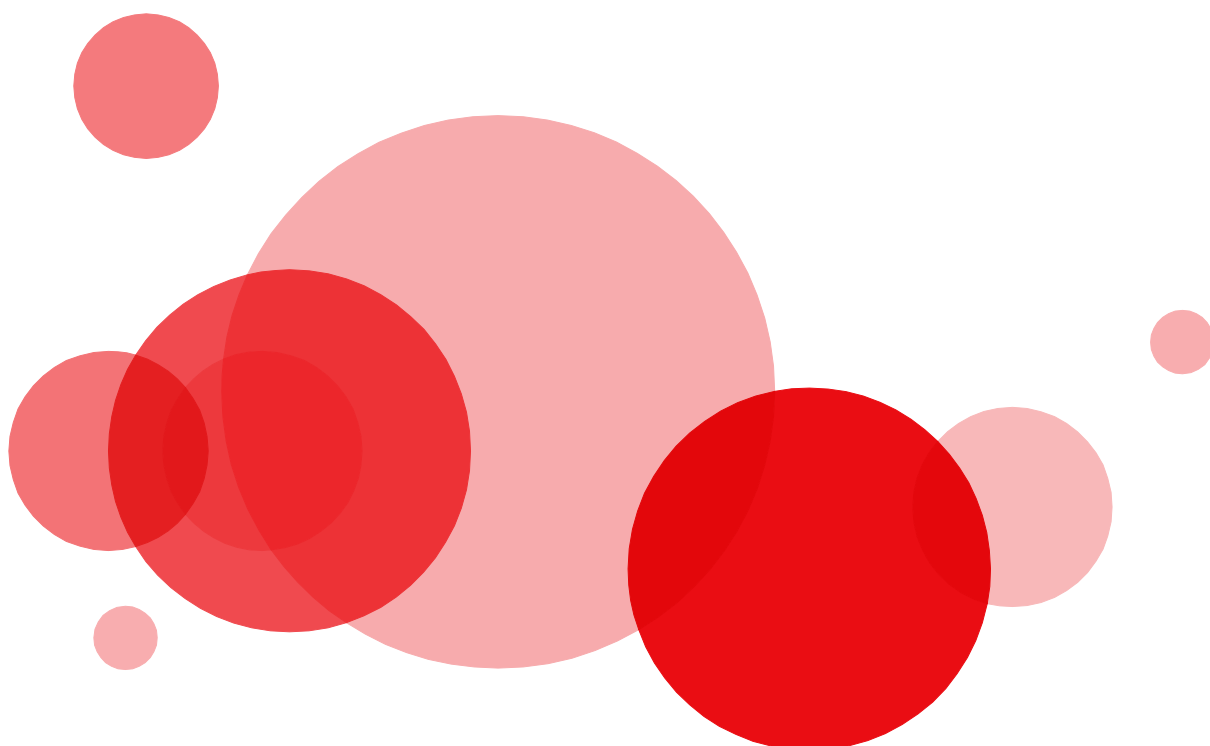


Oppdragsdokument 2015

Helse Vest RHF



Oppdatert: 16.1.2015



1. Innleiing

Gjennom oppdragsdokumentet stiller Helse- og omsorgsdepartementet til disposisjon dei midlane Stortinget har løyvd for 2015. Helse Vest RHF skal gjennomføre oppgåvene og styringskrava innanfor dei ressursane som blir stilte til rådvelde i oppdragsdokumentet. Departementet føreset at Helse Vest RHF set seg inn i Prop. 1 S (2014–2015) og budsjettvedtaket i Stortinget.

Staten har det overordna ansvaret for at befolkninga får nødvendige spesialisthelsetenester. Helse Vest RHF har ansvar for at befolkninga i regionen får tilgang til spesialisthelsetenester slik det er fastsett i lover og forskrifter. Helse Vest RHF har ansvaret for at forskning, utdanning og opplæring av pasientar og pårørande blir utført på ein god måte, og at desse oppgåvene underbyggjer god og forsvarleg pasientbehandling. Helse Vest RHF skal sikre tilstrekkeleg kompetanse i alle delar av spesialisthelsetenesta. Det skal leggjast vekt på likeverdige helsetenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjellar i aktuelle befolkningsgrupper, mellom anna innvandrargrupper.

Pasientar og brukarar må kunne vere sikre på at tenestene er tilgjengelege, og at dei blir møtte med omsorg og respekt og god og likeverdig kommunikasjon. Det skal brukast kvalifiserte tolkar ved behov. Samiske pasientars rett og behov for tilrettelagde tenester må etterspørjast og synleggjerast frå planleggingsfasen, gjennom utgreiingsfasen, og når det blir teke avgjerder. Helse Nord RHF har fått i oppdrag å finansiere videreføring av samisk tolkeprosjekt.

Spesialisthelsetenesta skal utviklast slik at ho i større grad sikrar pasientane sine behov, verdiar og preferansar. Pasientane skal få større sjanse til å velje behandlingsstad. Pasientar og brukarar skal trekkjast aktivt inn i utviklinga av eiga behandling, og det skal leggjast vekt på brukarane sine erfaringar i utforminga av tenestetilbodet.

Hovudoppgåvene i spesialisthelsetenesta skal løysast ved dei offentlege sjukehusa. Det er ei utfordring at mange pasientar ventar unødvendig lenge på nødvendig behandling, også på helsetenester der det er ledig kapasitet hos private aktørar. Helse Vest RHF må sørgje for meir bruk av private aktørar der dette bidreg til å redusere ventetidene på ein fagleg forsvarleg og kostnadseffektiv måte. Helse Vest RHF skal raskt utnytte kapasitet innanfor eksisterande avtalar og innkjøpsregelverk, og dei private skal sikrast føreseielege og langsiktige avtalar når dei gjennomfører kjøp av tjenester.

Samhandlingsreforma utgjer eit overordna rammeverk og gir føringar for den vidare utviklinga av den samla helse- og omsorgstenesta. Gode pasientforløp og fleire tenester nær der pasienten bur, er sentrale mål. Dei regionale helseføretaka skal bidra til å desentralisere spesialisthelsetenester der dette er formålstenleg, og bidra til å utvikle og styrkje den kommunale helse- og omsorgstenesta. Viktige verkemiddel er samarbeidsavtalane og spesialisthelsetenesta si rettleiingsplikt overfor dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Omstilling av tenester innanfor somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling og rehabilitering som vedkjem kommunane, skal synkroniserast slik at dei ikkje blir gjennomførte før kommunane er i stand til å handtere dei nye oppgåvene. Det er ein føresetnad at omstillingane gir brukarane eit kontinuerleg og like godt eller betre tenestetilbod enn tidlegare. Det føreset eit nært samarbeid mellom regionale helseføretak/helseføretak og kommunane, og brukarane og deira organisasjonar.

Kreftbehandlinga skal styrkjast. Diagnosesenter er etablerte i 2014 og blir vidareutvikla i 2015. Pakkeforløp kreft blir innført i 2015 og vil bli monitorert, jf. styringsparametrar i tabell 2. Leiarar i sjukehusa får ansvar for å identifisere eventuelle flaskehalsar i

behandlingsforløpet. Som ledd i innføringa av pakkeforløp kreft skal samarbeidet mellom sjukehus og fastlegar styrkjast.

Det skal setjast i verk ei forsøksordning der driftsansvaret for distriktpsikiatriske sentre blir overført til nokre forsøkskommunar som har tilstrekkeleg kapasitet og kompetanse. Departementet vil komme tilbake til dette.

Følgjande nye strategiar og handlingsplanar frå Helse- og omsorgsdepartementet skal leggjast til grunn for utvikling av tenestetilbodet:

- 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 valdeleg ekstremisme (Justis- og beredskapsdepartementet).
- Handlingsplan for førebygging av sjølvskading og sjølvskading 2014–2017
- Nasjonal overdosestrategi 2014–2017 – ”Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve”.
- Nasjonal helseberedskapsplan. Versjon 2.0. fastsett 2. juni 2014.

Helsedirektoratet har ansvar for kvalitetsindikatorar. Eit utval kvalitetsindikatorar er valde som styringsparametrar for departementet si oppfølging av dei regionale helseføretaka, jf. kap. 7. Styringsparametrane skal gi eit mest mogleg samla bilde av kvalitet, pasientsikkerheit og brukarmedverknad i tenesta. Med bakgrunn i alle kvalitetsindikatorane skal Helsedirektoratet varsle departementet dersom indikatorane gir haldepunkt for kvalitetsbrest eller uønskt variasjon i kvalitet. I oppfølgingsmøta med dei regionale helseføretaka vil departementet følgje opp dei valde styringsparametrane og andre kvalitetsindikatorar ved behov.

2. Tildeling av midlar

Grunnlaget for inntektene til Helse Vest RHF er i hovudsak løyvingsvedtak i Stortinget. Helse Vest RHF skal bruke midlane som blir stilte til rådvelde, på ein effektiv måte og slik at dei kjem pasientane til gode. I 2015 skal Helse Vest RHF basere verksemda si på tildelte midlar i tabell 1. Plan for utbetalingar av tilskot kjem i eige brev.

Vi viser til helseføretakslova § 45 og dessutan løyvingsreglementet § 10, der departementet og Riksrevisjonen kan setje i verk kontroll med at midlane blir nytta etter føresetnadene.

Tabell 1. Tilskot til Helse Vest RHF fordelt på kapittel og post (i kroner)

Kap	Post	Nemning	Midlar til Helse Vest RHF
732	70	Særskilde tilskot (Omlegging av arbeidsgivaravgift)	27 037 000
	70	Særskilde tilskot (Tilskot til turnusteneste)	6 450 000
	70	Særskilde tilskot (Partikkelterapi)	3 975 000
	70	Særskilde tilskot (Klinisk multisenterstudie ME)	2 000 000
	70	Særskilde tilskot (Transport av psykisk sjuke)	4 000 000
	70	Særskilde tilskot (Lækjemiddelberedskap)	1 000 000
	70	Særskilde tilskot (Langvarig smerte)	4 000 000
	71	Kvalitetsbasert finansiering	104 600 000
	73	Basisløyving Helse Vest RHF	17 963 506 000

Kap	Post	Nemning	Midlar til Helse Vest RHF
	76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsløyving</i>	¹
	77	Poliklinisk verksemd osv., <i>overslagsløyving</i>	²
	78	Forsking og nasjonale kompetansenester	173 794 830
	79	Raskare tilbake	110 067 000
770	21	Spesielle driftsutgifter (Forsøksordning tannhelsetenester)	3 000 000
782	70	Helseregister	5 500 000

Kap. 732, post 70

Helse Vest RHF blir tildelt 4 mill. kroner til TMD-prosjektet i regi av Helse Bergen HF, jf. Pilotprosjekt felles tverrfaglege diagnosesenter/poliklinikkar for pasientar med langvarige smerte- og/eller utmattingstilstandar med uklar årsak.

Kap. 732, post 73 Basisløyving Helse Vest RHF

Basisløyvinga skal leggje grunnlaget for å realisere dei helsepolitiske målsetjingane i spesialisthelsetenesta. Midlar til vedlikehald av og investeringar i bygg og utstyr inngår i basisløyvinga.

Helse Vest RHF må sørgje for å bruke private aktørar i større grad, der dette bidreg til å redusere ventetidene på ein fagleg forsvarleg og kostnadseffektiv måte.

Helse Vest RHF skal inngå avtalar med private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonar, og mellom anna vurdere om det er behov for å kjøpe tenester utanfor eigen region. Eigendelen i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonar er 128 kroner per døgn. Eigendelen gjeld også for dagophald.

Helse Vest RHF skal setje av minst 118,1 mill. kroner til etablering av døgntilbod som strakshjelp («øyeblikkelig hjelp») i kommunane, og bidra til at tilboda i kommunane har ein kvalitet som reelt sett avlastar sjukehus. Tidspunkt for utbetaling av bidrag blir avtala lokalt, eller bidraget blir utbetalt når tilbodet startar opp. Nye døgnopphald som strakshjelp er eit viktig verkemiddel for kommunane til å kunne påverke sjukehusforbruket.

Betalingsatsen for kommunane for utskrivingsklare pasientar er 4387 kroner i 2015.

Eigenbetaling for rituell omskjering av gutar er 4000 kroner per inngrep.

Helse Vest RHF skal setje av minst 3 mill. kroner til forsking om samhandling med dei kommunale helse- og omsorgstenestene.

Gebyret for manglande oppmøte til poliklinikk blir dobla frå 1. januar 2015 til 640 kroner. Helse Vest RHF blir bedd om å vise skjønn med tanke på å krevje inn gebyr frå rusavhengige og pasientar med psykiske lidingar.

I 2015 blir utgiftene til helsearbeidarar som skal arbeide i Vest-Afrika i samband med ebola-utbrotet, finansierte over budsjettet til Utanriksdepartementet. Helsearbeidarane får permisjon utan lønn frå arbeidsstaden sin og blir mellombels tilsette i Helse Bergen HF. Desse utgiftene

¹ Posten er forklart under tabellen

² Posten er forklart under tabellen

blir finansierte over Utanriksdepartementet sitt budsjett. Prosjektkostnadene for arbeidet i Helse Bergen HF for 2015 skal delast mellom dei regionale helseføretaka.

Frå første 1. mars 2015 får norske pasientar refundert utgifter til sjukehusbehandling i andre EU/EØS-land utan krav om førehandsgodkjenning, jf. EUs pasientrettighetsdirektiv. Helse Vest RHF skal finansiere slik spesialisthelseteneste etter krav frå Helfo.

I 2014 vart dei regionale helseføretaka bedde om å auke døgnkapasiteten innanfor tverrfagleg spesialisert rusbehandling med om lag 200 plassar frå ideelle verksemder. Basisløyvinga legg til rette for heilårsverknaden av dei 200 plassane.

Ressursramma legg til rette for ein generell vekst i pasientbehandlinga (somatikk, psykisk helsevern, tverrfagleg spesialisert rusbehandling og rehabilitering) på om lag 2,15 pst. inkl. 0,15 pst. til fritt behandlingsval frå 2014 til 2015. Regelen om at psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling skal auke meir enn somatikk, blir vidareført i 2015, jf. pkt. 4.

Fritt-behandlingsval-reforma blir innført i 2015. Reforma byggjer på tre søyler: auka valfridom for pasienten, meir kjøp frå private gjennom anbod og auka fridom for regionale helseføretak. Ordninga skal innførast innanfor rusbehandling, psykisk helsevern og enkelte område av somatikken. For å stimulere til anbod, avlaste dei regionale helseføretaka for risiko og sidestille bruk av anbod med fritt behandlingsval vil all aktivitet som er omfatta av ISF på dei offentlege sjukehusa, også utløyse ISF gjennom anbod. Departementet skal leggje fram ein lovproposisjon, og forskrifter skal sendast på høyring. Helsedirektoratet skal forvalte ordninga med fritt behandlingsval, og samarbeider med departementet i utgreinga av ordninga. Dei regionale helseføretaka skal bidra i utgreings- og implementeringsarbeidet.

Kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering av sjukehus, overslagsløyving

Utbetaling over posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Kommunal medfinansiering er avvikla frå 2015, og dette er det teke omsyn til på posten. Einingsprisen i 2015 er 41 462 kroner. I 2015 utgjer akontoutbetalinga 6 105,0 mill. kroner, tilsvarande 294 487 DRG-poeng. Budsjettet legg til rette for eit aktivitetsnivå i 2015 som ligg om lag 1,6 pst. over anslått nivå for 2014, basert på aktivitet per første tertial 2014. Til frådrag frå dette vekstanslaget kjem auka pasientbehandling i kommunane som følgje av oppretting av nye døgntilbod. Dette er anslått til å utgjere om lag 0,8 pst. av ISF-aktiviteten. Dersom det ikkje blir etablert tilbod i kommunen slik det er føresett, vil departementet tilbakeføre ubrukte tilskot (kap. 762, post 60) til Helse Vest RHF (kap. 732, post 70 og 76).

Som følgje av fritt behandlingsval-reforma avviklar vi systemet med konkrete styringsmål i talet på DRG-poeng frå 2015, jf. også pkt. 3.3 Økonomisk resultatkrav i føretaksprotokollen. Ved å gå bort frå dagens system med aktivitetsstyring blir det lagt til rette for at sjukehusa kan møte auka konkurranse gjennom å auke aktiviteten der det er kapasitet og økonomi til det. Aktivitet utover budsjettert aktivitet vil utløyse 50 pst. ISF-refusjon.

Kap. 732, post 77 Refusjon for poliklinisk verksemd ved sjukehus o.l., overslagsløyving

Utbetaling over posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Budsjettet legg til rette for ein vekst på 6 pst. utover anslått nivå i 2014, basert på rekneskapstal frå januar–mai 2014, og dette tilsvarer 730,4 mill. kroner for Helse Vest RHF. For å stimulere til auka effektivisering er refusjonstakstane for offentlege og private laboratorietenester (jf. også kap. 2711, post 76) ikkje prisjusterte i 2015.

Kap. 732, post 79 Raskare tilbake

Helse Vest RHF blir tildelt inntil 110,1 mill. kroner, mellom anna 6,8 mill. kroner til dei arbeidsmedisinske avdelingane. Reell aktivitet avgjer endelege inntekter innanfor ramma. Departementet vil vurdere størrelsen på akontobeløpet mot rapportert aktivitet.

Ordninga skal i større grad rettast mot grupper som ofte er lenge sjukmelde, dvs. personar med muskel- og skjelettplager og lettare psykiske lidingar. Personar som får tilbod, skal sannsynlegvis komme raskare tilbake i arbeid. Det skal målast effekt av tiltaka, og tiltaka skal evaluerast. Tenestene til brukarane bør så langt det er mogleg, leverast i samarbeid med NAV, primærhelsetenesta, og dessutan arbeidsgivar og arbeidstakar. Det skal utviklast gode samarbeidsmodellar for å sikre heilskaplege og koordinerte pasientforløp. Vi viser til gode erfaringar frå iBedrift. Det er ein føresetnad at forskning på området arbeidsretta rehabilitering blir lagd til grunn.

Kap. 770, post 21 Forsøksordning med tannhelsetenester i tverrfagleg miljø

Helse Vest RHF blir tildelt 3 mill. kroner. Formålet er å få kunnskap om behovet for odontologiske tenester hos sjukehuspasientar, og å gi nødvendig undersøking og behandling. I tillegg skal det givast nødvendige spesialiserte odontologiske tenester til direktetilviste pasientar. Forsøket blir finansiert gjennom tilskot frå kap. 770, post 21. Behandlingar kan finansierast etter poliklinikkforskrifta eller gjennom folketrygda si 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 ikkje eit vilkår at pasient er tilvist frå lege. Tenester som blir finansierte over desse kapitla, blir gitt vederlagsfritt. I forsøksperioden blir aktiviteten rapportert direkte til Helsedirektoratet.

Kap. 782, post 70 Helseregister, Tilskot

Helse Vest RHF blir tildelt 5,5 mill. kroner til Nasjonal IKT for å sikre at dei nasjonale medisinske kvalitetsregistra får teke i bruk tekniske fellesløysingar.

3. Pasientane si helseteneste

Langsiktige mål:

- Reduserte ventetider.
- Valfridom for pasientar.
- Gode og effektive pasientforløp.
- Pasientar, brukarar og pårørande opplever å få god informasjon og opplæring.
- Pasientar og brukarar medverkar aktivt i utforminga av eige behandlingstilbod (individnivå).
- Pasientars og brukarars erfaringar blir brukte aktivt i utforming av tenestetilbodet (systemnivå).

Mål 2015:

- Gjennomsnittleg ventetid i spesialisthelsetenesta er under 65 dagar.
- Ingen fristbrot.
- Det er etablert fleire standardiserte pasientforløp i samsvar med nasjonale retningslinjer.
- Prosentdelen av kreftpasientar som blir registrerte i ei definert pakkeforløp, er 70 pst.
- Prosentdelen av pakkeforløp som er gjennomførte innanfor definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, er 70 pst.

- Sjukehus som utgreier og behandlar kreftpasientar, har forløpskoordinatorar med nødvendige fullmakter.
- Dei tverrfaglege diagnosesentra er sikra tilstrekkeleg kapasitet og kompetanse slik at det er eit tilbod til heile befolkninga i regionen.
- Det er etablert minst eitt prostatasenter som sikrar kvalitet i den kirurgiske kreftbehandlinga.
- Offentleggjere og bruker pasienterfaringar i systematisk forbetningsarbeid.

4. Kvalitet og pasientsikkerheit

Langsiktige mål:

- Det er betre og tryggare helsehjelp, auka overleving og mindre variasjon mellom sjukehusa i resultat av behandlingstilbod.
- Helseføretaka har understøtta den kommunale helse- og omsorgstenesta, i tråd med intensjonen i samhandlingsreforma.
- Helseføretaka skal leggje nasjonale faglege retningslinjer til grunn for tilbodet.
- Det er ein einskapleg og kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metodar i spesialisthelsetenesta.
- Sjukehusa skal redusere pasientskadar med 25 pst. innan utgangen av 2018, målt ut frå GTT-undersøkinga for 2012.
- Omstillinga innanfor psykisk helsevern blir fullført. Distriktpsikiatriske senter som nøkkelstruktur er lagde til grunn for dei framtidige tenestene innanfor tverrfagleg spesialisert rusbehandling der lokale forhold tilseier dette.
- Det er lagt til rette for auka frivilligheit og riktig og redusert bruk av tvang innanfor psykisk helsevern.

Mål 2015:

- Medisinske kvalitetsregister med nasjonal status har nasjonal dekningsgrad og god datakvalitet.
- Helseføretaka har formidla og kommunisert kvalitetsresultat og uønskte hendingar til pasientar, pårørande og offentlegheita på eigna måte.
- Det er etablert pilotprosjekt til pasientar med uavklarte smerte- og utmattingstilstandar.
- Det er høgare vekst innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Innanfor psykisk helsevern skal distriktpsikiatriske sentre og barn og unge prioriterast. Veksten blir målt blant anna gjennom endring i kostnader, personell, ventetid og aktivitet. Helse Vest RHF skal rapportere planane sine for korleis dei skal gjennomføre dette, innan 1. mars 2015.
- Pasientar i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarleg, kunne velje mellom ulike behandlingstiltak, mellom anna behandlingstiltak utan medikament (medikamentfritt). Tilbodet blir utforma i nært samarbeid med brukarorganisasjonane. Helse Vest RHF skal rapportere planane sine for korleis dei skal gjennomføre dette, innan 1. mars 2015.
- Psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling skal i større grad innrette tenestetilboda sine slik at personellet jobbar meir ambulant og samarbeider nærmare med kommunar, skular, barnevernet og fengsla. Legespesialistar og psykologar inngår i det ambulante arbeidet ved distriktpsikiatriske sentre.
- Innføring av eit nasjonalt kartleggingssystem for sjølvmod i psykisk helsevern er starta etter modell frå Storbritannia, i samarbeid med Helsedirektoratet, jf. Handlingsplan for førebygging av sjølvmod og sjølvskading 2014–2017.

- Prosentdel av årsverk i distriktpsikiatriske sentre har auka i forhold til talet på årsverk innanfor psykisk helsevern i sjukehus.
- Prosentdel av tvangsinnleggingar for helseregionen er redusert samanlikna med 2014.
- I samarbeid med berørte partar gjennomgått avtalane om studenthelsetenesta slik at studentar får eit tilfredsstillande tilbod.
- Det er etablert rutinar som sikrar at pasientar innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling får behandling for somatiske lidningar, og tilsvarande at pasientar som blir behandla for somatiske lidningar, også får tilbod om behandling for psykiske lidningar og/eller rusproblem.
- Det er etablert strukturar og rutinar i samarbeid med Helsedirektoratet og regionane i Bufetat som sikrar at born i barnevernsinstitusjoner får nødvendig utredning og behandling for psykiske lidningar og rusavhengigheit. Kortfatta status for arbeidet som viser kva som kan gjerast i 2015 og kva som bør gjerast på lengre sikt skal sendast til departementet innan 1. mai 2015.
- Det er etablert kombinerte stillingar som sosialpediatrar med arbeidsstad både i Statens barnehus og barneavdeling, og avsett ressursar til sosialpediatrisk verksemd i barneavdelingar som ikkje har Statens barnehus i sitt opptaksområde.
- Førebudd ansvarsovertaking for tilbod til barn og vaksne som har vore utsette for seksuelle overgrep frå 2016. Vi ber om ei særskild rapportering med plan for arbeidet innanfor 1. mai 2015.
- Tilbodet i gynekologiske avdelingar til abortsøkjande kvinner som vender seg direkte til sjukehus, er styrkt.

5. Personell, utdanning og kompetanse

Langsiktige mål

- Det er tilstrekkeleg kvalifisert personell og kompetanse, og planlegg for betre utnytting av dei samla personellressursane.
- Utdanningsoppgåver er ivaretekne med god systematikk, kvalitet og i tråd med behov.
- Bidreg til berekraftig utvikling i spesialisthelsetenesta ved å rekruttere, behalde og utvikle kompetanse hos medarbeidarane.
- Den lovpålagde rettleingsplikta overfor kommunane bidreg til å auke kommunane sin kompetanse i tråd med intensjonen i samhandlingsreforma.

Mål 2015

- Samarbeidsorganet mellom regionale helseforetak og universitet/høgskular er brukt aktivt til planlegging av aktuelle utdanningar og saker knytte til utdanningsområdet.
- Det er tilstrekkeleg mange utdanningsstillingar for legespesialistar, mellom anna i den nye spesialiteten i rus- og avhengigheitsmedisin som skal gjennomførast i samsvar med rammeverket til Helsedirektoratet.
- Det er utvikla strategi for kompetansedeling og kompetanseutveksling med kommunale helse- og omsorgstenester i regionen.
- Det er etablert kompetansenettverk i klinisk rettsmedisin i samarbeid med dei institusjonane som i dag har ansvar for rettspatologi og klinisk rettsmedisin.

6. Forsking og innovasjon

Langsiktige mål:

- Det er auka omfang og implementering av klinisk pasientretta forskning, helsetenesteforskning, global helseforskning og innovasjonar som bidreg til auka

kvalitet, pasientsikkerheit, kostnadseffektivitet og meir heilskapleg pasientforløp, gjennom nasjonalt og internasjonalt samarbeid og aktiv medverknad frå brukarar.

- Det er auka innovasjonseffekt av anskaffingar.
- Eit auka tal på pasientar får tilbod om å delta i kliniske studiar.

Mål 2015:

- Vurdert tilrådingane i HelseOmsorg21 og ev. prioritert og sett i gang tiltak innanfor helseføretaka sitt ansvar for forskning og innovasjon. Det er forventa at det er dialog mellom dei regionale helseføretaka.
- Gjennomført før-kommersielle prosjekt som ein del av oppfølginga av ”Fremme innovasjon og innovative løysingar i spesialisthelsetenesta gjennom offentlege anskaffingar” frå 2012.
- Infrastruktur, utprøvingseiningar og støttefunksjonar for kliniske studiar er styrkt ved universitetssjukehusa.
- For å auke nytten av offentleg finansiert klinisk forskning er det innført krav om grunngeving dersom brukarmedverknad er fråverande i planlegging og gjennomføring av klinisk forskning eller helsetenesteforskning. Vidare er det utarbeidd felles retningslinjer for dei regionale helseføretaka for korleis prosjektsøknader skal beskrive forventa nytte for pasienten og tenesta, og korleis ny kunnskap kan takast i bruk i tenesta. Nyttevurderinga skal likestillast med kvalitetsvurderinga av prosjektsøknadene. Retningslinjene skal gjelde frå 2016.
- Etablere nasjonale forskingsnettverk innanfor område der det er behov for slike, mellom anna for persontilpassa medisin, jf. rapport frå nasjonal utgreiing av persontilpassa medisin i helsetenesta frå 2014.

7. Styringsparametrar og rapporteringskrav 2015

Som omtala i kap. 1 er styringsparametrar valde for å gi eit mest mogleg samla bilde av kvalitet, pasientsikkerheit og brukarmedverknad i tenesta. I oppfølgingsmøta med dei regionale helseføretaka vil departementet følgje opp dei valde styringsparametrane og andre kvalitetsindikatorar ved behov. Styret og leiinga i Helse Vest RHF har eit ansvar for å følgje med på kvalitetsindikatorane som Helsedirektoratet publiserer, og eventuelt setje i verk tiltak for å forbetre kvaliteten i tenestene.

I Årleg melding 2015 skal dei regionale helseføretaka, i tillegg til gjennomsnittstal for heile regionen, vise lågaste og høgaste måloppnåing på helseføretaksnivå for styringsparametrane i tabell 2. Dei regionale helseføretaka skal på bakgrunn av blant anna slik informasjon vurdere tiltak for å redusere variasjon i resultat mellom helseføretaka.

Tabell 2. Styringsparametrar og rapporteringskrav 2015.

Styringsparametrar	Mål	Datakjelde	Publiseringsfrekvens
Gjennomsnittleg ventetid for avvikla pasientar i spesialisthelsetenesta	Under 65 dagar	Helsedirektoratet	Månadleg
Prosentdel av fristbrot ³	0 %	Helsedirektoratet	Månadleg

³ Blir i dag målt for rettighetspasientar. Ny pasient- og brukarrettighetslov som blir innført i løpet av 2. halvår 2015, vil gi alle pasientar som har behov for spesialisthelseteneste, status som rettighetspasientar.

Styringsparametrar	Mål	Datakjelde	Publiseringfrekvens
Prosentdel av kreftpasientar som blir registrerte i ei definert pakkeforløp ⁴	70 % ved årsslutt	Helsedirektoratet	Tertialvis. Første publisering er august 2015
Prosentdel av pakkeforløp som er gjennomført innanfor definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp ⁵	70 % ved årsslutt	Helsedirektoratet	Tertialvis. Første publisering er august 2015.
Sjukehusinfeksjonar		Folkehelseinstituttet	To gonger årleg
Prosentdel av reinnleggingar innan 30 dagar (som strakshjelp) uavhengig av alder og diagnose		Helsedirektoratet	Tertialvis
Prosentdel av pasientar 18–80 år innlagde med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse	20 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Prosentdel av pasientar med hjerneslag som blir direkte innlagde på slageining		Helsedirektoratet	Tertialvis

Rapporteringskrav	Mål	Datakjelde	Publiseringfrekvens
Prosentdel av årsverk i psykisk helsevern for vaksne fordelt på høvesvis distriktpsikiatriske sentre og sjukehus		Helsedirektoratet (SSB)	Årleg
Fastlegars erfaring med distriktpsikiatriske senter		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta	Blir publisert 2015
Pasientars erfaring med døgnopphald i tverrfagleg spesialisert rusbehandling		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta	Blir publisert 2015
Pasientars erfaring med sjukehus (inneliggjande pasientar) (PasOpp)		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta	Blir publisert 2015
Pasientars erfaring med døgnopphald i psykisk helsevern for vaksne (resultat berre på nasjonalt nivå)		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta	Blir publisert 2015
Overleving 30 dagar etter innlegging på sjukehus		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta	Årleg
Prosentdel av tvangsinnleggingar (tal per 1000 innbyggjarar i helseregionen)	Redusert samanlikna med 2014	Helsedirektoratet	Årleg
Prosentdel av reinnleggingar innanfor 30 dagar etter utskriving av eldre pasientar		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta	Årleg

⁴ Pakkeforløp kreft blir først innført på fire område: brystkreft, kolorektal kreft, lungekreft og prostatakreft. Desse fire inngår i kvalitetsindikatoren ved publisering august 2015. Etter kvart som fleire pakkeforløp gar blir iverksette, vil dei inngå i berekningsgrunnlaget for indikatoren. Kvalitetsindikatoren måler berre iverksette pakkeforløp.

⁵ Som fotnote 4.

8. Oppfølging og rapportering

Oppfølging gjennom plan- og meldingssystemet skal gi departementet informasjon om måloppnåing på helsepolitiske mål. Det regionale helseføretaket har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametrar blir melde til departementet når slike avvik blir kjende.

I årleg melding skal det rapporterast på korleis dei regionale helseføretaka har følgt opp Mål 2015 og Styringsparametrar 2015. Det skal ikkje rapporterast på langsiktige mål. Frist for innsending av den årlege meldinga frå styret er 15. mars 2016. Vi viser til vedlegg 1 til føretaksprotokoll til Helse Vest RHF av 7. januar 2015 for nærmare informasjon på kva som skal rapporterast til Helse- og omsorgsdepartementet.

Rapporteringa 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 omfattar studium ved vidaregåande skular, høgskular og universitet der studentane har helseføretaka som praksisarena. Fylkeskommunane har ansvar for dei vidaregåande skulane. Fylkesopplæringskontora skal i samarbeid med praksisarenaene sikre læreplassar i dei yrkesfaglege utdanningane.

VIDAREUTDANNING omfattar legespesialistutdanninga og studium ved fagskular, høgskular og universitet der studentane har helseføretaka som praksisarena (og arbeidsplass). Høgskular som tilbyr vidareutdanning, skal i forkant inngå avtalar med helseføretaka om praksisplassar. Eventuell usemje skal ein prøve å løyse i samarbeidsorganet.

Kunnskapsdepartementet har tidlegare fastsett årlege aktivitetskrav for enkelte studium ved utdanningsinstitusjonane. Frå og med 2014 vart styringa av dimensjonering for enkelte utdanningar endra til kandidatmåltal. Nedanfor gjengir vi Kunnskapsdepartementet sitt forslag til kandidatmåltal for 2015.

Kandidatmålalet for kvar enkelt institusjon er eit minstekrav. Endelege tal ligg føre i KDs tildelingsbrev/tilskotsbrev for 2015 til utdanningsinstitusjonane og kan formidlast frå institusjonane i dei regionale samarbeidsorgana.

Hel se regi on	Høgskule Universitet	Obligatorisk praksis			Ikkje obligatorisk praksis			ABIOK- sjuke- pleie	Jord- mor
		Sjuka- pleie	Radio- grafi	Bio- ingen- iør	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	Univ. i Nordland	139						26	
	Finnmark	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

*Institusjonane er bedde om å leggje fram ein plan i *Årsrapport* for auke til 20 over ein periode på tre år, jf. tildelingsbrev for 2014.

Audiografutdanninga ved Høgskolen i Sør-Trøndelag har kandidatmåltal 29.

Følgjande kandidatmåltal er fastsette for høvesvis medisin, psykologi og farmasi ved universiteta:

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

TURNUSTENESTE er for nokre yrkesgrupper eit vilkår for å få autorisasjon. Helsedirektoratet (SAK) fastset kor mange turnusplassar for legar og fysioterapeutar det skal leggjast til rette for, og formidlar dette i brev til kvart av RHF-a. Turnustenesta for legar vart endra med verknad frå 2013. Talet på turnusplassar for legar blir vidareført i 2015. Talet på turnusplassar for fysioterapeutar blir vidareført i tråd med auken i 2013.

FORDELING AV NYE LEGESTILLINGAR

Sentral fordeling av nye legestillingar opphøyrde 1. juli 2013. Oppretting av legestillingar skal framleis skje i tråd med behova innanfor sørgje-for-ansvaret til helseregionane, den helsepolitiske styringsbodskapen og dei økonomiske rammene som er stilte til disposisjon. Gode lokale, regionale og nasjonale analysar av kompetansebehov framover skal leggjast til grunn for RHF-a si fordeling av legar til HF-a og mellom spesialitetar. RHF-a skal særleg vurdere behovet for legestillingar til spesialitetar der utdanningskapasiteten i dag blir rekna for å vere for låg, og spesialitetar der behovet for legespesialistar vil endre seg i åra framover som ei følgje av befolkningsutvikling, sjukdomsutvikling og organisatoriske endringar i helseføretaka. Stillingar i onkologi og patologi skal framleis prioriterast.

RHF-a skal bidra til at Legestillingsregisteret i Helsedirektoratet til kvar 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.