

STYRINGSdokUMENT 2003

0.	Innledning.....	3
1.	Tildeling av midler og ressursgrunnlag for Helse Midt-Norge RHF	6
2.	De regionale helseforetakene som bærere av felles nasjonale verdier.....	11
3.	Styringskrav knyttet til aktivitet og innhold (Den helsepolitiske bestillingen)	13
3.1	Forventninger til aktivitet	14
3.2	Pasientbehandling	14
3.2.1	Lovpålagte rammebetingelser.....	15
3.2.2	Kvalitet, prioritering og metodevurdering.....	16
3.2.3	Ventetider og korridorpasienter	17
3.2.4	Samarbeid med primærhelsetjenesten	18
3.2.5	Beredskap	19
3.2.6	Forebyggende arbeid.....	19
3.2.7	Opptrappingsplanen for psykisk helse.....	20
3.2.8	Kreftbehandling og kreftomsorg	21
3.2.9	Den akuttmedisinske kjeden.....	22
3.2.10	Strukturelle tiltak	23
3.2.11	Tilbudet til rusmisbrukere	24
3.2.12	Særskilte tiltak.....	24
3.3	Utdanning.....	27
3.4	Forskning	27
3.5	Pasientopplæring.....	28
4.	Helsedepartementets eierkrav knyttet til økonomi og organisasjonsutvikling.....	29
4.1	Økonomiske prestasjonskrav.....	29
4.1.1	Resultatkrav og forventet effektivisering	29
4.1.2	Kapitalfundamentet til Helse Midt-Norge RHF.....	30
4.2	Organisasjonsutviklingstiltak.....	30
4.2.1	Utvikling av relasjonen mellom de to rolleelementene: "sørge for"-rollen og rollen som eier av helseforetaksgruppen.....	31
4.2.2	Ledelse.....	32
4.2.3	Informasjons- og kommunikasjonsteknologi	33
4.2.4	Innkjøp.....	33
4.2.5	Åpenhet og medvirkning	34
5.	Private aktører.....	34
6.	Nasjonale prosesser – forventninger om deltakelse	36
6.1	Nasjonal enhet for fritt sykehusvalg.....	36
6.2	Nasjonalt system for kvalitetsindikatorer	37
6.3	Kvalitetsregistre.....	37
6.4	Faglige retningslinjer	38
6.5	Sektorvis miljøhandlingsplan	38
7.	Nasjonale aktører.....	38
7.1	Sosial- og helsedirektoratet	38
7.2	Nasjonalt folkehelseinstitutt.....	39
7.3	Statens helsetilsyn.....	40
7.4	Statens legemiddelverk.....	40

7.5	Statens strålevern	40
8.	Nye oppgaver for de regionale helseforetakene.....	40
9.	Styringsdialog og rapportering.....	41

Vedlegg Styringsdokument – vedtak og dokumenter om helsepolitikken innhold

0. INNLEDNING

De regionale helseforetakene får tilnærmet alle sine inntekter gjennom statlige bevilgninger. Helseforetaksloven fastslår at Helsedepartementet kan sette vilkår når midler overføres til de regionale helseforetakene. På denne måten kan Storting, regjering og departement stille krav om hvordan midlene skal brukes for å realisere helsepolitiske mål og at midlene dermed brukes til beste for pasientene. Helsedepartementet tilstreber at tildeling av midler og fastsettelse av vilkår skal gjøres på en samlet måte gjennom det årlige styringsdokumentet. Dette gjør departementet i sin rolle som *tilskuddsforvalter/bestiller av helsetjenester*.

Helsedepartementet har også rollen som forvalter av det statlige eierskapet til de fem regionale helseforetakene – *eierrollen*. Denne rollen utøves gjennom to typer virkemidler. For det første gjennom ordinære eiervirkemidler, slik disse er angitt i helseforetaksloven (vedtekter, beslutning i foretaksmøte mv). For det andre gir helseforetaksloven hjemmel til å gi styringsbudskap om økonomiske og organisatoriske forhold – altså funksjoner som inngår i eierrollen. Når det i styringsdokumentet styres på slike forhold er formålet å ivareta at det i organisatoriske og økonomiske forhold skjer en ønsket nasjonal koordinering mellom de regionale helseforetakene. I tillegg brukes styringshjemmelen til å stille økonomiske prestasjonskrav (krav til økonomisk resultat og effektiviseringskrav).

De to ovenstående rolleelementene brukes til å ivareta Helsedepartementets *rolle knyttet til det såkalte "sørge for"-ansvaret*. Dette ansvaret er helt sentralt i oppbyggingen av ansvarsstrukturen for gjennomføringen av helsepolitikken. Det følger av lov om spesialisthelsetjeneste at Helsedepartementet på det nasjonale planet har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendige spesialisthelsetjenester. Samme lov inneholder bestemmelse om at de regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon.

Med utgangspunkt i innholdet i det nasjonale "sørge for"-ansvaret må Helsedepartementet gjennom sine posisjoner i forhold til de regionale helseforetakene påse at innholdet i de regionale "sørge for"-ansvarene blir tilstrekkelig klarlagt og at resultat- og prestasjonskrav klargjøres og følges opp. Det skal understrekes at man ikke gjennom disse to ovenstående rolleelementene forestår den samlede helsepolitiske styringen av de regionale helseforetakene. Det foreligger en rekke lovvedtak, forskrifter og øvrige dokumenter og vedtak som fastslår mål, rammer og retningslinjer for helsetjenesten. Det forutsettes at de regionale helseforetakene er kjent med disse forutsetningene og at de legges til grunn for deres planer og gjennomføring av tiltak. Til hjelp for dette er det i vedlegg til styringsdokumentet gitt en oversikt over de mest aktuelle vedtak og dokumenter. I tillegg er det også etablert ulike myndighetsorganer som gjennom myndighetstiltak bidrar til å realisere de helsepolitiske målene.

Med dette som bakgrunn, er styringsbudskapet til de regionale helseforetakene knyttet til tre overordnede styringskrav og styringsutfordringer:

- de regionale helseforetakene må gjennomføre en tilstrekkelig avklaring av innholdet i det regionale "sørge for"-ansvaret i sin region og det må etableres et opplegg for oppfølgingen av dette ansvaret
- de regionale helseforetakene er leder av de regionale helseforetaksgruppene (det regionale helseforetaket, egne helseforetak og eventuelt andre eide selskaper). Det er helseforetaksgruppen som står for den klart dominerende andelen av de helsetjenestene som ytes når det regionale "sørge for"-ansvaret skal oppfylles. Det regionale helseforetaket har et overordnet ansvar for at oppgavene som løses av helseforetakene er i samsvar med helsepolitikkenes prioriteringer og skjer med god og riktig kvalitet, service og gjennom effektiv ressursbruk
- foretaksmodellens suksess er avhengig av at de regionale helseforetakene på en god måte klarer å kombinere de to ansvarsposisjonene: det regionale "sørge for"-ansvaret og rollen som leder av helseforetaksgruppen som leverer størsteparten av helsetjenestene som inngår i det regionale "sørge for"-ansvaret. Det helt sentrale er at den siste rollen skal brukes for å oppfylle "sørge for"-ansvaret på en god måte. Det er altså i strid med modellen dersom beslutningskompetansen som er knyttet til "sørge for"-ansvaret brukes for å "understøtte eller hjelpe" egne helseforetak – der kjøp av tjenester fra andre leverandører ville vært bedre for pasientene.

Kjernen i de regionale helseforetakenes oppdrag er å realisere de politisk besluttede målene gjennom utvikling av spesialisthelsetjenesten. Dette vil også innebære omstillinger der det hos ulike aktører og interessenter kan gjøre seg gjeldende ulike oppfatninger. De regionale helseforetakene oppfordres til å legge stor vekt på å skape legitimitet for tiltakene som gjennomføres, ved at:

- koblingen opp mot politiske mål- og rammevedtak tydeliggjøres
- det gjennom prosesser og dokumentasjon legges vekt på tiltakenes faglige forankring
- de ulike interessenter trekkes inn i prosesser før beslutningene fattes
- det gjennom aktiv informasjon skapes en åpenhetskultur om grunnlaget for beslutninger og gjennomføringen av tiltak.

Ovenstående gir den rolle- og styringsmessige bakgrunnen for oppbyggingen av styringsdokumentet:

I *kapittel 1* stilles midlene formelt til disposisjon for de regionale helseforetakene og de formelle vilkårene knyttet til tildelingene klargjøres. I dette kapitlet framstilles således det samlede ressursgrunnlaget som det regionale helseforetaket har til disposisjon for å løse sine oppgaver. Denne formidlingen av midler er en viktig del av Helsedepartementets rolle som tilskuddsforvalter.

Kapittel 2 omtaler verdier man ønsker at den norske helsetjenesten skal kjennetegnes av.

I *kapittel 3* gis det helsepolitiske styringsbudskapet. Kravet til omfang av tjenester klargjøres. Det stilles krav til tjenesteytingens innhold. Kravene knyttes til de regionale helseforetakenes fire hovedoppgaver: pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Kravene har dels karakter av overordnede kvalitative krav til tjenestene og dels er det kvantitative krav for spesifikt angitte tjenester eller tiltak.

Kapittel 4 gjennomgår styringskrav satt av departementet i egenskap av eier. Dette omhandler styringskrav til økonomiske resultater og krav knyttet til organisatoriske forhold. Et viktig formål for denne styringen er å sikre at det skjer en tilstrekkelig nasjonal koordinering av de regionale helseforetakenes tiltak.

Private aktører har en viktig rolle i realiseringen av helsepolitikken. Tatt i betraktning de utfordringer som følger av at de regionale helseforetakene både har et regionalt "sørge for"-ansvar og er eier av den regionale helseforetaksgruppen, er det viktig å forholde seg til private og frivillige aktører på en god måte. De rolle- og styringsmessige rammene for dette omtales i *kapittel 5*.

De regionale helseforetakene er gitt en selvstendig organisatorisk stilling for at de skal ha stor frihet til å legge opp egen drift innenfor de mål og rammer som er fastsatt av overordnede politiske organer. Denne organisatoriske posisjonen gjør det særlig viktig at de regionale helseforetakene på en god måte samspiller med andre myndighetstiltak som iverksettes for å realisere helsepolitikken. Det er under gjennomføring flere slike tiltak. Helsedepartementet har funnet det riktig i styringsdokumentet å gjennomgå de viktigste tiltakene og klargjøre hvilke krav til medvirkning som stilles til de regionale helseforetakene. *Kapittel 6* redegjør for dette.

Forskjellige myndighetsorganer har ulike oppgaver i forhold til de regionale helseforetakene. Det framgår av lovgrunnlag og supplerende beslutninger hvilken rolle det enkelte myndighetsorgan har i forhold til de regionale helseforetakene. Respekt for disse tiltakene og gode relasjoner mellom myndighetsorganer og de regionale helseforetakene er viktig for å bidra til realisering av helsepolitikken. *Kapittel 7* omhandler forventninger til hvilke relasjoner de regionale helseforetakene skal ha til disse myndighetsorganene.

I 2003 og 2004 vil de regionale helseforetakene få flere nye oppgaver. I *kapittel 8* gis kortfattede omtaler av disse nye oppgavene.

Styringsdokumentet avsluttes med *kapittel 9* der styringsdialog og krav til rapportering gjennomgås. Her omtales også det plan- og meldingssystem for de regionale helseforetakene som nå er under utvikling og som skal være et viktig bindeledd mellom den overordnede politiske styringen og virksomheten i de regionale helseforetakene.

Styringsdokumentet er lengre enn ønskelig, men departementet har også i styringsdokumentet for 2003 funnet det riktig å omtale forhold relatert til modellen som sådan, andre aktører og myndighetstiltak. Styringsdokumentet omfatter således mer

enn det som følger direkte av departementets behov for sette mål og resultatkrav overfor foretakene.

1. TILDELING AV MIDLER OG RESSURSGRUNNLAG FOR HELSE MIDT-NORGE RHF

Basis for Helse Midt-Norge RHF sine inntekter er i all hovedsak bevilgningsvedtak fra Stortinget og midler som overføres til foretaket med grunnlag i disse vedtakene. Nedenfor redegjøres for hvilke ressurser Helsedepartementet stiller til disposisjon for 2003. Dette vil i tillegg til inntekter i form av egenandeler ved poliklinisk virksomhet, være det ressursgrunnlag som Helse Midt-Norge RHF må løse sine oppgaver innenfor. Helse Midt-Norge RHF må gjøre seg kjent med innholdet i Helsedepartementets budsjettframlegg (St.prp. nr.1 (2002-2003) for Helsedepartementet og Stortingets innstilling til denne (Budsjett-innst. S. nr. 11 (2002-2003))). Dette gjelder hovedsakelig programkategori 10.30 Spesialisthelsetjenesten og programkategori 10.40 Psykisk helse.

Tildelingen som er angitt nedenfor gir de samlede rammer for den aktivitet som Helse Midt-Norge RHF skal gjennomføre i 2003. Det understrekes at Helse Midt-Norge RHF har anledning til og skal øke aktiviteten dersom dette kan skje innenfor budsjettets rammer. Når det gjelder bruk av ressurser og aktivitetsnivå vises også til omtale i pkt. 4 og de premisser som der angis for at Helse Midt-Norge RHF kan bruke mer enn ett år for å etablere balanse i driftsøkonomien.

Det forventes at Helse Midt-Norge RHF's bruk av midler skjer ut fra følgende overordnede tilnærmingmåte:

- Det regionale helseforetaket setter seg inn i helsepolitikkenes helhetlige målstruktur (se vedlegg) og tilstreber god og effektiv ressursbruk ut fra dette målbildet.
- Det regionale helseforetaket skal legge særlig vekt på å følge opp de prioriteringer, retningslinjer og resultatkrav som angis i dette styringsdokument.

Helsedepartementet legger vekt på at Helse Midt-Norge RHF med utgangspunkt i samlet målstruktur og resultatkrav bruker de tildelte midlene på en helhetlig måte. Disse styringskravene og forventningene er i så henseende angitt i de etterfølgende punktene i dette styringsdokumentet. Samtidig skal det understrekes at bevilgningen på hvert enkelt kapittel og post utgjør et særskilt vedtak. Det er derfor viktig at også premissene knyttet til det enkelte vedtaket blir oppfylt. Også av denne grunn bes Helse Midt-Norge RHF gjennom budsjettokumentene for 2003 å gjøre seg kjent med bakgrunnen for styringsdokumentet. Nedenfor angis styringskrav som følger av Stortingets budsjettbehandling og som ikke fanges opp av de styringsdirektiver som styringsdokumentet i det etterfølgende gir:

Formell tildeling av midler

Helsedepartementet meddeler med dette at Helse Midt-Norge RHF i 2003 skal basere sin virksomhet på følgende tildeling av midler:

<i>i 1 000 kroner</i>				
Kap	Post	Betegnelse	Midler til Helse Midt-Norge RHF	Stortingets samlede bevilgning på posten
732	70	Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 71,72, 73, 74 og 75</i>		312 690
	70	Tilskudd til helseforetakene (hospiceplasser)	Ikke fordelt	(10 000)
	70	Tilskudd til helseforetakene (opptreningsinstitusjoner m.v.)	Ikke fordelt	(158 050)
	70	Tilskudd til helseforetakene (Norsk Pasientskadeerstatning)	12 916	(91 640)
	70	Tilskudd til helseforetakene (kreftplanen, investeringer)	Ikke fordelt	(53 000)
	74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	3 730 800	29 377 000 ³⁾
	76	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	¹⁾ og ²⁾	16 852 800
	77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehusene m.v., <i>overslagsbevilgning</i>	¹⁾ og ²⁾	3 829 700
	78	Tilskudd regionsykehus	494 820	2 118 600
739	75	Kreftbehandling m.m, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	Fordeles etter søknad	340 900
743	73	Tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger, <i>kan overføres</i>	2 753	22 550 ⁴⁾
	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	171 364	1 165 350 ⁵⁾

I tillegg tildeles følgende midler som lån:

732	90	Lån til investeringsformål i helseforetak	918 000	2 000 000
-----	----	---	---------	-----------

¹⁾ Utbetalingene over disse budsjettpostene betales på grunnlag av registrert aktivitet. Dette innebærer at departementet ikke på forhånd vet hvor store utbetalinger hvert regionale helseforetak vil motta. Det henvises i denne forbindelse til omtale på side 8 i dokumentet.

²⁾ Utbetalingene til Helse Midt-Norge RHF over disse overslagsbevilgningene på statsbudsjettet styres av regelverket og nivået på aktiviteten. Dette innebærer at man ikke på forhånd kan beregne eksakt hvor store utbetalinger Helse Midt-Norge RHF vil motta siden man ikke på forhånd eksakt kan anslå nivået på aktiviteten. Det henvises i denne forbindelse til side 8 i styringsdokumentet som omtaler selve budsjettpostene og punkt 3.1 som omtaler styringskrav knyttet til aktivitet.

³⁾ Samlet bevilgning på postene 732.71-75

⁴⁾ Av dette beløpet tildeles de regionale helseforetakene kroner 15 168 000, resterende beløp

kroner 7 382 000 forvaltes i 2003 av Sosial- og helsedirektoratet

⁵⁾Av dette beløpet tildeles de regionale helseforetakene kroner 1 148 850 000, resterende beløp kroner 1 500 000 forvaltes i 2003 av Sosial- og helsedirektoratet

Oversikt over første utbetaling i januar og utbetalingsfrekvens for resten av året redegjøres for i egen ekspedisjon som er sendt de regionale helseforetakene.

Nærmere om premisser knyttet til enkeltstående kapitler/poster

Tilskuddet skal forvaltes i tråd med gjeldende regelverk og ressursene brukes slik at de helsepolitiske målsetningene ivaretas på best mulig måte.

Kap. 732, post 70 Tilskudd til helseforetakene

Hovedregelen er at tildeling av basisbevilgningen skjer på kap. 732 post 74 Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF. Det er særskilte forhold som gjør at det bevilges midler på en felles post til de regionale helseforetakene. Bevilgningen under post 70 dekker tilskudd til hospiceplasser, Norsk pasientskadeerstatning, opptreningsinstitusjoner og investeringsmidler under kreftplanen.

Kap. 732, post 74 Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF

Basisbevilgningen skal, sammen med øremerkede bevilgninger gjøre Helse Midt-Norge RHF i stand til å fylle sin helsepolitiske rolle og gjennomføre sin oppgave. Det er ulikheter i overføringer til de regionale helseforetakene målt i kroner pr. innbygger. Dette skyldes i hovedsak at fordelingen er basert på fylkeskommunenes tidligere utgiftsnivå til spesialisthelsetjenesten. Utvalget som har utredet fremtidig finansiering av spesialisthelsetjenesten (Hagen-utvalget) har vurdert fordelingsspørsmålet. Departementet vil følge opp dette og komme tilbake til saken i forbindelse med 2004-budsjettet.

Av bevilgningen er 2 mill. kroner øremerket for å videreføre ultralydutdanningen for jordmødre ved Nasjonalt Senter for Fostermedisin ved St. Olavs Hospital.

Det framgår av styringsdokumentet for 2002 at flere av de tidligere øremerkede midlene nå inngår i basistilskuddet. Også for 2003 er tidligere øremerkede tilskudd lagt inn i basistilskuddet. Tatt i betraktning at disse formålene dermed nylig har vært underlagt overordnet politisk behandling forutsettes det at aktivitetene i det vesentlige blir opprettholdt.

Kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus, overslagsbevilgning

Hovedmålsettingen med ISF-ordningen er å øke aktiviteten innen den somatiske spesialisthelsetjenesten gjennom å stimulere til økt effektivitet. Helse Midt-Norge RHF oppfordres til styringsmessig å følge opp ISF-ordningen slik at dette formålet blir ivare tatt.

Refusjonssatsen for ISF er økt fra 55 til 60 prosent for 2003.

Bevilgningen til innsatsstyrt finansiering (ISF) er en såkalt "overslagsbevilgning". Hva som er det praktiske innholdet i denne særskilte hjemmelen må forstås ut fra at Helse Midt-Norge RHF får sine ressurser som en blanding av basistilskudd og aktivitetsbasert tilskudd. Så lenge basisbevilgningene ikke overskrides har Helse Midt-Norge RHF anledning til å øke aktiviteten ut over opprinnelige måltall, selv om dette medfører at ISF-utgiftene overstiger bevilget beløp. Helsedepartementet vil understreke den særskilte styringsmessige utfordringen som ligger i at det samlet for det regionale helseforetaket ikke skal skje aktivitetsøkninger som medfører at basisbevilgningen overskrides. ISF er ikke ment å dekke marginalkostnaden fullt ut, men skal bidra til å avlaste de regionale helseforetakene for kostnadsrisiko knyttet til flere behandlinger enn planlagt. Ved aktivitetsvekst ut over planlagt aktivitet må de regionale helseforetakene selv dekke kostnader ut over ISF-refusjonen.

Kap. 732, post 77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehusene m.v., overslagsbevilgning
Statens refusjoner for poliklinisk virksomhet inklusive pasientenes egenbetaling dekker om lag halvparten av gjennomsnittskostnadene. De øvrige kostnadene knyttet til planlagt aktivitet dekkes av rammebevilgningen til de regionale helseforetakene. De polikliniske refusjonene utbetales til behandlende sykehus. Ved aktivitetsvekst ut over planlagt aktivitet må de regionale helseforetakene/helseforetakene selv dekke kostnader ut over refusjon og egenbetaling. I oppfølgingen av bevilgningene må det tilstrebes at tiltak gjennomføres på laveste effektive omsorgsnivå. Departementet understreker viktigheten av at det må gjennomføres nødvendige strakstiltak med utgangspunkt i de gitte bevilgningene.

Kap 732, post 78 Tilskudd til regionsykehus

Regionsykehusstilskuddet består av fire deler: tilskudd til basiskostnader, særskilte funksjoner, forskning og undervisning. Fordelingen mellom tilskuddene framgår av St.prp. nr. 1 (2002-2003). Helsedepartementet vil sende et eget tilsagnsbrev om tilskudd til særskilte funksjoner, forskning og undervisning til Helse Midt-Norge RHF. Helse Midt-Norge RHF må sende en samlet prioritert søknad om tilskudd til særskilte funksjoner for 2003 innen 1. februar 2003. Det vises til rundskriv I-8/2000 om godkjente særskilte funksjoner. Departementet tar forbehold om avkorting, evt. omfordeling av regionsykehusstilskuddet i 2003, dersom regnskapene for 2002 viser et mindreforbruk. Frist for innsendelse av regnskap og rapportering på regionsykehusstilskuddet for 2003 er 31. mars 2004. Søknadsprosedyrer og krav til rapportering og regnskap følger samme mal som for 2002.

Kap. 732, post 90 Lån til investeringsformål i helseforetak

Helse Midt-Norge RHF vil få stilt til disposisjon 918 mill. kroner av den samlede lånebevilgning til de regionale helseforetakene. Helsedepartementet forbeholder seg retten til å omdisponere ubrukt beløp til andre regionale helseforetak dersom det er behov for det. En slik omdisponering vil kun skje dersom Helse Midt-Norge RHF ikke vil benytte sin del av lånebevilgningen fullt ut. Det vises for øvrig til brev av 13.12.02

mht. lånevilkår mv. Det vises også til egen ekspedisjon vedr. beslutning om og gjennomføring av investeringsprosjekter i foretakene.

Kap. 743, post 73 Psykososialt team for flyktninger

Helse Midt-Norge RHF er pliktig til å yte et spesialisert helsetilbud også til innvandrere og flyktninger. Det er opprettet et psykososialt team for flyktninger i hver helseregion med ansvar for å bygge opp kompetanse innen fagområdet flyktningers psykiske helse, hos fagprofesjonene i helsevesenet.

Kap. 743, post 75 Tilskudd til styrking av psykisk helse

Bevilgningen skal sette spesialisthelsetjenesten i stand til å gjennomføre planlagt styrking av psykisk helsevern. Vilkår for tilskuddet er at aktivitetsnivået må videreføres slik at tilbudet i 2003 minst skal være på samme nivå med 2002 og i tillegg bli supplert med de ytterligere tiltak som følger av midler fra opptrappingsplanen.

Inkludert i beløpet på 171,4 mill. kr. er det satt av 3 mill. kr. til subsidiering av gjestepasienter ved sikkerhetsavdelingen ved Brøset. Tilskudd til kompetansesenter i sikkerhets, fengsels- og rettspsykiatri er overført tilskudd til regionsykehus kap. 732, post 78.

Kap. 744, post 70 Fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede

Jf. endringer i straffeloven, Ot. prp. nr. 46 (2001-2002) har Helse Midt-Norge fått ansvaret for å etablere fagenhet for psykisk utviklingshemmede lovbrystere. Utgifter til etablering og drift skal dekkes over posten. Tilsvarende gjelder kostnader knyttet til gjennomføring av særreaksjonen utenfor fagenheten.

Driftskreditter

De regionale helseforetakene har samlet i 2003 fått adgang til å ta opp driftskreditter for 4,5 mrd. kroner. Dersom Helse Midt-Norge RHF ønsker å benytte hele eller deler av sin andel av denne rammen, må Helsedepartementet søkes om utvidet driftskreditramme.

Ny universitetsklinikk i Trondheim

En særskilt oppgave og utfordring for Helse Midt-Norge RHF i 2003 og kommende år er utbygging og planlegging av ny universitetsklinikk på Øya. Departementet viser til St.prp. nr. 53 (2001-2002) og Innst.S. nr. 193 (2001-2002), vårt brev av 30.05.02 som ga fullmakt til igangsetting av fase 1 inklusiv pasienthotell og teknisk forsyningssenter innenfor rammene av Stortingets vedtak, samt vårt brev av 01.10.02. Som beskrevet i sistnevnte brev vil den videre oppfølgingen og rapporteringen i forbindelse med prosjektet fom. 2003 i hovedsak bli integrert i den ordinære helhetlige styringen og rapporteringen for Helse Midt-Norge RHF. Visse særskilte krav i forbindelse med rapportering er omtalt i nevnte brev, og det minnes for øvrig om at kostnadsrapportering må være gjenkjennelig i forhold til Stortingets forutsetninger og vedtatt kostnadsramme for fase 1.

Når det gjelder det pågående og forestående planleggingsarbeidet inn mot videre utbygging – fase 2, er det i nevnte dokumenter redegjort for sentrale premisser for arbeidet. Vi minner om at det i arbeidet skal legges vekt på reell vurdering av alternative løsninger, forsvarlige totalkostnader, og at økonomiske vurderinger må gjøres gitt nye rammebetingelser.

Videre finansiering av sykehusdelen av utbyggingen er fom. 2003 lagt om, som beskrevet i St.prp. nr. 1 for 2003 og i tråd med nytt opplegg for finansiering av helseforetakenes investeringer.

2. DE REGIONALE HELSEFORETAKENE SOM BÆRERE AV FELLES NASJONALE VERDIER

Hovedoppgaven for de regionale helseforetakene er å levere gode helsetjenester i samsvar med helsepolitikkenes mål. Dette er først og fremst viktig for pasientene. Men det er også på en grunnleggende måte med på å prege verdier i det norske samfunnet, særlig gjennom de mål og standarder som settes for befolkningens likeverdige tilgang til nødvendige helsetjenester og den vekt som legges på individets plass i forhold til tjenesten - med vekt på respekt for individets integritet og ukrenkelige verd og med vekt på pasientenes medvirkning og mulighet for egne valg.

Helsedepartementet håper at mange kan oppleve glede og stolthet over å delta i et så stort verdiprojekt.

Samtidig er vi klar over at hverdagen ofte kan oppleves annerledes, med tidspress, økonomipress og med et uforløst ønske om å kunne gjøre mer og være mer for pasientene. Vi deler alle ønsket om å komme videre. Vår ambisjon er at de rammebetingelser som over tid utvikler seg i kombinasjon med interne forbedringstiltak, skal gi gode arbeids- og utviklingsmuligheter for de fleste medarbeiderne.

De samfunnsmessige verdiene som helsepolitikken er tuftet på skal komme til uttrykk gjennom foretakenes virksomhetskultur og medarbeidernes holdninger. Helsedepartementet vil derfor at de regionale helseforetakene setter verdispørsmål på dagsorden. Dette må skje gjennom dialog forankret i konkrete arbeidserfaringer.

Nedenfor setter Helsedepartementet fokus på noen av temaene som naturlig bør inngå i de regionale helseforetakenes arbeid med verdier. Som en del av det ledelsesprogrammet som nå starter vil det i fellesskap med de regionale helseforetakene bli arbeidet videre med å nedfelle et kortfattet verdigrunnlag som kan brukes i arbeidet med å utvikle foretakenes felles virksomhetskultur.

Tilgang og likeverdighet

Det er en grunnleggende verdi at tjenestene skal være preget av *respekt for menneskeverdet, omsorg og ansvar* for den enkelte uavhengig av sykdom og plager og fase i livsløpet. Den enkelte pasients behov skal være utgangspunktet for alle

tjenestetilbud. Befolkningen skal oppleve at tjenestetilbudet er til for dem. Behandlingen skal gi trygghet og pasientene skal informeres og lyttes til.

Det skal prioriteres i forhold til de som trenger tjenestene mest, de som vil ha nytte av tilbudet, og der kostnadene står i rimelig forhold til effekt og nytte av behandlingen. Helsetjenesten skal særlig sørge for de svake gruppene, de som ikke når frem, eller som ikke greier å fremme eller synliggjøre egne behov.

Alle mennesker skal gis tilgang til viktige helsetjenester, uavhengig av bosted, økonomi, religion, etnisk tilhørighet og sosiale forhold. Det viktigste for samfunnet er at de tjenester som er nødvendige for å realisere dette, blir produsert, og at tjenestene når fram til de aktuelle brukerne. En offentlig styrt og finansiert helsetjeneste skal bidra til å realisere dette.

Profil preget av tillit

Det er viktig at det enkelte foretak og de ulike faglige enhetene innen foretaket vinner og opprettholder tillit og legitimitet i befolkningen.

Det er mange som konkurrerer om samfunnets felles ressurser. Alle som får ansvar for å forvalte midler har plikt til å bruke disse på mest mulig kostnadseffektiv måte. Dette gjelder også spesialisthelsetjenesten og foretakene. Effektiv bruk av ressurser gir flere tilgang til helsetjenester, men også større tillit til helseforetaket og tjenestene.

Det bør kontinuerlig være en åpen og kritisk debatt om offentlig tjenesteyting. Foretakene må ha en åpenhetskultur som understøtter dette. Samtidig må det være et mål for foretakene å utvikle profil og renommé som skaper tillit i befolkningen og som kan gi foretakene en offensiv posisjon i samfunnet. Foretakene må makte å samkjøre disse hensynene.

Målet for tjenesten – møtet med den enkelte

Møtet med pasienten er sannhetens øyeblikk for helsetjenesten. Pasienten har fått flere rettigheter – inklusiv retten til å velge sykehus og til informasjon og aktiv medvirkning. Respekten for den økte pasientmakt må samtidig gi et særlig fokus på pasienter eller pasientgrupper som ikke selv klarer å ivareta sine interesser. Det kreves altså at foretakene finner nye former der de skal være grunnleggende ”brukerorientert” samtidig som de skal ivareta tjenester som ikke drives fram av aktive brukere.

Kvalitet – prioritering - kunnskap

Tillit til helsetjenestene krever et skjerpet fokus på tjenestenes kvalitet. Ikke minst tilsier hensynet til og respekten for pasientene dette. Helseforetak som ikke leverer med god og riktig kvalitet vil over tid risikere å tape sine posisjoner. Manglende kvalitet vil kunne gi manglende etterspørsel.

Prioritering er en av helsetjenestens største utfordringer. Dette skjer på de overordnede politiske nivåene, men må også skje i den utøvende helsetjenesten i helseforetakene. Det bør være aktive ledelser og faglige miljøer som bevisstgjør seg i

forhold til prioriteringsforskriftene, de underliggende lovbestemmelser og øvrige myndighetstiltak på området.

Helseforetakene er kunnskapsvirksomheter. For å møte utfordringen som ligger i tilgang og tillit til helsetjenestene, må foretakene utnytte, oppdatere og utvikle kunnskapen hos sine medarbeidere, og de må vinne kampen om den kvalifiserte arbeidskraften. Dette forutsetter en personalpolitikk som reflekterer respekten for den enkelte medarbeider og som inkluderer vilje til å utvikle medarbeideren i samsvar med de krav som tjenesten stiller og ut fra medarbeiderens forutsetninger.

Ivaretagelse av integritet

Helse Midt-Norge RHF skal legge til rette for og påse at helsepersonell utfører arbeidet i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet (jf. helsepersonelloven § 4). I dette ligger at den helsehjelpen som ytes, ikke skal påføre pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.

For å sikre nødvendig tillit til at helsetjenester leveres på et faglig grunnlag, må Helse Midt-Norge RHF påse at personell verken på egne eller andres vegne mottar gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som kan være egnet til å påvirke handlinger på en utilbørlig måte, eller som kan gi grunnlag for tvil om handlinger påvirkes (jf. helsepersonelloven § 6). Slik tvil kan også oppstå dersom arbeidstaker har bierverv eller annen tilknytning til leverandører eller tjenesteytere i forhold til foretaket.

Kirkelige tjenester ved foretakene

Det har i løpet av det siste året vært tatt ulike initiativer for å diskutere dimensjonering og organisering av kirkelige tjenester ved foretakene. Departementet vil følge opp dette arbeidet i et møte med relevante aktører i begynnelsen av år 2003.

Målbruk ved helseforetakene

Departementet vil i løpet av 1. kvartal i 2003 avholde møte med de regionale helseforetakene om oppfølging av formelle krav til målbruk, og om hvordan foretakenes språklige praksis skal bidra til å ivareta lokal/regional identitet.

3. STYRINGSKRAV KNYTTET TIL AKTIVITET OG INNHOLD (DEN HELSEPOLITISKE BESTILLINGEN)

Lov om spesialisthelsetjenesten, lov om helseforetak og de regionale helseforetakenes vedtekter angir formål og oppgaver for foretakene. Med dette som samlet utgangspunkt har de regionale helseforetakene fire hovedoppgaver som skal løses på en best mulig måte. Dette er pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Oppgavenes innhold må forstås på en tilstrekkelig utvidet måte, slik at for eksempel pasientbehandling inkluderer forebyggende arbeid, diagnostisk arbeid, habilitering, rehabilitering og pleie og omsorg, inklusive samarbeid med primærhelsetjenesten. Helsedepartementet knytter i dette kapitlet styringsbudskapet til de regionale helseforetakene til hver av de fire hovedoppgavene.

3.1 Forventninger til aktivitet

Aktiviteten i sykehusene anslås å ha økt med om lag 6 pst. fra 2000 til 2002 (målt som veid gjennomsnitt av heldøgnsopphold og dagopphold). Den ressursrammen som samlet blir stilt til rådighet for de regionale helseforetakene legger til rette for at aktiviteten skal kunne videreføres i 2003 på om lag samme høye nivå som i 2002. De enkelte helseforetak og de regionale helseforetakene vil i denne perioden hatt ulik veksttakt som i sum gir en aktivitetsvekst på om lag 6 pst. Budsjettframlegget innebærer et krav om at det regionale helseforetaket skal videreføre aktivitet fra 2002 til 2003 minst på samme nivå. Innenfor et regionalt helseforetak vil det imidlertid kunne være enkelte helseforetak som har lavere aktivitet i 2003 enn i 2002, men summen av aktiviteten må minst tilsvare nivået i 2002.

Som det framgår av pkt. 4.1 gir Stortingets budsjettvedtak åpning for at de regionale helseforetakene skal være i balanse 2004. Det tjenesteomfang som her omtales, kan dermed realiseres selv om dette gir et underskudd i 2003. Slik forutsetningene for å oppnå driftsmessig balanse nå fremstår vil departementet understreke at for å ivareta pasientbehandlingen nyttes hele omstillingsperioden til å oppnå balanse i driften.

Det understrekes at omfanget av tjenesteproduksjon skal økes dersom effektiviseringstiltak gir mulighet for dette. I tillegg kreves det at opptrappingsmidlene til psykisk helsevern benyttes i samsvar med de spesielle krav som stilles til gjennomføringen av denne planen. Tilbudet innen psykisk helsevern skal i sum minst være på nivå med 2002 og i tillegg bli supplert med de ytterligere tiltak som følger av de tildelte midlene fra Opptrappingsplanen.

I de budsjettutfordringene som helseforetakene står overfor i 2003 er det avgjørende at det gjennomføres omstillingstiltak som kan sikre bedre utnyttelse av foretakenes ressurser, både innen psykiatri og somatikk.

Det må være nødvendig fleksibilitet i gjennomføringen av det budsjettmessige opplegget for 2003 og 2004 slik at eventuelle manglende leveringsforpliktelser ved utgangen av 2002 i henhold til Opptrappingsplanen for psykisk helse ikke er oppfylt, kan rettes opp i perioden 2003-2004.

3.2 Pasientbehandling

De overordnede målsettingene for pasientbehandlingen er å:
skape trygghet for hjelp og behandling når sykdom rammer og funksjonsevnen svikter
tilby en tilstrekkelig behandlingsskapasitet innenfor spesialisthelsetjenesten
sikre en god kvalitet på disse tjenestene, og forbedre omstillingsevne og fleksibilitet for å sikre effektiv ressursbruk og på denne måten møte utfordringene knyttet til nye behandlingsmetoder og økende forventninger til hva sektoren kan levere.

Helsedepartementet har tillit til at det enkelte regionale helseforetak vil lage og gjennomføre strategiske og operative planer som på en god måte realiserer disse

målsettingene i samsvar med helsepolitikkenes mål og rammer, inklusive legge til rette for pasientenes medvirkning og valg, og at planer og tiltak tilpasses regionale og lokale forutsetninger. Basert på hva som har prioritet og fokus i den politiske behandlingen av spesialisthelsetjenesten og forhold som sett fra sentral eiermyndighetsposisjon framstår som viktige - både for å realisere helsepolitikkenes mål, og for å gi tjenesten tillit og legitimitet - fremhever Helsedepartementet at følgende forhold skal være under særskilt styringsmessig fokus i de regionale helseforetakene:

- Lovpålagte rammebetingelser
- Kvalitet, prioritering og metodevurdering
- Ventetider og korridorpasienter
- Samarbeid med primærhelsetjenesten
- Forebyggende arbeid
- Beredskap
- Opptrappingsplan for psykisk helse
- Kreftbehandling og kreftomsorg
- Den akuttmedisinske kjeden
- Strukturelle tiltak
- Tilbudet til rusmisbrukere
- Særskilte tiltak

Helsedepartementet forutsetter at de regionale helseforetakenes oppgaver knyttet til landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og kompetansesenteret videreføres.

Helsedepartementet vil også understreke at spesialisthelsetjenesten har et ansvar i å medvirke til at frivillige organisasjoner i sektoren gis økonomiske rammebetingelser som sikrer kontinuitet og fortsatt virksomhet. Helsedepartementet vil på bakgrunn av innspill fra de regionale helseforetakene se nærmere på en rolleavklaring i forhold til fylkeskommunene, og dessuten se på håndtering av organisasjoner med en mer generell samfunnsnyttig profil. Dette arbeidet vil skje i løpet av 2003. Departementet ber derfor om at de regionale helseforetakene i sin tildeling av tilskudd til frivillige organisasjoner i 2003 søker å videreføre den tildelingspolitikk som har vært ført i 2002, slik at en ikke utilsiktet setter enkeltorganisasjoners videre drift i fare. Departementet forutsetter at opplegget for, og enkeltsaker om tildeling av, tilskudd til frivillige organisasjoner skal forelegges de regionale brukerutvalgene til uttalelse.

3.2.1 Lovpålagte rammebetingelser

Det skal mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene være styrings- og oppfølgingssystemer som gir nødvendig sikkerhet for at helseforetaksgruppen gjennomfører sine aktiviteter i samsvar med lovpålagte rammebetingelser.

I løpet av de siste årene er det vedtatt flere lover som innebærer nye krav og gir nye rammebetingelser for foretakene. Det er viktig at det i foretakene gis prioritet til å gjennomføre de endringer og tilpasninger som de nye lovvedtakene med supplerende

forskrifter krever. Lovgivningen forutsetter at dette, både på helse/miljø/sikkerhetsområdet og på det helsefaglige området, i stor grad kan skje gjennom internkontrollteknikker innad i foretakene. Dette forutsetter at en faktisk kjenner de lovkravene som gjelder, og at en har systemer som dokumenterer og følger opp (for eksempel gjennom systemrevisjon) at de aktuelle lovbestemmelsene faktisk følges.

Helsetilsynet og fylkeslegene har i 2001 og 2002 identifisert områder der det ikke var god nok oppfølging og dokumentasjon av at lovkrav oppfylles. Dette er ikke akseptabelt. Helselovgivningen inneholder en rekke pliktbestemmelser, der pliktsubjektet ikke er entydig i forhold til dagens organisering i helseforetak. Helse Midt-Norge RHF må derfor utarbeide en oversikt som konkretiserer hvem som innen de ulike områdene er pliktsubjekt.¹ Helsedepartementet vil i tillegg særlig rette oppmerksomheten til kravene om enhetlig ledelse på alle nivåer, den faktiske gjennomføringen av bestemmelsen om pasientansvarlig lege, utarbeidelse av individuelle planer, samarbeid med og veiledning overfor primærhelsetjenesten, foretakenes meldeplikt til sentrale helseregistre, samt smittevernarbeidet.²

Helsedepartementet vil høsten 2003 foreta en gjennomgang sammen med hvert av de fem regionale helseforetakene om hvordan oppfølgingen av lovpålagte krav gjennomføres.

3.2.2 Kvalitet, prioritering og metodevurdering

Arbeid med kvalitet, prioritering og metodevurdering skal vektlegges i 2003. Det skal i årlig melding gis en orientering om strategi, hovedtiltak og effekter av dette arbeidet.

Dersom effektene av de samlede ressursene som de regionale helseforetakene disponerer skal bli gode, er det avgjørende at helseforetakene arbeider ut fra helsepolitikkenes prioriteringer, med de riktige metodene og med god kvalitet. I dette ligger at ingen pasientgrupper skal nedprioriteres på bakgrunn av kjønn, etnisk tilhørighet, alder eller sosial status. I dette ligger også at ulike befolkningsgrupper kan ha behov for noe ulik innretning på behandlingstilbudet. De regionale helseforetakene må systematisk arbeide med tiltak for at helseforetakenes helsefaglige praksis skal vise forbedringer på disse områdene.

Departementet forutsetter at de regionale helseforetakene som grunnlag for sine strategier og tiltak er seg bevisst hvordan ulike kompetansemiljøer og kunnskapskilder kan brukes, slik som Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens helsetilsyn, Prioriteringsrådet, Senter for medisinsk metodevurdering, ulike kvalitetsregistre mv. Det vises også til Nasjonal strategi for kvalitet i helse- og sosialtjenesten som er under etablering i regi av Sosial- og helsedirektoratet og som

¹ Et eksempel her er plikten til å yte øyeblikkelig hjelp, som er lagt på "sykehus"

² Jf. Lov 5. august 1994 nr. 55, om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven), med forskrifter

kan bli en viktig base for forbedringsarbeid. Departementet ber om at de regionale helseforetakene i sin relasjon til slike institusjoner både tilstreber en aktiv oppfølging av gitte og autoriserte tilrådinger og at man er aktiv med å etterspørre råd og vurderinger fra institusjonene om aktuelle prioriteringsspmåler som de regionale helseforetakene mter.

Statens helsetilsyn og fylkeslegene utarbeider hvert år en rekke rapporter basert på tilsyn med helsetjenestene. Disse gjøres fortløpende offentlig tilgjengelig³. Rapportene identifiserer områder med erkjent eller mulig svikt, og de representerer ved det en viktig kunnskapskilde for reduksjon i feil eller svikt i tjenestene. Statens helsetilsyn vil tidlig i 2003 invitere til seminar om tilsyn som kunnskapskilde og verktøy for forbedring.

Erfaringene fra "Dent-O-Sept-saken" viste at rutinene for smittevern i hovedsak fungerte, men at en i sykehusene ikke hadde velfungerende rutiner for melding av avvikhendelser i forhold til kvalitetssystemene. Departementet forutsetter at en bruker slike erfaringer til læring og for kontinuerlig forbedring av rutiner og praksis.

3.2.3 Ventetider og korridorpasienter

Helsedepartementet forventer at ventetidene reduseres, særlig for de pasientene som har ventet lengst. Det skal blant annet være en styringsmessig ambisjon at ingen skal vente lenger enn ett år. Det skal også være et styringsmessig fokus på å fjerne overbelegg og korridorpasienter.

Et klart siktemål med sykehusreformen er å redusere ventetider for nødvendig behandling både innenfor somatikk og psykisk helsevern. Etter den statlige overtakelsen av sykehusene har det vært skjerpet fokus på ventetider for vurdering og behandling. Ventetidsutviklingen er positiv. Imidlertid er ventetidene fremdeles for lange innen flere fagområder. Det må derfor fortsatt være et skjerpet fokus på ventetider for vurdering og behandling. Ventelistedata vil være et viktig styringsverktøy fremover. Sosial- og helsedirektoratet har ansvaret for å opprette et Nasjonalt senter for fritt sykehusvalg. Kvaliteten på ventelistedata er av avgjørende betydning for at denne enheten skal kunne fylle sin funksjon.

I forslaget til endringer i pasientrettighetsloven som nå er til høring foreslås det å utvide pasientenes rett til fritt sykehusvalg til også å omfatte private sykehus som har inngått avtale med de regionale helseforetakene, samt at rett til nødvendig helsehjelp skal baseres på en konkret, individuelt fastsatt og medisinsk begrunnet frist for når rettigheten senest skal være oppfylt. Dersom pasientens rettighet ikke oppfylles innen utløpet av fristen, medfører det at pasienten får rett til nødvendig helsehjelp privat eller i utlandet. Denne lovendringen vil medføre et skjerpet krav om akseptable og forsvarlige ventetider.

³ Se www.helsetilsynet.no

Det forventes at det også i 2003 er et styringsmessig fokus på å fjerne overbelegg og korridorpasienter. Dette arbeidet er inne i en positiv utvikling. Det er en målsetting å unngå korridorpasienter. Det skal også fokuseres på tiltak som kan tilrettelegge for at pasientens venting internt i helseinstitusjonene reduseres og at flyten i behandlingsforløpet bedres. Styringskravet innebærer at man skal ha en regional tilpassing av virkemidlene.

3.2.4 Samarbeid med primærhelsetjenesten

Det skal i 2003 gis prioritet til arbeidet med systematiske tiltak for å bedre samarbeidet med primærhelsetjenesten. Det skal redegjøres for arbeidet i årlig melding.

En god spesialisthelsetjeneste er avhengig av et godt samarbeid mellom foretakene og primærhelsetjenesten. En godt fungerende primærhelsetjeneste bidrar til å dempe presset på spesialisthelsetjenesten. Foretakene kan bidra til å styrke primærhelsetjenesten ved systematisk å bidra med veiledning, kompetanseutvikling og samarbeidsrutiner.

Et godt samspill mellom 1. og 2. linjetjenesten er en grunnleggende forutsetning for at pasientene skal oppleve et helhetlig tilbud og god kontinuitet. Samspillet må bære karakter av et *likeverdig faglig samarbeid*, hvor begge parter bidrar med verdifull og likeverdig kunnskap.

Spesialisthelsetjenesten har et ansvar gjennom loven for å delta aktivt i utarbeiding av individuelle planer og å gi oppfølging til kommunehelsetjenesten der dette er aktuelt. Selv om lovverket definerer grenser for henholdsvis kommunenes og foretakenes ansvar, vil det i praksis alltid være gråsoner. Foretakene må bidra til at denne sonen blir en samarbeidssone, og ikke en konfliktsone. Pasienten skal ikke oppleve å bli kasteball mellom ulike nivåer i helsesektoren. Helsedepartementet vil be om at det etableres god samhandling om "gråsone-pasienter" mellom tjenestenivåene, gjerne gjennom samlokalisering av tilbud.

Det skal legges til rette for god tilgjengelighet og rasjonell legemiddelbruk ikke bare under behandlingen, men også etter utskrivningen. Samarbeid mellom behandlingsnivåene om pasientens legemiddelbruk forebygger gjeninnleggelser på grunn av feilbruk av medisiner. De regionale helseforetakene skal være bevisst den ressurs- og kompetansebase sykehusapotekene er – også i forhold til lokale apotek.

Ofte vil tjenesteytingen overfor den enkelte pasient være et samvirke mellom de to behandlingsnivåene. Ikke minst kan dette komme til uttrykk når pasienter skal skrives ut. I denne sammenheng velger Helsedepartementet å sette et styringsmessig fokus på den tid som medgår før epikrise er skrevet og sendt. For 2003 settes to ambisjoner. For det første at alle regionale helseforetak samlet skal forbedre seg i epikrisetid. For det andre setter det som en ambisjon at 80 pst. av epikrisene i siste tertial skal være skrevet

og sendt innen 7 dager. Alle helseforetakene skal ha som mål at epikrise normalt følger pasienten, dvs. sendes ut parallelt med utskrivningen.

3.2.5 Beredskap

Helse Midt-Norge RHF skal påse at det blir utarbeidet beredskapsplaner for de helse- og sosialtjenestene de har et "sørge for"-ansvar for innen 1. juli 2003. Det skal legges vekt på samordning av beredskapsarbeidet for helseforetaksgruppen i helseregionen, med de andre regionale helseforetakene og i forhold til kommunene mv.

Det inngår i "sørge for"-ansvaret for de regionale helseforetakenes å etablere klare ansvarslinjer og prosedyrer for beslutninger om disponering av egne ressurser i en beredskapssituasjon. Dette omfatter bl.a. rutiner for varsling og innkalling av personell, krav til å ha definert ledelse på alle nivå, herunder ansvar for informasjon mellom operativt nivå, helseforetak og regionalt helseforetak, og mellom regionalt helseforetak og departementet.

Helsedepartementet understreker betydningen av å etablere gode samarbeidsrutiner mot myndigheter som har koordinerings- og krisehåndteringsansvar i en beredskapssituasjon, som politiet, fylkesmenn og forsvaret. Fylkesmenn og fylkesleger vil sammen med Sosial- og helsedirektoratet kunne gi bistand og veiledning på beredskapsområdet. Helsedepartementet vil før sommeren 2003 sammen med de regionale helseforetakene gjennomføre seminar der man samlet gjennomgår status av planarbeidet med sikte på at det gjennom erfaringsutveksling kan gis impulser til hvilke forbedringstiltak som bør prioriteres i den kommende perioden.

Regionale helseforetak må sørge for å ha en adekvat beredskap i forhold til pandemisk influensa.

3.2.6 Forebyggende arbeid

Helse Midt-Norge RHF skal sørge for opprustning av den forebyggende innsatsen i regi av foretakene. Fokus skal ligge på sekundærforebygging, veiledning og kompetanseoverføring til primærhelsetjenesten og kommunene og på smittevern. Det skal redegjøres for arbeidet i årlig melding.

Det er et helsepolitisk mål å fremme helse og forebygge sykdom. Foretakenes viktigste område er det sekundærforebyggende arbeidet eksempelvis i form av opplæringstiltak (lærings- og mestringssentra), screening av risikogrupper og vektlegging av livsstilsintervensjon i individuelle planer, samt systematisk arbeid for å begrense skadeomfang, komplikasjoner og langtidskonsekvenser av skade/sykdom.

Foretakene har som del av sin veiledningsplikt ansvar for å bistå med kompetanse overfor primærhelsetjenesten og kommunene i forebyggende og helsefremmende programmer og tiltak. Oppfølging av smitteverntiltak og av rapporteringssystemer i henhold til gjeldende forskrifter er fortsatt prioriterte oppgaver.

Det må påregnes gjennomført undersøkelser for å måle dagens nivå innen forebyggende tjenester, og at dette blir benyttet som utgangspunkt for ny måling av innsats om få år.

Helsedepartementet vil i januar 2003 legge fram en stortingsmelding om forebyggende helsearbeid. De regionale helseforetakene oppfordres til å sette seg inn i denne og vurdere tiltak som det i 2003 kan gripes fatt i.

Det er et mål at sykehusene blir røykfrie, ved at røyking innendørs stanses og ansatte ikke røyker i arbeidstøy. Helseforetakene bør kunne tilby hjelp til røykeslutt for ansatte og pasienter. Det er et mål at salg av tobakksvarer i sykehusene skal opphøre.

3.2.7 Opptrappingsplanen for psykisk helse

Helsedepartementet forventer at psykisk helsevern reelt styrkes og omstruktureres. Dette skal skje i tråd med de føringer som Opptrappingsplanen for psykisk helse trekker opp. Det skal redegjøres for arbeidet i årlig melding.

Det er gitt betydelig nasjonal politisk prioritet til psykisk helsevern og opptrapping av dette tilbudet (jf St. prp. nr 63 (1997-1998) *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*). Siktemålet med planen er å bidra til å fremme selvstendighet og evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser. Gjennom etablering av distriktpsykiatriske sentre skal det bygges opp en desentralisert tjeneste, og barn og unges psykiske helse skal gis en spesiell prioritet. Brukermedvirkning, forbygging og samarbeid med kommunene står sentralt. Dette innebærer omstilling og omstrukturering av det institusjonsbaserte psykiske helsevern. Det er forutsatt at det skal skje en spesialisering innen sykehusene, og at psykiatriske sykehjem enten skal nedlegges eller omstilles til aktive behandlingsenheter. Helse Midt-Norge RHF må i dette arbeid påse at disse prosesser realiseres i dialog med de berørte parter og lokalpolitiske miljøer. Det må generelt påses at tiltak ikke bygges ned før nye erstatningstiltak er tilgjengelige for pasientene.

Departementet har til og med 2002 gitt tilskudd over Opptrappingsplanen til investeringer og dekket 60 pst. av kostnadsrammen for enkeltprosjekter gjennom kontant tilskudd, mens 40 pst. av kostnadene har vært dekket gjennom fastsettelse av basistilskudd. Fra og med 2003 legges investeringstilskuddet i sin helhet til basisbevilgningen til Helse Midt-Norge RHF. Investeringene inkluderes dermed i nytt investeringssystem for spesialisthelsetjenesten. Helse Midt-Norge RHF må gi prioritet til investeringer tilknyttet Opptrappingsplanen innenfor egen likviditetsramme og i samsvar med planlagt utvikling for denne delen av tjenesten.

Departementet vil tidlig i 2003 komme tilbake til hvilke prosjekter som må realiseres i løpet av hele opptrappingsperioden (dvs. de resterende år ut 2006) og innenfor hvilken rammer dette skal skje. Det må i tillegg fokuseres videre på utvikling av innholdet i de

tjenester som ytes fra distriktpsikiatriske sentre (DPS) som står sentralt i gjennomføringen av planen. Sosial- og helsedirektoratet er gitt en nasjonal rolle i dette utviklingsarbeidet og forutsettes å bistå foretakene, jf. omtale om direktoratet i kapittel 7.1.

Særlige fokuserte områder i 2003

Helsedepartementet ajourfører Opptrappingsplanen, halvveis i planperioden. Hovedlinjen i planen står fortsatt fast. Konklusjonen er samtidig at det er behov for å gi enkelte områder en spesiell prioritet. Helse Midt-Norge RHF må i den videre oppfølgingen fokusere på følgende:

1. *omstilling*: styrke tjenesten gjennom fortsatt etablering av DPSer og utvikle mer spesialiserte tilbud ved sentralsykehusene
2. *barn og unge*: Videre styrking av det psykiske helsevern generelt og spesielt barn og unge må vies betydelig prioritet. Sammen med en bedre ressursutnyttelse og økt produktivitet/effektivitet forventes en betydelig reduksjon i ventetid for behandling i spesialisthelsetjenesten
3. *barnevern*: Iverksette tiltak for å styrke samarbeidet mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri
4. *tvang*: samtlige institusjoner i regionen må registrere tvangsinnleggelser og tvangsbruk, samt finne tiltak og mål for redusert bruk av tvang
5. for poliklinikkene forventes en markert forbedring for hver av de regionale helseforetakene. Dette anskueliggjøres ved en ambisjon om samlet vekst på 30 pst. i produktivitet (uttrykt som antall konsultasjoner/tiltak pr behandler-årsverk) for perioden 2002 og 2003.

3.2.8 Kreftbehandling og kreftomsorg

Helse Midt-Norge RHF skal følge opp Nasjonal kreftplan og legge til rette for videreføring og nyetablering av aktuelle tiltak innenfor rammen av ordinær virksomhet etter 2003. Det skal redegjøres for arbeidet i årlig melding.

Stortinget har vedtatt Nasjonal kreftplan (jf. St.prp. nr. 61 (1997-1998) og Innst.S. nr.226 (1997-1998) som en femårig handlingsplan for å bedre kreftomsorgen i Norge. Handlingsplanperioden er 1998-2003.

Samlet skal det brukes vel 2 mrd. kroner for å oppfylle denne. De viktigste målene for handlingsplanen er å redusere antall nye krefttilfeller, utvide mammografiscreening til landsdekkende ordning for kvinner i alderen 50-69 år, øke strålebehandlingskapasiteten og øke tilgangen på helsepersonell. Det er også et uttalt mål å redusere ventetidene for både diagnostikk og behandling av kreftpasienter.

Hovedandelen av bevilgningen innenfor Nasjonal kreftplan går over kap. 739 post 75. Bevilgningen fordeles etter søknad til Sosial- og helsedirektoratet. Søknadsfrist er 15. februar 2003. Det henvises til St. prp. nr. 1 (2002-2003) for nærmere omtale av de aktuelle satsingsområdene. Aktuelle områder for søknad om tilskudd er

kompetansesentra for arvelig kreft, - genterapi og - lindrende behandling, tilskudd til utdanning av stråleterapeuter og legespesialister innen fagområdene patologi, onkologi og radiologi. Det forutsettes at mammografiprogrammet følger planlagt progresjon i 2003.

Det er bevilget midler til videre utbygging av stråleterapien (ref. tabell side 153 i St. prp. nr. 1 (2002-2003)). Helsedepartementet forventer at Helse Midt-Norge RHF øker kapasiteten for strålebehandling gjennom mer effektiv utnyttelse av strålebehandlingsutstyr. Fra og med 2003 er tilskudd til utbygging av stråleterapien overført til kap. 732 post 70. Gjenstående investeringer skal håndteres og prioriteres innenfor rammen av det nye system for finansiering av investeringer.

Intensjonen er at tiltakene innenfor Nasjonal kreftplan etter handlingsplanperioden i hovedsak skal videreføres som en integrert del av den øvrige kreftomsorgen. Det vil bli arbeidet med en omlegging av de ulike tilskuddene med sikte på dette. Det forutsettes at de regionale helseforetakene tilrettelegger for en helhetlig behandlingsskjede innen kreftomsorgen, og at det etableres samarbeid med kommunehelsetjenesten på aktuelle områder. Det vises i denne sammenheng også til målsettingen om å styrke tilbudet til pasienter med behov for smerte- og symptomlindrende (palliativ) behandling i livets slutfase, uansett grunnsykdom, og på riktig behandlingsnivå. Det skal tilrettelegges for dette gjennom å styrke eksisterende ordninger i spesialisthelsetjenesten og med tett samarbeid og støtte til primærhelsetjenesten for etablering av tilbud utenfor sykehus der dette er mest hensiktsmessig.

Den særskilte bevilgningen fra 2002 på 20 mill. kroner til omsorg ved livets slutt, videreføres i 2003, men uten sentral søknadsprosedyre. Finansiering av sykehusbehandling styrkes ved at 10 mill. kroner legges inn i ISF-ordningen som en tilleggsrefusjon for palliativ behandling uansett grunnsykdom. I tillegg er det lagt til rette for lindrende behandling gjennom egne takster på poliklinikkene og ved at smertebehandling inkluderes i taksten for ambulant onkologisk behandling i hjemmet. Støtten til tiltak utenfor sykehusene videreføres med 10 mill. kroner som fordeles i samråd med de regionale helseforetakene. Det legges til grunn at videreføring av igangsatte prosjekter i 2003 prioriteres innenfor de totale ressursrammer.

3.2.9 Den akuttmedisinske kjeden

Departementet forventer at Helse Midt-Norge RHF foretar en gjennomgang av organiseringen av den akuttmedisinske kjeden.

Gjennomgangen av den akuttmedisinske kjeden må skje i lys av planlagte strukturtiltak og endringer i oppgavefordeling i regionen og ha fokus på å sikre befolkningen et faglig forsvarlig akuttmedisinsk tjenestetilbud. Dette omfatter blant annet aksess- og reaksjonstid i AMK-sentraler, hensiktsmessige ordninger for basestruktur, ressursutnyttelse og kompetansekrav i ambulansetjenesten. De regionale helseforetakene har også ansvar for å sørge for organisering av og nødvendig transport av pasienter til og fra flyplass.

De regionale helseforetakene må etablere retningslinjer og rutiner for ivaretagelse av "sørge for"-ansvaret for luftambulansetjenesten. Det forventes at kontraktene med operatørene blir juridisk formalisert innen 1. mars 2003 og at de forpliktelser som følger av kontraktene følges opp på en aktiv måte. Det skal sikres at den transportmessige og medisinske delen av virksomheten integreres og det må etableres rutiner og retningslinjer for oppfølging av HMS-området for tjenesten. Departementet vil i sin oppfølging ha fokus på at det etableres egnede systemer for ivaretagelse av de nasjonale hensyn i luftambulansetjenesten. Herunder inngår å sikre en forsvarlig beredskap og at det etableres faste rutiner og kanaler for informasjon. I dette arbeidet bør Helse Midt-Norge RHF ivareta nødvendig kontakt med Sosial- og helsedirektoratet i forhold til direktoratets oppgaver knyttet til sikkerhet, kravspesifikasjon og standardisering.

3.2.10 Strukturelle tiltak

Når strukturtiltak gjennomføres skal det legges vekt på prosedyrer som både sikrer at effekter er godt kartlagt og at det er gjennomført dialog med berørte interessenter. At det kan etableres legitimitet for omstillingstiltak er avgjørende for videreutviklingen av en god spesialisthelsetjeneste.

Helsedepartementet legger til grunn at det er betydelige muligheter for at en gjennom strukturtiltak kan oppnå en bedre helsetjeneste for pasientene, og også en bedre utnyttelse av ressursene. I 2002 har alle de regionale helseforetakene arbeidet aktivt med analyser og etter hvert gjennomføring av strukturtiltak. Helsedepartementet forutsetter at dette arbeidet følges opp i 2003. Departementet legger vekt på den egenverdi som slike forbedringstiltak kan ha, men vil også framheve at det effektiviseringskrav som de regionale helseforetakene er pålagt, gjør det nødvendig å gjennomføre slike tiltak.

Det er, og bør være, debatt om helsetjenestens omstillingstiltak. En del av lokal og regional debatt vil også være preget av at spesialisthelsetjenesten nå er forankret i og styrt av de nasjonale politiske organene, og at tilknytningen til regionale folkevalgte organer er opphørt. Dette forholdet skjerper viktigheten av at det gjennomføres gode både faglige og relasjonsmessige prosesser, og at det foreligger god dokumentasjon på at nye tiltak ivaretar pasientenes behov og helsetjenestens målsettinger på en minst like god måte som tidligere.

Helsedepartementet viser til at Stortinget blant annet gjennom innstillingen til akuttmeldingen (Innst. S. nr. 300 (2000-2001)) har forutsatt en gjennomgang av tjenestestrukturen på slike områder som fødselsomsorg og kirurgisk beredskap.

I forhold til nyfødtsomsorg forutsetter Helsedepartementet at denne gjennomgås med sikte på å styrke intensivtilbudet og omsorgen for de mest ressurskrevende barna.

Momenter i denne sammenhengen er:

- behovet for å styrke sykepleierbemanningen, med særlig vekt på adekvat kompetanse
- vaktordninger ved avdelinger med stort intensivtilbud til nyfødte, inklusive krav til realkompetanse hos leger som inngår i disse vaktordningene
- regional gjennomgang og samordning av rutiner og fordeling av oppgaver og ressurser og videreføring av perinataalkomiteene regionalt.

Departementet viser også til at Stortinget i forbindelse med budsjettbehandlingen har bedt regjeringen legge frem en helhetlig vurdering av de fremtidige retningslinjene for utvikling av nyfødtsorgen i Norge (Budsjett-Innst. S. nr. 11 (2002-2003)).

3.2.11 Tilbudet til rusmisbrukere

Helse Midt-Norge RHF skal særlig være årvåken i forhold til oppfylling av pasientrettighetene for rusmisbrukere, inklusive individuelle planer. Helse Midt-Norge RHF skal aktivt forberede overtakingen av spesialisthelsetjenester i forhold til rusomsorg.

Erfaringer viser at rusmisbrukere ikke alltid får slik helsehjelp som de har rett til i følge pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. Særlig er pasienter med "dobbeltdiagnoser" (både psykiatri og rus) skadelidende. Helsedepartementet presiserer at det regionale "sørge for"-ansvaret også omfatter denne pasientgruppen, og at dette inkluderer utarbeidelse og oppfølging av individuelle planer, i samarbeid med primærhelsetjenesten og de sosiale tjenestene i kommunene.

Regjeringen har foreslått (jf. Ot.prp. nr. 3 (2002-2003)) at de regionale helseforetakene skal overta ansvaret for spesialisthelsetjenester i forhold til rusmisbrukere fra 01.01.2004. Departementet forutsetter at Helse Midt-Norge RHF gjennom 2003 aktivt forbereder denne overtakingen, i samarbeid med fylkeskommunene og Helsedepartementet.

3.2.12 Særskilte tiltak

Spesialisthelsetjenesten og de regionale helseforetakene er under nasjonal politisk styring. Det må påregnes at det til en hver tid vil være særskilte saksområder, behov eller tiltak der det ønskes mer direkte styring på enkeltstående forhold. I prosessene som gjennomføres vil Helsedepartementet legge vekt på å begrense omfanget av slike enkeltstående styringsbudskap. Slike styringselement må imidlertid sees som en del av den samlede politiske styringen. For 2003 meddeles følgende særskilte styringsbudskap:

1. Barnehabilitering

Helse Midt-Norge RHF må sette av tilstrekkelige ressurser til å ivareta funksjonshemmede barns behov for habiliteringstjenester. De regionale helseforetakene må i samarbeid med kommunene vurdere og gjennomføre

økonomisk og nødvendig praktisk støtte til foreldre med barn som behandles etter Doman-metoden.

2. *Donortilgang og donoransvarlig lege på sykehus*

Det forutsettes at det øremerkes ressurser for å ivareta denne oppgaven i det enkelte donorsykehus, med særlig vekt på opplæring og holdningsarbeid blant aktuelle medarbeidere i alle godkjente donorsykehus i regionen. Samtlige donorsykehus skal ha etablert ordning med donoransvarlig lege innen 1. mars 2003.

3. *Kliniske etikkomiteer ved sykehus*

Det skal innen utgangen av 2004 være etablert kliniske etikkomiteer ved alle landets helseforetak.

4. *Psykisk helsevern*

I henhold til omtale i St.prp. nr. 1 (2002-2003) er det behov for særskilt oppmerksomhet vedrørende følgende områder innenfor psykisk helsevern:

- tilbud i tilknytning til voldsproblematikk og alvorlige traumer, jf. opprettelse av nytt kompetansesenter mv.
- oppbygging av tilbud til personer med både psykiske lidelser og alvorlig rusproblem (dobbeltdiagnoser)
- oppfølging av personer som begår selvmordsforsøk
- videreutvikling av kompetansemiljøer knyttet til hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD
- oppbygging av kompetanse i tilknytning til sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri
- tilbud om psykisk helsevern til innvandrere og flyktninger
- helsetjenester til innsatte i fengsel
- for poliklinikkene skal Helse Midt-Norge RHF ha som ambisjon at en samlet økning i produktivitet på 30 pst. (målt som antall konsultasjoner / tiltak pr behandler-årsverk)

Sosial- og helsedirektoratet er dels tillagt ansvar for videre nasjonal planlegging og dels for oppgaver av koordinerende art innenfor disse områdene. Det vises til kapittel 7.1 for klargjøring av direktoratets rolle.

5. *Spiseforstyrrelser*

Helse Midt-Norge RHF skal bygge ut behandlingstilbudet til personer med spiseforstyrrelser i tråd med behov og i samsvar med retningslinjene fra regjeringens strategiplan mot spiseforstyrrelser fra 2000.

Det er et særlig behov for å sikre behandlingstilbudet til de aller sykeste. Det bør etableres egne stillinger som kan medvirke til å danne fag- og kompetansenettverk og lages oversikt over kompetanse og behandlingstilbud i regionen. Sosial- og helsedirektoratet disponerer tilskuddsmidler til nettverksarbeidet.

6. *Funksjonshemmede*

Funksjonshemmede skal sikres god tilgjengelighet til foretakene. Hensynet til funksjonshemmede i fysisk utforming av bygninger og utemiljø skal styrkes ved utvikling og bruk av løsninger med gode funksjonelle kvaliteter.

7. *Abortforebyggende arbeid*

Det bes om at Helse Midt-Norge RHF avsetter midler med tanke på søknader fra AAN-kontorene til abortforebyggende arbeid.

8. *Tilbud til hørselsskadde*

Det skal bygges ut tilbud til personer med tinnitus og Morbus Ménière ved lærings- og mestringsentrene.

9. *Helsevesenet fyller 400 år*

Det offentlige helsevesenet i Norge fyller 400 år i 2003. Det forutsettes at Helse Midt-Norge RHF slutter opp i markeringen av dette.

10. *Tilskudd til krisesenter og incestsenter*

Det bes om at Helse Midt-Norge RHF som en overgangsordning også for 2003 gir tilskudd til krise- og incestsenterne i tråd med det som det er lagt opp til for 2002.

11. *Drift av nasjonalt ammesenter*

Ammesenteret ved Rikshospitalet er et ressurscenter for hele landet. Helse Midt-Norge RHF bidrar med driftsmidler til senteret. I tillegg ber vi Helse Midt-Norge RHF holde av 0,2 mill. kroner som bidrag til de tjenester senteret tilbyr alle regionene.

12. *Hjertekirurgi*

Opplegget for 2002 er en oppfølging av Stortingets behandling og vedtak i forbindelse med St.prp. nr. 59 (2001-2002), jf. Innst. S. nr. 43 (2001-2002). Den styringsmessige oppfølgingen av saken er meddelt de regionale helseforetakene i revidert styringsdokument av juni 2002. For 2003 er det lagt opp til et opplegg i St.prp. nr. 1 (2002-2003), jf. Budsjett-Innst. S. nr. 11 (2002-2003), som innebærer bruk av de nye kostnadsvektene for hjertekirurgi med reduserte utbetalinger gjennom ISF-ordningen, og at differansen mellom de gamle kostnadsvektene og de nye overføres til foretakene som basisbevilgning. Det forutsettes at de regionale helseforetakene i 2003 følger opp Stortingets vedtak i forbindelse med St.prp. nr. 59 (2001-2002) når det gjelder driften av Feiringklinikken og Hjertesenteret i Oslo.

13. *Landsfunksjonen Coclea implantatbehandling av barn*

Det vises til Innst. S. nr. 84 (2001-2002) og ber om at Helse Midt-Norge RHF følger opp de forpliktelsene som ligger i Stortingets vedtak 21. februar 2002.

14. *Fødestuer*

Helsedepartementet vil vurdere fødestuenes fremtidige finansiering i tilknytning til nytt finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten. Departementet understreker

at driften av fødeplasser er en del av spesialisthelsetjenesten og således innenfor det regionale "sørge for"-ansvaret. For de mindre fødestuene forutsetter departementet at det regionale helseforetaket finner frem til egnede samarbeidsløsninger med primærhelsetjenesten, i første rekke knyttet til de oppgavene jordmødrene har ved helsestasjoner, svangerskapskontroll m.v.

15. Rehabiliteringssenter

Helsedepartementet forutsetter at Helse Midt-Norge RHF tar initiativ til en dialog med Røros Rehabiliteringssenter, med sikte på at dette senteret kan inngå i et fremtidig forpliktende samarbeid om spesialiserte rehabiliteringsoppgaver.

3.3 Utdanning

Helse Midt-Norge RHF skal i forhold til utdanningsoppgaven prioritere oppfølgingen av instruksen for samarbeid med universiteter og høyskoler, herunder at samarbeidsutvalgene fungerer på en god måte. Det skal redegjøres for arbeidet i årlig melding.

Instruks om forholdet til universiteter og høyskoler ble vedtatt på foretaksmøtet i juni 2002. Denne forutsetter at det formelle samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge RHF og universitetet/høyskolene får en sentral rolle i forhold til sykehusenes utdanningsoppgaver. Det legges til grunn at det inngås avtaler mellom partene i henhold til instruks.

Helse Midt-Norge RHF skal legge til rette for og påse at universitetets og høyskolenes behov for undervisning, opplæring og veiledning av helsefaglige studenter dekkes. Det skal med utgangspunkt i de behov som utdanningsinstitusjonene har, legges vekt på tiltak som sikrer kvalitativ god praksis- og turnusveiledning. Dagens kapasitet for utdanning av legespesialister forutsettes opprettholdt. De regionale helseforetakene skal bidra med undervisning og opplæring av annet helsepersonell innenfor helseregionen, og ivareta klinisk videreutdanning i tilknytning til opptrappingsplanen for psykisk helse.

3.4 Forskning

Helse Midt-Norge RHF skal i forhold til forskning samarbeide med universiteter og høyskoler. Det skal etableres systemer som dokumenterer andelen ressurser som anvendes til forskning. Det skal redegjøres for arbeidet i årlig melding.

I regi av foretakene skal det drives forskning innenfor både somatikk og psykisk helsevern. Det forutsettes at Helse Midt-Norge RHF prioriterer denne hovedoppgaven innenfor sine ressurser, og at det utarbeides systemer som dokumenterer andelen ressurser som anvendes til forskning.

I lovproposisjonens merknader til spesialisthelsetjenestelovens § 3-8 om sykehusenes hovedoppgaver, presiseres det at ”det vil tilligge myndigheter og eiere å bestemme om, og i hvilken grad, det enkelte sykehus skal ha utdannings- og forskningsoppgaver.”

Departementet forutsetter at det legges til rette for at regionsykehusene i samarbeid med universitetene kan ivareta sitt særskilte ansvar for forskning samt metode- og kompetanseutvikling, og at dette er et utgangspunkt for den rolle som andre helseforetak tillegges på forskningsområdet. Det vises til de etablerte kompetansesentrene for klinisk forskning som er opprettet ved alle regionsykehusene.

Den vedtatte instruksen om forholdet til universiteter og høyskoler skal legges til grunn ved det regionale helseforetakets ivaretagelse av forskningsoppgaven. Det forutsettes at samarbeidsorganene har en reell funksjon i forhold til behov for tilrettelegging og prioritering av forskning i regionen.

Det er en nasjonal målsetting at forskningsaktiviteten innen klinisk medisin skal være på høyde med de andre nordiske landene. Forskning innen både psykisk helse og somatikk skal vektlegges. Det forutsettes at helseforetakene legger til rette for økt rekruttering av medisinere til forskning og økt kvalitet på den kliniske forskningen. Samarbeid bør vektlegges, og særlig viktig er det å legge til rette for arbeidsdeling i større nasjonale forskningssatsninger som krever tungt vitenskapelig utstyr. Fra 2003 vil departementet starte registrering av forskningsaktivitet basert på publiseringsanalyse. Det legges opp til ekstern innsamling av datagrunnlag og utregning av publiseringspoeng. Helseforetakene vil bli forelagt særskilt informasjon om hvilke kriterier som legges til grunn ved utregning av publiseringspoeng. Det forutsettes at de regionale helseforetakene etter forespørsel kvalitetssikrer grunndata som er innsamlet sentralt og bidrar med relevant grunnlagsinformasjon.

Nasjonale kompetansesentra for høyspesialiserte tjenester skal drive faglig utvikling, kompetanseutvikling og veiledning på landsbasis. Dette innebærer at kompetansesentrene har en funksjon i forhold til forskning. De regionale helseforetak må påse at kompetansesentrene budsjettmessig settes opp slik at oppgavene ivaretas som forutsatt.

3.5 Pasientopplæring

Helse Midt-Norge RHF skal påse at det innen utgangen av 2003 er iverksatt tiltak for systematisk opplæring av pasienter ved alle helseforetak, eksempelvis i form av lærings- og mestringssentra, og at plikten til å utarbeide individuelle planer for pasienter med kroniske lidelser ivaretas. Det skal redegjøres for arbeidet i årlig melding.

Opplæring er en forutsetning for å mestre livet ved kronisk sykdom, og for å hindre forverring av helsetilstanden. Innsikt i egen sykdom og dens risikofaktorer, inkludert kunnskap om forebyggende tiltak, vil i tillegg til en systematisk individuell plan for videre intervensjon og oppfølging fra de ulike deler av helsetjenesten, være nødvendig for en god oppfølging av kronisk syke. Initiativ og viktige innspill til individuell plan vil

ofte være naturlig at skjer i spesialisthelsetjenesten, eventuelt i samarbeid med primærhelsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene.

4. HELSEDEPARTEMENTETS EIERKRAV KNYTTET TIL ØKONOMI OG ORGANISASJONSUTVIKLING

I dette punktet tas følgende forhold opp:

- *Økonomiske prestasjonskrav:* Krav til Helse Midt-Norge RHF's resultat for 2003, herunder hvordan departementet forholder seg til avkastningskrav på kapitalen og omfanget av effektiviseringer som forventes gjennomført i 2003.
- *Krav om organisasjonsutviklingstiltak/medvirkning i organisasjonstiltak:* Dels dreier dette seg om at Helsedepartementet stiller krav om organisatoriske forhold, for eksempel håndtering av åpenhet. Dels dreier dette seg om formalisering av departementets forventning om at de regionale helseforetakene skal delta i nærmere angitte utviklingstiltak (ledelsesutvikling og arbeid med felles nasjonale rammer og tiltak innenfor informasjons- og kommunikasjonsteknologi).

Departementet viser til eiendomsavklaringsprosessen med fylkeskommunene, der det vil pågå aktiviteter også i 2003. Det forutsettes at Helse Midt-Norge RHF ivaretar de forpliktelser som følger av protokollene med vedlegg og justeringer i disse som følge av nemndsbehandlingen og evt. andre justeringer.

4.1 Økonomiske prestasjonskrav

4.1.1 Resultatkrav og forventet effektivisering

***Helse Midt-Norge RHF skal oppnå balanse i driften (målt som resultat før ekstraordinære poster) senest innen 2004.
Avkastningskravet på innskutt egenkapital settes til null.***

I St.prp. nr. 59 (2001-2002) ble det pekt på at det var usikkert hvor raskt det ville være mulig å gjenopprette balanse i driften. Gjennom Stortingets behandling, jf. Innst. S. nr. 43 (2001-2002), ble det bekreftet at også året 2003 kunne brukes til å bringe balanse i de regionale helseforetakenes økonomi. St.prp. nr. 1 (2002-2003) henviser til den forverrede økonomiske situasjonen i 2002 knyttet til lønnsoppgjør og pensjonspremier (med tilknyttede finanskostnader) som har oppstått etter at St.prp. nr. 59 (2001-2002) ble lagt fram. Basert på Stortingets behandling er det overfor de regionale helseforetakene lagt til grunn at de enkelte regionale helseforetakene skal være i økonomisk balanse senest i 2004, og at underskudd fra årene før 2004 skal håndteres i årene deretter.

De regionale helseforetakene har ut i fra gjennomgangen av den økonomiske situasjonen som ble gjennomført forut for St.prp. nr. 59 (2001-2002), og de forhold som har forverret den økonomiske situasjonen i etterkant, forskjellige utfordringer i forhold

til å komme i økonomisk balanse. Slik forutsetningene for å oppnå driftsmessig balanse nå fremstår vil departementet understreke at for å ivareta pasientbehandlingen nyttes hele omstillingsperioden til å oppnå balanse i driften.

Helsedepartementet legger til grunn at Helse Midt-Norge RHF både gjennom fortløpende effektivisering av driften og eventuelle større strukturelle endringer har fokus på å hente inn sin andel av nødvendig effektivisering i tråd med opprinnelig tidsplan. Dersom det som følge av ekstraordinære forhold, som har inntruffet etter at det samlede nivå på 1,3 mrd. kroner i driftstilskudd for alle de regionale helseforetakene ble fastlagt, er behov for å bruke ytterligere tid for å kunne realisere nødvendig effektivisering innenfor de overordnede rammer om ivaretagelse av helsepolitiske mål og aktivitet, kan også 2004 nyttes til å rette opp underbalansen.

Staten har gjennom etableringen av helseforetak skutt inn en betydelig kapital. Det er ikke noe som hindrer at staten setter avkastningskrav på denne kapitalen. Dette vil imidlertid innebære at det må føres betydelige midler fram og tilbake mellom stat og foretak. Det er derfor valgt en løsning hvor avkastningskravet settes til null.

4.1.2 Kapitalfundamentet til Helse Midt-Norge RHF

Helseforetakene ble stiftet med et kontantinnskudd på 100 000 kroner ved inngangen til 2002. All virksomhet med tilhørende eiendeler og gjeld ble overført til helseforetakene fra samme tidspunkt med et tingsinnskudd. Tingsinnskuddet vil bli bokført i Helse Midt-Norge RHF's årsregnskap for 2002 med en foreløpig kostpris. Helse Midt-Norge RHF vil i 2003 bli satt opp med anleggsmidler i balansen basert på denne foreløpige kostprisen. Endelig verdsetting av kapitalen vil bli fastsatt innen avleggelse av regnskapet for 2003.

Det vil videre bli lagt til grunn et estimat for avskrivninger i 2003 for Helse Midt-Norge RHF. Endelig avskrivningsplan må etableres på bakgrunn av den endelige verdsettingen av anleggsmidlene.

De regionale helseforetakene vil i egen ekspedisjon bli informert om foreløpig kostpris på anleggsmidler og estimat for avskrivninger.

Foretakenes kapitalstruktur vil bli fastlagt når den endelige verdsettingen er gjennomført. Inntil da vil all innskutt kapital være å anse som egenkapital i foretakene.

4.2 Organisasjonsutviklingstiltak

Helseforetaksloven legger til grunn at de regionale helseforetakene skal ha stor frihet til å velge hensiktsmessige organisatoriske tiltak for å gjennomføre fastsatt helsepolitikk. Helsedepartementet har i 2002 registrert at de regionale helseforetakene i samsvar med dette har arbeidet aktivt med utviklingstiltak for sine organisasjoner. I tillegg skal departementet trekke fram at både hensynet til at man skal ha en felles nasjonal helsepolitikk og hensynet til rasjonell gjennomføring av helsepolitikken tilsier

at det på en del områder bør skje en samordning mellom de regionale helseforetakene på det organisatoriske området. Under dette punktet gjennomgår Helsedepartementet områder der det stilles krav om samordnet eller felles innsats.

Helsedepartementet understreker betydning av et inkluderende arbeidsliv og forutsetter at alle foretakene inngår i dette viktige arbeidet, blant annet ved å inngå forpliktende samarbeidsavtaler med trygdeetaten.

4.2.1 Utvikling av relasjonen mellom de to rolleelementene: "sørge for"-rollen og rollen som eier av helseforetaksgruppen

Det vises til omtalen i pkt. 1 av at Helse Midt-Norge RHF's ansvar og oppgaver må forstås med utgangspunkt i to roller:

- Helse Midt-Norge RHF har et "sørge for"-ansvar i helseregion Midt-Norge som helhet, jf. spesialisthelsetjenestelovens § 2-1 a
- det regionale helseforetakets rolle som leder av den regionale helseforetaksgruppen. Gjennom denne rollen er foretaket den største leverandøren av helsetjenester. Lovforankringen i forhold til dette ansvaret er gitt i helseforetaksloven.

Når den valgte foretaksmodellen plasserer begge de to rolleelementene hos de regionale helseforetakene, er dette basert på følgende forutsetninger:

- det regionale helseforetaket skal ivareta begge rolleelementene på en best mulig måte. Men med utgangspunkt i helsepolitikkenes målsettinger må de ulike rolleelementene sees i sammenheng, og primært i den forstand at posisjonen som eier av underliggende helseforetak skal benyttes til å understøtte "sørge for"-ansvaret
- motsvarende må ikke "sørge for"-rollen benyttes til å understøtte rollen som konsernleder på måter som er i strid med modellens forutsetninger. Det forutsettes at det regionale helseforetaket er bevisst denne risikoen og etablerer nødvendige systemer og rutiner som kan sikre at god håndtering av de utfordringer rollekombinasjonen reiser
- det har også en egenverdi at det skapes tillit til at de to rolleelementene håndteres på en god måte i forhold til hverandre. Det må derfor sees som et selvstendig formål at det regionale helseforetakets opplegg for å ivareta forholdet mellom de to rolleelementene blir eksponert og kan bidra til å skape den nødvendige tillit
- håndtering og oppfølging av private aktører vil være en av de viktigste indikatorene som kan vise med hvilken kvalitet rolleutfordringen håndteres. Det må derfor legges vekt på å utvikle samarbeidsrelasjoner overfor private som bekrefter at rolleutfordringen blir håndtert med den nødvendige kvalitet. Det vises til omtale av private aktører i pkt. 5
- det kan registreres at de regionale helseforetakene har valgt ulike opplegg for sin styringsmessige oppfølging av tilknyttede helseforetak. Helsedepartementet ser dette som verdifullt, forutsatt at det mellom foretakene utvikles et godt læringsmiljø

slik at erfaringer utveksles og inngår i grunnlaget for systematiske forbedringstiltak. Men det er viktig at de ordninger som etableres, ikke medfører forskjeller i det som er helseforetakslovens system; at det regionale helseforetaket har en helhetlig ansvars- og styringsposisjon i forhold til de eide helseforetakene. Modellen forutsetter at det skal være utstrakt vilje til å gi fullmakter til helseforetakene, men dette må altså ikke føre til at det etableres oppfatninger om autonome posisjoner for helseforetakene.

Helsedepartementet forventer at de regionale helseforetakene også i 2003 arbeider videre med, og gjennomfører tiltak, som kan gi kvalitet i håndteringen av den beskrevne rolleutfordringen. Departementet ber om at det i årlig melding rapporteres om arbeidet. Med bakgrunn i at de regionale helseforetakene i henhold til spesialisthelsetjenestelovens § 2-1a er pliktsubjekter, bes det særlig om at det i rapporteringen gjennomgås hvordan helheten og de enkelte ansvarelementene som inngår i ansvaret blir ivaretatt.

4.2.2 Ledelse

Det forventes at Helse Midt-Norge RHF deltar i utforming og gjennomføring av program for ledelsesutvikling og at dette har forankring på høyeste ledelsesnivå.

For å nå målet om å gjøre helseforetakene til moderne, effektive og slagkraftige organisasjoner, vil god ledelse i foretakene være av kritisk betydning. Hvordan organisasjoner i innhold og form utøver ledelse er også en vesentlig del av deres identitet og profil. De regionale helseforetakenes ledelsesutøvelse vil således også være en del av helsepolitikken innhold. Med dette som utgangspunkt skal det derfor bygges opp en felles nasjonal ledelsesutdanning innrettet mot spesialisthelsetjenestens behov. Det er etablert felles styringsgruppe for de regionale helseforetakene. Denne forestår et felles ledelsesutviklingsprogram for 150-200 etablerte ledere i årene 2003 og 2004. Helsedepartementet deltar i styringsgruppen.

Fra og med 2005 skal det blant annet med basis i de erfaringer som vinnes, etableres et permanent nasjonalt program for ledelsesutvikling. Programmet skal være tilrettelagt for både etablerte og kommende ledere i spesialisthelsetjenesten, og skal formidle verdier og kunnskap som bør inngå i en fremtidig felles ledelseskultur i alle helseforetakene. Det forventes at Helse Midt-Norge RHF også deltar i utviklingen av dette med forankring på høyt ledelsesnivå. Det understrekes at disse felles tiltakene for ledelsesutvikling ikke er ment å komme til erstatning for utviklingstiltak som Helse Midt-Norge RHF og helseforetakene i helseregion Midt-Norge velger å prioritere.

Departementet vil, i samarbeid med de regionale helseforetakene, utvikle noen enkle resultatmål som alle lederne skal vurderes opp mot. Det tas sikte på å innføre denne ordningen ved oppstart av det to-årige programmet i 2003.

Departementet ber om at Helse Midt-Norge RHF holder tilbake inntil 1 mill. kroner av de midlene som nå tildeles. Hvert av de fem regionale helseforetakene er bedt om å holde av tilsvarende beløp. Beløpet skal dekke utgiftene til Helseuniversitetets oppdrag og styringsgruppens arbeid.

4.2.3 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi

Det skal etableres en felles strategigruppe mellom Helsedepartementet og de regionale helseforetakene for informasjons- og kommunikasjonsteknologi. Det forventes at deltakelsen i dette arbeidet er forankret på høyeste ledelsesnivå i det regionale helseforetaket.

Helsedepartementet forventer at den felles strategigruppen mellom de regionale helseforetakene utvikler rammer og retningslinjer, og i nødvendig utstrekning tiltak, som kan sikre at det etableres et riktig nivå for fellesskapstiltak på IKT-området. Dette arbeidet bør inkludere:

- at de regionale helseforetakene på en koordinert måte er aktive med innspill til utformingen av nasjonale myndighetstiltak på IKT-området, for eksempel i den utvikling som nå skjer av nasjonalt helsenett
- at de regionale helseforetakene på en koordinert måte er aktive med innspill til utformingen av tjenesteorienterte myndighetstiltak, slik som prosjekter innenfor elektronisk booking, som i stor grad er forankret i IKT. Eksempler på slike tiltak som nå er under utvikling er: Nasjonal enhet for fritt sykehusvalg og arbeidet med kvalitetsindikatorer (se også omtale under pkt. 6)
- at de regionale helseforetakene foretar vurderinger av hvilke IKT-baserte felles tjenestetiltak som bør iverksettes i regi av de regionale helseforetakene.

Helsedepartementet forventer også at den nye gruppen bidrar til at det kan etableres et godt samarbeid med den pågående statlige IT-tiltaksplanen "Si@!" som nå gjennomføres i regi av Sosial- og helsedirektoratet.

4.2.4 Innkjøp

Helsedepartementet forventer at beslutningen om å etablere innkjøpsenhet i Vadsø følges opp i 2003.

Stortinget har forutsatt at det etableres et samarbeid knyttet til enkelte innkjøpsoppgaver, og at det etableres arbeidsplasser i Vadsø i forbindelse med dette.

Det vises til at alle de regionale helseforetak i 2002 har deltatt i arbeidet med å identifisere områder innenfor innkjøp som egner seg for samarbeid og lokalisering til Vadsø. Helsedepartementet forventer at de regionale helseforetakene bidrar til å etablere felles innkjøpsenhet i Vadsø. Dette tiltaket er basert på at den strategiske ledelsen i utøvelsen av innkjøpsfunksjonen skal ligge i det enkelte regionale helseforetaket.

4.2.5 Åpenhet og medvirkning

De regionale helseforetakene skal utføre sine oppgaver med stor grad av åpenhet i forhold til omverdenen, og forventes å aktivt tilrettelegge informasjon som gir muligheter for innsyn, innspill og dialog. Departementet vil i 2003 sette ytterligere fokus på tiltak som understøtter den åpenhetskultur som bør prege foretakenes forhold til offentligheten.

Følgende områder står spesielt i fokus:

- god praktisering av offentlighetsloven i tråd med prinsippet for meroffentlighet
- gode samarbeidsopplegg med brukerorganisasjoner
- oppfølging av kontakt med regionale og lokale politiske organer
- aktiv brukermedvirkning gjennom brukerutvalg i alle helseforetak
- aktiv informasjonstilrettelegging i for- og etterkant av styremøter.

I forhold til sistnevnte vil departementet understreke viktigheten av at dette blir ivarettatt på en måte som gir offentligheten muligheter for innsyn også inn mot avsluttende styrebehandling. Departementet har registrert at det jobbes aktivt med dette i de regionale helseforetakene, og vil følge opp hvordan dette praktiseres før det eventuelt tas stilling til om det vil være aktuelt å formidle normer for når ulike type dokumenter bør være offentlig tilgjengelig. Et tema som er viet stor offentlig oppmerksomhet er spørsmål om åpne versus lukkede styremøter. Departementet vil foreta en kartlegging av erfaringer og synspunkter når det gjelder ulik avholdelse av styremøter.

5. PRIVATE AKTØRER

Regionale helseforetaks ivaretagelse av "sørge for"-ansvaret omfatter kjøp av spesialisthelsetjenester fra ulike private tilbydere. Dette medfører at man må forholde seg til arbeidsdelingen mellom egne foretak og private aktører, herunder på hvilke områder det skal legges til rette for konkurranse. Dette skal skje innenfor gjeldende konkurranseregler. Det skal foreligge dokumentasjon på de prosedyrer som følges når det vurderes hvordan private aktører skal trekkes inn i oppgaveløsningen innenfor "sørge for"-ansvaret. I arbeidet med realisering av helsepolitiske mål er det forutsatt at private virksomheter fortsatt skal bidra til å levere tjenester i det samlede spesialisthelsetjenestetilbudet til befolkningen. De regionale helseforetakene har ansvar for best mulig bruk av tilgjengelige ressurser, herunder inngår vurdering og plassering av oppgaver der hvor dette gir best realisering i forhold til helsepolitiske mål, inklusiv hvordan forsknings-, utdannings- og beredskapsoppgaver blir ivarettatt.

De regionale helseforetakenes forståelse og praktisering av "sørge for"-ansvaret kan ha store konsekvenser for situasjonen til private virksomheter. Departementet understreker betydningen av å gi de private tjenesteleverandørene rimelige forutsetninger for langsiktig planlegging og at de gis rammebetingelser som gir

mulighet for rasjonell medvirkning i den samlede helsetjenesten. Avtaleinngåelse og kjøp av tjenester må derfor gjennomføres på måter som ivaretar disse særskilte hensynene. Et element i en slik praktisk tilrettelegging er at de regionale helseforetakene har anledning til å avtale at pasienter kan henvises direkte til private aktører. Når det for øvrig gjelder rammebetingelsene for private aktører vises det til Helsedepartementets brev av henholdsvis 8. oktober og 12. desember 2002 der det er redegjort for private aktørers rammebetingelser knyttet til investeringer og likviditetsbehov.

Gjennom disponeringen av tilgjengelige ressurser skal Helse Midt-Norge RHF tilstrebe en likeverdig behandling av egne helseforetak og private virksomheter. Dette utelukker ikke at man med utgangspunkt i helsepolitikkenes mål og premisser skal kunne utøve en aktiv og målrettet styring fra Helse Midt-Norge RHF sin side.

God praksis på dette området kan medføre at regionale helseforetak kan finne frem til områder der bruk av private vil bidra til bedre realisering av helsepolitiske mål, samtidig som dette kan bidra til rimelig forutsigbarhet og rettssikkerhet for de private virksomhetene.

De regionale helseforetakene skal inngå avtaler med private aktører når de aktuelle helsetjenestene inngår i det samlede opplegget for oppfyllelsen av "sørge for"-ansvaret. Dette er ikke til hinder for at forvaltningen av avtalen utføres av helseforetakene.

De retningslinjer som angis ovenfor, tilsikter å gi klarere roller for de private aktørene i relasjon til de foretakene. Et supplerende element i et slikt klargjøringsarbeid er hvordan det eventuelt tillates at medarbeidere som har sitt hovedarbeidsforhold i foretakene, tillates å ha supplerende arbeid i private virksomheter eller drive virksomhet i egen regi, og der dette eventuelt også er i en konkurransesituasjon i forhold til helseforetakene. Det forutsettes at foretakene med utgangspunkt i sin arbeidsgiverposisjon vurderer retningslinjer for slike supplerende arbeidsforhold. Vurderingene forutsettes gjort ut fra de rammebetingelser som følger av helsepersonelloven (jf. § 19) og øvrig relevant lovgivning. Det må legges vekt på hva som best tjener realiseringen av de helsepolitiske målene, at forutsetningene for god drift i helseforetakene ikke svekkes, og at det heller ikke etableres rollemessige uklarheter som er egnet til å svekke helsetjenestens legitimitet.

Frivillige organisasjoner er betydelige bidragsytere i helsesektoren. Organisasjonene mobiliserer engasjement og menneskelig ressurser som kan supplere den profesjonelle behandling og omsorg som tilbys i helseinstitusjonene. Det er derfor ønskelig at helseforetakene legger til rette for at organisasjonene kan bidra med frivillig innsats i helse- og omsorgsarbeidet, for eksempel gjennom besøks- og velferdstilbud til pasientene.

Salg av helsetjenester – utenom "sørge for"-ansvaret

Det synliggjøres nå i varierende grad ledig kapasitet innen enkelte fagområder og enkelte sykehus/helseforetak. Det er trolig interesse for å nytte slik kapasitet på

kommersiell basis til behandling utenom ”sørge for”-ansvaret og eventuelle avtaler med Rikstrygdeverket. Helsedepartementet legger til grunn at verken Helse Midt-Norge RHF eller noen av de helseforetak som Helse Midt-Norge RHF eier, tilbyr behandling til private med mindre det foreligger en ledig totalkapasitet, synliggjort ved fravær av køer og for lange ventetider, og at omdisponering av ressurser er vurdert.

Ved salg av helsetjenester på kommersiell basis, må helseforetakene forsikre seg om at dette gjøres innenfor de rammer konkurranselovgivningen setter, inklusive de begrensningene som følger av EØS-avtalen.

For at helseforetakene skal selge helsetjenester, må dette baseres på at det er reelt ledig kapasitet, og at den kapasiteten som benyttes ikke ville vært mulig uten denne ekstra finansieringen, samt at det betales reelle priser, og ikke bare marginalpriser.

6. NASJONALE PROSESSER – FORVENTNINGER OM DELTAKELSE

Gjennom statens posisjon som myndighetsorgan vil det være flere tiltak som understøtter den rolle som foretakene har i gjennomføringen av helsepolitikken. Utforming og utvikling av slike tiltak vil skje i dialog med de regionale helseforetakene. Når beslutninger om slike tiltak er tatt, forventes det at foretakene medvirker slik at ordningene fungerer i samsvar med intensjonene. Nedenfor omtales en del slike sentrale tiltak som er under etablering eller utvikling, og hvilke forventninger Helsedepartementet har til de regionale helseforetakenes medvirkning.

Stortinget har bedt regjeringen sørge for at de regionale helseforetakene arbeider videre med etablering av et PET-skanner-tilbud i Norge, i regi av Det Norske Radiumhospitalet og Rikshospitalet. Det er presisert at dette tilbudet i et nettverk vil komme alle helseregionene til gode. Helsedepartementet vil komme tilbake med konkrete initiativ i forhold til et samarbeid omkring dette.

6.1 Nasjonal enhet for fritt sykehusvalg

Fra 1. mai 2003 vil det i regi av Sosial- og helsedirektoratet bli etablert en Nasjonal enhet for fritt sykehusvalg. Tjenesten skal tilby brukerne oppdatert og kvalitetssikret informasjon om historiske og forventede ventetider samt annen informasjon som er relevant for pasientens valg av sykehus. De regionale helseforetakene er trukket inn i arbeidet og forventes å samarbeide med Sosial- og helsedirektoratet om etablering og drift av tjenesten.

Helsedepartementet ber om at Nasjonal enhet for fritt sykehusvalg følges opp og at det legges vekt på å utvikle gode samarbeidsrelasjoner med enheten. Helse Midt-Norge RHF skal bidra til å bedre datagrunnlaget, foreta nødvendig kvalitetssikring av data og sørge for tilstrekkelig kapasitet til å betjene det grønne nummeret. Det understrekes at det i alle regionale helseforetak skal være et arbeid med prosjekter innenfor elektronisk booking for å understøtte pasientens frie sykehusvalg.

Pasientens rett til fritt sykehusvalg er forankret i pasientrettighetsloven. Ordningen forventes å medføre en ytterligere bedring i utnyttelsen av den samlede behandlingsskapasiteten. Det antas å være et potensiale for bruk av ordningen ut over dagens behov.

6.2 Nasjonalt system for kvalitetsindikatorer

I regi av Sosial- og helsedirektoratet vil det bli etablert et nasjonalt system for registrering og formidling av de nasjonale kvalitetsindikatorene. De regionale helseforetakene er trukket inn i arbeidet. Første samlede presentasjon av nasjonale data vil skje i 2003. Det vil bli sendt ut særskilt informasjon om systemet med krav til registrering og rapportering av data. Det forutsettes at tiltaket følges opp slik at det kan virke i samsvar med intensjonene. I systemet vil de regionale helseforetakene ha et særskilt ansvar for innhenting av en del av datamaterialet samt kvalitetssikring av dette. Der det er behov for koordinert innkjøp av tjenester for å sikre sammenlignbare data, forutsettes det at de regionale helseforetak samordner og koordinerer sine bestillinger.

Helsedepartementet vil innføre registrering på følgende nasjonale kvalitetsindikatorer i 2003: (i) *Pasientrapportert standard*, (ii) *Pasienterfaring med personalet*, (iii) *Pasientrapportert organisering*, (iv) *Pasientrapportert informasjon*, (v) *Pre-operative liggetider ved lårhalsbrudd*, (vi) *Epikrisetid*, (vii) *Korridorpasienter*, (viii) *Sykehusinfeksjoner* og (ix) *Tvungen innskrivning i psykiatrisk institusjon*. I tillegg vil departementet vurdere også å iverksette rapportering på (x) *30-dagers overlevelse ved lårhalsbrudd, hjerteinfarkt og hjerneslag*.

Helsedepartementet presiserer at dette må sees i sammenheng med det fokus som også settes på ventetider (jf. 3.2.6) og krav om økt produktivitet i psykiatri (jf. 3.2.12). Departementet vurderer det som nødvendig å øke antall indikatorer fra 2004 og forutsetter at Helse Midt-Norge RHF bistår også i den videre utviklingen av kvalitetsindikatorene.

Helse Midt-Norge RHF skal levere data og rapportere i henhold til de krav som settes ved etablering av et system for registrering av nasjonale kvalitetsindikatorer i 2003. For å sikre sammenlignbarhet, skal de regionale helseforetakene benytte samme leverandør ved kjøp av tjenester for registrering av enkelte kvalitetsindikatorer der dette er nødvendig for å fremskaffe sammenlignbare data.

Det vil fortløpende bli vurdert i hvilken grad det skal settes konkrete styringsmål knyttet til kvalitetsindikatorene. Blant annet vil erfaringer og god dokumentasjon bli vektlagt før det stilles konkrete krav og klare retningslinjer på de ulike områdene.

6.3 Kvalitetsregistre

Helse Midt-Norge RHF skal bidra for å sikre at intensjonen om etablering av nasjonale medisinske kvalitetsregistre innen alle medisinske fagområder oppfylles. Bidrag til de nasjonale kvalitetsregistre skal være forankret i helseforetakene.

Gode kvalitetsregistre er et viktig tiltak for å utvikle og forbedre spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter at helseforetakene bidrar slik at registrene blir mest mulig komplette og at helseforetakene gjør aktiv bruk av informasjonen. Registrene fungerer som verktøy for fagutvikling og evaluering av faglige metoder, gjeldende praksis og prioriteringer innenfor et fagfelt. De kan også danne utgangspunkt for identifikasjon av relevante faglige kvalitetsindikatorer.

6.4 Faglige retningslinjer

Foretakene har et selvstendig ansvar for den faglige kvaliteten i sitt arbeid. Som en hjelp i arbeidet utarbeides det fra sentralt hold flere typer faglige retningslinjer eller veiledning.

Helsedepartementet forventer at det samarbeides med institusjonene som utvikler veiledningsmateriale, og at det gjøres bruk av materialet. Departementet understreker samtidig at helseforetakene må foreta selvstendige vurderinger av hvilke metoder som i det enkelte tilfelle oppfyller kravet til forsvarlighet.

6.5 Sektorvis miljøhandlingsplan

Helsedepartementet har i samarbeid med Sosialdepartementet utarbeidet en sektorvis miljøhandlingsplan. Alle departementer skal utarbeide slike planer hvor fokus er på miljøutfordringer i egen sektor. Helse Midt-Norge RHF vil få tilsendt denne i egen ekspedisjon.

7. NASJONALE AKTØRER

Realiseringen av nasjonal helsepolitikk er et samspill mellom mange aktører. Det er viktig at de regionale helseforetakene er seg bevisst at det utvikles relasjoner til de ulike nasjonale aktørene som ivaretar dette samspillet. Dette må inkludere nødvendig respekt for myndighetsrollen som de ulike institusjonene har, men også at man er seg bevisst hvordan institusjonene representerer ressurser som foretakene kan dra nytte av. Omtalene tilsikter å gi påminnelser om at de regionale helseforetakene skal være seg bevisst at begge rolleelementene blir ivaretatt.

7.1 Sosial- og helsedirektoratet

Sosial- og helsedirektoratet er nyetablert fra 2002. En sentral begrunnelse for etableringen av direktoratet var et ønske om i større grad få et samlet ansvarssted for ulike myndighetstiltak som skal gjennomføres overfor helsetjenesten. Det er viktig at de regionale helseforetakene er seg bevisst direktoratets rolle og de ulike myndighetstiltakene som direktoratet arbeider med. Flere steder foran i styringsdokumentet er det vist til viktige myndighetstiltak som direktoratet arbeider med, slik som nasjonalt helsennett, nasjonalt organ for fritt sykehusvalg, nytt system for

kvalitetsindikatorer, faglige retningslinjer og ulike sider ved gjennomføringen av opptrappingsplanen for psykisk helse.

Fylkeslegene, som fra 2003 inngår i fylkesmannsfunksjonen, representerer Sosial- og helsedirektoratet og Statens helsetilsyn i fylket. Fra 2003 er pasientombudene tilordnet Sosial- og helsedirektoratet.

Helsedepartementet vil framheve to utfordringer knyttet til den rolle som direktoratet skal ha i realiseringen av helsepolitikken. For det første ved at man er positiv til invitasjoner fra direktoratet om å delta i utviklingen av de aktuelle tiltakene, slik at tiltakene kan finne former som på en god måte samspiller med foretakenes drift. Dette må også inkludere at de regionale helseforetakene respekterer de formelle rammene som er knyttet til det enkelte myndighetstiltak. For det andre er det en felles utfordring for direktoratet og de regionale helseforetakene at tiltakene finner former som ikke krenker den driftsautonomi som det er forutsatt at helseforetakene skal ha, altså at det unngås at det knyttet til tiltakene etableres former for tradisjonell "etatsstyring" – styringsformer som det nettopp var et poeng å komme bort fra da foretaksformen ble etablert. Helsedepartementet vil i 2003 bidra i dialog med Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene til at man både generelt og knyttet til det enkelte myndighetstiltaket skal finne samarbeidsformer som både understøtter de aktuelle tiltakene, og som respekterer de organisatoriske forutsetningene som foretaksformen bygger på.

7.2 Nasjonalt folkehelseinstitutt

Nasjonalt folkehelseinstitutt ble opprettet 01.01.2002. Det nye instituttet består av deler av tidligere Statens institutt for folkehelse og Statens helseundersøkelser, samt Medisinsk fødselsregister og Enhet for legemiddelstatistikk- og metodologi fra Norsk medisinaldepot. Fra 2003 inngår også det tidligere Statens rettstoksikologiske institutt i organisasjonen.

For å kunne bidra til å løse dagens og morgendagens helseproblemer kreves det inngående kompetanse på en rekke høyt spesialiserte områder - og evne til å omsette kunnskapen til råd som beslutningstakere, helsetjeneste og allmennhet kan nyttiggjøre seg. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal arbeide for å bedre befolkningens helse ved å fremskaffe kunnskap om hvordan folkehelsen utvikler seg og hvilke forhold som påvirker helsen. Instituttet skal formidle kunnskap og gi råd om hvordan man kan fremme helse og forebygge sykdom og helseskade, og tilby tjenester som kan bidra til dette. Perspektivet skal dekke både somatiske, psykiske og sosiale forhold. Instituttet skal ha spisskompetanse og drive egen forskning, helseovervåkning, rådgivning, formidling og tjenesteyting i smittevern, miljømedisin og befolkningsundersøkelser. De regionale helseforetakene oppfordres til i arbeidet ut fra "sørge for"-ansvaret å være bevisst den kunnskap og kompetanse som kan hentes ut av Nasjonalt folkehelseinstitutt og likeens den støtte som instituttet kan gi i forhold til mange løpende driftsoppgaver. Helsedepartementet vil også understreke at instituttets posisjon og styrke i stor grad vil avhenge av positiv medvirkning fra foretakene når kunnskapsbaser skal bygges opp og

vedlikeholdes. Departementet oppfordrer generelt til positiv holdning til å understøtte instituttet i dette arbeidet.

7.3 Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn og fylkeslegene utøver tilsyn med at helsetjenesten utøves i samsvar med fastsatte lovkrav. Helsedepartementet understreker at dette tilsynet ikke kommer til erstatning for den styring og kontroll som skal skje i regi av foretakene selv, ref. her særlig den plikt som foretakene har etter tilsynsloven (lov av 30. mars 1984) til å kunne verifisere at lovkrav blir fulgt. De regionale helseforetakene bør legge vekt på at egne styrings- og kontrollsystemer også gir grunnlag for gode samarbeidsmønstre med tilsynsmyndighetene.

Tilsynsmyndighetene er med basis i sin tilsynsoppgave også gitt en veilederoppgave. Helsedepartementet oppfordrer de regionale helseforetakene å være seg bevisst den ressurs som ligger i tilsynsmyndighetene, både gjennom de mange rapporter som avgis og gjennom muligheten for individuelt basert veiledning.

7.4 Statens legemiddelverk

Departementet bevilger midler til informasjon om riktig legemiddelbruk gjennom regionale sentra for legemiddelinformasjon (RELIS) og til Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonssenter (VETLIS). Midlene til RELIS og VETLIS vil bli utbetalt fra Statens legemiddelverk direkte til helseforetakene. Legemiddelverket vil i egne skriv meddele hvilke oppgaver som skal ivaretas av bevilgningen og hvilke rapporteringsrutiner som vil gjelde.

7.5 Statens strålevern

Statens strålevern fører tilsyn med all medisinsk bruk av strålekilder i Norge. Strålevernet har videre kvalitetssikring av mammografiscreening og stråleterapi. Helse Midt-Norge RHF må sikre nødvendig kompetanseoppbygging innen strålebehandling.

8. NYE OPPGAVER FOR DE REGIONALE HELSEFORETAKENE

De regionale helseforetak vil i 2003 og de kommende år få tillagt nye ansvarsområder. Dette gjelder følgende overføringer:

- Ansvaret for formidlings- og finansieringsansvaret for behandlingshjelpemidler og tilhørende forbruksmateriell tilknyttet medisinsk behandling overføres samlet i 2003 til de regionale helseforetak.
- Gjennom Rusreform I vil ansvaret for den spesialiserte delen av rusomsorgen overføres de regionale helseforetak i 2004. I 2003 må Helse Midt-Norge RHF gjennomføre de steg som er påkrevd for å legge til rette for denne ansvarsovertakingen.

- Departementet legger opp til å overføre ansvaret for private opptreningsinstitusjoner i løpet av en 4-års periode. Helse Midt-Norge RHF må løpet av 2003 gjennomføre arbeidet med å inngå avtaler med de aktuelle institusjoner.
- Pasientskadeloven, som bygger på reglene for den midlertidige ordningen med Norsk Pasientskadeerstatning (NPE), vil tre delvis i kraft 1.1.2003. De regionale helseforetakene skal betale premie til NPE for dekning av sine ansvarsområder, jfr. forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemda. Regionale helseforetak må pålegge helseforetakene å betale egenandeler til NPE fra 2003. Egenandelene skal videreføres på samme nivå som i den midlertidige ordningen.

9. STYRINGSDIALOG OG RAPPORTERING

Det plan- og meldingssystem som pålegges gjennom helseforetakslovens § 34 skal være grunnpilaren i styringsdialogen mellom departement og de regionale helseforetakene. Det vil si at det tilstrebes at informasjon og innspill som departementet mottar gjennom dette systemet skal:

- gi departementet det nødvendige faglige underlaget for å kunne medvirke i regjeringens forberedelse av det årlige statsbudsjettforslaget
- inngå i grunnlaget for de styringsbudskap som tas inn i stortingsproposisjon nr. 1 og i det årlige styringsdokumentet. Departementet vil særlig understreke den vekt som legges på at de regionale helseforetakenes innspill kan gi grunnlag for identifikasjon av viktige politiske problemstillinger som bør legges fram for Stortinget
- gi departementet tilbakerapportering på oppfølging av styringsdokumentet.

Det sentrale dokumentet fra de regionale helseforetakenes side vil være den årlige meldingen som både er omtalt i helseforetakslovens § 34 og vedtektenes § 15. Det er i dette dokumentet at det skal gis tilbakemelding på oppfølgingen av styringsdokumentet for 2003. Det forventes her at det her gis en kortfattet tilbakemelding på de styrings- og resultatkrav i styringsdokumentets ulike punkter. Dette dokumentet skal også inneholde de planelementer som fremgår av vedtektene. Frist for innsending av dette dokumentet settes til 15. februar 2004.

Når det gjelder styringsdialog i løpet av 2003 skal følgende legges til grunn:

- Helsedepartementet skal nå gjennomgå plandokumentene som departementet mottar ved årsskiftet 2002-2003. Departementet vil ta kontakt med det enkelte regionale helseforetaket for å gjennomgå behovet for supplerende resultatrapportering for året 2002 – basert på styringsdokumentet for dette året
- de regionale helseforetakene har en generell plikt til å melde fra til departementet dersom det i 2003 avtegner seg vesentlige avvik fra det målbilde som er nedfelt i styringsdokumentet. Henvendelsen bør inkludere forslag om med hvilke tiltak den aktuelle situasjonen skal møtes
- fra årsskiftet vil departementet i samarbeid med de regionale helseforetak etablere et arbeid for å klargjøre den årlige meldingen. Det tas sikte på at denne meldingen skal inngå i Stortingsproposisjon nr. 1. Departementet vil i løpet av januar måned 2003 sammen med de regionale helseforetakene vurdere om det som et ledd i dette

arbeidet bør avgis formaliserte dokumenter fra de regionale helseforetakene, herunder hva dette bør inkludere av statusrapportering

- de regionale helseforetakene bes sende inn økonomisk kvartalsregnskap til departementet
- for opptrappingsplanen for psykisk helse bes det avlagt tertialrapporter, der tiltak og effekter gjennomgås med utgangspunkt i de krav som opptrappingsplan og styringsdokument setter.

Oslo, 31. desember 2002

Vidar Oma Steine e.f.
ekspdisjonssjef

Atle Brynestad
direktør