



Medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

17-08-2012

Sagsnr. 12/1154

Annette Budtz-

Jørgensen

Tel.: 3529 8263

E-mail: abj@regioner.dk

Åben dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse fredag den 24-08-2012 kl. 10:30

Deltagere: Bent Hansen, Carl Holst, Ulla Astman, Steen Bach Nielsen, Vibeke Storm Rasmussen, Poul Erik Svendsen, Henrik Thorup, Per Tærsebøl, Thor Buch Grønlykke, Poul Müller, Anne V. Kristensen, Birgitte Josefsen, Bente Lauridsen, Knud Andersen, Jens Stenbæk, Flemming Stenild, Birgitte Kjøller Pedersen

Afbud:

Mødested: Danske Regioner
Dampfærgevej 22,
2100 København Ø



Indholdsfortegnelse

1. Formandens meddelelser, sagsnr. 12/1154	1
2. Åbent referat af møde 14-06-2012 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 12/1154	3
Bilag: 1. Åbent referat af bestyrelsesmøde 14-06-2012	
3. Evaluering af Folkemødet 2012, sagsnr. 11/1157	5
4. Udpegning til Europarådets kongres af lokale og regionale myndigheder, sagsnr. 12/1434	9
5. Dispensationsadgang til regionsrådenes nedsættelse af stående udvalg, sagsnr. 12/622	11
Bilag: 1. Orientering til Danske Regioner om lovændring	
Bilag: 2. Lovforslaget som fremsat	
Bilag: 3. Lov nr 586 af 18. juni 2012 om ændring af regionsloven	
6. Høringssvar vedr. lovudkast om ret til hurtig udredning og behandling, sagsnr. 11/2169	13
Bilag: 1. Høringssvar	
7. Høringssvar vedr. EU-forslag til generel forordning om databeskyttelse, sagsnr. 12/998	17
Bilag: 1. Høringssvar	
Bilag: 2. Danske Regioners bemærkninger til høringssvar	
8. Høringssvar vedr. ændrede svangreanbefalinger, sagsnr. 11/1565	19
Bilag: 1. Høringssvar	

9. Høringssvar vedr. afskaffelse af regionale udbudstrategier, sagsnr. 12/1435	23
Bilag: 1. Høringssvar	
10. Reform af førtidspensions- og fleksjobordningen, sagsnr. 10/2312	25
Bilag: 1. Notat. Reform af førtidspensions- og fleksjobordningen	
11. Nye anbefalinger for samarbejdet med Epilepsihospitalet, sagsnr. 12/1287	27
Bilag: 1. Rapport: Epilepsihospitalet s fremtidige opgaver	
Bilag: 2. Rapport fra arbejdsgruppen vedrørende økonomi og aktivitetsstyring	
12. Revidering af EU's udbudsregler - fælles holdning med KL, sagsnr. 11/1207	29
bilag: 1. Holdningspapir - EU's udbudsregler	
13. Indikatorer for regionernes konkurrenceudsættelse, sagsnr. 08/3500	31
Bilag: 1. Beskrivelse af den tekniske opgørelse af IKU og PTI	
14. Status over Patientforsikringens behandling af erstatningssager i forbindelse med metal-mod-metal-hofteproteser, sagsnr. 12/478	33
15. Generelle orienteringer, sagsnr. 12/1154	35
16. Næste møde, sagsnr. 12/1154	37
17. Eventuelt, sagsnr. 12/1154	39



1. Formandens meddelelser, sagsnr. 12/1154

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

-

Indstilling

-

Sagsfremstilling

-

Bilag
Ingen.





**2. Åbent referat af møde 14-06-2012 i Danske Regioners bestyrelse,
sagsnr. 12/1154**

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

-

Indstilling

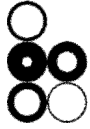
*Det indstilles,
at referatet godkendes.*

Sagsfremstilling

-

Bilag

Åbent referat af bestyrelsesmøde 14-06-2012 (1024658).





3. Evaluering af Folkemødet 2012, sagsnr. 11/1157

Eva Margrethe Weinreich-Jensen

Resumé

”Folkemødet er allerede en tradition”. Det sagde Bornholms borgmester Winni Grosbøll i sin afslutningstale. Men hvordan regionerne skal deltage, det kan varieres. I år var strategien aktiv deltagelse i en række arrangementer, synlighed i form af eget telt på Cirkuspladsen, Demokratiavisen og en særlig hjemmeside, hvor man kunne følge med i de regionale aktiviteter. Hvordan fungerede det, og hvad bør eventuelt tænkes ind fremover?

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen drøfter dette års erfaringer på Folkemødet,

at bestyrelsen tager den overordnede evaluering til efterretning,

at bestyrelsen beslutter, om den vil afholde et bestyrelsesmøde og den årlige bestyrelsesmiddag i forbindelse med Folkemødet 2013 og dermed aflyse det ordinære bestyrelsesmøde den 28. juni 2013.

Sagsfremstilling

Helt overordnet har Folkemødet 2012 fået fine anmeldelser i pressen. Danske Regioners aktive indsats er blevet bemærket og kommenteret af mange af vore samarbejdsparter.

Aktiv deltagelse i egne eller andres events

Der var mindst 38 debatmøder, hvor regionale politikere deltog. Region Hovedstaden var arrangør på 10 af dem, og Region Sjælland i et. De strakte sig over en bred vifte af emner indenfor regionernes ansvarsområder, fra psykiatri og misbrug til diskussionen af fuldtidsarbejde til sygeplejersker og til udkantsdanmark. Den brede vifte var en del af strategien for regionernes deltagelse i Folkemødet. Der var dog flest arrangementer om regional udvikling, vækst, innovation og sundhed. Det er generelt vurderingen, at der var tilfredshed med indholdet af de debatmøder, som Danske Regioner stod for. De bidrog på forskellig vis til at fastslå fremtidige samarbejder, åbne for nye dialoger og tage fat på nødvendige diskussioner.

Sekretariatet er opmærksomt på, at der i forberedelsen af næste års Folkemøde, kan indgå forsøg med at time diverse tiltag/publikationer til Folkemødet, sende



prøveballoner op – vel vidende af det formentlig hvert år vil være ugen efter indgåelsen af økonomiaftalen. I år blev der brugt mange ressourcer på at forberede baggrundsmateriale i traditionel forstand, til deltagelsen i de mange events, hvor hovedparten var debatter. Det skal nok gøres på en lidt anden måde næste år, da Folkemødet er en særlig platform, hvor formen også kan være mere fri.

Teltet på Cirkuspladsen

Placeringen fungerede godt. Cirkuspladsen er i den ene ende af byen, men alligevel central, da mange mennesker kommer forbi til partiernes taletid på scenen, og fordi der også var en del andre arrangementer på pladsen. Det gav en masse aktivitet i og udenfor teltet, at vi havde inviteret Sundhed.dk, EN AF OS og Sikker Patient kampagnerne med i teltet. Nogle forbipasserende savnede muligheden for at møde de regionale politikere i teltet. Det kan derfor overvejes, om vi næste år skal have faste tidspunkter, hvor der er én eller flere politikere til stede i teltet. Det kan give mulighed for den politiske diskussion mand til mand, som nogle deltager i Folkemødet for at få.

Hjemmesiden

Den særlige Folkemøde-hjemmeside på regioner.dk gav mulighed for at få overblik over regionale events løbende. Både i form af nyhedsreportager og videoer. Siden har været relativt godt brugt, og der er fortsat folk, der går ind og ser eller genser videoerne. Talmæssigt har der været 4.300 sidevisninger i alt. Særligt de praktiske oplysninger har været meget anvendt, for eksempel oversigt over regionernes arrangementer. De 21 videoer - 10 korte reportager og 11 uredigerede debatvideoer – har været vist ca. 700 gange.

Demokratiavisen

Avisen gav en fin synlighed, både på Cirkuspladsen og i medierne, og var som førsteudgave vellykket i form af, at unge blev engageret og inddraget i den demokratiske debat.

Annoncering

Annoncer i de tre store landdækkende aviser op til Folkemødet var en vigtig del af synlighedsstrategien, og indsatsen for at gøre det mere alment kendt, at regionerne ikke kun er ansvarlige for sundhedsområdet. Det er dog samtidig også en forholdsvis stor post på budgettet. Annoncer i Folkemødeavisen blev der flittigt refereret til, og det er rent praktisk den avis, som mange folk tager med sig i Folkemødedagene. Derfor er det vurderingen at annonceringen heri var både brugbar og nyttig.



Praktiske ting

To udvalgsmøder og et bestyrelsesmøde i forlængelse af hinanden og inden Folkemødets åbning, fungerede ikke hensigtsmæssigt. Lokalerne var ikke velegnede til formålet. Hvis der skal holdes ordinære møder i forbindelse med Folkemødet i fremtiden, skal der derfor findes en anden løsning.

Nogle af mødelokalerne til Danske Regioners egne debatmøder var også for perifert placeret, og dermed gik de måske glip af mere tilfældigt forbipasserende, som bliver fanget ind af, at der sker et eller andet. Her kunne et øget brug af teltet til debatmøder overvejes fremover. Vurderingen er dog fortsat, at det indholdsmæssige fungerede og bidrog til det videre arbejde og samarbejde.

Indkvartering i Allinge er det optimale, men også et begrænset gode. Danske Regioner sikrede sig forholdsvist tidligt overnatningsmuligheder i og omkring Allinge. Standarden var varierende og generelt måske mere velegnet til sommerferiegæster.

Transportmulighederne på Bornholm var opgraderet under Folkemødet, men det vil indgå i evalueringen med Folkemødets Sekretariat, at der på dette område fortsat er behov for at sætte mere ind. Særligt med flere busser til og fra Rønne Lufthavn, men også taxiudbuddet.

Sponsoring

Bestyrelsen bevilgede på mødet den 27. januar 2012 100.000 kr. til Folkemødet, og har med dette beløb vist sin opbakning om Folkemødet og dets idé. Sponsoringen blev brugt aktivt i annoncer og på hjemmesiden, både af Danske Regioner og Folkemødet. Værdien heraf er ikke som sådan opgjort. Men det vil eventuelt indgå fremover, at Folkemødet i endnu højere grad bør gøre reklame for sponsorerne og inddrage os i aktiviteter op til Folkemødet, herunder informationsmøder, eller som eksempler til pressen med mere.

Økonomi

Bestyrelsen bevilgede på mødet den 27. januar 2012 500.000 kr. som ramme for Danske Regioners aktiviteter i forbindelse med Folkemødet 2012.

Udgifterne fordeler sig på følgende hovedgrupper:

- Telt, logistik, praktiske forhold: 178.700 kr.
- Debatmøder, videoer, moderatorer mm: 110.225 kr.



-
- Annoncer: 154.000 kr.
 - Demokratiavisen: 55.500 kr.

I alt 498.426 kr.

Bilag
Ingen.



4. Udpegning til Europarådets kongres af lokale og regionale myndigheder, sagsnr. 12/1434

Resumé

Den danske delegation til Europarådets kongres af lokale og regionale myndigheder (Kommunalkongressen) skal fornyes for perioden oktober 2012 til oktober 2016. Medlemskabet af Kommunalkongressen indgår i Danske Regioners samlede konstitueringsaftale.

Annelise Korreborg

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender, at Danske Regioners delegation i Kommunalkongressen videreføres uændret.

Sagsfremstilling

Danske Regioner og KL udpeger fem medlemmer og fem suppleanter til Europarådets kongres af lokale og regionale myndigheder (Kommunalkongressen). To medlemmer og tre suppleanter udpeges af Danske Regioner. Mens KL udpeger tre medlemmer og to suppleanter. Europarådet har anmodet om fornyelse af den danske delegation for perioden oktober 2012 til oktober 2016.

Formalia omkring udpegningen er drøftet med Danmarks permanente repræsentation ved Europarådet. Sekretariatet har i den forbindelse nævnt, at udpegningen indgår i Danske Regioners konstitueringsaftale, og at foreningen derfor formentlig vil indstille, at den nuværende repræsentation videreføres uændret, men at vi (ligesom KL) kan have behov for ændringer med udgangen af 2013 som følge af kommunalvalget i november 2013. Repræsentationen har drøftet dette med Kommunalkongressens sekretariat, og det står fast, at den danske delegation ikke kan fornyes/videreføres i sin nuværende sammensætning, da kongressens forretningsorden i mellemtiden er ændret, sådan at det underrepræsenterede køn skal udgøre mindst 30 procent, både blandt repræsentanterne og blandt suppleanterne. Det betyder, at der mindst skal udpeges to kvinder/mænd både som repræsentanter og som suppleanter.

Den nuværende sammensætning af den danske delegation i Kommunalkongressen er følgende:

Repræsentanter:

Knud Andersen, Region Hovedstaden

Karin Dubin, Region Hovedstaden

Per Bødker Andersen, Kolding Kommune



Freddi Madsen, Esbjerg Kommune
Martin Merrild, Struer Kommune

Suppleanter:

Peter Madsen, Region Sjælland
Ole B. Sørensen, Region Nordjylland
Pia Torvind, Region Syddanmark
Kirstine Bille, Syddjurs Kommune
Jens Chr. Gjesing, Haderslev Kommune

Isoleret set opfylder Danske Regioners repræsentation kønskravet. Sekretariatet har derfor med KL drøftet muligheden for, at KL udpeger en kvindelig repræsentant, så delegationen holder sig inden for forretningsordenens kønsbestemmelser. KL's internationale udvalg behandler dette den 14. september 2012.

Bilag
Ingen.



5. Dispensationsadgang til regionsrådenes nedsættelse af stående udvalg, sagsnr. 12/622

Resumé

Folketinget har den 12. juni 2012 vedtaget forslag om ændring af regionsloven. Ved ændringen indføres der i lovens § 36, stk. 2, at økonomi- og indenrigsministeren kan godkende, at regionsrådet etablerer et såkaldt udvalgsstyre.

Elsebeth Kroer

Indstilling

Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Folketinget har den 12. juni 2012 vedtaget en ændring af regionsloven, der giver en dispensationsadgang til, at økonomi- og indenrigsministeren kan godkende, at regionsrådet kan etablere et såkaldt udvalgsstyre.

Et udvalgsstyre i en region indebærer, at den umiddelbare forvaltning af regionens opgaver varetages af stående udvalg. Forretningsudvalget vil fortsat have opgaver svarende til de opgaver, som et økonomiudvalg har i kommunerne, samt i det omfang regionsrådet beslutter det, tillige den umiddelbare forvaltning af opgaver, som ikke er henlagt til de stående udvalg. Regionsrådet vil herefter ikke længere – som det også er tilfældet for kommunalbestyrelsen – kunne varetage den umiddelbare forvaltning af regionens opgaver. Regionsrådet vil dog fortsat være det øverste ansvarlige organ i regionen.

Relationerne mellem regionsrådet, forretningsudvalget og de stående udvalg vil svare til de relationer, som gælder efter den kommunale styrelseslov mellem kommunalbestyrelsen, økonomiudvalget og de stående udvalg. Endelig vil der fortsat være adgang til at nedsætte særlige udvalg.

De nærmere vilkår for godkendelse af bestemmelser i en styrelsesvedtægt af en regional styreform med stående udvalg, herunder hensyn til vederlæggelse af medlemmer af forretningsudvalget og de stående udvalg, vil, jfr. regionslovens § 36, stk. 3, blive fastsat af økonomi- og indenrigsministeren i overensstemmelse med det overfor anførte. Det forudsættes i den forbindelse, at bestemmelser i styrelsesvedtægten om vederlag til regionsrådets medlemmer af stående udvalg fastsættes inden for de gældende rammer for vederlæggelse af udvalgsmedlemmer i regionen.



Bilag

Orientering til Danske Regioner om lovændring [DOK967624].PDF
(1027831).

Lovforslaget som fremsat [DOK914967].PDF (1027830).

LOV nr 586 af 18. juni 2012 om ændring af regionsloven [DOK967638].PDF
(1027829).



6. Høringsvar vedr. lovudkast om ret til hurtig udredning og behandling, sagsnr. 11/2169

Thomas Ibsen Jensen

Resumé

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har fremsendt udkast til forslag om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Med ændringen indføres en ny rettighed for patienterne, som fremover enten skal være udredt eller som minimum have en plan for videre udredning inden for 30 dage. Der indføres desuden en ret til behandling inden for enten 30 eller 60 dage beroende på, om der vurderes at være tale om alvorlig eller mindre alvorlig sygdom. Der er udarbejdet udkast til høringsvar, som bl.a. peger på behovet for præciseringer på flere områder.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen godkender udkastet til høringsvar.

Sagsfremstilling

Høringsvaret peger på en række spørgsmål, som må afklares nærmere. Heraf bør nogle afklares i selve lovteksten, mens andre vil kunne håndteres i den videre forberedelsesproces mellem Ministeriet for sundhed og forebyggelse og regionerne. Der er bl.a. behov for afklaring på følgende punkter:

Ret til hurtig udredning

Med den nye ret til hurtig udredning er der behov for en nærmere præcisering af, hvad der i lovens forstand forstås ved udredning. Bl.a. skal det afklares, om en henvisning til behandling i sygehusregi altid betragtes som en henvisning til udredning, eller der kan være tilfælde, hvor patienten betragtes som udredt ved henvisningen til sygehus. Det kunne f.eks. være efter henvisning fra praktiserende læge på grundlag af rekvirerede diagnostiske undersøgelser, eller tilfælde, hvor en patient har en kendt, tidlige stillet diagnose.

Det bør desuden præciseres, at en patient der er henvist til sygehusbehandling kan afvises, hvis det vurderes at patientens lidelse bør udredes i almen praksis. Det understreges i høringsvaret, at de nye regler ikke må føre til ændringer i henvisningsmønstret i almen praksis, og at mange diagnostiske forløb fortsat skal foregå i regi af almen praksis.

Befordring



Retten til hurtig udredning af omfattet af reglerne om befordring. Det skal præciseres, om patienter, der ikke kan udredes inden for 30 dage har ret til befordring, hvis patienten benytter det frie valg til at vælge vurdere udredning og behandling uden for bopælsregionen.

Ventetid beregnes fra tidspunkt for patientens samtykke

Ventetid til behandling skal regnes fra det tidspunkt, hvor patienten samtykker til det givne behandlingstilbud. Der er i den forbindelse bl.a. behov for præcisering af, hvordan dette tidspunkt opgøres og om samtykket skal gives til den læge, der har foretaget udredningen eller den læge, der skal varetage behandlingen.

Behandling inden for 30 eller 60 dage

Vurderingen af, om patienten skal behandles inden for 30 eller 60 dage, er en individuel og lægefaglig vurdering, som skal foretages på baggrund af udredningen og kriterier, som vil blive fastlagt af Sundhedsstyrelsen.

Det understreges i høringssvaret, at der af hensyn til en ensartet praksis på tværs af regionerne skal fastsættes så klare og objektive kriterier som muligt for, hvad der kan betegnes som henholdsvis alvorlig og mindre alvorlig sygdom. F.eks. vil en konkret liste over sygdomme og tilstande, der i sammenhængen må opfattes som alvorlige, kunne understøtte en ensartet praksis og bidrage til at vejlede lægerne.

Ressourcemæssige overvejelser

Det fremgår af lovbemærkningerne i det fremsendte udkast, at der udelukkende vil være midlertidige merudgifter forbundet med udredningen. Det bemærkes i høringssvaret, at der også vil være en varig udgiftsmæssig effekt af udredningsgarantien, som, vi forventer, vil blive drøftet nærmere.

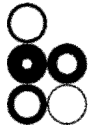
Fakta om høringen kan findes på nedenstående link:

<https://bdkv2.borger.dk/Lovgivning/Hoeringsportalen/Sider/Fakta.aspx?hpid=2146003654>

Sekretariatets bemærkninger

I aftalen om regionernes økonomi for 2013 indgår, at regeringen ønsker at indføre en udredningsret og differentieret behandlingsgaranti. Sekretariatet vurderer, at det fremsendte lovudkast flugter med økonomiaftalens tekst.

Bilag



Hørings svar vedr. lovudkast om ret til hurtig udredning og behandling
(1029289).





7. Høringssvar vedr. EU-forslag til generel forordning om databeskyttelse, sagsnr. 12/998

Birgitte Bidstrup

Resumé

Justitsministeriet har sendt et EU-forslag til en forordning om beskyttelse af personoplysninger i høring. Med forslaget ønsker Kommissionen en ensretning og opstramning i EU af de nuværende regler vedrørende behandling af personoplysninger.

Danske Regioner anerkender i høringssvaret et behov for mere ensartede regler omkring personoplysninger i EU, men påpeger samtidig, at forslaget synes at besværliggøre behandlingen af personoplysninger yderligere. Konsekvenserne af forordningen ift. bl.a. sundhedslovens regler fremgår ikke klart. Derfor efterlyser Danske Regioner i høringssvaret en afklaring af forslagets retlige, økonomiske og praktiske konsekvenser.

Indstilling

Det indstilles,

at høringssvaret vedr. EU-forslag til generel forordning om databeskyttelse godkendes.

Sagsfremstilling

EU-Kommissionen finder, at der er brug for en moderne, sammenhængende databeskyttelsesregler for hele EU, så personoplysninger kan flyde frit mellem medlemsstaterne med et højt beskyttelsesniveau for borgerne. Kommissionen påpeger, at en sådan ensretning i EU bl.a. vil sikre det indre marked med vækst, nye job og innovation.

Forordningens regler dækker både private virksomheder og organisationer som offentlige myndigheder.

Forslaget er på en række punkter en videreførelse af den nuværende regulering i det gældende Databeskyttelsesdirektiv (som i dansk ret er implementeret i "persondataloven"). Men forslaget indebærer også en langt højere grad af overvågning og kontrol, som må forventes at få konsekvenser i regionerne. Som noget helt nyt foreslås desuden oprettelse af institutioner i form af nationale tilsynsmyndigheder samt et Europæisk Databeskyttelsesråd.

Forordningen skal erstatte det nuværende Databeskyttelsesdirektiv. Vedtages forordningen, tildeles EU flere beføjelser, fordi forordninger er direkte binden-

de for alle medlemslande i EU, og medfører direkte bindende pligter og rettigheder for borgerne. Modsat giver direktiver mere indflydelse i medlemsstaterne, fordi direktiver må ”vinkles/bøjes” i implementeringen i national ret. Kommissionen argumenterer for en forordning, da den finder, at det forventede mål om beskyttelsen af personoplysninger ikke i tilstrækkelig grad kan nås af medlemsstaterne alene.

Danske Regioners høringssvar, fremsendt med forbehold for politisk behandling, er vedlagt som bilag.

I høringssvaret anerkender Danske Regioner, at der er behov for mere ensartede regler omkring personoplysning i EU, men påpeger samtidigt at den øgede kontrol, som der lægges op til, kan medføre både en tung og tidskrævende sagsbehandling. Desuden er konsekvenserne i forhold til bl.a. sundhedslovgivningen ikke afklaret. Derfor henstilles der til, at der sker en afklaring af EU-forslagets retlige, økonomiske og praktiske konsekvenser og at dette sker i samarbejde med Danske Regioner.

Notat med uddybende bemærkninger til Danske Regioners høringssvar er vedlagt som bilag.

Fakta om høringen kan findes på nedenstående link:

<https://bdkv2.borger.dk/Lovgivning/Hoeringsportalen/Sider/Fakta.aspx?hpid=2146003498>

Bilag

Høringssvar Danske Regioner (1020283).

Danske Regioners bemærkninger til høringssvar af 2. juli 2012 (1027976).



8. Høringsvar vedr. ændrede svangreanbefalinger, sagsnr. 11/1565

Susan Colding

Resumé

Danske Regioner har modtaget ændrede anbefalinger for svangreomsorgen i høring fra Sundhedsstyrelsen. Ændringerne vedrører de første to uger efter fødslen.

Styrelsen har revideret anbefalingerne i erkendelse af, at de ikke til fulde blev efterlevet. Der er bl.a. anbefalet færre hjemmebesøg til kvinder, der har født ambulant, opstillet forudsætning, der skal være opfyldt inden hjemsendelse og indført en efterfødselsplan.

Hælbloodprøve og hørescreening af nyfødte forbliver en regional opgave af hensyn til patientsikkerheden. KL og DSR har argumenteret for, at sundhedsplejerskerne skulle overtage opgaverne for at reducere antallet af genindlæggelser af nyfødte.

I høringssvaret er Danske Regioner positiv overfor de nye anbefalinger.

Indstilling

Sundhedsudvalget indstiller,

at bestyrelsen godkender høringssvaret vedr. ændrede anbefalinger for svangreomsorgen.

Sagsfremstilling

Danske Regioner har modtaget udkast til anbefalinger for svangreomsorgen i høring fra Sundhedsstyrelsen. Det er kun kapitel 15 vedr. barselsperioden dvs. de første to uger efter fødslen, der er ændret. Der har været en del medieomtale af genindlæggelser af nyfødte gennem det seneste års tid. KL og DSR har argumenteret for, at kommunernes sundhedsplejersker skulle overtage screeninger af nyfødte og efterfødselssamtale med mødre for at reducere antallet af genindlæggelser af nyfødte. De reviderede anbefalinger har været sendt i høring i regionerne, og der er afgivet høringssvar til Sundhedsstyrelsen med forbehold for politisk godkendelse.

I de nye anbefalinger er der lagt vægt på, at:

- der er brug for både jordemødres, sygeplejerskers og sundhedsplejerskers kompetencer de første dage,
- der er brug for en koordinering af indsatsen,



- der skal sikres hyppig kontakt i den første uge efter fødslen – især for førstegangsfødende,
- sundhedsplejersken kommer hurtigt på hjemmebesøg, når familien udskrives før 72 timer,
- hælblodprøve og hørescreening af nyfødte forbliver en regional opgave af hensyn til patientsikkerheden

Høringssvaret

I høringssvaret er Danske Regioner positiv overfor de nye anbefalinger. Danske Regioner anerkender, at anbefalingerne tager udgangspunkt i familiens behov og ressourcer samt, at ansvarsfordelingen mellem regioner og kommuner er klar. Danske Regioner ønsker at implementere anbefalingerne løbende ud fra en behovstilpasset model – for eksempel med fokus på førstegangsfødende og komplicerede forløb. Anbefalingerne er mindre vidtrækkende end de tidligere anbefalinger i forhold til antal hjemmebesøg ved jordemoder efter ambulante fødsel.

Resumé af nye punkter/emner i anbefalingerne rettet mod regionerne

De reviderede anbefalinger fremhæver behovet for fleksibelt samarbejde mellem det kommunale og det regionale sundhedsvæsen. Det præciseres, at vel fungerende barselsforløb er et fælles ansvar.

I lighed med anbefalingerne fra 2009 er der lagt vægt på differentierede tilbud. En ressourcestærk flergangsfødende har ikke nødvendigvis brug for de samme tilbud som for eksempel en nervøs førstegangsfødende, der har sociale og psykiske problemer.

Som noget nyt er der anbefalet en række konkrete forudsætninger, der skal være opfyldt for at forebygge genindlæggelser. Hvis forudsætningerne er opfyldt, kan sygehuset sende familien tidligt hjem. Det anbefales, at fødestederne laver retningslinjer for, hvilke forhold hos mor og barn der giver tilbud om indlæggelse.

Barselsperioden kan forløbe i hjemmet under forudsætning af, at forældrene er velforberejdede på den første tid hjemme. Det sker bl.a. gennem fødsels- og forældreforberedelsen.

Der anbefales en efterfødselsplan (post-partum plan), som skal laves i løbet af graviditeten og opdateres kort efter fødslen inden udskrivning.



Personalet på fødestedet anbefales at støtte forældrenes kompetencer i at varetage omsorgen for det nyfødte barn. Personalet skal hurtigst muligt orientere den kommunale sundhedstjeneste. I orienteringen bør det fremgå, om kvinden har født ambulante, eller hvornår hun forventes udskrevet. Personalet skal sikre, at epikrisen til egen læge indeholder relevante oplysninger for at skærpe opmærksomheden på særlige behov hos familien.

De reviderede anbefalinger præciserer, at efterfødselssamtalen skal gennemføres ved en jordemoder.

Det anbefales, at forældrene har mulighed for at henvende sig telefonisk og personligt til fødestedet døgnet rundt op til syv dage efter fødslen.

Det anbefales, at jordemoderen eller sygeplejersken kontakter flergangsfødende dagen efter fødslen. Førstegangsfødende, der har født ambulante, og hjemmefødende tilbydes besøg i hjemmet af jordemoder dagen efter fødslen.

Alle fødende bør tilbydes en konsultation på 2.-3. dagen efter fødslen. Konsultationen kan foregå på fødestedet, i en decentral jordemoderkonsultation eller i hjemmet. Ved konsultationen laves screeningerne af barnet (hæmoglobinprøve og hørescreening). Der følges op på barnets tilstand, amning, moderens fysiske tilstand samt mor og fars psykiske tilstande. Ved behov bør der aftales tid til uddybende efterfødselssamtale med fødejordemoderen og evt. fødselslæge. Det anbefales, at fødestedet tilbyder vejledning i forlængelse af konsultationen, hvis der er vanskeligheder eller psykiske problemer.

Sundhedsplejerskens opgaver

Hvis familien er udskrevet inden 72 timer efter fødslen, anbefales det, at sundhedsplejersken aflægger et tidligt hjemmebesøg på 4.-5. dagen. Tidligere hed anbefalingen hjemmebesøg på 3. og 5. dagen. Formålet er at føre tilsyn med barnets trivsel, bidrage til at undgå genindlæggelse samt at fokusere på familiedannelse. Ved behov kan undersøgelsen foregå på fødestedet.

Hidtidige anbefalinger

Anbefalingerne for svangreomsorgen blev senest ændret i 2009. Dengang blev der anbefalet flere hjemmebesøg efter ambulante fødsler end i de nye anbefalinger. Regionerne har allerede eller er i fuld gang med at implementere anbefalingerne fra 2009. Blandt andet med de nye fødeplaner. Regionerne har finansieret anbefalingerne fra 2009 via omorganisering og effektiviseringer. Regionerne fik midler til styrket forebyggelse af rhesus immunisering og scree-



ning af alle gravide for HIV og syfilis, men regionerne fik ikke midler til hjemmebesøg og differentieret fødselsforberedelse.

Sundhedsstyrelsen har revideret anbefalingerne i en erkendelse af, at de ikke kunne/blev efterlevet i tilstrækkelig grad. Regionerne har ikke deltaget i arbejdsgruppen. Sekretariatet i Danske Regioner har derimod deltaget i ét referencegruppemøde, hvor styrelsen præsenterede et næsten færdigt kapitel om barselsperioden.

Fakta om høringen kan findes på nedenstående link:

<https://www.borger.dk/Lovgivning/Hoeringsportalen/Sider/Fakta.aspx?hpid=2146003495>

Sekretariatets bemærkninger

Høringssvaret har været behandlet i Sundhedsudvalget den 12.6.2012.

Bilag

Høringssvar (1017226).



9. Høringssvar vedr. afskaffelse af regionale udbudsstrategier, sagsnr. 12/1435

Jens Peter Bjerg

Resumé

Danske Regioner har den 6. juli 2012 modtaget høring over udkast til lov om ændring af lov om kommunernes styrelse og regionsloven. Ændringen omhandler afskaffelse af kommunernes kvalitetskontrakter samt kommunale og regionale udbudsstrategier.

Danske Regioner har som udgangspunkt en positiv holdning til konkurrenceudsættelse gennem udbud og anvendelsen af private leverandører. Danske Regioner finder det dog ikke nødvendigt at man fra centralt hold definerer hvad den enkelte regions strategi på udbudsområdet skal indeholde og hilser derfor ændringen velkommen.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen godkender udkast til høringssvar.

Sagsfremstilling

Danske Regioner har den 6. juli 2012 modtaget høring over udkast til lov om ændring af lov om kommunernes styrelse og regionsloven. Ændringen omhandler afskaffelse af kommunernes kvalitetskontrakter samt kommunale og regionale udbudsstrategier. Der er svarfrist den 31. august 2012.

Den nuværende bekendtgørelse stiller krav om at regionsrådet udarbejder en udbudsstrategi, der blandt andet skal indeholde følgende:

- En angivelse af, på hvilke områder regionsrådet påtænker at udbyde driftsopgaver
- Konkrete mål for konkurrenceudsættelse, herunder for særligt udbuds-egnede opgaver
- Strategi for at nå udbudsrådets mål for øget konkurrenceudsættelse

Med ændringen vil regionsrådet ikke længere være forpligtet til at udarbejde en udbudsstrategi, der indeholder ovenstående. Der er ikke i den nuværende bekendtgørelse forpligtelser til at gennemføre bestemte initiativer med henblik på at øge anvendelsen af udbud, lige som det er op til det enkelte regionsråd at opstille mål og udforme en strategi for at nå disse.



Fakta om høringen kan findes på nedenstående link:

<https://bdkv2.borger.dk/Lovgivning/Hoeringsportalen/Sider/Fakta.aspx?hpid=2146003677>

Sekretariatets bemærkninger

Danske Regioner har som udgangspunkt en positiv holdning til konkurrenceudsættelse gennem udbud og anvendelsen af private leverandører. Regionerne har således allerede en meget omfattende brug af private leverandører.

Danske Regioner finder det derfor ikke nødvendigt at man fra centralt hold definerer hvad den enkelte regions strategi på udbudsområdet skal indeholde og hilser derfor ændringen velkommen. Det vil fortsat være muligt for den enkelte region at udforme en udbudsstrategi ud fra de kriterier man finder mest hensigtsmæssig.

Bilag

Danske Regioners høringssvar vedrørende lov om ændring af lov om kommunernes styrelse og regionsloven (1028534).



10. Reform af førtidspensions- og fleksjobordningen, sagsnr. 10/2312

Mette Holm Sørensen

Resumé

Regeringen gennemfører pr. 1. januar 2013 en reform af førtidspensions- og fleksjobordningen, der betyder, at personer under 40 år fremover ikke kan få førtidspension, men i stedet skal tilbydes et ressourceforløb. Alle kommuner skal i den forbindelse oprette rehabiliteringsteam, hvor regionerne skal repræsenteres i form af en sundhedskoordinationsfunktion, der giver en entydig og koordineret adgang til rådgivning og vurdering i det regionale sundhedsvæsen.

Indstilling

Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

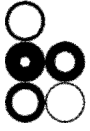
Regeringen indgik den 30. juni 2012 forlig om førtidspensions- og fleksjobordningen med V, LA og K. Reformen betyder, at personer under 40 år fremover ikke kan få førtidspension, men tilbydes i stedet et ressourceforløb, der består i en tværfaglig og helhedsorienteret indsats på tværs af beskæftigelses-, uddannelses-, sundheds- og socialområdet. For at sikre et koordineret forløb skal alle kommuner oprette rehabiliteringsteam. Her er regionerne repræsenteret i form af en sundhedskoordinationsfunktion, der giver en entydig og koordineret adgang til rådgivning og vurdering i det regionale sundhedsvæsen.

Reformen træder i kraft den 1. januar 2013.

Vedlagte notat redegør for hovedelementerne i reformen med fokus på de dele, som vedrører regionerne.

Bilag

Notat. Reform af førtidspensions- og fleksjobordningen (1028000).





11. Nye anbefalinger for samarbejdet med Epilepsihospitalet, sagsnr. 12/1287

Helene Skude Jensen

Resumé

To nye rapporter kommer med anbefalinger til det fremtidige samarbejde mellem regionerne og Epilepsihospitalet. Den ene rapport kommer med sundhedsfaglige anbefalinger. Disse beskriver, hvilke behandlinger Epilepsihospitalet skal prioritere og kan varetage i fremtiden. Den anden rapport har fokus på økonomi- og aktivitetsstyring på Epilepsihospitalet. Sekretariatet vurderer, at anbefalingerne udgør et velegnet udgangspunkt for samarbejdet mellem regionerne og Epilepsihospitalet.

Indstilling

Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Sundhedsstyrelsen har offentliggjort to nye rapporter. Den ene har fokus på, hvilke behandlinger Epilepsihospitalet skal prioritere og varetage i fremtiden. Den anden beskæftiger sig med økonomi- og aktivitetsstyring på Epilepsihospitalet. Epilepsihospitalet, Region Sjælland og Danske Regioner har deltaget i begge arbejdsgrupper.

Arbejdsgrupperne kommer med en række anbefalinger til principper for den fremtidige henvisnings- og visitationspraksis og til økonomi- og aktivitetsstyring samt udarbejdelse af takststruktur.

Arbejdsgrupperne anbefaler bl.a., at:

- regionerne og Epilepsihospitalet har et fælles ansvar for at sikre, at alle patienter med epilepsi tilbydes den udredning og behandling, der er anbefalet i kliniske retningslinjer, herunder også Sundhedsstyrelsens retningslinjer vedrørende epilepsikirurgi mv.
- Epilepsihospitalet skal prioritere patienter inden for de udrednings- og behandlingskategorier, der alene varetages på Epilepsihospitalet
- Epilepsihospitalet derudover kan tilbyde andre patientkategorier udredning og behandling, i det omfang de økonomiske rammer herfor er til stede
- der løbende følges op på regionernes forbrug hos Epilepsihospitalet, herunder også i forhold til ventetider



Baggrund

I finanslovsaftalen for 2012 mellem regeringen og Enhedslisten indgår, at der afsættes 25 millioner kroner i 2012 og 15 millioner kroner i 2013 til at understøtte Epilepsihospitalets aktivitet i en tilpasningsperiode. Som en del af aftalen skulle der nedsættes to arbejdsgrupper. De to arbejdsgrupper har nu afsluttet arbejdet med en række anbefalinger om Epilepsihospitalets fremtidige opgavevaretagelse samt økonomi- og aktivitetsstyring.

Region Sjælland skal som bopælsregion fortsat varetage forhandlingerne om, hvordan fritvalgsrammen skal anvendes samt monitoreringen på vegne af alle regioner.

Sekretariatets bemærkninger

Sekretariatet vurderer, at anbefalingerne udgør et velegnet udgangspunkt for samarbejdet mellem regionerne og Epilepsihospitalet.

Bilag

Rapport: Epilepsihospitalet fremtidige opgaver april 2012 (1028490).

Rapport fra arbejdsgruppen vedrørende økonomi og aktivitetsstyring.pdf (1028492).



12. Revidering af EU's udbudsregler - fælles holdning med KL, sagsnr. 11/1207

Jens Peter Bjerg

Resumé

EU's udbudsdirektiv er implementeret i dansk lov og gælder for udbud af varer og tjenesteydelser over en tærskelværdi på ca. 1,4 millioner kroner. EU-Kommissionen fremlagde i midten af december 2012 deres forslag til en revidering af udbudsreglerne. Danske Regioners bestyrelse vedtog allerede den 23. juni 2011 en fælles holdning til en kommende revidering. Efterfølgende har sekretariatet gennemført en omfattende indsats med henblik på at påvirke processen. Sekretariatet har nu udarbejdet et fælles notat med KL, der blandt andet skal bidrage til formuleringen af en officiel dansk holdning til de igangværende forhandlinger.

Indstilling

Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Regionerne køber årligt varer og tjenesteydelser for ca. 36 milliarder kroner. EU's udbudsdirektiv er implementeret i dansk lov, og gælder for udbud af varer og tjenesteydelser over en tærskelværdi på ca. 1,4 millioner kroner. Derudover gælder den nationale tilbudslov for alle indkøb over 500.000 kroner, med mindre at området udbydes som EU-udbud.

Danske Regioner er positive over for de fordele ved konkurrenceudsættelse efter udbud, der blandt andet sikres gennem EU's udbudsregler og tilbudsloven. EU-reglerne har dog også medført en række væsentlige ulemper, så som øgede administrative omkostninger og unødvendigt bureaukrati.

Danske Regioners bestyrelse hilste derfor på deres møde den 23. juni 2011 en kommende revidering af EU-reglerne velkommen. Samtidig vedtog bestyrelsen en fælles holdning. Efterfølgende har sekretariatet gennemført en omfattende indsats med henblik på at påvirke processen. Dette er sket både på nationalt plan og EU-plan. Eksempelvis er der holdt møder med repræsentanter for EU-kommissionen, danske medlemmer af EU-Parlamentet, Folketingets erhvervsudvalg samt relevante erhvervsorganisationer.



På grund af EU-formandskabet har Regeringen endnu ikke vedtaget en officiel dansk holdning. Denne proces starter efter sommerferien. Det er lykkedes at koordinere Danske Regioner og KL's holdning til en revidering af EU's udbudsregler. Sekretariatet har derfor udarbejdet et fælles notat med KL, der blandt andet skal bidrage til debatten om en officiel dansk holdning på området.

Det udarbejdede notat afspejler de holdninger, som bestyrelsen vedtog i juni 2011.

Bilag

Holdningspapir - EU's udbudsregler (1020987).



13. Indikatorer for regionernes konkurrenceudsættelse, sagsnr. 08/3500

Jeppe Hedegaard Munck

Resumé

Regionernes brug af konkurrenceudsættelse af de regionale opgaver i 2011 svarer til brugen i 2010. Det viser nogle indikatorer opgjort ud fra regionernes regnskaber.

Andelen af regionernes driftsudgifter, der går til køb af tjenesteydelser hos private leverandører, kan opgøres på to måder afhængigt af om praksissektoren tælles med eller ej. Såfremt praksissektoren tælles med er andelen 36,6 procent. Såfremt den ikke tælles med er andelen 20,9 procent.

Indstilling

*Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.*

Sagsfremstilling

Det fremgår af Økonomiaftalen for 2013, at: ”Som opfølgning på aftalen om den regionale økonomi for 2012 er der i et samarbejde mellem regeringen og Danske Regioner fastlagt et teknisk grundlag for måling af konkurrenceudsættelsen i regionerne, indikator for konkurrenceudsættelse (IKU). Parterne er enige om løbende at følge udviklingen i regionernes konkurrenceudsættelse målt ved den regionale IKU.”

Ud over indikator for konkurrenceudsættelse opgøres også en indikator, som tager højde for, at regionerne benytter privat praktiserende sundhedspersoner til at udføre opgaverne i praksissektoren (idet sektoren består af private leverandører, som dog ikke er konkurrenceudsat i traditionel forstand). Den indikator kaldes Privat Tjenesteydelsesindikator (PTI).

Opgørelsen af IKU viser, at 20,9 procent af regionernes driftsudgifter går til private leverandører. Medtages praksissektoren, viser PTI at 36,6 procent af regionernes driftsudgifter går til private leverandører. I begge opgørelser medtages endvidere udbud, som regionerne selv vinder.

Tabel 1 gengiver Indikator for Konkurrenceudsættelse fordelt på regioner.



Tabel 1. Indikator for Konkurrenceudsættelse, 2010 og 2011

	2010	2011	Ændring
Hovedstaden	20,8	21,3	0,5
Sjælland	23,4	23,1	-0,3
Syddanmark	22,5	22,9	0,4
Midtjylland	18,5	17,4	-1,1
Nordjylland	20,9	20,0	-1,0
I alt	21,0	20,9	-0,1

Kilde: Danmarks Statistik

Der blev i forbindelse med bestyrelsens drøftelse af økonomiaftalen den 9. juni 2012 spurgt til, hvorledes indikatorerne opgøres. Der er derfor udarbejdet et notat, der redegør for den tekniske opgørelse af IKU og PTI.

Bilag

Beskrivelse af den tekniske opgørelse af IKU og PTI (1021821).



14. Status over Patientforsikringens behandling af erstatningsager i forbindelse med metal-mod-metal-hofteproteser, sagsnr. 12/478

Martin Grønberg Johansen

Resumé

Patientforsikringen har per 3. august 2012 modtaget 195 anmeldelser fra patienter, der har fået indopereret en metal-mod-metal-hofteprotese. Der er på nuværende tidspunkt udbetalt i alt ca. 4,2 millioner kroner i erstatning, og for de sager, der allerede er afgjort, ligger anerkendelsesprocenten langt over den generelle anerkendelsesprocent.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

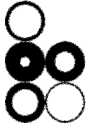
Sagsfremstilling

Patientforsikringen har per 3. august modtaget i alt 195 anmeldelser fra patienter, der har fået indopereret en metal-mod-metal-hofteprotese. Der er truffet afgørelse i 59 sager, og heraf har 41 patienter fået medhold. De 41 sager har resulteret i en erstatningsudbetaling på ca. 4,2 millioner kroner (eksklusiv renter), hvilket giver en gennemsnitlig erstatningsudbetaling på ca. 103.000 kroner per patient.

Neden for ses en oversigt over Patientforsikringens behandling af erstatningsagerne opgjort per 3. august 2012:

Antal anmeldelser	195
Afgørelser	59
Anerkendelser	41
Afvisning	18
Foreløbig anerkendelsesprocent	69,5
Samlet foreløbig erstatningsudbetaling	4.229.464
Laveste erstatningsudbetaling	15.000
Højeste erstatningsudbetaling	1.291.911
Gennemsnitlig erstatningsudbetaling	103.158

Sagerne er afgjort efter den såkaldte "apparaturløst" i lov om klage- og erstatningsadgang, hvor der kan ydes erstatning, hvis skaden skyldes fejl eller



svigt i teknisk apparatur, redskaber eller andet udstyr, der anvendes ved eller i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende.

Patientforsikringen har tilkendt erstatning for svie og smerte som følge af smerteregener fra hofteprotesen og eventuel reoperation (1.428.770 kroner), varige mén (540.425 kroner), tabt arbejdsfortjeneste (641.000 kroner), erhvervsevnetab (1.567.575 kroner samt udgifter og andet tab (51.694 kroner).

Anerkendelsesprocenten, i de sager der er afgjort indtil videre, er 69,5 procent. Det er markant over den generelle anerkendelsesprocent, som ligger på omkring 36 procent.

Ud af de 195 anmeldelser er de 22 anmeldt før omtalen af problematikken i medierne.

Patientforsikringen har behandlet mange hoftesager, hvor anmeldelsen ikke har vedrørt metal-mod-metal-protoser. Det er dog sandsynligt, at der blandt de afgjorte sager, er sager, der omhandler den aktuelle problemstilling med metal-mod-metal-hofteproteser. Disse sager er enten anerkendt eller afvist på et andet grundlag, da Patientforsikringen ikke på tidspunktet for afgørelsen kendte til problemstillingen med protoserne. Når Patientforsikringen får henvendelser fra patienter, der ønsker deres sag genoptaget, bliver sagsbehandlingen genoptaget for at fastslå, om patienten har en metal-mod-metal-protese.

Bilag

Ingen.



15. Generelle orienteringer, sagsnr. 12/1154

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

Økologisk Handlingsplan 2020, jpb, sag nr. 11/2242

Indstilling

*Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.*

Sagsfremstilling

Økologisk Handlingsplan 2020, jpb, sag nr. 11/2242

Regeringen har i slutningen af juni 2012 fremlagt Økologisk Handlingsplan 2020. Planen består af en række initiativer, der skal fremme den økologiske omstilling i Danmark. Regeringen ønsker at bruge det offentlige ”meget mere aktivt”. Det offentlige skal blandt andet gå foran som indkøber af fødevarer. Der er i 2012-13 afsat i alt 56 millioner kroner til at øge andelen af økologi i de offentlige køkkener. Regeringen stiller midler og redskaber til rådighed for økologisk omstilling, hvor stat, regioner og kommuner i projektarbejde til gengæld forpligter sig til at arbejde for en omstilling til minimum 60 procent økologi. Deltagelse i projekterne er frivillig.

Regionerne køber årligt fødevarer for et større beløb. En omstilling til en højere grad af økologi vil alt andet lige betyde større udgifter til området. Dette skal opvejes mod de fordele, der kan være ved at benytte flere økologiske fødevarer. Regeringen lægger ikke op til at kompensere for de forventede merudgifter.

Bilag

Ingen.





16. Næste møde, sagsnr. 12/1154

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,

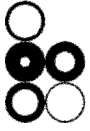
at næste møde holdes i Danske Regioners bestyrelse holdes 28. september 2012 kl. 10.30.

Sagsfremstilling

-

Bilag

Ingen.





17. Eventuelt, sagsnr. 12/1154

Annette Budtz-
Jørgensen

Resumé

-

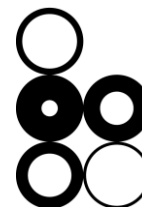
Indstilling

-

Sagsfremstilling

-

Bilag
Ingen.



Medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

19-06-2012

Sagsnr. 12/1047

Anette Budtz-Jørgensen

Tel.: 3529 8263

E-mail: abj@regioner.dk

Åbent referat fra møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den 14-06-2012 kl. 13:00 i Allinge

Deltagere: Carl Holst, Ulla Astman, Steen Bach Nielsen, Vibeke Storm Rasmussen, Poul Erik Svendsen, Henrik Thorup, Per Tærsebøl, Thor Buch Grønlykke, Poul Müller, Anne V. Kristensen, Birgitte Josefsen, Bente Lauridsen, Jens Stenbæk, Flemming Stenild, Anders Kühnau

Afbud: Bent Hansen, Birgitte Kjøller Pedersen, Knud Andersen

Sekretariatet Adam Wolf, Lone Christiansen, Gitte Bengtsson, Kristian Heunicke, Signe Friberg Nielsen, Jacob Winther, Katrine Tang (referent)

Regionsdirektører Helle Ulrichsen, Jens Andersen, Mikkel Hemmingsen, Per Christiansen, Lars Hansson.

1. Formandens meddelelser, sagsnr. 12/1047

Resumé

-

Det hele sundhedsvæsen

Der forventes arrangeret en fælles SundhedsCamp med KL i efteråret 2012. Bestyrelsen vil blive orienteret nærmere efter sommerferien.

Undersøgelse vedr. deltidsbeskæftigelse

På baggrund af overenskomstforhandlingerne i 2011 blev det aftalt, at RLTN sammen med Sundhedskartelettet, KTO, FOA og AC skulle gennemføre et fælles forskningsprojekt vedr. deltidsarbejde på de regionale arbejdspladser. Projektet udføres af forskere fra Århus Universitet og resultatet offentliggøres den 15. juni 2012. Oversigt over rapportens hovedresultater samt rapportens sammenfatning blev omdelt (og eftersendt efter mødet).

Høreapparatområdet

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har præsenteret et forslag til en ny struktur på høreapparatområdet på et møde i Folketingets Sundhedsudvalg den 11. juni 2012. Forslaget lægger op til, at regionerne får det samlede myndighedsansvar og finansieringsansvar for udlevering af høreapparater i offentligt og privat regi.

Pakkeforløb i psykiatrien

De første 9 pakkeforløb i psykiatrien forventes at blive godkendt til implementering i den kommende uge. Implementeringen vil ske frem til årsskiftet.

2. Godkendelse af åbent referat af møde 25-05-2012 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 12/1047

Bestyrelsen godkendte referatet.

Resumé

-

3. Forlængelse af Europapolitisk Panel, sagsnr. 11/1015

Bestyrelsen forlængede Europapolitisk Panels mandat til udgangen af valgperioden med den nuværende medlemssammensætning og med Knud Andersen som international talsmand som leder af panelet. Bestyrelsen godkendte fore-

lagte forslag til kommissorium, at panelet som hidtil mødes fire gange om året og at der fortsat ikke udbetales særskilt honorar for medlemskab af panelet.

Resumé

Danske Regioners Europapolitiske Panel foreslår forlænget foreløbig indtil udgangen af indeværende valgperiode. Funktionen vil være den samme som hidtil, således at Europapolitisk Panel fortsat skal være rådgivende i forhold til bestyrelsen vedrørende forhold, der relaterer sig til EU-politikken. Desuden har Europapolitisk Panel til formål at bidrage til øget dialog med og forankring af EU-politikken i regionsrådenes arbejde. Dette arbejde slutter ikke med udgangen af det danske EU-formandskab, som var det oprindelige sluttidspunkt for Europapolitisk Panel.

4. Indspil til ministerudvalg for ungdomsuddannelser, sagsnr. 12/428

Bestyrelsen drøftede udkast til oplægget ”Bedre ungdomsuddannelser - en forudsætning for regional vækst og udvikling”. Efter indstilling fra udvalget for regional udvikling vedtog bestyrelsen en anbefaling om at mindst 35 % af en ungdomsårgang skal gennemføre en erhvervsuddannelse og at det er en forudsætning, at der er praktikpladser. Sekretariatet færdiggør oplægget på baggrund af drøftelsen.

Bestyrelsen godkendte, at Danske Regioner fremsender oplægget om ”Kvalitet i fremtidens sundhedsuddannelser”, samt oplægget ”Bedre ungdomsuddannelser - en forudsætning for regional vækst og udvikling” til ministerudvalget.

Resumé

Sekretariatet foreslår, at Danske Regioners oplæg om *Kvalitet i fremtidens sundhedsuddannelser* fremsendes til ministerudvalget for ungdomsuddannelserne med en fremhævnning i følgebrevet af de anbefalinger og forslag i oplægget, der vedrører erhvervsuddannelserne. Oplægget er tidligere godkendt af bestyrelsen. Desuden fremsendes et oplæg *Bedre ungdomsuddannelser – en forudsætning for regional vækst og udvikling*. Dette oplæg er baseret på regionernes positive erfaringer fra indsatsen for at få 95 procent af en ungdomsårgang til at gennemføre en ungdomsuddannelse, som del af den regionale vækst- og udviklingsopgave. En væsentlig udfordring for erhvervsuddannelserne er, at søgningen falder år for år. Samtidig er efterspørgslen efter faglært arbejdskraft på det private arbejdsmarked stigende. Et konkret forslag i op-

lægget er derfor en national målsætning om, at 30 procent af en ungdomsårgang skal gennemføre en erhvervsuddannelse.

5. Analyse af fordelingsudvalgenes rolle og praksis, sagsnr. 12/1025

Bestyrelsen fandt, at fordelingsarbejdet i de regionale fordelingsudvalg i dag fungerer efter hensigten, idet næsten alle elever får tilgodeset deres uddannelsesønsker. Danske Regioner skal arbejde for, at fordelingsarbejdet i højere grad it-understøttes, at kapaciteten styres bl.a. via fordelingsudvalgene, så regioner og skoler i fællesskab bidrager til, at den samlede kapacitet udnyttes bedst muligt, samt at udbud i yderområder kan bevares. Endvidere er der behov for, at de erhvervsgymnasiale uddannelser indgår i de regionale fordelingsudvalg, da eleverne søger på tværs af de gymnasiale ungdomsuddannelser, samt at der lovgivningsmæssigt kan etableres mulighed for, at de forpligtende samarbejder og regionale fordelingsudvalg kan slås sammen til et organ.

Resumé

Børne- og undervisningsministeriet har igangsat en analyse af de regionale fordelingsudvalgs rolle og praksis, og det forventes, at der afleveres en endelig rapport herom ved udgangen af september måned 2012 til ministeren. Analysen er udgangspunktet for eventuelle opfølgende politiske initiativer i forhold til fordelingsopgaven.

Danske Regioner arbejder for, at der ikke ses snævert på den eksisterende fordelingsopgave, da fordelingsopgaven hænger sammen med spørgsmålet om gymnasiekapaciteten og det samlede gymnasieudbud. Endvidere er det en udfordring for fordelingsystemet, at eleverne søger på tværs af de gymnasiale ungdomsuddannelser. Dette aktualiserer spørgsmålet om at etablere et samlet fordelingsystem for alle de gymnasiale ungdomsuddannelser.

6. Forhøring af Landsplanredegørelse 2012, sagsnr. 12/996

Bestyrelsen godkendte høringssvaret vedr. forhøring af landsplanredegørelsen.

Resumé

Miljøminister Ida Auken har inviteret til debat om den kommende landsplanredegørelse. Miljøministeriet har samlet seks temaer, der ifølge ministeriet afspejler nogle af de udfordringer, der er forbundet med arbejdet med den fysiske planlægning. Temaerne er: Udvikling i hele landet, Klimatilpasning og grøn energi, Bæredygtige byer, Landdistrikter, Det åbne land samt Danmark i

nordisk og europæisk kontekst. Høringsfristen var den 29. maj 2012, og Danske Regioner har efter en administrativ høring i regionerne sendt et foreløbigt høringsvar til Miljøministeriet med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

7. Forslag til holdningspapir til Den Europæiske Landbrugsfond for udvikling af landdistrikterne, sagsnr. 10/1177

Bestyrelsen godkendte forelagte holdningspapir til den fremtidige landdistriktspolitik 2014-2020.

Resumé

Europa-Kommissionen har fremlagt forslag til forordning om støtte til udvikling af landdistrikterne for perioden 2014-2020. Landdistriktspolitikken er en del af den fælles landbrugspolitik, men forhandles særskilt. På baggrund af tidligere drøftelser i Bestyrelsen er der udarbejdet et holdningspapir til den fremtidige landdistriktspolitik for 2014-2020. Der lægges især vægt på, at det kommende landdistriktsprogram skal målrettes vækst og beskæftigelse i landdistrikterne, at dele af landdistriktsmidlerne skal knyttes tættere til de regionale vækstfora, samt at koordineringen mellem vækstfora og de lokale aktionsgrupper med fordel kan styrkes.

8. Generelle orienteringer, sagsnr. 12/1047

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

Resumé

Rigsrevisionens beretning til statsrevisorerne om indkøb af sygehusmedicin, tad, sag nr. 11/988

DSI-rapport om ressourcemangel i psykiatrien, mla, sag nr. 09/1570

9. Næste møde, sagsnr. 12/1047

Bestyrelsen besluttede, at næste møde holdes fredag den 24. august kl. 10.30 i Danske Regioner.

Resumé

-

10. Eventuelt, sagsnr. 12/1047

Resumé

Bestyrelsen drøftede, hvordan økonomiaftalen var blevet kommunikeret fra såvel regeringen som Danske Regioner.

Til Danske Regioner

Dato: 22. juni 2012
Enhed: Kommunaljura
Sagsbeh.: DEPEGE
Sags nr.: 1202866
Dok nr.: 966388

Dispensationsadgang til regionsrådets nedsættelse af stående udvalg

Folketinget har den 12. juni 2012 vedtaget forslag til ændring af regionsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1401 af 1. november 2010. Ved ændringen indføres der i lovens § 36, stk. 2, at økonomi- og indenrigsministeren kan godkende, at regionsrådet etablerer et såkaldt udvalgsstyre, jf. lov nr. 586 af 18. juni 2012 (vedlagt).

Udvalgsstyre er den almindelige styreform i kommunerne. En tilsvarende styreform i en region vil indebære, at den umiddelbare forvaltning af regionens opgaver varetages af stående udvalg. Forretningsudvalget vil fortsat have opgaver svarende til de opgaver, som et økonomiudvalg har i kommunerne, samt, i det omfang regionsrådet beslutter det, tillige den umiddelbare forvaltning af opgaver, som ikke er henlagt til de stående udvalg. Regionsrådet vil herefter ikke længere – som det også er tilfældet for kommunalbestyrelsen - kunne varetage den umiddelbare forvaltning af regionens opgaver. Regionsrådet vil fortsat være det øverste ansvarlige organ i regionen.

Relationerne mellem regionsrådet, forretningsudvalg og de stående udvalg vil ligeledes skulle svare til de relationer, som gælder efter den kommunale styrelseslov mellem kommunalbestyrelsen, økonomiudvalget og de stående udvalg. Endelig vil der fortsat være adgang til at nedsætte særlige udvalg, jf. regionslovens § 13, stk. 6, og den kommunale styrelseslovs § 17, stk. 4. Lovændringen indebærer ikke ændringer i opgavefordelingen mellem regionen og andre myndigheder.

De nærmere vilkår for godkendelse af bestemmelser i en styrelsesvedtægt af en regional styreform med stående udvalg, herunder med hensyn til vederlæggelse af medlemmer af forretningsudvalget og de stående udvalg, vil, jf. regionslovens § 36, stk. 3, blive fastsat af økonomi- og indenrigsministeren i overensstemmelse med det ovenfor anførte. Det forudsættes i den forbindelse, at bestemmelser i styrelsesvedtægten om vederlag til regionsrådets medlemmer af stående udvalg fastsættes inden for de gældende rammer for vederlæggelse af udvalgsmedlemmer i regionen.

For yderligere information om indholdet af lovændringen henvises til bemærkningerne i vedlagte lovforslag (L 166). Regionen er endvidere

velkommen til at rette henvendelse til chefkonsulent Hanna Ege, tlf. 72 28 25 21, med spørgsmål om lovændringen.

Med venlig hilsen

Christian Vigh



Lovforslag nr. L 166

Folketinget 2011-12

Fremsat den 25. april 2012 af økonomi- og indenrigsministeren (Margrethe Vestager)

Forslag

til

Lov om ændring af lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab

(Indførelse af dispensationsadgang til regioners nedsættelse af stående udvalg)

§ 1

I lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab (regionsloven), jf. lovbekendtgørelse nr. 1401 af 1. november 2010 som ændret ved § 2 i lov nr. 510 af 6. juni 2007 og § 2 i lov nr. 606 af 14. juni 2011, foretages følgende ændring:

1. I § 36, stk. 2, 1. pkt., indsættes efter »den i § 13 nævnte«: »herunder om, at den umiddelbare forvaltning kan henlægges til stående udvalg«.

§ 2

Loven træder i kraft den 1. juli 2012.

§ 3

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

1. Indledning og baggrund

Med regionsloven (lov nr. 537 af 24. juni 2005) indførtes et såkaldt fleksibelt forretningsudvalgsstyre som regionernes styreform. Det fleksible forretningsudvalgsstyre indebærer bl.a., at regionsrådet alene nedsætter et forretningsudvalg, og at regionsrådet afgør, om den umiddelbare forvaltning af regionens anliggender skal henlægges til regionsrådet eller forretningsudvalget.

Regionsloven indeholder hjemmel til, at økonomi- og indenrigsministeren kan godkende, at et regionsråd træffer beslutning om en anden styreform. I det tilgrundliggende lovforslag til regionsloven (lovforslag L 65, FT 2004-2005 (2. samling)) er det imidlertid udtrykkeligt anført, at denne dispensationsadgang ikke kan anvendes til at godkende en styreform, der svarer til det almindelige udvalgsstyre. Der er således efter den gældende regionslov ikke mulighed for at meddele dispensation til, at regioner nedsætter stående udvalg.

Baggrunden herfor er, at sammensætningen og karakteren af regionernes opgaver adskiller sig fra, hvad der gælder for kommunerne og gjaldt for de tidligere amtskommuner. Langt den største opgave for regionerne er ansvaret for sundhedsvæsenet.

Region Hovedstaden har i en henvendelse til Økonomi- og Indenrigsministeriet anmodet om, at regionen får dispensation til at nedsætte stående udvalg. Det er regionens opfattelse, at nedsættelse af stående udvalg i regionen kan bidrage til at sikre en større politisk bevågenhed og ansvarlighed i forhold til opfølgning og målopfyldelse på sundhedsområdet, det specialiserede socialområde, samt regionens understøtning af såvel øget vækst og beskæftigelse samt klima- og miljøindsatsen.

Det er regeringens opfattelse, at de hensyn, der ligger til grund for, at regionerne i udgangspunktet har et fleksibelt forretningsudvalgsstyre, fortsat er gældende, idet sammensætningen og karakteren af regionernes opgaver adskiller sig fra, hvad der gælder for kommunerne. Det bemærkes herved, at regeringen i 2012 gennemfører en evaluering af kommunalreformen og den nuværende arbejdsdeling mellem kommuner, regioner og stat. Det er imidlertid også regeringens opfattelse, at regionerne selv bør have frihed til at gøre sig nogle erfaringer med, om arbejdet i den enkelte region kan tilrettelægges mere hensigtsmæssigt, end det sker i dag. Således bør et regionsråd have mulighed for at afprøve en styreform, hvor regionsrådspolitikere på de enkelte fagområder bliver mere involveret i den umiddelbare politiske forvaltning af et område.

Lovforslaget har på den baggrund til formål at tilvejebringe den fornødne hjemmel til, at ministeren kan godkende, at et regionsråd træffer beslutning om at etablere et udvalgsstyre svarende til det udvalgsstyre, som er den almindelige styreform for kommuner efter den kommunale styrelseslov

(lovbekendtgørelse nr. 1440 af 1. november 2010 med senere ændringer).

2. Gældende regler

2.1 Regionernes styreform og vederlag

Det fleksible forretningsudvalgsstyre efter § 13 i regionsloven indebærer som anført ovenfor under afsnit 1, at regionsrådet afgør, om den umiddelbare forvaltning af regionens anliggender skal henlægges til regionsrådet eller forretningsudvalget, som således har karakter af et stående udvalg. Forretningsudvalget skal dog varetage de funktioner, der efter lov om kommunernes styrelse er tillagt økonomiudvalget, jf. regionslovens § 13, stk. 1 og 2.

Baggrunden for den beskrevne styreform for regionerne er, at sammensætningen og karakteren af regionernes opgaver adskiller sig fra, hvad der gælder for kommunerne og gjaldt for de tidligere amtskommuner. Langt den største opgave for regionerne er ansvaret for sundhedsvæsenet.

Regionsrådet har tillige mulighed for at nedsætte særlige udvalg til varetagelse af bestemte hverv eller til udførelse af forberedende eller rådgivende funktioner for forretningsudvalget eller regionsrådet svarende til de udvalg, der kan nedsættes efter § 17, stk. 4, i lov om kommunernes styrelse.

Regionsrådet kan i henhold til regionsloven § 11, stk. 2, alene beslutte at yde udvalgsvederlag for medlemskab af forretningsudvalget og særlige udvalg af midlertidig karakter. Ved særlige udvalg af midlertidig karakter forstås i henhold til vederlagsbekendtgørelsen (bekendtgørelse nr. 1460 af 19. december 2005 som ændret ved bl.a. bekendtgørelse nr. 1096 af 25. november 2009) et særligt udvalg, der nedsættes for en periode på højst to år (*tidsmæssigt midlertidighedskrav*) til varetagelse af bestemte opgaver af midlertidig karakter (*opgavemæssigt midlertidighedskrav*).

Et særligt udvalgs funktioner skal både i tidsmæssig udstrækning og efter sin karakter adskille sig fra regionsrådets løbende opgavevaretagelse, hvis udvalgets medlemmer skal kunne få vederlag. For at understøtte kravet om midlertidighed er det i bekendtgørelsen bestemt, at når der er ydet udvalgsvederlag til et særligt udvalg af midlertidig karakter i højst to år, kan der ikke i det følgende år inden for samme valgperiode ydes udvalgsvederlag til et udvalg med i det væsentlige samme opgaver.

Reglerne om nedsættelse af særlige udvalg i regionerne er ikke til hinder for, at særlige udvalg i regionerne virker i en længere periode end ét år. Det er alene i de særlige regler for udvalgsvederlag, begrænsningen ligger.

Summen af de vederlag, der kan ydes regionsrådsmedlemmer for medlemskab af forretningsudvalget, kan efter vederlagsbekendtgørelsen højst udgøre 100 pct. af vederlaget til formanden for regionsrådet. Summen af de årlige vederlag, der kan ydes regionsrådsmedlemmer for medlemskab af særlige udvalg af midlertidig karakter, kan ligeledes højst udgøre 100 pct. af vederlaget til regionsrådsformanden.

2.2 Dispensationsbestemmelsen i regionslovens § 36

Efter § 36, stk. 2, jf. stk. 3, i regionsloven kan økonomi- og indenrigsministeren godkende, at et regionsråd i styrelsesvedtægten træffer bestemmelse om en anden styreform end den i § 13 nævnte. Bestemmelse herom træffes forud for eller i løbet af regionsrådets valgperiode og er bindende for den resterende del af valgperioden.

I bemærkningerne til bestemmelsen er udtrykkeligt anført, at ministeren ikke med bestemmelsen vil kunne godkende en styreform, der svarer til det almindelige udvalgsstyre, dvs. med stående udvalg, der varetager den umiddelbare forvaltning af regionens opgaver.

Efter den gældende bestemmelse i regionslovens § 36, stk. 1, kan et regionsråd med økonomi- og indenrigsministerens godkendelse fastsætte regler i styrelsesvedtægten, der afviger fra bl.a. vederlagsreglerne i regionslovens § 11.

Som en konsekvens af, at der udtrykkeligt efter forarbejderne til § 36 ikke er hjemmel til at godkende en styreform, der svarer til det almindelige udvalgsstyre, dvs. med stående udvalg, der varetager den umiddelbare forvaltning, har godkendelse efter regionslovens § 36, stk. 1, af vederlag til stående udvalg heller ikke kunnet komme på tale.

3. Lovforslagets indhold

Den i lovforslaget foreslåede ændring af regionslovens § 36, stk. 2, indebærer, at økonomi- og indenrigsministeren kan godkende, at et regionsråd træffer beslutning om en styreform, der svarer til det såkaldte udvalgsstyre, som efter gældende ret er den almindelige styreform i kommunerne.

En tilsvarende styreform i en region vil indebære, at den umiddelbare forvaltning af regionens opgaver varetages af stående udvalg. Forretningsudvalget vil fortsat have opgaver svarende til de opgaver, som et økonomiudvalg har i kommunerne, samt, i det omfang regionsrådet beslutter det, tillige den umiddelbare forvaltning af opgaver, som ikke er henlagt til de stående udvalg. Regionsrådet vil herefter ikke længere kunne varetage den umiddelbare forvaltning af regionens opgaver. Regionsrådet vil fortsat være det øverste ansvarlige organ i regionen.

Relationerne mellem regionsrådet, forretningsudvalg og de stående udvalg vil ligeledes skulle svare til de relationer, som gælder efter den kommunale styrelseslov mellem kommunalbestyrelsen, økonomiudvalget og de stående udvalg. Endelig vil der fortsat være adgang til at nedsætte særlige udvalg, jf. regionslovens § 13, stk. 6, og den kommunale styrelseslovs § 17, stk. 4. Lovforslaget indebærer ikke ændringer i opgavefordelingen mellem regionen og andre myndigheder.

De nærmere vilkår for godkendelse af en regional styreform med stående udvalg, herunder med hensyn til vederlæggelse af medlemmer af forretningsudvalget og de ståen-

de udvalg, vil, jf. den gældende regionslovs § 36, stk. 3, blive fastsat af økonomi- og indenrigsministeren i overensstemmelse med det ovenfor anførte.

Der henvises i øvrigt til bemærkningerne til lovforslagets § 1 nedenfor.

4. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige

Lovforslaget har ingen økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige.

5. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet

Lovforslaget har ingen økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet.

6. Administrative konsekvenser for borgerne

Lovforslaget har ingen administrative konsekvenser for borgerne.

7. Miljømæssige konsekvenser

Lovforslaget har ingen miljømæssige konsekvenser.

8. Forholdet til EU-retten

Lovforslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter.

9. Hørte myndigheder og organisationer

Lovforslaget har været i høring hos Advokatrådet, Akademikernes Centralorganisation, Arbejderbevægelsens Erhvervsråd, Centralorganisationernes Fællesudvalg, Danmarks Naturfredningsforening, Dansk Arbejdsgiverforening, Dansk Byggeri, Danske Handicaporganisationer, Dansk Erhverv, Dansk ErhvervsFremme, Danske Patienter, Dansk Handicapforbund, Dansk Industri, Danske Regioner, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Transport og Logistik, Datatilsynet, DESA Dansk Erhvervssammenslutning, Det Centrale Handicapråd, FOA, Foreningen af Statsforvaltningsdirektører, Foreningen af Statsforvaltningsjurister, Foreningen af Statsautoriserede Revisorer, FTF, Handel, Transport og Serviceerhvervene, Hotel-, restaurant- og turisterhvervets brancheorganisation, Håndværksrådet, Institut for Menneskerettigheder, KL, Kommunale tjenestemænd og overenskomstanstatter, BDO Kommunernes Revision A/S, Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, Landbrug & Fødevarer, Landdistrikternes Fællesråd, Landsorganisationen i Danmark, Offentligt Ansattes Organisationer, Organisationen af Selvejende Institutioner, Rengøringssekskabernes Branche- og Arbejdsgiverforening, Sammenslutning af Landbrugets Arbejdsgiverforeninger, Stats- og Kommunalt Ansattes Forhandlingsfællesskab og Sundhedskartellet.

10. Sammenfattende skema

	Positive konsekvenser	Negative konsekvenser
--	-----------------------	-----------------------

Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige	Ingen	Ingen
Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for borgerne	Ingen	Ingen
Miljømæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Forholdet til EU-retten	Lovforslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter	

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1

Bestemmelsen indebærer, at den eksisterende adgang til at godkende, at regionsrådet træffer beslutning om en anden styreform, udvides til også at omfatte et almindeligt udvalgsstyre.

Efter regionslovens § 36, stk. 3, kan økonomi- og indenrigsministeren fastsætte de nærmere regler om en styreform, som godkendes efter § 36, stk. 2. Det er hensigten, at ministeren i medfør af denne bestemmelse fastsætter vilkår for godkendelse af, at regionsrådet træffer beslutning om almindeligt udvalgsstyre, der svarer til det, som gælder for kommuner efter den kommunale styrelseslov.

Der gælder følgende efter den kommunale styrelseslov om det almindelige udvalgsstyre:

Efter styrelseslovens § 17, stk. 1, skal kommunalbestyrelsen nedsætte stående udvalg til varetagelse af den umiddelbare forvaltning af kommunens anliggender. Efter bestemmelsen skal der nedsættes mindst ét stående udvalg, men bortset herfra bestemmer kommunalbestyrelsen selv antallet af stående udvalg. Udvalgenes medlemstal skal være ulige og kan ikke overstige halvdelen af kommunalbestyrelsens medlemstal. De stående udvalgs sammensætning og opgaveområder fastsættes i kommunens styrelsesvedtægt.

Efter styrelseslovens § 17, stk. 1, varetager udvalgene den umiddelbare forvaltning af kommunens anliggender, og efter styrelseslovens § 21, stk. 1, bestyrer udvalgene de anliggender, der er underlagt dem, inden for rammerne af det vedtagne årsbudget i forbindelse med kommunalbestyrelsens vedtagelser og i overensstemmelse med de regler m.v., der er udstedt af kommunalbestyrelsen. Bestemmelsen i styrelseslovens § 21, stk. 1, tillægger udvalgene en betinget kompetence til at handle på kommunalbestyrelsens vegne. I det omfang kommunalbestyrelsen ikke træffer nærmere bestemmelse, påhviler det derfor udvalgene at træffe de beslutninger, der er et nødvendigt eller naturligt led i forvaltningen af det sagsområde, der er henlagt til udvalget. Derimod er udvalgene ikke i medfør af loven bemyndiget til at træffe beslutninger, der rækker herudover, dvs. beslutninger der ikke har et sådant forvaltnings- eller bestyrelsespræg. I sådanne tilfælde må udvalgene forelægge sagerne for kommunalbestyrelsen. Ved udvalgenes varetagelse af den umiddelbare forvaltning forstås således, at de afgør alle sædvanlige sager

inden for deres sagsområder, med mindre andet følger af lovgivningen eller af kommunalbestyrelsens beslutning.

Udvalgenes umiddelbare forvaltning indebærer også, at kommunalbestyrelsernes beslutninger som udgangspunkt forberedes ved udvalgsbehandling i det eller de relevante udvalg, således at der skal foreligge en udvalgsindstilling, inden kommunalbestyrelsen træffer afgørelse. Udvalgene skal efter styrelseslovens § 21, stk. 2, inddrage og forhandle med andre stående udvalg, når de forbereder foranstaltninger, der er af væsentlig betydning for disse udvalg.

Udvalgene har tillige pligt til inden for deres område at føre budgetkontrol, jf. styrelseslovens § 21, stk. 1, og til efter styrelseslovens § 21, stk. 3, at bidrage til økonomiudvalgets budgetforslag inden for deres område. Endvidere bidrager udvalgene efter styrelseslovens § 21, stk. 3, til økonomiudvalgets budgetforslag inden for deres område.

Økonomiudvalgets lovbundne opgaver er i modsætning til de stående udvalgs umiddelbare forvaltning af kommunens anliggender ikke knyttet til administrationen af et enkelt område under kommunen, men er opgaver, som først og fremmest vedrører tilvejebringelsen af kommunens midler og bevarelsen af dens aktiver. De fleste af disse funktioner er dermed af tværgående og koordinerende karakter. Økonomiudvalget har således indseende med de økonomiske og almindelige administrative forhold inden for samtlige kommunens administrationsområder, og udvalgets erklæring skal indhentes om enhver sag, der vedrører disse forhold, inden sagen forelægges kommunalbestyrelsen til beslutning, jf. styrelseslovens § 18, stk. 2. Endvidere varetager økonomiudvalget den umiddelbare forvaltning af anliggender, der vedrører kommunens kasse- og regnskabsvæsen og løn- og personaleforhold, og økonomiudvalget forestår eller samordner kommunens planlægning, jf. styrelseslovens § 18, stk. 3 og 4.

Videre udarbejder økonomiudvalget forslag til kommunens årsbudget og budgetoverslag for en flerårig periode, der forelægges for kommunalbestyrelsen, jf. styrelseslovens § 37. Økonomiudvalgets udarbejdelse af kommunens årsbudget og budgetoverslag er tillagt udvalget som en selvstændig kompetence.

Den ovenfor beskrevne styreform vil med de fornødne tilpasninger kunne godkendes som styreform for en region som konsekvens af de med nærværende lovforslag foreslåede ændringer af § 36, stk. 2. Der vil i forbindelse med ministerens godkendelse endvidere skulle tages stilling til spørgsmålet om vederlæggelse.

Efter den gældende bestemmelse i regionslovens § 36, stk. 1, kan et regionsråd med økonomi- og indenrigsministerens godkendelse fastsætte regler i styrelsesvedtægten, der afviger fra bl.a. vederlagsreglerne i regionslovens § 11.

Med forslaget om, at regionerne fremover skal kunne meddeles godkendelse til en styreform med stående udvalg, vil regionen med hjemmel i den gældende bestemmelse i regionslovens § 36, stk. 1, og med økonomi- og indenrigsministerens godkendelse tillige kunne fastsætte bestemmelser om vederlag i styrelsesvedtægten til medlemmer af stående udvalg i regionerne, dvs. bestemmelser der afviger fra reglerne i regionslovens § 11 og bestemmelser udstedt af økonomi- og indenrigsministeren i medfør heraf.

Økonomi- og Indenrigsministeriet forudsætter i den forbindelse, at bestemmelser i styrelsesvedtægten om vederlag til regionsrådets medlemmer af stående udvalg skal fastsættes inden for de gældende rammer for vederlæggelse af udvalgsmedlemmer i regionen. Det bemærkes herved, at der ikke med en godkendelse til at nedsætte stående udvalg i regionen, følger nye opgaver til regionen.

Det foreslås således, at økonomi- og indenrigsministeren vil kunne godkende, at summen af de årlige vederlag, der kan ydes til regionsrådsmedlemmer for medlemskab af et forretningsudvalg, stående udvalg og eventuelle særlige udvalg samlet højst kan udgøre 200 pct. af vederlaget til formanden for regionsrådet. Det svarer til den pulje på 100 pct. af vederlaget til formanden for regionsrådet, som efter de almindelige regler kan ydes til forretningsudvalgsmedlemmer, sammenlagt med den pulje på ligeledes 100 pct. af vederlaget til formanden for regionsrådet, som efter de almindelige regler kan ydes til medlemmer af særlige udvalg af midlertidig karakter. Regionsrådet vil således – med forbehold for ministerens godkendelse heraf – selv kunne træffe beslutning om fordeling af vederlag til de enkelte udvalg, herunder om fordeling af vederlag mellem forretningsudvalg, stående udvalg og eventuelle særlige udvalg, samt om fordelingen af vederlag mellem medlemmer og formænd. Vederlæggelse af formænd for stående udvalg og eventuelle særlige udvalg i regionerne skal ske i overensstemmelse med de regler herom, der gælder for udvalgsstyrede kommuner, som indebærer, at vederlaget for det enkelte hverv højst kan udgøre indtil 40 pct. af vederlaget til formanden for regionsrådet.

I forhold til en region, der meddeles godkendelse til en styreform med stående udvalg, findes der ikke grundlag for at opretholde en bestemmelse om, at der kun kan ydes vederlag til medlemmer af særlige udvalg, når sådanne udvalg har midlertidig karakter. Det bemærkes herved, at de pågældende krav til midlertidighed har til hensigt at understøtte det særlige forretningsudvalgsstyre i regionerne, hvorefter der ikke er adgang til at nedsætte stående udvalg.

Der vil i forbindelse med økonomi- og indenrigsministerens godkendelse af en styreform med stående udvalg i en region samt tilhørende bestemmelser i styrelsesvedtægten om vederlag endvidere skulle fastsættes vilkår vedrørende administrationen af sådanne vederlagsbestemmelser, herun-

der om tidspunkt for og virkning af beslutning om udvalgsvederlag.

Regionsrådets beslutning om, at regionens styreform skal være et almindeligt udvalgsstyre i stedet for et fleksibelt forretningsudvalgsstyre, skal ske i form af ændring af regionens styrelsesvedtægt. Ændringen skal godkendes af økonomi- og indenrigsministeren, jf. regionslovens § 36, stk. 2. Der skal i den forbindelse fastsættes midlertidige bestemmelser i et særskilt kapitel i styrelsesvedtægten blandt andet om de stående udvalgs sammensætning, deres opgaveområde, antal udvalg, antal medlemmer og vederlag. Der skal endvidere være en bestemmelse om, at den kommunale styrelseslovs regler om stående udvalg finder tilsvarende anvendelse for de regionale stående udvalg.

Økonomi- og indenrigsministeren vil i forbindelse med godkendelse af den ændrede styrelsesvedtægt bl.a. påse, at bestemmelserne er i overensstemmelse med de principper, der gælder for almindeligt udvalgsstyre efter den kommunale styrelseslov, herunder om at antallet af udvalgsmedlemmer i de enkelte udvalg ikke overstiger halvdelen af regionsrådet og er ulige, samt at der fastsættes bestemmelse om vederlag som anført ovenfor, samt at der ikke fastsættes bestemmelser om delegation.

Økonomi- og indenrigsministerens godkendelse finder sted efter forudgående inddragelse af de berørte ressortministerier.

Lovforslaget indebærer ikke ændringer i opgavefordelingen mellem regionen og andre myndigheder. Der sker således ikke som følge af lovforslaget ændringer i de beføjelser, som er henlagt til udvalg m.v. nedsat i henhold til anden lovgivning. Eksempelvis skal regionsrådet i henhold til erhvervsfremmeloven nedsætte vækstfora til at varetage den regionale erhvervsudvikling. De regionale vækstfora har til opgave at udarbejde regionale erhvervsudviklingsstrategier, overvåge de regionale og lokale vækstvilkår samt at udvikle og afgive indstilling om medfinansiering af regionale erhvervsudviklingsaktiviteter. De regionale vækstfora har tyve medlemmer fra erhvervslivet, viden- og uddannelsesinstitutioner, arbejdsmarkedets parter og lokale og regionale myndigheder, der udpeges af regionsrådet efter indstilling fra relevante aktører. I forbindelse med eventuel godkendelse af en regional styreform med stående udvalg vil det derfor blive lagt til grund, at de opgaver, som efter lovgivningen tilkommer andre myndigheder, herunder vækstfora, ikke omfattes af regionens, herunder et stående udvalgs, opgaveområde.

Økonomi- og Indenrigsministeriet kan efter anmodning fra vedkommende ressortministerium bede regionsrådet om oplysninger om erfaringerne med udnyttelse af dispensationen, herunder om samspillet mellem regionen og andre myndigheder, jf. regionslovens § 38 og § 63 i den kommunale styrelseslov.

Beslutning om ændring af styrelsesvedtægten, således at styreformen i regionen er et almindeligt udvalgsstyre, træffes – med forbehold for økonomi- og indenrigsministerens godkendelse heraf – i overensstemmelse med de almindelige

regler herom, det vil sige ved en almindelig flertalsbeslutning og efter to behandlinger i regionsrådet, jf. § 3, stk. 3, og § 12 i regionsloven, jfr. § 11, stk. 3, i den kommunale styrelseslov.

Regionsrådets bestemmelse om almindeligt udvalgsstyre træffes forud eller i løbet af regionsrådets valgperiode og er bindende for den resterende del af valgperioden, jf. regionslovens § 36, stk. 2, 2. pkt.

Til § 2

Det foreslås, at bestemmelsen træder i kraft den 1. juli 2012, fra hvilket tidspunkt økonomi- og indenrigsministeren

således vil kunne godkende den omhandlede ændring af en regions styrelsesvedtægt med virkning fra et i godkendelsen nærmere angivet tidspunkt.

Til § 3

Bestemmelsen vedrører lovens territoriale gyldighed. Efter bestemmelsen gælder loven ikke for Færøerne og Grønland.

Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

*Gældende formulering**Lovforslaget***§ 36**

Stk. 2. Et regionsråd kan med økonomi- og indenrigsministerens godkendelse træffe bestemmelse i styrelsesvedtægten om en anden styreform end den i § 13 nævnte. Bestemmelse herom træffes forud for eller i løbet af regionsrådets valgperiode og er bindende for den resterende del af valgperioden.

§ 1

I lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab (regionsloven), jf. lovbekendtgørelse nr. 1401 af 1. november 2010 som ændret ved § 2 i lov nr. 510 af 6. juni 2007 og § 2 i lov nr. 606 af 14. juni 2011, foretages følgende ændring:

1. I § 36, *stk. 2, 1.pkt.*, indsættes efter »den i § 13 nævnte«: », herunder om, at den umiddelbare forvaltning kan henlægges til stående udvalg«.

§ 2

Loven træder i kraft den 1. juli 2012.

§ 3

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.

LOV nr 586 af 18/06/2012 Gældende
Offentliggørelsesdato: 19-06-2012
Økonomi- og Indenrigsministeriet
Vis mere...

Den fulde tekst

Lov om ændring af regionsloven

(Indførelse af dispensationsadgang til regioners nedsættelse af stående udvalg)

VI MARGRETHE DEN ANDEN, af Guds Nåde Danmarks Dronning, gør vitterligt:

Folketinget har vedtaget og Vi ved Vort samtykke stadfæstet følgende lov:

§ 1

I lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab (regionsloven), jf. lovbekendtgørelse nr. 1401 af 1. november 2010, som ændret ved § 2 i lov nr. 510 af 6. juni 2007, § 2 i lov nr. 606 af 14. juni 2011 og § 2 i lov nr. 387 af 24. april 2012, foretages følgende ændring:

1. I § 36, stk. 2, 1. pkt., indsættes efter »den i § 13 nævnte«: », herunder om, at den umiddelbare forvaltning kan henlægges til stående udvalg«.

§ 2

Loven træder i kraft den 1. juli 2012.

§ 3

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.

Givet på Christiansborg Slot, den 18. juni 2012

Under Vor Kongelige Hånd og Segl

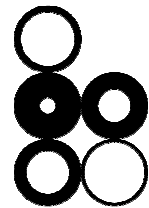
MARGRETHE R.

/ Margrethe Vestager



Ministeriet for sundhed og forebyggelse
Att: Anna Skat Nielsen
Holbergsgade 6
1057 København K

**DANSKE
REGIONER**



UDKAST

17-08-2012

Sag nr. 11/2169

Dokumentnr. 35093/12

Høringsvar vedr. lovudkast om ret til hurtig udredning og behandling

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har med høringsbrev af 2. juli 2012 fremsendt udkast til forslag om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Med ændringerne indføres nye rettigheder for patienterne i forbindelse med udredning og behandling. Det foreliggende lovudkast rejser efter Danske Regioners opfattelse en række spørgsmål som, ikke mindst af hensyn til patienterne, må afklares nærmere. Heraf vil nogle skulle afklares i selve i lovteksten, mens andre vil kunne håndteres i en forberedelsesproces mellem Ministeriet for sundhed og forebyggelse og Danske Regioner.

Det fremsendte udkast er drøftet med regionerne og Danske Regioner har på den baggrund følgende bemærkninger:

Ret til hurtig udredning

Med lovforslaget indføres en ny rettighed for patienterne, som enten skal være udredt - eller som minimum have en plan for det videre udredningsforløb - inden for 1 måned (30 dage).

Retten til udredning inden for 30 dage betyder, at der er behov for en præcisering af, hvad der i lovens forstand forstås ved udredning.

Der kan bl.a. peges på følgende spørgsmål:

- Skal en henvisning til behandling i sygehusregi altid betragtes som en henvisning til udredning – eller vil der være tilfælde, hvor patienten betragtes som udredt ved henvisningen til sygehus?

- Hvis en patient henvises med en kendt, tidligere stillet diagnose – henvises patienten da til udredning eller behandling?
- Kan den praktiserende læge henvide direkte til sygehusbehandling – f.eks. på grundlag af rekvirerede diagnostiske undersøgelser?
- Der skal altid foretages en forundersøgelse forud for et operativt indgreb. Skal en sådan forundersøgelse betragtes og medregnes som en del af udredning?

Hvis det ikke er fagligt muligt at afslutte udredningen inden for 30 dage skal regionen udarbejde en plan for det videre udredningsforløb. Det bør i den forbindelse præciseres, hvordan patienten skal gøres bekendt med planens indhold, og om planen evt. skal indgå i patientjournalen.

Den nye ret til hurtig udredning har efter regionernes opfattelse ikke til formål at ændre målgruppen. For eksempel bør patienter, der venter på udredning hos praktiserende speciallæge, ikke på baggrund af den nye ret henvises til sygehusudredning i stedet. Det bør derfor præciseres at en patient, der er henvist til udredning på sygehusniveau, kan afvises, som værende en patient med en lidelse, eller grad af lidelse, der bør udredes i praksis-sektor.

Befordring

Det fremgår af Sundhedslovens § 262, at retten til hurtig udredning er omfattet af reglerne om befordring i lovens § 171. Der er behov for en præcisering af, om patienter, hvor det ikke er fagligt muligt at udrede inden for 30 dage, har ret til befordring, såfremt patienten benytter det frie valg til at vælge videre udredning og eventuel behandling uden for regionen.

Differentieret ret til udvidet frit sygehusvalg

Samtykke som udgangspunkt for beregning af ventetid på behandling

Ventetiden til behandling regnes i dag og i overgangsfasen fra 1. januar til 1. september 2013 fra det tidspunkt, sygehuset har modtaget en henvisning. Med lovforslagets § 87 ændres dette til, at ventetiden beregnes fra tidspunktet for patientens samtykke til behandlingstilbud på grundlag af den gennemførte udredning.

Danske Regioner finder, at der er behov for præcisering for så vidt angår:

- Hvordan opgør man dette tidspunkt?

- Skal det forstås som et informeret samtykke?
- Til hvem skal samtykket gives? Til den læge, der har udredt patienten eller til den læge, der skal foretage behandlingen?
- Hvordan håndteres ventetid fra udredning er afsluttet og til patienten ved et ambulant besøg kan give samtykke til behandling i forhold til beregning af samlet ventetid til udredning/behandling?

Oplysningspligt – Sundhedslovens § 90

Det følger af sundhedsloven, at patienten skal modtage en række oplysninger senest 8 hverdage efter at sygehuset har modtaget en henvisning. Det ønskes præciseret om og i hvilket omfang patienten med det foreliggende lovudkast skal have information, jf. Sundhedslovens § 90, både ved henvisning til udredning og behandling.

Behandling inden for 30 eller 60 dage

Af bemærkningerne til lovforslaget fremgår det, at udredningen skal danne grundlag for sygehusets efterfølgende vurdering af behandlingsbehovet, og herunder hvornår patienten kan tilbydes behandling. Det er således hensigten, at den gennemførte udredning skal indgå i vurderingen af, om patienten kan vente 30 eller 60 dage på behandling. Det forstås umiddelbart sådan, at det er det sygehus, der modtager henvisningen til behandling, der skal vurdere, hvorvidt behandling skal gives inden for 30 eller 60 dage.

Af lovudkastets § 87 stk. 5 fremgår, at ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter kriterier for alvorlig og mindre alvorlig sygdom, som grundlag for vurderingen af, om patienten skal behandles indenfor 30 eller 60 dage. Af bemærkningerne fremgår endvidere, at det er en konkret lægefaglig vurdering – på grundlag af kriterier fastlagt af sundhedsstyrelsen – om patienten skal behandles inden for 30 eller 60 dage.

Det er efter Danske Regioners opfattelse afgørende, at der af hensyn til en ensartet praksis på tværs af regioner og sygehuse, og patienternes oplevelse af lighed og sammenhæng, fastsættes så klare og objektive kriterier som muligt for, hvad der kan betegnes som henholdsvis alvorlig og mindre alvorlig sygdom. F.eks. vil en konkret liste over sygdomme/tilstande, der i sammenhængen må opfattes som alvorlige kunne understøtte en ensartet praksis og bidrage til at vejlede lægerne.

Med henblik på at sikre ensartet praksis og gode patientforløb anbefaler Danske Regioner, at fastsættelsen af kriterier sker i et tæt samarbejde med regionerne.

Betingelser for udvidet frit sygehusvalg

Det forudsættes, at betingelserne for det udvidede frie sygehusvalg er de samme som i dag, herunder at patienten ikke kan vælge et privathospital, hvis ventetiden her overstiger ventetiden til behandling på bopælsregionens egne sygehuse eller et af de sygehuse, regionen samarbejder med, uanset om en patient skal tilbydes behandling inden for 30 eller 60 dage.

Lovudkastet viderefører i § 87, stk. 3 reglen om, at patienten har ret til udvidet frit sygehusvalg, hvis regionen ændrer tidspunktet for en kirurgisk behandling. Det bør i den forbindelse præciseres, hvad der menes med "kirurgisk behandling". Reglen gælder også for patienter, der behandles på sygehus udenfor bopælsregionen. Danske Regioner finder det hensigtsmæssigt at reglen formuleres sådan, at bopælsregionen i sådanne tilfælde har mulighed for at tilbyde en ny tid til operation, som ligger inden for de fastsatte frister.

Samarbejde med almen praksis

Arbejdet med patientforløb efter de nye regler om udredning og behandling vil bl.a. foregå i et samarbejde mellem region og praktiserende læger. Der vil i den forbindelse bl.a. være brug for at skelne mellem henvisning til diagnostisk undersøgelse og henvisning til udredning. Denne afgrænsning er ikke helt klar i lovudkastet.

Danske Regioner er i øvrigt enig i vigtigheden af, at de nye regler ikke må føre til ændringer i henvisningsmønstret i almen praksis, og at mange diagnostiske forløb fortsat skal foregå i regi af almen praksis.

Ressourcemæssige overvejelser

Det fremgår af lovbemærkningerne, at der udelukkende vil være midlertidige merudgifter forbundet med udredningen. Danske Regioner skal hertil bemærke, at der også vil være en varig udgiftsmæssig effekt af udredningsgarantien, som, vi forventer, vil blive drøftet nærmere.

Det må forventes, at tilbuddet om udredning inden for 30 dage på en række områder vil udfordre kapaciteten i regionerne. Regionerne vil løbende vurdere dette forhold.

Det fremgår af lovudkastets bemærkninger, at de ændrede regler kan have økonomiske konsekvenser for Patientombuddet men at lovudkastet samlet set er udgiftsneutralt. Da Patientombuddet er takstfinansieret (primært af regionerne) vil et stigende antal klager som følge af at der med lovforslaget

fastsættes nye patientrettigheder også have økonomiske konsekvenser for regionerne. Danske Regioner går ud fra af de faktiske økonomiske virkninger vil indgå i evalueringen af lovkomplekset om Patientombuddet i 2014.

Side 5

Øvrige bemærkninger

Venteinfo.dk

Der peges fra regionerne på, at et opdateret og velfungerende venteinfo.dk er væsentligt i relation til tilbud om udredning inden for 30 dage, herunder i forhold til information om kapacitet i andre regioner. Det efterlyses i den forbindelse, at systemet optimeres, sådan at valide, retningsgivende ventetidsoplysninger er tilgængelige for patienter og sundhedspersonale.

Bemærkninger af teknisk/korrekturmæssig karakter:

Afsnit 2.1.2, første afsnit – ”Ordningen indebærer, at en patient, som er henvist til offentlig sygehusbehandling – oftest fra praktiserende læge – får udvidede valgmuligheder, hvis der på det sygehus, som modtager henvisningen er mere end 1 måneds (30 dages) ...”. Her bør evt. stå: ”... hvis der ikke kan tilbydes behandling på et af regionens sygehuse eller ..., jf. § 87.

Afsnit 2.2.2, s. 7., 2. afsnit – ”Ligeledes skal patienter med livstruende kræft- og hjertesygdomme fortsat have adgang til akut handling og klar besked”. Her skal vel stå ”akut behandling”.

Afsnit 2.2.2, s. 7, 3. afsnit – ventetiden beregnes ikke fra tidspunktet for samtykke men fra henvisningstidspunktet.

Afsnit 2.2.2, side 8, 1. linje – her mangler ordet ”udvidet”.

Afsnit 2.2.2, side 8, nr. 3: Det er uklart om der evt. bør stå ”eller” i stedet for ”og” i formuleringen ”For eksempel manglende mulighed for at bevare beskæftigelse og udføre almindelige ... ”.

Med venlig hilsen

Bent Hansen

Til Justitsministeriet

DANSKE
REGIONER



02-07-2012

Sag nr. 12/998

Dokumentnr. 26172/12

Birgitte Bidstrup

Tel. 3529 8221

E-mail: Bbs@regioner.dk

Danske Regioners høringsvar til høring over Europa-Kommissionens forslag til Europa-Parlamentets og Rådets forordning om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger (generel forordning om databeskyttelse)

Dette høringsvar afgives med forbehold for politisk behandling.

Danske Regioner finder det overordnet hensigtsmæssigt, at man med forslaget ønsker at skabe mere ensartede regler i EU. Herved opnås mere ensartet fortolkning, håndtering og sanktionering i EU, hvilket kan skabe beskyttelse af data på tværs af EU.

Danske Regioner finder også, at forslaget generelt medfører yderligere bureaukratisering af databeskyttelsesområdet, hvilket ikke synes ønskværdigt for at opnå en smidig og effektiv udveksling/behandlingen af data.

For så vidt angående den fremadskridende digitalisering, hvis formål netop er at lette og effektivisere behandlingen af personoplysninger, finder Danske Regioner, at netop en yderligere bureaukratisering er meget u hensigtsmæssig.

Danske Regioner er sig samtidig bevidst om, at inden for private og kommercielle virksomheder, vil der være en naturlig samfundsmæssig interesse i, at sikre sig, at der her foretages streng kontrol af behandlingen af personoplysninger. Danske Regioner finder derimod behov for en ”mere bred og mere fri behandlingsret” af personoplysninger i den offentlige sektor, hvor udgangspunkt netop er i den registreredes interesser og behov.

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk

Det kan endvidere bekymre, at der næsten ikke gives rum for nationale særregler. Forordningen er i vid udstrækning programerklæringer, og derfor er det usikkert hvorledes disse bliver omsat til detailregler af kommissionen.

Forslaget vil medføre ændringer på en række retsområder, bl.a persondataloven, forvaltningsloven og sundhedslovgivningen. I Justitsministeriets ”Grund- Og Nærhedsnotat” (udsendt sammen med høringen og udarbejdet af Justitsministeriet) fremgår bl.a at ”*Den endelige vurdering af, i hvilket omfang forordningsforslaget vil berøre reglerne på sundhedsområdet, er endnu ikke foretaget*”. Ligeledes fremgår af notatet, at ”*Den endelige fastlæggelse af, hvilke love der vil være behov for at ophæve eller ændre, vil finde sted i samarbejde med de berørte ressortministerier*”.

Det er således på nuværende tidspunkt vanskeligt for Danske Regioner at vurdere de præcise virkninger af en evt. vedtagelse af forslaget, men det forekommer utvivlsomt, at forordningen vil have betydning for adskillige aspekter af regionernes virke – både i relation til behandlingen af patientoplysninger og oplysninger om ansatte i regionen (ansættelsesretten).

I forlængelse af ovenstående, er det derfor ikke muligt for Danske Regioner konkret at vurdere, hvilke administrative og økonomiske konsekvenser forordningen påfører regionerne. Høringssvaret er derfor blot udtryk for Danske Regioners indledende vurderinger af forordningen.

Danske Regioner ønsker derfor at blive inddraget i den videre lovgivningsmæssige procedure omkring ændringer i den gældende persondatalov og evt. udarbejdning af tilhørende bekendtgørelser m.v. Danske Regioner ønsker naturligvis også at blive inddraget vedr. ændringerne i al anden lovgivning (fx sundhedloven), der ændres grundet forordningen.

Generelle bestemmelser (forordningens kapitel I)

Danske Regioner efterlyser en klar begrebsafklaring i forordningen for så vidt angående ”den databeskyttelsesansvarliges” rolle og ansvarsområde, samt den ”registeransvarliges” (eller registerfører) rolle og ansvarsområde.

Principper (forordningens kap. II).

Side 3

Hjemlen for indhentelse af samtykke og brugen heraf, finder Danske Regioner fortsat bør tilstræbes at være smidig og operationel.

De skærpede/ændrede krav til brug af samtykke, der fremgår af forslaget, vil dog forudsætte lovændringer i Danmark på en række områder.

I fx sundhedslovens nuværende regler vedrørende videregivelse af helbredsoplysninger i forbindelse med behandling eller til andre formål (sundhedslovens kap. 9), er der mulighed for, at myndigheden kan foretage en interesseafvejning (den juridiske såkaldte ”værdispringsregel”). Myndigheden har her mulighed for, at videregive oplysninger - *uden* indhentelse af samtykke fra patienten - såfremt videregivelsen fx er berettiget til ”varetagelse af en åbenbar almen interesse”.

Danske Regioner finder således, at de nuværende og forholdsvis smidige videregivelsesregler i sundhedsloven er hensigtsmæssige, og at det derfor er stærkt bekymrende, såfremt disse regler udgår som følge af forordningen.

I forlængelse af ovenstående skal tilføjes, at Danske Regioner finder det formålstjenligt såfremt offentlige myndigheder gives adgang til egne interesseafvejningsregler som behandlingsgrundlag. Dette fordi, at offentlige myndigheder som udgangspunkt varetager den registreredes interesser (modsat fx private organisationer med kommercielle interesser), hvorved et vist råderum for interesseafvejning hos den offentlige myndighed vil være formålstjenesteligt og smidigt for alle parter.

Den Registreredes rettigheder (forordningens kap. III)

Forslaget udvider den registreredes ret (fx vedr. den såkaldte ”dataportabilitet”). Det kan forventes, at udvidelsen af den registreredes rettigheder vil betyde betydelige og ændrede krav til forretningsgange og til ændring og udvikling af it-systemer. I sidste ende kan dette medføre ikke ubetydelige merarbejde og meromkostninger.

En anden ret den registrerede opnår, er retten ”til at blive glemt”. Dette indebærer at registrerede kan kræve, at den registeransvarlige skal slette personoplysninger, der ikke længere er nødvendige til opfyldelse af de formål, hvortil de blev indsamlet. ”Retten til at blive glemt” er dog underlagt en række undtagelser, herunder at personoplysningerne skal bevares, hvis det

kræves ifølge en retlig forpligtelse i henhold til medlemsstatens lovgivning. Danske Regioner har således noteret sig, at forslaget om ”retten til at blive glemt” ikke vil være til hinder for videreførelse af journalføringsreglerne m.v., hvilket må anses for afgørende for at de hensyn, der ligger til grund for sundhedslovgivningens krav om dokumentation, fortsat tilgodeses.

Side 4

Registeransvarlig og registerfører (forordningens kapitel IV)

Forslaget pålægger den registeransvarlige og registerføreren en række forpligtelse som fx at anmelde brud på persondatasikkerheden til tilsynsmyndigheden. Myndighederne (fx sygehuse) pålægges således en højere grad af eget ansvar.

”Prisen” ved dette forslag vil således være, at der hos myndighederne skal indføres en meget højere grad af egenkontrol, øgede dokumentationskrav i forhold til behandling af data, større krav om implementering af procedurer, politikker osv.

Der bliver endvidere større krav til øget information, uddannelse og træning af medarbejdere i persondataskyttelse.

Disse krav, samtidig med krav om konsekvensanalyser og kontrol af om retningslinjer virker, vil medføre et ikke ubetydeligt administrativt og organisatorisk merarbejde.

Det kan frygtes, at det teknisk set vil være vanskeligt at honorere de øgede krav om dokumentation, kontrol og indsigt.

Det er uklart, om de øgede krav til intern kontrol mv. kan medføre krav om ansættelse af et ikke ubetydeligt antal ”dataskyttelsesansvarlige” i regionerne.

Det er endvidere uklart, hvorledes den forudsatte uafhængighed ved den dataskyttelsesansvarlige sikres, grundet sammenblandingen af roller (underretning, rådgivning, dokumentation og kontrol).

Det er også uklart, om myndigheder risikerer, at deres egne frivillige indberettede hændelser til tilsynsmyndigheden udløser bøder.

Den forudsatte indberetning og underretning om sikkerhedsbrud, fra den registeransvarlige til tilsynsmyndigheden, er meget omfattende og det vurderes således, at fristen hertil er alt for kort (senest inden for 24 timer efter at den registeransvarlige er blevet bekendt med et persondatasikkerhedsbrud – jf. art.31).

Uafhængige tilsynsmyndigheder (forordningens kapitel VI).

Danske Regioner tilslutter sig, at tilsynsmyndighederne tildeles de fornødne midler til at sikre, at de kan udføre deres opgave. Det er naturligvis også vigtigt, at tilsynsmyndighederne er sikret uafhængighed.

Det bør i forlængelse heraf påpeges, at det bør sikres at tilsynsmyndighederne fortsat kan have en rådgivende og vejledende funktion (som det nuværende Datatilsyn), således at tilsynsmyndigheden ikke alene har en kontrolfunktion. Med en også rådgivende og vejledende funktion hos tilsynsmyndigheden, vil der nemlig på en mere uformel måde kunne opnås flere og bedre løsningsmodeller hos myndighederne. Et dialogbaseret tilsyn er således at foretrække.

Samarbejde og sammenhæng (forordningens kapitel VII).

Øget mulighed for samarbejde tilsynsmyndighederne imellem hilses velkommen, således at det også tilsikres en ensartet fortolkning og anvendelse af forordningen, herunder med nedsættelse af Databeskyttelsesrådet som en integreret del.

Af forslaget fremgår, at bl.a afgørelser truffet af de nationale tilsynsmyndigheder i en række tilfælde skal forelægges for Det Europæiske Databeskyttelsesråd, som så afgiver en udtalelse.

I forlængelse af ovenstående finder Danske Regioner at det bør være muligt, at den registeransvarlige også høres i forbindelse med sagens forelæggelse for Det Europæiske Databeskyttelsesråd.

Danske Regioner efterlyser herudover en nærmere afklaring af Databeskyttelsesrådets generelle procedurer og kompetencer, har fx Databeskyttelsesrådets undersøgelser, beslutninger m.v opsættende virkning?.

Forslaget indfører som noget nyt, at alle organer, organisationer eller sammenslutninger, der har til formål at beskytte registreredes rettigheder og interesser, har ret til, på vegne af den registrerede, at indgive klage til tilsynsmyndigheden. Danske Regioner efterlyser her præcisering af hvilke organisationer, der er tale om. Derfor synes det endvidere uigennemskueligt hvilket merarbejde dette vil medføre for tilsynsmyndighederne og de registransvarlige.

Vedrørende tilsynsmyndighedens meget vide adgang til at anvende administrative sanktioner, kan det bekymre, at der også er en meget vid adgang hertil, også når der er tale om uagtsomme overtrædelser.

Artikel 79 angiver de administrative sanktioner ved overtrædelse af forordningen. I artiklens stk. 2, anføres det, at en eventuel sanktion bør stå i rimeligt forhold til overtrædelsen samt at bødens størrelse bør stå i forhold til overtrædelsens karakter og overtrædelsens forsætlighed. Danske Regioner finder det hensigtsmæssigt, at ovennævnte forhold lægges til grund for pådømmelse af eventuelle sanktioner. Det er imidlertid uhensigtsmæssigt, at de i artikel 79, stk. 4 – 6, anførte bødestørrelser synes ude af proportion med forslagets formål. Danske Regioner anbefaler således, at de anførte beløb og procentangivelser udgår af forslaget.

Det synes endvidere uklart, på hvilket grundlag bødetaksterne beregnes i forhold til offentlige myndigheder. Offentlige myndigheder arbejder under stramme økonomiske rammer og finansieres i vid udstrækning med bloktilskud. Dette bør der tages hensyn til ved en eventuel fastholdelse af kravet om bødepålæg og beregning af bødestørrelser.

Bøderne synes endvidere af en helt urimelig størrelse i forhold til hvad der i øvrigt gælder i det danske samfund, både når der er tale om straffelovsovertrædelser og særlovsovertrædelser.

Taksterne synes at tage afsæt i forholdene i kommercielle virksomheder, der evt. kan opnå økonomisk vinding ved overtrædelse af reglerne.

Endelig er det uklart om, og i hvilket omfang, der vil være en klageadgang for pålæg af administrative bøder.

Bestemmelser vedrørende specifikke databehandlingssituationer (forordningens kapitel IX).

Side 7

Regionerne driver i dag knap 60 landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. Disse databaser leverer værdifulde resultater inden for en række store og omkostningstunge sygdomsområder – fx kræft – og resultaterne anvendes til monitorering af behandlingskvaliteten i det danske sundhedsvæsen. Samtlige databaser er godkendt af Sundhedsstyrelsen efter bekendtgørelse nr. 459 af 16-05-2006 og bekendtgørelse nr. 1725 af 21-12-2006. Hermed gives der tilladelse til, at personhenførbare data kan anvendes til kvalitetsmonitorering og kvalitetsudvikling af behandlingen *uden* samtykke fra patienterne. Dette er med til at sikre, at datagrundlaget bliver så komplet som muligt når at alle patienterne, der modtager en given behandling, indgår som en del af behandlingspopulation.

Danske Regioner er bekymret for, at EU-forordningen vil fjerne denne mulighed for at anvendes patienternes data til kvalitetsudvikling. Det er i det foreliggende materiale uklart, hvorvidt det med indførelsen af forordningen fortsat bliver muligt for et medlemsland at opretholde bekendtgørelser, der tillader brugen af persondata uden borgerens individuelle samtykke. Hvis dette ikke bliver muligt vil det have meget store konsekvenser for muligheden for at følge kvaliteten af patientbehandlingen i det danske sundhedsvæsen.

Det vil efter Danske Regioners opfattelse være en klar forbedring af forordningens ordlyd og målsætning, hvis der fx i artikel 83 (og evt. artikel 7) indføres bestemmelser om, at det via national lovgivning er muligt at fastlægge regler for brugen af personhenførbare data til videnskabelige formål, herunder kvalitetsudvikling, uden krav om at skulle indhente individuel samtykke fra borgerne

Delegerede retsakter og gennemførelsesforanstaltninger (forordningens kapitel X).

Det fremgår at kommissionen skal udarbejde en lang række delegerende retsakter på detailniveau, herunder standardformularer, specifikke krav til behandlingssikkerhed og diverse standarder.

Danske Regioner forventer derfor, at en ikke helt ubetydelig lovregulering på flere områder vil følge i kølvandet på en evt. vedtagelse af forordningen (som også indledningsvist beskrevet se evt. side 1 og 2).

Det kan derfor frygtes at denne detailregulering sker i et tempo, der kan medføre usikre retstilstande, specielt set i lyset af, at virksomheder og myndigheder står overfor store udfordringer med forordningens vedtagelse.

Derfor anbefales at overgangsperioden bliver lang nok til en sådan omfattende regulering.

Ansættelsesretlige problematikker

Nedenfor gives en række generelle bemærkninger, der er gældende for forordningen som helhed. Dernæst anføres en række eksempler, der tjener til at fremhæve særlige ansættelsesretlige problematikker i forslaget til forordning.

Generelle bemærkninger

Henset til de nationale lovgivninger for personbeskyttelse og de kollektive overenskomster, der i Danmark bidrager til at regulere det ansættelsesretlige område, kan det undre, at Kommissionen har valgt at fremsætte forslag til en almenyldig retskilde, der har direkte virkning i medlemsstaterne. Ved brugen af en forordning som reguleringsmekanisme, henlægger man fortolkningskompetencen til Kommissionen og prøvelsesretten til EU-domstolen samtidig med, at man tilsidesætter nationale databeskyttelsesregler.

Derfor finder Danske Regioner det afgørende, at forordningen i alle henseender overholder principperne om arbejdsmarkedsparternes rolle som defineret i artikel 153 TEUF.

Overordnet set er det bekymrende, når Kommissionen i så høj grad gør brug af såkaldte delegerede retsakter. At Kommissionen får beføjelse til at vedtage retsakter, der skal regulere behandlingen af personoplysninger, kan have særlig betydning for det ansættelsesretlige område, for ledelsesretten og ansættelsesforholdet. Derfor anbefaler Danske Regioner, at brugen af delegerede retsakter begrænses.

Konkrete eksempler på ansættelsesretlige problematikker

Artikel 7, stk. 4, undtager samtykke fra den registrerede som gyldigt retsgrundlag for behandling af oplysninger, når der er skævhed mellem den registeransvarlige og den registrerede. I forholdet mellem arbejdsgiver og arbejdstager er det en forudsætning, at visse oplysninger kan behandles af arbejdsgiver. Derfor er det Danske Regioners anbefaling, at ansættelsesretlige forhold undtages fra regulering i medfør af artikel 7.

Artikel 9 angiver kategoriseringen af personoplysninger. En række af sådanne oplysninger, særligt oplysninger om straffeforhold, er nødvendige i opretholdelsen af det arbejdsretlige forhold mellem arbejdsgiver og arbejdstager. Det er således en forudsætning for ansættelsesforholdet, at undtagelserne som nævnt i artikel 9, stk. 1, litra a - f, ikke medfører, at arbejdsgivers ledelsesret tilsidesættes i forhold til nuværende national regulering eksempelvis ved Lov om behandling af personoplysninger og Bekendtgørelse om behandling af personoplysninger i Det Centrale Kriminalregister.

Artikel 81 fastsætter reglerne for behandling af helbredsoplysninger. I forholdet mellem arbejdsgiver og arbejdstager kan det være en forudsætning for ansættelsesforholdet, at der videregives og behandles personoplysninger om helbred fx i form af lægeerklæringer ved ansættelse af tjenestemænd. Derfor er det Danske Regioners anbefaling, at ansættelsesretlige forhold undtages fra bestemmelserne i artikel 81.

Artikel 82 fastsætter reglerne for behandling af oplysninger i ansættelsesforhold. De ansættelsesretlige forhold i Danmark reguleres bl.a. af kollektive overenskomster og aftaler, hvorfor også det er Danske Regioners overbevisning, at indgåelsen af sådanne aftaler ikke bør underlægges forordningens regulering. Derfor bør det i artikel 82 specifikt fremgå, at arbejdsmarkedsparterne i medlemsstaterne, i henhold til artikel 153 (TEUF) og i overensstemmelse med principperne i forslagets artikel 5, kan indgå aftaler, der regulerer behandlingen af arbejdstageres personoplysninger i ansættelsesforhold.

Slutteligt skal det bemærkes, at Danske Regioner stiller sig tvivlende overfor den overvågende og kontrollerende funktion, der tillægges den databeskyttelsesansvarlige i forslagets artikel 37. Endvidere kan der rejses spørgsmål ved de ansættelsesretlige konsekvenser, der følger af udpegningen af den databeskyttelsesansvarlige i mindst to år, jf. forslagets artikel 35, stk. 7.

Økonomiske konsekvenser:

Side 10

Danske Regioner forventer at ressourcemæssige konsekvenser, som følge af forslaget, kompenseres via DUT-princippet.

Med venlig hilsen

Janet Marie Samuel



01-08-2012

Sag nr. 12/998

Dokumentnr.

BBS

Danske Regioners bemærkninger til høringsvar af 2. juli 2012 om EU's forslag til generel forordning om databeskyttelse.

Generelle og indledende betragtninger

I Danske Regioners høringsvar hilses ensretning af behandlingen af personoplysninger i EU som udgangspunkt velkommen.

Danske Regioner stiller sig imidlertid skeptisk ift. den øgede kontrol af behandlingen af personoplysninger, som forordningen lægger op til, og som kan medføre både ”tung” og tidskrævende sagsbehandling.

Offentlige myndigheder bør have adgang til interesseafvejningsregler som behandlingsgrundlag. Idet offentlige myndigheder som udgangspunkt varetager såvel den registreredes interesser som mere almene, samfundsmæssige interesser.

Generelt er forslaget på mange måder svært gennemskueligt og konsekvenserne for bl.a. sundhedslovgivningen er endnu ikke afklarede. Derfor er det vanskeligt at vurdere de præcise virkninger af en vedtagelse af forslaget, men forordningen forventes at have betydning for adskillige aspekter af regionens virke – både i relation til behandlingen af patientoplysninger (i lovgivningen på flere retsområder) og oplysninger om ansatte i regionen. Danske Regioner anfører derfor i høringsvaret, at Danske Regioner ønsker medinddragelse i den videre lovgivningsmæssige procedure.

Kvalitet og forskning

Regionerne registrerer i dag en lang række kliniske oplysninger i forbindelse med patienternes behandling. Dette sker både hos egen læge som på sygehusene. Oplysningerne bruges i kliniske kvalitetsdatabaser og forskningsprojekter, der har til formål at overvåge kvaliteten af patientbehandlingen og gøre den endnu bedre.

To bekendtgørelser til Sundhedsloven sikrer, at de kliniske oplysninger må indsamles og anvendes til kvalitet og forskning *uden* samtykke for den enkelte patient. Danske Regioner har i sit høringssvar udtrykt bekymring for, at forordningens til tider uklare formuleringer om skærpede regler for samtykke kan tolkes i retning af, at den nationale lovgivning, som i dag muliggør brug af kliniske data om patienterne, ikke længere vil være mulig, hvis forordningen gennemføres. Sker det, vil det have voldsomme konsekvenser for sundhedsforskning og kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen. Det vil bl.a. betyde store administrative omkostninger, hvis der skal indhentes samtykke fra alle patienter, som i dag indgår i regionernes godt 60 landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. Og evnen til at overvåge behandlingen vil efter al sandsynlighed også blive kraftigt forringet, hvis større grupper af patienterne må udgå fra databaserne, enten fordi det ikke er muligt at indhente samtykket, eller patienterne, af forskellige grunde, ikke ønsker at deltage.

Digitalisering

Regeringen, KL og Danske Regioner udsendte i 2011 en fællesoffentlig digitaliseringsstrategi 2011-2015. En af målsætningerne er at øge antallet af selvbetjeningsløsninger til borgerne. På sundhedsområdet kan det fx komme til udtryk gennem øget brug af telemedicin. Sådanne løsninger kan have besparende effekter, højne kvaliteten og borgernes oplevelse af sundhedstilbuddene.

Samlet set synes forordningen at true med at annullere nogle af de gevinster – ikke mindst økonomiske og administrative – som er målet med den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi. Forordningen vil nemlig pålægge de ansvarlige for selvbetjeningsløsninger samt andre it-løsninger, der opbevarer persondata, en række pligter. Disse kan kun løftes gennem administrative udbygninger og tekniske tilkøb til eksisterende it-systemer. Forordningen stiller fx krav om at;

- Borgerne har mulighed for at afgive individuelt samtykke ved brug af selvbetjeningsløsninger
- Alle it-systemer kan håndtere et fælles dataformat, så borgerenes data kan flyttes mellem forskellige it-systemer
- Der indføres skærpet logning på, hvor borgernes data er registreret (fx også i medico-udstyr) og hvem, der benytter disse data
- Øget krav om overvågning og sikkerhed omkring håndtering af borgernes data samt pligt til hurtig indberetning til tilsynsmyndighed i tilfælde af brud på sikkerheden

- Udarbejdelse af konsekvensanalyse ved 'risikobaseret databehandling'
- Ansættelse af særlige databehandlingsansvarlige personer

Gennemføres forordningen med sin nuværende ordlyd, må det derfor forventes at have store konsekvenser for regioner i form af øgede udgifter til personale og tekniske systemudvidelser.

Som part bag den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi har også KL, i deres høringssvar, fremhævet de negative konsekvenser som forordningen vil have for både digitaliseringsstrategiens målsætninger og for den offentlige administration generelt.

Ansættelsesretlige konsekvenser

Forslaget til forordning vurderes at have en række ansættelsesretlige konsekvenser for regionerne som arbejdsgivere.

For det første sætter forordningen begrænsninger på brugen af samtykke i forholdet mellem arbejdsgiver og arbejdstager. Brugen af samtykke er ofte en forudsætning for et ansættelsesforhold, hvor visse personoplysninger skal kunne behandles af arbejdsgiver. Derfor er det også Danske Regioners anbefaling, at man i ansættelsesforhold fortsat skal kunne gøre brug af samtykke som retsgrundlag for at behandle personoplysninger i et ansættelsesforhold.

For det andet kan forslaget til forordning have som konsekvens, at ledelsesretten begrænses i forhold til arbejdsgivers ret til at efterspørge fx straffeattest eller lægeerklæringer fra medarbejdere. I tilfælde, hvor arbejdsgiveren kan påvise god grund til det, kan man kræve forevisning af fx straffeattest. Ligeledes kan arbejdsgiver stille krav om forevisning af lægeerklæring ved ansættelse af tjenestemænd. Disse rettigheder er del af ledelsesretten og et vilkår for ansættelsesforholdet. Derfor har Danske Regioner bemærket, at forslaget til forordning ikke bør begrænse ledelsesretten for de regionale arbejdsgivere.

Endelig har Danske Regioner stillet spørgsmålstegn ved forordningens krav om, at arbejdsgiver skal udpege en såkaldt databeskyttelsesansvarlig blandt medarbejderne. Danske Regioners høringssvar påpeger, at det kan have konsekvenser, hvis en eller flere medarbejdere gives kompetence til at føre kontrol med virksomhedens databeskyttelse. Samtidig stiller forslaget krav om, at den databeskyttelsesansvarlige udpeges for to år. Det kan betyde, at

den pågældende medarbejder opnår en ansættelsesmæssig beskyttelse, som ikke vil være hensigtsmæssig på det regionale arbejdsmarked.

Side 4

Materialet kan findes på nedenstående link:

<https://bdkv2.borger.dk/Lovgivning/Hoeringsportalen/Sider/Fakta.aspx?hpid=2146003498>

Sundhedsstyrelsen
Att: Christine Brot

DANSKE
REGIONER



06-06-2012

Sag nr. 11/1565

Dokumentnr. 1016103/12

Susan Colding

Tel. 35298360

E-mail: Sco@regioner.dk

Danske Regioners høringssvar til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for barselsperioden

Danske Regioner takker for muligheden for at give høringssvar til de reviderede anbefalinger vedr. barselsperioden.

Høringen har været sendt til alle regioner for bemærkninger.

Med forbehold for politisk godkendelse har Danske Regioner følgende bemærkninger til anbefalingerne:

Overordnede bemærkninger

Danske Regioner ønsker at tilkendegive tilfredshed med Sundhedsstyrelsens reviderede anbefalinger for svangreomsorgen. Anbefalingerne fremstår som et klart og tydeligt kapitel, der præciserer tilbud til de barslende og præciserer opgavefordelingen for de respektive sundhedsfaglige personalegrupper.

Det er positivt, at anbefalingerne tager udgangspunkt i familiens behov og ressourcer samt, at der er fokus på både forberedende og opfølgende elementer til at styrke forældrenes kompetencer og sikre familien en god start på livet.

Danske Regioner anerkender desuden fokus på nødvendigheden af et godt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde for at styrke patientforløbet. En tæt koordinering af indsatserne fra henholdsvis jordemoder, sygeplejersker og sundhedsplejersker de første dage efter fødslen vurderes at være af afgørende betydning i forhold til at sikre en god start på barselsperioden.

Endelig tilslutter Danske Regioner sig Sundhedsstyrelsens vurdering af, at screeninger af nyfødte forbliver en regional opgave af hensyn til patientsikkerheden.

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk

Ressourcer

Danske Regioner vurderer, at det vil være udgiftsdrivende, at implementere de nye anbefalinger. Selv om de reviderede anbefalinger er mindre vidtgående end de tidligere anbefalinger, så vil en hurtig og effektiv implementering af anbefalingerne kræve yderligere ressourcer. Behovet for ressourcer vil især være i forbindelse med udvidelse af konsultationen på 2.-3.dagen (screeninger og samtale) og i forbindelse med et forventet øget antal hjemmebesøg, særligt til førstegangsfødende.

Regionerne vil derfor arbejde på en løbende implementering af anbefalingerne ud fra en behovstilpasset model med prioritering af for eksempel førstegangsfødende og fødende, der har haft komplicerede forløb.

Proces for arbejdsgruppen

Danske Regioner finder det u hensigtsmæssigt, at regioner og kommuner ikke blev inddraget i revideringen af anbefalingerne. Danske Regioner fik kun lejlighed til at deltage i et referencegruppemøde, hvor mødedeltagerne fik præsenteret et udkast, som ikke var færdigbehandlet af den faglige arbejdsgruppe.

Konkrete bemærkninger til afsnit

Det fremgår af afsnit 15.2, at den gennemsnitlige varighed af barselindlæggelsen er faldet støt gennem de senere år samt, at der er set en stigning i forekomsten af genindlæggelser af nyfødte på grund af dehydrering, ernæringsproblemer og gulsot.

Danske Regioner finder, at der er en del påstande i dette afsnit, som bør underbygges med tal. For eksempel står der, at det er blevet rutine at udskrive flergangsfødende med ukomplicerede forløb "få timer" efter fødslen. Ligeledes står der, at "en stor andel" udskrives inden mælken er løbet til. Danske Regioner foreslår, at Sundhedsstyrelsen i stedet skriver, hvor stor en procentdel, der udskrives inden for eksempel 24 timer.

Endelig er betegnelsen "genindlæggelse af barnet" misvisende, da barnet som udgangspunkt ikke er indlagt ved fødslen. Det er moderen. 'Genindlæggelse' går igen flere gange i teksten.

Der henvises i afsnit 15.2.1, side 4, til "post-partum planen udarbejdet i graviditeten". Post-partum planen" er et nyt begreb, som kræver yderligere beskrivelse, både formålet med planen, indholdsmæssigt og i forhold til den organisatoriske håndtering. Danske Regioner anbefaler, at man kalder pla-

nen 'efterfødselsplanen' da de gravide i høj grad kommer til at høre om den.

Side 3

Afsnit 15.2.1, side 4 (Forudsætninger for udskrivelse af mor og barn): Danske Regioner er enig i, at tidlig udskrivelse skal være et valg, som forældre selv tager på baggrund af faglige anvisninger. Visse formuleringer i afsnit 15.2.1 fremstår dog med en meget risikofokuseret tilgang. Danske Regioner kunne ønske en tydeligere sammenhæng mellem formuleringerne i afsnit 15.2.1 og formålet med svangreomsorg (jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen, 2009, afsnit 2.1), hvoraf det fremgår, at graviditet, fødsel og barsel skal ses som en naturlig livsproces. En tidlig udskrivelse kan for visse familier netop være en fordel i forhold til amning og sikring af ro for familien. Eksempelvis peger undersøgelser i forhold til oxytocins rolle for amning, netop på tryghed som et vigtigt parameter i forhold til, at amningen fungerer, og mange mennesker finder også stor tryghed i vante omgivelser. Med et stærkt "back up" med barselsbesøg i hjemmet af jordemoder, konsultation på 2.-3. dagen, 4.-5. dag af sundhedsplejerske samt åben rådgivning døgnet rundt sikres rigtig god støtte og opfølgning.

Der veksles i anbefalingerne på side 6, 7 og 8 mellem brug af jordemoder, sygeplejerske og fødested eller jordemoder/sygeplejerske. Det bør konsekvensrettes, så de forskellige kontaktmuligheder fremstår som fødestedet, kommunal sundhedspleje og praktiserende læge.

Vedr. afsnit 15.2.3 side 7 (Basistilbud på fødestedet). Sundhedsstyrelsen kan overveje, om man vil definere indlæggelsestiden for at fødslen kan kaldes ambulante. For eksempel op til 24 timer efter fødslen.

Vedr. afsnit 15.2.4 side 8-9 (Sundhedsplejens tilbud efter fødslen). Da en stor del af de fødende udskrives indenfor 72 timer efter fødslen, vil det kræve en del administrativ koordinering mellem fødested og sundhedsplejen at afklare, hvilke familier der skal have besøg af sundhedsplejen og hvilke familier, som følges på fødestedet. Det synes derfor hensigtsmæssigt – dels af hensyn til familiernes planlægning, dels i forhold til sundhedsplejens planlægning - at der etableres kontakt mellem fødested og sundhedsplejen efter det ambulante besøg på fødestedet 2.-3.dagen efter fødslen med henblik på afklaring af behovet for besøg af sundhedsplejerske på 4.-5. dagen.

Vedr. afsnit 15.2.5, side 9. (Den praktiserende læges opgaver) Den praktiserende læge bør endvidere være særlig opmærksom på kvinder/familier med

særlige behov, som er fulgt tæt i graviditeten. Det er væsentligt, at der etableres god kontakt med egen læge i forbindelse med såvel 5 ugers børneundersøgelse som mors opfølgende konsultation 8 uger efter fødslen.

Afsnit 15.5, side 12 (Kvinder/familier med anden etnisk baggrund end dansk). Sundhedsstyrelsen bør overveje hensigtsmæssigheden af afsnit 15.5, idet sundhedspersonalet bør støtte og vejlede med udgangspunkt i den enkelte families styrker/ressourcer uafhængig af etnisk baggrund.

Tekstnære bemærkninger

Side 1, fjerde afsnit

Fødestedet bør altid koordinere med primærsektoren, hvorfor sidste sætning ”såfremt mor og barn...” bør udgå. Alternativt kan ”såfremt” erstattes af ”især hvis”.

Side 2, tredje afsnit

Symptomer som rødme og ømhed i brystet ved brystbetændelse bør tilføjes.

Side 3, sidste linje

Det er uklart hvad ”sugning efter fødslen” står for. Er det ventrikelsugning af barnet?

Side 5, fjerde afsnit

Der bør efter ”indlæggelser som følge af” i stedet stå ”indlæggelser af barnet, som følge af”, da indlæggelserne kun drejer sig om barnet.

Side 6, afsnit 15.2.2.

Under andet afsnit, der starter med ”At orientere den kommunale...” bør der tilføjes, at der umiddelbart efter fødslen, sendes en fødselsanmeldelse fra fødestedet til den kommunale sundhedstjeneste.

Side 8, Tidligt hjemmebesøg 4 - 5 dagen efter fødslen, fjerde linje

Foran brystbetændelse bør der tilføjes ”hos moderen”, da det kun er moderen, der kan få denne sygdom.

Side 9, tredje afsnit

Det er uklart, hvorfor hjemmebesøg og etableringsbesøg ikke kan være et og samme besøg.

Side 11, femte afsnit, tredje linje

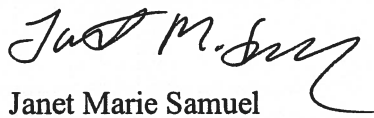
Der bør tilføjes, at jordemoderen også kan tilbyde samtale i hjemmet til særligt sårbare, det vil sige gruppe 3 og 4.

Side 5

Side 11, sidste afsnit, anden linje

Der bør konsekvent skrives far eller partner.

Med venlig hilsen



Janet Marie Samuel

Til Økonomi- og Indenrigsministeriet

**DANSKE
REGIONER**



07-08-2012

Sag nr. 12/1435

Dokumentnr. 34338/12

Jens Peter Bjerg

Tel. 35298268

E-mail: Jpb@regioner.dk

Danske Regioners høringsvar vedrørende lov om ændring af lov om kommunernes styrelse og regionsloven (afskaffelse af kommunale kvalitetskontrakter samt kommunale og regionale udbudsstrategier)

Danske Regioner har som udgangspunkt en positiv holdning til konkurrenceudsættelse gennem udbud og anvendelsen af private leverandører. Regionerne har således allerede en meget omfattende brug af private leverandører og samarbejdet er under stadig udvikling.

Den seneste opgjorte indikator til måling af inddragelse af private leverandører viser at regionerne i 2011 brugte mere end 35 procent af de samlede udgifter direkte til private leverandører.

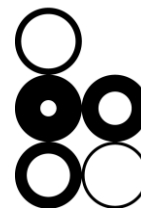
Danske Regionerne finder det ikke nødvendigt at man fra centralt hold definerer hvad regionernes strategier på udbudsområdet specifikt skal indeholde. Danske Regioner hilser således afskaffelsen af forpligtelsen til at udarbejde en udbudsstrategi med et forudbestemt indhold velkommen.

Med venlig hilsen

Kristian Heunicke

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk



30-06-2012

Sag nr. 10/2312

Dokumentnr. 26576/12

Mette Holm Sørensen

Tel. 2222 2157

E-mail: mhs@regioner.dk

Reform af førtidspensions- og fleksjobordningen

Regeringen (S, SF og RV) har den 30. juni 2012 indgået forlig om førtidspensions- og fleksjobordningen sammen med V, LA og K. Reformen betyder, at personer under 40 år fremover ikke kan få førtidspension, men tilbydes i stedet et ressourceforløb, der består i en tværfaglig og helhedsorienteret indsats på tværs af beskæftigelses-, uddannelses-, sundheds- og socialområdet. For at sikre et koordineret forløb skal alle kommuner oprette rehabiliteringsteam. Her er regionerne repræsenteret i form af en sundhedskordinationsfunktion, der giver en entydig og koordineret adgang til rådgivning og vurdering i det regionale sundhedsvæsen.

I det følgende skitsers hovedelementerne i reformen med fokus på de dele, som vedrører regionerne.

Reform af førtidspensions- og fleksjobordningen

Med aftalen bliver førtidspension som udgangspunkt afskaffet for alle under 40 år, med mindre alle andre muligheder er udtømte eller udelukket. I stedet skal sårbare og udsatte unge have en helhedsorienteret indsats i ressourceforløb, som kan vare fra et til fem år ad gangen med mulighed for flere forløb. Personer over 40 år skal som udgangspunkt også have et eller flere ressourceforløb, inden de kan få tilkendt førtidspension.

Indsatsen skal koordineres væsentligt bedre end i dag på tværs af forskellige forvaltninger og sektorer. Kommunerne skal derfor oprette rehabiliteringsteam, som skal sikre, at den tværgående indsats kommer til at virke i praksis. Der er afsat midler til ressourceforløbene, så kommunerne får mulighed for at sætte tiltag i værk, herunder behandling.

Fleksjobordningen bliver fastholdt, men reformeret, så den i højere grad bliver målrettet personer med en begrænset arbejdsevne. Det betyder, at de offentlige tilskud aftrappes, så de højeste tilskud ikke længere gives til de

fleksjobansatte, der har de højeste lønninger, men gives til fleksjobansatte med de laveste lønninger og den mindste arbejdsevne. Samtidig skal arbejdsgivere alene betale løn for de timer, den fleksjobansatte arbejder, så det bliver mere attraktivt for arbejdsgiverne at ansætte personer, som kun kan arbejde få timer om ugen.

Rehabiliteringsteam i alle kommuner

For at styrke koordineringen af indsatsen på tværs af de kommunale forvaltninger (beskæftigelses-, sundheds-, social- og undervisningsområdet) og mellem kommuners forvaltning og det regionale sundhedsvæsen skal der etableres rehabiliteringsteam i kommunerne. Temaet skal bestå af medarbejdere fra beskæftigelses-, social-, sundheds- og uddannelsesområdet, der alle har beslutningskompetence. Desuden skal en klinisk funktion i regionen være repræsenteret i teamet ved en sundhedskoordinator. Rehabiliteringsteamet skal behandle alle sager, inden der træffes afgørelse om resourceforløb, fleksjob og førtidspension. Herudover skal teamet sikre, at borgere med komplekse problemer får en helhedsorienteret og tværfaglig indsats, og bliver dermed det centrale omdrejningspunkt for den enkelte, når resourceforløbet skal tilrettelægges.

Ressourceforløb

Ressourceforløbene skal tilrettelægges ud fra den enkeltes behov og ressourcer. Der skal derfor laves en individuel rehabiliteringsplan, der både kan involvere beskæftigelsesrettede, sociale, uddannelses- og sundhedsmæssige tiltag – herunder egentlig behandling. Rehabiliteringsplanen består af to dele. Planens del et er en forberedende del, som danner grundlag for sagens behandling i teamet. Planens del to udarbejdes i teamet og beskriver den tværfaglige indsats.

Kommunerne finansierer udgifterne til sundhedskoordinationsfunktionen og rådgivning/vurdering hos regionens kliniske funktion. Adgangen til ydelser i det behandlende sundhedsvæsen sker for personer i resourceforløb, som for alle andre.

Samarbejde mellem kommuner og regionen

Med rehabiliteringsteam og resourceforløb er der således lagt på til et tæt samarbejde mellem kommuner og regioner. I modsætning til i dag skal der dog fremover ske en mere systematisk brug af sundhedsfaglige, herunder lægelige ressourcer. Kommunernes nuværende praksis for indhentning af sundhedsfaglige informationer er for ustruktureret og ofte fokuseret på, hvad borgeren ikke kan.

Kommuner og regioner skal på den baggrund fremover aftale, hvorledes kommunernes rehabiliteringsteams får adgang til rådgivning og vurdering fra en klinisk funktion i regionen, herunder adgang til en sundhedskoordinationsfunktion. Den kliniske funktion er ikke en ny fysisk enhed, men alene en funktion, som fleksibelt kan forankres i regionens eksisterende organisation. Det skal aftales nærmere mellem kommuner og regioner, hvordan funktionen skal levere rådgivning og vurdering samt, hvordan koordinatorfunktionen skal bemannes. Der vil desuden blive sat et arbejde i gang med henblik på at fastsætte modeller for kommunernes finansiering af regionernes ydelser. Det fremgår endvidere af aftalen, at kommunerne fremover alene skal benytte lægefaglig rådgivning fra regionen.

Etableringen af ressourceforløb og rehabiliteringsteam vil regeringen drøfte med KL og Danske Regioner.

Opfølgning og datagrundlag

Regeringen vil løbende følge op på omstillingen til den nye indsats i kommunerne og hvert år ved økonomiforhandlingerne med KL og Danske Regioner sætte fokus på implementering af indsatsen. Det skal derfor sikres, at der indhentes og udveksles erfaringer med at etablere og tilrettelægge ressourceforløbene.

Der vil herudover løbende blive fulgt op på reformen målt på, om det forventede provenu realiseres og om antallet af personer på førtidspension og tilgangen til ressourceforløb, fleksjob og førtidspension udvikler sig som forventet. Der vil senest i 2017 foregå en større evaluering af reformen.

Til brug for opfølgning og evaluering skal der tilvejebringes det nødvendige datagrundlag. Der vil derfor blive sat et arbejde i gang med deltagelse af Beskæftigelsesministeriet, Sundhedsministeriet, Social- og Integrationsministeriet, Finansministeriet, KL og Danske Regioner for at afdække mulige modeller for etablering af det nødvendige data- og styringsgrundlag.

Ikrafttrædelse og økonomi

Reformen træder i kraft den 1. januar 2013. Reformen får ikke konsekvenser for de personer, som er på førtidspension i dag med mindre de fremover flytter uden for EU/EØS.

Der er enighed om, at midler til opstart af ressourceforløb og rehabiliteringsteam skal prioriteres i satspuljen. Midlerne fra satspuljen indføres over

tid stigende til et permanent niveau på 365 mio. kr. fuldt indfaset i 2030. Der afsættes konkret 25 mio. kr. i 2013, 80 mio. kr. i 2014, 140 mio. kr. i 2015 og 190 mio. kr. i 2016.

Side 4

Der afsættes i alt 1,2 mia. kr. i 2020 og 1,4 mia. kr. på lang sigt til indsatsen i ressourceforløbene.

Samlet set bidrager reformen med et provenu på 1,9 mia. kr. til staten i 2020 og 3,6 mia. kr. på lang sigt.

Epilepsihospitalets fremtidige opgaver

April 2012

Indhold

1.	Indledning og baggrund	3
2.	Overordnet beskrivelse af Epilepsihospitalet	4
3.	Aktuelle specialiserede behandlingstilbud på Epilepsihospitalet og i regionerne	6
4.	Arbejdsgruppens forslag til fremtidig prioritering af patientgrupper til behandling på Epilepsihospitalet	12
5.	Arbejdsgruppens forslag til overordnede principper for fremtidig henvisnings- og visitationspraksis til Epilepsihospitalet	15

1. Indledning og baggrund

I finanslovsaftalen for 2012 blev der afsat 25 mio. kr. til Epilepsihospitalet i Dianalund i 2012 og 15 mio. kr. i 2013. I aftalen mellem regeringen og Enhedslisten indgik, at der skulle nedsættes en arbejdsgruppe, som skulle se på, hvilke behandlingsmæssige opgaver Epilepsihospitalet i fremtiden skal varetage, herunder med særligt fokus på de opgaver, hvor Epilepsihospitalet har en helt særlig ekspertise, og med særligt fokus på at sikre, at man opnår den fornødne sikkerhed for en fremrettet, effektiv drift og prioritering af opgaverne.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Sundhedsstyrelsen nedsatte på den baggrund en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra Epilepsihospitalet, relevante lægevidenskabelige selskaber, regionerne, ministeriet og styrelsen. Arbejdsgruppen har afholdt i alt 3 møder i løbet af februar og marts måned 2012. Udover de afholdte møder, har arbejdsgruppen bidraget med kommentering af rundsendte udkast.

I nærværende rapport beskrives arbejdsgruppens konklusioner og anbefalinger. Der har i arbejdsgruppen været enighed om de anførte konklusioner og anbefalinger.

Afsnit 2 indeholder en kort beskrivelse af Epilepsihospitalet. Derefter følger i afsnit 3 en gennemgang af de aktuelle specialiserede behandlingstilbud på Epilepsihospitalet og i regionerne. Afsnit 4 indeholder arbejdsgruppens forslag til fremtidig prioritering af patientgrupper til behandling på Epilepsihospitalet, og afsnit 5 indeholder arbejdsgruppens forslag til overordnede principper for fremtidig henvisnings- og visitationspraksis til Epilepsihospitalet.

Arbejdsgruppens kommissorium fremgår af bilag 1, og en oversigt over arbejdsgruppens medlemmer fremgår af bilag 2.

2. Overordnet beskrivelse af Epilepsihospitalet

Den selvejende institution Filadelfia har som sit største virksomhedsområde Epilepsihospitalet under sig. Institutionen (Kolonien Filadelfia, KF) blev grundlagt i 1897 med inspiration fra lignende institutioner i henholdsvis Tyskland - Bethel i Bielefeld - og i Skotland. Her var lignende institutioner opstået nogle år tidligere.

Af nogleår kan nævnes:

- 1970 Kommunalreformen, hvor de til Epilepsihospitalet knyttede skoler blev selvstændige enheder (diakoni/plejehjemsassistentuddannelse, børneskole, dagskole, specialskole for voksne)
- 1980 Særforsorgens udlægning, som betød KF's overgang til det daværende Vestsjællands Amt (VA). Det betød en væsentlig reduktion i tilgangen af patienter til indlæggelse på KF både for epilepsipatienter og psykiatriske patienter, hvilket foranledigede at VA i 1985 købte hele den psykiatriske del af KF. Herefter er der ingen psykiatriske patienter på Epilepsihospitalet.
- 1986-87 Epilepsihospitalets behandlingstilbud blev vurderet af DSI med det resultat, at der i årene herefter blev startet en kraftig modernisering af hele hospitalets virksomhed. Det være sig i forhold til diagnosticering, behandling, plejekoncept, patientforløb, tilbud under indlæggelse mv., de fysiske rammer og ansættelse af speciallægekompetencer.
- 1987-88 Neurofysiologisk afdeling blev etableret med neurofysiologisk ansvarlig overlæge. Epilepsicentret blev dannet og 5-døgnsafdelingen blev indviet. Epilepsihospitalet blev opdelt i langtidsskiftninger og korttidsskiftninger. Langtidsskiftninger fik ved særforsorgens udlægning mulighed for, hvis de var indskrevet på hospitalet inden 1980, at blive boende som langtidsskiftninger, hvis de ønskede det.
- 1988-93 I årene op til indførelsen af det frie sygehusvalg i 1993, var tilgangen af patienter fortsat stigende, og hospitalet fik derfor statstilskud i 2 år.
- Efter 1993 Moderniseringen af de fysiske rammer og behandlingstilbuddene er fortsat. Der er bygget en ny neurofysiologisk afdeling med tilhørende EMU-funktion (4 pladser) og ny sengeafdeling med plads til 36 patienter, som er indviet i 2011, også denne gang finansieret af eksterne donationer og ved salg af ejendomme.
- 1997 Projektet neurorehabilitering blev igangsat med støtte fra satspuljemidler. Center for Neurorehabilitering (Kurhus) blev i 2006 en sygehusafdeling under Epilepsihospitalet.

Epilepsihospitalet i dag

Epilepsihospitalet består i dag af 3 hovedområder:

- Korttidsområdet med 61 sengepladser
- Langtidsområdet med 27 patienter (antallet reduceres ved naturlig afgang)
- Center for Neurorehabilitering med 18 sengepladser

Epilepsihospitalets mission er at varetage diagnosticering og helhedsorienteret behandling af patienter med neurologiske sygdomme, især epilepsi og tilgrænsende lidelser samt rehabilitering. Endvidere tilbydes der indenfor disse områder bosteder og undervisning.

Til hospitalet hører:

- Forskningsenhed
- Laboratorium
- Neurofysiologisk afd.

Til Filadelfia hører:

- Skole (børneskolen)
- Værkstedcenter
- Botilbud
- Specialrådgivning

Epilepsihospitalet har jf. Sundhedslovens § 79 status som privat specialsygehus. Den økonomiske ramme for sygehusets drift sikres hovedsageligt gennem den årlige fritvalsramme samt eventuelle samarbejdsaftaler mellem sygehuset og de enkelte regioner. Sygehuset har endvidere mulighed for at indgå aftaler med Danske Regioner om udvidet frit sygehusvalg. Endelig finansierer regionerne de langtidsindlagte patienter uden for fritvalsrammen.

3. Aktuelle specialiserede behandlings- tilbud på Epilepsihospitalet og i re- gionerne

Behandling af epilepsipatienter varetages for en stor dels vedkommende på hoved-funktionsniveau. Sådanne behandlinger finder aktuelt sted på såvel regionernes sy-gehuse som på Epilepsihospitalet. Det estimeres, at omkring 1/3 af epilepsipatien-ter ikke bliver anfaldsfrie med gængs behandling. Heraf skønnes ca. halvdelen at have behov for særlige udrednings- og behandlingsforløb. En lille del af patienter-
ne vil have brug for invasiv behandling i form af nervus vagus-stimulation eller epilepsikirurgi.

Der er i Sundhedsstyrelsens specialevejledninger for neurologi, pædiatri, klinisk biokemi og neurokirurgi defineret en række specialfunktioner. Disse gennemgås i det følgende med særlig vægt lagt på den aktuelle fordeling af udrednings- og be-handlingstilbud mellem Epilepsihospitalet og regionernes sygehuse.

Det skal indledningsvist bemærkes, at arbejdsgruppen kun i beskedent omfang har haft adgang til konkrete aktivitetsdata, hvorfor aktivitetsdata angivet nedenfor hvor muligt primært er baseret på skøn bl.a. som angivet i Sundhedsstyrelsens speciale-vejledninger for ovennævnte specialer Af hensyn til læsbarheden anvendes følgen-
de forkortelser for sygehusenes navne:

AUH Århus Sygehus	Århus Universitetshospital, Århus Sygehus
AUH Aalborg Sygehus	Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus
RH Viborg	Regionshospitalet Viborg
RH Holstebro	Regionshospitalet Holstebro
AUH Risskov	Århus Universitetshospital, Risskov

Regionsfunktioner i neurologi

Klinisk neurologisk vurdering mhp døgn-video EEG under indlæggelse af patienter med svære eller uafklarede anfald eller funktionshæmning som følge af månedlige anfald (300 ptt., forventes at stige til 600 ptt.)

I specialeplanen er funktionen godkendt til varetagelse på Rigshospitalet, Glostrup Hospital, Roskilde Sygehus, Odense Universitetshospital, Vejle Sygehus, AUH Århus Sygehus, AUH Aalborg Sygehus og Epilepsihospitalet. Samme hospitaler frasat Vejle Sygehus har godkendelse til at varetage selve døgn-video EEG.

Arbejdsgruppens konklusioner:

Døgnvideo-EEG varetages aktuelt ikke på AUH Aalborg Sygehus, Odense Univer-sitetshospital og på Roskilde Sygehus men er under implementering og forventes i drift i løbet af/senest med udgangen af 2012, hvor regionerne forventer at have fuld kapacitet til at varetage alle patienter. Arbejdsgruppen bemærker, at funktionen kræver et særligt og omfattende set-up, og at regionerne er forpligtede til at indgå aftaler med andre udbydere i det omfang funktionen ikke varetages. Funktionen be-tragtes som værende en forudsætning for varetagelse af specialiserede epilepsi-

funktioner, og der er således fortsat behov for at funktionen også varetages på Epilepsihospitalet.. Arbejdsgruppen vurderer at der bør udføres 50-100 undersøgelser om året for at sikre tilstrækkelig kvalitet.

Diagnostik og særlig medicinsk behandling af patienter med fortsatte anfald og bivirkninger 2-3 år efter diagnostetidspunktet (1000 ptt.)

I specialeplanen er funktionen godkendt til varetagelse på Rigshospitalet, Glostrup Hospital, Roskilde Sygehus, Odense Universitetshospital, Vejle Sygehus, AUH Århus Sygehus, AUH Aalborg Sygehus og Epilepsihospitalet.

Arbejdsgruppens konklusioner:

Funktionen varetages på alle de godkendte matrikler

Diagnostik og særlig medicinsk behandling af patienter med kombineret udviklingshæmning og epilepsi (2000 ptt.)

I specialeplanen er funktionen godkendt til varetagelse på Rigshospitalet, Glostrup Hospital, Odense Universitetshospital, Vejle Sygehus, AUH Århus Sygehus, RH Viborg Sygehus, AUH Aalborg Sygehus og Epilepsihospitalet.

Arbejdsgruppens konklusioner:

En række af disse patienter udredes og behandles med fordel ambulat og tæt på deres hjem. Et mindre antal særligt vanskelige patienter med svære psykiske eller socialmedicinske problemstillinger udredes bedst under længerevarende indlæggelse på Epilepsihospitalet, der har særlige rammer og særlig ekspertise i håndteringen heraf (årligt patientantal af regionerne skønnet til ca. 50, mens det af Epilepsihospitalet er skønnet højere). Særligt for børn gælder, at Epilepsihospitalet som det eneste sted i landet kan tilbyde skoleobservation.

Tværfaglig diagnostik og behandling af patienter med vedvarende psykogene non-epileptiske anfaldsfænomener (100 ptt.)

I specialeplanen er funktionen godkendt til varetagelse på Rigshospitalet, Glostrup Hospital, Roskilde Sygehus, Odense Universitetshospital, Vejle Sygehus, AUH Aarhus Sygehus, AUH Aalborg Sygehus og Epilepsihospitalet.

Arbejdsgruppens konklusioner:

Der er tale om en gruppe med meget varierende anfaldshyppighed og med varierende udrednings- og behandlingsbehov bl.a. afhængigt af graden af co-morbiditet. Tilbuddet på de godkendte sygehuse i regionerne er aktuelt stærkt begrænset, og funktionen varetages reelt kun på Rigshospitalet og på Glostrup Sygehus. På AUH Aalborg Sygehus planlægges funktionen etableret indenfor en kortere tidshorisont. Arbejdsgruppen bemærker, at regionerne har pligt til at indgå aftaler med andre udbydere i det omfang funktionen ikke varetages.

15-20 % af de patienter der henvises til Epilepsihospitalet til udredning for en anfaldslidelse viser sig efter grundig udredning at have andre anfaldslidelser end epilepsi (psykogene non-epileptiske anfald (PNES), søvnforstyrrelser og hjertesygdomme). Yderligere 10 % af de henviste har en kombination af epilepsi og PNES. På Epilepsihospitalet findes et særligt intensivt, gruppeterapeutisk tilbud til behandling af PNES under indlæggelse som en del af de omtalte patienter kan have brug for. Børn tilbydes på Epilepsihospitalet et intensivt, individualiseret udrednings- og behandlingsforløb under indlæggelse af 3-6 ugers varighed. Regionerne har skønnet at ca. 20 patienter årligt kan have behov for et intensivt forløb under indlæggelse.

Behandling og kontrol af komplicerede gravide epilepsipatienter (200-300 ptt.)

I specialeplanen er funktionen godkendt til varetagelse på Rigshospitalet, Glostrup Hospital, Roskilde Sygehus, Odense Universitetshospital, AUH Århus Sygehus, AUH Aalborg Sygehus og Epilepsihospitalet.

Arbejdsgruppens konklusioner:

Funktionen varetages fuldt ud på regionernes sygehuse i tæt samarbejde med gynækologi og obstetrik. Patienter med tilknytning til Epilepsihospitalet forud for graviditeten varetages af Epilepsihospitalet i et ukompliceret samarbejde med lokal gynækologisk-obstetrisk afdeling.

Behandling og kontrol af vagusstimulator i vedligeholdelsesfasen (100-200 ptt.)

I specialeplanen er funktionen godkendt til varetagelse på Rigshospitalet, Glostrup Hospital (formaliseret samarbejde), Odense Universitetshospital, AUH Århus Sygehus og Epilepsihospitalet.

Arbejdsgruppens konklusioner:

For voksne patienter varetages funktionen på alle de godkendte matrikler. Region Nordjyllands patienter varetages ikke på AUH Aalborg Sygehus, men henvises til Epilepsihospitalet. For børn varetages funktionen alene på Epilepsihospitalet.

Identifikation af patienter/familier med mulig arvelig neurologisk sygdom. Varetages i tæt samarbejde med klinisk genetik (ingen volumenangivelse)

I specialeplanen godkendt til varetagelse på Rigshospitalet, Odense Universitetshospital, Vejle Sygehus, AUH Århus Sygehus, RH Viborg, RH Holstebro, AUH Aalborg Sygehus og Epilepsihospitalet

Arbejdsgruppens konklusioner:

Funktionen varetages på alle de godkendte matrikler.

Højt specialiserede funktioner i neurologi

Diagnostik med henblik på evt. kirurgi af patienter med medikamentelt intraktable epilepsi med invaliderende anfald (100 ptt.)

I specialeplanen er funktionen godkendt til varetagelse på Rigshospitalet, Århus Sygehus (formaliseret samarbejde) og Epilepsihospitalet (formaliseret samarbejde).

Arbejdsgruppens konklusioner:

Der foreligger en formaliseret samarbejdsaftale mellem Epilepsihospitalet og Rigshospitalet samt mellem Aarhus Universitetshospital og Rigshospitalet. Alle tre steder modtager henvisninger til den initiale udredning af voksne og kan foretage alle relevante undersøgelser undtagen intrakraniell registrering, som alene foregår på Rigshospitalet. I udvalgte tilfælde udføres MEG-skanning, som foretages på Aarhus Universitetshospital. Ca 1/5 del af den initiale epilepsikirurgiske udredning foretages i Aarhus medens den øvrige del er stort set ligeligt fordelt mellem Rigshospitalet og Epilepsihospitalet. Rekrutteringen er et resultat af den øvrige udredning for vanskelig behandlelig epilepsi, som foregår alle tre steder. Der opereres 30 – 35 patienter om året (heraf ca. 4-5 børn).

Behandling og observation af patienter med invaliderende epilepsi med ledsagende psykologiske, sociale samt arbejdsmæssige problemer og behov for længerevarende observation samt behandling eller socialmedicinsk rehabilitering pga funktionshæmmende anfald samt behandling og observation efter epilepsikirurgi (100-200 ptt.)

I specialeplanen er funktionen godkendt til varetagelse på Rigshospitalet og Epilepsihospitalet.

Arbejdsgruppens konklusioner:

Epilepsihospitalet varetager som det eneste sted i landet længerevarende observation, arbejdsevnevurdering, behandling og socialmedicinsk rehabilitering under indlæggelse af patienter med psykologiske, sociale samt arbejdsmæssige problemer pga epilepsi. Særligt for børn gælder, at Epilepsihospitalet som det eneste sted i landet kan tilbyde børnehave- og skoleobservation under indlæggelse. Rigshospitalet varetager alene den del af funktionen, der vedrører behandling og observation efter epilepsikirurgi.

Diagnostik og initial justering af nervus vagus stimulator hos patienter med medikamentelt intraktable epilepsi, hvor mulighed for kirurgi er udelukket (ingen volumenangivelse)

I specialeplanen er funktionen godkendt til varetagelse på Rigshospitalet, AUH Århus Sygehus og Epilepsihospitalet.

Arbejdsgruppens konklusioner:

For voksne patienter varetages funktionen på alle de godkendte matrikler. For børn varetages funktionen alene på Epilepsihospitalet.

Særlig diætbehandling af visse epilepsipatienter (ingen volumenangivelse)

I specialeplanen er funktionen godkendt til varetagelse på Rigshospitalet og Epilepsihospitalet (formaliseret samarbejde).

Arbejdsgruppens konklusioner:

Epilepsihospitalet varetager som eneste sted i Danmark behandling med hele spektret af diæt, mens Rigshospitalet varetager enkelte patienter (klassisk diæt og modificeret Atkins diæt).

Højt specialiserede funktioner i pædiatri

Medicinsk intraktabel epilepsi, hvor kirurgisk behandling overvejes i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer vedrørende epilepsikirurgi (ingen volumenangivelse)

I specialeplanen er funktionen godkendt til varetagelse på Rigshospitalet og Epilepsihospitalet

Arbejdsgruppens konklusioner:

Funktionen varetages på begge godkendte matrikler.

Svær epilepsi med behov for intensiv langvarig observation eller behov for særlig neuropsykologisk vurdering (ingen volumenangivelse)

I specialeplanen er funktionen godkendt til varetagelse på Epilepsihospitalet

Arbejdsgruppens konklusioner:

Funktionen varetages alene på Epilepsihospitalet, der har særlige faciliteter til langvarig observation, herunder børnehave- og skoleobservation. Funktionen varetages bedst under langvarig indlæggelse, der giver mulighed for døgnobservation.

Arbejdsgruppen skal endvidere bemærke, at Epilepsihospitalet har en særlig ekspertise i udredning og behandling af børn med Continuous Spikes and Waves during slow Sleep (CSWS) epilepsi, og modtager henvisninger fra hele landet.

Højt specialiserede funktioner i klinisk biokemi

*Medikamentmonitorering ved specielle, sjældent anvendte psykofarmaka/
Antiepileptika (ingen volumenangivelse)*

I specialeplanen er funktionen godkendt til varetagelse på Glostrup Hospital, Bispebjerg Hospital, Slagelse Sygehus, Odense Universitetshospital, AUH Århus Sygehus, AUH Risskov, Sygehus Vendsyssel Hjørring, Epilepsihospitalet og Unilabs.

Arbejdsgruppens konklusioner:

Visse analyser for sjældent anvendte antiepileptika varetages alene på Epilepsihospitalet.

4. Arbejdsgruppens forslag til fremtidig prioritering af patientgrupper til behandling på Epilepsihospitalet

Det er som det fremgår ovenfor arbejdsgruppens vurdering, at Epilepsihospitalet varetager en række opgaver, som også fremover bør varetages i dette regi. Baggrunden herfor er, at Epilepsihospitalet – blandt andet qua sine særlige fysiske rammer – kan tilbyde nødvendige undersøgelser og behandlinger, der ikke aktuelt varetages i regionerne. Arbejdsgruppen er ikke bekendt med, at der i regionerne aktuelt er planer om at overtage disse særlige udrednings- og behandlingsopgaver.

For en række ydelser er der således tale om, at de aktuelt alene tilbydes på Epilepsihospitalet. Dette gælder jf. ovenstående følgende visse medikamentanalyser samt følgende kliniske funktioner:

- For voksne
 - Diagnostik og særlig medicinsk behandling af patienter med kombineret udviklingshæmning og epilepsi der kræver observation og behandling under længerevarende indlæggelse
 - PNES-behandling under langvarig indlæggelse
 - Længerevarende observation, arbejdsevnevurdering, behandling og socialmedicinsk rehabilitering under indlæggelse af patienter med psykologiske, sociale samt arbejdsmæssige problemer pga. epilepsi.
 - Visse former for diætbehandling
- For børn
 - Diagnostik og særlig medicinsk behandling af patienter med kombineret udviklingshæmning og epilepsi der kræver observation og behandling under længerevarende indlæggelse, herunder med skoleobservation
 - PNES-behandling under langvarig indlæggelse
 - Diagnostik og initial justering af nervus vagus stimulator hos patienter med medikamentelt intractabel epilepsi, hvor mulighed for kirurgi er udelukket
 - Behandling og kontrol af vagusstimulator i vedligeholdelsesfasen
 - Svær epilepsi med behov for intensiv langvarig observation eller behov for særlig neuropsykologisk vurdering
 - Visse former for diætbehandling

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at de ovenfor nævnte undersøgelser og behandlinger bør sikres, når der skal tages stilling til den fremtidige prioritering af patientgrupper til behandling på Epilepsihospitalet.

Baseret på de data, der har været tilgængelige for arbejdsgruppen, er det arbejdsgruppens opfattelse, at finansieringen af disse behandlinger kan finde sted indenfor de økonomiske rammer, der hovedsageligt udgøres af den årlige fritvalgsramme, herunder de midlertidige ekstrabevillinger der er afsat i finanslovsaftalen for 2012 og 2013. Det bør sikres, at der for disse ydelser foretages en nøjagtig registrering af aktivitetsniveauet, således at der på sigt etableres tilstrækkeligt datagrundlag for fremtidig aftaleindgåelse. Arbejdsgruppen gør i den forbindelse opmærksom på regionernes forsyningsforpligtelse, og dermed forpligtelse til at indgå aftaler med andre regioner/sygehuse mhp at sikre tilbud til patienter, der ikke kan tilbydes udredning og behandling i egen region.

For andre ydelser gælder, at disse også tilbydes på de i regionerne godkendte matricler, jf. specialevejledningerne. Dette gælder

- Døgn-video-EEG af voksne og børn
- Diagnostik og særlig medicinsk behandling af patienter med fortsatte anfald og bivirkninger 2-3 år efter diagnosetidspunktet
- Diagnostik og særlig medicinsk behandling af patienter med kombineret udviklingshæmning og epilepsi fraset patienter med behov for observation og behandling under længerevarende indlæggelse
- Ambulant behandling af PNES
- Behandling og kontrol af komplicerede gravide epilepsipatienter
- Behandling og kontrol af vagusstimulator i vedligeholdelsesfasen hos voksne
- Diagnostik med henblik på evt. kirurgi af patienter med medikamentelt intractabel epilepsi med invaliderende anfald
- Diagnostik og initial justering af nervus vagus stimulator hos patienter med medikamentelt intractabel epilepsi, hvor mulighed for kirurgi er udelukket. Kun hos voksne
- Visse dele af diætbehandling

For så vidt angår disse ydelser kan det i mange tilfælde være hensigtsmæssigt, at patienten udredes og behandles så tæt på sit hjem som muligt, hvilket for de fleste patienters vedkommende vil sige på regionernes sygehuse.

Dog kan en række konkrete ydelser (fx døgnvideo-EEG) indgå i et samlet specialiseret udrednings- og behandlingsforløb på Epilepsihospitalet. Det er derfor arbejdsgruppens opfattelse, at det skal prioriteres at der afsættes tilstrækkelige midler til at sikre, at sådanne ydelser også fortsat kan tilbydes på Epilepsihospitalet, således at der sikres sammenhængende patientforløb og mulighed for en samlet vurdering og behandling i komplekse tilfælde.

En række patienter udover ovennævnte kan have særligt behov for en kortere eller længerevarende tilknytning til Epilepsihospitalet. Dette gælder fx patienter hvor der findes lægeligt behov for en second opinion og patienter, der gennem det frie sygehusvalg, jf. Sundhedslovens § 86, har valgt at lade sig behandle på og har haft en længerevarende tilknytning til Epilepsihospitalet.

Endelig vil der – uanset specialiseringsniveau og tilgængelige tilbud andre steder i sundhedsvæsenet - også fremover være patienter, der ønsker at benytte sig af det frie sygehusvalg og lade sig udrede og behandle på Epilepsihospitalet. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at dette så vidt muligt bør tilgodeses også fremover, men at den samlede prioritering af arbejdsopgaverne kan nødvendiggøre en nedprioritering af sådanne patienter med henvisning til hensynet til patienter med mere specialiserede udrednings- og behandlingsbehov.

5. Arbejdsgruppens forslag til overordnede principper for fremtidig henvisnings- og visitationspraksis til Epilepsihospitalet

Arbejdsgruppen foreslår, at følgende principper lægges til grund for den fremtidige henvisnings- og visitationspraksis til Epilepsihospitalet.

- Regionerne og Epilepsihospitalet har et fælles ansvar for at sikre, at alle patienter med epilepsi tilbydes den udredning og behandling, der anbefales i henhold til kliniske retningslinjer samt Sundhedsstyrelsens retningslinjer vedr. epilepsikirurgi mv.
- Der eksisterer allerede et samarbejdsforum mellem Epilepsihospitalet og Region Sjælland. Dette forum bør videreføres og i nødvendigt omfang udbygges, så det for så vidt angår henvisning og visitation til Epilepsihospitalet kan sikres,
 - at eventuelle fortolknings- og tvivlsspørgsmål kan afklares hurtigst muligt
 - og at der kan blive tale om en dynamisk udvikling, der tager højde for den faglige og organisatoriske udvikling på området
 - at der løbende kan følges op på visitationspraksis
- Der bør i regionerne forefindes skriftlige retningslinjer for, hvornår en patient skal henvises til særlig udredning eller behandling på Epilepsihospitalet. Disse retningslinjer skal som minimum omfatte de særlige udrednings- og behandlingstilbud, der aktuelt alene varetages på Epilepsihospitalet, jf. afsnit 4
- Epilepsihospitalet skal prioritere patienter indenfor de udrednings- og behandlingskategorier, der alene varetages på Epilepsihospitalet, jf. afsnit 4
- Epilepsihospitalet kan derudover tilbyde andre patientkategorier udredning og behandling i det omfang de økonomiske rammer herfor er til stede. Epilepsihospitalet informerer løbende regionerne om status for kapacitet
- Såfremt Epilepsihospitalet pga. prioritering af arbejdsopgaver ikke ser sig i stand til at modtage en henvist patient til udredning og behandling, der ligger udenfor de tilbud som alene Epilepsihospitalet varetager, skal dette hurtigst muligt meddeles henvisende læge
- Udredning og behandling vil ofte, forudsat at den nødvendige ekspertise er til stede, med fordel kunne varetages så tæt på patientens eget hjem som muligt. Det bør derfor sikres, at der for patienter henvist til Epilepsihospitalet er en løbende tæt kontakt mellem Epilepsihospitalet og relevant afdeling i regionen med henblik på indgåelse af aftale om, hvornår patienten skal tilbagehenvises dertil

Bilag 1:

Arbejdsgruppens kommissorium

I finanslovsaftalen for 2012 mellem regeringen og Enhedslisten indgår, at der skal nedsættes en gruppe med repræsentanter fra regionerne, Epilepsihospitalet, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, som med inddragelse af de lægefaglige selskaber skal se på hospitalets beslutningsstruktur, herunder skal økonomi og aktivitetsstyring gennemgås og tilpasses på en måde, så man opnår den fornødne sikkerhed for en fremadrettet, effektiv drift og prioritering af de højtspecialiserede opgaver.

På baggrund af aftalen nedsættes en arbejdsgruppe, som skal se på, hvilke behandlingsmæssige opgaver Epilepsihospitalet i fremtiden skal varetage.

Epilepsihospitalet varetager efter den gældende specialeplan for hhv. neurologi og pædiatri opgaver på højt specialiseret funktionsniveau og regionsfunktionsniveau. Derudover varetages opgaver på hovedfunktionsniveau. Formålet med gennemgangen er at sikre, at Epilepsihospitalet i fremtiden primært varetager de opgaver, hvor de har en helt særlig ekspertise, og evt. har subspecialiseret sig. Eksempel på dette er varetagelse af epilepsibehandling hos personer med voldsomt udadreagerende adfærd på regionsfunktionsniveau eller forberedelse til epilepsikirurgi. Herved skal det samlet sikres, at hospitalet varetager de særlige opgaver, som begrundet placeringen i det offentlige sundhedsvæsen.

Arbejdsgruppen får således til opgave

- at beskrive, opgavevaretagelsen i dag, herunder fordelingen af patienter på behandlingsfunktioner og -niveauer, jf. specialeplan 2010, samt en beskrivelse af patientsammensætningen,
- at udarbejde en prioriteringsliste mht hvilke behandlingsfunktioner hospitalet skal varetage inden for fritvalgsrammen, herunder det i Finanslovsaftalen 2012 afsatte beløb. Indholdet af evt. bilaterale supplerende aftaler mellem regionerne og Epilepsihospitalet overlades til aftaleparterne,
- inden for denne liste at præcisere, hvilke patientgrupper, der særligt skal tilgodeses,
- at udarbejde overordnede principper for visitation i overensstemmelse med den fastlagte opgavevaretagelse

Arbejdsgruppen sammensættes af repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen (formand), Dansk Neurologisk Selskab, Dansk Neurokirurgisk Selskab, Dansk Epilepsi Selskab, Dansk Pædiatrisk Selskab, Epilepsihospitalet, Danske Regioner, Region Sjælland og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Sekretariatsfunktionen varetages af Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Der udarbejdes mødereferat - primært beslutningsreferat - fra hvert møde.

Arbejdsgruppen skal aflevere sin rapport til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse senest den 1. marts 2012.

Bilag 2:

Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppe	
Enhedschef Søren Brostrøm (formand for arbejdsgruppen)	Sundhedsstyrelsen Sygehusbehandling og Beredskab
Overlæge Per Christian Sidenius	Udpeget af Dansk Neurologisk Selskab Neurologisk afd. F og Hoved-Neuro- Centret, AUH
Overlæge Bo Jespersen	Udpeget af Dansk Neurokirurgisk Selskab Neurokirurgisk klinik, RH
Overlæge dr.med. Anne Sabers	Udpeget af Dansk Epilepsi Selskab Epilepsiklinikken, RH
Overlæge, ph.d. Peter Born	Udpeget af Dansk Pædiatrisk Selskab Neuropædiatrisk amb. 5003N, RH
Jens Kristian Gøtrik	Udpeget af Epilepsihospitalet
Jens-Otto Skovgaard Jeppesen	Udpeget af Epilepsihospitalet
Konsulent Helene Skude Jensen	Udpeget af Danske Regioner
Ledende overlæge Jesper Gyllenborg	Udpeget af Region Sjælland Neurologisk afd., Sygehus Nord, Roskilde Sygehus
Kontorchef John Erik Pedersen	Udpeget af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse Sygehuspolitik

Sekretariat	
Afdelingslæge Marie Brasholt	Sundhedsstyrelsen Sygehuse og Beredskab
Fuldmægtig Niels Moth Christiansen	Sundhedsstyrelsen Sygehuse og Beredskab
Fuldmægtig Mie Rasbech	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse Sygehuspolitik
Sekretær Charlotte Erdland	Sundhedsstyrelsen Sygehuse og Beredskab

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Enhed: Sygehuspolitik

Sagsbeh.: SUMTK

Sags nr.: 1200735

Dok. Nr.: 889333

Dato: 20. april 2012

Rapport fra arbejdsgruppen vedr. økonomi- og aktivitetsstyring på Epilepsihospitalet.

Indholdsfortegnelse:

1. Indledning
 - a. Baggrund for arbejdsgruppens nedsættelse.
 - b. Kommissorium og sammensætning.
2. Sundhedslovgivning af betydning i forbindelse med henvisning til Epilepsihospitalet.
 - a. Ydelser i medfør af sundhedsloven.
 - i. Ydelser i medfør af sundhedslovens § 79, stk. 2.
 - ii. Ydelser i medfør af sundhedslovens § 75, stk. 2.
 - iii. Ydelser i medfør af sundhedslovens § 87, stk. 1.
 - b. Finansieringsregler og regler vedr. beregning af takster.
 - c. Rammeaftale fra juni 2011.
3. Beskrivelse af Epilepsihospitalets nuværende økonomi- og aktivitetsstyringssystemer.
 - a. Epilepsihospitalet som en del af den selvejende institution Filadelfia, herunder beskrivelse af Epilepsihospitalets områder.
 - b. Nuværende takstsystem for "korttidsområdet".
 - c. Budgetlægning.
 - d. Økonomi- og Aktivitetsstyring.
 - e. Regnskab.
4. Forslag til ændringer i økonomi- og aktivitetsstyringssystemerne for at sikre effektiv drift.
5. Forslag til takststruktur, herunder fastlæggelse af det omkostningsmæssige grundlag for beregning af taksterne.
 - a. Den nuværende takststruktur.
 - b. Principper for fremtidige takster.
 - c. Mulige takststrukturer.
 - d. Fordelingsregnskab på Epilepsihospitalet.
 - e. Aktivitetstal.
 - f. Særlige forhold.
 - g. Økonomiopfølgning.
 - h. Tidsplan og overgangsordning 2012.
6. Arbejdsgruppens anbefalinger.

Bilag:

1. Rammeaftale fra juni 2011.
2. Driftsoverenskomst mellem Region Sjælland og Den selvejende institution Filadelfia vedr. Epilepsihospitalet Filadelfia.

1. Indledning.

1.a. Baggrund for arbejdsgruppens nedsættelse.

I finanslovsaftalen for 2012 mellem regeringen og Enhedslisten indgår, at der afsættes 25 mio. kr. i 2012 og 15 mio. kr. i 2013 til at understøtte Epilepsihospitalets aktivitet i en tilpasningsperiode. Det er en betingelse, at der nedsættes en gruppe med repræsentanter fra regionerne, Epilepsihospitalet, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, som med inddragelse af de lægefaglige selskaber skal se på hospitalets beslutningsstruktur, herunder skal økonomi og aktivitetsstyring gennemgås og tilpasses på en måde, så man opnår den fornødne sikkerhed for en fremadrettet, effektiv drift og prioritering af de højtspecialiserede opgaver.

Med henblik på udmøntning af finanslovsaftalen nedsættes dels en arbejdsgruppe som skal se på, hvilke behandlingsmæssige opgaver Epilepsihospitalet i fremtiden skal varetage, dels en arbejdsgruppe, som skal se på Epilepsihospitalets økonomi- og aktivitetsstyring.

På baggrund af de to arbejdsgruppers afrapportering udmøntes de afsatte midler ved en ændring af bekendtgørelse nr. 1412 af 28. december 2011 om økonomiske rammer for frit valg til private specialsygehuse m.v. og økonomisk ramme for specialiseret ambulans behandling på Øfaldt Centrene.

Der nedsættes således en arbejdsgruppe, som skal se på, hvordan Epilepsihospitalet via økonomi- og aktivitetsstyring kan sikre en effektiv drift og prioritering af opgaverne inden for fritvalgsrammen.

1.b. Kommissorium og sammensætning.

Arbejdsgruppen fik følgende kommissorium:

- at beskrive hospitalets nuværende økonomi- og aktivitetsstyringssystemer,
- at stille forslag til evt. nødvendige ændringer i økonomi- og aktivitetsstyringssystemerne for at sikre effektiv drift,
- at stille forslag til takststruktur, herunder fastlægge det omkostningsmæssige grundlag for beregning af taksterne,
- samt stille forslag til, hvordan man opnår en mere gennemsigtig budget-, regnskabs- og takststruktur svarende til, hvad der gælder for offentlige sygehuse, især med behandling på højtspecialiseret funktionsniveau og regionsfunktionsniveau.

Arbejdsgruppen kan benytte ekstern regnskabskyndig bistand med godt kendskab til budget- og regnskabsforhold på offentlige sygehuse.

Arbejdsgruppen fik følgende sammensætning:

Kontorchef John Erik Pedersen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand),

Administrerende direktør Jens-Otto Skovgaard Jeppesen, Epilepsihospitalet,

Økonomichef Lene Jørndrup, Region Sjælland
Chefkonsulent Pernille Christensen, Region Sjælland (fra 1. marts 2012)
Seniorkonsulent Pernille Christensen, Danske Regioner (indtil 1. marts 2012)
Kontorchef Rikke Margrethe Friis, Danske Regioner (fra 1. marts 2012)
Kontorchef Poul Erik Hansen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Specialkonsulent Tove Kjeldsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Arbejdsgruppen har afholdt 3 møder, hvoraf et møde har været afholdt på Epilepsihospitalet.

2. Sundhedslovgivning af betydning i forbindelse med henvisning til Epilepsihospitalet.

2.a. Ydelser i medfør af sundhedsloven.

Epilepsihospitalet kan behandle patienter for regionerne i medfør af sundhedslovens bestemmelser. Der kan dels henvises til behandling inden for fritvalgsrammen (§ 79, stk. 2), dels uden for fritvalgsrammen i medfør af sundhedslovens regler (§ 75, stk. 2, og § 87, stk. 1).

Herudover kan regioner og kommuner indgå aftale med Epilepsihospitalet og Fildelfias øvrige områder med henblik på undersøgelse og behandling efter en række andre lovbestemmelser afhængigt af, hvilken ydelse regionen eller kommunen har behov for, og med hvilket formål. Disse køb af ydelser ligger ligeledes uden for fritvalgsrammen.

2.a.i. Ydelser i medfør af sundhedslovens § 79, stk. 2.

Efter sundhedslovens § 79, stk. 2, yder regionsrådet sygehusbehandling ved de i bestemmelsen nævnte private specialsygehuse m.v., herunder Epilepsihospitalet i Dianalund.

I medfør af sundhedslovens § 235, stk. 4, er bopælsregionens pligt til at yde vederlagsfri behandling i henhold til § 79, stk. 2, begrænset til en årlig økonomisk ramme, som for hver institution fastsættes af ministeren for sundhed og forebyggelse. Regionerne er således ikke forpligtet til at betale for behandling ud over fritvalgsrammen.

Der er således frit sygehusvalg til de i § 79, stk. 2, nævnte foreningsejede specialsygehuse inden for den fastsatte økonomiske ramme. Behandling inden for fritvalgsrammen på et af disse specialsygehuse kan ske efter lægehenvielse fra praktiserende læge, praktiserende speciallæge eller sygehuslæge. Den endelige visitation af patienterne foretages af specialsygehuset.

I medfør af sundhedslovens § 75, stk. 3, indgår regionsrådet driftsoverenskomst med de i § 79, stk. 2-sygehuse m.v., som er beliggende i regionen. Formålet hermed er, jf. lovbemærkningerne til L 49 1992-93, at beliggenhedsregionen på vegne af de øvrige regioner skal sikre en i økonomisk henseende *rational drift* samt en

faglig udvikling af de "bevaringsværdige" behandlingstilbud på det enkelte private specialsygehus. Det forudsættes i øvrigt, at regionen fører tilsyn med, at visitationen og prioriteringen af patienter, der henvises til behandling på specialsygehuset, tilrettelægges hensigtsmæssigt.

Beliggenhedsregionsrådet har på baggrund heraf pligt til sammen med § 79, stk. 2-institutionen at opstille rammerne for de ydelser, der skal tilbydes inden for den fastsatte økonomiske ramme. Heri indgår, at der skal være tale om ydelser, som man i dagens sygehusvæsen har behov for, jf. bemærkningerne til L 49/1992-93 om, at formålet bl.a. er at sikre "faglig udvikling".

Det bør derfor følge af driftsoverenskomsten, hvilke behandlingstilbud et privat specialsygehus, som er omfattet af § 79, stk. 2, tilbyder. Patienterne har det frie sygehusvalg, men det er begrænset til de ydelser, som den økonomiske ramme ifølge overenskomsten skal bruges til.

I overenskomsten aftales således rammer for ydelser og prisen herfor. Det private specialsygehus kan herefter modtage patienter efter lægehenvielse til behandling inden for fritvalgsrammen. Sygehuset holder selv øje med, at der er plads inden for fritvalgsrammen og sørger for, at rammen bliver fordelt over hele året. Det private specialsygehus sender regning for behandlingen til den enkelte patients hjemregion, som betaler den med beliggenhedsregionen aftalte takst for behandlingen.

I tilfælde af at det specialsygehus, der er henvist til, har lang ventetid fx hvis fritvalgsrammen er opbrugt, kan patienten efter reglerne om frit sygehusvalg vælge at stå på venteliste, indtil der er plads, eller at blive omvisiteret til et andet sygehus.

2.a.ii. Ydelser i medfør af sundhedslovens § 75, stk. 2.

Efter sundhedslovens § 75, stk. 2, kan et regionsråd indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private institutioner som led i løsningen af sygehusvæsenets opgaver.

De enkelte regioner kan således i medfør af denne bestemmelse vælge at købe behandling ud over fritvalgsrammen hos de private foreningsejede specialsygehuse. Dette kan enten ske ved at indgå en aftale om et nærmere fastsat antal ydelser eller ved henvisning af enkeltpatienter.

Regionen og det foreningsejede specialsygehus aftaler priser for de omhandlede ydelser ud over fritvalgsrammen.

2.a.iii. Ydelser i medfør af sundhedslovens § 87, stk. 1 (udvidet frit sygehusvalg).

Efter sundhedslovens § 87, stk. 1, har patienter ret til at benytte sig af det udvidede frie sygehusvalg, hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden for 1 måned efter at henvisning er modtaget, kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med.

Efter sundhedslovens § 87, stk. 5, indgår regionsrådene i forening aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. her i Danmark og sygehuse i udlandet, som ønsker at indgå en aftale om behandling af patienter efter § 87, stk. 1.

Det indgik i bemærkningerne til ovennævnte bestemmelse, at § 79, stk. 2 institutionernes "vilkår ændres som udgangspunkt ikke af den udvidelse af det frie valg til egentlige private sygehuse, der gennemføres med nærværende lovforslag", og derfor foreslog man at hæve de økonomiske rammer. Formuleringen afspejler, at man ikke på det tidspunkt fandt det nærliggende, at disse institutioner ville indgå aftaler under det udvidede frie valg, og derfor ønskede man at tilgodese dem på anden vis gennem forhøjede fritvalgsrammer. Men der er intet holdepunkt i lovtæksten for, at denne type private sygehuse skulle være undtaget fra adgangen til at indgå aftale under udvidet frit valg. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har derfor tidligere tilkendegivet, at § 79, stk. 2, institutionerne kan indgå aftaler om udvidet frit valg på sygehusydelse ud over § 79 rammen.

Epilepsihospitalet kan således vælge at indgå aftale om udvidet frit valg med regionsrådene i forening.

2.b. Finansieringsregler og regler vedr. beregning af takster.

Sygehusydelse finansieres primært af regionerne, jf. sundhedslovens § 235, stk. 1, men i forbindelse med kommunalreformen blev der indført kommunal medfinansiering på sygehusydelse.

Afregning af kommunal medfinansiering forudsætter korrekt registrering i de patientadministrative systemer og dermed i Landspatientregistret.

I medfør af sundhedslovens § 235, stk. 2, er der fastsat bestemmelser om beregning af betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen. Ved betaling for behandling på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau fra regionernes somatiske sygehuse benyttes de af Sundhedsstyrelsen fastsatte DRG-takster. Ved betaling for behandling på højt specialiseret funktionsniveau beregnes betalingen på baggrund af afdelingsregnskabet, jf. bekendtgørelse nr. 1355 af 6. december 2010 om regionernes betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen (takstbekendtgørelsen).

Bestemmelserne i takstbekendtgørelsen gælder ikke for private sygehuse, herunder de foreningsejede specialsygehuse som Epilepsihospitalet.

2.c. Rameaftale fra juni 2011.

I forbindelse med drøftelserne i forsommeren 2011 om Epilepsihospitalets økonomiske vilkår indgik Danske Regioner, Region Sjælland, Epilepsihospitalet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet en aftale om rammerne for de videre forhandlinger om indgåelse af en driftsoverenskomst mellem Epilepsihospitalet i Dianalund og region Sjælland samt for øvrige aftale for Epilepsihospitalet, jf. bilag 1.

Det indgik herunder, at Region Sjælland og Epilepsihospitalet var enige om at indgå en driftsoverenskomst snarest. Den 10. oktober 2011 blev der indgået en driftsoverenskomst med baggrund i førnævnte rammer, jf. bilag 2. Driftsoverenskomsten er gældende fra 1. januar 2012 og frem til 31. december 2013.

Driftsoverenskomsten tilpasses vedrørende de ekstra bevillinger for 2012 og 2013 på hhv. 25 mio. kr. og 15 mio. kr., som er afsat med baggrund i finanslovsaftalen mellem regeringen og Enhedslisten.

Som et andet punkt i aftalen indgik, at der var enighed om, at regionerne for 2011 afregnede på baggrund af forbruget og i 2012 og 2013 fortsat vil købe ydelser svarende til en udgift på 35 mio. kr. uanset nedgang i antallet af langtidsindlagte.

Der er som følge heraf et behov for en løbende rapportering til regionerne omkring udviklingen i antallet af langliggere.

Det fremgik ligeledes, at der igangsættes en proces med henblik på at tilvejebringe et grundlag for takstfastsættelse vedrørende langtidsindlagte på Epilepsihospitalet. Epilepsihospitalet fremsendte en redegørelse vedrørende takstfastsættelsen ved udgangen af september 2011.

Som et tredje punkt indgik, at Epilepsihospitalet snarest afklarer muligheder for aftaler om ydelser ud over fritvalgsrammen.

Det kan i den forbindelse oplyses, at Region Sjælland har tilkendegivet, at man er villig til at indgå aftale vedrørende nogle nærmere bestemte sygehusopgaver inden for et beløb på 10 mio. kr. i 2012.

Endeligt indgik som et fjerde punkt, at Epilepsihospitalet og Danske Regioner snarest muligt påbegynder forhandlinger med henblik på indgåelse af aftaler om udvidet frit valg.

Dette arbejde er påbegyndt, og status er, at der pågår forhandlinger om udrednings- og behandlingsforløb inden for epilepsi på hovedfunktionsniveau. Epilepsihospitalet har tilsluttet sig eksisterende aftaler på en række neurofysiologiske undersøgelser og aftale om søvnapnø. Derudover er der igangsat et arbejde med at udvikle øvrige behandlingsforløb inden for søvnområdet, som kan være aktuelle.

Endeligt indgår som et sidste punkt en forudsætning om fremadrettede driftsmæssige tilpasninger.

3. Beskrivelse af Epilepsihospitalets nuværende økonomi- og aktivitetsstyringssystemer.

3. a. Epilepsihospitalet som en del af den selvejende institution Filadelfia, herunder beskrivelse af Epilepsihospitalets områder.

Filadelfia er en selvejende institution, der ejer en bygningsmasse og har aktiviteter inden for sygehus-, social- og undervisningsområdet. Aktiviteten er fordelt på 9

regnskabsområde/institutioner, hvoraf nogle har driftsoverenskomst med offentlige myndigheder, mens andre drives uden offentlig driftsoverenskomst.

Institutionernes samarbejdsforhold og omsætning i 2011 fremgår af nedenstående tabel:

Aktivitet	Omsætning/ bevilling 2011 (beløb i 1.000 kr.)	Driftsoverenskomst
Epilepsihospitalet	246.430	Region Sjælland ¹
Center for Neurorehabilitering (hospital)	42.767	Ingen
Botilbuddet Brommeparken	11.968	Sorø kommune
Botilbuddet Stormly	16.046	Region Midtjylland
Værkstedscenter Filadelfia (dag- tilbud)	22.677	Sorø Kommune
Specialrådgivningen om epilepsi	2.676	Region Sjælland
Børneskolen	5.903	Region Sjælland
Center for Diakoni (undervisning)	2.490	Ingen
Kirke	494	Ingen

Der er selvstændigt budget og regnskab for hver af de nævnte områder, og der kan ikke overføres over- eller underskud imellem dem.

Direktion, administrativt personale og servicepersonale hører organisatorisk under Epilepsihospitalet, og de øvrige institutioner betaler for de modtagne ydelser. Afregning sker så vidt muligt efter faktisk forbrug (styk- eller timepris). For administrative ydelser, hvor en timeopgørelse er vanskelig, betales en fast pris, baseret på en kvalificeret fordeling af omkostningerne. Andelen af disse faste omkostninger for øvrige institutioner under Filadelfia udgør 43 mio. kr.

Alt personale er aflønnet i henhold til overenskomst mellem Danske Regioner og de pågældende faglige organisationer.

Ud over egne institutioner forestår Epilepsihospitalet administrationen af nedenstående 4 institutioner, der alle har egne vedtægter og bestyrelse.

- Botilbuddet Egebo
- Hospicegården Filadelfia
- Hospice Ejendom
- Filadelfia Ejendom

Paraplyorganisation Filadelfia ejer som sagt en række bygninger, hvoraf 3 udlejes til botilbuddene Brommeparken, Stormly og Egebo. De øvrige bygninger stilles vederlagsfrit til rådighed for Epilepsihospitalet mod at hospitalet afholder alle de med bygningerne forbundne udgifter. Hospitalet bruger de fleste af bygningerne til egne formål, men nogle (bl.a. et antal medarbejderboliger) er udlejet, og hospitalet modtager lejeindtægten.

¹ Region Sjælland indgår som beliggenhedsregion driftsoverenskomst vedrørende fritvalgsrammen, som i 2011 var på 74,3 mio. kr.

Epilepsihospitalet.

Da der regnskabsmæssigt sondres klart mellem de enkelte institutioner på Filadelfia, koncentrerer omkostningerne ved de aktiviteter, der er omfattet af driftsoverskomsten, og som er omfattet af et fordelingsregnskab med henblik på takstberegning, sig på Epilepsihospitalet.

Epilepsihospitalet består regnskabsmæssigt af 3 hovedområder:

Korttidsområdet – "det egentlige epilepsihospital".

Den del, der internt kaldes korttidsområdet, omfatter den "aktive" del af hospitalet, d.v.s. patienter, der henvises fra andre sygehuse med henblik på behandling, og som udskrives efter en kortere eller længere udredningstid.

Fysisk består området fra 2012 af 64 senge (mod 75 i 2011), fordelt på 4 sengeafsnit, børne- og voksenambulatorium, neurofysiologisk afdeling, laboratorium og ergo/fysioterapi. Regnskabsmæssigt omfatter området de udgifter, der er direkte forbundet med patientbehandlingen, d.v.s. plejepersonale på de 4 sengeafsnit, læger, psykologer, terapeuter og sekretærer, medicin, kost mv.

Området har - ud over takstindtægterne – indtægter fra salg af laboratorieydelser, neurofysiologiske ydelser på eksterne patienter samt behandling af søvnpatienter – de to sidstnævnte primært under udvidet frit sygehusvalg. Laboratorieindtægterne er relativt stabile, mens aftalegrundlaget for neurofysiologi og søvn er så nyt, at omfanget endnu er uforudsigeligt.

Langtidsområdet.

Langtidsområdet rummer 28 patienter med epilepsi, som har været på hospitalet de sidste 25-40 år - af historiske grunde og begrundet i et fortsat behov for pleje- og i nogen grad også behandlingsbehov. Gruppen kan ikke udvides, og må forventes at være borte om ti år. Taksten er fastsat, så området regnskabsmæssigt hviler i sig selv, idet der foretages udkontering eller intern afregning for alle administrations- og serviceydelser.

Administrations- og serviceområdet.

Bruttoudgiften på dette område omfatter administrativt personale, håndværkere og køkkenpersonale, der i større eller mindre omfang betjener alle Filadelfias institutioner. Som tidligere nævnt sker der afregning for alle leverede ydelser – også internt til langtidsområdet – hvorfor nettoudgiften svarer til den administrations- og serviceomkostning, der er knyttet til korttidsområdet – og dermed til takstberegningen.

Til illustration af størrelsesordenen kan anføres, at bruttoudgiften til administration og service ligger på godt 73 mio. kr., mens nettoudgiften, der vedrører korttidsområdet kun udgør 33 mio. kr.

Det skal bemærkes, at afregningen med Filadelfias øvrige institutioner principielt sker efter kalkulationer, der indebærer, at der afregnes gennemsnitsomkostninger og ikke marginalomkostninger. Dette indebærer, at hvis et aktivitetsområde falder bort – som det fx gradvis sker med langtidsområdet – vil hospitalets takstfinansierede aktiviteter komme til at bære en relativt større andel af de faste omkostninger.

3.b. Nuværende takstsystem for "korttidsområdet"

Det nuværende takstsystem består af en sengedagstakst, en takst for ambulante ydelser og en række særydelsestakster. Sidstnævnte omfatter:

- Forskellige typer af eeg-undersøgelser
- Langtidsvideoudredning i EMU (Epilepsy Monitoring Unit)
- Takst for konstant videoovervågning via en central overvågningsenhed
- Takst for fast døgnvagt for udadreagerende patienter
- Særtakst for opstart af ketogen diætbehandling (baggrunden herfor er, at der er tale om en stærkt ressourcekrævende diætplanlægning og –tilpasning, og at udgiften ikke dækkes af sengedagstaksten, da patienterne typisk kun er indlagt meget kort tid)

Epilepsihospitalet skal sende forslag til takster for det følgende år til Region Sjælland senest den 1. september. Region Sjælland godkender taksterne. Taksterne reguleres med den generelle pris- og lønregulering for sundhedsområdet, som aftalt i økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner. Hvis der foretages udvidelser og/eller omlægninger skal forslag til budget og takster sendes til regionen senest den 1. juli.

3.c. Budgetlægning

For korttidsområdet udarbejdes årligt aktivitetsbudgetter fordelt på sengedage pr. afsnit, forventet ambulante produktion og antal særydelser inden for hver kategori. Indtægtsbudgettet på det takstfinansierede område fastlægges på grundlag heraf. Aktivitetsbudgetterne er baseret på tidligere års erfaringer med kapacitet og henvisninger.

Bortset fra år, hvor nybyggeri har medført en betydelig udvidelse af den fysiske kapacitet, sker der typisk kun mindre ændringer i aktivitetsbudgetterne fra år til år. Der er dog fra 2008/2009 udformet og indført en række patientforløbsprogrammer (10 stigende til 12 programmer) med det sigte, dels at organisere patientforløbene mere hensigtsmæssigt set fra patientside, dels for at øge fokus på omlægning til ambulante aktiviteter og nedbringe en række patientgruppers liggetider.

Ansvar for målopfyldelsen ligger hos afdelingssygeplejerskerne for så vidt angår sengedagene, hos ledende overlæge for så vidt angår den ambulante produktion og hos ledelsen af neurofysiologisk afdeling for så vidt angår de neurofysiologiske ydelser.

For fast vagt og overvågning er aktivitetsbudgetterne ikke normative.

For langtidsområdet udarbejdes et kalkulatorisk indtægtsbudget, baseret på en forventning om løbende reduktion af patientmassen ved naturlig afgang. Det er direktionens ansvar at tage initiativ til tilpasning af udgifterne i tilfælde af større reduktion end forventet.

Indtægtsbudgetterne på administrations- og serviceområdet udarbejdes på baggrund af en konkret vurdering af foreliggende aftaler og tidligere års indtægter.

Budgetforudsætninger drøftes løbende mellem direktion og økonomiafdeling. Tre gange årligt drøfter direktionen et samlet budget, som efterfølgende forelægges Filadelfias bestyrelse:

- i juni i hovedtal med henblik på godkendelse af større strukturelle ændringer, der i henhold til driftsoverenskomst skal forhandles med Region Sjælland,
- i september udkast med henblik på godkendelse af principper,
- i december, til endelig godkendelse.

Ansvar for overholdelse af budgetterne påhviler i sidste ende direktionen, men er i det daglige delegeret til lederne af de enkelte områder. Der er tale om normeringsstyring, og der er ikke mulighed for uden direktionens godkendelse at overføre midler mellem lønkonti og andre konti.

3.d. Økonomi- og aktivitetsstyring.

Det vedtagne budget er et nettobudget. Direktionen kan således i årets løb iværksætte nye initiativer, hvis disse forventes at kunne finansieres inden for årets indtægter. Modsat er det direktionens ansvar, at der ved et forventet fald i indtægterne i forhold til budgettet indledes overvejelser med henblik på kompenserende besparelser eller alternative indtægter. Den løbende opfølgning skal således sikre, at der til stadighed opretholdes balance mellem udgiftskrævende dispositioner og forventede indtægter.

Direktionen følger udviklingen i Epilepsihospitalets økonomi gennem månedlige oversigter over aktuelt forbrug/indtægter, budget og forbrugsprocent for hospitalets enkelte afdelinger.

I forbindelse med bestyrelsesmøderne i juni, september og december udarbejdes endvidere oversigt over Epilepsihospitalets samlede forbrug til dato, suppleret med en prognose over forbrug og indtægter i resten af året. Oversigten drøftes i direktionen og forelægges bestyrelsen, som i samme forbindelse også modtager den seneste månedlige forbrugsoversigt.

Månedlig opfølgning på afdelingsniveau sker på grundlag af detaljerede økonomirapporter omfattende månedsforbrug, årsforbrug til dato, årets budget samt forbrugsprocent. Økonomirapporterne sendes til afdelingslederne, som er forpligtet til at melde tilbage til økonomiafdelingen eller til et medlem af direktionen, hvis økonomirapporten giver anledning til revurdering af det forventede årsresultat. Eventuelle større afvigelser drøftes mellem afdelingslederen og økonomichefen og rapporteres til direktionen.

Sideløbende med den månedlige økonomiske rapportering sker en opfølgning på Epilepsihospitalets aktivitetsbudgetter. Alle aktivitetsdata opdateres månedligt på Epilepsihospitalets intranet, og i forbindelse med bestyrelsesmøderne udarbejdes samlede oversigter.

Direktionen og de ansvarlige ledere i Epilepsihospitalet har i fællesskab ansvar for at iværksætte foranstaltninger til opfyldelse af årets behandlingsbudget – ligesom der har været dialog om patientforløbsprogrammernes implementering og videreudvikling.

Epilepsihospitalet sender senest den 15. i hver måned en opgørelse over de enkelte regioners forbrug af behandlingsydelser under sundhedsloven opgjort i økonomi og aktivitet samt en akkumuleret opgørelse for det pågældende regnskabsår. Den hidtidige praksis har indeholdt uddybning af ydelser og forbrug med gensidig dialog mellem parterne. Der har ikke været udleveret egentlige prognoser over aktivitet og forbrug for de enkelte regioner.

3.e. Regnskab.

Årsregnskab udarbejdes i henhold til reglerne i "Budget- og Regnskabssystem for Regioner". Årsregnskabet er kommenteret for så vidt angår væsentlige afvigelser i såvel positiv som negativ retning.

Det er direktionens ansvar at redegøre for væsentlige afvigelser i årsregnskabet. I forbindelse med årsregnskabet udarbejdes en årsrapport. Årsregnskab og årsrapport godkendes af direktionen og indstilles til godkendelse på det årlige bestyrelsesmøde i juni måned.

Epilepsihospitalets regnskab indgår i Filadelfias samlede regnskab. Da Epilepsihospitalet har driftsoverenskomst med Region Sjælland indgår regnskabet endvidere i Region Sjællands regnskab. Det reviderede regnskab skal sendes til Region Sjælland senest 1. juli det efterfølgende år.

Det samlede regnskab for Filadelfia fremsendes til Region Sjælland efter bestyrelsens godkendelse.

Der er ikke hidtil udarbejdet egentlige fordelingsregnskaber med henblik på DRG-afregning, men der er i 2011 udarbejdet en "pilotudgave" på basis af budgettal. Da hospitalet ydelsessammensætning er simpel, og mange serviceydelser kan fordeles direkte ud til slutbrugerne, forventes et fordelingsregnskab på 2011-tal at kunne udarbejdes med et minimum af arbitrære udgiftsfordelinger.

4. Forslag til ændringer i økonomi- og aktivitetsstyringssystemerne for at sikre effektiv drift.

Det fremgår som nævnt i afsnit 2.a.i., at beliggenhedsregionen på vegne af de øvrige regioner skal sikre en i økonomisk henseende *rational drift* samt en *faglig* udvikling. Heri indgår, at regionen fører tilsyn med, at visitationen og prioriteringen af patienter, der henvises til behandling på specialsygehuset, tilrettelægges hensigtsmæssigt.

Region Sjælland har i den senest indgåede driftsoverenskomst af 10. oktober 2011 stillet en række krav til Epilepsihospitalet vedrørende behandling indenfor fritvalgsrammen. Disse krav vedrører dels opfyldelse af forpligtelser i forhold til patientret-

tigheder, som de offentlige sygehuse er forpligtet til at opfylde, dels etablering af gennemsigtighed med hensyn til fritvalgsrammens anvendelse. Gældende overenskomst er vedlagt som bilag 1.

Region Sjælland og regionerne i fællesskab har herudover påpeget behov for ændringer i økonomi- og aktivitetsstyringssystemerne på Epilepsihospitalet for at sikre effektiv drift og gennemsigtighed.

Regionerne forventer, at en ændret økonomi- og aktivitetsstyring understøtter takster, som afspejler en effektiv drift og planlægning fx i form af kortere indlæggelsestider, øget indtag af patienter indenfor fritvalgsrammen og lavere enhedsomkostninger.

Fremadrettet ønsker regionerne, at der er mulighed for løbende at følge forbruget af ydelser vedrørende fritvalgsrammen, en indsigt i, hvilke patienter som får tilbuddet via meddelelsesbreve, og endeligt at Epilepsihospitalets aktiviteter afspejles i Landspatientregistret.

Formålet er, at regionerne får en større budgetsikkerhed og en mulighed for i forbindelse med ovenstående beskrevne opfølgning at kunne justere på fx aktiviteten under fritvalgsrammen.

Løbende opfølgning på forbrug af ydelser på fritvalgsrammen.

Formålet med den løbende opfølgning er at sikre overholdelse af fritvalgsrammen og evt. yderligere aftalt økonomisk udvidelse. Derfor er det vigtigt for regionerne at få løbende rapporteringer fra Epilepsihospitalet på forbruget, herunder prognose for årets forbrug af rammen, og i tilfælde af en evt. overskridelse af rammen aftales en proces mellem parterne omkring håndtering af patienter og afregning.

Den løbende rapportering bør være en månedlig opfølgning på:

- Afregning fra år til dato og prognose for resten af året.
- Antal patienter, som er henvist, igangværende forløb og forventet antal patientforløb.
- Estimering af forventet forbrug og forventning til opfyldelse af rammen, sådant at det sikres, at fritvalgsrammen fordeles over hele året.
- Ventetider, sådan at regionerne i de tilfælde, hvor der er lang ventetid fx hvis fritvalgsrammen er opbrugt, enten kan tilbyde patienterne anden behandling eller indgå aftaler ud over fritvalgsrammen.
- Opgørelse over udslusning af patienter, herunder nedgang i langliggere og evt. hjemtag af patienter.

Proces for meddelelsesbreve.

Der er ligeledes behov for en gennemsigtighed i forhold til, hvilke patienter som får hvilke tilbud. Dette sikres ved, at der bliver én til én sammenhæng mellem meddelelsesbreve vedrørende regions- og højtspecialiseret funktionsniveau og den efterfølgende afregning.

Dette betyder, at regionerne allerede ved meddelelsesbrevet kan få en forventning om, hvilke ydelser regionerne får regning på. Skulle der undervejs være en æn-

dring, skal der således ske en advisering til regionerne, sådan at det forventede forbrug på Epilepsihospitalet kan justeres.

Registrering i Landspatientregistret.

Fremadrettet skal der arbejdes på en fælles forståelse af procedureregistrering. På den måde har regionerne et grundlag for aktivitetsopfølgning, analyse og sundhedsplanlægning.

Endvidere er aktivitetsregistreringen essentiel i forhold til regionernes finansieringsgrundlag i form af kommunal medfinansiering og statens aktivitetspulje.

Epilepsihospitalet kan tiltræde disse ønsker, som arbejdsgruppen således kan anbefale gennemført.

5. Forslag til takststruktur, herunder fastlæggelse af det omkostningsmæssige grundlag for beregning af taksterne.

5.a. Den nuværende takststruktur

Aktiviteten på den selvejende institution Filadelfia er fordelt på sygehus-, social- og undervisningsområdet.

Tabel 1: Den selvejende institution Filadelfia
Epilepsihospitalet
Center for Neurorehabilitering (hospital)
Botilbuddet Brommeparken
Botilbuddet Stormly
Værkstedscenter Filadelfia (dagtilbud)
Specialrådgivningen om epilepsi
Børneskolen
Center for Diakoni (undervisning)
Kirke
Under Epilepsihospitalets administration
Botilbuddet Egebo
Hospicegården Filadelfia
Hospice Ejendom
Filadelfia Ejendom

I takstmæssig henseende er det kun aktiviteten på selve Epilepsihospitalet og Center for Neurorehabilitering, der falder inden for arbejdsgruppens kommissorium.

I forbindelse med takstafregning skal der inden for Epilepsihospitalet yderligere skelnes mellem korttids- og langtidsområdet. På nuværende tidspunkt er taksten for langtidsområdet (sengedagtakst) fastsat på en sådan måde, at området hviler i sig selv. Denne ordning forventes at fortsætte, jf. dog afsnit 2.c. De efterfølgende

betragtninger om en takststruktur vedrører derfor alene Epilepsihospitalets korttidssområde og Center for Neurorehabilitering

Patientgrundlaget på dette område består af patienter fra alle tre specialeniveauer, højtspecialiseret funktionsniveau, regionsfunktionsniveau og hovedfunktionsniveau. Hovedvægten findes på regionsfunktion (70 pct. af omsætningen). Patienter, der får højtspecialiseret behandling, udgør ca. 25 pct. af omsætningen, mens patienter på hovedfunktionsniveau udgør knap 5 pct.

I dag anvendes der en beregnet *sengedagstakst* til afregning af alle slags patienter på hospitalet. Takstmæssigt skelnes ikke mellem de tre niveauer, men tre særligt ressourcekrævende patientgrupper har en højere senge dagstakst end de øvrige. Der beregnes tillæg for neurofysiologiske og visse andre særydelser på alle tre niveauer.

5.b. Principper for fremtidige takster

Takststrukturen på Filadelfia er aftalestof og indgår i den driftsoverenskomst, som Region Sjælland og hospitalet indgår. Arbejdsgruppen har drøftet, hvilke overordnede principper der bør lægges til grund for eventuelle ændringer i hospitalets fremtidige takster og kan pege på følgende:

1) Udgangspunkt i hospitalets faktiske udgifter

Hospitalet er en del af en selvejende institution, som ikke har til formål at opnå et overskud ved sygehusdriften, men som omvendt heller ikke bør have tab på den sygehusbehandling, man udfører for det offentlige. Hospitalets drift bør hvile i sig selv. Det indebærer, at indtægterne ved hospitalets takster må tage udgangspunkt i hospitalets faktiske udgifter.

Praktisk indebærer det, at hospitalet ikke – i hvert fald ikke uden modifikation – kan benytte sædvanlige offentlige DRG-takster, som baserer sig på omkostningsoplysninger fra hele landet og dermed ikke afspejler omkostningerne på det enkelte sygehus. Desuden dækker DRG ikke kapitalomkostninger (forrentning, afskrivning m.v.), som en selvejende institution nødvendigvis må have dækket for at hvile i sig selv.

2) Rimelig afspejling af omkostningerne inden for hospitalets område

Taksterne bør endvidere på rimelig måde afspejle forskelle i omkostningerne mellem hospitalets forskellige patientkategorier. Det har navnlig betydning for fordelingen af betaling mellem landets regioner.

I dag beror en stor andel af hospitalets takstindtægter på senge dagstakster. Det bør indgå i overvejelserne, om det i rimelig grad afspejler omkostningerne, eller om der er så store forskelle i omkostningerne ved en senge dag hos forskellige patientkategorier, at andre systemer, f.eks. *DRG-lignende* takster er mere hensigtsmæssige.

3) Åbenhed og sammenlignelighed

Da fritvalgsrammen sikrer hospitalet en bestemt indtægt, er Filadelfia ikke underlagt en almindelig prismekanisme, der sikrer omkostningseffektiviteten. Hospitalets

produktivitet skal derfor - i samarbejde med hospitalet - kunne overvåges og sikres af Region Sjælland på alle regioners vegne.

Det vil lette denne opgave, hvis hospitalets takster så vidt muligt er sammenlignelige med takster i det offentlige sygehusvæsen. Takster, som ikke svarer til, men er beregnet efter samme principper som de offentlige takster, vil tilgodese dette hensyn.

4) Incitament til effektivitet

Filadelfia er som nævnt ikke underlagt en almindelig prismekanisme. Det ville derfor være hensigtsmæssigt, hvis dets takststruktur i sig selv gav hospitalet incitamenter til effektiv drift. F.eks. nævnes det ofte som et argument for DRG, at det giver hospitalerne en tilskyndelse til at forkorte indlæggelsestiderne, fordi sengedagene i sig selv ikke giver ekstra indtægter. Det må imidlertid erkendes, at systemet med en fritvalgsramme kombineret med hvile-i-sig-selv forudsætningen betyder, at mekanismen ikke kan have samme virkning på Filadelfia. Effektiviteten kan derfor næppe sikres gennem taksterne – det må ske på anden måde, jf. pkt. 3).

5) Administrativ enkelhed

Endelig er det et selvstændigt hensyn, at en evt. ny takststruktur ikke nødvendiggør byrdefulde nye registreringer eller andre administrative procedurer, som ikke også har andre fornuftige anvendelser og bidrager til forbedret og nyttig dokumentation.

5.c. Mulige takststrukturer

1) Uændrede takster

Den umiddelbart enkleste løsning er at videreføre det nuværende takstsystem. Der anvendes som nævnt en beregnet *sengedagstakst* til afregning af alle slags patienter på hospitalet. Takstmæssigt skelnes ikke mellem de tre specialiseringsniveauer, men tre særligt ressourcekrævende patientgrupper har en højere sengedagstakst end de øvrige. Der beregnes tillæg for neurofysiologiske og visse andre særydelser på alle tre niveauer.

Taksterne har udgangspunkt i hospitalets faktiske udgifter og benytter velkendte metoder og registreringer. Til gengæld er der ikke meget differentiering mellem patienter med forskellige udgifter pr. dag, og taksterne er ikke så lette at sammenligne med de offentlige sygehuse, hvor der benyttes DRG.

Det må dog konkluderes, at der ikke er afgørende problemer, som udelukker, at det nuværende takstsystem kan videreføres, og det vil under alle omstændigheder være nødvendigt, indtil et nyt system evt. kan være klart. Hensynet til sammenlignelighed i forhold til de offentlige sygehuse taler dog imod uændrede takster.

2) Takststruktur som offentlige sygehuse

For at opnå så stor sammenlignelighed med det øvrige sygehusvæsen som muligt kunne parterne aftale et takstsystem, hvor Epilepsihospitalet fremover anvender en takststruktur, som svarer til strukturen i det offentlige sygehusvæsen.

Det betyder, at

- patienter på højt specialiseret funktionsniveau afregnes til omkostningsbestemte takster, der dækker alle omkostningerne ved produktionen, jf. takstbekendtgørelsen, mens
- patienter på regionsfunktionsniveau og hovedfunktionsniveau afregnes med udgangspunkt i DRG-lignende takster.

I relation til Epilepsihospitalets specialiserede behandlinger kan der være en gråzone mellem det højt specialiserede funktionsniveau og regionsfunktionsniveauet.. For disse behandlinger kan det også overvejes at beregne omkostningsbestemte takster, jf. takstbekendtgørelsen.

DRG-lignende takster

DRG-lignende takster for Filadelfia kunne beregnes ved at fordele den andel af hospitalets omkostninger, som ikke dækkes af de omkostningsbestemte takster på det højt specialiserede område, på de resterende patientkategorier på samme måde som det sker på de offentlige sygehuse, d.v.s. på grundlag af omkostningsfordelingsregnskaber og – i første omgang – uden at medregne kapitalomkostninger, som ikke indgår i de offentlige takster.

En model, der tager udgangspunkt i DRG-lignende takster, skal suppleres med en mekanisme, der gør, at den manglende dækning i forhold til hospitalets samlede udgifter (kapitalomkostninger).

Det kan enten ske gennem

- tillæg af en mark-up til de enkelte takster eller
- en grundbevilling, der bygger på
 - abonnementsordninger for de enkelte regioner, eller
 - årlige forhandlinger.

Omkostningsbestemte takster

Omkostningsbestemte takster, jf. takstbekendtgørelsen, vedr. højt specialiseret behandling bygges op om en afregning af faktisk forbrug baseret på sengedagstakster, forløbstakster, proceduretakster og ambulante takster for de relevante områder suppleret med betaling for særydelser.

Reguleringen af forløbstaksterne kan ske gennem en enkel pris- og lønregulering.

3) Særlige forløbstakster

Som alternativ til DRG-lignende takster og omkostningsbestemte takster som dem, der benyttes til højt specialiserede funktioner, kunne man på Filadelfia udvikle "særlige forløbstakster", som i modsætning til DRG/DAGS-taksterne går på tværs af flere kontakter (indlæggelser og ambulante besøg).

Denne løsning vil imidlertid kræve registreringer, som vi ikke har i dag. Disse særlige forløbstakster vil desuden kræve et fælles fagligt grundlag for definition af forløb.

4) Generelt

Uanset hvilken takststruktur som vælges, er der nogle elementer, som under alle omstændigheder bør indgå.

Det vil således være naturligt, at der i aftalen indgår krav vedrørende produktivitetforbedringer, sådan som det gælder for de offentlige sygehuse

For at sikre en gennemsigtighed i økonomi og aktivitet skal der udarbejdes årlige fordelingsregnskaber, der bl.a. indeholder fordelingen af udgifterne til direktion, administrativt personale mv. til de forskellige institutioner, der er vist i tabel 1.

Det muliggør tillige en relativ præcis kobling mellem de forskellige aktiviteter på hospitalet og den dermed forbundne økonomi. Derved bliver de patientrelaterede udgifterne til de forskellige behandlinger mv. synlige. Nærmere om fordelingsregnskaber fremgår af det følgende afsnit 5

5.d. Fordelingsregnskab for Epilepsihospitalet.

For at opnå bedst mulig gennemsigtighed i taksterne er det en forudsætning, at det samme fordelingsregnskab anvendes til beregning af både DRG-lignende takster og til taksterne for de højt specialiserede behandlinger. Taksterne for de højt specialiserede behandlinger skal indeholde alle omkostningerne ved behandlingen af patienterne, mens de DRG-lignende takster alene skal dække driftsudgifterne.

Det er under alle omstændigheder vigtigt med gennemsigtighed i taksterne, for at regionerne på den måde kan se specifikt, hvad de betaler for.

Beregningerne af DRG-lignende takster sker evt. på grundlag af aktivitetsregistreringer og et fordelingsregnskab, og således efter samme principper som for de offentlige sygehuse.

Fordelingsregnskabet er en metode til at fordele alle udgifter fra hospitalsdriften ud på de afdelinger, som har patientkontakt, og hvorpå der derfor skal beregnes en takst.

Sammen med hospitalets aktivitetsdata beregnes hospitalets enhedsomkostninger. Det vil således også gælde for Epilepsihospitalet og Center for Neurorehabilitering.

Epilepsihospitalet er i samarbejde med Sektoren for Sundhedsdokumentation og Forskning, Statens Serum Institut allerede påbegyndt et arbejde omkring udarbejdelse af et fordelingsregnskab. Der foreligger på nuværende tidspunkt en model baseret på budgettal. Det betyder, at det er muligt at se hospitalets omkostningsstruktur.

I fordelingsregnskabet deles omkostningerne i første niveau ud på tre typer af omkostningssteder. Der er omkostningssteder for de midlertidige omkostningssteder, som senere skal fordeles til andre, det kan eksempelvis være køkken, rengøring, administration mv. De endelige omkostningssteder er de afsnit, hvorpå der senere skal beregnes en takst. Desuden er der de eksterne omkostningssteder, som er de udgifter, der skal holdes ude af takstberegningen.

Med henvisning til afsnit 3's beskrivelse af Epilepsihospitalet og opdeling af aktiviteten vil der for Epilepsihospitalet kunne beregnes takster for selve Epilepsihospitalet dog undtagen langtidsområdet.

Bevillingsstrukturen tydeliggøres i et fordelingsregnskab, således at køberne, her regionerne, har mulighed for at se, hvordan de enkelte udgifter til paragraf 79, stk. 2, patienter bliver akkumuleret til den enkelte patientgruppe.

Det anbefales, at den skabelon for fordelingsregnskabet, som Epilepsihospitalet allerede har udarbejdet, ændres fra budgettal til forbrugstal, og at der i samarbejde med Sektoren for Sundhedsdokumentation og Forskning, Statens Seruminstitut udarbejdes et endeligt fordelingsregnskab for 2011 data efter samme metode som de øvrige hospitaler i landet.

5.e. Aktivitetstal.

For at lave så specifikke takster som muligt kræves patientdata på afsnitsniveau. Sektoren for Sundhedsdokumentation og Forskning, Statens Serum Institut har på nuværende tidspunkt adgang til Epilepsihospitalets data via LPR, og disse er kun på afdelingsniveau. Epilepsihospitalet har siden 2011 systematisk indberettet data til LPR.

Det anbefales, at alle Epilepsihospitalets patientdata leveres til Sektoren for Sundhedsdokumentation og Forskning, Statens Serum Institut på afsnitsniveau for at kunne udarbejde en omkostningsdatabase.

5.f. Særlige forhold.

For at få en takststruktur, der ligner de øvrige hospitalers, er der visse forhold på Epilepsihospitalet, der skal tages højde for. Som ovenfor nævnt er der specielle funktioner på hospitalet, der i fordelingsregnskabet har karakter af eksterne omkostninger. Med hensyn til administrations- og serviceydelser gælder, at Epilepsihospitalet sælger disse ydelser til andre af Filadelfias institutioner, hvorfor den omkostning, der indgår i fordelingsregnskabet vil være en nettoudgift.

Epilepsihospitalet er pålagt at afregne lønsumsafgifter og vil derfor også skulle lægge denne til ved beregning af højt specialiserede takster og ved beregning af mark-up eller lignende ved DRG-lignende takster. Det vil ligeledes være nødvendigt i forbindelse med beregning af mark-up eller lignende ved DRG-lignende takster at tage højde for udgifter til forrentning og afskrivning, da Epilepsihospitalets takster – i modsætning til de offentlige DRG-takster – skal dække samtlige hospitalens omkostninger.

Det anbefales desuden, at Epilepsihospitalet i samarbejde med Sektoren for Sundhedsdokumentation og Forskning, Statens Serum Institut gennemgår de særlige forhold og får dem indarbejdet i fordelingsregnskabet.

5.g. Økonomiopfølgning.

Når der er udarbejdet et fordelingsregnskab, vil hospitalet opnå større gennemsigtighed i placeringen af udgifter. Det vil være muligt at se, hvor udgifterne placerer sig, og hvad en evt. udvidelse af kapaciteten vil betyde for udgifterne på de øvrige afdelinger. Endvidere vil det via omkostningsdatabasen være muligt at se, hvordan udgifterne fordeler sig helt ned på de enkelte behandlinger.

5. h. Tidsplan og overgangsordning 2012.

DRG-grupperne, som blev udarbejdet i foråret 2011, dækker hospitalets aktivitet. Det vil derfor kun være nødvendigt med en omkostningsberegning for hospitalet. Der udarbejdes et fordelingsregnskab med forbrugstal i løbet af foråret 2012. Epilepsihospitalet afleverer aktivitetstal på afsnitsniveau, inden der kan beregnes en omkostningsdatabase.

I overgangsperioden i 2012 indtil det er muligt at beregne takster på baggrund af Epilepsihospitalets fordelingsregnskab beregnes taksterne som hidtil.

For 2013 beregnes taksterne for højt specialiseret behandling på baggrund af fordelingsregnskabet. Patienter på regions- og hovedfunktionsniveau afregnes med udgangspunkt i DRG-lignende takster med en mark-up for kapitalomkostninger m.v.

6. Arbejdsgruppens anbefalinger.

Arbejdsgruppen har haft til opgave at beskrive Epilepsihospitalets nuværende økonomi- og aktivitetsstyringssystemer og på den baggrund stille forslag til evt. nødvendige ændringer i økonomi- og aktivitetsstyringssystemerne for at sikre effektiv drift samt stille forslag til takststruktur, herunder fastlægge det omkostningsmæssige grundlag for beregning af taksterne, og herigennem opnå en mere gennemsigtig budget-, regnskabs- og takststruktur svarende til, hvad der gælder for offentlige sygehuse.

Arbejdsgruppen afgiver på baggrund heraf anbefalinger til ændringer i økonomi- og aktivitetsstyringssystemerne samt anbefaling vedrørende en fremtidig takststruktur.

Arbejdsgruppen anbefaler følgende ændringer i økonomi- og aktivitetsstyringssystemerne:

- Der følges løbende måned for måned op på forbruget indenfor fritvalgsrammen. Opfølgningen sker ved
 - afregning fra år til dato og prognose for resten af året,
 - antal patienter henvist, igangværende forløb, og forventet antal patientforløb,
 - estimering af forventet forbrug og forventning vedrørende anvendelse af rammen, sådan at det sikres, at fritvalgsrammen fordeles over hele året,
 - ventetider,

- opgørelse over udslusning af patienter, herunder nedgang i langtidsindlagte.
- Der aftalte proces for meddelelsesbreve som sikrer sammenhæng med den senere afregning.
- Epilepsihospitalet registrerer aktivitet i Landspatientregistret i overensstemmelse med fastsatte retningslinjer. Den grundlæggende registrering foretages på afsnitsniveau med henblik på at kunne udarbejde en omkostningsdatabase.
- Der udarbejdes et fordelingsregnskab for Epilepsihospitalet efter samme metode som for de øvrige hospitaler i landet.
- Der udarbejdes et regnskab over udgifter, som ikke indgår i det normale fordelingsregnskab (lønsafgift, forrentning og afskrivning m.v.).

Arbejdsgruppen anbefaler en takststruktur, som består af følgende:

- At Epilepsihospitalet anvender den samme takststruktur som i det offentlige sygehusvæsen:
 - Patienter på højt specialiserede funktioner afregnes til omkostningsbestemte takster, jf. takstbekendtgørelsen.
 - Patienter på regionsfunktionsniveau og hovedfunktionsniveau afregnes med DRG-lignende takster (omkostningsbestemte).
- Der fastsættes en mark-up takst eller lignende, som skal dække de udgifter, som ikke indgår i det fordelingsregnskab, som ligger til grund for beregning af de DRG-lignende takster.
- Der fastsættes krav til produktivetsforbedringer, sådan som det gælder for de offentlige sygehuse.
- I overgangsperioden i 2012 indtil det er muligt at beregne takster på baggrund af Epilepsihospitalets fordelingsregnskab beregnes taksterne som hidtil. Fra 2013 beregnes takster for højt specialiseret behandling på baggrund af fordelingsregnskabet. Patienter på regions- og hovedfunktionsniveau afregnes med udgangspunkt i DRG-lignende takster med en mark-up for kapitalomkostninger m.v.
- Nogle behandlingsområder på regionsfunktionsniveau kan efter en gennemgang i den faglige gruppe besluttes afregnet efter samme principper som højt specialiseret behandling.

Arbejdsgruppen opfordrer til, at den i rammeaftalen fra 28. juni 2011 aftalte proces mhp at tilvejebringe et sådant grundlag for takstfastsættelse vedrørende de langtidsindlagte på Epilepsihospitalet fortsættes.

Bilag 1. Rammeaftale fra 28. juni 2011.

Rammerne for indgåelse af en driftsoverenskomst mellem Epilepsihospitalet i Dianalund og Region Sjælland og øvrige aftaler for Epilepsihospitalet

I medfør af sundhedslovens § 75, stk. 3, skal Region Sjælland indgå driftsoverenskomst med Epilepsihospitalet i Dianalund om levering af ydelser inden for den i medfør af sundhedslovens § 235, stk. 4, fastsatte økonomiske ramme. Derudover har Epilepsihospitalet leveret ydelser ud over fritvalgsrammen til regionerne, således at den samlede omsætning har i 2010 udgjort ca. 170 mio. kr., inkl. langtidsindlagte.

Danske Regioner, Region Sjælland, Epilepsihospitalet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet konstaterer, at Epilepsihospitalets ydelser til regionerne kan fordele sig på følgende aftalegrundlag:

Regionernes fælles driftsoverenskomst vedrørende fritvalgsrammen på 74,3 mio. kr. (2011 pris- og lønniveau).

Betaling for langtidsindlagte patienter ud over fritvalgsrammen, pt. ca. 35 mio. kr. årligt.

Aftaler med de enkelte regioner om ydelser ud over fritvalgsrammen.

Aftaler om udvidet frit sygehusvalg.

1. Regionernes fælles driftsoverenskomst vedrørende fritvalgsrammen på 74,3 mio. kr. (2011 pris- og lønniveau).

Hovedhensynet bag reguleringen af private foreningsejede specialsygehuse m.fl. i sundhedsloven er at bevare de særlige behandlingstilbud, der er på de pågældende specialsygehuse m.fl. ved at sikre et økonomisk driftsgrundlag i form af en individuel ramme.

Det ligger forudsætningsvist heri, at de private specialsygehuse skal udvikle behandlingstilbuddene fagligt i takt med udviklingen på området, så de fortsat fremstår som særlige behandlingstilbud, som bør bevares, og som har en plads i det samlede sundhedsvæsen.

Formålet med at beliggenhedsregionen skal indgå en driftsoverenskomst på vegne af regionerne i fællesskab er, at beliggenhedsregionen på vegne af de øvrige regioner skal sikre en i økonomiske henseende rationel drift samt en faglig udvikling. Det forudsætter, at regionen fører tilsyn med, at sygehusenes behandlingstilbud tilpasses den faglige udvikling og patientgruppens behov, og at visitationen og prioriteringen af patienter, der henvises til specialsygehuset, tilrettelægges hensigtsmæssigt. Det forudsætter også, at der stilles de samme krav til specialsygehuset som til det øvrige sygehusvæsen med hensyn til strukturtilpasninger og effektiviseringer.

Der er således enighed om,

at der sker en prioritering blandt de henviste, således at patienter med behov for Epilepsihospitalets specialiserede tilbud prioriteres højst, dog med skyldigt hensyn til behovet for i et vist omfang at modtage patienter på hovedfunktionsniveau,

at driftsoverenskomsten omfatter patienter, som henvises til at blive behandlet på Epilepsihospitalet i Dianalund uanset, om de er henvist fra egen læge, andet sygehus eller lignende.

Region Sjælland – på vegne af alle regioner, og Epilepsihospitalet i Dianalund er enige om snarest muligt at indgå en ny driftsoverenskomst med baggrund i ovennævnte rammer.

2. Betaling for langtidsindlagte patienter ud over fritvalgsrammen, pt. ca. 35 mio. kr. årligt.

Der er fortsat 29 langtidsindlagte patienter på Epilepsihospitalet. Indtægterne for disse patienter udgør pt. ca. 35 mio. kr. årligt med en sengedagspris på ca. 3.500 kr. pr. sengedag. Disse patienter har regionerne traditionelt betalt for ud over fritvalgsrammen.

Der er enighed om, at disse patienter fortsat betales uden for fritvalgsrammen. Der er ligeledes enighed om, at der skal ske en vurdering af den aktuelle takst i forhold til betalingen for ophold på tilsvarende institutioner.

Danske Regioner, Region Sjælland, Epilepsihospitalet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet igangsætter en proces med henblik på at tilvejebringe et grundlag for takstfastsættelse vedrørende langtidsindlagte på Epilepsihospitalet. Epilepsihospitalet forpligter sig herefter til inden 1. oktober 2011 at fremsende oplæg til regionerne om, hvordan man vil tilpasse sig i forhold til takststrukturen på sammenlignelige institutioner.

Der er enighed om, at regionerne i en treårig periode (2011 – 2013) fortsat vil købe ydelser svarende til en udgift på 35 mio. kr. uanset nedgang i antallet af langtidsindlagte.

3. Aftaler med de enkelte regioner om ydelser ud over fritvalgsrammen.

Epilepsihospitalet kan indgå aftaler med de enkelte regioner om varetagelse af nærmere aftalte sygehusopgaver ud over fritvalgsrammen.

Der er ligeledes enighed om, at Epilepsihospitalet snarest med de enkelte regioner afklarer muligheden for aftaler om ydelser ud over fritvalgsrammen, herunder inden for rammen på 35 mio. kr., jf. ovenfor.

Det kan oplyses, at Region Sjælland har tilkendegivet, at man derudover er villig til at indgå aftale vedrørende nogle nærmere bestemte sygehusopgaver inden for et på forhånd aftalt beløb i 2011. Tilsvarende er man villig til en sådan aftale i 2012, såfremt taksterne herfor er konkurrencedygtige.

4. Aftaler om udvidet frit valg

Efter sundhedslovens § 87, stk. 1 har patienter ret til at benytte sig af det udvidede frie sygehusvalg, hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden for 1 måned efter at henvisning er modtaget, kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med.

Efter sundhedslovens § 87, stk. 5 indgår regionsrådene i forening aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. her i Danmark og sygehuse i udlandet, som ønsker at indgå en aftale om behandling af patienter efter § 87, stk. 1.

Epilepsihospitalet kan således vælge at indgå aftale om udvidet frit valg med regionsrådene i forening.

Der er enighed om, at Epilepsihospitalet og Danske Regioner snarest muligt påbegynder forhandlinger med henblik på indgåelse af aftaler om udvidet frit valg. Der indledes med forhandlinger vedr. de ydelser, hvor der i forvejen er indgået lignende aftaler, dvs. neurofysiologi, søvnapnø og hovedpine, hvorefter man går videre med neurologiområdet.

Fremadrettede driftsmæssige tilpasninger.

Epilepsihospitalet forpligter sig med denne aftale til i lighed med det øvrige sundhedsvæsen at foretage de nødvendige strukturtilpasninger og effektiviseringer, som gør, at hospitalet kan bevare en plads i det samlede sundhedsvæsen.

Bilag 2.

Driftsoverenskomst

mellem

Region Sjælland

(på vegne af alle regioner i Danmark)

og

Den selvejende institution Filadelfia

vedrørende

Epilepsihospitalet Filadelfia

§ 1 Aftalens parter

Denne driftsoverenskomst er indgået mellem Region Sjælland, på vegne af alle regioner, og Den selvejende institution Filadelfia vedrørende Epilepsihospitalet Filadelfia, jfr. Sundhedslovens § 75 stk. 3 og § 79 stk. 2.

§ 2 Aftalens formål og afgrænsning

Formålet med driftsoverenskomsten er at sikre en økonomisk rationel drift og en faglig udvikling på Epilepsihospitalet Filadelfia.

Patienterne skal sikres mulighed for behandling på Epilepsihospitalet Filadelfia i overensstemmelse med Sundhedsloven og Sundhedsstyrelsens gældende specialevejledning for neurologi, pædiatri og klinisk biokemi, jfr. § 3.

Det påhviler Epilepsihospitalet Filadelfia at sikre, at behandlingstilbud omfattet af denne driftsoverenskomst, drives i henhold til gældende lovgivning.

Epilepsihospitalet Filadelfia er omfattet af det frie sygehusvalg inden for fritvalgsrammen, hvilket denne driftsoverenskomst omhandler. Herudover kan Epilepsihospitalet Filadelfia indgå samarbejdsaftaler med en eller flere regioner, ligesom Epilepsihospitalet Filadelfia er omfattet af det udvidede frie sygehusvalg, betinget af, at der er indgået aftale med Danske Regioner.

Den økonomiske ramme for det frie valg udmeldes årligt af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Epilepsihospitalet Filadelfia skal levere ydelser, som anført i bilag 1, inden for fritvalgsrammen. Ydelserne skal fordeles over hele året. Budgettet bør ikke være opbrugt inden årets udgang.

§ 3 Behandlingstilbuddet

Epilepsihospitalet Filadelfias behandlingstilbud i henhold til Sundhedslovens § 79 stk. 2 består af behandling til personer med epilepsi og dermed beslægtede tilstande. Behandlingstilbuddene er nærmere beskrevet i bilag 1.

Henvielse til behandling sker efter lægehenvielse.
Epilepsihospitalet Filadelfias speciallæger foretager den endelige visitation af patienterne.

Hvis behandlingstilbuddene ændrer sig væsentligt, anses tilbuddene for ikke at være omfattet af § 79, indtil endt forhandling med Region Sjælland har skabt en ny driftsoverenskomst, der har taget højde for denne ændring.

Epilepsihospitalet har ansvaret for, at nødvendige godkendelser fra Sundhedsstyrelsen til enhver tid er i orden før og under behandling.

§ 4

Patientinformation i forbindelse med behandling

Epilepsihospitalet Filadelfia skal senest 8 hverdage efter, at det har modtaget henvisning af en patient, oplyse patienten om:

1. dato og sted for undersøgelse og behandling,
2. retten til at vælge sygehus,
3. at patienten ved henvendelse til sygehuset kan få oplyst antal behandlinger, der foretages på sygehuset, og
4. at sygehuset tilbyder at henvise patienten til et andet sygehus,
5. at sygehuset fremsender epikrise til egen læge og evt. henvisende afdeling i henhold til de tidsterminer, som er fastlagt i Den danske Kvalitetsmodel.

§ 5

Kvalitet i behandlingen.

Epilepsihospitalet Filadelfia forpligter sig til at sikre, at den faglige ekspertise og behandlingstilbuddene er på niveau med den nationale og internationale udvikling.

Der er forudsat en forventet akkreditering i henhold til Den Danske KvalitetsModel (DDKM) i 2011.

§ 6

Indberetning

Epilepsihospitalet Filadelfia er forpligtet til at indberette al lægelig behandling til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister. Indberetningen foretages løbende og omfatter denne driftsoverenskomst.

Epilepsihospitalet Filadelfia er forpligtet til at sikre, at indberetningen sker i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens årlige rapport om "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" og andre centrale registre – eksempelvis "Det Fælles Medicinkort".

Epilepsihospitalet Filadelfia anvender Region Sjællands patientadministrative system, hvor indberetningen til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister sker automatisk.

Det påhviler Epilepsihospitalet Filadelfia at dokumentere, at indberetningen har fundet sted.

Indberetningen er en forudsætning for afregning med patientens hjemregion.

Epilepsihospitalet Filadelfia skal endvidere foretage indberetninger af utilsigtede hændelser til Dansk Patient SikkerhedsDatabase (DPSD) og relevante kliniske databaser samt minimum én gang årligt gennemføre audit på indrapporterede data.

Ved manglende målopfyldelse udarbejdes handle- og tidsplan til sikring af målopfyldelse.

§ 7 Afregning

Patientens bopælsregion betaler den godkendte takst for behandling, jfr. bilag 2, i henhold til denne driftsoverenskomst.

Den generelle betalingsbetingelse er 30 dage netto. Forsinket betaling berettiger til rentetillæg i henhold til renteloven.

§ 8 Budget

Epilepsihospitalet Filadelfia indsender forslag til takster senest den 1. september. Region Sjælland godkender taksterne i forbindelse med godkendelse af regionens budget.

I budgetlægningen anvendes den generelle løn- og prisfremskrivning for sundhedsområdet, som indgår i økonomaftalen mellem Regeringen og Danske Regioner.

Hvis der planlægges udvidelser og/eller omlægninger af den eksisterende drift, der vil give afledte konsekvenser for taksterne, skal forslag til budget og takster fremsendes til Region Sjælland senest den 1. juli.

Taksterne tilpasses hurtigst muligt de anvendte principper for afregning i det offentlige sygehusvæsen.

§ 9 Regnskab og revision

Det reviderede årsregnskab for Epilepsihospitalet Filadelfia, i henhold til driftsoverenskomsten, fremsendes til Region Sjælland til godkendelse senest 1. juli det efterfølgende år.

Det reviderede årsregnskab påtegnes af statsautoriseret revisor.

§ 10 Tilsyn

Region Sjælland fører tilsyn med, at Epilepsihospitalet Filadelfia overholder bestemmelserne i denne aftale.

Epilepsihospitalet Filadelfia fremsender senest d. 15. i hver måned en opgørelse over de enkelte regioners forbrug af behandlingsydelser under Sundhedsloven opgjort i økonomi og aktivitet samt en akkumuleret opgørelse for det pågældende regnskabsår.

I forbindelse med fremlæggelse af årsregnskabet afleverer Epilepsihospitalet Filadelfia en status for kvaliteten af de ydelser, som indgår i de behandlingstilbud, som relaterer sig til driftsoverenskomsten. Status udarbejdes bl.a. på baggrund af antal rapporterede utilsigtede hændelser.

Epilepsihospitalet Filadelfia meddeler på begæring af Region Sjælland enhver tilgængelig oplysning, som har betydning for behandlingstilbud, som relaterer sig til driftsoverenskomsten.

Epilepsihospitalet Filadelfia har det fulde ansvar for egen virksomhed og Region Sjælland kan ikke drages til ansvar for Epilepsihospitalet Filadelfias økonomiske valg, og der kan ikke gøres krav mod Region Sjælland.

§ 11

Sundhedsaftaler og kommunale ydelser

Epilepsihospitalet skal holde sig bekendt med og agere i forhold til de sundhedsaftaler, der er indgået mellem regioner og kommuner med det formål at bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatsen i de patientforløb, som går på tværs af region og kommune. Epilepsihospitalet er forpligtet af sundhedsaftalen i den udstrækning, det er relevant.

Epilepsihospitalet inddrager på så tidligt et tidspunkt som muligt bopælskommunen med henblik på at skabe sammenhæng mellem sygehusets ydelser og de kommunale ydelser, som patienten modtager eller skal modtage efter afslutning af behandlingsforløbet.

§ 12

Twister

Uenighed mellem parterne om denne driftsoverenskomst søges afgjort gennem drøftelser mellem Epilepsihospitalet Filadelfia og Region Sjælland.

Opnås der ikke enighed gennem drøftelser, afgøres sagen hos Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

§ 13

Ikrafttrædelse

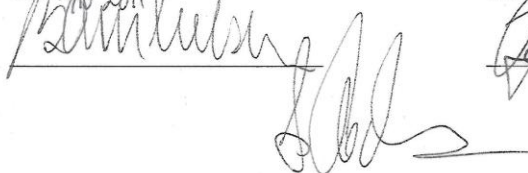
Denne driftsoverenskomst – der erstatter den hidtidige fra marts 2004 – træder i kraft 1. januar 2012 og løber frem til 31. december 2013.

§ 14

Opsigelse og genforhandling

Driftsoverenskomsten kan af begge parter opsiges med 6 måneders varsel. Er parterne enige, kan driftsoverenskomsten ændres med kortere varsel.

Region Sjælland
dato 10. 2011



Epilepsihospitalet i Dianalund
dato 10/10/2011



Vedlagt:

Bilag 1. Beskrivelse af behandlingstilbud

Bilag 2. Takstbilag

Bilag 1.

Visitationsretningslinjer for henvisning af patienter til Epilepsihospitalet Filadelfia til behandling indenfor fritvalgsrammen.

Henvielse af patienter til undersøgelse og behandling indenfor fritvalgsrammen afgrænses til patienter mistænkt for eller diagnosticeret med epilepsi:

1. Hovedfunktioner

Epilepsi

1. Diagnostik og medicinsk behandling af patienter med epilepsi eller til observation herfor.
2. Klinisk neurofysiologi: EEG

2. Regionsfunktioner

Epilepsi

1. Klinisk neurologisk vurdering m.h.p. døgnvideo EEG under indlæggelse af patienter med svære eller uafklarede anfald eller funktionshæmning som følge af månedlige anfald.
2. Diagnostik og særlig medicinsk behandling af patienter med fortsatte anfald og bivirkninger 2-3 år efter diagnosetidspunktet.
3. Diagnostik og særlig medicinsk behandling af patienter med kombineret udviklingshæmning og epilepsi.
4. Tværfaglig diagnostik og behandling af patienter med vedvarende psykogene non-epileptiske anfaldsfænomener.
5. Behandling og kontrol af komplicerede gravide epilepsipatienter. Varetages i tæt samarbejde med gynækologi og obstetrik.
6. Kontrol og justering af vagusstimulator i vedligeholdelsesfasen.
7. Klinisk neurofysiologi: Døgnvideo EEG ved kompliceret epilepsi.
8. Klinisk biokemi: Medikamentsmonitorering ved specielle, sjældent anvendte psykofarmaka/antiepileptika.

3. Højt specialiserede funktioner

Epilepsi

1. Diagnostik med henblik på evt. kirurgi af patienter med medikamentelt intractabel epilepsi med invaliderende anfald. Varetages i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer for kirurgisk behandling af medicinsk intractabel epilepsi fra 2003 og Sundhedsstyrelsens notat 'Den fremtidige tilrettelæggelse af epilepsikirurgi' fra 2004.
2. Pædiatri: Medicinsk intractabel epilepsi, hvor kirurgisk behandling overvejes i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinier vedr. epilepsikirurgi i et formaliseret samarbejde med Rigshospitalet.
3. Behandling og observation af patienter med invaliderende epilepsi med ledsagende psykologiske, sociale samt arbejdsmæssige problemer og behov for længerevarende observation samt behandling eller socialmedicinsk rehabilitering pga. funktionshæmmende anfald samt behandling og observation efter epilepsikirurgi.
4. Pædiatri: Svær epilepsi med behov for intensiv, langvarig observation eller behov for særlig neuropsykologisk vurdering indenfor det pædiatriske speciale.
5. Diagnostik og initial justering af nervus vagus stimulator hos patienter med medikamentel intractabel epilepsi, hvor mulighed for epilepsikirurgi er udelukket.
6. Særlig diætbehandling af visse epilepsipatienter i et formaliseret samarbejde.

Undersøgelse og behandling udenfor fritvalgsrammen

Undersøgelse og behandling udover de ovenfor nævnte patienter mistænkt for eller diagnosticeret med epilepsi kan ikke varetages og afregnes indenfor fritvalgsrammen, men forudsætter, at der er indgået aftale med henvisende region.

Det gælder eksempelvis for patienter henvist til undersøgelse eller behandling indenfor flg. områder

- Øvrige neurologiske sygdomme
- Klinisk neurofysiologi
- Neurogenetik
- Søvn sygdomme
- Neurorehabilitering

Juni 2010

Bilag 2.

Takster:

På Filadelfia er der igangsat et arbejde med at forbedre kodningen af aktiviteterne i Landspati-entregisteret med henblik på at sikre bedre sundhedsdokumentation.

Arbejdet sker i samarbejde med DRG-enheden i Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Arbejdet danner grundlag for udarbejdelsen af mere gennemskuelige takster, der baserer sig på de anvendte principper for afregning i det offentlige sygehusvæsen.

En ny og mere gennemskuelig takststruktur indføres fuldt ud med virkning fra 2012, idet der allerede for 2011 afregnes for ambulante behandlinger samt for diverse søvnforstyrrelser til DRG-takster.

Allonge til driftsoverenskomst med Epilepsihospitalet Filadelfia vedr. dialog i klagesager.

Den 1. januar 2011 træder en ny lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet i kraft.

En patient, der klager til Patientombuddet/Disciplinærnævnet over en sundhedsydelse, som regionen helt eller delvist afholder udgifterne til, skal tilbydes en dialog.

I forbindelse med klager, der indgives til Patientombuddet/Disciplinærnævnet, over såvel sundhedspersoners behandling/sundhedsfaglige virksomhed som sundhedsvæsenets sundhedsfaglige virksomhed, der er omfattet af driftsoverenskomsten med Epilepsihospitalet Filadelfia, gennemfører Epilepsihospitalet Filadelfia en dialog med de patienter, som overfor Patientombuddet/Disciplinærnævnet har ytret ønske herom. Epilepsihospitalet Filadelfia tager kontakt til patienten m.h.p. en afklaring af de spørgsmål, klagen vedrører.

Efter gennemførelse af en dialog søger Epilepsihospitalet Filadelfia afklaret, om patienten ønsker at fratage klagen eller om denne ønskes opretholdt. Ønskes klagen opretholdt, oversender Epilepsihospitalet Filadelfia alle sagsakter til Patientombuddet/Disciplinærnævnet til brug for den videre klagesagsbehandling. Hvis patienten ikke ønsker yderligere behandling af sin klage meddeler Epilepsihospitalet Filadelfia, med patientens accept, dette til Patientombuddet. Herefter anses klagen for bortfaldet.

Inden 4 uger efter fremsendelse af klagen skal Epilepsihospitalet Filadelfia give Patientombuddet meddelelse om udfaldet af dialogen.

Sorø d. 14/12-2010

For Region Sjælland:

Steen Bach Nielsen
Regionsrådsformand

For Epilepsihospitalet Filadelfia:

Jens Andersen
Adm. direktør



EU's udbudsdirektiver – fokus skal tilbage på det gode købmandskab

KL og Danske Regioners mærkesager

EU-Kommissionen har igangsat en revidering af EU's udbudsregler. Det er tiltrængt. For der er behov for langt mere enkle og fleksible udbudsregler, så fokus kommer tilbage på det gode købmandskab.

Kommunerne og regionerne vil gerne bruge udbud som et redskab til effektive og innovative indkøb af varer og tjenesteydelser, der årligt beløber sig til ca. 140 mia. kr. Men det er EU's udbudsregler en meget væsentlig barriere for.

EU-Kommissionens forslag til nye udbudsregler imødekommer dog kun i *meget* begrænset omfang behovet for forenkling og fleksibilitet.

I efteråret 2012 skal Folketinget fastlægge regeringens mandat i forhandlingerne om EU's udbudsdirektiver.

KL og Danske Regioner vil kraftigt opfordre til, at regeringen arbejder for en række grundlæggende ændringer i EU-Kommissionens forslag:

- Tærskelværdien for udbud af varer og tjenesteydelser skal hæves til 7,5 mio. kr.
- Anvendelsesområdet for EU's udbudsregler skal ikke udvides
- Der skal være generel adgang til dialog og forhandling
- EU's udbudsregler skal regulere udbud – og ikke andet

Tærskelværdien for udbud af varer og tjenesteydelser skal hæves til 7,5 mio. kr.

EU-Kommissionen har opgjort, at den direkte grænseoverskridende handel efter EU-udbud i hele Europa blot udgjorde 1,6 pct. målt på antallet af kontrakter eller 3,6 pct. målt på kontraktværdien. Og det er vel og mærke 20 år efter EU-udbudsreglernes indførelse.

Tallene stemmer godt overens med, at knap ni ud af ti danske kommuner og regioner ikke har skrevet kontrakt med en leverandør fra et andet EU-land efter et EU-udbud inden for de seneste fem år.

En kommune bruger i gennemsnit 500 timer på et EU-udbud, mens en region bruger 1.000 timer

Alligevel tvinges kommunerne og regionerne til at bruge alt for mange timer på at bringe varer og tjenesteydelser i EU-udbud efter et bureaukratisk regelsæt. Med et stort samfundsøkonomisk tab som det eneste resultat.

En tærskelværdi på 7,5 mio. kr. vil halvere antallet af EU-udbud i kommuner og regioner

Hvis tærskelværdien for udbud af varer og tjenesteydelser hæves fra de nuværende 1,5 mio. kr. til 7,5 mio. kr., vil det halvere antallet af EU-udbud.

En højere tærskelværdi vil styrke de små og mellemstore virksomheders mulighed for at byde ind på offentlige opgaver

Det vil være en væsentlig administrativ lettelse, da udbuddene i stedet for vil være reguleret af den mindre bureaukratiske danske tilbudslov.

Hæves tærskelværdien, vil det samtidig styrke konkurrencen, da mange små og mellemstore virksomheder i dag helt opgiver at byde på opgaverne, fordi EU-udbud er for komplicerede.

EU-Kommissionen anser det ikke for muligt at hæve tærskelværdien under påskud af, at der er indgået en ny frihandelsaftale i WTO. I givet fald må EU-Kommissionen pålægges at genforhandle dette element i frihandelsaftalen hurtigst muligt.

Anvendelsesområdet for EU's udbudsregler skal ikke udvides

En række tjenesteydelser er i dag undtaget EU's udbudsregler (de såkaldte bilag II B-ydelser). Sundhedsområdet og socialområdet er f.eks. undtaget.

Det skyldes, at ydelserne har en karakter, der gør dem uegnede til handel på tværs af grænserne – bl.a. på grund af kulturelle og lovgivningsmæssige forskelle landene imellem.

***En udvidelse af udbudsreglernes
anvendelsesområde vil ikke øge den
grænseoverskridende handel***

I EU-Kommissionens direktivforslag lægges der op til at ophæve denne undtagelse ved at indføre et "light-regime" for udbud af disse tjenesteydelser.

***Nye administrative byrder rimer ikke
på forenkling***

Det vil kun pålægge kommunerne og regionerne yderligere administrative byrder.

Når den grænseoverskridende handel efter 20 år stadig kun er forsvindende lille for de varer og tjenesteydelser, der burde have en grænseoverskridende interesse (de såkaldte bilag II A-ydelser), giver det ikke mening at udvide EU-udbudsreglernes anvendelsesområde med nye tjenesteydelser.

20 år med EU's udbudsregler har vist, at der ikke er en grænseoverskridende interesse for en lang række af de ydelser, der er underlagt udbudsreglerne – fokus burde derfor rette sig imod at indsnævre anvendelsesområdet for EU's udbudsregler.

Der skal være generel adgang til dialog og forhandling

Mulighederne for dialog og forhandling undervejs i udbudsprocessen er alt for begrænsede med de nuværende regler.

Det begrænser de offentlige indkøbere og leverandørerne i sammen at finde effektive og innovative løsninger.

***Adgangen til dialog og forhandling
bør reguleres mindst muligt med
respekt for principperne om
ligebehandling og gennemsigtighed***

For dialog bidrager til innovation og udviklingen af løsningsforslag, som kommunerne eller regionerne ikke selv kunne have kravspecificeret – innovation harmonerer dårligt med firkantede regler.

Og forhandling bidrager til, at kommunerne og regionerne får den rigtige løsning til den rigtige pris. Det viser erfaringerne fra de områder, der ikke er underlagt EU's udbudsregler. Samtidig viser erfaringerne fra forsyningsområdet – hvor der er en generel forhandlingsadgang – at forhandling ikke fører til misbrug eller korrupsion.

I 2011 blev der indgået ca. 2.000 offentlige kontrakter efter gennemførelse af EU-udbud i Danmark. Blot 0,2 pct. af kontrakterne – svarende til fire kontrakter – blev indgået ved brug af udbudsformen "konkurrencepræget dialog", hvor tættere kontakt mellem parterne er tilladt.

***Udbudsformen "konkurrencepræget
dialog" anvendes stort set ikke, fordi
reglerne er alt for restriktive***

På europæisk niveau ser det ikke meget anderledes ud. Her blev den konkurrenceprægede dialog ifølge EU-Kommissionen kun anvendt i 0,4 pct. af de indgåede kontrakter.

EU's udbudsregler skal regulere udbud – og ikke andet

EU's udbudsregler skal først og fremmest sikre effektive og innovative offentlige indkøb. Det harmonerer dårligt med centrale EU-krav om tvungen brug af f.eks. sociale kriterier eller bestemte miljøstandarder.

Det skal være muligt ud fra lokale hensyn og opgavens karakter at træffe beslutning om at stille bestemte krav til virksomhederne om f.eks. praktikpladser eller at vægte miljømæssige eller innovative kriterier i tildelingen.

Sektorpolitik skal føres der, hvor det retmæssigt hører hjemme – ikke i en lovgivning om udbud

Der er behov for at tydeliggøre disse muligheder i udbudsdirektivet – men det skal være fleksible muligheder og ikke rigide krav.

Udbudsdirektiverne skal sætte rammerne for offentlige indkøb – ikke detailregulere alt ned i mindste detalje!

For yderligere information om kommunerne og regionernes holdning til EU's udbudsdirektiver

- Anders Brøndum, Kommunernes Landsforening, anb@kl.dk, tlf.: 3370 3355
- Jens Peter Bjerg, Danske Regioner, jpb@regioner.dk, tlf.: 3529 8268

Teknisk opgørelse af IKU

Indikatoren i IKU beregnes som forholdet mellem driftsudgifter til private leverandører og regionerne samlede driftsudgifter. Der udarbejdes en samlet indikator for sundhed, socialområdet og regional udvikling (inklusive trafikskaber).

Driftsudgifterne til private opgøres ud fra regnskabstallene som følgende poster: Tjenesteydelser, håndværker- og entreprenørydelser, tilskud til trafikskaber mv.

Driftsudgifterne til private leverandører sættes i forhold til de samlede driftsudgifter. I opgørelsen af de samlede udgifter fratrækkes dog nogle af de udgiftsområder, som ikke kan/må konkurrenceudsættes. Det er for eksempel udgifter til politisk organisation samt en række udgifter på socialområdet.

Ud over de oplysninger, der trækkes ud af regnskabstallene, medregnes også skønnede udgifter til opgaver, hvor regionerne selv har vundet opgaven efter et udbud. Regionerne indsender oplysninger herom til staten.

Opgørelsen af IKU og PTI kan beskrives som en brøk, der gennemgås i nedenstående.

I tælleren for IKU indgår:

Ydelse	Områder omfattet	Områder frataget	Konto
Entreprenør- og håndværkerydelser	Sundhed, Social og specialundervisning, Regional Udvikling og Fælles formål og administration	Særlige administrative områder på socialområdet, Politisk organisation og tjenestemandspensio- ner	Art 4.5 på HKT 1-4
Øvrige tjenesteydelser	Sundhed, Social og specialundervisning, Regional Udvikling og Fælles formål og administration	Særlige administrative områder på socialområdet, Politisk organisation og tjenestemandspensio- ner	Art 4.9 på HKT 1-4
Tjenesteydelser uden moms	Sygehuse, sociale tilbud, specialundervisning og rådgivning		Art 4.0 på konto 1.10.01 og 2.10.01
Tilskud til	Kollektiv trafik og		Art 5.9 på

trafikselskaber, personaleklubber og foreninger og institutter	kulturel virksomhed		konto 3.10.01 og 3.20.01
---	---------------------	--	-----------------------------

I nævneren for IKU indgår:

Ydelse	Områder omfattet	Området frataget	Konto
Lønninger	Sundhed, socialområdet, Regional Udvikling, Fælles formål og administration		Hovedart 1 på HKT 1-4
Varekøb	Sundhed, socialområdet, Regional Udvikling, Fælles formål og administration		Hovedart 2 på HKT 1-4
Tjenesteydelser	Sundhed, socialområdet, Regional Udvikling, Fælles formål og administration	Betalinger til staten og til regioner	Hovedart 4 på HKT 1-4 ex art 4.6 og 4.8
Tilskud til trafikselskaber, personaleklubber og foreninger og institutter	Kollektiv trafik og kulturel virksomhed		Art 5.9 på konto 3.10.01 og 3.20.01
Fratrækkes			
Lønninger, varekøb og tjenesteydelser	Politisk organisation		Hovedart 1-4 på konto 4.10.01 (ex art 4.6 og 4.8)
Lønninger, varekøb og tjenesteydelser	Særlige administrative opgaver på socialområdet		Hovedart 1-4 på konto 2.85.80 (ex art 4.6 og 4.8)
Lønninger	Sociale tilbud, specialundervisning og rådgivning		Art 1.0 på konto 2.10.01

I opgørelsen af PTI indgår endvidere praksisområdet i både tæller og nævner, det vil sige art 5.2 på konto 1.20.10-30.