

STYRINGS-DOKUMENT 2004

0.	Innledning.....	1
1.	Tildeling av midler og ressursgrunnlag for Helse Midt-Norge	2
2.	Krav til ivaretagelse av "sørge for"-ansvaret for pasientbehandling – andre hovedoppgaver	7
	2.1 Pasientbehandling.....	7
	2.1.1 Kvalitet i tjenesten.....	8
	2.1.2 Nærmere om særskilt prioriterte områder	9
	2.1.3 Strategiske tiltak innenfor pasientbehandling	12
	2.2 Utdanning.....	14
	2.3 Forskning	14
	2.4 Pasientopplæring og brukerperspektiv.....	15
3.	Helsedepartementets eierkrav knyttet til økonomi og organisasjonsutvikling.....	16
	3.1 Økonomiske prestasjonskrav.....	16
	3.1.1 Resultatkrav og forventet effektivisering i 2004.....	16
	3.1.2 Kapitalfundamentet til Helse Midt-Norge	16
	3.1.3 Investeringer	16
	3.1.4 Låneopptak og driftskreditter	17
	3.2 Tiltak knyttet til organisasjonsutvikling.....	18
	3.2.1 Ledelse	18
	3.2.2 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi	18
	3.2.3 Åpenhet	18
	3.2.4 Juridisk rammeverk og arbeid med internkontroll	19
	3.2.5 Grønn stat	19
4.	Private aktører.....	19
5.	Nasjonale aktører.....	20
6.	Nye oppgaver for de regionale helseforetakene.....	20
7.	Styringsdialog og rapportering.....	21

0. INNLEDNING

Helsedepartementets styringsdokument er del av en helhetlig helsepolitikk. Det tar ikke opp alle relevante forhold for de regionale helseforetakene. Styringsdokumentet supplerer de styringsdirektiver som er gitt gjennom lover, forskrifter og øvrige myndighetstiltak.

De regionale helseforetak skal bygge sin identitet og virksomhetskultur slik at denne bidrar til å realisere de helsepolitiske målsetningene i Norge. Helseforetakene skal i alle ledd bygge en kultur basert på kvalitet i møtet med den enkelte. I dette arbeidet må de regionale helseforetakene ta utgangspunkt i sine hovedoppgaver:

- "Sørge for"-ansvaret. Helseregionens befolkning skal gis tilgang til nødvendige helsetjenester (lov om spesialisthelsetjeneste § 2-1a).
- Ansvaret for de supplerende hovedoppgavene som er lagt til de regionale helseforetakene; forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende.
- Eier- og styringsfunksjonen for den regionale helseforetaksgruppen. Det må sikres at helseforetakene leverer tjenester for å oppfylle Helse Midt-Norges "sørge for"-ansvar.

Dette innebærer at det systematisk må arbeides med å avklare innholdet i "sørge for"-ansvaret for egen helseregion, og ansvaret for de andre hovedoppgavene, (jf omtale i kapittel 2), at styringen av helseforetakene understøtter dette ansvaret og at man er bevisst når bruk av andre tjenesteytere kan bidra til bedre realisering av de helsepolitiske målene.

Helseforetakene må være i aktiv kommunikasjon med omverdenen som ledd i arbeidet med å bygge tillit og legitimitet innad og utad. Foretakenes arbeid skal være forankret i kjerneverdier utviklet i ledelsesprogrammet mellom departementet og helseforetakene (jf St.meld. nr. 26 Om verdier for den norske helsetenesta (1999-2000)). Dette er:

- Kvalitet i prosess og resultat
- Trygghet for tilgjengelighet og omsorg
- Service i møte med pasienten

Helsedepartementet understreker at følgende fem forhold (St.prp. nr. 1 (2003-2004)) står sentralt i styringen av de regionale helseforetakene i 2004:

- Sterkere vekt på at prioriteringer samsvarer med mål, rammer og retningslinjer som er trukket opp av overordnede politiske organer.
- At helseforetakenes tjenesteyting skjer innenfor det juridiske og faglige rammeverk som er trukket opp for tjenesten.
- At arbeidet med kostnadseffektivisering videreføres.
- At det fortsatt skjer utviklings- og forbedringsarbeid knyttet til håndteringen av kombinasjonen av "sørge for"-ansvaret for helseregionenes befolkning og å være leder for den regionale helseforetaksgruppen.
- At de fem regionale helseforetakene fortsatt samarbeider på områder der det bør skje nasjonalt samarbeid.

1. TILDELING AV MIDLER OG RESSURSGRUNNLAG FOR HELSE MIDT-NORGE

Grunnlaget for Helse Midt-Norges inntekter er i all hovedsak bevilgningsvedtak i Stortinget og midler som overføres med grunnlag i disse vedtakene. Nedenfor redegjøres for hvilke ressurser Helsedepartementet stiller til disposisjon for 2004. Helse Midt-Norge skal i sin disponering av tildelte ressurser ta utgangspunkt i Helsedepartementets budsjettframlegg (St.prp. nr.1 (2003-2004), Tillegg nr. 6, St. meld. nr. 5 (2003-2004) så langt denne har relevans for budsjettet i 2004, sosialkomiteens innstillinger til disse dokumentene (Innst. S. nr. 82 (2003-2004) og Budsjett-Innst. S. nr. 11 (2003-2004)).

Helse Midt-Norge skal bruke de tildelte midlene på en helhetlig måte. Bevilgningen på hvert enkelt kapittel og post utgjør et særskilt vedtak. Premissene knyttet til det enkelte vedtaket skal derfor oppfylles. Også av denne grunn bes Helse Midt-Norge gjennom budsjettdokumentene for 2004 å gjøre seg kjent med bakgrunnen for styringsdokumentet.

Formell tildeling av midler

Helse Midt-Norge skal i 2004 basere sin virksomhet på tildelte av midler som følger av tabell 1.1. Det vises til kapittel 3 for omtale av muligheter for låneopptak.

Oversikt over første utbetaling i januar, og videre plan med forutsetninger for departementets utbetalinger av tilskudd omtales i egen ekspedisjon til de regionale helseforetak. Med bakgrunn i dette må Helse Midt-Norge innen 15. februar sende inn likviditetsbudsjett for 2004.

Kap. 732, post 70 Tilskudd til helseforetakene

Det er særskilte forhold som gjør at det bevilges midler på en felles post til de regionale helseforetakene. Bevilgningen under post 70 dekker tilskudd til

- Lindrende behandling ved livets slutt. Midler til dette formålet fordeles til kommunene etter søknad. Helse Midt-Norge skal kunngjøre ordningen for kommunene. Sosial- og helsedirektoratet vil i eget brev til Helse Midt-Norge orientere om vilkårene for dette tiltaket.
- Syketransport. For å stimulere til desentralisert behandling er finansieringsansvaret for syketransport mv overført til de regionale helseforetak. Midlene til syketransport mv. er fordelt mellom regionale helseforetak etter regnskapstall for 2002 og forutsetter at ansvarsdelingen følger av transportørenes oppgjørsregion i 2004. Det utbetales også midler til dette gjennom Rikstrygdeverket, jf. kapittel 732 post 80.
- Opptreningsinstitusjoner, helsesportsentra mv. For 2004 skal 40 pst. av statens samlede bevilgning til opptreningsinstitusjoner, helsesportsentra mv utbetales som et basistilskudd via de regionale helseforetakene. Det vil bli gitt orientering om fordelingen av tilskuddet til den enkelte institusjon som er omfattet av ordningen (jf kapittel 2711 post 78).

Tabell 1.1

i 1 000 kroner

Kap	Post	Betegnelse	Midler til Helse Midt-Norge	Stortingets samlede bevilgning på posten
732	70	Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 71, 72, 73, 74 og 75</i>	¹	1 555 922
	70	Tilskudd til helseforetakene (syketransport og reiseutgifter)	164 187	(1 012 219)
	70	Tilskudd til helseforetakene (opptreningsinstitusjoner m.v.)	36 379,8	(352 534)
	70	Tilskudd til helseforetakene ((utdanning av stråleterapeuter)	2 280	(11 400)
	70	Tilskudd til helseforetakene (hospiceplasser)	Fordeles etter søknad til primærhelsetjenesten	(15 000)
	74	Tilskudd til Helse Midt-Norge, <i>kan overføres</i>	5 406 185	41 017 026 ²
	76	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	³	12 344 915
	77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehusene m.v., <i>overslagsbevilgning</i>	⁴	3 469 910
	78	Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra	162 100	953 601
	79	Kreftbehandling m.m, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	Fordeles etter søknad ⁵	20 738
	81	Tilskudd til store byggeprosjekter	68 000	297 000
743	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid	491	273 668
	73	Tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger, <i>kan overføres</i>	2 846	61 493
	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	188 244 ⁶	1 304 972

- Utdanning av stråleterapeuter. Midlene på posten er fordelt mellom de regionale helseforetakene som grunnlag for videreføring av ordningen med studielønn til stråleterapistudenter fra 2004.
- Luftambulansetjenesten. Midler til ivaretagelse av tiltak av nasjonal karakter er overført til Helse Midt-Norge som overfører disse uavkortet til Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjeneste ANS. Helse Midt-Norge forpliktes til å delta i det felles eierskapet av Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjeneste ANS

¹ Helsedepartementet har foreløpig holdt tilbake 116,0 mill. kroner av bevilgningen til syketransport mv. under kapittel 732 post 70 for å dekke utgifter ved regninger fra 2003 som forfaller til utbetaling i 2004. Det tas forbehold om at størrelsen på beløpet vil kunne bli endret.

² Samlet bevilgning på postene 732.71-75

³ Samlet utbetaling skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Dette innebærer at departementet ikke på forhånd vet hvor store utbetalinger hvert regionalt helseforetak vil motta. For Helse Midt-Norge utgjør a konto utbetalingene for 2004 1 690 mill. kroner. A kontobeløpet er basert på en anslått DRG-produksjon på 142 283 DRG-poeng og 14 mill kroner tilleggsrefusjoner. Det vises for øvrig til nærmere omtale i utbetalingsbrevet for januar. A konto utbetalingene baserer seg på en enhetspris på 29 454 kroner, jf omtale i St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 6 (2003-2004) og Budsjett-Innst. S. nr. 11 (2003-2004).

⁴ Utbetalingene til Helse Midt-Norge styres av regelverket og nivået på aktiviteten. Det vises også til omtale av ordningen i kapittel 1.

⁵ Midlene på post 79 disponeres av Sosial- og helsedirektoratet og tildeles etter søknad til videreføring av forskningsprosjekter og utdanningstiltak i vårsemesteret 2004.

⁶ Av dette beløpet tildeles de regionale helseforetakene 1 285,9 mill. kroner. Resterende midler disponeres av Sosial- og helsedirektoratet.

Kap. 732, post 74 Tilskudd til Helse Midt-Norge

Basisbevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Midt-Norge i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven og øvrig lovgivning. Behandlings- og forpleiningsutgifter for gjestepasienter skal dekkes av det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion. Departementet vil tidlig i 2004 gå i dialog med regionale helseforetak med sikte på å avvikle ordningen med normerte priser for gjestepasientbehandling, herunder i lands- og flerregionale funksjoner, i løpet av 2004. Det skal settes av midler med tanke på søknader fra brukerorganisasjoner og andre relevante organisasjoner.

Stortinget har bevilget 43 millioner til etablering av et PET-senter over Undervisnings- og forskningsdepartementets budsjett. Sentret skal ligge i Helse Sør, og det forutsettes at tilbudet kommer alle regionale helseforetak til gode. Etableringen av senteret skal skje i nært samarbeid med UiO. De regionale helseforetak forutsettes å gjennomgå driftsgrunnlaget for å beregne kostnadene for hver gjennomført PET-undersøkelse. Driftskostnader, investeringer og drift av forskningsvirksomhet skal skje innenfor etablerte systemer og rammer for dette.

Helse Midt-Norge overtar fra 2004 det overordnede drifts- og fagansvaret for fødestuene i helseregionen, jfr. Stortingets vedtak (Budsjett-Innst. S. Nr. 11 (2002-2003), XII).

Fra og med 2004 skal tiltakene innenfor nasjonal kreftplan som hovedprinsipp videreføres som en del av den ordinære driften og som ledd i en nasjonal kreftstrategi.

Helse Midt-Norge overtar i 2004 ansvaret for det fylkeskommunale tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere og ansvaret for legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Helse Midt-Norges basisramme er derfor tilført 98,1 mill. kr. Midlene skal dekke drift av offentlige og private behandlingstilbud, kjøp av gjestepasientplasser og LAR-tiltakene.

Spesialisthelsetjenester til studenter inngår som en del av "sørge for"-ansvaret. Ved NTNU er det gjennom samskipnaden bygd opp en særskilt studenthelsetjeneste. Det er fra statsbudsjettets kapittel 270.74 overført kr 1 215 000 til kapittel 732.74. Det forutsettes at Helse Midt-Norge i 2004 viderefører den økonomiske støtten til studentsamskipnadens velferdsarbeid.

Ammesenteret ved Rikshospitalet er et nasjonalt ressurscenter. Helse Midt-Norge skal bidra med 0,2 millioner kroner som bidrag til tjenester senteret tilbyr til alle helseregioner.

Departementet ber om at Helse Midt-Norge holder tilbake inntil 1,5 million kroner til dekning av arbeid i styringsgruppen for ledelse (se kapittel 3.2.1). Alle regionale helseforetak er bedt om å holde av tilsvarende beløp.

Stortinget vedtok ved behandlingen av kommuneproposisjonen (St.prp. nr. 66 (2002-2003) at ordningen med øremerkede statlige tilskudd til krisesentrene skulle videreføres i 2004. Tilskudd til krise- og incestsentrene må derfor videreføres.

Midler til sykebehandling i utlandet overføres til regionale helseforetak fra 2004. Inntil endringer i pasientrettighetsloven trer i kraft skal Rikstrygdeverket behandle søknader om bidrag til behandling i utlandet (bidragsordningen). Regionale helseforetak må dekke disse utgiftene i 2004. Kostnader knyttet til pasienter som er behandlet i utlandet i 2003, men som skal betales i 2004, må dekkes av regionale helseforetak.

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

ISF er et finansieringssystem rettet mot de regionale helseforetakene. Gjennom finansieringssystemet gjøres deler av budsjettet til Helse Midt-Norge avhengig av hvor mange pasienter som får behandling. Det aktivitetsbaserte tilskuddet skal til sammen med basisbevilgningen legge grunnlag for gjennomføring av departementets krav til aktivitet. ISF-systemet skal ikke være styrende for de prioriteringene som gjøres med hensyn hvilke pasienter som skal tilbys behandling. Helse Midt-Norge må derfor bl.a. se til at de avtalene som inngås med helseforetak og private tjenesteleverandører er av en slik karakter at det ikke medfører uheldige prioriteringer. Refusjonene er ikke ment å dekke marginalkostnadene ved økt behandlingsaktivitet. Det forutsettes at det styres med dette som utgangspunkt. Refusjonene gjennom ISF-systemet skal baseres på reell aktivitet, og skal fastsettes i tråd med dette i forbindelse med endelig avregning våren 2005. Gjennom endring av rutine for etterregistrering vil Helse Midt-Norge gis bedre styringsmessig informasjon i 2004. Refusjonssatsen for ISF er senket fra 60 til 40 pst. i 2004. Basisbevilgningen økes tilsvarende. Det vises forøvrig til prisliste for ISF.

Kap. 732, post 77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehusene m.v., overslagsbevilgning

Tilskuddet dekker refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner, inklusive laboratorie- og røntgenvirksomhet. Basisbevilgningen og de aktivitetsbaserte tilskuddene skal til sammen legge grunnlag for at aktivitetsnivået skal kunne videreføres på om lag samme nivå som anslått for 2003. Fra 2004 reduseres takstene for somatisk og psykiatrisk pasientbehandling i samme omfang som reduksjon i ISF-satsen. Basisbevilgning økes tilsvarende. Satsreduksjonen gjelder ikke for laboratorie- og røntgenvirksomhet i 2004.

For 2004 forutsettes det ingen endringer i finansieringen av de tjenester som de regionale helseforetak overtar ansvaret for i forbindelse med rusreformen, herunder også poliklinisk virksomhet. Ved organisatoriske endringer forutsettes det at aktiviteten ved de ruspoliklinikkene som er finansiert gjennom basistilskuddet kap. 732, post 75 ikke skal danne grunnlag for refusjonsinntekter over kap. 732, post 77.

Refusjonene for poliklinisk virksomhet utbetales fra 1. januar 2004 direkte til de regionale helseforetakene. Fristen for å fremme refusjonskrav reduseres fra seks til fire måneder fra 2004. Det innføres pasientopplæringstakst som gjøres uavhengig av

diagnose fra 2004. Det forventes at dette vil medføre et redusert behov for kontroller i poliklinikkene.

Kap 732, post 78 Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra

Det er opprettet et nytt tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra som omfatter alle regionale helseforetak. I tilskuddet inngår også finansiering av kompetansesenter i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. For å inkludere Helse Sør i tilskuddet, er 240,3 mill kroner overført fra Helse Sør sin basisbevilgning. Fordelingen mellom tilskuddene fremgår av St. prp. nr. 1 (2003-2004).

Formålet med nytt tilskudd er å bidra til å sikre

- forskningsaktivitet i helseforetakene, samt å øke produktiviteten og kvaliteten på forskningen
- nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespredning i fagområder etablert som nasjonale medisinske kompetansesentra
- klinisk undervisning av medisinerstudenter

Helse Midt-Norge skal gjennom basisbevilgningen og øremerket tilskudd ivareta sitt ansvar for forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra.

Kap. 732 post 81 Tilskudd til store byggeprosjekt

Formålet med dette tilskuddet er å bidra til realisering av fase 2 av ny universitetsklinikk i Trondheim. Midlene utbetales som et investeringstilskudd.

Kap. 743 post 70

Midlene tildelt Helse Midt-Norge over dette budsjettkapitlet skal brukes til drift av regionalt ADHD-team for Helse Midt-Norge og Helse Nord.

Kap. 743, post 73 Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress

Psykososialt team for flyktninger har ansvar for å bidra til kompetanse i psykisk helsevern. I samarbeid med andre relevante miljøer innen vold og traumefeltet skal teamet bidra til fagutvikling, veiledning og undervisning. Det er behov for å styrke kompetansen og samarbeidet om volds- og traumerammede, herunder flyktninger. Sosial- og helsedirektoratet utreder nå organisering av regionale ressursmiljøer på volds- og traumefeltet, herunder psykososiale team for flyktninger.

Kap. 743, post 75 Tilskudd til styrking av psykisk helse

Bevilgningen skal sette spesialisthelsetjenesten i stand til å gjennomføre planlagt omstilling og styrking av psykisk helsevern. Innsatsen innenfor det psykiske helsevernet skal være i tråd med premisser i brev av 9.12.2003. Vilkår for tilskuddet er at aktivitetsnivået må videreføres slik at tilbudet i 2004 minst skal være på samme nivå med 2003 og i tillegg bli supplert med de ytterligere tiltak som følger av midler fra opptrappingsplanen. Gevinster av effektiviseringstiltak skal komme mennesker med

psykiske lidelser til gode. Det legges til grunn økt aktivitet i tråd med Opptrappingsplanen.

Inkludert i beløpet på 188,244 mill. kr. er det satt av 3,1 mill. kr. til subsidiering av sikkerhetsavdelingen ved Brøset

2. KRAV TIL IVARETAGELSE AV "SØRGE FOR"-ANSVARET FOR PASIENTBEHANDLING – ANDRE HOVEDOPPGAVER

Lov om spesialisthelsetjenesten, lov om psykisk helse, lov om pasientrettigheter, lov om helseforetak og de regionale helseforetakenes vedtekter angir formål og oppgaver for foretakene. De regionale helseforetakenes fire hovedoppgaver *pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende*, skal løses på en best mulig måte. Oppgaven skal forstås slik at for eksempel pasientbehandling inkluderer forebyggende arbeid, diagnostisk arbeid, habilitering, rehabilitering og pleie og omsorg, inklusive samarbeid med primærhelsetjenesten. Tjenesten skal utvikles i et kjønnsperspektiv. Dette forutsetter likeverdig behandling av menn og kvinner for samme typer plager. Spesielle utfordringer knyttet til kvinners eller menns helse må møtes med tilstrekkelig kunnskaper og ressurser. Rettskrav og plikter som følger av disse fire oppgavene skal ivaretas. Videre skal frie ressurser disponeres på en skjønnsmessig god måte slik at de fire hovedoppgavene ivaretas.

Helsedepartementet forutsetter at de regionale helseforetakene i 2004 sterkere vektlegger at faglige prioriteringer samsvarer med mål, rammer og retningslinjer trukket opp av overordnede politiske og faglige myndigheter. De regionale helseforetak må derfor ha en klar analyse av eget tilbud og befolkningens behov innenfor de ulike fagområdene. De regionale helseforetak må selv forestå den prioritering som er nødvendig innenfor de ressursene man har til rådighet. Helse Midt-Norge må redusere kapasitet på de områder der man i dag har overkapasitet. Frigjorte ressurser må kanaliseres til områder som i dag preges av mangelfullt utbygd tilbud. Det vises i denne sammenheng til prioriterte pasientgrupper.

2.1 Pasientbehandling

De siste årene har det vært en betydelig vekst i pasientbehandlingen, noe som har ført til reduserte ventetider. Behovet for sterk stimulans til videre vekst i pasienttilbudet er ikke like stort som tidligere. Det må fortsatt være fokus på å holde ventelistene på et lavt nivå.

Ressursbruk og innsats skal være i tråd med helsepolitiske målsetninger og prioriteringer. Målet er en balansert og styrt utvikling av behandlingstilbudet. En bedre balanse mellom aktivitetsfinansiering og basisbevilgning vil understøtte et slikt mål.

Forventninger til aktivitet

Aktiviteten skal tilpasses tilgjengelig og påregnelig ressursramme. Budsjettet for 2004 legger til rette for en videreføring av aktiviteten på om lag samme høye nivå som

aktiviteten i 2003. Innen psykisk helsevern legges det til grunn økt aktivitet. Det vises til omtale av aktivitet i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004), jf. 3.1.1.

2.1.1 Kvalitet i tjenesten

Prioritering

De regionale helseforetakene skal følge opp prioriteringsforskriften, og prioritere innenfor ulike pasientgrupper.

Helse Midt-Norge skal sørge for en rettferdig fordeling av tjenestetilbudet i landsdelen. Oppfølgingen av prioriteringsforskriften krever at Helse Midt-Norge analyserer sitt tjenestetilbud og befolkningens behov innenfor de ulike fagområdene. Helse Midt-Norge må omfordele ressurser fra områder med lav prioritet og der tilbudet kan ytes med mindre ressursbruk til prioriterte områder med kapasitetsproblemer, samt områder hvor man på bakgrunn av medisinsk, epidemiologisk og demografisk utvikling kan forvente økt behov. Kunnskap om dette og om utvikling av medisinske trender skal benyttes som grunnlag for omfordeling av ressurser. Videre vil departementet understreke at prioritering er et komplekst område. God samhandling og felles forståelse av indikasjoner mellom primær- og spesialisthelsetjeneste vil kunne gjøre det enklere å prioritere riktig.

Det er stor variasjon når det gjelder tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. De regionale helseforetakene skal arbeide mot en enhetlig praksis av prioriteringsforskriften med hensyn til tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. Endringene i pasientrettighetsloven (Ot.prp. 63 (2002-2003), jf Inst.O. nr. 23 (2003-2004)) pålegger helseforetakene å gi pasienter med rett til nødvendig helsehjelp en individuell frist for behandling. Helse Midt-Norge skal sørge for at det innen 1. juli finnes et system for gjennomføring av dette i helseregionen.

Det er et behov for klarere prioritering av behandling av kreftsykdommer, lindrende behandling, rusrelaterte lidelser, psykiske lidelser, pasienter med kroniske sykdommer, og innenfor habilitering og rehabilitering. Det skal etableres regionale og flerregionale behandlingstilbud for pasienter med helseproblemer som følge av sterk overvekt og fedme. Helse Midt-Norge skal operasjonalisere styringskravet overfor sine helseforetak.

Kvalitet og metodevurdering

Helse Midt-Norge skal etablere og finansiere et nytt nasjonalt kvalitetsregister i 2004.

Helse Midt-Norge skal arbeide kontinuerlig med kunnskapsutvikling og kvalitet i pasientbehandlingen, samt følge opp nasjonale tiltak som understøtter dette. Helse Midt-Norge skal delta i, og rapportere til, et nasjonalt system for måling av kvalitetsindikatorer. Innrapporterte data skal være på institusjonsnivå. Helse Midt-Norge skal bidra i arbeidet med å avklare fremtidig organisering av nasjonale pasienttilfredshetsundersøkelser. For 2004 forutsettes det at Helse Midt-Norge

gjennomfører pasienttilfredshetsundersøkelser i regi av Heltef innenfor samme kostnadsramme som i 2003. Heltef vil fra 1.1.2004 inngå i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Videre skal Helse Midt-Norge bidra til etablering av nasjonale kvalitetsregistre og faglige retningslinjer. Hvert regionalt helseforetak skal sørge for etablering og finansiering av et nytt nasjonalt kvalitetsregister i 2004. Dette skal koordineres på nasjonalt nivå med Sosial- og helsedirektoratet som faglige rådgiver. Gode kvalitetsregistre krever en samlet innsats fra alle regionale helseforetak. Departementet understreker derfor viktigheten av at Helse Midt-Norge sikrer en god nasjonal faglig forankring av det kvalitetsregistret man velger å etablere og drifte.

Departementet forventer at foretakene tar konsekvensen av vitenskapelig dokumentasjon og medisinske metodevurderinger. Tjenestene skal planlegges og drives ut fra dette. Helseforetakene skal i sterkere grad sette fokus på utfordringene knyttet til den økende bruken av røntgendiagnostikk. Medisinske innovasjoner krever omlegging av etablerte behandlingsrutiner, som f. eks. ved introduksjon av prehospital trombolyse og akutt PCI for infarktpasienter.

De regionale helseforetakene skal planlegge, og drive sin virksomhet etter faglige retningslinjer og forskningsbaserte metoder for diagnostikk og behandling. Der det finnes klar dokumentasjon på sammenhengen mellom volum og kvalitet, eksempelvis innen deler av kreftkirurgien, skal dette legges til grunn for organisering av tjenesten.

Faglig rammeverk

Helse Midt-Norge skal sørge for at minst 80 % av epikrisene sendes innen 7 dager etter utskriving. Helse Midt-Norge skal som hovedregel ikke ha korridorpatienter. Ingen pasienter skal ha over 48 timer preoperativ liggetid før behandling for lårhalsbrudd.

Helsetilbudet skal være innenfor faglig forsvarlig og dokumentert god praksis. Det skal utvikles en tjeneste kjennetegnet av god kvalitet i alle ledd. Helsedepartementet har derfor valgt å formulere noen styringskrav knyttet til kvalitetsindikatorerne som alle helseforetak skal rapportere på. De indikatorerne som er valgt er begrunnet ut i fra at de gir en god indikasjon på flere sider ved institusjonenes funksjonalitet.

2.1.2 Nærmere om særskilt prioriterte områder

Opptrappingsplanen for psykisk helse

Helse Midt-Norge skal realisere opptrappingsplanen for psykisk helse i Helseregion Midt-Norge.

Den nasjonale prioriteten til psykisk helsevern generelt og barn og unge spesielt, opprettholdes og videreføres i 2004. I St.prp. nr. 1 (2003-2004) er det foretatt en gjennomgang av status for Opptrappingsplanen etter 4 år. Hovedstrategien for Opptrappingsplanen ligger fortsatt fast, men det er behov for satsning utover den opprinnelige planperioden i forhold til 2006. Stortinget har derfor vedtatt å utvide

planperioden med 2 år. En hovedbegrunnelse er at arbeidet med å omstrukturere tjenestene og omstille kulturer og holdninger i tjenesteapparatet forutsetter flere virkemidler og lengre tid enn forutsatt. Departementet vil komme nærmere tilbake til dette. Det skal ikke innebære vesentlig endring av de planlagte tiltakene innen spesialisthelsetjenesten. Helsedepartementet forventer at det skjer en samordning av de tidligere godkjente fylkeskommunale planene og at DPS-strukturen (distriktpsikiatriske sentra) er etablert i 2006. I 2004 legges på følgende:

- Det må sette fokus på omstilling og omstrukturering av tjenesteapparatet med vekt på et godt lokalbasert psykisk helsearbeid i samarbeid med kommunene. DPSene forutsettes å ivareta de allmenpsykiatriske funksjoner, parallelt må det settes krav til sykehusenes framtidige oppgaver. Problemene ved akutt-funksjonene må følges spesielt opp, jf. Helsetilsynets rapport. Departementet har merket seg at de psykiatriske sykehjemmene, iflg SAMDATA-rapport 2002, har gjennomgått en langt kraftigere nedbygging enn planlagt. Det må i denne sammenheng sørges for at nedbygging, ev. nedlegging av enkeltinstitusjoner, ikke skjer før alternativer for pasientene er bygd opp.
- Det forventes fortsatt produktivitetsøkning i psykisk helsevern for 2004. Økningen kan omfatte både direkte og indirekte pasientrelaterte tiltak. I Regjeringens strategiplan for barn og unge er det markert som et mål å få redusert ventetiden for vurderingssamtale for barn og ungdom til 10 dager.
- Helse Midt-Norge skal etablere og videreutvikle tilbudene til personer med de alvorligste spiseforstyrrelsene i 2004, jf. Strategiplanen mot spiseforstyrrelser.
- Det forventes at det gis særlig prioritet til utviklingen av behandlingstilbud til mennesker med dobbeltdiagnoser (psykisk lidelse og rusproblem), og tilbud innenfor voldsproblematikk og alvorlige traumer, samt oppfølging av personer som begår selvmordsforsøk.
- Helsedepartementet har merket seg at det i SAMDATA-rapport for 2002 framkommer en økning i antall årsverk på sykehusnivå og ikke på DPS-nivå. Helse Midt-Norge må ha en styringsmessig oppfølging på dette punkt for å realisere forutsetningen om desentralisering i Opptappingsplanen for psykisk helse.
- I styringsdokumentene for 2002 og 2003 er det stilt krav til redusert tvangsbruk. Helse Midt-Norge må følge dette opp i 2004. Helsedepartementet vil komme tilbake til dette punktet i løpet av 2004.

I tillegg er det viktig at Helse Midt-Norge etablerer strategier for å følge opp viktige reformer i offentlig forvaltning. Rusreformen og statlige overtakelse av det fylkeskommunale barne- og familievernet har betydning for psykisk helsevern. Et av formålene med statlig overtakelse av det fylkeskommunale barne- og familievernet, er å organisere denne tjenesten på samme nivå som barne- og ungdomspsykiatrien. Helseforetakene må i denne sammenheng påse at relasjoner til barnevernets instanser ivaretas for å understøtte reformens intensjoner. Det samme gjelder spesialisthelsetjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere, jf. omtale om rus i dette dokument.

I 2004 etableres det en nasjonal gruppe på psykisk helseområdet under ledelse av Helse Øst. Helse Midt-Norge skal delta dette arbeidet. Strategigruppen skal understøtte Helse Midt-Norges eget arbeid med styrking av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

Kreftbehandling og kreftomsorg

Helse Midt-Norge skal prioritere tilbud innen kreftbehandling og -omsorg. Intensjonene i kreftplanen skal videreføres innenfor rammen av tilgjengelige ressurser.

Fra og med 2004 skal tiltakene innenfor nasjonal kreftplan som hovedprinsipp videreføres som en del av den ordinære driften og som ledd i en nasjonal kreftstrategi for 2004. Midlene som er innlemmet i post 71-75 skal sikre videreføring av regionale kompetansesentra innen arvelig kreft, lindrende behandling og genterapi, samt videreføring av landsdekkende tilbud innen mammografiscreening for alle kvinner mellom 50 og 69 år.

Rehabilitering og habilitering

Helse Midt-Norge skal prioritere utviklingen av tilbudet innenfor rehabilitering og habilitering.

Helse Midt-Norge skal sørge for rehabiliterings- og habiliteringstjenester til de pasienter som trenger det, herunder nødvendig utredning, trening, veiledning av og samarbeid med kommunene om tilrettelegging av tilbud og utarbeiding av individuell plan. Det må settes av ressurser til å ivareta funksjonshemmede og kronisk syke barns behov for habiliteringstjenester, herunder intensiv trening og habilitering, og andre spesialiserte helsetjenester på en god måte. Veiledningsansvaret overfor familier med funksjonshemmede barn understrekes. Det må vurderes økonomisk og praktisk støtte til familier med funksjonshemmede og kronisk syke barn for å muliggjøre valg av alternative treningsmetoder, herunder Doman-metoden.

Funksjonaliteten og justeringsbehovet av avtalene med opptreningsinstitusjonene og helsesportsenterne skal vurderes. Avtalene skal regulere oppgaver og omfang innenfor rammen av offentlig godkjente plasser.

Tilbudet til rusmiddelmissbrukere

Helse Midt-Norge skal sørge for et godt og helhetlig behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere. Et særlig fokus må rettes mot implementering av rusreformen.

De regionale helseforetakene får fra og med 1.januar 2004 overført ansvaret for hele det fylkeskommunale tiltaksapparatet på rusområdet. Overføringen skjer med hjemmel i Ot.prp. nr 3 (2002-2003), Ot.prp. nr. 54 (2003-2004), Innst.O. nr. 51 (2002-2003) og Innst.O. nr. 4 (2003-2004). De regionale helseforetakene må gjøre seg kjent med disse sentrale dokumentene, og etablere styringslinjer som er tilpasset forutsetningene som er lagt til grunn. Det fremgår at behandling for rusmiddelmissbrukere hjemles i spesialisthelsetjenesteloven som tverrfaglig spesialisert behandling for

rusmiddelmissbruk. Behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere vil med dette være en del av de regionale helseforetakenes "sørge for"-ansvar. Det skal særlig fokuseres på "dobbeltdiagnosepasienter" (rus/psykiatri), unge missbrukere og rusmiddelmissbrukere med langvarig rusmiddelmissbruk. Helsedepartementet vil peke på følgende utfordringer:

- Bedre spesialisthelsetjenestens tilbud for rusmiddelmissbrukere med helserelevante lidelser/tilstander
- Styrke kvaliteten på tverrfaglige spesialiserte behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere.
- Kompetansehevende og holdningsskapende arbeid vedrørende rusmiddelproblematikk og – behandling i tjenesteapparatet.
- Styrking av samhandlingen mellom den kommunale helse- og sosialtjenesten for å sikre den enkelte et helhetlig behandlingssopplegg, jfr. individuell plan.
- Ivareta de private rusinstitusjonene ryddig og forutsigbart (kapittel 4).

For legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere (LAR) er finansierings- og oppgaveansvaret fra og med 1. januar 2004 overført de regionale helseforetakene. Det vises her til gjeldene rundskriv I-35/2000, I-33/2001 og I-5/2003. Helse Midt-Norge må i samarbeid med Helse Nord etablere et eget regionsenter for LAR.

De regionale helseforetakene skal fra 1. januar 2004 praktisere en ordning der rusmiddelmissbrukere som skal motta tverrfaglig spesialisert behandling, gis rett til fritt valg av behandlingsssted tilsvarende retten etter pasientrettighetsloven § 2-4 til fritt valg av sykehus.

Helsedepartementet gjør Helse Midt-Norge oppmerksom på at det vil bli utarbeidet et policydokument som vil trekke opp noen nasjonale perspektiver og strategier på rusfeltet. Dette vil departementet komme tilbake til i løpet av første kvartal 2004.

2.1.3 Strategiske tiltak innenfor pasientbehandling

Desentralisering av spesialisthelsetjenestene og samarbeid med primærhelsetjenesten

Helse Midt-Norge skal utvikle desentraliserte tjenester og forbedre samarbeidet med primærhelsetjenesten.

En viktig dimensjon ved et tjenestetilbud av høy kvalitet er god tilgjengelighet og kort reisetid til en rekke tjenestetilbud. Særlig gjelder dette for høyvolumtjenester og tjenester til pasienter med kroniske sykdommer. Helse Midt-Norge skal derfor opprettholde og utvikle et desentralisert og differensiert tjenestetilbud. Departementet har lagt bedre til rette for desentraliserte spesialisthelsetjenester ved at ISF i større grad omfatter tjenester som utføres ved institusjoner som ikke er sykehus, blant annet sykestuer og distriktsmedisinske sentre. Overføringen av finansieringsansvaret for syketransport vil kunne stimulere til behandling nær pasientens bosted når dette er til fordel for pasienten og innebærer lavere transportutgifter enn andre alternativer.

Samhandling mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er i mange tilfeller ikke god nok. De regionale helseforetak skal derfor ha et fokus på dette. Helsedepartementet vil særlig peke på det strategiske samarbeidet mellom de regionale helseforetakene for å bringe dette arbeidet videre. Dette arbeidet er ledet av Helse Nord. I tråd med Opptappingsplanen for psykisk helse må det legges avgjørende vekt på samarbeid med primærtjenesten i planlegging og gjennomføring av tilbudet for denne pasientgruppen.

Forebyggende arbeid

Helse Midt-Norge skal sørge for opprustning av den forebyggende innsatsen i helseforetakene.

Spesialisthelsetjenestens ansvar for forebyggende arbeid omfatter individrettet forebygging, helse- og risikoovervåking, veiledning og samarbeid med primærhelsetjenesten/kommunene om folkehelseiltak og smittevern. Det vises til St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*.

Helse Midt-Norge må utvikle det individrettede forebyggende helsearbeidet, samt integrere dette i de individuelle planene og i pasientopplæringsprogrammene. Videre skal registre innen sykdoms- og risikoovervåking følges opp, ved å formidle data om f. eks. epidemiologiske forhold og skader som grunnlag for forebyggende tiltak og planlegging i regionen. Helseforetakene vil være viktige samarbeidspartnere i gjennomføringen av lokale forebyggende programmer. Det er et mål at alle sykehus blir røykfrie og at alt salg av tobakksvarer opphører. Det bør kunne tilbys hjelp til røykeslutt for ansatte og pasienter.

Smittevern

Helse Midt-Norge skal arbeide med forebygging sykehusinfeksjoner og iverksette den nye handlingsplanen for å forebygge sykehusinfeksjoner i Norge 2003-2005.

Fokusområder i planen er blant annet overgang fra prevalens- til insidensregistrering, tilstrekkelig smittevernpersonell, oppdaterte infeksjonskontrollprogram og internrevisjon av disse og overvåking av antibiotikaforbruk.

Helse Midt-Norge skal sette økt fokus på smittevernberedskap, herunder beredskap mot pandemisk influensa, sars og lignende. Arbeidet skal utføres i en bred beredskapssammenheng. Planer i henhold til lov om helsemessig og sosial beredskap og smittevernloven skal være utarbeidet og iverksatt. Det skal etableres klare ansvarslinjer og prosedyrer for beslutninger om disponering av egne ressurser i en beredskapssituasjon. Helseforetaksgruppen skal ha en tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av viktig materiell, utstyr og legemidler.

De regionale helseforetakene skal utarbeide tuberkulosekontrollprogram og organisere og utpeke nødvendige tuberkulosekoordinatorer for å sikre en tilfredsstillende kontroll.

Helse Midt-Norge skal etablere referansegrupper med representanter fra alle de regionale helseforetak for godkjente landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentra som Helse Midt-Norge er tillagt ansvar for.

Fra 2004 vil departementet ikke lenger regulere opprettelse eller avvikling av flerregionale funksjoner. Helse Midt-Norge skal samarbeide om lokalisering av funksjoner som det ikke er rasjonelt å etablere i alle regioner, samt å etablere nødvendige avtaler om kjøp av høyspesialiserte tjenester. Helse Midt-Norge skal rapportere til eier med kopi til Sosial- og helsedirektoratet på virksomheten til de ulike landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra Helse Midt-Norge er tillagt ansvar for, i tråd med rundskriv I-19/2003. Rapportene skal være behandlet av referansegruppene før innrapportering.

2.2 Utdanning

De regionale helseforetakene skal stille et antall praksisplasser til disposisjon for helsefagutdanninger i grunnutdanninger i høgskolene som følger av årskullstørrelsen fastsatt av UFD⁷.

Helse Midt-Norge skal sørge for tilstrekkelig kapasitet og et kvalitativt godt tilbud for praksisundervisning av studenter i medisin, psykologi og øvrige helsefag (se vedlegg 2) i helseregionen. Tilsvarende gjelder turnusundervisning og etter- og videreutdanning. De regionale helseforetak er tillagt et overordnet ansvar for utdanning av legespesialister. Dagens kapasitet for utdanning av legespesialister skal opprettholdes. Instruksen om forholdet til universiteter og høgskoler skal legges til grunn for ivaretagelse av utdanningsoppgavene. Det fremgår av denne at samarbeidsorganene mellom hhv Helse Midt-Norge, høgskolene og universitetene skal ha en sentral rolle i ivaretagelsen av utdanningsoppgavene. Helse Midt-Norge skal etablere avtaler med høgskolene om praksisveiledning. Antall medisinerstudenter i den kliniske undervisningen i 2004, kapasitet og tiltak for å sikre god kvalitet på de ulike utdanningstilbudene skal omtales særskilt i årlig melding.

2.3 Forskning

Helse Midt-Norge skal dokumentere ressursbruk til forskning ved bruk av felles mal utarbeidet av de regionale helseforetak⁸. Helse Midt-Norge forutsettes å følge opp nasjonalt system for måling av forskningsresultater og bidra til etablering av felles retningslinjer for registreringspraksis og kvalitetssikring av grunndata.

De regionale helseforetak forutsettes å prioritere forskning og forskerutdanning med tilstrekkelige ressurser og sikre at det finnes forskningsmiljøer av høy kvalitet for

⁷ Vedlegg 2

⁸ Helse Sør er ansvarlig for koordinering av tiltaket

ivaretagelse av oppgaven. Helse Midt-Norge skal sikre at universitetssykehuset skal være i front og understøtte forskning og forskerutdanning i helseregionen. Nasjonale medisinske kompetansesentra og landsfunksjoner skal ivareta forskning og fagutvikling innenfor egne fagområder. Instruksen for de regionale helseforetak skal legges til grunn for samarbeid med universiteter og høyskoler om forskningsoppgaven.

Klinisk forskning, inkludert overføring av kunnskap fra epidemiologisk forskning og basalmedisinsk forskning (translasjonsforskning), innen både somatikk og psykisk helse skal prioriteres. Innen psykisk helse skal forskning som vektlegger tverrfaglighet på tvers av ulike tjenestenivåer og dokumentasjon av behandlingsmetoder, prioriteres særskilt. De regionale helseforetak forutsettes å ivareta kjønnsperspektivet og bevisstgjøring om kjønnsforskjeller i klinisk forskning. Det skal legges til rette for kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten. Helse Midt-Norge skal ha særskilt fokus på evaluering av etablerte og nye diagnostiske metoder og behandlingstilbud samt kriterier for innføring av nye tilbud. Formidling av forskningsresultater og oppdatert kunnskap skal prioriteres. Det skal legges til rette for økt rekruttering av medisinerere til forskning. De regionale helseforetak skal utvikle felles retningslinjer og avtaleverk for forskningsbasert innovasjon og kommersialisering. Utvikling av felles retningslinjer og maler skal ivaretas i strategigruppe for forskning mellom de regionale helseforetakene. Gruppen ledes av Helse Sør.

2.4 Pasientopplæring og brukerperspektiv

Helse Midt-Norge skal sørge for at det gis et helhetlig opplæringstilbud til pasienter med behov for opplæring. Brukerne skal medvirke i utviklingen av tjenestetilbudet ved alle helseforetak, og plikten til å utarbeide individuelle planer for pasienter med kroniske og sammensatte lidelser skal ivaretas.

Brukermedvirkning omfatter både samarbeid med brukerorganisasjonene om plan- og utviklingsarbeid og samarbeid med den enkelte pasient om behandlingsopplegg. God opplæring er en forutsetning for å mestre livet ved kronisk sykdom, og for å hindre forverring av helsetilstanden. De regionale helseforetakene er derfor pålagt gjennom lov å iverksette tiltak for opplæring av pasienter ved alle foretak, gjerne ved bruk av lærings- og mestringssentra. Opplæringen bør omfatte påvirkning av levevaner der dette er relevant. I 2004 innføres også en opplæringstakst (jf kapittel 732 post 77).

Utviklingen av et godt helsetilbud er avhengig av et godt samarbeid mellom institusjonene og brukernes organisasjoner. Det er viktig at brukerrådene gjenspeiler dette. Ved sammensetning av brukerrådene bør også organisasjoner som representerer eldres interesser kontaktes.

3. HELSEDEPARTEMENTETS EIERKRAV KNYTTET TIL ØKONOMI OG ORGANISASJONSUTVIKLING

3.1 Økonomiske prestasjonskrav

3.1.1 Resultatkrav og forventet effektivisering i 2004

Det vises til Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004): "Flertallet viser til budsjettavtalen der det gis en økning i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene på 500 millioner kroner i forhold til Regjeringens forslag. Disse midlene forutsettes å bidra til redusert underskudd i 2004 og balanse i de regionale helseforetakenes regnskaper i 2005, og skal ikke bidra til et høyere aktivitetsnivå enn forutsatt i rammene for 2004. Flertallet påpeker at samtlige regionale helseforetak skal oppnå balanse i sine resultatregnskaper for 2005. Det forutsettes at Helsedepartementet stiller konkrete krav til det enkelte regionale helseforetak om resultatforbedring i 2004. Dette gjennomføres slik at om lag halvparten av effekten av de samlede omstillingstiltak som er nødvendige i de regionale helseforetakene for å oppnå balanse i 2005, realiseres i 2004."

Helse Midt-Norge skal i løpet av januar 2004 legge fram en plan for departementet som konkretiserer de tiltak som vil være nødvendig for å oppnå balanse i 2005, hvilke tiltak som planlegges iverksatt i løpet av 2004 og forventet effekt i 2004, herunder aktivitetsforutsetninger. Departementet vil i løpet av februar 2004 stille krav til det enkelte regionale helseforetak om resultatforbedring i 2004.

Helse Midt-Norge skal gi tilbakereportering om gjennomføringen av tiltaksplanen i forbindelse med den periodiske økonomiske rapporteringen til departementet gjennom 2004.

3.1.2 Kapitalfundamentet til Helse Midt-Norge

I St.prp. nr. 1 (2003–2004) er det redegjort for opplegget for verdsetting. Med utgangspunkt i dette opplegget vil de regionale helseforetak få fastlagt sine åpningsbalanser i årsregnskapet for 2003.

3.1.3 Investeringer

Departementets brev til regionale helseforetak av 31. desember 2002 beskriver hvilke systemmessige rammebetingelser som gjelder for beslutning om og gjennomføring av investeringsprosjekter i regionale helseforetak. Styringssystemet for store investeringer bygger på en kombinasjon av fullmakter til helseforetakene og en overordnet styring for å sikre at investeringer skjer i samsvar med overordnede prioriteringer og ressursrammer.

Med bakgrunn i at lånefinansiering for investeringer fortsatt fastsettes av Stortinget gjennom årlige lånebevilgninger, finner departementet det nødvendig å drøfte status på investeringsområdet med de regionale helseforetakene. Dette med spesiell vekt på at

det ikke igangsettes og/eller planlegges investeringer som forutsetter tilgang på finansiering det ikke kan forskutteres dekning for. Det vil i denne forbindelse bli invitert til et møte i januar/februar 2004. Generelt legges det til grunn at foretakene må utvise tilbakeholdenhet på investeringsområdet, og at enkeltprosjekter må vurderes og prioriteres innenfor tilgjengelige rammer.

Ny universitetsklinikk i Trondheim

En særskilt oppgave og utfordring for Helse Midt-Norge i 2004 og kommende år er planlegging og utbygging av ny universitetsklinikk på Øya. For fase 1 av utbyggingen er det med bakgrunn i stortingsproposisjoner og -vedtak etablert opplegg for oppfølging og dialog. Generelt gjelder at Helse Midt-Norge har plikt til å informere Helsedepartementet dersom det foreligger informasjon om at framdrift og/eller kostnader avviker fra forutsetningene.

For videre planleggingsarbeid av byggefase 2 vises det til forutsetninger som følger av St.prp. nr. 1 for 2004 og Stortingets behandling av denne. Det er gitt aksept for at det i 2004 kan jobbes videre med et forprosjekt for fase 2, og lagt til grunn at det må skje en kostnadsreduksjon for fase 2 på om lag 10 prosent sammenholdt med kostnadsbildet i revidert hovedfunksjonsprogram. For fase 2 vises det til eget finansieringsopplegg hvor investeringstilskudd vil bli gitt Helse Midt-Norge over statsbudsjettets kapittel 732 post 81 fom. 2004.

3.1.4 Låneopptak og driftskreditter

Helse Midt-Norge disponerer 1000 mill. kroner av den samlede lånebevilgning til de regionale helseforetakene. Helsedepartementet kan omdisponere ubrukt beløp til andre regionale helseforetak dersom det er behov for det, og Helse Midt-Norge ikke vil benytte sin del av lånebevilgningen fullt ut. Helsedepartementet vil like etter årsskiftet ta opp med de regionale helseforetakene spørsmål om leie/leasing

Det vil i det enkelte år ikke være samsvar mellom investeringsnivå og inntekter for å dekke avskrivninger i alle helseforetak. Helsedepartementet legger til grunn at denne ledige likviditeten i Helse Midt-Norge brukes til (del)finansiering av andre prioriterte investeringsprosjekter.

Rammen for driftskreditter er uendret fra 2003. Dette innebærer at de regionale helseforetakene i 2004 har fått adgang til å ta opp driftskreditter for inntil 4,5 mrd. kroner.

Det er departementet som godkjenner driftskredittrammen for det enkelte regionale helseforetak. Helse Midt-Norge har i 2003 ikke søkt om å kunne benytte hele sin andel av driftskredittrammen. Dersom Helse Øst ønsker å benytte hele sin andel av rammen i 2004 må Helse Øst søke departementet om dette.

3.2 Tiltak knyttet til organisasjonsutvikling

Det beskrives her kort på hvilke områder eier forventer at Helse Midt-Norge er med og bidrar i samarbeid mellom de regionale helseforetakene, eller områder der det fra departementet gis bestemte føringer (åpenhet, grønn stat og internkontroll).

3.2.1 Ledelse

Det forventes at Helse Midt-Norge deltar i utforming og gjennomføring av program for ledelsesutvikling og at dette har forankring på høyeste ledelsesnivå.

Styringsgruppen for ledelsesutvikling fortsetter i 2004 med deltakelse på høyt nivå fra alle regioner og departementet. Gruppen ledes av Helse Midt-Norge. Gruppen er ansvarlig for gjennomføring av pilotprogrammet for ledelsesutvikling 2003-2004 og for planlegging av en permanent nasjonal utdanning for ledelse i sykehus med oppstart i 2005. Det understrekes at den nasjonale ledelsesutdanningen skal utgjøre en overbygning til, men ikke være en erstatning for, leder- og ledelsesutviklingstiltak som prioriteres og utvikles i regionale helseforetak og helseforetak for å understøtte og styrke videre utvikling av ledelse i sykehusene.

3.2.2 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi

Helse Midt-Norge skal bidra til realiseringen av Nasjonalt Helsenett i 2004.

Det vises til etableringen av en felles strategigruppe for IKT i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet skal føres videre i 2004 under ledelse av Helse Vest. Gruppen skal være bindeleddet mellom nasjonal satsning som nasjonalt helsenett og den nye statlige tiltaksplanen og de enkelte regionale helseforetaks strategiske planer på dette området. Helse Midt-Norge skal bidra til gjennomføringen av nasjonale planer på området. IKT er et verktøy for helsetjenesten på mange områder. Arbeidet bidrar til å understøtte arbeidet innenfor andre strategiske områder for helseforetakene, slik som samhandling og forskning. Områder for samarbeid som må prioriteres er derfor bruk av enhetlige standarder for elektronisk journal, utvikling av elektronisk epikrise og etablering av det nasjonale helsenettet. Elektronisk epikrise er strategisk meget viktig i utbredelsen av elektronisk signatur (PKI) for legekantor mot Rikstrygdeverket og spesialisthelsetjenesten.

3.2.3 Åpenhet

Styremøter i regionale helseforetak og helseforetak skal være åpne.

Dersom de spørsmål som skal drøftes er av en slik karakter at det foreligger et reelt og saklig behov for å lukke møtet ved behandlingen av en eller flere saker, kan styrene vurdere å gjøre dette dersom lukkingen er forenlig med prinsippene i offentlighetslovens unntaksbestemmelser.

Vurderingen av en eventuell lukking av deler av møtet skal gjøres på møtetidspunktet. Det skal ikke utvikles en praksis som svekker intensjonen om at åpne styremøter skal understøtte tillit og legitimitet for foretakene.

3.2.4 Juridisk rammeverk og arbeid med internkontroll

Helse Midt-Norge skal etablere et system som sikrer at lover og forskrifter, herunder journalforskriften og retningslinjer for koding, følges i virksomhetene.

Helsetjenesten skal planlegges og drives innenfor de gjeldende lover og regler. Plikten til internkontroll innebærer at alle ledd i organisasjonen skal kjenne til relevante lovkrav. En oversikt over sentrale pliktbestemmelser, utarbeidet av en arbeidsgruppe mellom de regionale helseforetak, vil bli sendt i eget brev. Departementet vil i 2004 sette i gang et arbeid med de regionale helseforetakene om det "sørge for"-ansvar som er angitt i lov om spesialisthelsetjeneste § 2-1a.

Helsedepartementet har etablert et kontrollsystem i forhold til de aktivitetsbaserte finansieringsordningene som nå forsterkes og utvikles. Dette kontrollarbeidet retter seg i hovedsak mot data som er innlevert fra sykehusene. Det forventes også at Helse Midt-Norge etablerer rutiner i samarbeid med bl.a. Legeforeningen som sikrer en mest mulig enhetlig koding.

Departementet vil i 2004 forsterke arbeidet med å utvikle nasjonale retningslinjer for korrekt og ensartet koding innenfor de ulike fagområdene, blant annet gjennom seminarer rettet mot journalansvarlige i helseforetakene. Det forutsettes at Helse Midt-Norge deltar aktivt i dette nasjonale utviklings- og gjennomføringsarbeidet.

3.2.5 Grønn stat

Helse Midt-Norge skal innføre miljøledelse som en integrert del av sitt styringssystem.

Alle statlige virksomheter skal innføre miljøledelse som en integrert del av organisasjonens styringssystemer innen 2005. På www.odin.dep.no/md/gronnstat/ er det samlet veiledninger og erfaringsmateriale.

4. PRIVATE AKTØRER

Regionale helseforetak må gjennom avtaler med private tjenesteytere sikre at disse kan delta i undervisning av helsepersonell der dette vurderes som relevant. Private sykehus inngår i ISF-ordningen fra det tidspunkt de er godkjent og har inngått avtale om tjenesteleveranse med Helse Midt-Norge. Avtale med private skal inngås med regionalt helseforetak der dette skal understøtte oppfyllelsen av "sørge for"-ansvaret. Det pågår nå et arbeid for ikrafttredelse av vedtatte endringer i pasientrettighetsloven. Før ikrafttredelse vil det bli gitt særskilt orientering til de regionale helseforetakene blant

annet om fritt sykehusvalg til private sykehus, avtaleinngåelse med private sykehus og om oppgjørsordninger.

I behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere spiller private aktører en sentral rolle. Helse Midt-Norge må sørge for å sikre den behandlingsskapasiteten som de private aktørene yter til denne pasientgruppen. Private aktører må også sikres mulighetene til å kunne bidra på et likeverdig grunnlag, til realisering av Helsedepartementets utfordringer jf. styringsdokumentets omtale av tilbud til rusmiddelmisbrukere under kapittel 2.1.2.

Frivillige organisasjoner mobiliserer engasjement og menneskelige ressurser som kan supplere det offentlige tilbudet. Helseforetakene bør derfor legge til rette for at organisasjonene kan bidra med frivillig innsats i helse- og omsorgsarbeidet.

5. NASJONALE AKTØRER

Det vises til tildelingsbrevene fra Helsedepartementet til Sosial- og helsedirektoratet, Helsetilsynet, Statens strålevern, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Statens legemiddelverk og til Sosialdepartementets tildelingsbrev til Rikstrygdeverket. Det vil der fremgå mange av oppgavene disse etatene har, og hvordan disse vil forholde seg til de regionale helseforetakene. Helsedepartementet forventer at Helse Midt-Norge gjør seg kjent med disse tildelingsbrevene. Helse Midt-Norge skal bidra til å oppnå målsetningene på de områder hvor de underliggende etater har fått delegert myndighet eller oppgaver. Det vises også til områder i styringsdokumentet hvor dette fremgår særskilt.

Det vises for øvrig til arbeidsgruppen som er etablert mellom Helsedepartementet, Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene for gjennomgang av roller og samarbeidsgevinster mellom direktorat og de regionale helseforetakene. Som et ledd i dette arbeidet vil det fra direktoratets side bli laget et dokument som skal klargjøre implikasjoner av direktoratets oppgaver og arbeid i forhold til foretakene. Dette inkluderer blant annet beskrivelse av nasjonale mål for oppgavene som er delegert direktoratet. Med bakgrunn i tildelingsbrevet vil nye og planlagte retningslinjer for spesialisthelsetjenesten bli omtalt. Direktoratet vil også foreslå møteplasser mellom regionale helseforetak og direktorat. Utkast til dette dokumentet vil bli gjennomgått i arbeidsgruppen slik at uavklarte forhold kan bli tilstrekkelig avklart.

6. NYE OPPGAVER FOR DE REGIONALE HELSEFORETAKENE

- Rusreformen, (jf kapittel 1 og kapittel 2.1.2).
- Ansvar for insulinpumper og insulininjektor med tilhørende forbruksmateriell overføres fra folketrygden (behandlingshjelpemidler).
- Finansieringsansvaret for syketransport mv. Rettighetene for pasientene videreføres uendret i pasientrettighetsloven. Helse Midt-Norge skal kjøpe saksbehandlings- og oppgjørstjenester fra trygdeetaten iht. avtale.

- Individuelle frister for behandling, jf kapittel 2.1.1.
- Kompetansesentra for sjeldne funksjonshemminger. Det vil være et samarbeid for å finne gode løsninger for døvblindesystemet, Nasjonalt autismenettverk og Frambu.

7. STYRINGSDIALOG OG RAPPORTERING

Plan- og meldingssystemet skal være grunnpilaren i styringsdialogen mellom departement og de regionale helseforetakene. Dette systemet skal:

- Gi departementet det nødvendige faglige underlaget for å kunne medvirke i regjeringens forberedelse av det årlige forslaget til statsbudsjett
- Inngå i grunnlaget for de styringsbudskap som tas inn i stortingsproposisjon nr. 1 og i det årlige styringsdokumentet. Departementet understreker at planene skal gi grunnlag for identifikasjon av viktige politiske problemstillinger som bør behandles i foretaksmøte, eventuelt også legges fram for Stortinget
- Gi departementet rapportering på oppfølging av styringsdokumentet.
- Gi grunnlag for å vurdere om de helsepolitiske målsetningene som er nedfelt i sentrale dokumenter er oppfylt.

I årlig melding som er omtalt i helseforetaksloven § 34 og vedtektene § 15 skal det rapporteres på oppfølgingen av styringsdokumentet for 2004. Det forventes at det gis en kortfattet tilbakemelding på styringsdokumentets ulike styrings- og resultatkrav. Rapporteringen skal ta utgangspunkt i formålene med bevilgningene (kapittel 1) og de ulike resultat- og styringskrav som er formulert (kapitlene 2 og 3). Det understrekes at det skal rapporteres på alle de områder som er omtalt i styringsdokumentet, og i henhold til tabellen i vedlegg 1.

Rapporteringen skal inneholde de planelementer som fremgår av vedtektene. Særlig understreker Helsedepartementet viktigheten av at dokumentet inneholder beskrivelse av prioriteringsbeslutninger av prinsipiell art, og prioriteringsbeslutninger med større ressursmessige konsekvenser, omtale av tiltak som vil innebære substansielle endringer i tilbudet til pasientene, ha store budsjettmessige konsekvenser eller i stor grad rokke ved funksjonsfordelingen mellom de ulike helseforetakene. Frist for innsending av dette dokumentet settes til 15. februar 2005.

Det gjøres oppmerksom på at departementet i løpet av 2004 vil ha behov for orientering om status i arbeidet med Opptrappingsplanen for psykisk helse. Dette gjelder først og fremst status for investeringsprogrammet og etablering av behandlingstilbud til enkelte prioriterte pasientgrupper. Departementet vil komme tilbake til dette gjennom tertialvise arbeidsmøter som vil bli holdt i løpet av året.

Vi ber regionale helseforetak om å komme med forslag til statsbudsjettet for 2006 innen 15. desember 2004. Departementet vil komme tilbake med en nærmere konkretisering av dette.

Oslo, 30. desember 2003

Vidar Oma Steine (e.f.)
ekspedisjonssjef

Thomas Neby Baardseng
rådgiver