

Aftale om regionernes økonomi for 2008

1. Indledning

Dannelsen af regionerne giver en historisk mulighed for at fremtidssikre sundhedsvæsenet og skabe bedre vilkår for patienterne. Regionerne står overfor en stor politisk udfordring med at tilvejebringe de rette rammer for den fortsatte udvikling af et stærkt offentligt sundhedsvæsen.

Behovet for at nytænke organiseringen af sundhedsområdet skal ses i lyset af de udfordringer, den offentlige sektor står over for i de kommende år. Bl.a. den demografiske udvikling sætter grænser for væksten i de offentlige udgifter, og der kan være udfordringer med at rekruttere og fastholde tilstrækkeligt personale.

Regionerne arbejder allerede målrettet med en tilpasning af sundhedsområdet og de øvrige regionale opgaveområder, så muligheder, der er opstået i forbindelse med kommunalreformen, kan realiseres.

Flere og flere patienter bliver behandlet i det danske sygehusvæsen, og med aftalen er der skabt grundlag for, at regionerne fortsat kan opretholde den høje aktivitet på sundhedsområdet. Der er samtidig fastlagt en række principper for regionernes videre arbejde med en ny sygehusstruktur.

Der er igangsat et arbejde med henblik på at fremlægge en strategi for en kvalitetsreform, som skal sikre fortsat fornyelse og udvikling af det danske velfærdssamfund og søge nye veje til høj kvalitet i den offentlige service. Derudover pågår der trepartsforhandlinger. Der er enighed om, at der på nuværende tidspunkt ikke er grundlag for en drøftelse af konkrete initiativer, og at der derfor ikke er aftalt finansiering hertil.

Danske Regioner vil i efteråret 2007 blive inddraget i udmøntningen af konkrete initiativer, som er relevante for regionernes opgaveområde.

Det er tidligere aftalt at etablere en kvalitetsmodel for det danske sundhedsvæsen. De økonomiske konsekvenser for så vidt angår implementeringen af denne vil til efteråret indgå i drøftelserne af kvalitetsreformen. Drøftelserne vil inddrage oplæg fra bestyrelsen for Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet.

Der er enighed om, at budgetsamarbejdet mellem regeringen og Danske Regioner også fremover baserer sig på årlige politiske aftaler i juni om rammerne for den regionale økonomi. Aftalerne kan herudover indeholde tilkendegivelser om indholdet i opgavevaretagelsen, målsætninger, principper for dokumentation af kvalitet og effektivitet mv.

2. Økonomiske rammer

Dansk økonomi befinder sig i en højkonjunktur med høj økonomisk vækst og en historisk lav ledighed. Regeringen har tilkendegivet, at konjunktursituationen fordrer tilbageholdenhed i de offentlige udgifter, så der ikke bidrages til yderligere pres i økonomien.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at tillægge det afgørende betydning, at den indgåede aftale realiseres således, at regionernes udgifter i 2008 både i budgetterne og i regnskaberne ligger inden for rammerne af aftalen.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der for regionerne under ét vil være en samlet balance på hvert af områderne i den regionale økonomi i 2008, *jf. nedenstående boks 1-3.*

Boks 1
Økonomiske forudsætninger vedrørende sundhedsområdet
<ul style="list-style-type: none">• Der er i aftalen taget udgangspunkt i det forventede aktivitetsniveau for 2007, svarende til en aktivitetsvækst på sygehusene på 4,9 pct. i forhold til 2006.• Med aftalen løftes aktiviteten på sygehusområdet i 2008 med 1,9 mia.kr. Det tilvejebringes ved et realloft på 950 mio.kr. og produktivitetsforbedringer på 2 pct.• Der er aftalt et samlet løft af udgiftsniveauet fra 2007 til 2008 til sygehusområdet på 1.650 mio.kr. til generel aktivitetsudvikling, herunder fremrykningen af det udvidede frie sygehusvalg, nye behandlingsformer, kræftmedicin, uddannelse mv.• Endvidere afsættes 300 mio. kr. til sygesikring ekskl. sygesikringsmedicin.• Der er aftalt et samlet niveau for nettodriftsudgifterne (eksklusive medicin-tilskud) på sundhedsområdet på 77.884 mio. kr. i 2008.• Der er i finansieringsbalancen et niveau for anlægsudgifterne (brutto) på 2.800 mio. kr. på sundhedsområdet i 2008. Heraf er afsat en låneramme på 900 mio. kr. i 2008 til anskaffelse af medico-teknisk udstyr mv. Lånerammen fordeles efter bloktilskudsnøglen.• Der afsættes en låneramme i 2007 på 50 mio. kr. til projektering i forbindelse med den nye sygehusstruktur.• Det er lagt til grund for aftalen, at regionernes udgifter til medicintilskud i 2008 udgør 7.510 mio. kr. 75 pct. af en eventuel afvigelse mellem dette beløb og udgifterne i regnskabet for 2008 reguleres over bloktilskuddet og fordeles i 2009 på regionerne med en foreløbig midtvejsregulering i 2008 i regionernes bloktilskud.• Det statslige bloktilskud udgør 68.650 mio. kr. i 2008, hertil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet på akt. 2007 vedr. 2008.• Det statslige, aktivitetsbestemte tilskud udgør 2.438 mio. kr., heraf 151 mio. kr. til strålebehandling. Den aktivitetsbestemte pulje udmøntes som anført i bilag 1.• De foreliggende opgørelser viser, at sygehusene i 2006 har præsteret en samlet produktionsværdi på 47.074 mio. kr. (08-PL). I 2007 forventes syge-

husene at præstere en aktivitetsstigning på 4,9 pct. svarende til en produktionsværdi på 49.403 mio. kr. (08-PL). I 2008 forventes en yderligere aktivitetsstigning på 3,9 pct. svarende til en forventet produktionsværdi på 51.339 mio. kr. De forventede produktionsværdier i 2007 og 2008 er opgjort under forudsætning af en produktivitetsvækst på 2 pct. i begge år.

- Det kommunale grundbidrag på sundhedsområdet er for 2007 ved lov fastsat til 1.102 kr. pr. indbygger. For 2008 vil pris- og lønregulering indebære, at udgangspunktet for regionernes bidragsfastsættelse vil være et grundbidrag på 1.133 kr. pr. indbygger, svarende til 6.186 mio.kr. Reguleringen er fastsat på basis af et skøn for den regionale pris- og lønudvikling fra 2007-2008 på 2,8 pct. inklusive medicin.
- Det er lagt til grund for finansieringsbalancen, at den kommunale medfinansiering i form af aktivitetsbestemte bidrag udgør 10.055 mio. kr. i 2008.

Boks 2

Økonomiske forudsætninger vedrørende regional udvikling

- Der er aftalt et samlet niveau for nettodriftsudgifterne på området for regional udvikling på 2.302 mio. kr. i 2008.
- Det statslige bloktilskud til regional udvikling udgør 1.685 mio. kr. i 2008, hertil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet på akt. 2007 vedr. 2008.
- Det kommunale udviklingsbidrag er for 2007 ved lov fastsat til 110 kr. pr. indbygger. For 2008 vil pris- og lønregulering indebære, at udgangspunktet for regionernes bidragsfastsættelse vil være et grundbidrag på 113 kr. pr. indbygger, svarende til 617 mio. kr. Reguleringen er fastsat på basis af et skøn for den regionale pris- og lønudvikling fra 2007-2008 på 2,8 pct. inklusive medicin.

Boks 3

Øvrige økonomiske forudsætninger

- Regeringen vil søge tilslutning til at gennemføre en regulering af bloktilskuddet i 2007 på 2.200 mio. kr. på baggrund af amternes regnskab for 2006 samt aftale om regionernes økonomi for 2007.
- Udgifterne til medicintilskud i 2006 udgjorde 6.874 mio. kr. på landsplan. Via den aftalte medicingaranti kompenseres 75 pct. af merudgifterne i regionerne i forhold til det forudsatte niveau.
- Det skønnes, at udgifterne til medicintilskud i 2007 udgør 7.220 mio. kr. på landsplan.
- Pris- og lønudviklingen på det regionale område fra 2007-2008 er fastsat til 3,1 pct. (ekskl. medicintilskud) og 2,8 pct. (inkl. medicintilskud). Der igangsættes et fælles arbejde med henblik på eventuelt at justere metoden for udarbejdelse af pris- og lønskøn for kommunerne/regionerne efter overgangen til den nye kommunale struktur.

Det udvidede frie sygehusvalg

Sygehusvæsenet skal sikre hurtig behandling til alle patienter. Det er samtidig op til en faglig vurdering at sikre, at de patienter, der har det største og mest akutte behandlingsbehov prioriteres først.

Adgangen til det udvidede frie sygehusvalg ændrer ikke ved sygehusvæsenets overordnede forpligtelse til at prioritere hurtig behandling af akut og livstruende sygdom. Patienter med et konstateret behandlingsbehov vil via det udvidede frie sygehusvalg have en adgang til at vælge et alternativ til det offentlige sygehusvæsen, hvis ventetiden i det offentlige sygehusvæsen overstiger én måned. Det udvidede frie valg er et alternativ, der kan give mulighed for afkortning af ventetiden for patienter, der af forskellige grunde f.eks. smerter, måtte ønske en afkortning af ventetiden.

Nye behandlingsformer

Der er enighed om, at et sundhedsvæsen med høj faglig kvalitet fordrer en løbende implementering af nye behandlingsmetoder i takt med, at de udvikles og dokumenteres effektive.

Der er enighed om, at DUT-princippet omfatter nye regler, bindende vejledninger m.v. fra de centrale sundhedsmyndigheder, men ikke merudgifter til nye behandlingsmetoder og teknologisk udvikling, uanset at Sundhedsstyrelsen yder faglig rådgivning i forbindelse med indførelsen.

Med de årlige økonomiske aftaler fastsættes rammer for regionernes økonomi, som sikrer et solidt grundlag for en videre udvikling af kvaliteten i det danske sygehusvæsen, herunder i almindelighed også gennem implementering af nye behandlingsmetoder. Der er dog samtidig enighed om, at nye behandlingsformer i konkrete tilfælde kan have sådanne økonomiske konsekvenser, at det kan begrunde helt særlige drøftelser i forhold til de aftalte rammer for regionernes økonomi.

3. Fremtidens sygehusstruktur

Regeringen og Danske Regioner ønsker et sundhedsvæsen, der er drevet af professionalisme, leverer høj kvalitet samt sikrer sammenhæng og tilgængelighed for patienterne. Samtidig skal ressourcerne anvendes bedst muligt. Det kan sikres ved at samle opgaver på færre og fagligt mere bæredygtige enheder.

Samling af funktioner på færre enheder er den overordnede forudsætning for ændringer i sygehusstrukturen. Bl.a. bør uselekterede, akutte patienter modtages i fælles akutmodtagelser på færre sygehuse, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Et væsentligt sigte med ændringer af sygehusstrukturen er, at patienterne får den mindst indgribende og mest sammenhængende behandling. For at kunne opnå fordelene ved specialisering og samling af enheder skal den

præhospitale indsats og skadesbehandlingen uden for sygehuset spille en større rolle end i dag. En velfungerende praksissektor og et styrket samspil mellem praksis- og sygehussektoren er i det lys vigtigt i forhold til, at flere funktioner fagligt kan løftes af et sundhedsvæsen tæt på borgerne.

Tidssvarende rammer skal desuden sikre god anvendelse af nye, effektive behandlingsmetoder, tilrettelæggelse af optimale patientforløb, patienttilfredshed samt optimal anvendelse af personale ved bl.a. tilpasning af vagtberedskabet.

Der er derfor behov for strukturændringer og heraf følgende investeringer i fysiske tilpasninger, ny teknologi og apparatur for at realisere den fælles målsætning om et tidssvarende og bæredygtigt sundhedsvæsen. Det er nødvendigt at samle flere behandlinger på færre enheder for at sikre kvaliteten og de faglige standarder, udnytte fordele ved specialisering samt sikre en optimal anvendelse af ressourcerne, herunder knappe personale-mæssige ressourcer. Regionerne står således overfor afgørende beslutninger om, hvilket sygehusvæsen patienterne skal møde i fremtiden.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at de fremtidige beslutninger om investeringer i ny sygehusstruktur skal ske i overensstemmelse med de principper og konkrete kriterier, der er beskrevet i bilag 2. Principperne skal sikre høj kvalitet, bæredygtige investeringer, og at de fysiske rammer i sygehusvæsenet tilpasses, så de bl.a. understøtter hensigtsmæssig anvendelse af personalemæssige ressourcer, tidssvarende rammer og optimale patientforløb. Det er således målsætningen, at investeringerne fremmer produktiviteten og kvaliteten i sygehusvæsenet.

De enkelte regioner skal i deres videre arbejde med de konkrete sygehusprojekter efterleve de opstillede principper for herigennem at sikre, at den fremtidige sygehusstruktur bliver så sammenhængende og kvalitetsfremmende som mulig, både indenfor de enkelte regioner og på tværs af regionerne. Det er således regionsrådenes politiske ansvar at løfte opgaven vedr. den nye og samlede sygehusstruktur ud fra de opstillede principper.

Synliggørelse og gennemsigtighed i forbindelse med investeringerne anses som en vigtig forudsætning for vellykkede rammer om fremtidens sygehusstruktur. Regeringen og Danske Regioner er derfor enige om, at regionernes årlige opfølgning i forhold til planerne for ny sygehusstruktur er et vigtigt redskab til sikring af gevinsterne ved strukturændringerne. Til brug for opfølgningen er der enighed om, at regionerne i forhold til de enkelte regioners investeringsplaner kvantificerer en række regionsspecifikke mål, *jf. bilag 2*. Regeringen og Danske Regioner er ligeledes enige om, at niveauet for og karakteren af investeringerne løbende tilpasses konjunktursituationen.

Med dette fælles udgangspunkt er rammen sat for den efterfølgende realisering af konkrete ændringer til fremme af en tidssvarende sygehusstruktur.

Sygehusinvesteringer

De langsigtede investeringer forbundet med strukturændringerne i sygehusvæsenet drøftes i efteråret.

For at understøtte målsætningerne for fremtidens sygehusstruktur er der enighed om, at der skal realiseres betydelige investeringer over en længere årrække.

Det er vigtigt at sikre et grundigt beslutningsgrundlag i den fremadrettede proces vedr. regionernes ændringer af strukturen i sygehussektoren. På den baggrund er regeringen og Danske Regioner enige om at nedsætte et ekspertpanel med internationalt anerkendte eksperter med stor indsigt på sygehusområdet i forhold til sygehusdrift, logistik, større sygehusbyggerier, faglig bæredygtighed mv.

Ekspertpanelet skal vurdere de konkrete større strukturelle anlægsprojekter i forhold til principperne i bilag 2, herunder bl.a. samling af enheder, driftsøkonomisk rentabilitet, effektivitet og kvalitet. Det skal bl.a. ske på baggrund af dialog med de enkelte regioner om de konkrete projektforslag og antagelserne heri.

Ekspertpanelet afgiver indstilling til regeringen om, hvorvidt de enkelte projekter opfylder målsætningerne og principperne, *jf. bilag 2*, med henblik på gennem en løbende drøftelse med Danske Regioner at tage stilling til udmøntning og finansiering af de prioriterede projekter, der vedrører fremtidens sygehusstruktur.

Ekspertpanelet består af 3-5 medlemmer. Der er enighed om at bede forskningschef Erik Juhl om at lede arbejdet.

Ekspertpanelet vil blive betjent af et sekretariat bestående af embedsmænd fra hhv. Danske Regioner, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand).

4. God og effektiv administration

Der er med strukturreformen og dannelsen af de større regioner skabt forbedrede rammer for det fortsatte arbejde i forhold til større administrativ effektivitet og udnyttelse af synergieffekter. Det giver gennem omprioriteringer og bedre arbejdstilrettelæggelse mulighed for at opnå serviceforbedringer inden for regionernes nuværende økonomiske ramme. Realiseringen af sådanne forbedringer er i større eller mindre omfang igangsat, men der skal fortsat være fokus på mulighederne.

Det er muligt at opnå synergieffekter på administrationsområdet bl.a. via samling af centrale administrative enheder, omprioriteringer, bedre arbejdstilrettelæggelse mv.

Regeringen og Danske Regioner er enige om i fællesskab at få analyseret muligheder for effektivisering af den regionale administration. Det skal ske i regi af Samarbejdsprojektet for den decentrale offentlige sektor.

I de enkelte regioner gøres allerede en indsats for at effektivisere indkøbsområdet. Regeringen og Danske Regioner er imidlertid enige om, at der med etableringen af de større regioner er mulighed for yderligere effektivisering og koordinering af indkøb regionerne imellem. Der igangsættes nærmere drøftelser mellem regeringen og Danske Regioner med henblik på at identificere fokusområder for en yderligere indsats.

5. Produktivitet på sygehusene

Den danske sygehusdrift har oplevet produktivitetsvækst over de seneste år. Ved sammenligning af produktivitsniveauer tyder det på, at der er produktivitsforskelle regionerne og de enkelte sygehuse imellem.

Det er vigtigt, at regionerne og de enkelte sygehuse deler viden og lærer af hinanden. Regeringen og Danske Regioner er enige om, at dette skal bidrage til, at ressourcerne i det danske sundhedsvæsen udnyttes effektivt og rationelt. Af konkrete eksempler, hvor videndeling kan danne basis for øget kvalitet og produktivitet, er bl.a. fremme af hensigtsmæssige og accelererede patientforløb, omlægning fra stationær til ambulante behandling, øget opgaveglidning samt effektive arbejdsgange.

Regeringen og Danske Regioner er ligeledes enige om, at der fortsat offentliggøres sammenlignelige målinger af produktiviteten på bl.a. sygehusniveau samt for udvalgte afdelinger. Disse målinger kan danne grundlag for de enkelte regioners realisering og synliggørelse af fremtidige produktivitsstigninger og potentialer herfor.

Danske Regioner har oprettet en ide- og vidensbank, hvor regionernes medarbejdere deler erfaringer, der har ført til bedre og mere effektiv opgavevaretagelse.

6. Kræft

Der er over de senere år gennemført en række initiativer for at styrke indsatsen på kræftområdet. I 2005 blev Kræftplan II således iværksat og kræftområdet tilførtes betydelige ressourcer. Med aftalen om regionernes økonomi for 2007 blev der afsat midler til ny sygehusmedicin, herunder kræftmedicin, samt en låneramme på 800 mio. kr. til indkøb af medicoteknisk udstyr, herunder strålekanoner og scannere. Med aftalen om finansloven for 2007 blev der afsat yderligere en lånepulje på 200 mio. kr. til strålekanoner og scannere. Herudover er der i 2007 afsat yderligere 74

mio. kr. til øget aktivitet på strålebehandlingsområdet og befordringsudgifter for patienter, der tilbydes strålebehandling i udlandet.

Sundhedsvæsenet skal reagere med det samme ved mistanke om, at en patient har kræft. Den nærmere undersøgelse heraf skal påbegyndes hurtigst muligt og tilrettelægges i standardforløb, der sikrer, at der ikke er unødigt spildtid mellem de forskellige undersøgelser. Patienter, der udredes for en livstruende sygdom, herunder kræft, skal prioriteres i forhold til patienter med mindre alvorlige lidelser.

Der påbegyndes i 2007 offentliggørelse af interne ventetider til en række kræftbehandlinger. Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der skal gennemføres initiativer, der bidrager til afkortning af interne ventetider, herunder bl.a. via mere hensigtsmæssig tilrettelæggelse af patientforløb.

Regeringen og Danske Regioner er derudover enige om, at der skal ske en fortsat nedbringelse af ventetiderne til strålebehandling. Parterne er på den baggrund enige om, at der også i 2008 afsættes en særlig meraktivitetspulje til strålebehandling.

Nye analyser påpeger, at der er potentiale for i væsentlig grad at effektivisere indsatsen vedr. strålebehandling. Regeringen og Danske Regioner er enige om at følge op på analyserne med konkrete initiativer til forbedringer af forløbene for danske kræftpatienter.

7. Praksissektoren

Med kommunalreformens nye struktur på sundhedsområdet er der skabt grundlag for et styrket samarbejde mellem sygehusene, kommunerne og praksissektoren, herunder særligt almen praksis.

I den fælles planlægning af sundhedstilbud mellem regioner og kommuner kan dette desuden understøtte samordning og sammenhæng i patientforløb, der går på tværs af myndighederne. Samlet kan det medvirke til en bedre anvendelse af ressourcer, herunder de personalemæssige ressourcer, på sundhedsområdet.

Med udviklingen af fremtidens sygehusstruktur, hvor funktioner samles på færre og mere bæredygtige enheder, øges behovet samtidig for, at flere funktioner fagligt kan løftes af et sundhedstilbud tæt på borgerne.

Regeringen, Danske Regioner og KL er på den baggrund enige om at igangsætte et arbejde om almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Arbejdet skal bl.a. belyse:

- Organisering og arbejdstilrettelæggelsen i mere bæredygtige enheder, herunder bl.a. størrelsen af lægepraksis og anvendelse af klinikpersonale.
- Den faglige og økonomiske styring og udvikling af almen praksis, herunder incitamenter og honorarstruktur.
- Samspillet mellem sygehusvæsen, almen praksis og kommuner.

Danske Regioner har frem mod 2008 iværksat udviklingsprojektet ”Almen Praksis i Fremtidens Sundhedsvæsen”, som fokuserer på bl.a. sektorens kvalitet, service og effektivitet samt sammenhæng til det øvrige sundhedsvæsen. Resultaterne herfra kan ligeledes indgå i arbejdet om almen praksissektorens rolle i fremtidens sundhedsvæsen.

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om, at der skal være øget fokus på at få kortlagt almen praksis henvisningspraksis, herunder at der igangsættes en analyse af henvisningspraksis i regi af Samarbejdsprojektet for den decentrale offentlige sektor. Resultaterne fra dette arbejde kan indgå i det samlede analysearbejde af sektoren.

8. Psykiatri

I forbindelse med udmøntningen af satspuljen for 2007 indgik regeringen og satspuljepartierne en ny psykiertiaftale for 2007-2010. Med denne aftale blev der skabt et grundlag for en fortsat udvikling og udbygning af psykiatrien. Der blev således i forbindelse med aftalen afsat 1.227,3 mio. kr. til en forstærket indsats på det psykiatriske område. Aftalen indebærer blandt andet en aftale om udvidet udrednings- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at kvaliteten og udbudet af behandlingstilbud til psykisk syge fortsat skal være i fokus. Derfor vil regeringen også søge at prioritere området i forbindelse med udmøntningen af satspuljen for 2008, *jf. bilag 3*.

Regeringen og Danske Regioner er desuden enige om at afsætte 20 mio. kr. til en forsøgsordning vedr. tilbud om psykologbehandling til personer med ikke-psykotiske lidelser.

9. Lægelig videreuddannelse

I aftalen om regionernes økonomi for 2007 var der enighed om at gennemføre initiativer til forkortelse af den samlede uddannelsestid for speciallæger. Regeringen har på den baggrund fremlagt initiativer til omlægning af speciallægeuddannelsen uden tab af kompetencer, herunder en afkorting af turnusforløbet og en frist på fire år fra start på turnusuddannelse til påbegyndt hoveduddannelse, *jf. bilag 4*. Omlægningen træder i kraft den 1. februar 2008. Der er enighed om, at udmøntning af principperne for omlægningen af videreuddannelsen skal ske i et tæt samarbejde mellem parterne. Regeringen tilvejebringer det ændrede regelgrundlag så hurtigt

som muligt, mens regionerne vil tilrettelægge deres del af indsatsen med henblik på at gennemføre omlægningen.

I lyset af den aktuelle personalesituation kan der være behov for at rekruttere sundhedspersonale fra udlandet. Der er i den forbindelse enighed om, at procedurerne vedrørende autorisation af det udenlandske personale skal tilrettelægges med størst mulig fleksibilitet.

10. Øvrig sundhed

Genoptræning

Omfanget af specialiseret genoptræning er meget højt og varierer meget mellem sygehusene. Det er i forbindelse med kommunalreformen lagt til grund, at langt hovedparten af genoptræningsopgaven skal løses i kommunalt regi. De opstillede kriterier for specialiseret genoptræning har til formål at understøtte en snæver faglig afgrænsning af den genoptræning, der skal ske i sygehusregi. Heri ligger, som tidligere tilkendegivet, at langt hovedparten af genoptræningsopgaven skal løses i kommunalt regi.

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om at undersøge incitamentsstrukturer og styringsmuligheder på genoptræningsområdet i efteråret 2007, herunder særligt inden for det specialiserede område. Udvalget skal fremlægge konkrete forslag til, hvordan kommunerne får større muligheder for at tilrettelægge genoptræningsindsatsen på den fagligt og økonomisk set mest effektive måde. Resultatet af dette arbejde skal foreligge senest 1. april 2008 med henblik på at kunne indgå i drøftelserne i forlængelse af monitoreringsordningen.

11. Regional udvikling

For at forankre globaliseringsstrategien i alle dele af landet vil regeringen indgå regionale partnerskabsaftaler med de regionale vækstfora. Regeringen lægger vægt på, at globaliseringsstrategien gennemføres i tæt sammenhæng med den regionale indsats for vækst og erhvervsudvikling, der forestås af de regionale vækstfora.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at regeringen og vækstforaene løbende følger udviklingen i forhold til de mål, der er opstillet i partnerskabsaftalerne. Opfølgning og drøftelse af behovet for justeringer af aftalerne inden for eksisterende økonomiske rammer vil ske i dialog med de relevante parter, og finder sted første gang i første halvår 2008.

Der er endvidere enighed om, at regionerne vil kunne prioritere de regionale udviklingsmidler til medfinansiering af de vækstfora-initiativer, der medfinansieres af EU-strukturfondsmidler, og som understøtter globaliseringsstrategien.

Der er enighed om at afsætte yderligere 75 mio. kr. i 2008 til regional udvikling.

Der er derudover enighed om at afsætte yderligere 50 mio. kr. til kortlægning af og oprydning på jordforurenede grunde.

12. Øvrige temaer

Projekt Digital Forvaltning

For at sikre at udviklingen af fællesoffentlige digitale løsninger sker i tæt dialog og samarbejde mellem de fællesoffentlige parter er der enighed om at videreføre Projekt Digital Forvaltning til og med 2010.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at regionerne afholder 6,7 mio. kr. årligt i perioden 2008-2010 til finansiering af regionernes andel.

Ny digitaliseringsstrategi for den offentlige sektor

De fællesoffentlige parter har i foråret 2007 lanceret en ny strategi for digitalisering af den offentlige sektor frem til 2010.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at regionerne afholder i alt 56,9 mio. kr. i perioden 2008-2010 til udmøntning af strategien. I 2007 reguleres regionernes bloktilskud med 13,8 mio. kr. Regeringen og KL afholder de resterende udgifter i perioden.

Et gennemsigtigt sundhedsvæsen

Den fællesoffentlige sundhedsportal Sundhed.dk vil være et omdrejningspunkt i den nationale strategi for IT i sundhedsvæsenet, som forventes færdig ultimo 2007. Regeringen og Danske Regioner er enige om, at sundhed.dk er en væsentlig platform for udvikling og eksponering af informations- og kommunikationsløsninger i forhold til sundhedsprofessionelle, patienter og borgere.

Som led i at sikre et gennemsigtigt sundhedsvæsen vil sundhedskvalitet.dk fortsat udvikles for at give patienter og pårørende en nem adgang til at sammenligne kvalitet og service på landets sygehuse. Informationer fra sundhedskvalitet.dk skal fortsat kunne vises på andre hjemmesider.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at sundhed.dk og sundhedskvalitet.dk i dialog med borger.dk løbende vurderer, hvorvidt eksisterende og planlagte borgerrettede løsninger er relevante til at indgå i temaer på borger.dk med henblik på, at alle relevante selvbetjeningsløsninger på sundhed.dk også kan fremvises i borger.dk senest i 2012.

DUT i forbindelse med digitalisering

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at regionerne er omfattet af de principper for håndtering af digitaliserings- og effektiviseringsgevinster, som er aftalt med kommunerne. Effektiviseringsgevinster som følge af digitaliseringsprojekter tilfalder derfor som hovedregel regionerne.

Samarbejdsprojektet for den decentrale offentlige sektor

Danske Regioner er pr. 1. januar 2007 indtrådt i Samarbejdsprojektet, der blev etableret af regeringen og KL i forlængelse af økonomiaftalen for 2006. Der er enighed om at forlænge Samarbejdsprojektet til og med 2010 inden for en uændret økonomisk ramme.

Overgang til omkostningsbevillinger

Der blev i forlængelse af økonomiaftalen for 2007 iværksat et fælles analysearbejde af de styringsmæssige konsekvenser af en fuld overgang til omkostningsbevillinger i regionerne. Konklusionen på dette arbejde er, at det vil være muligt at fastholde det nuværende aftalesystem i en situation, hvor regionerne i deres interne styring fuldt ud er overgået til omkostningsbevillinger.

På den baggrund er der enighed om, at regionerne fra 2009 fuldt ud overgår til omkostningsbaserede bevillinger. Overgangen hertil forberedes, herunder vedr. bl.a. tilpasning af balancekrav og andre forhold i budget- og regnskabsregler mv. For 2008 tillades på det regionale udviklingsområde et midlertidigt underskud således, at der ikke som følge af omkostningsbudgetteringen sker en likviditetsopbygning, hvilket nærmere reguleres i budget- og regnskabsreglerne.

Offentligt byggeri

Regeringen og Danske Regioner er enige om at arbejde for, at det offentlige byggeri bliver bedre og billigere, jf. regeringens handlingsplan for et bedre og billigere byggeri. Danske Regioner og Økonomi- og Erhvervsministeriet vil tilrettelægge en proces for udbredelsen af relevante initiativer. Udbredelsen evalueres i marts 2008.

Udredningsarbejde vedr. regionernes gæld

De nye kommuner og regioner overtog ved etableringen aktiver og passiver fra de "gamle" amter og kommuner.

Lån, andre passiver og aktiver er efter procedureloven med tilhørende procedurebekendtgørelse overført til de nye myndigheder. Resultatet for regionerne er, at der er stor forskel på den langfristede gæld, den enkelte region er født med.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at igangsætte et udredningsarbejde, som skal:

- analysere den samlede aktiv- og passivmasse med henblik på at fremskaffe et samlet formuebillede for de respektive regioner
- identificere problematikken, herunder de afledte årlige driftmæssige konsekvenser ved betaling af renter og afdrag
- opstille muligheder for kort- og langsigtede løsninger

Indenrigs- og Sundhedsministeriet tager initiativ til udredningsarbejdet, som skal foreligge i foråret 2008 med henblik på at indarbejde eventuelle elementer i økonomiaftalen for 2009.

Som følge af det særlige problem vedr. Region Sjælland gives der mulighed for at refinansiere renter af den overgennemsnitlige samlede gæld for 2008.

Indenrigs- og sundhedsministeren har endvidere mulighed for at give særlig lånedispensation ved likviditetsproblemer i enkelte regioner. Endvidere kan der i overensstemmelse med de økonomiske forudsætninger for aftalen ved dispensation gives mulighed for refinansiering af afdrag i 2008.

Bloktilskudskriterier

Den foreløbige beregning af bloktilskud fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet har vist større ændringer i bloktilskudsfordelingen end ventet i regionerne. Bloktilskudskriterierne skal afspejle de aktuelle udgiftsbehov, men svingninger i bloktilskuddene kan vanskeliggøre vilkårene for den økonomiske planlægning i regionerne.

Der er enighed om, at der er behov for en analyse af følsomheden af de kriterier, som bloktilskuddet fordeles efter. Analysen gennemføres af Finansieringsudvalget, og der skal i denne forbindelse vurderes muligheden og hensigtsmæssigheden af at begrænse de årlige ændringer i tilskuddet. Endvidere skal processen for tilskudsudmeldingen vurderes. Arbejdet gennemføres inden 1. januar 2008 således, at eventuelle ændringer kan gennemføres forud for næste års aftale med virkning fra 2009.

Bilag 1: Principper for udbetaling af penge fra de statslige, aktivitetsbestemte puljer og baseline i 2008

Det statslige, aktivitetsbestemte tilskud på sygehusområdet udgør i 2008 3.038 mio. kr. på landsplan inkl. kommunalt aktivitetsbidrag, svarende til 2.438 mio. kr. til regionerne.

De 3.038 mio. kr. er fordelt på en generel aktivitetspulje og en særskilt pulje til strålebehandling på kræftområdet. Fordelingen af midler og udbetalingsprincipper fremgår af tabel 1:

Tabel 1. Fordeling af statslige, aktivitetsafhængige midler og udbetalingsprincipper, mio. kr., 2008-pl

	Generel aktivitetspulje	Pulje til strålebehandling på kræftområdet	I alt
Udbetaling med 100 pct. af DRG/DAGS-takst.	1.157	208	1.365
Udbetaling med 70 pct. af DRG/DAGS-takst.	1.673	-	1.673
I alt	2.830	208	3.038

Anm.: Alle beløb er inkl. kommunalt aktivitetsbidrag

Fordelingen af de samlede statslige aktivitetsmidler på kommuner og regioner er foretaget på baggrund af takstsystem 2007.

Sundhedsstyrelsens takstsystem for 2008 udmeldes endeligt pr. 15. september 2007. Sundhedsstyrelsens takstsystem for 2009 udmeldes foreløbigt pr. 15. maj 2008 og endeligt pr. 15. september 2008.

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

Den generelle aktivitetspulje vedrører al somatisk sygehusbehandling, der foregår ambulant 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, sterilisation samt strålebehandlinger på kræftområdet er undtaget. Desuden indgår en række nærmere definerede ydelser på speciallægeområdet, som substituerer sygehusbehandling.

Puljen til strålebehandling på kræftområdet vedrører en række positivt afgrænsede ydelser inden for strålebehandling og planlægning/forberedelse af strålebehandling.

Udbetaling og fordeling af puljen på regioner

Regionernes aktivitetsbestemte tilskud på i alt 2.438 mio. kr. for 2008 udbetales á conto i starten af året og opgøres endeligt ved udgangen af 1. kvartal 2009 på grundlag af den aktivitet i regionerne, som er indberettet senest den 1. marts 2009.

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

Baseline for 2007 opgøres aftalekonsistent og afspejler det aftalte økonomiske udgangspunkt i 2007. Baseline fastsættes på den baggrund til i alt 44.276 mio. kr. (07-pl) ekskl. ambulansetræning. Heraf udgør 43.819 mio. kr. baseline for den generelle aktivitetspulje, mens 457 mio. kr. udgør baseline for puljen til strålebehandling på kræftområdet.

Der udmeldes som led i økonomiaftalen for 2008 en foreløbig baseline for 2008 på 47.585 mio. kr. (opgjort i takstsystem 2007 opregnet til 2008-pl) med udgangspunkt i den forventede, faktiske aktivitet i 2007. Heraf udgør 47.104 mio. kr. baseline for den generelle aktivitetspulje, mens 481 mio. kr. udgør baseline for puljen til strålebehandling på kræftområdet.

For begge puljer beregner og udmelder Sundhedsstyrelsen en baseline for 2008 ved udgangen af 1. kvartal 2008. Baseline opgøres aftalekonsistent i forhold til den forudsatte aktivitetsstigning fra 2007 til 2008 på 3,9 pct.

Metoden til beregning af baseline er:

1. Den faktiske aktivitet i 2007 opgøres med takstsystem 2008 og korrigeres for produktionsværdien af en eventuel rammeoverskridelse i forhold til det aftalte udgiftsniveau i 2007.
2. Produktionsværdien efter pkt. 1 tillægges den forudsatte aktivitetsstigning fra 2007 til 2008 på 3,9 pct.
3. Der korrigeres (plus/minus) for nettobudgetvirkningen af puljer i finansloven for 2008.
4. Produktionsværdien af de statslige aktivitetsafhængige midler i 2008 på i alt 3.754 mio. kr. (08-pl) fratrækkes produktionsværdien efter pkt. 1-3 for at danne baseline.

Baseline for 2008 fordeles mellem regionerne med en nøgle, der svarer til deres faktisk realiserede aktivitet i 2007 opgjort ved takstsystem 2008.

Værdien af aktivitetstilskuddene for 2008 kan korrigeres for ændringer af DRG/DAGS-takster og -grupperinger, kodeændringer eller ny registreringspraksis i takstsystem 2008, der gennemføres efter 15. september 2007. 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 2008 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 2009.

Der fastlægges i 2008 et creeploft på 1,5 pct.

Der indregnes et årligt produktivitetskrav på 2,16 pct. i fastsættelsen af baseline for den generelle aktivitetspulje og for puljen til strålebehandling på kræftområdet, svarende til 2,0 pct. ved fuld udnyttelse af begge aktivitetspuljer.

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.

Der sker et generelt løft med aktivitetsvirkning på sygehusområdet på 950 mio.kr. Nettoeffekten er et løft på 100 mio. kr. til strålepuljen, hvor den gennemsnitlige kommunale medfinansieringsandel er 27,3 pct., mens de øvrige 850 mio. kr. går til generel aktivitet, som medfinansieres af kommunerne med 15,3 pct. Herudover sker der et løft på sygesikringsområdet ekskl. medicintilskud på 300 mio.kr., hvoraf den gennemsnitlige kommunale medfinansiering er 10,1 pct.

Bilag 2: Principper for investeringer i fremtidens sygehusstruktur og opfølgningen herpå

Samling af funktioner på færre enheder er den overordnede forudsætning for ændringer i sygehusstrukturen. Det skal bl.a. sikre kvalitet, effektivitet og tryghed i sygehusvæsenet.

For at understøtte ændringer i sygehusvæsenet, der øger kvalitet og produktivitet er der enighed om, at regionernes fremtidige investeringer skal ske i overensstemmelse med en række overordnede principper. Principperne skal vurderet i forhold til den aktuelle konjunktursituation danne grundlag for beslutninger om de konkrete investeringer.

Regeringen og Danske Regioner er enige om flg. principper:

Kvalitet

- I forbindelse med specialeplanlægning bør øget kvalitet, herunder øget faglig bæredygtighed samt patientsikkerhed og -forhold, sikres.
- Sundhedsstyrelsens krav skal følges og dens anbefalinger bør efterleves, herunder bl.a. at befolkningsgrundlaget for fælles akutmodtagelser (hovedfunktionsniveau) udgør 200.000-400.000 indbyggere, idet det bør overvejes at udnytte muligheder for stordriftsfordele i særligt tætbefolkede områder. Der er endvidere i alle regioner områder, hvor geografiske eller andre forhold nødvendiggør specifikke løsninger.
- Der skal foreligge konkrete planer for, hvordan den præhospital indsats skal udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver, herunder de akutte modtagelser, med henblik på, at relevant og kvalificeret behandling kan påbegyndes hurtigst muligt.
- Der skal i de enkelte regioners planlægning tages højde for de øvrige regioners planer med hensyn til bl.a. specialefordeling, eksisterende faciliteter, personalemæssige ressourcer, forløb for strukturændringer og den demografiske udvikling. Disse hensyn indgår også, når der skal foretages større nye strukturelle anlægsprojekter.

Finansiering

- Provenu ved frasalg af eksisterende sygehusmatrikler, lån samt allerede afsatte ressourcer o.l. skal indgå i regionernes finansiering af strukturændringerne i sygehusvæsenet.

Personalemæssige ressourcer og øget produktivitet

- Overordnede mål i forhold til produktivitetsforbedringer og driftsøkonomiske gevinster skal indgå i regionernes planlægning af ny sygehusstruktur, herunder forbedret kapacitetsanvendelse via effektiv brug af økonomiske og knappe personalemæssige ressourcer.
- Forbedrede interne arbejdsgange, herunder effektive arbejdsrutiner og øget opgaveglidning, sammenhæng i opgavevaretagelsen, mere hensigtsmæssig anvendelse af fysiske rammer, rationel tilrettelæggelse af

patientforløb samt personalemæssige arbejdsbetingelser skal indgå i planerne for ny sygehusstruktur

- Vagtberedskab og optimal organisering heraf skal indgå i planerne.
- Strukturændringerne skal danne basis for bedre udnyttelse af sengekapa-
paciteten og nedbringelse af de gennemsnitlige liggetider ved indlæg-
gelse som følge af bl.a. mulighed for øget ambulantlytelse, accele-
rerede patientforløb mv.
- Et velfunderet grundlag baseret på bl.a. erfaringer fra ind- og udland
skal sikres i forberedelsen af ændringerne af de fysiske rammer, såle-
des at de understøtter de overordnede principper, jf. ovenstående. Re-
gionerne har tilkendegivet, at de i efteråret 2007 vil gennemføre et fæl-
les arbejde med opstilling af retningslinjer for godt sygehusbyggeri.

Opfølgning på investeringer

De samlede strukturændringer i sygehusvæsenet ventes at forløbe over en længere årrække. Realisering af gevinster i forhold til bl.a. faglig bæredyg-
tighed, kvalitet og rationaliseringer forventes at ske i varierende grad over
perioden, men vil først fuldt ud kunne realiseres efter endt projektperio-
de. I forhold til sikring af gevinsterne bliver regionernes opfølgning på og
årlige offentliggørelse af de realiserede strukturændringer et vigtigt red-
skab i processen.

Af specifikke faktorer i en opfølgningsprocedure er bl.a.:

- Realisering af effektivitetsgevinster, og opgørelse heraf i form af pro-
duktivitetsmål indgår som en central del i den årlige opfølgning af
ændret sygehusstruktur. Et konkret mål for de samlede produktivets-
gevinster opstilles på regionsbasis. Der bør i disse estimater tages hen-
syn til en varierende profil af produktiviteten i perioden frem mod
projektafslutning.
- Derudover skal der i forbindelse med regionernes konkrete planer
opstilles en række yderligere mål, for hvilke udviklingen årligt offent-
liggøres. Der skal opstilles mål for kvalitet, kapacitetsudnyttelse, for-
bedrede arbejdsgange, apparaturudnyttelse og ambulantlytelse. I
opstillingen af de konkrete mål bør både niveau og vækst for de speci-
fikke indikatorer inddrages.
- I tiden fra anlægsgodkendelse til projektafslutning foretager regioner-
ne en løbende budgetopfølgning, sikrer en god styring af byggeprojek-
terne og implementerer tiltag i forbindelse med budgetoverskridelser.

Bilag 3: Prioriterede områder i psykiatrien

I forbindelse med udmøntningen af satspuljen for 2007 indgik regeringen og satspuljeparterne en ny psykiatriaftale for 2007 – 2010. Herved blev der skabt grundlag for en fortsat udvikling og udbygning af psykiatrien. Der blev med aftalen afsat 1.227,3 mio. kr. til det psykiatriske område.

Retspsykiatri

Ubehandlet psykisk sygdom øger risikoen for at begå kriminalitet. Derfor er tidlig opsporing, diagnostik og kvalificeret behandling vigtig. Med psykiatriaftalen blev der derfor afsat 120 mio.kr. til en styrkelse af retspsykiatrien blandt andet ved en optimering af kapaciteten for at sikre let og hurtig adgang til behandling, mulighed for langvarige stabiliserende indlæggelser og for gradvis udslusning.

Udgående og opsøgende virksomhed

Øget tilgængelighed og udgående virksomhed bidrager til at fastholde kontinuiteten i behandlingsindsatsen og kan medvirke til at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser. Derfor blev der afsat yderligere 120 mio.kr. til en styrkelse og udbredelse af den udgående virksomhed, f.eks. ved opsøgende psykoseteams og til distriktspsykiatrien.

Ikke psykotiske lidelser

Der blev ligeledes afsat 60 mio.kr. til en målrettet udvikling af tilbudene til personer, som lider af ikke psykotiske lidelser (f.eks. angst eller depression). Parterne er enige om, at Sundhedsstyrelsens kommende referenceprogrammer for depression og angst vil være et godt grundlag for en yderligere styrkelse af indsatsen over for disse personer inden for den aftalte økonomiske ramme.

Børne- og ungdomspsykiatri

Børne- og ungdomspsykiatrien er særligt prioriteret i psykiatriaftalen og i tidligere psykiatriaftaler. Siden 2005 er der afsat 105 mio.kr. årligt til området samt yderligere 30 mio.kr. årligt til behandling af spiseforstyrrelser. Der er bl.a. afsat 25 mio.kr. årligt i den seneste aftaleperiode med det formål at nedbringe ventetiderne. Som led heri er det aftalt gradvist at indføre en udvidet udrednings- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien. Parterne er enige om, at indførelse af disse rettigheder medfører regionale merudgifter på 18 mio.kr. det første år (2008) og 171 mio.kr. ved fuld indfasning i 2012. Dette udgiftsskøn forudsætter, at de 50 mio. kr. fra aftalen fra 2005 – 2008 videreføres fra 2009 og fremefter med henblik på fastholdelse af det aktivitetsniveau, der er opnået med puljen.

Parterne er enige om, at disse 4 områder fortsat er vigtige områder inden for fremtidens psykiatri. Regeringen vil derfor søge at opnå tilslutning hertil i forbindelse med udmøntningen af de kommende års satspuljer.

Bilag 4: Omlægning af den lægelige videreuddannelse

Med henblik på at øge antallet af speciallæger, er der behov for at forkorte varigheden af speciallægeuddannelsesstiden uden tab af kompetence. Omlægningen af den lægelige videreuddannelse gennemføres efter følgende principper og indebærer følgende initiativer:

- Ventetiden fra kandidat til turnus (nu op til 6 mdr.) nedbringes. Turnus skal som udgangspunkt påbegyndes umiddelbart efter opnåelse af kandidatgrad, dog senest efter 3 mdr.
 - *Regionerne sikrer, at ventetiden ikke overstiger 3 mdr. regnet fra hhv. 1. februar og 1. august, og at der halvårligt indsendes indberetninger om ventetiden til Sundhedsstyrelsen.*
- Turnus får en varighed på 1 år (i dag 18 mdr.) fordelt på 6 mdr. i 2 specialer.
 - *Indenrigs- og Sundhedsministeriet udsteder bekendtgørelse herom.*
- Flere specialer inddrages i turnus. Andel af årgang, der får turnus i almen praksis styres af dimensioneringen og uddannelseskapa- citeten i det enkelte speciale. Opfyldelse af målbeskrivelsen betyder, at nogle specialer ikke kan kombineres i et turnusuddannelsesforløb. Der udarbejdes nærmere regler for, hvilke specialer der kan kom- bineres i turnusforløbet.
 - *Indenrigs- og Sundhedsministeriet udsteder bekendtgørelse herom.*
 - *Regionerne sikrer, at målbeskrivelsen opfyldes ved sammensætning af tur- nusforløb.*
- Der etableres et elektronisk turnustilmeldingssystem, som mulig- gør, at turnuslæger opnår mulighed for umiddelbart at vælge et konkret turnusforløb.
 - *Regionerne varetager driften og finansieringen af det elektroniske tilmel- dingsystem og fordelingen af turnuslæger (på afdelinger).*
 - *Det overordnede ansvar for turnusordningen, herunder regler for tilmel- ding og lodtrækning, dimensionering (fordeling på videreuddannelsesregio- ner), og sagsbehandlingen vedr. dispensationer m.v. varetages af Sund- hedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen sætter endvidere rammerne for hvilke turnusforløb, der kan (og ikke kan) kombineres, og for hvor mange, der skal have turnus i almen praksis.*
- Antallet af uklassificerede stillinger nedbringes og erstattes af klas- sificerede uddannelsesstillinger eller faste stillinger.
 - *Regionerne sikrer, at antallet af uklassificerede stillinger nedbringes og holdes på et minimum, samt at dimensioneringsplanerne implementeres. Regionerne sikrer endvidere en fyldestgørende indberetning til ESVAT.*
- Dimensioneringen af uddannelsesstillinger strammes op bl.a. ved en hyppigere opdatering og opfølgning med henblik på at sikre at det aftalte antal stillinger etableres.
 - *Regionerne sikrer den praktiske opfølgning på dimensioneringsplanerne. De regionale videreuddannelsesråd sender halvårligt indberetninger om antallet af opslåede og besatte introduktions- og hoveduddannelsesforløb fordelt på specialer.*

- Der indføres en 4 års frist fra start på turnus til påbegyndt hoveduddannelse. Fristen kan forlænges ved barsel (automatisk), godkendt ph.d. (med halvdelen af tiden) og ved langvarig sygdom (dispensationsansøgning).
 - *Indenrigs- og Sundhedsministeriet udsteder bekendtgørelse herom.*
- Det sikres, at der på alle afdelinger er udarbejdet uddannelsesprogrammer og at alle læger i uddannelsesstilling har godkendte individuelle uddannelsesplaner.
 - *Indenrigs- og Sundhedsministeriet præciserer i bekendtgørelsen, at de regionale videreuddannelsesråd skal sikre, at uddannelsesprogrammer og uddannelsesplaner foreligger forud for lægernes ansættelse.*
- Evaluering af kvaliteten på de enkelte uddannelsesafdelinger styrkes ved en strammere opfølgning med større konsekvens for afdelinger, der får en utilfredsstillende evaluering. Samtidig hermed offentliggøres og synliggøres evalueringer af uddannelsesstederne.
 - *Regionerne sikrer uddannelseskvaliteten i dialog med de uddannelsesgivende afdelinger.*
- Der skal være en forstærket vejledning f.eks. vedr. specialevalg.
 - *Regionerne sikrer, at yngre læger tilbydes karrierevejledning i forbindelse med den lægelige videreuddannelse.*

Omlægningen forventes at kunne træde i kraft den 1. februar 2008.