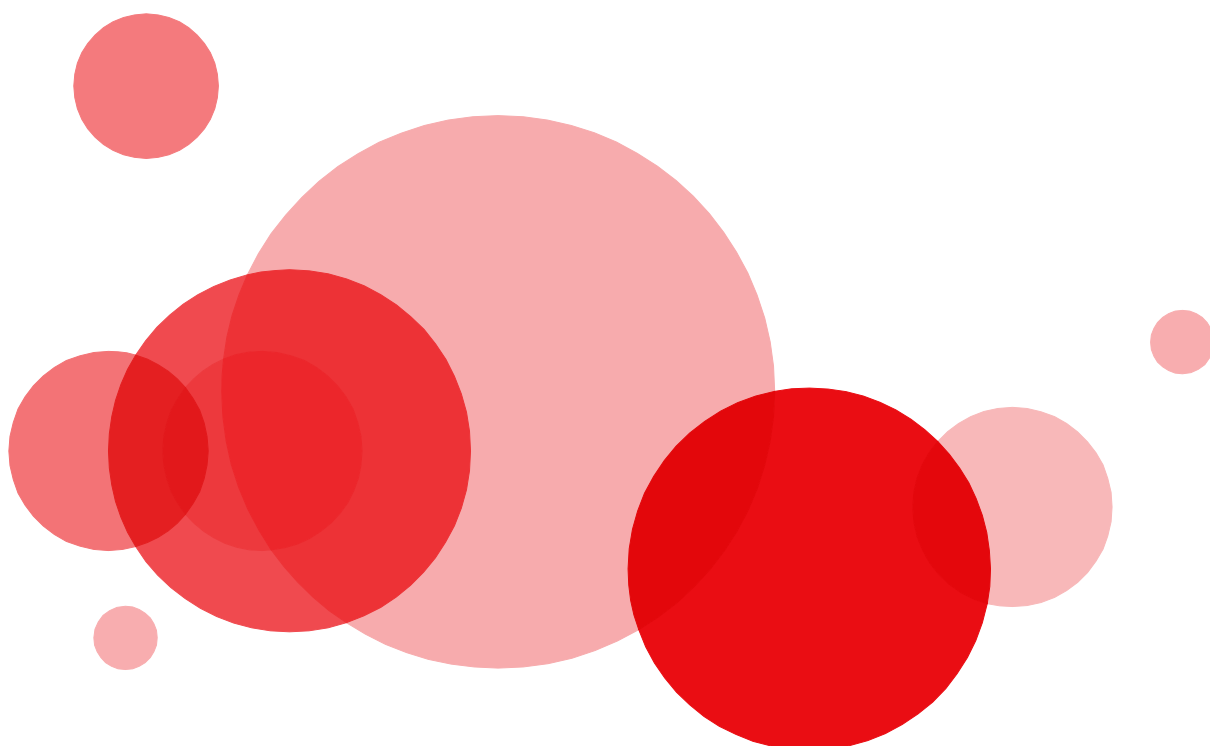


Oppdragsdokument 2015

Helse Sør-Øst RHF



Oppdatert: 16.1.2015



1. Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet stiller i oppdragsdokumentet til disposisjon de midlene Stortinget har bevilget for 2015. Helse Sør-Øst RHF skal gjennomføre oppgavene og styringskravene innenfor de ressurser som blir stilt til rådighet i oppdragsdokumentet. Departementet forutsetter at Helse Sør-Øst RHF setter seg inn i Prop. 1 S (2014-2015) og Stortingets budsjettvedtak.

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Helse Sør-Øst RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Helse Sør-Øst RHF har ansvaret for at forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende ivaretas på en god måte, og at disse oppgavene underbygger god og forsvarlig pasientbehandling. Helse Sør-Øst RHF skal sikre tilstrekkelig kompetanse i alle deler av spesialisthelsetjenesten. Det skal legges vekt på likeverdige helsetjenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper, herunder innvandrergupper.

Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og at de blir møtt med omsorg og respekt samt god og likeverdig kommunikasjon. Det skal brukes kvalifiserte tolker ved behov. Samiske pasienters rett og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas. Helse Nord RHF har fått i oppdrag å finansiere videreføring av samisk tolkeprosjekt.

Spesialisthelsetjenesten skal utvikles så den i større grad ivaretar pasientenes behov, verdier og preferanser. Pasientenes muligheter til valg av behandlingssted skal styrkes. Pasienter og brukere skal trekkes aktivt inn i utviklingen av egen behandling, og brukernes erfaringer skal vektlegges i utformingen av tjenestetilbudet.

Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene. Det er en utfordring at mange pasienter venter unødvendig lenge på nødvendig behandling, også på helsetjenester der det er ledig kapasitet hos private aktører. Helse Sør-Øst RHF må sørge for mer bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetidene på en faglig forsvarlig og kostnadseffektiv måte. Helse Sør-Øst RHF skal raskt utnytte kapasitet innenfor eksisterende avtaler og anskaffelsesregelverk, og de private skal sikres forutsigbarhet og langsiktighet ved gjennomføring av anskaffelser.

Samhandlingsreformen utgjør et overordnet rammeverk og gir føringer for den videre utvikling av den samlede helse- og omsorgstjenesten. Gode pasientforløp og flere tjenester nær der pasienten bor er sentrale mål. De regionale helseforetakene skal bidra til å desentralisere spesialisthelsetjenester der dette er hensiktsmessig, samt bidra til å utvikle og styrke den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Viktige virkemidler er samarbeidsavtalene og spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Omstilling av tjenester innen somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling og rehabilitering som berører kommunene skal synkroniseres slik at de ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Det er en forutsetning at omstillingene gir brukerne et kontinuerlig og like godt eller bedre tjenestetilbud enn tidligere. Det forutsetter et nært samarbeid mellom regionale helseforetak/helseforetak og kommunene, samt brukerne og deres organisasjoner.

Kreftbehandlingen skal styrkes. Diagnosesentre er etablert i 2014 og vil videreutvikles i 2015. Pakkeforløp kreft innføres i 2015 og vil bli monitorert, jf. styringsparametre i tabell 2. Ledere i sykehusene får ansvar for å identifisere eventuelle flaskehalsar i behandlingsforløpet. Som ledd i innføringen av pakkeforløp kreft skal samarbeidet mellom sykehus og fastleger styrkes.

Det skal iverksettes en forsøksordning der driftsansvaret for distriktpsikiatriske sentre overføres til noen forsøkskommuner som har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse. Departementet vil komme tilbake til dette.

Følgende nye strategier og handlingsplaner fra Helse- og omsorgsdepartementet skal legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet:

- Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa
- Nasjonalt helseregisterprosjekt, Gode helseregistre – bedre helse. Handlingsplan 2014-2015.
- Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. Strategi (2014-2018).
- Handlingsplan mot radikaliserings og voldelig ekstremisme (Justis- og beredskapsdepartementet)
- Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017
- Nasjonal overdosestrategi 2014-2017 – ”Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve”.
- Nasjonal helseberedskapsplan. Versjon 2.0. fastsatt 2. juni 2014

Helsedirektoratet har ansvar for kvalitetsindikatorer. Et utvalg kvalitetsindikatorer er valgt som styringsparametre for departementets oppfølging av de regionale helseforetakene, jf. kap. 7. Styringsparametrene skal gi et mest mulig samlet bilde av kvalitet, pasientsikkerhet og brukermedvirkning i tjenesten. Helsedirektoratet skal med bakgrunn i alle kvalitetsindikatorerne varsle departementet dersom indikatorene gir holdepunkter for kvalitetsbrist eller uønsket variasjon i kvalitet. Departementet vil i oppfølgingsmøtene med de regionale helseforetakene følge opp de valgte styringsparametrene og andre kvalitetsindikatorer ved behov.

2. Tildeling av midler

Grunnlaget for Helse Sør-Øst RHF's inntekter er i hovedsak bevilgningsvedtak i Stortinget. Helse Sør-Øst RHF skal benytte midlene som stilles til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode. Helse Sør-Øst RHF skal i 2015 basere sin virksomhet på tildelte midler i tabell 1. Plan for utbetalinger av tilskudd kommer i eget brev.

Det vises til helseforetaksloven § 45 samt Bevilgningsreglementet § 10, der departementet og Riksrevisjonen kan iverksette kontroll med at midlene nyttes etter forutsetningene.

Tabell 1. Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF fordelt på kapittel og post (i kroner)

Kap	Post	Betegnelse	Midler til Helse Sør-Øst RHF
732	70	Særskilte tilskudd (Kreftregisteret)	105 400 000
	70	Særskilte tilskudd (Pilotprosjekt kolorektal kreft)	42 000 000
	70	Særskilte tilskudd (Omlegging av arbeidsgiveravgift)	23 019 000
	70	Særskilte tilskudd (Tilskudd til turnustjeneste)	14 850 000
	70	Særskilte tilskudd (Partikkelterapi)	3 975 000
	70	Særskilte tilskudd (Narkolepsi på barn)	3 200 000
	70	Særskilte tilskudd (Doping)	4 200 000
	70	Særskilte tilskudd (Nytt nødnummer)	900 000
	70	Særskilte tilskudd (Nødnett – innføringskostnader i kommunene)	57 000 000
	70	Særskilte tilskudd (Biobank CFS/ME)	1 000 000
	70	Særskilte tilskudd (Transport av psykisk syke)	8 000 000

Kap	Post	Betegnelse	Midler til Helse Sør-Øst RHF
	70	Særskilte tilskudd (Særreaksjon psykisk helsevern)	1 600 000
	70	Særskilte tilskudd (Legemiddelberedskap)	2 700 000
	71	Kvalitetsbasert finansiering	252 848 000
	72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF	50 886 836 000
	76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	¹
	77	Poliklinisk virksomhet mv., <i>overslagsbevilgning</i>	²
	78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester	638 666 851
	79	Raskere tilbake	301 152 000
733	70	Behandlingsreiser til utlandet	119 677 000
770	21	Spesielle driftsutgifter (Forsøksordning tannhelsetjenester)	6 200 000

Kap. 732, post 72 Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF

Basisbevilgningen skal legge grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målsetningene i spesialisthelsetjenesten. Midler til vedlikehold av og investeringer i bygg og utstyr inngår i basisbevilgningen.

Helse Sør-Øst RHF må sørge for mer bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetidene på en faglig forsvarlig og kostnadseffektiv måte.

Helse Sør-Øst RHF skal inngå avtaler med private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, herunder vurdere behov for kjøp av tjenester utenfor egen region. Egenandelen i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner er 128 kroner per døgn. Egenandelen gjelder også for dagopphold.

Helse Sør-Øst RHF skal sette av minst 327,5 mill. kroner til etablering av døgntilbud øyeblikkelig hjelp i kommunene, og bidra til at tilbudene i kommunene har en kvalitet som reelt sett avlastet sykehus. Tidspunkt for utbetaling av bidrag avtales lokalt eller utbetales når tilbudet starter opp. Nye øyeblikkelig hjelp døgnopphold er et viktig virkemiddel for kommunene til å kunne påvirke sykehusforbruket.

Betalingsatsen for kommunene for utskrivningsklare pasienter er 4387 kroner i 2015.

Egenbetaling for rituell omskjæring av gutter er 4000 kroner per inngrep.

Helse Sør-Øst RHF skal sette av minst 8 mill. kroner til forskning om samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Gebyret for manglende oppmøte til poliklinikk doubles fra 1. januar 2015 til 640 kroner. Helse Sør-Øst RHF bes om å utvise skjønn mht å innkreve gebyr fra rusavhengige og pasienter med psykiske lidelser.

I 2015 vil utgiftene til helsearbeidere som skal arbeide i Vest-Afrika i forbindelse med Ebola-utbruddet bli finansiert over Utenriksdepartementets budsjett. Helsearbeiderne gis permisjon uten lønn fra sitt arbeidssted og ansettes midlertidig i Helse Bergen HF. Disse utgiftene finansieres over Utenriksdepartementets budsjett. Prosjektkostnadene for arbeidet i Helse Bergen HF for 2015 skal deles mellom de regionale helseforetakene.

¹ Posten er forklart under tabellen

² Posten er forklart under tabellen

Norske pasienter vil fra 1. mars 2015 få refundert utgifter til sykehusbehandling i andre EU/EØS-land uten krav om forhåndsgodkjenning, jf. EUs pasientrettighetsdirektiv. Helse Sør-Øst RHF skal finansiere slik spesialisthelsetjeneste etter krav fra Helfo.

I 2014 ble de regionale helseforetakene bedt om å øke døgnkapasiteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling med om 200 plasser fra ideelle virksomheter. Basisbevilgningen legger til rette for helårsvirkningen av de 200 plassene.

Ressursrammen legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen (somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rehabilitering) på om lag 2,15 pst. inkl. 0,15 pst. til fritt behandlingsvalg fra 2014 til 2015. Regelen om at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal øke mer enn somatikk, videreføres i 2015, jf. pkt. 4.

Fritt behandlingsvalgvalgsreformen innføres i 2015. Reformen bygger på tre søyler; økt valgfrihet for pasienten, mer kjøp fra private gjennom anbud og økt frihet for regionale helseforetak. Ordningen skal innføres innen rusbehandling, psykisk helsevern og enkelte områder av somatikken. For å stimulere til anbud, avlaste de regionale helseforetakene for risiko og sidestille bruk av anbud med fritt behandlingsvalg, vil all aktivitet som omfattes av ISF på de offentlige sykehusene, også utløse ISF gjennom anbud. Departementet skal legge fram en lovproposisjon og det skal sendes forskrifter på høring. Helsedirektoratet skal forvalte ordningen med fritt behandlingsvalg og bistår departementet i utredningen av ordningen. De regionale helseforetakene skal bidra i utrednings- og implementeringsarbeidet.

Kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus, overslagsbevilgning

Utbetaling over posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Kommunal medfinansiering er avviklet fra 2015, og dette er hensyntatt på posten. Enhetsprisen i 2015 er 41 462 kroner. I 2015 utgjør akontoutbetalingen 16 371,0 mill. kroner tilsvarende 789 693 DRG-poeng. Budsjettet legger til rette for et aktivitetsnivå i 2015 som ligger om lag 1,6 pst. over anslått nivå for 2014 basert på aktivitet per første tertial 2014. Til fradrag fra dette vekstanslaget kommer økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgntilbud. Dette er anslått til å utgjøre om lag 0,8 pst. av ISF-aktiviteten. Dersom det ikke blir etablert tilbud som forutsatt i kommunen, vil departementet tilbakeføre ubrukte tilskudd (kap. 762, post 60) til Helse Sør-Øst RHF (kap. 732, post 70 og 76).

Som følge av fritt behandlingsvalg-reformen avvikles systemet med konkrete styringsmål i antall DRG-poeng fra 2015, jf. også pkt.3.3 Økonomisk resultatkrav i foretaksprotokollen. Ved å gå bort fra dagens system med aktivitetsstyring legges det til rette for at sykehusene kan møte økt konkurranse gjennom å øke aktiviteten der det er kapasitet og økonomi til dette. Aktivitet utover budsjettet aktivitet vil utløse 50 pst. ISF-refusjon.

Kap. 732, post 77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., overslagsbevilgning

Utbetaling over posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Budsjettet legger til rette for en vekst på 6 pst. utover anslått nivå i 2014 basert på regnskapstall fra januar-mai 2014, og dette tilsvarer 1985,5 mill. kroner for Helse Sør-Øst RHF. For å stimulere til økt effektivisering er refusjonstakstene for offentlige og private laboratorietjenester (jf. også kap. 2711, post 76) ikke prisjustert i 2015.

Kap. 732, post 79 Raskere tilbake

Helse Sør-Øst RHF tildeles inntil 301,2 mill. kroner, herunder 8,7 mill. kroner til de arbeidsmedisinske avdelingene. Reell aktivitet vil avgjøre endelige inntekter innenfor

rammen. Departementet vil vurdere a konto-beløpets størrelse mot rapportert aktivitet. Ordningen skal i større grad rettes mot grupper som ofte er lenge sykmeldt, dvs. personer med muskel- og skjelettlager og lettere psykiske lidelser. Personer som gis tilbud skal med stor sannsynlighet komme raskere tilbake i arbeid. Det skal måles effekt av tiltakene, og tiltakene skal evalueres. Tjenestene til brukerne bør så langt det er mulig leveres i samarbeid med NAV, primærhelsetjenesten, samt arbeidsgiver og arbeidstaker. Det skal utvikles gode samarbeidsmodeller for å sikre helhetlige og koordinerte pasientforløp. Det vises til gode erfaringer fra iBedrift. Forskning på området arbeidsrettet rehabilitering forutsettes lagt til grunn.

Kap. 733, post 70 Behandlingsreiser til utlandet

Helse Sør-Øst RHF skal sørge for behandlingsreiser til utlandet for 3000 pasienter fra hele landet. Egenandelen er på 107 kroner per døgn for voksne pasienter og barns ledsagere, og inngår i egenandelstak 2.

Kap. 770, post 21 Forsøksordning tannhelsetjenester i tverrfaglig miljø

Helse Sør-Øst RHF tildeles 6,2 mill. kroner, fordelt med 2,9 mill. kroner til Oslo universitetssykehus HF og 3,3 mill. kroner til Lovisenberg sykehus. Formålet er å få kunnskap om behovet for odontologiske tjenester hos sykehuspasienter, og gi nødvendig undersøkelse og behandling. I tillegg skal det gis spesialiserte odontologiske tjenester til direktehenviste pasienter. Helsedirektoratet gir faglig bistand ved etablering. Forsøket finansieres gjennom tilskudd fra kap. 770, post 21. Behandlinger kan finansieres etter poliklinikkforskriften eller gjennom folketrygdens stønadsordning etter Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom (kap. 2711, post 72). For behandling finansiert over kap. 770 eller kap. 2711, post 72 er det ikke et vilkår at pasient er henvist fra lege. Tjenester som finansieres over disse kapitler gis vederlagsfritt. I forsøksperioden rapporteres aktiviteten direkte til Helsedirektoratet.

3. Pasientenes helsetjeneste

Langsiktige mål:

- Reduserte ventetider.
- Valgfrihet for pasienter.
- Gode og effektive pasientforløp.
- Pasienter, brukere og pårørende opplever å få god informasjon og opplæring.
- Pasienter og brukere medvirker aktivt i utformingen av eget behandlingstilbud (individnivå).
- Pasienters og brukeres erfaringer brukes aktivt i utforming av tjenestetilbudet (systemnivå).

Mål 2015:

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.
- Ingen fristbrudd.
- Etablert flere standardiserte pasientforløp i hht nasjonale retningslinjer.
- Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 pst.
- Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp er 70 pst.
- Sykehus som utreder og behandler kreftpasienter har forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter.

- Sikret tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i de tverrfaglige diagnosesentrene slik at det er et tilbud til hele befolkningen i regionen.
- Det er etablert minst ett prostatasenter som sikrer kvalitet i den kirurgiske kreftbehandlingen.
- Offentliggjøre og bruke pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid.

4. Kvalitet og pasientsikkerhet

Langsiktige mål:

- Bedre og tryggere helsehjelp, økt overlevelse og mindre variasjon i behandlingstilbud resultat mellom sykehusene.
- Helseforetakene har understøttet den kommunale helse- og omsorgstjenesten, i tråd med intensjonen i Samhandlingsreformen.
- Helseforetakene skal legge nasjonale faglige retningslinjer til grunn for tilbudet.
- En enhetlig og kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.
- Redusere pasientskader med 25 pst. innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012.
- Omstillingen innen psykisk helsevern fullføres. Distriktpsikiatriske sentre som nøkkelstruktur er lagt til grunn for de fremtidige tjenestene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling der lokale forhold tilsier dette.
- Lagt til rette for økt frivillighet samt riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern.

Mål 2015:

- Medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status har nasjonal dekningsgrad og god datakvalitet.
- Helseforetakene har formidlet og kommunisert kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten på egnet måte.
- Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Innen psykisk helsevern skal distriktpsikiatriske sentre og barn og unge prioriteres. Veksten måles blant annet gjennom endring kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet. Helse Sør-Øst RHF skal rapportere planer for hvordan dette skal gjennomføres innen 1. mars 2015.
- Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstiltak, herunder behandlingstiltak uten medikamenter (medikamentfritt). Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene. Helse Sør-Øst RHF skal rapportere planer for hvordan dette skal gjennomføres innen 1. mars 2015.
- Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i større grad innrette sine tjenestetilbud slik at personellet jobber mer ambulant og samarbeider nærmere med kommuner, skoler, barnevernet og fengslene. Legespesialister og psykologer inngår i det ambulante arbeidet ved distriktpsikiatriske sentre.
- Startet innføring av et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern etter modell fra Storbritannia, i samarbeid med Helsedirektoratet, jf. Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017.
- Andel årsverk ved distriktpsikiatriske sentre har økt i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus.
- Andel tvangsinnleggelseser for helseregionen er redusert sammenliknet med 2014.

- I samarbeid med berørte parter gjennomgått avtalene om studenthelsetjenesten slik at studenter får et tilfredsstillende tilbud.
- Etablert rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling får behandling for somatiske lidelser og tilsvarende, at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/eller rusproblemer.
- Etablert strukturer og rutiner i samarbeid med Helsedirektoratet og Bufetats regioner som sikrer at barn i barnevernsinstitusjon får nødvendig utredning og behandling for psykiske lidelser og rusavhengighet. Kortfattet status for arbeidet som viser hva som kan gjøres i 2015 og hva som bør gjøres på lengre sikt oversendes departementet innen 1. mai 2015.
- Etablert kombinerte stillinger som sosialpediatere med arbeidssted både i Statens barnehus og barneavdeling, og avsatt ressurser til sosialpediatrisk virksomhet i barneavdelinger som ikke har Statens barnehus i sitt opptaksområde.
- Forberedt ansvarsovertakelse for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep fra 2016. Vi ber om en særskilt rapportering med plan for arbeidet innen 1. mai 2015.
- Styrket tilbudet i gynekologiske avdelinger til abortsøkende kvinner som henvender seg direkte til sykehus.

5. Personell, utdanning og kompetanse

Langsiktige mål

- Tilstrekkelig kvalifisert personell og kompetanse, og planlegge for bedre utnyttelse av de samlede personellressursene.
- Utdanningsoppgaver er ivaretatt med god systematikk, kvalitet og i tråd med behov.
- Bidra til bærekraftig utvikling i spesialisthelsetjenesten ved å rekruttere, beholde og utvikle kompetanse hos medarbeiderne.
- Den lovpålagte veiledningsplikten overfor kommunene bidrar til å øke kommunenes kompetanse i tråd med samhandlingsreformens intensjon.

Mål 2015

- Samarbeidsorganet mellom regionale helseforetak og universiteter/høyskoler er benyttet aktivt til planlegging av aktuelle utdanninger og saker knyttet til utdanningsområdet.
- Tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, herunder i den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin som skal gjennomføres i henhold til Helsedirektoratets rammeverk.
- Utviklet strategi for kompetansedeling og kompetanseutveksling med kommunale helse- og omsorgstjenester i regionen.
- Det er etablert kompetansenettverk i klinisk rettsmedisin i samarbeid med de institusjonene som i dag ivaretar rettspatologi og klinisk rettsmedisin.

6. Forskning og innovasjon

Langsiktige mål:

- Økt omfang og implementering av klinisk pasientrettet forskning, helsetjenesteforskning, global helseforskning og innovasjoner som bidrar til økt kvalitet, pasientsikkerhet, kostnadseffektivitet og mer helhetlige pasientforløp, gjennom nasjonalt og internasjonalt samarbeid og aktiv medvirkning fra brukere.
- Økt innovasjonseffekt av anskaffelser.
- Økt antall pasienter som får tilbud om deltakelse i kliniske studier.

Mål 2015:

- Vurdert anbefalingene i HelseOmsorg21 og evt. prioritert og igangsatt tiltak innenfor helseforetakenes ansvar for forskning og innovasjon. Det forutsettes dialog mellom de regionale helseforetakene.
- Gjennomført før-kommersielle prosjekter som en del av oppfølgingen av ”Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser” fra 2012.
- Infrastruktur, utprøvingssenheter og støttefunksjoner for kliniske studier er styrket ved universitetssykehusene.
- For å øke nytte av offentlig finansiert klinisk forskning, er det innført krav om begrunnelse dersom brukervedvirkning er fraværende i planlegging og gjennomføring av klinisk forskning eller helsetjenesteforskning. Videre er det utarbeidet felles retningslinjer for de regionale helseforetakene for hvordan prosjektsøknader skal beskrive forventet nytte for pasienten og tjenesten, og hvordan ny kunnskap kan tas i bruk i tjenesten. Nyttevurderingen skal likestilles med kvalitetsvurderingen av prosjektsøknadene. Retningslinjene skal gjelde fra 2016.
- Etablere nasjonale forskningsnettverk innenfor områder der det er behov for slike, herunder for persontilpasset medisin, jf. rapport fra nasjonal utredning av persontilpasset medisin i helsetjenesten fra 2014.

7. Styringsparametre og rapporteringskrav 2015

Som omtalt i kap. 1 er styringsparametre valgt for å gi et mest mulig samlet bilde av kvalitet, pasientsikkerhet og brukervedvirkning i tjenesten. Departementet vil i oppfølgingsmøtene med de regionale helseforetakene følge opp de valgte styringsparametrene samt andre kvalitetsindikatorer ved behov. Styret og ledelsen i Helse Sør-Øst RHF har et ansvar for å følge med på kvalitetsindikatorerne som Helsedirektoratet publiserer og eventuelt iverksette tiltak for å forbedre kvaliteten i tjenestene.

De regionale helseforetakene skal i Årlig melding 2015, i tillegg til gjennomsnittstall for hele regionen, vise laveste og høyeste måloppnåelse på helseforetaksnivå for styringsparametrene. De regionale helseforetakene skal på bakgrunn av blant annet slik informasjon vurdere tiltak for å redusere variasjon i resultat mellom helseforetakene.

Tabell 2. Styringsparametre og rapporteringskrav 2015.

Styringsparametre	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Under 65 dager	Helsedirektoratet	Månedlig
Andel fristbrudd ³	0 %	Helsedirektoratet	Månedlig

³ Måles i dag for rettighetspasienter. Ny pasient- og brukerrettighetslov som innføres i løpet av 2. halvår 2015, vil gi alle pasienter som har behov for spesialisthelsetjeneste status som rettighetspasienter.

Styringsparametre	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp ⁴	70 % ved årsslutt	Helsedirektoratet	Tertialvis. Første publisering er august 2015
Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp ⁵	70 % ved årsslutt	Helsedirektoratet	Tertialvis. Første publisering er august 2015.
Sykehusinfeksjoner		Folkehelseinstituttet	2 ganger årlig
Andel reinnleggelser innen 30 dager (som øyeblikkelig hjelp) uavhengig av alder og diagnose		Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel pasienter 18-80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse	20 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel pasienter med hjerneslag som legges direkte inn på slagenhet		Helsedirektoratet	Tertialvis

Rapporteringskrav	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis distriktpsikiatriske sentre og sykehus		Helsedirektoratet (SSB)	Årlig
Fastlegers erfaring med distriktpsikiatriske sentre		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Publiseres 2015
Pasienters erfaring med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Publiseres 2015
Pasienters erfaring med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp)		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Publiseres 2015
Pasienters erfaring med døgnopphold i psykisk helsevern voksne (resultater kun på nasjonalt nivå)		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Publiseres 2015
Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Årlig
Andel tvangsinnleggelser (antall per 1000 innbyggere i helseregionen)	Redusert sammenlignet med 2014	Helsedirektoratet	Årlig
Andel reinnleggelser innen 30 dager etter utskriving av eldre pasienter		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Årlig

⁴ Pakkeforløp kreft innføres først på fire områder: brystkreft, kolorektal kreft, lungekreft og prostatakreft. Disse fire inngår i kvalitetsindikatoren ved publisering august 2015. Etter hvert som flere pakkeforløp implementeres vil disse inngå i beregningsgrunnlaget for indikatoren. Kvalitetsindikatoren måler bare implementerte pakkeforløp.

⁵ Som fotnote 4.

8. Oppfølging og rapportering

Oppfølging gjennom plan- og meldingssystemet skal gi departementet informasjon om måloppnåelse på helsepolitiske mål. Det regionale helseforetaket har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametre meldes departementet når slike avvik blir kjent.

I årlig melding skal det rapporteres på hvordan de regionale helseforetakene har fulgt opp Mål 2015 og Styringsparametre og rapporteringskrav 2015. Det skal ikke rapporteres på langsiktige mål. Frist for innsendelse av styrets årlige melding er 15. mars 2016. Det vises til vedlegg 1 til foretaksprotokoll til Helse Sør-Øst RHF av 7. januar 2015 for nærmere informasjon på hva som skal rapporteres til Helse- og omsorgsdepartementet.

Rapporteringen skal skje elektronisk til postmottak@hod.dep.no med kopi til rapportering@hod.dep.no.

Oslo, 7. januar 2015



Bent Høie

Vedlegg 1 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

GRUNNUTDANNING omfatter studier ved videregående skoler, høyskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena. Fylkeskommunene har ansvar for de videregående skolene. Fylkenes opplæringskontor skal i samarbeid med praksisarenaene sikre læreplasser i de yrkesfaglige utdanningene.

VIDEREUTDANNING omfatter legespesialistutdanningen og studier ved fagskoler, høyskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena (og arbeidsplass). Høyskoler som tilbyr videreutdanning, skal i forkant inngå avtaler med helseforetakene om praksisplasser. Eventuell uenighet skal søkes løst i samarbeidsorganet.

Kunnskapsdepartementet har tidligere fastsatt årlige aktivitetskrav for enkelte studier ved utdanningsinstitusjonene. Fra og med 2014 ble styringen av dimensjonering for enkelte utdanninger endret til kandidatmåltall. Nedenfor gjengis Kunnskapsdepartementets forslag til kandidatmåltall for 2015.

Kandidatmåltallet for den enkelte institusjon er et minstekrav. Endelige tall vil foreligge i KDs tildelingsbrev/tilskuddsbrev for 2015 til utdanningsinstitusjonene og kan formidles fra institusjonene i de regionale samarbeidsorganene.

Helse region	Høgskole Universitet	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIOK - sykepleie	Jord- mor
		Sykepleie	Radio Grafik	Bioingeniør	Fysio terapi	Ergo terapi	Verne Pleie		
Helse Sør-Øst	Gjøvik	166	20					20	
	Hedmark	164						23	
	Lillehammer						57		
	Oslo/Akershus	492	34	50	134	51	147	120	34
	Østfold	109		22			61	20	
	Diakonova	83						28	
	Lovisenberg diak.	151						48	
	Diakonhjemmet	118				30	110		
	Univ. i Agder	203		20			35	25	
	Telemark	103					45		
	Vestfold og Buskerud	233	20					51	20
Helse Vest	Bergen Høgskole	180	25	23	60	30	65	41	35
	Sogn og Fjordane	110					21	11*	
	Univ. i Stavanger	163						34	
	Stord/Haugesund	145						8*	
	Betanien Diakonale	60						22	
	Haraldsplass diakonale høgskole	70							
Helse Midt-Norge	Molde	79					38		
	Nord-Trøndelag	169					30		
	Sør-Trøndelag	155	31	49	52	57	70	83	25
	Ålesund	104		24				31	
Helse Nord	Universitetet i Nordland	139						26	
	Finmark	0							
	Harstad	62					64		
	Nesna	20							
	Narvik	33							
	Univ. i Tromsø	166	24	20	25	20		50	20
		3 477	154	208	271	188	743	641	134

*Institusjonene er bedt om å legge frem en plan i *Årsrapport* for økning til 20 over en periode på tre år, jf. Tildelingsbrev for 2014.

Audiografutdanningen ved Høgskolen i Sør Trøndelag har kandidatmåltall 29.

Følgende kandidatmåltall er fastsatt for hhv medisin, psykologi og farmasi ved universitetene:

Universitet	Medisin	Psykologi prof.utd.	Farmasi
Universitetet i Oslo	192	96	55
Universitetet i Bergen	156	80	25
NTNU	114	55	
Universitet i Tromsø	84	31	25

TURNUSTJENESTE er for noen yrkesgrupper et vilkår for å få autorisasjon. Helsedirektoratet (SAK) fastsetter hvor mange turnusplasser for leger og fysioterapeuter det skal legges til rette for og formidler dette i brev til hvert av RHFene. Turnustjenesten for leger ble endret med virkning fra 2013. Antallet turnusplasser for leger videreføres i 2015. Antallet turnusplasser for fysioterapeuter videreføres i tråd med økningen i 2013.

FORDELING AV NYE LEGESTILLINGER

Sentral fordeling av nye legestillinger opphørte 1. juli 2013. Oppretting av legestillinger skal fortsatt skje i tråd med behovene innen helseregionenes sørge-for ansvar, det helsepolitiske styringsbudskapet og de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon. Gode lokale, regionale og nasjonale analyser av kompetansebehov framover skal legges til grunn for RHFenes fordeling av leger til HFene og mellom spesialiteter. RHFene skal særlig vurdere behovet for legestillinger til spesialiteter der utdanningskapasiteten i dag anses å være for lav og spesialiteter der behovet for legespesialister vil endre seg i årene fremover som en følge av befolkningsutvikling, sykdomsutvikling og organisatoriske endringer i helseforetakene. Stillinger i onkologi og patologi skal fortsatt prioriteres.

RHFene skal bidra til at Legestillingsregisteret i Helsedirektoratet til enhver tid er oppdatert.



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse Sør-Øst RHF
Helse Vest RHF
Helse Midt-Norge RHF
Helse Nord RHF

Deres ref

Vår ref
14/3574

Dato

30.06.2015

Oppdragsdokument 2015 – tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 119 S (2014-2015)

Vi viser til oppdragsdokument 2015 til de regionale helseforetakene av 7. januar 2015. Som følge av blant annet Stortingets behandling av Prop. 119 S (2014-2015), jf. Innst. 360 S (2014-2015), sender departementet ut et tilleggsdokument til oppdragsdokumentet for 2015. Det vises også til utbetalingsbrev for august måned.

1. TILDELING AV MIDLER

Kap. 732, postene 72-75 Økte pensjonskostnader

I saldert budsjett for 2015 er det lagt til grunn en pensjonskostnad for regionale helseforetak på 16 700 mill. kroner. Oppdaterte beregninger fra pensjonsleverandørene viser et anslag for samlede pensjonskostnader på 18 450 mill. kroner for de regionale helseforetakene, det vil si en økning på 1750 mill. kroner. Den nye informasjonen om pensjonskostnad for 2015 medfører samtidig en betydelig omfordeling mellom helseregionene sammenliknet med det som tidligere er lagt til grunn for 2015.

De regionale helseforetakene har fordelt inntektsrammer og stilt resultatkrav til sine helseforetak på bakgrunn av forutsetningene i Prop. 1 S (2014-2015). Håndteringen av endringene fordeles slik at denne ikke endrer på forutsetningene som allerede er hensyntatt hos de regionale helseforetakene. En fordeling av tilleggsbevilgningen i tråd med ordinær inntektsfordelingsmodell ville gitt til dels vesentlig økte omstillingsbehov i enkelte regioner,

samtidig som den ville gitt tilsvarende lettelser i andre regioner. Dette forsterkes ytterligere av at håndteringen ikke ble kjent før ved fremleggelse og behandling av proposisjonen, og at de endrede rammebetingelsene således må innarbeides sent i året.

Dette innebærer følgende endringer:

Kap. 732, post 72 økes med 1 148,1 mill. kroner.

Kap. 732, post 73 økes med 281,1 mill. kroner.

Kap. 732, post 74 økes med 187,3 mill. kroner.

Kap. 732, post 75 økes med 133,5 mill. kroner.

I tråd med den helhetlige håndteringen av pensjonskostnader og -premier vil de regionale helseforetakenes ramme for driftskreditt reduseres med 1 750 mill. kroner. Det vises til foretaksmøtet av 1. juni 2015 hvor endringer i driftskredittramme er meddelt.

Kap. 732, post 77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv, overslagsbevilgning
Utbetaling over posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. I oppdragsdokument 2015 ble det lagt til rette for en vekst på 6 pst. utover anslått nivå i 2014 basert på regnskapstall fra januar-mai 2014. Bevilgningen i 2015 er samlet for alle de fire regionale helseforetakene økt med 39 mill. kroner som følge av oppdaterte aktivitetstall per februar 2015.

Kap. 732, postene 72-75 Leiekostnader – Rettsmedisinsk institutt

Stortinget besluttet ved behandling av Prop. 74 S (2010–2011) at Rettsmedisinsk institutt skulle overføres fra Universitetet i Oslo til Folkehelseinstituttet med virkning fra 1. juni 2011. Virksomheten er lokalisert i lokalene til Oslo universitetssykehus på Rikshospitalet. Leiekostnadene har hittil vært dekket over basisbevilgningen til de regionale helseforetakene, og foreslås heretter dekket av Folkehelseinstituttet.

Dette innebærer følgende endringer:

Kap. 732, post 72 reduseres med 10,8 mill. kroner.

Kap. 732, post 73 reduseres med 3,8 mill. kroner.

Kap. 732, post 74 reduseres med 2,9 mill. kroner.

Kap. 732, post 75 reduseres med 2,6 mill. kroner.

Pasientbetaling som kan kreves av pasienter som ikke møter til avtalt poliklinisk time

Bestemmelsen er fastsatt i Forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak, kap 2.2, merknad 2F:

For bestilt time som ikke benyttes, det vil si at pasienten uteblir uten varsel eller avbestiller senere enn 24 timer før avtalt tid, kan pasienten avkreves betaling som i beløp tilsvarende det dobbelte av egenandel 201b. Pasienten skal informeres om plikten til å betale ved uteblivelse. Slik betaling kan kreves av alle pasienter, også av pasienter som er fritatt fra betaling av egenandel.

Pasientbetalingen ble fra 1. januar 2015 fastsatt til det dobbelte av egenandel 201b.

I utgangspunktet omfatter gebyret alle pasienter. I Prop. 1 S (2014-2015) ble Stortinget informert om at det skulle utvises et skjønn for visse pasientgrupper. I oppdragsdokumentene for 2015 ble det derfor satt vilkår om at de regionale helseforetakene ”*bes om å utvise skjønn mht. å innkreve gebyr fra rusavhengige og pasienter med psykiske lidelser.*”

Forvaltningsloven kommer til anvendelse. For å ivareta bestemmelsens formål skal skjønnsutøvelsen foretas lokalt, av personell som er i kontakt med pasienten. Departementet ber de regionale helseforetakene sørge for at skjønnet utvises i tråd med dette.

Oppgjørsordning h-reseptlegemidler og fritt behandlingsvalg

Det arbeides med å innføre en oppgjørsløsning for h-resepter ved å ta i bruk Helfos eksisterende elektroniske oppgjørsløsning i e-resept, med nødvendige tilpasninger for h-reseptlegemidlene. Den elektroniske oppgjørsløsningen innebærer bl.a. at Helfo i samarbeid med Nav skal sørge for kontroll og utbetalinger til apotek. De regionale helseforetakene skal fortsatt finansiere h-reseptlegemidler. Når oppgjørsløsningen er på plass, vil dette skje etter krav fra Helfo til helseforetakene.

Utgiftene til helsetjenester i fritt behandlingsvalg skal finansieres av de regionale helseforetakene. Forvaltningen av ordningen innebærer bl.a. at Helfo i samarbeid med Nav skal betale til de private aktørene. Det er derfor nødvendig med et påfølgende oppgjør mellom Helfo og de regionale helseforetakene. Helfo vil kreve refusjon fra helseforetakene.

2. TILTAK FOR Å REDUSERE VARIASJON I VENTETIDER OG EFFEKTIVITET

Det vises til foretaksmøte 7. januar 2015 hvor de regionale helseforetakene innen 1. april 2015 ble bedt om å legge fram for departementet en plan med konkrete tiltak for å redusere ventetider og implementere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer for hvert enkelt helseforetak og regionen samlet. På bakgrunn av de innsendte planene og senere oppfølgingsmøter presiseres kravene til det videre arbeidet i 2015:

a. Utarbeidelse av forslag til indikatorer og fagområder for prioritert styringsmessig oppfølging

De regionale helseforetakene bes innen 15. november 2015 i fellesskap om å foreslå for departementet:

- Et sett av indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse, effektivitet og ressursplanlegging. Indikatorene skal belyse de viktigste driverne for ventetid. Indikatorene skal kunne måles på operativt nivå, for eksempel poliklinikk, sengepost og operasjonsenhet, egne seg til sammenlikning på tvers av enheter og være mulig å aggregere til regionalt og nasjonalt nivå.
- Hvilke fagområder som i første omgang bør prioriteres i styringsdialogen mellom HOD og RHF med utgangspunkt i disse indikatorene.

Helse Vest RHF skal lede arbeidet. Helsedirektoratet v/Norsk pasientregister skal trekkes med i arbeidet.

b. Etablering av nettverk for å fremme metodeutvikling på tvers av RHF

Det skal fra og med høsten 2015 etableres et nettverk mellom RHF med formål å utveksle erfaringer og utvikle metodikk knyttet til arbeid for å redusere ventetider, øke effektivitet og kapasitetsutnyttelse. Sentrale tema for nettverket skal være drøfting av:

- Analyser av årsaker til variasjon i ventetid, effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom regioner, sykehus og sykehusavdelinger.
- Utvikling av indikatorer som egner seg for benchmarking mellom operative enheter, for eksempel poliklinikk, sengepost og operasjonsenhet, knyttet til variasjon i ventetid, effektivitet og kapasitetsutnyttelse på ulike nivåer.
- Hvordan analyser og indikatorer knyttet til variasjon, jf. over, kan understøtte eierstyring og ledelsesbeslutninger og bidra til å avdekke avvik og identifisere korrigerende tiltak.

Det legges til grunn at ansvaret for å lede nettverket går på omgang mellom RHF. Helse Vest RHF skal lede kompetansenettverket fra oppstart. Helsedirektoratet v/Norsk pasientregister og avdeling økonomi og analyse skal delta i nettverket.

c. Etablering av regionale innsatsteam og arenaer for utveksling av erfaring om endringsprosesser

De regionale helseforetakene bes om å:

- Etablere regionale innsatsteam som kan understøtte omstillings- og endringsprosesser på lokalt nivå.
- Etablere mekanismer som kobler en slik ressurs på regionalt nivå med enheter på lokalt nivå som trenger bistand for å gjennomføre endringsprosesser.
- Etablere arenaer der helseforetakene kan møtes for å utveksle erfaringer og metodikk om omstillings- og endringsprosesser.

De regionale helseforetakene bes innen 15. november 2015 rapportere til departementet hvordan dette styringskravet er fulgt opp.

d. Innføre lengre planleggings- og timetildelingshorisont ved poliklinikker

De regionale helseforetakene bes om innføre en planleggingshorisont for bemanning og timetildelingshorisont ved poliklinikkene i regionen på minimum seks måneder innen 1. januar 2016. Det vises i den forbindelse til endringene i pasient- og brukerrettighetsloven hvor det framgår at pasientene i første svarbrev etter vurdering av henvisning til spesialisthelsetjenesten skal få timeangivelse for oppstart helsehjelp.

e. Bruke innsikt i variasjon i liggetid og andel dagbehandling i forbedringsarbeid

De regionale helseforetakene bes om å:

- Systematisk sammenlikne gjennomsnittlig liggetid og andel dagbehandling på prosedyrenivå mellom sykehus, både mellom sykehus i regionen og mellom sykehus nasjonalt. Slike analyser bør særlig vurdere prosedyrer med stort volum og/eller lang ventetid som ikke er faglig begrunnet. Det er et mål at sammenlikning kan gjøres på tvers av regioner.
- Drøfte med de andre helseregionene hvilke prosedyrer og indikatorer som er aktuelle å sammenligne, og i samarbeid med andre regioner og Helsedirektoratet v/Norsk pasientregister utvikle løsninger der slike data sammenstilles nasjonalt i en publiseringsløsning som er lett tilgjengelig for klinikere og ledere i sykehus.
- Kreve relevante tiltak iverksatt av helseforetak som har vesentlig lengre gjennomsnittlig liggetid og/eller vesentlig lavere andel dagbehandling for utvalgte prosedyrer enn andre helseforetak, med sikte på at liggetiden skal reduseres og/eller andel dagbehandling økes.

De regionale helseforetakene bes innen 15. november 2015 om å redegjøre for hvordan det regionale helseforetaket har fulgt opp dette styringskravet samt foreslå indikatorer som kan være egnet for å følge opp dette i styringsdialogen mellom HOD og RHF. Regionene skal fremme et felles forslag til indikatorsett.

f. Bruke innsikt om variasjon i forbruk av helsetjenester i forbedringsarbeid

Det vises til beslutning i foretaksmøtet 7. januar 2015 om å etablere en nasjonal elektronisk atlastjeneste for å belyse og analysere forbruk og variasjon av helsetjenester. De regionale helseforetakene bes om å:

- Med utgangspunkt i bl.a. data fra nasjonal elektronisk atlastjeneste systematisk sammenlikne forbruk av helsetjenester på prosedyrenivå mellom sykehus, både mellom sykehus i regionen og mellom sykehus nasjonalt. Slike analyser bør særlig vurdere prosedyrer med stort volum og/eller lang ventetid som ikke er faglig begrunnet.
- Drøfte med de andre helseregionene hvilke prosedyrer og indikatorer for variasjon i forbruk som er aktuelle å sammenligne på tvers av regioner.
- Kreve relevante tiltak iverksatt av helseforetak som har vesentlig avvikende forbruksmønster for utvalgte prosedyrer enn andre helseforetak, der dette ikke kan forklares av forskjeller i strukturelle forhold.

De regionale helseforetakene bes innen 15. november 2015 om å redegjøre for hvordan det regionale helseforetaket har fulgt opp dette styringskravet samt foreslå indikatorer som kan være egnet for å følge opp dette i styringsdialogen mellom HOD og RHF. Regionene skal fremme et felles forslag til indikatorsett.

g. Bedre samhandling med private og avtalespesialister

De regionale helseforetakene bes om å vurdere gjennomføring av anskaffelser:

- Innen de 3 fagområdene innen somatikk med flest antall ventende i regionen.
- For tjenester hvor det er vedvarende flaskehals hos Helseforetakene, evt. om dette er tjenester som egner seg for å legges inn i godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalg. jf. RHF's adgang til å melde inn slike tjenester i tråd med innfasingsmekanismen beskrevet i høringsnotat (punkt 9.2) om forskrift for godkjenningsordning for fritt behandlingsvalg.

De regionale helseforetakene bes i tillegg sørge for at helseforetakene utnytter de muligheter som ligger i allerede inngåtte avtaler, og i tillegg vurderer egne anskaffelser.

De regionale helseforetakene bes innen utgangen av 15. november 2015 om å rapportere til departementet hvordan dette er fulgt opp.

De fleste pasientene venter på time på poliklinikk. Avtalespesialistene utgjør en stor andel av poliklinisk kapasitet innen flere fagområder. De regionale helseforetakene bes om å vurdere hvordan videreutvikling av samarbeidsmodeller mellom avtalespesialister og helseforetak kan redusere ventetidene, særlig innen fagområder med mange ventende og betydelig innslag av avtalespesialister. Det skal rapporteres til departementet hvordan dette er fulgt opp innen utgangen av 15. november 2015.

3. KVALITET OG PASIENTSIKKERHET

Mål 2015:

- De regionale helseforetakene har iverksatt tiltak for å rekruttere og beholde blodgivere. Det vises til Helsedirektoratets rapport: «*Blodgiversituasjonen i Norge. Forslag til tiltak som kan bidra til et bærekraftig tilbud for blodgivning, IS-2129*».

4. ANDRE STYRINGSKRAV

De regionale helseforetakene bes om å legge til rette for at Helseforetakene kommuniserer godt om resultater, utfordringer og omstillingsprosesser i eget foretak til berørte parter og offentligheten generelt.

Helseforetakene er store arbeidsgivere i det norske samfunnet og det er viktig at disse bidrar til å sikre samfunnets behov for fagarbeidere med høye kvalifikasjoner gjennom å tilrettelegge for lærlingplasser, både i egen virksomhet og gjennom å stille krav til leverandører. Vi viser til krav i foretaksmøte i januar 2013, hvor de regionale helseforetakene ble bedt om å bidra til å sikre flere lærlingplasser i tråd med målene i *Samfunnskontrakt for flere læreplasser*. Samfunnskontrakten er inngått mellom partene i arbeidslivet og har til hensikt å sikre flere lærlingplasser på flere fagområder. Regjeringen har etter dette utarbeidet en strategi for å få flere lærlinger i staten, og et viktig tiltak i denne sammenheng er at alle statlige virksomheter skal knytte til seg minst én lærling. Vi forutsetter at de regionale helseforetakene og

underliggende helseforetak er kjent med Regjeringens strategi og etterlever de krav som følger av denne.

Vi ber om rapportering på mål og styringskrav under avsnitt 3 og 4 i årlig melding for 2015 fra de regionale helseforetakene.

Med hilsen



Bent Høie

Kopi: Riksrevisjonen og Helsedirektoratet v/Norsk pasientregister.