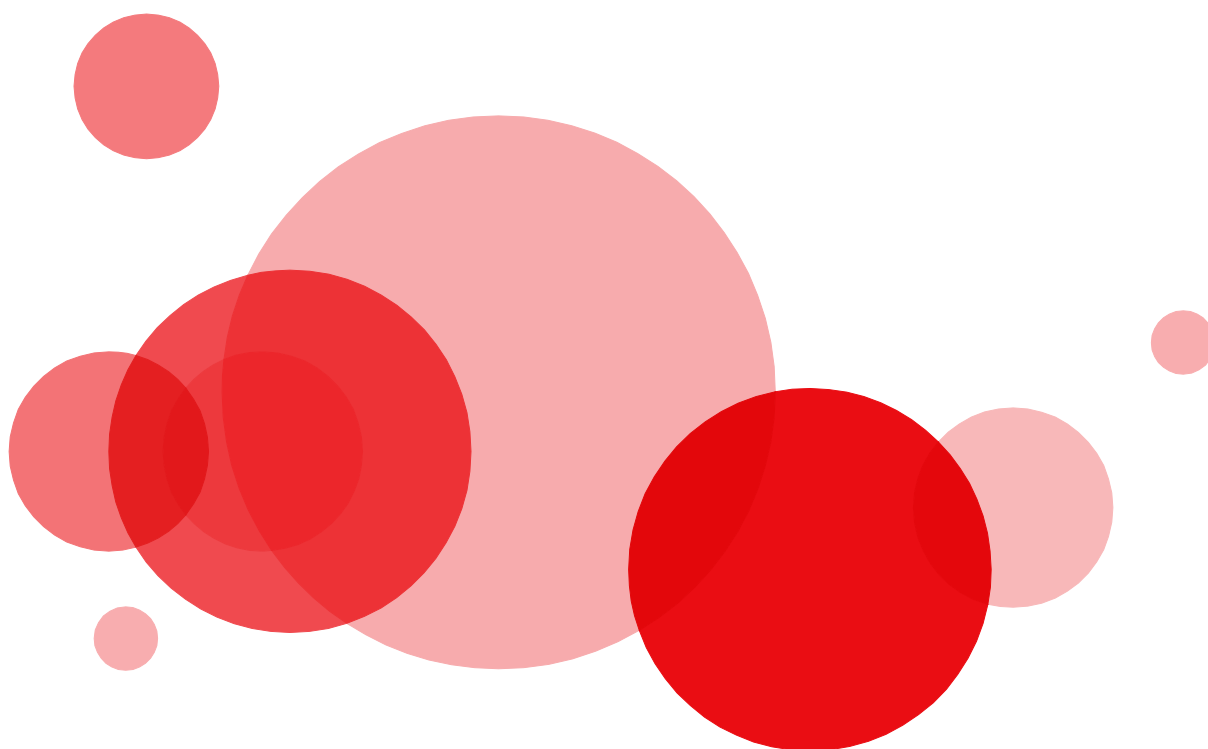


Oppdragsdokument 2016

Helse Vest RHF



Oppdatert: 12.1.2016



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Helse Vest RHF har ansvar for at befolkninga i regionen får tilgang til spesialisthelsetenester slik dette er fastsett i lover og forskrifter. Helse Vest RHF skal innrette verksemda si med sikte på å nå følgande overordna mål:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga.
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling.
3. Betre kvalitet og pasientsikkerheit.

Dette skal skje innanfor dei ressursane som blir stilte til disposisjon i oppdragsdokumentet, jf. vedlegg 1. Vi viser til stortingsbehandlinga av Prop. 1 S (2015–2016) og Prop. 1 S Tillegg 1 (2015–2016). Prognosane for kor mange asylsøkarar som kjem, kan gjere det noko meir utfordrande å oppnå reduserte ventetider, samtidig som det kan føre til at nokre investeringar vil kunne bli utsette.

Regjeringa viser til Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019 og Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016–2020. Helse Vest RHF skal gjere seg kjent med innhaldet i desse dokumenta. Departementet vil kome tilbake til Helse Vest RHF etter behandling i Stortinget. Regjeringa vil skape pasienten si helseteneste. I møtet med helsetenesta skal kvar enkelt pasient oppleve respekt og openheit, få delta i avgjerdene om eiga behandling og korleis den skal gjennomførast. Det skal brukast kvalifiserte tolkar ved behov. Samiske pasientars rett og behov for tilrettelagde tenester må etterspørjast og synleggjerast frå planleggingsfasen, gjennom utgreiingsfasen, og når avgjerder blir tekne.

Strukturen på oppdragsdokumentet er endra. Departementet vil følge opp punkta under Mål 2016 i dei månadlege og tertialvise oppfølgingsmøta med dei regionale helseføretaka. Dei regionale helseføretaka skal også gjennomføre punkta under Andre oppgåver 2016. I Årleg melding 2016 skal dei regionale helseføretaka rapportere på punkta under Mål 2016 og Andre oppgåver 2016. Styret og leiinga i Helse Vest RHF har ansvar for å følge med på Helsedirektoratet sine kvalitetsindikatorar og eventuelt sette i verk tiltak for å betre kvaliteten i tenestene.

Følgande strategiar og handlingsplanar skal leggst til grunn for utvikling av tenesta:

- Tiltaksplan for å nedkjempe vald og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017) «En god barndom varer livet ut» (Barne-, likestillings- og integreringsdepartementet).
- Regjeringa sin handlingsplan for HelseOmsorg21 2015–2018.
- Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015–2020 og Handlingsplan for redusert bruk av antibiotika i helsetenesta 2016–2020 (Helse- og omsorgsdepartementet).
- Kreftkirurgi i Norge. Rapport IS-2284 (03/2015) frå Helsedirektoratet.
- Rettleiar for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator frå Helsedirektoratet 2015.
- Nasjonal prosedyre for samvirket mellom nødetatane ved pågåande livstruande vald (PLIVO) frå Helsedirektoratet, Politidirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerheit og beredskap 2015.

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga

Hovudoppgåvene i spesialisthelsetenesta skal løysast ved dei offentlege sjukehusa. Betre samarbeid mellom private og offentlege helsetenester betyr betre utnytting av ledig kapasitet, auka valfridom og meir innovasjon i tenesteutvikling, arbeids- og samarbeidsformer. Kvar enkelt pasient skal sleppe unødvendig ventetid. Innføringa av Fritt behandlingsval og ny pasient- og brukarrettighetslov legg til rette for dette. Pasientforløpa skal vere gode og effektive. I 2015 er det innført 28 nye pakkeforløp for kreftpasientar. Helsedirektoratet utviklar pakkeforløp innanfor hjerneslag, psykisk helse og rus. Kunnskap om variasjon i tenesta skal brukast aktivt som grunnlag for forbetningsarbeid.

Mål 2016:

- Gjennomsnittleg ventetid skal vere under 65 dagar.
- Ingen fristbrot.
- Prosentdel av kreftpasientar som blir registrerte i et pakkeforløp skal vere minst 70 pst.
- Prosentdel av pakkeforløp for kreftpasientar som er gjennomførte innanfor definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp skal vere minst 70 pst.

- Redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnytting mellom helseføretaka samanlikna med 2015 målt ved utvalde indikatorar, jf. andre oppgåver.
- Redusere variasjonen i gjennomsnittleg liggetid innanfor utvalde fagområde samanlikna med 2015, jf. andre oppgåver.
- Redusere variasjonen i prosentdelen av dagbehandling innanfor utvalde fagområde samanlikna med 2015, jf. andre oppgåver.

Andre oppgåver i 2016:

- Helse Vest RHF skal innan 1. juni 2016 identifisere ein del fagområde i eigen region som skal få styringsmessig prioritet frå og med andre halvår 2016. Det skal særleg sjå på fagområde med mange ventande og/eller lang ventetid som ikkje er fagleg grunnsett. I tillegg bør det regionale helseføretaket velje fagområde som vedkjem dei fleste helseføretaka i regionen. Dessutan skal helseregionane i fellesskap identifisere fagområde som eignar seg for styringsmessig prioritet på tvers av regionane.
- Helse Vest RHF skal etablere eit sett av indikatorar som måler kapasitetsutnytting og effektivitet. Indikatorsettet skal innehalde indikatorar som gjer det mogleg å samanlikne kapasitetsutnytting og effektivitet på tvers av sjukehus, og dei skal primært målast på nivået der pasientbehandlinga faktisk skjer, for eksempel i poliklinikk, avdeling, sengepost og operasjonseining. I tillegg skal helseregionane i fellesskap etablere eit felles sett av slike indikatorar på tvers av regionane. Alle indikatorane skal etablerast innan 1. juni 2016, og dei skal brukast i styringsmessig oppfølging frå og med andre halvår 2016.
- Innanfor fagområda som får prioritert styringsmessig oppfølging, skal Helse Vest RHF bruke systematiske samanlikningar mellom sjukehus av gjennomsnittleg liggetid og prosentdelen av dagbehandling for utvalde prosedyrar/pasientforløp i styringsmessig oppfølging frå og med andre halvår 2016. I tillegg skal helseregionane i fellesskap identifisere prosedyrar/pasientforløp der gjennomsnittleg liggetid og prosentdelen av dagbehandling kan samanliknast mellom sjukehus på tvers av regionane. Utvalet av prosedyrar/pasientforløp for styringsmessig oppfølging frå og med andre halvår 2016 skal avklarast innan 1. juni 2016.
- Helse Vest RHF skal innan 1. november 2016 vurdere ytterlegare fagområde for styringsmessig prioritet frå og med 2017 og eventuelt kome med forslag til ytterlegare og/eller justerte indikatorar for å måle effektivitet og kapasitetsutnytting, bl.a. i lys av etablering av «Kostnad per pasient» (KPP) ved alle helseføretak frå og med 1. januar 2017.
- Helse Sør-Øst RHF skal leie arbeidet med å identifisere fagområde, etablere indikatorar og identifisere prosedyrar/pasientforløp på tvers av regionar. Helse Sør-Øst RHF skal frå og med 2016 også leie nettverket for å fremje metodeutvikling på tvers av de regionale helseføretak, jf. krav om etablering av nettverket i revidert oppdragsdokument 2015.

2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling

Omstillinga innanfor psykisk helsevern med overføring av oppgåver og ressursar frå sjukehus til distriktpsikiatriske senter og frå døgnbehandling til opne, utoverretta tenester blir vidareført.

Distriktpsikiatriske senter skal omstillast med gode akuttenester gjennom døgnet, mellom anna ambulante tenester med deltaking frå spesialistar. Pasientar skal oppleve eit psykisk helsevern med vekt på frivilligheit og redusert og riktig bruk av tvang. Distriktpsikiatriske senter som nøkkelstruktur er lagde til grunn for dei framtidige tenestene innanfor tverrfagleg spesialisert rusbehandling der lokale forhold tilseier dette.

Mål 2016:

- Det skal vere høgare vekst innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske senter og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriterast. Veksten skal målast i gjennomsnittleg ventetid, kostnader (kostnader til avskrivningar, legemidlar og pensjon skal synleggjerast, men haldast utanfor), årsverk (helseføretak og "private institusjonar med oppdragsdokument") og aktivitet (polikliniske konsultasjonar).
- Redusere talet på tvangsinnleggingar for vaksne (per 1000 innbyggjarar i helseregionen) samanlikna med 2015.
- Auka prosentdelen av årsverk i distriktpsikiatriske senter i forhold til sjukehus innan psykisk helsevern for vaksne samanlikna med 2015.

Andre oppgåver i 2016:

- Styrke desentralisert behandlingstilbod (ambulant/poliklinikk/samarbeid førstelinja) innanfor psykisk helsevern og rus.
- Sikre vidare drift av OCD-teama, mellom anna nødvendig implementering og opplæring.
- Etablere fleire tilbod innanfor psykisk helsevern i norske fengsel.

3. Betre kvalitet og pasientsikkerheit

Helsetenesta skal vidareutviklast slik at pasientar og brukarar i større grad får og opplever å få trygg og god helsehjelp. Kvalitetsmålingar og pasienterfaringar må offentleggjerast og brukast aktivt i utforminga av tenestetilbodet og i systematisk forbetningsarbeid. Uberettiga variasjon skal reduserast. Helse-, miljø- og sikkerheitsarbeid (HMS) er en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerheitsarbeidet.

Bemanning, utdanning, kompetanseutvikling, forskning, innovasjon og opplæring av pasientar og pårørande skal underbygge ei god og forsvarleg pasientbehandling.

Omstilling av spesialisthelsetenester som vedkjem kommunane, skal synkroniserast slik at dei ikkje blir gjennomførte før kommunane er i stand til å handtere dei nye oppgåvene. Det er ein føresetnad at omstillingane gir brukarane eit kontinuerleg og like godt eller betre tenestetilbod enn tidlegare. I tråd med Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelseteneste – nærhet og helhet skal Helse Vest RHF bidra til å auke kompetansen i kommunal helse- og omsorgsteneste.

Mål 2016:

- Prosentdel av sjukehusinfeksjonar skal vere mindre enn 4,7 pst.
- Ikkje korridorpasientar.

Andre oppgåver i 2016:

- Bidra med nødvendige spesialisthelsetenester og rettleie kommunane, slik at dei kan greie ansvaret sitt for helsetilbod til asylsøkjjarar og flyktningar.
- Spreie alle innsatsområde som er igangsette i pasientsikkerheitskampanjen «I trygge hender 24-7» til alle relevante einingar/avdelingar. Sjå Tabell 2 Rapportering 2016.
- Sette i gang etablering av eit antibiotikastyringsprogram i sjukehus, i tråd med Helse- og omsorgsdepartementet sin handlingsplan mot antibiotikaresistens. Som eit ledd i etableringa skal dei regionale kompetansesentera for smittevern styrkast. Sjå Tabell 2 Rapportering 2016.
- Dei regionale helseføretaka skal i fellesskap gjennomføre konkrete tiltak som styrkar kapasiteten i dei regionale helseføretaka til å gjennomføre forhandlingar/anskaffingar, bidra til betre samhandling mellom aktørane som er involverte i systemet for nye metodar, sikra at avgjerder som blir tekne av Beslutningsforum, blir implementerte i spesialisthelsetenesta. Helse Nord RHF skal leie arbeidet.
- Det er tilsett sosialpediatrar i alle barneavdelingar. Overgrepsette barn som blir avhøyrde ved Statens barnehus skal få tilbod om medisinsk undersøking.
- Ha ansvar for tilbod til vaksne og barn som er utsette for seksuelle overgrep frå 1. januar 2016, mellom anna ha inngått avtalar med vidareførte robuste kommunale overgrepsmottak. For helseføretak og kommunar som ikkje har inngått slike avtalar per 1. januar 2016, blir endeleg frist for avtaleinngåing sett til 1. juli 2016, jf. brev av 11. november 2015.
- Bidra til forbetring og vidareutvikling av den nasjonale nødmeldingstenesta gjennom tverretatlege «program for forbetring av nødmeldingstenesta».
- Etablere tiltak som kan bidra til eit meir systematisk samarbeid mellom helsetenesta og Arbeids- og velferdsetaten, mellom anna vurdere kor formålstenleg det er å inngå særskilde samarbeidsavtalar med Arbeids- og velferdsetaten. Helsedirektoratet har i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet utarbeidd malar for samarbeidsavtalar til dette formålet. I rapporteringa skal det inngå ei oversikt over kva for område det er etablert samarbeid på, og konkrete samarbeidstiltak. Tilsvarande oppdrag er gitt til Arbeids- og velferdsetaten.

- De regionale helseføretaka skal i fellesskap identifisere indikatorar for å måle uberettiga variasjon i forbruk av helsetenester for eit utval av prosedyrar innan 1. november 2016. Det bør veljast prosedyrar som vert utførte hos mange helseføretak. Dei utvalde indikatorane og prosedyrane skal giast styringsmessig prioritet frå 2017. Helse Nord RHF skal leie arbeidet.

Personell, utdanning og kompetanse

- Utvikle *Nasjonal bemanningsmodell* som eit verktøy for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov i regionen og nasjonalt.
- Gjere synleg utdanningsaktivitet i sjukehusa. Gi departementet årleg innspel på dimensjonering av utdanningskapasitet, aktivitet og behov innanfor området. Departementet vil tydeleggjere rammer og frist for innspelet.
- Leggje til rette for kompetanseutvikling, vidare- og etterutdanning, vidareutvikle tilbod gjennom e-læring, simulatoretrening o.l.
- Etablere eit regionalt utdanningsssenter ved regionsjukehuset for å ivareta læringsaktivitetar og andre oppgåver i ny ordning for legane si spesialistutdanning. Vidare skal helseføretaket delta i tverregional ordning for å sikre nasjonal, samordna spesialistutdanning, og planleggje for å setje i verk læringsaktivitetar av del 1 av spesialistutdanninga etter ny ordning, for oppstart i 2017.

Forskning og innovasjon

- I samarbeid mellom dei fire regionale helseføretaka og under leiding av Helse Sør-Øst RHF er det gjennomført eit forskningsbasert pilotprosjekt basert på eit eigna informasjonssystem for måling av innovasjonsaktivitet i helseføretaka, med deltaking frå både universitetssjukehus og andre helseføretak, jf. tilrådingar i rapport frå NIFU frå 2015.
- Følgjande tre tiltak frå regjeringa sin handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21 implementerast: Det skal etablerast eit nytt felles program for klinisk behandlingssforskning i spesialisthelsetenesta i samarbeid med Noregs forskingsråd, noko som kan bidra til at fleire pasientar får tilbod om deltaking i kliniske studiar. Helse Sør-Øst RHF skal koordinere arbeidet. Infrastruktur for utprøving av nye innovasjonar som nytt medisinsk-teknisk utstyr er styrkt ved universitetssjukehusa. I den nasjonale forskingsinfrastrukturen for kliniske studium, NorCRIN, skal det etablerast kontaktpunkt for tidleg fase kliniske studiar t og industrien skal inviterast inn i nettverket.
- Andre relevante tiltak i HelseOmsorg21-strategien vurderast og implementerast. Her bør det takast omsyn til sentrale målsetjingar for helseforskninga.

4. Oppfølging og rapportering

I oppfølgingsmøta med dei regionale helseføretaka vil departementet følge opp Mål 2016 og eventuelt andre kvalitetsindikatorar ved behov. I Årleg melding 2016 skal Helse Vest RHF rapportere på *Mål 2016, Andre oppgåver 2016 og Rapportering 2016*. Helse Vest RHF skal i Årleg melding 2016, i tillegg til gjennomsnittstal for heile regionen, vise lavaste og høgaste måloppnåing på helseføretaksnivå for *Mål 2016*. Frist for innsending av årleg melding frå styret er 15. mars 2017. Sjå vedlegg 1 til føretaksprotokoll til Helse Vest RHF av 12. januar 2016 for nærmare informasjon om kva som skal rapporterast til departementet.

Tabell 1. Mål 2016. Datakjelder og publiseringsfrekvens

Mål 2016	Mål	Datakjelde	Publiseringsfrekvens
1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga			
Gjennomsnittleg ventetid for avvikla pasientar i spesialisthelsetenesta	Under 65 dagar	Helsedirektoratet	Månadleg
Prosentdel av fristbrot for avvikla pasientar	0 %	Helsedirektoratet	Månadleg
Pakkeforløp for kreft (samla for pasientar med lunge-, bryst-, prostata-, tjukktarms- og endetarmskreft)	Minst 70 % ved årsslutt	Helsedirektoratet	Tertialvis

Mål 2016	Mål	Datakjelde	Publiseringsfrekvens
1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga			
Gjennomføring av pakkeforløp for organspesifikk krefttype, høvesvis brystkreft, tjukktarms- og endetarmskreft, lungekreft og prostatakraft innan maksimal anbefalt forløpstid	Minst 70 % ved årsslutt	Helsedirektoratet	Tertialvis
Pakkeforløp for kreft (samla for 28 krefttypar totalt)	Minst 70 % ved årsslutt	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av pakkeforløp for kreft (per type kreft, 28 krefttypar totalt) innan maksimal anbefalt forløpstid	Minst 70 % ved årsslutt	Helsedirektoratet	Tertialvis.
2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling			
Høgare vekst innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Veksten skal målast i gjennomsnittleg ventetid, kostnader (kostnader til avskrivningar, legemiddel og pensjon skal synleggjerast, men haldast utanfor), årsverk (helseføretak og "private institusjonar med oppdragsdokument" ¹) og aktivitet (polikliniske konsultasjonar)	Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større auking i kostnader, årsverk og aktivitet.	Gjennomsnittleg ventetid: Helsedirektoratet. Kostnader: dei regionale helseføretaka sin rekneskap. Årsverk: dei regionale helseføretaka sine HR-system og SSB for private. Polikliniske konsultasjonar: Helsedirektoratet (HELFO).	
Talet på tvangsinnleggingar i psykisk helsevern for vaksne (per 1000 innbyggjarar i helseregionen)	Redusert samanlikna med 2015	Helsedirektoratet	Årleg
Prosentdel av årsverk i distriktpsykiatriske senter og sjukehus innan psykisk helsevern for vaksne	Auka prosentdel av årsverk i DPS samanlikna med 2015	Helsedirektoratet (SSB)	Årleg
3 Betre kvalitet og pasientsikkerheit			
Prosentdel av sjukehusinfeksjonar	Mindre enn 4,7 %	Folkehelseinstituttet	2 gongar årleg
Prosentdel av korridorpatientar på sjukehus	0 %	Helsedirektoratet	Tertialvis

Tabell 2. Rapportering 2016. Datakjelder og publiseringsfrekvens

	Mål	Datakjelde	Publiseringsfrekvens
Pasientars erfaring med døgnopphald i tverrfagleg spesialisert rusbehandling		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta (Folkehelseinstituttet)	Blir publisert 2016
Pasientars erfaring med sjukehus (inneliggande pasientar) (PasOpp)		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta (Folkehelseinstituttet)	Årleg

¹ Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Betanien Hospital Skien, Martina Hansen Hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Haugesund Sanitetsforeningens Revmatismesykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Hospitalet Betanien, Jæren DPS, Solli sykehus, Olaviken og Bjørkeli Voss.

	Mål	Datakjelde	Publiseringsfrekvens
30 dagars overleving etter hjerneslag		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta (Folkehelseinstituttet)	Årleg
30 dagars overleving etter hoftebrot		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta (Folkehelseinstituttet)	Årleg
Prosentdel av pasientskadar basert på GTT-undersøkingane	Skal reduserast med 25 pst. innan utgangen av 2018, målt ut frå GTT-undersøkinga for 2012	GTT-undersøkingane. Helsedirektoratet	Årleg
Prosentdel av relevante einingar i regionen der tiltakspakkane i pasientsikkerheitsprogrammet er implementerte.	100 %	RHF's rapportering til pasientsikkerheitsprogrammet	Årleg
Bruk av desse fem breispektra midla: karbapenem, 2. og 3. generasjons cefalosporin, penicillin med enzymhemmar og kinolon.	30 % reduksjon i samla bruk i 2020 samanlikna med 2012	Sjukehusa sin lækjemiddelstatistikk	Årleg
Talet på bidrag frå nasjonale medisinske kvalitetsregister i a) vitenskaplege artiklar og b) konkrete prosjekt for klinisk kvalitetsforbetring		Årsrapportar frå dei nasjonale medisinske kvalitetsregistra	Årleg

Rapporteringa skal sendast til postmottak@hod.dep.no med kopi til rapportering@hod.dep.no.

Oslo, 12. januar 2016



Bent Høie

Vedlegg 1 Tildeling av midlar

Helse Vest RHF skal i 2016 basere verksemda si på tildelte midlar i tabell 3. Utbetalingsplan kjem i eige brev. Departementet føreset at Helse Vest RHF set seg inn i Prop. 1 S (2015–2016), Prop. 1 S Tillegg 1 (2015–2016) om auka tal på asylsøkarar og budsjettvedtaket i Stortinget. Vi viser til helseføretakslova § 45 og Bevilgningsreglementet § 10, der departementet og Riksrevisjonen kan sette i verk kontroll med at midlane blir nytta etter føresetnadene.

Tabell 3. Tilskot til Helse Vest RHF fordelt på kapittel og post (i kroner)

Kap	Post	Nemning	Midlar til Helse Vest RHF
701	71	Medisinske kvalitetsregister	6 579 000
732	70	Særskilde tilskot (omlegging av arbeidsgivaravgift)	27 758 000
	70	Særskilde tilskot (tilskot til turnusteneste)	6 480 000
	70	Særskilde tilskot (partikkelterapi)	4 075 000
	70	Særskilde tilskot (klinisk multisenterstudie ME)	2 000 000
	70	Særskilde tilskot (transport av psykisk sjuke)	4 080 000
	70	Særskilde tilskot (Pumps & Pipes – tiltakspakke)	5 000 000
	70	Særskilde tilskot (vedlikehald tiltakspakke)	190 000 000
	70	Særskilde tilskot (langvarig smerte)	4 100 000
	71	Kvalitetsbasert finansiering	97 100 000
	73	Basisløyving Helse Vest RHF	19 074 231 000
	76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsløyving</i>	²
	77	Poliklinisk verksemd mv., <i>overslagsløyving</i>	³
	78	Forskning og nasjonale kompetansenester	148 749 671
	79	Raskare tilbake	110 957 000
770	21	Spesielle driftsutgifter (Forsøksordning tannhelsetenester)	5 900 000

Departementet ber Helse Vest RHF førebu seg på følgjande endringar i finansieringsordningane frå 2017. Vi tek sikte på:

- å innføre øyeblikkelig hjelp døgntilbod i kommunane for pasientar med rusproblem og/eller psykiske helseproblem frå 2017
- å innføre betalingsplikt for kommunane for pasientar med rusproblem og/eller psykiske helseproblem tidlegast frå 2017.
- å leggje om refusjonssystemet for laboratorieundersøkingar frå 1. januar 2017
- å inkludere poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling i ISF frå 1. januar 2017. Regjeringa vil ta stilling til saka når utgreiinga er gjennomført.

Kap. 701, post 70 Medisinske kvalitetsregister

Helse Vest RHF blir tildelt 6,579 mill. kroner til Nasjonal IKT for å sikre at dei nasjonale medisinske kvalitetsregistra får teke i bruk tekniske fellesløyvingar. Løysingane må tilfredsstillе felles krav og standardar, og vere samordna med det nasjonale arbeidet på helseregisterfeltet og e-helseområdet. Helseregisterprosjektet sin handlingsplan for 2014–2015 blir vidareført i 2016.

Kap. 732, post 73 Basisløyving Helse Vest RHF

Helse Vest RHF skal sette av minst 3 mill. kroner til forskning om samhandling med dei kommunale helse- og omsorgstenestene.

² Posten er forklart under tabellen

³ Posten er forklart under tabellen

Finansieringsansvaret for enkelte legemiddelgrupper blir overført frå folketrygda frå 1. januar 2016, jf. Prop. 1 S (2015–2016). Helsedirektoratet får fullmakt til å avgjere kven som skal finansiere nye legemiddel som kjem på marknaden innanfor legemiddelgruppene, og som er alternativ til legemiddel som alt er finansierte av sjukehusa. Folketrygda skal framleis dekke utgifter til medisinsk forbruksmateriell for veksthormon og blodkoagulasjonsfaktorar, dvs. at det skal skrivast ut eigne reseptar på folketrygda for medisinsk forbruksmateriell.

Private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonar som har avtale med regionalt helseføretak, har høve til å ta eigendel. Eigendelen i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonar er 138 kroner per døgn. Eigendelen gjeld også for dagopphald.

Betalingssatsen for kommunane for utskrivingsklare pasientar er 4505 kroner i 2016.

Ressursramma legg til rette for ein generell vekst i pasientbehandlinga (somatikk, psykisk helsevern, tverrfagleg spesialisert rusbehandling og rehabilitering) på 2,5 pst.

Kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering av sjukehus, overslagsløyving

Utbetaling over posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Einingsprisen i 2016 er 42 081 kroner. I 2016 utgjer akontoutbetalinga 6 506,3 mill. kroner tilsvarande 309 230 DRG-poeng. Budsjettet legg til rette for eit aktivitetsnivå i 2016 som ligg om lag 1,8 pst. over anslått nivå for 2015 basert på aktivitet per første tertial 2015. Som følge av fritt behandlingsval-reforma er systemet med konkrete styringsmål i talet på DRG-poeng avvikla frå 2015. Dette legg til rette for at sjukehusa kan møte auka konkurranse gjennom å auke aktiviteten der det er kapasitet og økonomi. Aktivitet utover budsjettert aktivitet utløyser 50 pst. ISF-refusjon.

Kap. 732 post 77 Poliklinisk verksemd o.a.

Utbetaling over posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Budsjettet legg til rette for ein vekst på 9 pst. utover anslått nivå i 2015 basert på rekneskapstal frå januar–mai 2015, og dette tilsvarer 821,5 mill. kroner. For å stimulere til auka effektivisering er refusjonstakstane for laboratorie- og radiologitenester underregulerte med 1 prosentpoeng.

Kap. 732, post 79 Raskare tilbake

Helse Vest RHF blir tildelt inntil 111 mill. kroner, mellom anna 7 mill. til dei arbeidsmedisinske avdelingane. Reell aktivitet avgjer endelege inntekter innanfor ramma. Departementet vil vurdere størrelsen på akonto-beløpet mot rapportert aktivitet. Ordninga skal i større grad rettast mot grupper som ofte er lenge sjukmelde, dvs. personar med muskel- og skjelettplager og lettare psykiske lidingar. Tilboda bør vere forskingsbaserte. Det skal vere svært sannsynleg at personar som får tilbod, kjem raskare tilbake i arbeid. Tenestene til brukarane bør derfor så langt det er mogleg, leverast i samarbeid med NAV, primærhelsetenesta, arbeidsgivar og arbeidstakar. Det er viktig at det blir etablert eit systematisk samarbeid mellom helsetenestene og Arbeids- og velferdsetaten i alle tilbod under Raskare tilbake, og at det blir utvikla gode samarbeidsmodellar for å sikre heilskaplege og koordinerte pasientbehandlingar. Tiltaka skal evaluerast for å sikre at resultatane er i tråd med intensjonane med ordninga.

Kap. 770, post 21 Forsøksordning med tannhelsetenester i tverrfagleg miljø

Helse Vest RHF blir tildelt 5,9 mill. kroner. Vi viser til omtale av forsøket i Oppdragsdokument 2015.

Vedlegg 2 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

GRUNNUTDANNING omfattar studium ved vidaregåande skular, høgskular og universitet der studentane har helseføretaka som praksisarena. Fylkeskommunane har ansvar for dei vidaregåande skulane. Fylkesopplæringskontora skal i samarbeid med praksisarenaene sikre læreplassar i dei yrkesfaglege utdanningane.

VIDAREUTDANNING omfattar legespesialistutdanninga og studium ved fagskular, høgskular og universiteter der studentane har helseføretaka som praksisarena (og arbeidsplass). Høgskular som tilbyr vidareutdanning, skal i framkant inngå avtalar med helseføretaka om praksisplassar. Eventuell usemje skal ein prøve å løyse i samarbeidsorganet.

Kunnskapsdepartementet har tidlegare fastsett årlege aktivitetskrav for enkelte studium ved utdanningsinstitusjonane. Frå og med 2014 vart styringa av dimensjonering for enkelte utdanningar endra til kandidatmåltal. Nedanfor gjengir vi Kunnskapsdepartementet sine forslag til kandidatmåltal for 2016. Kandidatmåltalet for kvar enkelt institusjon er eit minstekrav. Endelege tal ligg føre i KDs tildelingsbrev/tilskotsbrev for 2016 til utdanningsinstitusjonane og kan formidlast frå institusjonane i dei regionale samarbeidsorgana. Fleire institusjonar slår seg saman med verknad frå 1.1.2016. Fleire av desse institusjonane blir lokaliserte i fleire helseregionar. For utdanningane ved desse institusjonane må RHF-a finne ei formålstenleg fordeling av praksisplassar i samarbeid med institusjonane.

Høgskule Universitet	Helseregion	Obligatorisk praksis			Ikkje obligatorisk praksis			ABIOK- sjukeplei e	Jord- mor
		Sjuka- pleie	Radio- grafi	Bio- ingeniør	Fysio- terapi	Ergo- terapi	Verne- pleie		
NTNU	Helse Sør-Øst og Helse Midt- Norge	425	51	73	52	57	70	134	25
Høgskolen i Hedmark	Helse Sør-Øst	164						23	
Høgskolen i Lillehammer	Helse Sør-Øst						57		
Høgskolen i Oslo/Akershus	Helse Sør-Øst	492	34	50	134	51	147	120	34
Høgskolen i Østfold	Helse Sør-Øst	109		22			61	20	
Diakonova	Helse Sør-Øst	83						28	
Lovisenberg diak.	Helse Sør-Øst	151						48	
VID vitenskapelige høgskole	Helse Sør-Øst og Helse Vest	248				30	110	22	
Universitetet i Agder	Helse Sør-Øst	203		20			35	25	
Høgskolen i Sørøst-Noreg	Helse Sør-Øst	336	20				45	51	20
Høgskolen i Bergen	Helse Vest	180	25	23	60	30	65	41	35
Høgskolen i Sogn og Fjordane	Helse Vest	110					21	11*	
Univ. i Stavanger	Helse Vest	163						34	
Høgskolen i Stord/Haugesu nd	Helse Vest	145						8*	
Høgskolen i Molde	Helse Midt- Norge	79					38		
Høgskolen i Nord- Trøndelag	Helse Midt- Norge	169					30		

Høgskule	Helseregion	Obligatorisk praksis			Ikkje obligatorisk praksis			ABIOK-	Jord-
Universitetet i Nordland	Helse Nord	159					26		
Universitetet i Tromsø	Helse Nord	261	24	20	25	20	50	20	

*Institusjonane er bedne om å legge fram ein plan i *Årsrapport* for auke til 20 over ein periode på tre år, jf. Tildelingsbrev for 2014.

Audiografutdanninga ved NTNU har kandidatmåltal 29.

Følgande kandidatmåltal er fastsette for høvesvis medisin, psykologi og farmasi ved universiteta:

Universitet	Medisin	Psykologi prof.utd.	Farmasi
Universitetet i Oslo	192	96	55
Universitetet i Bergen	156	80	25
NTNU	114	55	12
Universitetet i Tromsø	84	31	25

TURNUSTENESTE er for nokre yrkesgrupper eit vilkår for å få autorisasjon. Helsedirektoratet fastset kor mange turnusplassar for legar og fysioterapeutar det skal leggest til rette for, og formidlar dette i brev til kvart av RHF-a. Turnustenesta for legar vart endra med verknad frå 2013. Talet på turnusplassar for legar blir vidareført i 2016. Talet på turnusplassar for fysioterapeutar blir vidareført i tråd med auken i 2013.

FORDELING AV NYE LEGESTILLINGAR

Sentral fordeling av nye legestillingar tok slutt 1. juli 2013. Oppretting av legestillingar skal framleis skje i tråd med behova innanfor sørge-for-ansvaret til helseregionane, den helsepolitiske styringsbodskapen og dei økonomiske rammene som er stilte til disposisjon. Gode lokale, regionale og nasjonale analysar av kompetansebehov framover skal leggest til grunn for RHF-a si fordeling av legar til HF-a og mellom spesialitetar. RHF-a skal særleg vurdere behovet for legestillingar til spesialitetar der utdanningskapasiteten i dag blir rekna for å vere for lav, og spesialitetar der behovet for legespesialister vil endre seg i åra framover som ei følgje av befolkningsutvikling, sjukdomsutvikling og organisatoriske endringar i helseføretaka. Stillingar i onkologi og patologi skal framleis prioriterast.

RHF-a skal bidra til at Legestillingsregisteret i Helsedirektoratet til kvar tid er oppdatert.