

# Aftale om regionernes økonomi for 2013

9. juni 2012

## 1. Indledning

Aftalen om regionernes økonomi for 2013 sikrer grundlaget for fortsat økonomisk råderum til flere behandlinger, fokus på kvalitet og understøtter samtidig centrale pejlemærker på sundhedsområdet.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at sundhedsvæsenet skal tilstræbe forbedringer i befolkningens sundhedstilstand med afsæt i høj kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse.

Regeringen vil indføre en udrednings- og behandlingsret, der skal sikre hurtig udredning, og at de patienter, der har størst behov, kommer først i behandling. Ældre medicinske patienter skal opleve bedre kvalitet, sammenhængende forløb og færre forebyggelige genindlæggelser. Kræftområdet skal følges tæt for at sikre, at den styrkede kræftindsats fører til bedre behandling, kortere ventetid og stigende overlevelse. Der er sat styrket fokus på indsatsen for mennesker med psykisk sygdom, og der er aftalt en række initiativer, der skal sikre patienter hurtig behandling på landets fælles akutmodtagelser.

En fortsat prioritering af sundhedsområdet stiller krav om kloge og effektive løsninger. Sundhedsområdet står over for en fortsat stigende efterspørgsel, som blandt andet er præget af flere kronikere. Over for det står et begrænset økonomisk råderum for de kommende år. Opgaven er derfor at finde løsninger, der sikrer mere sundhed for pengene og dermed en bedre anvendelse af kapaciteten på sundhedsområdet. Formålet er at skabe plads til at sundhedsvæsenet fortsat kan udvikle sig og tilbyde nye behandlinger af høj kvalitet i hele landet.

### *Nye rammer for styring*

Regionerne har med regnskaberne for 2010 og 2011 vist ansvar i forhold til styrings- og prioriteringsdagsordenen. Den indsats skal videreføres og forstærkes. Aftalen om regionernes økonomi for 2013 markerer, at det er et fælles statsligt og regionalt ansvar. Regionerne skal levere den konkrete styring og resultater, mens staten gennemfører de nødvendige centrale tiltag, der understøtter den regionale styringsindsats. Indsatsen skal ses inden for en ramme for et styrket samarbejde mellem regeringen og regionerne med fokus på tillid og orientering mod resultater.

Et bredt flertal i Folketinget står bag et styrket fokus på styring i form af den nye budgetlovgivning, der skal understøtte den regionale økonomistyring. Og der iværksættes økonomiske sanktioner over for regionerne, hvis ikke aftalte rammer og budgetter overholdes

samlet set. Fra 2014 indebærer budgetlovgivningen introduktion af et 4-årigt planlægningsperspektiv i form af bindende, 4-årige udgiftslofter. Til gengæld har regeringen forpligtet sig til at give regionerne bedre styringsmuligheder, blandt andet igennem en differentieret behandlingsgaranti, fokus på styring og produktivitet i forhold til praksisområdet, prioritering på medicinområdet og en understøttelse af det regionale arbejde med prioritering, blandt andet ved at adressere utilsigtede skred i patientbehandlingen gennem visitationsretningslinjer og ved at understøtte ensartede og effektive behandlingsforløb gennem nationale kliniske retningslinjer. Status for initiativerne indgår i de løbende drøftelser mellem regeringen og regionerne.

Regionerne forpligter sig på at arbejde for en fortsat god styring af omkostningerne på sygehusene, herunder arbejde målrettet på at nedbringe omkostningerne for de samlede patientforløb på de områder, hvor det giver faglig mening. Samtidig frigør regionerne i 2013 et omprioriteringsrådium via reduceret administration og bedre indkøb, som anvendes til en styrket behandlingsindsats. Danske Regioner indgår endvidere i det fælles økonomistyringsprojekt med staten.

## 2. De økonomiske rammer

Aftalen markerer en økonomisk prioritering af sundhedsområdet i 2013, med afsæt i de regionale budgetter for 2012. Prioriteringen skal ses i sammenhæng med de aktuelt store underskud på de offentlige finanser og den økonomiske krise, der har skærpet kravene til finanspolitikken i Danmark. Det betyder også behov for en forstærket styring af anlægsaktiviteten i 2013. En fast styring af de offentlige udgifter vil i de kommende år således være afgørende for at fastholde en høj troværdighed og tillid til dansk økonomi.

### **Boks 1**

#### **Økonomiske forudsætninger vedrørende sundhedsområdet**

- Med aftalen løftes aktiviteten på sygehusområdet i 2013 med 3 pct. Det tilvejebringes ved et løft på 673 mio.kr. og produktivetsforbedringer på 2 pct. Der prioriteres endvidere 200 mio.kr. til udvidet kapacitet på det psykiatriske område.
- Der er aftalt et samlet niveau for nettodriftsudgifterne (eksklusive medicintilskud) på sundhedsområdet på 94.943 mio. kr. i 2013, hvortil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet.
- Der er aftalt et loft for anlægsudgifterne (brutto) på 2.200 mio.kr. på sundhedsområdet i 2013. Der er hertil forudsat investeringer på 3.000 mio. kr. i 2013 vedrørende de nye sygehuse med støtte fra kvalitetsfonden. Der hensættes endvidere i 2013 i regionerne ved deponering 1.038 mio. kr. (13-PL) til finansiering af projekter med kvalitetsfundsstøtte.
- Det er lagt til grund for aftalen, at regionernes udgifter til medicintilskud i 2013 udgør 6.396 mio. kr.
- Det statslige bloktilskud udgør 82.400 mio. kr. i 2013, hvortil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet.
- Det statslige, aktivitetsbestemte tilskud udgør i 2013 2.707 mio. kr. Den aktivitetsbestemte pulje udmøntes som anført i bilag 1.
- De foreliggende opgørelser viser, at sygehusene i 2011 har præsteret en samlet produktionsværdi på 65.322 mio. kr. (13-PL). I 2012 forventes sygehusene at præstere en aktivitetsstigning på 0,8 pct. svarende til en produktionsværdi på 65.845 mio. kr. (13-PL) ekskl. puljer. I 2013 forventes en yderligere aktivitetsstigning på 3 pct. svarende til en forventet produktionsværdi på 67.820 mio. kr. De forventede produktionsværdier i 2012 og 2013 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 19.150 mio. kr. i 2013. 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 2013 på 2.937 mio. kr., hvortil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet.
- Det statslige bloktilskud til regional udvikling udgør 2.242 mio. kr. i 2013, hvortil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet.
- For 2013 vil pris- og lønregulering indebære, at udgangspunktet for regionernes bidragsfastsættelse vil være et grundbidrag på 124 kr. pr. indbygger, svarende til 695 mio. kr. Reguleringen er fastsat på basis af et skøn for den regionale pris- og lønudvikling fra 2012-2013 på 1,2 pct. inklusive medicin.

### Boks 3

#### Øvrige økonomiske forudsætninger

- Udgifterne til medicintilskud i 2011 udgjorde 6.542 mio. kr. på landsplan. Via den aftalte medicingaranti reguleres bloktilskuddet i 2012 med 75 pct. af mindreudgifterne i regionerne i forhold til det forudsatte niveau.
- Pris- og lønudviklingen på sundhedsområdet fra 2012-2013 er fastsat til 1,4 pct. (ekskl. medicintilskud). For regional udvikling er pris- og lønudviklingen fra 2012-2013 fastsat til 1,6 pct. Den samlede pris- og lønregulering på det regionale område fra 2012-2013 er fastsat til 1,2 pct. inklusive medicin. PL-skønnet for anlægsudgifterne er 1,6 pct. fra 2012-2013.

I 2013 er 1 mia. kr. af regionernes bloktilskud betinget af regionernes aftaleoverholdelse i budgetterne for 2013. Herudover vil en overskridelse af budgetterne i regnskaberne for 2013 indebære en modregning i regionernes bloktilskud.

En andel af regionernes bloktilskud i 2013 på ½ mia. kr. er betinget af, at regionernes budgetter for 2013 lever op til den aftalte ramme for anlægsudgifterne på 2,2 mia. kr.

Der er i aftalen forudsat udgifter til medicintilskud på 6.396 mio. kr. i 2013. Regeringen vil søge Folketingets tilslutning til, at regionerne, som en midlertidig foranstaltning i 2013, ikke vil blive modregnet i bloktilskuddet som følge af eventuelt højere realiserede udgifter i regnskaberne på dette område. Fra 2014 indgår udgifterne til medicintilskud under regionernes udgiftsloft og det samlede aftalte udgiftsniveau på sundhedsområdet. Der er på den baggrund enighed om, frem mod økonomiaftalen for 2014, at drøfte budgettekniske modeller for håndtering af en eventuel usikkerhed på området.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der i efteråret i Økonomi- og Indenrigsministeriets budget- og regnskabsudvalg drøftes tekniske forhold i regionernes budgetsystem med relevans i forhold til indførelse af budgetlovgivningen. Det omfatter en vurdering af muligheden for at kunne budgettere med generelle reserver på sundhedsområdet, en afdækning af den budgetmæssige håndtering af tilsagnsmidler på det regionale udviklingsområde samt en status for brugen af omkostningsbaserede budgetter og regnskaber. Arbejdet færdiggøres september 2012 med henblik på i relevant omfang at kunne have virkning for de regionale budgetter for 2013.

#### Styrket økonomi- og omkostningsstyring

En stor del af de senere års øgede aktivitet på sygehusene er gået til mere behandling af hver enkelt patient, blandt andet fordi omlægningen af patientbehandlingen fra stationær til ambulante behandling i flere tilfælde har øget antallet af ambulante patientbesøg markant.

Der er derfor enighed om en styrket regional styring og et øget ledelsesfokus på patientforløbenes samlede omkostning ude på de enkelte sygehuse og sygehusafdelinger. Det betyder, at omkostningerne for de samlede patientforløb bør nedbringes på de områder, hvor det giver faglig mening.

Der er endvidere enighed om, at der i regi af Udvalget for bedre incitament i sundheds-væsenet udvikles modeller, der fra 2014 skal medvirke til at begrænse væksten i udgiften pr. patient og bidrage til effektive behandlingsforløb via blandt andet en samling af kontakterne på færre dage. Udvalgets arbejde skal blandt andet inddrage resultaterne af igangværende regionale modeller for at bremse stigningen i patientomkostningerne via den lokale takststyring. Målet er korte og effektive udrednings- og behandlingsforløb til gavn for patienterne.

Danske Regioner og regeringen er enige om et styrket samarbejde som led i Projekt god økonomistyring, som skal sikre en god økonomistyring i hele den offentlige sektor. Der gennemføres i regi af Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet og Danske Regioner en evaluering af regionernes kvartalsopfølgninger i efteråret 2012, der skal understøtte forbedringer i opfølgningen fra 2013. Samtidig igangsættes i regi af Finansministeriet og Danske Regioner en kortlægning af den konkrete regionale økonomistyring med et initialt fokus på økonomistyringen på enhedsniveau (sygehusene), der omfatter budgetter, opfølgninger, kobling mellem økonomi og aktiviteter mv. Kortlægningen på enhedsniveau gennemføres i efteråret 2012, mens analysens resultater forventes klar i foråret 2013, og vil herefter indgå i drøftelser med Danske Regioner.

Der er desuden enighed om, at der fastlægges form og principper for en fremrykning af indberetning af regionernes fordelingsregnskaber. Det aftales derfor, at seneste års fordelingsregnskaber fremover indberettes senest 1. april. Det sikrer, at der kan fastsættes retvisende takster på et så tidstro grundlag som muligt, og at taksterne dermed kan udmeldes endeligt for det efterfølgende år ultimo juni – første gang i 2013. Konsekvenserne af den nye proces for indberetning evalueres i 2013 mellem Danske Regioner og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

#### **Arbejdsgruppe om regioners låntagning**

Regeringen og Danske Regioner er enige om at nedsætte en arbejdsgruppe om de regionale låne- og deponeringsregler.

Arbejdsgruppen skal undersøge mulighederne for en modernisering af låne- og deponeringsreglerne for investeringer, der gennem fremtidige driftsbesparelser sikrer en fornuftig rentabilitet. Derudover undersøges mulighederne for et flerårigt perspektiv i kommuner og regioners låntagning, og der foretages en kortlægning af kommuner og regioners eksisterende lånemuligheder. Arbejdsgruppen skal tage i betragtning, at budgetloven indebærer et forstærket behov for overordnet styring i den offentlige sektor.

### **3. Udrednings- og behandlingsgaranti**

Regeringen ønsker at indføre en ny rettighed for patienterne, der indebærer, at alle patienter inden for 1 måned efter, at henvisningen fra den praktiserende læge er modtaget på sygehuset, skal være udredt eller som minimum have en plan for et videre udredningsforløb, hvis udredningen ikke kan afsluttes inden for fristen.

Regionerne får dermed en pligt til at udrede patienterne inden for fristen, hvis det er fagligt muligt, og en pligt til at benytte andre regioners eller privates kapacitet, hvis det er nødvendigt. En hurtig udredning er afgørende for, at patienten kan blive afklaret og få igangsat den rigtige behandling, så hurtigt som muligt.

Derudover vil regeringen differentiere den nuværende ret til hurtig behandling under det udvidede frie sygehusvalg på 1 måned. Den differentierede ret indebærer, at fristen for patientens udvidede frie sygehusvalg fastsættes til 2 måneder fra patientens samtykke til behandlingstilbud på grundlag af den gennemførte udredning, og 1 måned for patienter med mere alvorlige sygdomme eller tilstande. Vurderingen sker på grundlag af sygdommens alvorlighed, evt. smerter, funktionshæmning m.m. Sundhedsstyrelsen udarbejder et vejledende grundlag for vurderingen, hvor regionernes erfaringer på området vil blive inddraget.

Det vil give sygehusene større fleksibilitet i tilrettelæggelsen af behandlingen og skabe bedre rum for at prioritere de mest alvorligt syge først.

Den differentierede behandlingsret ændrer ikke ved, at livstruende kræft- og hjertesygdomme allerede er garanteret akut handling og planlagte pakkeforløb via blandt andet indførelsen af kræft og hjertepakker. Øvrige akutte patienter behandles fortsat med det samme og efter behov.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at en ret til hurtig udredning for alle somatiske patienter indføres pr. 1. september 2013, mens den differentierede behandlingsgaranti indføres pr. 1. januar 2013.

Der er enighed om, at udredningsgarantien ikke bør føre til ændringer i almen praksis' henvisningspraksis. Mange diagnostiske forløb for en patient kan og bør fortsat ske i praksisregi med nødvendig adgang til undersøgelse på sygehusene (røntgen m.m.) i overensstemmelse med hidtidig praksis.

Regeringen og Danske Regioner er desuden enige om, at der etableres en model for monitorering af udredningsgarantiens overholdelse (fx igennem audit og lignende). Modellen skal foreligge 2. halvår af 2012. Parterne er enige om at evaluere resultaterne af udrednings- og behandlingsgarantien 1 år efter ikrafttræden med henblik på at vurdere behovet for justeringer.

Parterne er endvidere enige om, at de ressourcer, der frigives som følge af, at de enkelte sygehuse opnår større fleksibilitet i tilrettelæggelsen af behandlingen af patienterne anvendes til yderligere at styrke sundhedsindsatsen, herunder til en styrket diagnostisk indsats i forbindelse med indførelsen af en ret til hurtig udredning.

## 4. Psykisk sygdom

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at det psykiatriske område skal sidestilles med det somatiske. Regeringen har derfor nedsat et udvalg, hvor blandt andre Danske

Regioner er repræsenteret. Udvalget skal komme med forslag til, hvordan indsatsen for mennesker med psykisk sygdom tilrettelægges og gennemføres bedst muligt, herunder konkrete forslag, der indebærer en bedre udnyttelse af den eksisterende kapacitet på hele psykiatriområdet, samt forslag der kunne prioriteres, baseret på ny viden og evidens samt et generelt krav om effektivitet. Udvalget vil rapportere medio 2013.

Regeringen og Danske Regioner er desuden enige om, at der afsættes 200 mio. kr. i 2013 til at påbegynde en kapacitetsudbygning i psykiatrien med henblik på at forberede indførelse af en udrednings- og behandlingsret i psykiatrien.

Den konkrete udformning af en ret i psykiatrien afventer nærmere analyse og drøftelse mellem parterne, så realisering sker i takt med, at kapacitet og økonomisk råderum kan tilvejebringes.

Parterne er enige om, at der skal sættes fokus på visitationspraksis i psykiatrien. Endvidere igangsættes en analyse af kapaciteten til udredning og behandling på det psykiatriske område, herunder de personalemæssige ressourcer. Analysen skal blandt andet afdække mulighederne for at optimere og tilpasse den samlede kapacitet samt afdække potentialerne for en bedre kapacitetsanvendelse på området. Arbejdet skal afsluttes i efteråret 2012.

Regeringen og Danske Regioner er desuden enige om at fortsætte samarbejdet om den fælles afstigmatiseringskampagne "EN AF OS", hvis formål er at mindske fordomme om psykisk sygdom. Det skal ses i lyset af, at øget viden om psykisk sygdom kan skabe mulighed for, at flere psykisk syge får eller bevarer tilknytningen til arbejdsmarkedet, samt medvirker til, at mennesker behandles i tide.

## 5. Kræftindsatsen

Kræftområdet er højt prioriteret, og der er tilført betydelige midler til området. Med indførelsen af pakkeforløb på kræftområdet og implementeringen af Kræftplan III er der taget en række initiativer til at forbedre behandlingen, og det har sammen med en betydelig indsats i regionerne bidraget til et løft af behandlingskvaliteten, lavere ventetider og højere overlevelsesrater samtidig med, at personale og udstyr anvendes effektivt.

Det er vigtigt, at der i hele sundhedsvæsenet arbejdes på at styrke kræftbehandlingen. Resultaterne af kræftbehandlingen skal følges tæt, og der skal løbende gøres status for, om de tilførte midler og de mange initiativer fortsat fører til en bedre behandling, kortere ventetid og stigende overlevelse.

I løbet af den seneste periode har der været patienter, som har ventet mere end de maksimale ventetider, før de fik behandling, og den hidtidige monitorering har vist sig ikke at være robust nok. Regeringen og Danske Regioner er enige om en tæt opfølgning på både forløbstider for pakkeforløb og de maksimale ventetider. Regionerne vil sikre overholdelse af reglerne på området og løbende arbejde for en forbedring af forløbstiderne, idet forskelle i forløbstider mellem regionerne anviser et forbedringspotentiale.

Herudover er der enighed om at igangsætte et arbejde vedrørende kontrolforløb af kræftpatienter med henblik på at sikre målrettede, ensartede og i videst muligt omfang evidensbaserede kontrolforløb. Et centralt fokus for arbejdet er bedre anvendelse af personale- og kapacitetsmæssige ressourcer. Formålet er at skabe gode kontrolforløb og frigøre ressourcer, der kan prioriteres til andre områder inden for kræftbehandling. Der ned sættes en styregruppe i regi af Task Force for patientforløb på kræft- og hjerteområdet.

## 6. Akutområdet

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at akutte patienter skal sikres hurtig behandling i landets akutmodtagelser.

Regeringens akutudvalg er i maj 2012 kommet med en række anbefalinger til, hvordan ventetiden i akutmodtagelser kan nedbringes, herunder at samtlige regioner opstiller servicemål for ventetider i akutmodtagelserne. Udvalgets afrapportering viser, at regionerne generelt har fokus på området og har igangsat en række konkrete initiativer til at nedbringe ventetider i akutmodtagelser og højne kvaliteten i visitation og behandling. Blandt andet er igangsat en række initiativer vedrørende organisering og arbejdstilrettelæggelse med henblik på at optimere arbejdsgangene og sikre effektive patientforløb, herunder triage, tværfaglige teams, "fast track spor"/behandlersygeplejerskerspor til patienter med mindre skader, flowmasterfunktioner og elektroniske oversigtstavler.

Det vurderes samlet med udgangspunkt i de foreliggende ventetidsoplysninger mv., at visitation kombineret med et fortsat fokus på at optimere arbejdstilrettelæggelsen fx gennem triage og en bedre udnyttelse af kompetencerne i de forskellige medarbejdergrupper kan sikre grundlaget for en håndtering af ventetidsproblematikken i akutmodtagelserne.

Regeringen og Danske Regioner er enige om frem mod foråret 2014 gradvist at indfase visiteret adgang til landets fælles akutmodtagelser, idet visiteret adgang er et afgørende tiltag i forhold til at sikre patienten det rette behandlingstilbud og derigennem sikre en effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer. Indfasningen gennemføres i forlængelse af de initiativer, som regionerne allerede har igangsat. Der er ligeledes enighed om, at samtlige regioner opstiller servicemål for ventetider i akutmodtagelser og løbende monitorerer disse. Parterne vurderer samtidig, at et vigtigt element i patientens samlede oplevelse af behandlingsforløbet er, at patienterne oplyses om de forventede ventetider i akutmodtagelserne.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at følge udviklingen på området tæt med henblik på at se effekten af de igangsatte initiativer.

Der er med finanslovaftalen for 2012 afsat en reserve til drift af akutbiler og akutlægebiler i udkantsområder samt en reserve til etablering af en varig helikopterordning. Det er med finanslovaftalen fastlagt, at der vil blive taget stilling til en varig helikopterordning målrettet tyndtbefolkede områder og øer i efteråret 2012, med afsæt i erfaringerne fra de igangsatte forsøg. En varig ordning skal i givet fald søges etableret i direkte forlængelse af de igangsatte forsøg.



Parallelt med evalueringen af forsøgene med helikopterordninger gennemføres i regi af Akutudvalget en kortlægning af behovet for flere akutbiler og akutlægebiler i landets udkantsområder. På den baggrund vil regeringen i efteråret 2012 tage endeligt stilling til den afsatte reserve til akutbiler og akutlægebiler, i sammenhæng med beslutningen om en eventuel varig helikopterordning.

## 7. Kvalitet

Det danske sundhedsvæsen skal tilbyde høj kvalitet i behandlingen, uanset hvor patienten kommer hen. Det er et regionalt ansvar, at der sikres god kvalitet og høj patientsikkerhed i behandlingen samtidig med, at ressourcerne anvendes effektivt ude på de enkelte sygehuse. Det er vigtigt, at der lokalt fortsat arbejdes med forbedringen heraf.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at sundhedsvæsenet på samme tid skal stræbe efter følgende tre overordnede målsætninger:

- Forbedringer i befolkningens sundhedstilstand, herunder høj klinisk kvalitet af behandlingerne
- Høj patientoplevelse kvalitet, herunder korte ventetider
- Lave udgifter per borger

For at opnå denne balancerede udvikling af sundhedsvæsenet er regeringen og Danske Regioner enige om både på nationalt, regionalt og lokalt niveau målrettet at fremme og prioritere de initiativer, der giver mest mulig sundhed for pengene.

Regionerne vil fortsætte og intensivere de initiativer, der øger kvaliteten og patientsikkerheden, og som samtidig understøtter en begrænset vækst i sundhedsudgifterne. Fokus på kvalitet indebærer blandt andet ændringer i ledelsesfokus, lokale kulturer, samarbejdsmodeller og patientnære processer. Indsatsen indebærer derfor en bevidst, sammenhængende og flersidet satsning. Den eksisterende viden fra Patientsikkert Sygehus og andre kvalitetsindsatser skal anvendes. Der skal være fokus på fælles metoder, videndeling og vidensopsamling regionerne og sygehusene imellem.

Regeringen og Danske Regioner er derfor enige om følgende ambitiøse målsætninger for kvalitet:

- Sygehusdødeligheden (HSMR) reduceres med 10 pct. over tre år.
- Antallet af skader på patienter reduceres med 20 pct. over tre år.

Det er regionernes ansvar at udforme de konkrete strategier og delmål og realisere ambitionerne. Initiativer og indsatser skal målrettes regionale forhold og lokale behov for forandring. Regeringen og Danske Regioner vil løbende drøfte udviklingen, herunder de konkrete indsatser, der understøtter målsætningerne.

Herudover er regeringen og Danske Regioner enige om at følge udviklingen på nedenstående områder med henblik på at:

- Nedbringe omfanget af sygehuserhvervede infektioner
-

- Reducere den gennemsnitlige liggetid
- Nedbringe andelen af akutte genindlæggelser
- Nedbringe væksten i kontakter pr. patient
- Øge andelen af dagkirurgi

For at understøtte arbejdet med kvalitet har regeringen – sammen med Danske Regioner og KL – nedsat et udvalg om bedre incitament i sundhedsvæsenet. Målet er at sikre en incitamentsstruktur, der tilskynder til øget effektivitet og kvalitet, behandling til tiden, forebyggelse, anvendelse af velfærdsteknologi mv. Udvalget afleverer i foråret 2013.

#### **Nationale kliniske retningslinjer**

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at alle uanset bopæl skal have adgang til ensartet høj kvalitet i udredning og behandling. Et centralt redskab i den sammenhæng er fokuserede nationale kliniske retningslinjer målrettet det daglige kliniske arbejde. De kliniske retningslinjer skal bidrage til en effektiv ressourceudnyttelse ved at understøtte gode patientforløb og effektive arbejdsgange. Der er afsat 80 mio. kr. på finansloven for 2012 i perioden 2012-2015 til udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer. Der udarbejdes ca. 5 kliniske retningslinjer i 2012 og yderligere ca. 15 kliniske retningslinjer i hvert af de følgende år 2013-2015.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at retningslinjerne skal sikre en løbende prioritering på sundhedsområdet med fokus på at sikre mest mulig sundhed for pengene. Til sikring heraf nedsættes der en styregruppe for arbejdet med deltagelse af KL, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Styregruppen vil blandt andet have til opgave at udvælge områder, hvor der skal udarbejdes nationale kliniske retningslinjer, og godkende en generisk model for arbejdet, som sikrer korte, præcise og handlingsanvisende kliniske retningslinjer. Styregruppen skal desuden løbende forholde sig til de organisatoriske og økonomiske implikationer ved arbejdet med de kliniske retningslinjer.

Regeringen og Danske Regioner er enige om vigtigheden af, at de kliniske retningslinjer og implementeringen heraf resulterer i en mere effektiv ressourceanvendelse i patientbehandlingen og dermed ligger inden for de eksisterende økonomiske rammer til sundhedsvæsenet.

## 8. Mere sundhed for pengene

Sundhedsvæsenet prioriteres højt og udgør en stor del af de offentlige udgifter. Det stiller krav til, at ressourcerne anvendes der, hvor der opnås mest mulig sundhed for pengene. Effektiv anvendelse af kapaciteten på sundhedsområdet er en central forudsætning for at imødekomme de kommende års udfordringer med begrænset råderum i den offentlige vækst sammenholdt med fortsat stigende forventninger og øget efterspørgsel på sundhedsområdet. Der er således behov for at fortsætte arbejdet med effektiviseringer, bedre kapacitetsudnyttelse og en styrket prioritering i regionerne.

### **Effektiv anvendelse af sygehuspersonalets arbejdstid**

Som led i regeringens 2020-dagsorden skal der ses på anvendelsen af de offentlige personaleressourcer med henblik på at sikre, at kvaliteten i den offentlige opgaveløsning kan fastholdes, *jf. Danmark i arbejde – udfordringer for dansk økonomi mod 2020*. Det gælder også anvendelsen af sundhedspersonale.

Personalet spiller en vigtig rolle i sygehusvæsenet og er en central forudsætning for en god patientbehandling. Over 60 pct. (47 mia. kr.) af de samlede offentlige udgifter i sygehusvæsenet går til lønninger. Personaleressourcerne skal derfor anvendes så effektivt som muligt. Det handler blandt andet om, at speciallægen kommer frem i front i modtagelsen af patienter, at sikre øget kvalitet og effektivitet i mødet med patienten, optimere organisering og vagtplanlægning samt øge antallet af aktive timer på operationsstuer, ved scanningsudstyr mv.

Øget ledelsesrum og nedbrydelse af overenskomstmæssige barrierer for effektiv sygehusdrift og optimale patientforløb vil blive et vigtigt fokusområde i de kommende overenskomstforhandlinger.

Afgørende for optimal ressourceanvendelse og høj kvalitet er fokus på kerneopgaven, ikke mindst i arbejdstilrettelæggelsen. Regeringen og Danske Regioner er derfor enige om at igangsætte en større analyse af effektiv og fleksibel personaleanvendelse. En styregruppe med deltagelse af Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Danske Regioner skal følge arbejdet tæt.

### **Retningslinjer for visitation og henvisning**

Arbejdet med nye retningslinjer for visitation og henvisning har vist sig at være et effektivt instrument i prioriteringen af sundhedsressourcer. Visitationsretningslinjerne har blandt andet haft stor betydning for udviklingen i antal behandlinger på fx fedmeområdet. Antallet af disse behandlinger er nu lavere end i 2010, og udgifter, der før kunne henføres til blandt andet indikationsskred og overbehandling på det område, kan nu prioriteres til andre behandlingsområder, herunder livstruende sygdomme. Det er derfor vigtigt, at arbejdet med visitationsretningslinjer fortsætter, og at det fokuseres på behandlingsområder med en vis volumen, og hvor der er mistanke om et utilsigtet skred i behandlingen.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at udarbejde nye retningslinjer for visitation og henvisning på en række behandlingsområder i 2013, herunder plastikkirurgi efter excessivt vægttab, operation for grå stær og ADHD.

### **Sygehusmedicin og prioritering**

Fokus på en bedre anvendelse af offentlige ressourcer gælder også sygehusmedicinområdet. Det er derfor vigtigt, at der fortsat sikres en styring af medicinudgifterne, lavere priser, og at der er mere transparens i forhold til, hvilke behandlinger og medicin, der tilbydes.

Udarbejdelse af fælles behandlingsvejledninger og rekommandationslister i regi af Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) sikrer anvendelsen af omkostningseffektive lægemidler og ens behandling på tværs af regionerne samt øger kvaliteten i behandlingen.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at regionerne sammen med RADS fortsætter arbejdet med at skabe rammer på klinisk niveau for anvendelse af sygehusmedicin, så medicinanvendelsen på alle store behandlingsområder ensartes på tværs af regionerne. Regeringen og Danske Regioner er desuden enige om, at der er særlige forhold vedrørende RADSs anbefalinger om anvendelse af lægemidler uden for godkendt indikation, som nærmere skal afklares.

Der er også enighed om i efteråret 2012 at analysere og overveje fremtidige rammer, der kan sikre lavere priser på sygehusmedicin.

Herudover er der behov for en mere konsekvent og entydig måde at vurdere anvendelse og ibrugtagning af nye lægemidler i Danmark, end det er tilfældet i dag. Parterne er derfor enige om at undersøge mulighederne for en øget prioritering på området, hvor der lægges vægt på lægemidlers omkostningseffektivitet med henblik på at sikre et bedre forhold mellem effekten af og prisen på lægemidlerne og derved sikre mere sundhed for pengene. I arbejdet skal relevante erfaringer fra andre lande inkluderes.

Lægemidler er et godt udgangspunkt for et styrket fokus på omkostningseffektiv anvendelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet, men ambitionen er, at dette fokus skal udvides til at omfatte flere og andre områder end blot medicin. Regeringen og Danske Regioner er således enige om at fortsætte drøftelserne om, hvorledes der som led i en bredere dagsorden kan sikres mest mulig sundhed for pengene. En konkret model for det videre arbejde med prioritering skal drøftes som en del af økonomiaftalen for 2014.

Et mere systematisk arbejde med prioritering vil også skabe en større gennemsigtighed i forhold til de beslutninger, der hver dag træffes om valg eller fravalg af lægemidler og anden medicinsk teknologi.

#### **Gebyrer for udeblivelser**

Danske Regioner og regeringen er enige om, at der i to regioner iværksættes konkrete forsøg med gebyrer for udeblivelser for derved at tilvejebringe et praktisk erfaringsgrundlag for det videre arbejde med at reducere omfanget af udeblivelser. Forsøgene igangsættes i efteråret 2012. Der samles op på erfaringerne fra forsøgene, herunder også i forhold til andre metoder til nedbringelse af udeblivelser såsom blandt andet sms og selvbookning, når de første resultater foreligger.

#### **Forbedrede arbejdsgange og videndeling**

De nationale og internationale erfaringer med nye metoder i arbejdsgange på landets sygehuse og afdelinger er gode. Mange af disse metoder har bidraget til at realisere betydelige gevinster ved ændring af relativt simple arbejdsprocesser og forbedret planlægning.

Det er vigtigt, at gode eksempler og metoder vedrørende forbedrede arbejdsgange spredes for at anvende ressourcerne så optimalt som muligt. Sundhedsvæsenet skal derfor dele viden og udbrede bedste praksis til gavn for patienten og samfundsøkonomien. Regeringen og Danske Regioner er enige om sammen at drøfte udviklingen i de initiativer, der er sat i gang.

## 9. 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. Parterne er således enige om, at der i 2013 skal frigøres 0,3 mia. kr., som omprioriteres til den borgernære service. Det skal blandt andet ske ved mere effektiv regional administration, lavere sygefravær og mere effektivt indkøb.

### **Mindre administration**

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at regionerne gennem en omstilling og mere effektive arbejdsgange reducerer administration. Opgørelser for antal administrativt ansatte viser en reduktion i 2011. Regeringen og Danske Regioner noterer den positive udvikling og er fortsat enige om, at arbejdet skal styrkes. Målsætningen er som aftalt i aftale om regionernes økonomi for 2012 at reducere den regionale administration med 2½ pct. i 2012 og 5 pct. i 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 skal anvendes til den patientnære indsats.

### **Lavere sygefravær**

Sygefraværet i regionerne ligger på samme måde som andre steder i den offentlige sektor stadig højt. Regionerne vil fortsat arbejde for at nedbringe sygefraværet, herunder rette særligt fokus på de sygehuse og medarbejdergrupper, der har det største fravær.

Danske Regioner vil inden udgangen af 2012 udarbejde og offentliggøre en benchmark af fravær på sygehusniveau for at få større fokus og indsigt i fraværsproblematikker på de enkelte sygehuse og afdelinger. Parterne vil følge op herpå i foråret 2013.

### **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 arbejde for at nå målet om at frigøre 1 mia. kr. frem mod 2015 i forhold til 2009-niveau. Som led i regionernes strategi bedømmer regionerne løbende, hvilke varegrupper der er egnede til fælles udbud, herunder medicoteknisk udstyr. Regeringen og Danske Regioner er enige om at følge udviklingen på området tæt.

## 10. National handlingsplan for den ældre medicinske patient

Regeringen og satspuljepartierne har med satspuljeaftalen for 2012 afsat i alt 200,4 mio. kr. i perioden 2012-2015 til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. Handlingsplanen bygger blandt andet på Sundhedsstyrelsens oplæg "Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan".

---

Den nationale handlingsplan indeholder i alt 11 initiativer og skal særligt føre til at reducere antallet af uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser og styrke sammenhængen i og koordineringen af patientforløbet.

Initiativerne i handlingsplanen udmøntes af regioner, kommuner og stat i henhold til den fælles udmøntningsplan. I udmøntningsplanen er fastlagt milepæle og konkrete målsætninger for de enkelte initiativer, som alle parterne er forpligtede til at overholde. Udmøntningen af de enkelte initiativer vil blive fulgt nøje af Styregruppen for den ældre medicinske patient.

Kapaciteten på de medicinske afdelinger skal anvendes bedst muligt, herunder skal uhensigtsmæssige indlæggelser undgås, og patienterne skal ikke være indlagt længere tid end nødvendigt.

Som et led i handlingsplanen gennemføres derfor en analyse af de medicinske afdelinger blandt andet med henblik på en vurdering af, om de medicinske sengepladser anvendes bedst muligt.

## 11. Digitalisering/sundheds-it/velfærdsteknologi

Digitalisering og velfærdsteknologi er centrale redskaber til at forny den offentlige sektor, skabe økonomisk råderum og sikre en mere fleksibel, moderne service.

Regeringen, KL og Danske Regioner samarbejder om at realisere digitaliseringsstrategiens målsætning om, at 80 pct. af den skriftlige borgerkommunikation er digitaliseret i 2015.

Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om at udarbejde en ny ambitiøs digitaliseringsreform af velfærdsområderne, der kan indgå i økonomiforhandlingerne for 2014. Reformens målsætning er at sætte fart på national udbredelse af digitale og velfærdsteknologiske løsninger, der øger produktiviteten i den offentlige service, reducerer ressourceforbruget, understøtter høj kvalitet og har fokus på borgernes mestring af eget liv.

Parterne er desuden enige om at gennemføre national implementering af telemedicinsk sårsvurdering samt at igangsætte initiativerne i en national handlingsplan for udbredelse af telemedicin.

Endvidere er der enighed om at udarbejde en ny digitaliseringsstrategi for sundhedsområdet frem mod økonomiforhandlingerne for 2014. Arbejdet koordineres med digitaliseringsreformen.

Endelig er parterne enige om, at der skal sikres en mere effektiv produktion, distribution og anvendelse af offentlige grunddata.

Aftalerne vedrørende digitalisering og velfærdsteknologi er uddybet i bilag 2.

## 12. Offentlig-privat samarbejde

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at offentlig-privat samarbejde kan bidrage til at sikre kvalitet og effektivitet i den offentlige sektor gennem udnyttelse af kompetencerne i den private sektor, og det kan samtidig medvirke til udvikling af nye innovative løsninger på velfærdsopgaverne.

Der skal i sundhedsvæsenet sættes fokus på et øget samarbejde med private virksomheder om udviklingen af innovative velfærdsteknologiske løsninger og fremdrift i arbejdet med videndeling og fælles løsninger på tværs af kvalitetsfundsbyggerierne med henblik på billigere løsninger.

Parterne er på den baggrund enige om, at de mulige gevinster ved et samarbejde med private virksomheder skal søges udnyttet blandt andet gennem øget samarbejde om udvikling af innovative velfærdsteknologiske løsninger og øget anvendelse af innovative udbudsformer.

Som opfølgning på aftalen om den regionale økonomi for 2012 er der i et samarbejde mellem regeringen og Danske Regioner fastlagt et teknisk grundlag for måling af konkurrenceudsættelsen i regionerne, indikatoren for konkurrenceudsættelse (IKU). Parterne er enige om løbende at følge udviklingen i regionernes konkurrenceudsættelse målt ved den regionale IKU.

Regeringen er derudover indstillet på at søge Folketingets tilslutning til at afskaffe kravet om, at regionerne skal udarbejde udbudsstrategier, hvorved regionerne frigøres fra en række proceskrav. Parterne er således enige om, at regionerne skal have større handlefrihed i arbejdet med udbud mv.

Regeringen og Danske Regioner er enige om vigtigheden af at anvende sociale klausuler om uddannelses- og praktikpladser i relevante udbud. Det konstateres i den forbindelse, at regionerne arbejder med sociale klausuler og etiske hensyn i forbindelse med udbud, herunder i forbindelse med sygehusbyggerier.

Med henblik på at fremme anvendelsen af OPP etableres en deponeringsfritagelsespulje på 300 mio. kr. i 2013, hvor der kan søges om dispensation fra deponeringsforpligtelsen i lånebekendtgørelsen. Puljen administreres af Økonomi- og indenrigsministeriet. Puljen omfatter ikke kvalitetsfundsstøttede byggerier.

### **Videndeling og fælles løsninger i forbindelse med de nye sygehusbyggerier**

Regeringen og Danske Regioner er samtidig enige om, at samarbejde, videndeling, og læring på tværs af projekterne og regionsgrænserne er en central del af arbejdet med at skabe innovative og rationelle løsninger i sygehusbyggerierne. Udnyttelse af stordriftsfordele, muligheder for standardisering mv. har betydning for at få mest muligt ud af de økonomiske rammer, der gælder for sygehusbyggerierne. Det skyldes blandt andet, at de resultater og erfaringer, som både regioner og private virksomheder opnår i ét byggeprojekt, kan genbruges i andre.

Regionerne har, med Danske Regioner som tovholder, igangsat et ambitiøst videndelingsprojekt, som foreløbigt omfatter 10 pejlemærker og 8 fokusområder. Projektet skal sikre systematisk læring, videnopsamling og -deling i relation til centrale elementer i sygehusbyggerierne, ligesom mulighederne for fælles løsninger, herunder fælles indkøb, afdækkes.

Som led i dette arbejde udarbejder Danske Regioner inden udgangen af 2012 en oversigt over forventede resultater og fælles initiativer, som regionerne har igangsat i projektet om videndeling i sygehusbyggeri. Oversigten omfatter endvidere en beskrivelse af initiativer og eksempler, der indebærer ensartede, evt. fælles løsninger, herunder indkøb mv. Hvor det er muligt søges forventede effekter kvantificeret. Oversigten indeholder også en status på kommende fælles initiativer i regi af projektet om systematisk videndeling. I forbindelse med udarbejdelse af oversigten kan Danske Regioner inddrage relevante brancheorganisationer mv.

## 13. Øvrig sundhed

### **Sammenhæng mellem sektorer på sundhedsområdet**

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om, at et effektivt sundhedsvæsen, der tager udgangspunkt i, hvad der er bedst for patienten, stiller krav om et effektivt samarbejde om og sammenhæng mellem sundhedsindsatsen på tværs af sektorer.

Regeringen har – sammen med blandt andre Danske Regioner og KL – igangsat en række analysearbejder, der vedrører sammenhæng mellem sektorer. I *evaluering af kommunalreformen* er der på sundhedsområdet fokus på at afdække mulige snitflader på tværs af kommune- og regionsgrænser i forhold til blandt andet patientrettet forebyggelse, genoptræning og det psykiatriske område. Hertil kommer den igangsatte *kulegravning af strukturer og incitamenter i sundhedsvæsenet* samt *udvalget vedrørende potentialer for forbedret kommunal forebyggelse*.

Endvidere indgår sundhed som tema i frikommuneforsøgene, som blandt andet fokuserer på samarbejde og sammenhæng mellem sektorer.

Konklusionerne fra de ovenstående initiativer foreligger i løbet af 2012 og foråret 2013. Disse kan danne afsæt for initiativer, der fremadrettet kan styrke sammenhængende patientforløb og samarbejdet mellem sektorer. Det skal medvirke til at sikre en omkostningseffektiv ressourceanvendelse med patienten i centrum.

### **Praksissektor**

Ændringerne på sygehusområdet, hvor behandling samles på færre og mere specialiserede enheder, stiller krav til det borgernære sundhedstilbud, herunder særligt i relation til samspillet mellem sygehusvæsenet og den lægelige del af praksissektoren, herunder almen praksis.

For at sikre en effektiv ressourceanvendelse på tværs af sundhedsvæsenet er det hensigtsmæssigt, at særligt den lægelige del af praksissektoren i højere grad kan tænkes som en integreret del af den samlede regionale behandlingskapacitet. Det skal sikre be-



handling på laveste, effektive omsorgs- og omkostningsniveau, og det skal understøtte sammenhængende patientforløb, særligt for patienter med flere kontakter til sundhedsvæsenet.

Regeringen og Danske Regioner vil arbejde for, at særligt den lægelige del af praksissektoren i stadig større grad integreres i det samlede sundhedsvæsen, herunder sikring af at regionerne råder over de fornødne planlægnings- og styringsredskaber.

Samtidig er det centralt, at der i relation til praksissektoren – på linje med det øvrige sundhedsvæsen – til stadighed er fokus på aktivitets- og udgiftsstyring og fokus på, at der sker effektiviseringer og produktivetsforbedringer i sektoren.

Regeringen og Danske Regioner vil derfor arbejde for en skærpet aktivitets- og udgiftsstyring i sektoren. Samtidig bør sektoren løbende levere produktivetsforbedringer.

### **Svangreomsorg**

Regeringen og Danske Regioner er enige om at styrke svangreomsorgen ud fra en behovstilpasset model, hvor indsatsen fokuseres på de patienter, som har størst behov, eksempelvis førstegangsfødende eller fødende, som har haft komplicerede barselsforløb. Regionerne vil som led heri arbejde for at implementere Sundhedsstyrelsens opdaterede anbefalinger for svangreomsorg.

### **Ejendomsafhændelse i forbindelse med sygehusinvesteringer**

Involvering af det statslige ejendomsselskab Freja i salget af nedlagte sygehusejendomme kan skabe øget værdi af de offentlige aktiver. Derfor er der et igangværende arbejde med at udvikle en model for samarbejdet mellem Freja og regionerne i forbindelse med konkrete ejendomssalg. Modellen drøftes snarest med Danske Regioner forud for implementering.

### **Energirigtige investeringer**

Som udmøntning af regeringsgrundlaget etablerer regeringen en lånepulje på ca. 1 mia. kr. til energiinvesteringer i kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier. Energiinvesteringerne er en effektiv og miljømæssig ansvarlig måde at investere. Lånepuljen giver mulighed for, at regionerne i de kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier kan prioritere opgradering til de skrappeste energimæssige bygningskrav, lavenergiklasse 2020. Låneadgangen udgør op til 2,3 pct. af totalrammen for det enkelte kvalitetsfundsstøttede projekt. For at sikre optimal udnyttelse af puljen kan regionerne i særlige tilfælde søge om adgang til at pulje midlerne inden for den enkelte region. Lånepuljen fastsætter en ny og endelig total investeringsramme for de konkrete projekter.

Økonomi- og Indenrigsministeriet administrerer puljen i samarbejde med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

## **14. Øvrige temaer**

### **Regional udvikling**

En stærk og koordineret sammenhæng mellem den nationale og regionale indsats for vækst og erhvervsudvikling indgår i arbejdet med målsætningen om en omstilling af

dansk økonomi til højere produktivitet, flere innovative virksomheder og flere vækstiværksættere.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at aftalerne mellem regeringen og de regionale vækstfora om vækstpartnerskaber bidrager til at sikre sammenhængen mellem den nationale og regionale vækstindsats, herunder opfølgning på arbejdet i de vækstteams, der er nedsat under ministerudvalget for ny erhvervs- og vækstpolitik. Disse vækstteams vil løbende frem mod foråret 2013 komme med anbefalinger, der kan styrke væksten inden for erhvervsområder, hvor Danmark har særlige styrker og potentialer. Regeringen vil i forlængelse af de enkelte vækstteams anbefalinger udarbejde handlingsplaner, som kan forbedre vækstvilkårene på erhvervsområdet. Regeringen vil drøfte udmåntningen af handlingsplanerne med de regionale vækstfora på relevante områder.

### **Miljø**

Regionernes har til opgave at beskytte drikkevandet og menneskers sundhed mod påvirkning fra jordforurening blandt andet via forureningskortlægninger og oprydninger af forurenede grunde. Regionerne varetager desuden en væsentlig opgave med at yde service til borgere og virksomheder, der søger oplysninger om jordforurening. Regionerne har blandt andet udarbejdet strategier med målsætninger for arbejdet og etableret et Videncenter for Jordforurening, der skaber gode vilkår for at udveksle erfaringer på området, diskutere forskelligheder og arbejde frem mod ensartede afgørelser.

Regeringen og Danske Regioner konstaterer, at området for regional udvikling, herunder råstofområdet mv. indgår i den aktuelle evaluering af kommunalreformen, som regeringen har igangsat i et udvalg med inddragelse af Danske Regioner, KL og en række ministerier. Udvalgets arbejde afsluttes i januar 2013.

### **Regionernes udfordringsret**

Regeringen og Danske Regioner er samtidig enige om at fastholde og forlænge udfordringsretten til udgangen af 2015. Samtidig forenkles ansøgningsprocessen med henblik på at forkorte sagsbehandlingstiderne. Der vil endvidere blive sat øget fokus på systematisk erfaringsopsamling med henblik på, at gode erfaringer kan forankres i den statslige regelforenklingsindsats.

### **Flere kvinder i ledelse**

Regeringen lancerede i maj 2012 en dansk model for at få flere kvinder i ledelse. Regeringen opfordrer i forlængelse heraf kommuner og regioner til at udarbejde fælles retningslinjer for, hvordan man på regionalt eller kommunalt plan kan fremme kvinder i ledelse.

### **Regioners mulighed for at deltage i selskaber**

Regeringen og Danske Regioner er enige om at lempe begrænsningerne på regioners muligheder for aktivt at deltage i selskaber.

Regeringen vil derfor søge om tilslutning til følgende:

- Den andel af omsætningen, der må stamme fra salg til andre end kommuner og regioner i virksomheder med deltagelse af kommuner og regioner, øges fra 25 pct. til 50 pct., jf. lov nr. 548 af 8. juni 2006.

## Bilag 1

### Principper for udbetaling af den statslige, aktivitetsbestemte pulje og fastsættelse af baseline i 2013

Det statslige, aktivitetsbestemte tilskud på sygehusområdet udgør i 2013 3.945,8 mio. kr. på landsplan inkl. kommunalt aktivitetsbidrag, svarende til 2.706,9 mio. kr. til regionerne.

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

**Tabel 1**  
**Fordeling af statslige, aktivitetsafhængige midler og udbetalingsprincipper, mio. kr., 2013-pl**

	<b>Aktivitetspulje</b>
Udbetaling med 100 pct. af DRG/DAGS-takst	1.249,6
Udbetaling med 70 pct. af DRG/DAGS-takst	1.457,3
I alt	2.706,9

Fastsættelse af størrelsen af regionernes bloktilskud og den kommunale medfinansiering til brug for økonomiforhandlingerne fra 2014 og frem vil ske på baggrund af foreløbige takster. De endelige takster fastsættes således, at der ikke ændres på det forudsatte kommunale aktivitetsbestemte bidrag eller bloktilskuddet.

Statens Seruminstits takstsystem for 2014 udmeldes endeligt ultimo juni 2013.

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, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og KL justeres for indførelse af meget væsentlige, nye behandlingstilbud eller for omlægnin-ger 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 2.706,9 mio. kr. for 2013 udbetales á conto i starten af året og opgøres endeligt ved udgangen af 1. kvartal 2014 på grundlag af den aktivitet i regionerne, som er indberettet senest den 1. marts 2014.

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

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 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 2012 en aktivitetsstigning i forhold til den faktisk konstaterede aktivitet i 2011 på 0,8 pct.

Den foreløbige baseline for 2013 er 62.898,9 mio. kr. (2013 takstsystem). Metoden til beregning af den foreløbige baseline er aftalekonsistent og er:

1. Den faktiske aktivitet i 2011 opgjort i takstsystem 2013 tillagt 0,8 pct.
2. Produktionsværdien efter pkt. 1 tillægges den forudsatte aktivitetsstigning fra 2012 til 2013 på 3 pct.
3. Produktionsværdien af de statslige aktivitetsafhængige midler i 2013 på i alt 4.921,2 mio. kr. (13-pl) fratrækkes produktionsværdien efter pkt. 1-3 for at danne baseline.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse beregner og udmelder en endelig baseline for 2013 pr. januar 2013. Den endelige baseline er fastlagt ved den foreløbige baseline korrigeret (plus/minus) for nettobudgetvirkningen af puljer i finansloven for 2013.

Baseline for 2013 fordeles mellem regionerne med en nøgle, der svarer til deres faktisk realiserede aktivitet i 2011 opgjort ved takstsystem 2013. 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 2013 kan korrigeres for kodeændringer eller ny registreringspraksis i takstsystem 2013, der gennemføres efter 1. maj 2012. 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 2013 kan korrigeres for strukturomlægninger mv. i sygehusvæsenet i henhold til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse retningslinjer herfor. Regionerne kan løbende fremsende ansøgning om justeringer af aktivitetsopgørelsen, dog senest den 1. februar 2014.

Der fastlægges i 2013 et loft over den gennemsnitlige værdistigning pr. kontakt på 1,5 pct.

Der indregnes et årligt produktivetskrav, svarende til 2,0 pct. ved fuld udnyttelse af aktivitetspuljen i 2013.

*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 1.975,3 mio. kr. alene pålægges kommunal medfinansiering på 1.537,6 mio. kr. Den kommunale medfinansiering udgør 25,2 pct. heraf, svarende til 387,1 mio. kr. Herudover sker der et løft på sygesikringsområdet ekskl. medicintilskud på 75 mio.kr., hvoraf den gennemsnitlige kommunale medfinansiering er 10,0 pct., samt et løft af psykiatriområdet på 200 mio.kr., hvoraf den gennemsnitlige kommunale medfinansiering er 9,9 pct.

Fordelingen af de samlede statslige aktivitetsmidler på kommuner og regioner er foretaget på baggrund af takstsystem 2013.

## Bilag 2

### Digitalisering og velfærdsteknologi

Som led i realiseringen af den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi er der enighed om det videre arbejde med en række konkrete digitaliseringsinitiativer. I forlængelse af digitaliseringsstrategien igangsættes endvidere udarbejdelsen af en digitaliseringsreform af velfærdsområderne frem mod økonomiforhandlingerne for 2014. Regeringen, KL og Danske Regioner samarbejder om at realisere denne målsætning.

#### *Digital kommunikation*

Med den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi er der sat et ambitiøst og realiserbart mål om, at 80 pct. af alle ansøgninger, indberetninger, breve og al anden skriftlig kommunikation med det offentlige som udgangspunkt skal foregå obligatorisk digitalt i 2015.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at overgangen til digital postforsendelse i medfør af L160 om offentlig digital post frigør 34 mio. kr. i 2013, 90 mio. kr. i 2014 og 174 mio. kr. i 2015 og frem. Heraf udgør regionale mindreudgifter til porto og materialer 16 mio. kr. i 2013, 36 mio. kr. i 2014 stigende til 78 mio. kr. årligt fra 2015, som modregnes i det regionale bloktilskud. De øvrige gevinster skal realiseres med henblik på prioritering til borgernær velfærd.

Regeringen, KL og Danske Regioner er desuden enige om at analysere muligheder og potentialer ved en mere effektiv servicering af de borgere som fortsat henvender sig personligt, herunder f.eks. via et fællesoffentligt call center, jf. også initiativ herom i den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi.

#### *Grunddata*

Regeringen og Danske Regioner er enige om at effektivisere produktion, distribution og anvendelse af de offentlige grunddata om ejendomme, adresser, geodata og virksomheder. Parterne er enige om, at der frem til sommeren 2013 i lighed hermed udarbejdes et grundlag for tilsvarende effektiviseringer vedrørende offentlige grunddata for personer og indkomst.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at gevinster i forbindelse med bedre grunddata drøftes i forbindelse med aftalen om regionernes økonomi for 2014.

#### *Digitaliseringsreform af velfærdsområderne*

Der er behov for en mere klar og forpligtende kurs for udviklingen inden for velfærdsteknologi i den offentlige sektor i de kommende år. Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om, at der skal udarbejdes en digitaliseringsreform af velfærdsområderne, der kan indgå i økonomiforhandlingerne for 2014. Reformen skal fastlægge retningen for den offentlige sektors arbejde med velfærdsteknologi i årene fremover og skal ses i forlængelse af den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi samt arbejdet med sundheds-it, udredning om udbredelse af velfærdsteknologi på det sociale område samt telemedicin.

I forbindelse med reformarbejdet vil der blive udarbejdet målsætninger for øget digitalisering af velfærdsområderne på baggrund af analyser og business cases, ligesom der vil blive fremsat forslag til ændrede rammebetingelser og forslag til udvikling og udrulning af konkrete velfærdsteknologier. Der fokuseres særligt på de indsatser og metoder, der reducerer ressourceforbruget. I arbejdet tages udgangspunkt i de temaer, der er identificeret som led i det forberedende arbejde.

Endvidere skal den offentlige sektors arbejde med velfærdsteknologi ses i lyset af det nedsatte vækstteam for sundhed og velfærdsløsninger og den kommende innovationsstrategi.

Som led i arbejdet med reformen er regeringen, KL og Danske Regioner enige om, at gevinster ved investeringer i it og teknologi skal synliggøres, og at finansieringen til udvikling og drift af nye fælles it-løsninger og teknologier som udgangspunkt påhviler den eller de parter, som opnår gevinsterne.

#### *Ny digitaliseringsstrategi for sundhedsområdet*

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om at udarbejde en ny strategi for digitalisering for sundhedsvæsenet, som tager udgangspunkt i, understøtter og videreudvikler de spor, der er lagt med aftalte mål og milepæle på området. Som grundlag for strategien udarbejdes en grundig afdækning af nuværende status for sundheds-it udviklingen. Strategien koordineres med arbejdet vedrørende digitaliseringsreformen.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at prioritere udviklingen af en digital medarbejdersignatur til mobile platforme. Der er enighed om, at regionerne i en overgangsperiode kan anvende andre sikkerhedsløsninger til mobile platforme, der er tilstrækkeligt sikre.

Regeringen, Danske Regioner og KL er ligeledes enige om, at der skal indføres en ny finansierings- og styringsmodel for fællesoffentlig it-infrastruktur på sundhedsområdet, herunder for it-infrastrukturprojektet National Serviceplatform. Omkostninger finansieres af de parter, der opnår gevinsterne. Parterne er enige om, at løsningen medfører, at den National Serviceplatform finansieres med 4,0 mio.kr. fra kommunerne, 6,0 mio.kr. fra regionerne og 2,5 mio.kr. fra staten i 2013. Endvidere afsættes i regionerne 3 mio.kr. i 2013 til udvikling af den centrale FMK-løsning.

#### *National handlingsplan for udbredelse af telemedicin*

Der mangler fortsat viden om telemedicinske løsninger i drift. Regeringen, KL og Danske Regioner er derfor enige om at igangsætte storskalaforøg med telemedicin. Regeringen vil udmønte i alt 50 mio. kr. fra Fonden for Velfærdsteknologi til gennemførelse af national handlingsplan for udbredelse af telemedicin, hvoraf de 33 mio. kr. er udmøntet til medfinansiering af projekt om klinisk integreret hjemmemonitorering. Initiativerne følges tæt i perioden 2012-2015 med henblik på at sikre solide evalueringer.

#### *National implementering af telemedicinsk sårurdering*

Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om at iværksætte en national implementering af telemedicinsk sårurdering for patienter med diabetiske og venøse bensår. Gevinsterne skal realiseres med henblik på prioritering til borgernær velfærd. Implementeringen vurderes foreløbigt at kunne frigøre i alt 53 mio. kr. i 2013 stigende til i størrelsesordenen

307 mio. kr. årligt ved fuld indfasning i 2017, heraf 8 mio. i 2013 stigende til 45 mio. kr. i 2017 i regionerne og 45 mio. kr. i 2013 stigende til 262 mio. kr. i 2017 i kommunerne.

Regeringen vil udmønte i alt 30 mio. kr. til formålet. Da der er tale om foreløbige vurderinger, er der enighed om, at der i forbindelse med de årlige økonomiforhandlinger følges op på gevinstrealiseringen og nødvendige forudsætninger i projektet. Der er endvidere enighed om at revidere business casen i 2013 blandt andet på baggrund af de konkrete resultater af gevinstrealiseringen og på baggrund af resultatet af randomiserede forsøg, hvor de kliniske effekter i form af færre og kortere indlæggelser og reduktion i antallet af amputationer undersøges. Projektudgifter ud over 30 mio. kr. og driftsudgifter efter projektudløb afholdes af kommuner og regioner.

#### *Optimering af regionernes indkøb af eksterne it-driftsydelser*

Regeringen og Danske Regioner er enige om at det i efteråret 2012 drøftes, hvordan analyser af statens indkøb af eksterne it-ydelser kan nyttiggøres i regionerne, blandt andet via mere samordnet indkøb, øget prisgennemsigtighed mv.