

Protokoll fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF

Krav og rammer m.v. for 2016



Innholdsfortegnelse

Sak 1	Foretaksmøtet konstitueres	2
Sak 2	Dagsorden	2
Sak 3	Krav og rammer for 2016	2
3.1	Styring og oppfølging	2
3.2	Organisatoriske krav og rammer	4
3.2.1	Bemanning	4
3.2.2	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	4
3.2.3	Beredskap	5
3.2.4	Etablering av ungdomsråd	5
3.2.5	Avtalespesialistordningen	5
3.2.6	Rammevilkår for ideelle leverandører av spesialisthelsetjenester	6
3.2.7	Deltakelse i utviklingsarbeid	6
3.2.8	Fritt behandlingsvalg	6
3.3	Økonomiske krav og rammer	6
3.3.1	Økonomisk resultatkrav og endringer i driftskreditrammen	6
3.3.2	Investeringer og lån	7
3.3.3	Måling av kostnad pr. pasient	8
3.3.4	Nøytral merverdiavgift for helseforetakene	8

PROTOKOLL FRA FORETAKSMØTE I HELSE MIDT-NORGE RHF

Tirsdag 12. januar 2016 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 2016

Fra Helse- og omsorgsdepartementet møte

Helse- og omsorgsminister Bent Høie

Fra styret møte

Styreleder Ola Strand

Nestleder Paul Steinar Valle

Brit Tove Welde

Tore Kristiansen

Vigdis Harsvik

Liv Stette

Ellen Wøhni

Ivar Østrem

Randulf Søberg

Fra administrasjonen møte

Administrerende direktør Stig Slørdahl

Også til stede

Statssekretær Anne Grethe Erlandsen

Politisk rådgiver Fredrik Wang Gierløff

Ekspedisjonssjef Frode Myrvold

Fung. ekspedisjonssjef Cathrine Dammen

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med lov om Riksrevisjonen § 13 og møte ved Agnes Aaby Hirsch 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 2016**3.1 Styring og oppfølging**

Det ble vist til oppdragsdokumentet for 2016. 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 2016 framgår det at de regionale helseforetakene i 2016 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

Foretakene skal forholde seg til krav og føringer som følger av regjeringens eierskapspolitikk (jf. Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*). Foretakene skal føre en ansvarlig arbeidsgiverpolitikk som også bidrar til å sikre tilgang på helsepersonell i framtiden og forsikre seg om at ansatte hos leverandører, også i andre land, har forsvarlige vilkår. Videre skal foretakene være i fremste rekke når det gjelder arbeidet med klima- og miljøtiltak.

Forslagene som er lagt fram i Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* vil få stor innvirkning på helseforetakene. Stortinget skal behandle meldingen våren 2016. Styrene i de regionale helseforetakene må gjøre seg kjent med innholdet og starte arbeidet med å forberede virksomhetene på forslagene som ligger i Nasjonal helse- og sykehusplan for eksempel gjennom datainnhenting og forberedende dialog med kommunene.

Nasjonal helse- og sykehusplan beskriver en framtidsrettet spesialisthelsetjeneste som stiller nye krav til ledelse. Pasientenes helsetjeneste fordrer ledelse som ivaretar helhetlige

pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjenesten, og som har stor oppmerksomhet på kvalitet, pasientsikkerhet, kontinuerlig forbedring og innovasjon. Foretaksmøtet la til grunn at ny nasjonal bemanningsmodell som er utviklet av de regionale helseforetakene tas i bruk for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov lokalt og regionalt. Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene legger til rette for samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester om ledelse og lederutvikling, jf. Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste*.

Det vil være behov for en samlet plan for utvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet i hvert av de regionale helseforetakene. En slik regional utviklingsplan må fange opp samlet demografisk utvikling, sykdomsutvikling, fordeling av oppgaver mellom helseforetakene og samlet kapasitetsbehov. Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene oppdaterer overordnede planer for regionen etter at Nasjonal helse- og sykehusplan er behandlet i Stortinget. Regjeringen legger opp til å legge fram en nasjonal helse- og sykehusplan hvert fjerde år. Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene tilpasser planprosessene tilsvarende og har like tidshorisonter for sitt planarbeid.

De regionale helseforetakene skal i fellesskap, og i regi av Sykehusbygg HF, utarbeide en veileder for utviklingsplanarbeidet innen 1. mai 2016. Helse- og omsorgsdepartementet vil delta som observatør i arbeidet. Hovedelementet i utviklingsplanen skal være virksomhetsdelen og skal beskrive status for helseforetakets aktivitet og virksomhet. Denne skal gi grunnlag for å beskrive endringer i virksomheten og tallfeste det framtidige aktivitetsnivået og kapasitetsbehovet. Virksomhetsdelen av utviklingsplanen skal vise mulige endringer i oppgavefordeling og sykehusstruktur, aktivitet, kapasitetsbehov, organisering og driftsøkonomi, samt konsekvenser av endringer og alternative løsninger. Veilederen skal sikre forsvarlig utredning og gode lokale prosesser i utviklingsplanarbeidet. Vesentlige endringer skal ikke skje uten forsvarlig utredning av konsekvensene. Det vil også bli satt krav om at utviklingsplanene skal kvalitetssikres av eksterne fagmiljøer.

Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene følger opp forhold som omtalt i Dokument 3:12 (2014–2015) *Riksrevisjonens undersøkelse av pleieressursene i helseforetakene*, samt Dokument 3:2 (2015–2016) Sak 4 *Helseforetakenes aktivitetsutvikling innen dag- og døgnekirurgisk pasientbehandling*.

Pasientsikkerhet og kvalitet er et ansvar for ledere på alle nivåer. Styrene skal ha en aktiv rolle for å sikre at foretakenes samlede virksomhetsstyring omfatter bedre etterlevelse av faglige retningslinjer, standardisering på flere områder og erfaringsoverføring basert på beste praksis. Foretaksmøtet viste i den forbindelse til ny forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten som er sendt på høring med frist 2. februar 2016.

Foretaksmøtet viste til tidligere stilte krav om felles opplegg for de regionale helseforetakene for en årlig gjennomgang av kvaliteten i helseforetakene, basert på foreliggende sammenlignbar statistikk. Helsedirektoratet arbeider med en løsning som skal gi relevant informasjon på nasjonalt og regionalt nivå og som kan benyttes i denne sammenheng. Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene deltar i arbeidet.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene:

- om fortsatt å prioritere ledelse og lederutvikling som ivaretar helhetlige pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjenesten, og ha stor oppmerksomhet på kvalitet, pasientsikkerhet, kontinuerlig forbedring og innovasjon
- om å ta i bruk ny nasjonal bemanningsmodell for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov lokalt og regionalt
- om å legge til rette for samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten om ledelse og lederutvikling
- oppdatere overordnede planer for regionen etter at Nasjonal helse- og sykehusplan er behandlet i Stortinget
- utarbeide felles veileder for arbeidet med utviklingsplaner
- gjennomføre årlig gjennomgang av helseforetakene basert på foreliggende sammenlignbar statistikk jf. tidligere stilte krav og delta i arbeid med Helsedirektoratet om dette

3.2 Organisatoriske krav og rammer

3.2.1 Bemanning

Foretaksmøtet viste til oppdragsdokumentet der det blir understreket at helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid er viktig både av hensyn til pasienter og ansatte. Foretaksmøtet understreket betydningen av å arbeide med lærings- og forbedringstiltak og tiltak på systemnivå for å bedre pasientsikkerheten, og se dette i sammenheng med helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Det ble videre vist til tidligere stilte krav om flere faste stillinger og arbeidet med å utvikle en heltidskultur. Foretaksmøtet viste også til at vikarbruken bør reduseres der det er mulig. Foretaksmøtet minnet også om at det er et ledelsesansvar å sikre en riktig og forsvarlig bemanning i forhold til aktivitet. Foretaksmøtet viste til at spesialisthelsetjenesten som en sektor med høy kvinneandel, bør ha et særlig ansvar for å bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere, spesielt på toppledernivå.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene:

- om å videreføre arbeidet for å bedre pasientsikkerheten og se dette i sammenheng med helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid
- ha fortsatt oppmerksomhet på bruken av faste stillinger, heltid og vikarer, og at bemanningen må tilpasses til aktiviteten
- bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere, spesielt på toppledernivå

3.2.2 Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)

Foretaksmøtet understreket viktigheten av at de regionale helseforetakene arbeider helhetlig og målrettet med informasjonssikkerhet. Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerhet for medisinsk-teknisk utstyr (Dokument 3:2 (2015–2016) *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2014*) påpeker flere avvik. Det skal etableres rutiner som sikrer at alvorlige hendelser i EPJ, PAS og medisinsk-teknisk utstyr blir meddelt til alle helseforetak og leverandører. De regionale helseforetakene skal i samarbeid vurdere organiseringen av enheter for medisinsk-teknisk utstyr og øvrige enheter innen IKT for å sikre en samlet tilnærming og kompetanse på informasjon og personvern i sykehusenes systemer.

De regionale helseforetakene og Direktoratet for e-helse må samarbeide om felles IKT-tiltak, og inngå felles økonomiske avtaler der det er hensiktsmessig. Direktoratet for e-helse skal videreutvikle modeller for aktivitets- og tjenestepricing i 2016 og de regionale helseforetakene

skal delta i dette arbeidet. De regionale helseforetakene ble videre bedt om å bidra i arbeidet med utvikling av Nasjonalt senter for e-helseforskning, samt gjøre seg kjent med Digitaliseringsrundskrivet (H-17/2015).

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- etablere systemer og rutiner som sikrer oppfølging og lukking av avvikene påpekt i Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerhet
- etablere rutiner som sikrer at alvorlige hendelser i EPJ, PAS og medisinsk-teknisk utstyr blir meddelt til alle helseforetak og leverandører
- i samarbeid vurdere organiseringen av enheter for medisinsk-teknisk utstyr og øvrige enheter innen IKT for å sikre en samlet tilnærming og kompetanse på informasjon og personvern i sykehusenes systemer
- samarbeide med Direktoratet for e-helse om felles IKT-tiltak
- bidra i arbeidet med utvikling av Nasjonalt senter for e-helseforskning

3.2.3 Beredskap

Foretaksmøtet viste til tidligere krav om at helseforetakene skal ha oppdaterte beredskapsplaner som omfatter systemer for å forebygge, oppdage og varsle hendelser, og systemer for effektiv, koordinert ressursdisponering ved kriser. Planene skal være koordinerte mellom berørte parter og det skal gjennomføres regelmessige beredskapsøvelser. Helsedirektoratet har fått en ny rolle som statlig samvirkepartner i redningsledelsen ved hovedredningssentraler og i lokale redningssentraler. De regionale helseforetakene får et delegert ansvar fra Helsedirektoratet i denne forbindelse.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- videreføre arbeidet med å gjennomføre risikoanalyser og sikre god beredskap for kritisk infrastruktur som vann, strøm og IKT, sikre at planene og systemene er koordinert med berørte parter, og gjennomføre øvelser regelmessig
- rapportere årlig på det systematiske arbeidet med beredskap og forebyggende sikkerhet
- bidra i redningsledelsen ved hovedredningssentralene og i lokale redningssentraler

3.2.4 Etablering av ungdomsråd

Brukermedvirkning er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven og i helseforetaksloven. Regjeringen ønsker mer enhetlig praksis ved oppnevning av brukerutvalg og brukermedvirkning i styrene. Det er derfor stilt krav om etablering av felles retningslinjer for brukermedvirkning for regionale helseforetak og helseforetak. Det er ønskelig at retningslinjene også har bestemmelser om at alle helseforetak skal etablere ungdomsråd.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om at det i felles retningslinjer for brukermedvirkning for regionale helseforetak og helseforetak tas inn bestemmelser om at alle helseforetak skal etablere ungdomsråd.

3.2.5 Avtalespesialistordningen

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å koordinere utvikling på avtalespesialistområdet med Helsedirektoratets arbeid knyttet til pilotprosjekter på rettighetsvurdering og utdanning i avtalepraksis, samt mulige endringer i avtalelegenes inntektssystem. Helse Sør-Øst skal delta med minst fire piloter, Helse Vest med minst tre piloter og Helse Midt-Norge og Helse Nord med minst en pilot hver i prosjektet knyttet til utdanning i avtalepraksis. De regionale helseforetakene skal videre følge opp Riksrevisjonens

anbefalinger i Dokument 3:2 (2015–2016) Sak 2 *De regionale helseforetakenes forvaltning av ordningen med private lege- og psykologspesialister.*

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å videreføre arbeidet på avtalespesialistområdet i tråd med gitte føringer.

3.2.6 Rammevilkår for ideelle leverandører av spesialisthelsetjenester

Regjeringen har igangsatt et arbeid for å vurdere de ideelle organisasjonenes utfordringer knyttet til pensjon. Regjeringen har nedsatt et ekspertutvalg for å utrede grunnlaget for en eventuell statlig dekning av ideelle organisasjoners historiske pensjonskostnader. Utvalget skal legge fram sin utredning innen 30. juni 2016.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å vurdere tiltak for å videreføre og videreutvikle samarbeidet med ideelle leverandører av spesialisthelsetjenester, herunder:

- vurdere bruk av tidsubestemte avtaler med oppsigelsesadgang (løpende avtaler) i forbindelse med innkjøp av spesialisthelsetjenester
- vurdere hvordan representanter for tjenesteyterne, herunder ideelle leverandører, i større grad kan involveres i drøfting av hvilke kvaliteter som bør etterspørres i fremtidige anskaffelser av konkrete tjenester
- inngå tettere samarbeid om planlegging og faglig utvikling med tjenesteleverandørene, herunder ideelle virksomheter
- vurdere bruk av konkurranser der pris er fastlagt på aktuelle tjenesteområder

3.2.7 Deltakelse i utviklingsarbeid

Det forutsettes at de regionale helseforetakene bidrar i utviklingsarbeid i spesialisthelsetjenesten som er gitt i oppdrag til Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å delta i utviklingsarbeid i spesialisthelsetjenesten som er gitt i oppdrag til Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet.

3.2.8 Fritt behandlingsvalg

Fritt behandlingsvalg ble innført 1. november 2015. Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å bistå Helsedirektoratet med inn- og utfasing av tjenester i godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalg. De regionale helseforetakene skal samarbeide med HELFO om oppfølging av leverandører.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å delta i arbeidet med oppfølging av godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalg.

3.3 Økonomiske krav og rammer

3.3.1 Økonomisk resultatkrav og endringer i driftskreditrammen

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen.

Avbyråkratisering- og effektiviseringsreformen er videreført i 2016 og utgjør i alt 928 mill. kroner i effektiviseringskrav for de regionale helseforetakene i 2016. For at reformen i minst mulig grad skal påvirke mulighetene til å investere i nytt utstyr og bygg i 2016 er 597,5 mill. kroner tilbakeført i basisbevilgningen, slik at nettoeffekten utgjør om lag 330 mill. kroner.

Det vises for øvrig til Prop. 1 S Tillegg nr. 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 kan bli utsatt.

Som et ledd i regjeringens tiltakspakke for økt sysselsetting, tildeles det et ettårig tilskudd 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.

Det tildeles 42,5 mill. kroner til Helse Midt-Norge (for å treffe Møre og Romsdal).

Beregning av regnskapsmessig pensjonskostnad for 2016 er under utarbeidelse og det samlede kostnadsnivået for de regionale helseforetakene foreligger derfor ikke. Dersom det viser seg at det blir større endringer i forhold til det kostnadsnivået som er lagt til grunn i Prop. 1 S (2015–2016), vil det bli tatt stilling til om det er grunnlag for endringer i bevilgningen.

Endringer i driftskreditrammen

Hensyntatt endringer i Prop. 27 S (2015–2016) er samlet ramme for driftskreditt ved inngangen til 2016 på 6 196 mill. kroner. I Prop. 1 S (2015–2016) er det lagt til grunn at pensjonspremien blir 4 350 mill. kroner lavere enn pensjonskostnaden i 2016, og driftskreditrammen skal nedjusteres tilsvarende. Driftskreditrammen reduseres med 4 350 mill. kroner fra 6 196 mill. kroner til 1 846 mill. kroner ved utgangen av 2016.

Helse Midt-Norge RHF sin andel av denne justeringen utgjør 625 mill. kroner. Helse Midt-Norge vil derfor få sin driftskreditramme justert tilsvarende, fra 887 mill. kroner til 262 mill. kroner ved utgangen av 2016.

Foretaksmøtet la til grunn at:

- Helse Midt-Norge RHF skal drive sin virksomhet innenfor en driftskreditramme på 262 mill. kroner pr. 31. desember 2016
- foretaksgruppen i Helse Midt-Norge innretter virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av Prop. 1 S (2015–2016), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2016, slik at sørge-for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid

3.3.2 Investeringer og lån

Det vises til tidligere krav om at det skal være etablert verktøy som viser tilstandsgrad ved norske sykehus. Det settes nå krav om at tilstandsgraden for sykehusbygg kartlegges i 2016 og at denne kartleggingen oppdateres hvert fjerde år. Sykehusbygg HF skal blant annet sikre gjenbruk av løsninger og erfaringsoverføringer. Dette fordrer at helseforetakene evaluerer sine sykehusprosjekter etter at byggene er tatt i bruk.

Foretaksmøtet forutsatte at:

- de regionale helseforetakene kartlegger tilstandsgraden for sykehusbygg i 2016 og at denne kartleggingen oppdateres hvert fjerde år
- helseforetakene evaluerer sine sykehusprosjekter etter at byggene er tatt i bruk

Lån til investeringer kan bare tas opp gjennom låneordningen som administreres av Helse- og omsorgsdepartementet. For 2016 er det bevilget totalt 1 229,9 mill. kroner i lån til investeringsformål i de regionale helseforetakene.

Helse Midt-Norge RHF har ingen investeringsprosjekter som får lån i 2016.

3.3.3 Måling av kostnad pr. pasient

Foretaksmøtet viste til tidligere stilte krav om innføring av måling av kostnader pr. pasient (KPP) for somatikk og at det er lagt til grunn at KPP skal være implementert som gjennomgående kvalitets- og styringsverktøy innen somatikk for alle helseforetak innen 1. januar 2017. Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene deltar i det videre arbeidet med å etablere KPP innenfor psykisk helsevern og rus.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene bidra i arbeidet med KPP-spesifikasjon for psykisk helsevern og rus og nasjonale KPP-data.

3.3.4 Nøytral merverdiavgift for helseforetakene

Regjeringen tar sikte på å innføre en ordning med nøytral merverdiavgift i helseforetakene fra 1. januar 2017. Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å bidra i arbeidet med etablering og utforming av en slik ordning. De regionale helseforetakene ble videre bedt om å gjøre nødvendige system- og rutinetilpasninger og intern opplæring i alle helseforetak. Departementet vil komme tilbake med ytterligere presiseringer av oppdraget.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å gjøre nødvendige tilpasninger og delta i arbeidet med innføring av nøytral merverdiavgift for helseforetakene.

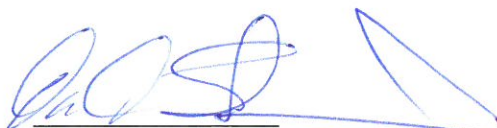
Foretaksmøtet vedtok:

Krav og rammer legges til grunn for styrets arbeid i 2016.

Møtet ble hevet kl. 14.00.

Oslo, 12. januar 2016


Bent Høie


Ola Strand