



Årlig melding

**til helsedepartementet ved
eieravdelingen**

Hamar 30. juni 2002

Sammendrag

Årlig melding fra Helse Øst RHF til Helsedepartementet er utformet med basis i retningslinjer datert 21.05.02 fra departementet.

Styrets mål og prioriteringer er inneværende år bygd på de rammer som følger av statsbudsjettet samt departementets styringsdokument av 31.12.01.

Helse Øst prioriterer inneværende år reduksjon av ventetid, reduksjon av overbelegg og korridorpasienter, moderat økt omfang av pasientbehandlingen, god økonomisk styring (driftsresultat i balanse) samt redusert sykefravær hos våre ansatte. Disse forhold gjenspeiler seg i rapporten, hvor vi etter første tertial kan vise til reduserte ventetider og økt omfang av behandlingen både innen psykiatri og somatikk. Driftsresultatet før avskrivninger viser et korrigert underskudd på 96 mill kr.

Helse Øst RHF har satt i gang et omfattende arbeid for å planlegge sitt arbeid i et lengre perspektiv. Dette er organisert i en helhetlig strategiprosess og flere underliggende prosjekter. Det største enkeltprosjektet er i år en gjennomgang av foretaksstrukturen og oppgavefordelingen i foretaksgruppen. På bakgrunn av vårt arbeid hittil og de planer som avtegner seg, vil det være nødvendig med tilføring av økte økonomiske ressurser til drift i størrelsesorden 1 mrd kr for 2003 for at Helse Øst skal kunne ivareta "sørge-for-ansvaret" på en tilfredsstillende måte. En forutsetter at det i tillegg blir et tilfredsstillende opplegg for finansiering av kapitalgjensstander.

Helse Øst RHF er opptatt av å gjennomføre nødvendige omstillinger for å oppfylle målene i helsereformen. Vi anser det i den sammenheng som svært viktig å opptre med forutsigbarhet, ryddighet og langsiktighet i forhold til våre egne helseforetak. Vi vil derfor sterkt betone behovet for forutsigbarhet og langsiktighet fra vår eiers side. Det vil gjøre at vårt hovedfokus kan rettes mot virksomheten i eget og underliggende foretak. Med spesielt vekt på omstillingsprosessene som er en forutsetning for å videreutvikle spesialisthelsetjenesten.

Helse Øst vil understreke at en for 2002 fortsatt vil styre mot balanse da en i prinsipp anser at det vil være kortsiktig å måtte trekke for på en eventuell driftskreditt.

En forutsetter at en slik holdning ikke vil bli til ugunst ved tildeling av budsjetttrammene for 2003.

INN H O L D

	Sammendrag	2
1	Om rapporten	4
1.1	Dokumentets innhold og innretning	4
2	Rapport for 2001	6
3	Mål og prioriteringer i Helse Øst for 2002	7
3.1	Innledning	7
3.2	Visjon	7
3.3	Prioriterte mål for 2002	7
4	”Sørge for”-ansvaret i forhold til gitte rammebetingelser	9
4.1	Behov for helsetjenester sett i forhold til RHFets ressursmessige forutsetninger til svare på dette behovet.	9
4.2	Vurdering av ”sørge for”-ansvaret i et lengre tidsperspektiv	12
4.3	Har RHFet egnede måter å påvirke etterspørselen etter helsetjenester på?	13
4.4	På hvilken måte planlegger RHFet å benytte private aktører i oppfyllelsen av sitt ”sørge for” ansvar?	13
5	Forhold knyttet til det regionale helseforetakets rolle som overordnet eier- og styringsorgan for den regionale helseforetaksgruppen	15
5.1	Supplerende forhold knyttet til økonomi og budsjett.	15
5.2	Mener det regionale helseforetaket at det er behov for endringer i de organisatoriske rammebetingelsene eller den styringsmessige praksis som begynner å utvikle seg fra eierdepartementets side ?	15
5.3	Styringsteknikk og endringsprosesser.	16
5.4	Strategiske utviklingstiltak som prioriteres i den kommende perioden.	16
5.5	Strukturelle tiltak som kan bedre utnyttelsen av tilgjengelige ressurser i forhold til helsepolitiske mål.	18
6	Halvårsrapportering 2002	19
6.1	Innledning	19
6.2	Hovedtall for Helse Øst pr april 2002	19
6.3	Kommentarer til driftsresultatet pr april 2002	20
6.4	Kommentarer til aktivitetstall pr april 2002	20
6.5	Andre styringsparametere	21
6.6	Prognose for 2002	23
6.7	Helsedepartementets styringsdokument av 31.12.01 – status for oppfølging	24

1. OM RAPPORTEN

1.1 Dokumentets innhold og innretning

Det vises til Helsedepartementets brev av 21.05.2002 om retningslinjer for rapport og årlig melding.

Årlig melding for Helse Øst RHF baserer seg i hovedsak på styrebehandling og vedtak i følgende saker:

- Sak nr. 99-2002: Rapport etter første tertial 2002.
- Sak nr. 100-2002: Strategisk langtidsplan for Helse Øst. Opplegg og gjennomføring.
- Sak nr. 101-2002: Arbeidet med reduksjon i ventetid ved helseforetakene – statusrapport.
- Sak nr. 102-2002: Forholdet til private leverandører av spesialisthelsetjenester.
- Sak nr. 107-2002: Årlig melding - Forslag til bevilgning over statsbudsjettet 2003.

samt:

- Sak nr. 02-2002 Styringsdokument Helse Øst RHF 2002 fra Helsedepartementet, eieravdelingen
- Sak nr. 42-2002: Mål og prioriteringer for Helse Øst 2002.
- Sak nr. 46-2002: Regnskap 2001 Helse Øst RHF. (Styrets rapport for 2001).
- Sak nr. 59-2002: Helseforetaksstruktur og oppgavefordeling i Helse Øst – forprosjektrapport.
- Sak nr. 68-2002: Opptrappingsplanen for psykisk helse 2002-2006 – fordeling av investeringsmidler

Flere av sakene omhandler prosesser som ennå ikke er avsluttet og som det derfor bare kan gis en statusmessig beskrivelse av pr 30. juni 2002.

Utarbeidelsen av det endelige plandokument i oktober 2002 vil hvile på de prosjektene og strategiprosessene som er satt i gang og som innen da vil være avsluttet eller nærme seg en avslutning.

Når det gjelder investeringsbehov og budsjett for 2003 har en merket seg at det vil bli gjennomført en egen prosess mellom Helsedepartementet og de regionale helseforetakene. I denne sammenheng viser Helse Øst til innsendt dokumentasjon vedrørende investeringsbehov - ref. brev datert 07.03.02.

Helse Øst har satt i gang et arbeid for å kartlegge status, vedlikeholdsbehov og øvrig investeringsbehov for den samlede bygningsmasse, samt behov for medisinsk teknisk utstyr i foretaksgruppen. Arbeidet avsluttes i september 2002 og vil danne grunnlag for prioritering av framtidige investeringer og større vedlikehold.

En søker med dette å besvare departementets henvendelse gjennom følgende momenter:

- I kapittel 2 redegjøres det kort for virksomheten i 2001. Her har en tatt inn styrets årsberetning for 2001 som er avgitt i forbindelse med regnskap for 2001.

- I kapittel 3 redegjøres det for styrets uttalte mål og prioriteringer for 2002.
- I kapittel 4 belyses oppfyllelsen av ”sørge for”-ansvaret. Dette gjøres med bakgrunn i oppnådde resultater for 2002 når det gjelder aktivitet, økonomi og øvrige styringsparametere. En vurderer også dette ansvaret i et lengre tidsperspektiv.
- I kapittel 5 kommenteres departementets spørsmål angående Helse Øst`s rolle som overordnet eier- og styringsorgan. Dette gjøres bl.a. med utgangspunkt i vedtatt styringsmodell og igangsatte strategiprosesser.
- I kapittel 6 avgis halvårsrapport for 2002 basert på styresak 99-2002 om rapport for første tertial 2002. Det redegjøres videre for status for oppfølging av departementets styringsdokument til Helse Øst.

2. RAPPORT FOR 2001

Styret for Helse Øst RHF har avgitt følgende årsmelding for 2001:

”Helse Øst RHF (regionalt helseforetak) er den strategiske og administrative enheten som har det overordnede ansvaret for sykehustilbudet i region øst. Helseregion øst omfatter fylkene Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark og Oppland. Helse Øst RHF har sitt hovedkontor på Hamar.

Helse Øst RHF ble stiftet i august 2001, og eies fullt ut av Den norske stat.

Helse Øst RHF er morselskap i den statlige helseforetaksgruppen som fra 1.1.2002 har ansvar for spesialisthelsetjenestene i regionen. Virksomheten er organisert i ett morselskap, Helse Øst RHF (regionalt helseforetak), og 16 datterselskap (15 helseforetak og ett apotekselskap).

Hovedoppgavene til helseforetaksgruppen vil fra 1.1.2002 være pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

I 2001 har Helse Øst RHF arbeidet med å organisere virksomheten for å være i stand til å overta ansvaret for spesialisthelsetjenesten i region øst fra og med 1.1.2002. I desember 2001 stiftet Helse Øst RHF helseforetakene i foretaksgruppen, mens virksomhetsoverdragelsen først ble gjennomført fra og med den 1.1.2002.

Helse Øst RHF har i løpet av 2001 tapt foretakskapitalen på kr 100.000. Udekket tap for 2001 er på kr 3.288.114. Sosial- og helsedepartementet har valgt ikke å kompensere Helse Øst fullt ut for oppstartsaktiviteten i 2001, og underskuddet må dekkes av midler som tilføres Helse Øst RHF i 2002. De statlige inntekstrammene for Helse Øst for 2002 er budsjettert med ca 18 mrd. Videre fremgår det i Lov om helseforetak § 7 at ”Eier hefter ubegrenset for foretakets forpliktelser”. Forutsetningen om fortsatt drift er derfor lagt til grunn ved utarbeidelsen av regnskapet. Ut ifra dette anses forutsetningen om fortsatt drift å være til stede for både Helse Øst RHF og foretaksgruppen samlet sett, og denne forutsetningen er lagt til grunn ved utarbeidelsen av regnskapet for 2001.

Arbeidsmiljøet i foretaksgruppen anses som godt. Det har ikke vært sykefravær i løpet av 2001. Det har ikke blitt rapportert om skader eller ulykker på arbeidsplassen.

Foretaksgruppens virksomhet medfører verken forurensning eller utslipp som kan være til skade for det ytre miljø.”

3. MÅL OG PRIORITERINGER FOR 2002

3.1 Innledning

Styret for Helse Øst RHF har vedtatt følgende mål og prioriteringer for sin virksomhet i 2002:

Grunnlaget for virksomheten i Helse Øst er de aktuelle lovtekster, det uttrykte grunnlaget for eierskapsreformen, vedtektene for Helse Øst RHF, vedtak i foretaksmøtene, de rammer som følger av statsbudsjettet samt departementets styringsdokument av 31.12.2001.

Det overordnede grunnlag for helseforetakenes virksomhet finnes i lov om spesialisthelsetjenesten. I § 3-8 angis følgende oppgaver:

- pasientbehandling
- utdanning av helsepersonell
- forskning, og
- opplæring av pasienter og pårørende.

Målet for helsetjenestens virksomhet er å tjene befolkningen ved å bistå brukere i å:

- Beholde god helse lengst mulig i livet
- Bli frisk når sykdom eller skade rammer
- Leve et best mulig liv med kroniske sykdommer eller funksjonshemninger
- Møte livets slutt på en trygg og verdig måte

Pasientens behov skal være utgangspunktet for alle tjenestetilbud.

Det skal gis prioritet etter:

- alvorlighetsgrad av sykdom,
- nytten av det aktuelle tiltaket og
- kostnadseffektiviteten av tiltaket skal også vektlegges.

3.2 Visjon

Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av bosted, alder, kjønn og personlig økonomi.

3.3 Prioriterte mål for 2002

1. *Etablere en langsiktig helseforetaksstruktur og gjennomgå funksjons- og oppgavefordelingen for å sikre effektivisering og mer optimal ressursutnyttelse.*

Det skal vektlegges:

- klare premisser og kriterier,
- god analyse,
- løsninger som gir merverdi,
- en åpen utredningsprosess hvor ansatte og øvrige berørte aktører involveres,
- unngå ”kompromissløsninger”.

2. *Etablere en investeringsstrategi*

Dette omfatter investering i utstyr / IT, bygg / vedlikehold og nyinvesteringer.

- Gjennomføre behovsanalyse og kost-nytte vurdering for regionen samlet.

- Strategien må sees i sammenheng med ny modell for finansiering av kapitalkostnader og helseforetakenes åpningsbalanser,
3. *Utvikle bedre pasientinformasjon og legge til rette for:*
 - Bevisst og ”riktig” prioritering
 - Aktiv bruk av informasjon for å sikre optimal pasientflyt basert på fritt sykehusvalg, (kvalitet – ventetider)
 - God dialog med brukerne
 4. *Etablere og implementere målesystemer basert på kvantitative (økonomiske) og kvalitative parameter*
 - Utvikle presise definisjoner for målekriteriene
 - Bedre forståelse av hvordan incentivene virker
 - Utvikle målemetoder
 5. *Etablere hensiktsmessige relasjoner og god strategi for utvikling av forsknings- og utviklingsaktivitet og for avtaler med sentrale aktører og samarbeidspartnere. Definere mål, virkemidler og samarbeidsmønstre. Dette gjelder:*
 - Universitet og høyskoler (forskning og utdanning)
 - Private virksomheter
 - Primærhelsetjenesten
 - Pasienter og brukere
 - Forskningsstrategi innen regionen

4. ”SØRGE FOR”-ANSVARET I FORHOLD TIL GITTE RAMMEBETINGELSER

4.1 Behov for helsetjenester sett i forhold til RHFets ressursmessige forutsetninger til å svare på dette behovet.

Innfrielse av ”sørge for”-ansvaret er i et kortsiktig perspektiv hovedsakelig knyttet til etterspørsel etter helsetjenester og helseforetakenes evne og mulighet til å dekke denne. Ubalanse mellom gitte oppgaver og tildelte rammer vil kunne avspeiles for eksempel i økte ventetider eller kronemessig merforbruk. Den aktivitets- og ressursmessige utvikling i Helse Øst belyses nedenfor.

4.1.1 Aktivitetsvekst 2002 og 2003

Den DRG baserte aktiviteten ved de somatiske sykehusene i regionen viser følgende aktivitetsvekst:

	2000	2001	Prognose 2002
Antall DRG - poeng	246 827	260 162	269 189
- prosentvis vekst fra året før		5,4	3,5
Polikliniske konsultasjoner	918 244	938 785	995 036
- prosentvis vekst fra året før		2,2	6,0

Uten at det settes inn tiltak for å begrense veksten i aktivitet, er det sannsynlig at aktiviteten også i 2003 vil øke med om lag samme prosent som de senere årene. Tiltak for å begrense aktiviteten vil på kort sikt gi seg utslag i at ventelistene blir lengre, noe som vil være i strid med en av hovedintensjonene i sykehusreformen. Helse Øst vil på lenger sikt gjennom målrettet arbeid søke å oppnå mer helse for de ressurser som stilles til disposisjon. Målet om kortere ventetider og kortere ventelister står i motstrid til kravet om redusert aktivitet, når det erfarer at det er et økt behov for spesialisthelsetjenester i befolkningen. Det kan oppleves som en dualisme når eier ikke ser disse måleparametrene i sammenheng.

For psykiatrien tyder prognosen i forbindelse med 1. tertial inneværende år på at det faktiske aktivitetsnivået i år vil ligge dels betydelig over budsjettet/avtalt nivå, i alle fall for den mest ressurskrevende virksomheten. Det avtalte aktivitetsnivået for 2002 tilsvarer 2001- nivået.

	Avtalt nivå 2002	Prognose 2002	Avvik i %
Antall utskrevne pasienter VOP	8 869	9 739	9,8
Antall polikliniske konsultasjoner VOP	223 255	238 667	6,9
Antall utskrevne pasienter BUP	268	272	1,5
Antall polikliniske konsultasjoner BUP	70 906	70 860	-0,1

For at Helse Øst skal kunne ivareta ”sørge for-ansvaret” for spesialisthelsetjenesten på en tilfredsstillende måte er det nødvendig at basisbevilgningen for 2003 tar høyde for en realistisk aktivitetsvekst . En vil imidlertid understreke at en vil styre etter de aktivitetsforutsetninger som blir lagt til grunn fra eiers side i styringsdokumentet for 2003.

4.1.2 Prioriterte områder

Psykatri

Psykatri er et nasjonalt satsningsområde med en egen opptrappingsplan vedtatt av Stortinget. Helseforetakene og de private sykehusene antyder at det kreves et årlig driftsnivå som ligger i størrelsesorden 200 millioner kroner over inneværende års budsjett for å nå målsettingene i opptrappingsplanen innenfor regionen.

Kreftomsorg

Isolert sett antydes det et ressursbehov i 2003 på om lag 90 mill i forhold til inneværende år for å nå målsettingene i Nasjonal kreftplan. I tillegg kommer investeringskostnaden, der kreft- og isolatsenteret ved Ullevål universitetssykehus har en stipulert kostnadsramme på om lag 840 mill. kroner

Indremedisin

Det er et dokumentert behov for økt kapasitet for indremedisinske senger i regionen. Dette illustreres ved at det ved de 1 652 effektive sengene på medisinske avdelinger var det etter 4 måneder registrert 50 035 liggedøgn. Pr 30. april var det registrert 1 448 korridorpasienter på disse avdelingene. Gjennomsnittlig beleggsprosent i 1. tertial ved de medisinske avdelingene var 101%.

Forskning, opplæring, og utvikling (FOU)

Forskning, opplæring og utvikling er i henhold til vedtektenes §6 en av hovedoppgavene for Helse Øst. Økt satsning på disse områdene, særlig når det gjelder forskning er et prioritert område for Helse Øst. Adm. direktør ønsker å inkludere FOU- virksomhet som et vesentlig element i strategidiskusjonen i Helse Øst. Formålet er at Helse Øst skal fremstå som en attraktiv og fremtidsrettet organisasjon med et komparativt fortrinn på dette feltet.

Det er ikke rom for økt satsning innen basisbevilgningen for 2002.

Dersom Helse Øst skal kunne bruke mer ressurser på dette området, kreves det at basisbevilgningen øker i 2003.

Omstillingskostnader ved strukturendringer/funksjon og oppgavefordeling

Det igangsatte Hovedprosjektet i Helse Øst vil kunne endre funksjonsfordelingen og oppgavefordelingen i regionen fra 2003. Erfaringsmessig vil slike endringer på kort sikt medføre omstillingskostnader – ”pukkelkostnader” – før en kan hente inn forventede effektiviseringsgevinster. Slike kostnader vil komme i tillegg til de ordinære driftskostnadene, og må hensyntas i basisbevilgningen fra eier for 2003. Effektene vil en kunne ta ut de påfølgende år.

Økte lønns- og pensjonskostnader

Det er i statsbudsjettet for 2002 lagt til grunn en årslønnsvekst på 4,25%, og dette er innarbeidet i basisbevilgningen. De lønnsoppgjørene som hittil er gjennomført er av NAVO beregnet til en årslønnsvekst på om lag 5,8% for regionen som helhet. Finansiering av årets lønnsoppgjør blir en betydelig utfordring. En vil primo august få dokumentert konsekvensene

av de merkostnadene som i prinsipp skal dekkes innen årets bevilgning. I beregning av basisbevilgningen for 2003, må Helsedepartementet innarbeide helårsvirkningen av årets oppgjør, dvs. lønnsoverhenget med tillegg av de avtalefestede tilleggene fra 1. januar og 1. juli 2003.

I tillegg kommer pensjonskostnader, som forventes å øke betydelig.

Kostnader ut over forutsetningene

Helse Øst har beregnet følgende merkostnader/ mindreinntekter som følge av sykehusreformen, og som ikke er kompensert fra statens side:

- tap av husleieinntekter på personalboliger i Oslo og Akershus
- endring av regler for utskrivningsklare pasienter i Oslo
- økte pensjonskostnader til Oslo Pensjonsforsikring
- manglende kompensasjon for at Aker universitetssykehus overtok driften av Akuttinstitusjonen for rusmiddelmissbrukere fra Oslo kommune

Samlet sett beløper disse forholdene seg til om lag 250 mill. kroner.

Helse Øst vurderer disse forholdene som et brudd på forutsetningene i forbindelse med den kompensasjon det regionale helseforetaket skulle få ved innføring av sykehusreformen, og vil argumentere for at dette blir kompensert.

Skjevfordeling av tilleggsbevilgning i St.prp. nr. 59

Forholdet er omtalt i Sak 84-2002. I St.prp. nr. 59 er det fordelt 170 millioner basert på en skjønnsmessig vurdering av hvilke helseregioner som har det største effektiviseringskravet. Denne vurderingen resulterte i at ikke noe av skjønnsmidlene ble fordelt til Helse Øst. Helse Øst finner dette urimelig, og vil fremme som et krav overfor departementet at denne skjevfordelingen blir kompensert i basisbevilgningen for 2003, slik at denne skjønnsvurderingen ikke får varig karakter.

Oppsummering av behovene for 2003

Følgende oversikt gir en grov tilnærming til hvilket finansieringsbehov Helse Øst vil ha i 2003 for å kunne foreta en aktiv strategisk styring. Helse Øst RHF ønsker å kunne være forutsigbar overfor helseforetakene md hensyn på økonomiske forutsetninger. Dette er en av forutsetningene for å gi helsereformen legitimitet. Gjennom forutsigbarhet fra eier vil Helse Øst RHF kunne være proaktiv for å sikre økonomisk styring og effektiv ressursutnyttelse.

Beskrivelse	Anslått størrelsesorden (mill. kroner)
Finansiering av aktivitetsvekst	200
Styrking av ressursinnsatsen innenfor prioriterte områder	250
Forskning, opplæring og utvikling	50
Omstillingskostnader ved strukturendringer	200
Ikke- kompenserte nye kostnader	250
Manglende skjønnstildeling	50
Sum behov 2003	1 000

4.2 Vurdering av "sørge for"-ansvaret i et lengre tidsperspektiv

Det vises til ovenstående beskrivelse av status og ressursbehov i et kortsiktig perspektiv. Utviklingen i etterspørsel etter helsetjenester på lengre sikt vil være en funksjon av befolkningsutvikling, nye metoder i behandling og diagnostikk og endret henvisningspraksis og forbruksmønster. De fleste faktorene er erfaringsmessig vanskelig å predikere på lang sikt.

Det er tidligere gjennomført en bred analyse av den samlede behandlingsskapiteten innenfor den somatiske spesialisthelsetjenesten i Helseregion Øst. Analysen omfatter gjennomgang av følgende:

- Fremskriving av befolkningen mot år 2020.
- Analyse av dagens behandlingsskapitet.
- Behovsanalyse for senge- og behandlingsskapitet.
- En alternativ behovsanalyse.
- Hvordan møte behovene i år 2020?

Resultatene og vurderingene fra kapasitetsprosjektet har vært plangrunnlaget for den regionale helseplanen som ble vedtatt av Sosial- og helsedepartementet i mars 2001. Dette grunnlaget oppdateres nå og legges også til grunn for arbeidet med ny helseforetaksstruktur og oppgavefordeling i Helse Øst.

Analysen gir bl.a. følgende konklusjoner:

- Behovet for sykehustjenester vil øke i årene som kommer. Veksten forventes å bli større enn den som følger av endringer i befolkningens størrelse og sammensetning.
- Helseregionens samlede behov for sykehussenger vil bli omtrent som i dag fram til år 2020.

- En forutsetning for en slik utvikling er at dagbehandling og poliklinisk virksomhet utvides betydelig, og at det etableres observasjonssenger og pasient- og sykehotellfunksjoner.
- Å planlegge når behovet for sykehussenger antas å være nesten uendret, krever også bevisst satsing på behandling på riktig nivå og optimalisering av pasientforløpet, herunder samarbeid med den primære helse- og sosialtjenesten.

Det synes på bakgrunn av dette klart at dagens behandlingsskapasitet og ressursutnyttelse i Helse Øst er ikke tilstrekkelig til å dekke den reelle etterspørselen etter tjenester. I årene framover vil etterspørselen etter helsevesenets tilbud og tjenester fortsatt øke. Analysene av behovet for framtidig behandlingsskapasitet viser at de somatiske sykehusene i 2020 vil måtte utføre ca 100 000 «nye» pasientbehandlinger.

4.3 Har RHFet egnede måter å påvirke etterspørselen etter helsetjenester på?

Etter Helse Øst's vurdering er muligheten for å påvirke etterspørselsutviklingen ikke vesentlig endret i den nye styringsmodellen. Sett fra det regionale helseforetakets side vil dette kunne endres og forbedres gjennom følgende virkemidler og tiltak:

- Det gis klare og konsistente signaler om iverksetting av nasjonale prioriteringer.
- De regionale helseforetakene gis mulighet til å styre og prioritere tjenesteutviklingen helhetlig innenfor tilstrekkelige og forutsigbare rammebetingelser.
- Det etableres et finansieringssystem som ivaretar alle driftsmessige og finansieringsmessige sider av virksomheten, også innen psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, samt kapitalfinansiering.
- Det utvikles gode modeller for ressursfordeling mellom helseforetakene.
- Utvikle samhandling med primærhelsetjenesten.

4.4 På hvilken måte planlegger RHFet å benytte private aktører i oppfyllelsen av sitt "sørge for" ansvar?

Helse Øst RHF har inngått avtaler med private tjenesteytere på ulike nivå. Formålet med avtalene er å utvikle en samhandling preget av forutsigbarhet, effektivitet, god ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestene til beste for pasienten, og grunnlag for oppfølging av avtalepartneren mht aktivitet, kvalitet, økonomisk ramme m.m.

Helse Øst RHF vurderer de private tilbyderne av spesialisthelsetjenester som verdifulle bidragsytere til den offentlige helsetjenesten, både der det ikke er tilstrekkelig kapasitet i det offentlige, der de har behandlingstilbud som ikke finnes i det offentlige og som et korrektiv til offentlig virksomhet med hensyn til pris og kvalitet.

Styret har vedtatt at avtaleinstrumentet skal utvikles ytterligere for å sikre at pasientenes rettigheter og valgmuligheter og at avtalepartenes rettigheter og plikter er tilstrekkelig avklart. Dette innebærer:

- a) At det for 2003 inngås rammeavtaler med private virksomheter på RHF-nivå der det er flere aktuelle leverandører, og kontraktssummen overstiger terskelverdier etter forskrift om offentlige anskaffelser. Innenfor rammeavtalene legges ansvaret for å inngå avtaler om volum i hovedsak til helseforetakene.
- b) At for de 4 private sykehusene, Diakonhjemmets sykehus AS, Lillehammer Sanitetsforenings Revmatismesykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS og Martina Hansens Hospital ligger ansvaret for å inngå avtaler på RHF-nivå. Eventuell endring må sees i sammenheng med beslutninger angående langsiktig helseforetakstruktur. For de øvrige virksomhetene vil det bli nærmere vurdert hvor det er mest hensiktsmessig å inngå og følge opp avtalene.
- c) At RHF forhandler med de virksomhetene som inngår i fritt sykehusvalg for å sikre pasientenes valgfrihet og samtidig skape forutsigbare økonomiske rammer for RHF.

Videreutvikling av forpliktende samhandling med de private aktørene blir en viktig del av det strategiarbeidet som Helse Øst Har satt i gang.

5. FORHOLD KNYTTET TIL DET REGIONALE HELSEFORETAKETS ROLLE SOM OVERORDNET EIER- OG STYRINGSORGAN FOR DEN REGIONALE HELSEFORETAKSGRUPPEN

5.1 Supplerende forhold knyttet til økonomi og budsjett.

Helse Øst har startet et arbeid med å utvikle en langtidsstrategi. I dette arbeidet vil bl.a. følgende forhold bli fokusert:

1. For at Helse Øst skal kunne utføre sin funksjon best mulig er det avgjørende viktig med **forutsigbare rammebetingelser fra vår eier**. Forutsigbarhet vil medføre at vi kan legge langsiktige planer, og kan legge full tyngde i å realisere planene. Det er viktig med fordelingskriterier som er mest mulig objektive og at transparens etterstrevs i alle ledd.
2. Det vil være en fordel om de regionale helseforetakene kan utstyres med en **økonomisk ”buffer”**, slik at RHF’ene på sin side kan legge til rette for mest mulig stabile rammebetingelser for de utøvende helseforetakene og de private sykehusene. Dette vil medføre større kraft i de nødvendige omstillingene
3. Det må legges til rette for en viss **vekst i volumet for spesialisthelsetjenester**. Erfaringstall for de senere år viser at det er et konstant økende behov for spesialisthelsetjenester og vi har ingen indikasjoner på at dette ikke vil skje også i årene som kommer. Siden en overveiende del av tjenesten er øyeblikkelig hjelp, har vi få muligheter for å begrense veksten.

4. Vi ser fram til at det etableres et **finansieringssystem for spesialisthelsetjenestene som premierer produktivitet, kvalitet og god økonomisk styring. Gjennom reformen har det dessuten skjedd et skifte fra ”forvaltningsøkonomi” til helhetsøkonomi hvor målet blir å optimalisere produksjons- og driftsresultatet der driftsmidler og midler til investering vurderes i et helhetsperspektiv.**
5. Det er viktig at eier tilstreber at de operasjonelle organisasjonsledd har tilstrekkelig handlefrihet og handlekraft, at organisasjonsleddene føler trygghet og rettferdighet.

5.2 Mener det regionale helseforetaket at det er behov for endringer i de organisatoriske rammebetingelsene eller den styringsmessige praksis som begynner å utvikle seg fra eierdepartementets side ?

Helse Øst vil påpeke behovet for at det etableres mest mulig forutsigbare og langsiktige rammebetingelser fra Helsedepartementet til de regionale helseforetakene. Helse Øst vil nå bevege seg fra å være i en hektisk etableringsfase til en mer strategisk og langsiktig gjennomføringsfase. Vi vil i den sammenheng ha et strategisk perspektiv mot 2010 og et operativt gjennomføringsperspektiv mot 2006. For at Helse Øst skal ha mest mulig kraft i gjennomføringsfasen og kunne presentere forutsigbarhet for de underliggende helseforetakene, **forutsetter det tydelighet, fasthet og langsiktighet i fra Helsedepartementet til Helse Øst.** Vi ser derfor frem til at disse stikkordene reflekteres i den styringsdialog og i de styringsdokumenter som er mellom de to parter.

Vi innser at det er hensiktsmessig at Helsedepartementet i enkelte sammenhenger har en koordinerende rolle mellom de regionale helseforetakene. På en annen side vil det være bra for initiativet og kreativiteten at mye av samarbeidet mellom de regionale helseforetakene overlates til disse å finne ut av. På den måten vil det utvikle seg et mest mulig fruktbart samspill mellom samarbeid på den ene siden og konkurranse på den andre siden. Det tror vi alle parter ville være tjent med.

5.3 Styringsteknikk og endringsprosesser.

Helse Øst har etablert en styringsmodell bestående av følgende tre hovedkomponenter:

1. I våre 15 helseforetak er det **interne styreledere** (dvs. viseadministrerende direktører ansatt i Helse Øst som styreleder i helseforetakene) i 13 av foretakene. I de to andre er det eksterne styreledere med interne nestledere. Vi mener dette er det mest hensiktsmessige og operative modellen i den innledende fasen for å få oversikt og kontroll over driften av helseforetakene. Ordningen med interne styreledere vil bli evaluert.
2. Det er inngått **skriftlige driftsavtaler** med de 15 helseforetakene, Lovisenberg diakonale sykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Martine Hansens hospital og

Lillehammer Sanitetsforenings Revmatismesykehus som er signert av adm. dir. i Helse Øst og adm. dir. i de respektive helseforetak/privat sykehus. Disse driftsavtalene legges fram for foretaksstyrene til godkjenning. Avtalen beskriver de viktigste rammebetingelsene for helseforetakene/sykehusene slik som

- produksjonsvolum
- økonomiske rammebetingelser
- krav til kvalitet
- utviklingsprosjekter
- fellesprosjekter

I år blir det dessuten etablert en tilleggsavtale mellom partene som følge av midler kanalisert via revidert nasjonalbudsjett.

3. Vi har etablert et **lederforum** bestående av ledergruppa i Helse Øst og de administrerende direktører i fra helseforetakene samt de største private sykehusene som Helse Øst har avtale med. Dette er et uformelt forum som møtes en gang pr. mnd., som regel i tilknytning til styremøtene i Helse Øst. Forumet brukes til å etablere en felles identitet og plattform for foretaksgruppen, og drøfting av felles utfordringer. Ordningen vil bli evaluert².

5.4 Strategiske utviklingstiltak som prioriteres i den kommende perioden.

I fra Helse Øst sin side vil vi i denne sammenheng fremheve følgende strategiske utviklingstiltak:

1. Etablering av et **månedlig rapporteringssystem i fra helseforetakene til Helse Øst**. Vi har etablert et web-basert rapporteringssystem som i år har følgende fokusområder:
 - a. Alle foretakene rapporterer sine **ventetider**. De er videre bedt om å etablere strategi på kort og lengre sikt med henblikk på reduksjon av ventetidene. Helse Øst har som målsetting at uverdige ventetid skal bort og at de generelle ventetidene skal reduseres allerede inneværende år.
 - b. Rapportering av **korridorpasienter**. I tillegg til at dette rapporteres fra foretakene månedsvis helseforetakene også på dette området bedt om å etablere en strategi for å redusere/avvikle problemet med korridorpasienter.
 - c. **Produksjonsvolum**. Her rapporteres det i henhold til de inngåtte avtaler mellom partene. Dvs. DRG-produksjon for innlagte, dagkirurgi og antall polikliniske konsultasjoner.
 - d. **Økonomi**: Økonomiske nøkkeltall rapporteres for oppstilling av resultatregnskap og balanse. Fokus er avvik i forhold til måltall.
 - e. **Medarbeiderperspektivet** evalueres i første omgang i form av rapportering av sykefravær.
2. Arbeidet med **utvikling av strategisk langtidsplan for helseforetakene og Helse Øst RHF**. De fleste av helseforetakene er kommet langt i utvikling i sin strategiske langtidsplan, og disse vil danne basis for strategiarbeidet i Helse Øst RHF.

3. **Prosjekt helseforetaksstruktur oppgavefordeling.** Dette er Helse Øst sitt største enkeltprosjekt inneværende år. Styret i Helse Øst besluttet høsten 2001 at inndeling i 15 helseforetak var å betrakte som en midlertidig foretaksstruktur og at denne samt oppgavefordelingen mellom foretakene skulle gjennomgåes i løpet av 2002. Dette prosjektet vil bli avsluttet i oktober 2002. Ny foretaksstruktur vil bli implementert fra 01.01.2003. Hensikten er at de samlede ressurser skal bli utnyttet bedre gjennom en mer hensiktsmessig helseforetaksstruktur og oppgavefordeling.
4. **Etablering av IT-strategi for foretaksgruppen.** Et omfattende prosjekt har vært gjennomført av Helse Øst og de underliggende helseforetakene for å utvikle en felles langssiktig IT-strategi. Hovedessensen i strategien vil være å bruke IT som et verktøy for å kunne samhandle mer rasjonelt, etablere felles IT-løsninger og utnytte markedsmakten i forbindelse anskaffelser.
5. **Etablering av felles innkjøpsstrategi i foretaksgruppen.** Hensikten er å etablere stordriftsfordeler gjennom utnytting av markedsmakt, men den endelige beslutningen for innkjøp etc. ligger hos helseforetakene.
6. **Kvalitetsutvikling.** Helse Øst har vedtatt utvikling av et helhetlig kvalitetssystem som omfatter både den helsefaglige og administrative virksomheten og som er konsistent i forhold til tilsynsmyndighetenes krav. Utvikling og implementering av kvalitetsindikatorer er et av hovedmålene i kvalitetsarbeidet innen Helse Øst i 2002. Det er behov for å arbeide videre med utvelgelsen av hensiktsmessige måleparametrene, og utvikle entydige definisjoner for målekriteriene, og riktige målemetoder. Dette arbeidet vil foregå i tett samarbeid med helseforetakene og ha høy prioritet i andre halvdel av 2002. Det vil bli gjennomført en evaluering av hensiktsmessigheten av parametere som er rapportert i første halvdel av 2002. I tillegg til utvikling av kvalitetsindikatorer legges det opp til å gjennomføre et forprosjekt for å ta stilling til etablering av eventuell sertifiseringsordning av kvalitetssystemene i helseforetakene, f.eks ISO-9001-systemet som allerede er implementert ved Kongsvinger Sykehus HF.
7. **Brukermedvirkning.** Det er etablert et eget brukerråd.
8. **Samarbeid med høyskolene og Universitetet i Oslo.** Samarbeidsorgan med høyskolene er formelt etablert 18.06.02. Det arbeides sammen med Helse Sør for å etablere avtaleforhold med Universitetet i Oslo.
9. **Strategier for redusert ventetid.** Det er utarbeidet en egen strategi for reduksjon av ventetider. Ventelistene ryddes, utenlandsmilliarden benyttes og det er satt i gang et arbeid med tiltak for pasienter med spesielt lang ventetid.
10. **Kommunikasjonsstrategi.** Helse Øst har vedtatt en plan for kommunikasjonstiltak som vektlegger web som informasjonskanal. Det skal videre utarbeides en strategi for

kommunikasjon som skal sikre en aktiv informasjonsfunksjon overfor brukere, allmennheten, ansatte og media. Herunder også informasjon om fritt sykehusvalg.

5.5 Strukturelle tiltak som kan bedre utnyttelsen av tilgjengelige ressurser i forhold til helsepolitiske mål.

Det vises i denne sammenheng til pkt. 3 ovenfor og det pågående prosjektarbeid vedrørende struktur og oppgavefordeling. I tillegg er det satt i gang et prosjekt sammen med Helse Sør RHF for å se på oppgavefordelingen mellom regionsykehusene i Oslo (Det norske Rikshospital og Ullevål universitets sykehus).

6. HALVÅRSRAPPORTERING 2002

6.1 Innledning

Nedenfor vises følgende hovedoversikter pr. utgangen av 1. tertial 2002

- aktivitetstall og regnskapsresultat etter 4 måneder
- andre styringsparametere
- prognose for aktivitet
- status for oppfølging av helsedepartementets styringsdokument av 31.12.01

Det rapporteres et regnskapsmessig underskudd før avskrivninger på 228 mill. kroner etter 1. tertial. Dersom det korrigeres for forslag til tilleggsbevilgning i St.prp. nr. 59, estimeres underskuddet til 96 millioner.

6.2 Hovedtall for Helse Øst pr april 2002

6.2.1 Akkumulerte aktivitetsdata per april 2002:

Beskrivelse	Akkumulert 1. tertial			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Somatikk:				
DRG-poeng innlagte pasienter	81 023	80 240	783	1,0 %
DRG-poeng dagbehandlinger	10 514	8 830	1 684	19,1 %
Sum DRG-poeng	91 537	89 070	2 467	2,8 %
Antall polikliniske konsultasjoner (RTV)	343 234	349 367	-6 133	-1,8 %
VoP (Inkl. rus):				
Ant. utskrevne pasienter dognbehandling (VoP)	3 815	2 943	872	29,6 %
Ant. liggedogn dognbehandling (VoP)	182 089	174 619	7 470	4,3 %
Ant. oppholdsdager dagbehandling (VoP)	23 236	22 345	891	4,0 %
Ant. polikliniske konsultasjoner (RTV) (VoP)	83 138	75 913	7 225	9,5 %
BUP:				
Ant. utskrevne pasienter dognbehandling (BUP)	114	88	26	29,5 %
Ant. liggedogn dognbehandling (BUP)	13 343	13 126	217	1,7 %
Ant. oppholdsdager dagbehandling (BUP)	7 187	6 785	402	5,9 %
Ant. polikliniske konsultasjoner (RTV) (BUP)	24 319	25 755	-1 436	-5,6 %

6.2.2 Akkumulerte regnskaps- og budsjettall per april 2002 for Helse Øst:

Beskrivelse	Akkumulert			
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Basisramme - Drift	3 181 815	3 205 021	-23 206	-0,7 %
DRG-inntekter/gjestepas.innt. psykia	1 780 867	1 775 165	5 702	0,3 %
Poliklinikkinntekter (RTV)	370 693	365 090	5 603	1,5 %
Regionssykehustilskudd	172 278	172 228	50	0,0 %
Opptrappingsmidler psykiatri	107 712	114 276	-6 564	-5,7 %
Oremerkede statstilskudd	21 059	23 682	-2 623	-11,1 %
Andre inntekter	285 043	295 138	-10 095	-3,4 %
Sum driftsinntekter	5 919 467	5 950 600	-31 133	-0,5 %
Medikamenter og med. forbruksvare	-417 115	-425 735	8 620	-2,0 %
Andre varekostnader	-1 099 445	-1 108 899	9 454	-0,9 %
Lønn	-3 804 770	-3 740 251	-64 519	1,7 %
Andre driftskostnader	-826 495	-694 212	-132 283	19,1 %
Sum driftskostnader	-6 147 825	-5 969 097	-178 728	3,0 %
Driftsresultat for avskr.	-228 358	-18 497	-209 861	1134,6 %

Styret i Helse Øst har vedtatt at det skal styres mot et driftsresultat som er i balanse ved utgangen av 2002. Regnskapet for Helse Øst konsern viser et korrigert underskudd på 96 mill. kroner før avskrivninger og finansielle poster.

6.3 Kommentarer til driftsresultatet pr april 2002

6.3.1 Generelt

Totalt for Helse Øst er det et rapportert et underskudd på 228 mill. kroner pr. 1. tertial.

Det er i tabellen under gitt en oversikt over den økonomiske situasjonen med bakgrunn i vedtak om tilleggsbevilgning på 392 mill. til Helse Øst i St. prp. nr. 59 (2001 – 2002). I tilknytning til fordeling av midler vil en påpeke viktigheten at det er samsvar mellom det beløp som bevilges til ISF-refusjon og det beløp som basisbevilgningen styrkes med for å muliggjøre eventuell volumvekst.

	Mill. kroner
Driftsresultat før avskrivninger og finansielle poster pr. 1. tertial	-228
Dekning av ”nye kostnader”, økt aktivitet mv. gjennom St.prp. nr. 59 (2001-2002), totalt 397 mill. kroner fordelt på 4 mnd.	132
Driftsresultat før avskrivninger – korrigert	-96

Det forventes at Helse Øst vil bli gitt særskilt kompensasjon til dekning av økte pensjonskostnader i Oslo, samt bortfall av husleieinntekt i Oslo m.v., ut over det som er foreslått av bevilgning i i St.prp.nr. 59 (2001 – 2002). I alt dreier dette seg om et beløp på årsbasis på 250 mill. kroner - ref. pkt. 4.1.2.

Helsedepartementet vil i samarbeid med Helse Øst opprette egne prosjektgrupper som vil få forholdene nærmere avklart. Det vil i denne forbindelse bli etablert 3 prosjektgrupper innenfor områdene:

1. Økte pensjonskostnader til Oslo Pensjonsforsikring
2. Bolig og eiendomsforhold i Oslo
3. Bolig og eiendomsforhold i Akershus

6.4 Kommentarer til aktivitetstall pr april 2002

6.4.1 Somatikk

Aktivitetstallene omfatter egne helseforetak og de private ikke kommersielle sykehusene som Helse Øst har driftsavtale med. Tallene omfatter ikke pasienter i Helse Øst som er behandlet ved helseforetak i andre regioner eller ved private, kommersielle sykehus.

Antall DRG- poeng ligger 2,8% over budsjettet etter 4 måneder. Som nevnt kan en imidlertid ikke uten videre trekke den konklusjonen at pasientbehandlingen eller det reelle

aktivitetsnivået ligger 2,8% over det planlagt nivå, da vi ikke kan skille ut økning som skyldes endringer i ISF – ordningen og kodepraksis. En kan imidlertid legge til grunn at det faktiske aktivitetsnivået for den DRG- finansierte aktiviteten ligger høyere enn forutsatt, i størrelsesorden 2,5%.

6.4.2 Psykiatri

Antall utskrevne pasienter psykiatrien ved alle virksomheter i Helse Øst sett under ett ligger om lag 30% over de periodiserte budsjettene pr. 1. tertial. Dette gjelder både voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien, men tallene varierer betydelig mellom de enkelte helseforetakene.

6.5 Andre styringsparametere

Helseforetakene skal månedlig rapportere følgende styringsparametere

- Ventetider fordelt på omsorgsnivå: gjennomsnittlig ventetid og antall som står på venteliste
- Antall korridorpasienter ved medisinske avdelinger
- Utskrivningsklare pasienter: antall pasienter og antall liggedøgn

Tertialvis skal det videre rapporteres på

- Beleggsprosent medisinsk avdeling
- Sykefravær: kort- og langtid

Rapporteringen pr. april er første rapportering på disse styringsparametrene. Det er derfor vanskelig å vurdere tallene og å trekke konklusjoner med hensyn på utviklingen i og med at relevant sammenligningsgrunnlag ikke foreligger. Det vil først etter 2. tertial at en vil kunne ha grunnlag for å kunne antyde en utvikling.

Tallene presenteres her derfor aggregert og i tabellarisk form.:

Parameter	Verdi pr. 30. april
Antall korridorpasienter medisinsk avdeling	1 448
Antall utskrivningsklare pasienter	1 368
Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter	14 005
Beleggsprosent med. avd.	101,0%
Sykefravær totalt	9,2%
Sykefravær korttid	3,0%
Sykefravær langtid	6,2%

6.5.1 Sykefravær

Sykefraværet i Helse Øst var i 1. tertial på 9,2%.

I følge statistisk sentralbyrå økte sykefraværsprosenten innen alle sektorer fra 6,5% i 1. kvartal 2001 til 7,0 i 1. kvartal 2002. Blant hovednæringene er det fortsatt helse- og sosialtjenester som har høyest sykefravær med en sykefraværsprosent på 9,4% i 1. kvartal 2002. Ser en kun på helsetjenester var sykefraværsprosenten 8,8% i 1. kvartal 2002.

Følgende viser den historiske trenden i sykefravær innen helsetjenester.

	4. kvartal 2000	1. kvartal 2001	4. kvartal 2001	1. kvartal 2002
Helsetjenester	8,1%	8,4%	8,4%	8,8%

(Tall fra SSB)

Helse Øst har et sykefravær som ligger over gjennomsnittet for helsetjenester på landsbasis. En vil aktivt stimulere ledelsen i helseforetakene via styringslinjen til å igangsette tiltak sammen med de tillitsvalgte som kan bidra til å redusere sykefraværet.

6.5.2 Ventelister og ventetider

1. tertial:

Omsorgsnivå	Antall ventende pr. 30. april	Gjennomsnittlig ventetid pr. 30 april (antall dager)
Innleggelse	7 285	168
Dagbehandling	6 671	143
Poliklinikk	55 958	138

Ventetid på HF-nivå:

Foretak	Poliklinikk				Dagbehandling				Innleggelse			
	Ant. ventende		Gj.sn. ventetid (ant.dager)		Ant. ventende		Gj.sn. ventetid (ant.dager)		Ant. ventende		Gj.sn. ventetid (ant.dager)	
	Des.01	Apr.02	Des.01	Apr.02	Des.01	Apr.02	Des.01	Apr.02	Des.01	Apr.02	Des.01	Apr.02
Aker univ.sykehus HF	3 464	3 298	81	93	60	44	74	67	268	253	84	66
Akershus univ.s.h HF	11 252	11 099	159	157	972	916	136	126	553	445	120	125
BUP Oslo HF	159	177	100	75					19	48	82	91
Blakstad sykehus HF	308	292	145	160	7	13	70	55	32	41	79	63
Bærum sykehus HF	2 082	2 207	72	68	720	584	143	135	186	161	59	49
Kongsvinger s.hus HF	1 366	269	59	145	20	15	95	225	23	12	69	168
Oppland ss.hus HF	7 035	6 296	172	130	982	871	154	166	876	739	177	185
Psyk.helsev.Østfold HF	753	647	134	112	3	2	60	118	121	174	118	113
Sanderud sykehus HF	378		215						24		249	
Sentrals. Hedmark HF	4 785	5 299	101	111	453	393	82	102	219	187	86	78
Ski sykehus HF	1 457	1 601	120	117	409	329	227	236	304	206	343	308
Sunnaas sykehus HF	142	168	450	483					317	364	139	136
Sykehuset Østfold HF	9 886	9 141	229	201	1 802	2 400	177	159	1 624	1 522	270	179
Tynset sjukehus HF	582		126		83		109		18		153	
Ullevål univ.s.hus HF	9 793	10 295	126	134	387	371	117	132	1 318	1 232	233	224
Lovisenberg Diak.sh	1 824	1 913	67	72	428	541	110	94	897	1 270	146	141
Diakonhj. sykehus	1 314	983	96	113					269	224	309	370
Martina Hansen Hosp.	1 893	1 913	93	93	256	192	65	54	249	176	112	120
Lilleh.san. revm.s.hus	292	256	80	86					160	231	63	79
BUP Hedmark	99	104	107	125					2		46	
Sum Helse Øst	58 864	55 958	145	138	6 582	6 671	146	143	7 479	7 285	193	168

Den generelle trenden er positiv med kortere gjennomsnittlig ventetid på både poliklinikk, dagbehandling og innleggelser. Det er imidlertid store variasjoner foretakene i mellom. Gjennomsnittlig ventetid på poliklinikk har økt på over halvparten av foretakene. Dette kan være et uttrykk for en økning i antallet kontroller av ferdigbehandlede pasienter. Noe av forklaringen kan også være uttaket i sykepleiestreiken som spesielt rammet poliklinikk og dagkirurgi. Bortsett fra i psykiatri er det svært få og kun moderate økninger i ventetid på

dagbehandling. Økning i antall ventende samtidig med at gjennomsnittlig ventetid går ned kan være uttrykk for at fritt sykehusvalg fører til effektive sykehus.

6.6 Prognose for 2002

6.6.1 Prognose aktivitetsdata 2002

Beskrivelse	Årsprognose 2002			
	Prognose	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Somatikk:				
DRG-poeng innlagte pasienter	239 803	232 115	7 688	3,3 %
DRG-poeng dagbehandling	29 386	25 485	3 901	15,3 %
Sum DRG-poeng	269 189	257 600	11 589	4,5 %
Antall polikliniske konsultasjoner (RTV)	995 036	1 015 347	-20 311	-2,0 %
VoP (inkl. rus):				
Ant. utskrevne pasienter dognbehandling (VoP)	9 739	8 869	870	9,8 %
Ant. liggedogn dognbehandling (VoP)	537 217	526 368	10 849	2,1 %
Ant. oppholdsdager dagbehandling (VoP)	67 268	66 855	413	0,6 %
Ant. polikliniske konsultasjoner (RTV) (VoP)	238 667	223 255	15 412	6,9 %
BUP:				
Ant. utskrevne pasienter dognbehandling (BUP)	272	268	4	1,5 %
Ant. liggedogn dognbehandling (BUP)	38 124	37 589	535	1,4 %
Ant. oppholdsdager dagbehandling (BUP)	20 371	19 523	848	4,3 %
Ant. polikliniske konsultasjoner (RTV) (BUP)	70 860	70 906	-46	-0,1 %

NB: går ut fra at nedstående om prognose etc. skal tas ut i.h.t. samtaler med Steine HD

Resultatet av årets lønnsoppgjør er for Helse Øst er i underkant av 6%, mens forutsetningene i statsbudsjettet er 4,25%.

Prognosen viser en aktivitetsvekst innenfor somatikken på 4,5% for 2002. I forslaget til St.prp.nr. 59 (2001 – 2002) foreslås det å bevilge 30 mill. kroner til en aktivitetsvekst på 0,5%. Forskjellen mellom 0,5% og 4,5% aktivitetsvekst utgjør 120 mill. kroner.

6.7 Helsedepartementets styringsdokument av 31.12.01 – status for oppfølging

Oppgave/oppfølgingspunkt	Status pr. 15.06.02 / planer 2002
Oppfylle samfunnets informasjonsbehov og pasientenes rettigheter mht vurdering, fornyet vurdering, valg av sykehus, informasjon, selvbestemmelse og journalinnsyn.	Oppfylgning av informasjonsansvar m.v. er lagt til HF-nivå gjennom avtaler. Oppfølging og rapportering skjer i styringslinjen og gjennom rutinemessige ventelisterapporter. Det er etablert grønt telefonnr. for informasjon om fritt sykehusvalg og ventetider i samarbeid med Helse Sør.
Arbeide aktivt for å redusere ulikheter i tilgjengelighet, ventetid og behovsdekning.	Dette er hovedfokus i virksomheten. Det vises til egen sak om arbeidet med reduksjon i ventetid (styresak 101-2002). Det vises også til prosjekt Helseforetakstruktur og oppgavefordeling i Helse Øst (se nedenfor). Følges opp kontinuerlig.
Fortsette effektiviseringen av sykehusstrukturen bl.a. på grunnlag av regional helseplan og arbeide både kortsiktig og langsiktig, med utvikling av organisatoriske strukturer som gir effektiv utnyttelse av de samlede ressursene.	Det vises til prosjekt Helseforetaksstruktur og oppgavedeling i Helse Øst. (jfr. sak Prosjektet søker å utvikle bedret tilgjengelighet og likeverdighet, økt kvalitet og pasienttilfredshet, bedre ressursutnyttelse og effektivitet, større valgfrihet og kapasitetsutnyttelse.
Utvikle tjenestetilbudets kvalitet mht. til pasienter, pårørende, helsepersonell og ledelse.	Følges opp på HF-nivå, gjennom styringslinjen og på grunnlag av inngåtte avtaler. Det arbeides med konkrete tiltak bl. i forbindelse med IT-strategier, utdanning ledelsesutvikling, kvalitetsstrategi etc.
Iverksette aktive tiltak overfor overbelegg og korridorpasienter.	Følges opp på HF-nivå, gjennom styringslinjen og på grunnlag av inngåtte avtaler. Egne strategier er utarbeidet og det er satt i verk tiltak for å friggi kapasitet bl.a. gjennom økt bruk av privatpraktiserende spesialister, utenlands behandling og bedret samarbeid med kommunene. Som stimuleringsiltak går Helse Øst inn for en forskriftsendring slik at karenstiden reduseres og at refusjonssatsene for utskrivningsklare pasienter økes. Beleggprosent og korridorpasienter

Oppgave/oppfølgingspunkt	Status pr. 15.06.02 / planer 2002
	rapporteres fra HF til Helse Øst og forbedringstiltak iverksettes på HF-nivå.
Utføre diagnostikk og behandling i samsvar med god faglig praksis og basert på kunnskap og dokumenterte metoder.	Primæransvaret ivaretas på HF-nivå. Helse Øst skal utvikle et helhetlig kvalitetssystem som omfatter både den helsefaglige og administrative virksomheten og som er konsistent i forhold til tilsynsmyndighetenes krav (sak 69-2002). Utvikling og implementering av kvalitetsindikatorer er et av hovedmålene i kvalitetsarbeidet innen Helse Øst i 2002. Arbeidet har høy prioritet høsten 2002. Det tas sikte på å gjennomføre et forprosjekt for å vurdere implementering av sertifiseringsordning av kvalitetssystemer i HF-ene.
Overvåke og dokumentere kvaliteten ut fra noen nasjonale kvalitetsindikatorer.	Kvalitetsindikatorer inngår i rapporteringen fra HF-nivå. Hensiktsmessigheten av de parametere som er rapportert i første halvdel av 2002 vil bli evaluert. Nye indikatorer vil bli implementert.
Som forebyggende kvalitetstiltak bør det satses på forebygging av sykehusinfeksjoner.	Sykehusinfeksjoner rapporteres på HF-nivå, inn mot regionsykehuset og til det regionale helseforetaket.
Etablere brukerutvalg (evt. på flere nivåer) som skal være et forum for samarbeid, rådgivning og systematisk tilbakemelding fra brukere om erfaringer med tjenestene.	Styret for Helse Øst har foretatt oppnevning av brukerråd etter forslag fra brukerorganisasjonene, de fylkeskommunale rådene for funksjonshemmede og eldrerådene. Rådets hensikt er som angitt i lovgrunnlag og styringsdokument. Rådet utarbeider selv forslag til mandat. Helseforetakene er tilsvarende bedt om å etablere hensiktsmessig kontakt til brukermiljøene.
Det bes om at støtte av brukerorganisasjoner, med utgangspunkt i eksisterende støttetiltak fra fylkeskommunene, tildeles av Helse Øst.	Helse Øst RHF har satt av midler til dette i budsjettet for 2002. Enkelte tilskudd ivaretas fortsatt av fylkeskommunene. Enkeltsøknader til Helse Øst behandles fortløpende.

Oppgave/oppfølgingspunkt	Status pr. 15.06.02 / planer 2002
Samarbeidsorganet mellom Universitetet i Oslo, høyskoler og Helse Øst RHF skal brukes som en arena for samarbeid om utdannings og opplæringsoppgaver.	Samarbeidsorgan er etablert 18.06.02.
Lage rutiner for å melde pasienters behov for opplæring til fylkeskommunen samt sørge for nødvendige lokaler med inventar og utstyr til opplæringen.	Dette ansvaret tilligger HF-nivå og er kommunisert i forbindelse med håndtering av forskjellige avtaleforhold.
Det skal iverksettes en aktiv prosess i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene for å utnytte personalressursene bedre og slik at det kan brukes mer tid til pasientrettet arbeid.	Det vises til vedtatte effektivitetskrav og avtaler i forhold til de enkelte HF. Dette følges opp lokalt og gjennom styringslinjen. Gjennom årets forhandlinger om ny overens-komst er det etablert en produktivitetsavtale med NSF med sikte på å etablere nye og mer fleksible og effektive arbeidstidsordninger.
Lønns- og tarifforhold skal basere seg på rammer og målsettinger for helsepolitikken og inntektspolitikken.	Omlegg av tidligere lønssystemer har gått tyngre enn forutsatt. Det er en målsetting å etablere en mer lokal lønnsdannelse. Dette vil gi større fleksibilitet for den enkelte HF-ledelse i forhold til effektivitetskrav og -løsninger.
Det bør praktiseres meroffentlighet i tråd med offentlighetslovens intensjoner.	Informasjonsvirksomheten er høyt prioritert i Helse Øst. Det er ansatt informasjonsdirektør og etablert nettverk i forhold til HF-nivå. Det er vedtatt en kommunikasjonsplan for 2002. Det er bl.a. etablert rutiner for innsyn i postjournal m.v. Saker som ikke er unntatt fra offentlighet vil bli frigitt før styremøtene. Det har vært møte med fylkeskommunene / kommunene i regionen. En samarbeidsgruppe er nedsatt for å utarbeide forslag til hensiktsmessig kontaktform.
Det skal ikke etableres kostnadskreven, parallele tilbud innen lavvolumtjenester.	Det vises til prosjekt Helseforetaksstruktur og oppgavedeling i Helse Øst. Oppgavefordeling og ressursutnyttelse er et hovedfokus. En vurderer kardiologi særskilt. Det er satt generelle effektivitetskrav i avtaler med det enkelte HF.

Oppgave/oppfølgingspunkt	Status pr. 15.06.02 / planer 2002
<p>Vurdere nettverksløsninger, bruk av moderne IT- løsninger, telemedisin etc. for å bedre samarbeidet med andre deler av helsetjenesten, særlig kommunehelsetjenesten.</p>	<p>Helse Øst legger de nasjonale strategier til grunn for sitt IT-arbeide. Gjennom den regionale IT-strategi skal foretakene bringes opp til et kostnadseffektivt og felles nivå på IT-området. Det skal utarbeides krav til leverandører knyttet til samhandling mellom systemer innen og mellom foretak. Alle helseforetak vil innen utgangen av 2003 ha påbegynt arbeidet med innføring av elektronisk pasientjournal og elektronisk røntgensystem. Dette skal slutføres innen utgangen av 2005. En vil i løpet av strategi-perioden planmessig styre i retning av ett eller færrest mulig systemer innen hvert funksjonsområde. Det skal legges til rette for felles driftsløsninger på sentrale IT-områder der dette er kostnadseffektivt og bidrar til forutsigbarhet i IT-driftskostnader. IT-strategien underlegges årlig revisjon og med utarbeidelse av IT-handlingsplan som kommuniseres med helseforetakene.</p>
<p>De regionale helseforetakene skal utarbeide en strategisk plan for hvordan strukturelle tiltak kan støtte opp under de overordnede målsettinger for helsetjenesten.</p>	<p>Helse Øst har startet en prosess for utforming av en strategisk langtidsplan. Det tas sikte på å etablere en operasjonell plan for perioden 2003 – 2006 samt en plandel med lengre tidsperspektiv. Som grunnlag er det satt i gang et strategiarbeide på HF-nivå. Videre vil prosjektet Helseforetaksstruktur og oppgavedeling i Helse Øst være av fundamental betydning. Det vises også til sak nr. 100-2002 om opplegg og gjennomføring av strategisk langtidsplan for Helse Øst.</p>
<p>Organisering og samhandling må ha som mål å gi et helhetlig tilbud på tvers av fag- og profesjongrenser basert på pasientens behov også for det enkelte sykehusopphold.</p>	<p>Fokus og ansvar ligger på HF-nivå. Det legges vekt på at de tilbud som gis skal være helhetlige både i forhold til befolkningens og den enkelte pasients behov.</p>
<p>De regionale helseforetakene har et særlig ansvar for samhandlingen mellom 1. og 2.</p>	<p>Oppfølging og kommunikasjon i forhold til primærhelsetjenesten ivaretas i første rekke</p>

Oppgave/oppfølgingspunkt	Status pr. 15.06.02 / planer 2002
linjetjenesten og for at plikten til å gi råd og veiledning blir oppfylt.	på HF-nivå. Dette er fokusert og kommunisert i avtaler med HF og gjennom styringslinjen. Samhandlingsansvaret er også fokusert gjennom prosjektet Helseforetaks-struktur og oppgavedeling i Helse Øst.
De regionale helseforetakene har ansvar for institusjoner for rusmiddelmissbrukere som er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven. I tillegg må helseforetakene sørge for at rusmiddelmissbrukere får tilgang til nødvendige helse-tjenester i ordinære spesialisthelsetjenester.	Dette er kommunisert til HF-nivå gjennom avtaler og gjennom styringslinjen. Tiltak til rusmiddelmissbrukere innen spesialisthelsetjenesten i Helse Øst er integrert i de øvrige tjenester. En er forberedt på en evt. framtidig ansvarsovertakelse av tilbudet til rusmiddelmissbrukere.
Spesialisthelsetjenesten er pålagt å utarbeide individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud.	Gjennom avtaler og oppfølging i styringslinjen er det lagt opp til at det enkelte HF skal følge opp den forskriftsfestede retten til individuell plan for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.
Det er viktig at habiliteringstjenesten etablerer og utvikler tilbud til barn, som også omfatter trening, og samarbeider med kommunene, slik at barna kan få et godt tilbud innenfor de ordinære tjenester. Det er behov for å forbedre habiliteringstjenesten for barn, særlig på området intensiv trening. Det må legges til rette for valgfrihet.	Det er gitt åpning for å benytte godkjente alternative treningsmetoder. Det vil i 2002 bli utarbeidet sak for styret om habilitering og rehabilitering, og strategier knyttet til å innarbeide gode metoder for individuell planlegging vil bli innarbeidet i denne saken.
Opptreningsinstitusjonene og helsesportsentra ses på som et supplement til de tjenester som ytes i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.	Avtaler med opptreningsinstitusjoner og helsesportsentra er i noen grad inngått på HF-nivå. Kvalitativt gode tilbud nyttes i rehabiliteringssammenheng. Helse Øst RHF avventer konklusjonen fra departemental arbeidsgruppe før det treffes aktive tiltak på RHF-nivå for å benytte disse tilbudene ytterligere. Dette er ikke til hinder for at det innenfor det enkelte HF arbeides for å styrke samhandlingen med

Oppgave/oppfølgingspunkt	Status pr. 15.06.02 / planer 2002
	de frittstående institusjonene. Utviklingen innen dette området vil bli drøftet nærmere i en sak om rehabilitering og habilitering høsten 2002.
<p>Det skal legges særlig vekt på samordning av beredskapsarbeidet innen det regionale helseforetaket, samt i forhold til andre samarbeidsparter innen helseregionen, herunder kommunene. Det forventes utstrakt samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og de myndigheter som har koordinerings- og krisehåndteringansvar i en beredskapssituasjon.</p>	<p>Det regionale helseforetakets beredskapsansvar er kommunisert HF-nivå gjennom brev og avtaler. Helseforetakene utarbeider og vedlikeholder planer for interne hendelser og eksterne katastrofer. Ved hendelser som rammer hele eller store deler av egen region eller flere regioner delegeres ledelsen av de samlede helseressursene til direktøren ved Ullevål Universitetssykehus HF.</p> <p>Med bakgrunn i dette er det avholdt en konferanse for faglig formidling og utveksling. Ullevål skal videre avtale med Helse Sør RHF om hvordan de to regionale helseforetakenes ressurser skal disponeres og styres ved en beredskapshendelse i hoved-stadsområdet. I oktober 2002 vil det bli avholdt en regional konferanse som oppstart for utarbeidelse av en regional beredskapsplan.</p>
<p>Det skal styres med sikte på å ikke øke den gjennomsnittlige aktiviteten i pasientbehandlingen ut over det nivå som er etablert i løpet av 2001.</p> <p>De regionale helseforetakene skal umiddelbart starte med tiltak for å effektivisere driften og redusere kostnadsnivået i 2002. Dette gjelder særlig den delen av kostnadsveksten som ikke skyldes aktivitetsøkning.</p> <p>Tiltak for å redusere driften ved begynnelsen av året skal ikke ha dramatiske konsekvenser for tilbudet til pasientene.</p>	<p>Dette er kommunisert og regulert gjennom avtaler med HF-nivå.</p> <p>Meraktivitet ut over det driftsavtalene hjemler gir kun finansiering over ISF.</p> <p>Aktiviteten for 2002 viser hittil en vesentlig økning utover 2001-nivå.</p>
<p>Tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser skal styrkes betydelig</p> <p>Styrking av psykisk helsevern for barn og</p>	<p>Helse Øst RHF har foretatt en gjennomgang av de fylkeskommunale planene for utbygging av psykisk</p>

Oppgave/oppfølgingspunkt	Status pr. 15.06.02 / planer 2002
<p>unge skal være et spesielt prioritert satsningsområde for Helse Øst RHF. Arbeid med å realisere opptrappingsplanen skal bygge på fylkeskommunenes godkjente planer, og merknader gitt av departementet. En bør se på opptaksområder for sykehusavdelinger og DPS'er på ny, noe mer uavhengig av fylkesgrensene enn det som fremgår av de fylkeskommunale planene og utjevne nåværende fylkesvise forskjeller. Tvangsbruken innen psykisk helse skal reduseres. Helse Øst må etablere systemer for å dokumentere omfanget av tvangsinnleggelse, og etablere strategier for økt frivillighet.</p>	<p>helsevern. Herunder tilbud til barn og unge, bl.a. en egen akuttinstitusjon for barn og ungdom i Hedmark.</p> <p>Det er lagt inn investeringsmidler i 2002 i henhold til faktisk framdrift i de investeringsprosjektene som i styringsdokumentet refereres som godkjent. Prioritering av utbyggingsprosjekter er sendt departementet i brev av 29.04.02. På grunn av knappe rammer for investeringsmidler i 2002, samt manglende enighet mellom Oslo kommune og staten om eiendomsretten til bygningsmassen, vil enkelte av de andre investeringsprosjektene i Opptrappingsplanen få en senere framdrift enn det fylkeskommunene hadde planlagt. Det vurderes for øvrig å være manglende samsvar mellom målsettingene i Opptrappingsplanen og de økonomiske virkemidlene som vil bli stilt til disposisjon fram mot 2006. Det er i tillegg manglende kobling mellom tildeling av øremerkede statsmidler til drift og ferdigstillelse av nybyggene. Helse Øst RHF mottok i 2002 ikke tilstrekkelig øremerkede driftsmidler til å kunne etablere full drift i de nybygde DPS-ene. Dette har eksempelvis medført at DPS-ene i Østfold drives med redusert kapasitet. Det arbeides med å ferdigstille planen for Barne- og ungdomspsykiatrien i Oslo. Dette arbeidet ses i sammenheng med behovet for å omstille tjenesten slik at aktiviteten tilpasses de økonomiske rammene. Omstillingsbehovet vurderes å være i størrelsesorden 30 mill. kroner på årsbasis. Det vil i omstillingsarbeidet bli lagt stor vekt på å skjerme de direkte pasientrettede aktivitetene.</p> <p>En er på bakgrunn av styringsdokumentet i ferd med å avklare hvilket foretak som skal få ansvar for et eventuelt regionalt tilbud til pasienter med spiseforstyrrelser. Det arbeides aktivt på HF-nivå med å redusere bruk av tvang. Psykiatri er også et vesentlig tema i prosjektarbeidet for etablering av ny</p>

Oppgave/oppfølgingspunkt	Status pr. 15.06.02 / planer 2002
	helseforetaksstruktur og oppgavefordeling.
<p>Det legges til grunn at stråleterapisatelitten ved Oppland sentralsykehus, avdeling Gjøvik, settes i drift fra høsten 2002. Det foreligger videre planer om bygging av et kreft- og infeksjonssenter ved Ullevål sykehus. Departementet tar sikte på å etablere en desentralisert videreutdanning innen stråleterapi ved Høgskolen i Gjøvik i løpet av 2002. Utbygging av mammografi-screening for alle kvinner mellom 50 og 69 år videreføres i 2002. Fristen for søknad er 15.11.02.</p>	<p>Enheten for stråleterapi vil være i drift høsten 2002. For 2002 har Helsedepartementet bevilget 3,7 mill.kr. til desentralisert videreutdanning innen stråleterapi ved Høgskolen i Gjøvik. Det er søkt om midler til kompetansesenter-funksjoner innen arvelig kreft, genterapi og lindrende behandling. Forprosjekt for Kreft og Isolatsenter ved Ullevål universitetssykehus styrebehandles første gang i juni 2002 (sak 108-2002). Det vil bli fremmet søknad overfor helsedepartementet om midler til mammografiscreening høsten 2002.</p>