



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.