

Aftale om regionernes økonomi for 2012

2. juni 2011

1. Indledning

Med aftalen sikres en fortsat forbedring og udbygning af sundhedsvæsenet.

Sundhedsområdet er en hovedprioritet for anvendelsen af råderummet for de kommende års vækst i de offentlige udgifter. De økonomiske rammer er lagt med *Aftale om genopretning af dansk økonomi*, 2010, indgået mellem regeringen og Dansk Folkeparti, der prioriterer 5 mia. kr. til sundhedsområdet i årene 2011-13, og 2020-reformerne, der fastlægger råderummet for den offentlige økonomi.

Målsætningen om balance i dansk økonomi, jf. 2020-reformerne, betyder, at det samlede vækstråderum er begrænset. De offentlige finanser er pressede fra flere sider, med et forventet underskud i 2011 på 74 mia. kr. Det skal ses i sammenhæng med den demografiske og teknologiske udvikling og et sundhedsvæsen med et højt ambitionsniveau i forhold til faglig kvalitet i behandlingen.

Det betyder samlet et forstærket behov for at anvende ressourcerne på den bedst mulige måde, så der opnås mest mulig sundhed for pengene. Det omfatter effektivisering, prioritering og omprioritering. Kapaciteten på sundhedsområdet skal anvendes bedst muligt. Der skal gennem bl.a. tiltag i forhold til indikationsskred og standardglidning prioriteres, og behandling skal ske i overensstemmelse med det sundhedsfagligt velbegrundede. Det skal også medvirke til at sikre kvalitet i behandlingen. Det rigtige skal gøres første gang, så patienten ikke oplever unødigt lange eller uhensigtsmæssige behandlingsforløb. Samtidig skal der løbende ske en omprioritering fra administrative til patientnære ressourcer.

At prioriteringen af nye midler til sundhedsområdet tilvejebringes ved omprioriteringer og reformer på andre områder, forstærker forpligtelsen til at være kritisk i forhold til, hvad der leveres for pengene.

På landets sygehuse og afdelinger udgør personalet en vigtig og afgørende ressource i patientbehandlingen. Personalet har vist stor omstillingsparathed og drevet vigtige tilpasningsprocesser i sundhedsvæsenet. Også fremover skal et godt sundhedsvæsen bygge på personalets arbejdsindsats og høje engagement.

2. De økonomiske rammer

Aftale om genopretning af dansk økonomi fra 2010 markerede en fortsat prioritering af sundhedsområdet, og grundlagde samtidig kursen i forhold til en bedre styring og prioritering på sundhedsområdet.

Med økonomiaftalen for 2011 blev der taget en række skridt til en forbedret udgiftsstyring i regionerne. Den centrale tilgang var en opstramning i den måde, som sygehusenes budgetter styres på. Det betyder blandt andet, at ekstra midler til øget sygehusaktivitet fra den statslige aktivitetspulje i højere grad, blandt andet via de regionale takststyringssystemer, skal prioriteres, hvor der er behov for og ønske om en øget indsats, så sygehusene ikke samlet overskrider det fastsatte budget, og at pengene bruges på den aktivitet, som regionsrådene ønsker prioriteret.

Økonomiaftalen for 2012 ligger inden for de økonomiske rammer fastlagt med genopretningspakken fra 2010 og de økonomiske rammer, jf. 2020-reformerne.

Boks 1

Økonomiske forudsætninger vedrørende sundhedsområdet

- Med aftalen løftes aktiviteten på sygehusområdet i 2012 med 1.950 mio. kr. Det tilvejebringes ved et realløft på 650 mio. kr. og produktivetsforbedringer på 2 pct.
- Der er aftalt et samlet niveau for nettodriftsudgifterne (eksklusive medicintilskud) på sundhedsområdet på 93.297 mio. kr. i 2012.
- Der er aftalt et samlet niveau for anlægsudgifterne (brutto) på 3.300 mio. kr. på sundhedsområdet i 2012. Heraf hensættes ved deponering i regionerne 1.022 mio. kr. (12-PL) til finansiering af projekter med kvalitetsfundsstøtte, 50 mio. kr. tilvejebringes fra en it-pulje til fællesregionale investeringer (reservation i staten), og 300 mio. kr. tilvejebringes via en låne- og deponeringsfritagelsespulje, der administreres af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Det er lagt til grund for aftalen, at regionernes udgifter til medicintilskud i 2012 udgør 6.745 mio. kr.
- Det statslige bloktilskud udgør 81.545 mio. kr. i 2012, hvortil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet.
- Det statslige, aktivitetsbestemte tilskud udgør i 2012 2.670 mio. kr. Den aktivitetsbestemte pulje udmonter som anført i bilag 1.
- De foreliggende opgørelser viser, at sygehusene i 2010 har præsteret en samlet produktionsværdi på 64.404 mio. kr. (12-PL). I 2011 forventes sygehusene at præstere en aktivitetsstigning på 1 pct. svarende til en produktionsværdi på 65.048 mio. kr. (12-PL) ekskl. puljer. I 2012 forventes en yderligere aktivitetsstigning på 3 pct. svarende til en forventet produktionsværdi på 66.998 mio. kr. De forventede produktionsværdier i 2011 og 2012 er opgjort under forudsætning af en produktivetsvækst på 2 pct. i begge år.
- Det maksimale niveau for regional finansiering fra kommunal medfinansiering i form af aktivitetsbestemte bidrag udgør 18.887 mio. kr. i 2012. Finansieringsloftet fordeles mellem regionerne med udgangspunkt i regionernes aktivitet.

Boks 2

Økonomiske forudsætninger vedrørende regional udvikling

- Der er aftalt et samlet niveau for nettodriftsudgifterne på området for regional udvikling i 2012 på 2.920 mio. kr. hvortil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet.
- Det statslige bloktilskud til regional udvikling udgør 2.233 mio. kr. i 2012, hvortil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet.
- For 2012 vil pris- og lønregulering indebære, at udgangspunktet for regionernes bidragsfastsættelse vil være et grundbidrag på 123 kr. pr. indbygger, svarende til 686 mio. kr. Reguleringen er fastsat på basis af et skøn for den regionale pris- og lønudvikling fra 2011-2012 på 1,8 pct. inklusive medicin.

Boks 3

Øvrige økonomiske forudsætninger

- Udgifterne til medicintilskud i 2010 udgjorde 7.067 mio. kr. på landsplan. Via den aftalte medicingaranti reguleres bloktilskuddet i 2011 med 75 pct. af merudgifterne i regionerne i forhold til det forudsatte niveau.
- Det skønnes, at udgifterne til medicintilskud i 2011 udgør 6.700 mio. kr. på landsplan. Via den aftalte medicingaranti reguleres bloktilskuddet i 2011 med 75 pct. af mindreudgifterne i regionerne i forhold til det forudsatte niveau.
- Pris- og lønudviklingen på sundhedsområdet fra 2011-2012 er fastsat til 2,0 pct. (ekskl. medicintilskud). For regional udvikling er pris- og lønudviklingen fra 2011-2012 fastsat til 2,2 pct. Den samlede pris- og lønregulering på det regionale område fra 2011-2012 er fastsat til 1,8 pct. inklusive medicin. PL-skønnet for anlægsudgifterne er 0,4 pct. fra 2011-2012.

Låne- og deponeringsfritagelsespulje

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at de mulige gevinster ved et samarbejde med private virksomheder i regi af offentligt-privat samarbejde skal søges udnyttet. Med henblik på blandt andet at fremme anvendelsen af OPP etableres en låne- og deponeringsfritagelsespulje på 300 mio. kr., hvor der kan søges om låneadgang eller dispensation fra deponeringsforpligtelsen i lånebekendtgørelsen. Puljen administreres af Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Puljen omfatter ikke kvalitetsfondsstøttede byggerier, da dette byggeri er fuldt finansieret og skal afholdes inden for de fastsatte investeringsrammer.

Opfølgning på sygehusinvesteringer

Der er aftalt samlede investeringer i nye og moderniserede sygehuse på over 41 mia. kr. over de kommende år med støtte fra kvalitetsfonden.

Styring

Regionerne har ansvaret for at realisere sygehusbyggerierne med de løsninger, som er hensigtsmæssige lokalt og indenfor de fastlagte investeringsrammer. Det er derfor regionsrådene, som sikrer, at byggerierne har en tilstrækkelig fremdrift, og at byggerierne overholder de fastlagte investeringsrammer og øvrige forudsætninger og vilkår.

Regionerne har derfor fokus på en betryggende organisering og risikostyring, så der kan gribes ind i tide, hvis forudsætninger ændres. Regionerne har besluttet en række principper for styringen, der sammen med kontrol- og opfølgningsprocedurer skal sikre fuld gennemsigtighed i projekternes økonomi og forløb.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet følger op på, at de statslige midler fra kvalitetsfonden anvendes til formålet og i overensstemmelse med tilsagnsbetingelserne.

For de enkelte projekter udarbejdes kvartalsvise, revisionspåregnede redegørelser til regionsrådene, som også danner grundlag for Indenrigs- og Sundhedsministeriets opfølgning. Regionerne udarbejder senest ultimo august 2011 oplæg til standardiserede regionale indberetninger, hvori der redegøres for fremdriften i byggeriet mv., som danner grundlag for drøftelse med Indenrigs- og Sundhedsministeriet med henblik på fastsættelse af en endelig redegørelses-/indberetningsform.

Det følger af tilsagnsvilkårene, at regionerne for hvert projekt opstiller og beslutter et prioriteret katalog over de umiddelbare projektilpasninger, der konkret gennemføres, hvis der opstår budgetproblemer, så den fastlagte investeringsramme overholdes.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at læring, videnopsamling og videndeling på tværs af regionerne vedrørende sygehusbyggeri er et afgørende element i forhold til at sikre innovative, rationelle løsninger i sygehusbyggeriet og at etablere fremtidssikrede moderne sygehuse.

Danske Regioner har iværksat et projekt over en tre-årig periode, der skal sikre en systematisk videnopsamling og -deling for centrale elementer af sygehusbyggeriet, herunder med inddragelse af erfaringer fra udlandet ligesom muligheder for standardiserede løsninger indtages.

Målopfølgning

Med økonomiaftalen for 2008 blev aftalt en række principper omkring målfastsættelse og opfølgning herpå i forbindelse med sygehusinvesteringerne. Fremadrettet er regeringen og Danske Regioner enige om nedenstående principper i forhold til målfastsættelse.

Parterne er enige om, at der i processen med etablering af de nye sygehuse skal være fokus på at realisere de overordnede nationale mål med kvalitetsfundsprojekterne. Sygehusbyggerierne skal bidrage til at opfylde de af Sundhedsstyrelsen forudsatte funktioner i den ny sygehusstruktur.

Regionerne skal følge op på de realiserede strukturændringer i forhold til produktivtetsgevinster, kapacitetsudnyttelse, forbedrede arbejdsgange og ambulant behandling, der hvor projekterne er så fremskredne, at det er relevant.

Ved færdiggørelsen af de enkelte projekter udarbejdes en evalueringsrapport i forhold til effektiviseringskrav samt bedre kapacitetsudnyttelse og bedre patientforløb mv., som også kan omfatte opfølgning på de projektspecifikke mål, som regionerne har opstillet for det enkelte projekt.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil i takt med realiseringen af projekterne foretage en vurdering af, hvordan projekterne samlet set bidrager til at udvikle den nye sygehusstruktur. I denne opfølgning vil der blandt andet være fokus på, i hvilket omfang Sundhedsstyrelsens anbefalinger i forhold til sikring af sundhedsfaglige kvalitet følges, samt i hvilket omfang samlingen af den specialiserede behandling og reduktionen i antallet af sygehuse med fælles akutmodtagelse realiseres.

Ejendomsafhændelse i tilknytning til etablering af ny sygehusstruktur

Regionerne står overfor en række ejendomsfrasalg over de kommende år, som led i realiseringen af den nye sygehusstruktur. Regeringen er indstillet på, i dialog med regionerne, at afsøge mulighederne for at nyttiggøre den opsamlede erfaring vedrørende ejendomsmodning og -salg i det statslige ejendomsselskab Freja i forbindelse med de regionale ejendomsfrasalg. Freja skal ikke overtage sygehusejendomme i drift.

Fokus vil være på at få udnyttet Frejas særlige kendskab til salg af hidtil offentligt ejede ejendomme til andre formål, så der skabes størst mulig værdi af de offentlige aktiver i forbindelse med den konkrete afhændelse.

Styrket økonomistyring

Regeringen har igangsat et tværoffentligt projekt, der skal sikre en bedre økonomistyring i hele den offentlige sektor. En tæt og løbende opfølgning på den økonomiske udvikling er en forudsætning for at identificere eventuelle økonomiske ubalancer, og for at ledelserne i tide kan foretage de nødvendige budgettilpasninger og omprioriteringer. Projektet vil blandt andet fokusere på budgetgrundlag og -processer, controlling og ledelsesrapportering samt kobling mellem økonomi- og virksomhedsstyring.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der behov for yderligere fokus på økonomistyring i regionerne. På den baggrund er partnerne enige om at gennemføre et fælles analysearbejde om økonomistyringen i regionerne. Som led i arbejdet evalueres de indførte kvartalsvise økonomiopfølgninger med henblik på styrkelse af opfølgningerne som et aktivt styringsredskab.

3. Retningslinjer for visitation og henvisning

Der skal opnås mest mulig sundhed for de samlede ressourcer. Det er vigtigt at undgå utilsigtede skred i indikationer for behandling. Offentligt finansieret behandling i sundhedsvæsenet skal baseres på et fagligt funderet visitationsgrundlag.

I opfølgning på aftalen om regionernes økonomi for 2011 har Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner offentliggjort nye retningslinjer for visitation og henvisning til fedme- og rygbehandling, som trådte i kraft 1. januar 2011.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at udarbejde retningslinjer for visitation og henvisning til (udvalgte) knæoperationer, samt at disse vil blive udsendt inden udgangen af juni 2011. Desuden er der enighed om, at der skal opstilles nye visitations- og henvisningsret-

ningslinjer for skulderkirurgi senest oktober 2011. I forhold til at holde momentum i arbejdet vil to nye behandlingsområder udtages til gennemgang senest august 2011, og derefter vil udmelding af nye behandlingsområder følge en kvartalsmæssig kadence. I det videre arbejde med retningslinjerne for visitation og henvisning indgår ligeledes en analyse af indikations-skred i behandling, herunder kortlægning af de 10-20 behandlingsområder med størst vækst i antal behandlede patienter.

4. Bedre ressourceanvendelse og organisering

Effektiv ressourceanvendelse er centralt i hele sundhedsvæsenet. De økonomiske rammer og målsætningen om balance i dansk økonomi øger nødvendigheden af at effektivisere den regionale opgaveløsning og anspore til bedre ressourceanvendelse. Regeringen og Danske Regioner er derfor enige om, at indsatsen for at anvende ressourcerne på sundhedsområdet på den bedst mulige måde skal forstærkes.

Langt størstedelen af de samlede udgifter i sundhedsvæsenet går til personaleressourcer. Udbredelse af bedste praksis vedr. personalesammensætning, organisering af arbejdsopgaver, størrelse af de forskellige faggrupper mv. er dermed helt afgørende for en bedre ressourceanvendelse og omkostningseffektivitet på landets sygehuse og afdelinger. Der igangsættes derfor en kortlægning af bedste praksis ud fra en omkostningsanalyse på op til 4 udvalgte afdelinger inden for forskellige behandlingsområder, herunder blandt andet planlagt kirurgi. Kortlægningen skal afdække hvilke tilgange, der giver de bedste resultater med henblik på, at overføre dem til andre relevante dele af sygehusvæsenet. Analysen udføres af KREVI.

Åbenhed i og øget brug af sundhedsdata giver også en række muligheder for at sammenligne enhedsomkostninger, forbedre behandlingsforløb og dermed forbedre ressourceanvendelsen. Der er allerede i dag fokus på området i regionerne, men data og sammenligningsanalyser på de forskellige behandlingsområder bør synliggøres endnu mere og indgå i ledelsens styring og videndeling.

Parterne er således enige om at styrke det allerede igangsatte arbejde med at sikre aktuelle og retvisende økonomi- og aktivitetsoplysninger i omkostningsdatabasen, herunder fx via fælles bindende retningslinjer. På den baggrund iværksættes følgende tilpasning af de allerede eksisterende opgaver:

- Sikring af dækkende og aktuelle økonomi- og aktivitetsoplysninger i omkostningsdatabasen og de bagvedliggende centrale sundhedsregistre.
- Opprioritering og optimering af arbejdet med fordelingsregnskaber, herunder synliggørelse af særlige komponenter som bl.a. medicin, implantater mv. og udvikling af løbende opgørelser.
- Sikring af korrekte og ensartede registreringer.

5. Øget kvalitet og sikkerhed i patientbehandlingen

Det danske sundhedsvæsen skal tilbyde høj kvalitet i behandlingen, uanset hvor patienten kommer hen. Det er derfor vigtigt, at der lokalt, ude på de enkelte sygehuse og afdelinger, fortsat arbejdes med forbedring af patientkvaliteten.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at regionerne fremmer og prioriterer initiativer, der øger kvaliteten og patientsikkerheden, og samtidig understøtter en begrænset vækst i sundhedsudgifterne. Fokus på kvalitet indebærer blandt andet ændringer i lokale kulturer, processer og samarbejdsmodeller. Indsatsen indebærer derfor en bevidst, sammenhængende og flersidet satsning.

For at sikre øget kvalitet og patientsikkerhed er det bl.a. centralt, at sygehusvæsenet udbreder sin viden og gode resultater. Sygehuse skal lære af hinanden for at forbedre behandlingsmetoder, behandlingsforløb, arbejdsgange o. lign. til gavn for patienten og den samlede ressourceanvendelse.

Udover et styrket arbejde i regionerne med konkrete initiativer og kliniske processer, der målrettet forebygger fejl, skader og spild er der enighed om at følge udviklingen for en række indikatorer, herunder blandt andet nedbringelse af fejl og dødelighed på sygehuse, øget brug af dagkirurgi og lavere vækst i kontakter pr. patient med henblik på korte og effektive behandlingsforløb for patienterne. Det skal sikre, at patienten oplever et optimalt behandlingsforløb, og at der opnås mest mulig sundhed for de tilføjte ressourcer.

6. Prioritering på medicinområdet

Regering og Danske Regioner er enige om, at det er vigtigt, at der løbende er fokus på udgiftsudviklingen i sygehusmedicin. Danske Regioner har nedsat Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS), blandt andet for at sikre, at der med det fælles beslutningsgrundlag skabes potentiale for at reducere væksten i udgifterne til sygehusmedicin.

Parterne er enige om, at der kan være behov for en yderligere indsats. Regering og Danske Regioner er derfor enige om at undersøge mulighederne for en styrket prioritering af udgifterne til sygehusmedicin, herunder blandt andet analysere prisfastsættelse for sygehusforbeholdte lægemidler, mulighederne for at opstille yderligere krav til effekten af medicin og øget koordination af beslutningskompetencerne på medicinområdet.

7. Omprioritering af ressourcer til mere borgernær service

Parterne er enige om, at der ved en omprioritering af ressourcerne i det regionale sundhedsvæsen fortsat kan frigøres betydelige ressourcer uden at kvaliteten af den sundhedsfaglige indsats sænkes. De frigjorte ressourcer anvendes til en styrket sundhedsindsats.

Mindre administration i regionerne

Kommunalreformen indebærer et stort potentiale for en mere effektiv administration i regionerne. Udviklingen siden kommunalreformen viser imidlertid, at regionerne ikke fuldt ud har høstet dette potentiale.

Det skal være en fælles målsætning at reducere administrationen i de kommende år. Med *BoligJobplanen* er der aftalt en reduktion af centraladministrationen på 5 pct. årligt svarende til knap 1 mia. kr.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at regionerne gennem en omstilling og mere effektive arbejdsgange reducerer den regionale administration med 2½ pct. i 2012 og 5 pct. 2013 svarende til knap 160 mio. kr. (2011-pl) i forhold til 2010-niveauet, dog med respekt for administration i forbindelse med de kvalitetsfondsstøttede sygehusbyggerier. De frigjorte midler bruges til borgernær service.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at følge op på den aftalte målsætning.

Regionerne har i fællesskab gennemført en benchmarking af administration i regionerne, der baserer sig på udgifter og personale i 2010. Med afsæt heri opgøres administrationen årligt baseret på tal for udgifter og personale.

Sygefravær

Der er fortsat en betydelig variation i sygefraværet på tværs af regionerne. Ved at nedbringe sygefraværet til niveauet for regionen med laveste sygefravær vil regionerne kunne frigøre betydelige ressourcer med henblik på at styrke den patientnære indsats.

Effektivt indkøb

Regionerne arbejder via centralisering og standardisering af indkøb samt fælles indkøb mv. for at muliggøre frigørelse af ressourcer ved et mere effektivt indkøb. Arbejdet videreføres, og regionerne vil med mere effektivt vareindkøb og logistik frigøre 1 mia. kr. frem mod 2015 i forhold til 2009-udgiftsniveauet.

De frigjorte ressourcer som følge af et mere effektivt vareindkøb skal omprioriteres til en styrket sundhedsindsats. Parterne er enige om, at der årligt skal følges op på status herfor, herunder at Danske Regioner udarbejder en opgørelse for omfanget af muliggjorte omprioriteringer. Regionerne har opstillet mål for indkøb og logistik med henblik på at opnå denne realisering. Der følges samtidig op på realiseringen af disse målsætninger.

8. Digitalisering, sundheds-it og telemedicin

KL, Danske Regioner og regeringen er enige om en ny fællesoffentlig digitaliseringsstrategi for perioden 2011-2015, hvormed parterne er enige om et ambitiøst mål om anvendelse af digitale løsninger frem mod 2015.

I den sammenhæng vil regionerne blandt andet samarbejde om, at der inden for eksisterende økonomiske rammer tilbydes velfungerende og effektive selvbetjeningsløsninger til borgerne

på alle væsentlige områder således, at områderne kan gøres trinvist obligatorisk digitale for borgerne frem mod 2015. Regionerne vil kunne realisere væsentlige gevinster som følge heraf.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at regionerne finansierer 20 mio. kr. i 2012 til dækning af regionernes andel af den nye digitaliseringsstrategi, herunder til finansiering af den fællesoffentlige infrastruktur. Hertil kommer yderligere årlige udgifter på 15 mio. kr. i 2013-2015.

Regeringen og Danske Regioner nåede i 2010 til enighed om et antal ambitiøse milepæle for den fremadrettede sundheds-it udvikling, herunder et fælles mål om etablering af et nationalt patientindeks inden udgangen af 2011 og en fuldt konsolideret elektronisk patientjournal inden udgangen af 2013. Parterne er enige om at sikre den fortsatte fremdrift i realiseringen af milepælene, *jf. bilag 2*. Med henblik på at understøtte realiseringen omlægges 100 mio. kr. fra IT-puljen til bloktilskud i 2012.

Velfungerende telemedicinske løsninger giver mulighed for at skabe bedre samarbejde og sammenhæng på tværs af afstande og øge kvaliteten i behandlingen. Der udarbejdes en handlingsplan for telemedicinske løsninger på sundhedsområdet i regi af ABT-fonden. Der øremærkes 50 mio. kr. i fonden til at understøtte handlingsplanen til blandt andet udbredelse af egnede telemedicinske løsninger i forlængelse af de allerede støttede initiativer. Som element i handlingsplanen skal der etableres et grundlag for fastsættelsen af mål for udbredelsen af telemedicinske løsninger.

9. Øvrig sundhed

Sund vækst

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at Danmark står over for en vækstudfordring i de kommende år. En fokuseret regional vækstindsats og erhvervsudvikling er en del af løsningen for en styrket produktivitet og vækst over hele landet. Regeringen og de regionale vækstfora har på den baggrund indgået partnerskabsaftaler om vækst og erhvervsudvikling. Aftalerne skal bidrage til, at regeringens vækststrategi udfoldes i hele landet og til at styrke sammenhængen mellem den nationale og den regionale indsats for vækst og erhvervsudvikling.

Danmarks evne til at tiltrække og gennemføre klinisk forskning i samarbejde mellem industrien og det offentlige sundhedsvæsen er afgørende for at fremme en dagsorden om sundvækst. Derfor vil alle regioner etablere en enkel og effektiv indgang for industrien til at indgå aftaler om kliniske forsøg. Regionerne vil derudover standardisere samarbejdskontrakter og processer på tværs af regionerne, så det bliver lettere og hurtigere at etablere kliniske forsøg.

Der skal også ske en øget erhvervsmæssig anvendelse af danske sundhedsdata med henblik på at styrke forskningen. Derfor nedsættes en arbejdsgruppe med deltagelse af Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand) og Danske Regioner m.fl., der inden udgangen af 2011 skal komme med anbefalinger til løsninger.

Der etableres endvidere et Partnerskab for sygehus- og sundhedsinnovation i regi af Fornyelsesfonden og med deltagelse af regionerne, der kan fremme udvikling, standardisering og markedsmodning af moderne danske sygehus- og sundhedsløsninger.

Kliniske kvalitetsdatabaser

De landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser er en vigtig kilde til viden om samt dokumentation og udvikling af patientbehandling.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at gennemføre anbefalingerne fra rapporten *Kvalitetsoplysninger på sundhedsområdet*, herunder vedrørende prioritering, standardisering, udveksling og anvendelse af data, koordineret støtte og ændrede krav.

Driften af de kliniske kvalitetsdatabaser og kompetencecentre er et regionalt ansvar.

Der er enighed om behovet for en tæt dialog mellem parterne for at sikre den fortsatte fremdrift i arbejdet og tilgodese såvel regionernes som de centrale sundhedsmyndigheders behov for anvendelse af data fra kvalitetsdatabaserne.

Der er endvidere enighed om, at de centrale sundhedsmyndigheder i samarbejde med Danske Regioner inden udgangen af 2011 tilvejebringer et overordnet overblik over de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, der skal munde ud i en første plan for en prioriteret udvikling af kliniske kvalitetsdatabaser inden for de eksisterende økonomiske rammer, som sættes i værk primo 2012. Regionerne forestår den konkrete udmøntning af puljemidlerne i overensstemmelse med denne plan. Sundhedsstyrelsen kan gøre indsigelse, såfremt fordelingen af puljemidlerne ikke opfylder principperne i planen.

Øget konkurrenceudsættelse

Danske Regioner konstaterer, at regeringen har indgået en *Aftale om konkurrencepakke*, der frem mod 2015 skal sikre en væsentlig stigning i regionernes konkurrenceudsættelse, og at der årligt vil blive fulgt op på udviklingen heri.

Det fremgår heraf blandt andet, at på de områder, hvor der er et potentiale, skal konkurrencen styrkes i forhold til de offentlige opgaver. Det skal sikre, at offentlige opgaver løses bedst og billigst. Regionerne skal i højere grad benytte sig af øget konkurrenceudsættelse inden for deres ansvarsområder, herunder blandt andet vedrørende afledte og understøttende funktioner.

I arbejdet med øget konkurrenceudsættelse skal der tænkes i nye og velegnede områder, som traditionelt set har ligget i offentlige hænder, men som blandt andet efter international erfaring med fordel kan varetages af private leverandører. Der er med øget konkurrenceudsættelse ikke tale om yderligere kapacitetsopbygning i sygehusvæsenet.

Der vil frem mod oktober 2011 i et samarbejde mellem regeringen og Danske Regioner blive fastlagt et teknisk grundlag, som skal ligge til grund for fastsættelse af en konkret målsætning om konkurrenceudsættelse i regionerne.

Udvidet låneadgang vedrørende energibesparende foranstaltninger

For yderligere at understøtte rentabel energirenovering er regeringen og Danske Regioner enige om at udvide den automatiske låneadgang vedrørende eksisterende byggeri med de energibesparende foranstaltninger, der fremgår af energimærkningen, samt energikrav til eksisterende byggeri, der følger af "Bygningsreglement 10". Låneadgangen omfatter ikke byggeri med støtte fra kvalitetsfonden, da dette byggeri er fuldt finansieret og skal afholdes inden for de fastsatte investeringsrammer.

Psykiatri

Psykiatrien er et vigtigt og højt prioriteret område, der fortsat skal styrkes. Regeringen vil søge satspuljepartiernes tilslutning til at afsætte 150 mio. kr. årligt til en styrket prioritering af psykiatrien med fokus på en sammenhængende behandling af høj faglig kvalitet til de sindslidende - ikke mindst i forhold til de unge psykiatriske patienter. Af disse midler afsættes 35 mio. kr. til etablering af nye sengepladser i almen psykiatri udover den allerede eksisterende kapacitet. Midlerne skal bygge videre på den allerede igangsatte indsats, herunder initiativer igangsat med handlingsplanen for psykiatri fra 2009.

Afbureaukratisering - statslig og lokal

De ansatte på landets sygehuse skal bruge mest mulig tid på patientbehandling. Afbureaukratisering i form af forenkling eller helt afskaffelse af overflødige administrative krav og procedurer kan være med til at frigøre ressourcer i sundhedsvæsenet. Den lokale implementeringsfrihed i sundhedsvæsenet er høj, og derfor er der potentiale i lokal afbureaukratisering via forbedrede arbejdsgange og effektiv opgavetilrettelæggelse.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at fortsætte indsatsen for afbureaukratisering i 2012 i form af både statslig og lokal afbureaukratisering. Af konkrete initiativer er parterne blandt andet enige om at se på mulighederne for en forenkling af genoptræningsplaner.

Samarbejdsprojektet for den decentrale offentlige sektor

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om at forlænge *Samarbejdsprojektet for den decentrale offentlige sektor* frem til 2014. Det sker blandt andet for at sætte fokus på udgifts- og økonomistyring, bedre ressourceudnyttelse samt prioritering og styring. Samarbejdsprojektet tilføjes 10 mio. kr. i perioden, hvoraf stat og kommuner hver finansierer 4 mio. kr., mens regionerne finansierer 2 mio. kr.

Efterlevelse af kontaktpersonordningen

Med Sundhedsloven har regionerne en forpligtelse til at tilbyde en eller flere kontaktpersoner til en patient, der modtages til ambulant behandling eller behandling under indlæggelse på regionens sygehuse, når behandlingsforløbet sammenlagt strækker sig over mere end 2 dage eller mindre ved særlige patientbehov. Kontaktpersonordningen er med til at sikre en øget patientkvalitet og koordinering i sygehusvæsenet. Det er vigtigt, at alle sygehuse lever op til deres ansvar i forbindelse med kontaktpersonordningen. Regionerne følger op på implementeringen af ordningen.

Færre aflyste operationer

For mange planlagte operationer aflyses, fordi patienter udebliver uden afbud. Det er spild af ressourcer. Der er taget en række initiativer i form af blandt andet sms-påmindelser til patienter.

terne, som vil bidrage til at nedbringe omfanget af aflysninger på grund af patienters udeblivelser. Desuden har regionerne i dag mulighed for at opkræve gebyrer fra patienter, der udebliver.

Der er enighed om at bruge de eksisterende muligheder for at nedbringe antallet af udeblivelser og udbrede de gode erfaringer på tværs af regionerne med henblik på at forbedre mulighederne for en effektiv planlægning og arbejdstilrettelæggelse på sygehusene.

Bilag 1

Principper for udbetaling af den statslige, aktivitetsbestemte pulje og fastsættelse af baseline i 2012

Det statslige, aktivitetsbestemte tilskud på sygehusområdet udgør i 2012 3.908,3 mio. kr. på landsplan inkl. kommunalt aktivitetsbidrag, svarende til 2.669,6 mio. kr. til regionerne.

Midlerne udbetales dels med 100 pct. og dels med 70 pct. DRG/DAGS-takst inkl. kommunalt aktivitetsbidrag, *jf. tabel 1.*

Tabel 1

Fordeling af statslige, aktivitetsafhængige midler og udbetalingsprincipper, mio. kr., 2012-pl

	Aktivitetspulje
Udbetaling med 100 pct. af DRG/DAGS-takst	1.232,4
Udbetaling med 70 pct. af DRG/DAGS-takst	1.437,2
I alt	2.669,6

Indenrigs- og Sundhedsministeriets takstsystem for 2012 udmeldes endeligt pr. 1. oktober 2011. Takstsystemet for 2013 udmeldes endeligt pr. 1. maj 2012.

Der kan én gang hvert år (1. maj til ikrafttrædelse 1. juli) udmeldes budgettakster for nye behandlinger mv. af væsentligt omfang og betydning. Takstsystemet kan herudover efter nærmere aftale mellem Danske Regioner, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og KL justeres for indførelse af meget væsentlige, nye behandlingstilbud eller for omlægninger af væsentlig økonomisk betydning for sygehusene.

Dækningsområde for puljemidlerne

Aktivitetspuljen vedrører al somatisk sygehusbehandling, der foregår ambulant eller under indlæggelse, og som finansieres af en sygehusregion ved egne eller fremmede sygehuse, på private klinikker mv. Alternativ og eksperimentel behandling på private sygehuse mv. er undtaget. Desuden indgår en række nærmere definerede ydelser på speciallægeområdet, som substituerer sygehusbehandling.

Udbetaling og fordeling af puljen på regioner

Regionernes aktivitetsbestemte tilskud på i alt 2.669,6 mio. kr. for 2012 udbetales á conto i starten af året og opgøres endeligt ved udgangen af 1. kvartal 2013 på grundlag af den aktivitet i regionerne, som er indberettet senest den 1. marts 2013.

De statslige aktivitetsmidler fordeles mellem regionerne efter samme nøgle som bloktilskuddet til regionernes sundhedsudgifter.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner er enige om vigtigheden af, at der hver den 10. i måneden foreligger opgørelser af aktivitet mv. til regionerne.

Opgørelse af baseline mv. for de statslige aktivitetspuljer

Der forudsættes i 2011 en aktivitetsstigning i forhold til den faktisk konstaterede aktivitet i 2010 på 1,0 pct.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet beregner og udmelder en endelig baseline for 2012 pr. januar 2012. Baseline opgøres aftalekonsistent i forhold til den forudsatte aktivitetsstigning fra 2011 til 2012 på 3 pct., samt en vækst fra 2010 til 2011 på 1,0 pct.

Metoden til beregning af baseline er:

1. Den faktiske aktivitet i 2010 tillagt 1,0 pct.
2. Produktionsværdien efter pkt. 1 tillægges den forudsatte aktivitetsstigning fra 2011 til 2012 på 3 pct.
3. Der korrigeres (plus/minus) for nettobudgetvirkningen af puljer i finansloven for 2012.
4. Produktionsværdien af de statslige aktivitetsafhængige midler i 2012 på i alt 4.875,2 mio. kr. (12-pl) fratrækkes produktionsværdien efter pkt. 1-3 for at danne baseline.

Baseline for 2012 fordeles mellem regionerne med en nøgle, der svarer til deres faktisk realiserede aktivitet i 2011 opgjort ved takstsystem 2012. Såfremt enkelte regioner ikke opnår deres andel af puljen, kan uforbrugte midler overføres til den pågældende regions andel af puljen i det efterfølgende år.

Værdien af aktivitetstilskuddene for 2012 kan korrigeres for ændringer af DRG/DAGS-takster og -grupperinger, kodeændringer eller ny registreringspraksis i takstsystem 2012, der gennemføres efter 1. oktober 2011. Korrektionerne har til formål at identificere sygehusenes faktiske aktivitet over baseline i forhold til året før, herunder sikre konsistens over tid i den aktivitet, som ligger til grund for tilskuddet.

Værdien af aktivitetstilskuddene for 2012 kan korrigeres for strukturomlægninger mv. i sygehusvæsenet i henhold til Indenrigs- og Sundhedsministeriets retningslinjer herfor. Regionerne kan løbende fremsende ansøgning om justeringer af aktivitetsopgørelsen, dog senest den 1. februar 2013.

Der fastlægges i 2012 et loft over den gennemsnitlige værdistigning pr. kontakt på 1,5 pct.

Der indregnes et årligt produktivitetskrav, svarende til 2,0 pct. ved fuld udnyttelse af aktivitetspuljen i 2012.

Samspil mellem det statslige og det kommunale aktivitetsbidrag

Der er et overlap mellem det statslige aktivitetstilskud og det kommunale aktivitetsbidrag. Dette håndteres ved en nettoficering af taksterne for de statslige aktivitetsmidler, dvs. taksterne vedrørende den enkelte patientkontakt reduceres med de konkrete beløb, som regionerne modtager fra kommunerne for de præsterede aktiviteter.

Det er lagt til grund for finansieringsbalancen, at den samlede vækst i produktionsværdien på 1.950,0 mio. kr. alene pålægges kommunal medfinansiering på 1.535,5 mio. kr. Den kommunale medfinansiering udgør 25,4 pct. heraf, svarende til 390,1 mio. kr. Herudover sker der et løft på sygesikringsområdet ekskl. medicintilskud på 200 mio.kr., hvoraf den gennemsnitlige kommunale medfinansiering er 10 pct.

Fordelingen af de samlede statslige aktivitetsmidler på kommuner og regioner er foretaget på baggrund af takstsystem 2011.

Bilag 2

Status for opfølgning på *Aftale om sundheds-it*

Regeringen og Danske Regioner indgik i forbindelse med økonomiaftalen for 2011 en aftale vedrørende sundheds-it. Aftalen har til formål at sikre en klarere og mere forpligtende kurs for sundheds-it udviklingen de kommende år. Fokus er på understøttelsen af det kliniske arbejde, driften af sygehuse og parternes styringsopgaver, herunder især at gøre dagligdagen for sundhedspersonalet lettere og mere effektiv.

Med aftalen er der fastlagt en række mål og milepæle for blandt andet sygehuses elektroniske patientjournaler (EPJ) og statens registre. Status for udmøntningen heraf fremgår af tabel 1.

Tabel 1

Status for mål og milepæle mv.

Mål	Status
Samordning af statens sundheds-it opgaver i en tværgående koncernorganisering under Indenrigs- og Sundhedsministeriet.	National Sundheds-IT (NSI) er pr. 1. januar 2011 oprettet som en selvstændig styrelse under Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
Udmøntning af pulje til fællesregionale investeringer i sundheds-it.	Der er april 2011 meddelt tilsagn om 19,5 mio. kr. til det interregionale billedindeks. Frigivelsen af det resterende beløb forudsætter et beslutningsgrundlag for yderligere projekter.
Etablering af ny rådgivende bestyrelse for sundheds-it.	Den rådgivende bestyrelse er nedsat ultimo 2010.
Mål 1: Inden udgangen af 2013 har hver region en fuldt konsolideret elektronisk patientjournal (EPJ) og en sammenhængende it-arbejdsplads med fælles log-in til alle relevante sygehussystemer.	Region Sjælland har gennemført målet. I de øvrige regioner forløber konsolideringen planmæssigt, og målets tidsramme forventes overholdt.
Mål 2: It-understøttelsen af sygehuses produktionsplanlægning og logistikfunktioner styrkes, blandt andet ved at alle større fælles akutmodtagelser har fuldt overblik over kapacitet og ressourcer via elektroniske tavler inden udgangen af 2011.	Der er etableret en fællesregional arbejdsgruppe, der beskæftiger sig med it-understøttelse af akutområdet, herunder den præhospitale indsats og erfaringsudveksling vedrørende overblikstavler på akutmodtagelserne. Samtlige regioner forventer at indfri pejlemærket til tiden.
Mål 3: Inden udgangen af 2011 etableres et Nationalt Patient Indeks (NPI), som løbende udbygges med stadig flere data om patienten.	Der er enighed om projektets organisering og finansiering. Etableringen af indekset er forsinket med et halvt år fra ultimo 2011 til medio 2012. NPI har tæt sammenhæng til regionernes projekt vedrørende etablering af en sundhedsjournal, og projekterne koordineres derfor.
Mål 4: Inden udgangen af 2012 er alle MedCom standarder fuldt udbredt på alle regionernes sygehuse.	Et kommissorium, der beskriver udrulningsindsatsen, er under udarbejdelse og forventes fremlagt i Regionernes Sundheds-IT's (RSI) styregruppe medio 2011.

Tabel 1 (fortsat)

Status for mål og milepæle mv.

Mål	Status
Mål 5: Regionerne vil udbrede tolkning via videokonference på alle relevante sygehusafdelinger inden udgangen af 2012.	Projektet er udbredt til ca. 50 sygehusafdelinger, hvor der siden projektets start er gennemført ca. 1.500 tolkninger. Der gennemføres desuden en række pilotprojekter i almen praksis og i kommuner. Som følge af en forsinkelse i den kliniske afprøvning af projektet er projektets implementering forsinket med ca. tre måneder.
Mål 6: Som led i en samlet effektivisering og konsolidering af sundheds-it opgaverne i staten, vil der i 2012 være etableret en fælles model for indberetning og genbrug af data i nationale sundhedsregistre.	I regi af NSI gennemføres der en kortlægning af de statslige indberetningsløsninger. Analysen vil indgå i det videre arbejde med at formulere en model for en fælles indberetningsløsning.
Mål 7: Staten vil inden udgangen af 2011 sikre, at aktuelle data fra de centrale registre, herunder Landspatientregistret kan stilles hensigtsmæssigt til rådighed for sundhedsvæsenets parter.	Indenrigs- og Sundhedsministeriet afklarer pt. de juridiske rammer for virkeliggørelsen af projektet sammen med Datatilsynet. Såfremt projektet kan realiseres inden for de juridiske rammer, forventes det gennemført i 3. kvartal 2011.
Mål 8: Staten vil vurdere juridiske barrierer, som bl.a. kan begrænse regionerne i at anskaffe fælles it-systemer og forhindre deling af data. Staten vil i den forbindelse tage initiativ til senest i 2011 at evaluere gældende regler om adgang til patienternes data, bl.a. under hensyntagen til udbygningen af det nationale patientindeks.	Lovforslag om udvidet adgang til indhentning af patientoplysninger mv. er vedtaget i Folketinget den 30. maj 2011. Datatilsynet har i september 2010 accepteret, at NemSMS kan benyttes til påmindelser om aftaler mv. i sundhedsvæsenet. Tilladelsen er givet for en fem-årig periode. Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil inden udgangen af 2011 udarbejde en vurdering af de juridiske barrierer for regionernes anskaffelse af fælles it-systemer.