

Regeringen
Danske Regioner

Aftale om regionernes økonomi for 2011

12. juni 2010

1. Indledning

Sundhedsområdet er højt prioriteret. I 2010 råder sundhedsvæsenet over mere end 21 mia. kr. ekstra sammenlignet med 2001, heraf vedrører ca. 16 mia. kr. sygehusvæsenet.

Det har blandt andet betydet, at der generelt er opnået en forhøjet behandlingskvalitet, at antallet af ansatte i sundhedssektoren er steget betydeligt, og at der gennemføres betydeligt flere behandlinger end tidligere. Dertil kommer, at behandlingen af livstruende sygdomme er forbedret markant blandt andet med store investeringer i nyt udstyr og med indførelsen af pakkeforløb på kræft- og hjerteområdet.

Udfordringerne for dansk økonomi er skærpet i kølvandet på den globale finanskriser. De offentlige finanser er svækket markant, og offentlige overskud er vendt til underskud med stigende offentlig gæld til følge. Det betyder, at Danmark nu er inde i EU's Stabilitets- og Vækstpagt's procedure for uforholdsmæssigt store underskud.

Regeringen og Dansk Folkeparti har på den baggrund indgået *Aftale om genopretning af dansk økonomi*. Med aftalen indledes en flerårig indsats, som styrker den offentlige økonomi med 24 mia. kr. frem mod 2013. Staten, kommunerne og regionerne har et fælles ansvar for at sikre, at dette sker. *Aftale om genopretning af dansk økonomi* indebærer en prioritering af det samlede sundhedsområde med i alt 5 mia. kr. i perioden 2011-2013. Denne aftale ligger til grund for aftalen om regionernes økonomi for 2011.

Det er et fælles ansvar at sikre genopretningen af den offentlige økonomi i de kommende år. Samtidig skal der ske en afstemning af borgernes forventninger til udviklingen i sundhedsvæsenet. Der skal nu fokus på konsolidering og en mere afdæmpet vækst. Sundhedsområdet er også fremadrettet prioriteret med nye midler til flere behandlinger og medicin, der tilvejebringes gennem budgetforbedringer i staten. Men konsolideringsdagordenen betyder, at de nødvendige tilpasninger skal gennemføres for at sikre økonomisk balance. Og at der fremadrettet skal fokus på en mere afdæmpet aktivitetsvækst end i de seneste år, hvilket også skal afspejle sig i en skærpet prioritering af nye behandlinger og ny medicin, i den regionale styring samt ude på de

enkelte sygehuse og afdelinger mv. Der er enighed om, at der inden for rammerne af den aftalte vækst også er plads til at prioritere behandling af flere nye patienter med henblik på at fastholde korte ventetider for patienterne.

Det er centralt at sikre en så god ressourceanvendelse som muligt, både hvad angår de økonomiske såvel som personalemæssige ressourcer, ikke mindst på sundhedsområdet.

2. Styring og prioritering i sundhedsvæsenet

Sundhedsområdet har gennem de seneste år været præget af en meget høj vækst og kapacitetsopbygning. Der skal nu fokus på konsolidering og en mere afdæmpet vækst. Regeringen har prioriteret sundhedsområdet med et løft på 5 mia. kr. frem til 2013. Det sikrer finansiering af behandling af flere patienter og ny medicin over de kommende år.

Inden for den prioriterede økonomiske ramme skal der ske en skarpere styring og prioritering.

Den statslige aktivitetspulje skal som forudsat anvendes til at belønne en særlig indsats. Parterne er enige om, at regionerne i højere grad skal prioritere puljemidlerne på områder, hvor der er behov for og ønske om en øget indsats, også i lyset af patienternes ventetider. Regionerne skal fordele midlerne ud på de konkrete afdelinger i forhold til en konkret aftalt indsats.

Den regionale takststyring skal generelt tilrettelægges, så den flugter med sigtet om en mere prioriteret aktivitetsudvikling på de enkelte sygehuse og afdelinger.

Samtidig er parterne enige om et øget politisk fokus på, hvad man får for pengene på sundhedsområdet. Regionerne vil fokusere på mere omkostningseffektive patientforløb, og på at undersøgelser og behandlinger foretages på samme dag, hvor det er hensigtsmæssigt. Det skal medvirke til, at de nye midler til sundhedsområdet de kommende år bruges fokuseret og prioriteret. Det er en betydelig opgave for regions- og sygehusledelsen.

Behandlingsudgiften pr. patient er i gennemsnit vokset 3 pct. årligt siden 2005, blandt andet som følge af en forøgelse af antallet af kontakter pr. patient. Der er enighed om, at der skal være en mere afdæmpet vækst i den gennemsnitlige behandlingsudgift pr. patient, således at der inden for rammerne af den aftalte vækst også er plads til at prioritere behandling af flere nye patienter med henblik på at fastholde korte ventetider for patienterne. Der er endvidere enighed om, at igangsætte et arbejde med Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand), Danske Regioner og Finansministeriet med henblik på en kortlægning af sygehusvæsenets behandling af den enkelte patient og udviklingen heri, herunder på områder med betydelig vækst. I kortlægningen skal udviklingen i og forklaringen af lange patientforløb indgå, herun-

der forløb der vedrører ambulatoriebehandling, efterbehandling og kontroller. På baggrund af analysen skal der analyseres hensigtsmæssige styringsredskaber, der kan understøtte effektive patientforløb. Der afrapporteres foråret 2011.

Aktiviteten på sygehusområdet, herunder via reglerne om frit sygehusvalg samt offentligt finansieret aktivitet i privat regi som følge af det udvidede frie sygehusvalg, skal ses under ét i forhold til den aftalte aktivitetsforudsætning og de økonomiske rammer. Den offentligt finansierede aktivitet på private sygehuse og klinikker udgjorde godt 2 pct. i 2009. Det offentliges køb af aktivitet på de private sygehuse gennem det udvidede frie sygehusvalg forventes at ligge heromkring.

Offentlig finansieret behandling i sundhedsvæsenet baserer sig på et fagligt funderet visitationsgrundlag. Der er enighed om, at visitationen til behandling skal ske på baggrund af klare faglige retningslinjer og forundersøgelser for at imødegå utilsigtet skred i indikationer for behandling mv. Der er på den baggrund enighed om, at indenrigs- og sundhedsministeren igangsætter et arbejde med deltagelse af Danske Regioner med henblik på at gennemgå de klinisk faglige visitationskrav ved offentlig finansieret sundhedsbehandling.

Målet er at gennemgå og revidere de klinisk faglige retningslinjer og visitationsgrundlaget for væsentlige sygdomsområder. Der startes med et afgrænset behandlingsfelt, hvor der har været en markant aktivitetsvækst, herunder fedme- og rygooperation. Dette arbejde afsluttes i 2010. Arbejdet udvides efterfølgende til andre behandlingsområder, og vil ligeledes inkludere overordnede principper for kliniske krav ved inddragelse af nye behandlinger. Den samlede gennemgang færdiggøres i 2012, og skal munde ud i klare retningslinjer og principper for klinisk faglig visitation med henblik på en mere målrettet prioritering af offentlige sundhedsydelse.

Det er generelt vigtigt, at der er fokus på udgiftsudviklingen i alle dele af sundhedsvæsenet. Danske Regioner har nedsat Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin, blandt andet for at sikre, at de mest omkostningseffektive lægemidler anvendes på tværs af regionerne. Der er endvidere igangsat en analyse af befordringsreglerne på tværs af de forskellige ressortområder.

3. Økonomiske rammer

Regeringen og Danske Regioner er enige om at tillægge det afgørende betydning, at den indgåede aftale realiseres således, at regionernes udgifter i 2011 både i budgetterne og i regnskaberne ligger inden for aftalens økonomiske rammer.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at den økonomiske styring i regionerne skal styrkes. En tæt og løbende opfølgning på den økonomiske udvikling er grundlaget for, at regionsrådene i tide kan foretage eventuelle nødvendige budgetændringer og omprioriteringer i lyset af den konstaterede udgifts- og indtægtsudvikling i den

enkelte region. Parterne er enige om en række ændringer i tilrettelæggelsen af den regionale styring og af den løbende økonomifølgning, *jf. bilag 2*.

Den økonomiske situation og konsolideringsdagsordenen med fokus på bedre ressourceanvendelse generelt betyder, at en prioritering af ekstra ressourcer til sundhedsområdet inden for en uændret ramme for det samlede offentlige forbrug blandt andet skal tilvejebringes gennem omprioriteringer inden for det regionale område.

Parterne er derfor enige om, at regionerne gennemfører omprioriteringer for 12 mio. kr. i 2011, 25 mio. kr. i 2012 og 50 mio. kr. i 2013 og frem fra de dele af de regionale driftsudgifter, der ikke vedrører sundhed, med fokus på de administrative udgifter.

I *Aftale om genopretning af dansk økonomi* indgår en årlig omprioritering til sundhedsområdet på 200 mio. kr. vedrørende kunstig befrugtning.

Boks 1

Økonomiske forudsætninger vedrørende sundhedsområdet

- Med aftalen løftes aktiviteten på sygehusområdet i 2011 med 1.836 mio. kr. Det tilvejebringes ved et realløft på 612 mio. kr. og produktivetsforbedringer på 2 pct. Samlet er der aftalt et løft af udgiftsniveauet fra 2010 til 2011 til sygehusområdet på 1.487 mio. kr.
- Der er aftalt et samlet niveau for nettodriftsudgifterne (eksklusive medicintilskud) på sundhedsområdet på 89.660 mio. kr. i 2011.
- Der er et forudsat samlet niveau for anlægsudgifterne (brutto) på 3.300 mio. kr. på sundhedsområdet i 2011. Heraf hensættes ved deponering i regionerne 1.018 mio.kr. (11-PL) til finansiering af projekter med kvalitetsfundsstøtte, og 50 mio. kr. afsættes i en it-pulje til fællesregionale investeringer (reservation i staten).
- Det er lagt til grund for aftalen, at regionernes udgifter til medicintilskud i 2011 udgør 7.095 mio. kr. 75 pct. af en eventuel afvigelse mellem dette beløb og udgifterne i regnskabet for 2011 reguleres over bloktilskuddet og fordeles i 2012 på regionerne med en foreløbig midtvejsregulering i 2011 i regionernes bloktilskud.
- Det statslige bloktilskud udgør 79.465 mio. kr. i 2011, hvortil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet.
- Det statslige, aktivitetsbestemte tilskud udgør i 2011 2.617 mio. kr. Den aktivitetsbestemte pulje udmøntes som anført i bilag 1.
- De foreliggende opgørelser viser, at sygehusene i 2009 har præsteret en samlet produktionsværdi på 60.392 mio. kr. (11-PL). I 2010 forventes sygehusene at præstere en aktivitetsstigning på 1,4 pct. svarende til en produktionsværdi på 61.183 mio. kr. (11-PL) ekskl. puljer. I 2011 forventes en yderligere aktivitetsstigning på 3,0 pct. svarende til en forventet produktionsværdi på 63.019 mio. kr. De forventede produktionsværdier i 2010 og 2011 er opgjort under forudsætning af en produktivitetsvækst på 2 pct. i begge år.
- For 2011 vil pris- og lønregulering indebære, at udgangspunktet for regionernes bidragsfastsættelse vil være et grundbidrag på 1.214 kr. pr. indbygger, svarende til 6.739 mio. kr. Reguleringen er fastsat på basis af et skøn for den regionale pris- og lønudvikling fra 2010-2011 på 0,8 pct. inklusive medicin.
- Det er lagt til grund for finansieringsbalancen, at den kommunale medfinansiering i form af aktivitetsbestemte bidrag udgør 11.178 mio. kr. i 2011.

Boks 2**Økonomiske forudsætninger vedrørende regional udvikling**

- Der er aftalt et samlet niveau for nettodriftsudgifterne på området for regional udvikling på 2.774 mio. kr. i 2011. Regionerne gennemfører besparelser for 12 mio. kr. i 2011, 25 mio. kr. i 2012 og 50 mio. kr. i 2013 og frem på de dele af de regionale driftsudgifter, der ikke vedrører sundhed, med fokus på de administrative udgifter.
- Det statslige bloktilskud til regional udvikling udgør 2.103 mio. kr. i 2011, hvortil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet.
- For 2011 vil pris- og lønregulering indebære, at udgangspunktet for regionernes bidragsfastsættelse vil være et grundbidrag på 121 kr. pr. indbygger, svarende til 672 mio. kr. Reguleringen er fastsat på basis af et skøn for den regionale pris- og lønudvikling fra 2010-2011 på 0,8 pct. inklusive medicin.

Boks 3**Øvrige økonomiske forudsætninger**

- Udgifterne til medicintilskud i 2009 udgjorde 6.900 mio. kr. på landsplan. Via den aftalte medicingaranti opreguleres bloktilskuddet i 2010 med 75 pct. af merudgifterne i regionerne i forhold til det forudsatte niveau.
- Det skønnes, at udgifterne til medicintilskud i 2010 udgør 6.882 mio. kr. på landsplan.
- Pris- og lønudviklingen på sundhedsområdet fra 2010-2011 er fastsat til 0,8 pct. (ekskl. medicintilskud). For regional udvikling er pris- og lønudviklingen fra 2010-2011 fastsat til 1,8 pct. Den samlede pris- og lønregulering på det regionale område fra 2010-2011 er fastsat til 0,8 pct. inklusive medicin. PL-skønnet for anlægsudgifterne er 1,8 pct. fra 2010-2011.
- Der er i aftalen forudsat konstant realt nettobidrag til AER. Evt. ændringer i denne forudsætning vil blive taget op i forbindelse med forhandlingerne om regionernes økonomi for 2012.

4. Øget gennemsigthed og videndeling

Sundhedsvæsenet skal dele sin viden og udbrede bedste praksis til gavn for patienten og samfundsøkonomien. Styringen i regionerne og på de enkelte sygehuse skal derfor i højere grad inddrage den viden og data, der allerede eksisterer i sundhedsvæsenet.

For at fremme en høj kvalitet og fortsat effektivitet i behandlingen skal der sikres en løbende synliggørelse af de indbyrdes forskelle på regions-, sygehus- og kommunalt niveau med henblik på at tydeliggøre potentialet for forbedringer.

Regeringen og Danske Regioner er derfor enige om at sætte fokus på udviklingen af følgende tre indikatorer, således at der sker:

- Øget anvendelse af ambulante behandling
- Kortere indlæggelsestider
- Færre uhensigtsmæssige genindlæggelser

Der er enighed om, at der årligt vil blive gjort status for udviklingen i de tre indikatorer samt for de indbyrdes forskelle på regions- og sygehus- og kommunalt niveau.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har offentliggjort et katalog med 8 nøgleindikatorer, og har dermed sat fokus på indbyrdes forskelle i sygehusvæsenet. Aktivitetsindi-

katorerne opdateres fremover kvartalsvist på e-sundhed, mens omkostningsindikatorerne opdateres årligt. Der vil blive gennemført analyser af udvalgte afdelinger, hvor der på behandlingsniveau er identificeret større forskelle i omkostningsniveau mv.

Der er enighed om, at der fortsat offentliggøres sammenlignelige målinger af produktiviteten på blandt andet sygehusniveau samt på et stadigt lavere niveau (afdelings-, behandlings- og diagnoseniveau).

5. Effektiv anvendelse af ressourcerne

I lyset af den økonomiske situation og konsolideringen af de offentlige finanser er det også på sundhedsområdet vigtigt, at der aktivt fokuseres på at bruge de afsatte ressourcer på den bedste og mest hensigtsmæssige måde. Der er enighed om, at der er et potentiale ved at arbejde med følgende områder, som kan indgå i produktivtetsforbedringerne på 2 pct.:

Statslig afbureaukratisering i sundhedsvæsenet. Med *Mere tid til velfærd* har regeringen fremlagt 14 initiativer til forenkling af statslige regler og krav i sundhedsvæsenet, som gør det muligt i 2010 og 2011 at frigøre 30 mio. kr. fra administration og dokumentation til omsorg og pleje af patienterne. Regeringen og Danske Regioner er enige om, at fortsætte indsatsen for afbureaukratisering på sundhedsområdet i 2011 via yderligere forslag til forenkling af statslige regler i regionerne.

Lokal afbureaukratisering, herunder forbedrede administrative arbejdsgange. Den lokale implementeringsfrihed i sygehusvæsenet er høj, og de enkelte sygehuse/afdelinger beslutter selv i høj grad den daglige arbejdstilrettelæggelse. Der ligger dermed også et betydeligt potentiale i lokal afbureaukratisering. Der er derfor enighed om at øge fokus på forbedrede arbejdsgange lokalt, herunder implementering af projekter om forbedrede arbejdsgange og effektiv tilrettelæggelse af opgaveløsningen i forhold til selve behandlingen, men også i forhold til de administrative opgaver som journalføring, registrering, henvisning, vagtskifte, mødetilrettelæggelse mv.

Nytænkning af arbejdsgange som led i ny sygehusstruktur. Udviklingen af en ny sygehusstruktur er et godt afsæt for at nytænke og forbedre organisering og opgaveløsning på sygehusene. De kommende års betydelige investeringer giver således en unik mulighed for at modernisere de interne arbejdsgange, herunder sikre effektive arbejdsrutiner, sammenhæng i opgavevaretagelsen, rationel tilrettelæggelse af patientforløb mv.

Udfordringsretten. De enkelte institutioner har via udfordringsretten mulighed for at ansøge om dispensation fra gældende statslige og regionale regler. Der er foreløbig givet godkendelse på seks ansøgninger fra regionerne om dispensation fra statslige regler. Regeringen og Danske Regioner opfordrer regionerne til fortsat at anvende muligheden for at ansøge om dispensation. Regeringen har tilkendegivet, at udfordringsretten videreføres til 2013 med en midtvejsevaluering i 2011.

Fleksibel opgaveglidning i sygehusvæsenet. Flexibel opgavevaretagelse er et vigtigt instrument i en bedre ressourceanvendelse. Regionerne har et ansvar for at sikre fleksibel opgavevaretagelse og finde effektive løsninger, men de faglige organisationer bærer et særligt ansvar for, at der ikke skabes nye fagbarrierer samt at bidrage til, at eventuelle eksisterende barrierer nedbrydes. Regeringen og Danske Regioner er enige om, at opgaveglidning mere aktivt skal indgå som et middel til effektiv opgaveløsning og at sikre en øget fremdrift på området.

Bedre anvendelse af apparatur. Der er betydelige forskelle på, hvor effektivt sygehuse anvender diagnostisk apparatur, hvorfor der er et potentiale for at anvende eksisterende apparatur mere effektivt. Det løbende fokus i regionerne på at forbedre og effektivisere arbejdsgange mv. fastholdes og udbygges for så vidt angår apparatur og teknisk udstyr generelt. Regionernes arbejde med at få et samlet overblik over apparaturbeholdningen prioriteres højt og koordineres på tværs af regionerne.

Øget digitalisering i sundhedsvæsenet. Øget digitalisering kan frigøre tid for personalet og sikre en bedre og mere effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer. Regionernes sygehuse vil blandt andet senest i 2013 have nem og hurtig adgang til alle væsentlige systemer fra den kliniske it-arbejdsplads. Desuden vil den digitale dokumentboks gøre det muligt for regionerne at digitalisere breve og dokumenter til borgere og virksomheder. Regionerne vil endvidere inden udgangen af 2011 udsende sms-påmindelser til patienterne forud for aftaler med sundhedsvæsenet.

6. Omprioritering af ressourcer til mere borgernær sundhed

Parterne er enige om, at der ved en omprioritering af ressourcerne i det regionale sundhedsvæsen kan frigøres betydelige ressourcer uden at kvaliteten af den sundhedsfaglige indsats sænkes. De frigjorte ressourcer anvendes til en styrket sundhedsindsats. Nedenfor fremgår mulige omprioriteringer i regionerne. Senest ultimo 2010 redegør regionerne for, hvorledes dette opnås.

Mere effektiv administration i regionerne. Hvis udgifterne til administrativt personale i forhold til det samlede personale i hver region i 2009 fx var blevet fastholdt på niveau med 2008, havde det samlede udgiftsniveau været betydeligt lavere. Parterne er enige om, at regionerne i 2011 kan realisere en gevinst på det administrative område. Endvidere er parterne enige om, at antallet af administrativt personale fremadrettet bør falde i forhold til det samlede antal ansatte.

Nedbringelse af sygefravær. Der er forskel på niveauet for sygefravær i regionerne. Regionerne vil på baggrund af erfaringer fra de arbejdspladser, der har det laveste sygefravær, fortsat arbejde på målet om lavest mulige sygefravær i alle regioner.

Fælles og effektivt indkøb. Der er enighed om, at indkøbsprogrammer inden for stort set alle områder af regions- og sygehusindkøb skal fremmes igennem regionernes opstil-

lede krav og målsætninger, herunder blandt andet øget standardisering, koordinering og forpligtigelse. Der skal følges op på efterlevelsen af målsætningerne. Et fælles og mere effektivt indkøb blandt andet af sygehusmedicin kan frigøre ressourcer til mere borgernær service. Det fremadrettede potentiale ved indkøbsbesparelser vurderes at være stigende i takt med implementeringen af målsætningerne mv. for fælles indkøb.

7. Medicin

Der er igangsat flere initiativer med henblik på at sikre en hensigtsmæssig udvikling i sygehusmedicin, idet der er stor variation i anvendelse mellem sygehuse og regioner.

Danske Regioner har nedsat Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS), der blandt andet skal sikre, at der skabes et fagligt nationalt grundlag for anvendelse af dyr sygehusmedicin ved udarbejdelse af fælles behandlingsvejledninger og rekommandationslister, således at de mest omkostningseffektive lægemidler anvendes på tværs af regionerne. Det vil medvirke til at reducere væksten i udgifterne til sygehusmedicin, idet der blandt andet skabes et potentiale for lavere indkøbspriser gennem udbud af lægemidlerne.

Endvidere har Lægemiddelstyrelsen taget initiativ til at forbedre lægemiddelstatistikken på sygehusområdet. Arbejdet, som fremrettet muliggør en tættere opfølgning af forbrugs- og udgiftsudviklingen, færdiggøres i løbet af 2010.

Parterne er enige om, at initiativerne bidrager til at reducere væksten i udgifterne til sygehusmedicin. Parterne er endvidere enige om, at der i de kommende år er behov for at følge området tæt, herunder vurdere effekten af initiativerne, der er en opfølgning på rapporten om sygehusmedicin fra maj 2009. Endvidere er parterne enige om, at der fremover på nogle områder vil være behov for at stille skærpede krav til den dokumenterede effekt af ny medicin, før den tages i brug.

Endelig er parterne enige om, at Lægemiddelstyrelsen forstærker arbejdet med revurdering af lægemidlers tilskudsstatus.

8. Psykiatri

Indsatsen overfor sindslidende er vigtig. Området har været prioriteret højt, og senest med handlingsplanen for psykiatri fra 2009. Med satspuljen er der alene til psykiatrien afsat 5,7 mia. kr. (10-pl) i perioden 2003-2013, hvoraf langt størstedelen er permanent kapacitetstilførsel i både rets- og øvrig behandlingspsykiatri, herunder bl.a. til udvidede patientrettigheder for alle psykiatriske patienter. Dertil kommer betydelige anlægsinvesteringer til området i 2010.

Regeringen vil med satspuljen for 2011 søge tilslutning til at videreføre den indsats, der blev igangsat med satspuljeaftalen fra 2007 på psykiatriområdet i forhold til pro-

jekter der vedrører retspsykiatrien, ikke-psykotiske lidelser og opsøgende teams i behandlingspsykiatrien.

9. Sundheds-it

Regeringen og Danske Regioner har indgået en aftale om sundheds-it, der understøtter en fortsat digitalisering af sundhedsvæsenet, *jf. Aftale om sundheds-it*.

10. Øvrig sundhed

Overenskomstaftale om almen lægegering

Danske Regioner vil i løbet af efteråret tage initiativ til at genoptage forhandlinger med Praktiserende Lægers Organisation med henblik på at indgå en ny overenskomst om almen lægegering. I forhandlingerne vil Regionernes Lønnings- og Takstnævn stille krav om en skærpet monitorering og mere håndfaste krav i relation til økonomi- og udgiftsstyring, der understøtter en opbremsning i udgiftsvæksten. Der vil endvidere blive arbejdet for en hensigtsmæssig sammenhæng i relation til akutstrukturen.

Kompetenceudvikling af sygeplejersker

For at styrke den faglige sammenhæng på tværs af sektorer/aktører i sundhedsvæsenet, særligt til gavn for kronisk syge og ældre medicinske patienter, nedsættes en arbejdsgruppe, der skal udarbejde et oplæg til regeringen med henblik på kompetenceudvikling af sygeplejersker.

Kliniske kvalitetsdatabaser

Dokumentation skal fremmes ved udveksling af data, og målet er at lette dokumentationsarbejdet hos sundhedspersonalet. Dobbeltregistreringer nedbringes med mindst halvdelen inden udgangen af 2011 med henblik på at frigive tid og ressourcer til gavn for patienten. Der igangsættes en analyse af de kliniske databaser, der belyser organisering af området med henblik på at sikre bedst mulig tilgængelighed af data samt understøtte en hensigtsmæssig anvendelse af ressourcerne. Analysen færdiggøres foråret 2011.

Mere frihed i de offentlige overenskomster

Regeringen og Danske Regioner er enige om at prioritere, at de kommende overenskomstforhandlinger i 2011 resulterer i, at der bliver større rum for lokale løsninger. Herved gøres det muligt i højere grad at understøtte arbejdet med kvalitet og effektivitet i den offentlige sektor. Regeringen og Danske Regioner er enige om, at det større lokale rum for løsninger især skal have fokus på at skabe mere enkle og fleksible arbejdstidsregler, der giver bedre rammer for en effektiv tilrettelæggelse af arbejdstiden samt fokus på mulighederne for fleksibel og målrettet lokal løndannelse.

Der er enighed om at drøfte fælles interesseområder forud for overenskomstforhandlingerne i foråret 2011.

Samarbejdsprojektet for den decentrale offentlige sektor

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om at forlænge Samarbejdsprojektet for den decentrale offentlige sektor til og med 2011 inden for en uændret økonomisk ramme.

Digital forvaltning

Den nuværende strategi for digitalisering af den offentlige sektor udløber i 2010 og KL, Danske Regioner og regeringen er enige om at udarbejde en ny digitaliseringsstrategi. Den nye strategi tilrettelægges med henblik på, at den kan indgå i økonomiforhandlingerne med kommuner og regioner for 2012. Samtidigt er der enighed om, at igangværende centrale digitaliseringsprojekter fortsættes, og at regionerne i perioden 2011-2015 afholder 24,4 mio. kr. til brugerrettighedsstyringsprojektet, heraf 7,7 mio. kr. i 2011. Hertil afholdes omkostninger til Borger.dk og Dokumentboksen i fællesskab, således at regionerne i 2011 bidrager med 9,6 mio. kr. til Borger.dk, samt bidrager med 9 mio. kr. til Dokumentboksen i 2011-2014, heraf 3,3 mio. kr. i 2011. Regionerne afholder således i alt 20,6 mio. kr. til centrale digitaliseringsinitiativer i 2011. Regionernes økonomiske bidrag finansieres af det regionale bloktilskud.

Danske Regioner og regeringen er enige om, at realisere e2012-målet om fuld digital kommunikation med borgere og virksomheder i 2012. Danske Regioner og regeringen vil nærmere beskrive planen for fuld digital kommunikation i 2012 i en fælles publikation om effektiv service på nettet til alle borgere og virksomheder.

Anvendelse af åbne standarder i regioner

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om senest ved udgangen af 2010 at sende ikke-redigerbare dokumenter som PDF-dokumenter, og at implementere de statslige åbne standarder i kommuner og regioner efter "følg eller forklar"-princippet, under hensyntagen til at kravet skal være udgiftsneutralt.

Bilag 1

Principper for udbetaling af den statslige, aktivitetsbestemte pulje og fastsættelse af baseline i 2011

Det statslige, aktivitetsbestemte tilskud på sygehusområdet udgør i 2011 3.201,0 mio. kr. på landsplan inkl. kommunalt aktivitetsbidrag, svarende til 2.617,3 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., 2011-pl	
	Aktivitetspulje
Udbetaling med 100 pct. af DRG/DAGS-takst	1.208,2
Udbetaling med 70 pct. af DRG/DAGS-takst	1.409,1
I alt	2.617,3

Indenrigs- og Sundhedsministeriets takstsystem for 2011 udmeldes endeligt pr. 1. oktober 2010.

Der kan én gang hvert år (1. maj til ikrafttrædelse 1. juli) udmeldes budgettakster for nye behandlinger m.v. 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 ambulantly eller under indlæggelse, og som finansieres af en sygehusregion ved egne eller fremmede sygehuse, på private klinikker m.v. Alternativ og eksperimentel behandling på private sygehuse m.v., fertilitetsbehandling og kunstig befrugtning samt sterilisation 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 2.617,3 mio. kr. for 2011 udbetales á conto i starten af året og opgøres endeligt ved udgangen af 1. kvartal 2012 på grundlag af den aktivitet i regionerne, som er indberettet senest den 1. marts 2012.

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 m.v. til regionerne.

Opgørelse af baseline m.v. for de statslige aktivitetspuljer

Der forudsættes i 2010 en aktivitetsstigning i forhold til den faktisk konstaterede aktivitet i 2009 på 1,4 pct.

Der udmeldes som led i økonomiaftalen for 2011 en foreløbig baseline for 2011 på 59.053,7 mio. kr. (opgjort i takstsystem 2010 opregnet til 2011-pl). Opgjort på baggrund af den faktiske aktivitet i 2009 tillagt 1,4 pct.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet beregner og udmelder en endelig baseline for 2011 pr. januar 2011. Baseline opgøres aftalekonsistent i forhold til den forudsatte aktivitetsstigning fra 2010 til 2011 på 3,0 pct., samt en vækst fra 2009 til 2010 på 1,4 pct.

Metoden til beregning af baseline er:

1. Den faktiske aktivitet i 2009 tillagt 1,4 pct.
2. Produktionsværdien efter pkt. 1 tillægges den forudsatte aktivitetsstigning fra 2010 til 2011 på 3,0 pct.
3. Der korrigeres (plus/minus) for nettobudgetvirkningen af puljer i finansloven for 2011.
4. Produktionsværdien af de statslige aktivitetsafhængige midler i 2011 på i alt 3.965,7 mio. kr. (11-pl) fratrækkes produktionsværdien efter pkt. 1-3 for at danne baseline.

Baseline for 2011 fordeles mellem regionerne med en nøgle, der svarer til deres faktisk realiserede aktivitet i 2010 opgjort ved takstsystem 2011. 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 2011 kan korrigeres for ændringer af DRG/DAGS-takster og -grupperinger, kodeændringer eller ny registreringspraksis i takstsystem 2011, der gennemføres efter 1. oktober 2010. 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 2011 kan korrigeres for strukturomlægninger m.v. i sygehusvæsenet i henhold til Indenrigs- og Sundhedsministeriets retningslinjer herfor. Regionerne kan løbende fremsende ansøgning om justeringer af aktivitetsopgørelsen, dog senest den 1. februar 2012.

Der fastlægges i 2011 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 2011.

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 1.836,0 mio. kr. alene pålægges kommunal medfinansiering på 1.069,4 mio. kr. Den kommunale medfinansiering udgør 14,7 pct. heraf, svarende til 157,4 mio. kr. Herudover sker der et løft på sygesikringsområdet ekskl. medicintilskud på 300,0 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 2010.

Bilag 2

Elementer i en styrket regional økonomistyring

Det er centralt, at økonomiske ubalancer erkendes og håndteres hurtigt i regionerne og på sygehusene. En tæt og løbende opfølgning på den økonomiske udvikling er grundlaget for, at regionsrådene i tide kan foretage de nødvendige budgetændringer og omprioriteringer, der eventuelt er nødvendige i lyset af den konstaterede udgifts- og indtægtsudvikling i den enkelte region.

En væsentlig del af den regionale opgave er endvidere at sikre sammenhæng og styring af aktiviteten i det regionale sundhedsvæsen under ét, der omfatter aktivitet hos de offentlige sygehuse, offentlig finansieret aktivitet på de private sygehuse og klinikker, de alment praktiserende læger og speciallæger og en række øvrige praktiserende sundhedspersoner.

Det er et regionalpolitisk ansvar at tilrettelægge den lokale, økonomiske styring. I forlængelse heraf er parterne enige om:

- At der sker en fortsat prioritering af etableringen af fælles it-økonomistyrings-systemer i de enkelte regioner, med sigte på bedre muligheder for at sammenligne data og vidensdele på tværs af de enkelte sygehusafdelinger og sygehuse mv. samt sikre en økonomistyring baseret på mere detaljeret data.
- At det enkelte sygehus kun kan planlægge et udvidet aktivitetsniveau, hvis der er det fornødne budget fra regionen.
- At der er et øget og løbende fokus på samspil med og brug af sygehuse i andre regioner og private sygehuse, idet sygehusaktiviteten på egne sygehuse, andre offentlige sygehuse samt offentlig finansieret aktivitet på private sygehuse skal ses under ét i forhold til den aftalte aktivitetsforudsætning og de fastlagte økonomiske rammer.
- At der generelt skal arbejdes for en skærpelse af kravene til monitorering og styring i relation til aktivitets- og udgiftsudvikling i praksissektoren. Der skal ske en aktiv og systematisk monitorering af udgiftsudviklingen i praksissektoren, herunder med fokus på sammensætning og udvikling i forhold til de konkrete ydelser for sektoren under ét og for de enkelte ydere.

Som opfølgning på arbejdet om en udbygget og standardiseret økonomiopfølgningsform til brug for regionerne og de centrale myndigheder, der blev aftalt med aftalen om regionernes økonomi for 2010, er regeringen og Danske Regioner endvidere enige om at gennemføre en ændring af den løbende økonomiopfølgning med følgende elementer:

- Økonomiopfølgning til regionsrådene sker senest fire uger efter kvartalets afslutning.
- En justeret indberetningsform, der sikrer et konsistent og ensartet grundlag for økonomiopfølgningen i alle regioner.

- Introduktion af beregnede skøn for årets forbrug baseret på tidligere års regnskaber, som supplement til de regionale skøn.
- Forklaring ved afvigelser mellem budget og aktuelt beregnede skøn, samt ved afvigelser mellem budget og forventet årsresultat.
- Regionalt tilsagn om at efterleve et krav om indberetning senest fire uger efter kvartalets afslutning.
- De nye standardiserede økonomiopfølgninger, som indberettes til de centrale myndigheder, erstatter de eksisterende indberetninger af forventet årsresultat til Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet udarbejder de konkrete ændringer, der implementeres med virkning for den regionale indberetning for 3. kvartal 2010. Der arbejdes videre med en indberetningsløsning via www.indtast.dk. Arbejdsgruppen vil evaluere indberetningerne og processen efter et år med henblik på eventuelle justeringer for at forbedre de standardiserede indberetninger.