

Regeringen
Danske Regioner

Aftale om regionernes økonomi for 2010

13. juni 2009

1. Indledning

I de senere år er der sket en betydelig styrkelse af indsatsen på sundhedsområdet. Der er sket en markant forøgelse af kapaciteten samtidig med, at der har været fokus på at sikre høj kvalitet i behandlingen. Dertil kommer, at regeringen har afsat 25 mia. kr. fra kvalitetsfonden til investeringer i en moderne sygehusstruktur i perioden 2009-2018, hvormed der er skabt grundlag for et markant løft af det danske sundhedsvæsen.

Regionerne har ansvaret for mange, komplekse og vigtige opgaver inden for sundhed, socialområdet, regional udvikling mv. Den indsats regionerne leverer på hvert ansvarsområde nyder anerkendelse i befolkningen - ikke mindst på sundhedsområdet, hvor synligheden af regionernes indsats er stor.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at indsatsen for en fortsat fornyelse og udvikling af et godt og velfungerende sundhedsvæsen skal videreføres. Indsatsen skal tilpasses den situation som global og dansk økonomi befinder sig i, med en brat afmatning efter nogle år med kraftig højkonjunktur. De offentlige finanser ser som følge af den globale afmatning og finanskrisen ud til at blive kraftigt svækket i 2009 og 2010. Bæredygtige rammer for de offentlige finanser er fastlagt i 2015-planen, og udviklingen i det offentlige forbrug og de offentlige investeringer skal flugte hermed.

Et fortsat fokus på bedre ressourceanvendelse, øget produktivitet og effektivitet på sundhedsområdet er derfor vigtigt. Dertil kommer, at der med kvalitetsreformen er igangsat en række kvalitetsfremmende initiativer til understøttelse af en fortsat kvalitetsudvikling i det danske sygehusvæsen.

Sidste års aftale om regionernes økonomi blev indgået på et tidspunkt, hvor sygehusvæsenet befandt sig i en særlig situation grundet overenskomstk konflikten på området i foråret 2008. På den baggrund blev det bl.a. besluttet midlertidigt at suspendere det udvidede frie sygehusvalg frem til 1. juli 2009, hvor det automatisk genindføres.

2. Økonomiske rammer

Hensynet til en holdbar udvikling i de offentlige finanser kræver, at det offentlige forbrug og de offentlige investeringer flugter med de rammer, der er fastlagt i 2015-planen.

Der er for 2008 konstateret en budgetoverskridelse på sundhedsområdet. Denne udvikling skal ses i lyset af en aktivitetsudvikling i 2008, der ligger en del under det forudsatte og finansierede niveau.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at tillægge det afgørende betydning, at den indgåede aftale realiseres således, at regionernes udgifter i 2010 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 2010, jf. nedenstående boks 1-3.

Parterne er enige om i forberedelserne af økonomiforhandlingerne vedr. 2011 i sommeren 2010 at drøfte de anvendte forudsætninger for pris- og lønskønnet for 2010.

Boks 1

Økonomiske forudsætninger vedrørende sundhedsområdet

- Der er i aftalen taget udgangspunkt i det forventede aktivitetsniveau for 2009, svarende til en aktivitetsvækst på sygehusene på 3,5 pct. i forhold til 2008.
- Med aftalen løftes aktiviteten på sygehusområdet i 2010 med 1,9 mia. kr. til bl.a. kræft- og hjer-teindsatsen. Det tilvejebringes ved et realløft på 832 mio. kr. og produktivetsforbedringer på 2 pct. Samlet er der aftalt et løft af udgiftsniveauet fra 2009 til 2010 til sygehusområdet på 1.232 mio. kr.
- Der er aftalt et samlet niveau for nettodriftsudgifterne (eksklusive medicintilskud) på sundheds-området på 86.763 mio. kr. i 2010.
- Der er samlet forudsat et niveau for anlægsudgifterne (brutto) på 2.784 mio. kr. på sundheds-området i 2010. Heraf hensættes 1.000 mio.kr. til finansiering af projekter med kvalitetsfunds-støtte. Der afsættes endvidere en øremærket ansøgningspulje på 250 mio.kr. i 2010 til udbyg-ning og modernisering af de fysiske rammer i psykiatrien. Endvidere afsættes 200 mio.kr. som låneramme i 2010 til anskaffelse af medicoteknisk udstyr. Lånerammen fordeles efter bloktil-skudsnøglen.
- Det er lagt til grund for aftalen, at regionernes udgifter til medicintilskud i 2010 udgør 7.106 mio. kr. 75 pct. af en eventuel afvigelse mellem dette beløb og udgifterne i regnskabet for 2010 reguleres over bloktilskuddet og fordeles i 2011 på regionerne med en foreløbig midtvejsregule-ring i 2010 i regionernes bloktilskud.
- Det statslige bloktilskud udgør 76.919 mio. kr. i 2010, hvortil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet på akt. 2009 vedr. 2010.
- Det statslige, aktivitetsbestemte tilskud udgør i 2010 2.597 mio. kr. Den aktivitetsbestemte pul-je udmøntes som anført i bilag 1.
- De foreliggende opgørelser viser, at sygehusene i 2008 har præsteret en samlet produktions-værdis på 53.671 mio. kr. (10-PL). I 2009 forventes sygehusene at præstere en aktivitetsstigning på 3,5 pct. svarende til en produktionsværdi på 55.549 mio. kr. (10-PL) ekskl. puljer. I 2010 for-ventes en yderligere aktivitetsstigning på 3,5 pct. svarende til en forventet produktionsværdi på 57.491 mio. kr. De forventede produktionsværdier i 2009 og 2010 er opgjort under forudsæt-ning af en produktivetsvækst på 2 pct. i begge år.
- For 2010 vil pris- og lønregulering indebære, at udgangspunktet for regionernes bidragsfastsæt-telse vil være et grundbidrag på 1.204 kr. pr. indbygger, svarende til 6.653 mio. kr. Reguleringen er fastsat på basis af et skøn for den regionale pris- og lønudvikling fra 2009-2010 på 2,5 pct. in-klusiv medicin.
- Det er lagt til grund for finansieringsbalancen, at den kommunale medfinansiering i form af ak-tivitetsbestemte bidrag udgør 10.489 mio. kr. i 2010.

Boks 2**Økonomiske forudsætninger vedrørende regional udvikling**

- Der er aftalt et samlet niveau for nettodriftsudgifterne på området for regional udvikling på 2.620 mio. kr. i 2010.
- Det statslige bloktilskud til regional udvikling udgør 1.957 mio. kr. i 2010, hvortil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet på akt. 2009 vedr. 2010.
- For 2010 vil pris- og lønregulering indebære, at udgangspunktet for regionernes bidragsfastsættelse vil være et grundbidrag på 120 kr. pr. indbygger, svarende til 663 mio. kr. Reguleringen er fastsat på basis af et skøn for den regionale pris- og lønudvikling fra 2009-2010 på 3,4 pct. inklusive medicin.

Boks 3**Øvrige økonomiske forudsætninger**

- Udgifterne til medicintilskud i 2008 udgjorde 7.191 mio. kr. på landsplan. Via den aftalte medicingaranti nedreguleres bloktilskuddet i 2009 med 75 pct. af mindreudgifterne i regionerne i forhold til det forudsatte niveau.
- Det skønnes, at udgifterne til medicintilskud i 2009 udgør 6.834 mio. kr. på landsplan. Via den aftalte medicingaranti nedreguleres bloktilskuddet i 2009 med 75 pct. af mindreudgifterne i regionerne i forhold til det forudsatte niveau.
- Pris- og lønudviklingen på sundhedsområdet fra 2009-2010 er fastsat til 2,7 pct. (ekskl. medicintilskud). For regional udvikling er pris- og lønudviklingen fra 2009-2010 fastsat til 3,4 pct. Den samlede pris- og lønregulering på det regionale område fra 2009-2010 er fastsat til 2,5 pct. inklusive medicin.

Indenrigs- og socialministeren kan, i overensstemmelse med de økonomiske forudsætninger for aftalen ved dispensation give mulighed for refinansiering af afdrag i 2010.

Som en del af økonomiaftalen for 2009 er der nedsat et udvalg, der skal vurdere mulighederne for at styrke det generelle kommunale incitament gennem ændringer af den nuværende model for medfinansiering. Udvalget er sammensat af repræsentanter for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet (formand), Indenrigs- og Socialministeriet, KL og Danske Regioner. Der er enighed om, at der gøres status på udvalgsarbejdet i efteråret 2009, mens den endelige afrapportering vil foreligge i foråret 2010. I det omfang afrapporteringen måtte lægge op til ændringer i den nuværende model for kommunernes medfinansiering vil eventuelle byrdefordelingsmæssige konsekvenser for kommuner og regioner skulle ses i sammenhæng med Finansieringsudvalgets arbejde.

Decentral kompetence og ansvar på sundhedsområdet

Regionerne er ansvarlige for at løfte sundhedsområdet og sikre borgerne sygdomsbehandling af høj kvalitet. Regionsdannelsen har styrket grundlaget for en samlet indsats, der giver den bedst mulige udnyttelse af ressourcerne og giver kvaliteten et markant løft. En væsentlig del af opgaven er at sikre sammenhæng og styring af aktiviteten i det regionale sundhedsvæsen under ét, der i dag omfatter aktivitet hos de offentlige sygehuse, de private sygehuse og klinikker, de praktiserende læger og speciallæger og en række øvrige praktiserende sundhedspersoner.

Parterne er enige om behovet for en stærk, regional økonomistyring. En tæt og løbende opfølgning på den økonomiske udvikling er grundlaget for, at regionsrådene i tide kan foretage de budgetændringer og omprioriteringer, der eventuelt er nødvendige i lyset af den konstaterede udgifts- og indtægtsudvikling i den enkelte region. Det er i den forbindelse væsentligt, at aktiviteten på sygehusområdet, herunder aktivitet på andre regioners sygehuse via reglerne om frit sygehusvalg samt aktivitet på private sygehuse mv. som følge af reglerne om udvidet frit sygehusvalg, ses under ét i forhold til den aftalte aktivitetsforudsætning og de fastlagte økonomiske rammer.

Der er enighed om at igangsætte et arbejde med deltagelse af Indenrigs- og Socialministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet og Danske Regioner med henblik på at udbygge og standardisere økonomiopfølgningsformen til brug for regionerne og de centrale myndigheder. Formen skal endvidere benyttes i forbindelse med de regionale kvartalsindberetninger til Indenrigs- og Socialministeriet. De kvartalsvise indberetninger er et vigtigt led i de centrale myndigheders løbende fokus på den økonomiske udvikling mv.

3. Genindførelse af det udvidede frie sygehusvalg

Den 1. juli 2009 ophører suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg. I henhold til Sundhedsloven genindføres det udvidede frie sygehusvalg automatisk og dermed patientens ret til behandling efter én måned.

I henhold til aftalen mellem regeringen og Danske Regioner den 1. april 2009 om tilrettelæggelsen af samarbejdet med private sygehuse, vil samarbejdet mellem regionerne og den private sygehussektor følge en tostrengt proces.

Som led i første fase af aftalen er aftalegrundlaget mellem Danske Regioner og de private sygehuse og klinikker på plads pr. 12. juni mhp. genindførelsen af det udvidede frie sygehusvalg den 1. juli 2009.

Regeringen og Danske Regioner konstaterer med tilfredshed, at der er indgået en aftale om afregningstakster med de private hospitaler. Af aftalen fremgår bl.a., at ”Takstreduktionen afspejler en væsentlig forøgelse af den samlede volumen på det somatiske område inden for det udvidede frie sygehusvalg. Større volumen giver mulighed for mere hensigtsmæssig opgavetilrettelæggelse på private hospitaler og lavere omkostninger til de ekstra behandlinger”.

Det fremgår endvidere af aftalen, at ”Danske Regioner har tilkendegivet at ville tage initiativ til et arbejde, der skal munde ud i en række værktøjer, som kan anvendes ved fremtidige udbud af sundhedsydelser.”

Regeringen og Danske Regioner konstaterer, at der hermed er et godt grundlag for at konkurrenceudsætte flere behandlinger. Der er enighed om at følge op herpå forud for udmeldingen af referencetakster i efteråret 2009.

Fra 1. januar 2010 justeres yderligere i samarbejdet mellem regionerne og de private sygehuse og klinikker, således at afregningen for patienter, der benytter det udvidede frie sygehusvalg, fremover sker til en forhandlet pris med udgangspunkt i referencetakster. Referencetaksterne fastsættes ud fra omkostningsniveauet i den del af de offentlige sygehuse, der udfører de forskellige typer af behandlinger mest omkostningseffektivt. Regeringen udmelder referencetaksterne senest 1. oktober 2009.

De private sygehuse, der indgår aftale med, skal omfattes af kvalitets- og dokumentationskrav, der modsvarer de offentlige sygehuses krav.

Regeringen vil søge tilslutning til at ændre ordningen mellem regionerne og de private sygehuse og klinikker således, at der fra 1. januar 2010 i tilfælde af uenighed mellem parterne i konkrete sager, der vedrører aftaler indgået i forbindelse med det udvidede frie sygehusvalg, etableres en uafhængig voldgiftsinstitution.

Grundlaget for fase 2, der starter 1. januar 2010, herunder referencetakster og voldgiftskonstruktion, vil blive drøftet med Danske Regioner.

Endelig er det aftalt, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Danske Regioner fremadrettet vil monitorere ordningen med inddragelse af de private aftaleparter.

4. Proces for investeringer i en moderne sygehusstruktur

Regeringen har afsat 25 mia. kr. fra kvalitetsfonden til investeringer i en moderne sygehusstruktur i perioden 2009-2018, hvormed der er skabt grundlag for et markant løft af det danske sundhedsvæsen. Med tillæg af regional egenfinansiering giver det grundlag for, at der samlet kan igangsættes investeringer for 40 mia.kr. i en moderne sygehusstruktur over de kommende år.

Proces

Regeringen og Danske Regioner blev med aftalen om regionernes økonomi for 2009 enige om en køreplan, hvorefter udmøntningen af den samlede ramme er opdelt i to omgange med en udmøntning af 15 mia. kr. i første fase, mens de resterende 10 mia. kr. udmøntes i anden fase.

Det mellem regeringen og Danske Regioner aftalte ekspertpanel afsluttede i efteråret 2008 en screening af de fem regioners anlægsprojekter. På baggrund af ekspertpanelets indstilling udmeldte regeringen den 26. januar 2009 foreløbige tilsagn for i alt 15 mia. kr., der omfattede de prioriterede projekter i fase 1 med en samlet investeringsramme på godt 25 mia.kr. inkl. regional egenfinansiering.

Ekspertpanelet vil i 2010 foretage en indstilling til regeringen om, hvordan de resterende midler til sygehuse fra kvalitetsfonden skal udmøntes (fase 2). Regionerne indsender projekter til ekspertpanelet senest 1. juni 2010.

Ekspertpanelets indstilling til regeringen vedrørende fase 2 afgives medio november 2010. Regeringen meddeler efter drøftelse med Danske Regioner foreløbige tilsagn

om midler til konkrete investeringsprojekter. På baggrund heraf kvalificerer og detaljerer regionerne de konkrete projekter på baggrund af den udmeldte investeringsramme. Projekterne forelægges herefter ekspertpanelet i en løbende proces, tilsvarende projekter prioriteret i fase 1, hvor panelet indstiller til regeringen som grundlag for regeringens endelige tilsagn, der meddeles efter drøftelse med Danske Regioner. Når de sidste endelige tilsagn er givet, ophører ekspertpanelets opgaver.

Der vil blive stillet krav om effektivitetsgevinster ved investeringerne, som skal medgå til at finansiere aktivitetsvækst på sygehusene i takt med, at gevinsterne realiseres. Investeringerne skal muliggøre en mere effektiv opgaveløsning og ressourceanvendelse via bedre logistik og ny teknologi og moderne og energieffektive løsninger, der ligger ud over de almindelige, løbende produktivitsforbedringer i sygehusvæsenet. Der gives ikke mulighed for lånefinansiering af effektivitetsgevinsterne. Der er endvidere enighed om, at nye investeringer vil aflaste behovet for den løbende renovering og vedligeholdelse af sygehusene.

Ansvar og kompetence

Med et endeligt tilsagn til konkrete investeringsprojekter er det regionsrådenes kompetence og ansvar som bygherrer at realisere de kommende investeringsprojekter med de løsninger, der er hensigtsmæssige lokalt, og inden for de fastlagte økonomiske rammer.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at de store investeringsprojekter stiller krav til en tæt og løbende politisk styring i regionerne med fokus på økonomi, tid og risiko.

Det indebærer bl.a. regionalpolitisk tilsyn i hele byggeforløbet, etablering af en betryggende projektstyringsorganisation, en systematisk risikovurdering og en løbende afrapportering, inkl. uvildig attestation og opfølgning i regionsrådene.

Finansiering

Den endelige finansiering for de konkrete projekter fastlægges i forbindelse med det endelige statslige tilsagn. Tilsagnet fastsætter den forudsatte, konkrete finansieringsprofil for de enkelte finansieringskomponenter, på baggrund af den forventede investeringsprofil for projektet.

De enkelte finansieringskomponenter er:

- Støtte fra kvalitetsfonden
- Regional egenfinansiering
- Regional låneadgang (12,5 pct. af den samlede ramme).

Regionen opretter en øremærket konto for hvert projekt omfattet af et tilsagn. Kvalitetsfondsmidlerne udbetales i henhold til den fastlagte udbetalingsprofil i tilsagnet til kontoen i regionen. Den årlige udbetaling er betinget af, at regionen på kontoen har hensat den forudsatte egenfinansiering i henhold til tilsagnet.

Regionernes egenfinansiering af projekter med støtte fra kvalitetsfonden skal i hovedsagen komme fra regionernes ordinære anlægsrammer, hvorfra den forudsatte hensættelse foretages. Regionerne hensætter fra 2010 årligt 1 mia. kr. efter bloktilskudsnøglen.

Låneadgangen, som modsvarer fremtidigt salgsprovenu for nedlagte sygehusbygninger, udgør op til 1/3 af den samlede regionale egenfinansiering til et projekt svarende til 12,5 pct. af den samlede ramme inkl. regional egenfinansiering. Låneoptagelsen tilknyttes de år, hvor finansieringsbehovet er størst. Den konkrete profil for låneoptagelsen fastlægges i de endelige tilsagn. Låneprovenu overføres til den øremærkede, projektspecifikke konto i regionen.

5. Den Danske Kvalitetsmodel

Den Danske Kvalitetsmodel skal fremme kontinuerlig, faglig og organisatorisk kvalitetsforbedring af patientforløbene.

Med finanslovsaftalen for 2008 er afsat i alt 375 mio. kr. (08-PL) i perioden 2008-2011 fra kvalitetspuljen til at implementere Den Danske Kvalitetsmodel i sygehussektoren fra 2008.

Parterne er enige om at implementere Den Danske Kvalitetsmodel. Til etableringsomkostninger mv. afsættes 37,5 mio. kr. i 2009 og herefter 112,5 mio. kr. årligt i 2010-2012.

6. Kræft

I henhold til aftalen den 12. oktober 2007 mellem regeringen og Danske Regioner er der udarbejdet og implementeret pakkeforløb på kræftområder mhp. at sikre kræftpatienter akut handling og klar besked. Der blev i den forbindelse afsat 225 mio. kr. i 2007 til midlertidig meraktivitet og forbedring af arbejdsgangene på kræftområdet.

I forlængelse heraf indgik regeringen og Danske Regioner den 18. januar 2008 aftale om udvidelse af regionernes lånerammer med 850 mio. kr. for 2008 til investeringer inden for kræftområdet.

Med aftalen om regionernes økonomi for 2009 blev der endvidere afsat 175 mio. kr. ekstra til kræftområdet fra 2008 og frem med henblik på færdigimplementering af pakkeforløbene. Der blev ligeledes afsat 20 mio. kr. fra 2009 til at prioritere videreførelse og udvikling af infrastrukturen for klinisk kræftforskning.

Regionerne har foretaget store investeringer i nyt kræftapparatur og personalet har ydet en stor indsats for at implementere kræftpakkeforløb.

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.

7. En forstærket forebyggelsesindsats

Forebyggelsesindsatsen er i dag fast integreret i kommunernes og regionernes opgavevaretagelse på en lang række indsatsområder. Indsatsen spænder meget bredt og vedrører både borgerrettet forebyggelse i forhold til raske borgere og patientrettet forebyggelse i forhold til borgere med en diagnose.

Forebyggelseskommissionen har i foråret 2009 fremlagt sine anbefalinger til en styrket forebyggelsesindsats. Forebyggelseskommissionens anbefalinger er rettet mod tiltag over for risikofaktorerne kost, rygning, alkohol og motion, idet Forebyggelseskommissionen konstaterer, at disse fire såkaldte KRAM-faktorer er helt centrale i forhold til at forlænge middellevetiden og skaffe flere gode leveår.

KL, Danske Regioner og staten er enige om at styrke dokumentationsgrundlaget for forebyggelsesindsatsen. Der er på den baggrund taget initiativ til at indsamle og gennemføre sundhedsprofiler fra 2010. Der vil endvidere blive udviklet et nationalt sæt af indikatorer, der skal skabe et enkelt og overskueligt overblik over den kommunale sundhedsindsats. De første indikatorer offentliggøres medio 2010.

Regeringen vil i 2009 fremlægge en national handlingsplan for forebyggelse med klare mål for indsatsen.

8. En forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom

Der er afsat 590 mio. kr. fra kvalitetspuljen til en forstærket kronikerindsats i regioner og kommuner i perioden 2008-2011. Der er i økonomiaftalen for 2009 indgået aftale om den overordnede anvendelse og fordeling af midlerne.

De ekstra midler skal anvendes til at udvikle og implementere sammenhængende patientforløb samt til at styrke patientundervisning og egenbehandling for patienter med kronisk sygdom. Denne forstærkede indsats for patienter med kronisk sygdom vil i høj grad omfatte indsatsen i forhold til ældre medicinske patienter.

Der er enighed om, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse igangsætter ansøgningsproceduren hurtigst muligt for at påbegynde behandling af ansøgninger allerede i 2009 mhp. udmøntning i perioden frem til 2012.

Regioner og kommuner er allerede godt i gang med at udvikle og implementere forløbsprogrammer for de store kroniske sygdomme. Regioner og kommuner skal i forbindelse med ansøgninger beskrive, hvordan de påtænkte initiativer understøtter, at regioner og kommuner ved udmøntningsperiodens udløb ved udgangen af 2012 i videst mulig udstrækning har implementeret forløbsprogrammer for sygdomsgrupperne hjertekarsygdomme, kronisk obstruktiv lungesygdom, diabetes og muskelskeletlidelser.

9. Psykiatri

Regeringen og Danske Regioner er enige om at afsætte 250 mio. kr. til en øremærket ansøgningspulje til udbygning og modernisering af de fysiske rammer i psykiatrien. Heraf målrettes op til 200 mio. kr. en fortsat udbygning af enestuer. De resterende midler målrettes et anlægsløft i retspsykiatrien. Parterne er hermed enige om at prioritere forbedringer af de bygningsmæssige faciliteter indenfor psykiatrien. Der er endvidere enighed om, at der ved udmøntningen af puljen vil blive lagt vægt på en forbedret anvendelse af de knappe personaleressourcer.

I 2008 blev der i satspuljen afsat 90 mio. kr. til etablering af nye retspsykiatriske sengepladser i psykiatrien i 2008 og 2009.

Sundhedsstyrelsen er på vej med en national strategi for psykiatri. Danske Regioner har ligeledes udarbejdet en strategi for indsatsen på det psykiatriske område. Med udgangspunkt heri vil regeringen med inddragelse af Danske Regioner udarbejde en handlingsplan på psykiatriområdet. Planen vil blive drøftet med satspuljepartierne i efteråret 2009.

Regeringen vil således i forbindelse med satspuljen for 2010 søge tilslutning til at videreføre indsatsen i psykiatrien.

10. Bedre ressourceanvendelse på sundhedsområdet

Der er behov for fortsat fokus på bedre ressourceanvendelse, øget produktivitet og effektivitet.

Analyse af aktivitet i sygehusvæsenet

Det konstateres, at en større del af aktivitetsstigningen på sygehusene sker via en højere produktionsværdi pr. patient, mens en mindre del kan tilskrives behandling af flere nye patienter.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at analysere denne udvikling nærmere. Fokus for analysen skal være på at kortlægge, hvor den faktiske aktivitet og aktivitetsvækst er sket, på afdækning af mulige forklaringsfaktorer, og om der på det grundlag er behov for tiltag mhp. en øget fokusering af indsatsen.

God administration og effektivt indkøb i regionerne

I økonomiaftalen for 2009 var regeringen og Danske Regioner enige om at gennemføre en række konkrete initiativer for at frigøre ressourcer fra indkøb, administration m.v. til borgernær service på sundhedsområdet, svarende til et råderum på 1/4 mia. kr. fra 2009.

Som led i aftalen om regionernes økonomi for 2009 har parterne igangsat en analyse, der skal belyse mulighederne for at effektivisere regionernes administration ved en yderligere tilpasning og samling af regionernes opgaver.

Endvidere har regionerne mulighed for at effektivisere deres indkøb bl.a. ved at tilslutte sig de indkøbsaftaler, som staten har indgået i 3. fase af det statslige indkøbsprogram inden for områderne kontormøbler, flyrejser, kontormaskiner, it-konsulent-ydelser samt komponenter til datanetværk. Regionerne vil desuden få mulighed for at tilslutte sig udvalgte aftaler i 4. fase af Statens Indkøbsprogram. Tillige vurderes der at være et effektiviseringspotentiale ved forøget anvendelse af strategisk indkøbssamarbejde.

Effektiv styring på sygehusområdet

I forlængelse af aftalen om regionernes økonomi for 2009 har et udvalg med deltagelse af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand), Finansministeriet, Danske Regioner og KL fremlagt en rapport om effektiv styring i sygehusvæsenet. Regionerne har ansvaret for at sikre mest mulig sundhed og sygdomsbehandling for de penge, der stilles til rådighed. Det er derfor centralt med en aktiv styring i regionerne, der fokuserer på både aktivitets- og omkostningssiden og som løbende inddrager målopfyldelsen i forhold til regionale politiske prioriteringer, samt de aftalte prioriteter og målsætninger.

DRG-systemet med tilknyttede omkostningsregistreringer udgør et centralt grundlag for regionernes styring af sygehusene og den konkrete takststyring. Da DRG-systemet først og fremmest er et overordnet finansieringssystem, med gennemsnitlige takster og en afvejning af detaljeringsgrad ift. kompleksitet, er det samtidig vigtigt, at systemet og DRG-taksterne ikke bruges ukritisk i den regionale styring, men at der sker en tilpasning ud fra lokale forhold.

Rapporten fremlægger en række anbefalinger til et forbedret DRG-system, der bl.a. indebærer fokus på bedre registreringer på omkostnings- og aktivitetssiden i regionerne, fremrykkede indberetningsfrister for omkostningsregnskaber, samt at flere data stilles til rådighed for regionerne til brug for den regionale og lokale økonomi- og aktivitetsstyring.

Endvidere fremhæves i rapporten behovet for indikatorer for synliggørelse og udbredelse af omkostningseffektive behandlinger, bl.a. via offentliggørelse af en række sammenlignende bedste-praksis data til brug for regioner, sygehuse og afdelinger i den konkrete styring og opfølgning.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at analysearbejdets anbefalinger gennemføres, jf. bilag 2.

Sygehusmedicin

Regeringen og Danske Regioner er enige om at igangsætte tiltag, der kan reducere væksten i udgifterne til sygehusmedicin. I et udvalgsarbejde med deltagelse af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet og Danske Regioner er der identificeret redskaber, der kan bidrage målrettet hertil.

For det første er der enighed om, at en form for regulering af listepriserne på sygehusmedicin kan nedbringe priserne på sygehusmedicin. I udvalgsarbejdet anbefales det at kigge nærmere på mulighederne for at udarbejde et referenceprissystem for sygehusmedicin med henblik på at nedbringe listepriserne på sygehusmedicin. I forlængelse af udvalgets rapport har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Lægemiddelindustriforeningen i juni 2009 indgået aftale om en reduktion af listepriserne på 5 pct. pr. 1. januar 2010 på den sygehusmedicin, som sælges af Lægemiddelindustriforeningens medlemmer. Prisaftalen betyder, at regionerne kan indkøbe sygehusmedicin til lavere priser og dermed frigøre ressourcer.

Der er for det andet enighed om, at regionerne forstærker arbejdet med at skabe konsensus og forpligtende rammer på klinisk niveau for anvendelse af sygehusmedicin, så medicin anvendelsen på tværs af regionerne i højere grad ensartes. Der skal desuden etableres det nødvendige grundlag for at tilvejebringe national konsensus om rekommandationslister og behandlingsvejledninger, som kan lægges til grund for regionernes fælles indkøb af sygehusmedicin. Udarbejdelsen af anbefalinger for anvendelse af sygehusmedicin kan forankres centralt med deltagelse af faglige repræsentanter, som regionerne udpeger.

Øvrige initiativer

Frem til overenskomstkonflikten i foråret 2008 er ventetiderne på sygehusene blevet nedbragt betydeligt. Med henblik på at fremme udnyttelsen af kapaciteten på de offentlige sygehuse vil regeringen i samarbejde med Danske Regioner i fremtiden opføre erfarede ventetider til udvalgte operationer og behandlinger på regionsniveau.

Analysen vedrørende bedre udnyttelse af apparatur, aftalt i forbindelse med aftalen om regionernes økonomi for 2009, gennemføres inden udgangen af 2009.

Regeringen og Danske Regioner er endvidere enige om, at der fortsat offentliggøres sammenlignelige målinger af produktiviteten på bl.a. sygehusniveau samt for udvalgte afdelinger. Analyserne skal videreudvikles på et stadigt lavere niveau (afdelings-, behandlings- og diagnoseniveau).

11. Øvrig sundhed

Sundheds-IT

Det Fælles Medicinkort

Staten, regionerne og kommunerne lancerede i december 2007 en national strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008-2012. Som led i udmøntningen heraf er regeringen, Danske Regioner og KL enige om at etablere et landsdækkende Fælles Medicinkort, der udrulles i samtlige regioner, praktiserende læger og kommuner inden udgangen af 2011. Med Finansloven 2009 om investering i arbejdskraftbesparende teknologi og nye arbejds- og organisationsformer er der afsat en reserve på 80 mio. kr. til implementering af Fælles Medicinkort.

Det Fælles Medicinkort skal bidrage til at løfte politiske visioner om bedre medicineringsprocesser og reducere antallet af medicineringsfejl i sundhedsvæsenet. Samtidig vil Det Fælles Medicinkort forbedre og effektivisere arbejdsgangene på tværs af de enkelte sektorer, fx i forbindelse med håndtering af medicinoplysninger.

Den fremadrettede sundheds-it udvikling

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at det er et regionalt ansvar at sikre udviklingen af sundheds-it, herunder at fremdrift i udviklingen fastholdes, at synergier ved udviklingen af fælles services udnyttes, og at identificerede gevinstpotentialer realiseres, idet staten medvirker til at fremme udviklingen gennem medvirken til fælles løsninger og koordination.

Iværksættelsen af nye IT-projekter skal ske på et solidt grundlag. Der skal således forinden beslutning om iværksættelse af et konkret projekt foreligge en positiv business-case, som også belyser projektets risici i forhold til økonomi og tid.

Regeringen og Danske Regioner er enige om i fællesskab, at færdiggøre en samlet analyse af de økonomiske og styringsmæssige rammer for sundheds-it fremadrettet, og at arbejdet med udmøntning af den fælles digitaliseringsstrategi videreføres og tages op i forbindelse med økonomiforhandlingerne for 2011.

Den fælles offentlige sundhedsportal - sundhed.dk - er et centralt element i den nationale infrastruktur på sundhedsområdet. Den regionale andel af sundhed.dk. øges med 11 mio. kr. årligt fra 2010, som finansieres af det regionale bloktilskud.

Endvidere vil regeringen søge tilslutning til en lovændring, der sikrer, at patienter fremover får ubegrænset adgang til alle egne fremtidige journaloptegnelser - både elektronisk og i papirbaserede journaler. Der fastholdes en mulighed for at begrænse forældremyndighedsindehaveres adgang til aktindsigt i deres børns journaler. Der er enighed om, at initiativet ikke indebærer merudgifter.

Digital forvaltning

Regeringen, KL og Danske Regioner udarbejdede i 2007 en ny fællesoffentlig strategi for digitalisering af den offentlige sektor for 2007-2010. Som led i digitaliseringsstrategien er der iværksat en række initiativer, som skal gøre det lettere for borgere og virksomheder at være i kontakt med en sammenhængende og effektiv offentlig sektor, der udnytter de digitale muligheder.

Udrulning af digitaliseringsstrategien og eDag3

Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om at afholde en eDag3 den 1. november 2010 under overskriften "Nem adgang til det offentlige på nettet". Efter eDag3 kan borgere og virksomheder:

- Nemt og sikkert logge på borger.dk og få adgang til alle offentlige selvbetjeningsløsninger.

- Modtage og sende post fra og til offentlige myndigheder i deres Digitale Dokumentboks.
- Modtage SMS-påmindelser om aftaler om fremmøde.

Indfrielsen af eDag3-målsætningerne vil betyde, at den offentlige sektor tager et betydeligt skridt på vejen mod at nå målsætningen fra Globaliseringsstrategien om at digitalisere al relevant kommunikation med borgere og virksomheder i 2012.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at gevinsterne ved den Digitale Dokumentboks kvalificeres i fællesskab.

Konkurrenceudsættelse

Med henblik på at udvikle et samlet billede af den offentliges sektors brug af private leverandører og konkurrenceudsættelse er regeringen og Danske Regioner enige om, at der fremadrettet udarbejdes statistik herom på det regionale område parallelt til det kommunale område. Statistikken udarbejdes på baggrund af data fra det regionale budget- og regnskabssystem og suppleres med regionernes indberetninger af egne vundne udbud. Der er i den forbindelse enighed om at arbejde med flg. to indikatorer: indikator for private tjenesteydelser i regionerne og regional indikator for konkurrenceudsættelse.

Afbureaukratisering

Regeringen har iværksat et afbureaukratiseringsprogram, som omfatter alle de store kommunale velfærdsområder. Regeringen og Danske Regioner er enige om, at afbureaukratiseringsindsatsen er en vigtig dagsorden også på det regionale sundhedsområde med henblik på at give medarbejderne mere tid til kerneopgaven og sikre, at der foreligger pålidelig og rettidig dokumentation.

Regeringen har derfor i samarbejde med Danske Regioner iværksat en række initiativer for at identificere forenklingsforslag. Regeringen vurderer de forslag, der indkommer på det statslige område med henblik på forenklinger. Regionerne vil tilsvarende vurdere de forslag, der indkommer i forhold til regionalt fastsatte regler og procedurer med henblik på forenklinger.

Opgaveglidning i sygehusvæsenet

Regeringen, Danske Regioner og KL har drøftet den fremadrettede proces vedr. opgaveglidning med de faglige organisationer, og det er aftalt, at der udarbejdes et katalog over gode eksempler. Sigtet er at indgå en politisk aftale om det fremtidige arbejde om opgaveglidning i efteråret 2009.

Parterne er enige om at styrke arbejdet med opgaveglidning som middel til mere effektiv opgaveløsning i sygehusvæsenet. Det indebærer bl.a. et øget fokus på, hvordan forskellige personalegrupper med målrettet kompetenceudvikling kan oplæres til at varetage nye opgaver.

Regionerne har som arbejdsgivere et særligt ansvar for at sikre fleksibel opgavevaretagelse og finde løsninger, der tager højde for de særlige behov på den enkelte arbejdsplads. Danske Regioner etablerer en national referencegruppe, som skal sikre en systematisk gennemgang, opsamling samt spredning af viden og erfaring om opgaveglidning - dels om konkrete initiativer og løsninger, dels om metoder/værktøjer, internationale erfaringer m.v., der kan medvirke til at understøtte projekter på området. Som afsæt for referencegruppens arbejde vil regionerne foretage en dybdegående gennemgang af bestemte specialer/behandlingsområder og udforske potentialet for opgaveglidning inden for de pågældende felter.

Referencegruppen sammensættes med repræsentanter for regionerne, de centrale sundhedsmyndigheder og de faglige organisationer.

Praktikpladser

Den nuværende konjunktursituation betyder, at unge i stigende grad oplever problemer med at finde en praktikplads som led i deres uddannelsesforløb. Regeringen og Danske Regioner er enige om, at de offentlige arbejdsgivere i denne situation har en fælles forpligtelse til at oprette flere praktikpladser.

I trepartsaftalen mellem regeringen, KL, Danske Regioner, LO og AC fra juni 2007 øges antallet af praktikpladser på bl.a. social- og sundhedsuddannelserne og den pædagogiske assistentuddannelse. Regeringen og Danske Regioner vil på denne baggrund i det tidlige efterår drøfte mulighederne for yderligere at øge antallet af kommunale og regionale praktikpladser.

Løn-, ansættelses- og ledervilkår i den offentlige sektor

På baggrund af erfaringerne fra overenskomstforhandlingerne i 2008 har regeringen aftalt med hovedorganisationerne og arbejdsgiverorganisationerne på det offentlige arbejdsmarked at nedsætte Lønkommissionen, som skal kortlægge, analysere og drøfte spørgsmål i relation til løn-, ansættelses- og ledelsesvilkår i den offentlige sektor. Kommissionen skal i denne sammenhæng se på mulighederne for en mere enkel og fleksibel anvendelse af løn- og ansættelsesvilkårene. Lønkommissionens arbejde afsluttes i maj 2010.

Regional udvikling

Det er et fælles mål for regeringen og regionerne, at der skal være gode rammer for vækst og udvikling i hele landet. Det er samtidig vigtigt, at globaliseringsstrategien gennemføres i tæt sammenhæng med den regionale indsats for vækst og erhvervsudvikling. Regeringen og de regionale vækstfora har på den baggrund indgået regionale partnerskabsaftaler om vækst og erhvervsudvikling. Aftalerne skal bidrage til, at globaliseringsstrategien udfoldes i hele landet og til at styrke sammenhængen mellem den nationale vækstpolitik og den regionale indsats for vækst og erhvervsudvikling.

Regeringen og de regionale vækstfora og beskæftigelsesråd drøfter den økonomiske og beskæftigelsesmæssige situation i de enkelte regioner i lyset af den internationale økonomiske afmatning. I forlængelse heraf indgås aftaler inden for eksisterende øko-

nomiske rammer om tillæg til partnerskabsaftalerne i juni 2009. Regeringen og de regionale vækstfora er enige om at følge implementeringen af aftalerne og vurdere behovet for nye initiativer, der kan indgå i en ny partnerskabsaftale fra 2010.

Særlige udvalg i regionerne

Midlertidighedskravet i vederlagsbekendtgørelsen ændres, således at den tidsmæssige betingelse for at vederlægge særlige udvalg af midlertidige karakter udvides fra et til to år. Indenrigs- og Socialministeriet vil i efteråret 2009 foretage den administrative ændring i udmøntningen af midlertidighedskravet i vederlagsbekendtgørelsen.

Bilag 1**Principper for udbetaling af den statslige, aktivitetsbestemte pulje og fastsættelse af baseline i 2010**

Det statslige, aktivitetsbestemte tilskud på sygehusområdet udgør i 2010 2.597 mio. kr. på landsplan inkl. kommunalt aktivitetsbidrag, svarende til 3.193 mio. kr. til regionerne.

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

Tabel 1: Fordeling af statslige, aktivitetsafhængige midler og udbetalingsprincipper, mio. kr., 2010-pl	
	Aktivitetspulje
Udbetaling med 100 pct. af DRG/DAGS-takst	1.199
Udbetaling med 70 pct. af DRG/DAGS-takst	1.398
I alt	2.597

Sundhedsstyrelsens takstsystem for 2010 udmeldes endeligt pr. 1. oktober 2009. Sundhedsstyrelsens takstsystem for 2011 udmeldes foreløbigt pr. juni 2010 og endeligt pr. 15. september 2010.

Der kan én gang hvert år (1. maj til ikrafttrædelse 1. juli) udmeldes budgettakster for nye behandlinger m.v. af væsentligt omfang og betydning. Takstsystemet kan herudover efter nærmere aftale mellem Danske Regioner, 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 m.v. Alternativ og eksperimentel behandling på private sygehuse m.v., fertilitetsbehandling og kunstig befrugtning samt sterilisation er undtaget. Desuden indgår en række nærmere definerede ydelser på speciallægeområdet, som substituerer sygehusbehandling.

Der er afsat 10 mio. kr. af aktivitetspuljen for 2010 som overføres til regionerne efter bloktilskudsnøglen til fortsat dækning af rejse- og opholdsudgifter for patienter, der henvises til strålebehandling i udlandet.

Udbetaling og fordeling af puljen på regioner

Regionernes aktivitetsbestemte tilskud på i alt 2.597 mio. kr. 10pl for 2010 udbetales á conto i starten af året og opgøres endeligt ved udgangen af 1. kvartal 2011 på grundlag af den aktivitet i regionerne, som er indberettet senest den 1. marts 2011.

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 m.v. til regionerne.

Opgørelse af baseline m.v. for de statslige aktivitetspuljer

Baseline for 2009 hæves som led i økonomiaftalen for 2010 med 300 mio.kr. (inkl. kommunal medfinansiering).

Der udmeldes som led i økonomiaftalen for 2010 en foreløbig baseline for 2010 på 53.543 mio. kr. (opgjort i takstsystem 2009 opregnet til 2010-pl) med udgangspunkt i den forventede, faktiske aktivitet i 2009.

Sundhedsstyrelsen beregner og udmelder en baseline for 2010 ved udgangen af 2. kvartal 2010. Baseline opgøres aftalekonsistent i forhold til den forudsatte aktivitetsstigning fra 2009 til 2010 på 3,5 pct.

Metoden til beregning af baseline er:

1. Den faktiske produktionsværdi i 2009 opgøres med takstsystem 2010 og korrigeres for produktionsværdien af en eventuel rammeoverskridelse i forhold til det aftalte udgiftsniveau i 2009, dog kan produktionsværdien efter denne korrektion ikke være mindre end den forudsatte produktionsværdi, som fastsættes som den faktiske aktivitet i 2008 opgjort med takstsystem 2010 tillagt 3,5 pct.
2. Produktionsværdien efter pkt. 1 tillægges den forudsatte aktivitetsstigning fra 2009 til 2010 på 3,5 pct.
3. Der korrigeres (plus/minus) for nettobudgetvirkningen af puljer vedr. 2009/2010 i økonomiaftalen for 2010 og finansloven for 2010.
4. Produktionsværdien af de statslige aktivitetsafhængige midler i 2010 på i alt 3.957 mio. kr. (10-pl) fratrækkes produktionsværdien efter pkt. 1-3 for at danne baseline.

Baseline for 2010 fordeles mellem regionerne med en nøgle, der svarer til deres faktisk realiserede aktivitet i 2009 opgjort ved takstsystem 2010.

Værdien af aktivitetstilskuddene for 2010 kan korrigeres for ændringer af DRG/DAGS-takster og -grupperinger, kodeændringer eller ny registreringspraksis i takstsystem 2010, der gennemføres efter 1. oktober 2009. 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 2010 kan korrigeres for strukturomlægninger m.v. i sygehusvæsenet i henhold til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses ret-

ningslinjer herfor. Regionerne kan løbende fremsende ansøgning om justeringer af aktivitetsopgørelsen, dog senest den 1. februar 2011.

Der fastlægges i 2010 et loft over værdistigningen pr. kontakt på 1,5 pct.

Der indregnes et årligt produktivitetskrav, svarende til 2,0 pct. ved fuld udnyttelse af aktivitetsspuljen i 2010.

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 1.942 mio. kr. alene pålægges kommunal medfinansiering på 1.340 mio. kr. Den kommunale medfinansiering udgør 15,1 pct. heraf, svarende til 202,1 mio. kr. Herudover sker der et løft på sygesikringsområdet ekskl. medicintilskud på 275 mio.kr., hvoraf den gennemsnitlige kommunale medfinansiering er 10 pct.

Fordelingen af de samlede statslige aktivitetsmidler på kommuner og regioner er foretaget på baggrund af takstsystem 2009.

Bilag 2

Anbefalinger vedrørende effektiv styring på sygehusområdet

Med henblik på at understøtte en et stabilt driftsgrundlag i regionerne, bidrage til en effektiv økonomi- og takststyring på sygehusområdet, samt understøtte det ledelsesmæssige grundlag for udbredelsen af effektive behandlingsforløb, er der enighed mellem regeringen, KL og Danske Regioner om arbejdsgruppens anbefalinger, jf. boks 1-4 nedenfor.

Boks 1 Arbejdsgruppens anbefalinger vedr. serviceeftersyn af DRG-systemet Arbejdsgruppen finder generelt, at der skal fokus på en præcis registrering og dokumentation af omkostninger og aktivitet, som et væsentligt element i styringen af sygehusvæsenet. Arbejdsgruppen anbefaler, at • Data om afregning suppleres med aktivitetsdata mv. fra bl.a. Landspatientregisteret og stilles til rådighed for regionerne i en systematisk form. • Sundhedsstyrelsen fra 2009 tager initiativ til at sikre en mere entydig registrering af sygehusenes aktivitet, bl.a. gennem udbredelse af specialespecifik registrering, samt en tilpasning af definitionen af ambulante og stationære besøg. • Sundhedsstyrelsen fortsat arbejder på at sikre stabilitet i leverancen af aktivitetsoplysninger i løbet af 2009. • Arbejdet med sygehusenes fordelingsregnskaber opprioriteres og at der arbejdes mod at ensrette sygehusenes fordelingsregnskaber med henblik på at skabe et bedre grundlag for takstberegningen og en øget sammenlignelighed på tværs af sygehuse. • Der udarbejdes en plan for at foretage en mere præcis fordeling af udgifterne til akutberedskab samt til de udgifter, der fordeles på patienten eller tværgående serviceydelser mv. • Der sker en øget anvendelse af ABC-analyser med henblik på at vedligeholde de eksisterende og udvikle nye pointsystemer i de tilfælde, hvor behandlingsudgifterne ikke kan udledes af omkostningsdatabasen. Der skal til brug herfor udarbejdes en standardmodel for ABC-analyser. • Alle sygehuse indberetter deres fordelingsregnskab til brug for dannelsen af omkostningsdatabasen inden for én fastsat tidsfrist fra 2010 samt at Sundhedsstyrelsen fra 2010 stiller omkostningsdatabasen til rådighed for regionerne. • Sundhedsstyrelsen tager initiativ til at sikre, at der sker en statistisk formidling af baggrundsdata for de årlige ændringer i taksterne. • Sundhedsstyrelsen fastlægger en obligatorisk standardprocedure ved fremsættelse af forslag til ændringer i DRG-systemets gruppering, som kan træde i kraft fra 1. september 2009. • Der fra 2010 ikke afregnes for patientkontakter, der er kodet forkert eller mangelfuldt. • Sundhedsstyrelsen fremover oplyser om, hvilke kriterier, der lægges til grund for beslutninger om ændringer i DRG-systemets gruppering. • Processen for grupperingslogikken tilpasses, således at DRG-udvalget, orienteres på samme tidspunkt, som grupperingslogikken sendes i høring på udvalgte sygehuse. • Muligheden for at foretage tilpasninger i de beregningsrutiner, der knytter sig til takstberegningerne med henblik på en eventuel justering af de årlige takstændringer undersøges nærmere af Sundhedsstyrelsen. Modellerne for en eventuel tilpasning af beregningsrutinerne skal forelægges DRG-udvalget til drøftelse i efteråret 2009. • DRG-udvalget undersøger muligheden for at fremrykke forarbejdet for takstberegningerne i regionerne og Sundhedsstyrelsen med henblik på, at der foretages en udmelding af taksterne inden sommerferien hvert år fra og med 2011.
Boks 2 Arbejdsgruppens anbefalinger vedr. udvikling af DRG-systemet og takststrukturen Arbejdsgruppen bemærker, at det er et ledelsesmæssigt ansvar at udbrede effektive patientforløb og at DRG-systemet skal understøtte dette. DRG-systemet dækker som udgangspunkt alene aktiviteter, der foregår i regi af sygehusvæsenet, og som udgangspunkt inden for sygehusets fysiske rammer.

Arbejdsgruppen bemærker desuden, at DRG-systemet ikke må være en barriere for at opgaver løses på et lavere specialiseringsniveau.

Arbejdsgruppen anbefaler, at

- Sundhedsstyrelsen undersøger, hvorvidt der er behov for at udarbejde og anvende ambulante substitutions-takster på de områder, hvor det er muligt at gennemføre en behandling lige så godt eller bedre uden for sygehusets fysiske rammer som gennem en behandling, der foregår på sygehuset, jf. LEON-princippet.
- Arbejdsgruppen finder, at der inden for rammerne af DRG-systemet er mulighed for løbende at tilpasse antallet af DRG-grupper, således at de afspejler de lokale kliniske og styringsmæssige behov.
- Der forsæt tilstræbes en balance mellem overskuelighed og detaljeringsgrad i DRG-systemet.
- DRG-systemet fastholdes som udgangspunkt som et kontaktbaseret (afregnings)system.

Boks 3

Arbejdsgruppens anbefalinger vedr. økonomisk styring på sygehusområdet

- Arbejdsgruppen peger på, at der i regionerne og på sygehusene fortsat skal være en økonomistyring med løbende fokus på output, omkostninger og målopfyldelse. Formålet er at skabe et bedre grundlag for prioritering og allokering af ressourcer, samt bidrage til en mere aktuel og løbende tilpasning af omkostninger på tværs af afdelinger og sygehuse.
- Til det brug skal arbejdet med omkostningsdatabasen og de bagvedliggende fordelingsregnskaber opprioriteres både lokalt og centralt.
- Omkostningsdatabasen kan bidrage til et mere systematisk kendskab til regionens, sygehusets og afdelingens omkostningsstruktur (og indgå som et centralt værktøj i den regionale og lokale økonomistyring), herunder danne grundlag for at sammenligne omkostningerne forbundet med de enkelte behandlinger med andre offentlige og private sygehuse.
- Fordelingsregnskaberne, der udgør grundlaget for omkostningsbasen, skal være mere retvisende og stilles systematisk til rådighed for regioner og sygehuse, således at de i højere grad kan anvendes som en integreret del af den lokale økonomistyring og regnskabsopfølgning.
- Formidlingen af oplysningerne i omkostningsdatabasen skal ske på en sådan måde, at det understøtter den lokale styring, herunder det lokale arbejde med beregning af enhedsomkostninger m.v..
- Parallelt skal der være et detaljeret og kritisk fokus på aktivitetsregistreringen via DRG-systemet, bl.a. med inddragelse af en række relevante parametre fra systemet herunder med sigte på sammenligning med andre sygehuse og afdelinger.

Boks 4

Arbejdsgruppens anbefalinger vedr. synliggørelse og udbredelse af omkostningseffektive behandlinger

Arbejdsgruppen anbefaler, at

- Der sker offentliggørelse af "best practice-takster" med henblik på at sikre synliggørelse af forskelle i behandlingsudgifter inden for enkelte behandlinger/DRG-grupper og udbredelse af best practice.
- Der følges op på udbredelsen af omkostningseffektive behandlinger, fx via fastsættelse af mål for anvendelsen af ambulant behandling og accelererede patientforløb som supplement til de økonomiske informationer.
- Regionerne udformer deres takststyringsmodeller i forhold til de enkelte sygehuse med udgangspunkt i lokale forhold og omkostningsstrukturer samt viden om best practice. Udbredelsen af omkostningseffektive behandlinger bør understøttes ved at pålægge sygehuse med mindre god omkostningseffektivitet et større produktivitetskrav end de omkostningseffektive sygehuse.