

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	13. september 2018

SAK NR 085-2017

ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR

Forslag til vedtak:

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Hamar, 6. september 2018

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

1. Nye styringsbudskap til Helse Sør-Øst RHF annet halvår 2018

Den 13. juni 2018 ble det gjennomført foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF med behandling av årlig melding 2017, godkjenning av årsregnskap og årsberetning 2017 mv.

Den 29. juni 2018 oversendte Helse- og omsorgsdepartementet *Oppdragsdokument 2018 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 85 S (2017-2018)* til de regionale helseforetakene.

Dokumentet inneholder nye krav, mål og oppgaver som skal gjennomføres. Slik det er omtalt i oppdrag og bestilling 2018 for helseforetakene i Helse Sør-Øst, er de nye styringsbudskapene videreformidlet til helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst i et eget tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2018.

Tilleggsdokumentet fra Helse Sør-Øst RHF konkretiserer og presiserer hvordan helseforetakene og sykehusene forutsettes å delta i arbeidet for å nå de overordnede målene. Tilleggsdokumentet er ikke tilpasset til tjenesteporteføljen i det enkelte helseforetak/sykehus, men er utarbeidet som et felles dokument til alle. Den enkelte mottager er må i sin videre oppfølging ta stilling til om de enkelte oppdragene skal tas til orientering eller følges opp med egne tiltak. For noen av oppdragene forutsettes nærmere orientering fra Helse Sør-Øst RHF før aktuelle helseforetak/sykehus iverksetter tiltak. Dette er presisert i det enkelte oppdrag.

Tilleggsdokumentet har samme status som oppdrag og bestilling, og det stilles de samme krav om å utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskrav innenfor de rammer og ressurser som er stilt til rådighet. Det er viktig at disse styringsbudskapene integreres i styrings- og rapporteringssystemene.

Som annen orientering til dette styremøtet er de aktuelle dokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet vedlagt:

- Oppdragsdokument 2018 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 85 S (2017-2018)
- Protokoll fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 13. juni 2018

2. Oppfølging av sak om plasser til rusomsorg

I foretaksmøte 13. juni 2018 fikk Helse Sør-Øst RHF følgende tilleggsoppdrag:

«Foretaksmøtet ber Helse Sør-Øst RHF om å gjennomføre en tilleggsanskaffelse på 20 mill. kroner til behandlingsplasser innen rusomsorg. Anskaffelsen må realiseres innenfor etablerte faglige og anskaffelsesrettslige rammer, og må reflektere Stortingets bekymring for avrusningskapasitet».

Helse Sør-Øst RHF har på denne bakgrunn gitt de fire avtalepartene som fikk avtale ved sist anskaffelsesprosess, tilbud om å utvide inngåtte avtale innen delytelser der avrusning er integrert i det helhetlige behandlingsforløpet. Utvidelsen omfatter til sammen 10 plasser (3650 døgn). For å sikre likebehandling har avtalepartene fått tilbud om utvidelse av inngått avtale slik at plassene fordeles forholdsmessig, svarende til den økonomisk rammen for avtalen de enkelte tilbyderne fikk i siste anskaffelsesprosess. Alle fire aktuelle avtaleparter (Tyrilistiftelsen, Skjelfoss psykiatriske senter, Manifestsenteret og Borgestadklinikken) har takket ja til å utvide sin gjeldende avtale, med oppstart av nye plasser i 2018.

3. Avtale med Landsforeningen for hjerte- og lungesyke

Helse Sør-Øst RHF og de tre andre regionale helseforetakene har en løpende rammeavtale med Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) om kjøp av spesialisthelsetjenester. Det inngås årlige ytelsesavtaler med LHL og det enkelte regionale helseforetak som angir beskrivelse av ytelsen, volum og pris. Avtalen er begrenset til å gjelde de tjenester som er spesifisert i ytelsesavtalen. Det fremgår av avtalen at de hjertekirurgiske og kardiologiske avdelingene ved universitetsklinikkene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø utgjør basis for det offentlige tilbudet av den type virksomhet som avtalen omhandler. Videre står det i avtalen at ved utarbeidelse av regionale ytelsesavtaler vil det enkelte regionale helseforetak se hen til at universitetsklinikken opprettholder et tilstrekkelig behandlingsvolum for å sikre bærekraftig kompetanse og for å kunne ivareta lovpålagte oppgaver som opplæring, utdanning, forskning og nødvendig vaktkompetanse.

Behovet for hjertekirurgiske operasjoner (klaffeoperasjoner og bypassoperasjoner) er redusert de siste år og antall behandlinger som avtales med LHL i de årlige ytelsesavtalene er følgelig nedjustert. LHL besluttet før sommeren 2018 at man ville avvikle tilbudet om hjertekirurgi. Avtale om dette ble signert av generalsekretær i LHL og administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF den 18. juli 2018 og det fremgår av avtalen at hjertekirurgiske operasjoner skal fases ut i løpet av 2018. De aktuelle pasientene skal overtas av Oslo universitetssykehus HF og det er etablert en arbeidsgruppe som skal lage en plan for avviklingen og komme med forslag til prosedyrer og rutiner for overgangen. LHL skal fortsatt levere tjenester for Helse Sør-Øst, herunder behandling (ablasjoner) av pasienter med hjerterytmeforstyrrelser, utredning av pasienter for hjerteklaffbehandling, angiografi (røntgenundersøkelse av arterier) og PCI (perkutan koronar intervensjon – invasiv behandlingsteknikk for å åpne trange eller tette kransarterier).

4. Avtaler om behandling av øyesykdommer

Etter en anbudskonkurranse i 2013 inngikk Helse Sør-Øst RHF en fireårig rammeavtale med en privat leverandør om injeksjonsbehandling for øyesykdommen våt aldersrelatert makuladegenerasjon (AMD), en tilstand som ubehandlet fører til synstap. Helse Sør-Øst RHF stilte krav om at godkjent legemiddel skulle benyttes, og prisen for medisinen var den gang over 9000 kroner per injeksjon. Det fantes et kreftlegemiddel (Avastin) som ikke var godkjent for behandling av AMD, men som ble foreskrevet «off-label». Bruk av ikke-godkjent medikament var imidlertid fortsatt under utprøving, og Helse Sør-Øst RHF stilte derfor krav om godkjent medikament for å sikre forsvarlige behandling for pasientene og likebehandling av leverandørene. Prisene i avtalen gjenspeiler dette. Avtalen ble inngått i 2013 fordi det ikke var kapasitet i våre egne helseforetak til å behandle alle pasientene. Kunnskapsgrunnlaget og kapasiteten i dag er annerledes enn i 2013.

Det pågikk den gangen en studie for å sammenligne effekten av Avastin med det godkjente legemiddelet Lucentis. Studien ble avsluttet høsten 2014 og resultatene, som ble publisert i 2015 og 2016, viste at preparatet som ikke er godkjent er like sikkert og effektivt som den godkjente medisinen. Avastin har en lagt lavere pris enn Lucentis, og det rimeligste preparatet er i økende grad blitt brukt i behandlingen av AMD ved landets øyeavdelinger. Helsedirektoratet utga høsten 2017 en tilsynsrapport som konkluderte med at den rimeligste medisinen var forsvarlig å bruke (alvorlige øyeinfeksjoner etter injeksjonsbehandling med Avastin ved St. Olavs hospital HF).

Helse Sør-Øst RHF startet i 2017 arbeidet med nye avtaler med private leverandører og fagfolk fra våre helseforetak har vært med på dette arbeidet. I dette arbeidet er ny kunnskap lagt til grunn og de nye avtalene med private leverandører som er inngått i 2018 åpner for bruk av den rimeligste medisinen, noe som også bidrar til at prisen for behandlingen er betydelig lavere enn i den gamle avtalen. Behovet for kjøp fra private leverandører vurderes forløpende og det er nå inngått en ettårig avtale med mulighet for forlengelse. Helseforetakene er ikke pålagt å sende pasienter til private tilbydere, og en privat avtalepart er heller ikke garantert et bestemt antall pasientbehandlinger. Avtalene er således en «ventil» og frem til nå har avtalene med private vært nødvendige for å sikre tilstrekkelig kapasitet og unngå fristbrudd.

AMD er vanlig hos den eldre delen av befolkningen og behandlingen er ofte livslang. For litt mer enn 10 år siden fantes det ikke behandlingsmulighet, men med ny og effektiv injeksjonsbehandling er det nå en stor økning av pasienter med behov for behandling for å unngå synstap. I dag går anslagsvis 20% av kapasiteten på øyeavdelingene med til å gi denne behandlingen. Helseforetakene i Helse Sør-Øst har av denne grunn hatt kapasitetsutfordringer innen øyesykdommer og Helse Sør-Øst RHF har derfor hatt et midlertidig fagutvalg innen dette fagområdet. Det ble i 2017 utarbeidet en egen rapport omhandlende felles regionale retningslinjer for poliklinisk oppfølging/kontroller av pasienter innenfor fagets største pasientgrupper og hvor økningen i pasienter med AMD som trengte behandling ble pekt på som en av de største utfordringene for øyeavdelingene.

Helseforetakene i regionen har arbeidet med å bygge opp egen kapasitet og har nå i mindre grad enn tidligere et behov for å henvise pasienter videre til private leverandører. Kapasitetsoppbyggingen innen øyesykdommer i helseforetakene er en ønsket utvikling, blant annet fordi pasientgruppen for en stor del består av eldre mennesker med behov for livslang oppfølging og derav kontinuitet i behandlingen. Fra et faglig ståsted er det således ønskelig at pasienter med AMD behandles i helseforetakene, slik at man unngår brudd i oppfølgingen i forbindelse med anbudskonkurranser.

Helse Sør-Øst RHF ble i juni 2018 gjort oppmerksom på at Aleris i avtaleperioden 2014-2017 skal ha splittet medisin i engangssprøyter i flere doser og dette er ikke i henhold til det produsenten selv tilrår for å sikre sterilitet og forsvarlig praksis. Helse Sør-Øst RH foretas nå en helhetlig gjennomgang av denne saken og har så langt ikke konkludert.

Det har vært stilt spørsmål ved hvorfor Helse Sør-Øst RHF ikke kan oppgi prisene i avtalene. En leverandør kan i henhold til forvaltningslovens § 13, 1. ledd nr. 2) kreve hemmelighet med henvisning til at prisene representerer en forretningshemmelighet av konkurransemessig betydning. Helse Sør-Øst RHF har i en slik situasjon ikke mulighet til å offentliggjøre prisene.

5. Status konseptfase videreutvikling av Aker og Gaustad

Det vises til styresak 053-2018 behandlet i styremøte 14.06.18 og styresak 073-2018 behandlet i styremøte 24.08.18.

Behovet for samordning av spesialisthelsetjenesten i Oslo var sentralt da regjeringen i 2007 besluttet å slå sammen tidligere Helse Sør (som bl.a. hadde ansvaret for Rikshospitalet på Gaustad) og Helse Øst (som bl.a. hadde ansvaret for Ullevål universitetssykehus og Aker universitetssykehus). Behovet for å samle den høyspesialiserte behandlingen var en sentral

bakgrunn. I dag har Oslo universitetssykehus mange fagfolk innen de samme fagområdene som holder til i ulike bygg med hver sin utstyrspark. Ved å samle fagmiljøene vil man legge til rette for å styrke kvaliteten på behandlingen og bruke ressursene på en enda bedre måte.

Det er gjort utredninger av hvor det vil være best å samle de spesialiserte funksjonene. Ullevål og Gaustad er vurdert som aktuelle områder. I 2016 valgte styret i Oslo universitetssykehus en løsning med utbygging på Gaustad, hvor det alt finnes moderne bygg og utstyr. Samtidig med at det skal etableres nye bygg på Gaustad, skal det bygges et nytt stort lokalsykehus på Aker. Dette er viktig for å øke den samlede kapasiteten for lokalsykehuspasienter i Oslo og slik at regionsykehuset ikke blir større en nødvendig av faglige og ressursmessige årsaker.

Styret i Helse Sør-Øst sluttet seg enstemmig til et målbilde for Oslo universitetssykehus med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. Dette målbildet skal legges til grunn for den videre utviklingen av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus. Helseministeren stadfestet målbildet i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF den 24. juni 2016.

Det pågår nå konseptfaser hvor man utreder bygging på Gaustad og Aker i parallell. Dette omhandler blant annet kapasitetsberegninger, skisseprosjekter, tomteforhold, vurdering av økonomisk bærekraft mv.

Status i prosjektet

Prosjektet har videreført arbeidet med konseptfaseutredning, inklusiv videre arbeid med skisseprosjekt. Basis for arbeidet med skisseprosjektet er utbyggingsløsningene som ble anbefalt videreført etter avslutning av steg 1. Det vil si alternativene «sør-øst» for Gaustad og «utsikt» for Aker. Løsningene bearbeides nå videre med fokus på å optimalisere plassering, volumer og konseptuelle løsninger. For øvrig er det utarbeidet et hovedprogram og dette foreligger i en foreløpig versjon (80 %). Hovedprogrammet gir anvisninger for kapasitet, funksjon- og nærhetsbehov, teknikk, energi, miljø, utstyr og IKT. I foreliggende versjon er det tatt hensyn til forslag til regional utviklingsplan i Helse Sør-Øst RHF som forelå i juni hvor det blant annet er lagt til grunn 85% som beleggspersent. Videre pågår det arbeid med å oppdatere beregninger av kapasitetsbehov med aktivitetstall for 2017 fra Norsk pasientregister (NPR) og med siste befolkningsprognose for 2035 fra SSB.

Arbeidsprosess og medvirkning

Det er etablert flere fagvise fokusgrupper og felles tverrgående fokusgrupper i prosjektet. Deltakerne består av representanter for klinikkledelsen, vernetjenesten, tillitsvalgte og brukere. Fokusgruppene ledes av en gruppeleder med forankring i relevant klinikk. Fokusgruppen for forskning, undervisning og universitet er ledet av representant fra Universitetet i Oslo.

Det ble gjennomført fire møter i fokusgruppene før sommeren, hvorav de to første hadde fokus på nærhetsbehov og funksjonelle sammenhenger som innspill og grunnlag for funksjonsprogrammet. Møteserie tre og fire ble benyttet til analyser av utbyggingsalternativer og innspill til evaluering. I tillegg ble det før sommeren avholdt møter med fokusgruppene hvor status for framskrivning med tilhørende kapasiteter og arealrammer pr. funksjonsområde var tema.

Det er planlagt fire møteserier i løpet av høsten hvor hovedfokus er funksjonsløsninger i skisseprosjektet, hvorav første serie er avholdt. I tillegg til fokusgruppene er det etablert en felles samhandlingsgruppe som består av fokusgrupeledere, klinikkledere, brukerrepresentant, tillitsvalgte og vernetjenesten, samt Universitetet i Oslo og prosjektorganisasjonen til Helse Sør-Øst RHF.

Oslo universitetssykehus HF har etablert egne fokusgrupper for gjenværende funksjoner på Ullevål som inngår i etappe 2.

Regulering Gaustad

Planprogrammet har vært på høring og det har vært dialog med Oslo kommune ved Plan- og bygningssetaten (PBE) om den videre behandling og godkjenning av planprogrammet. I og med at det nå er lagt til grunn at utbyggingsløsningen skal utvikles sør-øst på området og avgrenses til nord for ring 3, er det behov for å tydeliggjøre dette i planprogrammet.

Som det ble opplyst i styresak 053-2018 har sentrale aktører, som blant annet SINTEF, sterke innvendinger mot at området sør for ring 3 skal reguleres til sykehusformål da dette vil legge begrensninger på videreutvikling av deres eiendom/virksomhet. Helse Sør-Øst RHF, SINTEF, Oslo universitetssykehus HF og Universitetet i Oslo har på denne bakgrunn skrevet en erklæring som stadfester at partene ser positivt på de foreliggende utbyggingsløsningene sør-øst for dagens Rikshospital og at det følgelig ikke er nødvendig eller ønskelig at planområdet omfatter områder sør for ring 3. Det er derfor lagt til grunn at planprogrammet justeres for dette og legges ut på en fornyet begrenset høring. Det forventes at denne er avsluttet i løpet av september og at planprogrammet godkjennes etter dette. PBE opprettholder sitt forslag om et planområde som også omfatter arealer sør for Ring 3.

Det arbeides mot at reguleringsplan for Gaustad kan legges frem og behandles 1. gang sommeren 2019 og at den er godkjent i løpet av 2020.

Regulering Aker

Planprogram for Aker ble godkjent i april 2018. Arbeid med konsekvensutredning pågår i henhold til forutsatt fremdrift. Det er avtalt dialogmøte med PBE ultimo september 2018.

Som for reguleringsplan for Gaustad, arbeides det mot at reguleringsplan for Aker kan legges frem og behandles 1. gang sommeren 2019 og at den er godkjent i løpet av 2020.

Risikoforhold

I styresak 053-2018 ble styret orientert om at prosjektorganisasjonen rapporterer risiko til Helse Sør-Øst RHF som del av den faste månedrapporingen og risikomatrise per utgangen av mai for både Aker og Gaustad ble fremlagt. I oppdatert risikomatrise per utgangen av juli er det identifisert 18 åpne risikopunkter for både Aker og Gaustad, mot 17 i foregående periode.

Av de 18 punktene er det 3 som er kategorisert med høy risiko fordi de kan påvirke omfang og rammer for prosjektet. Dette er en reduksjon på ett punkt fra forrige periode. Risiko knyttet til konflikt mellom funksjonelt sykehus og verneinteresser er i perioden redusert som følge av møter med Riksantikvaren og gjennomgang av videreutviklet løsning på Gaustad.

De tre risikopunktene som er kategorisert med høy risiko omhandler arbeidet med oppdaterte beregninger av kapasitetsbehov. Dette kategoriseres med høy risiko fordi det vil kunne påvirke arealbehov og økonomiske rammer. Det andre punktet omhandler omfang av etappe 1 og risiko for at dette må utvides med funksjoner som opprinnelig er lagt til etappe 2. Dette er også kategorisert med høy risiko grunnet konsekvens for økonomi og investeringsomfang. Det siste punktet er knyttet til tomteerverv på Aker som ikke er avklart. Dette er kategorisert med høy risiko grunnet at tomteerverv må være gjennomført før arbeider kan påbegynnes og tomteanskaffelse på Aker antas å være kapitalkrevende.

Oslo universitetssykehus HF rapporterer risiko i sin styringslinje og gjennomførte en risikovurdering i juni 2018 for å få belyst risikoforhold knyttet til drift av Oslo universitetssykehus HF etter realisering av etappe 1 på Aker og Gaustad. Resultatene fra risikovurderingen er dokumentert i en egen rapport.

Styret i Oslo universitetssykehus HF behandlet risikovurderingen i sitt møte den 21.juni 2018, sak 42/2018. Styret i Oslo universitetssykehus HF fattet følgende enstemmige vedtak:

1. *Styret tar status for konseptfase videreutvikling av Aker og Gaustad til orientering.*
2. *Styret ber administrerende direktør følge opp risikovurderingen i tett samarbeid med Helse Sør-Øst. Herunder å vurdere tiltak for å redusere risiko for gjenværende aktivitet på Ullevål, inkludert justering av innholdet i første etappe. I tillegg skal risikovurdering for drift i henhold til flytteplaner i første etappe på Aker og Gaustad, inkludert risiko ved en eventuell faseforskyvning i utbygging på Aker og Gaustad, gjennomføres.*

På bakgrunn av dette vedtaket har Helse Sør-Øst RHF mottatt en anmodning fra administrerende direktør i Oslo universitetssykehus HF om tilleggsutredninger av forhold vedrørende konseptfaser for Aker og Gaustad og driften ved Ullevål etter etappe 1. Det vises til risikovurderingen av driften ved Ullevål sykehus etter fullført første etappe av utbyggingen på Aker og Gaustad og at denne viser spesielt høy risiko for øyeblikkelig hjelp for barn og fødselshjelp som i henhold til planlagt innhold i etappe 1 skal ligge igjen på Ullevål sykehus til etappe 2. Oslo universitetssykehus HF ønsker på denne bakgrunn at det gjennomføres tilleggsutredninger som omhandler mulige endringer av deler av innholdet i etappe 1. Oslo universitetssykehus HF ber om at tilleggsutredningen tar utgangspunkt i at hele virksomheten for fødsler/gynekologi og barn flyttes i etappe 1, inkludert dag- og poliklinisk virksomhet, og at det vurderes om hele eller deler av virksomheten innen psykisk helse og rusbehandling kan vente til etappe 2 for å få plass til fødevirksomhet og virksomhet for kvinnesykdommer og barn innenfor forutsatte rammer for konseptfasen. Det vises for øvrig til omtale av dette i styresak 073-2017.

I tillegg til ovennevnte risikovurdering har Oslo universitetssykehus HF den 20. august 2018 foretatt risikovurderinger av faseforskyvning av byggefasene for hhv Aker og Gaustad. Denne risikovurderingen ble behandlet av styret i Oslo universitetssykehus HF i møte den 5. september 2018, sak 51/2018. I foreløpig protokoll fra styremøtet i Oslo universitetssykehus fremgår det at styret fattet følgende vedtak:

1. *Styret tar rapportene om risikovurdering til orientering.*
2. *Styret mener risikovurderingene av en eventuell faseforskyvning av første etappe mellom utbyggingene på henholdsvis Gaustad eller Aker viser at parallell utbygging og samtidig ibruktaking er mest hensiktsmessig.*
3. *Styret ber om at rapportene oversendes Helse Sør Øst RHF.*

Styremedlemmene Svein Erik Urstrømmen, Else Lise Skjæret-Larsen og Aasmund M. Bredeli i styret for Oslo universitetssykehus HF ønsket følgende ført i protokollen til sak 51/2018:

"Ansatterepresentantene Else Lise Skjæret-Larsen, Svein Erik Urstrømmen og Aasmund Bredeli vurderer at vedtakspunkt 2 i det opprinnelige vedtaksforslaget, og endret vedtaksforslag punkt 2 og 3 bortfaller og viser til alternativt vedtaksforslag: «Styret tar saken til orientering, og vil behandle konseptfaserapporten med tilhørende risikobilde i sitt styremøte i desember».

Bakgrunnen for dette er at rapportene og brev i saken allerede er diskutert mellom administrerende direktør i OUS og HSØ uten at dette er forelagt og behandlet i HSØ styringsgruppe for prosjektet. Det legges etter vårt syn føringer på prosjekteiers videre arbeid uten at styringsgruppen i HSØ har realitetsbehandlet saken.

Det blir etter vår vurdering uryddig fremgangsmåte av styret i OUS å behandle og legge føringer på enkelte risikoområder uten at dette ses i sammenheng med det totale risikobildet i prosjektet."

Det ble avholdt møte i styringsgruppen for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF den 3. september 2018. Her ble det gitt orientering fra eksterne kvalitetssikrer og presentert sak om status for prosjektet. I tillegg skulle sak om tilleggsutredninger basert på brev fra Oslo universitetssykehus HF og orienteringssak fra Oslo universitetssykehus HF om risikovurdering av drift ved Ullevål sykehus mellom etappe 1 og 2 behandles. Det var enighet i styringsgruppen om at disse to sakene ble utsatt og det er satt opp et ekstra møte den 25. september for behandling av disse sakene. I tillegg er det bedt om en sammenstilling av det samlede risikobildet for å vurdere totaliteten i prosjektet. Dette vil da omhandle risikorapportering fra prosjektorganisasjonen og de risikovurderingene som Oslo universitetssykehus HF har gjennomført.

Styret i Helse Sør-Øst RHF fattet følgende vedtak i møte 14. juni 2018 (styresak 053-2018):

1. *Styret tar status for konseptfase videreutvikling av Aker og Gaustad til orientering.*
2. *Styret ber om å bli holdt orientert om det samlede risikobildet knyttet til videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF*

En orientering om samlet risikobilde blir som omtalt behandlet i styringsgruppen for prosjektet den 25. september og legges frem for styret i oktobermøtet.

6. NATO-øvelsen Trident Juncture og Nasjonal helseøvelse 2018

I henhold til foretaksmøteprotokoll datert 10. januar 2017 skal de regionale helseforetakene delta i planleggingen og gjennomføringen av Nato-øvelsen Trident Juncture (TRJE18) som skal avholdes i Norge i 2018. Videre har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å planlegge for Nasjonal helseøvelse i 2018 kombinert med Nato-øvelsen. Helse Vest RHF ivaretar dette på vegne av Helsedirektoratet. Helse Sør-Øst deltar i arbeidet som er initiert. Arbeidet omfattes av totalforsvarskonseptet.

Totalforsvarskonseptet

Totalforsvarskonseptet går ut på at det skal være gjensidig støtte og samarbeid mellom Forsvaret og det sivile samfunn i hele krisespekteret fra fred via sikkerhetspolitisk krise til krig.

I Langtidsplanen for forsvarssektoren (LPT) legger regjeringen fornyet vekt på sivil støtte til Forsvaret. Regjeringen har etablert et program for videreutvikling av totalforsvaret og samfunnets motstandsdyktighet. Arbeidet med planlegging og gjennomføring av øvelse Trident Juncture 2017 (TRJN17) og Trident Juncture 2018 (TRJE18) skal bidra til å videreutvikle totalforsvaret. Planleggingsarbeidet og gjennomføringen av øvingsaktivitetene innebærer et betydelig løft for beredskapsarbeidet utover det å forberede og yte sivil støtte til Forsvaret.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) koordinerer programmet for sivil-militært samarbeid. Hovedprosjektet vil omhandle videreutvikling av totalforsvarskonseptet og oppfølging av NATOs Seven Baseline Requirements:

1. Sikre kontinuitet for styresmaktene og kritiske offentlige tjenester
2. Sikre en robust kraftforsyning
3. Sikre evnen til å håndtere ukontrollert forflytning av mennesker
4. Sikre robust mat- og vannforsyning
5. Sikre evnen til å håndtere masseskadesituasjoner
6. Sikre robuste sivile kommunikasjonssystemer
7. Sikre robuste transportsystemer

Målene for dette arbeidet er å:

- Utvikle et moderne totalforsvarskonsept tilpasset nye utfordringer, rammebetingelser og forutsetninger innen utgangen av 2020
- Styrke robustheten i det sivile samfunn for å øke samfunnets motstandsdyktighet mot alle typer kriser

Effekter som ønskes oppnådd er:

- Tilstrekkelig og rettidig støtte til Forsvaret
- Et mer motstandsdyktig samfunn
- En økt bevissthet og forsvarsvilje
- God funksjonalitet og robusthet i kritisk infrastruktur
- Et felles handlingsmønster fra alle involverte aktører
- Inkludere vurderinger rundt totalforsvaret og totalforsvarets behov i all planlegging og analysevirksomhet i både offentlig og privat sektor

Justis- og beredskapsdepartementet eier programmet og har etablert en styringsgruppe med representanter fra Forsvarsdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet, Olje- og energidepartementet, Samferdselsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Nato-øvelsen Trident Juncture 18

Nato-øvelsen Trident Juncture 18 LIVEX gjennomfører på/i luft, sjø og bakke i perioden september til november 2018. Det meste av tidsrommet vil benyttes til å sørge for at materiell og mannskaper kommer frem til de områder som skal benyttes i Norge under øvelsen. Selve øvelsesaktivitetene vil skje i perioden 25. oktober til 7. november.

Det vil bli ulik involvering for helsetjenesten innen de tre ulike grener som øves. Sjøaktiviteter forventes å ha liten innvirkning på de oppgaver som skal ivaretas av helsetjenesten, men dersom det skjer en ulykke vil den kollektive redningstjenesten bli involvert. Det samme vil gjelde for luftaktiviteter.

For øvelsen knyttet til landaktiviteter er det planlagt med ca 40 000 soldater. Et estimat for antall kjøretøyer er 13000-14000. I tillegg vil det være involvert om lag 130 fly og 65 skip.

En stor del av transporten av kjøretøyene frem til øvelsesområdene forsøkes gjennomført ved hjelp av jernbane. Øvrige kjøretøy vil stort sett transporteres på vei. Bane-Nor og Vegvesenet arbeider aktivt sammen med Forsvaret for å definere hvilke traseer som kan benyttes og avklare hvordan frakt av materiell og personell skal foregå. Mottaket av ressursene som skal delta i landøvelsen vil fordeles med halvparten på henholdsvis Midt-Norge og Sør-Norge. Kjerneaktiviteten for landøvelsen vil foregå i området er mellom Tynset og Ulsberg.

Overordnet tidsplan:

- Perioden fra august/september frem til 25. oktober
 - Utstyr og mannskaper ankommer Norge og beveger seg til sine forlegningssteder, noe som medfører økt aktivitet på vei og jernbane.
- Perioden 25-29. oktober
 - Soldater og utstyr transporteres frem til øvelsesområdet fra sine forlegninger, noe som medfører at det i enkelte områder vil bli stor tetthet av militære kjøretøy / kolonner. Dette kan skape utfordringer med fremkommelighet.
- 30. oktober
 - Fremvisning av aktører for VIP-gjester. Dette gjennomføres på Byneset utenfor Trondheim. Helse Midt-Norge må sammen med Forsvaret avstemme forventninger og behov for beredskap og støtte til denne aktiviteten.
- Perioden 30. oktober-7. november
 - Feltøvelse i området Trøndelag - Nord-Hedmark
- Perioden 7. november - 28. desember
 - Nasjonene returnerer til sine land, tilsvarende logistikkoperasjon som ved ankomst.

Vertsnasjonsoppgaver, som handler om helsetjenestens tjenestetilbud til nasjonale og allierte styrker i hele perioden (september-desember) vil kunne berøre alle helseforetak i Helse Sør-Øst. Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet en egen plan for ivaretagelse av dette ansvaret.

For mer informasjon om Nato-øvelsen se: <https://forsvaret.no/fakta/aktivitet/ovelser/trident-juncture>

Nasjonal helseøvelse 2018

Den nasjonale helseøvelsen er samordnet med Nato-øvelsen og vil foregå på følgende steder og på følgende dager (feltøvelsesdelen):

- Ørlandet - masseskade 25. september
- Tynset - masseskade 26. oktober
- Kristiansund - masseskade 29. oktober
- Orkdal - masseskade 1. november
- Elverum – CBRNE-hendelse 6. november
(CBRNE-hendelse innebærer en hendelse der personer utsettes for farlige kjemiske stoffer (C-Chemical), biologiske agens (B), radioaktive stoffer (R), stråling fra nukleært materiale (N) og/eller eksplisiver (E))

Øvelsene for masseskade omfatter ikke et stort pasientvolum. Øvelseselementene er i større grad knyttet opp til å øve de prinsipper og rutiner som følger av arbeidet med å utvikle et nasjonalt masseskadekonsept. Øvelsene på de ulike stedene vil være lokalt tilpasset.

Det er hovedsakelig Sykehuset Innlandet HF og Oslo universitetssykehus HF som vil bli involvert i øvingsaktivitetene. I tillegg vil Helse Sør-Øst RHF gjennom sin deltakelse involvere øvrige helseforetak.

7. Informasjonskampanje for å øke antall organdonorer

I oppdragsdokumentet for 2018 heter det som følger:

Helse Sør-Øst RHF skal ta det nasjonale ansvaret for en informasjonskampanje for å øke antall organdonorer i 2018. Kampanjen skal også omfatte levende giver av nyre. Dette arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med relevante aktører, herunder de tre andre regionale helseforetakene. Direktoratet for e-helse skal gjøre nødvendige tekniske endringer for å realisere en elektronisk løsning for organdonasjon i kjernejournal. De regionale helseforetakene skal dekke kostnadene til utvikling, forvaltning og drift av elektronisk løsning for organdonasjon.

Basert på informasjon og dialog fra møter med relevante aktørene i donor- og transplantasjonsmiljøet i Norge, planlegges det for en landsomfattende kampanje etter følgende skisse:

- En hovedkampanje ut mot alle landets helseforetak/sykehus – rettet mot alle ansatte. Denne vil i hovedsak kommuniseres og spres gjennom etablerte kanaler som nettsidene på helsenorge.no-plattformen og de interne kanalene regionen og helseforetakene/sykehusene bruker. Media vil også være en viktig kanal
- Lansering av den elektroniske løsningen i kjernejournal, kombinert med en kampanje ut mot befolkningen i tradisjonelle og sosiale medier. Her vil Landsforeningen for nyrepasienter og Stiftelsen Organdonasjon være viktige støttespillere

Helseminister Bent Høie vil igangsette begge kampanjene den 21. september, dagen før den nasjonale organdonasjonsdagen. Planlegging av kampanjestart skjer i tett samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet. Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF er ansvarlig for kampanjen på vegne av de fire regionale helseforetakene og vil også delta i lanseringen.

8. Etablering av program for standardisering og modernisering av IKT-infrastruktur i Sykehuspartner

Bakgrunn

Sykehuspartner HF ble i foretaksmøte 14. juni 2018 gitt i oppdrag å etablere et nytt program for standardisering og modernisering av regionens IKT-infrastruktur. Behovet for standardisering og modernisering av IKT-infrastrukturen er stort. Risikovurdering av dagens drift foretatt av Sykehuspartner HF bekrefter dette.

I arbeidet med å standardisere og modernisere IKT-infrastrukturen skal Sykehuspartner HF vektlegge følgende elementer:

- Risikovurdering av IKT-infrastruktur og driften av denne
- Ivaretagelse av informasjonssikkerhet og personvern som også kan være robust mot endringer i trusselbildet
- Gjenbruk av planverk og investeringer som er gjort så langt
- God involvering av helseforetakene som databehandlingsansvarlige
- Konkretisering av en leveranseplan hvor de mest kritiske områder prioriteres basert på risikovurderinger
- Et hensiktsmessig samspill med leverandørmarkedet basert på en vurdering av egen kapasitet og kompetanse.

Status for arbeidet

Programmet ble etablert som en interimorganisasjon fra 15. juni 2018, med varighet frem til endelig etablering planlagt innen årsskiftet. Erfaringer, planverk og investeringer fra tidligere moderniseringsinitiativ legges til grunn for utviklingen av programmet. Kravspesifikasjoner, løsningsbeskrivelser og planer knyttet til dette er blant det som gjenbrukes. Dette suppleres med elementer fra utredninger og vurderinger. Deretter operasjonaliseres det hele i løsninger og planer for standardisering og modernisering av IKT-infrastrukturen. Gjenbruk av investeringer i utstyr søkes ivare tatt enten i bygging av modernisert infrastruktur eller i forbedring og utskifting av infrastruktur.

Programmet har startet en oppbemanning med kombinasjon av interne ressurser, nyrekruttering og utlysninger i markedet for å sikre ekspertise der Sykehuspartner HF ikke har kompetanse i stort nok omfang. Anbud på leveranser i regi av programmet forberedes. Bruk av eksisterende avtaler og mulighetsrommet i markedet er basis for utarbeidelsen av anskaffelsesstrategi.

Innretningen av programmet

Utkast til programmandat er utarbeidet med utgangspunkt i programmets oppdrag og Helse Sør-Øst RHF sine retningslinjer. Programmet skal levere en standardisert og modernisert regional IKT-infrastruktur som ivaretar krav til sikker og stabil drift, herunder informasjonssikkerhet og personvern. Moderniseringen skal ha en helhetlig tilnærming til teknologi, prosesser, organisasjon og kompetanse, samt utvikle en framtidsrettet drifts- og leveransemodell.

Det legges opp til at administrerende direktør i Sykehuspartner HF er programeier og leder av programstyret. Programstyrets oppgave er å påse at programmet gjennomføres mest mulig effektivt og i tråd med de rammer og forutsetninger som er lagt til grunn. Til programstyret søkes det å finne medlemmer med ekspertise innen IKT-infrastruktur, digitalisering og sykehusdrift i samsvar med programmets omfang og kompleksitet. Programmets leveranseprosjekter skal følge Helse Sør-Østs prosjektmetodikk og en standardisert gjennomføringsprosess som ivaretar kvalitet, grensesnitt og integrasjoner. Driftssetting foretas kontrollert, i samarbeid med Sykehuspartner HF's linjeorganisasjon og helseforetakene.

Sykehuspartner HF legger stor vekt på involvering og dialog med helseforetakene. Regional koordinering og forankring ivaretas ved at programmet informerer og legger fram saker i direktørmøte, regionalt IKT-ledermøte, bilaterale møter med ledelsen i helseforetakene og med sikkerhetslederne. Et samarbeidsforum planlegges etablert i løpet av september 2018 som arena for forankring, koordinering og forberedelser for at overføring til drift kan gjøres på en sikker og god måte.

Arbeidet med å kartlegge behov for midler til programmet og prosjektene i 2019 er påbegynt som del av budsjettprosessen.

Særskilte forhold

Streng styring av tilganger vektlegges i Sykehuspartner HF's arbeid. Personvern og informasjonssikkerhet skal ivaretas, og lov og forskrifter inkludert ny personvernopplysningslov med personvernforordning som trådte i kraft 20. juli 2018 skal følges.

Standardisering er avgjørende ikke bare for å effektivisere utviklingen og driften av IKT-infrastrukturen, men også for å øke sikkerheten. Driftsmiljøer med kjente sårbarheter skal erstattes med standardiserte løsninger og sikkerhetsmekanismer. Arbeidet som pågår i regi av helseforetakene og prosjektet applikasjonssanering og -konsolidering (ASK) er en viktig forutsetning for å lykkes med standardiseringen. For å nå målet kreves forståelse, prioritering og gjennomføringskraft i programmet og i foretaksgruppen.

Dagens driftssituasjon, skjerpede trussel- og risikovurderinger og tapt tid i perioden hvor det tidligere programmet var «i bero», gjør at det haster å igangsette moderniseringen innen kritiske områder. Oppgraderingen til Windows 10 er en av de kritiske aktivitetene som nå er igangsatt i programmets regi. Sykehuspartner HF har gjort en direkteanskaffelse fra Enterprise Services Norge/DXC for støtte til oppgraderingen. Også de kritiske prosjektene telekommunikasjon og nettverk er startet. Finansiering av tidskritiske prosjekter er behandlet i styret i Sykehuspartner HF og i Helse Sør-Øst RHF.

Styret vil holdes orientert om arbeidet og plan for programmet når dette foreligger.

9. Verdibevarende vedlikehold og internhusleie

I henhold til foretaksmøteprotokoll datert 16. januar 2018 skal de regionale helseforetakene i fellesskap utrede:

- Hvordan det kan legges bedre til rett for verdibevarende vedlikehold av sykehusbygg
- En internhusleieordning innenfor det enkelte helseforetak med sikte på å få en mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring av sykehusbyggene, herunder om dette bør gjøres til en obligatorisk ordning for alle helseforetakene

Arbeidet ledes Helse Vest RHF og gjøres i samarbeid med Sykehusbygg HF. Helse- og omsorgsdepartementet har satt frist for ferdigstilling av rapport til 1. november 2018. Det er etablert en arbeidsgruppe bestående representanter fra regionalt nivå, helseforetaksnivå, tillitsvalgte fra Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF, samt verneombud fra Helse Nord RHF. Styringsgruppen for arbeidet består av administrerende direktør i de regionale helseforetakene.

I Prop 1S (2017-2018) omtales vurderingene fra Kvinnslandsutvalget, herunder at tilstanden på deler av dagens bygningsmasse ikke er tilfredsstillende. Bakgrunnen for arbeidet som nå pågår er at det eksisterer et betydelig vedlikeholdsetterslep for helsebyggene i Norge. Det foretas tilstandsvurderinger av helsebyggene hvert fjerde år. Registrering gjøres i henhold til Norsk Standard (NS 3424), som definerer tilstandsgrad for byggverk eller bygningsdeler/-komponenter. Tilstanden måles i forhold til et gitt referansenivå hvor tilstandsgrad 0 er nybyggstandard og tilstandsgrad 3 tilsier store behov for vedlikeholdstiltak. Resultatet fra siste tilstandsvurdering i 2017 viser en samlet tilstandsgrad for helsebyggene i Norge på 1,45.

Formålet med arbeidet er å utrede hvordan det kan legges bedre til rett for verdibevarende vedlikehold. Hva som menes med verdibevarende vedlikehold vil bli beskrevet og hvilken standard for vedlikehold som anses om tilstrekkelig for å oppnå et verdibevarende vedlikehold. Ulike modeller for å sikre et verdibevarende vedlikehold av helsebyggene og en mer effektiv arealutnyttelse vil bli utredet, herunder en internhusleiemodell innenfor det enkelte helseforetak. Det er innført internhusleie i Helse Bergen HF og for hele Helse Midt-Norge ble det innført internhusleie i 2008. Tidligere i 2018 ble det startet et pilotprosjekt for internhusleie ved Helgelandssykehuset HF. Oslo universitetssykehus HF startet arbeidet med å utrede internhusleieordning tidligere i 2018.

Arbeidsgruppen vil i rapporten gjennomgå erfaringer, fordeler og ulemper ved internhusleiemodellene for de helseforetakene som har innført dette. Arbeidsgruppen skal også vurdere om en internhusleiemodell bør gjøres til en obligatorisk ordning for alle helseforetakene som en modell for å gi en bedre verdibevaring av helsebyggene.

10. Skriftlige spørsmål som omtaler Helse Sør-Øst RHF og/eller underliggende helseforetak besvart av helse- og omsorgsministeren

Siden siste styremøte er følgende skriftlige spørsmål som omtaler Helse Sør-Øst RHF og/eller underliggende helseforetak besvart av Helse- og omsorgsministeren:

Skriftlig spørsmål fra Hadia Tajik (A) til helseministeren

Dokument nr. 15:2184 (2017-2018)

Innlevert: 03.09.2018 - Sendt: 04.09.2018

Til behandling

Spørsmål

Hadia Tajik (A): Kva er det økonomiske omfanget av avtaler mellom helseforetakene og Aleris, og vil helseministeren undersøke om det finnes andre, større, avvik i pris mellom behandling i offentlege sjukehus og behandling ved ein Aleris-klinikk, slik det er dokumentert for augesjukdommen våt AMD?

Begrunnelse

Helse Sør-Øst har avtale med Aleris om behandling av augesjukdommen våt AMD. I Bergens Tidene 29. august 2018 kjem det fram at ein behandling kostar seks gangar meir på ein Aleris-klinikk, enn ved eit offentleg sjukehus.

Aleris har offentlege avtaler med dei fire helseforetakene på klinikkar over heile landet, mellom anna innan ortopedi, radiologi, øyre-nase-halse, augesjukdommar, urologi og generell kirurgi.

Svar

Bent Høie: Svaret er ennå ikke tilgjengelig

Skriftlig spørsmål fra Tuva Moflag (A) til helseministeren

Dokument nr. 15:2173 (2017-2018)

Innlevert: 31.08.2018 - Sendt: 31.08.2018

Til behandling

Spørsmål

Tuva Moflag (A): Vil helseministeren sikre at det blir parallell utbygging av Gaustad og Aker sykehus, slik han har lovet Stortinget?

Begrunnelse

I flere medier meldes det nå at styret i Oslo universitetssykehus (OUS) skal avholde ekstraordinært styremøte førstkommande onsdag (5.9). Det meldes om at OUS tviler på om det er mulig å bygge to store sykehus parallelt og samtidig ha forsvarlig drift på Ullevål, og at OUS anser det som minst risikofylt å utsette utbyggingen av Aker sykehus. Statsråden sa tydelig i Stortinget 25. april i år at utviklingen av det nye akuttsykehuset på Aker skal skje parallelt med utviklingen på Gaustad. Utbyggingen på Aker er kritisk for å sikre befolkningen i Oslo og Akershus et tilstrekkelig lokalsykehusstilbud i årene som kommer.

Svar

Bent Høie: Svaret er ennå ikke tilgjengelig

Skriftlig spørsmål fra Kjersti Toppe (Sp) til helseministeren

Dokument nr. 15:2153 (2017-2018)

Innlevert: 29.08.2018 - Sendt: 30.08.2018

Til behandling**Spørsmål**

Kjersti Toppe (Sp): Vil helseministeren sørge for en gransking av Helse Sør-Øst sin praksis og avtale med Aleris for behandling av øyesykdommen våt AMD, redegjøre for om offentlige helsekroner i hundremillioners-klassen er misbrukt siden behandlingen kunne vært utført for en sjettedel av prisen i det offentlige, og vil helseministeren ut fra dette sørge for at avtalen med Aleris sies opp og at det i fremtiden settes krav til åpenhet om pris når offentlige sykehus kjøper tjenester av private?

Begrunnelse

Viser til oppslag i Bergens Tidende 29. august 2018 der det fremkommer at en behandling for øyesykdommen våt AMD koster 3700 kroner på offentlige sykehus for en injeksjon, mens Aleris har fått seks ganger så mye. Prisene i avtalene har fra første stund vært strengt hemmelige. Bergens Tidende har fått innsyn i prisene, som viser at det private sykehuset siden 2010 har fått 200 millioner offentlige kroner for å sette 8908 sprøyter mot øyesykdommen på vegne av Helse Sør-Øst. I følge Ullevål Sykehus og Sykehuset Innlandet kunne denne jobben vært gjort for rundt 33 millioner kroner i det offentlige. Det vil si at bruken av private tjenestetilbydere har kostet det offentlige vel 160 millioner kroner ekstra. At prisen for injeksjonene helt til nå har vært hemmeligholdt, har etter spørsmålsstillers syn bidratt til at dette har kunne pågått i så mange år uten at noen har reagert på prisnivået. Spørsmålsstiller viser også til at Aleris sin praksis har vært oppsplitting av doser, uten at Helse Sør-Øst sier de var klar over dette. Det betyr at Aleris har blitt overbetalt for den tjenesten de har blitt tilbydd, og at dette har fortsatt i flere år. Det er grunn til å stille spørsmål om hvordan dette i hele tatt kunne skje, det er snakk om misbruk av over 160 millioner offentlige helsekroner, som kunne gått til andre sårt trengte helsetjenester på sykehus. Denne saken er såpass alvorlig at helseminister som eier av helseforetakene, bør reagere. Saken bør få konsekvenser, og det må settes inn tiltak for at liknende ikke kan gjenta seg.

Svar

Bent Høie: Svaret er ennå ikke tilgjengelig

Skriftlig spørsmål fra Audun Lysbakken (SV) til helseministeren

Dokument nr. 15:2141 (2017-2018)

Innlevert: 29.08.2018 - Sendt: 29.08.2018

Til behandling**Spørsmål**

Audun Lysbakken (SV): Helse Sør-Øst oppgir på sine sider at de kjøper eksterne helsetjenester for fire milliarder kroner, har statsråden oversikt over hvor mange av disse tjenestene helseforetaket kunne gjort selv til en billigere penge, basert på enhetskostnadene ved behandling?

Begrunnelse

I Aftenposten 29.08.2018 kommer det fram at privat kjøp av våt ADM-behandling har kostet skattebetalerne store summer som offentlige sykehus kunne gjort mye billigere.

Svar

Bent Høie: Svaret er ennå ikke tilgjengelig

Skriftlig spørsmål fra Kjersti Toppe (Sp) til helseministeren

Dokument nr. 15:2105 (2017-2018)

Innlevert: 24.08.2018 - Sendt: 24.08.2018

Til behandling**Spørsmål**

Kjersti Toppe (Sp): Kan statsråden informere om hvordan regjeringen vil praktisere "mest mulig åpenhet" om legemiddelpriser, noe statsråden har uttalt offentlig, og kan statsråden informere om hvilken legemiddelinnkjøp- og pris det er åpenhet om i dag og hvilket beløp dette dreier seg om, og hvilket beløp det antas som i dag blir omfattet av krav til hemmelighold?

Svar

Bent Høie: Svaret er ennå ikke tilgjengelig

Skriftlig spørsmål fra Kjersti Toppe (Sp) til helseministeren

Dokument nr. 15:2069 (2017-2018)

Innlevert: 17.08.2018 - Sendt: 17.08.2018

Besvart: 24.08.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Vil statsråden ta initiativ til å endre norsk praksis og lovverk slik at offentlige sykehus praktiserer full åpenhet om medisinerpriser og ikke inngår avtaler om medisinkjøp som jusprofessorer mener er lovstridige, der legemiddelfirma blant annet krever å få liste over hvilke personer i helsetjenesten som har fått kjennskap til «hemmelig» informasjon?

Begrunnelse

Legemidler til en årlig innkjøpskostnad på over 20 milliarder kroner kan omfattes av hemmelighold norske myndigheter har åpnet for. Det gjelder blant annet medisin som brukes på sykehusene og som helseforetakene innhenter tilbud for. Men også medisin som pasientene bruker utenfor sykehus, men som er finansiert og som er innhentet tilbud for (H-resept), og legemidler finansiert over folketrygden (blåreseptordningen). Legemiddelfirmaer krever nå omfattende hemmelighold som betingelse for å forhandle om rabatter på svært dyre medisiner. Legemiddelfirma har også krevd at helsemyndighetene utleverer en oversikt over hvem som har fått innsyn i hemmelige prisene. I følge avtaler som Bergens Tidende har fått innsyn i, signerer helsemyndighetene avtaler for å kunne forhandle om rabatter, og avtalene er omfattet av streng taushetsplikt. I følge jusprofessor Jan Fridthjof Bernt kan ikke helseforetakene avtale seg ut av sine lovpålagte forpliktelser til å gi allmennheten innsyn i viktige og konsekvensfylte beslutninger. I følge generalsekretær Elin Floberghagen i Norsk presseforbund er det oppsiktsvekkende og alvorlig at det offentlige inngår denne type avtaler, og hevder at slike avtaler tilsidesetter norsk lov når de lar private aktører diktere hva sykehusene skal gi ut av offentlig informasjon og hva de kan uttale seg om.

Norsk Presseforbund mener at dette gir private aktører kontroll over informasjon og informasjonsdeling i det offentlige som de ikke har krav på, og advarer mot at en slik praksis kan føre til jakt på kilder til lekkasjer. Også Fagforbundet ved nestleder Sissel Merete Skoghaug er sterkt kritiske til og stiller spørsmål ved lovligheten av å utlevere slike lister over ansatte til legemiddelselskap.

Svar

Bent Høie: Bruk av rabattavtaler mellom det offentlige og legemiddelindustrien må håndteres innenfor de rammer som dagens lovverk setter. Dette ble bl.a. drøftet i Prop. 83 L (2015-2016) Endringer i legemiddeloven (refusjonskontrakter og rabatter). Offentleglova, forvaltningsloven og legemiddeloven regulerer i hvilken grad legemiddelpriser kan unntas offentlighet.

Jeg vil understreke at det er de regionale helseforetakene som må vurdere helt konkret hvilke rabatter som kan godtas i spesialisthelsetjenesten. Dette er en del av deres sørge for-ansvar, jf.

spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. De regionale helseforetakene vurderer innenfor de rammer dagens lovverk setter, hvilken informasjon det er aktuelt å unnta fra innsyn.

Det er også de regionale helseforetakene som må vurdere – innenfor lovgivningens rammer – om de skal innføre rutiner knyttet til åpenhet om legemiddelpriser og hva innholdet i slike rutiner eventuelt skal være. De regionale helseforetakene har ansvaret for å etablere gode rutiner for håndtering av konfidensiell prisinformasjon ute i tjenesten.

De regionale helseforetakene har nylig hatt på høring en rapport om Håndtering av enhetspriser for legemidler og prinsipper for rutiner for prisinformasjon. Jeg er kjent med at de regionale helseforetakene vil behandle denne rapporten til høsten.

Skriftlig spørsmål fra Kjersti Toppe (Sp) til helseministeren

Dokument nr. 15:2037 (2017-2018)

Innlevert: 09.08.2018 Sendt: 09.08.2018

Besvart: 21.08.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Vil statsråden informere stortinget om helseforetakenes gjennomgang av nye medisiner etter unntaksordningen som skulle gjennomføres fra 2016, informere generelt om hvordan pålegget fra regjeringen om å sikre likeverdig praktisering er fulgt opp i de regionale helseforetakene og konkret beskrive hva helseministeren og departementet selv har gjort for å følge opp saken, og vil statsråden vurdere å endre kriterier for unntak slik det nå er formulert, for å gjøre ordningen mer rettferdig?

Begrunnelse

Pasienters tilgang til nye medisiner etter unntaksordningen er i dag avhengig av bostedsadresse. Statsråd Høie har svart stortinget i Dokument nr.15.1993(2017-2018) at departementet i august 2018 skal ha et møte med lederen i Beslutningsforum om denne saken med forsikringer om at departementet har bedt helseregionene å legge til rette for en mest mulig likeverdig praktisering av unntaksordningen.

Høsten 2017 svarte statsråden omtrent det samme i svar til Stortinget om samme problemstilling, Dokument nr.15.59(2017-2018). Departementet ga i følge dette svaret i august 2017 helseforetakene et særskilt oppdrag om å igangsette et arbeid for å sikre at unntakene ble gjort kjent og praktisert likt i hele landet, samt bedre dokumentasjon på unntak som ble vurdert i ordningen.

Våren 2016 svarte statsråden også det samme, i svar til Stortinget, Dokument nr. 15.929(2015-2016). I dette svaret viste statsråden igjen til at helseforetakene skulle stille krav til sine helseforetak om at avidentifisert dokumentasjon av alle beslutninger om unntak som gis enkeltpasienter skulle sendes det regionale helseforetaket ved fagdirektøren. Bedre overvåking og dokumentasjon av praksisen og skulle sørge for et bedre grunnlag for å gripe inn dersom det oppsto en tydelig praksisforskjell.

I tre svar siden 2016, har statsråden forsikret Stortinget om at det skulle skje en endring, bedre overvåking og inngripen fra helseforetakene dersom tilgangen til nye medisiner gjennom unntaksordningen ikke ble praktisert likt. Nylig har VG kartlagt en stor geografisk forskjellsbehandling, på tross av at de regionale helseforetakene siden 2016 er pålagt selv å dokumentere dette og gripe inn dersom det ble nødvendig. Det er svært uforståelig at departementet har latt det gå så lang tid, lovt Stortinget forbedringer, men uten at dette er fulgt opp. Spørsmål er om Stortinget kan stole på at det nå faktisk skjer endringer, som hindrer forskjellsbehandling av pasienter etter bostedsadresse. Det trengs forklaring på hvorfor ikke denne forskjellsbehandlingen er oppdaget og offentliggjort av de regionale helseforetakene selv, og hvorfor det ikke er gjort forbedringer. Det er også behov for en ny vurdering av selve kriteriene for å benytte seg av unntaksordningene, om de må endres for å sikre en bedre praktisering lokalt.

Svar

Bent Høie: Jeg viser til mine tidligere svar som det også vises til i begrunnelsen til spørsmålet. Det er de regionale helseforetakene som har ansvar for å forvalte, følge opp og utvikle system for Nye Metoder, og dermed også unntaksordningen.

De regionale helseforetakene har, som jeg har informert om i tidligere svar, tatt grep for å utvikle unntaksordningen over tid. I 2016 stilte de regionale helseforetakene krav til sine helseforetak om at avidentifisert dokumentasjon av alle beslutninger om unntak som gis enkeltpasienter skal sendes det regionale helseforetaket ved fagdirektøren. I 2017 ga jeg som kjent et særskilt oppdrag til de regionale helseforetakene om at de skulle igangsette et arbeid for å sikre at unntakene blir kjent og praktiseres likt i hele landet. Departementet skal ha et møte med lederen av Beslutningsforum i august for å bli informert om dagens praktisering og hva som skal gjøres fremover for å forbedre ordningen.

Unntaksordningen er en unntaksordning som skal sikre pasienter tilgang til behandling i helt spesielle kliniske tilfeller. Ordningen gjelder for legemidler som er under vurdering i Nye metoder og den er myntet på pasienter med alvorlig livstruende sykdom som skiller seg klart fra pasientgruppen for øvrig.

Legemiddelet må fylle et udekket medisinsk behov og all annen relevant tilgjengelig behandling skal være prøvd. De regionale helseforetakene presiserer at regelen om unntak skal praktiseres strengt og tallene fra regionene viser at unntakene er få – nettopp slik ordningen er ment å fungere. Det er også viktig å merke seg at det ikke er gitt at et nytt legemiddel nødvendigvis gir positiv effekt for pasienten eller er bedre enn eksisterende behandling. Ifølge foreløpige tall fra de regionale helseforetakene blir i gjennomsnitt ca. 70 % av unntakene innvilget.

Jeg vil følge med i helseforetakenes videre oppfølging av unntaksordningen. Jeg er kjent med at de regionale helseforetakene skal ha saken oppe til diskusjon i interregionalt fagdirektørmøte i slutten av august, og at helseregionene planlegger en gjennomgang av unntaksordningen i løpet av høsten 2018.

Link til regjeringens side – spørsmål til skriftlig besvarelse:

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/?tab=Answerer&mid=HODH&page=1#list>