

Foretaksprotokoll 30. januar 2013

Foretaksprotokoll Helse Midt-Norge RHF

Krav og rammer m.v. for 2013



Innholdsfortegnelse

Sak 1	Foretaksmøtet konstitueres	2
Sak 2	Dagsorden	2
Sak 3	Eiers overordnede styringsbudskap for 2013	2
Sak 4	Resultatkrav og oppfølging for 2013	3
4.1	Resultatkrav for 2013	3
4.2	Styring og oppfølging i 2013	4
4.3	Investeringer og kapitalforvaltning	6
Sak 5	Organisatoriske krav og rammer for 2013	6
5.1	Endringer i lov om helseforetak m.v.	6
5.2	Videreutvikling av nasjonalt samarbeid	6
5.3	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (ehelse)	7
5.4	Tiltak på personalområdet	8
5.5	Kartlegging av rapportering i spesialisthelsetjenesten	10
5.6	Vurdering av utvidet åpningstid for planlagt virksomhet.....	10
5.7	Intern kontroll, risikostyring og krav til forbedring av det pasientadministrative arbeidet.....	10
5.8	Regjeringens eierskapspolitikk	11
5.9	Kjøp av helsetjenester fra ideelle institusjoner	11
5.10	Forenklet oppgjørsordning for pasientreiser	12
5.11	Utvikling av nødmeldetjenesten	12
5.12	Barn som tolk	12
5.13	Landsverneplan Helse – oppfølging av verneklasse 2	13
Sak 6	Øvrige styringskrav for 2013	13
6.1	Rapportering til Norsk pasientregister	13
6.2	System for innføring av ny teknologi og nye metoder i spesialisthelsetjenesten	13
Sak 7	Endringer i vedtektene §§ 8, 9 og 12 jf. helseforetaksloven § 12 og vedtektene § 19 14	
Sak 8	Stadfesting av tidligere vedtak	16

PROTOKOLL FRA FORETAKSMØTE I HELSE MIDT-NORGE RHF

Onsdag 30. januar 2013 kl. 13.00 ble det avholdt felles foretaksmøte i de regionale helseforetakene i Plenumssalen R4, Møllergata 17, Oslo.

Dagsorden

- Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres
- Sak 2 Dagsorden
- Sak 3 Eiers overordnede styringsbudskap for 2013
- Sak 4 Resultatkrav og oppfølging for 2013
- Sak 5 Organisatoriske krav og rammer for 2013
- Sak 6 Øvrige styringskrav for 2013
- Sak 7 Endringer i vedtektene §§ 8, 9 og 12, jf. helseforetaksloven § 12 og vedtektene § 19
- Sak 8 Stadfesting av tidligere vedtak

Fra Helse- og omsorgsdepartementet møte

Helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre

Fra styret møte

Styreleder Marthe Styve Holte
Nestleder Kåre Gjønnnes
Ottar Brage Guttelvik
Vigdis Harsvik
Tore Kristiansen

Trond Prytz
Eva M. Vinje Aurdal
Tore Brudeseth
Björg Henriksen
Ellen Marie Wøhni

Fra administrasjonen møte

Kst. administrerende direktør Daniel Haga
Direktør for eierstyring Torbjørg Vanvik
Direktør for stab og prosjektdirektør Ingerid
Gunnerød

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås
Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand

Også til stede

Statssekretær Robin M. Kåss
Statssekretær Nina Tangnæs Grønvold
Ekspedisjonssjef Frode Myrvold
Ekspedisjonssjef Cathrine Meland

Avdelingsdirektør Astri Knapstad
Avdelingsdirektør Mette Bakkeli
Kst. avdelingsdirektør Kai Furberg
Seniorrådgiver Hilde Smedshammer

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med lov om Riksrevisjonen § 13 og møtte ved Tove Skjevestad.

Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres

Helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre 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.

Sak 2 Dagsorden

Helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre spurte om det var merknader til dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden er godkjent.

Sak 3 Eiers overordnede styringsbudskap for 2013

Helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre gjennomgikk forventninger og krav til styrene. Han la bl.a. vekt på:

De regionale helseforetakene og helseforetakene forvalter viktige samfunnsoppgaver og store ressurser på vegne av fellesskapet og er sentrale virksomheter i det norske samfunn. Styret har overordnet ansvar for å sikre kvalitativt gode spesialisthelsetjenester, bærekraftig utvikling, godt omdømme og oppslutning om offentlige helsetjenester. Styret har også ansvar for at en bredt anlagt forståelse av samfunnsansvar blir ivaretatt og for at tiltak for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet følges opp. Styret skal ivareta interessene til hele regionen og også bidra til utvikling av spesialisthelsetjenesten på nasjonalt nivå. Styrene skal forsikre seg om at helseforetakene har en ledelse med rett kompetanse og at det utvikles gode rutiner for å holde ledelsen i helseforetakene ansvarlig for god sykehusdrift og god personalledelse.

Det er stor oppmerksomhet om spesialisthelsetjenestetilbudet i hele landet. Saker bør følges opp av styreleder og lokal ledelse som har best kjennskap til sakene. Saker av større betydning skal forelegges departementet. Det vises til endringene i § 30 i helseforetaksloven der det blir presisert hvilke saker som skal forelegges departementet. Departementet kan også på eget initiativ ta inn saker til foretaksmøtet.

Foretaksmøtet presiserte at tidligere stilte eierkrav fortsatt gjelder, uten at disse gis særskilt omtale og stilles rapporteringskrav til i 2013.

Foretaksmøtet vedtok:

Eiers overordnede styringsbudskap legges til grunn for styrets arbeid i 2013.

Sak 4 Resultatkrav og oppfølging for 2013

4.1 Resultatkrav for 2013

Foretaksmøtet viste til føringene som er gitt gjennom oppdragsdokumentet for 2013 og ba de regionale helseforetakene legge dette til grunn. Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene sørge for at helseforetakene har konkrete og gjennomførbare planer for å redusere ventetiden og unngå fristbrudd. Foretaksmøtet understreket at god ledelse er en viktig forutsetning for å nå resultatkrav. Det er videre viktig at helseforetakene har en ledelse som kan representere foretaket i møte med offentlighetens interesse.

Foretaksmøtet forutsatte at helseforetakene iverksetter nødvendige tiltak for å innfri resultatkravene innenfor rammer og oppgaver som gjelder for helseforetak. Gjennomføringen av tiltak skal skje i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner, og i god dialog med pasienter, pårørende og deres organisasjoner. Det legges til grunn at det er etablert prosesser for medvirkning på alle nivåer. Omstillinger i helseforetakene kan, selv etter gode interne prosesser, medføre offentlig kritikk fra egne ansatte. Utgangspunktet er at det skal mye til før slike ytringer er i konflikt med lojaliteten til arbeidsgiver. De ansatte og ledelsen har et felles ansvar for å bidra til å sikre tillit til tjenesten og et godt omdømme. Helseforetakene skal ha etablert melde- og varslingsrutiner som ivaretar de ansattes rettigheter på en god måte.

Foretaksmøtet viste til at de regionale helseforetakene i utgangspunktet må håndtere pensjonskostnader på linje med andre kostnader. Beregning av regnskapsmessig pensjonskostnad for 2013 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 (2012-2013), vil det bli tatt stilling til om det er grunnlag for forslag om endringer i bevilgningen.

Foretaksmøtet forutsatte at:

- foretaksgruppen i Helse Midt-Norge skal gå i økonomisk balanse i 2013 og sikre at den samlede ressursbruken til drift og investeringer og bruk av driftskreditter holdes innenfor vedtatte rammer og resultatkrav
- lovverket for rettighetspasienter skal overholdes
- gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være under 65 dager
- fristbrudd ikke skal forekomme

Endringer i driftskreditrammen i 2012

Foretaksmøtet viste til omtale i Prop. 22 S (2012-2013) Endringer i statsbudsjettet for 2012 under Helse- og omsorgsdepartementet og brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene av 27. november 2012 om fordeling av endring i driftskreditrammen.

Ny informasjon viser at pensjonspremien for 2012 blir på 12 374 mill. kroner. Dette er om lag 206 mill. kroner lavere enn tidligere lagt til grunn. I tråd med etablert opplegg for håndtering av differansen mellom pensjonskostnad og pensjonspremie settes driftskreditrammen for de regionale helseforetakene ned med 206 mill. kroner ved utgangen av 2012 fra 8 432 mill. kroner til 8 226 mill. kroner.

- Driftskredittrammen for Helse Midt-Norge RHF settes ned med 30 mill. kroner fra 1 929 mill. kroner til 1 899 mill. kroner.

Endringer i driftskredittrammen i 2013

I Prop. 1 S (2012-2013) er det lagt til grunn at pensjonspremien blir 370 mill. kroner lavere enn pensjonskostnaden i 2013. Basert på disse anslagene, skal samlet ramme for driftskreditt reduseres med 370 mill. kroner fra 8 226 mill. kroner til 7 856 mill. kroner ved utgangen av 2013. Helse Midt-Norge RHF sin andel av denne nedjusteringen utgjør 53 mill. kroner.

Driftskredittrammene er av flere årsaker ulikt fordelt mellom de regionale helseforetakene. Med utgangspunkt i at helseforetakene nå gjennomgående har god økonomisk kontroll og er gitt forutsigbare rammebetingelser, besluttet foretaksmøtet at driftskredittrammene skal fordeles i henhold til ordinær inntektsfordeling. Innfasingen skal skje over en periode på tre år med oppstart i 2013. Helse Midt-Norge RHF vil som følge av omfordeling få redusert sin ramme for driftskreditt med 240 mill. kroner i 2013.

Samlet vil Helse Midt-Norge RHF sin ramme for driftskreditt settes ned med 293 mill. kroner i 2013, og vil utgjøre 1 606 mill. kroner ved utgangen av 2013. Driftskredittrammen vil justeres månedlig.

- Foretaksmøtet la til grunn at Helse Midt-Norge RHF skal holde seg innenfor en driftskredittramme på 1 606 mill. kroner pr. 31. desember 2013.

4.2 Styring og oppfølging i 2013

Foretaksmøtet viste til at foreløpig rapportering for 2012 tilsier at alle regioner vil oppnå økonomisk balanse eller positive resultater i 2012. Samlet sett for hele landet vil de regionale helseforetakene få et positivt resultat. Foretaksmøtet viste til at den økonomiske styringen er god, og legger til grunn at de regionale helseforetakene vil kunne gjennomføre investeringer slik de framkommer i langtidsplaner.

- Foretaksmøtet ba om at det ved planlegging og gjennomføring av større endringsprosesser, legges til grunn relevante erfaringer fra tidligere omstillinger både i egen og andre regioner.

Foretaksmøtet viste til de regionale helseforetakenes indikatorprosjekt for kostnadsnivå og produktivitet.

- Foretaksmøtet ba om at arbeidet videreføres med pilotutprøving i 2013, og ba om en rapport senest innen 15. januar 2014 som beskriver resultater, erfaringer og anbefalt videre framdrift.

Foretaksmøtet viste videre til de regionale helseforetakenes arbeid med å kartlegge og utrede standardiserings-, effektiviserings- og samordningspotensialet ved medisinske støttefunksjoner i hver region.

- Foretaksmøtet ba om rapportering på arbeidet etter 1. tertial.

Foretaksmøtet viste til arbeidet med den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender*.

-
- For å sikre at pasientsikkerhetskampanjen gjennomføres etter planen i 2013 ble de regionale helseforetakene bedt om å bidra med 2 mill. kroner hver til kampanjesekretariatet i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i 2013 initiere en gjennomgang av pasientstrømmer med sikte på en oppdatering av gjestepasientoppgjøret mellom helseregionene.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene bistå i arbeidet med en gjennomgang av pasientstrømmer.

Finansieringsmodellen for regionale helseforetak innebærer at helseregionene fordeler rammetilskudd og innsatsstyrt finansiering til det enkelte helseforetak. Det er viktig at finansieringen ikke er til hinder for god organisering av tilbudet på den enkelte avdeling eller mellom avdelinger. Den medisinske kodingen dokumenterer helsehjelpen pasienten mottar. Kodingen må være faglig korrekt og skal ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering.

Innsatsstyrt finansiering er en forenkling av en kompleks klinisk virkelighet og er ikke egnet til finansiering av de enkelte avdelingene i sykehusene.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene sikre at den medisinske kodingen er faglig korrekt og ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering.

Bedre kunnskap om sammenhengen mellom aktivitet og kostnader vil kunne bidra til at rammene til de enkelte avdelingene på sykehusene fordeles i samsvar med reelle kostnader. Helsedirektoratet publiserte høsten 2012 en nasjonal spesifisering for kostnader per pasient (KPP). Med dette etablerer myndighetene et verktøy for beregning av kostnader på pasientnivå i spesialisthelsetjenesten. Sammen med den medisinske kodingen gir dette bedre grunnlag for økonomisk og medisinsk oppfølging til beste for pasientene.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene gradvis implementere KPP som grunnlag for god virksomhetsstyring.

Foretaksmøtet viste til at det ikke skal være korridorpasienter, men at andel korridorpasienter fortsatt er betydelig ved enkelte helseforetak. Foretaksmøtet viste til at det tas sikte på etablering av resultatbasert finansiering i 2014, der korridorpasienter kan være en mulig kvalitetsindikator.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene sette i verk organisatoriske og/eller økonomiske tiltak for å sikre at målsettingen om at det ikke skal være korridorpasienter oppfylles. Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene rapportere særskilt på dette innen 1. juni 2013.
- Det skal gis samlet tilbakemelding på styringskrav gitt i oppdragsdokument og foretaksprotokoll i årlig melding for 2013. I tillegg skal det rapporteres i tråd med vedlegg 1.

4.3 Investeringer og kapitalforvaltning

Låneopptak

Lån til investeringer kan kun tas opp gjennom låneordningen som administreres av Helse- og omsorgsdepartementet. For 2013 er det bevilget 2 009,9 mill. kroner i lån til investeringsformål samlet for landet.

Lån til resterende del av fase 2 ved St. Olavs Hospital er vedtatt med en øvre ramme på 642 mill. kroner (2009-kroner). Gjenstående låneramme utgjør 265,031 mill. kroner (2013-kroner) som utbetales i 2013. Med dette er den samlede rammen som er bevilget til resterende del av fase 2 ved St. Olavs Hospital utbetalt.

- For 2013 tildeles Helse Midt-Norge 265,031 mill. kroner til resterende del av fase 2 ved St. Olavs Hospital.

Foretaksmøtet vedtok:

Resultatkrav og krav til oppfølging for 2013 legges til grunn for styrets arbeid.

Sak 5 Organisatoriske krav og rammer for 2013

5.1 Endringer i lov om helseforetak m.v.

Foretaksmøtet viste til endringene i lov om helseforetak jf. Prop. L 120 (2011-2012) og Innst. 62 L (2012-2013), som trådte i kraft 1. januar 2013.

Som følge av endringene, fastsettes det nye vedtektsbestemmelser for oppnevning av styremedlemmer i helseforetak, vedtak som skal treffes av foretaksmøtet og låneopptak. Endringer i vedtektene framgår av sak 7.

Departementet arbeider med endring av forskriften om valg av ansattes representanter. Forskriften vil bli sendt på høring.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene foreta nødvendige tilpasninger for å følge opp endringene i lov om helseforetak, jf. Prop. L 120 (2011-2012) og Innst. 62 L (2012-2013), herunder tilsvarende endringer i vedtektene i underliggende helseforetak.

5.2 Videreutvikling av nasjonalt samarbeid

Foretaksmøtet viste til omtale i Prop. 1 S (2012-2013) hvor det blir omtalt at departementet vil vurdere nye krav til felles nasjonale løsninger innenfor IKT, innkjøp og bygg. Foretaksmøtet understreket at de regionale helseforetakene skal bidra til å identifisere felles utfordringer i spesialisthelsetjenesten, og vurdere etablering og videreutvikling av felles tiltak eller organisasjoner for å løse disse.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene utrede etablering av et nasjonalt helseforetak for planlegging, utvikling og drift av sykehusbygg. Kunnskap om forvaltning og drift er en forutsetning for å kunne planlegge gode nye sykehusbygg. Et nytt nasjonalt foretak skal bistå i kunnskapsoverføring mellom helseforetak, i utvikling og forvaltning av eiendomsmassen og

planlegging av byggeprosjekter. Foretaket skal videre ha ansvar for å utarbeide og vedlikeholde metoder og verktøy for strategisk analyse på området. Utredningen skal bygge på eksisterende samarbeid innen eiendomsområdet. Etablering av foretaket skal ikke endre etablerte eier- og ansvarsforhold for forvaltning og utvikling av eiendommene. Helse Sør-Øst RHF ble bedt om å lede arbeidet. Departementet skal delta som observatør. Utredningen skal være ferdigstilt innen 1. oktober 2013.

Foretaksmøtet viste videre til samarbeidet som de regionale helseforetakene har etablert på IKT-området og på innkjøpsområdet. Foretaksmøtet ba om at det vurderes fellesløsninger som legger til rette for mer effektive og innovative innkjøp og bruk av IKT i spesialisthelsetjenesten.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene utrede etablering av et nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, innen 1. oktober 2013. Foretaksmøtet ba videre de regionale helseforetakene vurdere fellesløsninger som legger til rette for mer effektive innkjøp og mer effektiv bruk av IKT i spesialisthelsetjenesten, med frist for tilbakemelding om framdrift til departementet innen 1. oktober 2013.

5.3 Informasjonsteknologi og digitale tjenester (ehelse)

Oppfølging av stortingsmeldingen om digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren

Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene bidrar i oppfølgingen av Meld. St. 9 (2012-2013) *Én innbygger - én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.*

Foretaksmøtet viste til betydningen av å utnytte mulighetene som ligger i informasjonsteknologi for å oppnå bedre kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og ressursbruk i tjenesten. Stortingsmeldingen peker på behovet for økt nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen, og styrket samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Foretaksmøtet forutsatte at de regionale helseforetakene gjennomfører pågående tiltak som innføring av e-resept, elektronisk meldingsutveksling og nasjonal kjernejournal.

Stortingsmeldingen varsler at det skal igangsettes et arbeid med *én journal* på landsbasis. De regionale helseforetakene må ta ansvar for økt samarbeid med primærhelsetjenesten på IKT-området, og bistå Helsedirektoratet i det nasjonale arbeidet med utredning av *én journal*.

Som en del av utredningen av *én journal*, vises det til at Helse Midt-Norge er en egnet region for regional utprøving. Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med Helsedirektoratet, Norsk Helsenett SF og de andre regionale helseforetakene utarbeide forslag til innhold og konkretisering av regional utprøving av *én journal* innen 1. juli 2013. Arbeidet skal skje i samarbeid med KS, kommuner og primærhelsetjenesten i regionen. Det skal legges til rette for at arbeidet kan følges av forskningsaktivitet og innovasjon. Den regionale utprøvingen skal sees i sammenheng med det nasjonale arbeidet for utredning av *én journal*.

Helse Midt-Norge RHF skal i tillegg tilrettelegge for oppstart av pilot av kjernejournal høsten 2013.

Det ble lagt til grunn at de regionale helseforetakene gir innspill til og bidrar til å videreutvikle tjenesten *helsenorge.no*, herunder tjenester for informasjon om sykdom, behandling og kvalitet.

Foretaksmøtet viste til Norsk Helsenett SF sitt prosjekt for meldingsutveksling og bruk av adresseregister (prosjekt OSEAN) og la til grunn at de regionale helseforetakene bidrar i arbeidet.

Det skal rapporteres tertialvis på framdriften på IKT-området.

- Foretaksmøtet forutsatte at Meld. St. 9 (2012-2013) legges til grunn for strategisk IKT-arbeid i de regionale helseforetakene og at Helse Midt-Norge RHF sikrer regional utprøving av *én journal* i Helse Midt-Norge i tråd med gitte føringer, samt deltar i det nasjonale arbeidet på området. Helse Midt-Norge RHF ble videre bedt om å legge til rette for pilot av kjernejournal høsten 2013. Foretaksmøtet ba også de regionale helseforetakene bidra i gjennomføringen av de pågående nasjonale tiltakene på IKT-området.

Informasjonssikkerhet

Norsk Helsenett SF har ansvar for å sørge for en sikker IKT-infrastruktur. Norsk Helsenett SF har etablert HelseCSIRT (Computer Security Response Team) som skal være helse- og omsorgssektorens felles kompetansesenter for informasjonssikkerhet. Senteret skal spre kompetanse om IKT-trusler og beskyttelsesmekanismer, og kontinuerlig overvåke trafikken på helsenettet. Målet er å forebygge og avhjelpe IKT-sikkerhetshendelser og inntrengningsforsøk.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene bistå Norsk Helsenett SF i arbeidet med å utvikle HelseCSIRT som helse- og omsorgssektorens felles kompetansesenter for informasjonssikkerhet.

Regjeringens digitaliseringsprogram

Foretaksmøtet viste til regjeringens digitaliseringsprogram *På nett med innbyggerne og føringene i digitaliseringsrundskrivet*, herunder krav til digitaliseringsarbeidet (P-10/2012, Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet).

- Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene bidrar i gjennomføringen av regjeringens digitaliseringsprogram.

5.4 Tiltak på personalområdet

Ledelse

Foretaksmøtet viste til at det i *Nasjonal plattform for ledelse* i helseforetakene er gitt retning for videre arbeid med ledelse nær pasienter og brukere, rammeverk for ledere, livsløpsperspektiv på ledelse og ledelse i profesjonsutdanningene. Foretaksmøtet viste også til at det pågår et arbeid for å samordne krav for ledere i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Foretaksmøtet viste til at sykehus, i henhold spesialisthelsetjenesteloven § 3-9, skal organiseres slik at det er én ansvarlig leder på alle nivåer. Ledelsen i sykehuset har et totalansvar for virksomheten, både administrativt og faglig.

Foretaksmøtet understreket at øverste leder og aktuelle linjeledere har ansvar for å sørge for at pasienter får kvalitativt gode og forsvarlige helsetjenester og for å følge opp avvik med egnede tiltak som kan være å skjerpe rutiner, avklare ansvarsforholdene ved samhandling på tvers av enheter eller mot eksterne aktører. Foretaksmøtet understreket viktigheten av å styrke ledere i

førstelinjen gjennom opplæring, videreutvikling, evaluering og oppfølging. Ledere i førstelinjen må skape et trygt arbeidsmiljø for sine ansatte og sikre gode rutiner slik at medarbeiderne vet hva som er god faglig praksis. De skal støtte kompetanse- og fagutvikling og bidra til god organisering, effektiv ressursbruk og god oppgaveløsning.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene sørge for at helseforetakene legger til rette for at ledere i førstelinjen har nødvendig kompetanse og støtte for å ivareta sitt ansvar som leder.

Krav til tilsetningsforhold

Arbeidet med å øke andelen faste stillinger og redusere bruken av deltid videreføres. De regionale helseforetakene skal delta i utvikling av kunnskapsgrunnlaget og samarbeide om tiltak for å øke andelen faste stillinger og redusere bruken av deltid i samarbeid med tillitsvalgte og arbeidstakerorganisasjoner.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene videreføre arbeidet med å øke andelen faste stillinger, øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og tilby flere heltidsstillinger, samt utvikle kunnskapsgrunnlaget på området

Flere lærlingplasser

Foretaksmøtet viste til at partene i arbeidslivet har inngått en samfunnskontrakt for å sikre flere lærlingplasser på flere fagområder. 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.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene bidra til å sikre flere lærlingplasser i tråd med målene i *Samfunnskontrakt for flere læreplasser*.

Helsepersonells bierverv og avtaler med private

Foretaksmøtet viste til at de regionale helseforetakene har innført retningslinjer og systemer for rapportering og kontroll av ansattes bierverv. Helsepersonell har etter helsepersonelloven § 19 plikt til på eget tiltak, varsle arbeidsgiver om bierverv, engasjement, eierinteresser m.v. Forvaltningsloven gjelder for helseforetakenes virksomhet, jf. helseforetaksloven § 5, og foretaksmøtet pekte spesielt på lovens kapittel 2 om habilitet.

Foretaksmøtet forutsatte at eventuelle brudd på retningslinjer, orienteringsplikt, habilitetsregler m.v., blir fulgt opp av det enkelte foretak som arbeidsgiver. Foretaksmøtet ba om at de samme prinsippene tas inn i rammeavtaler som inngås med private leverandører av spesialisthelsetjenester. Avtaler som inngås med private skal inneholde bestemmelser som sørger for at pasienter som er henvist til virksomheten ikke mottar tilbud om å betale tjenesten selv og at det skal gis informasjon om fritt sykehusvalg. Bestemmelsene bør ha klare regler om sanksjoner. De regionale helseforetakene skal sørge for at bestemmelsene blir håndhevet.

- Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene påser at rutiner for bierverv følges og at det rapporteres om status for antall bierverv pr. 31.12 i årlig melding. Videre skal avtaler med private inneholde bestemmelser og sanksjoner som forhindrer henvisning til egen virksomhet. Pasientene skal gis informasjon om fritt sykehusvalg.

Oppfølging av arbeidsmiljøloven

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene arbeide systematisk for at helseforetakene etablerer gode rutiner for å unngå mulige brudd på arbeidsmiljøloven generelt og arbeidstidsbestemmelsene spesielt. Foretaksmøtet ba i tillegg de regionale helseforetakene samarbeide om å øke kunnskapsgrunnlaget på området.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene arbeide systematisk for at helseforetakene etablerer gode rutiner for å unngå mulige brudd på arbeidsmiljøloven generelt og arbeidstidsbestemmelsene spesielt.

5.5 Kartlegging av rapportering i spesialisthelsetjenesten

Foretaksmøtet viste til arbeidet med å kartlegge omfanget av tidsbruk på dokumentasjon, registrering og rapportering i spesialisthelsetjenesten og vurdering av i hvilken grad det er mulig å gjøre effektiviseringer. De regionale helseforetakene og helseforetakene skal i samarbeid med Helsedirektoratet bidra til kartleggingen.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene bidra til kartlegging av omfanget av rapportering i spesialisthelsetjenesten.

5.6 Vurdering av utvidet åpningstid for planlagt virksomhet

Foretaksmøtet viste til at departementet skal igangsette et arbeid for å kartlegge og utrede om det er hensiktsmessig å utvide sykehusenes åpningstid for planlagt virksomhet. Målet er å ivareta pasientens behov på en bedre måte. Utvidet åpningstid kan gi bedre utnyttelse av arealer, utstyr og personell i sykehusene, og på sikt gi bedre tilbud til pasienter og brukere.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene bidra i arbeidet med kartlegging og utredning for å vurdere å utvide sykehusenes åpningstid for planlagt virksomhet.

5.7 Intern kontroll, risikostyring og krav til forbedring av det pasientadministrative arbeidet

Foretaksmøtet viste til tidligere føringer om intern kontroll, risikostyring og krav til forbedring av det pasientadministrative arbeidet.

- Foretaksmøtet forutsatte at de regionale helseforetakene arbeider systematisk for å forebygge, forhindre og avdekke svikt/avvik i de pasientadministrative systemene, og at det etableres rutiner for varsling innad i regionene og rutiner for erfaringsutveksling på tvers av regioner.

Foretaksmøtet viste til at første mottaksdato av henvisning for én og samme lidelse til spesialisthelsetjenesten, skal følge pasienten gjennom hele pasientforløpet. Dette vil være pasientens ansiennitetsdato ved hevningsning videre i samme pasientforløp til andre avdelinger, sykehus eller foretak. En intern henvisning innad i spesialisthelsetjenesten skal følgelig ikke rettighetsvurderes på nytt.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å sikre at rutiner ved intern henvisning i spesialisthelsetjenesten er i tråd med gjeldende rett innen 1. mai 2013.

1. juli 2012 overtok Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten forvaltningen av meldeordningen for spesialisthelsetjenesten jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Flere helseforetak har fortsatt ikke et tilfredsstillende elektronisk system på plass for å kunne sende meldinger til og motta tilbakemeldinger fra Kunnskapssenteret.

- Foretaksmøtet forutsatte at det elektroniske systemet for melding om uønskede hendelser er på plass innen 15. april 2013. Systemet skal være integrert i foretakenes avvikssystem. Kunnskapssenteret skal både kunne motta meldinger og gi tilbakemeldinger i systemet.

5.8 Regjeringens eierskapspolitikk

Mangfold og likestilling

I Meld. St. 13 (2010-2011) *Aktivt eierskap - norsk statlig eierskap i en global økonomi* omtales mangfold og likestilling som en del av samfunnsansvaret.

- Foretaksmøtet forutsatte at de regionale helseforetakene og underliggende helseforetak er kjent med kravene til samfunnsansvar, også på områdene mangfold og likestilling, og fremmer samfunnsansvarlig adferd i hele organisasjonen.

Lønnsutviklingen i helseforetakene

Foretaksmøtet viste til tidligere føringer om at de regionale helseforetakene og helseforetakene skal bidra til moderasjon i lederlønningene og skal være kjent med og følge retningslinjene for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper av 31. mars 2011. Foretaksmøtet understreket at endringene i retningslinjene ikke åpner for større fleksibilitet når det gjelder ansettelsesvilkår for ledere i helseforetak. Riksrevisjonens lederlønsundersøkelse (Dok. 3:2 (2010-2011)) viser blant annet at lederne i de regionale helseforetakene og helseforetakene har hatt sterkere lønnsvekst enn øvrige ansatte i foretakene.

- Foretaksmøtet forutsatte at de regionale helseforetakene har oppmerksomhet på forholdet mellom lønnsutviklingen for ledere og øvrige ansatte.

Gjennomgående styrerepresentasjon, bruk av interne styreledere i egne helseforetak

Det kan oppstå uklare ansvarsforhold når en ansatt i det regionale helseforetaket er styreleder i et underliggende helseforetak.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om at det normalt ikke oppnevnes interne styreledere for helseforetak.

5.9 Kjøp av helsetjenester fra ideelle institusjoner

Regjeringen og ideell sektor inngikk 3. oktober 2012 en samarbeidsavtale om leveranser av helse- og sosialtjenester. Avtalen anerkjenner ideell sektor som en viktig samarbeidspartner for offentlig sektor i produksjonen av helse- og sosialtjenester til befolkningen, og skal bidra til et bedre samarbeid mellom staten og ideell sektor. Langsiktighet og forutsigbarhet i relasjonen mellom ideell og offentlig sektor ble nedfelt som et viktig prinsipp i samarbeidsavtalen. Foretaksmøtet viste til styringssignalene i foretaksmøtene i januar 2012 om de regionale helseforetakenes oppfølging av samarbeidsavtalen. Det ble understreket at langsiktige relasjoner og stabilitet over tid er viktig for mange helsetjenester, både for brukerne, for å få samfunnsøkonomisk riktige investeringer og for å bygge opp gode kompetansemiljøer.

Foretaksmøtet forutsatte at de regionale helseforetakene tar hensyn til dette i strategier for kjøp av helsetjenester og at dette reflekteres blant annet i valg av kontraktslengder.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene tilstrebe mer langsiktighet i avtalene med ideell sektor om kjøp av helsetjenester.

5.10 Forenklet oppgjørsordning for pasientreiser

Det skal i 2013 igangsettes et arbeid for å forenkle oppgjørsordningen for pasientreiser uten rekvisisjon. Reell forenkling av gjeldende ordning og videreutvikling til elektronisk løsning forutsetter at pasienters og ledsageres reiseutgifter dekkes etter standardsats. Arbeidet vil omfatte vurdering av behov for endringer i lov og forskrift, forenkling av dokumentasjonskrav, ulike alternative elektroniske løsninger samt økonomiske og administrative konsekvenser. Helseledelsen skal involveres i arbeidet med vurdering og utvikling av de tekniske løsningene som dette krever.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å igangsette et arbeid for å forenkle oppgjørsordningen for pasientreiser uten rekvisisjon. Helse Sør-Øst RHF ble bedt om å lede arbeidet.

5.11 Utvikling av nødmeldetjenesten

Nødmeldetjenesten må utvikles på en god måte, i samsvar med krav i lov og regelverk. Foretaksmøtet viste til evalueringsrapportene om 22. juli 2011 som peker på svakheter i IKT-systemer i den akuttmedisinske kjede, og til Stortingets vedtak om landsdekkende utbygging av det nye digitale nødsambandet.

Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene iverksetter nytt styringsdokument for Nødnett der blant annet helseforetak og kommuner får et selvstendig ansvar for gjennomføring av plan for landsdekkende utbygging. Styringsdokumentet gir også føringer om å følge opp fastsatt gevinstrealiseringsplan, bidra i utredningen om sentralisering av driftstjenester og etablering av Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett (HDO) som egen organisasjon.

- Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene bidrar i den videre utbyggingen av Nødnett. Foretaksmøtet ba videre om at de regionale helseforetakene tilrettelegger for Telenor sin overgang til IP-telefoni og bidrar i etableringen av et felles nasjonalt legevaktnummer. Helse Sør-Øst RHF ble bedt om å delta i pilotprosjektet om felles nødnummer og felles nødmeldesentral i Drammen.

5.12 Barn som tolk

Foretaksmøtet viste til føringer i Meld. St. 30 (2011-2012) *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk* om at barn av foreldre med rusproblemer ikke skal brukes som tolk.

- Foretaksmøtet forutsatte at helseforetakene iverksetter nødvendige tiltak som medvirker til at ingen barn under 18 år brukes som tolk i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av foreldres eller andre slektingers diagnose. Barn under 18 år kan kun unntaksvis brukes som tolk ved akutte situasjoner hvor det er fare for liv og helse.

5.13 Landsverneplan Helse – oppfølging av verneklasse 2

Foretaksmøtet viste til at sektoren har et selvstendig ansvar for å utarbeide forvaltningsplaner for verneklasse 2 og at forvaltningen av eiendommene skjer på forsvarlig måte.

De regionale helseforetakene må i samarbeid utarbeide rutiner for forvaltning av disse eiendommene, herunder rutiner for å utarbeide og godkjenne forvaltningsplaner. De regionale helseforetakene må tinglyse heftelser i grunnboken for eiendommer i verneklasse 2, med henvisning til landsverneplanen og tilhørende forvaltningsplan. For alle vernede eiendommer skal det påmonteres synlig merking som opplyser om vernet. De regionale helseforetakene skal samarbeide om utforming av slik merking. Dersom det er aktuelt å selge vernede eiendommer, skal det før salg gjennomføres, foreligge utarbeidet forvaltningsplan og sikre at denne er anmerket som heftelse i grunnboken. Dette omfatter både fredede eiendommer og eiendommer i verneklasse 2.

- Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene følger opp forvaltningen av eiendommer i verneklasse 2.

Foretaksmøtet vedtok:

Organisatoriske krav og rammer for 2013 legges til grunn for styrets arbeid.

Sak 6 Øvrige styringskrav for 2013

6.1 Rapportering til Norsk pasientregister

Foretaksmøtet viste til at rapporteringen til Norsk pasientregister fortsatt er utilstrekkelig på flere områder. Dette gjelder blant annet rapportering fra avtalespesialister, rapportering om ventetider til radiologiske undersøkelser både på offentlige poliklinikker og private røntgeninstitutt og rapportering innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Foretaksmøtet viste videre til at de regionale helseforetakene må sikre at sykehusene har enhetlig praksis for registrering av ventetider mellom sykehus og at Norsk pasientregister blir informert om nye avtaler med private tjenesteytere. Foretaksmøtet viste videre til at det er uheldig at datakvaliteten så langt ikke har vært god nok. De regionale helseforetakene ble bedt om å sikre at helseforetakene har rutiner for kvalitetssikring av data før rapportering til Norsk pasientregister, at rapporteringen skjer elektronisk og at rapporteringsfrister blir overholdt. Departementet vil sende ut nærmere informasjon om manglene ved rapporteringen.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene sørge for økt kvalitet i rapporteringen til Norsk pasientregister, i tråd med informasjon som vil bli gitt i eget brev.

6.2 System for innføring av ny teknologi og nye metoder i spesialisthelsetjenesten

Det er under etablering et nasjonalt system for innføring av ny teknologi og nye metoder i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å implementere systemet i samarbeid med Statens legemiddelverk, Helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Innføring av ny teknologi eller metode omfatter også nye legemidler. Legemiddelinnkjøpsamarbeidet vil ha en viktig rolle i denne sammenhengen, blant

annet ved gjennomføring av prisforhandlinger. Forankring av systemet i foretaksstrukturen er en forutsetning for at systemet skal bli et viktig hjelpemiddel for beslutningstakerne.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å vurdere Legemiddelinnkjøpssamarbeidets (LIS) sin rolle i system for innføring av ny teknologi og nye metoder i spesialisthelsetjenesten.

Foretaksmøtet vedtok:

Øvrige styringskrav for 2013 legges til grunn for styrets arbeid.

Sak 7 Endringer i vedtektene §§ 8, 9 og 12 jf. helseforetaksloven § 12 og vedtektene § 19

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

Det vises til Stortingets behandling av Prop. L 120 (2011-2012), jf. Innst. 62 L (2012-2013) *Endringer i helseforetaksloven*. Som følge av lovendringene vedtas det endringer i vedtektene §§ 8, 9 og 12.

Ny § 8 a *Oppnevning av styremedlemmer i helseforetak* vedtas som følge av endringene i helseforetaksloven og for å sikre ensartet fremgangsmåte for oppnevning av styremedlemmer.

Ny § 8 a fastsettes til:

"§ 8 a Oppnevning av styremedlemmer i helseforetak

Eieroppnevnte styremedlemmer i helseforetakene, herunder styreleder og nestleder, velges av foretaksmøtet.

I helseforetak som yter spesialisthelsetjeneste, skal et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene oppnevnes blant foreslåtte folkevalgte personer med nåværende eller tidligere politiske verv.

Det regionale helseforetaket skal be kommuner, fylkeskommuner og Sametinget om forslag til kompetente folkevalgte kandidater til styrene.

Det enkelte styremedlem skal som styremedlem ikke representere geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper.

Styrene skal samlet sett ha en kompetanse som står i forhold til de oppgavene styret har og de utfordringene helseforetakene står overfor.

Styret skal samlet sett ha en geografisk, partipolitisk og aldersmessig bredde, samt ivareta kravet til kjønnsmessig balanse etter reglene i aksjeloven § 20-6, jf. helseforetaksloven 21 første ledd".

Som en følge av endringene i helseforetaksloven § 30, fastsettes det nye vedtektsbestemmelser som presiserer hvilke vedtak som skal treffes av foretaksmøtet.

§ 9 endres fra:

"§ 9 Vedtak som skal treffes av foretaksmøtet

Foretaksmøtet i Helse Midt-Norge RHF skal treffe vedtak i alle saker som antas å være av vesentlig eller prinsipiell betydning helsepolitisk, forskningspolitisk, utdanningspolitisk eller samfunnsmessig, jf. helseforetaksloven § 30. Det gjelder blant annet saker som:

- 1. utskilling av større deler av virksomheten*
- 2. deltakelse i omfattende samarbeid eller vesentlige endringer i dette*
- 3. omfattende endringer i tjenestetilbudet*

Vedtak om salg og pantsettelse av fast eiendom og salg av sykehusvirksomhet skal også treffes av foretaksmøtet, jf. helseforetaksloven §§ 31 og 32.

Styret skal oversende saker som nevnt i første og annet ledd, til departementet.

Styret må, i vedtektene til helseforetak som Helse Midt-Norge RHF eier, sikre at det får seg forelagt saker som det etter loven eller vedtektene har plikt til å forelegge foretaksmøtet.”

Til ny § 9:

”§ 9 Vedtak som skal treffes av foretaksmøtet

Foretaksmøtet i Helse Midt-Norge RHF skal treffe vedtak i alle saker som antas å være av prinsipiell eller vesentlig samfunnsmessig betydning, helsepolitisk, forskningspolitisk eller utdanningspolitisk. Dette gjelder blant annet saker som:

- 1. vedtak om nedleggelse av sykehus*
- 2. utskilling av større deler av virksomheten*
- 3. vedtak som kan endre virksomhetens karakter*
- 4. omfattende endringer i tjenestetilbudet*
- 5. vedtak om endringer i antallet helseforetak samt andre virksomheter organisert som egne rettssubjekt i helseregionen*
- 6. vedtak om vesentlige endringer i opptaksområdene for helseforetak og andre virksomheter organisert som egne rettssubjekt i helseregionen*
- 7. deltakelse i omfattende samarbeid eller vesentlig endringer i eksisterende samarbeid*

Vedtak om salg og pantsettelse av fast eiendom og salg av sykehusvirksomhet skal også treffes i foretaksmøtet, jf. helseforetaksloven §§ 31 og 32.

Styret skal oversende saker som er nevnt i første og annet ledd, til departementet.

Styret må sikre at det, fra virksomheter som Helse Midt-Norge RHF eier, får seg forelagt saker som styret etter loven eller vedtektene har plikt til å forelegge foretaksmøtet.”

Det vises til endringer i helseforetaksloven § 33 første ledd. Bestemmelsene om at vedtektene til de regionale helseforetaks skal fastsette rammer for låneopptak er tatt ut.

Låneopptak rammestyres ikke og de regionale helseforetakene kan bare ta opp driftskreditt og lån til investeringsformål gjennom statlige bevilgninger.

§ 12 endres fra:

”§ 12 Låneopptak

Helse Midt-Norge RHF gis en låneramme på totalt 6 800 mill. kroner til investeringslån og driftskreditt. Helse Midt-Norge RHF kan dog ikke ta opp lån eller driftskreditt, heller ikke for utlån til virksomheter som det eier eller har driftsavtale med, som samlet sett overskrider årlige rammer for lån til investeringsformål eller driftskreditt fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet.

Dersom Helse Midt-Norge RHF gir helseforetak som det eier adgang til å ta opp lån, skal det fastsettes en låneramme for det enkelte helseforetak.

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

Til ny § 12:**”§ 12 Låneopptak**

Helse Midt-Norge RHF kan kun ta opp lån gjennom statlige lånebevilgninger.

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:

Foretaksmøtet fastsetter nye §§ 8 a, 9 og 12 i vedtektene.

Sak 8 Stadfesting av tidligere vedtak

Etter etablert praksis skal vedtak som er fattet i telefonmøte, stadfestes i første ordinære foretaksmøte. Denne praksisen opphører 1. januar 2013, jf. endringer i helseforetaksloven der det lovfestes av foretaksmøtene kan holdes som video- eller telefonmøte.

Det ble vist til foretaksmøtet i Helse Midt-Norge RHF 15. oktober 2012. Møtet ble gjennomført som telefonmøte og gjaldt planlegging av et norsk senter for partikkelterapi.

Foretaksmøtet vedtok:

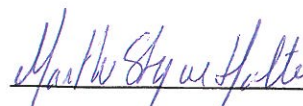
Tidligere vedtak stadfestes.

Møtet ble hevet kl. 13.55.

Oslo, 30. januar 2013



Jonas Gahr Støre



Marthe Styve Holte