

# HELSE MIDT-NORGE RHF

## STYRET

Sak 52/13 Helse Midt-Norge Langtidsplan og budsjett 2014-2019

**Saksbehandler** Mats Troøyen  
**Ansvarlig direktør** Reidun Martine Rømo  
**Saksmappe** 12/561  
**Dato for styremøte** 21. juni 2013

---

### Forslag til vedtak:

1. Styret legger til grunn at Helse Midt-Norge skal ha en bærekraftig drift i alle foretak og en innretning av virksomheten som oppfyller målsettingene i Strategi 2020. Dette er Helse Midt-Norges fellesprosjekt.
2. Styret viser til tidligere vedtak i sak 17/13 *Langtidsplan og budsjett 2014-2019 - prinsipper og forutsetninger*, og understreker behovet for årlig forbedringsarbeid med fokus på omstilling, innovasjon i interne arbeidsprosesser og reduksjon av kostnader.
3. Styret forutsetter at arbeidet med strategimodell for Helse Midt-Norge blir fulgt opp i samarbeid med helseforetakene slik at regionens strategiske mål nås og at dette gir et omforent grunnlag for neste års Langtidsplan og -budsjett for foretaksgruppen.
4. Styret vedtar følgende prioritet til framtidige investeringer i nybygg:
  1. Nytt sykehus i Møre og Romsdal
  2. Psykisk helsevern St. Olavs Hospital

Styret ber administrasjonen komme tilbake til styret med en egen sak knyttet til nye finansieringsmuligheter.

5. Foreløpig inntektsfordeling for 2014 skal legges til grunn for foretakenes arbeid med budsjett 2014. Dette vil gi foretakene et godt grunnlag for tidlig planlegging av nødvendige forbedringstiltak for å nå resultatkrav neste år. Årsresultat og investeringer samlet må ligge på et nivå som styrker foretaksgruppens egenkapital.

Stjørdal, 14.06.13

Daniel Haga  
Administrerende direktør

## SAKSUTREDNING: Langtidsplan og -budsjett 2014-2019

### Utrykte vedlegg

Sak 17/13      Langtidsplan og -budsjett 2014-2019 - Prinsipper og forutsetninger

Styrebehandling HF:

Helse Møre og Romsdal:      Sak 2013/25 Langtidsbudsjett Helse Møre og Romsdal 2014-2019

St. Olavs Hospital:      Sak 19/13 Langtidsplan og budsjett 2014-2019, prinsipper og forutsetninger – Tilbakemelding til Helse Midt-Norge RHF

Helse Nord-Trøndelag:      Sak 22/2013 Langtidsplan og langtidsbudsjett 2014-2019

Sykehusapotekene i Midt-Norge:      Sak 20/13 Langtidsplan og –budsjett for Helse Midt-Norge 2014-2019 – prinsipper og forutsetninger

## SENTRALE BEGREPER OG DEFINISJONER

I dette dokumentet er det spesielt fire begreper som blir brukt gjentatte ganger og i flere sammenhenger: Omstilling, kostnadsnivå, effektivisering og økonomisk bærekraft.

Med omstilling menes endringer i måten sykehusene drives på i form av endret oppholdstype ved diagnostikk, behandling og/eller rehabilitering, endret medisinsk praksis eller organisatoriske endringer. Omstilling *kan* innebære at det reduseres på ett fagområde, mens det bygges ut på et annet, som følge av endringer i behov.

Med kostnadsnivå menes kostnad per aktivitet. Et mye brukt eksempel på dette er kostnad per DRG-poeng. Kostnadsnivå kan brukes *spesifikt* som i eksemplet fra somatisk behandling, men det kan også brukes på et mer overordnet nivå hvor utviklingen i kostnader sammenliknes med utviklingen i aktivitet samlet sett.

Med effektivisering menes at kostnadsnivået blir redusert, noe som innebærer enten at 1) hvis aktiviteten har økt, så har kostnadene økt mindre eller 2) at dersom aktiviteten er uendret, er kostnadene faktisk redusert. Effektivisering kan være et resultat av flere forhold. For det første kan produktiviteten ha økt, det vil si at aktivitet per månedsverk har gått opp. Dernest kan det skyldes at prisene på ressursinnsatsen er redusert (lønnsnivå, priser på legemidler eller priser på andre innsatsfaktorer). For det tredje kan det skyldes en endret sammensetning av innsatsfaktorer som i sum gir lavere kostnader (f eks endret sammensetning av legemidler eller endret personellsammensetning). I praksis er det grunn til å tro at det primært er økt produktivitet eller endret sammensetning av innsatsfaktorer som bidrar til effektivisering. Det er samtidig viktig å huske på at et fravær av effektivisering kan skyldes de samme faktorene, men da med ”motsatt fortegn”.

Av disse definisjonene følger det at omstilling *kan* innebære at kostnadsnivået reduseres og at det således skjer en effektivisering, men det *kan* også skje omstilling uten at det skjer en effektivisering.

Bærekraftig drift betyr i denne sammenheng at virksomheten er i stand til planmessig å reinvestere i utstyr og vedlikeholde bygningsmasse slik at realkapitalen ikke forringes. I denne sammenheng omfatter også begrepet opptrapping innenfor forskning og rusbehandling i tråd med vedtatte strategier.

Samhandlingsreformen har elementer i seg som krever omstilling og samtidig effektivisering, men den har også elementer i seg som krever omstilling uten at det nødvendigvis skjer en effektivisering. Det samme gjelder tiltak i strategi 2020 og strukturtiltak generelt.

## **GJELDENE FORUTSETNINGER**

Styret i Helse Midt-Norge behandlet i sak 17/13 prinsipper og forutsetninger som er lagt til grunn for langtidsplan og budsjett 2014-2019. Styret fattet følgende vedtak i saken:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at årsresultat og investeringer samlet må ligge på et nivå som styrker foretaksgruppens egenkapital og som tilfredsstillter eiers krav til reduksjon av driftskreditt.
2. Styret viser til vedtak i sak 04/13 som legger til grunn at de strategiske grepene skal være førende for prioriteringene i langtidsplan/langtidsbudsjett.
3. Styret fastholder at bygging av nytt sykehus i Møre og Romsdal har første prioritet og at det i langtidsperioden skal reserveres midler til nødvendig egenfinansiering. Samtidig skal foretaksgruppens totale bygningsmasse utvikles og vedlikeholdes. Regionen starter arbeidet med å ta igjen opparbeidet etterslep for vedlikehold av bygninger i langtidsperioden.
4. Styret har ambisiøse mål for virksomheten og vektlegger behovet for langsiktighet og en bærekraftig økonomi. For å møte befolkningens behov legger styret i langtidsperioden vekt på tilstrekkelige investeringer i IKT og medisinsk teknisk utstyr. Satsingen på kompetansebygging, forskning, utvikling og innovasjon videreføres.
5. Styret understreker behovet for at det årlige forbedringsarbeidet fortsetter i langtidsperioden, med fokus på effektivisering, innovasjon i interne arbeidsprosesser og reduksjon av kostnader. Samlet effekt av dette må være på nivå med tidligere vedtak for å skape rom for de nødvendige investeringer og satsingsområder.

Helseforetakenes egen styrebehandling av de føringer som ble vedtatt i sak 17/13 og innspill til endelig vedtak for langtidsperioden ligger som utrykte vedlegg til saken.

### **Saken er videre bygd opp som følger:**

1. Innledning
2. Retning og grunnlag for langtidsperioden – strategiske grep
3. Forutsetninger for langtidsbudsjett 2014-2019
4. Prioritering av store bygningsmessige investeringer
5. Planlagte investeringer
6. Handlingsrom i langtidsperioden
7. Risikovurdering
8. Foreløpig inntekts- og aktivitetsfordeling 2014
9. Innspill fra helseforetakene
10. Administrerende direktørs vurdering

## 1. Innledning

Helse Midt-Norge (HMN) har i 2013 et budsjett på 18 mrd i samlede inntekter. Samtidig er det forventet en vekst i spesialisthelsetjenesten også i årene fremover. Helse Midt-Norges forvaltning av samlet ramme er viktig for hvordan utviklingen av spesialisthelsetjenesten skal skje og hvordan utfordringer skal løses.

Strategi 2020 er regionens felles verktøy for utvikling av tjenestetilbudet for befolkningen i helse Midt-Norge. Styret vedtok tidlig i 2013 at strategiens etablerte hovedutfordringer og strategiske målsettinger skal ligge fast. I tillegg vedtok styret en strategimodell som har til hensikt å strukturere de ulike mål- og tiltaksnivåene i strategien og sikre konsistens mellom styringsbudskap fra vår eier, Strategi 2020 og øvrige regionale strategiske grep før endelig vedtak fattes.

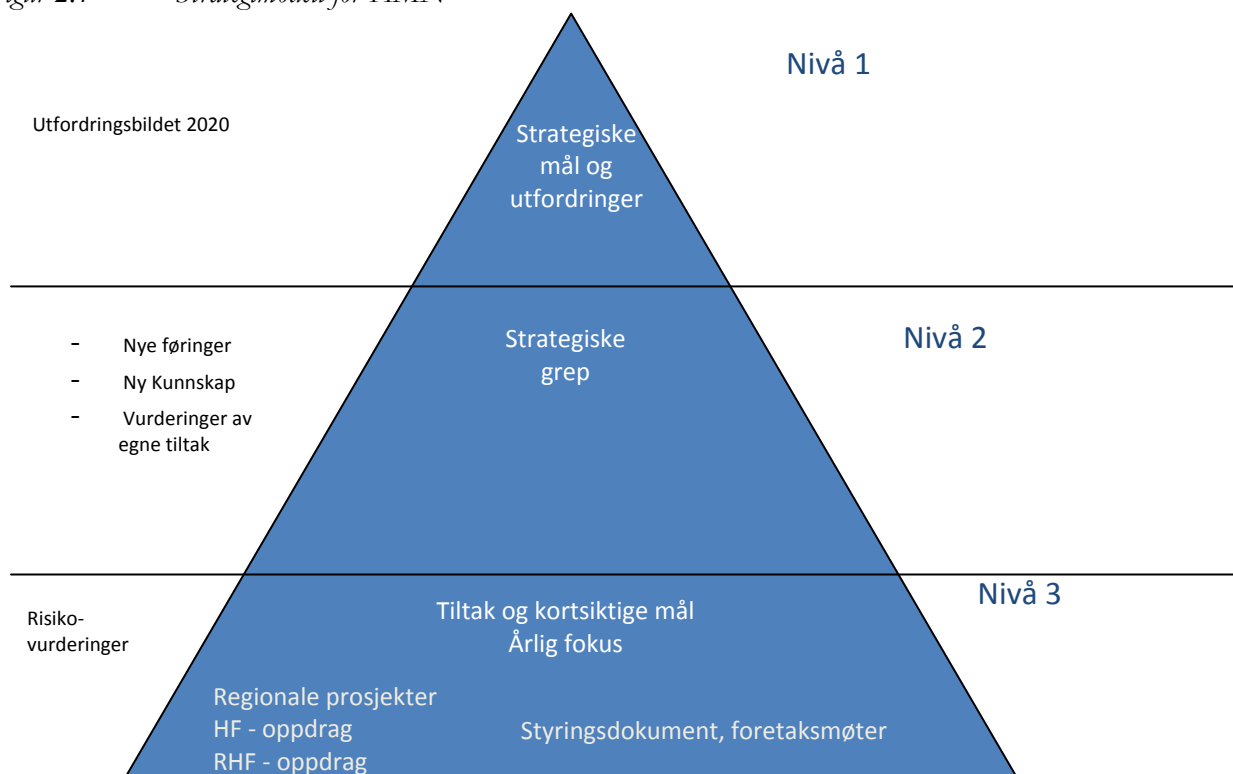
Langtidsplan for 2014-2019 bygger på to grunnleggende prinsipper, bærekraft og langsiktighet. I dette ligger både det å utvikle tjenester som dekker befolkningens behov og å investere målrettet i IKT og MTU samt vedlikeholde bygningsmassen. Samtidig skal det bygges kompetanse og videreføres satsing på forskning, innovasjon og faglig utvikling. Løpende forbedringsarbeid skal gi bedre bruk av ressursene, reduserte driftskostnader og handlingsrom for investeringer og satsingsområder.

## 2. Retning og grunnlag for langtidsperioden – strategiske grep

Styret for Helse Midt-Norge har vedtatt to saker knyttet til rullering av Strategi 2020. Den siste saken ble vedtatt i april. Det betyr at rullert strategi ikke har blitt operasjonalisert på et slikt nivå at effekter kan beskrives i dette langtidsbudsjettet.

I sak 04/13; ”Rullering av Strategi 2020” vedtok styret følgende strategimodell som vist i figuren under.

Figur 2.1 Strategimodell for HMN



I sak 29/13 vedtok styret følgende strategiske grep:

- a) Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester
- b) Standardisere
- c) Ta i bruk pasientenes egne ressurser
- d) Sikre bærekraftige fagmiljø både regionalt og lokalt
- e) Vri ressursbruk fra drift til investering, forskning og utvikling

Begge sakene beskriver hvordan strategiarbeidet skal integreres i foretaksgruppens årshjulsprosess med styresak i desember. Styresaken vil inneholde eventuelle anbefalinger til justeringer av de strategiske grepene (nivå 2), samt vurdering av behov for nye tiltak og kortsiktige mål (nivå 3). Eventuelle justeringer skal basere seg på en vurdering av om igangsatte og gjennomførte tiltak sikrer måloppnåelse, samt en vurdering av nasjonale føringer og ny kunnskap. Styresaken vil være et viktig grunnlag for det påfølgende arbeidet med styringsdokument, foretaksprotokoll, samt langtidsbudsjett og langtidsplan og avtaler med private.

I styresak 29/13 vedtok styret videre at ”foretakene skal konkretisere og operasjonalisere de strategiske grepene ut fra egen status og utviklingsbehov.” Dette vedtaket vil bli fulgt opp med et brev til foretakene som også vil påpeke dette ansvaret og at dette skjer tilpasset den beskrevne årshjulprosessen.

Videre vil RHF basert på de to styresakene følge opp ved å:

- Gjennomgå styrings- og rapporteringssystemene for å sikre relevante indikatorer for de ulike strategiske grepene
- Gjennomgå felles prosjekter og tiltak for å sikre at mandatene om mulig følger opp de strategiske grepene
- Gjennomgå mandatet til regionale nettverkene for å sikre oppfølging av de strategiske grep
- Gjennomgå regionale strategier og handlingsplaner for å sikre oppfølging av de strategiske grep

### **3. Forutsetninger for langtidsbudsjett 2014-2019**

#### *Foreløpig inntektsfordeling*

Forutsigbarhet er et sentralt element for å kunne jobbe langsiktig med omstillingsarbeid. For å knytte langtidsplanen tettere sammen med det årlige budsjettarbeidet inneholder langtidsbudsjett 2014-2019 en foreløpig inntektsfordeling mellom helseforetakene for 2014. Dette skal gi grunnlag for tidlig dialog og avklaring av utfordringsbildet ved det enkelte helseforetak. Foreløpig inntektsfordeling 2014 er basert på bevilgning for 2013, vedtatte forutsetninger for langtidsperioden og tilgjengelige data for forbruk og pasientstrømmer.

#### *Vekst*

I perioden 2002-2010 var veksten i somatisk aktivitet målt ved DRG-poeng 13 %, og mer enn det dobbelte av veksten i befolkning i regionen. Fremskrevet vekst i befolkning i perioden 2014-2019 er på 5,5 % i HMN. Dette gir en årlig vekst i befolkningen på 1,1 % for regionen. I langtidsperioden 2014-2019 vil samhandlingsreformen bidra til å dempe veksten for spesialisthelsetjenesten. HMN forventer en årlig vekst i aktiviteten på 1,5 %. I forrige langtidsbudsjett ble det lagt til grunn en årlig vekst i aktiviteten på 1,4 %.

### *Marginalkostnad*

Årlig vekst i inntekter utgjør 80 % av forventet aktivitetsvekst basert på HOD's forutsetning om 80 % marginalkostnad på økning i aktivitet. I tråd med forrige langtidsbudsjett er det lagt til grunn en marginalkostnad på økt aktivitet på 72 %.

### *Effektivisering*

Forutsatt årlig vekst i aktivitet og inntekter med lavere marginalkostnad gir en gevinst på 22 mill kr i 2014 og 130 mill kr etter 6 år. Det tilsvarer en årlig effektivisering på bare 0,13 % av total inntektsramme. For å skape rom for regionens satsinger, og samtidig reservere midler til bygging av nytt sykehus i Møre og Romsdal i langtidsperioden, kreves det fortsatt effektivisering av driften. I tråd med tidligere er det lagt til grunn en årlig effektivisering på 1 % av inntektsrammen med varig effekt i tillegg til effektivisering på 0,13 % gjennom økt aktivitet til en lavere kostnad. Dette gir en samlet effektivisering på 1,13 % med varig effekt.

### *Renteforutsetninger*

Flytende rente er forutsatt å stige gradvis frem til 4,5 % i langtidsperioden. For langsiktige lån, som pr i dag er bundet med fast rente, er det estimert en rentesats på om lag 4 %. Det er i beregningene forutsatt at alle lån med rentebinding som går ut i langtidsperioden går over til flytende rente.

### *Opptrapping og satsingsområder*

Beregnet langtidsbudsjett for 2014-2019 tar utgangspunkt i budsjett 2013 for foretaksgruppen. Fra foretakene er det hentet inn tall for avskrivninger og inntektsført investeringstilskudd i langtidsperioden.

Det er i budsjettresultat for langtidsperioden lagt inn årlige kostnadsøkninger på mellom 100 og 240 mill kr som gjelder IKT-kostnader, prosjektet nytt økonomi og logistikksystem samt etterslep vedlikehold og forskning. Se tabell 3.1 under.

*Tabell 3.1 Opptrapping kostnader IKT, etterslep vedlikehold og forskning – endring fra budsjett 2013*

(Tall i 1000 kr)	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Økning IKT kostnader (ikke nivå)	25 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000
HMN- LØ driftskostnader (ikke nivå)	20 000	0	-40 000	-40 000	-40 000	-40 000
Etterslep vedlikehold (ikke nivå)	0	0	0	160 000	160 000	160 000
Forskning RHF, 2/3 (ikke nivå)	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000
Forskning HF, 1/3 (ikke nivå)	10 000	20 000	30 000	40 000	40 000	40 000
<b>Sum opptrapping</b>	<b>105 000</b>	<b>100 000</b>	<b>70 000</b>	<b>240 000</b>	<b>240 000</b>	<b>240 000</b>

## **4. Prioritering av store bygningsmessige investeringer**

I denne saken er det lagt til grunn en prioritering av to store byggeprosjekter, Nytt sykehus i Møre og Romsdal og Psykisk Helsevern ved St. Olavs Hospital. St. Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag er i slutfasen i arbeidet med egne utviklingsplaner. Det regionale foretaket vil i løpet av høsten legge frem dette for styret i egen sak og komme tilbake til en videre prioritering knyttet til dette i forbindelse med rullering av langtidsplan og – budsjett i 2014.

### **Nytt sykehus i Helse Møre og Romsdal HF**

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok i sak 92/12 at Helse Møre og Romsdal kan planlegge med byggestart av nytt sykehus i 2018. Prosjektet arbeider nå med ide'fasen og det er lagt til grunn at

konseptrapport leveres medio 2014. Foretaket skal avklare funksjonsfordeling mellom sykehusene, forholdet til kommunene og desentralisering av tjenester. Det skal gjøres beregninger av foretakets økonomiske bæreevne i forhold til driftsnivå og investeringskapasitet. I samarbeid med aktuelle kommuner arbeides det parallelt om utvikling av kommunedelplan for alternative tomtevalg, der kommunene selv prioriterer sine respektive førstevalg.

### **Fase 1 – Psykisk helsevern St. Olavs Hospital**

Regionen deler styret ved St. Olavs Hospital sin vurdering om at beste løsningen for psykisk helsevern er å etablere akuttpsykiatrien for Sør-Trøndelag i et psykiatrisenter på Øya, integrert med det somatiske sykehuset og NTNU, jfr styresak 51/13 *St. Olavs Hospital - utvikling psykisk helsevern*.

Kostnadsrammen for et psykiatrisenter på Øya gjør det vanskelig å realisere på kort sikt. Behovet for en snarlig løsning for forbedring av de bygningsmessige forhold i akuttpsykiatrien ved St. Olavs Hospital kan midlertidig løst i nytt bygg på Østmarka. Bygget vil fungere for akuttpsykiatrien inntil det nye psykiatrisenteret på Øya er etablert, og vil deretter bli overtatt av spesialavdelinger.

Prioritering av bygningsmessige tiltak innenfor psykisk helsevern ved St. Olavs Hospital vil være avhengig av tilstrekkelig egenkapital og foretakets samlede økonomiske bærekraft. Behovet for en snarlig løsning gjør at nytt tiltak anbefales prioritert etter nytt sykehus i HMR.

### **Utvikling og vedlikehold bygningsmasse**

Foretaksgruppen forvalter en stor bygningsmasse og er fra eier pålagt å ha en plan for forbedring av minimumstilstand for bygg. Dette krever gode planer for vedlikehold og utvikling samt tilstrekkelig ressursbruk slik at bygningsmasse og bruksverdi ikke forfaller. Vedlikehold og utvikling av bygningsmassen er også et viktig element for å nå målet om økonomisk bærekraft. En driftseffektiv bygningsmasse er en viktig premiss for å kunne realisere både faglige og økonomiske gevinster. Ut fra tidligere kartlagt behov for teknisk oppgradering av bygningsmassen har det i de tre siste langtidsplanene blitt lagt til grunn en årlig økning til vedlikehold på 160 mill kr fra 2017, for å sette regionen i stand til å kunne ta igjen opparbeidet etterslep. Med bakgrunn i arbeidet med sine utviklingsplaner har helseforetakene gjort beregninger av behovet for investeringer og vedlikehold av bygningsmassen for langtidsperioden 2014-2019.

HNT har i sin langtidsplan og langtidsbudsjett for 2014-2019 beregnet et samlet investeringsbehov på 100 mill kr pr år til ombygging og nybygg knyttet til Utviklingsplan HNT. Av prioriterte tiltak i HNT er bygging av nytt bygg for utvidelse av lokalsykehustilbudet innenfor rusbehandling og bygging av kombinasjonsbygg ved Levanger og Namsos for å realisere tettere samarbeid mot kommunene. Øvrig investeringsbehov er knyttet til en realisering av arealmessig utviklingsplan i HNT.

I HMR er beregnet behov for investeringer i bygningsmassen utenom nytt sykehus totalt 600 mill kr i langtidsperioden. Ved Ålesund sykehus er beregnet kostnadsomfang for å tilfredsstille lover og forskrifter, samt redusere risikoen for havari på teknisk anlegg 440 mill kr. I tillegg er det prioriterte tiltak for nødvendig oppgradering og vedlikehold på 50 mill kr. Ved sykehusene Molde, Kristiansund og Volda er prioriterte tiltak i langtidsperioden beregnet til henholdsvis 90, 19 og 25 mill kr.

St. Olavs Hospital har for perioden 2014-2019 beregnet et samlet investeringsbehov på 2 mrd kr. Av dette utgjør ny sikkerhetsavdeling psykiatri Østmarka 374 mill kr. Dette er planlagt finansiert

ved salg av bygningsmassen på Brøset. Av resterende investeringsbehov på 1,6 mrd kr utgjør nytt psykiatrisenter på Øya 450 mill kr, ny akuttpost psykiatri på Østmarka 230 mill kr, og etablering av nytt PET-senter 250 mill kr. Resterende behov består av ombygging/utvidelse Tiller DPS, mindre prosjekter og løpende pålegg fra tilsyn og forskriftskrav.

Samlet for de tre helseforetakene utgjør rapportert behov for investeringer og vedlikehold av bygg i langtidsperioden 2,8 mrd. Styret ved St. Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag vil få seg forelagt disse planene i løpet av kort tid. Administrasjonen vil komme tilbake til styret med dette i egen sak.

## 5 Planlagte investeringer

I forbindelse med fremlagte prinsipper og forutsetninger for langtidsperioden la styret vekt på tilstrekkelig investeringer i IKT og MTU i langtidsperioden. Videre inneholder forslag til investeringsplan for 2014 siste år med investeringer knyttet til ferdigstillelse av Nye St. Olavs Hospital.

Tabell 5.1: Planlagte investeringer i langtidsperioden

(Tall i 1000 kr)	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Nye St Olavs Hospital	243 000					
Bygg / HMS	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000
IKT	250 000	270 000	250 000	250 000	250 000	250 000
MTU	220 000	270 000	300 000	320 000	350 000	350 000
EK-innskudd KLP	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000
Tiltak ved Molde Sjukehus	25 000	25 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Reinvestering ambulanser	10 000	49 000	19 000	37 000	28 000	4 000
<b>Sum investeringsplaner</b>	<b>828 000</b>	<b>694 000</b>	<b>659 000</b>	<b>697 000</b>	<b>718 000</b>	<b>694 000</b>

Nivå for MTU tar høyde for en reanskaffelse der utstyr som benyttes skal ha samme standard uavhengig av hvor utstyret er plassert. Det er forutsatt at vi når dette nivået i 2018. Endringer relatert til aktivitetsvolum, ny teknologi, nye områder m.v. er ikke lagt inn. Bygg/HMS er relatert til lovpålagte bygningsmessige forhold og ENØK-midler. Som det fremgår av tabellen reduseres samlet investeringsnivået med 130 mill kr fra 2014 til 2015 og ut langtidsperioden.

### Nye St Olavs Hospital – byggefase 2

Prognose pr mars 2013 er vurdert til 7 443 mill kr på P50 basis (desember 2012 indeks). Dette er samme prognose som ved siste baseline pr september 2012, og er 148 mill kr under det økonomiske styringsmålet på 7 591 mill kr. Kostnadene med bygningsmessige forhold knyttet til PET og rehabilitering av Kjøkkenbygget er inkludert i den reviderte prognosen på 7 443 mill kr jf vedtak av 14.12.2012 i HMN. PET-prosjektet forutsettes å være ferdigstilt til 01.10.2013.

Innvendig rehabilitering av Kjøkkenbygget etter Riksantikvarens verving av bygget, gjennomføres under forutsetning av at det er disponible midler innenfor gjeldende prognose. Planlegging av arbeidet er ikke igangsatt. St. Olav arbeider med en Utviklingsplan for sykehuset, og prosjektering av Kjøkkenbygget igangsettes når denne er ferdigstilt. Trolig vil prosjektering pågå i høst, med byggestart ved årsskiftet og ferdigstillelse i oktober 2014.

Prognosen ble i usikkerhetsanalyse i revisjon 26 (jf sak 033-2012 i Helsebygg) endret fra 7 345 mill kr til 7 443 mill kr med bakgrunn i følgende forhold:

- Kunnskapsportalen (41 mill kr)
- Prisstigning (21 mill kr)



- Avsetning etterarbeid overleverte bygninger og oppfølging av branntekniske forhold (33 mill kr)
- Endringer i kontraktene med entreprenørene og varsling om økte kostnader utstyr (3 mill kr)

Med bakgrunn i overnevnte endring i tillegg til forskyvninger i prosjektet, har behov for egenfinansiert likviditet i 2014 økt fra forrige langtidsbudsjett med om lag 190 mill kr. Helse Midt-Norge mottar i 2013 siste del av lånefinansiering fra HOD, og byggeprosjektet er da estimert til en låneandel på om lag 50 %. Risikoen for overskridelser har avtatt da prosjektet er inne i avsluttende fase, og reserver i prognosen vil derfor ligge i beregnet likviditetsbehov for 2014. Det presiseres at vi også i dette budsjettet forholder oss til prognose og ikke budsjett, noe som betyr at det fortsatt er knyttet risiko til endelig byggekostnad.

### IKT

Styret i Helse Midt-Norge vedtok i sak 82/12 IKT-strategi Helse Midt-Norge Del I, Målsetninger. I strategien er pasientperspektivet og pasientsikkerhet tydeliggjort som grunnlag, med presisering av sammenhengen mellom IKT-strategi og Helse Midt-Norges strategi 2020 samt utviklingsplaner i regionen for øvrig. IKT-Strategi Helse Midt-Norge Del II, Handlingsplan, er utformet med denne bakgrunn. Handlingsplanens hovedgrep er å skifte ut nåværende pasientadministrative system samt journalsystem.

Tiltakene i handlingsplanen vurderes så langt å kunne realiseres innenfor rammene i langtidsbudsjettet. Det er nødvendig med streng prioritering innenfor området i hele planperioden 2014-19. Estimerte total kostnader for gjennomføring er mellom 2,3 og 4,2 mrd. kroner i perioden, hvorav investeringskostnader vil være lavere enn øvrige prosjektkostnader.

### Tiltak ved Molde Sykehus

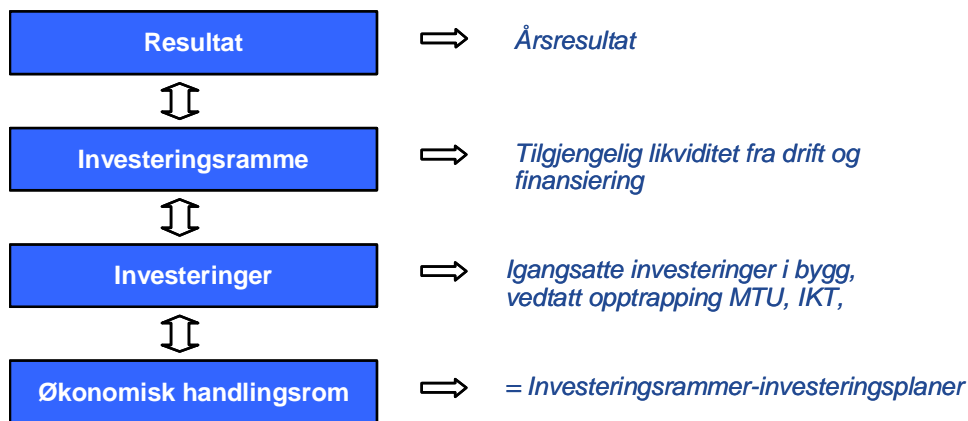
Tiltak ved Molde sykehus er knyttet til pålegg om oppgradering brannsikkerhet fra Molde kommune, og tiltak med utbedring av inn klima etter pålegg fra Arbeidstilsynet. Tiltakene er beregnet til 25 mill kr årlig i 2014 og 2015, og ytterligere 10 mill kr årlig i resten av perioden.

### Investering ambulans ebiler

Det er lagt inn reinvestering av brukte ambulanser fra private drivere og etter hvert reinvestering av dagens nye ambulanser. Beregnet behov for reinvestering ambulanser i 2014-2019 er økt med 50 mill kr i forhold det som ble lagt til grunn i langtidsplan 2013-2018. Økningen skyldes at bilene er i dårligere stand enn tidligere forutsatt.

## **6. Handlingsrom i langtidsperioden**

Beregning av økonomisk handlingsrom viser hvor mye kapital foretaksgruppen vil ha tilgjengelig for fremtidige investeringer basert på forutsetningene beskrevet i saken. Beregningene tar utgangspunkt i resultat det enkelte år og det beregnes deretter kontantstrøm generert fra drift og finansiering. Tilgjengelig likviditet sammenholdt med planlagte investeringer og sparing til framtidige investeringer viser regionens økonomiske handlingsrom.



### Årsresultat

Beregningene knyttet til handlingsrom under er basert på et årsresultat i tråd med vedtatt budsjett. Utvikling i årsresultat i langtidsperioden før effektivisering påvirkes av opptrapping forskning, IKT-kostnader og etterslep vedlikehold. Dette utgjør totalt 240 mill fra 2017. I tillegg øker avskrivningskostnader med til sammen 200 mill som følge av opptrapping investeringer. Forutsatt årlig aktivitetsvekst med økning i inntekter høyere enn kostnader, gir dette isolert en resultatforbedring som øker utover i langtidsperioden til 130 mill i 2019.

### Investeringsramme

Investeringsrammen beregnes ut fra tilgjengelig likviditet fra drift og fra finansiering. Beregnet årsresultat justeres for avskrivningskostnader og inntektsført investeringstilskudd fra tidligere år. Avdrag på langsiktig lån nedbetales med på 249 mill kr årlig. Dersom regionen i tillegg nedbetaler 100 mill kr årlig på driftskreditt, reduseres samlet gjeld med 2,1 mrd i langtidsperioden. Til sammen har dette stor innvirkning på likviditeten for foretaksgruppen. Ved inngangen til langtidsperioden er det forutsatt (prognose) en oppspart kapital fra tidligere år på totalt 528 mill kr. Oppspart kapital reduseres årlig og til minus 193 mill kr ved utgangen av langtidsperioden dersom planlagte satsningsområder gjennomføres og det ikke iverksettes tiltak for kostnadseffektivisering.

Tabell 6.1: Beregnet investeringsramme for effektivisering 2014-2019

(Tall i 1000 kr)	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Likviditet fra drift	234 000	193 000	199 000	4 000	5 000	7 000
Likviditet til/fra finansiering	201 000	-63 000	-169 000	-169 000	-355 000	-542 000
<b>Investeringsramme før effektivisering</b>	<b>1 114 000</b>	<b>874 000</b>	<b>839 000</b>	<b>691 000</b>	<b>525 000</b>	<b>362 000</b>

### Økonomisk handlingsrom

Utfordringsbildet beskriver krav til effektivisering for å gå i balanse – at tilgjengelig likviditet er tilstrekkelig for gjennomføring av planlagte investeringer. Med planlagte satsinger i langtidsperioden, og uten generell effektivisering, er det beregnet en samlet utfordring på 332 mill kr. I tillegg kommer behovet for å generere egenkapital til bygging av nytt sykehus i Møre og Romsdal i langtidsperioden.

Tabell 6.3: Utfordringsbildet for kostnadseffektivisering 2014 - 2019

(Tall i 1000 kr)	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Investeringsramme før effektivisering	1 114 000	874 000	839 000	691 000	525 000	362 000
Investeringsplaner	828 000	694 000	659 000	697 000	718 000	694 000
<b>Utfordringsbildet før effektivisering</b>	<b>286 000</b>	<b>180 000</b>	<b>180 000</b>	<b>-6 000</b>	<b>-193 000</b>	<b>-332 000</b>

Årlig effekt av generell årlig effektivisering på 1 % med varig effekt er illustrert i tabell 6.4. Resultat etter kostnadseffektivisering gir et resultat på 395 mill kr i 2014, og økes til 1 mrd kr i 2019.

Tabell 6.4: Resultat etter kostnadseffektivisering 2014 - 2019

(Tall i 1000 kr)	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Resultat før årlig effektivisering 1%	234 000	193 000	199 000	4 000	5 000	7 000
Effekt 1% årlig generell effektivisering	161 000	323 000	488 000	654 000	823 000	993 000
<b>Resultat med årlig effektivisering 1%</b>	<b>395 000</b>	<b>516 000</b>	<b>687 000</b>	<b>658 000</b>	<b>828 000</b>	<b>1 000 000</b>

Styret har i sitt vedtak i mars 2013 lagt til grunn at årsresultat og investeringer samlet må ligge på et nivå som styrker foretaksgruppens egenkapital, og som tilfredsstillende eiers krav til reduksjon av driftskreditt. Likviditetssituasjonen i 2014 er krevende, noe som også ble beskrevet i sak 47/12 om langtidsplan og budsjett for 2013-2018. For å kunne realisere foreslått opptrapping og satsing uten å redusere tidligere oppspart likviditet, foreslår administrasjonen at det ikke blir stilt krav til nedbetaling av driftskreditt med 100 mill kr i 2014. Det er i beregningene lagt til grunn at planlagt nedbetaling av driftskreditten fortsetter fra 2015 og ut langtidsperioden. Med en slik forutsetning vil investeringsramme, akkumulert sparing og årlig sparing bli som vist i tabell 6.5 under. Det forventes at det enkelte helseforetak legger en plan for nedbetaling av egen driftskreditt.

I tabell 6.5 vises årlig investeringsramme for langtidsperioden og årlig akkumulert utvikling i spart kapital med en forutsatt årlig effektivisering på 1 % med varig effekt. Med de forutsetningene som ligger til grunn i denne saken, kan regionen i slutten av langtidsperioden spart opp rundt 3,2 mrd kr inklusive tidligere oppsparte midler.

Tabell 6.5: Akkumulert sparing 2014-2019 og sparing pr år.

(Tall i 1000 kr)	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Investeringsramme med 1% årlig effektivisering	1 375 000	1 458 000	1 911 000	2 417 000	3 074 000	3 904 000
Investeringsplaner	828 000	694 000	659 000	697 000	718 000	694 000
<b>Akkumulert sparing</b>	<b>547 000</b>	<b>764 000</b>	<b>1 252 000</b>	<b>1 720 000</b>	<b>2 356 000</b>	<b>3 210 000</b>
<b>Sparing pr år i langtidsperioden</b>	<b>19 000</b>	<b>217 000</b>	<b>488 000</b>	<b>468 000</b>	<b>636 000</b>	<b>854 000</b>

## 7. Risikovurdering

Fremlagte beregninger knyttet til årlig resultat og handlingsrom er basert på en hel rekke forutsetninger som beskrevet i saken. Som følge av dette er det usikkerhet knyttet til i hvilken grad de ulike forutsetningene vil gjelde over tid. Dette gjelder blant annet forutsetninger knyttet til aktivitetsvekst, kostnadseffektivisering og utvikling i rentenivå. I tillegg er det usikkerhet knyttet til prognose for 2013.

### Prognose 2013

Pr april 2013 rapporterer Helse Midt-Norge en prognose 135 mill kr svakere enn budsjett. Dette medfører en betydelig risiko i forhold til å oppnå økonomisk balanse i 2013 og muligheten for å sikre en god inngangsfart mot 2014 og langtidsbudsjettperioden. Økonomisk balanse i 2013 er en forutsetning for å nå planlagt nivå på sparing til fremtidig investering.

Et risikoelement i forhold til økonomisk balanse er knyttet til hvordan pensjonskostnader vil bli håndtert i 2013. Helse Midt-Norge må være forberedt på å få et trekk i rammen i forbindelse med at pensjonskostnadene for 2013 er lavere enn det som er lagt til grunn i budsjett og for fastsettelsen av foretaksgruppens inntekt i Prop. 1 S (2012-2013). Foreløpige beregninger tyder på

at HMN kan få et trekk som omtrent tilsvarer reduserte pensjonskostnader, men det er en risiko for at trekket kan bli høyere.

Dersom foretaksgruppen ikke når budsjett og vedtatt resultatkrav i 2014 vil dette få konsekvenser for beregnet ramme til investeringer og sparing i langtidsperioden. Et resultat lavere enn budsjett i 2013 vil ha effekt på nivå for oppsparte midler som foretakgruppen har med seg av inn i langtidsperioden, samt gi utfordringer med tanke på resultatoppnåelse i 2014 og effektiviseringskrav i langtidsperioden.

Pr april vurderes prognosen for 2013 fremdeles som usikker. Ambulanseforetaket er i sitt første driftsår og har en prognose det er heftet stor usikkerhet ved. Vurdering av handlingsrommet i langtidsperioden må vurderes i lys av den risiko som her er beskrevet.

#### Vekst i aktivitet og inntekter

Det er i forutsatt en årlig vekst i aktiviteten i langtidsperioden på 1,5 %. Forventet årlig befolkningsvekst i perioden er på 1,1 %. Forutsatt aktivitetsvekst vurderes som et forsiktig anslag. Forventet gjennomsnittlig marginalkostnad på økt aktivitet på 72 % vurderes også som forsiktig.

#### Kostnadseffektivisering

Det er forutsatt en årlig effektivisering med varig effekt på 1 %. Dette er ambisiøst krav og vil kreve stor oppmerksomhet fra foretakene og oppfølging av tiltak for hvert år. Det er viktig at tiltakene har en tidshorisont som muliggjør både rask og langsiktig effekt. En høyere vekst i aktivitet og inntekter enn forutsatt vil gjøre det lettere for regionen å lykkes med effektiviseringen. Frigjort likviditet pr år og samlet for langtidsperioden vil avhenge sterkt av effekten av det årlige omstillingsarbeidet. Dersom årlig effektivisering med varig effekt blir på 0,5 % i stedet for 1 %, vil akkumulert sparing i langtidsperioden halveres fra 3,2 til 1,5 mrd kr.

#### Rentenivå

Det er knyttet usikkerhet til rentenivået i langtidsperioden. For langsiktige lån vil nivået for lån med fastrente være kjent fram i tid, mens for flytende lån og driftskreditt vil rentekostnader kunne påvirkes vesentlig av endret rentenivå. Dette kan påvirke resultatoppnåelsen og gi konsekvenser for investeringsplaner for foretakene. St Olavs Hospital HF er mest sensitiv for endret rentenivå da foretaket har en samlet langsiktig gjeld på rundt 3 mrd kr og en driftskreditt på over 2 mrd kr.

### **8. Foreløpig inntekts- og aktivitetsfordeling 2014**

Forutsigbarhet er et sentralt element for å kunne jobbe langsiktig med omstillingsarbeid. For å knytte langtidsplanen tettere sammen med det årlige budsjettarbeidet inneholder langtidsbudsjett 2014-2019 en foreløpig inntektsfordeling mellom helseforetakene for 2014. Det skal gi grunnlag for tidlig dialog og avklaring av utfordringsbildet ved det enkelte helseforetak. Foreløpig inntektsfordeling 2014 er basert på vedtatte forutsetninger for langtidsperioden og tilgjengelige data for forbruk og pasientstrømmer.

Det vises til sak 79/12 *Inntektsfordeling og aktivitet 2013*. Som det fremgår av styresaken fikk Helse Midt-Norge i Prop. 1 S (2012-2013) tildelt en ramme på 16,5 mill kr for 2013. I foreløpig inntektsfordeling for 2014 er rammen for 2013 videreført, justert for økning i inntekt knyttet til estimert aktivitetsvekst for 2014. Samlet er det forutsatt en økning i rammen til Helse Midt-Norge på 200 mill kr, og som gir en ramme for 2014 på 16,7 mill kr

Utgangspunktet for foreløpig fordeling av inntekt og aktivitet for 2014 er at fordeling og prinsipper lagt til grunn for inntektsfordeling og aktivitet 2013 videreføres, oppdatert med vedtatte prinsipper og forutsetninger for LTB 2014-2019, jf sak 17/13, samt øvrige kjente endringer for 2014.

I foreløpig inntektsfordeling som fremgår av tabell 8.1 under tar ikke høyde for utsettelse av nedbetaling av driftskreditt. Dersom nedbetaling av driftskreditt blir utsatt i henhold til administrasjonens forslag, som beskrevet over, vil rammen til foretakene bli redusert. Dette har ikke innvirkning på foretakenes utfordringsbilde, da resultatkravet reduseres tilsvarende.

### 8.1 Foreløpig aktivitetsfordeling 2014

I foreløpig anslag for aktivitet i 2014, er det tatt utgangspunkt i aktivitetsbestillingen fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i 2013 pluss en vekstkomponent på 1,5 prosent. Det er usikkerhet knyttet til dette anslaget, men basert på tidligere års realvekst, er det rimelig å tro at det er en realistisk tilnærming. Grunnlaget er basert på behovsandelene for somatikk i 2012, som er det samme som vil bli brukt i den faktiske aktivitetsfordelingen. Dermed er den eneste usikkerheten knyttet til bestillingen som vil komme fra HOD i statsbudsjettet for 2014.

Radene i tabellen viser ved hvilke HF-områder pasientene er bosatt, mens kolonnene viser tjenesteyter. Eksempelvis anslås det at pasienter fra Møre og Romsdal HF-område vil generere en aktivitet tilsvarende 11 121 DRG-poeng ved St. Olavs Hospital HF.

For å oppfylle kravene som settes til ventetid til behandling og fristbrudd forutsettes det at kjøp av private helsetjenester vil øke med 20 prosent fra budsjett 2013. For øvrig vil veksten fordele seg ulikt i helseforetakene, og det er Helse Nord-Trøndelag HF som får den sterkeste aktivitetsveksten.

Tabell 8.1: Foreløpig aktivitetsfordeling 2014

Behandlet ved Pasienten kommer fra	Private HMN-avtaler	Private ikke-HMN-avtaler	Helse Møre og Romsdal HF	St. Olavs Hospital HF	Helse Nord-Trøndelag HF	Totalt
Møre og Romsdal HF-omr	1 621	191	61 202	11 121	43	72 366
St. Olavs Hospitals HF-område	2 612	61	161	77 056	351	77 567
Nord-Trøndelag HF-omr	686	70	32	9 636	29 254	38 922
Effekt overgangsordning, finansieringsmodell			917	-651	-266	0
<b>a) Sum DRG-poeng for pasienter bosatt i HMN, behandlet i egne HF og private sykehus</b>	<b>4 920</b>	<b>322</b>	<b>62 312</b>	<b>97 161</b>	<b>29 382</b>	<b>194 097</b>
c) HF i andre regioner			3 878	3 892	1 592	9 362
<b>Sørge for aktivitet HMN.</b>	<b>4 920</b>	<b>322</b>	<b>66 190</b>	<b>101 053</b>	<b>30 974</b>	<b>203 459</b>
<b>Endring DRG-poeng 2013-2014</b>	<b>820</b>	<b>-82</b>	<b>-377</b>	<b>1 504</b>	<b>1 143</b>	<b>3 007</b>
Prosentvis endring	20,00	-20,30	-0,57	1,51	3,83	1,50

### 8.2 Foreløpig inntektsfordeling 2014

Basisrammer til somatisk sektor og psykisk helsevern fordeles til de tre sykehusforetakene gjennom Magnussen-modellen. Ambulanse MN HF (AMN) og Helse Midt-Norge RHF finansieres gjennom særfinansieringen. Rusbehandling Midt-Norge HF (RMN) er foreslått integrert i sykehusforetakene fra 01.01.2014. For å sikre at kvaliteten i de totale tjenestene ikke forringes skal Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) særfinansieres også i 2014. Det sikrer samtidig at integreringen ikke påvirker utfordringsbildet ved det enkelte foretak. Aktivitetsbaserte

inntekter er fordelt i henhold til innfasing av finansieringsmodellen. Tabell 8.2 under viser foreløpig inntektsfordeling for 2014 pr foretak.

Tabell 8.2: Foreløpig inntektsfordeling 2014

Fordeling 2014 (1 000 kr)	HMR	HNT	STO	RUS*	APO	AMN	RHF	Sum HMN
Særfinansiering	275 359	108 545	459 902	413 963	1 065	597 469	1 111 143	2 967 445
Basisramme	3 036 114	1 594 438	4 976 769				379 630	9 986 952
<b>Sum basis og særfinansiering</b>	<b>3 311 473</b>	<b>1 702 982</b>	<b>5 436 671</b>	<b>413 963</b>	<b>1 065</b>	<b>597 469</b>	<b>1 490 774</b>	<b>12 954 396</b>
Poliklinikk HF	154 441	83 798	195 762	5 000				439 000
ISF-inntekt	1 044 383	488 733	1 594 495				82 712	3 210 323
<b>Sum polikli og ISF</b>	<b>1 198 824</b>	<b>572 530</b>	<b>1 790 257</b>	<b>5 000</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>82 712</b>	<b>3 649 323</b>
<b>Sum ramme og estimert ISF og polikli</b>	<b>4 510 297</b>	<b>2 275 513</b>	<b>7 226 928</b>	<b>418 963</b>	<b>1 065</b>	<b>597 469</b>	<b>1 573 486</b>	<b>16 603 719</b>
Fagenheten tvungen omsorg			71 900					71 900
Utviklingsområde psykisk helsevern og rus				1 446				1 446
Andre tilskudd barn som pårørende		2 500						2 500
Tilskudd til turnustjeneste	1 899	1 072	2 504					5 475
Forsøksordning tannhelsetjenesten								-
<b>Sum bevilgning, jfr St.p. 1</b>	<b>4 512 196</b>	<b>2 279 084</b>	<b>7 301 332</b>	<b>420 409</b>	<b>1 065</b>	<b>597 469</b>	<b>1 573 486</b>	<b>16 685 041</b>

\* Ikke fordelt pr foretak i foreløpig inntektsfordeling

Endring i samlet bevilgning fra 2013 til foreløpig fordeling for 2014 for hvert foretak fremgår av tabell 8.3. Helse Møre og Romsdal HF (HMR) får en reduksjon i sin ramme. Reduksjonen er i hovedsak knyttet til innfasing og oppdatering av finansieringsmodellen. Dette er nærmere omtalt i avsnitt 8.2.1 under. Øvrige foretak har en økning i sin ramme unntatt Sykehusapoteket hvor rammen er holdt uendret. Endring i rammene skyldes blant annet økt ramme knyttet til aktivitetsvekst samt vedtatt opptrapping som tidligere omtalt. Øvrige endringer er omtalt under.

Tabell 8.3: Endring i bevilgning 2013-2014.

Endring Fordeling 2013- 2014 (1 000 kr)	HMR	HNT	STO	RUS	APO	AMN	RHF	Sum HMN
Sum bevilgning 2014	4 512 196	2 279 084	7 301 332	420 409	1 065	597 469	1 573 486	16 685 041
Sum bevilgning 2013	4 568 198	2 249 529	7 236 980	420 390	1 065	547 469	1 461 999	16 485 630
<b>Endring</b>	<b>-56 002</b>	<b>29 556</b>	<b>64 351</b>	<b>19</b>	<b>-</b>	<b>50 000</b>	<b>111 487</b>	<b>199 411</b>

## Utfordringsbildet 2014

I foreløpig beregning av utfordringsbildet for 2014 er det tatt høyde for marginalkostnaden knyttet til økt aktivitet somatikk, samt endring i resultatkrav som følge av opptrapping i investering i MTU. HMR får et høyere krav til effektivisering enn HNT og STO.

Foreløpig beregnet krav til effektivisering for HMR er -1,47 %, hvorav om lag 1 % er knyttet til innfasing og oppdatering av modellen. HNT og STO får et lavere effektiviseringskrav som en følge av innfasing og oppdatering av finansieringsmodellen, henholdsvis 0,7 % og 0,5 %.

Tabell 8.4: Foreløpig utfordringsbildet 2014

Foreløpig utfordringsbildet 2014	HMR	HNT	STO
Endring i bevilgning 2013-2014	-56 002	29 556	64 351
Marginalkostnad økt aktivitet somatikk	-	32 435	42 716
Endring resultatkrav	11 000	6 000	13 000
<b>Foreløpig utfordringsbildet 2014</b>	<b>-67 002</b>	<b>-8 879</b>	<b>8 635</b>
<b>Effektivisering %</b>	<b>-1,47 %</b>	<b>-0,40 %</b>	<b>0,12 %</b>

### 8.2.1 Oppdateringer og endringer i finansieringsmodellen mm.

Oppdatering og innfasing av finansieringsmodellen står for store deler av endringene i bevilgning fra 2013 til 2014 for sykehusforetakene. Oppsummert ser vi av tabell under at oppdateringer og endringer i finansieringsmodellen gir et trekk i rammen til HMR på 47,9 mill kr, og en økt ramme til HNT og STO på hhv 16,3 mill kr og 31,6 mill kr.

Tabell 8.5: Oppdatering og endring i finansieringsmodellen 2014

Endring inntekt 2013-2014	HMR	HNT	STO
Endring behovsindeks	-3 978	-2 753	6 730
Endring pasientstrømmer somatikk	-6 076	2 265	3 811
Endring pasientstrømmer PH - oppdaterte pasienstrømmer	-2 250	-7 414	9 664
Endring pasientstrømmer PH - innfasing modell	-11 187	6 107	5 080
Innfasing av finansieringsmodell (70%)	-42 601	11 289	31 312
Endring modell PH - innfasing over to år	17 195	6 844	-24 040
<b>Endring knyttet til innfasing og oppdatering av modell</b>	<b>-48 896</b>	<b>16 339</b>	<b>32 557</b>

Innfasing av finansieringsmodellen fra 40 % i 2013 til 70 % i 2014 gir isolert en reduksjon i rammen til HMR på 42,6 mill kr, samt en økning i rammen for HNT og STO med henholdsvis 11,2 mill kr og 31,3 mill kr. Oppdatering av befolkning og variablene i behovsindeksen gir også en omfordeling mellom sykehusforetakene. 4 mill kr i redusert ramme til HMR og 2,8 mill kr i redusert ramme til HNR. STO får en økning i sin ramme på 6,7 mill kr.

I finansieringsmodellen justeres det for interne gjestepasientstrømmer innenfor somatikk samt innenfor psykisk helsevern. Strømmene er oppdatert med siste tilgjengelige data på pasientstrømmer fra 2012. Justering av interne pasientstrømmer innenfor psykisk helsevern ble innført i forbindelse med inntektsfordelingen for 2013, med en innfasing på over to år. Endring i pasientstrømmer fra 2014 består dermed både av oppdaterte strømmer, og innfasing til full effekt ved korrigerende av strømmer innen psykisk helsevern. Oppdatering av strømmene innen somatikk og psykisk helsevern gir isolert sett et trekk i rammen til HMR og HNT på hhv 8,3 mill kr og 5,2 mill kr, samt en økning i rammen til STO på 13,5 mill kr. Innfasing av korrigerende for strømmer innenfor psykisk helsevern gir isolert sett et trekk i rammen til HMR på 11,2 mill kr, samt en økning i rammen til HNT og STO på hhv 6,1 mill kr og 5,1 mill kr.

For 2014 er det vedtatt en endring i fordeling av inntektene i finansieringsmodellen knyttet psykisk helsevern. *Det vises i den forbindelse til sak 40/13 Finansieringsmodellen – endring psykisk helsevern.* I 2013 ble andelen av rammen som kan knyttes til psykisk helsevern fordelt etter kostnadsindeks og behovsindeks. Fra 2014 er det vedtatt at 50 % av rammen fordeles etter behovsindeks og kostnadsindeks, og 50 % fordeles kun etter behovsindeks. Videre er det vedtatt at effekten av endringen skal innføres over to år. For 2014 medfører dette en økt ramme til HMR og HNT på hhv 17,2 mill kr og 6,9 mill kr, samt en reduksjon i rammen til STO på 24 mill kr.

### 8.2.2 Særfinansiering

Ett av elementene i Helse Midt-Norges finansieringsmodell er særfinansiering. Generelt tas det hvert år en vurdering av hva som skal særfinansieres. Dette kan være spesielle funksjoner tildelt HF eller etablering av nye funksjoner eller oppgaver.

I forslag til særfinansiering for 2014 er det lagt opp til at 50,6 mill kr i strukturtilskudd til Helse Møre- og Romsdal HF videreføres. HMR har i 2012 og så langt i 2013 ikke klart å holde driften innenfor tildelte rammer. Administrasjonen ser at en krevende driftsstruktur også i 2014 vil gi store utfordringer. HMR har startet prosesser for tilpasning av dagens tilbud/struktur og det regionale foretaket vil støtte opp om dette forbedringsarbeidet. Med bakgrunn i fortsatt krevende driftsstruktur, og for å understøtte arbeidet med å finne faglige gode og bærekraftige løsninger, foreslår administrasjonen å videreføre strukturtilskuddet til HMR på 50,6 mill i 2014.

I tillegg foreslås det å særfinansiere 15 mill kr til plankostnader nytt sykehus ved Helse Møre og Romsdal. Sistnevnte ligger på RHF i foreløpig inntektsfordeling.



I 2012 og 2013 ble det gjort et trekk i særfinansieringen til St. Olavs Hospital HF Helse Møre- og Romsdal på hhv 20 mill kr og 5 mill kr. Trekket var knyttet til en tilbakebetaling over to år av en tilsvarende lette i effektiviseringskravet i 2011, jf styresak 37/11 i Helse Midt-Norge.

Tilbakebetalingen er fullført og derfor ikke videreført i 2014. I 2014 er også særfinansieringen av Regional funksjon for spiseforstyrrelser (RKSF) ved Helse Nord-Trøndelag avsluttet da denne nå finansieres gjennom internt gjestepasientoppgjør innen psykisk helsevern. Denne var i 2013 særfinansiert med 3,9 mill kr.

Endringer i særfinansieringen for øvrig omtales særskilt nedenfor.

### **PET ved St. Olavs Hospital HF**

**PET/CT** benyttes fortrinnsvis til kreftutredning, men har også andre anvendelsesområder som utredning/diagnostisering av demens, epilepsi og hjertesykdommer. Behovet er økende, og anslag fra Kunnskapssenteret viser at det er behov for 1 til 2 PET/CT i regionen i løpet av de nærmeste årene.

I 2014 er det estimert om lag 650 pasienter, mens dette forventes økt gradvis til 1500 per år fra 2016. Bruttokostnad for CT er anslått til 17 millioner i 2014. Ulike refusjonsordninger reduserer nettokostnad til 8 millioner. Forslag fra HMN er en dekning av 50 % av nettokostnad. Tilnærmet 4 millioner i 2014 til driftsstøtte PET/CT. Dette fordi finansieringsmodellen ikke kompenserer for nye og dyre regionfunksjoner på kort sikt. Nettokostnaden vil øke gradvis mot 11 millioner i 2016. Endringer bør vurderes årlig etter hvert som erfaringen med bruk av PET/CT øker.

Når det gjelder **PET/MR** bør virksomheten i første fase finansieres som forskningsinfrastruktur, samt prosjektfinansiering av utvikling av bruksområder. Drifts- og utviklingskostnadene foreslås derfor finansiert gjennom forskningsbudsjettet i HMN RHF, samt utlysning av prosjekter/PhD gjennom samarbeidsorganet

### **Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)**

Utgangspunktet for 2014 er at rammen for 2013 for RMN HF på 414 mill kr videreføres. Det er ikke lagt inn ytterligere opptrapping da gjeldende opptrappingsplan ble fullført i 2013. Ramme til TSB for 2014 er ikke fordelt i tabell 8.2 inntektsfordeling 2014.

For å sikre at kvaliteten i de totale tjenestene ikke forringes i overgangen skal det bygges videre på på funksjonsfordeling og pasientflyt mellom helseforetakene. Fordeling av midler til finansiering TSB skal derfor i 2014 foretas på grunnlag av geografisk beliggenhet til dagens funksjoner og tilbud. Det sikrer samtidig at integreringen ikke påvirker utfordringsbildet ved det enkelte foretak. I styresak 55/13 Integrering av Rusbehandling Midt-Norge HF legger administrasjonen i HMN RHF opp til å legge frem plan for videre utvikling av TSB med forslag til ivaretagelse av overgang til HMN's ordinære finansieringsmodell ved neste langtidsplan for 2015-2019.

### **Ambulanse Midt-Norge HF**

Rammen for Ambulanse Midt-Norge HF for 2013 er videreført og økt med 50 mill kr, jf omtale av Helse Midt-Norge RHF under. Det er usikkerhet knyttet til kostnadsnivå for 2014, da det er ukjent hva som er oppstartskostnader og hvilke nivå foretakets lønnskostnader vil ligge på. Dette må være med i vurderingen og tas høyde for ved fastsettelse av foretakets ramme ved endelig inntektsfordeling for 2014 til høsten.

### **Helse Midt-Norge RHF**

Utgangspunktet for Helse Midt-Norge RHF sin ramme for 2014 er ramme 2013 redusert med 1,12 % iht. effektiviseringskrav i LTB. Rammen er også redusert med 50 mill knyttet til



usikkerhet ved insourcing ambulanse i 2013 som er flyttet til Ambulanse Midt-Norge HF. I tillegg er vedtatt opptrapping innenfor forskning, medisinske kvalitetsregister og HMN LØ lagt til rammen med til sammen 75 mill kr. Som nevnt over er også rammen økt knyttet til kjøp fra private for håndtering av fristbrudd og ventetid, og gir samlet en økning på 22 mill kr. Utover dette er særfinansiert beløp til plankostnader nytt sykehus HMR foreløpig lagt på RHF med 15 mill kr.

## 9. Innspill fra helseforetakene

Etter vedtak i sak 17/13 Langtidsplan og budsjett 2014-2019 – Prinsipper og forutsetninger har foretakene behandlet vedtatte prinsipper og føringer i eget styre og gitt følgende innspill og vurderinger til endelig budsjettvedtak for langtidsperioden.

Styret for Helse Møre og Romsdal HF har gjort følgende vedtak:

1. Styret for Helse Møre og Romsdal HF ser at dei førebelse rammene gitt i langtidsbudsjettet blir utfordrande for føretaket å klare innan noverande sjukehusstruktur. Interrimperioden fram til nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal står ferdig vil bli krevjande.
2. Styret for Helse Møre og Romsdal HF understrekar behovet for investeringsmidlar både til nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal og opprusting av dei to sjukehusa der nybygg ikkje er aktuelt – Ålesund sjukehus og Volda sjukehus.
3. Styret for Helse Møre og Romsdal HF føreset at ein gjennom arbeidet med utviklingsplanen gjer nødvendige tilpassingar der ein sikrar både fagleg og økonomisk berekraft.

St. Olavs Hospital HF har drøftet hvert enkelt vedtakspunkt og vedtatt innspill som følger av egen saksfremstilling. Foretaket ser behovet for å styrke forskning/kompetanseutvikling og vedlikeholde og utvikle realkapitalen. Med bakgrunn i stort behov for reanskaffelse av IKT og MTU ved St. Olav i kommende langtidsperiode som følge av store investeringer i fase 1 og 2, tror foretaket at planlagt investeringsnivå for regionen er for lavt. I tillegg peker foretaket på ekstra kostnader som følge av medisinsk og teknologisk utvikling. Som følge av dette understreker foretaket at omstillingsutfordringen kan bli høyere enn beskrevet i saken.

Helse Nord-Trøndelag HF støtter i hovedsak foreslåtte prinsipper og forutsetninger for LTB 2014 – 2019. De støtter forslag til prioritering av investeringer i foretaket, men anbefaler at investeringsrammen for HNT i årene framover økes og legges på et nivå i overkant av foretakets avskrivninger tillagt driftsoverskudd og inntekter ved salg av egne bygg. Ved prioritering mellom investeringer og drift anbefaler foretaket at driftsrammene fastsettes slik at krav til årlig effektivisering ikke blir høyere enn 1 – 1,5 %.

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF støtter de føringer som er vedtatt av styret i Helse Midt-Norge RHF for perioden 2014-2019. De ber samtidig HMN RHF om en tydeligere prioritering av videreutvikling og finansiering av IMM i Midt-Norge for å bidra til økt pasientsikkerhet gjennom riktig legemiddelbruk.

## 10. Administrerende direktørs vurdering

### *Langtidsplan 2014 – 2019:*

Strategi 2020 er regionens felles ramme for utvikling av tjenestetilbudet for befolkningen i helse Midt-Norge. Med de endringer og presiseringer som ble vedtatt av styret i sak 29/13, er dette blitt et godt redskap for planlegging både på kort og lang sikt. De strategiske grepene legges derfor til grunn i dette dokumentet. Det er nå viktig at regionens strategiske mål følges opp i samarbeid med helseforetakene.

Langtidsplan for 2014-2019 bygger på to grunnleggende prinsipper; bærekraft og langsiktighet. Dette ligger også til grunn for de prinsipper og forutsetninger som ble vedtatt i sak 17/13. Behovet for årlig forbedringsarbeid er vektlagt, og det å sikre bærekraft er om mulig blitt enda viktigere etter at det er anbefalt nytt finansieringsregime for større sykehusinvesteringer.

### *Handlingsrom i langtidsperioden:*

Langtidsbudsjettet som legges fram bygger på de forutsetningene som ble lagt i sak 17/13, og legger opp til at foretaksgruppen skal settes i stand til å nå våre ambisiøse mål. Slik administrerende direktør vurderer det, er det nødvendig å ha et særskilt fokus på de risikoområdene som er beskrevet i saken. Som administrasjonen også tidligere har påpekt, synes 2014 å bli et krevende år.

### *Prioritering av investeringer:*

2014 vil være siste år med investeringer i nye St. Olavs Hospital, og styret har tidligere vedtatt at nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal er neste prioriterte byggeprosjekt. De bygningsmessige forholdene for akuttpsykiatrien ved St. Olavs Hospital har vært omtalt av mange, og senest av vår egen internrevisjon. Etter administrerende direktørs vurdering er de dokumenterte forholdene slik at det er nødvendig å gi høy prioritet til arbeidet. Viser ellers til egen sak (sak 51/13) der det er redegjort for de vurderingene som er gjort.

Administrerende direktør vil derfor anbefale at arbeidet med å løse forholdene for psykisk helsevern i St. Olavs Hospital gis prioritet nr 2.

Arbeidet med utviklingsplaner i helseforetakene har vist at behovet for utbedringer og nyinvesteringer gjelder alle helseforetak. Arbeidet med sammenstilling av disse planene kan nå starte, og administrerende direktør vil derfor foreslå å legge fram en egen sak i god tid før neste LTP/LTB som grunnlag for videre prioriteringer.

### *Administrerende direktørs vurdering av konsekvensene av forslag om nytt finansieringsregime for sykehusbygg*

12. juni ble det gjort kjent at regjeringen vil foreslå å endre finansieringsregimet for større sykehusinvesteringer. Dagens regelverk krever som kjent 50 % egenkapital for å få innvilget lån. I de endringene som nå er skissert, endres egenkapitalkravet til 30 % og låneandelen økes tilsvarende til 70 %. Samtidig endres nedbetalingstiden for lån til bygg fra 20 til 25 år.

Alle regionene har pekt på behovet for endringer i dagens finansieringsordninger for å kunne ha større fleksibilitet. Det er derfor gledelig at dette nå foreslås. Det bør også kunne gi Helse Midt-Norge større fleksibilitet i gjennomføringen av våre investeringsplaner.

Det må understrekes at vi naturlig nok ennå ikke har mottatt mer utfyllende informasjon om ordningene, for eksempel på hvilken måte ordningen med endret nedbetalingstid vil påvirke lån som allerede er innvilget. Derfor vil de vurderingene som nå gis ha en mer overordnet karakter.

Helseministeren understreket i sin redegjørelse at det er fordi regionene nå har kontroll på økonomien at denne endringen kan gjennomføres. Endringen innebærer m.a.o. ”frihet under ansvar”. En økt låneandel på 70 % vil selvsagt sette større krav til regionens og det enkelte helseforetaks bærekraft når lånene skal nedbetales. Behovet for å ha en drift som kan handtere dette blir derfor en avgjørende faktor, slik det også er framhevet i langtidsbudsjettet.

Etter administrerende direktørs vurdering endrer ikke det som nå er lagt fram vår prioriteringsrekkefølge for større investeringer, men det kan gi større fleksibilitet i gjennomføringen av de ulike prosjektene.

For de to prosjektene som vi anbefaler å gi prioritet, vil det etter administrerende direktørs vurdering ha følgende konsekvenser:

- Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal  
Kravet til egenkapital vil ikke lenger være avgjørende for når vi kan igangsette prosjektet. Det avgjørende vil være de planprosessene vi skal og må følge, og at foretaket og regionen samlet kan lykkes med de ambisjonene for driftseffektivisering som ligger i langtidsbudsjettet. Vi må m.a.o. ha en drift som gir oss bærekraft til å handtere låneandelen. Her kan en noe lengre nedbetalingstid være et positivt bidrag.
- Psykisk helsevern i St. Olavs Hospital  
Anbefalingen fra styret i St. Olavs Hospital er å prioritere en rask bedring av forholdene for dagens akuttpsykiatri ved å bygge et nytt bygg på Østmarka, og så i en fase 2 flytte akuttpsykiatrien til et nytt psykiatribygg på Øya. Det nye bygget vil ha en positiv effekt på driftsøkonomien, og vil derfor gi et betydelig bidrag til ”bærekraften” for perioden lånene skal tilbakebetales.

Det nye investeringsregimet gir mulighet til å realisere dette uavhengig av gjennomføringen av nytt sykehusbygg i Nordmøre og Romsdal. Under forutsetning av at foretaket viser økonomisk bærekraft gjør dette at vi kan komme raskt i gang med prosjektet. Administrerende direktør har vektlagt behovet for å løse de bygningsmessige forholdene raskt og støtter derfor vurderingen fra styret i St. Olavs Hospital. Men også styret for St. Olavs Hospital understreker at den faglig beste løsningen er å bygge et psykiatrisenter på Øya, og at akuttpsykiatrien blir en del av dette.

De vurderingene som styret ved St. Olavs Hospital har gjort er basert på de rammebetingelser for nye investeringer som da lå til grunn, sammen med en sterk vektlegging av de nåværende bygningsmessige forholdene ved dagens akutttilbud på Østmarka. Administrerende direktør vil samtidig drøfte med styret om det er ønskelig å be om at Styret på St. Olavs Hospital gjør en ny vurdering gitt de nye rammebetingelsene. Et lån fra HOD kan tidligst innvilges for 2015. Det tilsier at vi har noe tid til å gjøre en ny vurdering av de aktuelle alternativene før endelig vedtak, om det skulle være ønskelig.

#### *Foreløpig inntektsfordeling 2014:*

For å knytte langtidsplanen tettere sammen med det årlige budsjettarbeidet inneholder langtidsbudsjett 2014-2019 en foreløpig inntektsfordeling mellom helseforetakene for 2014. Dette er nytt i vårt arbeid med LTB. Det skal gi grunnlag for tidlig dialog og avklaring av utfordringsbildet ved det enkelte helseforetak. Foreløpig inntektsfordeling 2014 er basert på vedtatte forutsetninger for langtidsperioden og tilgjengelige data for forbruk og pasientstrømmer.

Som det framgår av saksutredningen, knytter det seg usikkerhet til resultatoppnåelse for 2013 for flere av foretakene, og der ambulanseforetaket i en etableringsfase representerer en særskilt usikkerhet. Manglende resultatoppnåelse vil kunne påvirke beregnet ramme for investeringer og sparing.

Det er lagt til grunn en forventet vekst i aktivitet på 1,5 %, med en forventet vekst i inntekt på 1,2 %. Dette anslaget vil selvsagt representere en usikkerhet fram til statsbudsjettet for 2014 legges fram. Administrerende direktør vurderer dette som et ”konservativt” anslag, men på dette tidspunkt i arbeidet er det et bevisst valg.

Etter administrerende direktørs vurdering gir de foreløpige inntektsrammene foretakene et godt grunnlag for å planlegge sin virksomhet slik at vi når våre samlede resultatkrav i 2014.