

Medlemmerne af  
Danske Regioners bestyrelse  
m.fl.

08-05-2013

Sagsnr. 13/820

Annette Budtz-  
Jørgensen

Tel.: 3529 8263

E-mail: abj@regioner.dk

**Åben dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse fredag den 17-05-2013 kl. 10:30**

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

**Afbud:**

**Mødested:** Danske Regioner  
Dampfærgevej 22,  
2100 København Ø





## Indholdsfortegnelse

<b>1.</b>	<b>Formandens meddelelser, sagsnr. 13/820</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Godkendelse af åbent referat af møde 05-04-2013 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 13/820</b>	<b>3</b>
	Bilag: 1. Åbent referat af møde 05-04-2013 i Danske Regioners bestyrelse	
<b>3.</b>	<b>Mødekalender for 2014, sagsnr. 13/879</b>	<b>5</b>
<b>4.</b>	<b>Evaluering af generalforsamling 2013, sagsnr. 12/538</b>	<b>7</b>
	Bilag: 1. Medieomtale	
<b>5.</b>	<b>Folkemødet den 13.-16. juni 2013, sagsnr. 12/1703</b>	<b>9</b>
<b>6.</b>	<b>Danske Regioners EU-prioriteringer 2013, sagsnr. 12/1983</b>	<b>13</b>
	Bilag: 1. Oversigt over prioriterede EU-sager 2013 til bestyrelsen	
<b>7.</b>	<b>Charter for brugerindflydelse, sagsnr. 13/412</b>	<b>17</b>
	Bilag: 1. Charter for brugerindflydelse	
<b>8.</b>	<b>Indspil til Vækstteam for IKT og Digital Vækst, sagsnr. 13/463</b>	<b>19</b>
<b>9.</b>	<b>Samarbejde om Miljøteknologiske fyrtårnsprojekter, sagsnr. 12/1588</b>	<b>25</b>
<b>10.</b>	<b>Høringssvar vedr. evaluering af lov om trafikkselskaber, sagsnr. 13/562</b>	<b>27</b>
	Bilag: 1. Høringssvar	

<b>11. Rapport om forslag til regulering af sundhedspersoners samarbejde med lægemiddel- og medicovirkomheder, sagsnr. 12/88</b>	<b>29</b>
Bilag: 1. Høringssvar	
<b>12. Danske Regioners arbejde med ligestilling, sagsnr. 13/818</b>	<b>33</b>
Bilag: 1. Ligestillingsloven og arbejdet med ligestilling i regionerne og i Danske Regioner	
<b>13. VækstplanDK, sagsnr. 09/1500</b>	<b>35</b>
<b>14. Regeringens sundhedspolitiske udspil, sagsnr. 12/1749</b>	<b>39</b>
Bilag: 1. Sundhedspolitisk udspil	
<b>15. Opfølgning på akutjob, sagsnr. 12/2116</b>	<b>43</b>
<b>16. Orienteringer om emner på EU-dagsordenen, sagsnr. 13/820</b>	<b>47</b>
<b>17. Næste møde, sagsnr. 13/820</b>	<b>51</b>
<b>18. Eventuelt, sagsnr. 13/820</b>	<b>53</b>



---

**1. Formandens meddelelser, sagsnr. 13/820**

---

Annette Budtz-  
Jørgensen

*Resumé*

-

---

*Indstilling*

-

---

*Sagsfremstilling*

-

---

*Bilag*  
Ingen.





---

**2. Godkendelse af åbent referat af møde 05-04-2013 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 13/820**

---

Annette Budtz-  
Jørgensen

*Resumé*

-

---

*Indstilling*

*Det indstilles,  
at referatet godkendes.*

---

*Sagsfremstilling*

-

---

*Bilag*

Åbent referat af møde 05-04-2013 i Danske Regioners bestyrelse.pdf  
(1069503).







---

### 3. Mødekalender for 2014, sagsnr. 13/879

Bente Kragelund Jønsson

---

#### *Resumé*

Forslag til bestyrelsens mødekalender for 2014 samt dagene for udvalgmøder i Danske Regioner.

---

#### *Indstilling*

*Det indstilles,*

at bestyrelsens mødekalender for 2014 samt dagene for udvalgmøder godkendes.

---

#### *Sagsfremstilling*

Forslag til bestyrelsens mødekalender for 2014:

Fredag den 7. februar  
Fredag den 14. marts  
Fredag den 11. april  
Torsdag den 15. maj  
Torsdag den 12. juni (på Bornholm)  
Fredag den 29. august  
Fredag den 26. september  
Fredag den 31. oktober  
Fredag den 21. november  
Fredag den 5. december

Formandskabet indstiller, at der fortsat afholdes bestyrelsesmøder kl. 10:30-14:00 (inkl. frokost).

Foruden ovenstående ordinære bestyrelsesmøder er der bestyrelsesmøde i Aalborg onsdag den 26. marts i forbindelse med Danske Regioners generalforsamling den 27. marts 2014.

Der lægges endvidere op til, at følgende dage (torsdag-fredag) reserveres til afholdelse af udvalgmøder i Danske Regioner: 16.-17. januar, 27.-28. februar, 24.-25. april, 22.-23. maj, 7.-8. august, 4.-5. september, 9.-10. oktober, 6.-7. november, 18.-19. december.

---



***Bilag***  
Ingen.



---

#### 4. Evaluering af generalforsamling 2013, sagsnr. 12/538

---

Gitte Schmidt

##### *Resumé*

Danske Regioners generalforsamling blev afholdt i Messecenter Herning torsdag den 18. april 2013 med 369 deltagere bestående af regionsrådspolitikere og gæster.

---

##### *Indstilling*

*Det indstilles,*  
*at bestyrelsen evaluerer generalforsamlingen 2013.*

---

##### *Sagsfremstilling*

Danske Regioners generalforsamling blev afholdt for 369 deltagere, herunder statsministeren, ministeren for forebyggelse og sundhed, ministeren for by, bolig- og landdistrikter, transportministeren samt erhvervs- og vækstministeren og 16 medlemmer af Folketinget. På grund af de igangværende vækstpakkeforhandlinger var der afbud fra partiledere og finansministeren.

DSR's lokalafdeling havde anmeldt en demonstration i protest mod overbelægning på de medicinske afdelinger. Omkring 20 deltagere på pladsen foran Messecenter Herning havde medbragt en hospitalsseng og uddelte poser med glas og teske til deltagerne på generalforsamlingen. Ligeledes havde Danmarks Lærforening i anledning af lockouten arrangeret en demonstration rettet mod Helle Thorning-Schmidt.

Danske Regioner brugte dagen til at lancere det nye analysemagasin Regio, der fik en fremtrædende plads såvel i udstillingsområdet som i dagens debat.

Det var i år statsminister Helle Thorning-Schmidt, der overbragte regeringens hilsen. Statsministeren brugte generalforsamlingen til at løfte sløret for en del af elementerne i regeringens sundhedspolitiske udspil.

Eftermiddagens paneldebat blev indledt med en film om det regionale demokrati og de sundhedspolitiske beslutninger, der skal tages. I panelet, der blev modereret af Niels Krause-Kjær, sad foruden Danske Regioners formandskab og sundhedsminister Astrid Krag i første runde også formanden for lægeforeningen Mads Koch Hansen, formanden for DSR Grete Kristensen og KL's næstformand Erik Fabrin. Disse tre blev i anden runde skiftet ud med sundhedsordførerne Sophie Løhde (V), Liselott Blixt (DF), Camilla Hersom (R) og Flemming Møller Mortensen (S). Debatten var skarpt styret. Kun ministeren fik

---

lov at indlede med et oplæg, mens de øvrige paneldeltagere var blevet briefet på introduktionsspørgsmålene og dermed kunne træde lige ind i debatten. Alle havde fået tilsendt film og debatoplæg på forhånd. Næste år skal det overvejes, om man skal tilstræbe en mere ligelig fordeling af taletiden.

Den praktiske afvikling af generalforsamlingen gik uden problemer. Der var en del overskydende pladser i salen til gæster. Dette skyldes formentlig loungeområdet bagerst i salen, som blev flittigt brugt af gæster og journalister. I forhold til frokosten skal det overvejes om man skal undlade at lave planer for bordfordeling, da det for mange er en kærkommen lejlighed til at netværke på tværs og mange gæster var i tvivl om deres placering.

Såvel tegneren som udstillingen om valgaktiviteter og temaet om det politiske udspil Sund Vækst var placeret så deltagerne naturligt kom forbi. Der var i forbindelse med Sund Vækst lavet en film om sundhedsinnovation. Filmen blev vist i loungen og selv om placeringen var ideel var interessen begrænset, formentlig fordi gæsternes fokus naturligt nok er rettet mod scenen og i pauserne mod netværk. Det tegnede referat ligger på GF-websitet.

#### *Kommunikation*

For andet år i træk var der oprettet en særligt Ipad-optimeret hjemmeside, der samlede al information om generalforsamlingen. Trafikken på hjemmesiden var på niveau med sidste år med i alt 8.000 visninger. På selve generalforsamlingsdagen blev siden vist små 5.000 gange, hvilket udgør omtrent halvdelen af dagens trafik på Danske Regioners hjemmeside regioner.dk.

Der var i år særlig mediebevågenhed fra de elektroniske medier. Der er vedlagt en opsamling på mediedækningen.

#### *Generalforsamling 2014*

Generalforsamlingen 2014 i Ålborg forventes drøftet i bestyrelsen på mødet den 30. august 2013.

---

#### ***Bilag***

Medieomtale (1071264).



---

## 5. Folkemødet den 13.-16. juni 2013, sagsnr. 12/1703

Eva Margrethe Weinreich-Jensen

### *Resumé*

Der er Folkemøde på Bornholm den 13.-16. juni. Sidste år var der ca. 750 registrerede arrangementer og tæt på 33.000 besøgende. Begge dele forventes at stige i år.

Danske Regioners telt vil igen i år stå på Cirkuspladsen, og det vil som noget nyt danne rammen for arrangementer, og give deltagerne mulighed for at møde de regionale politikere hver dag kl. 13-15.

Danske Regioner har taget initiativ til to store fælles regionale arrangementer, hvor hele bestyrelsen kan indgå i debatten. Derudover vil regionale politikere indgå i andre arrangementer, der dækker en bred vifte af regionernes arbejdsområder.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*  
*at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.*

---

### *Sagsfremstilling*

#### **Oplysninger om arrangementer**

Danske Regioner vil igen i år lave en særlig hjemmeside, der giver et overblik over vores aktiviteter på Folkemødet med blandt andet videoer og nyheder fra de regionale arrangementer.

Foråret igennem bliver der samarbejdet med unge bornholmere om at udarbejde Demokratiavisen. Den udkommer torsdag den 13. juni i et oplag på 2500 eksemplarer.

Aftaler om arrangementer for Danske Regioners politikere er ved at falde på plads, og de strækker sig fra arrangementer om turisme, til vækst, prioriteringer i sundhed, det intelligente velfærdshjem, psykiatri, miniborgertopmøde og meget mere. Det har været en bevidst strategi at samarbejde om så mange arrangementer som muligt, frem for at stå som enearrangør. I lighed med sidste år vil arrangementerne blive annonceret i dagspressen. Deadline for at tilmelde arrangementer er først den 13. maj, og mange er derfor først nu ved at falde ende-



---

ligt på plads. Af de enkelte arrangementer, hvor vi selv står som arrangør, er blandt andet følgende:

- Demokratiudvalget vil være vært ved et stort arrangement torsdag den 13. juni kl. 17-18.15, hvor Demokratiavisen lanceres. Derefter vil der være en generalprøve på det valgmøde, som regionerne vil holde på 100 uddannelsesinstitutioner til efteråret. Bestyrelsen er velkommen til at deltage i arrangementet og indgå i valgdebatterne.
- I samarbejde med Fonden Teknologirådet vil der blive afholdt et mini-borgertopmøde om sundhed fredag den 14. juni kl. ca. 13-15. Det er borgertopmødet fra 2011 i en kortere udgave – også her er bestyrelsen velkommen til at deltage.
- Sidste år blev der indledt et samarbejde med unge patienter fra fem forskellige unge-patientforeninger, og debatten fortsætter på dette års Folkemøde. Denne gang i regi af Danske Regioners Sundhedsudvalg, eventuelt Social og Psykiatriudvalget og KL.

På bestyrelsesmødet vil der blive omdelt en foreløbig liste over arrangementerne.

På bestyrelsesmødet vil der også være mulighed at melde sig på listen, når der er åbent for en snak mellem borgere og regionalpolitikere i Danske Regioners telt. Teltet er i år større end sidst og vil være indrettet med sofahjørne.

### **Den fælles regionale ramme**

Danske Regioners telt kan igen i år være et naturligt samlingssted for regionale politikere på vej til og fra andre møder. Der bliver i et vist omfang mulighed for at opbevare bagage, få forfriskninger og opladet mobiltelefoner. ”En af os”, Selskabet for patientsikkerheds kampagne ”Spørg løs”, og Sundhed.dk vil igen i år være til stede i og udenfor teltet.

### **Generelt**

Folkemødets sekretariat har meddelt at man forsøger at få lavet aftaler med forplejningsboder, så mulighederne for hurtig og god mad er til stede denne gang. Samtidig er der også taget flere nye initiativer, så transport og mobildækning i år vil fungere mere optimalt.



---

### **Praktiske oplysninger**

Bestyrelsesmødet holdes i Rønne torsdag 13. juni kl. 11-13 på Hotel Griffen. Folkemødet åbner kl. 15 i Allinge. Om aftenen vil der være middag for bestyrelsen kl. 20 også på Hotel Griffen i Rønne. Der vil blive sørget for budtransport til Allinge t/r. Flere oplysninger om de praktiske forhold i relation til overnatningssteder m.m. vil blive sendt til bestyrelsen senest sidst i maj.

---

### ***Bilag***

Ingen.





---

## 6. Danske Regioners EU-prioriteringer 2013, sagsnr. 12/1983

---

Asger Andreasen

### *Resumé*

Europapolitisk panel har gennemgået EU-Kommissionens arbejdsprogram for 2013 og indstiller til bestyrelsens godkendelse, at foreningen prioriterer en række EU-initiativer, der vurderes at være relevante for den regionale opgavevaretagelse og som understøtter Danske Regioners arbejde.

De væsentligste sager omhandler bl.a. partnerskab i forbindelse med forordningen om EU's strukturfonde, midler i Horizon 2020 - EU's program for forskning og udvikling, tærskelværdier i forhold til udbudsdirektivet, en større investering i sundhed, persondataforordningen og arbejdstidsdirektivet.

---

### *Indstilling*

*Europapolitisk panel indstiller,*

at bestyrelsen godkender Danske Regioners prioriteringer for foreningens indsats på EU-området for 2013.

---

### *Sagsfremstilling*

I EU-Kommissionens arbejdsprogram for 2013 er hovedvægten stadig lagt på at føre Europa 2020-strategien ud i praksis og dermed hjælpe EU ud af den økonomiske krise og skabe bæredygtig vækst og beskæftigelse. Arbejdsprogrammet indeholder en liste over initiativer, som Kommissionen forventer at fremlægge i 2013, samt initiativer der videreføres fra 2012. Kommissionen vil hvert år ajourføre arbejdsprogrammet for at opstille nye årlige strategiske mål og tilpasse de flerårige ordninger, hvor det er nødvendigt.

Europapolitisk panel har drøftet og udvalgt en række politiske initiativer fra EU-Kommissionens arbejdsprogram 2013 og foreslår at disse bliver prioriteret. Initiativerne skal ses i sammenhæng med Danske Regioners igangværende arbejde. En række af initiativerne forventes at blive behandlet i de politiske fora, som Danske Regioner er repræsenteret i, bl.a. EU's Regionsudvalg.

I takt med at EU-Kommissionen reviderer arbejdsprogrammet, kan det eventuelt blive nødvendigt at ændre og/eller tilføje nye prioriteringer og konkrete initiativer for det aktuelle år. Oversigten er således en ramme for de nye tiltag i foreningens indsats på EU-området, der ikke begrænser muligheden for behandling af andre sager, såfremt disse vurderes tilstrækkelig relevante.

---

## De væsentligste nye politiske initiativer i EU's arbejdsprogram 2013

### *Forordning vedr. implementering af strukturfondsprogrammerne*

Kommissionen vil fremsætte et forslag til forordning for implementeringen af programmerne, der finansieres af strukturfondene og samhørighedsfonden. Det er et led i den normale procedure, der leder op til en ny flerårig budgetperiode. I Danmark er der generelt et fint samarbejde mellem regionerne og Erhvervsstyrelsen i Silkeborg. Alligevel er der altid grund til at være opmærksom på lovgivning, der relaterer sig til implementering af strukturfondene.

### *Investering i sundhed*

Kommissionen har fremsat en meddelelse om investering i sundhed, som skaber vækst og højere beskæftigelse. Vejen ud af den økonomiske krise er ikke besparelser, men kloge investeringer, der kan sikre et bæredygtigt og effektivt sundhedsvæsen. Kommissionen nævner bl.a., at EU's medlemslande har haft for lidt fokus på forebyggelse, og der er derfor fokus på, at indsatsen for en sundere befolkning, f.eks. i form af sygdomsforebyggelse, kan tjene sig selv hjem igen, bl.a. fordi folk så er længere tid på arbejdsmarkedet. På denne måde passer Kommissionens meddelelse godt med Danske Regioner, f.eks. idéen om, at pengene skal bruges der, hvor man opnår bedre kvalitet, f.eks. på at undgå hospitalsindlæggelser og ved at bruge generiske lægemidler.

Kommissionen ønsker nu at nedsætte et tværsektorielt uafhængigt ekspertpanel, der skal yde rådgivning om effektive måder at investere i sundhed på.

### *Den flerårige finansielle ramme for 2014-2020*

EU's samlede budget for årrækken 2014-2020 vil påvirke en række af de sager, Danske Regioner har interesse i. Der er ca. 70 programmer, hvis budget skal forhandles på plads sideløbende med det endelige budget, og disse kan ikke forhandles på plads, før den flerårige finansielle ramme er det. Forskning og innovation under Horizon 2020 og samhørighedspolitikken er begge områder, der ikke kan fastsættes rammer for, før EU-budgettet ligger fast. Det forventes, at Europa-Parlamentet endeligt skal stemme i juni eller juli.

## De strategisk vigtige politiske initiativer der videreføres fra 2012

### *Partnerskabskontrakter med medlemsstaterne ned på regionalt niveau*

Der vil i 2013 blive fremsat et lovforslag om partnerskabskontrakter mellem EU-Kommissionen og hver enkelt medlemsstat, som skal fastlægge parternes forpligtelser på nationalt og regionalt niveau samt Kommissionens forpligtelser. Kontrakterne skal bindes sammen med målene i Europa2020-målene og de nationale reformprogrammer. Partnerskaberne skal med støtte fra strukturfon-



---

dene og politikken for udvikling i landdistrikter og maritim- og fiskeripolitikken tilvejebringe en helhedstilgang for territorial udvikling med mål, strategiske investeringer og en række nærmere vilkår. Partnerskabskontrakterne må forventes at få indvirkning på eksempelvis de regionale erhvervsudviklingsstrategier, hvorfor det er vigtigt for foreningen og regionerne at komme ind i fasen så tidligt som muligt. Der skal forhandles med hver enkelt medlemsstat omkring deres brug af strukturfondene de næste syv år, hvilket kan ses i lyset af det endelige budget for 2014-2020.

#### *Tærskelværdier i forbindelse med EU-lovgivningen om offentlige indkøbsaftaler*

Regionerne bruger som en stor offentlig virksomhed mange kræfter på at leve op til EU-lovgivningen om offentlige indkøb, og Danske Regioner arbejder både i nationalt og i EU-regi for at sikre så hensigtsmæssig en lovgivning på området som muligt. Kommissionen lægger op til en revision af udbudsdirektivet i forbindelse med tærskelværdierne, og desuden skal tærskelværdierne efterses hvert andet år, hvilket sker i 2013.

#### *Revision af arbejdstidsdirektivet*

EU's arbejdstidsdirektiv fastsætter allerede nu regler, der har betydning for de danske arbejdstidsregler. Det har særlig betydning for de yngre læger i forhold til vagtordninger, hviletid mv. Kommissionen bad i november 2011 de sociale parter på europæisk plan, om at indgå forhandlinger om et nyt direktiv. Her er Danske Regioner repræsenteret i den offentlige arbejdsgiverorganisation, CEEP. I januar 2013 meddelte parterne Kommissionen, at de ikke kunne nå til enighed om en ny aftale. Kommissionen overvejer nu næste skridt. Det kan være fremsættelse af et nyt forslag til revideret direktiv fra Kommissionen i løbet af 2013, men det kan også være, at det skubbes til en ny Kommission er på plads i efteråret 2014. Sekretariatet holder løbende øje med udviklingen.

#### *Persondataforordningen*

Revisionen af EU's persondataforordning kan få stor indflydelse på den måde, regionerne skal behandle personlige data på i forhold til i dag. Bl.a. kan den kliniske forskning komme i klemme i det forslag, der ligger fra Kommissionen. I forordningen er også lagt op til en lang række nye administrative byrder, såsom ansættelse af særlige persondataansvarlige i regionerne. Europa-Parlamentet er medlovgiver på forordningen. Europapolitisk panel foreslår, at Danske Regioner såvel politisk som på sekretariatsniveau arbejder for, at den endelige forordning bliver udformet, så den yder beskyttelse af persondata på højeste niveau, uden at blive en hindring for den danske kliniske forskning og



---

uden at indføre uforholdsvist nye store administrative og omkostningsmæssige byrder for regionerne.

*Revisionen af EU's udbudsregler*

Kommissionen kom med et forslag til revisionen af nuværende regler i december 2011. Lovgivningsarbejdet er nu i sidste fase, hvor Europa-Parlamentet som medlovgiver har startet forhandlingerne med Rådet (medlemsstaterne). Sekretariatet har allerede arbejdet aktivt i forhold til både ministerier og Europa-Parlamentet for at fremme Danske Regioners holdninger og interesser. Den sidste del af lovarbejdet vil blive fulgt nøje. Europa-Parlamentet og Rådet håber at kunne nå til enighed inden sommerferien.

---

***Sekretariatets bemærkninger***

Udover de ovenfor nævnte sager, hvoraf persondataforordningen og revisionen af EU's udbudsregler er sager, der ikke blev afsluttet sidste år, indeholder Kommissionens arbejdsprogram også en række sager, som Danske Regioner bør holde øje med, selvom de ikke umiddelbart vil blive genstand for intensiv interessevaretagelse. I det vedlagte bilag fremgår disse sager som "M"-sager (overvågning, på engelsk: monitoring). Endelig er der sager, som foreningen blot ser på med interesse – de såkaldte I-sager. Det bemærkes, at kategoriseringen er den samme, som Danske Regioners søsterorganisationer benytter sig af i EU-arbejdet, hvilket gør koordineringen og samarbejdet lettere.

Europapolitisk panel drøftede Kommissionens arbejdsprogram på sit møde den 6. marts.

---

***Bilag***

Oversigt over prioriterede EU sager 2013 til bestyrelsen (1072156).



---

## 7. Charter for brugerindflydelse, sagsnr. 13/412

---

Mette Holm Sørensen

### *Resumé*

Det Centrale Handicapråd har i samarbejde med flere centrale aktører, herunder Danske Regioner udviklet et charter om brugerindflydelse. Formålet med charteret er at hjælpe andre med i praksis at implementere brugerindflydelse for borgere med handicap. Det Centrale Handicapråd opfordrer derfor til, at Danske Regioner i lighed med andre interesserede tilslutter sig charteret – og vil derpå arbejde med formidling af charteret. Charteret bliver offentliggjort på en konference om medborgerskab den 13. maj 2013.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*  
*at bestyrelsen godkender sagen og tilslutter sig charteret.*

---

### *Sagsfremstilling*

Danske Regioner har som en af flere centrale aktører deltaget i et arbejde med at udvikle et charter om brugerindflydelse. Formålet med charteret er at hjælpe andre med at implementere brugerindflydelse for borgere med handicap. Brugerindflydelse er et emne, der i flere år har stået højt på dagsordenen hos mange aktører, og der bliver udviklet mange gode metoder og projekter. Men ofte bliver de ikke implementeret bredt bagefter. Derfor har Det Centrale Handicapråd ønsket at udforme et charter, som i praksis kan bidrage til at give brugere indflydelse. Charteret skal præsenteres på en konference om medborgerskab den 13. maj i år.

### **Seks enkle principper**

Charteret indeholder seks enkle principper. De skal være et redskab og en inspiration, som man kan spejle arbejdet med brugerindflydelse i på alle niveauer.

Principperne handler om:

- Tillid, respekt og lydhørhed mellem brugere og professionelle. Brugere skal kunne give udtryk for, hvad der er vigtigt, og professionelle skal modtage bidraget og inddrage det.
- Ansvar for brugerindflydelse. Brugerindflydelse er et fælles ansvar for både brugere og professionelle.



- 
- Brugerindflydelse i flere former. Brugerindflydelse kan gøres gældende personligt, via andre personer eller råd og organer. Professionelle skal sørge for, at dette sker på den måde brugeren ønsker.
  - Brugerindflydelse i hele forløbet. Dette indebærer, at de organisatoriske og institutionelle rammer kan udfordres.
  - Opfølgning. Professionelle skal løbende sikre opfølgning af, om brugers indflydelse inddrages i arbejdet.
  - Spredning af budskabet om brugerindflydelse. Erfaringer med indflydelse skal udbredes mellem brugere og professionelle.

Samlet set har principperne fokus på, hvordan henholdsvis brugere og professionelle har ansvar for at sikre, at brugernes indflydelse bliver gjort gældende og udbredt.

### **Tilslutning**

Det Central Handicapråd opfordrer til, at Danske Regioner i lighed med andre interesserede tilslutter sig charteret.

Charteret bliver offentliggjort på en konference om medborgerskab den 13. maj 2013. Derefter vil rådet arbejdet med at formidle og udbrede charteret.

---

### **Bilag**

Charter for brugerindflydelse.doc (1071410).



---

## 8. Indspil til Vækstteam for IKT og Digital Vækst, sagsnr. 13/463

---

Anne Sofie Sørensen

### *Resumé*

Regeringens sidste vækstteam – Vækstteamet for Informations- og Kommunikationsteknologi (IKT) og Digital Vækst – skal aflevere sine anbefalinger til regeringen i september. Det foreslås, at Danske Regioner leverer et indspil med fokus på temaerne sundhedsteknologi og digitalisering, intelligent offentlig efterspørgsel, IKT og digitalisering som udgangspunkt for regionale erhvervs-mæssige styrkepositioner samt vækstforuminvesteringer i nye kompetencer og uddannelse inden for IKT og digitalisering.

---

### *Indstilling*

Udvalget for Regional Udvikling indstiller, at bestyrelsen godkender, at der udarbejdes indspil til Vækstteam for IKT og Digital Vækst med udgangspunkt i temaerne 1. Sundhedsteknologi og digitalisering, 2. Intelligent offentlig efterspørgsel, 3. IKT og digitalisering som udgangspunkt for smart specialisering samt 4. Vækstforuminvesteringer i nye IKT-kompetencer.

---

### *Sagsfremstilling*

Regeringen har som led i en ny erhvervs- og vækstpolitik nedsat i alt otte vækstteams, der skal efterse vækstvilkårene på områder, hvor dansk erhvervs-liv har særlige styrker og potentialer. Danske Regioner har på den baggrund spillet ind med anbefalinger og eksempler fra regionerne til foreløbigt seks af disse vækstteams.

Som det seneste og sidste vækstteam har regeringen nedsat vækstteamet for IKT og Digital Vækst. Vækstteamet holder sit sidste møde den 1. juli 2013, hvorefter vækstteamet vil overdrage sine anbefalinger til regeringen primo september.

### *Fokus for vækstteamet*

Afsættet for arbejdet er, at Danmark har et godt forretningsmæssigt udgangspunkt i form af en høj IKT-forståelse, en unik digital infrastruktur, omfattende offentlig it-anvendelse og et godt uddannelsesgrundlag. Ligeledes tegner der sig en række danske styrkepositioner inden for f.eks. velfærdsteknologi, finans-it, teleteknologi, trådløs og mobilteknologi, lyd og akustik, hvor danske virksomheder er godt placerede på det internationale marked.



---

En række udfordringer bør dog imødegås, hvis dansk økonomi skal drage fuld nytte af det digitale potentiale. Bl.a. skal flere virksomheder øge deres digitalisering, der er behov for flere specialiserede IT-kompetencer, og vi skal have styrket samspillet mellem erhvervsliv og forskning. Vækstteamet skal altså både beskæftige sig med, hvordan vi øger væksten inden for IKT-erhvervene, og hvordan vi skaber øget vækst ved at øge anvendelsen af IKT i øvrige erhverv.

Debatoplægget til det første dialogmøde i vækstteamet kan læses [her](#).

### *Indspil fra Danske Regioner*

Et indspil til vækstteamet kan tage udgangspunkt i Danske Regioners eksisterende politikker og strategier og fokusere på en række temaer, som gennemgås herunder. Bestyrelsen vil få indspillet til endelig godkendelse på mødet den 13. juni 2013.

#### *1. Sundhedsteknologi og digitalisering*

##### *1.1 Telemedicin*

Hovedbudskabet i dette afsnit vil være, at regionerne i disse år satser stort på udbredelsen af telemedicinske løsninger. Bl.a. med fire nye RSI-pejlemærker inden for telemedicin og flere storskala-initiativer; TeleCare Nord, Telemedicinsk sårvurdering og Klinisk Integreret Hjemmemonitorering (KIH-projektet).

Forventningen i regionerne er, at telemedicin rummer store potentialer, både hvad angår øget kvalitet, større patienttilfredshed og effektivitet og deraf økonomiske gevinster. Samtidig rummer det telemedicinske område en interessant og relevant erhvervsvinkel. Bl.a. ved offentligt-privat samarbejde i udviklingen af telemedicinske løsninger, mulig udlicitering af opgaver vedrørende levering af udstyr til patienter mv.

En række forudsætninger skal være til stede for at udnytte det fulde potentiale ved telemedicinske løsninger. Herunder tekniske standarder, tilstrækkelig bredbånds- og mobildækning, nye samarbejdsmodeller på tværs af sektorer, national infrastruktur og juridisk afklaring i forhold til opsamling og anvendelse af data i forbindelse med telemedicinsk hjemmemonitorering mv.

Afsnittet om telemedicin vil bl.a. tage udgangspunkt i følgende eksisterende politikker:

- Regionernes strategi for telemedicin (2011)
- Regionernes strategi for it-understøttet patient empowerment (2011)
- Regionernes fælles strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2019





- 
- Relevante RSI-pejlemærker for 2013-2016.

### *1.2 Sporing og logistik*

Afsnittet om sporing og logistik vil vise, hvordan sygehusene hver dag håndterer store mængder af varer, udstyr, materiel og andre forsyninger, som indgår i driften. Et optimalt vare- og informationsflow kan frigøre hænder, mindske spild og optimere pladsudnyttelsen. Der er derfor betydelige gevinster ved at optimere logistikfunktionerne i og omkring sygehusene. Det er samtidig en opgave, som kræver understøttelse i form af intelligente IT-løsninger. Øget anvendelse af IT-understøttet automatisering vil også kunne frigøre mere tid til løsning af sygehusenes kerneopgave: Patientbehandling.

Regionerne ønsker også at fremme brugen af sporing i hele logistikkæden. Sporing af varer og udstyr kan give bedre lagerstyring, overblik over forbrug, mindre spild og øge patientsikkerheden. Implementeringen af alle sporingsprojekter baseres på internationale GS1-standarder. I forbindelse med en intensiveret indsats på sporingsområdet vil regionerne blandt andet indgå i samarbejde med leverandørerne om mærkning af varer og produkter.

Afsnittet om logistik og sporing vil blandt andet tage udgangspunkt i:

- Regionernes mål for indkøb og logistik i 2015
- Sund vækst – regionernes erhvervssamarbejde på sundhedsområdet (2013)
- Projekt for samarbejde med GS1 om sporing

### *1.3 IT-løsninger til håndtering af sundhedsdata*

I Danske Regioners oplæg om Digital Velfærd (2013) og Sund Vækst (2013) beskrives den styrke, som Danmark har i sine sundhedsdata og registre af høj kvalitet. Det er vigtigt, at alle, der har glæde af disse indsamlede data, også kan få adgang til dem. Derfor kan indspillet på dette felt anbefale, at f.eks. forskere og private virksomheder i videst muligt omfang kan få adgang til og bruge relevante data. Dette vil styrke sundhedsforskningen og sundhedsindustrien. Det skal selvfølgelig ske under kontrol med, at personfølsomme data behandles forsvarligt og i overensstemmelse med lovgivningen.

### *1.4 Sygehusbyggerier*

Regionerne arbejder i sygehusbyggerierne intenst med at identificere og udvikle nye it-understøttede løsninger, der skal være med til at sikre en bedre og mere effektiv sygehusdrift i de nye sygehuse. Det drejer sig f.eks. om nye it-støttede løsninger, der styrker patientinddragelsen, giver mere sammenhængende patientforløb eller gør det nemt at finde vej på det nye sygehus. Nye lo-



---

gistikløsninger f.eks. i vareforsyningskæden skal også it-understøttes for, at den fulde effektiviseringsgevinst kan høstes.

Afsnittet vil tage udgangspunkt i de fælles projekter, som regionerne arbejder sammen om i regi af projekt om videndeling, der handler om nye it-løsninger i sygehusdrift eller it-understøttende elementer, f.eks. i nye automatiserede løsninger.

### *2. Intelligent offentlig efterspørgsel*

I forbindelse med regionernes strategi for indkøb og logistik frem mod 2015, vil regionerne fortsat arbejde med at skabe bedre rammer for samhandlen med det private erhvervsliv. Regionerne vil blandt andet arbejde for at forenkle reglerne på udbudsområdet for at lette de administrative byrder og smidiggøre samarbejdet mellem regioner og virksomheder. Regionerne vil desuden smidiggøre samhandlen ved at optimere egne IT-systemer og anvende fælles klassificeringer og standarder gennem implementering af fuld elektronisk handel. Regionerne vil samtidig arbejde videre med brugen af totalomkostningsprincipper i udbud samt benytte alternative udbudsformer som funktionsudbud, hvor det er relevant.

Afsnittet om logistik og sporing vil blandt andet tage udgangspunkt i følgende eksisterende oplæg:

- Regionernes mål for indkøb og logistik i 2015
- Sund vækst – regionernes erhvervsamarbejde på sundhedsområdet (2013)

### *3. IKT og digitalisering som udgangspunkt for smart specialisering og regionale erhvervsmæssige styrkepositioner*

EU-Kommissionen anbefaler, at medlemsstater og regioner benytter sig af ”smart specialisering” i arbejdet med vækst og innovation. Det indebærer, at der investeres fokuseret i en geografisk, vidensbaseret erhvervsudvikling, der bl.a. er understøttet af IKT-relaterede indsatser.

IKT kan både bruges til at automatisere og effektivisere i virksomhederne og som innovativ drivkraft i forhold til udviklingen af nye produkter og services og til løsning af samfundsmæssige behov. IKT-virksomheder udgør altså et vigtigt erhverv i sig selv og kan samtidig understøtte udvikling i andre klynger og brancher. I mange af de danske regioner er der IKT-forskning i verdensklasse, innovative små og store virksomheder, en stor pulje af højtuddannet arbejdskraft på IKT-området og en god tradition for samarbejde mellem forsk-



---

ning, erhvervsliv og brugere. Det er et godt grundlag for at satse på regionale IKT-baserede styrkepositioner.

Afsnittet vil derfor beskrive, hvorledes regionerne understøtter regionale erhvervsmæssige styrkepositioner gennem IKT og satser på IKT som innovativ udviklingskraft i virksomhederne. Ligeledes vil også IKT som en forudsætning for at skabe vækst i turismen indgå i afsnittet.

#### *4. Vækstforuminvesteringer i nye kompetencer og uddannelse inden for IKT og digitalisering*

Regionsråd og vækstfora investerer med blandt andet EU's Socialfondsmidler i at løfte uddannelsesniveaet blandt voksne og unge for at sikre, at kompetencerne matcher erhvervslivets behov. I afsnittet gives der eksempler på, hvordan de regionale investeringer i at fremme brug af informations- og kommunikationsteknologi i uddannelserne bidrager til, at flere unge og voksne får en ungdomsuddannelse, samt at medarbejderne i erhvervslivet opnår IKT-kompetencer, der kan styrke virksomhedernes innovations- og effektiviseringsgrad.

---

#### ***Sekretariatets bemærkninger***

Sagen er behandlet i Udvalget for Regional Udvikling den 3. maj 2013.

---

#### ***Bilag***

Ingen.





---

## 9. Samarbejde om Miljøteknologiske fyrtårnsprojekter , sagsnr. 12/1588

---

Ole Ravnholt Sørensen

### *Resumé*

Miljøministeren og Danske Regioners formandskab blev i november 2012 enige om, at regionerne og Miljøministeriet i fællesskab identificerer ca. fire såkaldte Miljøteknologiske fyrtårnsprojekter, der dels imødekommer miljømæssige udfordringer og dels understøtter erhvervsudvikling og vækst i Danmark. Dette kan bl.a. ske med udgangspunkt i vækstforas prioriterede indsatsområder eller med afsæt i hospitalernes almindelige drift/virksomhed og regionernes opgaver på jordforureningsområdet. Det er målet, at Miljøministeriet og regionerne i løbet af sensommeren igangsætter de fire Miljøteknologiske fyrtårnsprojekter.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*

at bestyrelsen godkender, at Danske Regioner sammen med regionerne og Miljøstyrelsen går videre med samarbejdet omkring miljøteknologiske fyrtårnsprojekter.

---

### *Sagsfremstilling*

Miljøministeren modtog i efteråret 2012 Danske Regioners indspil til regeringens vækstteam vedrørende *Vand, bio og andre miljøløsninger*. Indspillet beskriver bl.a., hvordan regionerne arbejder inden for dette felt.

På baggrund af indspillet inviterede miljøministeren Danske Regioners formandskab til et møde i slutningen af november 2012. Her drøftede de mulighederne for tættere samarbejder mellem staten og regionerne på det miljøteknologiske område.

Bl.a. ønskede ministeren at fremme større grønne fyrtårnsprojekter inden for det miljøteknologiske område. Det vil sige udvikling, test og afprøvning af nye miljøteknologiske løsninger, hvor Miljøministeriet har mulighed for at bidrage økonomisk via bl.a. Program for Grøn Miljøteknologi.

På mødet var der enighed om, at regionerne og Miljøministeriet i fællesskab identificerer ca. fire Miljøteknologiske fyrtårnsprojekter, der dels imødekommer miljømæssige udfordringer og dels understøtter erhvervsudvikling og vækst i Danmark. Projekterne skulle gerne kunne igangsættes i løbet af 2013.



---

Med fyrtårsprojekter menes større samarbejdsprojekter mellem regionerne, staten og virksomheder, hvor ny miljøteknologi afprøves, eksempelvis i forbindelse med et anlægsprojekt eller som led i driften. Ligeledes skal der være tale om aktiviteter, der både fokuserer på udvikling, modning og test af nye miljøforbedrende teknologier, som samtidigt rummer et stort erhvervs- og eksportpotentiale.

Regionerne, Miljøministeriet/Miljøstyrelsen og Danske Regioner har siden november 2012 identificeret en række områder, hvor staten og regionerne fremadrettet kan arbejde tættere sammen. Samarbejdet vedrørende Miljøteknologiske fyrtårsprojekter kan med fordel ske inden for følgende temaer/spor:

1. Grønne hospitaler
2. Jordforurening
3. Affaldsbehandling/sorteringsanlæg
4. Miljøforbedringer på offentlige færger

Hvert spor/tema kan indeholde flere delaktiviteter. Gennem Grønne hospitaler lægges der f.eks. op til, at man på konkrete matrikler afprøver, hvordan der kan ske en bedre genanvendelse og sortering af de store affaldsmængder, sygehuse dagligt producerer. Dertil kommer, hvordan f.eks. sygehusenes vandforbrug kan effektiviseres, madspildet reduceres, grønne indkøb styrkes osv. Erfaringerne herfra vil blive delt med andre sygehuse og regioner.

Miljøstyrelsen har tilkendegivet, at styrelsen/ministeriet i regi af Program for Grøn Teknologi i 2013 kan afsætte i alt ca. 20-30 millioner kroner til at medfinansiere de ca. 3-4 fyrtårsprojekter, som styrelsen og regionerne i fællesskab måtte blive enige om at gå videre med. (Midlerne skal ikke være brugt, men blot disponeret i 2013). Midlerne fra Miljøministeriet matches med regionale midler – enten som kontante midler eller in-kind-ydelser (dvs. arbejdstimer) og med medfinansiering fra deltagende virksomheder.

Tættere samarbejder om udvikling, test og afprøvning af nye miljøløsninger er højt prioriteret af både Miljøministeriet og regionerne. Regionerne og Danske Regioner er derfor på vej til at etablere et partnerskab med Miljøministeriet herom. Partnerskabet vil bygge på de fire områder ovenfor.

---

**Bilag**  
Ingen.



---

## 10. Høringsvar vedr. evaluering af lov om trafikselskaber, sagsnr. 13/562

---

Uffe Nielsen

### *Resumé*

Transportministeriet har foretaget en evaluering af lov om trafikselskaber og sendt den i høring med frist 31. maj 2013. Fokus er hovedsageligt på Hovedstadsområdet, hvor der bl.a. er lagt op til en styrket rolle for Region Hovedstaden og Region Sjælland i den kollektive busstrafik via en revideret finansieringsmodel for Movia. Men der er også en række anbefalinger med relevans for hele landet.

Evalueringen flugter generelt godt med de anbefalinger Danske Regioner tidligere har fremlagt.

---

### *Indstilling*

*Udvalget for Regional Udvikling indstiller,*

at bestyrelsen godkender udkast til Danske Regioners høringsvar med tilføjelse af, at de åbne skoleruter stadig er en del af det samlede rutenet og bør medtages i rejseplanen, og med tydeliggørelse af at trafikselskabernes overtagelse af stoppestederne vil medføre regionale udgifter (efter reglerne vil de øgede udgifter blive DUT-kompenseret).

---

### *Sagsfremstilling*

Transportministeren har offentliggjort den længe ventede evaluering af lov om trafikselskaber. Fokus er hovedsageligt på Hovedstadsområdet – men der er også en række anbefalinger med relevans for hele landet.

Flere af de væsentligste anbefalinger ligger tæt op ad regionernes ønsker – der er bl.a. lagt op til en styrket rolle for Region Hovedstaden og Region Sjælland i den kollektive busstrafik via en revideret finansieringsmodel for Movia. Meningen er, at trafikselskabernes administrationsomkostninger skal fordeles som i resten af landet – og de midler regionerne får frigjort, anvendes til, at Region Hovedstaden og Region Sjælland køber mere busstrafik af regional karakter.

Evalueringen kritiserer samtidig manglen på sammenhæng i den kollektive trafik i hovedstadsområdet. Der lægges derfor i evalueringen op til en stærkere integration af særligt de kundevedtede aktiviteter i samarbejdet mellem Movia, DSB og Metro – svarende til en ”lille” paraplymodel for den kollektive trafik i hovedstadsområdet. Region Hovedstaden har tidligere til Trængselskommissionen udtrykt ønske om en stærkere integration end den skitserede model, herunder stærkere politisk forankring.



---

Uden for Hovedstadsområdet anbefaler evalueringen, at kommuner, region og trafikselskab i fællesskab udarbejder et strategisk grundlag, der som minimum fastlægger overordnede principper for rutenettet, ansvarsfordeling for ruter og et flerårigt budget. Dette svarer til, hvad Danske Regioner tidligere har anbefalet.

Evalueringen indeholder en række anbefalinger også på øvrige områder. Disse omhandler bl.a.

- Fælles kontoplan for trafikselskaberne
- Samarbejdet med statens togoperatører
- Placering af ansvar for stoppesteder i trafikselskaberne
- Mulighed for at almindelige passagerer kan køre med skolebussen
- Mulighed for at melde sig ud af trafikselskabet
- Fjernelse af tilladelseskrav til speciel rutekørsel

For en uddybning af disse emner, se udkast til høringssvar.

Fakta om høringen kan findes på link:

<https://bdkv2.borger.dk/Lovgivning/Hoeringsportalen/Sider/Fakta.aspx?hpid=2146004391>

---

### ***Sekretariatets bemærkninger***

Høringssvaret er behandlet i Udvalg for Regional Udvikling den 3. maj 2013.

---

### ***Bilag***

Høringssvar - evaluering af lov om trafikselskaber (1068864).





---

## 11. Rapport om forslag til regulering af sundhedspersoners samarbejde med lægemiddel- og medicovirksomheder, sagsnr. 12/88

---

Lisbeth Simper Elm-  
strøm

### *Resumé*

Der foreligger nu en foreløbig rapport fra arbejdsgruppen vedr. sundhedspersoners tilknytning til lægemiddel- og medicovirksomheder. Rapporten kommer med forslag til den fremtidige regulering af sundhedspersoners samarbejde med virksomhederne, fx krav til ansøgning om tilladelse hos Sundhedsstyrelsen og offentliggørelse af samarbejdet. Rapporten har været sendt i høring, og sekretariatet har på baggrund af tilbagemeldinger fra regionerne samt behandling i Sundhedsudvalget og Udvalget for Sundhedsinnovation og Erhvervssamarbejde udarbejdet høringssvar. Danske Regioner kan som udgangspunkt bakke op om anbefalingerne i rapporten, men har også nogle konkrete bemærkninger til dele af rapporten, der bl.a. går på vigtigheden af at sikre incitamenterne for sundhedspersoner til at forske og udvikle nye lægemidler og teknologi.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*

*at høringssvaret med de foreslåede ændringer fra udvalgene godkendes.*

---

### *Sagsfremstilling*

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har sendt rapporten "Forslag til regulering af sundhedspersoners samarbejde med lægemiddel- og medicovirksomheder" i høring. Rapporten er udarbejdet af en arbejdsgruppe i regi af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse med deltagelse af bl.a. Danske Regioner, Lægeforeningen, Lægemiddelindustriforeningen, Forbrugerrådet og Danske Patienter.

Danske Regioner har til brug for høringssvaret indhentet bemærkninger fra regionerne. Der er i høringssvaret taget forbehold for efterfølgende politisk behandling i Danske Regioners politiske fora.

Høringssvaret har været behandlet i Sundhedsudvalget samt Udvalget for Sundhedsinnovation og Erhvervssamarbejde. De to udvalg havde følgende bemærkninger, som er indarbejdet i det høringssvar, bestyrelsen får til godkendelse:



- 
- Udvalget for Sundhedsinnovation og Erhvervssamarbejde bemærkede, at det i høringssvaret bør adresseres, at der kan være uhensigtsmæssigheder forbundet med en øvre grænse på 300.000 kroner for sundhedspersoners erhvervelse af aktier og anparter i lægemiddel- og medicovirksomheder. En sådan grænse kan mindske incitamentet for iværksættere med sundhedsfaglig baggrund til at udvikle, opbygge og eje egen virksomhed.
  - Sundhedsudvalget ønskede afsnittet på side 1 om sundhedspersoners incitamenter til at drive klinisk forskning omskrevet. Her er udelukkende tale om en sproglig – ikke indholdsmæssig – rettelse.

### **Rapportens anbefalinger**

Arbejdsgruppens arbejde har taget udgangspunkt i følgende to grundlæggende målsætninger om faglighed og uvildighed:

For det første, at patienterne skal sikres en optimal faglig behandling i sundhedsvæsenet. For at opfylde den målsætning skal der være et samarbejde mellem industri og de sundhedspersoner, der varetager indkøb og valg af lægemidler. Det handler om, at udveksling af viden og erfaring er med til at fremme udviklingen af de bedste produkter og den optimale brug af dem.

For det andet, at patienterne skal sikres en uvildig behandling i sundhedsvæsenet. Det vil sige, at de personer, der varetager indkøb og valg af lægemidler og medicinsk udstyr, skal være objektive i forhold til industriinteresser. Det handler også om, at patienterne skal kunne have tillid til sundhedsvæsenet.

Det betyder, at den foreslåede regulering af samarbejdet skal tilstræbe en balance, hvor det nødvendige faglige samarbejde tillades – samtidig med at samarbejdet ikke påvirker uvildigheden.

Hovedelementerne i rapportens anbefalinger er følgende:

- Det foreslås at indføre samme regulering for samarbejdet med lægemiddelvirksomheder og medicovirksomheder (i dag gælder reglerne kun lægemiddelvirksomhederne).
- Den foreslåede regulering skal gælde for læger, tandlæger, apotekere og sygeplejersker (sidstnævnte dog kun i forhold til medicinsk udstyr). Danske Regioner har herudover med opbakning fra dele af arbejds-

---

gruppen foreslået, at også kliniske farmaceuter på sygehuse og i praksis omfattes af reglerne.

- Der foreslås en udvidet åbenhed og offentliggørelse af sundhedspersoners tilknytning til lægemiddel- og medicovirksomheder, herunder også sundhedspersoners indtjening og virksomheders sponsorering af faglige aktiviteter i udlandet.
- I dag skal sundhedspersoner i princippet søge om tilladelse til al tilknytning til lægemiddelvirksomheder. Disse regler foreslås reformeret, således at der fortsat skal søges om tilladelse til visse aktiviteter, eksempelvis rådgivning af virksomheder (deltagelse i advisory boards), mens det er nok at registrere andre former for tilknytning, fx forskning og undervisning.
- Vedr. sundhedspersoners aktiebesiddelser i lægemiddel- og medicovirksomheder anbefaler arbejdsgruppen, at aktiver mv. op til 300.000 kroner registreres, og at erhvervelser over 300.000 kroner ikke tillades.
- Det foreslås, at de nye regler gennemføres i en 3-årig forsøgsperiode, og at ordningen følges og evalueres af en Task Force.

### **Danske Regioners hørings svar**

I hørings svaret bemærker Danske Regioner, at man kan bakke op om rapportens anbefalinger, og at det samtidig er afgørende, at der ikke skabes unødige hindringer for den kliniske forskning. Danske Regioner bakker op om, at reglerne i første omgang skal gælde i en 3-årig forsøgsperiode.

I forhold til den foreslåede registrerings- og tilladelsesordning har Danske Regioner nogle konkrete bemærkninger, der skal lette implementeringen af de nye regler, eksempelvis at det konkret defineres, hvilke aktiviteter der skal registreres, og hvilke der kræver en ansøgning til Sundhedsstyrelsen.

Endvidere bemærkes det i hørings svaret, at den foreslåede registreringsordning for forskningssamarbejder anses for overflødig, da samarbejderne allerede i dag registreres af virksomhederne til Sundhedsstyrelsen. Endvidere er der pligt til at anmelde og søge om tilladelse til projekterne til andre myndigheder, herunder Videnskabetisk Komité og Sundhedsstyrelsen (lægemiddelforsøg).



---

Danske Regioner peger desuden på, at der på et senere tidspunkt kan være behov for at revurdere, hvilke faggrupper der skal omfattes af registrerings- og tilknytningsordningen.

For så vidt angår offentlige udbud og dertil hørende brugergrupper foreslår Danske Regioner, at disse undtages fra kravene om offentliggørelse. Udbudsprocesserne vil i mange tilfælde blive sinket grundet bl.a. ressourcetrækket, såfremt forslaget om offentliggørelse heraf forfølges.

I relation til anbefalingen om, at der ikke skal oplyses konkrete beløbsstørrelser, når det drejer sig om økonomisk støtte til faglige aktiviteter og repræsentation afholdt i udlandet, gøres der i høringssvaret opmærksom på, at det kan have den effekt, at der sker en "aktivitetsglidning" til andre lande, hvis der gælder en mindre streng oplysningspligt for arrangementer afholdt i udlandet.

#### **Videre proces**

Efter endt høringsproces vil arbejdsgruppen udarbejde en endelig rapport, som afgives til ministeren for sundhed og forebyggelse i foråret 2013. Rapporten vil herefter blive drøftet med Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg med henblik på den videre udmøntning af en fremtidig regulering af samarbejdet på området.

Fakta om høringen kan findes på link:

<https://bdkv2.borger.dk/Lovgivning/Hoeringsportalen/Sider/Fakta.aspx?hpid=2146004315>

---

#### ***Sekretariatets bemærkninger***

Rapporten blev behandlet i Sundhedsudvalget den 25. april 2013 og i Udvalget for Sundhedsinnovation og Erhvervssamarbejde den 12. april 2013.

---

#### ***Bilag***

Høringssvar Danske Regioner.pdf (1071313).



---

## 12. Danske Regioners arbejde med ligestilling, sagsnr. 13/818

---

Jane Marianne Ravn

### *Resumé*

Efter ønske fra Poul-Erik Svendsen redegøres for Danske Regioner og regionernes arbejde med ligestillingslovens § 4 på baggrund af en opfordring til at bistå regionerne i deres bestræbelser på at leve op til loven. Sagen har været drøftet i Løn- og Personalepolitisk Udvalg.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*  
*at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.*

---

### *Sagsfremstilling*

I henvendelsen fra den socialdemokratiske gruppe i Region Syddanmark, opfordres Danske Regioner til at sætte ligestillingslovens § 4 på dagsordenen med henblik på at bistå de enkelte regioner i deres bestræbelser på at leve op til loven.

Der henvises til, at COK, Center for Offentlig Kompetenceudvikling, ikke udbyder kurser eller seminarer til politikere eller embedsfolk i at medtænke ligestillingsaspektet i planlægning og forvaltning, hvilket ellers kunne være en måde at opnå de fornødne kompetencer på.

Der henvises herudover til, at der mangler materiale om emnet på Danske Regioners hjemmeside.

Formålet med at bringe dagsordenen op skal være dels at "vække" COK, dels at opnå en bedre service af regionerne i forhold til temaet fra Danske Regioners side, også i lyset af, at regionerne til efteråret på ny skal udarbejde en ligestillingsredegørelse.

Henvendelsen har været drøftet i Løn- og Personalepolitisk Udvalg på møde den 25. april 2013.

Løn- og Personalepolitisk Udvalg drøftede, med udgangspunkt i gennemgangen nedenfor, at regionernes arbejde med ligestilling fungerer hensigtsmæssigt med udgangspunkt i den enkelte region, og at den igangværende indsats vidner om en udvikling. Danske Regioners bistand vurderes i den forbindelse at være tilstrækkelig.



Løn- og Personalepolitisk Udvalg konkluderede på den baggrund, at der ikke var behov for nye initiativer i forhold til at bistå regionerne i deres arbejde med ligestilling.

Løn- og Personalepolitisk Udvalg lagde dog op til, at Danske Regioner på hjemmesiden i højere grad kan synliggøre og samle høringsvar, udvalgsarbejde og projekter relateret til ligestilling samt linke til relevante hjemmesider indenfor området.

I forhold til COK, drøftede udvalget, at Danske Regioner ikke er medlem af COK og derfor ikke har direkte indflydelse på de udbudte aktiviteter, som vil være bestemt af den konkrete efterspørgsel. COK er ejet af KL og COK's medlemmer er kommuner, der er medlem af KL.

I vedlagte notat redegøres for ligestillingsloven og arbejdet med ligestilling i regionerne og i Danske Regioner.

---

### ***Bilag***

Ligestillingsloven og arbejdet med ligestilling i regionerne og i Danske Regioner (1071676).



---

### 13. VækstplanDK, sagsnr. 09/1500

---

Anja Solak Storgaard

#### *Resumé*

Vækstplan DK indeholder aftaleparternes initiativer til at forbedre rammerne for vækst og beskæftigelse i Danmark frem mod år 2020. Af relevans for regionerne er særligt aftalerne om Forøgelse af planlagt niveau for offentlige investeringer, Mere og bedre voksen- og efteruddannelse, Forbedringer for virksomheders vilkår, En styrket indsats i de danske yderområder samt om Vækst- og eksportfremme. Finansieringen sikres bl.a. ved nedjustering af væksten i det offentlige forbrug.

---

#### *Indstilling*

*Det indstilles,*  
*at orienteringen tages til efterretning.*

---

#### *Sagsfremstilling*

Regeringen har indgået aftalen "Vækstplan DK", der har til hensigt at forbedre rammerne for vækst og beskæftigelse i Danmark. Aftalen indeholder initiativer for i alt mere end 75 milliarder kroner til at skabe vækst og arbejdspladser frem til 2020. Forventningen er at skabe 150.000 arbejdspladser i perioden. Første delaftale er indgået med Venstre, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti, mens anden delaftale er indgået med Venstre, Det Konservative Folkeparti og Liberal Alliance.

Af relevans for regionerne er særligt aftalerne om

1. Mere og bedre voksen- og efteruddannelse (del 1)
2. Forbedringer af virksomheders vilkår (del 1)
3. En styrket indsats i de danske yderområder (del 1)
4. Forøgelse af det planlagte niveau for offentlige investeringer (del 2)
5. Vækst- og eksportfremme (del 2)

Derudover er aftalt diverse afgifts- og skattelettelser (bl.a. vedr. energi og affald), bedre adgang til finansiering for små- og mellemstore virksomheder, en ramme til lempelser for erhvervslivet, en indsats mod grænsehandel samt gennemførelse af boligjobordningen.

Finansieringen sikres bl.a. ved at fastsætte udgiftslofter i henhold til budgetloven, der reducerer væksten i det offentlige forbrug for i alt 1,9 milliarder kroner



---

i 2014 stigende til 4,3 milliarder kroner i 2020. En regulering af de offentlige lønninger som følge af lønudviklingen på det private arbejdsmarked frigør 1,5 milliarder kroner årligt. Endelig er aftalt en SU- og kontanthjælpsreform for i alt 3,4 milliarder kroner.

Ad 1) Mere og bedre voksen- og efteruddannelse

Aftaleparterne er enige om at afsætte en *i alt en milliard kroner i perioden 2014-2017 til at styrke voksen- og efteruddannelse*. Den konkrete udmøntning aftales blandt aftaleparterne med udgangspunkt i anbefalinger, der skal udarbejdes i et udvalg med arbejdsmarkedets parter og regeringen. Initiativet skal bidrage til at vedligeholde og videreudvikle medarbejdernes kompetencer som et element i at fastholde produktion og arbejdspladser i Danmark, overvejende ved at styrke løftet fra ufaglært til faglært og fra faglært til videregående uddannelse.

Ad 2) Forbedringer af virksomheders vilkår

*Momsfradraget for virksomheders hotellovernatninger i Danmark øges fra 50-75 procent*. Frem til i dag har virksomheder kun kunnet løfte 50 procent af momsudgifterne af i forbindelse med køb af hotel- eller conferenceydelse. For arrangementer afholdt i udlandet er der adgang til at afløfte moms med 100 procent. Det placerer danske hoteller og conferencecentre i en dårlig konkurrencesituation sammenlignet med f.eks. Tyskland og Sverige. For en dansk virksomhed kan det ofte være billigere at placere en konference, et seminar mv. syd for grænsen eller på den anden side af Øresund. Lempelsen udgør 220 millioner kroner fra 2014 og frem.

Endvidere forhøjes *skattekreditten fra 2015 for forsknings- og udviklingsaktiviteter* i virksomhederne. Virksomhederne får derved bedre muligheder for at gennemføre aktiviteter relateret til forskning og udvikling. Hensigten er at understøtte vækst og innovation. Lempelsen udgør 300 millioner kroner i 2015 faldende til 170 millioner kroner i 2020.

Ad 3) En styrket indsats i de danske yderområder

*Bredbåndsudrulning på Bornholm skal forbedres for i alt 60 millioner kroner*. En god digital infrastruktur er et fundament for blandt andet erhvervsudvikling, bosættelse, velfærdsteknologi og undervisning. Flere områder i Danmark oplever både dårlig mobildækning og begrænset adgang til bredbånd. Derfor samarbejder regionerne med teleselskaberne og Erhvervsstyrelsen om at sikre bedre dækning i hele landet.





---

*Indsatsen for nedrivning og istandsættelse af dårligt vedligeholdte boliger på landet styrkes* for i alt 400 millioner kroner i 2014 og 2015. Målet er at sikre bedre muligheder for at løse problemer med faldefærdige huse, der skæmmer udviklingen i landdistrikterne, og at bidrage til en helhedsorienteret og fremadrettet indsats.

Der afsættes 100 millioner kroner i 2014 og 2015 til at *styrke indsatsen for kystbeskyttelse og oprensning* ved den jyske vestkyst. Aftaleparterne vil hermed understøtte arbejdet med at forebygge oversvømmelser og nedstyrtning af huse.

Ad 4) Forøgelse af det planlagte niveau for offentlige investeringer

De offentlige investeringer øges med 2 milliarder kroner i 2014 stigende, så der i 2020 er tale om en forøgelse på 4 mia. kr. Det samlede investeringsniveau i 2014 er omkring 41 milliarder kroner. I 2014 er de 2 milliarder kroner målrettet kommunerne. Derefter er det uvist hvordan udmøntningen bliver.

Der skal indføres *et energisparekoncept* for i alt 50 millioner kroner i perioden 2013 – 2015.

Det er desuden aftalt at etablere en *motorvejslinjeføring til sygehuset i Gødstrup* i forbindelse med anlæg af motorvej mellem Herning og Holstebro. Motorvejen finansieres ud fra det planlagte investeringsløfte med op til 452 millioner kroner.

Investeringerne i 2013-2014 i forbindelse med forberedelser af Femern Bæltforbindelsen løftes med op til en milliard kroner ved en fremrykning af aktiviteter fra 2015-2016.

Ad 5) Vækst og eksportfremme

Der afsættes i alt 150 millioner kroner i perioden 2014-2015 til en styrket indsats for vækst på erhvervsområder med international konkurrencekraft. *Midlerne udmøntes som opfølgning på anbefalinger fra otte vækstteams*. Danske Regioner har udarbejdet indspil til 6 af de 8 vækstteams og har været repræsenteret i vækstteamet om Sundheds- og velfærdsløsninger.

*Eksport- og investeringsfremmeindsatsen øges* med 70 millioner kroner i alt i perioden 2014-2015 på nye vækstmarkeder. Midlerne udmøntes med udgangspunkt i det strategiske arbejde for indsatsen i bl.a. BRIK-landene.



---

Det er aftalt at *fjerne en skatteregel, der rammer udenlandske forskere og nøglemedarbejdere*, der har arbejdet i Danmark, har været i udlandet, og som atter vender tilbage til Danmark. Det svarer til 5 millioner kroner årligt.

---

***Sekretariatets bemærkninger***

Sagen er behandlet i Udvalget for Regional Udvikling den 3. maj 2013.

---

***Bilag***

Ingen.



---

## 14. Regeringens sundhedspolitiske udspil, sagsnr. 12/1749

---

Lisbeth Simper Elm-  
strøm

### *Resumé*

Regeringen har præsenteret et sundhedspolitisk udspil, der indeholder flere initiativer, som regionerne kan bakke op om. Det gælder bl.a. fokus på tværsektorielt samarbejde, krav til almen praksis og til kommunerne samt fokus på patientinddragelse. Der afsættes 600 mio. kr. over fire år, penge som hentes inden for sundhedsvæsenets budget. Initiativerne er imidlertid ikke særligt konkrete, og Danske Regioner ser derfor frem til at indgå i en dialog med regeringen om den konkrete udmøntning.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*  
*at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.*

---

### *Sagsfremstilling*

Regeringens sundhedspolitiske udspil – ”Mere borger – mindre patient” blev fremlagt den 2. maj. Udspillet skal nu forhandles med Folketingets partier, samt danne udgangspunkt for økonomiforhandlingerne med regioner og kommuner.

Der er ikke meget nyt i oplægget, en stor del af det er set før, bl.a. i forbindelse med evalueringen af kommunalreformen. Oplægget indeholder også ”gamle” forslag, f.eks. de tre landsdækkende akutlægehelikoptere.

Det hedder i oplægget, at der afsættes 600 mio. kr. i perioden 2014-2017 (150 mio. kr. årligt) til nye initiativer, men der er ikke tale om nye penge, eftersom udspillet finansieres af omprioriteringer på sundhedsområdet.

Generelt er forslagene i udspillet ikke særligt konkrete, hverken i forhold til indhold eller udmøntning af de penge, der afsættes.

Herunder er hovedpunkterne i udspillet beskrevet.

### **Et sundhedsvæsen der hænger sammen**

Regeringen vil nytænke og styrke almen praksis, bl.a. lægges der op til, at de praktiserende læger skal arbejde tæt sammen med sygehusene, at de skal tilpas-



---

se deres åbningstider til borgernes behov, og at der skal være større gennemsigtighed i forhold til kvaliteten.

Samarbejdet på tværs skal styrkes, bl.a. ved at omprioritere 250 mio. kr. årligt til at understøtte sammenhængende og integrerede sundhedsløsninger. Sundhedsaftalerne skal styrkes, og der skal fremover være en sundhedsaftale pr. region.

Fagligheden i den kommunale sygepleje skal styrkes gennem et tættere samarbejde med bl.a. sygehusene.

### **Øget lighed i sundhed**

Der afsættes i alt 334 mio. kr. til bedre forebyggelse og lighed, heraf

- 120 mio. kr. til partnerskaber med private aktører og frivillige foreninger for at understøtte opfyldelsen af de nationale mål for danskernes sundhed.
- 112 mio. kr. til forbedret alkoholbehandling.
- 42 mio. kr. til rygestop.
- 20 mio. til et lighedstjek af sundhedsvæsenet.
- 40 mio. kr. til styrkelse af svangre- og barselsomsorgen for særligt udsatte familier.

Der lægges op til at indføre udredningsret for psykiatrien og derudover fremlægges i efteråret 2013 (når Psykiatriudvalget har afrapporteret) en samlet og langsigtet plan for indsatsen for mennesker med psykisk sygdom.

### **Styrket akutberedskab og kræftindsats**

Regeringen vil gennemføre en faglig gennemgang af de fælles akutmodtagelser med henblik på at udbrede bedste praksis.

Der afsættes 174 mio. kr. til at styrke kræftbehandlingen, bl.a. gennem en forbedret rehabiliteringsindsats, en udvidelse af HPV-vaccinationsprogrammet og den fortsatte proces omkring etablering af et nyt center for partikelterapi til kræftbehandling af børn.

### **Bedre kvalitet og fokus på resultater**

Der sættes 20 mio. kr. af til en strategi for patientinddragelse.

Regeringen afsætter 32 mio. kr. til en synlighedsreform, der skal understøtte det kliniske arbejde og bidrage til at skabe synlighed om de gode resultater.



---

Der afsættes 20 mio. kr. til arbejdet med patientsikkerhed i kommunerne. Regeringen vil generelt sætte større fokus på kvaliteten af de kommunale forebyggelsestilbud og udarbejde faglige anbefalinger for patientrettet forebyggelse og tidlig opsporing.

Endelig er der også sat 20 mio. kr. af til at forebygge sygehus erhvervede infektioner.

### **Et moderne og effektivt sundhedsvæsen**

Pengene til de mange tiltag findes ved omprioriteringer og effektiviseringer indenfor sundhedsvæsenet:

- Målrettede prioriteringer, bl.a. nye retningslinjer på tandområdet.
- Forbedret incitamentsstruktur, bl.a. fokus på forløb, og på at de kroniske syge skal behandles væk fra sygehusene (der henvises i øvrigt til Incitamentsudvalget).
- Realisering af gevinsterne ved kapacitetsforbedringer.
- Styrke og effektivisere den kommunale forebyggelsesindsats.
- Fremlægge en ny digitaliseringsstrategi, der skal sikre bedre udnyttelse af sundheds-IT og telemedicin.
- Fremlægge en vækstplan for sundheds- og velfærdsløsninger.

### **Bemærkninger til regeringens udspil**

Det er positivt, at regeringen har ladet sig inspirere af en del af de forslag, regionerne er kommet med i bidraget til ny sundhedspolitik, og regionerne kan derfor bakke op om mange af de foreslåede tiltag. Det gælder f.eks. tankerne om at fremme befolkningens sundhed, forslagene i forhold til almen praksis, og idéerne om at arbejde for et tættere samarbejde på tværs af kommuner og regioner, hvor flere patienter behandles i eget hjem, og sygehusene får en mere udadvendt rolle.

Det er også positivt, at der sættes penge af til en strategi for patientinddragelse, hvilket er et vigtigt fokusområde for regionerne i de kommende år.

Der er imidlertid behov for en konkretisering af forslagene, herunder ikke mindst forslaget om omprioritering af 250 mio. kr. til sammenhængende og integrerede sundhedsløsninger, og hvor regionerne i bidraget til ny sundhedspolitik har udmeldt, at vi gerne vil prioritere op til 300 mio. kr. til nye samarbejdsmodeller. Danske Regioner vil indgå konstruktivt i den videre dialog med regeringen, bl.a. i forhold til udmøntningen af de afsatte midler. Det bør også nævnes for regeringen, at det kan være problematisk, at alle de nye tiltag skal finansieres indenfor sundhedsvæsenets i forvejen stramme budget.



Der kan også rejses en kritik af, at regeringen på den ene side vil spare penge ved at fjerne unødvendige krav og regler, men samtidig lægger op til nye tiltag, der kræver mere administration, bl.a. ”synlighedsreformen”. Såfremt regionerne skal kunne bidrage til at realisere effektiviseringsgevinster, samtidig med at der leveres bedre kvalitet i behandlingen, kræver det større frihedsgrader og andre incitamentter – ikke mere kontrol og styring.

Endvidere kan det bemærkes, at en del af initiativerne forudsættes finansieret ved, at privathospitalerne medfinansierer patientskadeordningen (hvilket er indført ved lov pr. 1. juli 2013). Det forventes at medføre regionale merudgifter, idet regeringen forudsætter et urealistisk højt provenu. Det samme kan i øvrigt gøre sig gældende med provenuet, som regeringen forudsætter, kan hentes hjem som følge af de nye anbefalinger på tandområdet.

---

### ***Bilag***

Sundhedspolitisk udspil.pdf (1071562).



---

## 15. Opfølgning på akutjob, sagsnr. 12/2116

---

Jane Marianne Ravn

### *Resumé*

Med aftalen om akutjob har regionerne forpligtet sig til at arbejde for at tilvejebringe 800 akutjob. Det er besluttet, at indsatsen drøftes på alle møder i bestyrelsen. Med oplægget orienteres om status for regionernes indsats.

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,*  
*at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.*

---

### *Sagsfremstilling*

Med aftalen om akutjob fra 24. oktober 2012 har regionerne forpligtet sig til at arbejde for at tilvejebringe 800 akutjob.

Det er besluttet, at indsatsen drøftes på alle møder i bestyrelsen. Da indsatsen løber frem til 1. juli 2013, forventes bestyrelsens møde i juni 2013 at blive sidste møde, hvor opfølgningen på indsatsen vil blive sat på dagsordenen.

Måltallet på 800 akutjob er ved bestyrelsens beslutning fordelt mellem de 5 regioner:

*Tabel 1. Fordelingen af regionernes måltal på 800*

	Fordeling
Hovedstaden	256
Sjælland	104
Midtjylland	184
Nordjylland	88
Syddanmark	168

Arbejdsmarkedsstyrelsen (AMS) opdaterer løbende en statistik over det akkumulerede antal opslåede akutjob på jobnet.dk. For den regionale sektor vises



opgørelsen efter beskæftigelsesregion, hvorfor Hovedstaden og Sjælland er slået sammen.

Seneste opgørelse viser, at der nu er/har været opslået i alt 5.510 stillinger som akutjob i regionerne:

*Tabel 2. Akutpakken. Antal opslåede akutjob, regional sektor, tal fra AMS*

	Antal opslåede akutjob
Hele landet	5.510
Hovedstaden-Sjælland	2.752
Midtjylland	1.370
Nordjylland	333
Syddanmark	1.055

Kilde: Jobnet.dk, Anm.: Akutjob omfatter alene job registreret på Jobnet.dk og hvor betegnelsen "Akutjob" indgår i beskrivelsen af stillingen. Målingen viser antal opslåede akutjob på Jobnet.dk siden den 20. oktober 2012 og frem til og med den 17. april 2013.

Opgørelsen fra AMS er ikke opdelt på faggruppe og giver ikke oplysninger om, i hvilket omfang der sker ansættelse af ledige i målgruppen i de pågældende akutjob.

Der er etableret et koordinerende forum på tværs af regionernes HR-funktioner og Danske Regioner bl.a. med henblik på indsamling af data fra regionerne i forhold til antal opslag og antal ansatte fra målgruppen. Tabel 3 nedenfor viser regionernes egne data for antallet af opslag med en fordeling på faggrupper.

Tabellen bygger på regionernes seneste opgørelser, indsamlet af Danske Regioner den 25. april 2013.





Tabel 3. Opslag som akutjob fordelt på faggrupper, tal fra regionerne, 25. april 2013

	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	I alt
Læger	67	39	84	40		230
Øvrige AC	222	29	117	69	33	470
Sygeplejersker	956	189	374	386	204	2109
Bioanalytikere	106	12	35	36	25	214
Fysio- og ergoterapeuter	74	14	28	36	21	173
Øvrig sundhedsfaglig MVU	118	12	61	33	39	263
Social- og sundhedsassistenter	50	31	24	23	14	142
Øvrig plejepersonale, KU, KVVU	4	2	16		10	32
Pædagoger	28	9	1	40	12	90
Pædagogmedhjælper	5	5	10		1	21
Lægesekretærer	270	46	115	91	79	601
Øvrige HK	71	15	23	40	23	172
Portører	11	3	1		1	16
Køkkenpersonale	18	4	4	6	2	34
Rengøringspersonale	26		10	8	13	57
Servicepersonale	13	9	1	48	8	79
Teknisk personale	14	1	9	15	7	46
Øvrige	65	17	1	30	44	157
<b>I alt</b>	<b>2118</b>	<b>437</b>	<b>914</b>	<b>901</b>	<b>536</b>	<b>4906</b>

Oversigten giver et billede af en bred fordeling på faggrupper med hovedvægten på grupper som sygeplejersker, lægesekretærer og AC-grupper.

Grundet tidsmæssige forskydninger i registreringerne vil det samlede resultat af regionernes egne opgørelser ikke helt svare til opgørelsen fra AMS.

Det skal bemærkes, at opslåede lægestillinger indgår i opgørelserne fra regionerne og AMS, også selvom en del af disse er trukket tilbage.

For så vidt angår antallet af ansøgere til de opslåede akutjob har regionerne oplyst, at der pr. 25. april 2013 er registreret i alt 5.558 ansøgere til de opslåede job og med en bred fordeling på faggrupper.

Det skal dog understreges, at det ikke i alle tilfælde i forbindelse med modtagelsen af ansøgningen registreres, om der er tale om en ansøger indenfor målgruppen for akutjob, og at samme ansøger kan søge flere stillinger.



Samtidige tal fra 4 ud de 5 regioner viser, at de opslåede stillinger foreløbigt har ført til, at der i de 4 regioner er indkaldt 485 ansøgere fra målgruppen til samtale på et akutjob.

For så vidt angår antallet af ansættelser i akutjob, viser tabel 4 nedenfor, at der pr. 25. april 2013 var blevet ansat i alt 157 ledige fra målgruppen i et akutjob i regionerne. Til sammenligning var der på tidspunktet for den seneste opgørelse, den 3. april 2013, blevet ansat 124 ledige fra målgruppen i et akutjob.

*Tabel 4. Ansatte i akutjob fra målgruppen fordelt på faggruppe, tal fra regionerne 25. april 2013*

	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	I alt
Læger		1				1
Øvrige AC	6		1	6	2	15
Sygeplejersker				3		3
Bioanalytikere	3	2	1	1		7
Fysio- og ergoterapeuter			1	1		2
Øvrig sundhedsfaglig MVU	5		2	1		8
Social- og sundhedsassistenter	1	2	2	3		8
Øvrig plejepersonale, KU, KVVU		1				1
Pædagoger			3	2	3	8
Pædagogmedhjælpere	2					2
Lægesekretærer			1	1		2
Øvrige HK	5	3	1	8	5	22
Portører						
Køkkenpersonale					2	2
Rengøringspersonale		12	5	6	9	32
Servicepersonale	8	3		16		27
Teknisk personale					1	1
Øvrige		2		4	10	16
<b>I alt</b>	<b>30</b>	<b>26</b>	<b>17</b>	<b>52</b>	<b>32</b>	<b>157</b>

### **Bilag**

Ingen.



---

## 16. Orienteringer om emner på EU-dagsordenen, sagsnr. 13/820

---

Annette Budtz-  
Jørgensen

### *Resumé*

Følgende er en status på aktuelle emner, der er omfattet af bestyrelsens prioriteringer for foreningens europapolitiske arbejde. Alle seks punkter skal vedtages på Regionsudvalgets plenar den 30. maj 2013

---

### *Indstilling*

*Det indstilles,  
at orienteringen tages til efterretning.*

---

### *Sagsfremstilling*

#### **Revision af VVM direktivet (Vurdering af Virkning på Miljø) (can)**

Det første VVM (Vurdering af Virkning på Miljø) direktiv blev gennemført i 1985, det er senere blevet revideret og tilpasset flere gange. I dansk lov er det implementeret ved VVM bekendtgørelsen. EU-Kommissionens revisionsforslag udvider undersøgelsesområdet til at omfatte biodiversitet, resourcepåvirkning, klimaændringer og katastroferisici og -påvirkning. Det gøres desuden obligatorisk at undersøge alternative løsningsforslag – herunder et nul-scenarie (at projektet ikke gennemføres).

Regionernes hovedrolle i forbindelse med VVM er som bygherre. Det er oftest kommunen og i nogle tilfælde staten, der er myndighed. Det fastslås med revisionen af direktivet, at det er bygherres ansvar at udarbejde VVM redegørelsen. I den danske implementering har det hidtil været myndighedens ansvar, at den blev udarbejdet – med assistance fra bygherren.

Det diskuteres i forbindelse med evaluering af kommunalreformen, om regionerne skal have myndighed til at udstede gravetilladelser til råstofindvindinger. Hvis denne opgave lægges hos regionerne, vil det medføre, at regionen bliver myndighed for de VVM, der i den forbindelse skal udarbejdes for de større indvindinger.

Revisionen af direktivet handler i det store hele om at sammenskrive gældende teknisk forvaltningsmæssig praksis til en samlet lovtekst, også kaldet kodifice-



---

ring i EU terminologi. Der har ikke tidligere været fastsat tidskrav for høring og sagsbehandling i VVM direktivet (Vurdering af Virkning af Miljøet).

Regionsudvalgets fagudvalg har indstillet, at medlemmerne af Regionsudvalget forholder sig kritisk til de tidsgrænser, der fastsættes i revisionen af direktivet, idet der anføres, de er for lange og vil resultere i langsom sagsbehandling.

### **Det 7. miljøhandlingsprogram til behandling i Regionsudvalget (can)**

Det 7. miljøhandlingsprogram angiver de overordnede rammer og prioriteter, inden for hvilke EU fører sin miljøpolitik fra 2014 til 2020. Handlingsprogrammet afspejler globale prioriteter fra bl.a. Rio +20 som biodiversitet, klimaændringer, grøn økonomi og ressourceeffektivitet. I programmet foreslås også øget kontrol og indrapportering fra medlemsstaterne. Handlingsprogrammet var en høj prioritet under det danske EU formandskab.

Regionsudvalgets udtalelse anerkender de tidligere miljøprogrammets betydning og bakker op om oplægget, men beklager samtidig manglen af en strategi for bæredygtighed. Der lægges vægt på, at handlingsprogrammet skal koordineres med EU2020 strategien og flagskibsinitiativet ”et ressourceeffektivt Europa”.

### **Det irske formandskab har fokus på innovation og vil ”Bygge bro over innovationskløften” (aso)**

Regionsudvalget har efter anmodning fra det irske rådsformandskab udarbejdet forslag til, hvordan der kan skabes øget innovation og bygges bro over innovationskløften. Samlet set er udtalelsen i tråd med de danske regionale interesser, men det bør være et opmærksomhedspunkt, at nogle af forslagene kan medføre nye administrative byrder, hvilket Danske Regioner har gjort opmærksom på og fået med i udtalelsen.

Regionsudvalget lægger stor vægt på, at vi på europæisk plan i højere grad skal få gavn af hinandens viden, resultater og teknologier. Det skal blandt andet ske gennem nye former for europæiske forskningspartnerskaber, og EU skal via kulturelle forandringer og nye finansieringsprioriteter blive bedre til at sikre en aktiv anvendelse af de seneste forskningsresultater på lokalt og regionalt niveau. Der er således fokus på at skabe en cirkulær videnskabsøkonomi, hvor resultaterne af forsknings- og innovationsprogrammer og projekter finansieret med EU-midler og nationale midler skal genbruges.



---

Udtalelsen peger på, at Triple Helix-tilgangen, som handler om samarbejdet mellem universiteter, erhvervsliv og det offentlige, ikke er dynamisk nok til at imødegå nye udfordringer. Der er behov for et intensivt samspil med regionale innovative økosystemer for at opdatere konceptet og denne kultur.

### **EU's Ungdomsbeskæftigelsespakke til behandling i Regionsudvalget (ast)**

Målet med EU's ungdomsbeskæftigelsespakke er med fire overordnede initiativer at bekæmpe den massive ungdomsarbejdsløshed i Europa. Kommissionen ønsker at etablere unge-garantier, rammer for praktikophold, en alliance for lærlingeuddannelser samt et program for EURES-jobs (job i udlandet) for unge. Der fremgår af meddelelsen, at ungdomsgarantiordningerne skal bidrage til, at unge får gennemført en uddannelse, påbegyndt videreuddannelse eller kommer i praktik. Garantien skal baseres på støtteforanstaltninger inden for seks områder: Opbygning af partnerskaber; Tidlig indgriben og aktivering; Integration på arbejdsmarkedet; Brug af strukturfonde samt Løbende forbedring af ordningen og Hurtig gennemførelse.

Regionsudvalget (RU) støtter initiativerne. RU fokuserer på at sikre en lokal og regional rolle. Vægten i udtalelsen er på at understøtte praktikpladser og lærlingeuddannelser på tværs.

Danske Regioner er enig i at indføre en ungdomsgaranti og i, at praktikpladser er afgørende for de unges beskæftigelsesmuligheder. Som arbejdsgiver er Danske Regioner dog skeptisk for at skulle optage flere elever, da regionerne allerede overopfylder aftalen med staten.

### **Kulturelle og kreative sektorerers bidrag til vækst og beskæftigelse (aso)**

Kommissionen har i september 2012 udsendt en meddelelse med det formål at fremme kulturelle og kreative sektorerers medvirken til at skabe vækst og jobs i EU. Meddelelsen fra Kommissionen lægger blandt andet vægt på, hvordan disse sektorer kan virke som katalysatorer for innovation i øvrige erhverv og industrier. Blandt barriererne for at opnå det fulde potentiale af de kulturelle og kreative sektorer nævnes adgangen til finansiering, barrierer for cirkulation af kreative værker og operatører inden og uden for EU samt manglende synergi mellem kreative og øvrige sektorer.

Regionsudvalgets fagudvalg har udvalgsbehandlet høringssvar til Kommissionens udspil. Høringssvaret følger generelt de danske synspunkter, som Danske



Regioner blandt andet har fremlagt i indspillet til regeringens vækstteam for kreative erhverv og design.

### **Målrettet EU regulering (bxl)**

Regionsudvalgets relevante fagudvalg har udarbejdet et forslag til udtalelse, der handler om regulering og implementering af EU-lovgivning. For at implementeringen af EU-lovgivningen skal fungere mest effektivt med færrest omkostninger er det nødvendigt løbende at lave konsekvensanalyser. Regionsudvalget ønsker en større part i disse, da de mener, at der vil være omkostningskonsekvenser for de lokale og regionale myndigheder ved en kompleks implementering af EU lovgivning.

Kommissionen har foreslået et nyt program for målrettet og effektiv regulering (REFIT), der har til formål at identificere og iværksætte initiativer, der kan nedbringe udgifterne forbundet med regulering. RU bifalder dette og påpeger samtidig, at alle myndighedsniveauer bør bidrage til kvalitetskontrollen.

---

### ***Bilag***

Ingen.



---

**17. Næste møde, sagsnr. 13/820**

---

Annette Budtz-  
Jørgensen

***Resumé***

-

---

***Indstilling***

*Det indstilles,*

at næste ordinære bestyrelsesmøde holdes torsdag den 13. juni kl. 11.00-13.00 på Hotel Griffen i Rønne i forbindelse med Folkemødet på Bornholm.

Bestyrelsen bedes reservere perioden 30. maj til 2. juni til økonomiforhandlinger.

---

***Sagsfremstilling***

-

---

***Bilag***

Ingen.







---

**18. Eventuelt, sagsnr. 13/820**

---

Annette Budtz-  
Jørgensen

*Resumé*

-

---

*Indstilling*

-

---

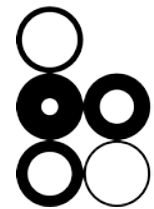
*Sagsfremstilling*

-

---

*Bilag*  
Ingen.





Medlemmerne af  
Danske Regioners bestyrelse  
m.fl.

11-04-2013

Sagsnr. 13/582

Annette Budtz-

Jørgensen

Tel.: 3529 8263

E-mail: abj@regioner.dk

## **Åbent referat fra møde i Danske Regioners bestyrelse fredag den 05-04-2013 kl. 10:30**

**Deltagere:** Bent Hansen, Carl Holst, Steen Bach Nielsen, Vibeke Storm Rasmussen, Poul Erik Svendsen, Henrik Thorup, Thor Grønlykke, Poul Müller, Anne V. Kristensen, Bente Lauridsen, Knud Andersen, Jens Stenbæk, Flemming Ste-nild, Birgitte Kjøller Pedersen

**Afbud:** Per Tærsebøl, Birgitte Josefsen, Ulla Astman

**Regions-** Bo Johansen, Mikkel Hemmingsen, Per Christiansen, Jens  
**Direktører:** Andersen, Morten Rand Jensen

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

## **1. Formandens meddelelser, sagsnr. 13/582**

Bestyrelsen tog meddelelserne til efterretning.

### ***Resumé***

#### **1. Formandens meddelelser**

##### **Møde med ministre m.fl.**

Formanden orienterede om møder med hhv. DI den 14. marts, økonomi- og indenrigsministeren den 14. marts, erhvervs- og vækstministeren den 22. marts og socialministeren den 4. april 2013.

##### **Invitation af Marianne Thyrring til mødet 17. maj 2013.**

Formanden orienterede om, at Marianne Thyrring er inviteret til at orientere om projektet om lokalt demokrati på bestyrelsesmødet den 17. maj 2013.

##### **Invitation fra Sydslesvigsk Forening**

Danske Regioner har modtaget en invitation til de danske årsmøder i Sydslesvig den 7.-9. juni 2013. Carl Holst forventer at deltage som repræsentant for Danske Regioner.

##### **Invitation fra Kommunesektoren i Norge**

Danske Regioner har modtaget en invitation til at deltage i Kommunedagen 23. april og Kommunalpolitisk topmøde 24. april, der afholdes af Kommunesektoren i Norge. Bestyrelsesmedlemmer, der er interesserede i at deltage, kan kontakte sekretariatet.

##### **Økonomiforhandlingerne for 2014**

Formandsskabet bad bestyrelsen om også at reservere weekenden torsdag den 30. maj til søndag den 2. juni 2013, da økonomiforhandlingerne forventes fremrykket.

## **2. Godkendelse af åbent referat af møde 08-03-2013 i Danske Regioners bestyrelse, sagsnr. 13/582**

Bestyrelsen godkendte referatet.

### *Resumé*

-

### **3. Rejseregler, sagsnr. 13/467**

Bestyrelsen godkendte en ændring af gældende rejseregler, således at der kan refunderes udgifter til togrejser på 1. klasse, når togrejsen forventes at vare mere end 2 timer.

### *Resumé*

På baggrund af spørgsmål rejst af Anne V. Kristensen på bestyrelsesmødet den 1. februar 2013, lægges der op til en specificering af gældende retningslinjer for befordringsgodtgørelse, som de er beskrevet i Danske Regioners rejseregler.

### **4. Danske Regioners nye magasin, sagsnr. 13/628**

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

### *Resumé*

Danske Regioner vil fremover udgive et nyt analysemagasin. Formålet er i højere grad at sætte en politisk-strategisk dagsorden på det regionale område, og af den vej danne afsæt for pressehistorier til landsdækkende medier.

Magasinet vil udkomme 4-5 gange årligt. Omdrejningspunktet bliver egne og eksterne analyser, udviklet til magasinet. Målgruppen er politikere, embedsmænd, organisationer, forskere og journalister.

Magasinet udkommer første gang til generalforsamlingen og anden gang i maj måned op til økonomiforhandlingerne.

### **5. Opfølgning på akutjob, sagsnr. 12/2116**

Bestyrelsen tog notat om opfølgning på akutjob, som blev omdelt på mødet, til efterretning.

### *Resumé*

Med aftalen om akutjob har regionerne forpligtet sig til at arbejde for at tilvejebringe 800 akutjob. Det er besluttet, at indsatsen for akutjob drøftes på alle

bestyrelsesmøder. Med henblik på så opdaterede data som muligt, vil materiale vedrørende indsatsen for akutjob denne gang blive omdelt på selve mødet.

#### **6. Horizon 2020 og regionerne, sagsnr. 13/485**

Bestyrelsen drøftede, hvordan regionernes opmærksomhed på finansieringsmuligheder gennem Horizon 2020 kan styrkes. Danmarks deltagelse i Horizon 2020-projekter skal prioriteres højt i den nye nationale klyngestrategi. Danske Regioner skal bidrage til et styrket samarbejde mellem vækstforaene, Forsknings- og Innovationsstyrelsen og andre strategiske aktører. Danske Regioner skal specifikt arbejde på at styrke deltagelsen i Horizon 2020-projekter inden for sundhedsforskning, sundhedsinnovation og erhvervsamarbejde. Sekretariatet undersøger interessen hos regionerne for at afholde en konference i 2014 om finansieringsmulighederne i Horizon 2020.

#### ***Resumé***

EU's nye program for forskning og udvikling – Horizon 2020 – bliver styrket væsentligt i den nye budgetperiode 2014-2020. Derfor er det relevant at se på, hvordan regionerne udnytter det nuværende program (FP7), og hvor de regionale styrkepositioner befinder sig med henblik på den bedst mulige udnyttelse af Horizon 2020.

Forskning og innovation bidrager væsentligt til at understøtte den europæiske vækst- og innovationsdagsorden, som formuleret i EU's 2020-strategi. Det er en dagsorden, som både regionerne og den danske regering støtter op om. Med et styrket forskningsprogram og sandsynligvis reducerede midler til regional udvikling gennem EU's strukturfonde bliver det ekstra vigtigt, at regionerne styrker opmærksomheden på Horizon 2020 og som minimum fastholder den gode position, Danmark indtager i konkurrencen om EU's forsknings- og udviklingsmidler.

#### **7. Orienteringer om emner på EU-dagsordenen, sagsnr. 13/582**

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

#### ***Resumé***

Følgende er en status på aktuelle emner, der er omfattet af bestyrelsens prioriteringer for foreningens europapolitiske arbejde. Alle fire punkter skal vedtages på Regionsudvalgets plenar den 11.-12. april 2013.

**8. Næste møde, sagsnr. 13/582**

Bestyrelsen besluttede, at næste ordinære bestyrelsesmøde holdes fredag den 17. maj 2013 kl. 10.30. Der afholdes endvidere bestyrelsesmøde onsdag den 17. april 2013 kl. 17.00 forud for generalforsamlingen.

*Resumé*

-

**9. Eventuelt, sagsnr. 13/582**

-

*Resumé*

-







30-04-2013

Sag nr. 12/538

Dokumentnr. 20222/13

Gitte Schmidt

Tel. 41134623

E-mail: Gsc@regioner.dk

## **GF 2013: Medieomtale af Danske Regioner**

I forbindelse med Danske Regioners generalforsamling bliver Danske Regioner i perioden 15.-23. april 2013 omtalt i alt 574 gange i medierne.

I trykte medier er Danske Regioner omtalt i relation til GF 2013 i 31 original-artikler, og i 59 artikler i alt. Herunder listes original-artiklerne kronologisk, indenfor deres emneområde, med angivelse af, hvor de er bragt.

De medier, der var til stede i Herning, i forbindelse med Generalforsamlingen var: Ritzau, Jyllands-Posten, Altinget, Berlingske Nyhedsbureau, DKNyt, Scanpix, TV2, TV2 News, DR og TV Midt-Vest.

### Generel omtale / Politiske udmeldinger

#### **Socialdemokraterne varmer op til sundhedssatsning**

DagensPharma.dk, 17.04.2013.

#### **Statsminister: Bedre kræftbehandling og sammenhæng**

Altinget.dk/Sundhed, 18.04.2013. Også bragt på Statsministeriet.dk.

#### **Bent Hansen: Mindre medicin til danskerne**

Altinget.dk/Sundhed, 18.04.2013. Også bragt på Altinget.dk.

#### **Bent Hansen: Specialiseret område til regioner**

Altinget.dk/Social, 18.04.2013. Også bragt på Altinget.dk.

#### **Regionerne efterlyser flere opgaver**

TV2Oj.dk, 18.04.2013.

#### **Thorning: Reducer 98 sundhedsaftaler til fem**

Dknyt.dk, 18.04.2013. Skrevet af Knud Abildtrup.

#### **Regionerne vil have mere magt**

TVmidtvest.dk, 18.04.2013.

**Thorning vil sende færre på sygehus**

Berlingske Nyhedsbureau, 18.04.2013. Bragt i Dagens.dk, Dagbladet Holstebro-Struer.dk og JydskeVestkysten.

**Nye penge til kronikere og kræftpatienter**

DagensMedicin.dk, 18.04.2013.

**Kvart mia. til kronisk syge og ældre**

Jp.dk (Jyllands-Posten), 18.04.2013. Også bragt i Diabetes.dk.

**Thorning: Det går den forkerte vej**

Jp.dk (Jyllands-Posten), 18.04.2013.

**Thorning vil stoppe ulighed i sygesengen**

Ritzaus Bureau, 18.04.2013. Også bragt i Mja.dk (Midtjyllands Avis) sn.dk (Sjællands Nyheder) og Herning Folkeblad.

**Lad os nu få en lungeplan**

Lunge.dk (Danmarks Lungeforening), 18.04.2013.

**Bent Hansen: ”Det bliver ikke større”**

Jyllands-posten, 18.04.2013. Skrevet af Thomas Vibjerg. Også bragt i Medwatch.dk.

**Generalforsamling i regionsvalgets tegn**

TV 2 Nyhederne 09.00, 18.04.2013

**Overlever regionerne eller ej**

TV/Midt-Vest 19.30, 18.04.2013

Sundhed/Forebyggelse

**Regioner vil hjælpe med forebyggelsen**

Dknyt.dk, 17.04.2013. Skrevet af Sofie Flensburg.

**Ældres mange indlæggelser er overdrevet**

Ritzaus Bureau, 18.04.2013. Skrevet af Susanne Andersen. Også bragt i Nordjyske Stifstidende, Nordvestnyt og Midtjyllands Avis.

**Faldende dødelighed på sygehusene**

TV 2 Nyhederne 08.00, 18.04.2013

**Amning og ernæring bekymrer danske mødre**

DR P3 Nyhederne 08.00, 18.04.2013. Også i Go FM, Radio Sydhavsøerne, Radio Globus Guld, Radio Aura Midtjylland

## **Genindførelse af simple procedurer nedbragte dødeligheden**

TV 2 Nyhederne 09.00, 18.04.2013

Side 3

## **Bred opbakning til at samle medicin-institutioner**

Altinget.dk/Sundhed, 23.04.2013.

## **Sundhed bliver næste vigtigt politisk emne**

Tirsdagsdebatten, TV2 News 23.04.2013

## **Børn med astma skal hjælpes ud i solen**

Berlingske Tidende, 28.04.2013

## Overbelægninger

### **Sygeplejersker vil protestere mod overbelægninger**

Dr.dk, 16.04.2013. Skrevet af Bjarke Bech Feldt. Også bragt i Herning Folkeblad.

### **Nej tak til overbelægning**

Herning Folkeblad, 18.04.2013. Skrevet af Bo Lundgaard.

### **Midtjyske sygeplejersker aktionerede i formiddags for bedre vilkår for patienter og personale på landets medicinske afdelinger**

Dsr.dk (Dansk Sygeplejeråd), 18.04.2013.

## Sygehusbyggeri

### **Overlæger støtter ønske om ny finansiering af sygehusene**

Ugeskriftet.dk (Ugeskrift for læger), 19.04.2013.

### **Læger afviser at sætte sygehusbyggerier på standby**

DR P4 Radioavisen 12.00, 18.04.2013

## **Supersygehuse**

TV/Midt-Vest 19.30, 18.04.2013

## Socialområdet

### **Regioner bekymrede over kommuners fravalg på socialområdet**

Berlingske Nyhedsbureau, 17.04.2013. Skrevet af Søren Ploug Lilmoes og Rasmus Boserup. Bragt i Jydske Vestkysten – Jv.dk og Bornholms Tidende.

## Transport

Side 4

### **Flere og bedre busser ruller snart ud til provinsen**

Ritzaus Bureau, 18.04.2013. Også bragt på Ing.dk (Ingeniøren), i Politiken, Nyhedsinformation.dk, Midtjyllands avis, FyensStiftstidende.dk, Dr.dk, Herning Folkeblad, Mja.dk (Midtjyllands avis), Skive Folkeblad

### **Regionerne vil have fokus på bustrafik**

DR P4 Radioavisen 06.00, 18.04.2013

### **Bustrafikken i provinsen skal have et løft**

DR P3 Nyhederne 08.00, 18.04.2013

## Almen praksis

### **OECD giver smæk til praktiserende læger**

Ritzaus Bureau, 18.04.2013. Skrevet af Susanne Andersen. Også bragt i Midtjyllands avis, Dagbladet Køge/Ringsted/Roskilde, Skive Folkeblad.

### **Regioner: PLO vil ikke efterleve krav der gælder resten af sundhedsvæsenet**

Ugeskriftet.dk (Ugeskrift for læger), 18.04.2013.

## IT

### **Regioner klar med nye it-mål**

Altinget.dk/Sundhed, 18.04.2013.

### **Telemedicin til KOL prioriteres**

Lunge.dk (Danmarks Lungeforening), 18.04.2013.

## Andet

### **Analysemagasin fra regionerne på gaden**

Dknyt.dk, 17.04.2013.

## EU-initiativer 2013

### De vigtigste EU-initiativer for Danske Regioner i 2013

L = Lobby-sager, M = Monitorering, I = Orienterings-sager

Nr.	Titel	Initiativtype	Beskrivelse	Center	Sagsbehandler
<b>Danske Regioners prioriterede EU-sager</b>					
<b>L-sager (4 sager)</b>					
1	Country-specific negotiation mandates for the Partnership Contracts covering Common Strategic Framework Funds for the period 2014-2020	Non-legislative	The negotiation mandates will provide a basis for negotiating with each Member State the use of their allocation of the CSF funds for the next 7 years.	SERU	MKL
2	Commission decision adopting the Partnership Contract with the Member States	Non-legislative	The partnership contracts between the Commission and each Member State will set out the commitments of partners at national and regional level, as well as those of the Commission. They will be linked to the objectives of Europe 2020 strategy and the national reform programmers. They will establish an integrated approach for territorial development, supported by the funds under cohesion policy, rural development, and the maritime and fisheries policy, and will include objectives, strategic investments and a number of conditionalities.	SERU	MKL
3	Commission regulation setting out the rules for the implementation of Council and Parliament General Regulation N.../... and of Council and Parliament Regulations on the European Regional Development Fund N.../...and Council and Parliament Regulations on	Non-legislative	Commission Regulation setting out the rules for the implementation of the general rules and principles for the implementation of the programmes co-financed by the Structural Funds and the Cohesion Fund.	SERU	MKL

	the Cohesion Fund N.../...				
<b>4</b>	Investing in Health	Non-legislative	Investing in Health	SØS	LSE
<b>Sager der både er M og L (1 sag)</b>					
<b>5</b>	Green Paper on an EU Framework applicable to 'mHealth' and 'health and wellbeing applications'	Non-legislative	In the sector of 'mHealth' and 'health and wellbeing applications', ensure that the EU regulatory/technical framework help the healthcare mobile IT industry, known for its rapid growth and flexibility, continue to deliver its products and services, and safely meet patients' needs.	SERU	SVI
<b>Sager der både er M og I (1 sag)</b>					
<b>6</b>	E-invoicing in public procurement	Legislative	This initiative would eliminate the fragmentation of the Internal Market by promoting the use of B2G e-invoicing in the public sector and enhancing the interoperability of national e-invoicing systems. It would help to reduce the operating costs of enterprises and the procurement costs of public authorities by fostering the automation of procedures related to invoicing.	SERU (M) FAO (I)	MBO KJ
<b>M-sager (25 sager)</b>					
<b>7</b>	EP and Council Decision on the Participation of the Community in the follow-up to the Ambient Assisted Living Joint Programme	Legislative	This initiative concerns the preparation of a co-decision by the European Parliament and Council concerning a follow-up to the AAL Joint Programme, which is a joint research and innovation funding programme established between 23 European countries and with financial support from Framework Programme 7 under Art. 185 of the TFEU.	SERU	SVI
<b>8</b>	European Accessibility Act: improving accessibility of goods and services in the Internal Market	Legislative	Proposal for a Directive to improve the market of goods and services that are accessible for persons with disabilities and elderly persons, based on a "design for all" approach. This business friendly initiative will include binding measures to promote procurement and harmonisation of accessibility standards.	SERU	MBO
<b>9</b>	Public-Public Partnership Eurostars N° 2	Legislative	Renewal of the Eurostars N° 1. It will cover the entire field of science and technology with a bottom-up approach to fit the needs of the R&D performing	SERU	LVI

			SMEs. The budget that will be proposed for Eurostars N° 2 is expected to further increase the leverage effect of the national investment already produced by Eurostars N° 1.		
<b>10</b>	Legislative proposal on PSO 1370/2007	Legislative	The general objective of the initiative is to ensure high quality and customer oriented domestic rail passenger services with the best value for money for society contributing thereby to creating a true internal market for rail services. In terms of specific objectives the initiative aims at : _ organizing and implement the opening of domestic passenger rail markets; _ creating the framework conditions to ensure absence of discrimination and financial transparency; _ harmonizing regulatory regimes across the EU; and _ ensuring, for the whole railway sector, the effective independence of infrastructure managers from transport operators.	SERU	JON & UNI
<b>11</b>	EU framework for Sustainable Urban Mobility Plans (Urban Mobility Package)	Legislative	The general objective of the action to provide cities with common rules and procedure related to strategic urban mobility decisions, thereby promoting the most cost-effective urban mobility-related solutions to achieve transport policy objectives as established by EU, national and local rules. The specific objectives of this initiative are: - To make sure that the instruments used at local level are sufficiently harmonised so as to allow an efficient flow of goods and people while meeting local, national and EU objectives; - To clarify the essential elements to be included in SUMP and determine appropriate assessment/ validation processes; - To establish a procedural framework to ensure consistency with EU policy objectives.	SERU	JON & UNI
<b>12</b>	Communication on "The Common Strategic Framework Funds and EU economic governance"	Non-legislative	The Communication will analyse how the CSF Funds will contribute to EU economic governance and their role in fostering growth, the importance of a sound macroeconomic framework for the efficient use of the	SERU	MKL

			funds. It will examine the links of CSF Funds with the economic governance procedures and explain how macroeconomic conditionality will be implemented in 2014-20.		
<b>13</b>	Guidelines on national regional aid for the period 2014-2020	Non-legislative	The current regional aid guidelines expire on 31.12.2013. Elements to take into consideration for preparing the new guidelines for the period 2014-2020 include socioeconomic conditions in Member States, national policies aimed at providing financial support to businesses, the Europe 2020 strategy, the review of EU Cohesion Policy and Commission general policy regarding State aid control. The proposal will seek to simplify and to improve the efficiency of control procedures for regional State aid.	SERU	MKL
<b>14</b>	Commission Regulation on the application of Articles 107 and 108 of the Treaty to de minimis aid	Non-legislative	The current De minimis aid Regulation 1998/2006 exempts small amounts of aid (not exceeding €200,000 over a period of 3 fiscal years) from the obligation to notify them in advance for clearance by the Commission. It contributes to the simplification of the State aid rules and allows the Commission to concentrate its enforcement on the most distortive cases. Regulation 1998/2006 applies until the end of 2013. In view of the expiry of the Regulation, the purpose of the revision exercise is to determine whether the current Regulation should continue to apply, be modified or expire in 2013. Issues to be examined include, in particular, the level of the de minimis aid threshold and its scope.	SERU	MKL
<b>15</b>	Community Framework for State aid for Research and Development and Innovation	Non-legislative	The current Research, Development and Innovation ("RDI") Framework expires by end 2013. The objective of the revision is to examine whether the current framework should be maintained or modified. It will in particular be examined whether modifications are appropriate in order to ensure that the State aid rules on	SERU	MKL



			RDI fully contribute to the objectives of the Europe 2020 strategy.		
<b>16</b>	Communication on guidelines for standards-based public procurement of ICT systems	Non-legislative	The objective of the Communication is to identify how and ensure that public authorities make best use of the full range of relevant standards when procuring hardware, software and IT services, for example by selecting standards which can be implemented by all interested suppliers, allowing for more competition and reduced risk of lock-in. Practical guidelines will be included in the Communication	SERU	MBO
<b>17</b>	Proposal for a Council decision on concluding the revision of the Government Procurement Agreement (GPA)	Non-legislative	The Agreement on Government Procurement (GPA) is to date the only legally binding agreement in the WTO on the subject of government procurement. The Parties to the GPA are: Armenia, Canada, European Union, Hong Kong, China, Iceland, Israel, Japan, Korea, Liechtenstein, the Netherlands with respect to Aruba, Norway, Singapore, Switzerland, Chinese Taipei, United States. A commitment for further negotiation has been built in to the Agreement (Article XXIV:7(b)) and the negotiation was launched in 1999. On 30 March 2012, the negotiators agreed on all elements of the negotiation. This means that the revision agreement can enter into force subject to the submission of instruments of acceptance by GPA Parties. In the EU this requires a Council decision after obtaining a consent from the EP.	SERU	MBO
<b>18</b>	Commission Regulation amending Directives 2004/17/EC, 2004/18/EC and 2009/81/EC of the European Parliament and of the Council in respect of their application thresholds for the procedures for the award of	Non-legislative	To revise the thresholds of the procurement directives above which the detailed procedural provisions apply, according to the procedure established for that revision every two years in those directives.	SERU	JPB

	contracts				
<b>19</b>	Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on "The Fourth Railway Package Completing the Single European Railway Area to foster European competitiveness and growth"	Non-legislative	The 2011 Transport White Paper unveiled a vision to establish a Single European Railway Area (SERA) and set out the Commission's approach to ensuring the competitiveness of EU transport in the long term, while dealing with expected growth, fuel security and decarbonisation. An important aspect of the policy is to enhance the role of rail, given the difficulties of reducing oil dependence in other sectors. But this can only be achieved if rail provides efficient and attractive services, and eliminates regulatory and market failures, barriers to market entrance or burdensome administrative procedures which hamper efficiency and competitiveness. This Communication explains the objectives of the 4th Railway Package and presents its content	SERU	JON & UNI
<b>20</b>	Commission Communication on the implementation of TEN-T corridors (interpretive guidelines)	Non-legislative	The Communication would follow up the adoption of the new TEN-T guidelines (COM(2011)650) to support the implementation of corridors. The co-legislators are likely to adopt the proposed Regulation on Union guidelines for the development of the TEN-T in the course of 2013. One of the key new elements of the future transport infrastructure policy is the instrument of the multimodal core network corridors (Initiative 35 of White Paper), which should help to achieve the core network by 2030.	SERU	JON & UNI
<b>21</b>	Horizon 2020 rules for submission of proposals, ethics review, evaluation, selection and award procedures	Non-legislative	The document will set out the rules for the submission and evaluation of proposals, and the related selection and award procedures. It will be applicable to all DGs and funding bodies implementing Horizon 2020. The aim will be to ensure a coherent approach across Horizon 2020, while providing the necessary options and flexibility in recognition of the specificities of different parts of the programme.	SERU	KHS & ASA
<b>22</b>	Implementation and	Non-legislative	The Commission Communication for Horizon 2020 –	SERU	KHS & ASA

	management of the Horizon 2020 Participants Guarantee Fund (PGF)		The Framework Programme for Research and Innovation - consists of a set of proposals launched by the European Commission for funding Research and Innovation over the period 2014-2020 (Horizon 2020) including a proposal for a single set of Rules for Participation and Dissemination, that provides that a participant guarantee fund (PGF) shall cover the risk associated with non-recovery of sums due to the Union under actions financed in this programme. The proposed Commission decision is necessary for defining the detailed modalities for managing the PGF.		
<b>23</b>	"Commission Staff Working Paper The Evaluation and Reporting Strategy for the Horizon 2020 Framework Programme"	Non-legislative	The document is intended to provide additional guidance on the way programme evaluation and reporting will be implemented under the Horizon 2020 Framework Programme. This includes notably additional information on the overall evaluation planning for the different activity lines and on the use of indicators to monitor the progress of the Horizon 2020 Framework Programme towards its main objectives.	SERU	KHS & ASA
<b>24</b>	Staff Working Document. Progress report on health inequalities in the EU 2012: towards Solidarity in Health.	Non-legislative	This initiative will report about the implementation of the EU strategy on health inequalities 'Solidarity in health' and will take stock of the health inequalities situation at EU level and in the Member States.	SØS	BIH
<b>25</b>	Public-Private Partnership 'Innovative Medicines Initiative'	Legislative	Renewal of IMI N°1 with enlarged scope (will involve not only pharmaceuticals industries but also industries from biotechnology, vaccines, biomedical imaging, medical information technologies). Making better screening, diagnosis, prevention and treatments available to the patient and accessible to citizens, while being cost effective for the health care systems throughout Europe.	SØS	LSE
<b>26</b>	Long-term care in ageing societies - Challenges and policy options	Non-legislative	Following the Commission staff working document (Q4 2011) and the discussions in the SPC and the SPC's working group on ageing issues, this Communication should present policy orientations for	SØS	LSE

			tackling developments in needs for long-term care provision.		
<b>27</b>	Commission Recommendation: common framework for a unique device identification system of medical devices in the EU	Non-legislative	After Poly Implant Prothèse (PIP) fraud case, it was established to adopt a set of measures under existing legislation as an immediate reaction, including the Recommendation on unique device identification (UDI) system. The PIP scandal showed that traceability in the EU needs to be regulated, therefore the Commission planned to set up a UDI system, as set in the proposed regulations on Medical devices and In vitro medical devices. Until they enter into force, should MS decide to develop their own UDI systems, this Recommendation provides them with general guidance to facilitate the compatibility of UDI mechanisms developed at national level with each other and with the future EU UDI system.	SERU	JAR
<b>28</b>	Implementation report on Council Recommendation on action in the field of rare diseases and Commission Communication on Rare Diseases: Europe's challenges.	Non-legislative	description to be included	SØS	MHS
<b>29</b>	Review of Institutions for Occupational Retirement Pensions Directive	Legislative	A review of this Directive is required in view of the importance of ensuring that appropriate structures are in place to fund retirement.	FAO	BKR
<b>30</b>	Commission Communication on a new EU strategy on safety and health at work (2013-20)	Non-legislative	The Communication will build on the current strategy and build on the final evaluation of the current strategy, in particular in terms of a) enhancing occupational health and safety (OSH) governance at EU level, in particular as regards the establishment of national OSH strategies and the coordination of Member States' policies b) improving implementation of the EU legal framework c) promoting health and safety at the workplace, by supporting the Member States' efforts through European campaigns and awareness raising initiatives.	FAO	BKR

<b>31</b>	Commission Regulation amending Commission Regulation (EC) No 800/2008 of 6 August 2008 declaring certain categories of aid compatible with the common market in application of Articles 87 and 88 of the Treaty	Non-legislative	The revision of the GBER, as part of State Aid Modernisation, is directly linked to the Europe 2020 growth strategy and shall make spending more effective by refining general compatibility criteria. It provides exemptions from notification obligations and thus shall further simplify administration, without weakening Commission monitoring.	SERU	MBO
<b>I-sager (25 sager)</b>					
<b>32</b>	Proposal for a Regulation on reducing the costs of broadband infrastructure deployment	Legislative	The draft regulation aims to substantially reduce the cost of deploying high-speed broadband networks across the EU. This would incentivise investment in line with Digital Agenda high speed internet targets. The Regulation would mainly set out rights and obligations directly applicable to telecom operators and other utilities.	SERU	SVI
<b>33</b>	Review of the internal market legislation for industrial products	Legislative	a) Eliminate remaining barriers to trade in the internal market and create a business environment favourable to growth b) Increase the coherence between different pieces of internal market legislation for industrial products and, enhance the quality and efficiency of legislation c) Bring the internal market for industrial products acquis up-to-date with the latest manufacturing practices, developments in the supply-chain and globalization trends	SERU	LVI & PRJ
<b>34</b>	Commission Communication on an EU Strategy for Adaptation to Climate Change	Non-legislative	This initiative builds upon the White Paper "Adapting to climate change: Towards a European framework for action" (COM (2009) 147 final) adopted on 1st April 2009. The White Paper announced the development of a comprehensive EU adaptation strategy by 2013. The general aim of the Strategy is to enhance the preparedness and capacity to respond to the impacts of climatic change in the EU its Member States and regions, down to local level. This is to be achieved by: - mainstreaming	SERU	UNI

			adaptation into different EU policies - enhancing knowledge generation and its dissemination - facilitating cooperation with and between Member States, regions, cities and other relevant stakeholders - better capturing the potential of the private sector, through cost-benefit analysis of action vs. inaction, engaging with insurance, promoting public private p		
<b>35</b>	Social Investment Package for Growth and Cohesion	Non-legislative	Provide guidance on increasing efficiency, effectiveness, and adequacy of social protection systems; improving activating and enabling policies; social inclusion and adequate livelihoods. The Communication will contribute to the Europe 2020 strategy/ European Semester, to the design of social investment in the NRPs and guide Member States in making best use of EU funds, ESF in particular.	SERU	MKL
<b>36</b>	Review of the Community Guidelines on financing of airports and Start-up aid to airlines departing from regional airports	Non-legislative	The initiative aims at assessing the application of the 2005 Commission guidelines, which could lead to the modification of guidelines	SERU	JON
<b>37</b>	Commission Decision on a Public Private Partnership (PPP) in Robotics under Horizon 2020	Non-legislative	The action is part of Horizon 2020, the new EU framework programme for research and innovation (2014-2020). Research expertise in robotics is spread out all over Europe, and hardly any member state has the necessary expertise to develop the robot of the future. European cooperation is needed to pool Research and innovation resources from across the EU, to ensure exchange of knowledge and expertise and to capitalise on the size on the EU internal market for a quick and rapid uptake of innovations across the EU.	SERU	KHS
<b>38</b>	The European Social Fund Supporting Social Investment	Non-legislative	This staff working document (SWD) shows how Member States can use the ESF to implement the CSRs adopted by Council in 2012 by mapping each of the CSRs addressing social issues onto the relevant	SERU	MKL

			thematic objectives and investment priorities from the draft ESF Regulation		
<b>39</b>	Green Paper on Green Infrastructure	Non-legislative	Green Infrastructure combines the maintenance and restoration of ecosystems with the provision of a service they perform (i.e. water retention and purification, carbon sequestration). Further to the introduction of the concept in the 2009 White Paper on Climate Change Adaptation and as a follow up of the 2010 Biodiversity Communication, the objective of this initiative would be to (a) propose a common understanding at EU level on the concept of Green Infrastructure; (b) help to promote its further implementation in a consistent way (in particular in the context of EU-funded investments – e.g. regional policy and CAP funding and (c) facilitate exchange of good practices.	SERU	UNI
<b>40</b>	Report on the setting of a minimum amount of insurance for railway undertakings	Non-legislative	Art. 2 of Regulation require the Commission to submit a report on the adequate coverage of railway undertakings through insurance or equivalent arrangements of the risks that liability provisions in this Regulation impose on them. This report will collect information about insurance coverage of railway undertakings under national law in Member States for liabilities for passengers and luggage. It will assess the adequateness of insurance coverage in the light of requirements in Regulation 1371/2007 and possibly propose measures for ensuring adequate insurance coverage.	SERU	JON & UNI
<b>41</b>	EU Citizenship Report 2013: Progress towards eliminating obstacles to EU citizens' rights	Non-legislative	This report aims at assessing progress towards ensuring the effective exercise of EU citizens' rights through the implementation of the actions announced in the 2010 EU Citizenship report, and at identifying further measures towards completing the removal of remaining obstacles to the enjoyment of EU citizens' rights.	SØS	PRJ
<b>42</b>	Draft proposal for a EP and	Legislative	Set up a formal European network of Public	FAO	BKR

	Council Decision on PES and the functioning of the European labour Market		employment Services pursuant to Article 149 TFEU and articulate its mandate on the development and implementation of a European Labour Mobility Action Plan for modernization and strengthening of PES to make all transitions on labour markets pay.		
<b>43</b>	Initiative ensuring improved enforceability of Regulation 1612/1968 of the Council on freedom of movement for workers within the Union	Legislative	This initiative is aimed at improving the enforceability by Regulation 492/2011 (codifying Regulation 1612/68) on freedom of movement for workers within the Union. It will contribute to remove existing barriers to mobility of EU workers by enhancing the enforcement of rights conferred by EU law and providing information and legal support to EU mobile workers facing discrimination based on nationality	FAO	BKR
<b>44</b>	Proposal of Council Decision authorising Member States to ratify ILO Domestic Workers Convention No.189	Legislative	The proposal aims to authorise Member States to ratify the Domestic Workers Convention No 189 of the International Labour Organisation (ILO). Such authorisation is necessary, as parts of the Convention fall under Union competence. Ratification of ILO up-to date Convention is promoted by the European Union and the Commission urged Member states to ratify the Convention in the context of the EU strategy against trafficking in Human Beings.	FAO	BKR
<b>45</b>	Insurance – Solvency II (Directive 2009/138/EC) Level 2/implementing measures		Introduce the calculation of the new Solvency II risk sensitive capital requirement as well as the level 2 technical measures.	FAO	BKR
<b>46</b>	Outcome of the fitness check on information and consultation directives	Non-legislative	Outcome of the fitness check on information and consultation directives	FAO	BKR
<b>47</b>	Staff Working Document on the evaluation on the current EU Strategy on Health and Safety at Work 2007-2012	Non-legislative	Evaluation on the current EU Strategy on Health and Safety at Work 2007-2012	FAO	BKR
<b>48</b>	Report from the European Commission on Subsidiarity and Proportionality (20 <sup>th</sup>	Non-legislative	The Commission reports on the application of the principle of subsidiarity and proportionality in 2012.	SERU	BXL

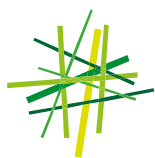


	report on Better Lawmaking covering the year 2012)				
<b>49</b>	Regulation of the European Parliament and of the Council for the European Tourism Label for Quality Systems	Legislative	The key priorities of the 2010 Communication on Tourism are set out by the Europe 2020 objectives of reinforcing the competitiveness of the European economy, including sectors such as tourism. In line with these strategic goals, the general objective is to encourage responsible and sustainable tourism policies and actions across Europe by providing a common reference point for all stakeholders in tourism. The operational objectives are: _ increase awareness among public and private stakeholders of sustainable, responsible and high-quality tourism; make it more attractive for the tourism industry, stakeholders and destinations to adopt sustainable, responsible and high-quality approaches; _ facilitate consumer uptake of high-quality tourism services.	SERU	APR
<b>50</b>	Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council concerning the notification to the Commission of investment projects in energy infrastructure within the European Union (replacing annulled Council Regulation (EU, EURATOM) 617/2010 (case C 490/10).	Legislative	The Regulation will require Member States to notify to the Commission their investment projects in energy infrastructure. The scope of the Regulation includes projects planned (5-year horizon) or under construction, transformation of existing Infrastructure as well as decommissioning projects of a certain size. It covers all kinds of infrastructure (production, transmission and storage) in all energy sectors (oil, gas, electricity, including from renewable sources or nuclear, biofuels, and CCS). It will allow the Commission to get an overall picture of all significant investments in energy infrastructure in the EU. Updated and accurate data are necessary for the Commission to design its infrastructure policy and to address recommendations to MS where important gaps between energy demand and energy supply capacities are identified.	SERU	ORS
<b>51</b>	Communication "An Action	Non-legislative	The aim of the Communication is to lay down a	SERU	SVI

	Plan on Wireless Communications for a Connected Europe "		policy action plan meeting the challenges the EU is facing in the next few years with regard to dynamic market developments and exponential traffic growth in wireless services. Policy objectives include accelerating the roll-out of wireless broadband networks, fostering shared spectrum use, exploitation of EU R&D results on wireless communications and enhancing global spectrum harmonisation.		
<b>52</b>	Commission Regulation amending Commission Regulation (EC) No 800/2008 of 6 August 2008 declaring certain categories of aid compatible with the common market in application of Articles 87 and 88 of the Treaty	Non-legislative	The revision of the GBER, as part of State Aid Modernisation, is directly linked to the Europe 2020 growth strategy and shall make spending more effective by refining general compatibility criteria. It provides exemptions from notification obligations and thus shall further simplify administration, without weakening Commission monitoring.	SERU	MBO
<b>53</b>	Communication on Energy Technologies and Innovation in a future European Energy Policy, including Intelligent Energy Europe III.	Non-legislative	To foster energy technologies development according to the energy roadmap 2050, to promote energy research, demonstration and market deployment actions at EU level and to remove market, regulatory and behavioural barriers to the market deployment of energy innovation (via the IEE III programme).	SERU	ORS
<b>54</b>	Second report from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the implementation of the National Strategy Plans and the Community strategic guidelines for rural development (2007-2013)	Non-legislative	Summary of the main developments, trends and challenges relating to the implementation of the Rural Development National Strategic Plans and the Rural Development Community strategy Guidelines.	SERU	APR
<b>55</b>	Communication from the	Non-legislative	Maritime and coastal tourism is a key area for growth	SERU	APR

	Commission on "Challenges and Opportunities concerning Maritime and Coastal Tourism in the EU".		and employment. It offers additional potential if economic drivers are identified and barriers are removed. Delivering on this potential is a contribution to the Europe 2020 strategy and to the implementation of the EU's Integrated Maritime Policy.		
<b>56</b>	Legislative proposal to amend five EU Directives on health and safety at work as a result of adoption of Regulation (EC) No 1272/2008 on classification, labelling and packaging of substances and mixtures	Legislative	The proposal aims to ensure that the requirements of EU worker protection Directives, which depend on the European Union classification system for chemicals, continue to apply. The amendments should align the Directives with the changes made to the classification and labelling system for chemicals by the Classification Labelling and Packaging Regulation.	FAO	BKR





# Charter for brugerindflydelse

## Medborgerskab og brugerindflydelse

Som borgere i et demokratisk samfund har vi alle ret til selv- og medbestemmelse over vores liv. Brugerindflydelse hører til vores moderne demokratiforståelse og handler om, at borgerne bliver hørt, inddraget og får reel indflydelse i en konkret sammenhæng. Brugerindflydelse sker i et samspil mellem professionelle og borgere, som har brug for ydelser leveret af offentlige eller private aktører.

Mennesker med handicap kan have særlige udfordringer, når det gælder om at være medborgere på lige fod med andre. Et handicap kan betyde, at man optræder i rollen som bruger oftere end andre. Derfor har brugerindflydelse en særlig betydning for denne gruppe.

## Gevinster ved brugerindflydelse

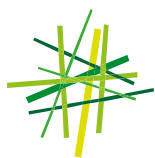
Brugerindflydelse kan give større livskvalitet og bedre løsninger både til gavn for den enkelte og for samfundet. Brugeren kan bidrage til at finde de løsninger, som mest målrettet og effektivt skaber værdi for brugeren. Brugerindflydelse giver grobund for innovation og skaber opmærksomhed om nye muligheder og produkter.

## Hvorfor et charter?

Brugerindflydelse er langt fra nogen ny tanke, men vejen fra de mange gode eksempler til udbredt praksis er stadig lang. Derfor har Det Centrale Handicapråd taget initiativ til et charter om brugerindflydelse. Charteret spiller naturligt sammen med konkrete initiativer til udvikling af for eksempel patientinddragelse, brugerdreven innovation og samskabelse i det sociale arbejde mellem myndigheder, borgere og andre aktører.

At udvikle brugernes indflydelse kræver mod til forandring. Vi skal være indstillet på at ændre både holdninger og strukturer på alle niveauer. Vi skal være parate til at investere i brugeres og professionelles kompetencer i forhold til for eksempel kommunikation, dialog og adgang til viden.

I dette charter er brugerindflydelse kogt ned til seks enkle principper. Charteret skal være et redskab og en inspiration, som man kan spejle arbejdet med brugerindflydelse i på alle niveauer.



## Principper

### 1. Tillid, respekt og lydhørhed

Som bruger skal man kunne bidrage ved at give udtryk for, hvad man oplever som vigtigt, og hvorfor. Som professionel skal man modtage bidraget, sikre sig, at det er forstået rigtigt og vise, at det er respekteret, inddraget og værdsat.

### 2. Ansvar for brugerindflydelse

Brugerindflydelse er et fælles ansvar. Som professionel har man ansvar for at kende og anvende reglerne om brugerindflydelse. Man har pligt til at informere og til at understøtte brugeren i at få indflydelse – tilpasset efter situationen og brugerens forudsætninger. Som bruger har man ansvar for at give sin mening til kende og bidrage til processen efter evne.

### 3. Brugerindflydelse i flere former

Som bruger kan man gøre sin indflydelse gældende personligt, gennem pårørende eller bisiddere, gennem brugerråd og andre repræsentative organer eller gennem organisationer. Som professionel skal man medvirke til, at brugerne kan have indflydelse på den måde, der passer bedst til situationen og til brugernes behov og ressourcer.

### 4. Brugerindflydelse i hele forløbet

Brugerperspektivet er vigtigt i alle dele af et forløb – fra fastlæggelse af mål og midler til praktisk tilrettelæggelse, gennemførelse og vurdering af resultatet. Det indebærer også, at både professionelle og brugere bør være opmærksomme på, at de organisatoriske og institutionelle rammer kan udfordres. Derfor kan brugerindflydelse også give værdifuldt input i forhold til for eksempel arbejdstilrettelæggelse, sagsforløb, produktudvikling eller uddannelse.

### 5. Opfølgning

Som professionel bør man sikre løbende, systematisk opfølgning og vurdering af brugernes mulighed for indflydelse og inddrage brugerne i arbejdet. Det er en fælles opgave at skabe en god dialog om, hvordan brugerindflydelsen kan forbedres.

### 6. Spredning af budskabet om brugerindflydelse

Det er vigtigt at udbrede erfaringer med brugerindflydelse. Som professionel har man ansvar for at udbrede erfaringer og lære af hinanden. Som bruger kan man også bidrage ved at lære af hinanden og give inspiration videre.



## UDKAST

Til Transportministeriet

22-04-2013

Sag nr. 13/562

Dokumentnr. 17824/13

### Danske Regioners hørings svar - evaluering af lov om trafik selskaber

Danske Regioner vil gerne kvittere for en velafbalanceret evaluering, der skelner mellem de områder, hvor lov om trafik selskaber fungerer godt, og de områder, hvor der er behov for at justere i loven.

#### Resume

##### *Øst for Storebælt/Hovedstadsområdet*

- I forhold til organisering og samordning af den samlede kollektive trafik i hovedstadsområdet bakker Danske Regioner op om, at der er behov for en styrket integration af trafik selskabernes aktiviteter, især omfattende de kunde vendte aktiviteter. Såfremt man ender med en model med høj integration, anbefaler Danske Regioner, at det sikres, at denne integration forankres politisk.
- I forbindelse med en større integration af den kollektive trafik i hovedstadsområdet, skal det fastlægges klart, hvilken geografi en mere integreret model skal dække. Skal den fx dække Hovedstadsområdet (inkl. seks kommuner i Region Sjælland), alene Region Hovedstaden, eller hele Østdanmark?
- Danske Regioner bakker op om, at der øst for Storebælt laves en finansieringsmodel svarende til den, der gælder for resten af landet. Et større regionalt ansvar for tværkommunal busbetjening end nu vil bidrage til at løse nogle af de problemer, der har været med udvikling af tværkommunal busdrift og være til fordel for kunderne. Det anbefales, at den andel af bustrafikken, der overdrages til regionerne, svarer økonomisk til regionernes mindre udgifter til administration.
- I forbindelse med en ændret finansieringsmodel for Movia, anbefaler Danske Regioner, at der fremadrettet sikres fleksibilitet i tilrettelæggelsen af busbetjeningen, dvs. så de regionale busruter ikke bli-

Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00  
F 35 29 83 00  
E [regioner@regioner.dk](mailto:regioner@regioner.dk)

ver fastlåste, og så der over årene kan justeres på de regionale ruter ift. ændrede kundebehov.

Side 2

#### *Vest for Storebælt*

- Danske Regioner er meget enig i, at loven generelt har fungeret godt vest for Storebælt, og at der derfor ikke er behov for væsentlige ændringer her.
- Danske Regioner kan tilslutte sig, at man bør forbedre samarbejdet om køreplanlægning mellem statsligt finansierede togoperatører og trafikselskaberne inden for de eksisterende rammer.
- Samtidig er der imidlertid også behov for et styrket samarbejde i den kollektive trafik på tværs af aktørerne på et overordnet niveau. Danske Regioner vil derfor anbefale, at der nationalt udarbejdes et samlet strategisk fundament for hele den kollektive trafik, som inddrager alle kollektive transportformer, og derfor alle trafikselskaber, staten, regioner og kommuner.
- Danske Regioner tilslutter sig, at det er vigtigt, at kommuner, regioner og trafikselskaber har et fælles strategisk grundlag for en trafikplan i trafikselskabets område. Der bør imidlertid sikres metodefrihed til, hvordan man lokalt finder det mest hensigtsmæssigt at gennemføre det konkrete samarbejde herom.
- Der lægges i evalueringen op til, at der i et sådant strategisk grundlag også indgår et flerårigt budget. Dette kan i praksis vanskeliggøres af étårige aftalerammer og budgetlovens snævre rammer. Det kan være relevant at have hensigtserklæringer fra regioner og kommuner om stabilitet i busudbuddet. Dette ændrer naturligvis ikke ved, at Regionsrådene og Kommunalbestyrelserne fortsat har ret til at prioritere deres budgetter fra år til år, hvilket gør det vanskeligt at forpligte regioner og kommuner i forhold til flerårige budgetter.

#### *Øvrige områder*

- Danske Regioner er enig i, at man bør bevare den nuværende størrelse af bestyrelserne. Danske Regioner anbefaler dog, at fordelingen af repræsentation mellem kommuner og regioner skal justeres, så den afspejler den økonomiske byrdefordeling mellem ejerne.
- Danske Regioner støtter forslaget om en fælles kontoplan for trafikselskaberne. Men samtidig anbefaler Danske Regioner, at datoen for vedtagelsen af trafikselskaberne budgetter skubbes, så de vedtages efter regioners og kommuners budgetter.



### *Paraplyorganisation for aktiviteterne i hovedstadsområdet.*

Danske Regioner er enig i, at der er behov for en styrket integration af trafikselskabernes aktiviteter, der har fokus på at skabe sammenhæng på tværs af de kollektive transportformer og på tværs af geografi – og også meget gerne på tværs af kollektiv trafik og øvrige transportformer. Dette gælder ikke mindst kundevendte aktiviteter som kundeservice, trafikinformation på tværs, markedsføring og billetinitiativer – men evt. også grundlæggende funktioner som overordnet strategisk trafikplanlægning, herunder indbyrdes koordinering af omlægninger.

Danske Regioner anbefaler, at der – såfremt der vælges en model med høj integration – sikres en forankring af samarbejdet på politisk niveau for at sikre tilstrækkelig politisk opmærksomhed og legitimitet af beslutningerne i paraplyorganisationen. I forbindelse med processen omkring etableringen af organisationen anbefaler Danske Regioner, at det bliver en repræsentation af regioner, kommuner og trafikselskaber, der i fællesskab skal komme med et forslag til organisering af paraplyorganisationen – ikke blot selskaberne.

I forbindelse med overvejelserne omkring en paraplyorganisation for de kundevendte funktioner skal afgøres, hvilken geografi den mest hensigtsmæssigt skal dække. Skal den fx dække Hovedstadsområdet (inkl. seks kommuner i Region Sjælland), alene Region Hovedstaden, eller hele Øst-danmark? Overvejelserne skal dels tage udgangspunkt i den trafikale sammenhæng for alle passagererne på Sjælland men også i den organisatoriske opbygning med to regioner på Sjælland og de to trafikselskaber DSB og Movia på Sjælland.

Se desuden Region Hovedstadens og Region Sjællands egne høringsvar herom.

### *Finansiering af busdrift*

Danske Regioner tilslutter sig en finansieringsmodel øst for Storebælt, svarende til den, der gælder for resten af landet, hvor administrationsomkostningerne fordeles i relation til indkøb af trafik i stedet for som i dag at blive afholdt af regionerne. Dette vil øge kommunernes incitamenter til at medvirke til at holde trafikselskabets administrationsomkostninger nede og harmonisere finansieringen, så der er ensartede regler i hele landet.

Regionerne bør for de frigjorte midler overtage trafikbestillingen for en del af den nuværende tværkommunale kørselsforpligtelse. For det første vil det mindske de incitamentsproblemer, der er i dag i forhold til kommunernes samarbejde om ruterne. For det andet er det regionernes opfattelse, at der har været for lidt udvikling af bustilbuddet i hovedstaden siden kommunalreformen pga. kommunernes incitamentsproblemer, og også – i mindre omfang – fordi Region Hovedstaden pga. lovgivningen har været fastlåst i forhold til udvikling af nye ruter.

For det andet vil det kunne sikre DUT-neutralitet imellem stat, kommuner og regioner. DUT-neutralitet forudsætter dog, at regionernes *totale* økonomi påvirkes neutralt af omlægningen fra at finansiere administration samt driftslån, rejsekortlån mv. til at finansiere busbetjening. Dvs. man skal se på såvel økonomien i de busruter, der overgår til regionalt ansvar, som regionernes øvrige økonomiske forpligtelser, bl.a. finansiering af rejsekort.

*Samarbejdet mellem statslig, regional og kommunal kollektiv trafik uden for hovedstadsområdet.*

Danske Regioner kan tilslutte sig, at man bør forbedre samarbejdet mellem trafikselskaberne og de statsligt finansierede togoperatører omkring køreplanlægning inden for de eksisterende rammer – og at statsligt finansierede togoperatører indskærpes at udmelde køreplansændringer til trafikselskaberne i tide

Samtidig er der imidlertid også behov for et styrket samarbejde i den kollektive trafik på tværs af aktørerne på et overordnet niveau. Danske Regioner vil derfor anbefale, at der nationalt udarbejdes et samlet strategisk fundament for hele den kollektive trafik, som inddrager alle kollektive transportformer, og derfor alle trafikselskaber, staten, regioner og kommuner. Dette gælder bl.a. en eksplicit stillingtagen til, hvor stor en andel af den kollektive trafikvækst, tog henholdsvis bus bør stå for i årene frem mod færdiggørelsen af de planlagte større jernbaneprojekter, og hvordan man sikrer den størst mulige synergi mellem udviklingen af de enkelte kollektive transportformer i forbindelse med implementeringen af timemodellen og andre store jernbaneinvesteringer.

*Ansvars- og finansieringsmodel uden for hovedstadsområdet*

Danske Regioner er enig i, at samarbejdet mellem kommuner, regioner og trafikselskaber generelt fungerer godt uden for hovedstadsområdet.

Danske Regioner kan tilslutte sig, at det er vigtigt, at kommuner, regioner og trafikselskaber har et fælles strategisk grundlag for en trafikplan i trafikselskabets område. Der bør imidlertid sikres metodefrihed til, hvordan man lokalt finder det mest hensigtsmæssigt at gennemføre det konkrete samarbejde herom. Dette blev også fremhævet i den rapport, som en fælles arbejdsgruppe Danske Regioner, KL og Transportministeriet tidligere har udarbejdet.

Der lægges i evalueringen op til, at der i et sådant strategisk grundlag også indgår et flerårigt budget. Dette kan i praksis vanskeliggøres af étårige aftalerammer og budgetlovens snævre rammer. Der er behov for stabilitet i busdriften, og det kan derfor være relevant at have hensigtserklæringer fra regioner og kommuner om at sikre stabilitet i busudbuddet fra år til år samt sikre at trafikselskab og øvrige parter bliver varslet i god tid, hvis der planlægges nedskæringer i budgettet til kollektiv trafik. Dette ændrer naturligvis ikke ved, at Regionsrådene og Kommunalbestyrelserne fortsat har ret til at prioritere deres budgetter fra år til år, hvilket gør det vanskeligt at forpligte regioner og kommuner på flerårige budgetter. Dette udelukker dog ikke, at man lokalt i det enkelte trafikselskab kan indgå flerårige aftaler om service-niveau og budgetter mellem trafikselskabet og en eller flere bestillere.

#### *Bestyrelsens opgaver og sammensætning*

Danske Regioner er enig i, at hensynet til, at bestyrelserne af trafikselskaberne kan være beslutningsdygtige og operationelle, gør, at man bør bevare den nuværende størrelse af bestyrelserne. Danske Regioner anbefaler dog, at justere fordelingen af repræsentation mellem kommuner og regioner, så den afspejler den økonomiske byrdefordeling mellem ejerne.

#### *Mulighed for at trafikselskaberne kan eje faste anlæg*

Danske Regioner støtter principielt forslaget om at give trafikselskaberne ansvaret for drift og opsætning af stoppesteder. For at sikre en tilstrækkelig kvalitet i standarden af stoppesteder bør det i den sammenhæng sikres, at trafikselskaberne får økonomisk mulighed for at kunne udføre opgaven tilfredsstillende, og at ansvarsfordelingen mellem trafikselskabet og den enkelte kommune bliver fuldstændig klar. Dette dækker bl.a. over snittet til kommunernes ansvar for almindelig vedligeholdelse af fx. græs, fliserenholdelse, affaldstømning mm. – og om det er nødvendigt for trafikselskabet at opbygge nye større driftsafdelinger, eller om der kan indgås samarbejds- eller driftsaftaler mellem trafikselskabet og den enkelte kommunes vejafdeling. Der vil kunne forventes en mindre forøgelse af regionernes udgifter i forbindelse med den nye ansvarsfordeling.

### *Bedre budgettering og udgiftsstyring*

Danske Regioner støtter forslaget om at sikre større gennemsigtighed i trafikselskabernes regnskaber på tværs gennem udarbejdelse af en fælles konceptplan for trafikselskaberne. For at undgå, at der er uoverensstemmelse mellem trafikselskabernes og de regionale og kommunale budgetter for kollektiv trafik – som der har været eksempler på – anbefaler Danske Regioner, at datoen for vedtagelsen af trafikselskaberne budgetter skubbes, så de vedtages efter regioners og kommuners budgetter.

### *Mulighed for at almindelige passagerer kan køre med skolebussen*

Evalueringen anbefaler, at loven ændres, så kommuner selv kan bestemme, hvem der må køre med kommunalt betalte skolebusser – kørslen skal dog være gratis for alle passagerer. Dette vil åbne op for, at kommunerne kan drive almindelig rutekørsel uden om trafikselskaberne, rejseplanen mv. Det kan især give problemer ift. kommuner, som har indført gratis bustrafik i kommunen. Danske Regioner mener, at det er positivt at åbne op for at sikre en bedre udnyttelse af skolebuskørslen, særligt i yderområder – men da det samtidig er vigtigt at sikre, at trafikselskabernes konkurrencesituation ikke forværres, anbefaler Danske Regioner, at det, hvis der er tale om flere ruter i en kommune, kræves at de skal udføres som almindelig rutekørsel via trafikselskabet.

### *Tilladelser til rutekørsel*

Evalueringen foreslår, at konsekvenserne af at fjerne kravet om rutetilladelse for almindelig rutekørsel analyseres nærmere. En liberalisering med fjernelse af tilladelseskravet vil efter Danske Regioners opfattelse kunne medføre private parallelruter på strækninger og tidspunkter med mange passagerer men uden kørsel på ydertider, hvilket vil svække sammenhængen i den kollektive trafik, forringe trafikselskabernes økonomi, og derved betyde øgede omkostninger for regionerne. Danske Regioner anbefaler derfor, at alle aspekter af en sådan fjernelse inddrages i analysen og undersøges nøje, før man overvejer at ændre loven. Det gælder bl.a. spørgsmålet, om der kan stilles krav om, hvornår ruten skal befærdes, krav om at trafikselskabernes billetpriser følges, samt konsekvenser for regioners og kommuners udgifter. En model, der svarer til praksis før kommunalreformen kunne evt. indgå i en sådan analyse. Dvs. at behovsprøvningen og tilladelsesadministrationen henlægges til trafikselskaberne, for så vidt angår ruter indenfor eller over 2 regionsgrænser – og at behovsprøvningen og tilladelsesadministrationen for længere fjernruter over 3 eller flere regionsgrænser eller over Storebælt/Kattegat henlægges til Trafikstyrelsen.

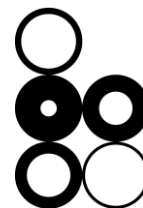
Evalueringen foreslår samtidig at fjerne tilladelseskravet for så vidt angår speciel rutekørsel. Baggrunden for forslaget er et ønske om at lette de administrative byrder og at denne kørsel ikke vurderes at være i konkurrence med den kollektive trafik og trafikskaberne. Danske Regioner er i den sammenhæng bekymret for, hvordan man i fravær af tilladelser efterfølgende vil sikre at reglerne for speciel rutekørsel bliver håndhævet.

Side 7

*Mulighed for at melde sig ud af trafikskabet*

Danske Regioner kan tilslutte sig evalueringens forslag om, at små økommuner uden bro får mulighed for at melde sig ud af trafikskabet – da disse kommuner ikke har busstrafik over en kommunegrænse. Sammenhængen til den øvrige kollektive trafik bør dog sikres, så der fx stilles krav om at ruterne tilmeldes rejseplanen.





30-04-2013

Sag nr. 12/88

Dokumentnr.

LSE, MJP, TAD

Tel. 35 29 81 89

E-mail: lse@regioner.dk

### **Høringssvar fra Danske Regioner**

Danske Regioner har modtaget udkast til rapport ”Forslag til regulering af sundhedspersoners samarbejde med lægemiddel- og medicovirksomheder”.

Danske Regioner skal indledningsvist oplyse, at det ikke har været muligt indenfor tidsfristen at få foretaget en politisk behandling af høringssvaret, hvorfor der tages forbehold for eventuelle politiske bemærkninger.

Generelt kan Danske Regioner tilslutte sig anbefalingerne i rapporten, herunder at samarbejdet med medicovirksomheder reguleres efter samme regler som lægemiddelområdet. Dog er det afgørende, at der ikke skabes unødige hindringer for at fremme klinisk forskning i Danmark. Det er vigtigt, at der med de nye regler ikke åbnes for fortolkning af offentliggjorte data, som vil miskreditere forskerne. Reglerne bør tage udgangspunkt i gensidig tillid mellem grupperne. Det er i borgerens interesse, at sundhedspersoner fortsat ønsker at være med til at drive forskning og udvikling.

Danske Regioner bemærker i den forbindelse, at de nuværende regler i bl.a. forvaltningsloven, lægemiddeloven, og apotekerloven sikrer sundhedspersoners habilitet. Det kan ikke udelukkes, at indførelse af yderligere offentliggørelse og udvidelse til at omfatte sundhedspersoners samarbejde med medicovirksomheder, kan have en negativ effekt på sundhedspersoners motivation til at deltage i forskningssamarbejder. Hvis reguleringen på den måde får en negativ effekt på forskningen, kan det i sidste ende betyde, at den positive betydning, som forskningen har for patienterne, går tabt.

Danske Regioner finder det udmærket med en 3-årig forsøgsperiode.

*Vedr. medicinsk udstyr*

Danske Regioner finder det positivt, at der sker begrænsning til medicinsk udstyr i risikoklasse II (a og b) og III, samt in-vitrodiagnostik. Dette er af stor betydning for forvaltningen af reglerne.

*Vedr. tilknytningsreglerne*

Af hensyn til den praktiske implementering bør det så vidt muligt defineres, hvilke aktiviteter, der skal registreres og hvilke, der skal omfattes af tilladelsesordningen.

Danske Regioner støtter, at det bør være virksomhederne, der indberetter oplysninger til Sundhedsstyrelsen om tilknytning, samt giver besked om indberetningen til sundhedspersonen. Registreringen skal ikke foretages af sundhedspersonen.

Vedrørende samarbejderne om forskning anses den foreslåede registreringsordning som overflødig, idet samarbejderne allerede registreres af virksomhederne ved Sundhedsstyrelsen. Endvidere er der pligt til at anmelde og søge om tilladelse til projekterne til andre myndigheder, herunder Videnskabetisk Komité og Sundhedsstyrelsen (lægemiddelforsøg).

Danske Regioner finder, at der vil være behov for, at ordningen understøttes af en meget klar vejledning i, hvad der defineres som undervisning, og hvad der defineres som rådgivning. Alternativt at begge aktiviteter behandles ens og indgår i Sundhedsstyrelsens godkendelsesordning.

Danske Regioner peger desuden på, at der på et senere tidspunkt kan være behov for at revurdere hvilke faggrupper, der skal omfattes af registrerings- og tilknytningsordningen. Blandt andet er vi bekendt med, at repræsentanter fra lægemiddelindustrien er begyndt at rette henvendelse til kommunalt plejepersonale på bl.a. plejehjem med henblik på at øge afsætningen af konkrete håndkøbslægemidler, hvorfor denne faggruppe kan overvejes omfattet.

Endvidere støtter Danske Regioner anbefalingen fra nogle af arbejdsgruppens medlemmer om, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse tager initiativ til udarbejdelse af en vejledning om, hvorledes myndigheder, videnskabelige selskaber, lægemiddelmyndigheder og andre relevante aktører skal sikre den nødvendige habilitet. Danske Regioner vil gerne tilbyde vo-



res bistand til dette. Det skal dog bemærkes, at habilitet på nuværende tidspunkt er reguleret i henhold til ”Retningslinjer for offentlighed om privat finansiering af forskning ved statslige institutioner” af den 13. januar 2000.

*Vedr. aktie- og anpartsbesiddelser*

I forhold til anbefalingen om, at forbyde sundhedspersoners erhvervelse af aktier og anparter til en værdi over 300.000 kr. i lægemiddel- og medico-virksomheder, bemærker Danske Regioner, at dette kan være forbundet med nogle uhensigtsmæssigheder. En sådan øvre grænse for værdien af aktie- eller anpartsbesiddelser kan gøre det vanskeligt for iværksættere med sundhedsfaglig baggrund at udvikle, opbygge og eje egen virksomhed. Incitamentet til at etablere, starte og udvikle egen virksomhed kan derfor blive mindre.

*Vedr. offentliggørelse af samarbejdet*

Offentlige udbud bør undtages fra kravet om offentliggørelse. Det kan oplyses, at fx Region Hovedstaden har ca. 60-70 tværgående brugergrupper hver med ca. 15 medlemmer, samt et stort antal brugergrupper etableret på det enkelte hospital i forbindelse med udbud, som kun vedrører et enkelt hospital. Disse brugergrupper vil være på ca. 5 personer. De tværgående brugergrupper har sædvanligvis en levetid på 2-3 år (kontraktens levetid), hvorimod brugergrupper på det enkelte hospital nedsættes på ad hoc basis og er langt mere midlertidig karakter. Udbudsprocessen ville således blive sinket grundet bl.a. ressourcetrækket, såfremt forslaget om offentliggørelse heraf forfølges.

Danske Regioner vil foreslå, at offentliggørelsen af virksomheders sponsering af faglige aktiviteter også kommer til at gælde aktiviteter her i landet og ikke kun aktiviteter i udlandet.

I relation til anbefalingen om, at der ikke skal oplyses konkrete beløbsstørrelser, når det drejer sig om økonomisk støtte til faglige aktiviteter og repræsentation afholdt i udlandet, vil Danske Regioner gøre opmærksom på, at dette kan have den effekt, at der sker en ”aktivitetsglidning” til andre lande, hvis der gælder en mindre streng oplysningspligt for arrangementer afholdt i udlandet.

Med venlig hilsen

Tommy Kjelsgaard





02-05-2013

Sag nr. 13/818

Dokumentnr. 20634/13

## **Baggrund vedrørende ligestillingsloven og arbejdet med ligestilling i regionerne og i Danske Regioner**

### *Baggrund om ligestillingsloven*

Ligestillingsloven omhandler ligestilling af kvinder og mænd.

I § 4 omtales de offentlige myndigheders forpligtelser, og det fremgår heraf, at offentlige myndigheder inden for deres område skal arbejde for ligestilling og indarbejde ligestilling i al planlægning og forvaltning.

Indarbejdelse af køn og ligestilling i det daglige arbejde er også kendt som kønsmainstreaming eller ligestillingsvurdering.

Efter ligestillingsloven skal offentlige myndigheder afgive en ligestillingsredegørelse i ulige år. Det skete sidste gang i 2011, og den næste redegørelse skal afgives i efteråret 2013.

Ligestillingsredegørelserne skal give overblik over, hvordan de offentlige myndigheder lever op til ligestillingsloven og skal give borgere, politikere og interesseorganisationer indblik i indsatsen for at fremme ligestilling.

Redegørelserne skal indeholde oplysninger om,

- 1) hvorvidt man har formuleret en ligestillingspolitik,
- 2) den kønsmæssige fordeling i forhold til de enkelte stillingskategorier,
- 3) den kønsmæssige sammensætning af udvalg og
- 4) andre forhold, der skønnes at have betydning for indsatsen.

Ligestillingsredegørelserne samles af ligestillingsministeriet i en rapport og indgår i en benchmarking mellem de offentlige virksomheder.

På [www.ligestillingidanmark.dk](http://www.ligestillingidanmark.dk) offentliggøres såvel redegørelser, benchmarking samt den samlede rapport for det enkelte års redegørelser.

Side 2

### *Arbejdet med ligestilling i regionerne og i Danske Regioner*

Regionernes arbejde med ligestilling og opfyldelsen af ligestillingsloven har udgangspunkt i den enkelte region, herunder i form af politikker og målsætninger, enten selvstændige eller som en selvstændig del af en indsats i forhold til mangfoldighed, herunder etnisk ligestilling mv.

Danske Regioner bistår regionerne fx i spørgsmål om fortolkning af ligestillingsloven, når disse opstår konkret, og varetager generelt regionernes interesser på området, fx i forbindelse med udarbejdelse af høringsvar ved lovændringer eller deltagelse i arbejdsgrupper eller udvalg om emnet.

Lønkommissionen fra 2010 er et eksempel på et omfattende arbejde, som Danske Regioner deltog i og bidrog til, og som bl.a. førte til afklaringen af, at der er ligeløn på det regionale arbejdsmarked.

Ligestilling af mænd og kvinder har været bragt op som tema ved de to seneste overenskomstfornyelser i regionerne, og Danske Regioner har i den forbindelse aftalt forskellige projekter sammen med de faglige organisationer.

Ved OK-11 aftalte Danske Regioner og Sundhedskartellet at gennemføre et regionalt projekt om det kønsopdelte arbejdsmarked. Som led i projektet er der gennemført forskning, som nu skal danne baggrund for drøftelser om mulige initiativer i et dialogforum, som er sammensat af politikere.

Ved de netop gennemførte overenskomstforhandlinger i 2013 indgik Danske Regioner og de faglige organisationer aftale om at gennemføre en kønsmainstreaming af en række generelle aftaler på det regionale område, fx aftalerne om kompetenceudvikling og om regionernes MED-system.

Regionernes indsats for ligestilling er rapporteret i forbindelse med de før-omtalte ligestillingsredegørelser til ligestillingsministeriet, og benchmarkingresultaterne for regionerne for de sidste 3 redegørelser ser således ud:

**Fordelingen af regionernes benchmarkingresultater (2011, 2009 og 2007), kilde: [www.ligestillingidanmark.dk](http://www.ligestillingidanmark.dk)**

Side 3

	<b>Grøn</b> (Arbejder meget med ligestilling)	<b>Gul</b> (Arbejder mindre med ligestilling)	<b>Rød</b> (Arbejder kun lidt med ligestilling)
<b>2011</b>	4	1	0
<b>2009</b>	2	0	3
<b>2007</b>	1	1	3

Resultatet viser en udvikling over tid fra 1 grøn/1 gul/3 røde til 4 grønne/1 gul.

I 2011 var ”Ligestillingspolitik på serviceområder” et blandt flere temaer for redegørelserne, og det fremgår af den samlede rapport for redegørelserne, at 4 ud af 5 regioner arbejdede med ligestilling i forhold til serviceområderne.

Tilsvarende var ”Kønsmainstreaming/ligestillingsvurdering” et tema for redegørelsen. Det fremgår i den forbindelse, at 1 ud af 5 regioner havde en samlet strategi eller plan for at arbejde med kønsmainstreaming/ligestillingsvurdering.





# Mere borger, mindre patient

Et stærkt fælles  
sundhedsvæsen









# Mere borger, mindre patient

Et stærkt fælles  
sundhedsvæsen



# Indhold

Forord .....	7
Sammenfatning: “Mere borger, mindre patient” .....	9
1. Et sundhedsvæsen der hænger sammen .....	12
2. Øget lighed i sundhed .....	20
3. En stærk ryggrad i sundhedsvæsenet – styrket akutberedskab og kræftindsats .....	27
4. Bedre kvalitet og fokus på resultater .....	31
5. Et moderne og effektivt sundhedsvæsen .....	36
Bilag 1. Økonomi .....	45



# Forord

Det moderne behandlingsforløb tager udgangspunkt i borgerens behov, evner og ønsker. Den enkelte borger skal have hovedrollen i eget sygdomsforløb og inddrages fra start til slut. Borgeren skal behandles og plejes så tæt på eget hjem som muligt og helst helt undgå at skulle på sygehuset. Regeringen ønsker, at den enkelte forbliver mest muligt borger og bliver mindst muligt patient.

Regeringen vil et moderne og endnu bedre sundhedsvæsen end i dag.

Regeringens vision er klar. Et sundhedsvæsen, der hænger sammen for borgeren, hvor borgerens behov og egne forudsætninger er udgangspunktet for den måde, sundhedsvæsenet arbejder på, og hvor patienter og pårørende aktivt inddrages gennem hele forløbet. Fra udredning til behandling – og tilbage til hverdagen.

For at realisere den vision kræver det et opgør med traditionelle myndigheds- og faggrænser. Det kræver, at vi i fællesskab nedbryder barrierer for samarbejdet mellem kommuner, sygehuse og praktiserende læger, og det kræver, at vi fordomsfrit ser på, hvor og hvordan opgaven løses bedst til gavn for borgeren.

Vi skal også sætte afgørende ind mod den stigende ulighed i sundhed – med bedre forebyggelse og med fokus på sundhedsvæsenets møde med patienten. Og så skal vi gøre en god kræftbehandling endnu bedre. Vores fælles sundhedsvæsen skal komme alle danskere til gavn – uanset sygdom, indkomst og uddannelse.

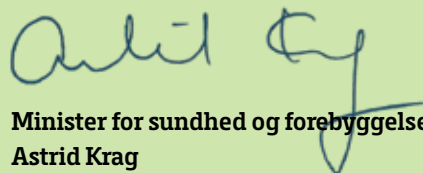
Regeringen har allerede taget fat på at forandre.

Vi har fjernet skattefritagelsen for private sundhedsforsikringer og sat en stopper for favorisering af privathospitalet for i stedet at satse på et stærkt offentligt sundhedsvæsen. Vi har prioriteret penge til at styrke det psykiatriske område for at gøre op med forskelsbehandlingen af mennesker med psykisk sygdom. Og vi indfører en udredningsret, så man inden for én måned kan få at vide, hvad man fejler – i stedet for at blive kastebold mellem forskellige sygehusafdelinger.

Men vi er ikke i mål endnu. Og med udsigten til flere ældre, flere mennesker med kroniske sygdomme og et begrænset økonomisk råderum stiger behovet for en ny og moderne sundhedspolitik.

De mange mennesker, der arbejder i vores sundhedsvæsen, og som hver eneste dag yder en engageret og kompetent indsats er selve udgangspunktet for at forny vores fælles sundhedsvæsen.

Regeringen fremlægger nu et sundhedspolitisk udspil, som udstikker en ny kurs for det danske sundhedsvæsen. Målet er, at den enkelte dansker skal forblive mest muligt borger og mindst muligt patient.



**Minister for sundhed og forebyggelse**  
**Astrid Krag**



# Mere borger, mindre patient

Regeringen vil ét sammenhængende sundhedsvæsen, der tager udgangspunkt i den enkelte borger. Sygehuse, kommuner og praktiserende læger skal arbejde bedre sammen, og borgerens egne ressourcer skal mobiliseres og styrkes. Den enkelte og de pårørende skal inddrages og aktivt deltage i eget sygdomsforløb, så man forbliver mest muligt borger og bliver mindst muligt patient.

Derfor fremlægger regeringen et sundhedspolitisk udspil med fem hovedtemaer:

1. Et sundhedsvæsen der hænger sammen
2. Øget lighed i sundhed
3. Styrket akutberedskab og kræftindsats
4. Bedre kvalitet og fokus på resultater
5. Et moderne og effektivt sundhedsvæsen

Der afsættes 600 mio. kr. i perioden 2014-2017 til nye initiativer. Udspillet markerer dermed regeringens fortsatte prioritering af sundhedsområdet. Udspillet finansieres af omprioriteringer på sundhedsområdet, *jf. bilag 1*.

Udspillet skal drøftes med relevante parter og danner afsæt for regeringens økonomiforhandlinger for 2014 med Danske Regioner og KL.

## 1. Et sundhedsvæsen der hænger sammen

Regeringens mål er, at alle borgere møder et sundhedsvæsen, der hænger sammen, og hvor sundhedspersonale på tværs af sektorer og faggrupper arbejder sammen om og sammen med borgeren. Regeringen vil modernisere og nytænke de praktiserende lægers rolle. Det skal være nemmere at få kontakt til sin læge, og de praktiserende læger skal i højere grad samarbejde med kommuner og sygehuse.

Regeringen vil:

- Nytænke og styrke almen praksis i et sammenhængende sundhedsvæsen, så de praktiserende læger i højere grad samarbejder med det øvrige sundhedsvæsen.

- Styrke sundhedsaftalerne, så der bliver 5 sundhedsaftaler – en i hver region – med nye obligatoriske indsatsområder og konkrete målsætninger.
- Sikre bedre incitamentter til at styrke samarbejdet mellem kommuner og regioner om integrerede og fælles sundhedsløsninger. Der omprioriteres 1/4 mia. kr. årligt til indsatsen.
- Styrke fagligheden i den kommunale sygepleje gennem et tættere samarbejde på tværs af sygehuse, praktiserende læger og kommuner.

## 2. Øget lighed i sundhed

Regeringens mål er, at reducere uligheden på sundhedsområdet. Regeringen vil arbejde for, at alle borgere får gavn af de tilbud og forbedringer, der løbende bliver skabt i det danske sundhedsvæsen – uanset sygdom, indkomst og uddannelse.

Regeringen vil:

- Styrke forebyggelsen ved at sætte nationale mål for danskernes sundhed og afsætte 120 mio. kr. til partnerskaber om at realisere de nationale mål.
- Afsætte 112 mio. kr. til forbedret alkoholbehandling og 42 mio. kr. til rygestop.
- Afsætte 20 mio. kr. til et lighedstjek af sundhedsvæsenet.
- Styrke og ligestille psykiatrien ved at indføre en ny ret til udredning og behandling for psykiatriske patienter samt fremlægge en samlet plan for den fremtidige udvikling, udbygning og prioritering i psykiatrien i efteråret 2013.
- Forbedre svangre- og barselsomsorgen ved at afsætte 40 mio. kr. til at styrke svangre- og barselsomsorgen med særligt fokus på sårbare familier.

### 3. En stærk ryggrad i sundhedsvæsenet

#### – styrket akutberedskab og kræftindsats

Regeringens mål er et sundhedsvæsen med en stærk ryggrad, der kan håndtere, når borgere bliver alvorligt syge og kommer akut til skade.

Regeringen vil:

- Styrke de fælles akutmodtagelser og sikre, at bedste praksis udbredes på tværs af de nye fælles akutmodtagelser til gavn for patienter og pårørende.
- Styrke akutberedskabet ved at etablere en national lægehelikopterordning og fordele en pulje på 50 mio. kr. til yderligere at styrke regionernes akutberedskab.
- Styrke kræftindsatsen med 174 mio. kr. ved at forbedre rehabiliteringsindsatsen og indsatsen overfor multisyge, udvide HPV-vaccinationsprogrammet, sikre et øget fokus på resultater og bedre opfølgingsforløb samt fortsætte processen om etablering af et nyt center for partikelterapi til kræftbehandling af særligt børn.

### 4. Bedre kvalitet og fokus på resultater

Regeringens mål er, at alle borgere modtager behandling af høj faglig kvalitet. Regeringen vil derfor styrke fokus på kvalitet og patientsikkerhed i hele patientforløbet – både på sygehusene, i de kommunale sundhedsydelser og i almen praksis. Det skal blandt andet ske ved en bedre inddragelse af patienter og pårørende.

Regeringen vil:

- Styrke inddragelsen af patienter og pårørende og afsætte 20 mio. kr. til en strategi for inddragelse af patienter og pårørende.
- Styrke genoptræningsindsatsen.
- Styrke fokus på kvalitet og resultater og afsætte 32 mio. kr. til en synlighedsreform, der skal understøtte det kliniske arbejde og bidrage til at skabe øget synlighed om de gode resultater i sundhedsvæsenet.
- Løfte kvaliteten og kompetencerne i den kommunale indsats og afsætte 20 mio. kr. til at styrke patientsikkerhedsindsatsen i kommunerne.

- Løfte kvaliteten i sygehusvæsenet ved blandt andet at afsætte 20 mio. kr. til at forebygge sygehuserhvervede infektioner.

### 5. Et moderne og effektivt sundhedsvæsen

Regeringens mål er, at alle borgere også i fremtiden har adgang til et stærkt fælles sundhedsvæsen. Det stiller krav til, at vi skaber et moderne og effektivt sundhedsvæsen, hvor der skabes mest mulig sundhed for pengene. Derfor skal der i alle led af sundhedsvæsenet sættes fokus på bedre styring, prioritering og produktivitet.

Regeringen vil:

- Foretage målrettede prioriteringer for blandt andet at finansiere udspillet nye initiativer på 150 mio. kr. årligt i perioden 2014-2017, herunder udarbejde retningslinjer på tandområdet med henblik på at målrette tilbuddene.
- Forbedre incitamentsstrukturen i sundhedsvæsenet med fokus på kvalitet og sammenhængende patientforløb, samtidig med at der fastholdes et fokus på produktivitet og omkostninger.
- Sikre en mere effektiv ressourceudnyttelse og realisere gevinsterne ved for eksempel kapacitetsforbedringer.
- Styrke og effektivisere den kommunale patientrettede forebyggelsesindsats.
- Fremlægge en ny digitaliseringsstrategi for at sikre en bedre udnyttelse af sundheds-it og telemedicin.
- Afskaffe unødvendige krav og regler.
- Fremlægge en vækstplan for sundheds- og velfærdsløsninger.



## Centrale initiativer i regeringens sundhedspolitiske udspil

### Et sundhedsvæsen, der hænger sammen for borgerne

- Borgerne skal opleve, at praktiserende læger, kommuner og sygehuse arbejder tæt sammen, så borgerne får koordinerede og sammenhængende forløb. Regeringen vil nedbryde stive fag- og myndighedsgrænser. De 98 sundhedsaftaler skal afløses af én i hver region. Regeringen lægger op til at omprioritere 1/4 mia. kr. i 2014 på sundhedsområdet for at styrke sammenhængende løsninger, hvor sundhedspersonalet arbejder sammen og flytter sig efter borgerens behov på tværs af fag- og sektorgrænser.

### En ny og moderne almen praksis

- Borgere i alle dele af landet skal opleve, at de praktiserende læger arbejder tæt sammen med sygehuse og de kommunale sundhedstilbud. Regeringen ønsker en ny og moderne almen praksis, hvor de praktiserende lægers åbningstid og tilgængelighed er tilpasset borgernes behov, hvor lægerne i højere grad arbejder sammen i større lægehuse, og hvor borgerne har mulighed for at vide, hvad der er god og dårlig kvalitet hos de praktiserende læger.

### Øget lighed og styrket forebyggelse med nationale mål for danskernes sundhed

- Borgernes sundhed skal styrkes. Regeringen vil sætte nationale mål for at forbedre danskernes sundhed og afsætte 334 mio. kr. 2014-2017 til at styrke forebyggelse og lighed i hele sundhedsvæsenet.

### Hurtig udredning og behandling af mennesker med psykisk sygdom

- Borgere med psykisk sygdom skal have hurtig udredning og god behandling. Regeringen vil i takt med, at der udbygges kapacitet i psykiatrien, indføre en ny ret til udredning og behandling for mennesker med psykisk sygdom. Herudover vil regeringen i efteråret 2013 fremlægge en samlet plan for den fremtidige udvikling, udbygning og prioritering i psykiatrien.

### Styrket kræftindsats og bedre kræftbehandling for børn

- Borgere med kræft skal hurtigere tilbage til livet og deres almindelige hverdag. Regeringen vil styrke kræftindsatsen med 174 mio. kr. 2014-2017 med særlig fokus på rehabilitering, forebyggelse og lighed. Regeringen har igangsat en proces om etablering af et helt nyt center for partikelterapi i Aarhus til kræftbehandling af særligt børn.

### Aktiv inddragelse af patienter og pårørende

- Borgerne skal aktivt inddrages og spille hovedrollen i deres sygdomsforløb. Regeringen vil afsætte 20 mio. kr. 2014-2017 til en strategi for inddragelse af patienter og pårørende.

### Øget fokus på kvalitet

- Borgerne har krav på god og effektiv behandling. Regeringen vil fremlægge en synlighedsreform. Synlighed om resultater skal forbedre det faglige kliniske arbejde og bidrage til, at patienterne modtager hurtig udredning, behandling og pleje af ensartet høj faglig kvalitet. Der afsættes 32 mio. kr. 2014-2017 hertil.

### Bedre incitamenter

- Borgerne skal være udgangspunktet for sundhedsvæsenet. Incitamenter i sundhedsvæsenet skal i højere grad understøtte fokus på kvalitet og sammenhængende patientforløb, samtidig med at der fastholdes et fokus på produktivitet og omkostninger.

### Målrettet realisering af gevinster ved bedre styring, prioritering og produktivitet

- Borgerne skal også i fremtiden have adgang til et stærkt offentligt sundhedsvæsen. Regeringen vil i samarbejde med kommuner og regioner sikre et målrettet fokus på at realisere gevinsterne ved bedre styring, incitamenter, prioritering og produktivitet i hele sundhedsvæsenet.

# 1. Et sundhedsvæsen der hænger sammen

For mange borgere oplever i dag behandlingsforløb, der ikke hænger godt nok sammen.

Dårlig kommunikation og manglende samarbejde på tværs af sektorer kan let skabe utryghed og usikkerhed. Det kan også forlænge og forværre den enkeltes sygdom. Det kan betyde flere indlæggelser, som kunne have været undgået. Det er uholdbart. Både for den enkelte og for samfundsøkonomien.

Der sker i disse år en gennemgribende forandring af det danske sundhedsvæsen. Kvaliteten i sygehusvæsenet løftes med 16 nye sygehusprojekter og samling af behandling på færre, nye sygehuse. Og tilsvarende sker der en udbygning af de kommunale sundhedstilbud til borgerne. Vi står midt i denne forandring. Vi skal videre ad denne vej og sikre et sundhedsvæsen, der i højere grad hænger sammen for borgeren.

Vi skal have opbygget en stærkere samarbejdskultur med gensidig respekt for de forskellige faglige kompetencer, der er i de enkelte dele af sundhedsvæsenet.

Regeringens mål er at gøre op med snævre fag- og myndighedsgrænser, og borgere der oplever at falde ned mellem to – eller flere - stole.

Regeringen ønsker et sundhedsvæsen, der hænger sammen, og hvor indsatsen tager udgangspunkt i den enkelte borgers behov og ressourcer. Hvor sundhedspersonale på tværs af sektorer og faggrupper arbejder sammen til gavn for patienten. Og hvor praksissektoren – ikke mindst de praktiserende læger arbejder tæt sammen med kommuner og sygehuse.

## Borgerne skal møde et sundhedsvæsen, der hænger sammen.

### Regeringen vil:

- **Modernisere almen praksis.** De praktiserende læger skal arbejde tættere sammen med kommuner og sygehuse. Regeringen ønsker en ny og moderne almen praksis, hvor lægernes åbningstid og tilgængelighed er tilpasset borgernes behov, hvor lægerne i højere grad arbejder sammen i større lægehuse, og hvor borgerne har mulighed for at vide, hvad der er god og dårlig kvalitet hos de praktiserende læger.
- **Styrke sundhedsaftalerne.** Der skal være fem sundhedsaftaler – en i hver region – og sundhedsaftalerne skal have nye obligatoriske indsatsområder og konkrete målsætninger.
- **Sikre bedre incitament til at samarbejde.** Regeringen lægger op til at omprioritere 1/4 mia. kr. årligt på sundhedsområdet til at understøtte sammenhængende og integrerede sundheds løsninger.
- **Styrke faglighed i den kommunale sygepleje.** Regeringen ønsker at give kommunerne og den kommunale sygepleje bedre og mere systematisk mulighed for at trække på de faglige kompetencer i almen praksis og sygehusregi.

## Hidtidig indsats

- **National handlingsplan for den ældre medicinske patient:** Der er som led i satspuljeaftalen for 2012 afsat 200 mio. kr. i perioden 2012-2015 til 11 konkrete initiativer som for eksempel forløbskoordinatorer og opfølgende hjemmebesøg, der blandt andet skal bidrage til at sikre bedre sammenhæng i patientforløbet.
- **National handlingsplan for udbredelse af telemedicin:** Der er afsat 80 mio. kr. til en national handlingsplan for udbredelsen af telemedicinske løsninger.
- **Styrket kommunal forebyggelse, hverdagsrehabilitering mv.:** Der er med økonomiaftalen for 2013 afsat 300 mio. kr. årligt med henblik på at styrke kommunernes arbejde med forebyggelse og hverdagsrehabilitering for ældre samt kommunernes indsats over for mennesker med kronisk sygdom.

## Nye initiativer

### Nytænkning og styrkelse af almen praksis

Den praktiserende læge er for langt de fleste borgere indgangen til sundhedsvæsenet.

Vi er i gennemsnit i kontakt med vores praktiserende læge syv gange om året. Derfor har den praktiserende læge en unik mulighed for at koordinere og tage hånd om behandlingen sammen med sine patienter. Det gælder særligt den stigende andel af befolkningen, som lider af kronisk sygdom.

Men almen praksis har ikke ændret sig grundlæggende i de seneste mange år, mens det øvrige sundhedsvæsen har gennemgået betydelige forandringer.

Kommunerne er med kommunalreformen tilført væsentlige opgaver vedrørende forebyggelse og genoptræning. Samtidig er vi i fuld gang med at bygge nye sygehuse for over 40 mia. kr. De nye sygehuse vil være krumtappen i det moderne sundhedsvæsen, hvor behandlinger samles på færre, større og mere specialiserede sygehuse. Det betyder bedre kvalitet i behandlingen. Men det betyder også, at nogle borgere vil få længere til nærmeste sygehus.

Ændringerne er sket uden, at almen praksis for alvor er fulgt med.

Der er med andre ord et betydeligt potentiale for, at den praktiserende læge kan spille en endnu større rolle som

centralt bindeled mellem det borgernære kommunale sundhedsvæsen og sygehusene, end tilfældet er i dag. Dette fremgår også af evalueringen af kommunalreformen.

Udfordringerne på praksisområdet understøttes af Rigsrevisionens beretning om aktiviteter og udgifter i praksissektoren, hvor hovedkonklusionen er, at de eksisterende rammer gør det vanskeligt for regionerne at styre aktiviteter og udgifter i praksissektoren, og at der således er behov for ændrede rammer, der giver regionerne bedre styringsmuligheder.

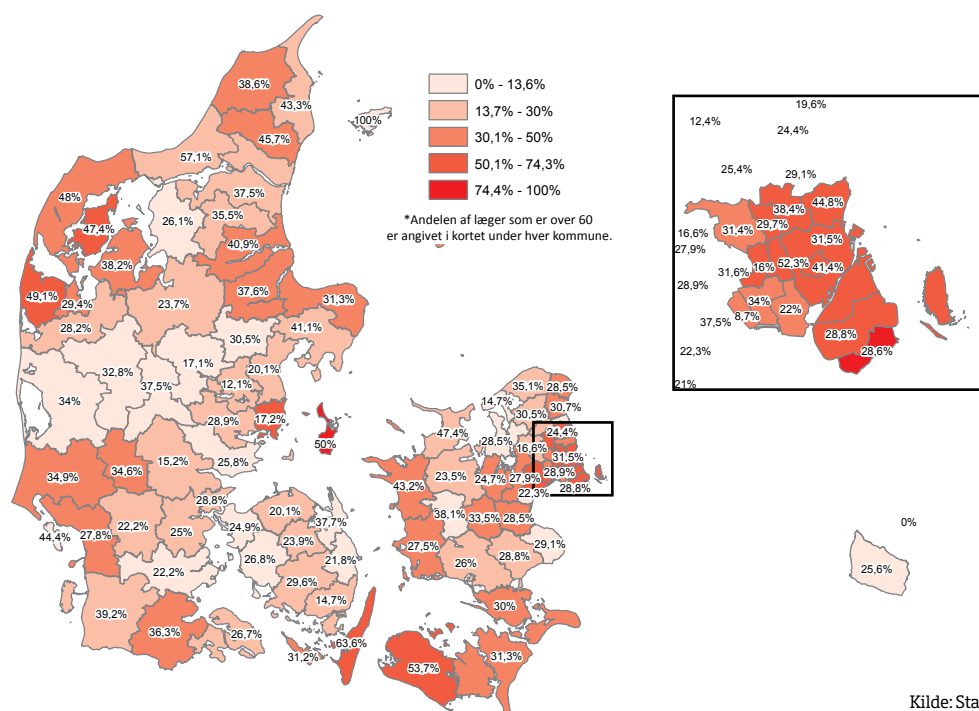
Derfor vil regeringen modernisere og nytænke almen praksis som en integreret del af det samlede sundhedsvæsen. Regeringen vil bringe almen praksis tættere på sygehusene og på de kommunale sundhedsopgaver. Sygehuse, kommuner og praktiserende læger skal arbejde tættere sammen.

Det stiller krav til alle parter – og det stiller ikke mindst krav til fremtidens praktiserende læge. Det gælder for eksempel krav om adgang, tilgængelighed, kvalitet, kompetencer, organisering og effektivitet.

### Fakta om praktiserende læger

Næsten 60 pct. af alle lægepraksis består i dag af kun én læge. Mere end 30 pct. af de praktiserende læger er 60 år eller derover.

**Figur 1:** Andelen af enkeltmandspraksis fordelt på kommuner og andelen af læger over 60 år, 2013



- **Bedre adgang:** Alle danskere skal have adgang til en praktiserende læge, uanset hvor i landet de bor.

I nogle egne af landet er det vanskeligt at rekruttere nye læger til at erstatte de læger, der går på pension. Det kan betyde lang transport eller ventetider for at komme til den praktiserende læge.

- **Større lægehuse:** Regeringen lægger vægt på, at der etableres større lægehuse eller sundheds- og akuthuse, hvor praktiserende læger arbejder i fællesskaber med sygeplejersker og andet sundhedspersonale.

I dag består knap 60 pct. af alle lægepraksis kun af én læge. Større lægehuse og fællesskaber giver mulighed for tværfagligt samarbejde, styrket faglighed, mere sammenhængende behandlingstilbud og mulighed for længere åbningstider til gavn for borgerne. På den måde bliver det lettere for borgerne at komme i kontakt med deres læge – og lettere for borgere med kronisk sygdom at få taget hånd om flere ting på en gang.

Større lægehuse giver også bedre mulighed for at ansætte praksispersonale og drive klinikken mere effektivt, og for at der kan behandles flere patienter end ved solopraksis. Derfor skal de praktiserende læger i højere grad indgå i større lægehuse eller sundheds- og akuthuse og meget gerne sammen med kommunale og regionale sundheds-tilbud.

- **Øget tilgængelighed:** Regeringen ønsker, at almen praksis i højere grad skal indrettes efter borgernes behov. Lægens åbningstider og tilgængelighed skal være fleksible og tilpasset den travle familie.

Hvis det danske sundhedsvæsen fortsat skal være digital frontløber, skal lægen være elektronisk tilgængelig. Mange danskere kan i dag kun kontakte deres læge i et meget begrænset tidsrum og ofte om morgenen, hvor for eksempel børnefamilien i forvejen har et travlt program. Det gør det svært for mange at komme i kontakt med egen læge. Derfor skal telefonåbningstiden i højere grad tilpasses borgernes behov, og alle praktiserende læger skal give mulighed for elektronisk tidsbestilling og kommunikation.



I dag er der geografiske restriktioner i forhold til borgernes valg af læge. Hvis afstanden mellem patientens bopæl og praksis er større end 15 km (5 km i hovedstadsområdet), kan lægen afvise at få tilmeldt patienten. Det betyder, at eksempelvis pendlere, der arbejder langt fra deres bopæl, ikke har mulighed for at vælge en læge nær deres arbejdsplads. Regeringen vil arbejde for, at denne kilometergrænse ophæves, så man som borger får større mulighed for at vælge den læge, man ønsker.

- **Øget fokus på kvalitet:** Alle danskere skal have mulighed for at vide, hvad der er god og dårlig kvalitet hos de praktiserende læger.

Vi har i dag ikke tilstrækkeligt indsigt i kvaliteten og effekten af, hvad den enkelte praktiserende læge laver. Det hæmmer kvaliteten i sundhedsvæsenet.

Regeringen vil arbejde for, at det offentlige får adgang til data om aktivitet og indhold i de praktiserende lægers ydelser, så der sikres kvalitet og sammenhæng til det øvrige sundhedsvæsens ydelser. På samme måde skal borgerne sikres flest mulige oplysninger til brug for deres valg af læge. Begge dele er centrale forudsætninger for en fortsat kvalitetsudvikling af behandlingen i praksissektoren.

- **Bedre sammenhæng og styring:** Borgerne skal opleve, at deres egen læge – ved behov – sender dem videre til det rigtige tilbud i for eksempel kommunen eller på sygehuset, og at lægen også ved, hvordan der skal følges op. Et tæt samarbejde mellem almen praksis, sygehuse og eksempelvis den kommunale hjemmesygepleje er afgørende for at sikre sammenhængende patientforløb.

Når det offentlige betaler for udgifterne til almen praksis – så skal det offentlige også i langt højere grad kunne beslutte, hvilke opgaver der skal løses og hvordan. Sådan er det ikke i dag, fordi de praktiserende læger kan nedlægge veto mod næsten alle beslutninger om opgaver og organisering i almen praksis. Det har udgjort en barriere for at sikre sammenhæng til sygehuse og kommunale sundhedsopgaver – ikke mindst i en tid, hvor sygehuse og kommunale sundhedsopgaver udvikler sig hastigt.

Samarbejdet skal konkret styrkes ved, at regionerne som ansvarlig myndighed får en klar kompetence i tilrettelæggelsen hos den private udbyder i almen praksis. Og ved

at der bliver en tættere sammenhæng imellem de kommunale sundhedsydelse og almen praksis. Derfor skal kommunerne have mere indflydelse på tilrettelæggelsen af opgaver i almen praksis, så der for eksempel sikres samarbejde mellem det kommunale sundhedspersonale og de praktiserende læger.

Til gengæld skal den praktiserende læge lettere kunne indgå i en faglig dialog med de specialiserede læger på sygehusene. Det vil kunne bidrage til, at flere borgere kan behandles hos deres praktiserende læge og dermed undgå sygehusbehandling og u hensigtsmæssige indlæggelser.

- **Hurtig udredning i almen praksis:** Patienterne skal have mulighed for hurtigt at blive diagnosticeret, når de går til deres praktiserende læger.

Når de praktiserende læger og speciallæger bestiller tid til diagnostiske undersøgelser, for eksempel røntgen og laboratorieundersøgelser, på sygehusene er der ofte ventetid. Det forsinker den praktiserende læges udredning af patienten – og kan betyde, at man som patient kommer til at vente længere tid på afklaring.

Det vil være en stor fordel for patienten og samtidig styrke almen praksis og aflaste sygehusvæsenet, hvis disse undersøgelser kan gennemføres hurtigt – meget gerne samme dag – så den praktiserende læge kan komme videre med udredningen, og patienten undgår at blive henvist til videre udredning på sygehuset.

Regeringen indfører en ret til hurtig udredning på sygehuse. Derfor er det også vigtigt, at sikre et tættere samarbejde mellem almen praksis og sygehusene, så flest mulig patienter kan udredes i almen praksis.

- **Bedre styring:** Det er vigtigt, at der i almen praksis – som i resten af sundhedsvæsenet – sættes fokus på aktivitets- og udgiftsstyring.

Der er gode muligheder for bedre udnyttelse af ressourcerne i almen praksis. Sundhedspersonalet på de offentlige sygehuse er blevet mere effektive – og den opnåede gevinst er kommet patienterne til gode. Sådan skal det også være i almen praksis.

## Fakta om hurtig bistand til udredning af patienter i almen praksis

På Sygehus Lillebælt (Vejle, Kolding, Middelfart) kan de praktiserende læger sende deres patienter til røntgenundersøgelser og laboratorieanalyser på sygehuset samme dag. Røntgenbilleder beskrives af en røntgenlæge med det samme, og resultatet er til rådighed for den praktiserende læge allerede sidst på dagen eller næste morgen.

## Eksempler på fælles mål for kommuner og regioner

- Antallet af genindlæggelser skal reduceres for personer med kronisk sygdom.
- Antallet af forebyggelige indlæggelser skal reduceres for ældre medicinske patienter.
- Antallet af færdigbehandlede patienter, som optager en sygehusseng, skal reduceres.

Hele den offentlige sektor ses disse år efter i sømmene. Det er en forudsætning for, at alle patienter forsat kan have fri og lige adgang til sundhedsydelser af høj kvalitet – også i en tid med snævre økonomiske rammer.

### Styrkelse af sundhedsaftalerne

Regeringen vil sikre et mere forpligtende samarbejde om patienterne på tværs af regioner, kommuner og almen praksis. Et samarbejde, der baserer sig på fælles og ambitiøse målsætninger. Og klare aftaler om, hvem der gør hvad. Et samarbejde, hvor kompetencer snarere end ansættelsessted er udgangspunkt for indsatsen.

Regeringen vil derfor nytænke og revidere sundhedsaftalerne, så de kan modsvare fremtidens udfordringer.

Regeringen vil:

- Styrke sundhedsaftalerne. 5 sundhedsaftaler i stedet for 98 – én i hver region – med afsæt i konkrete målsætninger, som aftales mellem regioner og kommuner.
- Fastsætte nye obligatoriske indsatsområder for sundhedsaftalerne med fokus rettet mod personer med kronisk sygdom, patientrettet forebyggelse og sundheds-it.

Samtidig skal sundhedsaftalerne på tværs af indsatsområder sikre fokus på ulighed i sundhed og aktiv inddragelse af patienter og pårørende.

Sundhedsaftalerne mellem kommuner og regioner er den overordnede ramme for samarbejdet på tværs af sektorer.

Evalueringen af kommunalreformen peger på, at der er et behov for at styrke sundhedsaftalerne, så de i endnu højere grad understøtter sammenhængende patientforløb og sætter retningen for samarbejdet mellem regioner og kommuner.

Der findes i dag 98 sundhedsaftaler. Det er mange, og det kan give en række problemer. Det kan blandt andet betyde, at patienter fra samme sygehus og med samme lidelse ikke nødvendigvis får de samme tilbud, når de udskrives. Det kan også gøre samarbejdet mellem kommuner, sygehuse og praktiserende læger vanskeligt og mindre hensigtsmæssigt. For eksempel for et sygehus, der samarbejder med flere omkringliggende kommuner, der organiserer indsatsen forskelligt – eller for en kommune, der samarbejder med flere sygehuse.

## Styrket sammenhæng på tværs af sektorer

“Kirsten” på 65 år har både kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL) og diabetes og har det seneste år været indlagt adskillige gange med vejrtrækningsproblemer. I den forbindelse har hun oplevet, at hjemmesygeplejersken, egen læge og sygehuset ikke altid får videregivet de relevante oplysninger. For eksempel har hjemmesygeplejen ikke været informeret om “Kirstens” udskrivning fra sygehuset, og hendes læge har ikke været opmærksom på det KOL-kursus, kommunen tilbyder. “Kirsten” skal fremover opleve et bedre patientforløb, hvor sygehus, kommune og egen læge har et velinformeret samarbejde om indsatsen for “Kirsten”. Hermed vil “Kirsten” kunne bo så længe som muligt i eget hjem og i højere grad undgå at blive (gen)indlagt på sygehus.

*Dette personeksempel er fiktivt.*

## Fælles borgere – fælles midler

Det er afgørende at forpligtede kommuner og regioner på et tættere samarbejde.

Regeringen vil indenfor de samlede midler til sundhedsområdet prioritere, at kommuner og regioner i fællesskab kan etablere sammenhængende og integrerede sundheds løsninger på tværs af sektorer. Disse sundheds løsninger vil særligt være målrettet ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom.

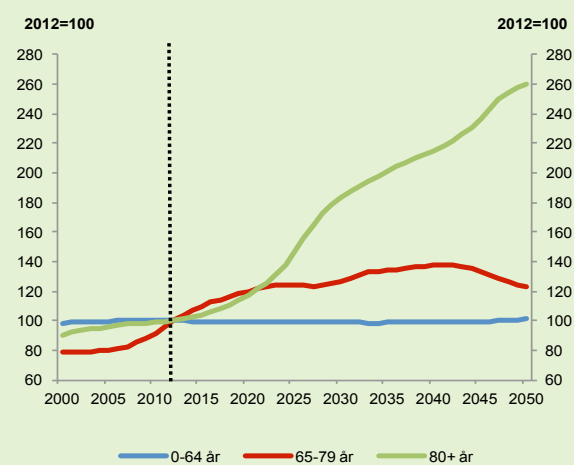
- Regeringen lægger op til at omprioritere 1/4 mia. kr. i 2014 på sundhedsområdet til at understøtte sammenhængende sundheds løsninger, hvor sundhedspersonalet arbejder sammen på tværs af fag- og myndighedsgrænser.

Denne omprioritering skal ses i sammenhæng med en målrettet og flerårig ambition om at få flyttet ressourcer og behandling af særligt personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter væk fra de specialiserede sygehuse, blandt andet til udgående behandling i hjemmet og telemedicinske løsninger. Tilbuddene skal i det omfang, det er muligt, hjem til borgeren og tæt på borgerens dagligdag.

## Fakta om den demografiske udvikling

Antallet af ældre over 80 år fordobles indenfor de næste 20 år.

Figur 2: Den demografiske udvikling, 2000-2050



Kilde: Danmarks Statistik

Regeringen vil drøfte omprioriteringen med KL og Danske Regioner.

## Tættere samarbejde mellem kommuner, sygehuse og almen praksis

Sundhedsvæsenet skal understøtte, at patienten kan tage vare på egen sygdom og inddrages i en ligeværdig dialog.

Regeringen vil understøtte, at opgaverne løses så tæt på borgerens eget hjem og hverdag som muligt og med borgeren som aktiv part.

- Regeringen ønsker at give kommunerne og den kommunale sygepleje bedre og mere systematisk mulighed for at trække på faglige kompetencer i almen praksis og i sygehusregi.

En mere fleksibel inddragelse af de specialiserede kompetencer på sygehusene kan gøre sygeplejersker og SOSU-assistenten i stand til at varetage en lang række opgaver, de ikke varetager i dag. Det gælder for eksempel i forhold til telemedicinsk vurdering af sår.



## Fakta om telemedicin – fra pilotforsøg til stor skala

Telemedicin har i mange år været nævnt som et af svarene på sundhedsvæsenets udfordringer. Men det har været svært at få udbredt de gode løsninger i stor skala.

Det gør regeringen op med. Med den telemedicinske handlingsplan, som blev offentliggjort i august 2012, sættes der gang i Danmarkshistoriens største telemedicinske indsatser.

Eksempelvis udbredes telemedicinsk sårvurdering i disse år til hele landet. Med systemet kan den kommunale sygeplejerske sende billeder og oplysninger om borgerens sår direkte fra borgerens eget hjem. Derefter vurderer lægen på sygehuset informationerne og skriver tilbage til sygeplejersken.

De to sektorer deler dermed informationer, og sygeplejersken kan trække på ekspertisen på sygehuset. Det giver bedre og mere effektiv behandling, så sårene heler hurtigere. Og borgerne undgår transport til og fra hospitalet. Det betyder øget kvalitet for færre ressourcer.

På samme måde skal det kommunale sundhedspersonale, for eksempel sygeplejen, mere forpligtende kunne gøre brug af den sundhedsfaglige viden i almen praksis. En styrket og mere systematisk adgang til faglig sparring med læger med den relevante specialiserede viden vil styrke den faglighed borgeren møder i den kommunale sundhedsindsats. Og give en mere fleksibel opgavevaretagelse, så en stigende andel af borgerens behandling og pleje kan foregå med eget hjem som omdrejningspunkt.

Dette kan for eksempel konkret aftales mellem kommuner og regioner i sundhedsaftalerne.

## Fakta om ældre medicinske patienter

Næsten halvdelen af de ældre medicinske patienter, der indlægges for væskemangel, har været i kontakt med den kommunale hjemmepleje den sidste måned inden indlæggelse.



## 2. Øget lighed i sundhed

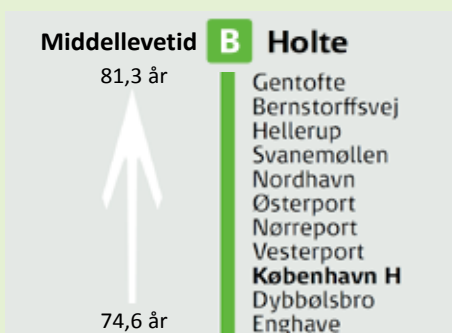
Den rigeste fjerdedel af danske mænd lever i gennemsnit knapt 10 år længere end den fattigste fjerdedel. For 25 år siden var den forskel 5,5 år.

Der bør ikke være så stor forskel på, hvor længe danskerne lever, når man kigger på uddannelse og indkomst. Det er der desværre i dag, og uligheden er vokset. Stigningen i middellevetiden har været størst blandt borgere med lang uddannelse og høj indkomst, mens udviklingen for borgere med kort uddannelse og lav indkomst har været mindre gunstig.

Realiteterne kalder på handling. Regeringen har som mål at reducere den ulighed, der blandt andet er vokset på grund af en manglende opmærksomhed og indsats. Derfor vil regeringen styrke forebyggelsesindsatsen og arbejde for at sikre, at alle får gavn af de tilbud og forbedringer, der løbende bliver skabt i det danske sundhedsvæsen – uanset sygdom, indkomst eller uddannelse.

### En tur med S-toget illustrerer uligheden i Danmark

På S-togsrejsen fra Enghave Station i det sydvestlige København til Gentofte stiger passagerens levetid, så når toget ankommer til Gentofte, kan borgerne i gennemsnit forvente at leve 6,7 år længere.



Kilde: Danmarks Statistik og Københavns Kommune

Regeringen vil tage fat om roden på det, der skaber uligheden på sundhedsområdet, så vi kan mindske uligheden. Der er behov for en indsats, der fokuserer på livsstil, forebyggelse, borgernes opmærksomhed på eget helbred og på, hvordan sundhedsvæsenet kan hænge bedre sammen.

Det kræver politisk handling og et løbende fokus på, hvad der er årsagerne til uligheden på sundhedsområdet. Der er behov for en helhedsindsats, hvor sundhedsvæsenets bidrag vil være et blandt mange.

### Borgernes sundhed skal forbedres, og uligheden skal mindskes. Regeringen vil:

- **Forbedre danskernes sundhed.** Regeringen vil sætte nationale mål for danskernes sundhed og afsætte 120 mio. kr. til partnerskaber om at realisere de nationale mål.
- **Styrke alkoholbehandlingen og hjælp til ryggestop.** Regeringen vil afsætte 112 mio. kr. til forbedret alkoholbehandling og 42 mio. kr. til ryggestop.
- **Gennemføre et lighedstjek af sundhedsvæsenet.** Regeringen vil afsætte 20 mio. kr. til et lighedstjek af sundhedsvæsenet og sikre større viden om, hvor der er behov for at sætte ind med en målrettet indsats.
- **Styrke indsatsen for borgere med psykisk sygdom.** Regeringen vil ligestille psykiatrien og indføre en ny udrednings- og behandlingsret for psykiatriske patienter, og i efteråret 2013 fremlægge en samlet plan for udvikling, udbygning og prioritering i psykiatrien.
- **Forbedre svangre- og barselsomsorgen for nybagne familier.** Regeringen vil afsætte 40 mio. kr. til at styrke svangre- og barselsomsorgen med særligt fokus på sårbare familier.

## Hidtidig indsats

- **Afskaffelse af skattefritagelse for arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer.** Regeringen har afskaffet skattefritagelsen for arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer, der betød, at folk med sundhedsforsikringer kom foran i køen.
- **Beskyttelse mod passiv rygning.** Regeringen har øget beskyttelsen mod passiv rygning på arbejdspladser, i det offentlige rum og sikret røgfrie miljøer på uddannelsesinstitutioner. Regeringen har også sikret en bedre håndhævelse vedrørende salg af tobak til unge under 18 år og salg af alkohol til unge under 16 år.
- **Nyt forebyggelsescenter og forebyggelsespakker.** Regeringen har afsat 13 millioner kroner til et nyt forebyggelsescenter, der skal give kommunerne gode råd og praktisk hjælp i deres indsats for at gøre forebyggelsesarbejdet mere effektivt og ensartet. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en række forebyggelsespakker, som skal hjælpe kommunerne til at prioritere indsatsen og styrke kvaliteten i den borgerrettede forebyggelse.
- **Afskaffelse af egenbetaling for kunstig befrugtning.** Regeringen har afskaffet egenbetaling for kunstig befrugtning og ophævet egenbetaling på lægemidler, som anvendes til fertilitetsbehandling. Egenbetaling for sterilisation og refertilisation er også ophævet.
- **Tilskud til tandlægeregningen for kontanthjælpsmodtagere mv.** Regeringen har målrettet tilskud til tandrensning til voksne med henblik på at sikre, at flere med få penge og store tandproblemer får råd til tandbehandling.
- **Afskaffelse af tolkegebyr.** Regeringen har afskaffet reglerne om, at alle borgere, der har boet i Danmark i mere end 7 år, skal betale et gebyr på 150 kr. for at modtage tolkebistand ved behandling hos læge eller på sygehus.

## Nye initiativer

### Nationale mål for danskernes sundhed

Danskernes sundhed skal prioriteres, og alle borgere skal have mulighed for at leve et langt og sundt liv.

Derfor begynder regeringens sundhedspolitik langt fra sygehusene. Forebyggelse er en af nøglerne til at løse udfordringerne med ulighed i sundhed og for få gode leveår. Derfor vil regeringen styrke forebyggelsesindsatsen væsentligt.

- Regeringen vil sætte nationale mål for udviklingen i danskernes sundhedstilstand de næste 10 år.

De nationale mål vil danne rammen og vise vejen til en bedre forebyggelsesindsats på tværs af sektorer. Målet er, at danskerne, på tværs af postnumre og uanset størrelsen på pengepungen, får en markant bedre sundhed i løbet af de næste 10 år. Målene skal vise vejen til en ambitiøs og

realistisk forbedring af danskernes sundhed 10 år frem i tiden. Blandt andet ved at skabe et fælles fokus for de mange vigtige aktører på området, der findes i civilsamfundet og på tværs af kommuner og ministerier.

Regeringen vil inddrage civilsamfundet mere, end det er tilfældet i dag. Alle danskere har nemlig en vigtig rolle - og kan bidrage til at bringe vores sundhed i den rigtige retning. Derfor vil regeringen opfordre til medejerskab og medansvar, så vi alle kan drage nytte af den værdifulde viden, der findes i civilsamfund, foreninger og virksomheder. De nationale mål vil derfor blive suppleret af en partnerskabsstrategi.

- Regeringen vil afsætte 120 mio. kr. i perioden 2014-2017 til at indgå konkrete partnerskaber med frivillige foreninger, private aktører og erhvervslivet for at understøtte opfyldelsen af de nationale mål.



### Styrket alkoholbehandling og hjælp til rygestop

Regeringen lægger stor vægt på at beskytte særligt børn og unge mod de sundhedsskadelige konsekvenser af rygning og indtagelse af alkohol.

#### Fakta om rygning og alkohol

En ny undersøgelse fra Statens Institut for Folkesundhed viser, at rygning og alkohol forklarer 60-70 procent af den sociale ulighed i dødelighed.

Regeringen er særligt optaget af at sikre bedre hjælp til familier med alkoholproblemer. De får i dag ofte hjælpen meget sent. Regeringen vil derfor styrke den familieorienterede alkoholbehandling for at reducere eller helt undgå de skader, som blandt andet børn i familier med alkoholproblemer er i fare for at udvikle.

#### Styrket alkoholbehandling

“Henrik” på 41 år, som er alkoholiker, skal opleve bedre mulighed for et behandlingsforløb, der også inddrager hans familie. Og hans to børn, som i dag kæmper med ensomhed og utryghed, skal have bedre mulighed for at få hjælp og støtte til at tackle den svære situation det er at være ét blandt de 120.000 børn, der vokser op i en familie med alkoholproblemer.

*Dette personeksempel er fiktivt.*

- Regeringen vil afsætte 112 mio. kr. i perioden 2014-2017 til at styrke alkoholbehandlingen og danskernes sundhed.

Storrygere dør i gennemsnit 8-10 år for tidligt, og der er tre gange så mange storrygere blandt de kortest uddannede. Der er derfor behov for en særlig indsats i forhold til den del af befolkningen, der ryger mest. Regeringen vil bidrage til, at flere storrygere hjælpes til rygestop.

- Regeringen afsætter derfor 42 mio. kr. i perioden 2014-2017 til at hjælpe storrygere med at skrue ned for rygningen.

#### Lighedstjek af sundhedsvæsenet

I Danmark mangler der generelt viden om, hvad sundhedsvæsenet kan gøre for at understøtte større lighed i sundhedsvæsenet.

Regeringen vil derfor give sundhedsvæsenet et lighedstjek og indsamle mere viden om, hvad der skal til for at understøtte større lighed i sundhed, så indsatsen bliver målrettet og effektiv.

Derfor har regeringen taget initiativ til et Lighedsnetværk, som skal se på, hvordan sundhedsvæsenet kan blive en mere aktiv medspiller i forhold til alle grupper af patienter. Lighedstjekket skal desuden bidrage med mere fakta og viden. Tal og data skaber viden, som er helt afgørende for at kunne sætte målet ind og komme uligheden til livs.

#### Fakta om regeringens Lighedsnetværk

Regeringen har etableret et Lighedsnetværk med deltagelse af Region Hovedstaden, Hvidovre Hospital, Region Nordjylland og Sygehus Vendsyssel. De to regioner og sygehuse indgår sammen med Brøndby, Ishøj og Hjørring kommuner i netværket.

Netværket ser på patientens samlede forløb i sundhedssystemet - fra udredning til behandling og rehabilitering. Netværket skal på den måde være med til at afdække, hvor i systemet patienterne oplever ulighed, så vi kan sætte målet og effektivt ind.

Netværket arbejder særligt med kommunikationen i sundhedsvæsenet, brugen af støttepersoner og overgangene mellem hospitalerne, lægerne og kommunerne.



- Regeringen iværksætter en løbende monitorering af uligheden i sundhed, hvor resultaterne årligt vil blive afrapporteret.

Regeringen ønsker større opmærksomhed på, hvad sundhedsvæsenet kan gøre for at sikre større lighed. Der er behov for en kulturforandring i sundhedsvæsenets møde med patienterne.

Regeringen vil derfor med inspiration fra Lighedsnetværket lancere et partnerskab med blandt andre patientforeninger og sundhedspersoner, der også kæmper for mindre ulighed i sundhed. Det skal bidrage til, at arbejdet for øget lighed vil nyde bred anerkendelse og opbakning i sundhedsvæsenet og på forebyggelsesområdet.

- Regeringen vil afsætte 20 mio. kr. i perioden i 2014-2017 til en styrket indsats for lighed i sundhed.

### Ligestilling af psykiatrien

Mange danskere bliver ramt af en psykisk sygdom. 10-20 procent af danskerne skønnes på et givet tidspunkt at lide af psykisk sygdom i varierende grad.

Det kan have alvorlige konsekvenser for ham eller hende, der bliver ramt, men også for familie og venner. Heldigvis er det muligt for langt de fleste at komme sig helt eller delvist efter selv alvorlige psykiske lidelser, hvis de får den rigtige behandling.

Regeringen vil skabe en mere moderne psykiatri og ligestille psykiatrien med resten af sundhedsområdet. Patienter med psykiske og fysiske sygdomme skal have tilsvarende rettigheder og den samme adgang til behandling af høj faglig kvalitet.

- Regeringen vil indføre en ny udrednings- og behandlingsret for psykiatriske patienter.

Psykiatrien har i alt for mange år haft mindre bevågenhed end andre sygdomsområder. Det har blandt andet haft konsekvenser for de psykiatriske patienters rettigheder og behandlingsmuligheder. Det skal ikke være den konkrete sygdom, der afgør, hvilke rettigheder patienten har. Det er på tide, at indsatsen for de psykiatriske patienter får den bevågenhed, den fortjener.

Regeringen har fra dag ét prioriteret psykiatrien højt og taget en række konkrete initiativer på psykiatriområdet.

For at skabe et solidt grundlag for at styrke den fremtidige indsats på psykiatriområdet har regeringen nedsat et udvalg, som skal komme med forslag til, hvordan indsatsen for mennesker med psykisk sygdom tilrettelægges og gennemføres bedst muligt. Udvalget kommer med sine anbefalinger medio 2013.

- Regeringen vil i efteråret 2013 – med udgangspunkt i Psykiatriudvalgets anbefalinger - fremlægge en samlet og langsigtet plan for udvikling og prioritering af indsatsen over for mennesker med psykisk sygdom.

Analysen af både den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats peger på, at der er store forskelle i tilrettelæggelsen af arbejdet og dermed et stort potentiale for en bedre kapacitetsudnyttelse, produktivitet og prioritering. De potentialer skal målrettet realiseres.

Regeringens plan for psykiatrien vil bane vejen til en målrettet realisering af de potentialer til gavn for patienter og pårørende. Det handler om at skabe grobund for at gøre en god psykiatri endnu bedre. Regeringens mål er, at ligestille psykiske sygdomme med de fysiske, så vi kan gøre livet lettere for de danskere, der har psykisk sygdom tæt inde på livet.

## Fakta om overdødelighed i psykiatrien

Patienter, der har været indlagt på en psykiatrisk afdeling, lever i gennemsnit 15-20 år kortere end andre personer.

## Fakta om regeringens hidtidige initiativer på psykiatriområdet

### Kapacitetsudbygning i psykiatrien.

Med økonomiaftalen for 2013 er der prioriteret 200 mio. kr. til at påbegynde en kapacitetsudbygning i psykiatrien med henblik på at forberede indførelse af en udrednings- og behandlingsret i psykiatrien.

### Styrket indsats i psykiatrien.

Med satspuljen for 2012-2015 er der afsat 830 mio. kr. over 4 år til en styrket indsats i psykiatrien. Heraf er 530 mio. kr. afsat permanent. Blandt andet til flere sengepladser i psykiatrien, hurtigere hjælp til børn og unge med psykiske sygdomme, styrket samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis samt udvidelse af målgruppen, der kan få tilskud til psykologbehandling.

### Brugerstyrede senge i psykiatrien.

Med satspuljen for 2013-2016 er der afsat 107,3 mio. kr. til psykiatriområdet: Blandt andet til pilotprojekter om brugerstyrede senge i psykiatrien og styrkelse af unges mentale sundhed.

### Fokus på dødsfald i psykiatrien.

Med finansloven for 2013 er der afsat 4 mio. kr. i 2013 til at undersøge pludselige og uventede dødsfald i psykiatrien.

## Fakta om psykiatriudvalgets fokusområder

Psykiatriudvalget skal blandt andet vurdere mulighederne for, at:

- Forebygge udvikling og forværring af psykiske sygdomme.
- Fremme recovery gennem for eksempel rådgivning, tidlig indsats og rehabilitering.
- Fremme kvalitet i behandlingen og indsatsen, herunder nedbringe behovet for brug af tvang.
- Aktivt at inddrage patient/borger- og pårørende.
- Sikre sammenhæng og kontinuitet i indsatsen for personer med psykiske sygdomme.
- Optimere og tilpasse den samlede kapacitet i forhold til personer med psykiske sygdomme.
- Sikre en god styring og effektiv ressourceanvendelse på området.

## En tryk start på livet – bedre barselsomsorg

Nybagte familier udskrives i dag tidligere til eget hjem, end de gjorde for få år siden. For de fleste er det trygt for barn og forældre at komme hjem. Der er dog samtidig sket en stigning i antallet af nyfødte, der bliver genindlagt i de første par uger efter fødslen. Det skal der gøres noget ved.

- Regeringen vil afsætte 40 mio. kr. i perioden 2014-2017 til at styrke svangre- og barselsomsorgen med særligt fokus på sårbare familier.

Derfor skal den kommunale sundhedsplejes indsats for at sikre barnets trivsel i de første dage efter fødslen forbedres.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet nye retningslinjer for svangreomsorgen. Vi skal særligt være bedre til at opspore de sårbare nybagte forældre hurtigere og tilbyde dem støtte og vejledning. Det giver tryghed for den enkelte familie, når vi kan tilbyde omsorg og forebygge færre genindlæggelser.

## Fakta om svangreomsorg

9 pct. af nyfødte børn af forældre med grundskole som højest opnået uddannelsesniveau genindlægges inden for 28 dage efter fødslen. Kun 6 pct. af nyfødte børn af forældre med en lang uddannelse genindlægges inden for 28 dage efter fødslen.



### 3.

# En stærk ryggrad i sundhedsvæsenet – styrket akutberedskab og kræftindsats

Regeringen vil styrke sundhedstilbuddene tæt på borgerne. Samtidig gennemgår sygehusene i disse år en stor og helt afgørende omlægning, der skal give det danske sundhedsvæsen en stærk ryggrad, der kan håndtere, når borgerne bliver alvorligt syge og kommer akut til skade.

Som led i denne omlægning går vi fra en sygehusstruktur med omkring 40 skadestuer til en helt ny sygehusstruktur med 21 akutsygehuse og nye fælles akutmodtagelser. Det sker for at sikre, at alle borgere på tværs af landet kan tilbydes samme høje faglige kvalitet i behandlingen – alle døgnets 24 timer og alle ugens 7 dage.

Den nye sygehusstruktur understøttes af en historisk investering i nye sygehusbyggerier på mere end 40 mia. kr.

Den nye sygehusstruktur betyder også, at en del danskere får længere til nærmeste sygehus. Derfor vil regeringen styrke det akutte beredskab med en national lægehelikopterordning, så alle – uanset hvor i landet de bor – får en tilfredsstillende akutbehandling.

Med den nye sygehusstruktur, nye sygehusbyggerier, kræftplaner, en ny patientret om hurtig udredning m.v. er der taget en række initiativer til at løfte kvaliteten og patientsikkerheden i sygehusvæsenet. Sammen med kompetente medarbejdere og ledere udgør det en stærk ryggrad i sundhedsvæsenet. Men der er behov for at hæve ambitionsniveauet yderligere.

## Borgere, der er alvorligt syge eller kommer akut til skade, har krav på en hurtig og kvalificeret indsats. Regeringen vil:

- **Styrke de fælles akutmodtagelser.** Regeringen vil sikre, at bedste praksis udbredes på tværs af de nye fælles akutmodtagelser til gavn for patienter og pårørende.
- **Sikre danskerne den bedst mulige akutbehandling.** Regeringen vil etablere en national lægehelikopterordning med tre døgnbemandede lægehelikoptere og fordele en pulje på 50 mio. kr. til yderligere at styrke regionernes akutberedskab.
- **Styrke indsatsen for borgere med kræft med 174 mio. kr.** Regeringen vil:
  - Fortsætte processen om etablering af et nyt center for partikelterapi i Aarhus til kræftbehandling af særligt børn.
  - Forbedre rehabiliteringsindsatsen for kræftpatienter og indsatsen overfor multisyge.
  - Udvide HPV-vaccinationsprogrammet.
  - Sikre et øget fokus på resultater og bedre opfølgingsforløb.

## Hidtidig indsats

- **Ny sygehusstruktur og massive sygehusinvesteringer.** Frem mod 2020 vil der blive gennemført investeringer for mere end 40 mia. kr. i nye sygehuse. Regeringen og Danske Regioner har afsat en lånepulje på 1 mia. kr., der giver mulighed for en opgradering til de skrappeste energimæssige bygningskrav i forbindelse med de nye "supersygehuse". På den måde går opførelsen af de moderne sygehuse hånd i hånd med regeringens grønne klimapolitik.
- **Visiteret adgang til akutmodtagelser.** Regeringen og Danske Regioner er enige om frem mod foråret 2014 gradvist at indføre visiteret adgang til landets akutmodtagelser. Det vil bidrage til at sikre patienten det rette behandlingstilbud og en mere effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer.
- **Ret til hurtig udredning.** Regeringen indfører med virkning fra september 2013 en ny udredningsret, som giver patienterne ret til udredning i sygehusvæsenet inden for 30 dage. Det skal sikre patienterne hurtigere udredning, så den rette behandling kan blive igangsat - og vil særligt komme sårbare patienter til gode, der ikke har stærke ressourcer og netværk at trække på.
- **Differentieret ret til udvidet frit sygehusvalg.** Regeringen har differentieret retten til udvidet frit sygehusvalg, så patienter med mindre alvorlig sygdom kan vente op til 60 dage, mens patienter med alvorlig sygdom kan vente op til 30 dage, hvilket vil skabe bedre rum til at prioritere de mest syge patienter først.

## Nye initiativer

### Styrkelse af de fælles akutmodtagelser

Som led i den nye sygehusstruktur etablerer regionerne i disse år nye fælles akutmodtagelser, som skal modtage de akutte patienter på sygehusene. For patienterne betyder det en ny organisation, hvor speciallægen er med i front. Og hvor patienter i alle dele af landet døgnet rundt vil blive tilbudt samme høje niveau af behandling. Det skaber lighed og tryghed for borgerne, når for eksempel den erfarne speciallæge i samarbejde med dygtige kolleger tager sig af patienten.

- Regeringen vil tage initiativ til en faglig gennemgang af regionernes arbejde med at etablere fælles akutmodtagelser. Og på den baggrund komme med en række anbefalinger, der skal sikre, at bedste praksis udbredes på tværs af de nye fælles akutmodtagelser til gavn for både patienter og personale.

De fælles akutmodtagelser er et helt centralt omdrejningspunkt for fremtidens sundhedsvæsen. Det gælder både for hverdagen på sygehusene og den samlede investering

i nye sygehusbyggerier på mere end 40 mia. kr. Men også for sygehusenes samarbejde med kommuner og praktiserende læger.

De første erfaringer viser imidlertid, at de fælles akutmodtagelser etableres i forskelligt tempo og med meget forskellige organisatoriske tilgange i de fem regioner. For at patienterne skal få det fulde udbytte af de nye fælles akutmodtagelser er det vigtigt, at de bedste løsninger og bedste praksis bliver delt og udbredt på tværs af regionerne i landet.

### Forbedret akutberedskab

#### – national lægehelikopterordning og akutpulje

Regeringen vil sikre danskerne den bedst mulige akutbehandling. Som borger skal man - uanset hvor i landet man bor - føle sig sikker på at kunne få hjælp i tide i tilfælde af akut sygdom eller en ulykke. Derfor styrker regeringen det præhospitale akutberedskab.

- Der etableres en national lægehelikopterordning med tre døgnbemandede lægehelikoptere, som får base i Skive, Billund og Ringsted.

En national helikopterordning vil betyde, at alvorligt syge og svært tilskadekomne patienter hurtigt kan få den rigtige hjælp og blive transporteret til det specialiserede sygehus, hvor de kan få den behandling, de har brug for. Særligt for borgere i landets yderområder vil en helikopterordning skabe yderligere tryghed.

Regeringen har afsat 41,4 mio. kr. i 2013 og 126,7 mio. kr. fra 2014 til en national lægehelikopterordning.

Der er dog fortsat områder i landet, hvor der efter regional vurdering kan være grundlag for at styrke akutindsatsen.

- Regeringen vil i foråret 2013 udmønte en pulje på 50 mio. kr. til yderligere at styrke regionernes akutberedskab.

Midlerne kan blandt andet bruges til akutbiler og akutlægebiler i de områder af landet, hvor lægehelikopteren kan være længere tid om at nå frem.

### Styrket indsats for borgere med kræft

Hver tredje dansker får kræft i løbet af sit liv. Det er årsag til utryghed og sorg i mange familier. Indsatsen på kræftområdet er derfor helt central i det danske sundhedsvæsen. Målet er at få flere kræftramte danskere tilbage til en rask og normal hverdag.

Der sker en række markante forbedringer på kræftområdet i disse år. Men der er behov for et endnu højere ambitionsniveau, hvor vi skal have mere ud af midlerne.

### Fakta om kræft

225.000 danskere lever i dag med en kræftsygdom. Det er 65.000 flere end for 10 år siden. Det skyldes blandt andet, at flere overlever deres kræftsygdom. Blandt dem, der får konstateret en kræftsygdom, er 51 pct. af mændene og 56 pct. af kvinderne i live 5 år efter.

Regeringen vil sætte særlig fokus på børnekræft, rehabilitering, forebyggelse og lighed.

Vi vil styrke behandlingen af kræftramte børn og andre sårbare grupper. Partikelterapi er en lovende behandlingsform, som særligt er relevant for børn og andre sårbare grupper, da den er mere skånsom og giver mindre risiko for alvorlige bivirkninger end almindelig strålebehandling.

- Regeringen har igangsat en proces om etablering af et dansk center for partikelterapi i Aarhus, der særligt vil gavne behandlingen af børn.

Regeringen vil endvidere styrke rehabiliteringen af kræftpatienter. Flere og flere overlever heldigvis det at få en kræftsygdom. 225.000 danskere lever i dag med en kræftsygdom, og langt de fleste har været igennem et krævende behandlingsforløb. Den styrkede rehabiliteringsindsats vil have fokus på at sikre, at den store gruppe af danskere, der oplever at få en kræftdiagnose, hjælpes tilbage til at meningsfuldt liv hos familie og venner.

### Styrket rehabilitering af kræftpatienter

“Jens” på 54 år har været igennem et krævende og omfattende behandlingsforløb for tarmkræft med operation og kemoterapi. “Jens” skal fremover få bedre mulighed for at vende tilbage til sit gamle liv sammen familie, venner og kollegaer. Den kommunale rehabiliteringsindsats skal fremover blandt andet hjælpe “Jens” med et håndtere et liv med stomi.

*Dette personeksempel er fiktivt.*

Mange kræftpatienter har også andre kroniske sygdomme, som for eksempel KOL (kronisk lungesygdom) eller diabetes. Det påvirker patientens gavn af behandlingen og stiller særlige krav til indsatsen over for disse patienter. Derfor vil regeringen gøre noget særligt for de såkaldte multisygge.

- Regeringen vil afsætte 154 mio. kr. i perioden 2014-2017 til en styrket rehabilitering af kræftpatienter og til en indsats over for multisygge.



Regeringen vil forebygge kræft, der hvor vi kan. Derfor vil regeringen i et midlertidigt program tilbyde vaccination mod livmoderhalskræft – den såkaldte HPV-vaccination – til de piger, der er født i årene 1993-98, og som ikke tidligere har taget imod tilbud om HPV-vaccination. Og vi vil permanent hæve aldersgrænsen for gratis HPV-vaccination for piger fra 15 til 18 år.

- Regeringen vil udvide HPV-vaccinationsprogrammet og afsætter 14 mio. kr. i 2014 og 2 mio. kr. årligt fra 2015 og frem hertil.

Der er tilført mange ekstra ressourcer til kræftområdet de seneste år. Det har været nødvendigt blandt andet for sikre hurtige og mere sammenhængende behandlingsforløb for kræftpatienter.

Der er nu behov for mere aktivt at følge op på resultaterne af kræftbehandlingen, så vi kan sætte ind der, hvor der er behov. Vi skal sikre, at de store investeringer i kræftområ-

det reelt fører til kortere og bedre forløb for patienterne og ikke mindst til, at flere overlever en kræftsygdom.

Og vi skal samtidig sikre, at der sker en effektiv anvendelse af personale- og kapacitetsmæssige ressourcer.

- Regeringen gennemfører sammen med Danske Regioner et fortsat arbejde med at skabe gode kontrolforløb for kræftpatienter med henblik på at sikre fokuserede, fagligt velbegrundede og individuelt tilpassede opfølgingsforløb.

## 4.

# Bedre kvalitet og fokus på resultater

Dårlig kvalitet koster. For den enkelte borger, som må døje med komplikationer, skader, genindlæggelse eller indgreb, der ikke er nødvendige. Og for samfundet, som betaler for aktiviteter i sundhedsvæsenet, som ikke skaber sundhed.

I de seneste ti år har styringen af sundhedsvæsenet fokuseret for ensidigt på mere behandling frem for bedre behandling. Vi skal ikke alene fokusere på, hvor mange borgere, der bliver behandlet, men også i højere grad på, om borgerne modtager den rette behandling.

Regeringen vil forbedre kvaliteten. Der skal være fokus på kvalitet og patientens sikkerhed i hele patientforløbet – både på sygehusene, i de kommunale sundhedsydelser og hos den praktiserende læge.

Regeringens mål er:

- At alle borgere modtager ensartet vidensbaseret behandling i hele deres behandlingsforløb – uanset om det foregår på sygehuset, hos den praktiserende læge eller i et kommunalt sundhedstilbud.
- At alle borgere inddrages og er med til at træffe beslutninger om egen behandling og forløb.
- At den enkelte borger får den rette behandling i rette tid.
- At borgerne får mere ambulante behandling, kortere indlæggelser og færre genindlæggelser.

Regeringen vil styrke fokus på sundhedsvæsenets resultater og på at levere den rette aktivitet. Åbenhed om resultater og kvalitet skal være en integreret del af styrings- og ledelsesdagsordenen i hele sundhedsvæsenet.

Samtidig skal den regionale og kommunale styring forbedres, så der kommer bedre indsigt i, hvad der leveres af resultater på de konkrete områder. Dette skal også gælde for almen praksis.

### Borgerne har krav på god og effektiv behandling. Regeringen vil:

- **Sikre en styrket inddragelse af patienter og pårørende.** Regeringen vil indgå partnerskaber med patientforeninger og afsætte 20 mio. kr. til en strategi for inddragelse af patienter og pårørende.
- **Styrke indsatsen for borgere med behov for genoptræning.** Regeringen vil følge op på anbefalingerne fra evalueringen af kommunalreformen om at styrke genoptræningsindsatsen for personer med omfattende og komplekse genoptræningsbehov.
- **Styrke fokus på kvalitet og resultater.** Regeringen vil med afsæt i afrapporteringen fra udvalget for bedre incitamenter i sundhedsvæsenet fremlægge en synlighedsreform, der skal understøtte det kliniske arbejde og bidrage til at skabe øget synlighed om de gode resultater, fremdrift og bedste praksis i sundhedsvæsenet. Der afsættes 32 mio. kr. til at skabe styrket synlighed om kvalitet og resultater.
- **Løfte kvaliteten og kompetencerne i den kommunale indsats.** Kommunerne skal styrke kompetencerne hos frontpersonalet, og der skal sikres større ensartethed i de kommunale sundhedstilbud. Regeringen afsætter 20 mio. kr. til at styrke patientsikkerhedsindsatsen i kommunerne.
- **Videreudvikle kvaliteten i sygehusvæsenet.** Regeringen vil løfte kvaliteten i sygehusvæsenet blandt andet ved:
  - at kulegrave fejl og skader med henblik på systematisk forebyggende indsats.
  - at afsætte 20 mio. kr. til at forebygge sygehuserhvervede infektioner.

## Hidtidig indsats

- **Styrket fokus på kvalitet.** Regeringen og Danske Regioner har med aftalen om regionernes økonomi for 2013 aftalt at reducere sygehusdødeligheden med 10 pct. over tre år og reducere antallet af skader på patienter med 20 pct. over tre år
- **Kliniske retningslinjer.** Der er afsat 80 mio. kr. i perioden 2012-2015 til at udarbejde nationale kliniske retningslinjer, der skal sikre samme høje, ensartede kvalitet på tværs af landet og på tværs af sektorer.
- **Bedre patientsikkerhed.** Regeringen har gennemført en patientsikkerhedspakke, der har til formål at beskytte patienterne blandt andet mod farligt medicinsk udstyr og lægemidler. Pakken stiller desuden kvalitetskrav til sundhedspersonalet og sikrer bedre oplysning til patienterne.
- **Samling af de nationale sundhedsregistre og sundhedsdokumentation ét sted.** I foråret 2012 blev de nationale sundhedsregistre og den nationale sundhedsdokumentation samlet på Statens Serum Institut. Samlingen af de nationale registre og databaser er et vigtigt grundlag for at styrke den vidensbaserede kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenet.

## Nye initiativer

### Synlighedsreform - fokus på resultater

Patienterne skal modtage behandling af høj faglig kvalitet baseret på, hvad der virker – og der skal ikke være forskelle i kvaliteten på tværs af landet.

Derfor skal alle sektorer i sundhedsvæsenet udbrede sin viden og de gode resultater.

Åbenhed om resultater og kvalitet skal være en integreret del af styrings- og ledelsesdagsordenen i sundhedsvæsenet. Synlighed om resultaterne skal sikre et målrettet fokus på, hvad der virker, og dermed sikre sundhedspersonalet mere tid med patienterne.

### Fakta om fokus på resultater

Sygehus Thy-Mors fremstiller ugentligt lommekort med data for eksempelvis antal hjertestopkald og dage siden sidste tryksår. Lommekortene skærper fokus blandt frontpersonalet og holder sygehusledelsen opdateret om sygehusets seneste resultater.

Som borger og som patient skal man have sikkerhed for, at alle bruger de rigtige behandlingsmetoder, og at der bliver fulgt op, hvis der er fejl eller problemer.

Gennemsigtighed om resultater og systematisk sammenligning af eksempelvis de enkelte sygehuses og praktiserende lægers resultater er centralt for at udbrede bedste praksis, vurdere fremdrift og for at opnå mere sundhed for pengene. Dem, der klarer sig mindre godt, skal vide, hvem de med fordel kan tage ved lære af for også at opnå de gode resultater.

- Regeringen vil afsætte 32 mio. kr. til en synlighedsreform. Der skal være synlighed om de gode resultater og bedste praksis skal udbredes til gavn for patienter i hele landet.

Synlighedsreformen skal understøtte det faglige kliniske arbejde og bidrage til, at patienterne modtager hurtig udredning, behandling og pleje af ensartet høj faglig kvalitet. Og understøtte at der opnås mest mulig sundhed for pengene. Konkret betyder det, at vi skal udnytte de data vi har langt bedre. Det skal ikke føre til mere bureaukrati og dokumentation. Det skal føre til bedre behandling og en mere målrettet anvendelse af personalets tid.

Regeringen vil drøfte med Danske Regioner og KL, hvordan kvaliteten i sundhedsvæsenet kan udvikles yderligere.

### Aktiv inddragelse af patienter og pårørende

Aktiv inddragelse af patienter har en positiv virkning på både resultatet af behandlingen og på patienternes tilfredshed.

Regeringen vil derfor styrke inddragelsen af patienter og pårørende i det danske sundhedsvæsen.

- Regeringen vil indgå partnerskaber med blandt andet de danske patientforeninger om det videre arbejde med at styrke patienters og pårørendes inddragelse i sundhedsvæsenet.
- Regeringen vil afsætte 20 mio. kr. i perioden 2014-2017 til en strategi for styrket inddragelse af patienter og pårørende.

Vi skal sikre, at indsatsen i sundhedsvæsenet tilrettelægges og udføres med borgeren og de pårørende - og ikke kun for borgeren. Det gælder både den enkelte patients mulighed for at få indflydelse på eget forløb: At borgeren med afsæt i egne ressourcer aktivt involveres og får den ønskede indflydelse på beslutninger om udredning, behandling og egenomsorg. Og det gælder borgernes generelle mulighed for at få indflydelse på organisering og udvikling af sundhedsvæsenet via aktiv brugerinddragelse.

Erfaringer fra andre lande viser også meget positive resultater med fælles beslutningstagning i form af større tilfredshed hos patienterne og en mere målrettet og effektiv ressourceanvendelse.

Patientuddannelse – for eksempel i forhold til personer med kronisk sygdom – er et andet godt eksempel på at involvere borgeren i egen sygdomsbehandling.

Patienter og pårørende spiller desuden en central rolle i prioriteringsdebatten. Patienterne skal inddrages i alle beslutninger om deres behandlingsforløb og informeres om fordele og ulemper ved den enkelte procedure. På den måde bliver patienten en vigtig ressource i forhold til at prioritere, hvilke indsatser der skal og ikke skal indgå i behandlingsforløbet.

### Fakta om fælles beslutningstagning

“Fælles beslutningstagning” indebærer, at lægen formidler medicinsk viden til patienten, og at patienters perspektiver, præferencer og rettigheder inddrages i den kliniske samtale. Fælles beslutningstagning lægger således op til, at patienter får øget indflydelse på og deltagelse i de behandlingsmæssige beslutninger. Behandler og patient skal gennem dialog finde frem til, hvilken behandling der er bedst, og hvilken behandling der skal gennemføres.

### Styrket genoptræning - fokus på hjerneskadede

Evalueringen af kommunalreformen viser, at der er behov for at styrke genoptræningsindsatsen.

Hvis man som borger modtager et godt genoptræningsforløb, har man større sandsynlighed for at bevare sin funktionsevne og kan hurtigere vende tilbage til sin normale hverdag.

- Regeringen vil sammen med KL og Danske Regioner følge op på anbefalingerne fra evalueringen af kommunalreformen om at styrke genoptræningsindsatsen for personer med omfattende og komplekse genoptræningsbehov, for eksempel patienter med hjerneskade.

Regeringens mål er, at alle patienter, der bliver udskrevet fra sygehus med behov for genoptræning, får den nødvendige og rettidige indsats. Det stiller krav til bedre sammenhæng i indsatsen mellem regioner og kommuner. Kommunikation mellem sygehus og kommune skal forbedres, blandt andet gennem genoptræningsplanen, så kommunerne får et bedre billede af hver enkelt borgers behov for genoptræning. Regeringen vil derfor styrke sygehusenes kompetencer til at beskrive genoptræningsbehovet for den gruppe af patienter, som har omfattende og komplekse genoptræningsbehov.

Regeringen ønsker at sikre, at de rigtige kompetencer og den rette viden er til stede, både når genoptræningsplanen udarbejdes på sygehusene, når visitationen foretages og i selve genoptræningsindsatsen.

En mere sammenhængende indsats vil især komme borgere med et mere komplekst behov for genoptræning til gavn. For eksempel hjerneskadede, hvor den fysiske genoptræning kun er ét element ud af flere i en bred rehabiliterende indsats på tværs af sektorer og fagligheder.

### Fokus på kvaliteten i de kommunale sundhedsydelsers

Mange borgere er jævnligt i kontakt med det kommunale sundhedsvæsen, for eksempel hjemmesygeplejen. Det er afgørende, at de kommunale sundhedstilbud er af høj faglig kvalitet og hænger sammen med det øvrige sundhedsvæsen.

- Regeringen vil i samarbejde med kommunerne identificere konkrete mål for kvaliteten i den kommunale sundhedsindsats. Det skal sikre et styrket fokus på kvalitet i løsningen af de kommunale sundhedsopgaver.
- Regeringen vil udarbejde faglige anbefalinger for patientrettet forebyggelse og tidlig opsporing med henblik på at styrke og målrette forebyggelsesindsatsen, herunder særligt vedrørende personer med kronisk sygdom.

### Fakta om genindlæggelser

Når en ældre borger over 65 år indlægges med KOL, fører det i 30 pct. af tilfældene til en genindlæggelse. Men der er stor forskel i risikoen på tværs af landet. I 14 kommuner er andelen, der genindlægges under 20 pct., mens den er over 40 pct. i 6 kommuner.

Et vigtigt element i at opnå bedre kvalitet i de kommunale sundhedsydelser er, at kommunerne dokumenterer og registrerer deres indsatser systematisk, og at der opstilles mål for den kommunale sundhedsindsats.

Som led i projektet Patientsikker Kommune gennemfører fem kommuner på forsøgsbasis en række initiativer for at styrke patientsikkerheden med fokus på blandt andet tryksår, fejlmedicinering, fald mv.

- Regeringen vil løbende følge op på erfaringerne fra Patientsikker Kommune og sikre, at bedste praksis udbredes på landsplan. Regeringen afsætter 20 mio. kr. i perioden 2014-2017 til at styrke patientsikkerhedsindsatsen i kommunerne.

### Fakta om Patientsikker Kommune

I samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed skal 5 kommuner i årene 2013-2016 udvikle og afprøve forskellige initiativer, der fokuserer på at nedbringe antallet af fejlmedicineringer, fald og tryksår i den kommunale sundhedsindsats.

Regeringens forebyggelsesudvalg konkluderer, at der er et uudnyttet potentiale for at styrke og effektivisere sundhedsindsatsen i kommunerne. Det indebærer blandt andet fokus på kompetencer hos det kommunale frontpersonale med særlig fokus på tidlig opsporing af funktionsnedsættelse, sygdom og medicin håndtering. Der er i særlig grad behov for, at kommunerne prioriterer en styrket hjemmesygepleje via øget kapacitet og kompetenceløft.

Der er med aftalen om kommunernes økonomi for 2013 afsat 300 mio. kr. årligt til kommunernes forebyggelsesindsats.

Der er også behov for at sikre mere ensartethed i de kommunale sundhedstilbud. Derfor bør kommunerne med inddragelse af sygehuse og de praktiserende læger udvikle et fælles grundindhold i de kommunale akut- og aflastningspladser, så det sikres, at indsatsen er baseret på den bedste viden på området.

For mange borgere oplever i dag fejl og problemer i forbindelse med håndtering af medicin. Medicinhåndtering på kommunale plejecentre og bosteder er en sygeplejefaglig indsats, der kræver særlige kompetencer hos personalet. For at højne kvaliteten og styrke sikkerheden for borgeren skal kommunerne sikre de rette kompetencer og procedurer i forbindelse med medicinhåndteringen hos borgerne.



## Styrket kvalitet i den kommunale sundhedsindsats

“Emma” på 86 år får dagligt besøg af den kommunale hjemmesygepleje og har flere gange været indlagt med væskemangel og blærebetændelse. “Emma” skal fremover få bedre mulighed for at få den fornødne hjælp så tæt på eget hjem som fagligt muligt og undgå en unødigt og anstrengende indlæggelse på sygehuset. Kompetencerne hos det kommunale frontpersonale skal prioriteres, så de bliver bedre til at opspore og reagere på ændringerne i borgerens tilstand, og et bedre samarbejde med de praktiserende læger og sygehuset skal sikre, at behandling kan tilbydes tæt på borgerens hverdag.

*Dette personeksempel er fiktivt.*



Med aftalen fra december 2012 mellem Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Danmarks Apotekerforening er afsat 10 mio. kr. til et kompetenceløft i medicinbehandling for personale på landets bosteder.

Regeringen vil som led i økonomiforhandlingerne for 2014 med KL blandt andet drøfte kvaliteten i den kommunale sundhedsindsats.

### Fortsat forbedring af kvaliteten i sygehusvæsenet

Den Danske Kvalitetsmodel udgør en overordnet ramme for de nationale og regionale indsatser på kvalitetsområdet. Herudover har regeringen nedsat en ekspertgruppe, som skal kulegrave de fejl, som i dag udløser erstatninger til skadesramte patienter på blandt andet kræftområdet.

Viden om, hvor og hvordan fejlene sker, skal i endnu højere grad udnyttes og omsættes til konkrete tiltag, der kan forbedre kvaliteten og sikkerheden for patienterne.

Multiresistente bakterier – dvs. bakterier der ikke kan bekæmpes med almindelig antibiotika – udgør et stigende problem og kan være et alvorligt problem for den enkelte patient. Regeringen vil derfor styrke indsatsen på området.

- Regeringen vil styrke indsatsen for at forebygge sygehus erhvervede infektioner og dermed søge at nedbringe antallet af patienter, som smittes med infektioner under indlæggelse på et sygehus. Regeringen vil afsætte 20 mio. kr. i perioden 2014-2017 til forebyggelse af sygehus erhvervede infektioner.

# 5. Et moderne og effektivt sundhedsvæsen

Udfordringerne for den offentlige økonomi stiller krav om fortsat modernisering af den offentlige sektor med et forstærket fokus på at levere service og skabe velfærd inden for snævre økonomiske rammer. Det gælder også i sundhedssektoren.

Det indebærer, at ressourcerne anvendes på den bedst mulige måde, så der opnås mest mulig sundhed for pengene.

Og stiller krav om kloge og effektive løsninger. Det er en forudsætning for, at vi kan bevare et stærkt fælles sundhedsvæsen.

Regeringen har allerede gennemført en række tiltag, der bidrager til en klogere og mere målrettet anvendelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet. Og vi skal videre ad den vej.

## Borgerne skal også i fremtiden have adgang til et stærkt fælles sundhedsvæsen. Regeringen vil:

- **Fortsætte med at prioritere.** Regeringen vil gennemføre en målrettet prioritering for at finansiere udspillet nye initiativer på 150 mio. kr. årligt i perioden 2014-2017, herunder udarbejde retningslinjer på tandområdet med henblik på at målrette tilbuddene.
- **Forbedre incitamenterne.** Regeringen vil på baggrund af arbejdet i udvalget for bedre incitament på sundhedsområdet forbedre incitamentsstrukturen. Incitamentsstrukturen i sundhedsvæsenet skal i højere grad understøtte fokus på kvalitet og sammenhængende patientforløb, samtidig med at der fastholdes et fokus på produktivitet og omkostninger.
- **En mere effektiv ressourceanvendelse.** Regeringen vil sikre en målrettet realisering af gevinsterne ved en mere effektiv udnyttelse af ressourcerne.
- **En effektiv kommunal forebyggelse.** Den kommunale patientrettede forebyggelsesindsats skal styrkes og effektiviseres.
- **Forbedre udnyttelsen af telemedicin, sundheds-it og digitalisering.** Regeringen vil præsentere en ny digitaliseringsstrategi, der skal understøtte en bedre udnyttelse af sundheds-it og telemedicin på tværs af sundhedsvæsenet.
- **Afskaffe unødvendige regler og krav.** Dokumentationskrav og regler, der ikke tjener noget fornuftigt formål, skal afskaffes.
- **Vækst og sundhed.** Regeringen fremlægger i foråret 2013 en vækstplan for sundheds- og velfærdsløsninger.



## Hidtidig indsats

- **Differentieret behandlingsgaranti.** Regeringen har gennemført en differentieret behandlingsgaranti, der med fagligheden i hånden sikrer et større planlægningsrum på sygehuse.
- **Ændringer af tilskud til høreapparater.** Regeringen har gennemført en række tiltag på høreapparatområdet for at sikre en bedre organisering, bedre kvalitet, øget gennemsligtighed og bedre udgiftskontrol i høreapparatbehandlingen.
- **Målrettet tilskud til tandrens.** Regeringen har med finansloven for 2013 målrettet tilskud til tandrensning for voksne, så tilskuddet i højere grad ydes ud fra et sundhedsfagligt vurderet behov.
- **Lægemiddelprisaftale.** Regeringen indgik i december 2011 en treårig aftale med Lægemiddelindustriforeningen om loft over medicinpriserne. Det betyder billigere sygehusmedicin, og bedre muligheder for spredning af nye forbedrede behandlingsmuligheder på lægemiddelområdet.

## Nye initiativer

### Bedre incitamenter

I lyset af de kommende års udfordringer for dansk økonomi er det centralt, at den fremadrettede styring på sundhedsområdet sikrer en afdæmpet aktivitetsvækst på sygehusene samtidig med en fortsat øget produktivitet og ressourceudnyttelse i hele sektoren.

I de seneste ti år har styringen af sundhedsvæsenet fokuseret for ensidigt på mere behandling frem for bedre behandling. Derfor nedsatte regeringen i foråret 2012 et udvalg for bedre incitamenter i sundhedsvæsenet.

- Regeringen vil på baggrund af afrapporteringen i foråret 2013 fra udvalget for bedre incitamenter forbedre incitamentsstrukturen på sundhedsområdet.

Økonomiske incitamenter kan ikke stå alene. Incitamenter skal ses i sammenhæng med øvrige styringstiltag og den generelle ledelsesopgave i regioner og kommuner. Den fremadrettede styring på sundhedsområdet skal derfor baseres på en flerstrengt indsats.

De første skridt er allerede taget. Folketinget har indført en budgetlov, der skal sikre overholdelse af de overordnede økonomiske rammer i kommuner og regioner.

Samtidig er der givet bedre styringsmuligheder i sundhedsvæsenet, blandt andet gennem en differentieret behandlingsgaranti og prioritering på medicinområdet. Utilsigtede skred i patientbehandlingen er også adresseret gennem visitationsretningslinjer og effektive behandlingsforløb gennem nationale kliniske retningslinjer.

Derudover er der behov for en ændring i incitamenterne på sundhedsområdet.

De seneste års styring af sundhedsvæsenet har skabt øget produktivitet og en væsentligt øget behandlingsskapacitet. Det fokus på produktivitet og omkostninger skal fastholdes i den statslige styring.

Men regeringen vil derudover øge fokus på kvalitet og sammenhæng i behandlingen. Det kræver ændringer af den nuværende incitamentsstruktur.

Regeringen vil løfte behandlingen af borgere med kronisk sygdom. Borgere med kronisk sygdom skal i mindst muligt omfang besværes med at skulle på sygehuset.

Derfor vil regeringen igangsætte en målrettet, flerårig indsats for i højere grad at flytte ressourcer og behandling

af særligt personer med kronisk sygdom væk fra de specialiserede sygehuse til blandt andet udgående behandling i hjemmet og telemedicinske løsninger.

I den fremadrettede udvikling skal fokus endvidere flyttes fra at honorere den enkelte kontakt til i højere grad at fokusere på patienternes samlede behandlingsforløb. Det fremgår også af evalueringen af kommunalreformen. Ændringerne i incitamentsstrukturen skal medvirke til korte og effektive behandlingsforløb. Ændringerne skal understøtte et fortsat stærkt fokus på produktivitet.

Sideløbende vil regeringen også lægge op til en forstærket regional styring på sygehusområdet. Eksterne analyser af sygehusenes økonomistyring og kapacitetsudnyttelse viser, at der er grundlag for en forbedret regional styring, og at ressourcerne på sygehusene kan udnyttes bedre. Det skal sikre større ledelsesindsigt i aktiviteter, omkostninger og ressourceudnyttelse, samt styrke prioriteringen i forhold til den behandling, der leveres.

- Regeringen vil i samarbejde med Danske Regioner tage initiativ til en forbedret regional styring.

### Større effektivitet i sundhedsvæsenet

En effektiv anvendelse af ressourcerne er afgørende for at udnytte de samlede midler på sundhedsområdet bedst muligt. Ressourcerne skal anvendes der, hvor de gør størst gavn.

En bedre anvendelse af ressourcerne vil skabe mulighed for at prioritere bedre og hurtigere behandling.

- Regeringen vil sikre en målrettet realisering af gevinsterne ved en mere effektiv ressourceanvendelse på sundhedsområdet.

Regeringens forebyggelsesudvalg peger også på, at der er et potentiale for en mere effektiv patientrettet forebyggelse. Analyserne viser blandt andet, at borgerne genindlægges i forskelligt omfang på tværs af kommunerne.

Det tyder på et potentiale for at nedbringe antallet af genindlæggelser. Kommunerne og regionerne kan således gennem en mere målrettet og fælles indsats, særligt over for ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom, anvende ressourcerne mere effektivt.

## Fakta om kapacitetsanalyser af sundhedsområdet

Analyser viser at der er et stort potentiale for en mere effektiv anvendelse af ressourcerne på både det psykiatriske og det somatiske område.

- På det somatiske område peger en analyse af to planlagte behandlingsområder på potentiale for en bedre kapacitetsudnyttelse blandt andet ved bedre arbejdstilrettelæggelse og styring på mellem 10-22 pct.
- På det psykiatriske område peger en analyse af den regionale kapacitet på store forskelle i tilgangen og betydelige potentialer for en øget produktivitet.
- En analyse af den kommunale socialpsykiatriske indsats peger tilsvarende på forskelle i tilgangen og et betydeligt potentiale i form af uforklaret udgiftsvariation mellem kommuner.
- På det medicinske område peger en analyse af sengekapaciteten på potentiale for at forbedre udnyttelsen af de medicinske sengepladser.

## Fakta om medicinske afdelinger

Mere end 1/3 af de medicinske afdelinger har igennem de seneste år afdækket om, det er de rigtige patienter, der ligger i sengene. Ifølge analyserne burde i gennemsnit hver 5. patient på en medicinsk afdeling have været behandlet ambulant, i hjemmet eller i et kommunalt behandlingstilbud.

### Ny digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet

Der er behov for en gennemgribende digitalisering af sundhedsvæsenet, hvor alle arbejdsgange understøttes digitalt, hvor opdaterede patientoplysninger deles mellem alle relevante parter, og hvor it-systemerne understøtter bedre ressourceudnyttelse og effektive patientforløb, både internt på sygehusene og i sygehusets samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.

Evalueringen af kommunalreformen på sundhedsområdet har vist, at der er behov for, at regionerne sætter mere fart på arbejdet med at konsolidere, etablere og ibrugtage fælles kliniske it-arbejdspladser, og sikre systematisk opfølgning på, at manuelle (papirbaserede) arbejdsgange udfases.

Samtidig skal gennemsigtheden i sundheds-it udviklingen i Danmark øges, blandt andet i beslutningsgrundlag og projekternes fremdrift og status.

- Regeringen lancerer i 2013 i samarbejde med KL og Danske Regioner en samlet strategi for digital velfærd.
- Som led heri vil regeringen præsentere en ny samlet digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet.
- Som led i arbejdet med en ny digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet vil regeringen sammen med regioner og kommuner sætte ambitiøse mål for det fortsatte arbejde med at it-understøtte arbejdsgange og samlede patientforløb i sundhedsvæsenet og skabe gennemsigthed om mål og resultater.

Der sker i dag for mange fejl i forbindelse med medicinbehandling. For eksempel ved at sygehuset ikke får orienteret hjemmesygeplejen om ændringer i patientens medicin, når patienten udskrives fra sygehuset.

Det Fælles Medicinkort er et centralt redskab til at sikre en bedre medicinbehandling på tværs af sundhedsvæsenet. Med udrolningen af Det Fælles Medicinkort vil både borgeren selv, praktiserende læger, vagtlæger, sygehusafdelinger, tandlæger og andre relevante sundhedspersoner have adgang til opdaterede medicinoplysninger om den enkelte patient.

### Fakta om indsatsområder i digitaliseringsstrategien for sundhedsvæsenet

- Øge borgerens medvirken i egen sygdom og behandling.
- Bedre it-understøttelse af sammenhæng i patientforløb.
- Fuld digitalisering af arbejdsgangene og indhøstning af gevinster.
- Bedre brug af data i sundhedsvæsenet til øget kvalitet i behandlingen.
- Samarbejde, koordinering og gennemsigthed i indsatsen.

### Styrket it-understøttelse af samarbejdet mellem kommuner, sygehuse og praktiserende læger

“Anna” på 72 år, som er blevet opereret for en brækket hofte, skal fremover opleve et bedre forløb, når hun udskrives fra sygehuset. Hun skal opleve, at hendes hjemkommune står klar med de nødvendige hjælpemidler og har sikret, at der er bestilt tid til genoptræning i det lokale genoptræningscenter. Og når “Anna” møder op første gang på genoptræningscenteret, skal fysioterapeuten have modtaget de nødvendige oplysninger fra sygehuset om hendes genoptræningsbehov.

*Dette personeksempel er fiktivt.*

Regioner og praktiserende læger har forpligtet sig til at have systemet taget fuldt i brug inden udgangen af 2013.

Nu styrkes indsatsen for at få Det Fælles Medicinkort udbredt i den kommunale hjemmepleje. Kommunerne har samtidig forpligtet sig på at tage systemet i brug.

- Som led i arbejdet med en ny digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet vil regeringen i samarbejde med KL sætte milepæle for den kommunale udbredelse af Fælles Medicinkort, så systemet er udbredt i alle kommuner i løbet af 2014.

### **Skarpere prioritering**

Med prioriteringer skal vi sikre, at alle patienter stadig kan få et behandlingstilbud af god kvalitet.

Det er vigtigt at undgå utilsigtede skred i indikationer for behandling. Offentligt finansieret behandling i sundhedsvæsenet skal baseres på et fagligt funderet visitationsgrundlag.

- Regeringen vil derfor fortsætte arbejdet med udviklingen af visitationsretningslinjer. Der udarbejdes retningslinjer for visitation og henvisning på en række behandlingsområder.

Regeringen vil endvidere sikre målrettede, ensartede og i videst muligt omfang evidensbaserede kontrolforløb. Kontrollerne skal i langt højere grad målrettes, så vi sætter ind der, hvor det gavner patienternes sundhed. For eksempel viser analyser, at tandkontroller kan fokuseres uden, at det går udover tandsundheden. Hermed kan der frigøres midler til finansiering af nye initiativer på sundhedsområdet.

- Regeringen vil derfor udarbejde retningslinjer for tandområdet med henblik på at målrette tilbuddene.
- Regeringen og Danske Regioner vil fremlægge forslag til en øget prioritering på lægemiddelområdet. Der skal sikres et bedre forhold mellem effekten af og prisen på lægemidlerne.

Der skal være et målrettet fokus på, hvilke indsatser der virker – og hvilke der ikke virker. Viden om sundhedsindsatsers effekter er helt centralt i prioriteringsdebatten. Derfor skal vi også have fokus på mere og bedre forskning om de forskellige sundhedsindsatsers effekter.

### Afbureaukratisering

Sundhedspersonalet skal bruge mest mulig tid på at pleje og behandle patienterne. De skal ikke bruge tid på unødvendig administration og dokumentation. Tillid til sundhedspersonalet skal være et fundament for opgaveløsningen i sundhedsvæsenet. Den differentierede behandlingsgaranti er et eksempel på netop det. Her har vi tillid til, at klinikerne med deres faglighed kan foretage den nødvendige prioritering.

Regeringen har sammen med Danske Regioner taget initiativ til at afskaffe dokumentationskrav og regler, der ikke tjener noget fornuftigt formål og fjerner fokus fra kerneopgaverne.

- Regeringen vil blandt andet på baggrund af input fra Danske Regioner gennemgå statslige krav til dokumentation på sundhedsområdet med henblik på at sikre, at sundhedspersonalet får mere tid til pleje og behandling af patienterne.

Afbureaukratisering i form af forenkling eller fuldstændig afskaffelse af administrative krav og procedurer kan være med til at frigøre ressourcer i sundhedsvæsenet og give personalet mere tid til den direkte kontakt med patienterne.

Regelstyringen må ikke gå for vidt, og derfor skal der være et konstant fokus på, om der er indført for mange krav om for eksempel dokumentation, som gør det vanskeligt for personalet at udfolde sin faglighed og tilrettelægge sit arbejde. Fra politisk hold fastsætter vi mål og udstikker rammer, mens sundhedspersonalet så vidt muligt selv får ansvar for at realisere og udfylde disse rammer.

### Vækst og sundhed

Danmark har en meget stærk industri inden for lægemiddel- og medicoområdet. Virksomheder bidrager til den konstante udvikling af sundhedsvæsenet og med nye og bedre behandlinger og services. Samtidigt er sundhedsforskning generelt og klinisk forskning specifikt nogle af Danmarks absolutte styrkepositioner.

- Regeringen fremlægger i foråret 2013 en vækstplan for sundheds- og velfærdsløsninger.

I Danmark skal vi sørge for, at et stærkt offentligt sundhedsvæsen og virksomhederne inden for sundheds- og velfærdsområdet spiller sammen, så man får det bedste ud af hinanden. Vi skal styrke den kliniske forskning og bruge de store investeringer på sundhedsområdet til også at fremme strategiske partnerskaber for eksempel inden for sygehusbyggeri.

Vi skal forbedre samspillet mellem offentlige og private parter om forskning og kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenet. Og så skal vi bruge de unikke danske betingelser inden for sundhedsdata til både at forbedre sundhedsvæsenet og fremme væksten i Danmark, som også regeringens vækstteam for sundheds- og velfærdsløsninger peger på.

En satsning på sundhedsdata vil derfor indgå i regeringens kommende vækstplan for sundheds- og velfærdsløsninger.







# Bilag 1.

## Økonomi

**Tabel 1.** Udgifter og finansiering, mio. kr.

	<b>2014-2017, i alt</b>
<b>Udgifter</b>	<b>600</b>
<b>Lighed i sundhed</b>	
Styrket forebyggelse og øget lighed	334
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partnerskaber til realisering af de nationale mål</li> <li>• Styrkelse af alkoholbehandlingen</li> <li>• Hjælp til rygestop for storrygere</li> <li>• Færre genindlæggelser af nyfødte</li> <li>• Lighedstjek af sundhedsvæsenet</li> </ul>	120 112 42 40 20
<b>En styrket kræftindsats</b>	
Styrket indsats på kræftområdet	174
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udvidelse af HPV-rutinevaccinationsprogrammet</li> <li>• Rehabilitering til kræftpatienter og multisyge</li> </ul>	20 154
<b>Bedre kvalitet og styrket patientinddragelse</b>	
Høj kvalitet for alle	92
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strategi for patientinddragelse</li> <li>• Synlighedsreform</li> <li>• Patientsikker Kommune</li> <li>• Forebyggelse af sygehusinfektioner mv.</li> </ul>	20 32 20 20
<b>Finansiering</b>	
Omprioritering, herunder klinisk retningslinje på tandområdet	600



# Mere borger, mindre patient

## Et stærkt fælles sundhedsvæsen

2012/13 : 24

**Henvendelse om udgivelsen kan i øvrigt ske til**

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Holbergsgade 6  
1057 København K

Tlf.: 7226 9000  
E-mail: [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)

**ISBN**

978-87-92985-43-9

**Elektronisk publikation**

978-87-92985-44-6

**Design af omslag**

e-Types & India

**Foto**

Hanne Loop, Colourbox

**Tryk**

Rosendahl Schultz Grafisk A/S

**Web**

Publikationen kan hentes på  
[www.sum.dk](http://www.sum.dk)



