

Protokoll fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF

Krav og rammer m.v. for 2017



Innholdsfortegnelse

Sak 1	Foretaksmøtet konstitueres	2
Sak 2	Dagsorden	2
Sak 3	Krav og rammer for 2017	2
3.1	Styring og oppfølging	2
3.2	Organisatoriske krav og rammer	4
3.2.1	Åpenhet og dialog i helseforetakene.....	4
3.2.2	Utvikling av heltidskultur.....	4
3.2.3	Vold og trusler mot helsepersonell	4
3.2.4	Samordning på tvers av regionene.....	5
3.2.5	Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen.....	5
3.2.6	Samordning på helseregisterfeltet	5
3.2.7	Samordning av framskrivninger	6
3.2.8	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	6
3.2.9	Beredskap og sikkerhet	7
3.2.10	Organisering av AMK-sentralene.....	8
3.2.11	Sivilt-militært samarbeid	8
3.3	Økonomiske krav og rammer.....	9
3.3.1	Økonomisk resultatkrav og endringer i driftskreditrammen	9
3.3.2	Investeringer og lån.....	9
3.3.3	Protonsenter	11
3.3.4	Ressursutnyttelse og kvalitet i tjenesten.....	11
Sak 4	Endringer i vedtektene.....	13

PROTOKOLL FRA FORETAKSMØTE I HELSE MIDT-NORGE RHF

Tirsdag 10. januar 2017 kl. 13.30 ble det avholdt felles foretaksmøte i de regionale helseforetakene i Auditoriet i R5, Akersgata 59, Oslo.

Dagsorden

Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres

Sak 2 Dagsorden

Sak 3 Krav og rammer for 2017

Sak 4 Endring i vedtektene

Fra Helse- og omsorgsdepartementet møte

Helse- og omsorgsminister Bent Høie

Fra styret møte

Styreleder Ola Strand

Brit Tove Welde

Tore Kristiansen

Liv Stette

Ivar Østrem

Randulf Søberg

Fra administrasjonen møte

Administrerende direktør Stig Slørdahl

Også til stede

Statssekretær Anne Grethe Erlandsen

Ekspedisjonssjef Målfrid Bjærum

Ekspedisjonssjef Cathrine Meland

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med lov om Riksrevisjonen § 13 og møte ved Frode Linna og Eivor Hovde Hoff.



Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres

Helse- og omsorgsminister Bent Høie ønsket, som øverste eiermyndighet og møteleder, velkommen. Han spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen er godkjent. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Styreleder Ola Strand og helse- og omsorgsminister Bent Høie ble valgt til å skrive under protokollen.

Sak 2 Dagsorden

Helse- og omsorgsminister Bent Høie spurte om det var merknader til dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden er godkjent.

Sak 3 Krav og rammer for 2017

3.1 Styring og oppfølging

Det ble vist til oppdragsdokumentet for 2017. Det ble lagt til grunn at foretakene iverksetter nødvendige tiltak for å innfri kravene i oppdragsdokumentet og foretaksmøtet, innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder for helseforetak.

I oppdragsdokumentet for 2017 framgår det at de regionale helseforetakene i 2017 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

Foretaksmøtet viste til foretaksmøte 4. mai 2016 hvor det ble lagt til grunn at alle helseforetak skal utarbeide utviklingsplaner som må ses samlet og sikre det totale helsetilbudet i regionen. Foretaksmøtet vektla tidligere føringer om betydningen av å sikre en god kommunikasjon med relevante aktører. Det skal foreligge en kommunikasjonsplan og arbeidet skal skje i tett dialog med kommunene og andre aktuelle aktører. Det er også behov for å se utviklingsplanene i en nasjonal sammenheng. Det er derfor viktig at alle regioner benytter felles metodikk for framskrivninger av kapasitetsbehov, jf. også punkt 3.2.7 om behovet for bedre samordning av framskrivninger og at framskrivningene har lik tidshorisont. Alle regioner skal innen 31. desember 2018 utarbeide utviklingsplaner i tråd med veilederen for utviklingsplaner med en tidshorisont fram mot 2035. Ved endring i akuttfunksjoner og andre vesentlige endringer i tjenestetilbudet skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring for å sikre at prosessen er gjennomført i henhold til veilederen.



Foretaksmøtet viste til at det er vedtatt en ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som trer i kraft fra 1. januar 2017. Forskriften erstatter forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Den nye forskriften er et sentralt virkemiddel som plasserer ansvar og beskriver helt grunnleggende krav som virksomheter i helsetjenesten må styre etter for å gi forsvarlige og gode helsetjenester, og for å forbedre tjenester som ikke er gode nok.

Foretaksmøtet viste til at samarbeid og innovasjon er helt nødvendig for å sikre utvikling av IKT-løsninger for spesialisthelsetjenesten og helsesektoren samlet sett. Formålet er å sikre mer effektiv bruk av ressursene, bedre kvalitet på helsetjenesten og bedre informasjon til pasienter og pårørende. Teknologi gir muligheter for nye arbeidsprosesser og bedre involvering av pasientene. Investering i og innføring av nye digitale tjenester er nødvendig for å realisere pasientens helsetjeneste. Foretaksmøtet viste til at det stilles en rekke krav til videre utvikling innenfor e-helseområdet i dette foretaksmøtet.

Det fremgår av Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap* at regjeringen forventer at selskaper med statlig eierandel arbeider systematisk med sitt samfunnsansvar og er ledende på sine områder. Regjeringen har både generelle og mer spesifikke forventninger til selskapene på samfunnsansvarsområdet. De spesifikke forventningene er knyttet til fire tematiske kjerneområder: klima og miljø, menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter og antikorrupsjon. Det er selskapenes styrer som har ansvaret for å vurdere hvordan forventningene fra staten som eier best kan følges opp, og for at disse operasjonaliseres på en hensiktsmessig måte. Gjennom krav stilt i tidligere foretaksmøter er de regionale helseforetakene bedt om å sikre en helhetlig tilnærming i sitt arbeid for å følge opp blant annet de nasjonale miljø- og klimamålene. På bakgrunn av dette har arbeidet med miljø- og klimatiltak de siste årene vært organisert som et samarbeidsprosjekt mellom de regionale helseforetakene under ledelse av Helse Vest RHF (*Grønt sykehus*). Når prosjektperioden nå er avsluttet er det viktig å bygge videre på det gode arbeidet som er gjort, og å sikre en videreføring av den kompetansen som er opparbeidet. Det er en målsetning at det øvrige arbeidet med samfunnsansvar også har en helhetlig tilnærming, og at man sikrer samordning og likhet i arbeid og rapportering, både på tvers av regioner og mellom de ulike felleseide foretakene.

Foretaksmøtet viste til de regionale helseforetakenes felles delrapport om legemidler og miljø fra 2015 som inngikk i det nasjonale prosjektarbeidet *Miljø- og klimatiltak i spesialisthelsetjenesten (Grønt sykehus)*. Rapporten peker på at det i forbindelse med produksjon i farmasøytisk industri skjer lokale utslipp til omgivelsene av virkestoffer som bidrar negativt i forhold til utvikling av antibiotikaresistens. Dette gjelder særlig i India og Kina. Foretaksmøtet viste til at de regionale helseforetakene bør innhente kunnskap fra det pågående arbeidet i Sverige med å utvikle og sette etiske krav knyttet til innkjøp av legemidler for å motvirke slike skadelige utslipp. Formålet er å utvikle nasjonale systemer for vurdering og oppfølging av krav til etikk og miljø i anskaffelser av legemidler, som sikrer at kravene blir ivarettatt i hele leverandørkjeden.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene:

- utarbeide utviklingsplaner innen 31. desember 2018, slik at det foreligger samlede regionale planer som grunnlag for neste nasjonale helse- og sykehusplan.

- etablere et samarbeidsutvalg for miljø- og klimatiltak med representanter fra alle fire regioner, samt Sykehusbygg HF og Sykehusinnkjøp HF. Arbeidet må organiseres slik at man får et hensiktsmessig samarbeid med vernetjeneste og tillitsvalgte.
- finne et hensiktsmessig felles format for dokumentasjon og rapportering av spesialisthelsetjenestens arbeid med samfunnsansvar.
- utvikle nasjonale systemer for vurdering og oppfølging av krav til etikk og miljø i anskaffelser av legemidler, som sikrer at kravene blir ivaretatt i hele leverandørkjeden.

3.2 Organisatoriske krav og rammer

3.2.1 Åpenhet og dialog i helseforetakene

Foretaksmøtet viste til at det skal legges vekt på et velfungerende arbeidsliv som er preget av åpenhet, kvalitet, trygghet og respekt. Dette innebærer en god meldekultur som bidrar til utvikling og læring. I arbeidet med å bedre forholdet mellom ledelse og ansatte er det viktig å samarbeide og lære av hverandre, både internt i helseregionene og mellom regionene. Foretaksmøtet viste til tidligere krav om å videreføre arbeidet med å bedre pasientsikkerheten og se dette i sammenheng med helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- samarbeide om å øke kunnskapsgrunnlaget, analysere årsaksforhold, utvikle strategier og tiltak, og utvikle felles indikatorer for å måle forbedringer i forholdet mellom ledelse og ansatte.

3.2.2 Utvikling av heltidskultur

Foretaksmøtet viste til tidligere krav og det gode arbeidet som har pågått over flere år med å etablere en heltidskultur i helseforetakene og å redusere bruken av deltid.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- motivere og tilrettelegge for at ansatte velger høyere stillingsprosent og helst 100 pst. stilling i samarbeid med organisasjonene, tillitsvalgte og utdanningssektoren.
- sikre at helseforetakene i større grad enn nå tilbyr nyutdannet helsepersonell hele faste stillinger.

3.2.3 Vold og trusler mot helsepersonell

Foretaksmøtet viste til flere hendelser der helsepersonell har vært utsatt for vold og trusler. Dette har tydeliggjort behov for bevissthet rundt omfang av vold og trusler mot helsepersonell, og om hvordan dette håndteres. Foretaksmøtet viste videre til at Helsedirektoratet har fått i oppdrag å samarbeide med de regionale helseforetakene om å kartlegge omfanget av vold og trusler mot helsepersonell og medpasienter, og hvordan helsetjenestens arbeidsgivere ivaretar forebygging og beredskap for å håndtere vold og trusler som del av HMS-arbeidet.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- bidra i Helsedirektoratets kartlegging av omfanget av vold og trusler mot helsepersonell og medpasienter, og av hvordan helsetjenestens arbeidsgivere ivaretar beredskap for forebygging og håndtering av vold og trusler som del av HMS-arbeidet.
- samarbeide med tillitsvalgte og vernetjenesten i arbeidet med å utvikle tiltak for å forebygge og ivareta beredskap for håndtering av vold og trusler.

- samarbeide med de andre regionale helseforetakene om å øke kunnskapsgrunnlaget på området og utvikle felles indikatorer for registrering, rapportering og oppfølging. Helse Vest RHF bes lede dette arbeidet.

3.2.4 Samordning på tvers av regionene

Det er etablert flere felleseide nasjonale foretak de senere årene for å sikre felles løsninger for hele spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene vedtok høsten 2015 prinsipper for styring av felleseide selskaper.

Nasjonal IKT HF skal sikre strategisk samarbeid på IKT-området og koordinere tiltak med andre aktører i helsetjenesten, og har lagt en strategi frem mot 2019 for samhandling og standardisering på tvers av de fire regionale helseforetakene. Det ble vist til at det er stilt krav om at Sykehusbygg skal benyttes i alle byggeprosjekter over 500 mill. kroner. Sykehusinnkjøp HF, som ble etablert i 2016, skal sørge for at anskaffelser til helseforetakene skjer på korrekt og samfunnsansvarlig måte, være en pådriver for etisk handel og miljøvennlige innkjøp og tilrettelegge for bruk av nye innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten.

De regionale helseforetakene må sørge for at de felleseide foretakene har rammebetingelser som sikrer drift i tråd med foretaksmøtets mål og krav. Det skal ved behov rapporteres på status for felleseide foretak i oppfølgingsmøter med departementet. Dette gjelder blant annet når det fattes beslutninger som har betydning for nasjonal samordning og nasjonale målsetninger, og ved eventuelle uenigheter av betydning for gjennomføring av samordnende tiltak.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- sikre at de felleseide nasjonale foretakene har rammebetingelser som sikrer en utvikling i tråd med fastlagte mål og strategier.
- rapportere ved behov på status for felleseide foretak i oppfølgingsmøter med departementet.

3.2.5 Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen

Foretaksmøtet viste til tidligere føringer om oppfølging av Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste*. Regjeringen varslet i meldingen at den vil legge bedre til rette for regelmessig faglig dialog mellom kollegaer i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide forslag til et nasjonalt program og opplegg for gjennomføring av kollegagrupper mellom leger i spesialisthelsetjenesten og leger/medlemmer i primærhelseteam i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- samarbeide med Helsedirektoratet om utvikling av en nasjonal modell for styrket faglig dialog mellom leger i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten innenfor helseforetaksområdene (kollegagrupper). Det bes om at Helse Sør-Øst RHF tar et særskilt ansvar for å gjennomføre en pilot.

3.2.6 Samordning på helseregisterfeltet

Foretaksmøtet viste til *Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010–2020* (helseregisterstrategien). Departementet har i 2016 gjennomført en intern evaluering av helseregisterstrategien som grunnlag for å styrke

gjennomføringsevnen på helseregisterfeltet. Direktoratet for e-helse skal som oppfølging av evalueringen etablere et program for utvikling av fellesløsninger for registrene. Det skal etableres en styringsgruppe for programmet ledet av Direktoratet for e-helse med representanter fra Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene og med representasjon fra kommunesektoren. Styringsgruppen skal forelegge saker av strategisk betydning for avklaring i Nasjonalt e-helsestyre. Arbeidsutvalget, som er etablert i tilknytning til helseregisterprosjektet, videreføres som arena for samarbeid mellom helseregistermiljøene. De regionale helseforetakene skal delta i den nasjonale styringsmodellen for e-helse (Nufa, Nuit og Nasjonalt e-helsestyre).

Foretaksmøtet viste til at arbeidet med medisinske kvalitetsregistre skal følges opp i tråd med helseregisterstrategien. Målet for 2017 er å bedre dekningsgraden i de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene og knytte utviklingen av disse tettere opp mot journalsystemene gjennom IKT-strategiene i de regionale helseforetakene.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- delta i styringsgruppen for program for utvikling av fellesløsninger for helseregistrene og på registerområdet i den nasjonale styringsmodellen for e-helse.
- sikre en styringsmodell på tvers av de regionale helseforetakene som gir fremdrift i kvalitetsregisterarbeidet og utvikling av medisinske kvalitetsregistre i tråd med nasjonale føringer.
- sikre at utviklingen av medisinske kvalitetsregistre knyttes tettere opp mot journalsystemene gjennom IKT-strategiene i de regionale helseforetakene.
- legge til rette for en samlet drift av de medisinske kvalitetsregistrene hos Norsk Helsenett SF.

3.2.7 Samordning av framskrivninger

Forutsetninger som ligger til grunn for framskrivninger av kapasitetsbehov bør samordnes i større grad enn i dag. Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, om å redegjøre for Helse- og omsorgsdepartementet om hvordan slik samordning kan sikres. Det skal videre beskrives hvilke forutsetninger/anslag som legges til grunn for sentrale variabler ved framskrivninger av kapasitetsbehov. Relevante variabler er demografi og sykdomsutvikling, oppgavedeling mellom spesialist- og primærhelsetjeneste, endrede driftsmodeller knyttet til nye behandlingsformer, medisinsk teknisk utvikling, nye teknologiske løsninger osv. Rammene som følger av veileder for utviklingsplaner skal legges til grunn. De regionale helseforetakene skal legge fram en redegjørelse for departementet innen 1. november 2017.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- sikre samordning av framskrivninger av kapasitetsbehov. Det skal redegjøres for arbeidet innen 1. november 2017.

3.2.8 Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)

Det ble vist til foretaksmøte 22. juni 2016 og føringene som ble gitt der om Helseplattformen og det nasjonale arbeidet med én innbygger – én journal. Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å delta i arbeidet med de nasjonale oppgavene og behov som kommer fra Helseplattformen og det nasjonale prosjektet som ledes av Direktoratet for e-helse. Kommunal deltakelse er en forutsetning for at Helseplattformen er å anse som et regionalt utprøvningsprosjekt for det nasjonale målet knyttet til én innbygger – én journal.

Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF har sammenfallende strategier for videreutviklingen av elektronisk pasientjournalssystem (EPJ) og det er viktig at de regionale helseforetakene legger til rette for en koordinert utvikling.

De regionale helseforetakene gjennomfører viktige oppgaver innenfor modernisering og konsolidering av egen IKT-portefølje. De regionale helseforetakene skal etablere samarbeid innenfor utvikling av tjenester og løsninger som har nasjonal betydning og overføringsverdi. Den nasjonale styringsmodellen skal bidra til en mer effektiv bruk av sektorens samlede ressurser, og de regionale helseforetakene må samordne sin deltakelse inn mot nasjonale prosjekter i regi av sentral helseforvaltning, spesielt Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Folkehelseinstituttet og Statens legemiddelverk.

På enkelte områder er det fortsatt gjenstående arbeid med å ta i bruk eksisterende teknologi. Unødvendige manuelle og papirbaserte prosesser for samhandling mellom helseforetak i og utenfor egen region og med de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal avvikles.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- delta i det nasjonale arbeidet med én innbygger – en journal i regi av Direktoratet for e-helse, bistå Helse Midt-Norge RHF i arbeidet med Helseplattformen, samt delta i arbeidet med nasjonal porteføljestyring som forvaltes av Direktoratet for e-helse.
- bidra i arbeidet med å utvikle samordnet og kvalitetssikret informasjon til innbyggerne og etablere digitale innbyggertjenester på den nasjonale helseportalen www.helsenorge.no.
- rapportere innen 1. mai 2017 på status for innføring og bruk av eksisterende tekniske løsninger for meldingsutveksling og samhandling. Rapporteringen skal omfatte løsninger mellom helseforetak i og utenfor egen region, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og for kjernejournal og e-resept. Rapporteringen skal inkludere en oversikt over områder hvor det fortsatt brukes papirbaserte rutiner.
- bidra i arbeidet med program for felles infrastruktur, sektorens mottaksprosjekt for modernisert Folkeregister og program for kodeverk og terminologi som ledes av Direktoratet for e-helse.
- utarbeide en felles plan for utvikling av nye tjenester og løsninger som er av nasjonal betydning og som har overføringsverdi mellom de regionale helseforetakene. Planen skal ferdigstilles innen 1. oktober 2017.

Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF om å:

- sørge for en felles plan og koordinert utvikling av elektronisk pasientjournal (EPJ) og pasientadministrative system (PAS), blant annet for å danne grunnlag for felles realisering av én innbygger – én journal. Planen skal ferdigstilles innen 1. oktober 2017.

Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å:

- sikre kommunal deltakelse i anskaffelsesdialogen til Helseplattformen.

3.2.9 Beredskap og sikkerhet

Foretaksmøtet viste til *Nasjonal helseberedskapsplan*. Helsedirektoratet har, delegert fra departementet, ansvar for nasjonal koordinering av helse- og omsorgssektorens innsats og iverksetter nødvendige tiltak når en krisesituasjon truer eller har inntruffet.

Det ble vist til Helsedirektoratets rapport *Erfaringsgjennomgang av norsk ebolahåndtering* (november 2015), samt Helsedirektoratets forslag til *Nasjonal plan mot alvorlige smittsomme*

sykdommer, Nasjonal beredskapsplan mot koppper (juni 2015) og Nasjonal strategi for CBRNE beredskap 2016–2020 (oktober 2016).

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- i samarbeid, og ved bruk av CBRNE-senteret, etablere beredskap for ambulansetransport og spesialisthelsetjenestens håndtering ved utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer.
- ved bruk av CBRNE-senteret, i samarbeid med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Forsvaret, utvikle nasjonale løsninger for medisinsk evakuering med fly og helikopter.

Veileder for helsetjenestens organisering på skadested

Veilederen ble ferdigstilt i desember 2016 og er det siste av en rekke oppfølgingstiltak etter hendelsene 22. juli 2011. Helsedirektoratet vil utarbeide en plan for implementering etter mal fra implementeringen av Nødnett og PLIVO.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- implementere Helsedirektoratets *Veileder for helsetjenestens organisering på skadested*.

Informasjonssikkerhet

Innbyggerne skal ha tillit til at opplysninger blir behandlet og lagret på en trygg og sikker måte. Personvern og informasjonssikkerhet skal være en integrert del av foretakenes håndtering av helseopplysninger. EUs personvernforordning innføres i 2018. Foretakene skal holde seg orientert om arbeidet med forordningen og gjøre nødvendige forberedelser for innføringen.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- sørge for tilfredsstillende informasjonssikkerhet med utgangspunkt i vurdering av risiko og sårbarhet, og oppfølging gjennom internkontroll.

3.2.10 Organisering av AMK-sentralene

Foretaksmøtet viste til rapporten *Sentrale elementer vedrørende AMK-sentralene*. Utredningen anbefaler at koordinering av ambulanshelikoptertjenesten og flight following av ambulanshelikopteroppdrag utføres fra én AMK-sentral i hver region.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- følge opp anbefalingen om at koordineringen av ambulanshelikoptertjenesten og flight following av ambulanshelikopteroppdrag utføres fra én AMK-sentral i hver region.

3.2.11 Sivilt-militært samarbeid

Foretaksmøtet viste til at spesialisthelsetjenesten er en viktig aktør i det sivilt-militære samarbeidet i Norge. De regionale helseforetakene må i samarbeid med Forsvaret revidere og harmonisere Sivilt beredskapssystem (SBS) og Beredskapssystem for Forsvaret (BFF). Planverkene skal testes ut i NATO-øvelsen i 2018 hvor Norge er vertskapsnasjon.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- bidra i arbeidet med revideringen og harmoniseringen av Sivilt beredskapssystem (SBS) og Beredskapssystemet for Forsvaret (BFF).
- i samarbeid utvikle eget beredskapsplanverk i tråd med gradert Sivilt beredskapssystem (SBS) herunder hvordan man omgjør gradert planverk på regionalt nivå til ugradert planverk i helseforetakene.

- delta i planleggingen og gjennomføringen av NATO-øvelsen Trident Juncture som skal gjennomføres i Norge i 2018.

3.3 Økonomiske krav og rammer

3.3.1 Økonomisk resultatkrav og endringer i driftskredittrammen

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. De regionale helseforetakene skal innrette virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av Prop. 1 S (2016–2017), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2017, slik at sørge-for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

Avbyråkratisering- og effektiviseringsreformen utgjør 0,8 pst i 2017, tilsvarende 1 127 mill. kroner i effektiviseringskrav for de regionale helseforetakene. For at reformen i minst mulig grad skal påvirke mulighetene til å investere i nytt utstyr og bygg i 2017 er 535 mill. kroner tilbakeført i basisbevilgningen, slik at nettoeffekten utgjør 592 mill. kroner.

Det innføres fra 1. januar 2017 en ordning med nøytral merverdiavgift i helseforetakene.

Som en del av regjeringens tiltakspakke mot ledighet, tildeles det et ettårig tilskudd på 100 mill. kroner til vedlikeholdstiltak til helseforetak i områder der arbeidsledigheten har økt mest. Midlene skal fordeles av de regionale helseforetakene etter en individuell vurdering. Det skal rapporteres på sysselsettingseffekten. Vedlikeholdstiltakene skal komme i tillegg til allerede planlagte vedlikeholdstiltak. Helse Sør-Øst får 15 mill. kroner (for å treffe Agderfylkene), Helse Vest får 70 mill. kroner og Helse Midt-Norge får 15 mill. kroner (for å treffe Møre og Romsdal).

Endringer i driftskredittrammen

Hensyntatt endringer i Prop. 26 (2016–2017) er samlet ramme for driftskreditt ved inngangen til 2017 på 5 996 mill. kroner. I Prop. 1 S (2016–2017) er det lagt til grunn en pensjonskostnad på 13 700 mill. kroner og en pensjonspremie på 13 630 mill. kroner. Det er lagt til grunn at helseforetakene skal benytte premiefond for å betale 5 100 mill. kroner av pensjonspremien. Driftskredittrammen reduseres totalt med 5 170 mill. kroner fra 5 996 mill. kroner til 826 mill. kroner ved utgangen av 2017. Reduksjon av driftskredittrammen vil foretas månedlig med 1/6 fra og med juli 2017 og ut året.

Helse Midt-Norge RHF sin andel av justeringen utgjør 742 mill. kroner. Helse Midt-Norge RHF vil derfor få sin driftskredittramme justert tilsvarende, fra 858 mill. kroner til 116 mill. kroner ved utgangen av 2017.

Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene:

- skal drive sin virksomhet innenfor gjeldende driftskredittrammer, samt innretter virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av Prop. 1 S (2016–2017), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2017, slik at sørge-for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

3.3.2 Investeringer og lån

Foretaksmøtet viste til at styringssystemet for investeringer innebærer at helseforetakene ikke har en generell foreleggelsesplikt for enkeltprosjekter. Som en del av styringsdialogen er det lagt til grunn at investeringsplaner skal inngå som en del av plandelen i årlig melding, samt i

rapporteringen på økonomisk langtidsplan. Videre skal departementet ved store prosjekter, med forventede prosjektkostnader over 500 mill. kroner, få forelagt konseptrapport sammen med de regionale helseforetakenes vurdering og ekstern kvalitetssikring. Dette danner også grunnlag for vurdering av lån og lånerammer til prosjektet. For prosjekter over 500 mill. kroner kan det søkes om opptil 70 pst. låneandel av kostnadsramme p85.

Foretaksmøtet viste til at styring og kvalitetssikring av investeringsprosjekter i helseforetakene skjer gjennom kvalitetssikring fram til vedtak om igangsetting og kvalitetssikring og styring av prosjekter under gjennomføring. Som en del av kvalitetssikringen skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring av prosjektene i konseptfasen.

Det etablerte kvalitetssikringsopplegget skal sikre at det er det riktige prosjektet som planlegges for gjennomføring og er knyttet opp til tre faser for prosjektforberedelser: idésøk, konseptutvikling og forprosjekt. Hver av fasene avsluttes med et beslutningspunkt for eventuell videreføring eller endring av prosjektet.

Foretaksmøtet viste til at det er gitt føringer om at alle helseforetak nå skal utarbeide utviklingsplaner i tråd med ny veileder. Utviklingsplanene må sees som en del av de regionale helseforetakenes samlede planansvar og skal danne grunnlaget for å velge utviklingsretning for virksomheten og for å prioritere nødvendige tiltak. Langsiktige satsinger som krever investeringer må innarbeides og prioriteres gjennom økonomisk langtidsplan. Konseptutvikling i prosjekter må ikke igangsettes uten at investeringene kan skje innenfor de regionale foretakenes bæreevne og at det foreligger økonomiske rammer for prosjektene. I tråd med dette, og som en tilpasning til *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*, ba foretaksmøtet om at veilederen *Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter* revideres, slik at innhold og leveranser i de ulike faser avspeiler riktig behov for beslutningsunderlag.

Foretaksmøtet viste til at det er gitt føringer om at Sykehusbygg skal benyttes for større investeringsprosjekter. En av hovedhensiktene med etablering av Sykehusbygg er erfaringsoverføring mellom prosjekter. Sykehusbygg har utarbeidet en standardromskatalog som skal benyttes. For å kunne sikre en framtidig relevant standardromskatalog som gir gode og effektive løsninger må helseforetakene bidra med evaluering av nye prosjekter.

De regionale helseforetakenes vedtekter åpner for at det kan inngås finansielle leieavtaler, og at avtaler over 100 mill. kroner skal forelegges departementet. Det er nå besluttet at modellen for OPS-prosjekter i staten også skal gjelde som utgangspunkt for sykehussektoren. Dette innebærer at helseforetakenes OPS-prosjekter skal gjøres til gjenstand for reell helhetlig prioritering på statsbudsjettet på lik linje med prosjekter som gjennomføres med tradisjonelle kontrakter, og hvor det søkes om lån til gjennomføring. Dette innebærer at for alle OPS-prosjekter skal avtalen inkludert vurderinger av prosjektets økonomiske bærekraft, oversendes departementet. Etter framleggelse i budsjettproposisjon godkjennes OPS-avtalen i foretaksmøte. Dersom det gis investeringslån til OPS-prosjekter, skal det ikke beregnes renter på midlene som står på konto i Norges Bank og venter på utbetaling til OPS-leverandøren. De regionale helseforetakenes vedtekter endres i tråd med dette, jf. sak 4.

Lån til investeringer i helseforetakene kan bare tas opp gjennom låneordningen som administreres av Helse- og omsorgsdepartementet. For 2017 er det bevilget totalt 1 566,9 mill. kroner i lån til investeringsformål til de regionale helseforetakene.

- legge til rette for at lederopplæringene som tilbys i ulike deler av tjenesten gir ledere en klar forståelse av deres ansvar for å innrette sin virksomhet i tråd med prinsippene for prioritering.

Økt innovasjonseffekt av offentlige anskaffelser

Innovative anskaffelser er et hovedverktøy for innovasjon og et viktig virkemiddel for å utvikle nye og bedre tjenester i dialog mellom pasienter, fagmiljøer og næringslivet. Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å bidra til økt bruk av denne anskaffelsesformen. De regionale helseforetakene bør sikre at Sykehusinnkjøp HF i tråd med sin stiftelsesprotokoll § 5 gjøres i stand til å fremme innovasjon og legge til rette for bruk av nye innovative løsninger.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- sikre at Sykehusinnkjøp HF gjøres i stand til å fremme innovasjon og legge til rette for bruk av nye innovative løsninger.

Overgang til faglig likeverdige legemidler

Det vises til Meld. St. 28 (2014–2015) *Legemiddelmeldingen - Riktig bruk - bedre helse* og Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering*. Det er et betydelig potensial for bruk av rimeligere, men faglig likeverdige legemidler i spesialisthelsetjenesten, med sikte på at ressurser kan frigjøres til annen/mer pasientbehandling. Et slikt arbeid må hensynta anbefalinger fra Legemiddelsamarbeidet sine fagråd, faglige retningslinjer, budsjettprosesser på ulike nivå, oppfølgingssystemet mellom regionale helseforetak og helseforetak, samt systemer for monitorering av bruk og kostnader knyttet til faglige likeverdige legemidler. Det legges til grunn at Sykehusinnkjøp HF involveres i arbeidet og at de regionale helseforetakene konsulterer Statens legemiddelverk, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet i arbeidet.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- arbeide for overgang til rimeligere legemidler. Foretaksmøtet ba om at det innen 1. juni 2017 legges fram forslag for Helse- og omsorgsdepartementet til konkrete tiltak for hvordan helseforetakene kan stimuleres til overgang til rimeligere men faglig likeverdige legemidler.

Avtalespesialistordningen

Foretaksmøtet viste til at det er inngått ny rammeavtale for avtalespesialister fra 1. januar 2016 mellom de regionale helseforetakene og profesjonsforeningene, og at det skal inngås samarbeidsavtaler mellom sykehusene og avtalespesialistene. Foretaksmøtet viste videre til at det i løpet av 2017 skal startes et forsøksprosjekt der avtalespesialister skal vurdere og tildele pasientrettigheter.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- inngå flere driftsavtaler med avtalespesialister, slik at antall avtalte årsverk i hver region i 2017 blir vesentlig høyere enn i 2016. De regionale helseforetakene skal innenfor rammen av ny rammeavtale gjennomføre tiltak for å bedre samhandlingen mellom offentlige sykehus og avtalespesialister.

Foretaksmøtet vedtok:

Krav og rammer legges til grunn for styrets arbeid i 2017.

Sak 4 Endringer i vedtektene

I henhold til helseforetaksloven § 12 og vedtektene § 19 skal endringer i vedtektene fastsettes av foretaksmøtet.

Det gjøres et tillegg i vedtektene §12 Låneopptak slik at det framgår at alle OPS-avtaler må forelegges foretaksmøtet og innpasses statens rammeverk for OPS-prosjekter.

§ 12 Låneopptak endres fra:

"Helse Midt-Norge RHF kan kun ta opp lån gjennom statlige lånebevilgninger. Helse Midt-Norge RHF gis anledning til å inngå finansielle leieavtaler med en kontraktsverdi på inntil 100 mill. kroner pr. avtale. Finansielle leieavtaler utover dette beløpet må forelegges foretaksmøtet.

Helse Midt-Norge RHF's låneopptak til investeringsformål foretas innenfor de prosedyrene og reglene som er gitt i "Instruks for lån knyttet til investeringer for de regionale helseforetakene" av 26. februar 2003 med senere endringer."

Til ny § 12 Låneopptak:

"Helse Midt-Norge RHF kan kun ta opp lån gjennom statlige lånebevilgninger. Helse Midt-Norge RHF gis anledning til å inngå finansielle leieavtaler med en kontraktsverdi på inntil 100 mill. kroner pr. avtale. Finansielle leieavtaler utover dette beløpet må forelegges foretaksmøtet.

Alle OPS-avtaler må forelegges foretaksmøtet og innpasses statens rammeverk for OPS-prosjekter.

Helse Midt-Norge RHF's låneopptak til investeringsformål foretas innenfor de prosedyrene og reglene som er gitt i "Instruks for lån knyttet til investeringer for de regionale helseforetakene" av 26. februar 2003 med senere endringer."

Foretaksmøtet vedtok:

Vedtektene § 12 for Helse Midt-Norge RHF endres, jf. framlagte forslag.

Protokolltilførsel fra Svein Øverland (Helse Sør-Øst RHF), Kari B. Sandnes (Helse Nord RHF), Ivar Østrem (Helse Midt-Norge RHF) og Bente Pilskog (Helse Vest RHF):

"Ad OPS: Det vises til svært dyrekjøpte erfaringer ved bruk av OPS i engelsk helsevesen."

Møtet ble hevet kl. 14.00.

Oslo, 10. januar 2017



Bent Høie



Ola Strand