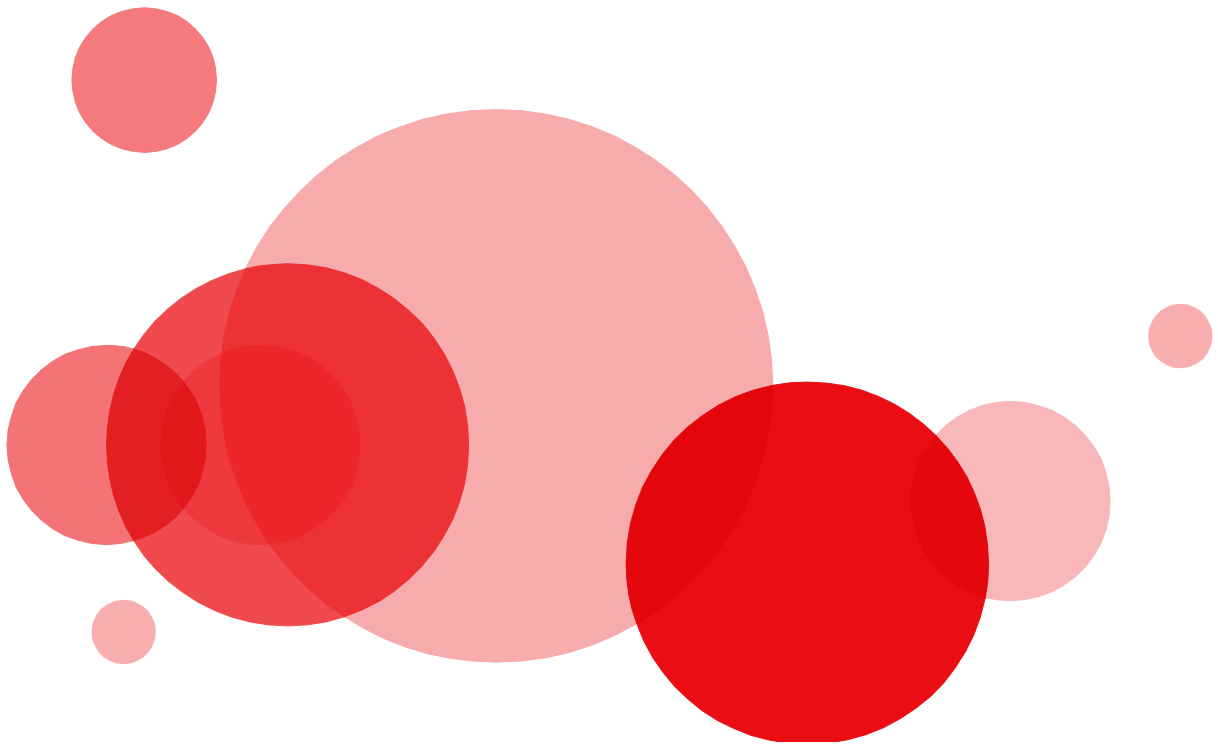


Oppdragsdokument 2016

Helse Midt-Norge RHF



Oppdatert: 12.1.2016



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Helse Midt-Norge RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Helse Midt-Norge RHF skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede mål:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Dette skal skje innenfor de ressurser som blir stilt til rådighet i oppdragsdokumentet, jf. vedlegg 1. Det vises til Stortingets behandling av Prop. 1 S (2015-2016) og Prop. 1 S Tillegg 1 (2015-2016). Prognosene for antall asylsøkere kan gjøre det noe mer utfordrende å oppnå reduserte ventetider, samtidig som det kan medføre at noen investeringer vil kunne bli utsatt.

Regjeringen viser til Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 og Prop. 15 S (2015-2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016-2020. Helse Midt-Norge RHF skal gjøre seg kjent med innholdet i disse. Departementet vil komme tilbake til Helse Midt-Norge RHF etter behandling i Stortinget.

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. I møtet med helsetjenesten skal hver enkelt pasient oppleve respekt og åpenhet, få delta i beslutningene om egen behandling og hvordan den skal gjennomføres. Det skal brukes kvalifiserte tolker ved behov. Samiske pasienters rett og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas.

Strukturen på oppdragsdokumentet er endret. Departementet vil følge opp punktene under Mål 2016 i de månedlige og tertialvise oppfølgingsmøtene med de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene skal også gjennomføre punktene under Andre oppgaver 2016. De regionale helseforetakene skal i Årlig melding 2016 rapportere på punktene under Mål 2016 og Andre oppgaver 2016. Styret og ledelsen i Helse Midt-Norge RHF har ansvar for å følge med på Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer og evt. iverksette tiltak for å bedre kvaliteten i tjenestene.

Følgende strategier og handlingsplaner skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

- Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017) "En god barndom varer livet ut" (Barne-, likestillings- og integreringsdepartementet).
- Regjeringens handlingsplan for HelseOmsorg21 2015-2018.
- Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015-2020 og Handlingsplan for redusert bruk av antibiotika i helsetjenesten 2016-2020 (Helse- og omsorgsdepartementet).
- Kreftkirurgi i Norge. Rapport IS-2284 (03/2015) fra Helsedirektoratet.
- Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator fra Helsedirektoratet 2015.
- Nasjonal prosedyre for nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold (PLIVO) fra Helsedirektoratet, Politidirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap 2015.

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene, men bedre samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester betyr bedre utnyttelse av ledig kapasitet, økt valgfrihet og mer innovasjon i tjenesteutvikling, arbeids- og samarbeidsformer. Hver enkelt pasient skal slippe unødvendig ventetid. Innføringen av Fritt behandlingsvalg og ny pasient- og brukerrettighetslov legger til rette for dette. Pasientforløpene skal være gode og effektive. I 2015 er det innført 28 nye pakkeforløp for kreftpasienter. Helsedirektoratet utvikler pakkeforløp innen hjerneslag, psykisk helse og rus. Kunnskap om variasjon i tjenesten skal brukes aktivt som grunnlag for forbedringsarbeid.

Mål 2016:

- Gjennomsnittlig ventetid skal være under 65 dager.
- Ingen fristbrudd.
- Andel kreftpasienter som registreres i et pakkeforløp skal være minst 70 pst.

- Andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført for kreftpasienter innen definert standard forløpstid uavhengig av type pakkeforløp skal være minst 70 pst.
- Redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom helseforetakene sammenliknet med 2015 målt ved utvalgte indikatorer, jf. andre oppgaver.
- Redusere variasjonen i gjennomsnittlig liggetid innenfor utvalgte fagområder sammenliknet med 2015, jf. andre oppgaver.
- Redusere variasjonen i andel dagbehandling innen utvalgte fagområder sammenliknet med 2015, jf. andre oppgaver.

Andre oppgaver 2016:

- Helse Midt-Norge RHF skal innen 1. juni 2016 identifisere et antall fagområder i egen region som skal gis styringsmessig prioritet fra og med andre halvår 2016. Det skal gis særlig oppmerksomhet til fagområder med mange ventende og/eller lang ventetid som ikke er faglig begrunnet. Det bør i tillegg velges fagområder som berører de fleste helseforetakene i regionen. I tillegg skal helseregionene i fellesskap identifisere fagområder som egner seg for styringsmessig prioritet på tvers av regionene.
- Helse Midt-Norge RHF skal etablere et sett av indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet. Indikatorsettet skal inneholde indikatorer som muliggjør sammenlikning av kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus og primært måles på nivået der pasientbehandlingen faktisk finner sted, for eksempel poliklinikk, avdeling, sengepost og operasjonsenhet. I tillegg skal helseregionene i fellesskap etablere et felles sett av slike indikatorer på tvers av regionene. Alle indikatorene skal etableres innen 1. juni 2016 og brukes i styringsmessig oppfølging fra og med andre halvår 2016.
- Innenfor fagområdene som gis prioritert styringsmessig oppfølging skal Helse Midt-Norge RHF bruke systematiske sammenlikninger mellom sykehus av gjennomsnittlig liggetid og andel dagbehandling for utvalgte prosedyrer/pasientforløp i styringsmessig oppfølging fra og med andre halvår 2016. I tillegg skal helseregionene i fellesskap identifisere prosedyrer/pasientforløp der gjennomsnittlig liggetid og andel dagbehandling kan sammenlignes mellom sykehus på tvers av regionene. Utvalget av prosedyrer/pasientforløp for styringsmessig oppfølging fra og med andre halvår 2016 skal avklares innen 1. juni 2016.
- Helse Midt-Norge RHF skal innen 1. november 2016 vurdere ytterligere fagområder for styringsmessig prioritet fra og med 2017 og evt. forslag til ytterligere og/eller justerte indikatorer for å måle effektivitet og kapasitetsutnyttelse, bl.a. i lys av etablering av Kostnad per pasient (KPP) ved alle helseforetak fra og med 1. januar 2017.
- Helse Sør-Øst RHF skal lede arbeidet med å identifisere fagområder, etablere indikatorer og identifisere prosedyrer/pasientforløp på tvers av regioner. Helse Sør-Øst RHF skal fra og med 2016 også lede nettverket for å fremme metodeutvikling på tvers av regionale helseforetak, jf. krav om etablering av slikt nettverk i revidert oppdragsdokument 2015.

2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Omstillingen innen psykisk helsevern med overføring av oppgaver og ressurser fra sykehus til distriktpsikiatriske sentre og fra døgnbehandling til åpne, utadrettede tjenester videreføres.

Distriktpsikiatriske sentre skal omstilles med gode akuttjenester gjennom døgnet, herunder ambulante tjenester med deltagelse fra spesialister. Pasienter skal oppleve et psykisk helsevern med vekt på frivillighet og redusert og riktig bruk av tvang. Distriktpsikiatriske sentre som nøkkelstruktur er lagt til grunn for de fremtidige tjenestene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling der lokale forhold tilsier dette.

Mål 2016:

- Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument") og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).

- Redusere antall tvangsinnleggelseser for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen sammenliknet med 2015.
- Øke andel årsverk i distriktpsikiatriske sentre i forhold til sykehus i psykisk helsevern for voksne sammenliknet med 2015.

Andre oppgaver 2016:

- Styrke desentralisert behandlingstilbud (ambulant/poliklinikk/samarbeid førstelinjen) innen psykisk helsevern og rus.
- Sikre videre drift av OCD-teamene, herunder nødvendig implementering og opplæring.
- Etablere flere tilbud innen psykisk helsevern i norske fengsler.

3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Helsetjenesten skal videreutvikles slik at pasienter og brukere i større grad får og opplever å få trygg og god helsehjelp. Kvalitetsmålinger og pasienterfaringer må offentliggjøres og brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid. Ubeholdt variasjon skal reduseres. Helse, miljø sikkerhetsarbeid (HMS) er en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

Bemanning, utdanning, kompetanseutvikling, forskning, innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling.

Omstilling av spesialisthelsetjenester som berører kommunene skal synkroniseres slik at de ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Det er en forutsetning at omstillingene gir brukerne et kontinuerlig og like godt eller bedre tjenestetilbud enn tidligere. I tråd med Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet skal Helse Midt-Norge RHF bidra til å øke kompetansen i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Mål 2016:

- Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7 pst.
- Ikke korridorpatienter.

Andre oppgaver 2016:

- Bidra med nødvendige spesialisthelsetjenester og veilede kommunene, slik at de kan ivareta sitt ansvar for helsetilbud til asylsøkere og flyktninger.
- Spre alle innsatsområder som er igangsatt i pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender 24-7" til relevante enheter/avdelinger. Se Tabell 2 Rapportering 2016.
- Sette i gang etablering av et antibiotikastyringsprogram i sykehus, i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets handlingsplan mot antibiotikaresistens. Som et ledd i etableringen skal de regionale kompetansesentrene for smittevern styrkes. Se Tabell 2 Rapportering 2016.
- De regionale helseforetakene skal i fellesskap gjennomføre konkrete tiltak som styrker de regionale helseforetakene sin kapasitet til å gjennomføre forhandlinger/anskaffelser, bidrar til bedre samhandling mellom aktørene som er involvert i systemet for nye metoder, og sikrer at beslutninger som tas av Beslutningsforum implementeres i spesialisthelsetjenesten. Helse Nord RHF skal lede arbeidet.
- Det er ansatt sosialpediatere i alle barneavdelinger. Overgrepsutsatte barn som avhøres ved Statens barnehus skal tilbys medisinsk undersøkelse.
- Ha ansvar for tilbud til voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep, herunder ha inngått avtaler med videreførte robuste kommunale overgrepsmottak, fra 1. januar 2016. For helseforetak og kommuner som ikke har inngått slike avtaler per 1. januar 2016, settes endelig frist for avtaleinngåelse til 1. juli 2016, jf. brev av 11. november 2015.
- Bidra til forbedring og videreutvikling av den nasjonale nødmeldingstjenesten gjennom tverretattlig "program for forbedring av nødmeldingstjenesten".
- Etablere tiltak som kan bidra til et mer systematisk samarbeid mellom helsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten, herunder vurdere om det er hensiktsmessig å inngå særskilte samarbeidsavtaler med

Arbeids- og velferdsetaten. Helsedirektoratet har i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet utarbeidet maler for samarbeidsavtaler til dette formålet. I rapporteringen skal det inngå en oversikt over hvilke områder det er etablert samarbeid på og konkrete samarbeidstiltak. Tilsvarende oppdrag er gitt Arbeids- og velferdsetaten.

- De regionale helseforetakene skal i fellesskap identifisere indikatorer for å måle uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester for et utvalg av prosedyrer innen 1. november 2016. Det bør velges prosedyrer som utføres hos mange helseforetak. De utvalgte indikatorene og prosedyrene skal gis styringsmessig prioritet fra 2017. Helse Nord RHF skal lede arbeidet.

Personell, utdanning og kompetanse

- Utvikle *Nasjonal bemanningsmodell* som et verktøy for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov i regionen og nasjonalt.
- Synliggjøre utdanningsaktivitet i sykehusene. Gi departementet årlig innspill på dimensjonering av utdanningskapasitet, aktivitet og behov innen området. Departementet vil tydeliggjøre rammer og frist for innspillet.
- Tilrettelegge for kompetanseutvikling, videre- og etterutdanning, videreutvikle tilbud gjennom e-læring, simulatorentrening mv.
- Etablere et regionalt utdanningscenter ved regionsykehuset for å ivareta læringsaktiviteter og andre oppgaver i ny ordning for legenes spesialistutdanning. Delta i tverregional ordning for å sikre nasjonal, samordnet spesialistutdanning. Planlegge for iverksetting av læringsaktiviteter for oppstart i 2017 av spesialistutdanningens del 1 etter ny ordning.

Forskning og innovasjon

- Det er i samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF gjennomført et forskningsbasert pilotprosjekt basert på et egnet informasjonssystem for måling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene, med deltakelse fra både universitetssykehus og andre helseforetak, jf. anbefalinger i rapport fra NIFU fra 2015.
- Følgende tre tiltak fra regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21 implementeres: Etablert nytt felles program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten i samarbeid med Norges forskningsråd, som kan bidra til at flere pasienter får tilbud om deltakelse i kliniske studier. Helse Sør-Øst RHF skal koordinere arbeidet. Infrastruktur for utprøving av nye innovasjoner som nytt medisinsk-teknisk utstyr er styrket ved universitetssykehusene. I den nasjonale forskningsinfrastrukturen for kliniske studier, NorCRIN, skal det etableres et kontaktpunkt for tidlig fase kliniske studier og industrien skal inviteres inn i nettverket.
- Andre relevante tiltak i HelseOmsorg21-strategien vurderes og implementeres. Her bør sentrale målsetninger for helseforskningen hensyn tas.

4. Oppfølging og rapportering

Departementet vil i oppfølgingsmøtene med de regionale helseforetakene følge opp Mål 2016 og evt. andre kvalitetsindikatorer ved behov. I Årlig melding 2016 skal Helse Midt-Norge RHF rapportere på *Mål 2016*, *Andre oppgaver 2016* og *Rapportering 2016*. Helse Midt-Norge RHF skal i Årlig melding 2016, i tillegg til gjennomsnittstall for hele regionen, vise laveste og høyeste måloppnåelse på helseforetaksnivå for *Mål 2016*. Frist for innsendelse av styrets årlig melding er 15. mars 2017. Det vises til vedlegg 1 til foretaksprotokoll til Helse Midt-Norge RHF av 12. januar 2016 for nærmere informasjon på hva som skal rapporteres til departementet.

Tabell 1. Mål 2016. Datakilder og publiseringsfrekvens.

Mål 2016	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen			
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Under 65 dager	Helsedirektoratet	Månedlig
Andel fristbrudd for avviklede pasienter	0 %	Helsedirektoratet	Månedlig

Mål 2016	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen			
Pakkeforløp for kreft (samlet for pasienter med lunge- bryst, prostata- og tykk- og endetarmskreft)	Minst 70 % ved årsslutt	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av pakkeforløp for organspesifikk krefttype henholdsvis brystkreft, tykk- og endetarmskreft, lungekreft og prostatakreft innen maksimal anbefalt forløpstid	Minst 70 % ved årsslutt	Helsedirektoratet	Tertialvis
Pakkeforløp for kreft (samlet for 28 krefttyper totalt)	Minst 70 % ved årsslutt	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av Pakkeforløp for kreft (per type kreft, 28 krefttyper totalt) innen maksimal anbefalt forløpstid	Minst 70 % ved årsslutt	Helsedirektoratet	Tertialvis.
2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling			
Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument" ¹) og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).	Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større økning i kostnader, årsverk og aktivitet.	Gjennomsnittlig ventetid: Helsedirektoratet Kostnader: de regionale helseforetakenes regnskap Årsverk: de regionale helseforetakenes HR- systemer og SSB for private Polikliniske konsultasjoner: Helsedirektoratet (Helfo)	
Antall tvangsinnleggelses i psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen	Redusert sammenliknet med 2015	Helsedirektoratet	Årlig
Andel årsverk i distriktpspsykiatriske sentre og sykehus i psykisk helsevern for voksne	Økt andel årsverk i DPS sammenliknet med 2015	Helsedirektoratet (SSB)	Årlig
3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet			
Andel sykehusinfeksjoner	Mindre enn 4,7%	Folkehelseinstituttet	2 ganger årlig
Andel korridorpasienter på sykehus	0 %	Helsedirektoratet	Tertialvis

Tabell 2. Rapportering 2016. Datakilder og publiseringsfrekvens.

	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
Pasienters erfaring med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Publiseres 2016
Pasienters erfaring med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp)		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Årlig

¹ Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Betanien Hospital Skien, Martina Hansen Hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Haugesund Sanitetsforeningens Revmatismesykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Hospitalet Betanien, Jæren DPS, Solli sykehus, Olaviken og Bjørkeli Voss.

	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens
30 dagers overlevelse etter hjerneslag		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Årlig
30 dagers overlevelse etter hoftebrudd		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Årlig
Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene	Reduseres med 25 pst. innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012.	GTT-undersøkelsene. Helsedirektoratet	Årlig
Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert.	100 %	RHF's rapportering til pasientsikkerhetsprogrammet	Årlig
Bruk av disse fem bredspektrede midlene: karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner.	30 % reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenlignet med 2012	Sykehusenes legemiddelstatistikk	Årlig
Antall bidrag fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre i a) vitenskapelige artikler og b) konkrete prosjekt for klinisk kvalitetsforbedring		Årsrapporter fra de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene	Årlig

Rapporteringen sendes til postmottak@hod.dep.no med kopi til rapportering@hod.dep.no.

Oslo, 12. januar 2016



Bent Høie

Vedlegg 1 - Tildeling av midler

Helse Midt-Norge RHF skal i 2016 basere sin virksomhet på tildelte midler i tabell 3. Utbetalingsplan kommer i eget brev. Departementet forutsetter at Helse Midt-Norge RHF setter seg inn i Prop. 1 S (2015-2016), Prop. 1 S Tillegg 1 (2015-2016) om økt antall asylankomster og Stortingets budsjettvedtak. Det vises til helseforetaksloven § 45 samt Bevilgningsreglementet § 10, der departementet og Riksrevisjonen kan iverksette kontroll med at midlene nyttes etter forutsetningene.

Tabell 3. Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF fordelt på kapittel og post (i kroner)

Kap	Post	Betegnelse	Midler til Helse Midt-Norge RHF
732	70	Særskilte tilskudd (Omlegging av arbeidsgiveravgift)	28 257 000
	70	Særskilte tilskudd (Tilskudd til turnustjeneste)	6 400 000
	70	Særskilte tilskudd (Partikkelterapi)	4 075 000
	70	Særskilte tilskudd (Transport av psykisk syke)	4 080 000
	70	Særskilte tilskudd (Langvarig smerte)	16 300 000
	70	Særskilte tilskudd (Vedlikehold tiltakspakke)	42 500 000
	71	Kvalitetsbasert finansiering	104 500 000
	74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF	14 422 443 000
	76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	²
	77	Poliklinisk virksomhet mv., <i>overslagsbevilgning</i>	³
	78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester	112 456 680
	79	Raskere tilbake	83 900 000
734	71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	69 078 000 ⁴
	72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	3 000 000
770	21	Spesielle driftsutgifter (Forsøksordning tannhelsetjenester)	4 100 000

Departementet ber Helse Midt-Norge RHF forberede seg på følgende endringer i finansieringsordningene fra 2017. Det tas sikte på:

- innføring av øyeblikkelig hjelp døgn tilbud i kommunene for pasienter med rus- og/eller psykiske helseproblemer fra 2017.
- innføring av betalingsplikt for kommunene for pasienter med rus- og/eller psykiske helseproblemer tidligst fra 2017.
- å legge om refusjonssystemet for laboratorieundersøkelser fra 1. januar 2017.
- å inkludere poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling i ISF fra 1. januar 2017. Regjeringen vil ta stilling til saken når utredningen er gjennomført.

Kap. 732, post 74 Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF

Helse Midt-Norge RHF skal sette av minst 2 mill. kroner til forskning om samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Finansieringsansvaret for enkelte legemiddelgrupper overføres fra folketrygden fra 1. januar 2016, jf. Prop. 1 S (2015-2016). Helsedirektoratet får fullmakt til å fatte beslutning om hvem som skal finansiere nye legemidler som kommer på markedet innenfor legemiddelgruppene og som er alternativer til legemidler som allerede er finansiert av sykehusene. Folketrygden skal fortsatt dekke utgifter til medisinsk forbruksmaterieell for veksthormoner og blodkoagulasjonsfaktorer, dvs. at det skal skrives ut egne resepter på folketrygden for medisinsk forbruksmaterieell.

² Posten er forklart under tabellen

³ Posten er forklart under tabellen

⁴ Utbetales gjennom egne brev

Private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionalt helseforetak har anledning til å ta egenandel. Egenandelen i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner er 138 kroner per døgn. Egenandelen gjelder også for dagopphold.

Betalingssatsen for kommunene for utskrivningsklare pasienter er 4505 kroner i 2016.

Ressursrammen legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen (somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rehabilitering) på 2,5 pst.

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

Utbetaling over posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Enhetsprisen i 2016 er 42 081 kroner. I 2016 utgjør akontoutbetalingen 4 530,4 mill. kroner tilsvarende 215.318 DRG-poeng. Budsjettet legger til rette for et aktivitetsnivå i 2016 som ligger om lag 1,8 pst. over anslått nivå for 2015 basert på aktivitet per første tertial 2015. Som følge av fritt behandlingsvalg-reformen er systemet med konkrete styringsmål i antall DRG-poeng avvirket fra 2015. Dette legger til rette for at sykehusene kan møte økt konkurranse gjennom å øke aktiviteten der det er kapasitet og økonomi. Aktivitet utover budsjettet vil utløse 50 pst. ISF-refusjon.

Kap. 732 post 77 Poliklinisk virksomhet mv.

Utbetaling over posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Budsjettet legger til rette for en vekst på 9 pst. utover anslått nivå i 2015 basert på regnskapstall fra januar-mai 2015, og dette tilsvarer 609 mill. kroner. For å stimulere til økt effektivisering er refusjonstakstene for laboratorie- og radiologitjenester underregulert med 1 prosentpoeng.

Kap. 732, post 79 Raskere tilbake

Helse Midt-Norge RHF tildeles inntil 83,9 mill. kroner, herunder 4,3 mill. til de arbeidsmedisinske avdelingene. Reell aktivitet vil avgjøre endelige inntekter innenfor rammen. Departementet vil vurdere a konto-beløpets størrelse mot rapportert aktivitet. Ordningen skal i større grad rettes mot grupper som ofte er lenge sykmeldt, dvs. personer med muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser. Tilbudene bør være forskningsbaserte. Personer som gis tilbud skal med stor sannsynlighet komme raskere tilbake i arbeid. Tjenestene til brukerne bør derfor så langt det er mulig leveres i samarbeid med NAV, primærhelsetjenesten, samt arbeidsgiver og arbeidstaker. Det er viktig at det etableres systematisk samarbeid mellom helsetjenestene og Arbeids- og velferdsetaten i alle tilbud under Raskere tilbake og at det utvikles gode samarbeidsmodeller for å sikre helhetlige og koordinerte pasientforløp. Tiltakene skal evalueres for å sikre at resultatene er i tråd med intensjonene med ordningen.

Kap 734, post 72 Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus

Helse Midt-Norge tildeles 3 mill. kroner til pilotprosjekt om organisering av rettspsykiatri. Overordnet mål er å bedre domstolenes og politi/påtalemyndighetenes tilgang til sakkyndighet av høy kvalitet. Det vises til prosjektrapporten Rettspsykiatri – organisering, forskning, utdanning for beskrivelse av oppdraget.

Kap. 770, post 21 Forsøksordning tannhelsetjenester i tverrfaglig miljø

Helse Midt-Norge RHF tildeles 4,1 mill. kroner. Det vises til omtale av forsøket i Oppdragsdokument 2015.

Vedlegg 2 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

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

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

Kunnskapsdepartementet har tidligere fastsatt årlige aktivitetskrav for enkelte studier ved utdanningsinstitusjonene. Fra og med 2014 ble styringen av dimensjonering for enkelte utdanninger endret til kandidatmåltall. Nedenfor gjengis Kunnskapsdepartementets forslag til kandidatmåltall for 2016. Kandidatmåltallet for den enkelte institusjon er et minstekrav. Endelige tall vil foreligge i KDs tildelingsbrev/tilskuddsbrev for 2016 til utdanningsinstitusjonene og kan formidles fra institusjonene i de regionale samarbeidsorganene. Flere institusjoner slår seg sammen med virkning fra 1.1.2016. Flere av disse institusjonene vil være lokalisert i flere helseregioner. For utdanningene ved disse institusjonene må RHFene finne en hensiktsmessig fordeling av praksisplasser i samarbeid med institusjonene.

Høgskole Universitet	Helseregion	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIOK- sykeplei e	Jord- mor
		Syke- pleie	Radio- grafi	Bio- ingeniør	Fysio- terapi	Ergo- terapi	Verne- pleie		
NTNU	Helse Sør-Øst og Helse Midt- Norge	425	51	73	52	57	70	134	25
Hedmark	Helse Sør-Øst	164						23	
Lillehammer	Helse Sør-Øst						57		
Oslo/Akershus	Helse Sør-Øst	492	34	50	134	51	147	120	34
Østfold	Helse Sør-Øst	109		22			61	20	
Diakonova	Helse Sør-Øst	83						28	
Lovisenberg diak.	Helse Sør-Øst	151						48	
VID vitenskapelige høgskole	Helse Sør-Øst og Helse Vest	248				30	110	22	
Univ. i Agder	Helse Sør-Øst	203		20			35	25	
Høgskulen i Sørøst-Noreg	Helse Sør-Øst	336	20				45	51	20
Høgskolen i Bergen	Helse Vest	180	25	23	60	30	65	41	35
Sogn og Fjordane	Helse Vest	110					21	11*	
Univ. i Stavanger	Helse Vest	163						34	
Stord/Haugesu nd	Helse Vest	145						8*	
Molde	Helse Midt- Norge	79					38		
Høgskolen i Nord- Trøndelag	Helse Midt- Norge	169					30		
Universitetet i Nordland	Helse Nord	159						26	
Univ. i Tromsø	Helse Nord	261	24	20	25	20		50	20

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

Audiografutdanningen ved NTNU har kandidatmåltall 29.

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

Universitet	Medisin	Psykologi prof. utd.	Farmasi
Universitetet i Oslo	192	96	55
Universitetet i Bergen	156	80	25
NTNU	114	55	12
Universitet i Tromsø	84	31	25

TURNUSTJENESTE er for noen yrkesgrupper et vilkår for å få autorisasjon. Helsedirektoratet fastsetter hvor mange turnusplasser for leger og fysioterapeuter det skal legges til rette for og formidler dette i brev til hvert av RHFene. Turnustjenesten for leger ble endret med virkning fra 2013. Antallet turnusplasser for leger videreføres i 2016. Antallet turnusplasser for fysioterapeuter videreføres i tråd med økningen i 2013.

FORDELING AV NYE LEGESTILLINGER

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

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