
Rygning, daglige rygere (% af befolkningen der er 15+ år)	16,9	16,9
Alkohol, Liter per indbygger årligt (befolkning der er 15+ år)	2,6	9,1
Overvægtige, population med BMI $\geq$ 25 (% af populationen der er 15+ år)	50,9	51,0

## Organisering af sundhedsvæsenet

I 1995 vedtog Israel en lov om en national sundhedsforsikring (National Health Insurance, NHI), der lagde grundstenen for et universelt og skatteborgerbetalt sundhedsvæsen. Indenfor rammerne af NHI kan alle borgere vælge, og frit skifte en gang årligt, mellem fire konkurrerende men non-profit sygekasser (Clalit har

<sup>1</sup> Sammenligningen skal tillægges visse forbehold, se uddybning under afsnit "Sammenligning af data".

<sup>2</sup> Fertilitetsraten angiver det antal levendefødte børn, som 1.000 kvinder vil sætte i verden i løbet af den fertile alder.

<sup>3</sup> Bloomberg Index, 2018: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top>. Udregningen sker på baggrund af tre faktorer (1) middellevetiden, (2) den procentvise andel af BNP til sundhedsudgifter per indbygger, (3) udgifter til sundhed i absolutte tal per indbygger.

Om dette index er det bedste til at rangordne sundhedsvæsener, hersker der tvivl om i litteraturen.

53 %, Maccabi 24 %, Mauhedet 13 %, og Leumit 10 % tilmeldte borgere). Sygekasserne er landsdækkende, og regeringen fordeler de offentlige midler efter en fordelingsnøgle, der tilgodeser antallet af borgere, køn, alder og geografi. Sygekasserne er ansvarlige for at levere en fast pakke af sundhedsydelser, som regeringen står for at fastlægge. S sammensætningen af ydelser ændres løbende og blev senest suppleret med "mental health services". Sygekasserne er på den måde at opfatte som "indkøbsforening", der køber sundhedsydelser på hospitaler, i *community clinics*, i *home care units* og *home hospitalization*. Sygekassernes identitet er altså ikke altovervejende "sygehusejere", som traditionelt har været tilfældet for vores danske regioner.

### Private sundhedsforsikringer

Herudover har cirka 87 % af befolkningen tegnet en sundhedsforsikring udbudt i regi af sygekasserne (Health Plan Voluntary Health Insurance, HP-VHI). Denne forsikring anses som en integreret del af det offentlige sundhedsvæsen, selvom der er tale om en mindre egenbetaling. Den giver adgang til tandpleje, særlige behandlinger, IVP, fysioterapi og reduceret ventetid og rabat på briller. 53 % af befolkningen har tegnet øvrige private sundhedsforsikringer (Commercial Voluntary Health Insurance, C-VHI) for at få adgang til ydelser som f.eks. tandpleje, særlige lægemidler, behandling i udlandet, langtidsindlæggelser, pleje på privathospitaler eller reduceret ventetid mv.<sup>4</sup> I realiteten betyder det, at mange israelere er dobbeltforsikret. Det israelske sundhedsministerium kører kampagner i forsøg på at mindske brugen af C\_VHI. Til sammenligning har cirka 72 % af danskerne (svarende til 4,2<sup>5</sup> mio. personer) valgt at tegne en sundhedsforsikring.<sup>6</sup>

Figur 1: Andel af befolkning i Israel med sundhedsforsikring (>22 år, selvrapporteret), 2014



### Det primære sundhedsvæsen

Sundhedsvæsenet er organiseret sådan, at alle "low risk" ydelser håndteres udenfor sygehusregi, mens alle "high risk" ydelser leveres på hospitalet. Dvs. at udgangspunktet er, at kun de mest komplicerede og akutte behandlinger finder sted på sygehuset, mens fx kronikere og patienter, der skal have foretaget forundersøgelser af forskellig art, håndteres i primærsektoren. Speciallægerne i primærsektoren har en klar målsætning om så vidt muligt at undgå viderehenvielse til hospitalet og ser det principielt som en "failure" at henvise patienter til udredning på hospitalet. Det er bl.a. grunden til at man i Israel slet ikke måler antallet af genindlæggelser<sup>7</sup>.

<sup>4</sup> WHO, Health in Transition, Vol. 17 No. 6 2015, Health System Review: Israel, 2015

<sup>5</sup> Sygeforsikring Danmark havde ifølge deres årsberetning 2,5 mio. medlemmer i januar 2018. Herudover havde 1,69 mio. danskere ifølge Forsikring og Pension tegnet en sundhedsforsikring hos øvrige private leverandører.

<sup>6</sup> I sammenligningen skal der tages forbehold for, at det på nuværende grundlag er uklart, i hvor høj grad de israelske og de danske sundhedsforsikringer dækker over det samme spænd af sundhedsydelser.

<sup>7</sup> Udenrigsministeriet, Innovation Centre Denmark in Israel

Det primære sundhedsvæsen har stor tilgængelighed (lange åbningstider, geografisk spredning) i Israel, hvor udgifterne til sundhedsydelser hovedsageligt finansieres af sygekasserne. Der er en begrænset egenbetaling for et udsnit af de ydelser, der finder sted hos de specialiserede læger i klinikkerne.

Der er flere niveauer for, hvor behandlingen finder sted i det primære sundhedsvæsen, hvilket forsøges uddybet i det følgende.

### Family doctors<sup>8</sup>

Indenfor sygekasserne arbejder de praktiserende læger enten som ansatte læger eller på kontrakt som private erhvervsdrivende. Der er stor forskel på, hvordan sygekasserne er organiseret. Overordnet skønnes det, at halvdelen af de primære sundhedsydelser leveres af praktiserende læger, der har indgået kontrakt med sygekassen om levering af ydelser.

Blandt de læger, der har valgt at nedsætte sig som private erhvervsdrivende, har størstedelen nedsat sig i solopraksisser<sup>9</sup>. Igen er der forskel på, hvordan sygekasserne organiserer sig, idet patienterne fx i Clalit er tilmeldt en specifik praktiserende læge, mens patienterne i Leumit hovedsageligt er tilmeldt lægeklinikker, de såkaldte "community care clinics", med et antal praktiserende læger ansat.

Der er en tendens til, at ansatte læger kun arbejder for én sygekasse, mens private erhvervsdrivende læger godt kan levere ydelser til borgere tilmeldt flere sygekasser.<sup>1011</sup>

### Workload for family doctors i Israel

Ansatte læger arbejder under en overenskomst, hvor der ses cirka 5 patienter i timen. Ifølge overenskomsten tilsiger normen, at en lægeklinik har mellem 1.100-1.500 patienter tilknyttet (afhængigt af lægens alder, status som "senior-læge", status som klinik manager mv.). I Danmark tilsiger normen, at en lægeklinik har minimum 1.600 patienter tilknyttet. Arbejdsugen er som udgangspunkt på 42 timer med mulighed for timereduktion, når man er 40+ år og igen ved 50+ år. Alle ansatte læger har ret til 4 timers ugentlig efteruddannelse. Der er afsat 3-5 timer om ugen til lægefaglig efteruddannelse.

Privatpraktiserende læger, der arbejder på kontrakt, bestemmer selv, hvor mange patienter der dagligt tilses og det ugentlige timetal i klinikken. Lægerne har adgang til medicinalregistre hjemmefra og kan besvare henvendelser fra patienter samt forny recepter mv. hele døgnet rundt, hvilket gør arbejdstilrettelæggelsen fleksibel.

Meget tyder på, at en læge, der arbejder fuldtid i primærsektoren på kontrakt eller ansat, tjener betydeligt mere end overlægen, der arbejder fuldtid på sygehuset. Kontrakt og aflønning sker altid efter forhandling med sygekassen, og det varierer meget fra læge til læge, om der honoreres efter *fee-for-service*, *fee-per-hour*, *fee-per-patient* eller *fixed salary*.<sup>12</sup>

### Samarbejdet mellem family doctors og øvrige speciallæger

Som i Danmark afsluttes langt størstedelen af patienter i almen praksis, men sammenligner man det israelske sundhedsvæsen med det danske, så er der en tendens til, at lægerne bruger speciallæger med ekspertise indenfor et givent fagområde i højere grad. Generelt har de praktiserende læger et godt kendskab til og overblik over øvrige speciallæger i lokalområdet, og lægerne trækker gerne på viden fra

<sup>8</sup> "Family doctors" er en fælles betegnelse for læger med speciale i almen medicin eller intern medicin.

<sup>9</sup> Prof. Medical Director Shlomo Vinker, MD MHA, Leumit, Israel

<sup>10</sup> [www.hspm.org](http://www.hspm.org)

<sup>11</sup> Prof. Medical Director Shlomo Vinker, MD MHA, Leumit, Israel

<sup>12</sup> Prof. Medical Director Shlomo Vinker, MD MHA, Leumit, Israel

disse specialister både ved direkte henvendelse per telefon/sikker mail og ved henvisning af patienter til udredning eller afklarende undersøgelser såvel som videre behandlingsforløb.

Der er mulighed for at foretage en "speciallæge til speciallæge konsultation", hvor praktiserende læge ved brug af et sikkert IT-setup kan skrive direkte til anden speciallæge for hurtigt råd om en konkret patientcase.

I det danske sundhedsvæsen har praktiserende læge tilsvarende mulighed for rådgivning hos specialist, men kun specialisten honoreres for tidsforbruget.

Ved henvisning til speciallæge, forbliver det overordnede patientansvar hos praktiserende læge, herunder også ansvaret for den medicin, der udstedes til multimorbide patienter.

Ift. praktiserende læges gatekeeperrolle, så kan borgere uden egen læges henvisning henvende sig til gynækolog, hudlæge, psykiater, øre-/næse-/halslæge, øjenlæge og ortopædkirurg. I Danmark er dette kun muligt for øre-, næse- og halslæger og øjenlæger.<sup>13</sup>

#### Home care, home hospitalization og palliative home hospice

For patienter som vanskeligt kan komme op til lægeklivnikken, tilbydes *home care*, hvor en akutsygeplejerske eller hjemmesygeplejerske besøger patienten i samarbejde med en praktiserende læge eller geriater. Er patienten stabil (80 pct.), aflægges lægebesøg hver tredje måned og sygeplejerske besøg hver anden måned. Ustabile patienter aflægges lægebesøg månedligt og af sygeplejerske hver anden uge. Formålet med tilbuddet er tidlig opsporing og forebyggelse af komplicerede indlæggelser.

Tilbuddet om *home hospitalization* kan komme på tale, hvor patienten akut har brug for behandling (inkl. IV behandling) men i øvrigt er stabil nok til at blive i eget hjem. Desuden forventes det, at behandlingen kun vil stå på nogle få dage. Behandlerteamet består af en sygeplejerske og en praktiserende læge eller geriater, der besøger patienten flere gange dagligt. Fra hjemmet transporteres patienten til de nødvendige undersøgelser som fx røntgenfaciliteter mv. Ens for hjemmeindlæggelsen og *palliative home hospice* er formålet at højne patientens livskvalitet samt undgå bakterieinfektioner under hospitalsindlæggelse.<sup>14</sup>

#### Call centres

Disse centre erstatter det vi i Danmark kender som lægevagten. Vagtcentralen bemannes af sygeplejersker og paramedicinere 24-7, som har mulighed for 1) at visitere direkte til skadestuen, 2) at visitere til akutte *walk-in* konsultationer med privatansatte læger udenfor almindelig åbningstid eller 3) med afsæt i en snak med patienten og en vurdering af symptomernes alvor nå til enighed om, at patienten må konsultere *egen* læge den næstkommende dag i almindelig åbningstid.

#### Community care clinics

Disse enheder bemannes gennemsnitligt af 3-4 family doctors, 1-2 speciallæger i pædiatri, 2-3 sygeplejersker samt sekretærer<sup>15</sup>. Herudover kan der også være tilknyttet speciallæger på deltid, som fx en psykiater og en neuropædiater, der bemander klinikken i aftalte tidsrum på bestemte ugedage. Enhederne behandler størstedelen af de patienter, der også behandles hos danske praktiserende læger, herunder kronikere, multisyge patienter og børn/unge.

---

<sup>13</sup> Administration of Leumit Health Services, Israel

<sup>14</sup> Administration of Leumit Health Services, Israel

<sup>15</sup> I Danmark rummer speciallægeuddannelsen i almen medicin uddannelsessporet om børn. Specialerne pædiatri og intern medicin er forholdsvis små i den danske primærsektor.

### Komplekse multisyge patienter

En lokal lægechef holder overblik over gruppen af komplekse multisyge patienter i almen praksis. Til brug for dette har en datamanager udfærdiget en liste over objektive indikatorer, som lægechefen taler med praktiserende læger og sygeplejersker om. Løbende holdes der tværfaglige "rundbordsmøder" uden patientdeltagelse, hvor udvalgte komplekse patientforløb diskuteres.

Der skabes samlet overblik over regionens patienter ved at *poole* data fra indsamling af de objektive indikatorer.<sup>16</sup>

### Consultation clinics

Størrelsen på disse enheder kan variere og omfatter typisk flere forskellige lægespecialer. Huserer mellem 10-100 multidisciplinære speciallæger. En hel del læger, ansat på hospital, arbejder også deltid i primærsektoren som ansatte læger eller på kontrakt som private erhvervsdrivende. Det foregår på den måde, at lægerne arbejder på sygehus frem til tidlig eftermiddag og hvorefter de overgår til arbejde i klinikken i primærsektoren.

I Danmark har man tidligere haft en lignende model, hvor overlæger med sygehusansættelse arbejdede på deltid i praksis. Aftaleparterne omkring speciallægepraksis (Danske Regioner og FAPS) har dog bevidst arbejdet sig væk fra den model, idet man opnår større effektivitet i speciallægepraksis, hvor dette arbejde udgør lægens hovedbeskæftigelse.

### Special facilities

Disse enheder bistår hovedsageligt med undersøgelser af forskellig art (fx coloskopi eller x-ray scanninger) fordi de har erhvervet sig det fornødne udstyr. Enhederne er ofte private virksomheder, som sygekasserne har indgået aftaler med.

## Sammenligning af data

### Økonomi

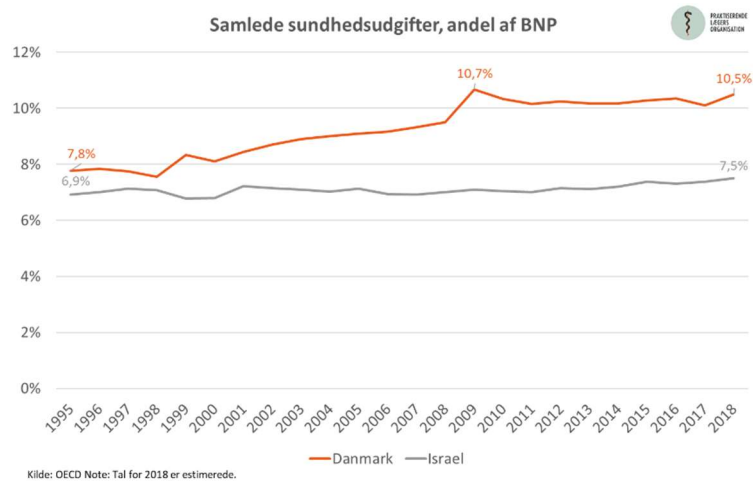
Ses der på udviklingen i andelen af BNP brugt på sundhed, ses det hvordan udviklingen i Danmark har været stødt stigende gennem en årrække, mens andelen af BNP brugt på sundhed i Israel har været tilnærmelsesvis stabil.

Det skal understreges, at det er et velkendt problem, at der er udfordringer forbundet med BNP-sammenligninger i forbindelse med opgørelser over sundhedsudgifter. Fx ved vi, at kommunale sundhedsudgifter er medtaget i den danske opgørelse, mens det er uklart hvorvidt de er medtaget i den israelske opgørelse. På trods af disse udfordringer, kan vi bruge tallene til at få et overordnet billede af tendensen for udviklingen i de to landes sundhedsudgifter.

---

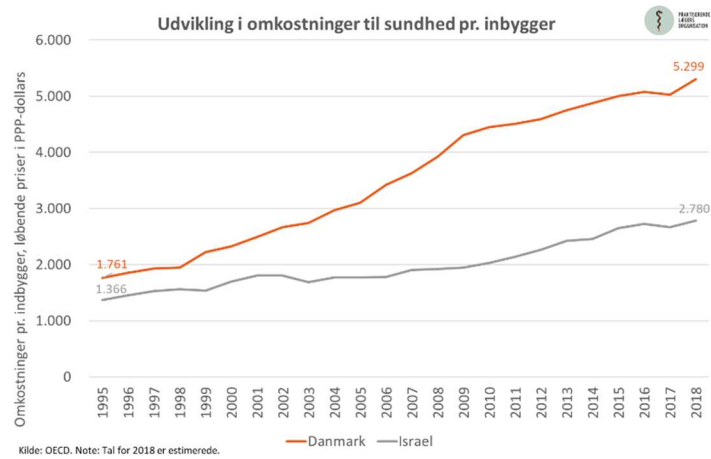
<sup>16</sup> Administration of Leumit Health Services, Israel

Figur 2



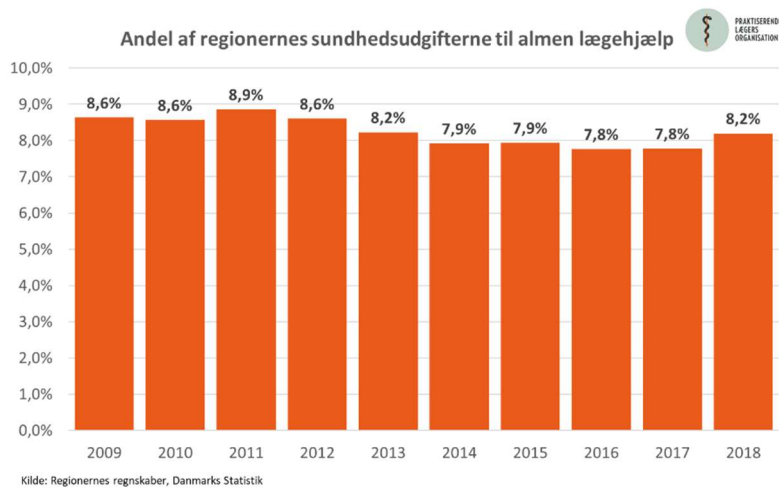
Samme udvikling i omkostninger til sundhed kan opgøres per indbygger. I Danmark ses en tendens til en markant stigning i omkostninger til sundhed per dansker – selvom andelen af de regionale sundhedsudgifter til almen lægehjælp som bekendt er faldet i en længere årrække. Igen er det vigtigt at understrege, at de samme forbehold som ovenfor gør sig gældende, når vi sammenligner sundhedsudgifter på tværs af lande.

Figur 3



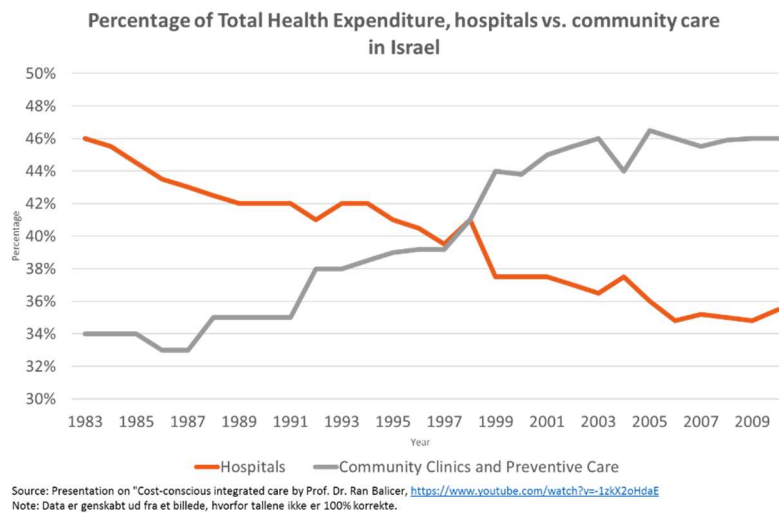


Figur 4



Selvom de samlede udgifters andel af BNP til sundhed ikke har ændret sig betydeligt over en årrække i Israel, så har der fundet en ikke ubetydelig omfordeling af midler sted fra sekundær til primær sundhed<sup>17,18</sup>. Der har været politisk fokus på at opruste det primære sundhedsvæsen. Figuren nedenfor viser fordelingen af de samlede udgifter til sundhed fordelt på primær og sekundær sundhed.

Figur 5

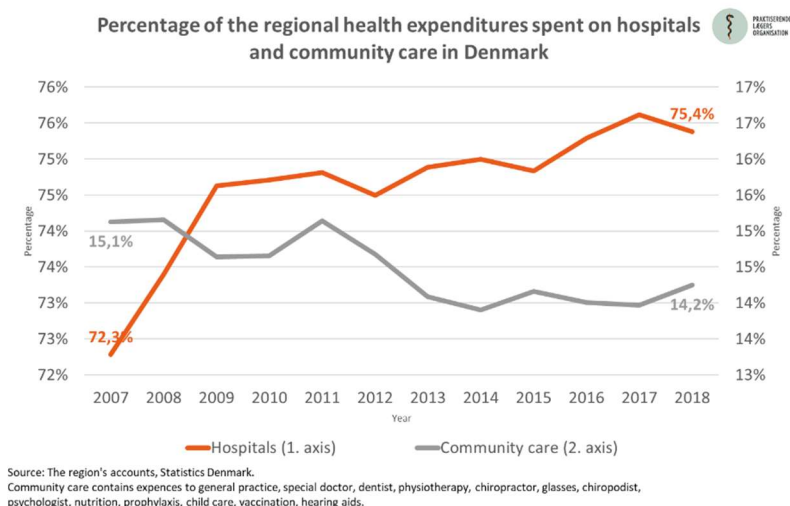


<sup>17</sup> Prof. Medical Director Shlomo Vinker, MD MHA, Leumit, Israel

<sup>18</sup> WHO, Health in Transition, Vol. 17 No. 6 2015, Health System Review: Israel, 2015

Grafen nedenfor er et forsøg på at sammenholde udviklingen i Israel med udviklingen i det danske sundhedsvæsen<sup>19</sup>. Det danske sundhedsvæsen har afsat betydeligt flere midler til det sekundærsektoren.

Figur 6



### Offentlige versus private sundhedsudgifter

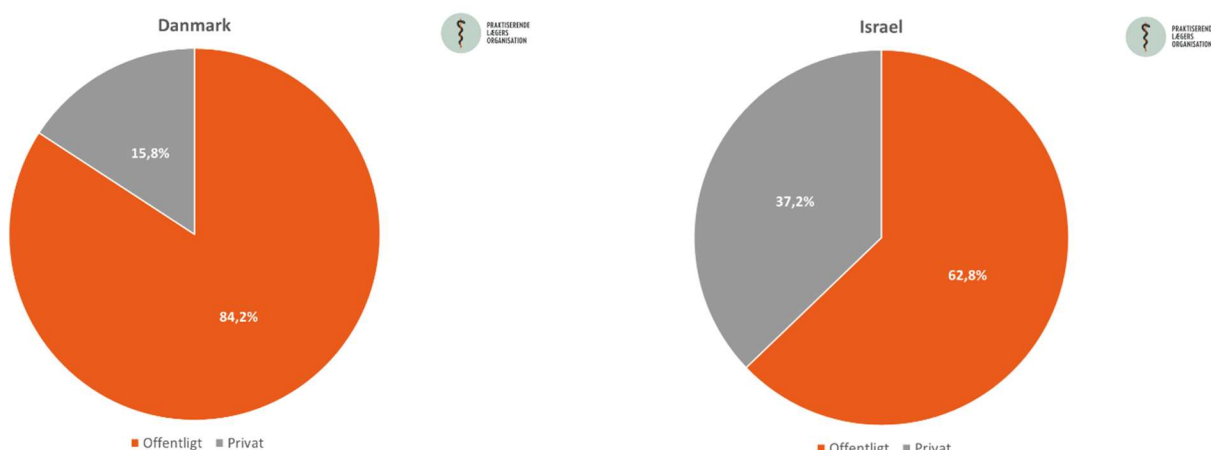
I 2015 blev cirka 62,8 % af de samlede sundhedsudgifter i Israel offentligt finansieret, mens 37,2 % af udgifterne blev finansieret ved egenbetaling (private sundhedsforsikringer samt egenbetaling af især tandlægebesøg og brugen af lægemidler<sup>20</sup>).

I Danmark blev cirka 84,2 % af de samlede sundhedsudgifter offentligt finansieret, mens 15,8 % af udgifterne blev finansieret ved egenbetaling (private sundhedsforsikringer samt øvrige private ydelser).

<sup>19</sup> Der skal ved landesammenligningen af de to grafer for fordelingen af de samlede udgifter til sundhed fordelt på primær og sekundær sundhed tages adskillige forbehold. De israelske tal er genskabt efter et præsentations-slide af Ran Balicer. Hvorvidt "community care" reelt dækker over det samme som den israelske opgørelse over "community clinics and preventive care" er usikkert.

<sup>20</sup> <https://international.commonwealthfund.org/countries/israel/>

Figur 7



Nedenfor opgøres hhv. de offentlige og private udgifter til sundhed per indbygger i Danmark og Israel. Hvis vi sammenligner udgifterne til sundhed opgjort per indbygger, så bruger Israel færre offentlige midler per indbygger sammenlignet med Danmark. Ser vi på egenbetalingen per indbygger i de to lande, så er denne højere i Israel sammenlignet med Danmark<sup>21</sup>.

Tabel 3

	2017	
	Offentligt	Privat
Danmark	4.363,4	819,5
Israel	1.780,4	1.053,2

Note: Udgifter til sundhed pr. indbygger, løbende priser, PPP US dollars

## Ressourcer på sundhed

### Sundhedspersonale

Israel har 0,2 flere praktiserende læger per 1000 indbyggere sammenlignet med Danmark. Hvis vi skulle have en model i Danmark, der tilsvarede den israelske model for så vidt angår antal praktiserende læger per indbygger, skulle vi have haft ca. 5.724 praktiserende læger i 2016, dvs. 1.142 flere læger end det var tilfældet. Fremskrives beregningen, så skal Danmark have ca. 5.995 praktiserende læger i 2025, for stadig at have en ratio på 1,0 læger pr. 1.000 indbygger<sup>22</sup>.

Noget tyder på, at der er en tilnærmelsesvis ligelig fordeling af almen medicinere og øvrige speciallæger i det primære sundhedsvæsen i Israel. Dvs. at der er en "praktiserende speciallæge" for hver alment praktiserende læge<sup>23 24</sup>.

<sup>21</sup> Udregningen tager forbehold for de udfordringer, der er forbundet med brugen af OECD's data til sammenligninger af sundhedsudgifter. Fx er det uklart i hvor høj grad opgørelserne medtager kommunale sundhedsudgifter.

<sup>22</sup> I 2025 vil der være ca. 6,0 mio. indbyggere i Danmark ifølge OECD.

<sup>23</sup> Ministry of Health, Jerusalem, 2007. Physicians in the community – Sociodemographic and professional characteristics

<sup>24</sup> Bruce Rosen, Jerusalem, 2011. Primary Care in Israel: Accomplishments and challenges

Tabel 4

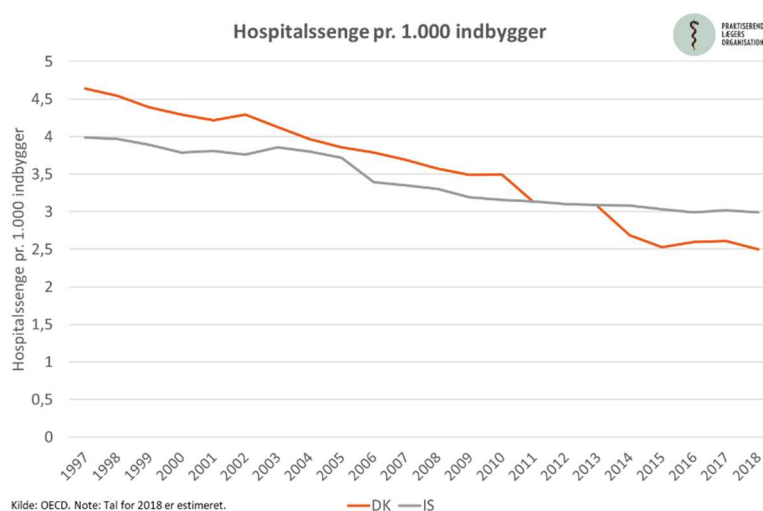
	Israel 2016	Danmark 2016
Antal praktiserende læger <sup>25</sup>	8.520	4.582 <sup>26</sup>
Antal praktiserende læger, per 1.000 indbyggere	1,0	0,8
Antal praktiserende speciallæger	– <sup>27</sup>	1.046 <sup>28</sup>

## Hospitalssege

Antallet af hospitalsenge har været nedadgående i begge lande for en årrække, selvom Israel har nogenlunde stabiliseret niveauet fra omkring 2009 og frem. Tendensen nu er, at niveauet af senge per indbygger er højere i Israel end i Danmark, hvilket umiddelbart kan undre, eftersom de samlede hospitalsudgifter er faldet. Israel dør jævnligt med overbelægning på hospitalerne.

Danmark har senest oplevet et markant fald i antallet af sengepladser.

Figur 8



<sup>25</sup> OECD's definition omfatter "General practitioners + Other generalist (non-specialist) medical practitioners"

<sup>26</sup> Antallet af læger opgjort af OECD tilsvare ikke PLO's opgørelse, da sidstnævnte alene udgør antallet af læger med ydernummer. I 2018 havde vi 732 læger med speciale i almen medicin, der arbejdede udenfor almen praksis.

<sup>27</sup> Det har ikke været muligt at finde et tal for antallet af praktiserende speciallæger i Israel. Bl.a. fordi der er tale om et uklart definitionsspørgsmål, da en del læger på sygehus også besætter klinikkerne i primærsektoren i aftentimerne.

<sup>28</sup> Foreningen af Speciallæger, April 2019

## Kvalitet

### Primary care

Overordnet viser internationale analyser og sammenligninger, at kvaliteten af primære sundhedsydelse leveret af sygekasserne i Israel rangerer højt.<sup>29</sup>

### Hospitalsindlæggelser

Først og fremmest er antallet af indlæggelser i Israel faldet helt overordnet siden 2005. Hernæst ligger antallet af indlæggelser i det israelske sundhedsvæsen betydeligt lavere end i Danmark for så vidt angår indlæggelser relateret til diabetes, KOL og astma.

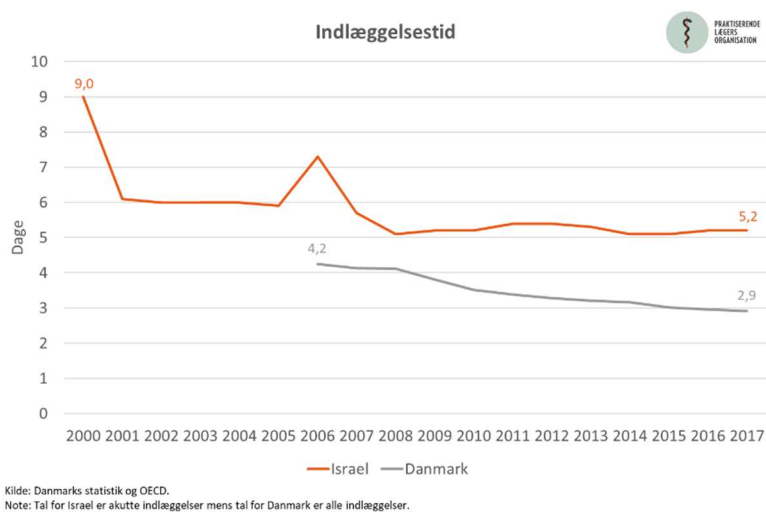
Tabel 5

	Israel 2005	Israel 2017	Danmark 2017
<i>Hospitalsindlæggelser, standardiseret (køn, alder) rate per 100.000 indbyggere, 15+ år</i>			
1. Diabetes	1. 68,2	1. 66,3	1. 98,4
2. KOL	2. 231,9	2. 171,7	2. 270,6
3. Forhøjet blodtryk	3. 80,3	3. 62,9	3. 45,4
4. Astma	4. 75,5	4. 42,3	4. 54,1

Det kan tænkes, at faldet i antallet af hospitalsindlæggelser i Israel fra 2005 til 2017 skyldes oprustningen af primærsektoren. Det må formodes, at flere patienter som følge af satsningen opfanges og behandles af praktiserende læge i samarbejde med andre specialister i primærsektoren tidligt i et sygdomsforløb og herved undgår behandling i det specialiserede sygehusvæsen.

Som det er nævnt tidligere, er antallet af sengepladser i Israel højere end i Danmark på trods af, at Israel har færre indlæggelser indenfor nogle patientkategorier, som det ses ovenfor. Dette kan skyldes, at den gennemsnitlige indlæggelsestid i Israel er højere end i Danmark, som det ses nedenfor.

Figur 9



<sup>29</sup> WHO, Health in Transition, Vol. 17 No. 6 2015, Health System Review: Israel, 2015

**Overvægt** – til trods for at andelen af overvægtige er tilnærmelsesvist den samme i Israel og Danmark (se tabel 2), så er antallet af hospitalsindlæggelser relateret til diabetes markant lavere i Israel sammenlignet med Danmark.

**Ryging** – til trods for at andelen af rygere er den samme i Israel og Danmark, så er antallet af hospitalsindlægger relateret til KOL lavere i Israel sammenlignet med i Danmark.

### Kvalitetsindikatorer

I 2004 tog de offentlige myndigheder i Israel initiativ til at indlede et nationalt kvalitetsprogram i primærsektoren ("National Program for Quality Indicators in Community Healthcare in Israel (QICH)").

I dag indsamles der systematisk kvalitetsdata fra alle fire sygekasser med formål at producere nationale opgørelser over kvalitetsindikatorer til brug for den videre udvikling af området<sup>30</sup>.

### Patienttilfredshed

Der er foretaget tilfredshedsundersøgelser i både Israel og Danmark af de ydelser, der leveres i sundhedsvæsenet, herunder i primærsektoren.

#### Israel

En undersøgelse fra 2014 viste, at 89 % af israelerne var tilfredse eller meget tilfredse med deres sygekasser. Imidlertid tilkendegav 61 % af israelerne, at de var tilfredse eller meget tilfredse sundhedssystemet generelt. 55 % af respondenterne angav, at de kunne se en specialist inden for to uger. 18 % havde svært ved at få adgang til pleje om aftenen eller i weekenden/helligdage. Den økonomiske byrde ved at betale for sundhedsvæsenet var stor eller meget stor for 25 % af de adspurgte.<sup>31</sup>

#### Danmark

Patienternes tilfredshed er højere i klinikker med almindelige praktiserende læger (enkeltmands-, kompagniskabs- og delepraksis), end den er i udbudsklinikker og i regionsklinikker.

Allermest tilfredse er patienterne med læge-patient-forholdet. Her angiver 97 pct. af patienterne, at de vurderer det enten enestående, meget godt eller godt. Næsthøjeste vurdering får de lægefaglige ydelser. Her vurderer 96 pct., at de enten er enestående, meget gode eller gode.

I øvrige speciallægepraksis er patienttilfredsheden ligeledes høj. 98 pct. af patienterne vil således anbefale deres speciallægeklínik til andre og 96 pct. af patienterne vurderer at besøget hos speciallægen har hjulpet patienten.

---

<sup>30</sup> Sprog-mæssige barrierer har gjort det vanskeligt at dykke ned i de konkrete kvalitetsindikatorer.

<sup>31</sup> Undersøgelse fra Myers-JDC-Brookdale Institute, Jerusalem.

<https://www.hspm.org/countries/israel25062012/livinghit.aspx?Section=1.4%20Health%20status&Type=Section>

## IT og data

Både i Israel og i Danmark er der fokus på udvikling af brugen af IT og data i sundhedsvæsenet.

Alle sygekasser har tilknyttet forskningsenheder, hvor der bl.a. udvikles IT-løsninger samt forskes i bedre brug af data i det israelske sundhedsvæsen samt forbyggende diagnosticering. Det samme gør sig gældende i Danmark, hvor vi ved alle landets universiteter har forskningsenheder tilknyttet.

Et nyere studie viser, at vi i Danmark rangerer højt blandt europæiske lande, når det kommer til brugen af eHealth, hvor andelen af praktiserende læger, der bakker op om brugen af eHealth, har vist en fordobling fra 2013 til 2018<sup>32</sup>.

Meget tyder på, at vi følges ad i tilgængeligheden af e-konsultation i praksis, og i begge lande er der igangsat pilotprojekt med formål at afprøve videokonsultation. Der kan argumenteres for, at brugen af e-konsultationer bør retænkes, så mængden og længden indskrænkes af hensyn til lægens tidsforbrug. Israel stiler efter, at minimum 25 pct. af lægerne benytter sig af videokonsultationer i klinikken indenfor en femårig periode. Det faktum, at cirka 75 pct. af alle konsultationer i primærsektoren finder sted uden egentlig fysisk berøring af patienten, kalder på nye metoder i behandlingen. Dette billede er ens i såvel Israel som Danmark.

Ligeledes følges landene ad, når det kommer til medicinsk beslutningsstøtte og elektronisk receptfornyelse.

Ift. datadeling, så har det israelske sundhedsvæsen et avanceret datadelingsystem i næsten realtid på tværs af alle sygehus, praksisser og home care journaler, hvor alle strukturerede data deles. Data skærmes afhængigt af profession og rolle i behandlingen. Data deles dog kun i begrænset grad på tværs af sygekasserne.

Udover at praktiserende læge har en en-knaps funktion, så de kan dele et journalnotat med den speciallæge, som de ønsker rådgivning fra, er det muligt at dele journaldata midlertidigt med sygehuslæger under patientens indlæggelse; data autoslettes ved udskrivelse. Praktiserende læge har altid adgang til patientens hospitalsjournal. Der er tale om et særligt IT-system, som ikke tager afsæt i en fælles database.

## Innovation og teknologiudvikling

Israel har i en årrække haft meget fokus på innovative løsninger og teknologiudvikling i sundhedsvæsenet, hvor hospitaler og sygekasser er drivkraften bag sundhedsinnovation. Der er oprettet *technology transfer offices* på de større israelske hospitaler og sygekasser, som hjælper praktiserende læger og forskere i det israelske sundhedsvæsen (både primære og sekundære sundhedssektor) med at kommercialisere viden og forskning. Ved enhver teknologi spin-off modtager lægen 30 pct. af indtjeningen, lægens laboratorie 20 pct. og hospitalet/sygekassen 50 pct. Dermed er der et incitament for læger til at være innovative.

Desuden har israelske hospitaler og sygekasser etableret en åben innovationsplatform, som giver nationale og internationale startups og virksomheder mulighed for at udvikle innovative sundhedsløsninger i tæt samarbejde med hospitaler og sygekasser. Hospitalerne og sygekasserne giver, mod betaling, virksomhederne mulighed for at have et kontor på hospitalet og giver dem adgang til faciliteter, pilotprojekter, kliniske forsøg, sundhedsdata og samudvikling med praktiserende læger og forskningslæger.

I Israel er holdningen, at hospitaler og sygekasser bør tjene penge på innovation til finansiering af videre innovation. Dermed belaster innovationsudgifter ikke sundhedsbudgettet.<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> "Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners", study prepared for the European Commission, 2018

<sup>33</sup> Udenrigsministeriet, Innovation Centre Denmark in Israel

## Historie

### Baggrund for politisk satsning på det primære sundhedsvæsen

Begyndende bekymringer for en fremtidig mangel på læger blev rejst allerede i 1990'erne. Det kritiske behov for både læger og sygeplejersker blev først taget alvorligt i starten af 2000'erne, efter studier initieret af det Israelske Sundhedsministerium, det siddende faglige råd for videregående uddannelser og regeringens sundhedsudvalg så videre på udviklingen.

Problematikken blev bragt op til overfladen efter en periode med fejlagtige beregninger eller helt mangel på samme af behovet for læger og sundhedspersonale og heraf manglende satsning på disse faggrupper. Relativt lave lægelønninger i en periode har desuden haft betydning for, at israelske læger skiftede fra offentlige til private stillinger samt emigrerede til udlandet både under og efter endt uddannelse.

Situationens alvor førte flere tiltag med sig:

- 1) Etablering af en ny medicinsk skole i Galilea (Israels nordlige region), som åbnede i efteråret 2011 og som er en del af Bar Ilan Universitet. Skolen blev etableret i Galilea for at bidrage til forbedring af sundhedsvæsenet i den perifere region, samt for at bidrage mere bredt til regionens økonomiske og sociale udvikling.
- 2) Med regeringens støtte steg antallet af elevoptaget fra ca. 400 i 2005 til over 600 i 2012 og til næsten 700 i 2014. Stigningen skal ses i lyset af, at der blev udbudt kortere overbygningsforløb af 3-4 års varighed fremfor de traditionelle seksårige forløb på medicinstudiet. Dette for at få de studerende hurtigere igennem studiet og for at hente studerende hjem, som havde taget første del af deres uddannelse i udlandet.
- 3) Det blev muligt at fortsætte sin lægegerning efter ellers lovfæstet pensionsalder.
- 4) Introduktion af efteruddannelse for sygeplejersker, farmaceuter mv. til at bistå lægerne.

Udstedelsen af medicinske licenser i Israel fordoblede sig på mindre end 10 år<sup>34</sup>. Dog har udviklingen i antallet af almen medicinere ikke været som forventet, idet antallet af uddannede almen medicinere har været lavt og stabilt med cirka 100 nye specialuddannede i "family medicine" hvert år. Dette vurderes at være betydeligt lavere end det reelle behov, der estimeres til cirka 300 nye specialuddannede om året.<sup>35</sup>

Manglen på læger med speciale i almen medicin har resulteret i, at læger uden specialuddannelse i almen medicin og/eller med hospitalsefaring besætter lægestillingerne i den primære sundhedssektor.<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup> <https://www.hspm.org/countries/israel25062012/livinghit.aspx?Section=1.4%20Health%20status&Type=Section>

<sup>35</sup> Prof. Medical Director Shlomo Vinker, MD MHA, Leumit, Israel

<sup>36</sup> Prof. Medical Director Shlomo Vinker, MD MHA, Leumit, Israel: "As there is a need for family doctors the posts are filled by generalists (doctors without any specialty or board certifications or hospitalists (mainly board certified in Internal medicine))"



## Potentialer/Nysgerrighedspunkter

1. Israels andel af BNP brugt på sundhed har gennem en årrække været stabil, mens forbruget i DK har været stigende. Alligevel har Israel den højeste forventede levetid for mænd blandt OECD lande og ligger markant højere i forventet levetid for kvinder sammenlignet med Danmark.
2. Befolkningen i Israel er fortsat yngre end i Danmark, selvom tendensen er, at der kommer flere og flere ældre. Sammenlignet med DK viser statistikkerne, at antallet af rygere er det samme for de to lande, mens israelerne drikker mindre alkohol sammenlignet med danskerne. Niveauet af overvægt i Israel svarer til niveauet i den danske befolkning.
3. Noget tyder på, at primærsektoren, herunder praktiserende læger, opfanger og behandler sygdomme tidligere, så patienterne undgår behandling i det specialiserede sygehusvæsen. Herunder hospitalsindlæggelser relateret til diabetes, KOL og astma.
4. Noget tyder ligeledes på, at alment praktiserende lægers adgang til- og samarbejde med speciallæger i primærsektoren er med til at undgå indlæggelser på sygehusene, da patienterne i stedet kan behandles i primærsektoren.
5. Israel har 0,2 flere læger per 1.000 indbyggere sammenlignet med Danmark. Hvis vi skulle have en model, der svarer til den israelske model, skulle vi have godt 1.100 flere læger i Danmark. I 2015 skal vi have knap 6000 praktiserende læger.
6. Vi bruger knap 2,5 gange flere offentlige midler på sundhed sammenlignet med Israel. Egenbetalingen er tilnærmelsesvis den samme i de to lande (for Israel lidt højere). Alligevel har begge lande overordnet høj tilfredshed med de sundhedsydelser, der leveres i sundhedsvæsenet.
7. I Israel er der sket en opgaveflytning fra den sekundære til den primære sundhedssektor. Ligeledes er der sket en udflytning af specialister fra hospitalerne til det primære sundhedsvæsen. Spørgsmålet er, hvor stor en betydning dette har haft for den økonomiske effektivitet og for den gennemsnitlige levealder i den israelske befolkning?
8. Noget tyder på, at datadeling mellem hospital og primærsektor har gjort arbejdsgangene i primærsektoren mere effektive.