

# Aftale om regionernes økonomi for 2014

---

4. juni 2013

## 1. Indledning

Dansk økonomi står i de kommende år over for en række væsentlige udfordringer. Der er mistet mange private arbejdspladser, produktivitetsvæksten er lav og konkurrenceevnen svækket. Med Vækstplan DK har regeringen og et flertal i Folketinget aftalt en række tiltag, der imødegår udfordringerne og bidrager til øget vækst og beskæftigelse

Med budgetloven fastsættes fireårige udgiftslofter for stat, kommuner og regioner i perioden 2014-17. De vil udgøre rammerne for samarbejdet mellem staten og regionerne i de kommende år. Lofterne er fastsat under hensyntagen til efterlevelse af stabilitets- og vækstpagten.

På trods af et begrænset råderum for de samlede offentlige udgifter, indebærer aftalen om regionernes økonomi for 2014 et fortsat råderum til udvikling af det danske sundhedsvæsen. Det stiller samtidig krav om fortsat modernisering af sundhedsområdet. Aftalen indeholder væsentlige skridt mod et mere sammenhængende sundhedsvæsen med prioritering af indsatser rettet mod patienter med behandlingsforløb på tværs af aktørerne på sundhedsområdet. Og der tages væsentlige skridt til ligestilling af det psykiatriske område med resten af sundhedsområdet. Samtidig betyder aftalen, at der sættes styrket fokus på den regionale indsats for at sikre udvikling, vækst og beskæftigelse.

Regionerne har ansvaret for opgaver indenfor sundhedsområdet, socialområdet og regional udvikling mv. Parterne noterer sig, at evalueringen af kommunalreformen konkluderer, at regionerne udgør en vigtig del af en robust offentlig sektor, der er i stand til at møde de aktuelle og kommende års udfordringer, og at der fortsat er potentialer for både effektiviseringer og kvalitetsudvikling.

## 2. De økonomiske rammer

Aftalens økonomiske rammer muliggør en fortsat udvikling af sundhedsområdet. Der prioriteres knap 1,1 mia.kr. i 2014 til øget sygehusaktivitet og øvrige sundhedsudgifter, finansieret ved ny prioritering og forventede mindredgifter til sygesikringsmedicin. Regionerne afsætter endvidere 250 mio. kr. til styrkelse af sammenhængende patientforløb.

Samtidig understøtter aftalen en styrket vækst og beskæftigelse gennem et regionalt anlægsniveau i 2014 på over 7 mia. kr. Der er i den forbindelse skønnet et afløb for kvalitetsfundsbyggerierne i 2014 på 4,6 mia.kr., mens anlægsloftet for øvrige regionale anlægsinvesteringer udgør 2,5 mia.kr. Der gøres status for kvalitetsfundsbyggeriernes fremdrift primo 2014.

Derudover har regeringen og Danske Regioner drøftet pejlemærker for anlægsniveauet i 2015. Der er enighed om et anlægsloft for den øvrige regionale anlægsaktivitet for 2015 på 2,0 mia.kr., samt et afløb på kvalitetsfundsbyggerierne på 6,0 mia.kr. i 2015.

#### **Boks 1**

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

- Der er fastlagt et udgiftsloft for de regionale nettodriftsudgifter på sundhedsområdet inkl. udgifter til medicintilskud på 102.649 mio. kr. i 2014, hvortil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet.
- Med aftalen løftes aktiviteten på sygehusområdet i 2014 med 2,4 pct. Det tilvejebringes ved et løft på 276 mio. kr. og produktivetsforbedringer på 2 pct. i 2014.
- Der er aftalt et loft for anlægsudgifterne (brutto) på 2500mio.kr. på sundhedsområdet i 2014. Der er hertil forudsat investeringer på 4.600 mio. kr. i 2014 vedrørende de nye sygehuse med støtte fra kvalitetsfonden. Der hensættes endvidere i 2014 i regionerne ved deponering 1.055mio. kr. (14-PL) til finansiering af projekter med kvalitetsfundsstøtte.
- Det statslige bloktilskud udgør 84.535 mio. kr. i 2014, hvortil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet.
- Det statslige, aktivitetsbestemte tilskud udgør i 2014 1.300 mio. kr. Den aktivitetsbestemte pulje udmøntes som anført i bilag 1.
- De foreliggende opgørelser viser, at sygehusene i 2012 har præsteret en samlet produktionsværdi på 66.992 mio. kr. (14-PL). I 2013 forventes sygehusene at præstere en aktivitetsstigning på 1,4 pct. svarende til en produktionsværdi på 67.930 mio. kr. (14-PL) ekskl. puljer. I 2014 forventes en yderligere aktivitetsstigning på 2,4 pct. svarende til en forventet produktionsværdi på 69.586 mio. kr. De forventede produktionsværdier i 2013 og 2014 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 19.368 mio. kr. i 2014. Finansieringsloftet fordeles mellem regionerne med udgangspunkt i regionernes aktivitet.

## Boks 2

### Økonomiske forudsætninger vedrørende regional udvikling

- Der er fastlagt et udgiftsloft for de regionale nettodriftsudgifter til det regionale udviklingsområde i 2014 på 2.943 mio. kr., hvortil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet.
- Det statslige bloktilskud til regional udvikling udgør 2.240 mio. kr. i 2014, hvortil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet.
- For 2014 vil pris- og lønregulering indebære, at udgangspunktet for regionernes bidragsfastsættelse vil være et grundbidrag på 125 kr. pr. indbygger, svarende til 703 mio. kr. Reguleringen er fastsat på basis af et skøn for den regionale pris- og lønudvikling fra 2013-2014 på 0,9 pct.

## Boks 3

### Øvrige økonomiske forudsætninger

- Pris- og lønudviklingen på sundhedsområdet fra 2013-2014 er fastsat til 1,1 pct. ekskl. medicin. For regional udvikling er pris- og lønudviklingen fra 2013-2014 fastsat til 1,8 pct. Den samlede pris- og lønregulering på det regionale område fra 2013-2014 er fastsat til 0,9 pct. inklusive medicin. PL-skønnet for anlægsudgifterne er 1,6 pct. fra 2013-2014.

I 2014 er 1 mia. kr. af regionernes bloktilskud betinget af regionernes aftaleoverholdelse i driftsbudgetterne for 2014. Herudover vil en overskridelse af driftsbudgetterne i regnskabet for 2014 indebære en modregning i regionernes bloktilskud.

En andel af regionernes bloktilskud i 2014 på ½ mia.kr. er betinget af, at regionernes budgetter for 2014 lever op til den aftalte ramme for anlægsudgifter (ekskl. udgifter vedrørende sygehusbyggeri med kvalitetsfondsstøtte) på 2,5 mia.kr.

Danske Regioner og regeringen er enige om, at der gennemføres en analyse af regionernes likviditet, pengestrømme og gæld.

## 3. Incitamentter og synlighed om resultater

Sundhedsvæsenet skal i de kommende år sikre mest mulig sundhed for pengene kombineret med et fokus på kvalitet og sammenhæng i sundhedsindsatsen. Styringsmodellen på sundhedsområdet skal være medvirkende til at understøtte de overordnede hovedmålsætninger.

Med afsæt i anbefalingerne fra Incitamentsudvalget er der derfor enighed om en række ændringer af den nuværende incitamentsstruktur, *jf. bilag 2*. Tilgangen indebærer et flersidet fokus på kvalitet, sammenhæng og omkostningseffektivitet.

#### Boks 4

##### Ændrede incitamenter på sundhedsområdet – hovedtiltag

- **Synlighed om resultater.** Internationale erfaringer viser, at synlighed om resultater er en central drivkraft for forbedringer af sundhedsvæsenet. Derfor gennemføres en synlighedsreform baseret på principper om relevant dokumentation af hele sundhedsvæsenet, åbenhed om resultater og forbedring af indsatsen.
- **Sammenhæng på tværs.** Regionerne prioriterer midler målrettet tværgående indsatsen, og der udvikles en metode, der kan understøtte omkostningseffektive løsninger.
- **Moderniseret aktivitetsfinansiering.** Der gennemføres en justering af aktivitetsfinansieringen på sygehusområdet, der dæmper aktivitetspresset og understøtter kvalitet og sammenhængende løsninger. Den statslige aktivitetspulje mindskes, den marginale afregning reduceres, der gives øget fleksibilitet i forhold til at korrigere for ikke DRG-baseret aktivitet.

Der er enighed om, at der igangsættes en evaluering af den kommunale medfinansiering i 2014.

Der blev med økonomiaftalen for 2013 taget foreløbige skridt til det styrkede fokus på resultater, hvor der blev aftalt fem konkrete indikatorer til opfølgning. Regeringen og Danske Regioner noterer en generelt positiv udvikling bl.a. med fald i sygehusedødeligheden, de akutte genindlæggelser og den gennemsnitlige indlæggelsestid, *jf. bilag 3*.

Der er enighed mellem Danske Regioner og regeringen om at styrke fokus på sundhedsvæsenets resultater. Parterne vil i fællesskab én gang årligt offentliggøre status på og udviklingen i dette billede af sundhedsvæsenets resultater, *jf. bilag 2*, herunder relevante sammenligninger mellem regioner og sygehuse mv. Herudover offentliggøres der årligt temarapporter, som ser på tværs af resultaterne fra bl.a. de kliniske kvalitetsdatabaser. Data fra kvalitetsdatabaserne skal endvidere indgå i den regionale ledelsesinformation.

Den opnåede viden om bedste praksis skal omsættes til ændrede arbejdsgange lokalt på de enkelte sygehuse mv. Derfor er det vigtigt, at der lokalt er den fornødne forandringsparathed på både klinisk og ledelsesniveau til at bruge data til systematisk at forbedre resultaterne i sundhedsvæsenet. Det er et regionalt ansvar.

Regeringen vil søge aftale med kommuner om at åbenhed om resultater også omfatter det kommunale sundhedsområde.

## 4. Bedre ressourceanvendelse og økonomistyring

Der er over en længere årrække foretaget en massiv udbygning af kapaciteten i sundhedsvæsenet. Samtidig udbygges og forbedres sygehusstrukturen for over 40 mia. kr. i de kommende år. Regionerne vil fortsætte og styrke fokus på bedre ressourceanvendelse og økonomistyring på sundhedsområdet.

## Bedre kapacitetsudnyttelse

En analyse af kapacitetsanvendelse på udvalgte planlagte behandlinger peger på et potentiale for forbedring af kapacitetsudnyttelsen. Det er derfor vigtigt at regionerne fortsætter deres arbejde med at forbedre kapacitetsudnyttelse over de kommende år. På den baggrund er parterne enige om tiltag til bedre kapacitetsudnyttelse på sygehusene:

- Regionerne arbejder med implementering af forskellige tiltag til styrket kapacitetsanvendelse, bl.a. med inspiration fra kapacitetsanalysen. Som led heri udvikles afdelingernes information til ledelsen med relevante indikatorer for kapacitetsudnyttelsen.
- Regionerne skaber styrket transparens og indsigt i ledig kapacitet på tværs af sygehuse og regionsgrænser.
- Regionerne udvikler et koncept for effektiv visitation på tværs af sygehuse og regionsgrænser.

Parterne er enige om, at der følges op på ovennævnte indsatser i foråret 2014.

## God økonomistyring på sygehusene og opfølgning

Som opfølgning på aftalen om regionernes økonomi for 2013 er der gennemført en analyse af 8 sygehuses økonomistyring. Analysen viser, at der er et potentiale for at forbedre økonomistyringen.

Danske Regioner og regeringen er enige om et målbillede for god økonomistyring på sygehusene. Økonomistyringen skal synliggøre ledelsens reelle prioriteringsrum på kort og langt sigt, og danne grundlag for tværgående prioriteringer og effektiviseringer. En forudsætning herfor er, at økonomistyringen skaber et retvisende styringsgrundlag og overblik over sammenhænge mellem økonomi, aktivitet og effekter mv.

Parterne er derudover enige om at igangsætte en række konkrete initiativer, der skal bidrage til at videreudvikle økonomistyringen på sygehusene. Der gennemføres en årlig status for økonomistyringen, som skal danne grundlag for en opfølgning i foråret 2014.

Målbillede og indsatser for god økonomistyring fremgår af bilag 4.

Danske Regioner og regeringen er derudover enige om at den standardiserede økonomiopfølgning fra medio 2014 forenkles, integreres bedre med den interne økonomiopfølgning og baseres på mere aktuelle og retvisende prognoser af helårsforbruget. Der er endvidere enighed om, at regionerne fra 2014 leverer månedlige forbrugstal til Danmarks Statistik, og foretager en fremrykning af regnskabslukningen. Budget- og regnskabsudvalget under Økonomi- og Indenrigsministeriet inddrages i implementering af regelsæt og erfaringsopsamling.

## 5. Et mere sammenhængende sundhedsvæsen

Regeringen og regionerne ønsker et sundhedsvæsen, der hænger sammen. Et sundhedsvæsen hvor indsatsen tager udgangspunkt i patientens behov og ressourcer, herunder den gruppe af borgere, der i vidt omfang har kontakt til både almen praksis, sygehusene og den

kommunale sektor, hvor samarbejdet mellem de forskellige sektorer er af afgørende betydning i forhold til at sikre gode, sammenhængende patientforløb.

Danske Regioner og regeringen er i det lys enige om en række indsatser, der skal styrke sammenhængen på tværs af sundhedsvæsenets aktører:

- Prioritering af 250 mio. kr. til patientnære sundhedstilbud
- 5 sundhedsaftaler frem for 98
- Fokus på den ældre medicinske patient
- Forbedret integration af almen praksis.

### Prioritering af 250 mio. kr. til patientnære sundhedstilbud

Danske Regioner og regeringen er enige om at afsætte 250 mio. kr. i 2014 til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet. Regeringen vil også søge at indgå en aftale med kommunerne om en kommunal prioritering af den patientrettede forebyggelse.

Midlerne skal understøtte indsatsområderne i de 5 nye sundhedsaftaler og anvendes med fokus på den patientrettede forebyggelse og ift. patienter der typisk har behandlingsforløb på tværs af sektorgrenser, herunder særligt personer med kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter. På det regionale område kan midlerne bl.a. anvendes til ikke-takstbærende sygehusaktivitet og aktiviteter i praksissektoren.

Der følges op på anvendelsen af de prioriterede midler via sundhedsaftalerne, ligesom resultaterne af anvendelsen af midlerne afrapporteres til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i forbindelse med regnskabsafregning for 2014

Der opstilles som led i den målrettede prioritering konkrete mål for den patientrettede forebyggelse. Målene for patientrettet forebyggelse skal omhandle de fælles patienter, hvor regioner og kommuner i fællesskab kan løfte opgaven med at realisere målene.

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om at fastsætte følgende mål for den patientrettede forebyggelsesindsats:

- Færre uhensigtsmæssige genindlæggelser.
- Færre forebyggelige indlæggelser.
- Færre uhensigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser.
- Færre færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehusene.

Disse fælles mål skal omsættes i mere konkrete målsætninger mellem regioner og kommuner i regi af sundhedsaftalerne. Kommuner og regioner skal i fællesskab afrapportere anvendelsen af midlerne.

### 5 sundhedsaftaler frem for 98

Evalueringen af kommunalreformen viste et behov for at styrke sundhedsaftalerne, så de i højere grad understøtter sammenhængende patientforløb af ensartet høj kvalitet. Regeringen og Danske Regioner er enige om, i samarbejde med kommunerne, at nytænke sundhedsaftalerne. Fokus skal være på at indgå 5 sundhedsaftaler – én i hver region – frem for de nuværende 98 sundhedsaftaler, baseret på nye obligatoriske indsatsområder. Styrkelse af

sundhedsaftalerne indgår også i det udspil til opfølgning på evalueringen af kommunalreformen, som regeringen har fremlagt.

### Den ældre medicinske patient

Analyser viser, at omkring 20 pct. af de indlagte medicinske patienter – på det tidspunkt undersøgelsen blev foretaget – potentielt kunne være i et andet behandlingsforløb, fx i et ambulantly forløb eller et plejeforløb i kommunen. Det indikerer, at det er muligt at nedbringe perioder med overbelægning, hvis samarbejdet mellem sygehuse og kommuner styrkes, og hvis sygehusene bliver bedre til at optimere patientforløbene internt på sygehusene og bruge sengepladserne bedre.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at styrke fokus på at sengepladserne på de medicinske afdelinger anvendes bedst muligt.

Det indebærer for eksempel at regionerne og sygehusene løbende skal følge med i om sengene på de medicinske afdelinger udnyttes hensigtsmæssigt. Det indebærer også, at sygehusene afdækker og deler viden om de mest effektive patientforløb, så bedste løsninger og erfaringer i forhold til interne arbejdsgange og omlægning til en mere effektiv plejeindsats kan udbredes.

Danske Regioner og regeringen har i fællesskab nedsat en arbejdsgruppe, der skal fastlægge en bedre og mere rettidig opgørelse af antallet af sengepladser og belægningsgraden. Det forventes, at der i efteråret 2013 foreligger en revideret opgørelse af belægningsgraden på de medicinske afdelinger.

### Almen praksis

Den praktiserende læge er for langt de fleste indgangen til sundhedsvæsenet. Den praktiserende læge kan spille en endnu større rolle som en del af det sammenhængende sundhedsvæsen, end tilfældet er i dag.

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige i behovet for en fornyelse af almen praksis. Parterne er således enige om, at der er behov for at adressere en række udfordringer, der i dag er i almen praksis. Det drejer sig om at sikre, at alle danskere har adgang til en praktiserende læge tæt på deres bopæl, at samarbejdet mellem almen praksis, sygehusene og kommunerne forbedres og at alle får behandling af ensartet høj kvalitet.

Regeringen og regionerne lægger vægt på, at de praktiserende læger inddrages i den fortsatte udvikling af sektoren. Parterne er derfor enige om, med afsæt i regeringens forslag til en ny sundhedslov, at igangsætte et arbejde, hvor relevante myndigheder, PLO, eksterne parter og faglige miljøer skal komme med forslag til, hvorledes almen praksis fremadrettet kan fornyes, styrkes og i højere grad samtænkes med det øvrige sundhedsvæsen.

## 6. Psykisk sygdom

Regeringen og Danske Regioner er enige om at skabe en mere moderne psykiatri og ligestille psykiatrien med resten af sundhedsområdet. Patienter med psykiske og fysiske sygdomme

skal have den samme adgang til udredning og behandling af høj faglig kvalitet. I det lys afsatte parterne med sidste års økonomiaftale 200 mio. kr. til at påbegynde en kapacitetsudbygning i psykiatrien med henblik på at forberede indførelse af en udrednings- og behandlingsret.

Regionerne har igangsat en omstilling af psykiatrien med fokus på pakkeforløb, centraliseret visitation og introduktion af styringsmodeller, der knytter aktivitet og økonomi tættere sammen. Regeringen og Danske Regioner er enige om, at denne omstilling vil tilvejebringe kapacitetsmæssige rammer til at indføre en ret til hurtig udredning og behandling i sygehusvæsenet svarende til rettighederne i somatikken. Det skal ses i lyset af, at analyser af den regionale psykiatri peger på, at der er store forskelle i tilrettelæggelsen af arbejdet og dermed et stort potentiale for en bedre produktivitet og prioritering.

Der er enighed om at rettighederne indføres i perioden 2014-2015 i to faser:

- I fase 1 - indføres 1. september 2014 - for såvel børn og unge som for voksne - en udredningsret på 2 måneder samt en differentieret behandlingsret (1 måned ved alvorlig sygdom og 2 måneder ved mindre alvorlig sygdom).
- I fase 2 - 1. september 2015 - sker den endelige udmøntning af den fulde udrednings- og behandlingsret i psykiatrien, hvorefter udredningsretten gælder inden for en måned.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at retten ikke bør føre til udvidelser i behandlingspsykiatriens målgruppe, herunder ændringer i henvisningspraksis til psykiatrien. Parterne er derfor enige i at følge op på udviklingen i henvisningspraksis. Der er samtidig enighed om at sætte fokus på det psykiatriske område, når der i fællesskab skal træffes beslutning om nationale kliniske retningslinjer og visitationsretningslinjer. Det vil understøtte en ensartet høj faglig kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse på det psykiatriske område.

Parterne er desuden enige om, i forbindelse med økonomiforhandlingerne for 2015 at drøfte status for fremdrift og rammerne, herunder de økonomiske, for implementering af udrednings- og behandlingsretten.

Regeringen vil i efteråret 2013 – med udgangspunkt i de kommende anbefalinger fra regeringens psykiatriudvalg – fremlægge en samlet og langsigtet plan for udvikling og prioritering af indsatsen over for mennesker med psykisk sygdom.

## 7. Lighed i sundhed

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at uligheden i sundhed skal reduceres. Det skal sikres, at alle får gavn af de tilbud og forbedringer, der løbende bliver skabt i det danske sundhedsvæsen – uanset sygdom, indkomst eller uddannelse.

Alle, der arbejder i sundhedsvæsenet, har et ansvar for at der tages højde for den enkelte patients udgangspunkt og ressourcer, så der sikres en ligeværdig dialog.



I Danmark mangler der generelt viden om, hvad sundhedsvæsenet kan gøre for at understøtte større lighed i sundhedsvæsenet. Derfor er der taget initiativ til et Lighedsnetværk med deltagelse af to regioner og en række kommuner, som vil arbejde konkret med at skabe mere lighed i sundhed.

Regeringen vil afsætte 20 mio. kr. i perioden i 2014-2017 til en styrket indsats for lighed i sundhed, der skal understøtte den nødvendige kulturforandring i sundhedsvæsenet.

## 8. Styrket indsats på lungeområdet

Lungesygdomme rammer hvert år mange danskere, og konsekvenserne af at blive ramt af lungesygdom er både store for den enkelte og dyrt for samfundet.

Regeringen og Danske Regioner er derfor enige om, at der inden for de aftalte rammer er grundlag for at styrke indsatsen. Særligt tyder variationer på tværs af landet på, at der er grundlag for en styrket indsats og målrettet fokus i forhold til KOL og børneastma.

Parterne er således enige om et målrettet fokus på udarbejdelse og implementering af nationale kliniske retningslinjer og styrket indsats ift. tidlig opsporing. Almen praksis er en central aktør i en styrket indsats, og parterne er enige om, at det er afgørende, at de praktiserende læger har kendskab til den nyeste faglige viden, og deltager aktivt i en målrettet opsporing og diagnostik af lungesygdom i almen praksis.

## 9. Kræftindsatsen

Der er tilført mange ekstra ressourcer til kræftområdet de seneste år. Hermed er der skabt grundlag for en kræftbehandling af høj kvalitet uden unødigt ventetid, hvor patienten oplever et effektivt og trygt forløb med den rette information undervejs. Der er nu behov for mere aktivt at følge op på resultaterne af kræftbehandlingen, så de store investeringer i kræftområdet fortsat betyder kortere og bedre forløb for patienterne.

Parterne er enige om at styrke den regionale indsats for multisyge kræftpatienter. Hertil afsættes 20 mio. kr. i perioden 2014-2017 som led i regeringens sundhedspolitiske udspil. Parterne er desuden enige om at udvide HPV-vaccinationsprogrammet til de piger, der er født i årene 1993-98, og som ikke tidligere har taget imod tilbud om HPV-vaccination. Derudover hæves aldersgrænsen for gratis HPV-vaccination for piger fra 15 til 18 år permanent. Der afsættes 14 mio. kr. i 2014 og 2 mio. kr. årligt fra 2015 og frem hertil.

Regeringen og Danske Regioner er endvidere enige om, at det er vigtigt at sikre gode og relevante opfølgingsforløb for kræftpatienter. Der er derfor enighed om at nytænke opfølgningen ved at fjerne automatikken i kontrolforløbene og i stedet indføre opfølgning på baggrund af behov og evidens. Det kan samtidig understøtte bedre anvendelse af personale- og kapacitetsmæssige ressourcer, som kan frigøres til anden kræftindsats. Der er på det grundlag igangsat et fagligt arbejde om kontrolforløb baseret på den bedst tilgængelige dokumentation, som afsluttes i foråret 2014.

## 10. Akutindsatsen

Som led i den nye sygehusstruktur etablerer regionerne i disse år nye fælles akutmodtagelser. Akutmodtagelserne etableres på grundlag af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for området. For patienterne betyder det en bedre behandling, hvor speciallægen er med i front hele døgnet rundt.

Regionerne arbejder løbende med den organisatoriske og faglige udvikling af de fælles akutmodtagelser. Bl.a. arbejdes der med videndeling og der er udviklet fælles modeller for triagering, fælles akutuddannelse for sygeplejersker og taget skridt til en regional kvalitetsdatabase på akutområdet. Det er desuden et fælles mål for regionerne, at speciallægerne skal være mere i front, uanset hvornår patienterne modtages.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, med afsæt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007, at nedsætte en arbejdsgruppe bestående af Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, som skal forestå en faglig gennemgang af regionernes arbejde med at etablere fælles akutmodtagelser og komme med anbefalinger, der skal sikre, at de bedste løsninger og erfaringer udbredes på tværs. Øvrige interessenter vil blive inddraget i arbejdet.

## 11. Sundheds-it og digitalisering

Regeringen, KL og Danske Regioner ønsker med aftalen at øge digitaliseringen og styrke udbredelse og anvendelse af digital velfærd med henblik på fortsat effektivisering og fornyelse i den offentlige sektor. I den forbindelse fortsættes det ambitiøse arbejde med at implementere den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2011-2015.

Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om senest i efteråret 2013 at indgå en samlet aftale om Strategi for digital velfærd, herunder klare målsætninger og konkrete initiativer. Parterne er endvidere enige om, at strategien skal medvirke til nytænkning af den offentlige sektor og resultere i et effektiviseringspotentiale, for hvilket der fastlægges et mål i forbindelse med økonomiaftalerne for 2015.

Der skal sættes en ambitiøs, fælles og forpligtende kurs for den fortsatte digitalisering af sundhedsvæsenet, der bygger videre på den aftale, som Regeringen, KL og Danske Regioner indgik i 2010. Regionerne har under et gjort fremskridt med at konsolidere den elektroniske patientjournal (EPJ), men læger og sygeplejersker har endnu ikke ibrugtaget løsningerne i tilstrækkeligt omfang. Fremadrettet er der derfor behov for at sikre øget fremdrift, og regionerne skal i mål med at høste det fulde potentiale ved en sammenhængende it-arbejdsplads.

Der er endvidere et betydeligt arbejde med at implementere Det Fælles Medicinkort i kommuner og regioner, og staten har en opgave i at sikre fremdrift ift. den fortsatte udvikling af standarder og den fællesoffentlige it-infrastruktur. Fremadrettet er der behov for bedre styring af de store it-projekter, ligesom synligheden i forhold til fremdrift, målopfyldelse og resultater skal styrkes væsentligt.

Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om en ny fællesoffentlig digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet 2013-2017, som skal bidrage til fortsat udvikling af et borgervendt, sammenhængende og effektivt sundhedsvæsen. Der er enighed om, at der skal sikres øget synlighed om fremdrift og resultater med afsæt i en mere effektiv tværgående prioritering og opfølgning på baggrund af klare indikatorer og mål for fuld anvendelse og effekt af it-systemer i regioner, kommuner og stat.

Opfølgning på strategien forankres i Den Nationale Bestyrelse for sundheds-it. Udgifter til realisering af aftalte initiativer i strategien afholdes inden for eksisterende rammer.

Der er enighed om at fastlægge yderligere mål for sundhedsvæsenets digitaliseringsindsats frem mod 2017, herunder at afledte potentialer ved strategiens realisering aftales i forbindelse med økonomiaftalerne for 2015.

Aftalerne vedrørende digitalisering, strategi for digital velfærd og sundheds-it er uddybet i bilag 5.

## 12. Mere sundhed for pengene

Parterne er enige om, at omprioritering af ressourcerne i det regionale sundhedsvæsen er et vigtigt element i at frigøre ressourcer til den borgernære service.

### Medicin og prioritering

Det er vigtigt, at der fortsat arbejdes med at sikre en effektiv anvendelse af ressourcerne på lægemiddelområdet, herunder styring af medicinudgifterne og lavere priser. Som led heri er regeringen og Danske Regioner enige om at udbrede gode erfaringer mellem primær- og hospitalsektoren på medicinområdet. Som et eksempel herpå er parterne enige om at undersøge, om en ændret organisering af indkøb af lægemidler til primærsektoren kan indbringe offentlige besparelser uden at de grundlæggende principper om kvalitet, forsyningsikkerhed, uvildighed, omkostningseffektivitet mv. sættes over styr.

Parterne er derudover enige om, at der forud for 2014-forhandlingerne med Lif om listepreiser i primærsektoren igangsættes en analyse, der skal tilvejebringe dokumentation for de danske listepreisniveauer. Parterne er i øvrigt enige om at styrke samarbejdet mellem IRF og de regionale lægemiddelkonsulenter med henblik på at fremme rationel farmakoterapi, herunder ved at systematisere indsatsområder og ensrette indsatsen.

### Retningslinjer for visitation og henvisning

Retningslinjer for visitation og henvisning er et effektivt instrument i prioriteringen af sundhedsressourcerne, der skal bidrage til at undgå indikationskred og overbehandling. Arbejdet med visitationsretningslinjer fortsættes i 2014 og tænkes så vidt muligt sammen med arbejdet med de nationale kliniske retningslinjer, så behandling i sundhedsvæsenet sker på et fagligt funderet grundlag.

I 2013 udarbejdes der retningslinjer for plastikkirurgi efter excessivt væggtab, operation efter grå stær og ADHD. Der er enighed om at udarbejde nye visitationsretningslinjer i 2014 vedrørende: bipolare lidelser og søvnapnø. Parterne vil efter nærmere drøftelse udvælge yderligere to områder for 2014.

### Effektivt indkøb

Regionerne har siden 2010 arbejdet via centralisering og standardisering af indkøb samt fælles indkøb mv. for at muliggøre frigørelse af ressourcer ved et mere effektivt indkøb. Målet er at frigøre 1 mia. kr. frem mod 2015 i forhold til 2009-niveau. Parterne er enige om, at arbejdet videreføres således at målet nås. Danske Regioner vil inden udgangen af 2013 offentliggøre status for målet. Som led heri udarbejder Danske Regioner en plan for mere fælles indkøb af medicinsk udstyr. Parterne vil følge op herpå i foråret 2014 med henblik på at fastsætte nye mål for fortsat effektivisering af regionernes indkøb.

## 13. Afbureaukratisering og modernisering

### Afbureaukratisering i sundhedsvæsenet

Danske Regioner og regeringen er enige om at bygge videre på de eksisterende indsats for afbureaukratisering med henblik på at sikre, at sundhedspersonalet får mere tid til pleje og behandling af patienterne. Det indebærer en fælles forpligtigelse til at nytænke og komme med konkrete forslag til afbureaukratisering på sundhedsområdet, der kan frigøre ressourcer i sundhedsvæsenet som kan komme patienterne til gode. I den forbindelse igangsættes bl.a. et styringsreview på sundhedsområdet.

Afrapportering af indsatsen skal ske forud for forhandlingerne om regionernes økonomi for 2015.

### Fælles principper for modernisering af den offentlige sektor

Regeringen har i samarbejde med arbejdsmarkedets parter i den offentlige sektor igangsat et arbejde med at formulere fælles principper for modernisering af den offentlige sektor. Principperne skal understøtte arbejdet med modernisering på alle niveauer.

For at fastholde den konstruktive dialog om modernisering af den offentlige sektor er regeringen, Danske Regioner og KL enige om at arbejde videre med følgende initiativer:

- *Udvikling af nye styreformer med fokus på tillid og samarbejde.* Der gennemføres i samarbejde med MindLab et antal styringslaboratorier til at udvikle ideer til nye styringsformer i den offentlige sektor.
- *Forsøg med fritagelse fra overenskomstmæssige bindinger.* Inspireret af frikommuneforsøgene iværksættes forsøg, hvor udvalgte kommuner og regioner efter aftale med de involverede/relevante overenskomstparter og faglige organisationer får mulighed for fritagelse fra overenskomstmæssige bindinger. Hensigten er at vurdere om de nuværende overenskomster udgør en barriere for en smartere indretning af opgaveløsningen.
- *Oprettelse af center for innovation.* Der oprettes et Center for Offentlig Innovation, som skal understøtte, at innovation spredes og forankres på tværs af den offentlige sektor. Centret skal også styrke medarbejder- og brugerdreven innovation i det offentlige.

Der afsættes op til 10 mio. kr. årligt i perioden 2014-2016, hvoraf kommunerne og staten hver finansierer op til 4 mio. kr., mens regionerne finansierer op til 2 mio. kr.

### Principper for god decentral styring

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der igangsættes et arbejde med formulering af et sæt principper for statsligt-regionalt samarbejde om kvalitet og effektivitet i den regionale opgaveløsning. Principperne skal blandt andet tage afsæt i regionsrådenes og Folketingets politiske ansvar, tillid, nye samarbejdsformer, sammenhæng samt fokus på resultater og effekter. Principperne for statsligt-regionalt samarbejde skal indgå i aftalen om regionernes økonomi for 2015.

## 14. Vækst og beskæftigelse

Regeringen har med Vækstplan DK sat ambitiøse mål for vækst og beskæftigelse de kommende år. Regeringen og regionerne vil fortsætte og udbygge samarbejdet om vækst og erhvervsudvikling.

### Regional erhvervsudvikling

Regeringen udarbejder via vækstteams planer, der styrker udviklingsmulighederne på større erhvervsområder, hvor danske virksomheder har international konkurrencekraft. Regionerne og de regionale vækstfora har bidraget til arbejdet med udgangspunkt i de regionale erhvervsudviklingsstrategier. I aftalerne om regionale vækstpartnerskaber, der indgås mellem regeringen og de regionale vækstfora i 2013, vil der være fokus på initiativer, der medvirker til at udmønte regeringens vækstplaner til gavn for erhvervsmæssig vækst i de enkelte regioner.

### Opfølgning på regeringens vækstplan for sundheds- og velfærdsløsninger

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at det er vigtigt at skabe gode rammer for vækst gennem sundheds- og velfærdsområdet. Parterne er derfor enige om at følge op på og samarbejde om initiativerne i regeringens vækstplan for sundheds- og velfærdsløsninger, herunder handlingsplan for offentligt-privat samarbejde om klinisk forskning, strategi for adgang til sundhedsdata, kommercialisering, standardisering samt offentlig-privat samarbejde om forsøg med markedsudvikling i forbindelse med sygehusinvesteringer. Ligeledes ønsker parterne at følge op på Danske Regioners initiativer i oplægget "Sund Vækst".

Regeringen og Danske Regioner er i den forbindelse enige om at etablere en arbejdsgruppe, der kan drøfte muligheder for at fremme konkrete forsøgsprojekter om markedsudvikling og nye effektive løsninger bl.a. i forbindelse med sygehusbyggerier.

Parterne er enige om, at internationale standarder er et centralt element både i forbindelse med sygehusbyggeri, indkøb af udstyr og apparatur og i forbindelse med effektiv drift.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Danske Regioner vil i samarbejde med virksomheder og relevante standardiseringsorganisationer frem mod økonomiforhandlingerne for

2015 udpege standardiseringsindsatser, bl.a. i forlængelse af Danske Regionernes oplæg "Sund Vækst" og regeringens vækstplan.

### Videndeling i forbindelse med sygehusbyggerier

Regeringen og Danske Regioner er enige om fortsat at følge regionernes arbejde med videndeling i forbindelse med sygehusbyggerierne tæt, og at Danske Regioner inden udgangen af 2013 skal opdatere oversigten over de initiativer, som regionerne har igangsat i projektet om videndeling i sygehusbyggerier.

### Øget brug af sociale klausuler og arbejdsklausuler

Der er herudover behov for at fremme, at arbejdstagere har ordentlige arbejdsvilkår, og at der er uddannelses- og praktikpladser til dem, der er under uddannelse. Regeringen og Danske Regioner er på den baggrund enige om:

- Arbejdsklausuler skal søges udbredt til alle regionale udbudskontrakter inden for bygge- og anlægsarbejde samt øvrige udbudskontrakter, hvor det er hensigtsmæssigt. Det vil styrke indsatsen mod social dumping og sikre arbejdsvilkår på overenskomstmæssige vilkår. Regeringen og Danske Regioner er enige om at gøre status for udbredelsen af arbejdsklausuler som led i økonomiforhandlingerne for 2015.
- Regionerne skal fortsat overveje brugen af sociale klausuler om uddannelses- og praktikaftaler i relevante udbud efter "følg eller forklar-princippet". Der udarbejdes vejledningsmateriale om, hvordan dette gøres som en integreret del af udbudsprocessen.

### Konkurrenceudsættelse

Øget offentlig-privat samarbejde kan bidrage til at udfordre, nytænke og effektivisere opgaveløsningen i regionerne. Det er imidlertid den enkelte region, som selv tilrettelægger opgavevaretagelsen, herunder samarbejdet med den private sektor. Parterne er enige om at følge udviklingen i regionernes brug af private leverandører målt ved IKU- og PTI indikatorerne.

Med henblik på at fremme offentlig-privat samarbejde etableres en deponeringsfritagelsespulje på 300 mio. kr. i 2014, hvor der kan søges om dispensation fra deponeringsforpligtelsen i lånebekendtgørelsen.

## 15. Øvrige temaer

### Involvering af Statens Ejendomssalg ved salg af ejendomme

Regionerne skal over de kommende år afhænde en række ejendomme som led i etableringen af en ny sygehusstruktur og investeringer i nye sygehuse. Involvering af Statens Ejendomsselskab A/S (Freja ejendomme A/S) i de konkrete afhændelser vil kunne skabe øget værdi. Regeringen og Danske Regioner er derfor enige om med virkning fra 2013 at give mulighed for samarbejde mellem regioner og Freja ejendomme, hvor en ejendom afhændes til Freja ejendomme som herefter forestår videresalget. Alle aftaler er frivillige og hverken Freja ejendomme eller regionerne er dermed forpligtede til at indgå aftaler om afhændelse.

## Regionernes og kommunernes låne- og deponeringsregler

I forlængelse af økonomiaftalen for 2013 har en arbejdsgruppe set på mulige moderniseringer af de kommunale og regionale låne- og deponeringsregler. Økonomi- og Indenrigsministeriet vil på den baggrund gennemføre en forenkling af låne- og deponeringsreglerne med følgende initiativer:

- Fri adgang til at konvertere mellem konkrete projekter inden for en lånepuljes formål.
- Lånedispensationer til konkrete anlægsaktiviteter kan overføres til det efterfølgende år, hvis de konkrete projekter er igangsat - helt eller delvist - ved bindende anlægskontrakt.
- For i højere grad at ligestille låne- og deponeringsreglerne frigives midler, der er deponeret i forbindelse med indgåelse af nye leje- og leasingaftaler mv., fremadrettet allerede efter første år efter aftalens indgåelse med en femogtyvendedel årligt.
- Generel adgang til deponeringsfritagelse ved kortvarige tidsbegrænsede aftaler om leje og leasing i op til 3 år.

## Lokalt demokrati

Regeringen og DR er enige om, at regionerne fortsat skal tage et aktivt ansvar for at sikre det lokale demokrati, inddrage borgerne i de lokale beslutninger og arbejde for en højere valgdeltagelse ved regionsvalget. I alt afsættes 7 mio. kr. af de overskydende midler fra den nedlagte Kommunale Momsfond til projekter vedrørende det lokale demokrati, herunder en kampagne for at øge valgdeltagelsen blandt unge frem mod regions- og kommunalvalget i efteråret 2013.

# Bilag 1

## Principper for udbetaling af den statslige, aktivitetsbestemte pulje og fastsættelse af baseline i 2014

Det statslige, aktivitetsbestemte tilskud på sygehusområdet udgør i 2014 3.399,6 mio. kr. på landsplan inkl. kommunalt aktivitetsbidrag, svarende til 1.300 mio. kr. til regionerne.

Midlerne udbetales med 40 pct. DRG/DAGS-takst inkl. kommunalt aktivitetsbidrag.

Fastsættelse af størrelsen af baseline for 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 Seruminstiutts 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 omlægninger af væsentlig økonomisk betydning for sygehusene.

### Dækningsområde for puljemidlerne

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

### Udbetaling og fordeling af puljen på regioner

Regionernes aktivitetsbestemte tilskud på i alt 1.300,0 mio. kr. for 2014 udbetales á conto i starten af året og opgøres endeligt ved udgangen af 1. kvartal 2015 på grundlag af den aktivitet i regionerne, som er indberettet senest den 10. marts 2015.

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 2013 en aktivitetsstigning i forhold til den faktisk konstaterede aktivitet i 2012 på 1,4 pct.

Den foreløbige baseline for 2014 er 61.086,9 mio. kr. (2014 takstsystem) Metoden til beregning af den foreløbige baseline er aftalekonsistent og er:

1. Den faktiske aktivitet i 2012 opgjort i takstsystem 2014 tillagt 1,4 pct.
2. Produktionsværdien efter pkt. 1 tillægges den forudsatte aktivitetsstigning fra 2013 til 2014 på 2,4 pct.
3. Produktionsværdien af de statslige aktivitetsafhængige midler i 2014 på i alt 8.499,0 mio. kr. (14-pl) fratrækkes produktionsværdien efter pkt. 1-3 for at danne baseline.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse beregner og udmelder en endelig baseline for 2014 pr. januar 2014. Den endelige baseline er fastlagt ved den foreløbige baseline korrigeret (plus/minus) for nettobudgetvirkningen af puljer i finansloven for 2014.

Baseline for 2014 fordeles mellem regionerne med en nøgle, der svarer til deres faktisk realiserede aktivitet i 2012 opgjort ved takstsystem 2014. 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 2014 kan korrigeres for kodeændringer eller ny registreringspraksis i takstsystem 2014, der gennemføres efter 1. maj 2013. 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 2014 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 2015.

I efteråret 2013 fastlægger Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse efter drøftelse med Danske regioner en procedure for ny muligheder for korrektioner for tiltag, der har til formål at omlægge aktiviteten til omkostningseffektive ikke-takstbærende aktiviteter.

Der fastlægges i 2014 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 2014

## 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 1.656,0 mio. kr. alene pålægges kommunal medfinansiering på 1.211,9 mio. kr. Den kommunale medfinansiering udgør 24,7 pct. heraf, svarende til 299,4 mio. kr.

Fordelingen af de samlede statslige aktivitetsmidler på kommuner og regioner er foretaget på baggrund af takstsystem 2014.

# Bilag 2

## Bedre incitamentter på sundhedsområdet

Med afsæt i anbefalingerne fra Incitamentsudvalget (maj 2013) er der enighed om at foretage en række ændringer af den nuværende incitamentsstruktur:

### Synlighed om resultater

Internationale erfaringer viser, at synlighed om resultater er en central drivkraft for forbedringer af sundhedsvæsenets indsats til gavn for patienterne. Der er derfor enighed mellem regeringen og Danske Regioner om at gennemføre en samlet synlighedsreform på sundhedsområdet. Reformen er baseret på tre principper om relevant dokumentation af hele sundhedsvæsenet, åbenhed om resultater og fokus på forbedring af indsatser. Målsætninger og indikatorer for sundhedsvæsenets resultater fremgår i *figuren nedenfor*. Regeringen vil søge KLS tilslutning til, at det kommunale sundhedsområde omfattes af synlighedsreformen.

### Sammenhæng på tværs

For at realisere gevinsterne ved sammenhængende sundhedsløsninger udvikles en generisk model (business-case model) til brug for at dokumentere og kvantificere de kliniske, organisatoriske og økonomiske effekter af tiltag og interventioner, der går på tværs af sektorer. Modellen kan understøtte og sikre finansieringen til omkostningseffektive løsninger, såvel konkrete tiltag på lokalt/regionalt niveau som tiltag på landsplan.

### Moderniseret aktivitetsfinansiering

Den nuværende rammestyring med et indbygget krav til at realisere en aftalt aktivitet og produktivitet har leveret gode resultater i form af en øget produktivitet på sygehusene, samtidig med at der er sikret rammestyring og budgetoverholdelse. Aktivitetspuljen mindses, jf. også bilag 1, til 1,3 mia. kr., den marginale afregning reduceres til 40 pct.. Samtidig gives der øget fleksibilitet i forhold til at korrigere for ikke DRG-baseret aktivitet.

### Evaluering af kommunal medfinansiering

Der er enighed om, at der igangsættes en evaluering af den kommunale medfinansiering i 2014.

### Mere tidssvarende DRG-system

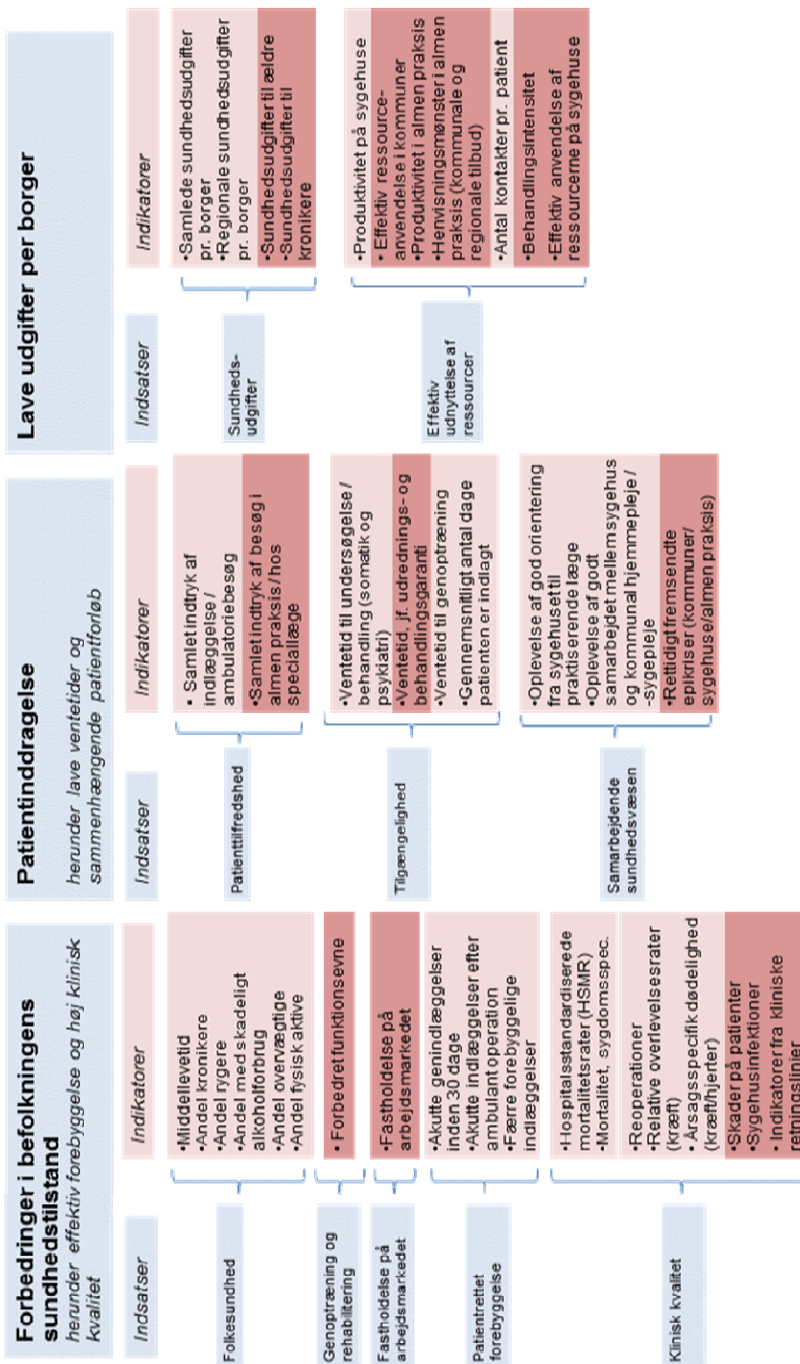
Der skal gennemføres en fremtidssikring af DRG-systemet, som den aktivitetsbaserede afregning er baseret på. På længere sigt skal systemet i højere grad gøres mere forløbsbaseret. Det fremadrettede udviklingsarbejde vedr. DRG-systemet tager udgangspunkt i en vision om et mere forløbsbaseret DRG-system på de områder, hvor det er hensigtsmæssigt. På

kortere sigt skal der arbejdes på at udvikle flere telemedicinske takster, udgående funktioner, rådgivningsydelser, pårørendesamtaler og flere sammedagspakker.

### Styrket decentral styring

Den overordnede styringsmodel og incitamentsstruktur skal tilpasses regionale forhold og lokale behov for forandring. Styring og incitamenter kan aldrig erstatte god ledelse, og det er et lokalt ansvar at sikre at de mest hensigtsmæssige løsninger implementeres. Konkret arbejder regionerne videre med øget synlighed om resultaterne, en styrket økonomistyring og en tilpasning af taktstyringen til lokale forhold samt forsøg med kobling af kvalitet og økonomi.

# Overordnede målsætninger



Anm.: Indikatorer på mørkerød baggrund er ikke tilgængelig på nuværende tidspunkt.

# Bilag 3

## Udviklingen på udvalgte indikatorer på landsplan

**Tabel 1**

Udviklingen på udvalgte indikatorer på landsplan fra 2008 til 2012

	2008*	2009	2010	2011	2012
Sygehusdødelighed (HSMR), indeks	100	96	94	92	92
Akutte genindlæggelser, pct.	7,3	7,1	7,0	7,0	7,1
Gennemsnitlig indlæggelsestid, dage	4,4	4,1	3,9	3,8	3,7
Andelen af dagkirurgi, pct.	84,9	81,9	82,5	83,9	85,9
Årlig udvikling i kontakter pr. patient, pct.	-3,2	0,3	2,2	1,5	0,3

\* Resultaterne skal ses i lyset af strejken blandt sundhedspersonalet i 2008.

# Bilag 4

## God økonomistyring på sygehusene

De kommende års strammere økonomiske rammer i den offentlige sektor skærper kravene til en målrettet og effektiv prioritering af de offentlige ressourcer. Der er derfor behov for, at økonomistyringen i den offentlige sektor sikrer gennemsigthed og indsigt i omkostningseffektiviteten. Formålet er at styrke grundlaget for prioritering af de begrænsede ressourcer på både kort og lang sigt.

Regionsrådene har ansvaret for driften af sygehusene. Regionsrådene fastlægger strukturen og overordnede prioriteringer, herunder sygehusstrukturen og fordeling af produktivetskrav mv.

Sygehusene skal sikre mest mulig sundhed for pengene, sikre patienterne de bedst mulige tilbud om undersøgelser og behandlinger af høj kvalitet. Sygehusene er meget store virksomheder med i alt 100.000 ansatte, 8 mio. ambulante besøg, 1,3 mio. udskrivelser og 550.000 operationer om året. Herudover varetager sygehusene store opgaver inden for forskning og uddannelse.

Sygehusene er gået fra en situation, hvor man i flere år har overskredet budgetterne til de senere år at have leveret budgetoverholdelse. Kortlægningen har vist, at der er blevet opbygget en kultur med et stærkt fokus på budgetoverholdelse. Der er således et stort engagement til budgetoverholdelse og en klar forventning om initiativforpligtelse på alle niveauer, hvis budgettet skrider. Opbremsning af udgiftsskred og erkendelse af, at budgetrammer skal overholdes, er grundstenene i at sikre god økonomistyring og giver sygehusene et solidt fundament for at videreudvikle økonomistyringen.

God økonomistyring er kendetegnet ved at understøtte kvalitet, gode resultater, budgetoverholdelse, omkostningseffektivitet og synliggørelse af det økonomiske råderum på sygehuset. God økonomistyring handler således ikke kun om at følge udviklingen i indtægter og udgifter, men også om at opnå indsigt i forretningen og anvende denne i den løbende strategiske planlægning, budgetlægning og opfølgning. God økonomistyring skal bidrage til at synliggøre og frigøre ressourcer til at prioritere de indsatser, der giver mest værdi for patienterne.

Regeringen og Danske Regioner har i forbindelse med økonomiaftalen for 2013 aftalt at styrke samarbejdet som led i Projekt god økonomistyring i den offentlige sektor. Som en del af dette arbejde har eksterne konsulenter i efteråret 2012 gennemført en analyse af økonomistyringen på 8 sygehuse. I analysen er sygehusenes økonomistyring vurderet og holdt op imod generel god praksis for økonomistyring.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at sygehusene set i forhold til den offentlige sektor har et godt udgangspunkt for at videreudvikle økonomistyringen. Der eksisterer et detaljeret datagrundlag, der kan understøtte udviklingen af et bedre styringsgrundlag, og analysen viser, at der på forskellige sygehuse er mange eksempler på god praksis, som med fordel kan implementeres på andre sygehuse. Derfor vurderes det, at sygehusene har et potentiale for at gå foran i arbejdet med at styrke økonomistyringen på offentlige institutioner og virksomheder.

### Målbillede for god økonomistyring

På baggrund af analysen er der opstillet et målbillede for god økonomistyring på sygehusene, jf. *tabel 1*. Målbilledet er retningsgivende for det videre arbejde med udviklingen af sygehuse-nes økonomistyring.

Målbilledet for god økonomistyring er baseret på følgende konklusioner:

- Budgetoverholdelse er udgangspunktet for økonomistyring. Her er sygehusene allerede langt. Men god økonomistyring indebærer mere end det. God økonomistyring handler også om at vide, hvad pengene anvendes til, hvad de enkelte undersøgelser eller behandlinger koster, og om resultatmålene opfyldes.
- Økonomistyring skal sikre gennemsigtighed og synliggøre ledelsens prioriteringsrum. Det tilvejebringes blandt andet gennem øget indsigt i kerneopgaven via inddragelse og dialog med de kliniske afdelinger, der bidrager til at kvalificere grundlaget for sygehusets planlægning, budgetlægning og opfølgning.
- Der kan med fordel anlægges en mere strategisk tilgang til budgetprocessen, hvor budgetlægningen tager udgangspunkt i konkrete forventninger til næste års aktivitet og priser samt kapacitet og udvikling i omkostninger for såvel det samlede sygehus som den enkelte afdeling. Viden fra tidligere år om økonomisk forbrug, udført aktivitet, kapacitetsudnyttelse og omkostningseffektivitet kan anvendes i dialogen om budgetforudsætningerne for og forventningerne til de enkelte afdelinger.
- En øget indsigt i budgetgrundlaget – blandt andet gennem fokus på de væsentlige omkostningsdrivere og øget anvendelse af periodisering af væsentlige udgiftsposter – kan styrke økonomifunktionens muligheder for at opstille forbrugsskøn for året. Dette er afgørende for at sikre en retvisende opfølgning og for at kunne redegøre for de væsentligste årsager, såfremt forbruget ikke udvikler sig som budgetteret. Det er væsentligt, at opfølgningen medfører ledelsesmæssig handling, såfremt dette viser sig nødvendigt.
- Den løbende opfølgning og ledelsesinformation skal bruges som et værktøj til at understøtte sygehusledelsens prioritering og styring gennem en proaktiv opfølgning, der aktivt inddrager de kliniske afdelinger og viden om den faktiske opgaveløsning.



## Indsatser

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at målbilledet skal være retningsgivende for indsatser, som skal styrke sygehusenes økonomistyring. Der er enighed om på kort sigt at iværksætte en række indsatser, der har til formål at understøtte sygehusenes arbejde med at implementere målbilledet.

Som opfølgning på målbilledet og nedenstående tiltag gennemføres en årlig status for økonomistyringen, der danner grundlag for en opfølgning i foråret 2014. På den baggrund identificeres eventuelle behov for nye indsatser i forhold til sygehusenes økonomistyring.

Der er enighed om på kort sigt at iværksætte nedenstående indsatser:

- Sygehusene integrerer operationelle nøgletal med fokus på de væsentligste omkostningsdrivere, kapacitets- og ressourceudnyttelse mv. i den lokale ledelsesinformation, herunder den ledelsesinformation, der er målrettet den operationelle styring i de kliniske afdelinger. Nøgletallene baseres som udgangspunkt på de eksisterende nationale og lokale datakilder.
- Sygehusene fastsætter lokale frister og mål for færdigregistrering af aktivitetsdata på de kliniske afdelinger. Fristerne skal gælde fra januar 2014.

Arbejdet med disse indsatser forankres i Danske Regioner, som giver en statusrapportering til arbejdsgruppen i foråret 2014, jf. organisering af det videre arbejde nedenfor.

Herudover er der en række temaer inden for økonomistyring, hvor der i dag er forskellige erfaringer i forhold til udbredelse og anvendelse. Regeringen og Danske Regioner er på den baggrund enige om i efteråret 2013 at påbegynde de første af flere pilotprojekter med henblik på opsamling af nuværende erfaringer samt udvikling af ny viden. Erfaringerne fra pilotforløbene vil danne baggrund for de konkrete indsatser, der kan implementeres på længere sigt. Projekterne vedrører:

- Pilotprojekt om brug af periodiserede budgetter (periodiserede forbrugsprofiler) og afvigelsesforklaringer. Pilotarbejdet skal resultere i en beskrivelse af, hvordan sygehusene kan arbejde med periodisering med styringsrelevant frekvens og detaljeringsniveau på baggrund af de aktiviteter, der forventes gennemført i året samt forklare afvigelser mellem periodens budget og forbrug.
- Pilotprojekt med opfølgning på henholdsvis de budgetterede og realiserede enhedspriiser for et antal udvalgte aktiviteter som en del af sygehusenes regnskabsafslutning. Udvalgelsen sker ud fra væsentlighed og tyngde.
- Øget brug af data i de nationale databaser, herunder Landspatientregistret, omkostningsdatabasen, kliniske kvalitetsdatabaser mv. Arbejdet vil både omfatte automatisering af datafangsten og tilgængelighed i data til brug for sygehusenes budgetlægning, ledelsesinformation og opfølgning på økonomi, aktivitet og effekt. Arbejdet sker i samarbejde med Status Serum Institut.

- Udvikling af vejledning til sygehusene om strategisk tilgang til budgetlægningsprocessen.

Det videre arbejde med disse temaer forankres i det eksisterende organisatoriske setup i en arbejdsgruppe med repræsentanter fra Finansministeriet , Økonomi- og Indenrigsministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Danske Regioner.

Målbilledet for god økonomistyring på sygehusene er gengivet nedenfor, *jf. tabel 1*

**Tabel 1****Målbillede for god økonomistyring på sygehusene**

<b>Styrsområde</b>	<b>God økonomistyring på sygehusene</b>
Budgettering	<ul style="list-style-type: none"><li>• Udvikling af sygehusenes økonomistyring sker inden for rammestyring</li><li>• Budgetlægningen tager udgangspunkt i, hvad der forventes gennemført af behandlingsaktivitet, og hvad aktiviteten reelt koster</li><li>• Budgetter periodiseres månedsvist for de væsentligste udgiftsposter for henholdsvis økonomi og aktivitet</li><li>• Sygehusene vurderer behovet for at differentiere krav til afdelingernes produktivitet og mål for effektivisering inden for de rammer, som regionerne udstikker</li><li>• Sygehusene bruger systematisk benchmarking over tid og på tværs af afdelinger til at identificere områder med effektiviseringspotentiale</li></ul>
Opfølgning	<ul style="list-style-type: none"><li>• Den månedlige opfølgning kobler periodens budget og forbrug med viden om periodens aktiviteter</li><li>• Sygehusene har formaliserede processer for opfølgning og prognostisering på afdelingsniveau, der kobler indsigt om udviklingen i økonomi og aktivitet</li><li>• Sygehusene udarbejder kvartalsvise prognoser og afvigelsesforklaringer på sygehusniveau, som sikrer et retvisende grundlag for den regionale økonomiopfølgning og efterlevelse af opstillede mål for økonomi, aktivitet og kvalitet mv.</li></ul>
Ledelsesinformation	<ul style="list-style-type: none"><li>• Økonomifunktionerne* udarbejder månedsvis ledelsesinformation, som er målrettet opfølgningen på henholdsvis klinisk afdelings-, sygehusledelses- og regionsniveau</li><li>• Ledelsesinformationen indeholder styringsrelevante nøgletal, herunder fx indikatorer for udgifts- og aktivitetsudviklingen, kapacitetsudnyttelse, omkostningseffektivitet, ressourceudnyttelse samt evt. særlige fokusområder</li></ul>
Data	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sygehusene anvender systematisk informationer fra de nationale databaser, herunder fx Landspatientregisteret, omkostningsdatabasen og de kliniske kvalitetsdatabaser</li><li>• Sygehusene har en hurtig og løbende færdigregistrering og periodeafslutning, som bidrager til samtidighed i den månedsvise opfølgning på økonomi og aktivitet</li><li>• Sygehusene indberetter fordelingsregnskaber, som understøtter sygehusenes viden om, hvad aktiviteten reelt koster</li></ul>
Kompetencer og standarder	<ul style="list-style-type: none"><li>• Økonomifunktionerne* har fokus på forretningsforståelse og understøttelse af de kliniske afdelingers lokale økonomiledelse</li><li>• Økonomifunktionerne* understøtter den økonomiske styring med standarder og vejledninger inden for alle relevante økonomiprocesser</li></ul>

\*Organisering af sygehusenes økonomifunktion varierer fra region til region.

# Bilag 5

## Digital sundhed

### Digitalisering

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om, at sikre fremdrift i det ambitiøse arbejde med at realisere målet om en trinvis overgang til fuld digital kommunikation i 2015. Overgangen til digital post for virksomheder i 2013 og borgerne i 2014 forudsætter en stærk og koordineret implementeringsindsats, der løftes af parterne i fællesskab. Regeringen og Danske Regioner er enige om, at regionerne medfinansierer en forstærket udrulningsindsats med i alt 6,1 mio. kr., heraf 3,6 mio. kr. i 2014.

Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om, at NemID skal videreudvikles, så borgere og ansatte i den private og offentlige sektor fra 2014 kan anvende NemID fra mobile platforme – herunder smartphones og tablets mv. Der er enighed om, at regionerne medfinansierer mobil NemID til borgere og medarbejdere med 8,0 mio. kr. i 2014, 1,8 mio. kr. i 2015 og 1,6 mio. kr. i 2016 og frem. Regeringen, KL og Danske Regioner er endvidere enige om at arbejde hen mod, at de relevante selvbetjeningsløsninger på borger.dk også kan tilgås fra mobile platforme.

Regeringen, KL og Danske Regioner enige om, at regionerne tilslutter sig programmet vedr. "Gode grunddata til alle - en kilde til vækst og finansiering.", og at regionerne medfinansierer programmet med 5 mio. kr. i 2014, 10 mio. kr. i 2015, 15 mio. kr. i 2016 og 20 mio. kr. i 2017 og frem.

### Strategi for digital velfærd

Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om de udfordringer og muligheder, som en ny ambitiøs fællesoffentlig strategi for digital velfærd skal adressere, jf. det fælles debatoplæg "Digital velfærd – Nye muligheder for velfærdssamfundet". Strategiens overordnede målsætninger er:

- Mere effektiv og sammenhængende velfærd – Myndighederne skal udnytte digitale løsninger til at øge effektiviteten, samarbejde, dele viden og undgå silotænkning. Bedre udnyttelse af digitalisering og ny teknologi skal give mere sammenhæng i de offentlige ydelser.
- Borgerne som aktive medspillere – Digitale løsninger og velfærdsteknologi skal give den enkelte borger bedre muligheder for at bidrage til velfærden og deltage aktivt i hverdags- og samfundslivet.

Strategien for digital velfærd skal frem mod 2020 med klare målsætninger og konkrete initiativer sætte en ambitiøs retning for det fællesoffentlige arbejde med udbredelse og anvendelse af digitale og velfærdsteknologiske løsninger på de tre store velfærdsområder - socialområdet, sundhedsområdet og undervisningsområdet.

Strategien bygger videre på den digitaliseringsindsats, der allerede pågår i kommuner og regioner og de aktiviteter og resultater, der følger af den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi.

Parterne er enige om, at strategien skal medvirke til nytænkning af den offentlige sektor samt resultere i et effektiviseringspotentiale, for hvilket der fastlægges et mål i forbindelse med økonomiaftalerne for 2015.

#### *Ny digitaliseringsstrategi for sundhedsområdet 2013-2017*

Digitalisering er et centralt redskab i de kommende års store omlægninger af sundhedsvæsenet, hvor behandlingen samles på færre, mere specialiserede sygehuse, og flere opgaver skal varetages tættere på – eller i – borgerens eget hjem.

Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om en ny digitaliseringsstrategi for sundhedsområdet 2013-2017, der sætter en ambitiøs, fælles og forpligtende kurs for det videre arbejde med digitalisering af sundhedsvæsenet. Strategien skal sætte ramme for de kommende års indsats. Blandt de centrale mål på kort sigt er:

- Fuld udbredelse og anvendelse af konsoliderede it-arbejdspladser i regionerne inden udgangen af 2014 baseret på ni indikatorer samt mål for it-understøttelsen af centrale arbejds gange i kommunerne inden udgangen af 2014 baseret på klare indikatorer.
- Fuld udbredelse og anvendelse af Fælles Medicinkort i alle regioner i 2013 og fuld udbredelse i alle kommuner i 2014 med henblik på fuld anvendelse medio 2015.
- Understøttelse af fuld digital kommunikation mellem sundhedsvæsenets parter gennem fuld anvendelse af MedCom-beskeder inden udgangen af 2014.
- Fortsat udbredelse af telemedicin med afsæt i samlet nationalt program

Strategien skal bidrage til at frigøre et betydeligt potentiale bl.a. gennem effektive arbejds gange, øget involvering af borgerne og yderligere fokus på at realisere stordriftsfordele, herunder på tværs af kommuner og på tværs af regioner.

Parterne er enige om, at der som led i de årlige økonomiaftaler skal fastlægges yderligere mål for sundhedsvæsenets digitaliseringsindsats frem mod 2017. Udgangspunktet herfor er bl.a. en afdækning af sundhedsvæsenets fremadrettede behov for at understøtte processer og dele data på en fleksibel og standardiseret måde på tværs af sektorer. Afdækningen skal ses i sammenhæng med et fortsat behov for yderligere konsolidering og stordrift samt konvergens mod fælles løsninger på alle relevante områder. Parterne er enige om, at målet fra økonomiaftalen for 2011 om at sikre et samlet overblik fra fem specifikke datakilder i regionernes kliniske arbejdspladser realiseres gennem det regionale Sundhedsjournalprojekt, og at Nationalt Patientindeks-projektet i sin nuværende form afsluttes.

For at skabe synlighed om fremdrift og resultater anvendes klare indikatorer og mål for fuld anvendelse og effekt af den kliniske it-arbejdsplads i regionerne og it-understøttelsen i kommunerne. Herudover sikres opfølgning på fremdrift i de opgaver vedr. standardisering, fællesoffentlig it-infrastruktur og sikring af sammenhængende data og it-arkitektur, som Statens Seruminstitut under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse varetager.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at anbefale, at regionerne inden udgangen af 2014 drøfter, hvordan der kan etableres en model for risikovurdering og reviews, der baseres på de principper, der anvendes af Statens IT-projektråd under hensyn til regionernes forretningsmodel for organisering, styring og finansiering af it-projekter.

Der er endvidere enighed om, at Den nationale bestyrelse for sundheds-it skal etablere et samlet overblik over de projekter og initiativer, som er væsentlige for at realisere strategien. Bestyrelsen nedsætter en porteføljestyregruppe med regionalt formandskab, der skal sikre fremdrift, koordination og leverancestabilitet i gennemførelsen af større fællesoffentlige projekter med kritiske afhængigheder, ligesom sundhedsaftalerne skal bruges til at styrke implementeringsindsatsen lokalt.

Parterne er enige om, at omkostninger til udvikling og drift af sundheds-it løsninger finansieres af de parter, der opnår gevinsterne. På den baggrund er parterne enige om, at finansierings- og styringsmodellen for fællesoffentlig it-infrastruktur på sundhedsområdet i 2014 omfatter it-infrastrukturprojektet National Serviceplatform og Fælles Medicinkort. Den samlede ramme i 2014 udgør 38,4 mio. kr., der finansieres med 12,3 mio. kr. fra kommunerne, 18,4 mio. kr. fra regionerne og 7,7 mio. kr. fra staten. Endvidere afsættes fra regionerne 9,6 mio.kr. til videreudvikling af de centrale services efter nærmere aftale.