

## 1. Forslag til styrket sammenhæng

OVERSKRIFT	BESKRIVELSE AF PROBLEMET	OMRÅDE	EVT LOVGIVNING SOM PROBLEMET RETTER SIG MOD	FORSLAG TIL FORBEDRING
<b>Håndtering af store datamængder fra forskellige kilder</b>	Der registreres og databehandles fortrolige persondata i en række it-systemer i Region Midtjylland. Det sker med mange forskellige formål, som fremgår af anmeldelsen til Datatilsynet. Forekomsten af nye teknologier, der kan håndtere store datamængder fra forskellige kilder ("Big Data"), giver hidtil ukendte muligheder for udvikling af medicinsk viden og kvalitet og effektiv udnyttelse af ressourcerne. Den tekniske platform til løsning af disse opgaver er i Region Midtjylland BI-systemet. Det er en barriere for realisering af disse muligheder, at lovgivningen er til hinder for hensigtsmæssig anvendelse af data.	Dataadgang og -deling		Bekendtgørelse eller lignende der slår fast, at der er adgang til anvendelse af persondata, her under samkøring, fra forskellige it-systemer, så længe disse data er maskerede, og så længe det sker til lovlige, relevante formål. Maskering betyder, at patienten ikke kan identificeres som person, men at patientens data fra ét system sikkert og entydigt kan kobles sammen med data fra andre systemer.
<b>Datadelingsproblemer</b>	Når regionen deltager i samarbejder med kommuner opleves nogle gange et behov for at kunne dele planer for borgeren mellem regionen og kommunerne for at styrke muligheden for at skabe sammenhæng mellem planer for borgeren. Et behov, der især er relevant for borgere med komplekse patientforløb, som har kontakt til flere forskellige enheder f.eks. hospitaler, praktiserende læger, botilbud, jobcentre og misbrugscentre. Tværsektorielle projekter kan opleve den grundlæggende udfordring, at lovgivningen ikke tillader, at data deles mellem region og kommune uden borgerens samtykke. Personalet bruger tid på at indhente sammentykke og afvente svar fra borger. I perioden ind til der foreligger samtykke kan borger opleve forringet kvalitet i det planlagte forløb.	Dataadgang og -deling		Ændringer i speciallovgivningen, så der etableres hjemmelgrundlag til at dele planer uden borgerens samtykke.
<b>Afskaffelse af lov-mæssige bindinger mellem socialområdet, arbejds-markedsområdet og sundhedsområdet</b>	En stor andel af borgere på passiv forsørgelse (sygedagpenge, kontanthjælp og førtidspension) har enten psykiske eller somatiske sundhedsproblemer, som reelt står i vejen for en beskæftigelsesrettet indsats. I dag er sundhed og behandling ikke en del af beskæftigelsesindsatsen, selvom sundhed og behandling ofte er afgørende for beskæftigelsesfrekvensen over tid.	Økonomi	Lov om Aktiv beskæftigelsespolitik	Muliggør finansiering af sundhedsrettede indsatser fra Lov om aktiv beskæftigelsespolitik.

OVERSKRIFT	BESKRIVELSE AF PROBLEMET	OMRÅDE	EVT LOVGIVNING SOM PROBLEMET RETTER SIG MOD	FORSLAG TIL FORBEDRING
<b>Minimumsstørrelsen på interne skoler på anbringelsessteder</b>	<p>Med ændringen af folkeskoleloven i 2013, fik undervisningsministeren bemyndigelse til at fastsætte minimumsstørrelsen for interne skoler i dagbehandlingstilbud og på anbringelsessteder. Minimumsstørrelsen blev fastsat til 10 elever.</p> <p>Kravet om 10 elever har gjort det vanskeligt at drive interne skoler i tilknytning til døgntilbud for børn og unge. Dette er hindrende for en sammenhængende undervisnings- og specialpædagogisk indsats i forhold til børn og unge med helt særlige vanskeligheder – som ofte har behov for mindre sammenhængende enheder.</p> <p>Uanset interne skolers størrelser, skal interne skoler for nuværende udbyde den fulde fagrække, som er oplyst i folkeskolelovens § 5. Da interne skoler tilbyder undervisning til børn og unge med særlige vanskeligheder, bør interne skoler have mulighed for, at der kan dispenseres fra den fulde fagrække.</p>	Øvrigt	Bekendtgørelse nr. 702 af 23. juni 2014 § 10. Folkeskolelovens § 5.	<p>At minimumsstørrelsen for interne skoler i stedet fastsættes til 6 elever.</p> <p>Det kan overvejes, at lade andre børn og unge end anbragte anvendte interne skoler, såfremt eksterne elever tilhører døgntilbuddets målgruppe.</p> <p>Interne skoler bør have mulighed for, at der kan dispenseres fra den fulde fagrække, som er oplyst i lov om folkeskolen § 5.</p>
<b>Usmidig lovgivning på socialområdet</b>	<p>For at sikre en sammenhængende og smidig indsats i forhold til de borgere, som anvender de specialiserede døgntilbud, som Region Midtjylland driver, bør regionerne gives mulighed for at kunne etablere hele tilbud efter anden lovgivning end lov om social service og lov om specialundervisning. Dette da kommunerne ved valg af indsatser i forhold til personer med vidtgående og varigt nedsat funktionsevne ofte anvender indsatser efter anden lovgivning.</p> <p>Målgruppen i STU-loven og den målgruppe af unge, som modtager tilbud/døgntilbud i regionale tilbud, er for så vidt angår den gruppe af unge, der har størst behov for bistand sammenfaldende. Regionernes manglende mulighed for at etablere hele STU-forløb kan være forhindrende for en sammenhængende og helhedsorienteret undervisnings- og social indsats.</p> <p>Ligeledes er der et vist sammenfald i målgruppen af personer under 40 år, som tildeles ressourceforløb efter lov om aktiv beskæftigelsesindsats § 68 a, og som modtager regionale tilbud. Regionernes manglende mulighed for at etablere hele ressourceforløb kan være hindrende for en sammenhængende beskæftigelses- og social indsats.</p>	Øvrigt	<p>Lov om ungdomsuddannelse for unge med særlige behov (STU-loven)</p> <p>Lov om aktiv beskæftigelsesindsats</p>	<p>En præcisering af STU-loven § 3 a således, at regionen kan varetage opgaver, der efter loven varetages af Ungdommens Uddannelsesvejledning.</p> <p>Kommunerne har efter beskæftigelsesindsatslovens § 4 b mulighed for at uddelegere kompetencen til andre aktører til at udføre og træffe afgørelser på området.</p> <p>Region Midtjylland er af den opfattelse, at en præcisering af, at denne uddelegering af kompetence også kan ske til regionale tilbud, kan sikre den nødvendige mulighed for, at regionale tilbud kan etablere hele ressourceforløb.</p>

OVERSKRIFT	BESKRIVELSE AF PROBLEMET	OMRÅDE	EVT LOVGIVNING SOM PROBLEMET RETTER SIG MOD	FORSLAG TIL FORBEDRING
<b>Manglende fleksibilitet i forhold til at konvertere mellem botilbud</b>	Der mangler en mere fleksibel adgang til at konvertere mellem botilbudstyper. Region Midtjylland driver botilbud efter servicelovens § 107 og § 108 samt almenboliglovens § 105 og kan genkende de i rapporten "Rammer for effektiv drift af botilbud" beskrevne problemstillinger. F.eks. kan borgere ikke flyttes til andet botilbud, selv om behovet for indsatsen har ændret sig, eller at borgernes adfærd er af sådan karakter, at det volder betydelige vanskeligheder i samværet med andre beboere.	Øvrigt	Lov om social service og almenboligloven	Region Midtjylland foreslår, at der etableres mulighed for at omdanne tilbud efter almenboliglovens § 105 til tilbud efter lov om social service § 107 og § 108 samt at der indføres mulighed for klausuler i lejekontrakter og boligdokumenter om fr-aflytning, hvis borgere udvikler sig ud af tilbuddets målgruppe.
<b>Usammenhængende misbrugsbehandling af borgere med psykisk sygdom</b>	Ansvaret for behandling af borgere med psykisk sygdom og samtidig misbrug er for ambulante patienter delt mellem psykiatrien, som varetager den psykiatriske behandling og kommunen, som varetager misbrugsbehandlingen. En effektiv behandling af psykisk sygdom og samtidigt misbrug udfordres af, at behandlingsansvaret er fordelt på to myndigheder, bl.a. fordi: - ansvaret for misbrugsbehandlingen skifter mellem psykiatrien og kommunen afhængig af, om borgeren er indlagt eller i ambulante behandling. - behandlerne ikke har tilstrækkelig viden om, hvilken påvirkning egen behandlingsindsats har på den anden problematik og behandling herfor. - de mest sårbare borgere i målgruppen har svært ved at møde op til behandling to steder, hvilket hyppigt fører til behandlingsstop og/eller manglende fremmøde.	Øvrigt	Sundhedsloven, Serviceloven	Ansvaret for behandling af misbrug hos borgere med alvorlig psykisk sygdom placeres i psykiatrien uanset, om patienten er i ambulante behandling eller indlagt.
<b>Genoptræningsplaner</b>	I Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner fastslås det, at der kun må udarbejdes én genoptræningsplan for det samlede genoptræningsforløb, der knytter sig til den samme indlæggelse. Det betyder, at patienter ikke kan udskrives til kommunal genoptræning samtidig med, at hospitalet varetager specialiseret genoptræning. Denne begrænsning er problematisk i forhold til patientgrupper med komplicerede følger i forhold til en skade. Det kan f.eks. være specialiseret dysfagibehandling eller gangtræning i robot.	Øvrigt	Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner	Det foreslås, at der gives mulighed for genoptræning på flere niveauer samtidigt i forbindelse med udskrivning fra hospital.

OVERSKRIFT	BESKRIVELSE AF PROBLEMET	OMRÅDE	EVT LOVGIVNING SOM PROBLEMET RETTER SIG MOD	FORSLAG TIL FORBEDRING
<b><i>Ændring af arbejdstilsynets regler vedr. skærmarbejdspladser</i></b>	<p>I Region Midtjylland er det besluttet, at dokumentationen skal være tidstro, patientnært, og patienten skal inddrages i eget forløb til fordel for både patienter og sundhedspersonale.</p> <p>Arbejdstilsynets bekendtgørelse vedr. skærmarbejdspladser gør det patientnære dokumentationsarbejde mindre fleksibelt, da "EPJ-vognen", der lever op til bekendtgørelsen, er stor og tung at flytte rundt med mellem stuerne.</p> <p>"Den lille EPJ-vogn", der er beregnet til en bærbar PC, er nem at tage med rundt og understøtter den patientnære dokumentation. Den lever dog ikke op til bekendtgørelsen.</p>	Øvrigt	Arbejdstilsynets bekendtgørelse vedr. skærmarbejdspladser fra 1992.	<p>At arbejdstilsynet reviderer regler og praksis i forhold til skærmarbejdspladser</p> <p>på baggrund af den viden, der eksisterer i dag. Der er ikke belæg for, at arbejde ved bærbare computere, hvor tastatur og skærm ikke er adskilt, medfører lidelser i bevægeapparatet.</p> <p>At arbejdstilsynets regler og praksis understøtter mulighederne for patientnært og tidstro dokumentation.</p>
<b><i>Overimplementering af udbudsdirektivet</i></b>	<p>I forbindelse med implementeringen af udbudsdirektivet (2014/24/EU) er der vedtaget særlige danske lovbestemmelser, som vi som myndighed ikke ser som en fleksibel eller smidig lovgivning, der skaber effektive arbejdsgange.</p> <p>Udbudslovens § 160 er en overimplementering af Udbudsdirektivet, der bestemmer, at evalueringsmetoden skal offentliggøres i forbindelse med et EU-udbud. Ressortmyndigheden Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen (KFST) har i lovbemærkningerne samt i deres vejledning til reglerne anlagt en meget vidtgående fortolkning af § 160.</p> <p>Ved Kendelse i Klagenævnet for Udbud af 8. august 2017 har Klagenævnet for Udbud imidlertid netop afgjort, at de ikke var enige i KFST's forståelse af reglen. KFST har på den baggrund besluttet at ændre sin vejledning.</p> <p>Udbudslovens § 185, stk. 2 er et andet eksempel på overimplementering. Konsekvensen er, at såfremt Klagenævnet for Udbud eller en anden retsinstant kommer frem til, at en ordregivers tildelingsbeslutning skal annulleres, skal ordregivers kontrakt også bringes til ophør.</p> <p>Reglen skaber usikkerhed for offentlige kontrakter for både ordregiver og leverandører, som kan have indrettet sig i tillid til kontrakten. Og med risiko og tab til følge for private og offentlige parter.</p>	Øvrigt	Udbudsloven af 15. december 2015	<p>Ophævelse af lovbestemmelsen i § 160, da det relevante allerede følger af Udbudslovens § 2 om ligheds- og gennemsigtighedsprincippet, og der derfor ikke ses noget behov for en særlig dansk regel om dette.</p> <p>Ophævelse af lovbestemmelsen i § 185 stk. 2, da der ikke ses at være et behov for en særlig dansk regel om dette. Retssikkerheden bør være tilgodeset via Klagenævnsloven og bestemmelserne om opsættende virkning.</p>

## 2. Forslag til at frigøre tid til kerneopgaven

OVERSKRIFT	BESKRIVELSE AF PROBLEMET	OMRÅDE	EVT LOVGIVNING SOM PROBLEMET RETTER SIG MOD	FORSLAG TIL FORBEDRING
<p><b>Bedre krav til opfølgning på politiske beslutninger i Folketinget</b></p>	<p>Der opleves et stigende antal krav fra Folketinget om, at regionerne redegør detaljeret for anvendelse af midler.</p> <p>Det beslaglægger ofte unødvendige ressourcer i regionerne, når Folketinget beslutter, at regionerne detaljeret skal redegøre for, hvad midler er anvendt til.</p> <p>To konkrete eksempler fra finanslovsmidler i 2016 – med udgangspunkt i Regionshospitalet Randers:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hospitalets andel af midler til øget kapacitet i medicinske afdelinger (2015 midler) udgør 2,1 mio. kr. I den forbindelse skal hospitalerne i marts 2017 indsende status på anvendelsen af midlerne med henblik på tilbagemelding til ministeriet. Ministeriet forudsætter, at opgørelsen omfatter hvor meget nyt personale, der er ansat for midlerne, opgjort på relevante faggrupper og afdelinger, foreløbig effekt og forventet effekt.</li> <li>Hospitalets andel af midler til initiativer i forhold til trygt og godt patient-flow (2016 midler) udgør 1,4 mio. kr. I den forbindelse vil der fra statslig side blive fulgt op på midlerne af tre omgange (primo 2017, primo 2018 og ultimo 2018) med samlet rapport ved et eksternt konsulentfirma.</li> </ol>	<p>Politisk styring</p>	<p>Retter sig mod alle detaljerede krav om opfølgning på midler udlagt i bloktilskud til regionerne</p>	<p>Det foreslås, at der fokuseres på de resultater, regionerne opnår og den effekt, det får for borgerne fremfor at skulle bruge mange ressourcer på at lave detaljerede redegørelser om, hvad midlerne er anvendt til.</p> <p>De nye nationale mål på sundhedsområdet og de dertil vedtagne indikatorer bør være et centralt omdrejningspunkt i forhold til den løbende monitorering og opfølgning i forhold til regionerne.</p>

OVERSKRIFT	BESKRIVELSE AF PROBLEMET	OMRÅDE	EVT LOVGIVNING SOM PROBLEMET RETTER SIG MOD	FORSLAG TIL FORBEDRING
<b>Videregivelse af helbredsoplysninger mv.</b>	<p>Sundhedslovgivningen vedrørende indhentning og videregivelse af sundhedsdata er meget kompliceret. Der er f.eks. en række begrænsninger i forhold til, hvilke personer der har adgang til oplysningerne på bestemte tidspunkter.</p> <p>Formuleringen om "sundhedspersoner" betyder, at sundhedspersonale skal bruge arbejdstid på at vurdere, om der er hjemmel til at videregive oplysninger til eksempelvis forsikrings-selskaber, politi, advokater mv. Vurderingen af, om en oplysningerne kan videregives, er ikke altid enkel og kræver et indgående kendskab til sundhedslovens paragraffer.</p> <p>Det fremgår af sundhedsloven, at det alene er autoriserede sundhedspersoner, der må indhente oplysningerne. Den autoriserede sundhedsperson kan ikke delegere retten til at foretage opslag til anden person – heller ikke til en sekretær.</p> <p>Det betyder, at det autoriserede sundhedspersonale fremadrettet skal bruge en ikke ubetydelig del af deres arbejdstid på at foretage journalopslag til brug ved kvalitetsarbejde og arbejde med utilsigtede hændelser. Dette på trods af, at oplysningerne gerne må viderebehandles af andre kvalitetsmedarbejdere (der ikke nødvendigvis er autoriseret sundhedspersonale).</p>	Dataadgang og -deling	Sundhedsloven	<p>Generelt foreslås en gennemgang af lovgivningen angående indhentning og videregivelse af sundhedsdata med fokus på regelforenklning.</p> <p>Det foreslås, at der gives adgang til at autoriserede sundhedspersoner kan delegere retten til at indhente oplysninger til brug i kvalitetsarbejdet til andet personale – herunder sekretærer.</p>
<b>Krav om at dokumentere vaccination</b>	Krav om at dokumentere vaccination både i FMK og i Vaccinationsregistret (og på Region Midtjyllands hospitaler også i den elektroniske patientjournal) medfører øget tidsforbrug til dobbeltdokumentation og risiko for fejl.	IT/Dokumentation		Dataudveksling mellem FMK og Vaccinationsregistret.
<b>Registreringskrav</b>	<p>Det store fokus på udrednings- og behandlingsret har medført et meget omfattende og detaljeret system for opfølgning og dokumentation. Det er vurderingen, at der bruges personaleressourcer til at indfri kravene i et omfang, der ikke er proportionalt med effekten.</p> <p>Hertil kommer, at der benyttes forskellige koder i forbindelse med kræftpakker og udredningsret, hvilket i sig selv skaber forvirring.</p>	IT/Dokumentation		Ensartet og enkel kodning ønskes.

OVERSKRIFT	BESKRIVELSE AF PROBLEMET	OMRÅDE	EVT LOVGIVNING SOM PROBLEMET RETTER SIG MOD	FORSLAG TIL FORBEDRING
<b>Frivillighed med hensyn til udarbejdelse af omkostningsbaserede budgetter og regnskaber</b>	<p>Regionerne udarbejder udover udgiftsbudget og udgiftsregnskab også omkostningsbudget og -regnskab. Dette er regionerne forpligtet til i henhold til det autoriserede regelsæt.</p> <p>Bevillings- og budgetstyring foregår imidlertid kun ud fra de udgiftsrettede principper. Det er mere kompliceret at administrere, hvis styringen skulle ske ud fra de omkostningsbaserede principper, bl.a. fordi de årlige økonomiaftaler tager udgangspunkt i udgiftsbaserede oplysninger. Med andre ord bliver regionerne i økonomiaftalerne med regeringen styret udgiftsbaseret. Der bliver derfor udarbejdet meget nytteløst materiale og mange oversigter, alene fordi der ligger en forpligtelse hertil.</p>	Økonomi		<p>Det foreslås, at det bliver frivilligt at udarbejde omkostningsbaserede budgetter og regnskaber, dvs. at anvendelsen af art 0 på hovedkonto 0-4 gøres frivillig.</p> <p>Noget tilsvarende skete på kommuneniveau i forbindelse med økonomiforhandlingerne med virkning fra regnskabsår 2011.</p>
<b>Ressourcer på socialtilsyn samt andre tilsyn og myndighedsbesøg</b>	<p>Der anvendes mange ressourcer på botilbud til forberedelse og opfølgning på socialtilsyn samt besøg fra mange andre tilsyn og myndigheder.</p> <p>Oftentimes skal der i forbindelse med sådanne besøg bruges en betydelig mængde ressourcer på at fremfinde en større mængde materiale, som tilsynene ønsker at gennemgå – eller i hvert fald have til rådighed. Det kan diskuteres, om dels materialemængden er proportional med formålet med brugen af dette, dels materialemængden i sig selv.</p> <p>Samtidig skal det bemærkes, at de forskellige tilsyn (selvsagt) ser på forholdene ud fra eget perspektiv. Dette kan give paradoksale udmeldinger til opfølgning på samme hændelse. Eksempelvis hvor Socialtilsynet fokuserer på borgerens selvbestemmelsesret, og Arbejdstilsynet fokuserer på medarbejderens sikkerhed.</p>	Øvrigt	<p>Lov om Socialtilsyn</p> <p>Arbejds miljøloven</p> <p>Sundhedsloven</p> <p>Ombudsmandsloven</p> <p>Fødevarer loven</p> <p>m.fl.</p>	<p>Det foreslås, at kravet om besøghyppighed sænkes, og at socialtilsynene i højere grad baserer sit tilsyn på en risikobaseret tilgang.</p> <p>Endvidere bør socialtilsynene følge den almindelige danske forvaltningspraksis, således at der ikke indhentes flere oplysninger end socialtilsynene skal anvende for at træffe en afgørelse.</p> <p>Det kunne tilsvarende være formålstjenstligt, om der skete en afstemning de forskellige myndigheder imellem, således at der indbyrdes prioriteres i forhold til, hvilket hensyn, der skal vægtes højest.</p>

OVERSKRIFT	BESKRIVELSE AF PROBLEMET	OMRÅDE	EVT LOVGIVNING SOM PROBLEMET RETTER SIG MOD	FORSLAG TIL FORBEDRING
<p><b>Befordringsgodtgørelse til patienter</b></p>	<p>Reglerne i "Bekendtgørelse om befordring og befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven" sikrer, at patienter med særlige behov kan få regionernes hjælp til at komme til og fra hospitalsbehandling med ambulance, liggende sygetransport og sidende patienttransport. De patienter, der selv sørger for transporten, har endvidere ret til befordringsgodtgørelse, hvis de opfylder visse betingelser.</p> <p>Regelsættet er dog utidssvarende, og udviklingen i det danske hospitalsvæsen og priserne på transport medfører, at flere og flere patienter får ret til befordringsgodtgørelse.</p> <p>Detaljer i regelsættet betyder, at sagsbehandlingen ikke kan foregå efter klare objektive kriterier, og regionens personale – herunder det kliniske – skal bruge meget tid på at foretage individuelle skøn i sagsbehandlingen af samtlige ansøgninger, der ikke har afgørende betydning for udbetalingen til de fleste patienter. Den komplicerede sagsbehandling medfører også, at patienter ofte må vente på at få deres godtgørelse udbetalt.</p> <p>1) Udviklingen i sundhedsvæsenet fra stationær til ambulante behandling har medført, at mange flere patientgrupper i dag er i ambulante forløb. Når en patient er i et ambulante forløb, er det ikke et udtryk for, at patienten har særlige behov.</p> <p>2) Beregning af "befordringsudgiften med det efter forholdene billigste, forsvarlige befordringsmiddel" for patientens konkrete rejse, er en meget kompliceret sag, der afhænger af patientens helbredstilstand, alder, pensionsstatus, adgang til tog eller bus, rabatordninger, billigdage, tog- og trafikskabskabernes zoneopdelinger mv. Dette betyder, at personale på regionernes kørselskontorer skal udregne alle tilskud individuelt og ofte må inddrage det kliniske personale for at få bidrag til udregningen.</p> <p>3) Da priserne på bus- og togbilletter vokser over tid og bagatelgrænsen har været fast, får flere og flere patienter ret til befordringsgodtgørelse.</p>	<p>Økonomi</p>	<p>Bekendtgørelse om befordring og befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven ("Befordringsbekendtgørelsen").</p>	<p>1. Ændring i visitationskriterium omkring ambulante forløb (§ 15 stk. 3).</p> <p>Det foreslås, at visitationskriteriet i § 15 stk. 3 udgår eller omformuleres, så ambulante behandling ikke giver patienten ret til godtgørelse.</p> <p>2. Beregning af tilskud efter fast takst.</p> <p>Det foreslås, at der indføres en simpel og objektiv beregningsmetode baseret på afstand og fast km-takst, ligesom SKAT's befordringsfradrag.</p> <p>3. Regulering af beløbsgrænser.</p> <p>Det foreslås, at der foretages en prisregulering af befordringsbekendtgørelsens beløbsgrænser, der korrigerer for prisudviklingen i offentlig transport.</p>
<p><b>Arbejdsmarkedets erhvervssikring</b></p>	<p>Arbejdsmarkedets erhvervssikring sender alle deres breve med fysisk post, som vi herefter skal scanne ind for at håndtere.</p>	<p>Økonomi</p>		<p>Brevpost fra arbejdsmarkedets erhvervssikring gøres elektronisk.</p>



OVERSKRIFT	BESKRIVELSE AF PROBLEMET	OMRÅDE	EVT LOVGIVNING SOM PROBLEMET RETTER SIG MOD	FORSLAG TIL FORBEDRING
<b>Fjernelse af produktivetskravet og det statslige aktivitetsbestemte tilskud</b>	<p>Både produktivetskravet og det statsligt aktivitetsbestemte tilskud betyder, at sygehusene hvert år skal levere en højere aktivitet målt i DRG-værdi set i forhold til året før. Disse styringsmekanismer sikrer en fortsat høj aktivitet på sygehusene, men de har også nogle ulemper.</p> <p>En af ulemperne ved at styre efter aktivitetskravene er, at sygehusene – og dermed regionerne – belønnes for høj aktivitet frem for at fokusere på, hvorvidt det er den relevante aktivitet, der produceres. Aktivitetskravene tager heller ikke kvalitetsperspektivet i betragtning, da al aktivitet uanset kvaliteten tæller med i aktivitetsopgørelserne.</p> <p>Derudover er der ikke noget incitament til, at sygehusafdelinger arbejder sammen om at skabe et sammenhængende patientforløb, hvor patienten møder op på en enkelt afdeling og mødes af alt relevant fagpersonale. Hvis patienten kun møder på en enkelt afdeling, selvom der er fagpersoner til stede fra flere afdelinger, er det kun den afdeling, hvor patienten møder op, der får tilskrevet DRG-værdi.</p>	Økonomi	Økonomaftalen mellem regeringen, danske regioner og kommunerne.	Der er derfor grund til at fjerne både produktivetskravet og det statslige aktivitetsbestemte tilskud og i stedet lade regionerne være rammefinansierede. Dette betyder ikke, at der ikke skal være fokus på høj aktivitet. Et alternativ til at sikre høj aktivitet findes allerede i dag; nemlig udredningsretten og behandlingsgarantien. Disse patientrettigheder sikrer i sig selv høj produktivitet på sygehusene, fordi efterspørgslen efter sygehusydelse hele tiden stiger, og sygehusene er derfor nødt til konstant at effektivisere arbejds gange.
<b>Tilpasning af kommunal medfinansiering af sundhedssektoren</b>	Det er i dag således, at kommunerne relativt tidligt rammer loftet for kommunal medfinansiering af behandling af syge borgere. Kommunerne har derfor ikke noget incitament til at få deres borgere udskrevet til hjemmet og det kommunale sundhedsvæsen.	Økonomi		Tilpas den kommunale medfinansiering af sundhedssektoren på en sådan måde, at der skabes incitament til, at kommunerne investerer i patient- og borgerrettet tilbud om behandling og forebyggelse.