

OPPDRAK OG BESTILLING 2014 FOR BETANIEN HOSPITAL

31. januar 2014

Peder Olsen
adm. direktør
Helse Sør-Øst RHF

Terje Danielsen
adm. direktør
Betanien Hospital

Innhold

1. OVERORDNEDE FØRINGER.....	3
2. TILDELING AV MIDLER	5
3. AKTIVITET	6
4. TILGJENGELIGHET OG BRUKERORIENTERING.....	6
5. KVALITET OG PASIENTSIKKERHET	7
6. PERSONELL, UTDANNING OG KOMPETANSE	8
7. FORSKNING OG INNOVASJON	8
8. STYRINGSPARAMETRE 2014.....	9
9. OPPFØLGING OG RAPPORTERING	10
VEDLEGG	12

1. Overordnede føringer

Gjennom oppdrag og bestilling gis Betanien Hospital styringskrav fra Helse Sør-Øst RHF for 2014. Betanien Hospital skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor de rammer og ressurser som blir stilt til rådighet. Helse Sør-Øst RHF stiller ikke eierkrav til Betanien Hospital tilsvarende de krav som stilles til helseforetakene som er eid av det regionale helseforetaket. Overordnede føringer og styringsbudskap gitt Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller gjelder også for Betanien Hospital. Helse Sør-Øst RHF forutsetter at Betanien Hospital setter seg inn i disse dokumentene og grunnlaget for disse.

Styring og kontroll med kvalitet og pasientsikkerhet må ikke stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken. Betanien Hospital skal tilpasse virksomheten til de økonomiske rammebetingelsene som er satt for driften i 2014.

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Helse Sør-Øst RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Betanien Hospital gir tjenester til befolkningen i sitt opptaksområde som en del av dette overordnede ansvaret. Helse Sør-Øst RHF har ansvaret for at forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende ivaretas på en god måte, og at disse oppgavene underbygger god og forsvarlig pasientbehandling. Helse Sør-Øst RHF skal sikre tilstrekkelig kompetanse i alle deler av spesialisthelsetjenesten. Det skal legges vekt på likeverdige helsetjenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper, herunder innvandregrupper. Betanien Hospital skal følge opp disse oppdragene og påse at de legges til grunn for tjenestene i sitt ansvarsområde. Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og at de blir møtt med omsorg og respekt. I dette ligger at det skal brukes kvalifiserte tolker ved behov. Samiske pasienters rett og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas.

Helse Sør-Østs visjon er å skape:

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

For å spisse og tydeliggjøre utfordringer og prioritere innsatsen i helseforetaksgruppen er det vedtatt målformuleringer som en del av *Plan for strategisk utvikling 2013-2020*. Målene uttrykker organisasjonens ambisjoner om tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet:

- Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd.
- Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %.
- Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.
- Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet.
- Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.

Styring og kontroll med kvalitet og pasientsikkerhet er sentralt. Styret og ledelsen i Betanien Hospital har også et ansvar for å følge med på kvalitetsindikatorerne som Helsedirektoratet publiserer og eventuelt iverksette tiltak for å forbedre kvaliteten i tjenestene.

Samhandlingsreformen, Nasjonal helse- og omsorgsplan og Stortingets behandling (Innst. 212 S (2009-2010) og Innst. 422 S (2010-2011)) utgjør et overordnet rammeverk og gir føringer for den

videre utvikling av den samlede helse- og omsorgstjenesten. Gode pasientforløp og flere tjenester nær der pasientene bor er sentrale mål. Betanien Hospital skal bidra til å desentralisere spesialisthelsetjenester der dette er hensiktsmessig, samt bidra til å utvikle og styrke den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Viktige virkemidler er samarbeidsavtalene og spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Omstilling av tjenester som berører kommunene skal synkroniseres slik at de ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Det er en forutsetning at omstillingene gir brukerne et kontinuerlig og like godt eller bedre tjenestetilbud enn tidligere. Det forutsetter et nært samarbeid mellom Helse Sør-Øst RHF, Betanien Hospital og kommunene, samt brukerne og deres organisasjoner.

Følgende nye strategier og handlingsplaner fra Helse- og omsorgsdepartementet skal legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet:

- Sammen - mot kreft, Nasjonal kreftstrategi 2013-2017
- Likeverdige helse- og omsorgstjenester - god helse for alle, Nasjonal strategi om innvanderes helse 2013-2017
- NCD-strategi, For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft 2013-2017

Følgende nye strategier, handlingsplaner og retningslinjer for Helse Sør-Øst skal legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet:

- Regional strategi for pasient og pårørendeopplæring 2013-2016
- Regional strategi for kvalitet og pasientsikkerhet 2014-2016
- Tuberkulosekontrollprogrammet for 2013-2016
- Retningslinjer for etablering, organisering og finansiering av regionale kompetansetjenester i Helse Sør-Øst RHF
- Regional strategi for forskning og innovasjon 2013-2016

Helsedirektoratet har ansvar for kvalitetsindikatorer. Et utvalg av kvalitetsindikatorer er valgt som styringsparametre for departementets oppfølging av de regionale helseforetakene, jf. kap. 8. Styringsparametrene skal gi et mest mulig samlet bilde av kvalitet, pasientsikkerhet og brukerorientering i tjenesten. Helsedirektoratet skal med bakgrunn i alle kvalitetsindikatorer varsle departementet dersom indikatorene gir holdepunkter for kvalitetsbrist eller uønsket variasjon i kvalitet. Departementet vil i oppfølgingsmøtene med de regionale helseforetakene følge opp de valgte styringsparametrene og andre kvalitetsindikatorer ved behov. Betanien Hospital skal følge opp alle kvalitetsindikatorer som er aktuelle for sin virksomhet, rapportere disse i henhold til kvalitetskrav og frister som er pålagt og aktivt bruke egne resultater i arbeidet med å forbedre kvaliteten i helsetjenesten.

I 2013 har konsernrevisjonen Helse Sør-Øst gjennomført oppfølgingsrevisjon vedrørende pasientadministrativt arbeid ved flere helseforetak. Det forutsettes at rapporten fra denne er kjent og følges opp av alle helseforetak og private ideelle sykehus for å sikre at tiltaksarbeidet skaper varig forbedring i henhold til vedtak i styret for Helse Sør-Øst RHF i sak 080-2013 *Oppsummeringsrapport fra oppfølgingsrevisjoner i fem helseforetak vedrørende pasientadministrativt arbeid*. Helse Sør-Øst RHF vil ha dette som tema i sine oppfølgingsmøter med sykehuset.

Det må påregnes at det i løpet av 2014 vil komme supplerende eller nye styringsbudskap. Disse vil bli gitt Betanien Hospital i form av egne brev, men vil ikke medføre at dette dokumentet blir

revidert. Det er likevel viktig at disse styringsbudskapene integreres i styrings- og rapporteringssystemene.

2. Tildeling av midler

Betanien Hospital skal benytte midlene som stilles til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode.

Helse Sør-Øst RHF stiller følgende økonomiske midler til disposisjon for Betanien Hospital i 2014, beløp i 1000 kroner:

Betanien Hospital AS 2014	
Basisramme	57 118
Statlige tilskudd	46
ISF- refusjoner	93 796
I alt	150 959

Det vises til detaljert vederlagstabell i vedlegget.

I tillegg til disse inntekter kommer gjestepasientinntekter, polikliniske refusjonsinntekter, samt øvrige foretaksspesifikke inntekter, herunder pasientbetaling og eventuelle tilskudd til definerte formål fra Helse Sør-Øst RHF, statlige etater og andre.

Betanien Hospital skal benytte midlene som stilles til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode.

Innsatsstyrt finansiering

ISF- refusjonsandelen er økt fra 40 til 50 % fra 2014.

Innsatsstyrt finansiering er en forenkling av en kompleks klinisk virkelighet og er ikke egnet til finansiering av de enkelte avdelingene i sykehusene. Det er viktig at finansieringen ikke er til hinder for god organisering av tilbudet på den enkelte avdeling eller mellom avdelinger. Den medisinske kodingen dokumenterer helsehjelpen pasienten mottar. Kodingen må være faglig korrekt og skal ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering.

Raskere tilbake

Ordningen med ”Raskere tilbake” videreføres i 2014. Det øremerkede tilskuddet til ”Raskere tilbake” er ikke omfattet av vederlagstabellen over. Dette tilskuddet skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen. Tilskuddets størrelse vil bli avklart senere. Aktivitet som genereres i medhold av denne ordningen er ikke omfattet av aktivitetsbestillingen i tabellen over, men kommer i tillegg.

Utbetaling

Utbetalingene til sykehuset skjer innen den 7. arbeidsdag i hver måned. Månedlig overføring utgjør normalt 1/12 av samlet likviditetsoverføring. Enkelte tilskudd mv vil bli utbetalt i sin helhet når disse er utbetalt til Helse Sør-Øst RHF.

Etikk og miljø

Spesialisthelsetjenesten setter et ”miljøfotspor” ved påvirkning på det ytre miljøet gjennom forbruk av vann og energi, innkjøp av legemidler og produkter og gjennom behandling av avfall. Dette gjelder også når bygg rehabiliteres og når det bygges nytt. Transport av medarbeidere, pasienter, pårørende og leverandører belaster også miljøet. For å redusere dette ”miljøfotspor” skal sykehuset bidra til at helse regionen kommer i forkant av miljøutfordringer og er pådriver for miljøvennlige sykehus. Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i desember 2013 sak 098-2013 *Det nasjonale miljø- og klimaprojektet - rapport fra delprosjekt "bygg og miljø"*. Det forutsettes at Betanien Hospital setter seg inn i saken og rapporten som ligger til grunn for denne.

Betanien Hospital skal i 2014 ha:

- utført årlig klimaregnskap for å vise sine CO₂-utslipp på skjema utviklet av Difi og Helse Sør-Østs regionale faggruppe for miljø.
- innført miljøledelse etter ISO 14001-standard og er blitt sertifisert av Det norske Veritas innen 31.12.14.

3. Aktivitet

Helse Sør-Øst RHF forutsetter følgende aktivitet ved Betanien Hospital i 2014:

Betanien Hospital	Somatikk	VOP	BUP	TSB
Totalt ant DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk og biol. legem.) i henhold til "Sørge for"-ansvaret	4 601			
Pasientbehandling				
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	2 338	0	0	0
Antall liggedøgn døgnbehandling	10 573	0	0	0
Antall dagbehandlinger	5 357	0	0	0
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	17 808	0	0	0

Det vises til detaljert aktivitetstabell i vedlegget.

Mål 2014:

- Budsjettert aktivitet er i tråd med bestillingen.

4. Tilgjengelighet og brukerorientering

Langsiktige mål:

- Reduserte ventetider.
- Gode og effektive pasientforløp.
- Pasienter og brukere opplever god kvalitet og service.
- Pasienter og brukere medvirker aktivt i utformingen av eget behandlingstilbud.
- Pasienters og brukeres erfaringer brukes aktivt i utforming av tjenestetilbudet.

Mål 2014:

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.
- Ingen fristbrudd.
- Alle ventetider på frittsykehusvalg.no er oppdatert månedlig.
- 80 % av kreftpasienter har startet behandling innen 20 dager fra mottatt henvisning.

- Det er gjennomført pasienterfaringsundersøkelser på behandlingshetsnivå, resultatene er offentliggjort på sykehusenes nettsider og aktivt fulgt opp i tjenesten.
- Det er etablert flere standardiserte forløp i henhold til nasjonale retningslinjer.
- Sykehuset skal ha konkrete og gjennomførbare planer for å redusere ventetiden og unngå fristbrudd.

5. Kvalitet og pasientsikkerhet

Langsiktige mål:

- Bedre behandlingstilbud, økt overlevelse og mindre variasjon i resultat mellom sykehusene.
- Sykehusene har implementert sentrale anbefalinger i relevante nasjonale faglige retningslinjer.
- Andel forebyggbare pasientskader er redusert med 50 prosent innen fem år, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012.

Pasientsikkerhetskampanjen

Mål 2014

- Pasientsikkerhetskampanjens tiltakspakker inngår som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i ledelseslinjen.

Rapportering til Helsedirektoratet

Mål 2014

- Kvalitetsindikatorer og ventetider som rapporteres til Helsedirektoratet, inkludert til fritt sykehusvalg, er rapportert på sykehusnivå, og benyttes til regelmessig evaluering av klinisk praksis, systematisk forbedringsarbeid og forskning.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre

Mål 2014

- Medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status har:
 - nasjonal dekningsgrad
 - omfatter pasientrapporterte effektmål
 - benyttes til regelmessig evaluering av klinisk praksis, systematisk forbedringsarbeid og forskning.

Nye metoder i spesialisthelsetjenesten

Mål 2014

- Det er etablert en enhetlig og kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.
- Oslo universitetssykehus er etablert som regionalt kompetansesenter for metodevurdering.

”Øyeblikkelig hjelp”-døgntilbud i kommunene

Mål 2014

- Sykehuset samarbeider med kommunene for å unngå uønskede reinnleggelser.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Mål 2014

- Det er etablert systemer ved somatiske avdelinger for å fange opp pasienter med underliggende rusproblemer.

Pasientadministrative rutiner

Mål 2014

- Sykehuset har stor oppmerksomhet på betydningen av gode pasientadministrative rutiner som bidrag til trygghet og sikkerhet i pasientbehandlingen og forløpet.

6. Personell, utdanning og kompetanse

Langsiktige mål

- Tilstrekkelig kvalifisert kompetanse og bedre utnyttelse av de samlede personellressursene.
- Utdanningsoppgaver er godt ivaretatt.

Mål 2014

- Gjennomføre analyser og utarbeide planer for håndtering av behov for personell. Særlig innsats må rettes mot behovet for spesialisert kompetanse for å sikre gode tjenestetilbud.
- Tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister.

7. Forskning og innovasjon

Forskning

Langsiktige mål:

- Betanien Hospital skal forsterke aktivitetene innen pasientnær klinisk forskning og translasjonsforskning som bidrar til implementering i klinisk praksis.
- Betanien Hospital skal frembringe ny kunnskap som danner grunnlag for forebygging, diagnostikk, behandling, habilitering og rehabilitering, opplæring og mestring samt innovasjon og næringsutvikling.

Mål 2014:

- Betanien Hospital skal øke omfanget av klinisk pasientrettet forskning og helsetjenesteforskning av høy relevans og kvalitet, herunder kartlegging og oppfølging av kunnskapssvake områder.
- Betanien Hospital skal øke omfanget av nasjonalt og internasjonalt forsknings- og innovasjonssamarbeid, iverksatt tiltak for større grad av brukermedvirkning i forskning.
- Oslo universitetssykehus skal ivareta regionale forskningsstøttefunksjoner som er finansiert av regionale strategiske forskningsmidler.
- Betanien Hospital skal legge til rette for deltakelse i - og gjennomføring av kliniske intervensjonsstudier, inkludert multisenterstudier.
- Betanien Hospital skal legge til rette for samhandlingsforskning i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets føringer, også innenfor egne budsjettammer.

Innovasjon

Langsiktige mål:

- Betanien Hospital skal øke omfanget av forskningsbasert og behovsdrivet innovasjon i sykehusene.
 - Betanien Hospital skal øke innovasjonseffekten gjennom bruk av offentlige innkjøp, forkommersielle avtaler og prosjekter med leverandørindustrien.

Mål 2014:

- Betanien Hospital skal initiere eller delta i forskningsbaserte eller brukerdrevne innovasjonsprosjekter, og det er et konkret mål at aktiviteten økes på dette området.
- Betanien Hospital skal ved behov delta i større innovasjonsprosjekter som bidrar til bedre pasientforbehandling og samhandling.

8. Styringsparametre 2014

Styringsparametrene er valgt for å gi et mest mulig samlet bilde av kvalitet, pasientsikkerhet og brukerorientering i tjenesten. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp styringsparametrene i sin dialog med Betanien Hospital. Styret og ledelsen i Betanien Hospital har et ansvar for å følge med på kvalitetsindikatorerne som Helsedirektoratet publiserer og eventuelt iverksette tiltak for å forbedre kvaliteten i tjenestene.

For å gi et helhetlig bilde av hva som legges til grunn for rapporteringene er listen over styringsparametre, i likhet med definisjonskatalogen, en fullstendig oversikt. Dette innebærer at den ikke bare inneholder styringsparametre som er tilpasset tjenestetilbudet i Betanien Hospital. Det skal ikke rapporteres på styringsparametre som ikke er relevante for Betanien Hospital.

Styringsparametre 2014

Styringsparametre	Mål	Datakilde	Rapporteringsfrekvens	Nasjonal kvalitetsindikator
<i>Tilgjengelighet og brukerorientering</i>				
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Under 65 dager	Helsedirektoratet	Månedlig	Nei
Andel fristbrudd for rettighetspasienter	0 %	Helsedirektoratet	Månedlig	Nei
Andel pasienter med tykktarmkreft som får behandling innen 20 virkedager	80 %	Helsedirektoratet	Tertialvis	Ja
Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager	80 %	Helsedirektoratet	Tertialvis	Ja
Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager	80 %	Helsedirektoratet	Tertialvis	Ja
Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Årlig	Ja

Styringsparametre	Mål	Datakilde	Rapporteringsfrekvens	Nasjonal kvalitetsindikator
Kvalitet og pasientsikkerhet				
30 dagers totaloverlevelse		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Årlig	Ja
Sykehusinfeksjoner		Folkehelseinstituttet	2 ganger årlig	Ja
Andel tvangsinnleggelser (antall per 1000 innbyggere i helseregionen)	Redusert med 5 % sammenlignet med i fjor	Helsedirektoratet	Årlig	Ja
Andel reinnleggelser innen 30 dager av eldre pasienter		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Årlig	Ja
Andel pasienter 18-80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse	20 %	Helsedirektoratet	Tertialvis	Ja
Antall beslutninger i samarbeid mellom de regionale helseforetakene om å innføre eller ikke innføre en ny metode, jf. nasjonale metodevurderinger i system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten		Regionale helseforetak	Årlig	Nei
Antall gjennomførte mini metodevurderinger som er sendt til Kunnskapssenterets database		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Årlig	Nei
Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus		Helsedirektoratet (SSB)	Årlig	Nei
Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Årlig	Nei
Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Årlig	Nei

Øvrig rapportering

Øvrige rapportering i forhold til aktivitet og økonomi fremgår av ”rapporteringspakken” som sendes ut fra Helse Sør-Øst RHF, avdeling for regnskap og rapportering.

Uansett rapporteringsmetode har sykehuset ansvar for å vurdere resultatet i forhold til målet og kommentere avvik og tiltak i kommentardelen av rapporteringspakken.

9. Oppfølging og rapportering

Helse Sør-Øst RHF utarbeider hvert år en egen ”rapporteringspakke” med oversikt over de krav som stilles til løpende rapportering fra helseforetak og sykehus. Definisjonskatalogen for

rapporteringspakken omfatter også styringsparametre og nasjonale kvalitetsindikatorer innen medisin og helsefag. Definisjonskatalogen er tatt inn som vedlegg til oppdrag og bestilling.

Den løpende rapporteringen ut fra rapporteringspakken skal gi Helse Sør-Øst RHF informasjon om måloppnåelse på de oppgaver og styringsparametre som er gitt for året. Betanien Hospital har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametre meldes Helse Sør-Øst RHF når slike avvik blir kjent.

I henhold til helseforetakslovens § 34 skal styret for det regionale helseforetaket hvert år sende melding til departementet om foretaket og foretakets virksomhet. I helseforetakenes vedtekter er det lagt til grunn at helseforetakene i Helse Sør-Øst skal levere årlig melding til Helse Sør-Øst RHF. I årlig melding skal det rapporteres på hvordan Betanien Hospital har fulgt opp Mål 2014 og Styringsparametre 2014. Det skal ikke rapporteres på langsiktige mål. Frist for innsendelse av styrets årlige melding er **1. mars 2015**.

Helse Sør-Øst RHF vil utarbeide egen mal for årlig melding.

Det er et krav at årlig melding fra Helse Sør-Øst RHF også skal omfatte de underliggende helseforetak. Praksisen i Helse Sør-Øst har også vært at de private ideelle sykehusene omtales i det regionale helseforetakets årlig melding. For å få til dette uten å gi kortere frist for innsending av årlig melding, er det innført en praksis med å avgi egen rapport for oppfølging av oppgavene helseforetaket er pålagt. Frist for tilbakemelding på alle relevante opplysninger som skal inngå i årlig melding for Helse Sør-Øst RHF settes til **20. januar 2015**.

Oppsett for rapporteringen til det regionale helseforetakets årlige melding sendes ut så snart det er praktisk mulig etter at oppdrag og bestilling er utarbeidet. Oppsettet tar utgangspunkt i oppdrag og bestilling som ikke vil bli revidert etter at det er gjort gjeldende for Betanien Hospital i februar 2014, og må suppleres med styringsbudskap gitt i egne brev i løpet av året. Oppsettet for denne rapporteringen vil tilsvare oppsettet for den årlige meldingens rapporteringskapittel slik at det i etterkant kan settes direkte inn i den årlige meldingen som skal godkjennes av styret.

Rapporteringen med frist 20. januar og årlig melding som skal leveres inne 1. mars skal oversendes elektronisk til postmottak@helse-sorost.no.

Det forutsettes brukermedvirkning i utarbeidelsen av årlig melding. Dette skal komme tydelig frem i meldingen gjennom en beskrivelse av hvordan brukermedvirkningen er ivaretatt og at eventuelle synspunkter brukerrepresentantene ønsker å gi tas inn i meldingen på hensiktsmessig måte.

Vedlegg

Vedlegg 1:

Definisjonskatalog - Styringsparametre og nasjonale kvalitetsindikatorer medisin og helsefag.

Foreligger i februar.

Vedlegg 2: Detaljert vederlagstabell.

BETANIEN HOSPITAL AS	2014
Basisramme 2012	73 036
Insentivmidler praksisplasser, omfordeling	-21
0,25% til regionale prioriteringer	-215
Omfordeling av midlertidige tildelinger 2013	366
Basisramme 2014 før statsbudsjettet	73 166
<i>Pris- og lønnsvekst</i>	2 268
Redusert basis sfa 50% ISF	-18 759
Nedtrekk sfa nasjonal inntektsmodell	-107
Midler til økt aktivitet	505
Økte egenandeler, korrigert for manglende priskompensasjon	33
Økt refusjon overnatting pasienthotell	12
Basisramme 2014	57 118
Forskning, fra RHF	0
Forskning, tilskudd post 78	0
Sum forskning	0
Tilskudd til tumustjeneste	46
Sum faste inntekter	57 164
ISF- refusjoner	93 796
Sum inntekter	150 959

Vedlegg 3: Detaljert aktivitetstabell.

Betanien Hospital

SOMATIKK

Antall pasientbehandlinger

TOTAL AKTIVITET	B2014
Antall utskrivinger døgntilrettelagt (Total)	2 338
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (Total)	10 573
Antall oppholdsdager dagbehandling (Total)	5 357
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner (Total)	17 808

Fordeling av antall DRG-poeng

DØGNBEHANDLING	B2014
Fordeling av antall DRG-poeng	
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Døgntilrettelagt)	2 315
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Døgntilrettelagt)	0
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Døgntilrettelagt)	0
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Døgntilrettelagt)	0
Sum DRG-poeng (Døgntilrettelagt)	2 315
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region (Døgntilrettelagt)	1 682
Andel DRG-poeng (Døgntilrettelagt) i % av totalen	50,3 %

DAGBEHANDLING	B2014
Fordeling av antall DRG-poeng	
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Dagbehandling)	1 000
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Dagbehandling)	0
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Dagbehandling)	0
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Dagbehandling)	0
Sum DRG-poeng (Dagbehandling)	1 000
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region (Dagbehandling)	108
Andel DRG-poeng (Dagbehandling) i % av totalen	21,7 %
Sum DRG-poeng (Døgntilrettelagt og dagbehandling) for pasienter bosatt i egen region (iht. "sørge for"-ansvaret)	3 315
Sum DRG-poeng (Døgntilrettelagt og dagbehandling) for pasienter bosatt i egen og andre regioner	3 315

POLIKLINISK VIRKSOMHET	B2014
Fordeling av antall DRG-poeng (Poliklinisk virksomhet)	
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Poliklinisk virksomhet)	1 286
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Poliklinisk virksomhet)	0
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Poliklinisk virksomhet)	0
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Poliklinisk virksomhet)	0
Sum DRG-poeng (Poliklinisk virksomhet)	1 286
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region (Poliklinisk virksomhet)	117
Andel DRG-poeng (Poliklinisk virksomhet) i % av totalen	28,0 %
Sum DRG-poeng (Poliklinisk virksomhet) for pasienter bosatt i egen region (iht. "sørge for"-ansvaret)	1 286
Sum DRG-poeng (Poliklinisk virksomhet) for pasienter bosatt i egen og andre regioner	1 286

DYRE BIOLOGISKE LEGEMIDLER UTENFOR SYKEHUS	B2014
Fordeling av DRG-poeng knyttet til dyre biologiske legemidler utenfor sykehus	
Sum DRG-poeng dyre biologiske legemidler for pasienter bosatt i eget opptaksområde, uavhengig av hvem som har utstedt resept (iht. "sørge for"-ansvaret)	0

TOTALT ANTALL DRG-POENG	B2014
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. "Sørge for"-ansvaret (Pasienter bosatt i egen region)	4 601
Herav DRG-poeng kommunal medfinansiering - pasienter bosatt i egen region	1 907
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. "Sørge for"-ansvaret for aktivitet utført i eget helseforetak	4 601
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) (pasienter bosatt i egen og andre regioner)	4 601
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) for aktivitet utført i eget helseforetak	4 601
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk og dyre biologiske legemidler) iht. "Sørge for"-ansvaret (pasienter bosatt i egen region/opptaksområde)	4 601
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk for pasienter bosatt i egen og andre regioner og biologiske legemidler for pasienter bosatt i eget opptaksområde)	4 601