

# Aftale om regionernes økonomi for 2016

---

Et godt og et trykt sundhedsvæsen er en hovedprioritet for regeringen.

Med den indgåede aftale om regionernes økonomi for 2016 er der skabt et solidt grundlag for den regionale budgetlægning for 2016.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at aftalens økonomiske rammer indebærer en fortsat udvikling af sundhedsvæsenet med fokus på stigende medicinudgifter og fortsat realisering af sygehusbyggerierne med støtte fra kvalitetsfonden. Det muliggør, at regionerne nu kan få afsluttet deres budgetproces og vedtage holdbare budgetter for 2016.

Regeringen har samtidig tilkendegivet, at sundhedsområdet vil blive et centralt element i en kommende finanslov for 2016, hvor regeringen vil forhandle realiseringen af en række sundhedspolitiske prioriteringer. Som grundlag herfor vil regeringen i efteråret fremlægge en status på sundhedsområdet. Regeringen vil efter indgåelse af en finanslovsaftale drøfte implementering af initiativer på sundhedsområdet med Danske Regioner.

Regionerne er en central aktør i forbindelse med implementering af nye initiativer, reformer og fornyelse af sundhedsområdet og det regionale udviklingsområde. Samarbejdet mellem stat og regioner skal fortsat være baseret på mål og resultater og et fælles fokus på mest mulig sundhed for pengene.

## 1. Regionernes økonomiske rammer for 2016

Aftalen indebærer følgende økonomiske elementer vedrørende 2016:

- Det regionale udgiftsniveau løftes med 1,0 mia.kr. i 2016 til håndtering af stigende medicinudgifter og en fortsat øget efterspørgsel. Der er fastlagt et maksimalt niveau for de regionale nettodriftsudgifter på sundhedsområdet inkl. udgifter til medicintilskud på 106.472 mio. kr. i 2016 med tillæg af reguleringer i medfør af DUT.
- Med aftalen løftes aktiviteten på sygehusområdet i 2016 med 2 pct. Det tilvejebringes af produktivetsforbedringer på 2 pct. i 2016.

- Det regionale udviklingsområde videreføres med uændret udgiftsniveau, dog reduceret med et omprioreringsbidrag. Der er fastlagt et maksimalt niveau for de regionale netdriftsudgifter til det regionale udviklingsområde i 2016 på 3.000 mio. kr., med tillæg af reguleringer i medfør af DUT.
- Regeringen og Danske Regioner er med aftalen enige om et højt niveau for de regionale investeringer (brutto) på sundhedsområdet i 2016 på godt 7 mia.kr. Det skal ses i sammenhæng med et forudsat løft af niveauet for investeringerne i de nye store sygehuse over hele landet, der realiseres med støtte fra kvalitetsfonden. Der er med aftalen for byggeriet forudsat et afløb i 2016 på 4,9 mia. kr. Der er i den forbindelse lagt vægt på, at kvalitetsfondsbyggeriet fortsat realiseres i overensstemmelse med indgåede kontrakter og planer.

Der fastsættes et loftsbelagt niveau for anlægsudgifterne (brutto) på 2,0 mia. kr. i 2016 med tillæg af afløb fra puljer af statsligt projekttilskud herunder satspuljen for psykiatrien. Niveauet er fastsat under hensyntagen til behovet for en normalisering af de offentlige anlægsinvesteringer de kommende år. De snævre rammer for den offentlige økonomi stiller krav om et fortsat fokus på effektivitet, omkostningsbevidsthed og mere velfærd for pengene.

Aftalen betyder, at regionerne leverer et omprioreringsbidrag på 1 pct., der i praksis pålægges regional udvikling og administration. Omprioreringsbidraget på administration tilbageføres til sundhedsområdet. Sygehusene leverer med aftalen fortsat en produktivetsforbedring på 2 pct.

Med henblik på at fremme offentligt-privat samarbejde etableres en deponeringsfritagelsespulje på 400 mio. kr. i 2016, hvor der kan søges om dispensation fra deponeringsforpligtelsen i lånebekendtgørelsen. Der etableres en lånepulje til refinansiering af regionale afdrag inden for en ramme på 650 mio. kr. i 2016.

## 2. Kræftindsatsen

Regeringen vil i 2016 fremlægge en kræftplan IV, der sikrer den langsigtede udvikling af kræftområdet. Regeringen og Danske Regioner er enige om at igangsætte et fagligt forarbejde for kræftplan IV, der skal kortlægge de nuværende udfordringer og afdække fremtidens behov på kræftområdet samt opstille faglige anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet. Foranalysen udarbejdes i regi af Sundhedsstyrelsen. Der fastsættes et kommissorium, og der nedsættes en følgegruppe med deltagelse af Danske Regioner, KL, Finansministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet (formand).

## 3. Nationale mål for sundhedsvæsenet

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at kvaliteten i sundhedsvæsenet skal løftes til et stadig højere niveau. Regeringen, Danske Regioner er derfor enige om at fastsætte få, ambitiøse og forpligtende nationale mål for sundhedsvæsenet, som aftales i foråret 2016. Målene omfatter såvel kvalitetsmål som mål for sundhedsvæsenets udvikling, jf. regeringsgrundlaget.

De nationale mål skal understøttes og suppleres af lokalt definerede kvalitetsmål, der udvikles sideløbende med de nationale mål, og som lægges fast i umiddelbar forlængelse heraf.

Parterne er enige om i efteråret 2015 at aftale en fælles ramme for monitoreringen af de kommende mål for sundhedsvæsenet med den forståelse, at helt lokale kliniske mål på fx afdelingsniveau i mange tilfælde ikke meningsfuldt kan sammenlignes.

#### 4. Sammenhængende sundhedsvæsen

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der skal udarbejdes en samlet plan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, der med en sammentænkning af sygehusfunktioner, praksissektor og kommuner skal sikre en effektiv og sammenhængende indsats for særligt de ældre patienter og mennesker med kronisk sygdom. På den baggrund igangsættes et udvalgsarbejde med deltagelse af Danske Regioner, KL, Social- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet (formand). Kommissoriet drøftes mellem parterne og udvalget afleverer i 2016.

Parterne er enige om at understøtte bedre patientforløb i behandling af mennesker med kronisk sygdom, herunder for patienter med KOL, diabetes eller gigtsygdom. Derudover er parterne enige om en national satsning for mennesker med lungesygdom som KOL og børneastma. Samtidig er regeringen og Danske Regioner enige om national udbredelse af telemedicin for borgere med KOL inden udgangen af 2019. Endelig er parterne enige om at gennemføre forsøg med et program for aktiv patientstøtte.

Parterne er enige om at arbejde for udvikling af almen praksis og understøtter som led heri etablering af større lægehuse og sundhedshuse, hvor de praktiserende læger arbejder sammen med fx andre praksisgrupper, sygehusfunktioner og kommunale sundhedstilbud, som et nært og sammenhængende tilbud med ensartet høj kvalitet. Der opslås en pulje til læge- og sundhedshuse i 2017.

Regeringen og Danske Regioner er tillige enige om fortsat at understøtte de udviklingsspor for en øget integration mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen, som er lagt ved både ændringer af sundhedsloven i 2013 og i den seneste overenskomst mellem RLTN og PLO i 2014.

Parterne er enige om, at der indgås en aftale med milepæle for implementering af initiativerne vedr. kronisk sygdom i efteråret 2015. Parterne vil drøfte initiativerne med KL.

Parterne er enige om en omstilling af behandling mod en mere sammenhængende og borgerrettet indsats for bl.a. personer med kronisk sygdom.

#### Sundhedsaftaler

Regeringen og Danske Regioner ønsker et sundhedsvæsen, hvor patienterne oplever, at sygehuse, almen praksis og de kommunale sundhedstilbud samarbejder om at sikre gode, sammenhængende patientforløb. Der er derfor enighed om at styrke samarbejdet på tværs og omsætte de fælles rammer til konkrete løsninger for patienterne. Kommuner og regioner har nu indgået fem nye sundhedsaftaler for 2015-2018, der danner rammen om et mere forpligtende samarbejde om patienter med behandlingsforløb på tværs af sektorer. Der er fastlagt fælles indikatorer til monitorering af området og styrket opfølgning i de enkelte regioner og kommuner.

Der er enighed om at følge op på kommuner og regioners implementeringsplaner, bl.a. med fokus på evaluering og videndeling, samt udviklingen i indikatorer i foråret 2016.

### Kommunal medfinansiering på sundhedsområdet

På baggrund af en evaluering af ordningen gennemført i foråret 2015 er regeringen, og Danske Regioner enige om, at en ændret medfinansiering skal fjerne mulige incitamentsvirkninger i regionerne, der kan påvirke den marginale aktivitet, og samtidig håndtere de byrdefordelingsmæssige konsekvenser. Der er endvidere enighed om, at der bør arbejdes med en yderligere kortlægning af fordele og ulemper ved mulige modeller for at differentiere medfinansiering målrettet afgrænsede grupper af borgere.

## 5. Bedre monitorering af udredningsretten

Parterne er enige om, at en hurtig udredning af patienterne er central i sundhedsindsatsen. Regionerne er ansvarlige for at give patienterne tilbud om hurtig udredning og skal fortsætte med at arbejde målrettet med implementeringen heraf.

En vigtig forudsætning herfor er ensartet monitorering af udredningsforløbene. Monitoreringen af udredningsretten viser, at en del af patienterne ikke udredes inden for 30 dage. En del af forklaringen er, at der er patienter med selvvalgt ventetid udover 30 dage og fagligt begrundede længere udredningsforløb. Dette monitoreres ikke i dag.

Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner er derfor enige om at data herom opgøres og præsenteres som del af den nationale monitorering. Som led i dette forpligter parterne hinanden til i fællesskab at udvikle en fælles national model for ensartet, valid og kvantificerbart metode til opgørelse af bl.a. patienter, der selv vælger at vente længere, og patienter som ikke udredes inden for 30 dage grundet faglige årsager. Modellen skal så vidt muligt tage afsæt i eksisterende registreringer og erfaringer fra regionerne. Parterne er endvidere enige om, at monitoreringstallene forud for offentliggørelse drøftes mellem Danske Regioner og Sundheds- og Ældreministeriet.

Der er igangsat en evaluering af udredningsretten, som forventes afsluttet i efteråret 2015. Parterne er enige om, at evalueringen og erfaringerne med retten til hurtig udredning på det somatiske område kan bruges i arbejdet med udredningsretten i psykiatrien, hvor udredningsretten på 30 dage træder i kraft den 1. september 2015.

## 6. Psykiatri

Folketingets satspuljepartier blev i juni 2014 enige om en betydelig kapacitetsudbygning og modernisering af den regionale psykiatri. Regeringen ønsker at videreføre indsatsen, og Danske Regioner støtter op om satspuljeaftalens initiativer og konkrete målsætninger. Der er udarbejdet en plan for en årlig opfølgning på regionernes udmøntning af satspuljeaftalens målsætninger, der følges i Sundhedsstyrelsens Task Force for psykiatriområdet.

Den 1. september 2015 bliver psykiatriske patienters rettigheder til udredning og behandling ligestillet med patienter med fysiske sygdomme. Parterne er enige om, at nye rettigheder ikke bør føre til utilsigtet ændret henvisningspraksis i psykiatrien og er enige om halvårligt at følge op på udviklingen. Sundhedsstyrelsen udarbejder sammen med Danske Regioner visitations-

retningslinjer, hvor det er relevant. Visitationsretningslinjerne skal bidrage til at opkvalificere henvisningerne til psykiatrien og understøtte, at ressourcerne anvendes på, at de relevante patienter udredes og får den rette behandling.

Folketingets satspuljepartier har i sommeren 2014 aftalt, at der skal udarbejdes en evaluering af ordningen med tilskud til psykologbehandling i praksissektoren. Evalueringen, som skal drøftes i satspuljekredsen i efteråret, forventes at pege på et behov for at gennemføre en række strukturelle ændringer i ordningen, som bl.a. kan bidrage til at forbedre styringsmulighederne, så retningslinjerne for henvisning til psykologbehandling efterleves. Regeringen og Danske Regioner er enige om at undersøge mulighederne for at øge kvaliteten af lægernes henvisninger til psykologbehandling med henblik på, at retningslinjerne for henvisning efterleves. Psykologer har en faglig forpligtelse til at sikre, at de patienter, der tages i behandling med offentligt tilskud, omfatter kriterierne herfor. Parterne vil gå i dialog med PLO og Dansk Psykolog Forening herom. Parterne er endvidere enige om, at der er behov for at få indsigt i kvalitet og effekt af behandlingen i psykologpraksis

## 7. Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet

Der er enighed om følgende fremadrettede centrale principper for kvalitetsarbejdet:

- Få ambitiøse, nationale mål for kvaliteten, jf. afsnit 3
- Systematisk inddragelse af patienternes behov
- Stærkt ledelsesfokus
- Systematisk brug af tidstro data og datadrevet forbedringsarbejde
- Åbenhed om resultater

Incitament og styring i sundhedsvæsenet skal sikre at hensynet til aktivitet, kvalitet, resultater og omkostninger går hånd i hånd. En central forudsætning for nytænkningen er endvidere adgang til relevante data på tværs af sundhedsvæsenet og systematisk brug af data i kvalitetsarbejdet. Regeringen og Danske Regioner er enige om nedenstående indsatser som afsæt for udvikling og konkretisering af nye rammer for kvalitetsarbejdet. Regeringen vil i efteråret 2015 drøfte de nye rammer for kvalitetsarbejdet med KL.

### *Ny tilgang til kvalitetsarbejdet – fra proceskrav til udvikling af en forbedringskultur*

Personalets motivation skal styrkes og understøttes ved at skabe en forbedringskultur med fokus på effekt og resultat for patienten. Akkrediteringen af sygehusene efter Den Danske Kvalitetsmodel giver anledning til kritik blandt personalet og ledere på sygehusene, fordi fokus på processer opleves mindre relevant for udviklingen af kvalitet i det kliniske arbejde. Derfor er der enighed om at udfase akkrediteringen for de offentlige sygehuse. Regionerne kan dermed omprioritere ca. 100 mio. kr. årligt til en nytænkning af kvalitetsindsatsen på sygehusene.

### *Behandlingen med patienten i centrum – inddragelse og sammenhæng*

At sætte patienten i centrum for behandlingen kræver viden om, hvad der er vigtigt for patienten. Konkrete elementer er bl.a. udvikling af redskaber, der understøtter fælles beslutningstagning, kompetenceudvikling og systematisk anvendelse af patientrapporterede oplysninger (PRO) for tre patientgrupper nationalt på sygehusene inden udgangen af 2019.

#### *God ledelse på alle niveauer i sundhedsvæsenet*

Der igangsættes et ledelsesprogram for sundhedsfaglige ledere og ledelsestalenter i samarbejde med relevante danske og internationale uddannelsesinstitutioner. Programmet bygger oven på igangværende indsatser for styrket ledelse i regioner og kommuner. Indholdet af programmet fastlægges i efteråret 2015, og det første hold igangsættes i foråret 2016.

#### *Lærings- og kvalitetsteams*

Gode resultater og viden om, hvad der virker bedst, skal udbredes hurtigst muligt, og lærings- og kvalitetsteams skal derfor understøtte det lokalt forankrede kvalitetsarbejde. Indholdet fastlægges i 2015 og de første teams etableres og opstartes trinvist fra primo 2016.

#### *Systematisk brug af data, der skaber synlighed om resultater*

Der er i 2014 igangsat et Sundhedsdataprogram i regi af Statens Serum Institut, og Danske Regioner har parallelt påbegyndt en videreudvikling af de kliniske kvalitetsdatabaser. Der er enighed om behovet for en samlet styrket datagovernance på sundhedsområdet, hvor parterne sikrer tæt koordination, og inddragelse på tværs af igangsatte initiativer.

#### *Styring, incitamenter og finansiering skal understøtte kvalitet for patienten*

Det hidtidige fokus på aktivitet har medvirket til at øge produktiviteten i sygehusvæsenet. Fremadrettet tænkes dette sammen med udvikling af styring og incitamenter, der ligeledes sætter fokus på kvalitet og resultater. Konkret igangsættes regionale forsøg på udvalgte områder med at udvikle og afprøve nye styrings- og afregningsmodeller med afsæt i værdibaseret styring. Forsøgene følges af en styregruppe med deltagelse af Danske Regioner (formand), Sundheds- og Ældreministeriet, Social- og Indenrigsministeriet og Finansministeriet. Der afsættes en kvalitetspulje til at understøtte forsøgene.

## 8. Bedre ressourceanvendelse

### Mere tid til kerneopgaven

En undersøgelse fra Rigsrevisionen viser, at der er et potentiale for at bruge personaleresourcerne og operationsstuerne mere effektivt og skabe større gennemsigtighed i brugen af ressourcer. Danske Regioner har igangsat en konsulentanalyse om optimal anvendelse af personaleressourcer på hospitalerne. Analysen skal kortlægge udvalgte afdelingers anvendelse af personaleressourcer med hensyn til bl.a. at sikre mest mulig tid til kerneopgaven og en personalesammensætning på lavest mulige omkostningsniveau. Endvidere skal analysen indeholde en vurdering af det konkrete potentiale for forbedret personaleanvendelse på afdelingerne. Parterne er enige om at Sundheds- og Ældreministeriet og Finansministeriet indtræder i styregruppen for analysen. Analysen skal være færdig i foråret 2016 med henblik på drøftelse i forbindelse med aftalen om regionernes økonomi for 2017.

### Fælles indkøb

Regionerne har vedtaget en fælles strategi for indkøb, optimering af logistik, digitalisering mv. og bl.a. etableret Regionernes Fælles Indkøb, der skal føre til flere fælles udbud. Regeringen og Danske Regioner er enige om at gøre status over de fælles løsninger på indkøbsområdet. Endvidere analyseres styring og organisering af indkøbsområdet - herunder logistiske ram-

mer, brug af udbud mv. på tværs af sektorer i Danmark samt forslag til forbedringer. Udenlandske erfaringer inddrages i analysearbejdet. Analyserne færdiggøres primo 2016.

### **God økonomistyring på sygehusene**

Regeringen og Danske Regioner er enige om at fastholde fokus på god, stærk og robust økonomistyring i regionerne. Det videre arbejde og initiativer drøftes mellem parterne i efteråret 2015.

### **Analyse af medicinområdet**

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der er brug for et forstærket fokus på medicinområdet. Derfor nedsættes en arbejdsgruppe, som skal kortlægge og komme med anbefalinger vedrørende den overordnede håndtering af medicinområdet. Derudover overvejes, hvordan grundlaget for styringen kan forbedres fx gennem bedre data om anvendelse, sporing og effekt af medicin. Som grundlag for arbejdet gennemføres en ekstern konsulentanalyse. Arbejdet færdiggøres i januar 2016. Formandskabet varetages af Sundheds- og Ældreministeriet.

### **Analyse af aktivitetsniveau og arbejdsdeling**

Regeringen og Danske Regioner er enige om at igangsætte en analyse af aktiviteter og behandlingsomfang for udvalgte patientgrupper, hvor der ses på sygehusbehandlinger (indlagt og ambulant) og ydelser i praksissektoren, og der sammenlignes med, hvordan behandlingerne varetages i andre sammenlignelige lande. Der vurderes, hvorvidt forskelle i organiseringsformer har betydning.

### **Konkurrenceudsættelse**

Parterne er enige om, at der igangsættes et arbejde under Social- og Indenrigsministeriet med deltagelse af bl.a. Danske Regioner, hvor IKU- og PTI-indikatorerne gennemgås med henblik på at opdatere indikatorerne på det regionale område. I arbejdet beskrives de forhold, der har betydning for indikatorernes udvikling, herunder hvordan samarbejdet med den private sektor i øvrigt kan beskrives. I forlængelse af arbejdet med at gennemgå indikatorerne er parterne enige om at indlede drøftelser af konkurrenceudsættelse gennem flere udbud ved brug af måltal mv.

### **Ny offentlig digitaliseringsstrategi 2016-2020**

Regeringen og Danske Regioner er enige om at fortsætte den ambitiøse digitaliseringsdagsorden i den kommende offentlige digitaliseringsstrategi 2016-2020.

Strategien forventes at fokusere på brugeroplevelse og prioritering af de digitale indgange til den offentlige sektor, automatisering af sagsgange og forbedring af sagsbehandlingstider, digital velfærd, udvikling af den dataunderstøttede offentlige sektor og centrale fællesoffentlige digitale infrastrukturelementer. I strategien opstilles ambitiøse målsætninger for digitalisering af den offentlige sektor frem mod 2020.

Den samlede økonomiske ramme for den offentlige digitaliseringsstrategi for 2016-2020 aftales i forbindelse med økonomiaftalen for 2017. Der er herudover aftalt en række yderligere initiativer på digitaliseringsområdet.

## 9. Øvrige temaer

### Sygehusbyggeri

Regionerne har som bygherrer ansvar for at realisere kvalitetsfundsprojekterne inden for de udmeldte tilsagnsbetingelser, så der opføres fuldt ud funktionsdygtige og tidssvarende sygehuse. Regionerne foretager de nødvendige prioriteringer, der sikrer styring og overholdelse af de fastlagte investeringsrammer og dermed klare rammer for de enkelte projekter.

Som led i regionernes projekt om videndeling er der gennemført en ekstern evaluering af byggestyringsprincipperne i de 16 kvalitetsfundsprojekter. Når evalueringen foreligger, vil Danske Regioner med afsæt heri understøtte regionerne i at arbejde systematisk med styring af byggerierne. Regeringen og Danske Regioner er enige om fortsat at følge regionernes arbejde med videndeling tæt. Danske Regioner skal inden udgangen af 2015 opdatere oversigten over de initiativer, som regionerne har igangsat i projektet om videndeling.

### Diagnostik – Statens Serum Institut

Med udgangspunkt i arbejdsgruppen om organisering af det diagnostiske områdes anbefalinger om organisering af mikrobiologiske undersøgelser skal der frem mod udgangen af 2015 indgås en aftale om den fremtidige faglige opgavefordeling mellem Statens Serum Institut og regionerne. Der enighed om, at den eksisterende opgavefordeling fastholdes indtil foråret 2016.

### Patientombuddet

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at inden udgangen af 2015 færdiggøres evalueringen af patientombuddet, og finansieringen samt den fremtidige finansieringsmodel afklares ligeledes.

### Vækst og regional udvikling

Regeringen og regionerne er enige om, at regionernes nye vækst og udviklingsstrategier og de vækstpartnerskaber, som regeringen indgår med hvert af de regionale vækstfora, støtter op om regeringens mål om vækst i hele Danmark og bidrager til at sikre helhedsløsninger, der tager hensyn til, at vilkårene for vækst er forskellige i de enkelte regioner i Danmark.

Regeringen og regionerne vil endvidere samarbejde om initiativer, der medvirker til et kompetenceløft af arbejdskraften, at flere gennemfører en erhvervsuddannelse, og at sammenhængen i indsatsen mellem erhvervsfremme, uddannelse og beskæftigelse styrkes.

Erhvervs- og Vækstministeriet og Danske Regioner indgik den 1. juli 2014 en aftale om tre udviklingsselskaber for turisme. Parterne er enige om, at finansiering i perioden 2016-2017 i overensstemmelse med aftalen drøftes inden udgangen af 2015 for så vidt angår Dansk Kyst- og Naturturisme og Dansk Erhvervs- og Mødeturisme.

### Mobil- og bredbåndsdækning

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at en velfungerende mobil- og bredbåndsinfrastruktur er afgørende for samfundet, idet det bl.a. kan understøtte udbredelsen af telemedicin og bidrage til vækst og regional udvikling.



Regeringen ønsker vækst og udvikling i alle dele af Danmark og vil derfor undersøge mulige initiativer, der styrker teleselskabernes muligheder for at skabe god dækning.

### **Privatbaner**

Regeringen har tilkendegivet, at den vil videreføre investeringstilskuddet til privatbanerne uændret i 2016. Regeringen vil i efteråret 2015 tage stilling til eventuelle supplerende analyser i lyset af den rapport, som arbejdsgruppen om kriteriet for antal kilometer privatbanespor præsenterede i marts 2015.

# Bilag 1. Regionernes økonomi for 2015

De økonomiske forudsætninger for regionernes økonomi i 2016 er beskrevet i boks 1-3.

## Boks 1

### Økonomiske forudsætninger vedrørende sundhed

- Der er fastlagt et maksimalt niveau for de regionale nettodriftsudgifter på sundhedsområdet inkl. udgifter til medicintilskud på 106.472 mio. kr. i 2016, hvortil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet.
- Med aftalen løftes aktiviteten på sygehusområdet i 2016 med 2 pct. Det tilvejebringes af produktivtetsforbedringer på 2 pct. i 2016.
- Regionerne leverer et omprioreringsbidrag på administration af sundhedsområdet, svarende til 60 mio. kr., som tilbageføres til sundhedsområdet.
- Der er enighed om et loftsbelagt niveau for anlægsudgifterne (brutto) på 2,0 mia. kr. på sundhedsområdet i 2016, med tillæg af afløb i 2016 fra puljer af statsligt projekttilskud ift. Aftale om finanslov for 2014, statslige puljer fra Aftale om finanslov for 2015 samt Aftale om satspuljen for psykiatrien for 2015-2018. Hertil kommer forudsat afløb på 4,9 mia. kr. i 2016 vedrørende sygehuse med støtte fra kvalitetsfonden. Der hensættes endvidere i 2016 i regionerne ved deponering 1.085,8 mio. kr. (16-PL) til finansiering af projekter med kvalitetsfundsstøtte.
- Det statslige bloktilskud udgør 88.686 mio. kr. i 2016, hvortil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet.
- Det statslige, aktivitetsbestemte tilskud udgør i 2016 1.339,3 mio. kr. Den aktivitetsbestemte pulje udmøntes som anført i bilag 2.
- De foreliggende opgørelser viser, at sygehuse i 2014 har præsteret en samlet produktionsværdi på 65.556 mio. kr. (16-PL). I 2015 forventes sygehuse at præstere en uændret aktivitet i forhold til 2014 svarende til en produktionsværdi på 65.556 mio. kr. (16-PL) ekskl. puljer. I 2016 forventes en aktivitetsstigning på 2 pct., svarende til en forventet produktionsværdi på 66.867 mio. kr. De forventede produktionsværdier i 2015 og 2016 er opgjort under forudsætning af en produktivtetsvækst på 2 pct. i begge år.
- Det maksimale niveau for regional finansiering fra kommunal medfinansiering i form af aktivitetsbestemte bidrag udgør 19.632 mio. kr. i 2016, hvortil kommer regulering i medfør af DUT-princippet. Finansieringsløftet fordeles mellem regionerne med udgangspunkt i regionernes aktivitet i 2014.
- I 2016 er 1 mia. kr. af regionernes bloktilskud betinget af regionernes aftaleoverholdelse i driftsbudgetterne for 2016. Herudover vil en overskridelse af driftsbudgetterne i regnskabet for 2016 indebære en modregning i regionernes bloktilskud.
- En andel af regionernes bloktilskud i 2016 på ½ mia. kr. er betinget af, at regionernes budgetter for 2016 lever op til den aftalte ramme for anlægsudgifter (ekskl. udgifter vedrørende sygehusbyggeri med kvalitetsfundsstøtte) på 2,0 mia. kr. med tillæg af afløb i 2016 fra puljer af statsligt projekttilskud ift. Aftale om finanslov for 2014, statslige puljer fra Aftale om finanslov for 2015 samt Aftale om satspuljen for psykiatrien for 2015-2018.
- Der etableres en deponeringsfritagelsespulje på 400 mio. kr. i 2016, hvor der kan søges om dispensation fra deponeringsforpligtelsen i lånebekendtgørelsen.
- Der etableres en lånepulje til refinansiering af regionale afdrag inden for en ramme på 650 mio. kr. i 2016.

## **Boks 2**

### **Økonomiske forudsætninger vedrørende regional udvikling**

- Der er fastlagt et maksimalt niveau for de regionale nettodriftsudgifter til det regionale udviklingsområde i 2016 på 3.000 mio. kr., hvortil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet.
- Der er forudsat et omprioreringsbidrag på 30 mio. kr. vedr. regional udvikling.
- Det statslige bloktilskud til regional udvikling udgør 2.288 mio. kr. i 2016, hvortil kommer reguleringer i medfør af DUT-princippet.
- For 2016 vil pris- og lønregulering indebære, at udgangspunktet for regionernes bidragsfastsættelse vil være et grundbidrag på 129 kr. pr. indbygger, svarende til 734 mio. kr. Reguleringen er fastsat på basis af et skøn for den regionale pris- og lønudvikling fra 2015-2016 på 1,3 pct.

## **Boks 3**

### **Øvrige økonomiske forudsætninger**

- Pris- og lønudviklingen på sundhedsområdet fra 2015-2016 er fastsat til 1,3 pct. ekskl. medicin.
- For regional udvikling er pris- og lønudviklingen fra 2015-2016 fastsat til 2,2 pct.
- Den samlede pris- og lønregulering på det regionale område fra 2015-2016 er fastsat til 1,3 pct. inklusiv medicin.
- Pris- og lønskønnet for anlægsudgifterne er 1,6 pct. fra 2015-2016.

# Bilag 2. Principper for udbetaling af den statslige, aktivitetsbestemte pulje

---

Det statslige, aktivitetsbestemte tilskud på sygehusområdet udgør i 2016 3.725,9 mio. kr. på landsplan inkl. kommunalt aktivitetsbidrag, svarende til 1.339,2 mio. kr. til regionerne. Midlerne udbetales med 40 pct. DRG/DAGS-takst inkl. kommunalt aktivitetsbidrag.

Der kan én gang hvert år (1. maj til ikrafttrædelse 1. juli) udmeldes budgettakster for nye behandlinger mv. af væsentligt omfang og betydning. Takstsystemet kan herudover efter nærmere aftale mellem Danske Regioner, Sundheds- og Ældreministeriet og KL justeres for indførelse af meget væsentlige, nye behandlingstilbud eller for omlægninger af væsentlig økonomisk betydning for sygehusene.

#### *Dækningsområde for puljemidlerne*

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

#### *Udbetaling og fordeling af puljen på regioner*

Regionernes aktivitetsbestemte tilskud på i alt 1.339,2 mio. kr. for 2016 udbetales a conto i 12-del rater i tilknytning til bloktilskuddet og opgøres endeligt ved udgangen af 1. kvartal 2017 på grundlag af den aktivitet i regionerne, som er indberettet senest den 10. marts 2017. De statslige aktivitetsmidler fordeles mellem regionerne efter samme nøgle som bloktilskuddet til regionernes sundhedsudgifter.

Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner er enige om vigtigheden af, at der hver den 10. i måneden foreligger opgørelser af aktivitet mv. til regionerne.

#### *Opgørelse af baseline mv. for de statslige aktivitetspuljer*

Der forudsættes i 2015 en uændret aktivitet i forhold til den faktisk konstaterede aktivitet i 2014.

Den foreløbige baseline for 2016 er 57.552,3 mio. kr. (2016 takstsystem). Metoden til beregning af den foreløbige baseline er aftalekonsistent og er:

1. Den faktiske aktivitet i 2014 opgjort i takstsystem 2016 er uændret.
2. Produktionsværdien efter pkt. 1 tillægges den forudsatte aktivitetsstigning fra 2015 til 2016 på 2,0 pct.
3. Produktionsværdien af de statslige aktivitetsafhængige midler i 2016 på i alt 9.314,9 mio. kr. (16-pl) fratrækkes produktionsværdien efter pkt. 1-3 for at danne baseline.

Sundheds- og Ældreministeriet beregner og udmelder en endelig baseline for 2016 pr. januar 2016. Den endelige baseline er fastlagt ved den foreløbige baseline korrigeret (plus/minus) for nettobudgetvirkningen af puljer i finansloven for 2016. Fastsættelse af den foreløbige baseline for 2016 sker på baggrund af Statens Seruminstits takstsystem for 2016 udmeldt ultimo juni 2015, den endelige baseline for 2016 beror herpå.

Baseline for 2016 fordeles mellem regionerne med en nøgle, der svarer til deres faktisk realiserede aktivitet i 2014 opgjort ved takstsystem 2016. Såfremt enkelte regioner ikke opnår deres andel af puljen, kan uforbrugte midler overføres til den pågældende regions andel af puljen i det efterfølgende år.

Værdien af aktivitetstilskuddene for 2016 kan korrigeres for kodeændringer eller ny registreringspraksis i takstsystem 2016, der gennemføres efter 1. maj 2015. 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 2016 kan korrigeres for strukturomlægninger herunder til omkostningseffektive ikke takstbærende aktiviteter i sygehusvæsenet mv. i henhold til Sundheds- og Ældreministeriet retningslinjer herfor. Regionerne kan løbende fremsende ansøgning om justeringer af aktivitetsopgørelsen, dog senest den 1. februar 2017.

Der fastlægges i 2016 et loft over den gennemsnitlige værdistigning pr. kontakt på 1,5 pct. Der indregnes et årligt produktivetskrav, svarende til 2,0 pct. ved fuld udnyttelse af aktivitetspuljen i 2016

#### *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 1.311,1 mio. kr. alene pålægges kommunal medfinansiering på 895,9 mio. kr. Den kommunale medfinansiering udgør 25,6 pct. heraf, svarende til 229,6 mio. kr. Den forudsatte kommunale medfinansiering udgør således 19.632,1 mio. kr. i 2016, hvortil kommer regulering i medfør af DUT-princippet.

Fordelingen af de samlede statslige aktivitetsmidler på kommuner og regioner er foretaget på baggrund af det endelige takstsystem for 2016 pr. juni 2015.