



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

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

| | | |
|---|------------------|-------|
| HELSE  SØR-ØST RHF | | |
| - 1 JULI 2016 | | |
| SAK: 15/01147 | DOK 9 | |
| A-KODE 012 | SAKSBEH. EIER | KASS. |

Deres ref

Vår ref

Dato

16/4250-

30 06.2016

Oppdragsdokument 2016 - tilleggskokument etter Stortingets behandling av Prop. 122 S (2015-2016)

Vi viser til oppdragsdokument 2016 til de regionale helseforetakene 12. januar 2016. Som følge av blant annet Stortingets behandling av Prop. 122 S (2015-2016), jf. Innst. 400 S (2015-2016), sender departementet ut et tilleggskokument til oppdragsdokumentet 2016. Det vises også til utbetalingsbrev for august.

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Mål 2016:

- Hvert regionale helseforetak skal i 2016 lyse ut driftsavtaler for avtalespesialister, med sikte på at antall avtalte årsverk i 2017 blir større enn i 2016.

Andre oppgaver 2016:

- Departementet har i brev av 20. juni 2016 bedt Helsedirektoratet om å se på ulike problemstillinger innen registrering av ventetid i spesialisthelsetjenesten. Det vil blant annet være nødvendig med journalgjennomganger. De regionale helseforetakene skal bidra i arbeidet.
- I arbeidet for å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen, jf. oppdragsdokument 2016, gis det fra og med andre halvår 2016 særskilt styringsmessig prioritet til fagområdene ortopedi og psykisk helsevern.

Det skal etableres 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. Fra og med andre halvår 2016 skal følgende indikatorer inngå i

dette indikatorsettet, jf. leveranse av 1. juni 2016 fra regionale helseforetak for nærmere definisjoner: Nyhenviste (antall per 1 000 innbyggere og andel per enhet), henvisninger som ikke gis rett til helsehjelp (antall per 10 000 innbyggere og andel per enhet), polikliniske kontroller (antall per 1 000 innbyggere og andel per enhet, avgrenset i første omgang til ortopedisk fagområde), tentativ tid til kontakt (nyhenviste pasienter og pasienter i forløp der planlagt dato for kontakt er overskredet) og ambulant virksomhet (antall per 10 000 innbyggere og andel per enhet). Endelige definisjoner, og tall for fagområdene ortopedi og psykisk helsevern, skal rapporteres til departementet senest 15. oktober 2016 og gås gjennom på tertialoppfølgingsmøtet annet halvår 2016. Det skal videre vurderes hvordan styringsindikatorer kan understøtte eierstyring og ledelsesbeslutninger, samt bidra til å avdekke avvik og identifisere korrigerende tiltak.

I den styringsmessige oppfølgingen skal det benyttes systematiske sammenlikninger mellom sykehus av gjennomsnittlig liggetid og andel dagbehandling for utvalgte prosedyrer/pasientforløp. Utvalget av prosedyrer skal ikke avgrenses til de prioriterte fagområdene. Det skal legges vekt på å identifisere prosedyrer med betydelig volum og/eller betydelig ventetid som det samtidig er mulig å definere og rapportere på innen den aktuelle tidsfristen. For dagbehandling kan det bl.a. tas utgangspunkt i de ortopediske prosedyrene for dagkirurgi foreslått i leveransen av 1. juni. For gjennomsnittlig liggetid skal de regionale helseforetakene bl.a. vurdere de prosedyrene som helseforetakene i Helse Sør-Øst i dag måler gjennomsnittlig liggetid for i sin kvalitetsstyring. NPR skal sammenstille og publisere dataene for dagbehandling og gjennomsnittlig liggetid på prosedyrenivå basert på utvalget av og definisjoner av prosedyrer fastsett av de regionale helseforetakene. Disse sammenligningene skal rapporteres til departementet senest 15. oktober 2016 og gås gjennom på tertialoppfølgingsmøtet annet halvår 2016.

Indikatorsettet, antall fagområder og antall prosedyrer skal bygges ut fra og med 2017, jf. oppdrag med frist 1. november 2016 gitt i oppdragsdokument 2016. Som del av leveransen til 1. november skal de regionale helseforetakene oppsummere erfaringene fra prosjektet "*Global Comparator Program som nasjonalt pilotprosjekt*". De regionale helseforetakene skal i samråd med Helsedirektoratet gi en vurdering av evt. videreutvikling av dette prosjektet til en nasjonal løsning, evt. foreslå konkrete alternativer som kan sikre samme funksjonalitet på kort til mellomlang sikt.

Arbeidet for å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelse skal ses i sammenheng med og koordineres tett med oppdraget om å måle uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester for et utvalg av prosedyrer innen 1. november 2016. Det vises til at dette oppdraget ble gitt til de regionale helseforetakene under ledelse av Helse Nord i oppdragsdokument 2016.

2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Andre oppgaver 2016:

- RHF skal levere kort status for arbeidet med å etablere systemer som sikrer komplette og korrekte data om bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern til NPR. Komplette data om bruk av tvangsmidler for 2014 og 2015 skal være levert NPR innen 15. september.

3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Andre oppgaver 2016:

- Helsedirektoratet har fått i oppdrag å legge til rette for en nasjonal opplysningskampanje i 2016 for å lære befolkningen å identifisere symptomer på hjerneslag, jf. brev til Helsedirektoratet av juni 2016. Helsedirektoratet har startet en prosess som involverer brukere og tjenesten med sikte på en anbefaling om ett akronym eller symptombeskrivelse som kan ligge til grunn for en nasjonal kampanje. De regionale helseforetakene bes om å delta i arbeidet med å planlegge og rulle ut kampanjen.
- Departementet la 3. juni 2016 fram Meld. St. 34 (2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioritering. Basert på Stortingets behandling av meldingen vil departementet fastsette nye rammer for de regionale helseforetakenes beslutninger om innføring av nye metoder, samt sende på høring et forslag til reviderte forskrifter på legemiddelområdet. For å understøtte departementets arbeid ber vi om at Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, i samråd med de regionale helseforetakene, iverksetter:

- En utredning av hvordan de foreslåtte prinsippene for prioritering, herunder særlig forslagene knyttet til unntaksordning, skjønnsmessige vurderinger og alvorlighet, kan konkretiseres og operasjonaliseres. Utredningen skal ikke adressere spørsmålet om hvordan alvorlighet og skjønnsmessige vurderinger skal vektas inn i beslutningene om å finansiere nye legemidler og nye metoder.
- Et arbeid, basert på forslagene i meldingen, for å revidere Statens legemiddelverk og Folkehelseinstituttet sine veiledere for metodevurderinger og Helsedirektoratets veileder for økonomisk evaluering av helsetiltak.

Statens legemiddelverk skal lede arbeidet. Nærmere innretning og timeplan for utredningsarbeidet avklares nærmere med departementet innen 1. september 2016. Leveranser til departementet skal unntas offentlighet, jf. § 15 i offentlighetsloven.

Regionale helseforetak, i samråd med Statens legemiddelverk, bes med utgangspunkt i forslagene i Meld. St. 34 (2015-2016) om å iverksette et arbeid med sikte på å etablere en felles praksis for hvordan alvorlighet og skjønnsmessige vurderinger, herunder vurderinger knyttet til hhv. usikkerhet og budsjettvirkninger, skal vektas inn i beslutningene om å finansiere nye legemidler og nye metoder. Arbeidet må innrettes med forbehold om endringer i rammene for arbeidet som kan følge av Stortingets behandling av meldingen.

De regionale helseforetakene skal, sammen med Statens legemiddelverk, bistå Helsedirektoratet i utredningen knyttet til hhv. kriterier for fordeling av finansieringsansvar for legemidler mellom folketrygden og de regionale helseforetakene, system for avklaring av finansieringsansvar før legemidler får markedsføringstillatelse og en plan for ev. overføring av finansieringsansvaret for enkeltlegemidler eller grupper av legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene, jf. brev til direktoratet om dette i juni 2016.

4. Oppfølging og rapportering

Vi ber om rapportering på pkt. 1, 2 og 3 i Årlig melding 2016.

Vedlegg 1 – Tildeling av midler

Kap. 732, post 70

Vedlikeholdstiltak

Det tildeles et engangstilskudd på 50 mill. kroner til vedlikeholdstiltak i helseforetakene. Hensikten er å bidra til økt aktivitet i områdene på Sør- og Vestlandet der arbeidsledigheten har økt mest. Midlene foreslås fordelt med 7,5 mill. kroner til Helse Sør-Øst (for å treffe agderfylkene), 35 mill. kroner til Helse Vest og 7,5 mill. kroner til Helse Midt-Norge (for å treffe Møre og Romsdal). Midlene skal fordeles av de regionale helseforetakene etter individuell vurdering. Vedlikeholdstiltakene skal komme i tillegg til allerede planlagte vedlikeholdstiltak, og det skal rapporteres på sysselsettingseffekten.

Pilotprosjekt i Helse Nord – samhandling i den akuttmedisinske kjede

Det vises til Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019, jf. Innst. 206 S (2015-2016), vedrørende pilotprosjekter om samhandling innen den akuttmedisinske kjede. Ved Stortingets behandling av Prop. 122 S (2015-2016) ble det bevilget 2 mill. kroner til pilotprosjekter om samhandling innen den akuttmedisinske kjede; 1 mill. kroner til pilotprosjekt med Evenes luftambulansbase som mulig forankringspunkt og 1 mill. til pilotprosjekt forankret ved Valdres lokalmedisinske senter. Helse Nord skal etablere et pilotprosjekt som skal bidra til mer systematisk arbeid med prosedyrer, erfaringsutveksling, samhandling og kommunikasjon. Ambulanshelikopterbasene i Evenes og Tromsø skal omfattes av arbeidet. Det er ønskelig at praktisk trening i samhandling, evt. med simulering som verktøy, inngår i pilotprosjektet. Det vises for øvrig til brev til Helsedirektoratet (oppfølging av revidert nasjonalbudsjett - tillegg til bevilgning) vedrørende oppdrag om Valdres lokalmedisinske senter.

Kap. 732, postene 72-75 Økte pensjonskostnader

I Prop. 1 S (2015-2016) ble det lagt til grunn en pensjonskostnad på 18 650 mill. kroner. Oppdaterte beregninger fra pensjonsleverandørene innebærer et anslag for pensjonskostnaden på 14 100 mill. kroner. Den reduserte kostnaden skyldes hovedsakelig endringer i de økonomiske forutsetningene som ligger til grunn for beregningen av pensjonskostnaden. På denne bakgrunn reduseres basisbevilgningen til de regionale helseforetakene med 4 550 mill. kroner som følge av redusert pensjonskostnad. Dette innebærer følgende endringer:

Kap. 732, post 72 reduseres med 2 449 mill. kroner

Kap. 732, post 73 reduseres med 864 mill. kroner

Kap. 732, post 74 reduseres med 654 mill. kroner

Kap. 732, post 75 reduseres med 583 mill. kroner

De regionale helseforetakenes ramme for driftskreditt øker med 4 050 mill. kroner fra 1 846 mill. kroner til 5 896 mill. kroner ved utgangen av 2016. Endringen skyldes at pensjonskostnaden er nedjustert med 4 550 mill. kroner og at anslag for pensjonspremien er 500 mill. kroner lavere enn lagt til grunn i saldert budsjett 2016. Det vises til foretaksmøtet 22. juni 2016.

Departementet ber de regionale helseforetakene forberede seg på følgende, jf.

Kommuneproposisjonen 2017 (Prop. 123 S (2015-2016)):

- Som varslet i Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* vil regjeringen innføre kommunal plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold for mennesker med psykisk helse- og/ eller rusmiddelproblemer fra 2017. Rammene for innføringen av ordningen vil bli nærmere omtalt i statsbudsjettet for 2017, herunder beløp som skal overføres fra helseforetakene til kommunene og fordeling av midlene på kommunene.
- I *Fremtidens primærhelsetjeneste* ble det også varslet at regjeringen tar sikte på å innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB), tidligst fra 2017. Regjeringen vurderer at det fremdeles er for stor usikkerhet i datagrunnlaget til å kunne innføre ordningen uten betydelig risiko for tjenestetilbudet til brukere med omfattende og sammensatte behov. Regjeringen tar derfor initiativ til et samarbeid med KS med sikte på å innføre tydeligere krav til planlegging og samarbeid omkring utskrivningsklare pasienter fra 2017, både for å skape bedre pasientforløp og for å heve kvaliteten på dataene. Det er fremdeles et mål for regjeringen å innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og TSB så raskt som mulig, men en slik innføring vil tidligst kunne skje i 2018.

Med hilsen

Bent Høie

Kopi: Riksrevisjonen