

## Aftale om regionernes økonomi for 2009

### 1. Indledning

Regeringen og Danske Regioner ønsker fortsat fornyelse og udvikling af et godt og velfungerende sundhedsvæsen.

Det er centralt, at kvaliteten fortsat udvikles. Der er derfor enighed om at sætte yderligere fokus på god anvendelse af nye effektive behandlingsmetoder, tilrettelæggelse af optimale patientforløb og sammenhæng og tilgængelighed for patienterne. Der er med kvalitetsreformen besluttet en række markante initiativer på sundhedsområdet, der skal gennemføres i samarbejde mellem stat, regioner og kommuner de kommende år. Disse tiltag skal understøtte en bedre sammenhæng i den kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, der er igangsat. Indsatsen skal implementeres og konsolideres de kommende år.

Den fortsatte udvikling af sundhedsvæsenet skal også ses i lyset af, at hensynet til en stabil økonomisk udvikling sætter snævre rammer for væksten i den offentlige sektor, og at det er vanskeligt at rekruttere nye medarbejdere til de offentlige serviceområder.

Det understreger behovet for en prioritering af de offentlige serviceudgifter på sundhedsområdet og det centrale i at fastholde fokus på en bedre ressourceanvendelse, øget produktivitet og effektivitet.

Regeringen har i juni fremlagt en handlingsplan for, hvordan der kan frigøres ressourcer til borgernær service i kommuner og regioner. En bedre anvendelse af den eksisterende arbejdskraft i kommuner og regioner vil kunne bidrage til at imødekomme den udfordring, der ligger i, at forventningerne til den offentlige service øges, samtidig med, at det kan være svært at rekruttere nye medarbejdere.

Regionerne har i de senere år ydet en stor indsats for at få kommunalreformen på plads. Der er tale om en stor omstillingsproces, som borgerne løbende høster fordele af, i takt med at de nye strukturer bliver gennemført.

### 2. Overenskomstkonflikten på sygehusområdet

Parterne er enige om, at et godt dansk sygehusvæsen skal blive bedre. De senere års fremskridt med flere behandlinger, kortere ventetider og styrkede patientrettigheder er opbygget gennem flere år med øget fokus på faglighed og kvalitet i behandlingen. Det er regeringens og regionernes fælles ambition, at den udvikling skal fortsætte.

Ovenpå årets overenskomstkonflikt deler regeringen og regionerne imidlertid en ganske særlig udfordring efter strejker blandt sundhedspersonalet. Det har resulteret i, at en stor gruppe patienter nu venter på behand-

ling. Det vil være en stor udfordring at tilbyde dem behandling inden for en rimelig tid. En målrettet indsats vil være nødvendig for at overvinde konfliktens konsekvenser.

Parterne er enige om at gennemføre ekstraordinære tiltag med afsæt i et styrket samarbejde mellem regionerne og private sygehuse og klinikker for at nyttiggøre den samlede kapacitet bedst muligt til gavn for patienterne.

For ikke at blive sat år tilbage i forhold til den fælles succes, der er opnået på sundhedsområdet, iværksættes følgende:

- Regeringen agter at søge tilslutning til at suspendere det udvidede frie sygehusvalg frem til 1. juli 2009, hvorefter det automatisk genindføres. Dette nødværge tages i brug som konsekvens af den force majeure situation, overenskomstkonflikten har skabt. Regionerne forpligter sig til at anvende den private kapacitet, der derved frigives.
- Da konflikten har forrykket grundlaget for betingelserne i den aktivitetsbetingede pulje, har regeringen og Danske Regioner aftalt at konvertere aktivitetspuljen for 2008 til bloktilskud for at skabe sikkerhed for regionernes styring og planlægning.
- Mange aflyste undersøgelser og behandlinger betyder, at parterne er enige om at udskyde implementering af Den Danske Kvalitetsmodel i sygehusvæsnet til 2010. Der er enighed om, at det nu handler om at sikre mest muligt fagligt personale til patientbehandlingen. Regeringen vil drøfte udskydelsen med parterne bag finanslovsaftalen for 2008.

Udfordringen er at få afviklet den pukkel, der er opstået som følge af konflikten, så hurtigt som muligt og på en økonomisk ansvarlig måde. Der er enighed om at sørge for, at de patienter, der er mest syge og har ventet længst, kommer til først.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Danske Regioner vil snarest igangsætte planlægning og implementering af ovenstående aftale med inddragelse af private sygehuse og klinikker.

Parterne er enige om at gøre status for denne del af aftalen i august 2008.

### **3. Økonomiske rammer**

Dansk økonomi er i den sidste fase af en kraftig højkonjunktur, hvor der er tydelige tegn på ophedning. Regeringen har tilkendegivet, at det er vigtigt, at væksten i den samlede efterspørgsel, nu aftager, og at presset på løn- og prisstigningerne dermed efterhånden kan dæmpes.

Sundhedsområdet har gennem de seneste år været præget af en kraftig aktivitetsvækst, med tilførsel af betydelige nye midler bl.a. til nedbringelse

af ventetider, herunder som følge af det udvidede frie sygehusvalg. Hertil kommer senest den markant styrkede indsats på kræftområdet og fra 2008 på hjerteområdet.

Fra 2009 forudsættes et mere afdæmpet leje for aktivitetsudviklingen, der giver mulighed for fortsatte forbedringer og nye behandlinger, men som også afspejler, at der skal fokus på opfølgning og implementering.

De økonomiske rammer for 2009 skal også ses i lyset af, at regionerne med finanslovsaftalen for 2008 tilføres yderligere ca. 875 mio. kr. i perioden 2008-11 til en række kvalitetsinitiativer på sundhedsområdet. Endvidere tilføres der som led i implementeringen af trepartsaftalerne i alt 590 mio. kr. i perioden 2008-11.

I 2009 afsættes der samlet 4 mia. kr. til investeringer, heraf finansieres 1 mia. kr. fra kvalitetsfonden. Det vil bidrage til en modernisering og oprustning af dansk sygehusvæsen i de kommende år, med fokus på høj kvalitet i patientbehandlingen og effektiv ressourceanvendelse.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at tillægge det afgørende betydning, at den indgåede aftale realiseres således, at regionernes udgifter i 2009 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 2009, *jf. nedenstående boks 1-3.*

<b>Boks 1</b>
<b>Økonomiske forudsætninger vedrørende sundhedsområdet</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Der er i aftalen taget udgangspunkt i det forventede aktivitetsniveau for 2008, svarende til en aktivitetsvækst på sygehusene på 3,9 pct. i forhold til 2007.</li><li>• Med aftalen løftes aktiviteten på sygehusområdet i 2009 med 1,8 mia. kr. Det tilvejebringes ved et realløft på 785 mio. kr. og produktivitetsforbedringer på 2 pct. Via bedre indkøb og administration mv. i regionerne tilvejebringes endvidere et råderum på 250 mio. kr. i 2009. Samlet er der aftalt et løft af udgiftsniveauet fra 2008 til 2009 til sygehusområdet på 1.325 mio. kr.</li><li>• Der er aftalt et samlet niveau for nettodriftsudgifterne (eksklusive medicin-tilskud) på sundhedsområdet på 83.596 mio. kr. i 2009.</li><li>• Der er samlet forudsat et niveau for anlægsudgifterne (brutto) på 4.000 mio. kr. på sundhedsområdet i 2009, heraf finansieres 1.000 mio. kr. af kvalitetsfonden.</li><li>• Det er lagt til grund for aftalen, at regionernes udgifter til medicintilskud i 2009 udgør 7.660 mio. kr. 75 pct. af en eventuel afvigelse mellem dette beløb og udgifterne i regnskabet for 2009 reguleres over bloktilskuddet og fordeles i 2010 på regionerne med en foreløbig midtvejsregulering i 2009 i</li></ul>

regionernes bloktilskud.

- Det statslige bloktilskud udgør 74.910 mio. kr. i 2009, hvortil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet på akt. 2008 vedr. 2009.
- Det statslige, aktivitetsbestemte tilskud udgør i 2009 2.538 mio. kr. Den aktivitetsbestemte pulje udmøntes som anført i bilag 1.
- De foreliggende opgørelser viser, at sygehusene i 2007 har præsteret en samlet produktionsværdi på 50.622 mio. kr. (09-PL). I 2008 forventes sygehusene at præstere en aktivitetsstigning på 3,9 pct. svarende til en produktionsværdi på 52.587 mio. kr. (09-PL). I 2009 forventes en yderligere aktivitetsstigning på 3,5 pct. svarende til en forventet produktionsværdi på 54.422 mio. kr. De forventede produktionsværdier i 2008 og 2009 er opgjort under forudsætning af en produktivitetsvækst på 2 pct. i begge år.
- Det kommunale grundbidrag på sundhedsområdet er for 2007 ved lov fastsat til 1.102 kr. pr. indbygger. For 2009 vil pris- og lønregulering indebære, at udgangspunktet for regionernes bidragsfastsættelse vil være et grundbidrag på 1.175 kr. pr. indbygger, svarende til 6.454 mio.kr. Reguleringen er fastsat på basis af et skøn for den regionale pris- og lønudvikling fra 2008-2009 på 3,7 pct. inklusive medicin.
- Det er lagt til grund for finansieringsbalancen, at den kommunale medfinansiering i form af aktivitetsbestemte bidrag udgør 10.435 mio. kr. i 2009.

## Boks 2

### Økonomiske forudsætninger vedrørende regional udvikling

- Der er aftalt et samlet niveau for nettodriftsudgifterne på området for regional udvikling på 2.414 mio. kr. i 2009.
- Det statslige bloktilskud til regional udvikling udgør 1.772 mio. kr. i 2009, hvortil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet på akt. 2008 vedr. 2009.
- Det kommunale udviklingsbidrag er for 2007 ved lov fastsat til 110 kr. pr. indbygger. For 2009 vil pris- og lønregulering indebære, at udgangspunktet for regionernes bidragsfastsættelse vil være et grundbidrag på 117 kr. pr. indbygger, svarende til 643 mio. kr. Reguleringen er fastsat på basis af et skøn for den regionale pris- og lønudvikling fra 2008-2009 på 4,1 pct. inklusive medicin.

## Boks 3

### Øvrige økonomiske forudsætninger

- Udgifterne til medicintilskud i 2007 udgjorde 7.334 mio. kr. på landsplan. Via den aftalte medicingaranti kompenseres 75 pct. af merudgifterne i regionerne i forhold til det forudsatte niveau.
- Det skønnes, at udgifterne til medicintilskud i 2008 udgør 7.350 mio. kr. på landsplan.
- Pris- og lønudviklingen på sundhedsområdet fra 2008-2009 er fastsat til 4,1 pct. (ekskl. medicintilskud). For regional udvikling er pris- og lønudviklingen fra 2008-2009 fastsat til 4,1 pct. Den samlede pris- og lønregulering på det regionale område fra 2008-2009 er fastsat til 3,7 pct. inklusive medicin.

I forlængelse af økonomaftalen for 2008 blev der igangsat et udredningsarbejde vedrørende regionernes gæld med deltagelse af Danske Regioner, Velfærdsministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt Finansministeriet. Dette arbejde videreføres og forventes afsluttet inden udgangen af 2008. Velfærdsministeren har mulighed for at give særlig lånedispensation ved likviditetsproblemer i enkelte regioner. Endvidere kan der i overensstemmelse med de økonomiske forudsætninger for aftalen ved dispensation gives mulighed for refinansiering af afdrag i 2009.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der i regi af Finansieringsudvalget gennemføres en analyse og vurdering af de eksisterende socioøkonomiske kriterier, der indgår i fordelingen af bloktilskuddet til regionernes sundhedsopgaver.

På baggrund af denne vurdering kan Finansieringsudvalget foreslå eventuelle justeringer af de socioøkonomiske kriterier enten i form af ændret vægtning af kriterierne, ændret opgørelsesmetode eller eventuel introduktion af nye kriterier. Eventuelle tilpasninger skal i udgangspunktet ikke have større byrdefordelingsmæssige konsekvenser.

Arbejdet færdiggøres i foråret 2009.

### **Aktivitetsbestemt medfinansiering på sundhedsområdet**

Kommunerne medfinansierer udgifterne på sundhedsområdet. Den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering giver kommunerne tilskyndelse til at levere en effektiv forebyggelses-, pleje- og sundhedsindsats.

Som en del af økonomaftalen for 2008 har en arbejdsgruppe under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse med deltagelse af Finansministeriet, KL og Danske Regioner gennemført en række analyser af niveau og variation mv. for den kommunale medfinansiering. Analyserne indikerer, at kommunerne har et betydeligt potentiale for at reducere trækket på sundhedsvæsenet gennem en bedre tilrettelæggelse af indsatsen.

Der er derfor enighed om at nedsætte et udvalg, der skal vurdere mulighederne for at styrke det generelle kommunale incitament gennem ændringer af den nuværende model for medfinansiering. Udvalget sammensættes af repræsentanter for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet (formand), Velfærdsministeriet, KL og Danske Regioner. Vurdering af eventuelle byrdefordelingsmæssige konsekvenser for kommuner og regioner ses i sammenhæng med Finansieringsudvalgets arbejde. Arbejdet afsluttes i foråret 2009.

Der er endvidere enighed om at gennemføre en midtvejsregulering af skønnet for den kommunale medfinansiering for 2009 i forbindelse med økonomaftalen for 2010. Midtvejsreguleringen gennemføres på grundlag af et opdateret skøn for medfinansieringen i 2009. Det opdaterede skøn svarer til den kommunale medfinansiering på baggrund af aktiviteten for

2008 (opgjort ved takstsystemet for 2009) med tillæg af virkningen af den forudsatte aktivitetsudvikling i 2009, der følger af økonomaftalen for 2009. Midtvejsreguleringen omfatter alene omfordelinger inden for den samlede aftalte regionale udgiftsramme på sundhedsområdet for 2009. I skønnet for den kommunale medfinansiering tages højde for, at der kan ske en værdistigning i behandlingsudgiften pr. patientkontakt. Midtvejsreguleringen af skønnet for den kommunale medfinansiering i 2009 resulterer i en midtvejsregulering i 2009 af henholdsvis regionernes og kommunernes bloktilskud for 2009.

#### **4. Proces for investeringer i en moderne sygehusstruktur**

Regeringen har afsat 25 mia. kr. fra kvalitetsfonden til investeringer i en moderne sygehusstruktur i perioden 2009-18. Der er dermed skabt grundlag for et markant løft af det danske sundhedsvæsen over de kommende ti år.

Regeringen og Danske Regioner har med økonomaftalen for 2008 nedsat et ekspertpanel i oktober 2007, som skal komme forslag til, hvordan midlerne investeres mest hensigtsmæssigt. Ekspertpanelets arbejde tager udgangspunkt i de principper for investeringer i en moderne sygehusstruktur, som ligeledes blev fastlagt i økonomaftalen for 2008.

Ekspertpanelet har været på besøg i alle fem regioner og er godt i gang med at vurdere større strukturelle anlægsprojekter i regionernes sygehusplaner. Regeringen og Danske Regioner er enige om følgende køreplan for udmøntningen af i første omgang 15 mia. kr. af fondens samlede midler:

- Ekspertpanelet gennemfører og afslutter i efteråret 2008 en screening af de fem regioners større strukturelle anlægsprojekter.
- Ekspertpanelet afgiver på grundlag af denne screening i november 2008 indstilling til regeringen om, hvorvidt regionernes større strukturelle anlægsprojekter lever op til principperne for en moderne sygehusstruktur og understøtter en sammenhængende sygehusstruktur.
- Regeringen udmelder 1. februar 2009, efter drøftelse med Danske Regioner, en samlet tilsagnsramme til de enkelte regioner.
- Fra 1. februar kvalificerer og detaljerer regionerne konkrete projekter på baggrund af den udmeldte tilsagnsramme. Projekterne forelægges ekspertpanelet i en løbende proces, hvor panelet indstiller til regeringen, hvilke projekter der lever op til kravene om en moderne sygehusstruktur.
- Regeringen giver efter drøftelse med Danske Regioner et tilsagn om midler til de konkrete investeringsprojekter.

Udmøntningen af den samlede ramme på i alt 25 mia. kr. i perioden 2009-18 er således opdelt i to omgange, hvor der som skitseret udmøntes 15

mia. kr. i første runde. Der er med de resterende 10 mia. kr. mulighed for i en anden senere omgang at håndtere yderligere behov.

## **5. Kvalitet i sundhedsvæsenet**

Et sundhedsvæsen med høj faglig kvalitet fordrer en løbende implementering af nye og mere effektive behandlingsforløb. Med de årlige økonomiske aftaler fastsættes rammer, som sikrer et solidt grundlag for den videre udvikling af kvaliteten i sundhedsvæsenet.

Finansloven for 2008 indeholder en række konkrete tiltag, som skal understøtte og forstærke den eksisterende udvikling i retning af bedre kvalitet i behandlingen for patienterne. Initiativerne skal bl.a. medvirke til, at patienterne oplever sammenhæng i bedre og mere overskuelige behandlingsforløb og trygge rammer. Det gælder også for patienter i mere komplekse forløb. Initiativerne handler bl.a. om faste kontaktpersoner for patienter, bedre sammenhæng i behandlingsforløb for kronikere, pakkeforløb for livstruende hjertesygdomme samt akut handling og klar besked til kræftpatienter.

Kvalitetsreformen omfatter også initiativer, der skal være med til at udbrede bedre og mere effektive behandlingsmetoder hurtigere, så de kan komme alle patienter til gode.

Der afsættes 0,7 mio. kr. i 2009 til finansiering af Danske Regioners arbejde med udvikling af onlinepatientnetværk.

Behandling og omsorg af høj kvalitet stiller også krav til en kvalificeret arbejdskraft. Trepartsaftalerne har fokus på at sikre attraktive arbejdspladser, god ledelse og udvikling af medarbejdernes kompetencer.

### **Kræft**

Med aftalen af 12. oktober 2007 har regeringen og Danske Regioner aftalt at der skal implementeres pakkeforløb på kræftområdet mhp. at sikre kræftpatienter akut handling og klar besked. Med aftalen blev der afsat 225 mio. kr. i 2007 til en midlertidig meraktivitet og forbedring af arbejdsgangene på kræftområdet. Pakkeforløbene implementeres gradvist for de enkelte kræftformer, heraf de sidste inden udgangen af 2008.

Som opfølgning på aftalen i oktober 2007 indgik regeringen og Danske Regioner 18. januar 2008 aftale om udvidelse af regionernes lånerammer med henblik på investeringer i kræftapparatur. Med aftalen blev regionernes lånerammer for 2008 udvidet med 850 mio.kr. til anvendelse til investeringer inden for kræftområdet. Det fremgår af aftalen, at for at understøtte kvalitet, produktivitet og effektiv anvendelse af personaleresourcerne, vil regionerne investere i apparatur mv. efter principper om bl.a. samling af behandling i bæredygtige enheder og hensyn til behovet for kvalificeret personale.

Parterne er enige om, at regionerne, under de kapacitetsmæssige udfordringer som sygehusene står overfor, skal prioritere og tilrettelægge arbejdet på grundlag af de faglige forløbsbeskrivelser og vurdering af de enkelte patienters behov, så alle kræftpatienter undersøges og behandles inden for en tid, der er fagligt forsvarlig samtidig med, at personale og udstyr anvendes så effektivt som muligt.

Regionerne offentliggør løbende forløbstiden for patienter, der følger pakkeforløb, på de enkelte sygehuse.

Med henblik på en færdigimplementering af pakkeforløbene afsættes 175 mio. kr. ekstra til kræftområdet fra 2008 og frem.

Parterne er enige om, at de nye pakkeforløb skal følges tæt, jf. aftalen af 12. oktober 2007. Regionerne etablerer en analyseportal, der kan give information om pakkeforløbene på forskellige niveauer. Der afsættes 7 mio. kr. til denne etablering.

### **Infrastruktur for klinisk kræftforskning**

Det indgår i regionernes opgaver på sundhedsområdet at varetage forsknings- og udviklingsarbejde, der sikrer, at ydelserne efter sundhedsloven kan leveres på et højt fagligt niveau.

På kræftområdet er der med regeringens pulje til styrkelse af infrastrukturen for klinisk kræftforskning etableret en unik organisering, der understøtter forskning og faglig udvikling på et højt niveau. Der afsættes 20 mio. kr. fra 2009 til at prioritere videreførelse og udvikling af infrastrukturen for klinisk kræftforskning. Det forudsættes, at der sikres en tæt forankring af hele indsatsen i det regionale sundhedsvæsen.

### **Pakkeforløb for livstruende hjertesygdomme**

Parterne er enige om, at der skal indføres pakkeforløb for patienter med livstruende hjertesygdomme. Pakkeforløbene skal sikre, at patienterne oplever et effektivt og trygt forløb med den rette information undervejs. Patienterne skal ikke udsættes for unødigt ventetid i forbindelse med et behandlingsforløb.

Patienter med akut livstruende hjertesygdom behandles allerede i dag akut og omfattes derfor ikke af pakkeforløb. Pakkeforløbene skal omfatte øvrige patienter, der lider af livstruende hjertesygdomme. På denne baggrund omfattes hjertetilstandene stabil angina pectoris (stabile hjertekramper), NSTEMI/ustabil angina pectoris (mindre blodprop i hjertet/ustabile hjertekramper), hjerteinsufficiens (hjertesvigt) og hjerteklapsygdom efter anbefaling fra en sundhedsfaglig baggrundsgruppe under Sundhedsstyrelsen og efterfølgende godkendelse i Sundhedsstyrelsens Hjertefølgegruppe.



Arbejdet med udarbejdelsen af pakkeforløb for de tilstande, der omfattes, er igangsat.

Den nuværende Task Force for Kræftområdet får udvidet sit kommissorium til også at omfatte pakkeforløbene på hjerteområdet.

Parterne er enige om, at pakkeforløbene skal være udarbejdet og godkendt senest ved udgangen af 2008, hvorefter implementeringsprocessen kan påbegyndes.

Der er i forbindelse med Finansloven for 2008 indgået aftale mellem regeringen, Dansk Folkeparti, Det Radikale Venstre og Ny Alliance om indførelse af pakkeforløb for patienter med livstruende hjertesygdomme, og der er i den forbindelse med henblik på afvikling af den nuværende ventetidspukkel afsat 100 mio. kr. i 2008 og 50 mio. kr. i 2009 til midlertidig højere aktivitet i forbindelse med implementering af pakkeforløbene.

### **Forstærket indsats for kronisk syge**

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om at gennemføre en markant styrket indsats for kronisk syge og ældre medicinske patienter de kommende år. Der afsættes i alt 565 mio. kr. i perioden 2008-11 til udvikling og gennemførelse af forløbsprogrammer samt til patientundervisning og programmer for egenbehandling for kronisk syge, *jf. bilag 2*.

### **Det præhospitalt akutberedskab**

Der nedsættes et udvalg i efteråret 2008 med repræsentanter fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand), Finansministeriet, Danske Regioner, KL og Sundhedsstyrelsen, der nærmere skal vurdere og kortlægge behovet for en kapacitetsudvidelse og organisering af det præhospitalt beredskab i tilknytning til den fremtidige sygehusstruktur. Udvalget skal tage udgangspunkt i en målsætning om at forbedre det akutte beredskab, så responstiden ved akut tilkald nedbringes, således at hjælpen under normale omstændigheder kan være fremme inden for 15 minutter efter opkald til 112. Udvalget skal afrapportere i efteråret 2009. Udvalget kan indkalde eksperter til at deltage i dele af udvalgsarbejdet.

### **Afbureaukratisering**

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

Regeringen iværksætter en række initiativer, som skal identificere konkrete forenklingsforslag og danne baggrund for fastsættelse af målsætninger for

afbureaukratiseringsarbejdet. Regeringen forpligter sig til at vurdere de indkomne forslag på det statslige område med henblik på forenklinger. Regionerne forpligter sig tilsvarende til at vurdere de forslag, der indkommer i forhold til regionalt fastsatte regler og procedurer med henblik på forenklinger.

Regeringen har i regeringsgrundlaget tilkendegivet, at offentlige institutioner skal gives en såkaldt udfordringsret. Parterne er enige om at drøfte den nærmere udformning heraf på regionernes område.

Herudover er der enighed om, at afbureaukratiseringsindsatsen også vil omfatte vurdering af de administrative konsekvenser af et udvalgt antal forslag til ny statslig regulering på det regionale område.

## **6. Bedre ressourceanvendelse på sundhedsområdet**

Regeringen og Danske Regioner er enige om at sætte fokus på en målrettet ressourceanvendelse på sundhedsområdet. Dette skal blandt andet ses i lyset af de snævre rammer for væksten i de offentlige udgifter samt rekrutteringsvanskelighederne som følge af bl.a. den demografiske udvikling.

Det offentlige sundhedsvæsen har en overordnet forpligtelse til at prioritere hurtig behandling af akut og livstruende sygdom. Det er op til en faglig vurdering at sikre, at de patienter, der har det største og mest akutte behandlingsbehov prioriteres først.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der gennemføres en række konkrete initiativer, som skal frigøre ressourcer fra indkøb, administration m.v. til borgernær service på sundhedsområdet. Samlet er der enighed om, at regionerne i 2009 kan tilvejebringe et råderum på ¼ mia. kr. Råderummet ligger ud over den forudsatte produktivitetsforbedring på 2 pct. på sygehusområdet.

På sygehusområdet er der realiseret en produktivitetsvækst over de seneste år. De seneste målinger viser en gennemsnitlig årlig produktivitetsstigning fra 2003 til 2006 på 2 pct.

Målingerne viser samtidig, at der fortsat er forskelle i produktiviteten mellem både regioner, sygehuse og afdelinger. Undersøgelser har bl.a. også påpeget, at der sygehuse imellem er forholdsvis stor forskel på antallet af ineffektive sengedage, samt at der kan være et stort potentiale for en bedre udnyttelse af sygehusenes apparatur, fx på stråleområdet. Det indikerer et potentiale for at frigøre ressourcer gennem ændret arbejdstilrettelæggelse og en bedre ressourceudnyttelse m.v.

## **God og effektiv administration**

Der er med kommunalreformen og dannelsen af de større regioner skabt forbedrede rammer for det fortsatte arbejde i forhold til større administrativ effektivitet og udnyttelse af synergieffekt. Den tilpasning, som regionerne har foretaget som følge af kommunalreformen, fortsættes.

Regeringen og Danske Regioner har i forlængelse af økonomaftalen for 2008 igangsat en analyse, der skal belyse mulighederne for at effektivisere regionernes administration ved en yderligere tilpasning og samling af regionernes opgaver. Analysens resultater drøftes i forbindelse med forhandlingerne om regionernes økonomi for 2010. Analysen på regionernes område skal ses i lyset af, at der på statens område sker en samling af en række administrative opgaver på færre organisatoriske enheder med henblik på at opnå en mere effektiv og bæredygtig administration.

Regeringen og Danske Regioner vil frem mod økonomiforhandlingerne for 2010 drøfte mulige operationaliseringer af analysens resultater, herunder udrulningsværktøjer for en mere effektiv administration.

## **Effektivt indkøb i regionerne**

Regeringen og Danske Regioner har i økonomaftalen for 2008 aftalt at identificere fokusområder for en yderligere indsats i forhold til at effektivisere regionernes indkøb. For at understøtte et fortsat fokus på effektivt indkøb i den offentlige sektor er der nedsat en Erfaringsgruppe med deltagelse af repræsentanter fra Danske Regioner, KL og Finansministeriet.

Regeringen og Danske Regioner vil fortsætte arbejdet med at udveksle erfaringer og vurdere mulighederne for at gennemføre mere effektive offentlige indkøb.

## **Sygehusmedicin**

Regionernes udgifter til sygehusmedicin er steget med ca. 15 pct. fra 2006 til 2007. Der kan fortsat forventes vækst i udgifterne. Regeringen og Danske Regioner er derfor enige om at undersøge mulighederne for at igangsætte initiativer, der kan begrænse væksten.

Regeringen vil i samarbejde med Danske Regioner kortlægge prisfastsættelsen på lægemidler i sammenlignelige lande og inddrage relevante erfaringer fra disse lande.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at gøre status i foråret 2009. Analysens resultater kan indgå i forhandlingerne om regionernes økonomi for 2010.

## **Nedbringelse af medicinspild**

Der destrueres betydelige mængder medicin. Dette medicinspild kan blandt andet identificeres i almen praksis, i ældreplejen og hos borgerne.

En reduktion af dette ressourcespild kan bidrage til at frigøre midler til andre aktiviteter.

Regeringen, KL og Danske Regioner er på den baggrund enige om i fællesskab at få analyseret årsagerne til medicinspildet og komme med forslag til, hvordan medicinspildet fremadrettet kan nedbringes.

### **Effektiv styring på sygehusområdet**

DRG-systemet anvendes efter dannelsen af regionerne og med indførelse af den nye finansieringsmodel på sundhedsområdet i større og bredere omfang end tidligere, hvilket har understreget behovet for at analysere DRG-systemets styrker og svagheder.

DRG-systemet skal understøtte et stabilt driftsgrundlag i regioner og på sygehuse, bidrage til en effektiv økonomi- og takststyring, samt understøtte det ledelsesmæssige grundlag for udbredelsen af effektive behandlingsforløb.

Regeringen og Danske Regioner er i det lys enige om at nedsætte en arbejdsgruppe, der får til opgave, at:

- give DRG-systemet et serviceeftersyn, herunder identificere uhenigtsmæssigheder og komme med forslag til håndtering heraf, som samtidig understøtter et stabilt driftsgrundlag samt tilgodeser de konkrete styringsbehov i regionerne og på sygehusene, herunder formidling af relevante data til regioner og sygehuse,
- komme med konkrete forslag til en prioritering af arbejdet med formidling og opgørelse samt fordeling af omkostninger forbundet med de enkelte behandlinger med fokus på at sikre sammenlignelighed og gennemsigtighed,
- beskrive forslag til en konkret proces for udvikling af DRG-systemet/takststrukturen, der bl.a. kan understøtte sygehusene i at foretage flere behandlinger og undersøgelser samme dag med kortere ventetid for patienterne, samt at sygehusene tilskyndes til omlægning til ambulante behandling,
- beskrive en model, der kan understøtte synliggørelse og udbredelse af omkostningseffektive behandlingsformer mv., herunder gennem offentliggørelse af behandlingsudgiften i de mest effektive enheder (best practise takster) fra medio 2009.

Arbejdet afsluttes i foråret 2009.

Implementering af ændringer i takststrukturen mv. kan påbegyndes fra 2010.

Regeringen og Danske Regioner er som opfølgning på dette arbejde enige om at udarbejde en strategi for hurtigere udbredelse af bedre og mere effektive metoder til sygdomsbehandling med opstilling af konkrete mål, fx for udbredelsen af ambulante behandlinger samt offentliggørelse af nøglevariable for udvalgte behandlinger. Der er enighed om, at det samtidig giver et grundlag for udarbejdelse af konkrete målsætninger for udbredelsen af effektive og sammenhængende patientforløb.

Regeringen og Danske Regioner igangsætter samtidig en analyse vedrørende bedre udnyttelse af apparatur. Analysen skal afsluttes inden april 2009.

Regeringen og Danske Regioner er 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).

## **7. Øvrig sundhed**

### **Genoptræning**

Regeringen, Danske Regioner og KL aftalte i økonomaftalerne for 2008 at undersøge incitamentsstrukturer og styringsmuligheder på genoptræningsområdet, herunder særligt inden for det specialiserede område. Samtidig har parterne foretaget en monitorering af udviklingen på området de seneste år.

En arbejdsgruppe med regeringen, Danske Regioner og KL har kortlagt, at den gennemsnitlige andel af specialiseret, ambulans genoptræning, samt variationen i denne andel på tværs af regioner og sygehuse ikke er i overensstemmelse med intentionerne bag kommunalreformen om, at langt hovedparten af genoptræningsopgaven skal løses i kommunalt regi. Der er på den baggrund enighed om at implementere en række konkrete anbefalinger inden for det eksisterende regelsæt, der vil give bedre muligheder for at følge og koordinere genoptræningsindsatsen i samarbejde mellem kommuner, regioner og sygehuse, herunder indarbejde og følge op på de aftalte indikatorer og målsætninger i regi af sundhedsaftalerne, *jf. bilag 3*.

Der er fortsat behov for at følge bl.a. udviklingen i genoptræningsomfanget og andelen af specialiseret genoptræning. Desuden påbegyndes opgørelse af ventetid til genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Regeringen, Danske Regioner og KL er på den baggrund enige om, at den særskilte monitorering af genoptræningsområdet videreføres for 2008. Derudover skal der i foråret 2009 gøres status for de anbefalede initiativer på området. Arbejdet skal foreligge senest den 1. april 2009.

## **Bæredygtige lægeklinikker i almen praksis**

Regeringen og Danske Regioner er enige om i det igangværende udvalgsarbejde om almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen at drøfte regionernes muligheder for at understøtte en udvikling i retning af større og mere bæredygtige lægeklinikker.

## **Psykiatri**

Med satspuljeaftalen for 2008 blev der afsat i alt 488 mio. kr. over fire år til gradvist at indføre en udvidet udrednings- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien. Regeringen og Danske Regioner er enige om, at kvaliteten og udbuddet af behandlingstilbud til psykisk syge fortsat skal være i fokus og udviklingen på området følges.

Der er endvidere enighed om også at holde fokus på den akutte indsats på psykiatriområdet. Der er i regi af Sundhedsstyrelsen igangsat et arbejde med det formål at beskrive og analysere behovet for akut indsats på det psykiatriske område. Dermed fås der et klarere billede af, hvordan den akutte indsats bedst tilrettelægges.

## **Familieambulatorier**

Der er med finansloven for 2008 afsat i alt 31,5 mio. kr. årligt til etablering og løbende drift af landsdækkende familieambulatoriefunktioner i regionerne m.v. Midlerne, fratrukket 3 pct. af beløbet til statslig administration samt evaluering af initiativet, udbetales til regionerne i takt med etablering af landsdækkende familieambulatoriefunktioner. Parterne er enige om, at disse midler udmøntes til formålet i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens kommende vejledning. Vejledningen vil blive sendt i høring hos Danske Regioner. Regionerne forpligter sig til at påbegynde etableringen af familieambulatorier i sidste kvartal 2008.

## **Sundheds-IT**

Staten, regionerne og kommunerne er i 2006 gået sammen om at etablere den fælles offentlige organisation – Digital Sundhed - som har fået ansvaret for at skabe en samlet ramme for arbejdet med digitalisering i sundhedsvæsenet. Digital Sundhed har i december 2007 udarbejdet en national strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008-2012, som efterfølgende er blevet operationaliseret i et antal handlingsplaner.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at fastholde et højt ambitionsniveau for udbygningen af sundheds-it, herunder EPJ. Der er derfor behov for at sikre en fortsat fremdrift i arbejdet med at udmønte it-strategien. Parterne vil i fællesskab bidrage til den videre konkretisering af handlingsplanernes væsentligste initiativer og sikre, at alle projekter underbygges af en business case.

Centrale indsatsområder i it-strategien vil på kort sigt kunne bidrage positivt til EPJ-udviklingen og samtidig frigøre højt specialiseret arbejdskraft i

sundhedsvæsenet. Regeringen vil medvirke til, at relevante projekter med veldokumenterede gevinster søges finansieret via fonden for arbejdskraftbesparende teknologier fra 2009.

Den fælles offentlige sundhedsportal – Sundhed.dk – er et central element i den nationale infrastruktur på sundhedsområdet. Regeringen og Danske Regioner er derfor enige om at bidrage økonomisk til videreførelsen af sundhed.dk med udgangspunkt i den eksisterende finansieringsmodel for portalen. Samtidig er sundhedskvalitet.dk med til at give patienter og pårørende en nem adgang til at sammenligne kvalitet og service på landets sygehuse.

For at sikre det nødvendige investeringsniveau i 2008 og 2009 vil regeringen afsætte yderligere 20 mio. kr. til sundheds-it, herunder til statens forholdsmæssige bidrag til udbygningen af sundhed.dk. De afsatte midler kan frigives af Digital Sundheds bestyrelse ud fra en samlet prioritering af investeringernes nytteværdi på kort sigt og mulighederne for at etablere en sammenhængende og omkostningseffektiv infrastruktur på lang sigt.

Regeringen og Danske Regioner vil i forbindelse med de kommende økonomiaftaler tage stilling til finansieringsbehovet til sundheds-it i den resterende del af strategiperioden. Parterne er i den forbindelse enige om at etablere et fælles grundlag for at vurdere de samlede økonomiske konsekvenser ved strategiens videre implementering og forudsætningerne for at sikre realisering af de afledte gevinster.

### **Digital forvaltning og digital signatur**

Regeringen og Danske Regioner er enige om fortsat at understøtte det fællesoffentlige digitaliseringssamarbejde i regi af 'Projekt Digital Forvaltning' med henblik på, at realisere yderligere gevinster ved digitalisering af den offentlige sektor.

Regeringen, KL og Danske Regioner lancerede i sommeren 2007 en fællesoffentlig strategi for digitalisering af den offentlige sektor 2007-2010. Et centralt initiativ i strategien er udvikling af en ny digital signatur. Regeringen og Danske Regioner er enige om, at regionerne afholder i alt 66,5 mio. kr. i perioden 2009-2014 til finansiering af den nye digitale signatur.

Regeringen og Danske Regioner er enige om at lancere nye eDage frem til 2012 for at understøtte udrulning af initiativerne i digitaliseringsstrategien. eDagene skal samtidig understøtte målsætningen fra digitaliseringsstrategien om, at al relevant skriftlig kommunikation mellem det offentlige og borgere og virksomheder skal kunne foregå digitalt i 2012.

### **Arbejdskraftbesparende teknologifond**

Med henblik på at sikre en moderne offentlig sektor og at frigive mere tid til borgernær service er der afsat en ramme på i alt 3 mia. kr. fra 2009 til

2015 til statslig medfinansiering af investeringer i ny arbejdskraftbesparende teknologi og nye arbejds- og organisationsformer. Den konkrete udvælgelse af projekter og dermed den konkrete udmøntning af midler til arbejdskraftbesparende teknologi vil første gang indgå på finansloven for 2009. Danske Regioner vil løbende blive inddraget i arbejdet og parterne er enige om, at initiativer som etablering af fælles nationalt medicinkort og telemedicin søges fremmet. Implementeringsprojekter drøftes med Danske Regioner i de årlige økonomiforhandlinger.

## **8. Regional udvikling**

Det er et fælles mål for regeringen og regionerne, at der skal være gode rammer for vækst og udvikling i hele landet. Regeringen og de regionale vækstfora har som led heri 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. Der er enighed om, at regeringen og vækstfora inden for eksisterende økonomiske rammer drøfter behovet for justering af aftalerne første gang i juni 2008.

En koordineret udnyttelse af regionale styrkepositioner i form af sammenhæng mellem den nationale vækstpolitik og den regionale indsats for vækst og erhvervsudvikling bidrager til at nå de mål, der er opstillet i partnerskabsaftalerne. Regeringen og Danske Regioner er enige om, at de regionale vækstfora og Danmarks Vækstråd kan bidrage positivt i forbindelse med planlægning og udmøntning af initiativer med betydning for erhvervsudviklingen.

## **9. Øvrige temaer**

### **Social- og specialundervisningsområdet**

Regeringen og Danske Regioner er enige om at følge udviklingen på en række områder med tilknytning til sundhedsområdet, herunder neurorehabilitering, kommunikationshandicap mv. Det vil ske i forbindelse med velfærdsministerens årlige redegørelser i perioden frem til og med 2010 om udviklingen på det sociale område - baseret på rapporterne fra de fem regionale udviklingsråd - hvor der kan sættes ekstra fokus på forskellige områder via udmelding af særlige temaer for udviklingsrådenes redegørelser. Emnet vil tillige indgå i velfærdsministerens redegørelse i foråret 2009 om status for kommunalreformen og det kommunale selvstyre.

### **Offentlig-privat samarbejde**

Danske Regioner og regeringen er enige om at se på barriererne for offentlig-private samarbejder. Regeringen har igangsat et arbejde, der skal fremme partnerskaber og nye organisations- og samarbejdsformer mellem den private og offentlige sektor. Sigtet er at udvikle og forbedre den offentlige opgaveløsning samt sikre effektiv ressourceudnyttelse. I den forbindelse kan arbejdet bidrage til at fjerne uhensigtsmæssige barrierer for



øget offentlig-privat samarbejde. Regeringen vil inddrage Danske Regioner.

## Bilag 1: Principper for udbetaling af den statslige, aktivitetsbestemte pulje og fastsættelse af baseline i 2009

Det statslige, aktivitetsbestemte tilskud på sygehusområdet udgør i 2009 3.134 mio. kr. på landsplan inkl. kommunalt aktivitetsbidrag, svarende til 2.528 mio. kr. til regionerne.

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

	Aktivitetspulje
Udbetaling med 100 pct. af DRG/DAGS-takst	1.167
Udbetaling med 70 pct. af DRG/DAGS-takst	1.361
I alt	2.528

Sundhedsstyrelsens takstsystem for 2009 udmeldes endeligt pr. 7. november 2008. Sundhedsstyrelsens takstsystem for 2010 udmeldes foreløbigt pr. 15. maj 2009 og endeligt pr. 15. september 2009.

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 ambulantly eller under indlæggelse, og som finansieres af en sygehusregion ved egne eller fremmede sygehuse, på private klinikker m.v. Alternativ og eksperimentel behandling på private sygehuse m.v., fertilitetsbehandling og kunstig befrugtning samt sterilisation er undtaget. Desuden indgår en række nærmere definerede ydelser på speciallægeområdet, som substituerer sygehusbehandling.

Der afsættes 10 mio. kr. af aktivitetspuljen for 2009, som tilføres regionerne til 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 2.528 mio. kr. for 2009 udbetales á conto i starten af året og opgøres endeligt ved udgangen af 1. kvartal 2010 på grundlag af den aktivitet i regionerne, som er indberettet senest den 1. marts 2010.

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**

Der udmeldes som led i økonomiaftalen for 2009 en foreløbig baseline for 2009 på 50.538 mio. kr. (opgjort i takstsystem 2008 opregnet til 2009-pl) med udgangspunkt i den forventede, faktiske aktivitet i 2008.

Sundhedsstyrelsen beregner og udmelder en baseline for 2009 ved udgangen af 2. kvartal 2009. Baseline opgøres aftalekonsistent i forhold til den forudsatte aktivitetsstigning fra 2008 til 2009 på 3,5 pct.

Metoden til beregning af baseline er:

1. Den faktiske aktivitet i 2008 opgøres med takstsystem 2009.
2. Produktionsværdien efter pkt. 1 tillægges den forudsatte aktivitetsstigning fra 2008 til 2009 på 3,5 pct.
3. Der korrigeres (plus/minus) for nettobudgetvirkningen af puljer i finansloven for 2009.
4. Produktionsværdien af de statslige aktivitetsafhængige midler i 2009 på i alt 3.884 mio. kr. (09-pl) fratrækkes produktionsværdien efter pkt. 1-3 for at danne baseline.

Baseline for 2009 fordeles mellem regionerne med en nøgle, der svarer til deres faktisk realiserede aktivitet i 2008 opgjort ved takstsystem 2009.

Værdien af aktivitetstilskuddene for 2009 kan korrigeres for ændringer af DRG/DAGS-takster og -grupperinger, kodeændringer eller ny registreringspraksis i takstsystem 2009, der gennemføres efter 7. november 2008. 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 2009 kan korrigeres for strukturomlægninger m.v. i sygehusvæsenet i henhold til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses retningslinjer herfor. Regionerne kan løbende fremsende ansøgning om justeringer af aktivitetsopgørelsen, dog senest den 1. februar 2010.

Der fastlægges i 2009 et creeploft over værdistigningen pr. kontakt på 1,5 pct.

Der indregnes et årligt produktivitetskrav, svarende til 2,0 pct. ved fuld udnyttelse af aktivitetspuljen i 2009.

## **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 1.835 mia. kr. alene pålægges kommunal medfinansiering på 1.349 mia. kr. Den kommunale medfinansiering udgør 15,6 pct. heraf, svarende til 210 mio. kr. Herudover sker der et løft på sygesikringsområdet ekskl. medicintilskud på 240 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 2008.

## **Bilag 2: Forstærket indsats for kroniske syge**

Indsatsen overfor patienter med kronisk sygdom skal bidrage, til at kroniske patienter får et sundere og bedre liv med sygdommen, samtidig med at indsatsen vil kunne aflaste de specialiserede ressourcer i sygehusvæsenet, når færre kroniske patienter får behov for behandling på sygehus. Det handler i høj grad om at anvende de eksisterende ressourcer bedre. Gennem en mere proaktiv tilgang vil indsatsen systematisk kunne målrettes det lavest effektive specialiseringsniveau, samtidig med at patienternes egne ressourcer i højere grad inddrages.

Der er enighed om, at forløbsprogrammer kan understøtte et sammenhængende patientforløb for patienter med kronisk sygdom. Forløbsprogrammer skal sikre kvalitet og kontinuitet i behandlingen samtidig med, at der skabes en klar arbejdsdeling mellem sygehus, kommune og almen praksis, så patienten får den rette hjælp på det rigtige tidspunkt og sted.

Der er på nuværende tidspunkt i regi af Sundhedsstyrelsen udarbejdet et generelt forløbsprogram for kronisk sygdom samt et forløbsprogram for diabetespatienter, hvor der opstilles en række generelle mål og anbefalinger, der kan anvendes i kommuner og regioner.

Der afsættes en pulje på 437,5 mio. kr. i perioden 2008-2011 til forløbsprogrammerne. Heraf afsættes 429 mio. kr. i perioden 2008-2011 til regionernes (herunder almen praksis) og kommunernes fælles arbejde med implementering af forløbsprogrammer inden for de store kroniske sygdomsområder, herunder diabetes, muskel- og skeletlidelser, KOL og hjerte-kar sygdomme. Indsatsen vil desuden være målrettet ældre medicinske patienter. Midlerne fordeles med 22,5 mio. kr. i 2008, 60 mio. kr. i 2009 samt 90 mio. kr. årligt i 2010 og 2011 til regionerne og med 14,5 mio. kr. i 2008, 38 mio. kr. i 2009 samt 57 mio. kr. årligt i 2010 og 2011 til kommunerne.

Af puljen på 437,5 mio. kr. afsættes desuden 8,5 mio. kr. på statsligt niveau i perioden 2008-11 til udvikling af forløbsprogrammer samt en løbende evaluering af anvendelsen og effekten af forløbsprogrammerne til brug for landsdækkende videndeling og videreudvikling af forløbsprogrammerne.

Der er desuden enighed om at afsætte 127,5 mio. kr. i perioden 2008-11 til patientundervisning og egenbehandling for kroniske patienter. Midlerne fordeles med 10,5 mio. kr. i 2008, 21 mio. kr. i 2009, 34 mio. kr. i 2010 og 42,5 mio. kr. i 2011 til regionerne og med 2 mio. kr. i 2008, 3,5 mio. kr. i 2009, 5,5 mio. kr. i 2010 samt 7 mio. kr. i 2011 til kommunerne. Endeligt afsættes 1,5 mio. kr. til udviklingsopgaver og evaluering på statsligt niveau i perioden 2009-11.

De afsatte midler skal dels anvendes til et målrettet uddannelsesprogram, der skal ruste patienter med kronisk sygdom til at håndtere deres sygdom.

Programmet skal omfatte både generel undervisning i at leve med en kronisk sygdom og sygdomsspecifik patientundervisning (astmaskoler, diabeteskoler m.v.).

Derudover skal de afsatte midler anvendes til mere systematisk brug af egenbehandling på udvalgte sygdomsområder, fx hjerte-, KOL- og diabetespatienter, herunder finansiering af initiale udgifter til udstyr. Der sættes i første omgang fokus på opstart af egenbehandlingsregimer på "modne" områder, fx antikoagulationsbehandling (behandling med blodfortyndende medicin) af hjertepatienter mv.

Regeringen, Danske Regioner og KL vil følge udviklingen og løbende gøre status for indsatsen, herunder komme med forslag til konkretisering af indsatsen inden for de afsatte rammer. Resultaterne heraf vil kunne indgå i regi af sundhedsaftaler mv. samt inddrages i de årlige økonomiforhandlinger.

### **Bilag 3: Anbefalinger vedrørende genoptræningsindsatsen**

Det forventes, at blandt andet mere fokuseret brug af sundhedsaftaler og sundhedskoordinationsudvalg på genoptræningsområdet vil have indflydelse på regionernes henvisning til specialiseret genoptræning og således bidrage til at nedbringe den gennemsnitlige andel af specialiseret genoptræning. Henvisningen til genoptræning skal tage udgangspunkt i patientens behov og bidrage til sammenhæng, faglig kvalitet og effektivitet i det enkelte patientforløb. Der henvises i øvrigt til bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (BEK nr. 1266 af 5. maj 2006) samt til Vejledning om træning i kommuner og regioner.

Med henblik på at forbedre styringsmuligheder og incitamentsstrukturer på genoptræningsområdet samtidig med, at der sikres en bedre ressourceanvendelse på området, er der enighed mellem regeringen, KL og Danske Regioner om, at:

1. kommuner og regioner i højere grad udnytter sundhedsaftalernes potentiale som styringsredskab på genoptræningsområdet
2. kommuner og regioner opstiller vejledende målsætninger for andelen af specialiseret genoptræning
3. der, blandt andet til brug for den løbende opfølgning på opstillede målsætninger på genoptræningsområdet, med fast interval offentliggøres særlige indikatorer for andelen af specialiseret genoptræning fordelt på regioner, kommuner, sygehuse samt udvalgte specialer og diagnoser
4. sundhedskoordinationsudvalgenes løbende opfølgning på sundhedsaftalerne intensiveres på genoptræningsområdet, specielt med fokus på opstillede vejledende målsætninger for andelen af specialiseret genoptræning, samt at opfølgningen eventuelt suppleres ved nedsættelse af særlige kontaktfora på genoptræningsområdet
5. der som led i den obligatoriske del af sundhedsaftalen mellem kommuner og regioner om arbejdsdelingen på genoptræningsområdet etableres oversigter over hvilke genoptræningstilbud hver kommune råder over, samt hvilke aftaler kommunen har indgået med andre udbydere af almindelig, ambulans genoptræning
6. regionerne proaktivt arbejder for at den aftalte arbejdsdeling på genoptræningsområdet udmøntes i sygehusenes henvisnings- og registreringspraksis, herunder ved at oplyse sundhedspersonalet om de aftalte målsætninger for området samt om de genoptræningstilbud, som kommunerne i regionen råder over
7. der i foråret 2009 gennemføres en fælles opfølgning på de opstillede problemstillinger og løsningsforslag i arbejdsgruppens rapport, og at det i den forbindelse vurderes, om der er behov for, at nogle af de foreslåede initiativer implementeres ved regelændringer, såfremt initiativerne ikke allerede er implementeret, og såfremt den gennemsnitlige andel af specialiseret genoptræning ikke viser klare tegn på at nærme

- sig et niveau, der vurderes at være i overensstemmelse med hensigten bag reformen samt tegn på mindre variation mellem sygehusene
8. at den henvisende myndighed, ved udarbejdelse af genoptræningsplanen, kort angiver en begrundelse for, hvorfor der er henvist til specialiseret, ambulans genoptræning.