



Årsregnskap og årsberetning 2011

Innhold:
Årsberetning
Resultatregnskap
Balanse
Kontantstrømanalyse
Noter

Årsberetning for 2011

Om Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge RHF er ett av fire regionale helseforetak i Norge som eies av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet. Formålet er å sørge for at befolkningen har tilgang til gode og likeverdige spesialiserte helsetjenester når man trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi eller etnisk bakgrunn.

Helse Midt-Norges visjon er "På lag med deg for din helse" og våre kjerneverdier er trygghet, respekt og kvalitet. Våre hovedoppgaver er pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende.

Helse Midt-Norge RHF eier de offentlige sykehusene i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag, samt Rusbehandling Midt-Norge HF, Sykehusapotekene i Midt-Norge HF og Trøndelag Ortopediske Verksted AS. I 2011 ble Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF omorganisert til Helse Møre og Romsdal HF. Foretaket Ambulanse Midt-Norge HF ble etablert 1. desember 2011 som et midlertidig tiltak i forbindelse med at Helse Midt-Norge overtar driften av ambulansetjenesten i regionen fra 01.01.2013.

Avtaler om pasientbehandling hos avtalespesialister, ved private sykehus og opptrenings- og rehabiliteringssentre inngår i Helse Midt-Norges samlede tilbud til pasientene. Sammen med de andre regionale helseforetakene er Helse Midt-Norge RHF medeier i Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS, Helseforetakenes innkjøpsservice AS og Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS.

Helse Midt-Norge RHF's hovedkontor ligger i Stjørdal. Helse Midt-Norge IT (Hemit) og Helsebygg Midt-Norge er avdelinger i Helse Midt-Norge RHF, og er begge lokalisert i Trondheim. Helse Midt-Norge legger stor vekt på å utvikle organisasjonen gjennom utvikling av framtidsrettede IKT-løsninger. Prosjektorganisasjonen Helsebygg Midt-Norge står for planlegging, gjennomføring og oppfølging av utbyggingen ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Utbyggingsprosjektet er nå i sin siste fase, og organisasjonen ble redusert i størrelse i 2011.

Årsberetningen for Helse Midt-Norge RHF beskriver både aktiviteten i det regionale helseforetaket, og for alle helseforetakene samlet, inklusive Helse Midt-Norge RHF. For å lette forståelsen brukes begrepet "Foretaksgruppen" hver gang aktiviteten i hele regionen blir omtalt.

Organisering

Styret for Helse Midt-Norge RHF ble oppnevnt for to år i foretaksmøte 25. januar 2010. Følgende medlemmer ble oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD): Kolbjørn Almlid (leder), Toril Hovdenak (nestleder), Merethe Storødegård, Asmund Kristoffersen, Olav Georg Huseby, Joar Olav Grøtting, Jan Magne Dahle, Perny-Ann Nilsen og Kirsti Leirtrø. Fram tom 30.04.2011 var Ellen Marie Wøhni, Ingegjerd Sandberg, Ivar Gotaas og Bjørg Henriksen ansattererepresentanter. Det var i 2011 valg på ansatte representanter i styret. Ansatte i helseforetakene i Midt-Norge valgte Ellen Marie Wøhni, Tore Brudeseth, Bjørg Henriksen og Nils Håvard Dahl som sine representanter i styret fom 01.05.2011. Funksjonstiden er to år.

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevnte 30.01.2012 nytt styre i Helse Midt-Norge RHF. Styret er valgt for en periode på to år og består av Marthe Styve Holte (leder), Kåre Gjønnes (nestleder), Eva Vinje Aurdal, Ottar Brage Guttelvik, Vigdis Harsvik, Tore Kristiansen, Trond Prytz, Gunn Iversen Stokke og Kjersti Tommelstad.

I løpet av 2011 ble det avholdt 12 styremøter. Det ble behandlet 114 styresaker i Helse Midt-Norge RHF. Styremøtene er åpne, med de unntak som følger av lov. Det er utarbeidet felles møtekalender for Helse Midt-Norge RHF og underliggende enheter.

Helse Midt-Norges virksomhet i 2011

2011 har i stor grad vært preget av arbeidet med å iverksette den vedtatte Strategi 2020 for Helse Midt-Norge. Strategien bygger på de føringene som er gitt i nasjonal helsepolitikk, strategier og handlingsplaner for spesialisthelsetjenesten. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) samt lovendringer og virkemidler knyttet til samhandlingsreformen som trer i kraft fra og med 2012, står sentralt.

Strategi 2020 er et svar på de hovedutfordringer som spesialisthelsetjenesten vil stå overfor i perioden fram til 2020: Den yrkesaktive andelen reduseres og vi blir flere eldre i årene som kommer. Dette påvirker framtidig sykdomspanorama og gir begrensninger i forhold til rekruttering. Ny kunnskap og teknologi påvirker både diagnostikk, behandling og organisering av helsetjenester. Samtidig forventes den sterke veksten i de økonomiske rammene for spesialisthelsetjenesten å avta og tjenesten må vise samfunnsansvar gjennom å ikke legge beslag på en unødig stor andel av de samlede samfunnsressursene. For å møte dette utfordringsbildet er det utformet fem strategiske mål. Disse er:

- Styrket innsats for de store pasientgruppene
- Kunnskapsbasert pasientbehandling
- En organisering som underbygger gode pasientforløp
- Rett kompetanse på rett sted til rett tid
- Robuste fagmiljøer og sunn økonomi

De viktigste prioriteringene i den nye strategien er:

- Sikre behandlingstilbudet for store og voksende pasientgrupper

- Desentralisere helsetilbud til de store pasientgruppene som bruker tjenesten ofte
- Frigjøre ressurser fra passiv vakt til aktiv pasientbehandling

Det er blitt definert en portefølje av prosjekter og tiltak som ledd i implementeringen av strategien. Gjennomføringsansvaret for disse er delt i tre mellom tiltak i regi av det regionale helseforetaket, tiltak i regi av HF og til sammen åtte regionale prosjekter. Disse er:

- Framtidig behov for kompetanse og kapasitet
- Elektiv kirurgi
- Framtidig universitetssykehusfunksjon
- Helhetlige pasientforløp for sammensatte tjenester
- Kvalitetskultur
- Organisering mindre fag
- Prehospitale tjenester
- Tilbudet til syke barn

Status ved utgangen av 2011 er at flere av prosjektene er startet opp og er i utredningsfasen.

Gjennom hele 2011 har det vært rettet særlig oppmerksomhet mot krav til bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Helseforetakene i Midt-Norge deltar i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender". Systematisk registrering og forbedringsarbeid skal bidra til å redusere antall pasientskader, bedre samhandling og kvalitetskultur. Som produkt av Strategi 2020 er det også vedtatt en egen kvalitetsstrategi for foretaksgruppen, der mottoet er "Litt bedre i dag enn i går". Den gir anvisning for det langsiktige kvalitetsarbeidet i helseforetakene.

Videre har det vært arbeidet målrettet med å fjerne fristbrudd og få en mer lik praksis og forståelse av tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. Antallet fristbrudd er redusert fra ca 1500 ved inngangen av året til ca 500 ved utgangen av 2011. Målet for 2012 er at det ikke skal forekomme fristbrudd og at ventetiden for behandlede pasienter ikke skal overstige 65 dager i snitt.

Et viktig strategisk virkemiddel er å omstille helsetjenesten slik at flere pasienter får hjelp poliklinisk. Utvikling av samarbeidet om helhetlige pasientforløp og kompetansestøtte til kommunehelsetjenesten, vil gi pasienten lettere tilgang til helsehjelp på rett nivå og samtidig redusere et uønsket press på de spesialiserte helsetjenestene. Dette er riktig for å sikre god ressursutnyttelse og for å møte utfordringen med god kvalitet på riktig omsorgsnivå for store og voksende pasientgrupper i årene som kommer. I dette ligger det også en fortsatt satsing på og styrking av tjenestetilbudet innen tverrfaglig rusbehandling og psykisk helsevern.

Helse Midt-Norge har i løpet av få år gått fra betydelig driftsmessig underskudd til resultat i pluss. Tett oppfølging av omstillingstiltak og ansvarlig ledelse på alle nivå i foretaksgruppen har vært og vil fortsatt være sentrale virkemidler. For å nå de langsiktige målene i Strategi 2020 knyttet blant annet til kvalitet, forskning og å kunne vedlikeholde og utvikle bygg og anlegg, er det behov for betydelige omstillinger for å frigjøre kapital fra drift til investeringer.

Strategi 2020 innebærer at utviklingen av spesialisthelsetjenesten skal skje innenfor en drift som sikrer bærekraftig utvikling. Bedre samhandling, overgang fra døgn- til dagbehandling og bedre utnyttelse av ressursene ved den enkelte enhet, gjør at oppgavene kan løses med færre ansatte per pasient.

Ressursene må utnyttes bedre mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, innad i helseforetakene og innad i spesialisthelsetjenesten.

Gjennom sammenslåing av Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF til ett felles helseforetak for Møre og Romsdal, ble det i 2011 lagt på plass en ny premiss for utvikling av spesialisthelsetjenesten i denne delen av Midt-Norge. Med dette som utgangspunkt er det iverksatt arbeid med en plan for utvikling av Helse Møre og Romsdal med en tilhørende utviklingsplan for bygningsmassen. Planene skal legges fram i løpet av 2012.

I 2011 ble den nye barneavdelingen i Ålesund åpnet og et nytt tilbygg ved Namsos sykehus har bidratt til å samle og styrke tilbudet innen psykisk helsevern. Ved inngangen til 2011 åpnet et samordnet, modernisert og forsterket tilbud innen rusbehandling i den nye Trondheimsklinikken. Byggefase 2 for det nye universitetssykehuset i Trondheim er på plan både i forhold til framdrift og budsjett og prosjektorganisasjonen Helsebygg Midt-Norge er under nedbemanning i takt med at byggeprosjektet er i ferd med å slutføres.

Helsetjenestens viktigste ressurs er medarbeiderne. Krevende omstillings- og forbedringsarbeid, forutsetter både tydelig ledelse og medvirkning fra ansatte. Helse Midt-Norge skal utvikle medarbeiderskapet gjennom samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene og gjennom å stimulere til faglig utvikling og nyskaping. Helsetjenesten har et betydelig potensial og behov for innovasjon, forskning og kompetansebygging. Dette er en sentral del av "Strategi 2020" som må få stor oppmerksomhet framover.

Brukermedvirkning

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok i 2002 å etablere Regionalt brukerutvalg. Utvalget oppnevnes for perioder på 2 år, og er et rådgivende organ for styret. Det består av brukerrepresentanter som er foreslått av frivillige organisasjoner og brukerorganisasjoner.

For å styrke brukermedvirkningen har Helse Midt-Norge vedtatt en handlingsplan for brukermedvirkning for perioden 2010 - 2015.

I 2011 har Regionalt brukerutvalg vært opptatt av ny helselovgivning og innføringen av samhandlingsreformen. Utvalget har også drøftet sammenslåingen av Helse Nordmøre og Romsdal HF og Helse Sunnmøre HF til Helse Møre og Romsdal HF. I disse sakene har utvalget påpekt betydningen av at brukermedvirkningen fortsatt ivaretas og at kvaliteten på tjenestetilbudet må opprettholdes. Det har i tillegg tatt opp pasienttransport og prehospitale tjenester, pasientopplæring og sykkelig overvekt. På habiliterings- og rehabiliteringsområdet har arbeid med rolle- og ansvarsavklaring i forbindelse med samhandlingsreformen vært etterlyst.

For utviklingsarbeid og prosjekter av ulike slag etterspørres brukerrepresentanter i stor grad. Brukermedvirkning i forskning eller brukere som medforskere har begynt å få fotfeste i kliniske miljøer.

Helse Midt-Norge RHF har jevnlig kontakt med Kompetansesenter for Brukermedvirkning og Tjenesteutvikling. Metoden "bruker spør bruker" er i 2011 brukt ved evaluering av det ambulerende teamet som følger opp blivende foreldre med rusrelaterte problemer ("Familieambulatoriet") i Helse Nord-Trøndelag HF.

Endring i ledelse og organisasjonsforhold

Direktør for helsefag, forskning og utdanning Nils Hermann Eriksson hadde permisjon fra Helse Midt-Norge RHF fra 01.01.2011 til 30.06.2011. Han fungerte da som administrerende direktør i Helse Nordmøre og Romsdal HF. I perioden han hadde permisjon var Henrik Sandbu konstituert. Direktør for stab og prosjektstyring Bård Helge Hofstad har i 2011 hatt permisjon. Ingerid Gunnerød har i 2011 vært konstituert som direktør for stab og prosjektstyring.

Nasjonalt samarbeid

Helse Midt-Norge deltar på mange samarbeidsarenaer innen forskjellige områder.

IKT

For å sikre overordnet samordning, koordinering og prioritering av IKT-tiltak i helse- og omsorgssektoren har Helse- og omsorgsdepartementet opprettet en egen e-helsegruppe. Gruppen skal gi råd til myndighetene, og gjennom dette bidra til en samordnet fremdrift mellom aktørene i sektoren. De fire regionale helseforetakene deltar i dette arbeidet sammen med flere andre direktorat og departement.

De fire helseregionene har gjennom flere år samarbeidet om felles utvikling av IKT- systemer gjennom prosjektorganisasjonen Nasjonal IKT (NIKT). NIKT består av et sekretariat, et prosjekteierforum (PEF) og styringsgruppe. Helse Midt-Norge deltar med representanter inn i alle disse gruppene. Hovedfokus i samarbeidet er utvikling og samordning av kliniske IT-systemer, herunder oppfølging av pålagte oppgaver fra Helse- og omsorgsdepartementet. Aktiviteten i NIKT er prosjektorganisert. Blant pågående prosjekter er etablering av et nasjonalt system for elektroniske resepter og informasjon knyttet til pasienters legemiddelbruk. Videre arbeides det blant annet med å legge til rette for informasjonsutveksling mellom kommuner og sykehus, IKT-støtte i akuttmottak og utvikling av pasientrettede IT-tjenester. Flere prosjekter er innrettet mot økt standardisering, f.eks gjennom etablering og innføring av nasjonale kodeverk og standarder

De regionale helseforetakene samarbeider med Norsk Helsenett SF om IKT-løsninger på flere områder. Blant annet er det etablert et felles nasjonalt IKT-system for rekvirering av pasienttransport, og det arbeides med å få på plass nasjonale løsninger for tilgang til folkeregister og adresseregister for helsetjenesten.

De regionale helseforetakene har i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å sørge for at nasjonale medisinske kvalitetsregistre blir etablert og kommer i landsomfattende drift med leveranse av data som grunnlag for kvalitetsforbedring av tilbudet til befolkningen. Helse Midt-Norge gjennom Hemit har ansvaret for å utvikle og levere den tekniske plattformen for de nasjonale kvalitetsregistrene.

Nasjonalt Meldingsløft er et samarbeid mellom Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, NAV, KS, legeforeningen og sykepleierforbundet for å få på plass elektroniske meldinger som henvisning, epikrise, rekvisisjon og svar, sykmelding og refusjon mellom helsetjenestens aktører. Arbeidet ledes fra Helsedirektoratet gjennom en styringsgruppe bestående av representanter fra aktørene.

Det nasjonale Programmet for Stabs- og Støttefunksjoner (NPSS) ble avsluttet i 2011. Helse Midt-Norge har gått videre med et eget prosjekt for anskaffelse av økonomi- og logistikk-løsning.

Helsefag

Gjennom det nasjonale fagdirektørmøtet samarbeider de fire regionale helseforetakene om koordinering og utvikling av spesialisthelsetjenesten. Helse midt-Norge har hatt ledelsen av det nasjonale fagdirektørmøtet til og med januar 2012.

Alle helseforetakene i regionen deltar i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender". Les mer under "Pasientsikkerhet".

Helse Midt-Norge er representert i referansegruppen for anskaffelse av nye redningshelikoptre i Norge (NAWSARH). Dett er et prosjekt i regi av Justis- og beredskapsdepartementet.

Helse Midt-Norge deltar i utviklingen av nasjonale kvalitetsregistre, der en registrerer opplysninger rundt forskjellige forhold ved behandling i helsetjenesten. Disse opplysningene skal brukes til forskning, og til kvalitetssikring av pasientbehandlingen. Helse Midt-Norge har ansvar for de største nasjonale medisinske kvalitetsregistrene i hjerte-karfeltet, og har hatt fokus på utvikling og bredding av registrene for å oppfylle ansvaret i det nasjonale fellesregisteret. Helse Midt-Norge har et særlig ansvar for utvikling av teknologiske løsninger for medisinske kvalitetsregistre.

Nasjonale kompetansesentre

Helse- og omsorgsdepartementet har fordelt ansvaret for pasientbehandling, utvikling og forskning på enkelte fagområder til de regionale helseforetakene. Helse Midt-Norge har det nasjonale ansvaret for behandling innen avansert invasiv fostermedisin og for fotoferesebehandling.

Regionen har også flerregional behandlingstjeneste for nyfødtkirurgi, der en mottar syke nyfødte barn fra andre helseregioner.

Helse Midt-Norge har nasjonale kompetansetjenester, dvs. særskilt ansvar for forskning og utvikling innen flere felter:

- Pasienter med sammensatte lidelser
- Avansert laparoskopisk kirurgi (kikkhullsoperasjoner)
- Hodepine
- Ultralyd- og bildeveiledet behandling
- Funksjonell MRI (bildediagnostikk) sammen med Helse Vest RHF

Innkjøp

Helse Midt-Norge RHF samarbeider med de andre regionale helseforetakene om innkjøp av varer og tjenester til helseforetakene. For en rekke tjenester, ordinært forbruksmateriell og etter hvert medisinsk forbruksmateriell skjer samarbeidet gjennom Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS), som er et heleid selskap av de regionale helseforetakene. For anskaffelser av eksterne helsetjenester fra private leverandører skjer det ikke en samordning av innkjøpene.

Pasientbehandling

Fra 2010 til 2011 var det en økning i den somatiske pasientbehandlingen. Dreining fra inneliggende behandling til økt bruk av poliklinisk behandling og dagbehandling fortsatte.

Gjennom arbeidet med standardiserte pasientforløp har Helse Midt-Norge gjennom 2011 bidratt til å sikre likeverdighet i pasientbehandlingen og høy kvalitet på tilbudet som gis. Dette arbeidet bidrar til bedre pasientflyt innad i sykehusene og mellom tjenestenivåer. Videre har det i løpet av 2011 vært stort fokus på arbeidet med pasientsikkerhet, at ventetiden til behandling skal reduseres og at fristbrudd skal elimineres. Dette arbeidet videreføres i 2012.

Innen psykisk helsevern arbeides det med at pasientene/brukerne skal få et tilbud som i størst mulig grad legger til rette for mestring og et normalt liv. Det er et sentralt mål at kompetansen og kapasiteten ved de distriktspsykiatriske sentrene i Helse Midt-Norge skal være tilstrekkelig, slik at sykehusene kun ivaretar oppgaver som bare kan utføres på sykehusnivå.

Helse Midt-Norge ledet arbeidet i Strategigruppe II for psykisk helsevern. Gruppen jobbet i 2011 med temaene "Pårørende som ressurs", "Barn og unge" og "Kvalitet". Rapporter fra disse prosjektene blir presentert på konferansen "La oss få det til å virke" i 2012.

Alle foretak har i 2011, i tråd med nasjonale føringer, hatt fokus på redusert og riktig bruk av tvungent psykisk helsevern. Helse Midt-Norge ligger under landsgjennomsnittet i bruk av tvang, men på enkeltområder er det store forskjeller mellom foretakene.

Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling har det i løpet av 2011 vært en økning i antall pasienter som mottar behandling. Det har ved alle institusjoner vært en økning i døgnbehandling og i antall polikliniske konsultasjoner. Det har også blitt utviklet en handlingsplan for reduksjon av ventetid, noe som ser ut til å ha hatt en positiv effekt.

Prioriteringer 2011

Strategi 2020 understreker behovet for dokumentert kvalitet. Arbeidet med kvalitetskultur og pasientsikkerhet er løftet høyt på agendaen både nasjonalt og i Midt-Norge. I likhet med i 2010, valgte Helse Midt-Norge å prioritere fire kvalitetsindikatorer særskilt i 2011: Fristbrudd, ventetid, epikrisetid og korridorpasienter.

I 2011 har Helse Midt-Norge jobbet målrettet med å fjerne fristbrudd. Ved inngangen av året hadde helseforetakene totalt 1 548 fristbrudd blant pasientene som hadde blitt behandlet. Antallet fristbrudd ble redusert til at 524 av pasientene ble behandlet etter fristens utgang i desember.

I januar 2011 hadde pasienter som hadde kommet til behandling ventet gjennomsnittlig 86 dager. Ved utgangen av desember hadde ventetiden sunket til 72 dager. En del av disse pasientene var blitt tildelt

såkalte "rett til nødvendig helsehjelp", dvs. en prioritert venteliste plass. Disse pasientene ventet i 76 dager i januar, og 54 dager i desember.

Når en pasient har vært til behandling på et sykehus skriver den som hadde ansvar for pasienten et sammendrag av behandlingen. Dette sammendraget kalles en epikrise, og sendes til fastlegen. I januar 2011 ble 78 prosent av epikrisene ved midtnorske helseforetak sendt ut innen en uke. Tilsvarende tall ved utgangen av desember var 76 prosent. Det nasjonale målet er at samtlige epikriser skal sendes ut innen en uke. I Helse Midt-Norge jobber man nå videre for å eliminere flaskehalser som forhindrer rask utsendelse.

I løpet av 2011 har andelen korridorpasienter i Helse Midt-Norge blitt stabilisert på et lavt nivå sammenlignet med tidligere år. I løpet av året har andelen variert fra 0,4% til 0,9%.

Pasientsikkerhet

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender" gjennomføres i spesialist- og primærhelsetjenesten i perioden 2011 - 2013, på oppdrag fra Helse- og omsorgsministeren. Kampanjen har tre hovedmål:

- Redusere pasientskader
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

Kampanjens mål skal nås ved å innføre konkrete forbedringstiltak på utvalgte innsatsområder.

I 2011 ble det gjennomført strukturerte journalundersøkelser ved alle helseforetakene i Midt-Norge. Formålet var å kartlegge forekomsten av pasientskader fram til 2010. Resultater fra undersøkelsen ble offentliggjort i desember 2011, og vil danne utgangspunkt for forbedringstiltak som skal gjennomføres de neste årene.

Kronisk syke

Helseregionen arbeider med å implementere nasjonale strategier på kreft, diabetes, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og spesialisthelsetjeneste for eldre. Dette skjer gjennom tiltak internt i helseforetakene og i samarbeid med kommuner og private rehabiliteringsinstitusjoner.

Økningen av overvekt og fedme i befolkningen har store konsekvenser for folkehelsen. Dette gir utfordringer både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det er nødvendig å utvikle bedre tiltak både innen forebygging og behandling. Helse Midt-Norge har vedtatt en regional handlingsplan for utvikling av diabetesomsorgen som nå skal realiseres. Planen er basert på den nasjonale strategien for diabetesområdet.

Det pågår flere prosjekter for å utvikle tjenestetilbudet til pasienter med kronisk sykdom. Et av de store prosjektene er "Samhandlingskjeden kroniske syke" som er en del av EU-prosjektet NEXES. Prosjektet har blant annet utviklet felles utskrivningsrutiner for pasienter uavhengig av diagnose for kommune- og spesialisthelsetjenesten. Parter i dette samarbeidet er St. Olavs Hospital HF, tidligere Helse Nordmøre og Romsdal HF, og kommunene Hitra, Fræna, Sunndal, Surnadal, Orkdal og Trondheim. Et annet prosjekt er "KOLS-Heim" der St. Olavs Hospital HF og Trondheim kommune har utarbeidet tiltak for å støtte hjemmebasert behandling, omsorg og rehabilitering for pasienter med KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom).

Samhandling

Samhandlingsreformen har til hensikt å forbedre samordningen mellom forskjellige tjenesteytere i helsesektoren, slik at pasientene skal kunne få mer strømlinjeformede tjenester.

I 2011 har en jobbet med å forberede innføringen av reformen. Arbeidet har bestått bl.a. i å forhandle fram samarbeidsavtaler med kommunegrupperingene i regionen. Samarbeidsavtalene er lovpålagt, men med et visst rom for lokale variasjoner. De fremforhandlede avtalene skal vedtas av styrene i helseforetakene og av alle enkeltkommunene.

Det er også startet opp arbeid med å etablere et administrativt samarbeidsorgan mellom helseregionen og kommunene. Dette organet vil blant annet bidra i utviklingen av helsetjenester innenfor samhandlingsområdet.

Helse Midt-Norge har også deltatt i regionale og nasjonale samarbeidsnettverk innen samhandling.

Opplæring av pasienter og pårørende

Helseforetakene har i mange år hatt opplæringstilbud både til pasienter og pårørende. For å støtte opp under pasient- og pårørendeopplæring i de kliniske avdelingene er det etablert lærings- og mestringssentre i helseforetakene. Rusbehandling Midt-Norge har et regionalt senter og Sykehusapotekene i Midt-Norge ivaretar opplæringen uten et eget senter. Sentrene bidrar med helsepedagogisk kompetanse, evaluering av opplæringstiltak, tilrettelegging for brukermedvirkning og har en sentral rolle i samhandlingen med kommunene.

Målsettingen for opplæring av pasienter og pårørende er å bidra til selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Dette innebærer bl.a. at pasienter får kunnskap til å ta beslutninger om egen helse og ferdigheter til å håndtere hverdagen med sykdom og /eller funksjonsnedsettelse.

I 2011 har Regionalt fagnettverk for opplæring av pasienter og pårørende arbeidet med en ny handlingsplan for opplæringsfeltet. Handlingsplanen skal bidra til gode opplæringstilbud til pasienter og pårørende, og bidra til at Helse Midt-Norge møter framtidens utfordringer skissert i Samhandlingsreformen og Strategi 2020. Satsningsområdene er:

- Integrere opplæring av pasienter og pårørende i pasientforløp
- Opplæring av pasienter og pårørende skal være kunnskapsbasert
- Fokus på mennesker med kronisk sykdom og/eller funksjonsnedsettelse i samhandling med kommunene

Handlingsplanen for opplæring av pasienter og pårørende skal ferdigstilles i 2012.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skjer gjennom enhetene innen Rusbehandling Midt-Norge HF, de somatiske helseforetakene og private institusjoner med driftsavtale.

Ventetid til behandling er fremdeles ikke tilfredsstillende, men det pågår ulike prosjekter for å kartlegge og forenkle pasientens vei fra henvisning og gjennom behandling, også kalt pasientforløp. Et pasientforløp involverer både kommunehelsetjenesten og helseforetakene, og Helse Midt-Norge har inngått forpliktende samarbeidsavtaler med alle kommunene i regionen. Det er etablert tiltak og prosjekter for å redusere ventetiden og forberede pasienten til behandling.

Det er åpnet en ny døgnenhet i Helse Nord-Trøndelag HF og en har etablert rusmestringsprogrammer i fengsler.

Mange pasienter innen rusbehandling velger å takke nei til behandling i tilfeller der de får tilbud om opphold på andre klinikker enn førstevalget. Disse har blitt stående utenfor den offisielle ventelistestatistikken, selv om de fortsatt er ventende. Praksisen for å registrere disse er blitt endret, slik at antallet ventende for 2011 er lavere enn hva en forventer for 2012, uten at det reelle tallet for antall ventende er endret.

Antall behandlede pasienter økte i 2011, men økningen var mindre innen poliklinisk behandling enn ønsket.

Habilitering og rehabilitering

Helse Midt-Norge driver faglig utvikling gjennom regionale fagnettverk både på habilitering og rehabilitering. Aktiviteten i nettverkene har som mål å standardisere tjenestetilbudet og skape lik utvikling og tilgjengelighet i hele regionen.

Helse Midt-Norge, Samordningsrådet mellom Helse Midt-Norge, NTNU og Høgskolene ba utdanningsinstitusjonene gjennomgå fagplanene for høgskoleutdannet helsepersonell. Formålet med henvendelsen var å øke andelen fagstoff om habilitering og rehabilitering i pensum for utdanningen. Tilsvarende brev ble sendt til de videregående skolene som utdanner Helsefagarbeidere. Henvendelsene ble besvart i slutten av 2011, og endringer blir iverksatt i løpet av 2012.

Pasientenes behov for helhetlige og sammenhengende tjenestetilbud har vært viktig for habilitering og rehabilitering lenge, men dette får fornyet betydning gjennom samhandlingsreformen.

I 2011 økte kjøp av private rehabiliteringstjenester utenfor regionen. Kjøpene foregikk hovedsakelig gjennom Helse Sør-Øst.

Prehospitale tjenester

De prehospitale tjenestene omfatter AMK-sentralene, samt ambulanserbiler, -båter, -fly og -helikoptre i Midt-Norge. I 2010 ble det satt i gang revisjon av den regionale planen for drift av disse tjenestene, og etter en omfattende offentlig høringsrunde ble planen ferdigstilt i 2011. Som konsekvens av den nye planen ble det vedtatt at Helse Midt-Norge skal overta drift av ambulansetjenesten fra 1.1.2013. Deler av denne tjenesten drives i dag av private aktører, og dagens avtaler med disse går ut denne datoen.

Overtakelse av ambulansetjenesten ble organisert som et prosjekt fra juni 2011. Ca. 700 ansatte hos private ambulansedrivere og ca. 62 stasjoner skal overtas av Helse Midt-Norge i prosjektet. I prosjektet ligger også en standardisering av opplæring av ambulansepersonell, bilpark, utstyr og ambulansestasjoner. Foretaket Ambulanse Midt-Norge HF ble etablert 1. desember 2011.

Videre ble det vedtatt avlastning av flyambulansetjenesten i Midt-Norge med en ny overføringsambulanse i Nordmøre og Romsdal. Det ble ikke funnet behov for ytterligere styrking av luftambulansetjenesten i prehospital plan.

Forskning og innovasjon

Forskning

Forskning er et av satsingsområdene i Helse Midt-Norge. Innsatsen kanaliseres dels gjennom helseforetakene og dels gjennom Samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge og Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet (NTNU).

Samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge og NTNU ble etablert i 2002 og har i henhold til instruksjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet ansvar for forvaltning av de regionale forskningsmidlene (<http://www.ntnu.no/dmf/rad/samorg>). Samarbeidsorganet forvaltet i 2011 totalt 159 millioner kroner til forskning og kompetanseutvikling, en økning på 30 millioner fra 2010. I tillegg avsetter de enkelte helseforetakene midler til forskning over egne budsjetter.

Omkring halvparten av forskningsbudsjettet går til stipender (Ph.d., postdoktor og forskerstipender). Det avsettes også midler til treårige forskningsprosjekter. For øvrig benyttes det midler til strategiske satsinger og infrastrukturtiltak. Blant de strategiske satsingene finner vi for eksempel Enhet for anvendt klinisk forskning, Regional forskningsbiobank Midt-Norge, HUNT forskingssenter og biobank. Noe av forskningsmidlene benyttes også til innovasjon, for eksempel til delfinansiering av MI-lab, som er et Senter for Forskningsbasert Innovasjon (SFI) ved St. Olavs Hospital og NTNU.

Den offisielle rapporteringen på den totale forskningsproduksjonen i regionen skjer fra 2011 gjennom CRISTIN (Current Research Information System in Norway).

Den delen av produksjonen som er finansiert av de regionale forskningsmidlene er imidlertid allerede tilgjengelig i det nasjonale forskningsregisteret (<http://forskningsprosjekter.ihelse.net/>). Dette er fagrapportene for alle forskningsprosjekter og strategiske tiltak som er finansiert av regionale forskningsmidler som forvaltes gjennom Samarbeidsorganet HMN-NTNU og tilsvarende for andre regioner.

Forskningsaktiviteten i foretaksgruppen omfatter i hovedsak klinisk pasientnær forskning og er til en viss grad en integrert del av den ordinære driften. En stor del av forskningen foregår i samarbeid med NTNU, noe ved høyskolene i regionen.

Den regionale forskningskonferansen ble i 2011 arrangert på Hell og er et viktig tiltak for bygging av forskningsnettverk.

Innovasjon

Helse Midt-Norge RHF ønsker å styrke innsatsen innen innovasjon, og deltar som part i regjeringens videreføring av satsing på behovs- og forskningsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007- 2017). Det er etablert en nasjonal samarbeidsavtale, opprettet et koordineringsutvalg med representanter fra aktørene og utarbeidet en tiltaksplan. Aktørene utgjorde i utgangspunktet Helsedirektoratet, InnoMed, Forskningsrådet, Innovasjon Norge og de regionale helseforetakene. Fra 2011 er kommunene representert for å styrke innovasjon i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Helse Midt-Norge vil videre legge til rette for å bedre utnyttelsen av den samlede regionale kommersialiseringskompetansen gjennom økt samarbeid med universitets- og høyskolesektoren. På bakgrunn av dette gikk Helse Midt-Norge RHF inn på eiersiden i teknologioverføringsselskapet NTNU Technology Transfer AS i 2011.

Helse Midt-Norge har videre deltatt i arbeidet med å komme fram til gode indikatorer for rapportering av innovasjonsaktiviteter samt arbeidet med nasjonale anbefalinger for innovative- og før-kommersielle anskaffelser.

Den regionale Innovasjonsprisen ble opprettet for å premiere gode innovasjonsprosjekter. Prisen blir første gang delt ut i 2012.

Åpenhet og kommunikasjon

Helse Midt-Norges kommunikasjonsstrategi er utformet for å understøtte gjennomføringen av "Strategi 2020" og Samhandlingsreformen. Det vil fortsatt være behov for samordning og koordinering både i forhold til eksterne og interne målgrupper.

Statlig kommunikasjonspolitikk legger vekt på at utviklings- og omstillingsprosesser skal bygge på prinsipper om åpenhet, involvering og medvirkning. Styremøter og styreseminarer er åpne og styret utøver meroffentlighet i alle saker som ikke er unntatt offentlighet.

Det gjennomføres jevnlig møter med fylkesordførerne og med kommunesektorens organisasjon KS i Midt-Norge. Kontakten med kommunene i regionen skjer hovedsakelig i regi av det lokale

helseforetaket, og det regionale foretaket deltar i noen av møtene. I tillegg er det gjennomført dialogmøter sammen med det lokale helseforetaket og kommuner/næringsforeninger.

Kontakten med lokale politiske myndigheter er videreutviklet og styrket. Minst en gang i året blir stortingspolitikere fra Midt-Norge orientert om status og utfordringer i regionen. Det er etablert faste møtepunkter med brukerne, tilsynsmyndigheter, pasientombudene, primærhelsetjenesten og i tillegg deltar Helse Midt-Norge i regelmessige nettverksmøter med de andre regionene.

Alle nettsteder i regionen er tilpasset Helse- og omsorgsdepartementets felles rammeverk for nettbasert kommunikasjon. Nettsted, magasinet Helse og pressemeldinger brukes jevnlig i kommunikasjonsarbeidet. I tillegg er det tatt i bruk sosiale medier som Facebook og Twitter. Styrene i alle helseforetakene, og brukerutvalgene i de store helseforetakene bruker nå kun ekstranettet til styreadministrative oppgaver.

Økonomi og økonomistyring

Innledning

Foretaksgruppens resultat ble et overskudd på 416,6 millioner kroner. Dette er 416,6 millioner kroner bedre enn eiers resultatkrav. Styret er meget tilfreds med det arbeidet som er gjort for å få til omstilling og bedret økonomisk styring. Resultatet har stor betydning for at en skal sikre befolkningen et godt og forutsigbart helsetilbud framover. Selv om regionen de siste årene har hatt økonomisk balanse finnes det fortsatt utfordringer i årene fremover når det gjelder betjening av kapitalkostnader som en konsekvens av nye store byggeprosjekter.

Det har også i 2011 vært betydelig fokus på kostnadskontroll og at en i regionen ikke bruker mer penger enn det som er til rådighet. Store underskudd gjennom flere år sammen med store låneopptak, blant annet som følge av bygging av nytt universitetssykehus i Trondheim, har bidratt til at rentebærende gjeld er svært høy. Foretaket er av den grunn eksponert for endringer i rentenivået. Arbeidet med langtidsbudsjett viser at Helse Midt-Norge også i tiden framover må jobbe systematisk med omstilling og effektivisering for å håndtere kapitalkostnader og planlagte investeringer i årene fremover. Kapitalkostnadene er en utfordring i årene som kommer, men det er også slik at foretaksgruppen skal høste av milliardinvesteringen i form av bedre kvalitet for pasienter og pårørende.

Opplegget med strammere styring og tettere oppfølging har hatt positiv effekt, og fokus på økonomi har blitt en mer naturlig del i alle ledd i organisasjonen.

Årsregnskapet

Årsregnskapet er avlagt etter regnskapsloven og norske regnskapsprinsipper. Styret og administrerende direktør bekrefter at forutsetningene for videre drift er til stede, jf regnskapslovens paragraf 3-3. Årsregnskapet for 2011 er utarbeidet i samsvar med dette.

Foretakets økonomiske utvikling

Årsoverskuddet for foretaksgruppen for 2011 ble 416,6 millioner kroner. Dette er 416,6 millioner kroner bedre enn eiers resultatkrav for 2011.

Helse Midt-Norge hadde brutto driftsinntekter på 16,5 mrd kroner i 2011 mot 15,1 mrd kroner året før. Stortinget sitt vedtak om endring i offentlig tjenstepensjon den 25. juni 2010 innebar en reduksjon i pensjonskostnader for 2010 for Helse Midt-Norge med 1,3 mrd noe som medførte at basisrammen ble redusert med 640 millioner kroner.

Den generelle basisfinansieringen fra staten utgjorde 11 429 millioner i 2011 mot 10 130 millioner kroner i 2010. Det var lagt til grunn en generell vekst i pasientbehandlingen på 1,4 %.

Lønn og personalkostnader utgjorde 58 prosent av foretaksgruppens totale driftskostnader i 2011 mot 54 prosent i 2010. Totale lønnskostnader er økt fra 7.403 til 9.370 mill kroner i 2011. Lavt tall i 2010 skyldes i hovedsak regnskapsmessig effekt av pensjonsreformen.

Varekostnader inkl kostnader til legemidler og andre kostnader til eget forbruk økte med 83 millioner kroner, det vil si en økning på 4,9 prosent fra 2010 til 2011. Kjøp av helsetjenester utgjorde 1 966 mill kroner i 2011 mot

1 867 millioner kroner i 2010. I dette inngår kostnader til kjøp av behandling utført av avtalespesialister, private sykehus, sykehus i andre regioner, opptreningsinstitusjoner og ambulansetjenester.

Ordinære avskrivninger er økt fra 784 mill kroner i 2010 til 810 mill kroner i 2011. Deler av avskrivningskostnadene er finansiert ved særskilte investeringstilskudd. I 2011 utgjorde inntektsføring av slike tilskudd 193 mill kroner mot 184 mill kroner i 2010.

Netto finanskostnader for foretaksgruppen er økt fra 133 mill kroner i 2010 til 138 mill kroner i 2011.

Av balanseført anlegg under utførelse er 426 millioner kroner knyttet til utbygging av nytt universitetssykehus på Øya. Byggefase 2 er inne i slutfase og alle bygg er overlevert pr 31.12.2011, med unntak av Kunnskapsenteret. Pr 31.12.2011 er det påløpt 6 431 mrd kr så langt i byggefase 2. Prognose sluttsum er på 7 561 mrd kroner.

Kortsiktig gjeld er redusert med 399 millioner kroner. Trekk på driftskontoen er redusert med 376 millioner kroner, samtidig har annen kortsiktig gjeld, offentlige avgifter og lignende blitt redusert med 23 millioner kroner.

Helse Midt-Norge har konsernkontoordning. Foretaksgruppen hadde en kredittramme på 1 982 millioner kroner i 2011. Ved utgangen av året var trekket på 825 millioner kroner mot 1 200 millioner kroner ved utgangen av 2010. Rentebærende langsiktige lån er redusert med 11 mill kr i 2011 i forhold til 2010. Totalt gir dette en reduksjon i rentebærende gjeld ved årsskiftet på 387 millioner kroner. Tilsvarende tall fra 2010 til 2011 viste en økning på 617 millioner kroner.

Foretaksgruppen har ved utgangen av 2011 en samlet pensjonsforpliktelse på 21 milliarder kroner. Av denne forpliktelsen er 7,5 milliarder kroner en ikke regnskapsført forpliktelse, i tråd med regnskapsreglene, jf note 17. Disse betydelige forpliktelsene vil påvirke foretaksgruppens framtidige likviditet i form av innbetalinger til pensjonsordningen.

Arsresultat Helse Midt-Norge RHF

Årsresultatet for Helse Midt-Norge RHF viser et overskudd på 404,7 millioner kroner. Resultatet framkommer etter netto reversering av tidligere nedskrivninger knyttet til verdier av investeringer i datterforetak med 196 millioner kroner.

Lønns- og personalkostnadene i Helse Midt-Norge RHF har økt med 8 % i 2011. Lavt tall i 2010 skyldes i hovedsak regnskapsmessig effekt av pensjonsreformen.

Det har i 2011 vært økt aktivitet og bemanning hos konsernledelsen og i IKT-enheten Hemit mens det har vært en nedbemanning i Helsebygg. De senere års økning i investeringer innen IKT er årsaken til de økte avskrivningskostnadene. Videre har andre driftskostnader økt med 60 millioner kroner, fra 507 millioner kroner i 2010 til 567 millioner kroner i 2011.

Finansiell risiko

Tidligere underskudd sammen med store langsiktig låneopptak til blant annet bygging av nytt universitetssykehus i Trondheim har bidratt til at rentebærende gjeld er svært høy. Foretaket er av den grunn eksponert for endringer i rentenivået. For å redusere noe av denne risikoen har en bundet renten for inntil 10 år for lånene fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Ved utgangen av 2011 hadde Helse Midt-Norge en gjeld til eier på 3 695 millioner kroner. I takt med utbyggingen i Trondheim vil gjeldsgraden samt risikoen knyttet til utviklingen i rentenivået øke. Tilbakebetaling av lån gir regionen likviditetsmessige utfordringer. Dette vil kreve fokus på tiltak som kan bedre foretaksgruppens likviditet også i årene fremover.

Helse Midt-Norge RHF har en egenkapital ved utgangen av 2011 på 4 921 millioner kroner. Foretaksgruppens egenkapital ved utgangen av 2011 er på 4 993 millioner kroner mot 4 577 millioner kroner ved utgangen av 2010. Store underskudd tidligere år medført at egenkapitalen har blitt kraftig redusert. Regnskapsåret 2011 har bidratt til en økning av egenkapitalen. Styrking av egenkapitalen til helseforetakene i foretaksgruppen vil i hovedsak måtte skje gjennom krav om positivt resultat.

Personell og kompetanse

Bemanning

Antall ansatte og årsverk

Helse Midt-Norge hadde i samlet foretaksgruppe gjennomsnittlig 20 287 antall ansatte i 2011, mot 20 211 i 2010. Av disse er 77 % kvinner og 23 % menn.

Antall årsverk har i 2011 vært 14 738, mot 14 304 året før.

I Helse Midt-Norge RHF var det 01.01.12 til sammen 331 ansatte. Av disse er 66 ansatte i foretaksadministrasjonen i Stjørdal og 243 ansatt i Hemit og 22 ansatte ved Hemit. Av disse er det 31% kvinner og 69% menn.

I ledelsen i Helse Midt-Norge RHF er det til sammen 27 ledere. Av disse er det 8 direktører i foretaksadministrasjonen i Stjørdal og 19 ledere på Hemit. Det er 33% kvinner i ledelsen i Helse Midt-Norge RHF.

Sykefraværet i administrasjonen på Stjørdal var på 4,11 %. Ved Hemit var sykefraværet på 5,1 %.

Det er ikke registrert skader eller ulykker på ansatte ved Helse Midt-Norge RHF.

Likestilling

Helse Midt-Norge har som mål å praktisere likestilling mellom kvinner og menn når det gjelder rekruttering til lederstillinger. Et virkemiddel for å få til dette er bl.a. å sikre god kjønnsbalanse i utplukking av kandidater til det nasjonale topplederprogrammet. Fordelingen av ledere i samlet foretaksgruppe var i 2011 63 % kvinner og 37 % menn, mens fordelingen av det totale antall stillinger var hhv. 76 % og 24 %.

Når det gjelder styresammensetting og medlemmer i brukerutvalg ved alle foretak er det som i tabell under:

Likestilling i styrer og utvalg					
	Totalt 2011	Kvinner		Menn	
		2011	2010	2011	2010
Styremedlemmer i Helse Midt-Norge RHF	13	46 %	54 %	54 %	46 %
Styremedlemmer i foretaksgruppen	65	55 %	46 %	45 %	54 %
Brukerutvalg i Helse Midt-Norge	27	45%	51%	55%	49%

Deltid

Helse Midt-Norge har i 2011 jobbet aktivt med å tilrettelegge for hele stillinger og redusere andelen deltid. I samarbeid med øvrige regioner er det utviklet indikatorer for beregning av stillingsandeler og delvis implementert deltidsindikatorer.

Deltidsreduksjon har hatt stor fokus i hele organisasjonen og det har både blitt jobbet systematisk med å etablere en kultur for hele stillinger, samt iverksatt konkrete tiltak for å redusere ufrivillig deltid. Eksempel på slike tiltak har vært å gi fast tilsetning i vikarpooler, vurdere noe større hyppighet på arbeidshelger og lengre arbeidstid i helgene. Erfaringene viser imidlertid at der det stilles krav til arbeidsplaner som innebærer arbeid på flere enheter/klinikker, er det forholdsvis få som ønsker utvidelse av stilling selv om disse i utgangspunktet har meldt slikt ønske. Reduksjonen i andel deltid i løpet av 2011 er marginal og andelen deltid i regionen var ved utgangen av 2011 på 43,9% . Foreløpige analyser viser at hvis vi trekker fra de som har rettighetsbasert deltid og de som både arbeidsgiver og arbeidstager ønsker i deltid (kombinert stillinger mellom HF og utdanningsinstitusjoner og kombinasjonsstillinger med offentlige verv) vil andelen deltid reduseres til ca 30%. Hvis vi i tillegg trekker fra de deltidsansatte som ikke ønsker økt stillingsandel, vil det være relativt få deltidsansatte som reelt sett ønsker seg økte stillinger. Dette viser at det må arbeides langsiktig med å øke stillingsandelene.

Arbeidsmiljø

Et godt arbeidsmiljø er en forutsetning for at Helse Midt-Norge skal nå sine målsettinger. Medarbeiderne i helseforetakene er virksomhetens viktigste ressurs. I den regionale handlingsplanen for strategisk HR som ble revidert høsten 2011, er arbeidsmiljø ett av tre fokusområder. Samtidig ser vi at arbeidsmiljø er sterkt gjensidig avhengig av de to andre fokusområdene som er ressursstyring og kompetanse. En viktig felles faktor for alle fokusområdene er viktigheten av en trygg og kompetent lederrolle.

Sykefravær

Helse Midt-Norge har satt som mål om å redusere sykefraværet i tråd med avtalen om Inkluderende Arbeidsliv. Sykefraværet i Foretaksgruppen var høyt de første månedene i 2011, men ble deretter gradvis lavere fram til årets siste måneder der det ble en økning igjen. Gjennomsnittlig sykefravær for 2011 er 8,24 %, mot 8,25 % i 2010. Det er store variasjoner mellom stillingsgrupper, alder og kjønn. Hvert foretak har etablert planer med måltall som skal føre til en sykefraværspersent for samlet foretaksgruppe på 7 % ved utgangen av 2013.

HMS - skader/ulykker

Det ble innrapportert 1059 uønskede hendelser eller skader i helseforetaksgruppen for 2011. De største kategoriene er trusler og vold mot medarbeidere innen psykisk helsevern. Innenfor de andre områdene er det løft, klemming, kutt og fall som representerer de uønskede hendelsene.

Foretaksgruppen arbeider systematisk med helse-, miljø- og sikkerhetsspørsmål for å redusere både sykefraværet og tallet på skader og uønskede hendelser. HMS-arbeidet er løftet fram i foretaksgruppen gjennom Handlingsplan for strategisk HR 2008-2013. Årlig blir det gjennomført HMS-møter og det blir gjennomført vernerunder i alle helseforetak.

Helse Midt-Norge har et godt etablert og velfungerende samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten. Det er hyppig både formell og uformell kontakt mellom arbeidsgiversiden og arbeidstakersiden. Det gjennomføres regelmessige samlinger mellom tillitsvalgte, verneombud og arbeidsgiver både på foretaks- og regionnivå. Tillitsvalgte og verneombud deltar også aktivt i regionale prosjekt .

130 ledere har gjennomført HMS-kurs med tema innen generelt HMS- arbeid, forskrifter, lover, internkontroll, roller og ansvar, kartlegging og risikovurdering, fysisk og psykisk arbeidsmiljø samt arbeidsgivers plikter. 5802 ansatte har gjennomført brannvernopplæring i en kombinasjon av fysiske kurs og sertifisering gjennom eLæring.

Arbeidsmiljøundersøkelse

Det har vært gjennomført systematiske arbeidsmiljøundersøkelser i hele foretaksgruppen i 2006, 2008 og 2011. Ved undersøkelsen i 2011 ble det satt spesielt fokus på arbeidsglede og lojalitet som resultatparametre.

Oppfølging/tilsyn

I tillegg til egne undersøkelser, har spesialisthelsetjenesten vært viet stor oppmerksomhet fra Arbeidstilsynet. Dette har bidratt til forbedringer i det systematiske HMS-arbeidet og til at verneombud og vernetjenesten har fått et mer fremtredende og tydelig plass i arbeidsmiljøutviklingen.

Etisk rekruttering/diskriminering

Gjennom tydelige rammeavtaler med leverandører og gode beskrivelser av rutiner knyttet til rekrutteringsprosessen mener Helse Midt-Norge at forholdene ligger godt til rette for at rekruttering skjer på etisk riktig måte. Gjennom regionale retningslinjer for rekruttering ivaretas krav etisk rekruttering for hele foretaksgruppen. Rutiner for rekrutteringer er tilgjengeliggjort for alle ansatte og ledere i felles kvalitetssystem og personalhåndbok.

Kompetanse

Ett av de fem strategiske målene i Strategi 2020 er "Rett kompetanse på rett sted til rett tid". Strategien er fulgt opp med 2 regionale prosjekter som har særlig relevans til HR-området.

- Kompetanse og kapasitet – vurdering av kompetanse- og kapasitetsbehov i strategiperioden. Prosjektet beskriver utfordringsbildet og skisserer viktige tiltaksområder. I oppfølgingen her er det etablert et annet regionalt utredningsprosjekt som ser spesielt på behov for legespesialistressurser og fordeling av disse.
- Fremtidig universitetssykehusfunksjon – Beskriver det integrerte universitetssykehusets ansvar og rolle knyttet til utdanning av leger, kunnskapsbasert pasientbehandling, standardiserte pasientforløp, veiledning, forskning og kvalitetsregistre.

Analyse av kompetansebehov

I første kvartal 2011 var det intensivt arbeid med kartlegging av personell og kompetansebehov i spesialisthelsetjenesten. Dette ble gjennomført som et analyseprosjekt innen kompetanse og kapasitet som ledd i oppfølging av Strategi 2020. Prosjektet leverte en grundig rapport med analyser av kompetansesammensetting og kapasitetsbehov i Midt-Norge.

I annet halvår 2011 ble det jobbet videre med planlegging av tiltak for å møte utfordringene, som f.eks. kompetanseledelse og styrket samarbeid med utdanningsinstitusjoner og kommuner, styring av legehjemler inkl. avtalespesialister, samt reduksjon av deltid.

Lærlinger

Helse Midt-Norge har økt antall læreplasser for helsefagarbeidere, men har erfart at det er en utfordring å rekruttere kandidater til plassene. Det er også mange som avslutter utdanningen før den er fullført. En arbeider kontinuerlig med å styrke helsefagarbeiderens plass gjennom et samarbeid med Yrkesopplæringsnemnda i Sør-Trøndelag fylkeskommune, videregående skoler, Spekter og kommunene. I forberedelsene av overtakelse av ambulansetjenesten jobbes det også aktivt for å sørge for god og tilstrekkelig utdanning av ambulansefagarbeider.

Lederutvikling

I 2011 ble det igangsatt et arbeid for å utarbeide en nasjonal plattform for ledelse i helseforetakene. Et mål med plattformen er å komme frem til en ny forståelse av hva fremtidens helseledelse vil innebære. Lederplattformen skal konkretisere verdier, prinsipper, retningslinjer og krav til lederadferd i helseforetakene. Den nasjonale lederplattformen vil ligge til grunn for videreutvikling av regionale og

lokale lederutviklingsprogram i HMN. Helse Midt-Norge har i 2011 også hatt 12 ledere med som deltakere i det nasjonale topplederprogrammet for helseforetakene.

Ytre miljø

I 2010 ble utredet en rekke miljøtiltak innenfor områdene innkjøp, bygg og transport. I januar 2011 ble de regionale helseforetakene bedt om å følge opp de foreslåtte tiltak herunder gjennomføre miljøsertifisering av alle helseforetak. Arbeidet med miljøsertifisering i henhold til ISO 14001-standarden er startet og forutsettes slutført i 2014.

Avfall

Det arbeides for å redusere avfallsmengden fra foretakene i Helse Midt-Norge til et minimum. For Midt-Norge har rivingsarbeid ved St. Olavs Hospital vært et viktig prosjekt. Riving av høyblokk startet i 2010 og var i mål tidlig i 2011. I alt er 10.000 kubikkmeter betong knust til forskjellige fraksjoner og gjenbrukt i gater og plasser på Øya i Trondheim. Byggavfall vil bli særskilt behandlet i det interregionale miljø- og klimaprojektet, delprosjekt bygg- og miljø og det er satt et mål om at minimum 90% av byggavfall i nybyggprosjekt og 95% i rivingsprosjekt ombrukes eller gjenvinnes innen 01.01.2014.

Energi

ENØK-tiltak har bidratt til at energibruken i Helse Midt-Norge har vært jevnt synkende over flere år. Vedtatt strategisk plan for energibruk sier at Helse Midt-Norge skal være langsiktig og profesjonell eier, bygge moderne areal- og energieffektive bygg som er miljøvennlige og har god energifleksibilitet. Det ble også i 2011 investert i ENØK-tiltak. ENOVA har gitt støtte til et energiprogram som skal løpe over 3 år hvor målet er å spare 15 GWh/år. I det interregionale miljø- og klimaprojektet, delprosjekt bygg og miljø, er energi gitt særskilt behandling. Det foreslås her at en skal innføre energiledelse i alle helseforetak og at nybygg minimum skal tilfredsstille kravet til energimerke B og at passivhus skal vurderes for alle nybygg f.o.m. 2014.

Innkjøp

Offentlige anskaffelser skal gjennomføres slik at det tas miljøhensyn slik at en velger løsninger som har lav negativ påvirkning på miljøet. Helse Midt-Norge deltar aktivt i interregionalt arbeid for å imøtekomme disse kravene. Helse Midt-Norge RHF er kontrollmedlem i Grønt Punkt Norge, noe som innebærer at vi stiller krav om at våre leverandører skal ha en returemballasjeordning. I 2011 har det vært spesiell oppmerksomhet på problemstillinger rundt bruk av ftalater (mykgjørere i plastprodukter) i medisinsk utstyr og forbruksmateriell.

Transport

Innenfor pasienttransport er transporttilbudet forsøkt effektivisert gjennom samkjøring av pasienter som skal til eller fra behandling. Gjennom kjørekontorene koordineres pasienttransporten på mest mulig kostnadseffektiv måte.

Det er i tillegg definert mål for reduksjon av reisevirksomheten ansatte i hele helseregionen.

Disponering av årsresultatet for 2011

Styret foreslår at årets overskudd på 404,7 millioner kroner i Helse Midt-Norge RHF anvendes til dekning av tidligere års udekket tap med 404,5 millioner kroner og 0,2 millioner overføres til fond for vurderingsforskjeller. Total egenkapital etter dette er på 4 921 millioner i Helse Midt-Norge RHF.

Styret og administrerende direktør er ikke kjent med forhold av betydning for å bedømme foretakets stilling ut over det som framgår av årsberetning og årsregnskap.

Stjørdal, 10. mai 2012

Marthe Styve Holte
styrets leder

Kåre Gjønnnes
nestleder

Eva Vinje Aurdal

Ottar Brage Guttelvik

Vigdis Harsvik

Tore Kristiansen

Trond Prytz

Gunn Iversen Stokke

Kjersti Tommelstad

Ellen Marie Wøhni

Tore Brudeseth

Björg Henriksen

Nils Håvard Dahl

Gunnar Bovim
administrerende direktør

Årsregnskap 2011 - Helse Midt-Norge RHF

Resultatregnskap

Helse Midt-Norge RHF		NOTE	(Beløp i hele 1.000)		Foretaksgruppen	
2010	2011				2011	2010
10 130 358	11 429 127	1,2	Basisramme	1,2	11 429 127	10 130 358
3 283 345	3 425 040	1,2	Aktivitetsbasert inntekt	1,2	3 888 008	3 746 351
974 699	1 092 183	1,2	Andre driftsinntekter	1,2	1 211 035	1 208 491
14 388 402	15 946 349		Sum driftsinntekter		16 528 170	15 085 199
13 460 811	14 943 036	1,3	Kjøp av helsetjenester	1,3	1 966 745	1 867 076
0	9	1,3	Varekostnad	1,3	1 775 866	1 693 227
180 396	195 088	1,4,17	Lønn og annen personalkostnad	1,4,17	9 370 297	7 403 011
69 584	64 543	1,8,9	Ordinære avskrivninger	1,8,9	809 654	784 475
8	6 434	1,8,9	Nedskrivning	1,8,9	59 620	2 138
507 159	567 382	1,5	Annen driftskostnad	1,5	1 990 981	1 963 158
14 217 957	15 776 492		Sum driftskostnader		15 973 164	13 713 085
170 444	169 858		DRIFTSRESULTAT		555 007	1 372 114
135 631	133 809	6	Finansinntekter	6	16 663	8 487
-1 028 929	-196 223	10	Nedskrivning/reversering av nedskr finansielle anl		0	0
109 343	95 187	6	Annen finanskostnad	6	154 742	141 779
1 055 218	234 845		Netto finansposter		-138 079	-133 292
1 225 662	404 703		RESULTAT FØR SKATT		416 927	1 238 823
0	0		Skattekostnad på ordinært resultat	7	342	901
1 225 662	404 703		ÅRSRESULTAT	16	416 586	1 237 922
OVERFØRINGER						
0	0	15	Overført fra annen innskutt egenkapital			
0	0		Overført fra strukturfond	15	0	0
1 906	170	15	Overført til/fra fond for vurderingsforskjeller	15	170	1 906
1 223 756	404 533	15	Overført til/fra annen egenkapital	15	416 416	1 236 016
1 225 662	404 703		Sum overføringer		416 586	1 237 922

Balanse

Helse Midt-Norge RHF		Note nr	(Beløp i hele 1.000)	Note nr	Foretaksgruppen	
31.12.2010	31.12.2011				31.12.2011	31.12.2010
			EIENDELER			
			Anleggsmidler			
			Immaterielle driftsmidler			
148 773	201 002	8	Immaterielle eiendeler	8	214 197	165 039
0	0		Utsatt skattefordel	7	0	898
148 773	201 002		Sum immaterielle eiendeler		214 197	165 936
			Varige driftsmidler			
0	0	9	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	9	12 288 564	12 138 337
40 082	68 978	9	Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler o	9	1 703 831	1 782 335
328 468	426 485	9	Anlegg under utførelse	9	282 446	561 203
368 550	495 462		Sum varige driftsmidler		14 274 841	14 481 875
			Finansielle anleggsmidler			
3 942 295	4 138 718	10,11	Investering i datterselskap/-foretak	10,11	0	0
17 902	29 030	10	Investering i FKV og TS	10	29 030	17 902
3 195	3 689	11	Investering i andre aksjer og andeler	11	414 627	375 913
4 096 914	3 889 597	11	Andre finansielle anleggsmidler	11	99 569	97 871
569	499	17	Pensjonsmidler	17	939 443	1 085 395
8 060 875	8 061 532		Sum finansielle anleggsmidler		1 482 669	1 577 081
8 578 198	8 757 997		Sum anleggsmidler		15 971 707	16 224 893
			Omløpsmidler			
133	0		Varer	12	208 419	200 925
941 861	484 543	13	Fordringer	13	693 093	649 881
1 250 789	2 769 675	14	Bankinnskudd, kontanter og lignende	14	705 467	619 417
2 192 783	3 254 218		Omløpsmidler		1 606 979	1 470 223
10 770 982	12 012 216		SUM EIENDELER		17 578 686	17 695 115

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen		
31.12.2010	31.12.2011	Note nr	(Beløp i hele 1.000)	Note nr	
			EGENKAPITAL OG GJELD		
			Innskutt egenkapital		
100	100	15	Foretakskapital	15	100
6 519 617	6 519 617	15	Annen innskutt egenkapital	15	6 485 285
6 519 717	6 519 717		Sum innskutt egenkapital		6 485 385
			Opptjent egenkapital		
6 777	6 946	15	Fond for vurderingsforskjeller	15	6 946
-2 009 733	-1 605 199	15	Annen egenkapital	15	-1 498 906
-2 002 956	-1 598 252		Sum opptjent egenkapital		-1 491 960
4 516 761	4 921 465		Sum egenkapital		4 993 425
			Gjeld		
50 382	57 876	17	Pensjonsforpliktelser	17	379 933
0	0		Utsatt skatt	7	0
1 098 763	927 845	18	Andre avsetninger for forpliktelser	18	4 928 271
1 149 145	985 721		Sum avsetninger for forpliktelser		5 308 204
			Annen langsiktig gjeld		
3 706 338	3 695 441	19	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	19	3 695 441
756 835	964 115	19	Øvrig langsiktig gjeld	19	25 922
4 463 173	4 659 556		Sum annen langsiktig gjeld		3 721 363
			Kortsiktig gjeld		
0	824 950		Driftskreditt		824 950
0	0		Betalbar skatt	7	0
18 500	19 413		Skyldig offentlige avgifter		621 431
623 403	601 112	20	Annen kortsiktig gjeld	20	2 109 314
641 903	1 445 475		Sum kortsiktig gjeld		3 555 694
6 254 221	7 090 751		Sum gjeld		12 585 261
10 770 982	12 012 216		EGENKAPITAL OG GJELD		17 578 686

Stjørdal, 10.5.2012

Marthe Styve Holte
styrets leder

Kåre Gjønnes
nestleder

Eva Vinje Aurdal

Ottar Brage Guttelvik

Vigdís Harsvik

Tore Kristiansen

Trond Prytz

Gunn Iversen Stokke

Kjersti Tommelstad

Ellen Marie Wøhni

Tore Brudeseth

Björg Henriksen

Nils Håvard Dahl

Gunnar Bovim
administrerende direktør

Kontantstrømoppstilling

Helse Midt-Norge RHF		KONTANTSTRØMOPPSTILLING	Foretaksgruppen	
2010	2011		2011	2010
		(Beløp i hele 1.000)		
		KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE		
1 225 662	404 703	Årsresultat før skatt	416 927	1 238 823
69 584	64 543	Skatteutbetaling		-944
	6 434	Ordinære avskrivninger	809 655	784 475
		Nedskrivninger anleggsmidler	59 620	2 137
3 481	7 564	Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i pensjonsordninger	236 802	-1 177 462
0		Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler		-100 628
-1 030 827	-196 393	Øvrige resultatposter uten kontanteffekt	-2 270	-1 906
-636 771	457 451	Endring i omløpsmidler	-50 706	-109 386
-103 975	-21 378	Endring i kortsiktig gjeld	-23 047	24 251
-9 115	-9 685	Inntektsførfing av investeringstilskudd	-189 606	-183 879
-481 961	713 239	Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	1 257 375	475 481
		KONTANTSTRØMMER FRA		
3 205 561		9 Innbetalinger ved salg driftsmidler	18 441	248 868
337 789		9 Overføring av varige driftsmidler til NTNU		337 789
-556 662	-411 350	9 Utbetalinger ved kjøp driftsmidler	-751 585	-956 826
	207 317	Innbetalinger ved avdrag på utlån		
-2 074 211		Utbetalinger ved utlån	-1 698	-72 219
		Innbetaling ved salg av andre finansielle eiendeler		
-6 430	-11 652	Utbetaling ved kjøp av andre finansielle eiendeler	-49 842	-38 344
906 047	-215 685	Netto kontantstrømmer fra investeringsaktiviteter	-784 684	-480 732
		KONTANTSTRØMMER FRA		
396 418	409 822	Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	202 542	252 602
-157 773	-213 439	Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	-213 439	-178 839
	824 950	Ekstraord nedbetaling av langsiktig gjeld		
		Endring driftskreditt	-375 744	605 954
		Innbetalinger ved opptak øvrig kort- og langsiktig gjeld		
		Utbetalinger ved nedbetaling av øvrig kort- og langsiktig		
-777 481		Overført investeringstilskudd til HF		
-337 789		Overført investeringstilskudd til NTNU		-337 789
		Innbetaling av investeringstilskudd		
		Endring øvrige langsiktige forpliktelser		
		Endring foretakskapital med kontanteffekt		
-876 625	1 021 333	Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	-386 641	341 928
		Netto endring i likviditetsbeholdning	86 050	336 677
-452 539	1 518 887	Likviditetsbeholdning 01.01	619 417	282 740
1 703 329	1 250 789	Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12.	705 467	619 417
1 250 789	2 769 675			
Limit på driftskonto pr 31.12.			1 982 000	2 295 000

Noter til årsregnskapet for 2011

Regnskapsprinsipper

Generelt om regnskapet og etablering av Helse Midt-Norge RHF

Årsregnskapet er satt opp i samsvar med regnskapsloven av 1998, jf. Lov om helseforetak. Det er utarbeidet etter norske regnskapsstandarder og retningslinjer gitt av eier.

Helse Midt-Norge RHF er etablert som et regionalt helseforetak, og virksomheten reguleres særskilt gjennom helseforetaksloven. Helse Midt-Norge RHF ble stiftet 17.8.2001. Staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene den 1.1.2002, og på dette tidspunkt ble foretaksgruppen etablert.

Åpningsbalansen

Som følge av at helseforetakene er non-profit-virksomheter der eier har stilt krav om resultatmessig balanse i driften, men ikke krav til avkastning på innskutt kapital, representerer bruksverdi virkelig verdi for anleggsmidler.

I åpningsbalansen er bruksverdien satt til gjenanskaffelseskost. For bygg og tomter er gjenanskaffelsesverdi basert på takster utarbeidet av uavhengige tekniske miljøer høsten 2001. I gjenanskaffelsesverdien er det tatt hensyn til slit og elde, teknisk og funksjonell standard etc. Også for andre anleggsmidler er gjenanskaffelseskost beregnet. For overførte anleggsmidler der det pr. 1.1.2002 var kjent at disse ikke ville være i bruk eller kun ville være i bruk en begrenset periode i framtiden, er det gjort fradrag i åpningsbalansen.

Prinsipper for konsolidering

Helse Midt-Norge RHF består av konsernets administrasjon som er plassert på Stjørdal, prosjektorganisasjonen Helsebygg Midt-Norge og IKT-avdelingen Helse Midt-Norge IT. Helsebygg Midt-Norge har som oppgave å ivareta planlegging og bygging av nytt sykehus ved datterforetaket St. Olavs Hospital HF i Trondheim. Helse Midt-Norge IT ble etablert i 2003, og er en samordning av IT-tjenestene i regionene.

Regnskapet for foretaksgruppen inkluderer helseforetakene Helse Nord-Trøndelag HF, St. Olavs Hospital HF, Rusbehandling Midt-Norge HF, Helse Møre og Romsdal HF, og Sykehusapotekene i Midt-Norge HF samt aksjeselskapet Trøndelag Ortopediske Verksted AS som eies av datterforetaket St. Olavs Hospital HF. Foretaket Ambulanse Midt-Norge HF ble etablert 1. desember 2011 som et midlertidig tiltak i forbindelse med at Helse Midt-Norge overtar driften av ambulansetjenesten i regionen fra 01.01.2013.

Regnskapet for foretaksgruppen er utarbeidet som om gruppen var en økonomisk enhet. Transaksjoner og mellomværende mellom foretakene i gruppen er eliminert. Alle bevilgninger fra Helse- og omsorgsdepartementet føres via det regionale helseforetaket. Kostpris på andel i helseforetakene elimineres mot egenkapitalen.

Datterselskaper

Datterselskap vurderes etter kostmetoden i foretakets regnskap. Investeringen er vurdert til anskaffelseskost med mindre nedskrivning har vært nødvendig. Det er foretatt nedskrivning til virkelig verdi når det har oppstått verdifall som skyldes årsaker som ikke kan antas å være forbigående og det må anses nødvendig etter god regnskapsskikk. Nedskrivninger er reversert når grunnlaget for nedskrivning ikke lenger er til stede.

Felleskontrollert virksomhet

Helse Midt-Norge RHF har en eierandel på 20 % i tre foretak som eies sammen med de andre fire regionale helseforetakene. Eierandelene er å betrakte som felleskontrollerte virksomheter og er tatt inn i regnskapet etter egenkapitalmetoden.

Tilknyttede virksomheter

Helse Midt-Norge RHF har en eierandel på 33 % i HUNT Biosciences AS og en eierandel på 15% i NTNU Technology Transfer AS som presenteres etter egenkapitalmetoden.

Grunnleggende prinsipper - vurdering og klassifisering - Andre forhold

Årsregnskapet er basert på de grunnleggende prinsippene om historisk kost, sammenlignbarhet, fortsatt drift, kongruens og forsiktighet. Transaksjoner regnskapsføres til verdien av vederlaget på transaksjonstidspunktet. Inntekter resultatføres når de er opptjent og kostnader sammenstilles med opptjente inntekter.

Klassifisering og vurdering av eiendeler og gjeld

Omløpsmidler og kortsiktig gjeld omfatter poster som forfaller til betaling innen ett år etter anskaffelsestidspunktet, samt poster som knytter seg til varekretsløpet. Øvrige poster er klassifisert som anleggsmiddel/langsiktig gjeld.

Omløpsmidler vurderes til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Kortsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på opptakstidspunktet.

Vurdering av anleggsmidler skjer til anskaffelseskost. Anleggsmidler som har begrenset levetid skal avskrives planmessig. Dersom det finner sted en verdiforringelse som ikke er forbigående, foretas en nedskrivning av anleggsmidlet til virkelig verdi. Tilsvarende prinsipp legges normalt til grunn for gjeldsposter.

Langsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet. Første års avdrag på langsiktig gjeld vises som langsiktig gjeld.

Prinsipper for inntektsføring

Driftsinntektene kan hovedsakelig deles i tre: fast grunnfinansiering (basis) fra eier, aktivitetsbaserte inntekter og andre driftsinntekter.

Basisramme er rammetilskudd fra staten. Inntektsføring av basisramme gjennom året skjer i henhold til aktivitet.

Aktivitetsbaserte inntekter, herunder ISF-refusjon, kurdøgn, egenandeler, refusjon fra Helfo, er knyttet til pasientbehandlingen, og inntektsføringen skjer i den perioden aktiviteten er utført.

Øremerkede tilskudd inntektsføres i takt med bruken av midlene. Investeringsstilskudd føres som utsatt inntekt i balansen i den grad midlene ikke er benyttet. Når tilskuddet til investeringer benyttes, bruttoføres eiendelen og tilskuddet som henholdsvis driftsmiddel og utsatt inntekt. Den utsatte inntekten resultatføres over samme periode som driftsmidlet avskrives.

Gaver disponeres i samsvar med de betingelsene eller ønsker giver har for disponeringen av midlene. Dersom giver har betingelser eller ønsker om at gaven skal disponeres til konkrete aktiviteter, prosjekter eller investeringer, klassifiseres den som tilskudd og regnskapsføres etter reglene for øremerkede tilskudd.

Salg av varer og andre tjenester inntektsføres ved levering/gjennomføring.

Inntekter fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge RHF er inntektsført i sin helhet som henholdsvis basisramme, øremerkede tilskudd og ISF-refusjon. Videre er refusjoner fra Helfo som går via Helse Midt-Norge RHF inntektsført som polikliniske inntekter. Kjøp av tjenester fra datterforetakene er kostnadsført som kjøp av helsetjenester (bruttoføring).

Salg av varer og tjenester mellom foretak i helseforetaksgruppen skjer i utgangspunktet til ordinær pris. Flere tjenester faktureres ikke, men er regulert gjennom tildeling av basisrammen. Dette gjelder først og fremst ved behandling av pasienter som er bosatt i Midt-Norge, men innenfor et annet helseforetaks geografiske opptaksområde (gjestepasientoppgjør i regionen).

Kostnadsføringstidspunkt / sammenstilling

Utgifter sammenstilles med og kostnadsføres samtidig med de inntekter utgiftene kan henføres til. Utgifter som ikke kan henføres direkte til inntekter, kostnadsføres når de påløper.

Pensjon

Pensjonsordningen behandles regnskapsmessig i overensstemmelse med Norsk Regnskapsstandard for Pensjonskostnader. Regionens pensjonsordninger, anses som ytelsesplaner.

Ordningen gir rett til definerte framtidige ytelser etter sluttlønnsprinsippet. Disse er i hovedsak avhengige av antall opptjeningsår, stillingsfaktor og lønnsnivå ved oppnådd pensjonsalder. Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Foretakets pensjonsansvar er dekket gjennom pensjonsordninger hos KLP (Kommunal Landspensjon) og SPK (Statens Pensjonskasse).

Periodens netto pensjonskostnad er inkludert i lønn og andre personalkostnader, og består av summen av periodens pensjonsopptjening, rentekostnad på den beregnede forpliktelsen og forventet avkastning på pensjonsmidlene.

Pensjonsforpliktelser beregnes etter lineær opptjening på basis av forutsetninger om antall opptjeningsår, diskonteringsrente, framtidig avkastning på pensjonsmidler, framtidig regulering av lønn, pensjoner og ytelser fra folketrygden og aktuarmessige forutsetninger om dødelighet, frivillig avgang osv. Pensjonsmidlene vurderes til virkelig verdi. Netto pensjonsforpliktelse består av brutto pensjonsforpliktelse fratrukket virkelig verdi av pensjonsmidler. Netto pensjonsforpliktelser balanseføres som langsiktig gjeld, mens overfinansiert pensjonsordning er klassifisert som langsiktig eiendel i balansen.

Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i pensjonsplaner fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid. Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i og avvik mot forutsetninger i beregningene (estimatendringer) fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid for den del av avvikene som overstiger 10 prosent av det høyeste av brutto pensjonsforpliktelse eller brutto pensjonsmidler (korridor).

Arbeidsgiveravgift beregnes både på overfinansierte og underfinansierte ordninger så lenge kravet til balanseføring er tilfredsstilt.

Varer

Varebeholdning er verdsatt til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Det foretas nedskrivning for ukurans.

Fordringer

Kundefordringer og andre fordringer er verdsatt til pålydende etter fradrag for avsetninger til forventet tap. Avsetninger til forventet tap gjøres etter en konkret vurdering av fordringene. Det er i tillegg gjort sjablonmessig avsetning for de fordringene det ikke er gjort konkret avsetning for. Den sjablonmessige avsetningen er gjort på grunnlag av aldersfordeling av fordringsmassen.

Immaterielle eiendeler og varige driftsmidler

Utgifter til forskning og utvikling (FoU) er kostnadsført, ut fra det forhold at sammenhengen mellom utgifter til forskning og eventuelle framtidige inntekter er uklare. Utgifter til andre immaterielle eiendeler er balanseført i den utstrekning kriteriene for balanseføring er oppfylt, det vil si at det forventes at de vil gi framtidige inntekter eller vesentlige reduksjoner i framtidige kostnader. Dette gjelder i hovedsak utgifter til edb-programvare. Immaterielle eiendeler som er balanseført avskrives lineært over antatt økonomisk levetid fra det tidspunktet eiendelen blir tatt i bruk.

Varige driftsmidler vurderes til kostpris med fradrag for ordinære avskrivninger og nedskrivninger. Når det gjelder driftsmidler overtatt i forbindelse med sykehusreformen, se punkt ovenfor vedrørende åpningsbalansen.

Balanseføring blir foretatt løpende gjennom året av investeringer på nybygg. I tillegg balanseføres ombygninger/påkostninger på eksisterende bygningsmasse hvor det skjer en verdiøkning eller vesentlig forlengelse av gjenværende levetid.

Varige driftsmidler avskrives lineært over antatt økonomisk levetid fra det tidspunktet driftsmidlet blir tatt i bruk.

Gevinst eller tap ved salg av driftsmidler behandles som ordinær driftsinntekt eller driftskostnad.

Skatt

Foretakenes virksomhet (sykehusdrift) er ikke skattepliktig. Skatteberegning som framkommer i regnskapet til foretaksgruppen knytter seg til Trøndelag Ortopediske Verksted AS. Selskapet fikk innvilget skattefritak etter skattelovens § 2-32 første ledd med virkning fra skatteåret 2010. Avsetning foretatt i regnskapet for 2010 er reversert i regnskapet for 2011.

Kontantstrømoppstilling

Kontantstrømoppstillingen er utarbeidet etter den indirekte metoden. Det innebærer at man i analysen tar utgangspunkt i foretakets årsresultat for å kunne presentere kontantstrømmer tilført fra henholdsvis ordinær drift, investeringsvirksomhet og finansieringsvirksomhet. Likvide midler omfatter kontanter og bankinnskudd.

Det er etablert konsernkontoordning med Fokus Bank. Innskudd / gjeld på konsernkonto er klassifisert som kortsiktig fordring/gjeld mot Helse Midt-Norge RHF i det enkelte datterforetak. I regnskapet til foretaksgruppen er dette klassifisert som ordinært bankinnskudd/driftskreditt.

Valuta

Pengeposter i utenlandsk valuta er vurdert etter kursen ved regnskapsperiodens slutt.

Sammenligningstall for 2010

Enkelte sammenligningstall for 2010 er endret der den nye klassifiseringen er mer korrekt.

Konsernregnskapet kan fås utlevert hos Helse Midt-Norge RHF, Strandvn 1, Stjørdal eller kan lastes ned elektronisk fra www.helse-midt.no.

Noter

Alle beløp i hele tusen kroner

Note 1 Driftsinntekter- og kostnader pr virksomhetsområde

	Foretaksgruppen	
	2011	2010
Driftsinntekter pr virksomhetsområde		
Somatikk	11 790 281	10 686 900
Psykisk helsevern VOP	2 232 109	2 041 124
Psykisk helsevern BUP	393 068	366 290
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	433 295	390 312
Annet	2 896 964	2 771 259
Overføring til datterforetak (benyttes kun av HNMN)	-1 217 546	-1 170 687
Sum driftsinntekter	16 528 170	15 085 199
Driftsinntekter fordelt på geografi	2011	2010
Helse Midt-Norge RHF sitt opptaksområde	16 190 795	14 812 232
Resten av landet	318 859	252 167
Utlandet	18 518	20 801
Sum driftsinntekter	16 528 170	15 085 199
Driftskostnader pr virksomhetsområde	2011	2010
Somatikk	11 527 975	9 840 271
Psykisk helsevern VOP	2 126 448	1 764 555
Psykisk helsevern BUP	442 982	382 829
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	449 629	382 449
Annet	2 654 470	2 520 168
Elimineringer	-1 228 340	-1 177 188
Sum driftskostnader	15 973 164	13 713 085

Note 2 Driftsinntekter

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
2010	2011	2011	2010
Basisramme			
10 130 358	11 429 127	11 429 127	10 130 358
Aktivitetsbasert inntekt			
2 643 139	2 758 070	2 758 070	2 643 179
124 600	120 881	120 881	124 560
13 431	13 176	261 843	252 167
451 510	488 078	653 415	609 790
50 665	44 835	93 799	116 655
Annen driftsinntekt			
76 983	94 955	94 955	76 983
133 279	135 044	140 609	139 810
183 879	193 724	193 724	183 879
	Driftsinntekter fra apotekene	399 763	226 068
580 557	668 459	381 984	581 750
14 388 402	15 946 349	16 528 170	15 085 199

I regnskapet for foretaksgruppen er salg fra Sykehusapoteket i Midt-Norge HF til andre foretak i Helse Midt-Norge eliminert. Totale driftsinntekter for Sykehusapoteket i Midt-Norge HF er tkr 632.736 i 2011 og tkr 603.280 i 2010.

Aktivitetstall	2011	2010
Aktivitetstall somatikk		
Antall DRG poeng iht. "sørge for" - ansvaret	194 512	189 719
Antall DRG poeng iht. "eier"rollen - total produksjon ved HF-et	190 052	181 011
Antall polikliniske konsultasjoner	693 785	684 595
Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge		
Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling	577	554
Antall polikliniske konsultasjoner	109 866	105 680
Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne		
Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling	7 684	7 323
Antall polikliniske konsultasjoner	200 276	189 639
Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere		
Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling	1 958	1 991
Antall polikliniske konsultasjoner	30 178	23 043

Note 3 Varekostnad

Helse Midt-Norge RHF	2010	2011	Foretaksgruppen	2010	2011
0	0	0	Legemidler	575 752	558 248
0	0	0	Medisinske forbruksvarer	893 304	841 854
0	0	0	Andre varekostnader til eget forbruk	189 520	173 290
0	0	9	Innkjøpte varer for videresalg	117 290	119 836
0	0	9	Sum varekostnad	1 775 866	1 693 227

Helse Midt-Norge RHF	2010	2011	Foretaksgruppen	2010	2011
17 504	49 370	426 410	Sum kjøp av helsetjenester består av følgende:	391 123	1 055 004
338 459	346 816	94 906	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner somatikk	432 942	72 137
2 786	2 786	0	Kjøp fra private helseinstitusjoner somatikk	401 958	106 670
28 581	26 212	267 310	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner psykiatri	83 610	300 315
905	338	0	Kjøp fra private helseinstitusjoner psykiatri	26 237	332 951
5 663	888	14 154	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner rus	482	812 073
0	0	14 943	Kjøp fra private helseinstitusjoner rus	187 233	0
393 898	426 410	14 943 036	Kjøp fra utland	5 330	1 867 076
100 562	94 906	14 943 036	Sum gjestepasientkostnader	1 137 792	1 867 076
238 060	267 310	14 943 036	Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå	63 661	72 137
338 622	362 216	14 943 036	Luftambulansetjenester	100 911	106 670
12 728 292	14 154 410	14 943 036	Kjøp av ambulansetjenester	311 559	300 315
13 460 811	14 943 036	14 943 036	Andre kjøp av helsetjenester (herunder avtalespesialister)	352 823	332 951
			Sum kjøp av andre helsetjenester	828 954	812 073
			RHFets kjøp av helsetjenester fra datterforetak	0	0
			Sum kjøp av helsetjenester	1 966 745	1 867 076

Note 4 Lønn og andre personalkostnader

Helse Midt-Norge RHF	2010	2011	Foretaksgruppen	2011	2010
	169 361	171 889	Lønnskostnader	6 768 945	6 410 640
	26 253	26 161	Arbeidsgiveravgift	990 969	938 071
	24 703	31 266	Pensjonskostnader inkl arbeidsgiveravgift	1 528 144	-15 422
	19 062	5 359	Andre ytelser	121 827	135 171
	-58 982	-39 587	Balanseføring eget arbeid	-39 587	-65 448
	180 396	195 088	Sum lønn og andre personalkostnader	9 370 297	7 403 011

Godtgjørelse til styret i Helse Midt-Norge RHF	2 981
herav honorar og godtgjørelser til styrets leder i Helse Midt-Norge RHF	253

Ved balanseføring av eget arbeid reduseres lønnskostnadene. Dette gjelder i hovedsak Helse Midt-Norge RHF hvor lønns- og driftskostnader i prosjektorganisasjonen Helsebygg inngår som en del av kostprisen til bygging av nytt universitetssykehus i Trondheim. Videre blir lønnskostnader knyttet til utvikling av edb-program i IKT-enheten Hemit balanseført.

Helse Midt-Norge RHF	Revisjonshonorar fordeler seg på følgende:		Foretaksgruppen	
2010	2011		2011	2010
406	483	Lovpålagt revisjon	1 296	1 433
0	0	Utvidet revisjon	0	0
0	3	Andre attestasjonstjenester	158	150
0	0	Skatte- og avgiftsrådgivning	0	57
11	355	Andre tjenester utenfor revisjon	455	31
417	840	Sum revisjonshonorar	1 909	1 670

Alle beløp er inkludert merverdiavgift.

Helse Midt-Norge RHF	2010	2011	Spesifikasjon av andre tjenester utenfor revisjon	Foretaksgruppen	2010
	11	42	Utvidet revisjon		11
	0	0	Andre attestasjonstjenester		0
	0	313	Skatte- og avgiftsrådgivning		20
	11	355	Sum andre tjenester utenfor revisjon		31

2010	2011	2010	2011
338	331	Gjennomsnittlig antall ansatte	20 211
311	312	Gjennomsnittlig antall årsverk	14 304

Gjennomsnittlig antall årsverk i Helsebygg Midt-Norge og Helse Midt-Norge IT utgjør henholdsvis 18 og 234 i 2011 mot 44 og 211 i 2010.

Lønn og annen godtgjørelse til administrerende direktør:

Lønn		Gunnar Bovim
Pensjon	1 631	
Andre ytelser	215	
Sum	150	
	1 996	

Lønn til ledende personell (definert som adm.dir's nærmeste ledergruppe):
(i 1000 kroner)

Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Annen godtgjørelse	Tjeneste- Sum periode 1)	Ansettelse- periode 2)
Daniel M Haga	Samhandlingsdirektør	1 209	195	7	1 411	
Anne-Marie Barane	Økonomidirektør	1 105	219	7	1 331	
Sveinung Aune	HR-direktør	1 019	164	5	1 188	
Nils H Eriksson	Dir for helsefag, forskning og utdanning	814	254	2	1 070	01.des
Tor Harald Haukås	Kommunikasjonsdirektør	1 031	196	5	1 232	
Torbjørge Varvik	Direktør for eierstyring	953	396	7	1 356	
Ingerid Gunnerød	Direktør for stab og prosjektstyring	843	155	5	1 002	
Henrik A Sandbu	Ass dir for helsefag, forskning og utdanning	1 158	210	5	1 373	01-12

1) Tjenestetid/-periode angir perioden i regnskapsåret vedkommende har vært deltaker i foretakets ledergruppe.

2) Ansettelseperiode angir perioden vedkommende har vært ansatt i foretaket og eventuelt andre foretak i foretaksgruppen.

Ytelser fra andre foretak i foretaksgruppen

I tillegg til ytelser nevnt i tabellen over, så har Nils H Eriksson mottatt tkr 918 i lønn og kr tkr 19 i pensjon og andre godtgjørelser fra Helse Nordmøre og Romsdal HF. Disse ytelsene er knyttet til perioden 01.01.2011 til 30.06.2011 da Eriksson fungerer som administrerende direktør for foretaket.

Øvrige direktører i Helse Midt-Norge RHF, daglig leder av Helsebygg Midt-Norge og daglig leder i Helse Midt-Norge IT har mottatt totalt tkr 2 177 i lønn. Godtgjørelse til styrets medlemmer utgjør samlet tkr 2 981. Det ble i tillegg ytet en godtgjørelse til Helsebygg sitt prosjektstyre på tkr 402. I tillegg til styrehonorar er det utbetalt kontorgodtgjørelse på tkr 27 til styreleder. Videre er et av styremedlemmene ansatt som konserntilitsvalgt og mottar lønn i tillegg til styrehonorar fra Helse Midt-Norge RHF. Det er ikke ytt lån eller stilt sikkerhet til fordel for medlemmer av styret. Administrerende direktør Gunnar Bovim har i regnskapsperioden 2011 mottatt tkr 1 631 i lønn og andre ytelser på 150. Pensjonskostnader er i sin helhet knyttet til kollektiv pensjonsordning i KLP. .

Ved fratreddelse etter anmodning fra styret har administrerende direktør krav på lønn i oppsigelsesstiden som er 6 måneder. Ved fylte 60 år kan det inngås en avtale mellom Gunnar Bovim og styret om fratreddelse av stillingen som administrerende direktør. Ved fratreddelse etter denne bestemmelse, skal det regionale foretaket arbeide for å tilby arbeidstakeren annen relevant stilling i foretaksgruppen. Lønn og andre betingelser vil bli videreført ved fratreddelse.

Administrerende direktør har ikke krav på lønn med tilleggssytelser dersom det foreligger saklig grunn til avskjed etter AMLs § 66. Rett til sluttlønn og tilleggssytelser faller også bort dersom arbeidstager etter å ha mottatt anmodning om å fratre, bestrider denne eller krever forhandlinger, eventuelt reiser søksmål. Det betales full lønn i suspensjonstiden, dersom det skulle foreligge grunnlag for avskjedigelse etter arbeidsmiljølovens regler, og arbeidsgiver velger å suspendere administrerende direktør.

Lån til ansatte dreier seg om korttids likviditetslån. Det kreves ikke renter eller sikkerhet for disse lånene. Lånene er begrenset til en månedslønn, og tilbakebetales over maksimalt 12 måneder.

Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

Helse Midt-Norge RHF definerer personer som inngår i adm.dirs ledergruppe som ledende stillinger. Det innebærer følgende stillinger: Adm.direktør, helsefagdirektør, eierdirektør, samhandlingsdirektør, kommunikasjonsdirektør, HR-direktør, økonomidirektør, direktør for stab og prosjektstyring.

Helse Midt-Norge RHF følger retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper (fastsatt av Regjeringen Stoltenberg II 31.3.2011) hvor hovedprinsippet er at lederlønningene i foretaket skal være konkurransedyktige men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper/foretak. Foretaket skal bidra til moderasjon i lederlønningene.

Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2011

Lønn og godtgjørelse til adm.direktør er behandlet og fastsatt av styret i styresak 89/11.

Lønn og godtgjørelse til øvrige ledende ansatte er gjort administrativt.

Helse Midt-Norge RHF har i 2011 lagt til grunn retningslinjene for ansettelsesvilkår for leder i statlige foretak og selskaper om konkurransedyktige, men ikke lønnsledende lønnsvilkår.

Lønningene til ledergruppens medlemmer ble i 2011 justert med 4,0 - 4,2%.

I tillegg til lønn har alle medlemmene i ledergruppen fri mobiltelefon og internett. Administrerende direktør har også firmabil og avisabbonnement i tillegg til lønn.

Lønnsjusteringene gjelder fra 1. januar 2011 for hele ledergruppen.

Note 5 Andre driftskostnader

Helse Midt-Norge RHF	2010	2011	Foretaksgruppen	2010	2011
0	0	0	Transport av pasienter	326 059	320 875
21 625	21 625	20 548	Bygninger og kontolokaler inkl energi og brensel	281 522	300 798
75 581	75 581	77 355	Kjøp og leie av utstyr, maskiner m.v	209 914	226 351
148 265	148 265	132 330	Reparasjoner, vedlikehold og service	351 636	381 370
202 517	202 517	238 715	Konsulenttjenester	214 348	151 468
1 149	1 149	2 194	Annen ekstern tjeneste	166 290	160 749
28 648	28 648	34 516	Kontor- og kommunikasjonskostnader	125 618	118 214
349	349	141	Kostnader forbundet med transportmidler	10 304	10 961
10 388	10 388	12 205	Reisekostnader	85 949	78 552
364	364	153	Forsikringskostnader	9 326	9 165
291	291	32	Pasientskadeerstatning	80 245	102 410
17 980	17 980	49 193	Øvrige driftskostnader	129 770	102 247
507 159	507 159	567 382	Sum andre driftskostnader	1 990 981	1 963 158

Note 6 Finansposter

Helse Midt-Norge RHF	2010	2011	Foretaksgruppen	2010	2011
1 906	1 906	170	Inntekter TS og FKV	1 906	1 906
133 568	133 568	133 523	Konserninterne renteinntekter	0	0
150	150	96	Andre renteinntekter	12 450	5 578
5	5	21	Andre finansinntekter	4 044	1 002
135 631	135 631	133 809	Sum finansinntekter	16 663	8 487
0	0	0	Konserninterne rentekostnader	0	0
109 255	109 255	95 118	Andre rentekostnader	154 368	137 470
87	87	69	Andre finanskostnader	374	4 310
109 343	109 343	95 187	Sum finanskostnader	154 742	141 779

Note 7 Skatter

Årets skattekostnad

Resultatført skatt på ordinært resultat:	2011	2010
Betalbar skatt		
Endring i utsatt skatt / utsatt skattefordel	-556	556
	897	345
Skattekostnad ordinært resultat	342	901

Betalbar skatt i årets skattekostnad:	
Ordinært resultat før skatt	3 130
Endring i midlertidige forskjeller	-1 233
Permanente forskjeller	87
Grunnlag betalbar skatt	1 984
Betalbar skatt i årets skattekostnad	556

Betalbar skatt i balansen:	
Betalbar skatt på årets resultat	556
Skyldig ilignet skatt fra tidligere år	0
Sum betalbar skatt i balansen	0

Skatteeffekten av midlertidige forskjeller og underskudd til framføring som har gitt opphav til utsatt skatt og utsatte skattefordeler, spesifisert på typer av midlertidige forskjeller.

	2011	2010	Endring
Driftsmidler inkl. forr. verdi		393	-393
Utestående fordringer		-67	67
Pensjonspremie/- forpliktelser		-3 531	3 531
Grunnlag for beregning av utsatt skatt		-3 205	3 205
Anvendt skattesats:	28 %	0,28	
Utsatt skattefordel:		-897	897

Foretaksgruppens virksomhet (sykehusdrift) er ikke skattepliktig. Foretaksgruppens skattekostnad er i sin helhet knyttet til St. Olavs Hospital HFs dattersekskap Trøndelag Ortopediske Verksted AS. Seiskapet fikk innvilget skattefritak etter skattelovens § 2-32 førsteledd med virkning fra skatteåret 2010. Avsetninger foretatt i regnskapet for 2010 er reversert i regnskapet for 2011.

Note 8 Immaterielle eiendeler

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2010	31.12.2011	31.12.2011	31.12.2010
103 911	62 743	75 937	120 177
44 862	138 259	138 259	44 862
148 773	201 002	214 197	165 039

EDB programvare
Prosjekt under utvikling

Helse Midt-Norge RHF	EDB program vare	Prosjekt under utvikling	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2011	367 237	44 862	412 099
Tilgang		99 831	99 831
Tilgang virksomhetsoverdragelse			
Avgang			
Fra prosjekt under utvikling til EDB-programvare			
Anskaffelseskost 31.12.2011	367 237	144 694	511 930
Akk avskrivninger 31.12.2011	300 711		300 711
Akk nedskrivninger 31.12.2011	3 783	6 434	10 217
Balanseført verdi 31.12.2011	62 743	138 259	201 002
Årets ordinære avskrivninger	41 168		41 168
Årets nedskrivninger		6 434	6 434
Balanseførte lånekostnader			
Levetid	3-6 år		-
Avskrivningsplan	lineær		

Foretaksgruppen	EDB program vare	Prosjekt under utvikling	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2011	407 148	44 862	452 010
Tilgang	940	99 831	100 772
Avgang	1 855		1 855
Fra prosjekt under utvikling til EDB-programvare			
Anskaffelseskost 31.12.2011	406 233	144 694	550 927
Akk avskrivninger 31.12.2011	326 513		326 513
Akk nedskrivninger 31.12.2011	3 783	6 434	10 217
Balanseført verdi 31.12.2011	75 937	138 259	214 197
Årets ordinære avskrivninger	45 180		45 180
Årets nedskrivninger		6 434	6 434
Balanseførte lånekostnader			
Levetid	5-10 år		-
Avskrivningsplan	lineær		

Foretaksgruppen

	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	MTU	Transportmidler, annet inventar og utstyr	
						Sum
Anskaffelseskost 1.1.2011	620 882	14 638 329	561 203	2 376 529	1 312 877	19 509 821
Tilgang	1 276	156 080	280 297	115 637	95 280	648 571
endring periodiserte kostnader overleverte bygg 1)			-21 745			-21 745
Avgang	7 820	30 802		80 955	15 744	135 321
Fra anlegg under utførelse ferdigstilte driftsmidler		472 681	-537 309	40 868	23 761	0
Anskaffelseskost 31.12.2011	614 338	15 236 288	282 446	2 452 079	1 416 175	20 001 325
Akk avskrivninger 31.12.2011		3 427 112		1 346 033	814 276	5 587 421
Akk nedskrivninger 31.12.2011	6 606	128 343		2 076	2 038	139 063
Balanseført verdi 31.12.2011	607 732	11 680 832	282 446	1 103 970	599 861	14 274 841
Årets ordinære avskrivninger		419 461		212 115	132 899	764 474
Årets nedskrivninger		51 038		1 450	698	53 186

Levetider

Avskrivningsplan

dekomponert
10-60 år
lineær3-15 år
lineær3-15 år
lineær

Leieavtaler

	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	MTU	Transportmidler, annet inventar og utstyr	
						Sum
Operasjonell leasing - leiebeløp	855	87 131		15 645	37 359	140 990
Operasjonell leasing - varighet		1-10 år		2-10 år	1-10 år	

*1) Alle byggene i byggefase 2 med unntak av Kunnskapssenteret er overlevert og tatt i bruk av St. Olavs Hospital HF og NTNU. Overføring av byggene har skjedd til beregnet kostnad ved endelig avslutning av byggefase 2. Det er periodisert kostnader med ialt tkr. 211 101 (2010: tkr. 372.333) og som er lagt som tilgang under anlegg under utførelse og ført opp som en avsetning under Andre avsetninger for forpliktelser. I regnskapet til Foretaksgruppen er den tilsvarende periodiseringen på tkr. 27.052 (2010: tkr. 48.797) og gjelder periodiserte kostnader til den delen av de overleverte bygg som tilordnes NTNU. De totale kostnader vedr NTNU sin andel av overlevering av bygg i 2010 utgjørde tkr. 796.165.

Finansiering av byggeprosjekter i regi av Helsebygg Midt-Norge er delvis finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet og delvis av Kunnskapsdepartementet (KD). KDs andel av finansiering i fase 1 utgjorde ca 24 % og i fase 2 ca 20 %. Dette representerer også NTNUs framtidige eierandel i byggene ut fra de foreliggende planer ved utgangen av 2011. Inntil de enkelte bygningene er ferdigstilt blir all finansiering og kostnader ført i Helse Midt-Norge RHF's regnskap (v/Helsebygg Midt-Norge).

Balanseførte kostnader og bokførte tilskudd i Helsebygg Midt-Norge overføres til St. Olavs Hospital og NTNU sitt regnskap i henhold til avtalt eierforhold av den enkelte bygningen samtidig med overtakelse av ferdigstilte bygg og anlegg. Overtakelse skjer med regnskapsmessig effekt etterhvert som byggene tas i bruk. Fase 1 ble ferdigstilt i 2006. Byggefase 2 er ferdigstilt med unntak av Kunnskapssenteret. Øvrige bygg i byggefase 2 er overført både i 2008, 2009 og 2010. Det har ikke skjedd noen ferdigstillelse av bygg i 2011.

For flere bygg er det knyttet tilbakeføringsklausuler.

Langsiktige byggeprosjekter

Foretaksgruppen har flere store byggeprosjekter gående. Det største er knyttet til byggingen av nytt universitetssykehus i Trondheim. Nedenfor følger en oppstilling over igangsatte og pågående prosjekter i 2011 med en totalt kostnadsramme som overstiger 50 millioner kroner.

Investeringsprosjekt	Foretak	Akkumulert regnskap pr 31.12.11	Akkumulert regnskap pr 31.12.10	Total kostnadsramme	Prognose sluttsum	Avvik fra budsjett
Nytt sykehus fase 2	Helse Midt-Norge RHF, Helsebygg	6 431 858	6 149 208	7 600 378	7 561 734	38 644
Samlokalisering psykiatri Namsos	Helse Nord-Trøndelag HF	75 358	40 524	74 000	75 400	-1 400
Ny barneavdeling Alesund sykehus	Helse Sunnmøre HF	264 347	161 136	267 240	264 347	2 893
Sum		6 701 080	6 355 743	8 293 618	8 258 356	35 262

Byggfase 1 av nytt sykehus i Trondheim ble i hovedsak avsluttet i 2006. Etter at diverse etterarbeid, herunder knyttet til garantier i det ble endelig avsluttet i 2008 er byggefase 1 tkr. 39 411 rimeligere enn påløpte kostnader enn påløpt pr 31.12.2006. Byggfase 2 har kommet langt og nye bygg ble tatt i bruk både i 2008, 2009 og 2010.

Note 10 Eierandeler i datterforetak, felleskontrollert virksomhet og tilknyttet selskap

Andeler i datterforetak	Hovedkontor	Eierandeler	Stemme-andel	Balanseført verdi	Egenkapital	Årets resultat	Årets nedskrivning	Årets reversering av nedskrivning
Helse Nord-Trøndelag HF	Levanger	100	100	1 328 054	1 328 055	57 702	-57 702	
St Olavs Hospital HF	Trondheim	100	100	351 913	351 913	130 768	-130 768	
Helse Møre og Romsdal HF	Alesund	100	100	2 393 645	2 395 646	16 901	-16 901	
Ambulanse Midt-Norge HF	Stjørdal	100	100	100	100			
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Trondheim	100	100	21 854	69 293	4 648		
Rusbehandling Midt-Norge HF	Stjørdal	100	100	43 152	43 153	-9 148	9 148	
Sum eierandeler i datterforetak				4 138 718	4 188 160	200 871	9 148	-205 371

Andeler i felleskontrollert virksomhet

Luftambulansetjenesten ANS	Bodø	20	20	10 898		2 560	
Helseforetakenes innkjøpsservice AS	Vadsø	20	20	2 502		2 481	
Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS Skien		20	20	3 500			
Sum eierandeler i FKV				16 900		5 041	

Andeler i tilknyttede selskaper

HUNT Biosciences AS	Verdal	33	33	1 172		-2 472	
NTNU Technology Transfer AS	Trondheim	15	15	10 958		3 587	
Sum eierandeler i TS				12 131		1 115	

Andeler i selskap eid av datterforetak i Helse Midt-Norge RHF

Trøndelag Ortopediske Verksted AS	Trondheim	100	100	7 100		1 267	
Sum eierandeler i andre foretak				7 100		1 267	

Investeringer i datterforetakene er vurdert til bokført kostpris. Datterforetakene hadde i perioden 2002-2007 store underskudd. Det er knyttet stor usikkerhet til om og når disse underskuddene vil bli dekket med tilsvarende overskudd. Investeringen til Helse Midt-Norge RHF i helseforetakene er derfor skrevet ned til bokført egenkapital ved underskudd. I 2011 har alle datterforetakene overskudd med unntak av Rusbehandling Midt-Norge HF, og tidligere års nedskrivning av verdien i datterforetakene reversert med tkr 193 223.

Note 11 Andre finansielle anleggsmidler

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2010	31.12.2011	31.12.2011	31.12.2010
0	0		
3 196	3 689	414 627	375 912
3 196	3 689	414 627	375 912
Investeringer i andre selskaper og andeler			
4 096 914	3 889 597	0	0
0	0	99 569	97 871
4 096 914	3 889 597	99 569	97 871
Andre finansielle anleggsmidler			

Disposisjonsretten til medlemsinnskudd KLP er begrenset. Verdien av tilskuddet vil først kunne bli utbetalt dersom foretaket går ut av KLP (slik KLP er organisert p.t.). Ved en eventuell omdanning eller annen omorganisering av KLP antas det at medlemmene får tildelt aksjer.

Note 12 Varebeholdning

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2010	31.12.2011	31.12.2011	31.12.2010
133	0	29 532	27 192
0	0	6 426	5 024
0	0	0	1
0	0	146 533	138 348
0	0	25 926	30 357
133	0	208 419	200 925
Sum varebeholdning			
133	0	208 419	200 925
0	0		
133	0	208 419	200 925
Bokført verdi 31.12			

Note 13 Kundefordringer og andre fordringer

Helse Midt-Norge RHF	31.12.2010	31.12.2011	Foretaksgruppen	
	19 422	65 188	Kundefordringer	
	754 754	191 103	Konsernmellomværende	
	102 014	104 933	Fording på Helse- og omsorgsdepartementet 1)	
	12 666		0 Påløpne inntekter	
	53 004	123 319	Øvrige kortsiktige fordringer	
	941 861	484 543	Sum kundefordringer og andre fordringer	
				693 093
				649 881

1) Helse Midt-Norge RHF's fordring på Helse- og omsorgsdepartementet er knyttet til overheng/etteslep når det gjelder finansiering av nye oppgaver overført fra andre statlige virksomheter i de senere årene.

Note 14 Bankinnskudd - bundne midler

Helse Midt-Norge RHF	31.12.2011	Foretakgruppen 31.12.2011 31.12.2010
7 962	9 194 Innestående skattetrekksmidler	311 261 311 079
0	0 Andre bundne konti	232 269
7 962	9 194 Sum bundne konti	311 493 311 347
1 242 827	2 760 481 Bankinnskudd og kontnlater som ikke bundet	393 973 308 070
1 250 789	2 769 675 Sum kontanter og bankinnskudd	705 467 619 417

Note 15 Eigenkapital

Helse Midt-Norge RHF		Fond for		Totalt	
Foretaks-kapital	Annen innskutt egenkapital	vurderings-forskjeller	Annen egenkapital	egenkapital	
100	6 519 617	6 777	-2 009 733	4 516 761	
100	6 519 617	6 777	-2 009 733	4 516 761	
Egenkapital 31.12.2010					
Egenkapital 1.1.2011					
Egenkapitaltransaksjoner					
Årets resultat		170	404 533	404 703	
100	6 519 617	6 946	-1 605 199	4 921 465	
Egenkapital 31.12.2011					
Foretakskapital består av 1 andel pålydende kr 100 000					

Foretaksgruppen

egenkapital 31.12.2010	100	6 485 285	6 777	-1 915 323	4 576 838
egenkapital 1.1.2011	100	6 485 285	6 777	-1 915 323	4 576 838
egenkapitaltransaksjoner					
Årets resultat			170	416 416	416 586
egenkapital 31.12.2011	100	6 485 285	6 946	-1 498 906	4 993 425
oretaks kapital består av 1 andel pålydende kr 100 000					

Note 16 Eiers styringsmål

	2011	2010	2002-2011
Årsresultat			
Overført fra strukturfond	416 586	1 237 922	-1 661 899
Korrigerende levetider	0	0	201 752
Korrigerende resultat	0	0	407 951
	416 586	1 237 922	-1 052 196
Endrede pensjonskostnader som er blitt hensyntatt i resultatkravet *	0	-690 000	3 397
Resultat if økonomisk krav fra HOD	416 586	547 922	-1 048 799
Resultatkrav fra HOD if foretaksmøte januar 2011	0	0	-85 000
Avvik fra resultatkrav fra HOD	416 586	547 922	-963 799

I perioden 2002-2006 ble det stilt krav til et korrigerende resultat der ordinært regnskapsmessig resultat ble korrigeret for effektene av at bevilgningsnivået ikke var ment å dekke fulle regnskapsmessige avskrivninger. For regnskapsåret 2007 ble det ordinære regnskapsmessige resultatet lagt til grunn for eiers styringskrav. Det ble følgelig stilt krav til at negativt regnskapsmessig resultat ikke skulle være større enn det som i tidligere år utgjorde korrigeringen. Som følge av bevilgningsøkningen i gjennom St.prp. nr. 1 (2007-2008) ble de regionale helseforetakene satt i stand til å opprettholde den fulle verdien av varige driftsmidler. For første gang ble det derfor stilt krav om et ordinært regnskapsmessig resultat i balanse i 2008 i foretaksmøtene i januar 2008.

Som følge av endrede økonomiske parametere som legges til grunn for beregning av pensjonskostnad, økte pensjonskostnaden for de regionale helseforetakene i 2006 med om lag 1 mrd. kroner. Dette ble unntatt fra resultatkravet i 2006 og lagt til grunn for bevilgningsnivået for 2007. Imidlertid økte kostnadene med ytterligere 3,2 mrd. kroner i 2007, og dette beløpet ble følgelig unntatt fra resultatkravet og lagt til grunn for bevilgningsnivået for 2008. I 2008 økte kostnaden med ytterligere 600 mill. kroner og dette ble unntatt fra resultatkravet. Til sammen er dermed 4,8 mrd. kroner unntatt fra resultatkravene til de regionale helseforetakene. For Helse Midt-Norge innebærer dette at 693 mill. kroner er blitt unntatt fra resultatkravet i perioden 2006-2008.

Stortinget vedtok "Lov om endringer i lov om Statens Pensjonskasse, lov om samordning av pensjons- og trygdeytelser og i enkelte andre lover (oppfølging av avtale om tjenstepensjon og AFP i offentlig sektor i tariffoppgjøret 2009)" den 25. juni 2010. Planendringene som dette vedtaket innebærer er hensyntatt regnskapsmessig i 2010 med den konsekvens at de samlede pensjonskostnadene ble redusert fra 9,25 mrd. kroner til om lag null kroner. Gjennom vedtak av Prop. 32 S (2010-2011) ble bevilget basisramme satt ned med 4,45 mrd. kroner (og driftskredittrammene ble økt tilsvarende) mens den øvrige kostnadsreduksjonen ble forutsatt å styrke foretakenes egenkapital, tilsvarende 4,8 mrd. kroner. Resultatkravet for 2010 ble derfor endret fra et resultat i balanse til et positivt resultat på 4,8 mrd. kroner. Dette tilsvarer det akkumulerte underskuddet i foretakene som følge av merkostnader til pensjon i perioden 2006 til 2008.

* I foretaksmøte i januar 2011 ble det for Helse Midt-Norge RHF fastsatt et positivt resultatkrav på 690 mill. kroner for 2010. Det positive resultatkravet for 2010 er ment å dekke tidligere års underskudd som følge av underfinansiering av økte pensjonskostnader. Imidlertid er tidligere års unntak fra resultatkravene fordelt etter faktisk kostnadsøkning per helseregion, mens bevilgningsreduksjonen og det nye resultatkravet for 2010 er fordelt etter ordinær fordelingsnøkkel. For Helse Midt-Norge RHF innebærer dette at det blir en akkumulert differanse på 3 mill. kroner mellom tidligere års udekkede pensjonskostnader og det positive resultatkravet for 2010.

Note 17 Pensjon

Helse Midt-Norge RHF		Pensjonsforpliktelse		Foretaksgruppen	
31.12.2010	31.12.2011	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2010	31.12.2011
252 120	296 144	Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	21 771 737	19 207 656	
171 485	193 342	Pensjonsmidler	15 649 414	14 569 917	
80 635	102 802	Netto pensjonsforpliktelse	6 122 323	4 637 740	
11 270	14 366	Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	821 803	625 500	
-42 091	-59 791	Ikke resultatført tap/(gev) av estimat- og planavvik inkl. agra	-7 503 633	-6 059 552	
49 814	57 377	Netto balanseført forpliktelse inkl. arbeidsgiveravgift	-559 508	-796 312	
50 383	57 876	herav balanseført netto pensjonsforpliktelser inkl. agra	379 933	289 083	
569	499	herav balanseført netto pensjonsmidler inkl. agra	939 443	1 085 395	

2011 Spesifikasjon av pensjonskostnad		2011	2010
30 711	22 825	Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	945 995
11 931	12 280	Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	916 342
42 641	35 105	Arets brutto pensjonskostnad	1 862 337
-8 456	-9 736	Forventet avkastning på pensjonsmidler	-804 226
1 049	1 110	Administrasjonskostnad	49 726
-5 258	1 008	Resultatført estimatendring/-avvik	264 322
-10 244		Resultatført planendring	150 934
4 970	3 781	Arbeidsgiveravgift	-1 398 272
24 703	31 267	Arets netto pensjonskostnad	155 985
			150 170
			-15 422

2011 Økonomiske forutsetninger		2011	2010
4,60 %	3,80 %	Diskonteringsrente	4,60 %
5,40 %	4,10 %	Forventet avkastning på pensjonsmidler	5,40 %
20-60%	20-60	Uttakstilbøyelighet AFP	20-60%
4,00 %	3,50 %	Årlig lønnsregulering	4,00 %
3,75 %	3,25 %	Regulering av folketrygghets grunnbeløp	3,75 %
452	600	Antall personer med i ordningen	40 183

Helse Midt-Norge RHF har pensjonsordning som omfatter i alt 600 personer, hvorav 318 er yrkesaktive, 254 er oppsatte og 28 pensjonister. Foretaksgruppen har pensjonsordninger som omfatter i alt 40 183, hvorav 15 716 er yrkesaktive, 16 221 er oppsatte og 8 246 pensjonister.

Stor økning i antall personer med i ordningen pr 31.12.2011 i forhold til fjorårstall skyldes at det tatt i bruk en ny tellenåte. Der det tidligere ble oppgitt antall pensjoner, blir det nå oppgitt antall pensjonister. Der det tidligere ble oppgitt oppsatte med mer enn tre års opplysning, blir nå samtlige oppsatte tatt med. Antall aktive telles på samme måte som før. Beregning av kostnad og forpliktelse påvirkes ikke.

Pensjonskostnaden for 2011 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr 31.12.2011 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2011. Basert på avkastningen i KLP/SPK for 2011 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2011. Pensjonsordningen tilfredsstiller kravene i Lov om offentlig tjenestepensjon.

Stortinget vedtok "Lov om endring i lov om Statens Pensjonskasse, lov om samordning av pensjons- og trygdeytelser og i enkelte andre lover (oppfølging av avtaler om tjenestepensjon og AFP i offentlig sektor i tariffoppgjøret 2009)" den 25. juni 2010. Det er særlig to forhold i disse endringene som påvirker nivået på de beregnede pensjonskostnadene for 2010: 1) Laverer regulering av alderspensjon, fra dagens G-regulering til regulering tilsvarende "G - 0.75 pst.", og 2) effekten av en levealdersjustering for årskullene 1953 og tidligere som følge av økt levealder. Effektene for senere årskull av levealdersjustering mv. vil bli vurdert senere. Norsk regnskapsstiftelse har i sin uttalelse lagt til grunn at den regnskapsmessige virkningen skal tas når hendelsen har inntruffet, dvs når endringen er vedtatt. De vedtatte planendringene er derfor hensyntatt regnskapsmessig i 2010 med den konsekvens at de samlede pensjonskostnadene samlet sett for Helse-Midt Norge RHF foretaksgruppen ble redusert fra 1,3 mrd. kroner til -15 422 kroner.

Demografiske forutsetninger

Med hensyn på dødelighet og uførhet mv. er det i beregningene benyttet forutsetninger slik dette er oppgitt i pensjonsleverandørens forsikringstekniske beregningsgrunnlag.

Note 18 Avsetning for forpliktelser

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2010	31.12.2011	31.12.2011	31.12.2010
0	0	126 586	122 651
726 430	716 744	4 659 489	4 849 095
372 333	211 101	142 196	170 146
1 098 763	927 845	4 928 271	5 141 892
		Antall leger som er omfattet av ordningen med overlegepermisjoner	
		1033	

Overordnede leger og spesialister har avtalefestet rett til 4 måneder studiepermisjon hvert 5. år. Under permisjonen mottar overlegene lønn. Lønnen kostnadsføres og avsettes som langsiktig forpliktelse etter hvert som retten opparbeides. Uttakstilbøyelighet varier fra 16 % til 100 % mellom foretakene. Variasjonene mellom de enkelte avdelinger hos foretakene er også stor.

Investeringsstilskudd er i hovedsak knyttet til finansiering av nytt sykehus i Trondheim og kreftbygg i Ålesund.

Helse Midt-Norge overtok ansvaret for innbetalingene til Norsk Pasientskadeerstatning fra 1.1.2006. Det er ikke foretatt noen avsetning til forpliktelse pr 31.12.11 i Helse Midt-Norge RHF. Årlig tilskudd utgjør en andel av årets utbetalinger av erstatninger til Norsk Pasientskadeerstatning. Helseforetakene har avsatt for framtidige forpliktelser knyttet til egenandeler. Ulike ørmerkede tilskudd til langsiktige formål inngår også i andre avsetninger for forpliktelser.

Tilskudd gitt til særskilte prosjekt, som pandemi og tiltak for arbeid og som er benyttet til investeringer er ført som utsatt inntekt og inngår i Andre avsetninger for forpliktelser. Tilskuddet inntektsføres i takt ned avskrivningene på den tilhørende investeringen.

Det er periodisert kostnader vedrørende overleverte bygg til St. Olavs Hospital HF og NTNU på henholdsvis tkr 184.049 og tkr 27.052 totalt tkr 211.101. For 2010 utgjorde periodiseringen tkr 323 536 for overleverte bygg til St.Olavs og tkr 48 797 for bygg overlevert til NTNU, til sammen tkr 372 333. Dette er en fremtidig forpliktelse for Helse Midt- Norge RHF, i foretaksgruppens regnskap er kun forpliktelsen ovenfor NTNU ført opp.

Note 19 Annen langsiktig gjeld

Helse Midt-Norge RHF	31.12.2011	Foretaksgruppen
31.12.2010	31.12.2011	31.12.2010
3 706 338	3 695 441	3 706 338
730 914	938 193	1
25 922	25 922	25 922
4 463 173	4 659 556	3 721 363
2 547 600	1 194 782	1 194 782
		3 732 260
		2 547 600

Annen langsiktig gjeld er Kunnskapsdepartementets overfinansiering av byggefase 1 ved St. Olavs Hospital. Gjelden vil bli avregnet mot Kunnskapsdepartementets finansiering av byggefase 2.

Note 20 Annen kortsiktig gjeld

Helse Midt-Norge RHF	31.12.2011	Foretaksgruppen
31.12.2010	31.12.2011	31.12.2010
192 683	76 810	562 368
147 038	227 957	0
17 810	19 045	783 845
1 199	1 257	107 182
0	0	26 236
264 673	276 043	629 682
623 403	601 112	2 109 313
		2 140 814

Note 21 Pantstillelser og garantiansvar

I forbindelse med sykehusreformen overtok Helse Midt-Norge RHF (nor) fylkeskommunenes garantiforpliktelser innenfor spesialisthelsetjenesten. Opprinnelig beløp på de lånene Helse Midt-Norge ble stående som garantist for pr 31.12.2011 er på 52,2 millioner kroner. Herav gjelder 46,8 millioner kroner Lukas Stiftelsen. Restgjeld på disse lånene var pr 31.12.2011 på 16,2 millioner kroner mot 17,8 millioner kroner pr 31.12.2010. Renter og avdrag på Lukas Stiftelsens lån blir dekket av Helse Midt-Norge RHF. Pr 31.12.2011 gjenstår 16,2 millioner kroner av dette lånet.

Note 22 Nærstående parter

Helse Midt-Norge RHF er 100 % eid av Helse- og omsorgsdepartementet. Transaksjoner med andre regionale helseforetak er i hovedsak knyttet til oppgjør for gjestepasienter. Det vil si pasienter bosatt i Midt-Norge og som på grunn av midlertidig opphold, fritt sykehusvalg eller manglende kompetanse eller kapasitet i egne foretak får behandling i helseforetak utenfor Midt-Norge eller private sykehus andre helseregioner har avtale med. Helse Midt-Norges kjøp fra andre regioner innen dette området utgjorde 345 mill kroner i 2011 mot 305 mill kroner i 2010, tilsvarende salg utgjorde 262 mill kroner i 2011 mot 252 mill kroner i 2010. Andre transaksjoner med de andre helseregionene er i hovedsak knyttet til felles prosjekter, delvis initiert av eier.

Det vesentligste av transaksjoner i foretaksgruppen Helse Midt-Norge er Helse Midt-Norge RHF's overføringer av tilskudd og aktivitetsbaserte inntekter til datterforetakene. Ordinært kjøp og salg mellom foretak i Helse Midt-Norge i 2011 utgjorde om lag 1 182 mill kroner. Sykehusapotekeene i Midt-Norge sitt salg til øvrige helseforetak utgjør om lag 33 % av dette, mens den regionale IKT-enhet (Hemit) sitt salg til øvrige enheter utgjorde om lag 42 %. St. Olavs Hospital sitt salg av blant annet lab-tjenester og behandlingshjelpemidler utgjør også en forholdsvis stor andel av den konsernminterne salget. Videre har Helse Midt-Norge RHF ved Helsebygg hatt omsetning i 2011 knyttet til leveranser i forbindelse med byggeprosjekter i hovedsak hos Helse Møre og Romsdal HF og St. Olavs Hospital HF.

Et av formålene med etablering av virksomheten til de felleskontrollerte virksomhetene, jf note 10 var å samle og gi gode og effektive tjenester innen denne delen av spesialisthelsetjenesten. Driften av Nasjonal Luftambulansetjeneste ANS dekkes av helseregionene ut fra forbruk. Helse Midt-Norges kjøp fra Luftambulansetjenesten i 2011 utgjorde tkr 94 906 mot tkr 91 515 i 2010. Kjøp fra Hinas utgjorde tkr 479 i 2011 mot tkr 286 i 2010.

I 2009 ble Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS etablert. Foretaket behandler og utbetaler godtgjørelse for dekning av reiser mv til pasienter som har slike rettigheter. Kostnadene viderefaktureres den enkelte region og foretak ut fra pasientenes bostedskommunen, dvs opptaksområde. Disse kostnadene betraktes ikke som kjøp fra Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS. Det er kjøpt andre tjenester fra Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS i 2011 for tkr 22 672 mot tkr 17 400 i 2010.

Medikamenter utgjør en stor andel av helseforetakenes kostnader. I forskning og utvikling av forekommer det samarbeid mellom legemiddelindustrien og sykehusene. Det regionale helseforetaket har inngått gjensidig forpliktende avtale med Legemiddelindustrien omkring etikk knyttet til avtaler.

I noen av helseforetakene er det etablert rutiner som skal bidra til å sikre at styremedlemmer og ledende ansatte ikke sitter med verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretakene har til andre aktører. Det er ikke etablert gjennomgående rutiner og retningslinjer for kartlegging, vurderinger, dokumentasjon mv av dette i foretaksgruppen.

Note 23 Betingede utfall

Helse Midt-Norge RHF er ikke kjent med andre forhold, herunder rettsaker, potensielle offentlige pålegg eller lignende som har vesentlig innvirkning på regnskapet for det regionale helseforetaket eller foretaksgruppen ut over de avsetninger som er foretatt i regnskapet pr 31.12.2011.

Note 24 Universiteter og høyskoleers rettigheter til arealer i helseforetak

Undervisning er en sentral del av helseforetakenes virksomhet. Dette innebærer blant annet at Helse Midt-Norge plikter å stille nødvendig arealer mv til disposisjon for universiteter og høyskoler. En forholdsvis stor andel av helseforetakenes faste eiendom, utstyr og andre formuesgjensstander blir disponert til undervisningsformål. Universiteter og høyskoler disponerer foretakenes formuesgjensstander vederlagsfritt. I henhold til instruks gitt av Helse Midt-Norge RHFs foretaksmøte kan foretakene ikke selge, pantsette eller på annen måte disponere over faste eiendommer hvor universitet eller høyskoler har rettigheter, uten skriftlig samtykke fra Kunnskapsdepartementet.

I forbindelse med utbyggingen av nytt universitetssykehus i Trondheim er enkelte bygninger revet. Deler av disse har vært brukt i undervisningssammenheng. Kunnskapsdepartementet finansierer deler av utbyggingen og NTNU vil bli eier av 49 500 kvm av det totale arealet når hele utbyggingen er ferdig. Dette utgjør ca 25 % av den samlede bygningssmassen ved St. Olavs Hospital. St. Olavs Hospital HF og staten ved NTNU har oppnevnt et styre som skal ha ansvar for forvaltning, drift, vedlikehold, utvikling og service av all bygningssmasse som eies av partene i fellesskap. Styrets oppgave er å skape optimale vilkår for kjernevirksomheten ved sykehuset, samt å legge til rette for at klinisk virksomhet, forskning og undervisning kan drives integrert. Videre skal styret legge til rette for en kostnadseffektiv og lønnsom forvaltning av bygningssmassen.

Universitet og høyskoler disponerte 4 517 kvm i 2011 mot 5 185 kvm i 2010 hos St. Olavs Hospital HF. Arealene i nytt Universitetssykehus deles i følgende kategorier:

- Eksklusive arealer for NTNU
- Eksklusive arealer for St. Olavs Hospital
- Arealer som partene benytter i fellesskap - bruksarealer
- Fellesarealer

Note 25 Forskning og Utvikling

Foretaksgruppen

Ressursbruk innen FoU 2011

	Kostnader til		Kostnader til		Kostnader til	
	FoU - somatikk	FoU - psykisk helsevern	FoU - rus	FoU - annet		
Lønnskostnader til forskning	67 410	27 719	7 756			
Andre driftskostnader til forskning	53 312	20 990	5 433			
Balanseførte anskaffelser til forskning	200					
Lønnskostnader til utvikling	17 865	17 532	2 488		1 027	
Andre driftskostnader til utvikling	13 981	14 266	1 423		84	
Balanseførte anskaffelser til utvikling					4 939	
Sum	152 768	80 507	17 100		6 050	

Totale regnskapsførte og beregnede ressursbruk innen Forskning og Utvikling utført i og av helseforetakene utgjorde tkr 256 425 i 2011. Helse Midt-Norge RHFs kostnader vedrørende tilskudd til stipendiater o.l. som driver sin forskning utenfor foretaksgruppen er ikke tatt med i tallene.