

Styrets medlemmer

Vår ref.:
2015/3754 - 32814/2015

Deres ref.:

Dato:
30.11.2015**Innkalling til styremøte for Helse Nord-Trøndelag 7. desember 2015**

Det kalles med dette inn til styremøte i Helse Nord-Trøndelag mandag 7. desember 2015.
Møtet finner sted på Quality Hotel Grand Steinkjer og starter kl. 1000.

**Sak 56/2015 Oppnevning av medlemmer i Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag
for perioden 2016 – 2017 og godkjenning av mandat**

Sak 57/2015 Driftsrapport oktober 2015

Sak 58/2015 Budsjett 2016

Sak 59/2015 Forprosjektrapport for «Psykiatriloftet»

Sak 60/2015 Orienteringssaker:
1. Protokoll fra møte i Politisk samarbeidsutvalg 21.09.15
2. Referat fra styrets møte med tillitsvalgte 26.10.15
3. Referat fra styrets møte med Brukerutvalget 26.10.15
4. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 26.10.15
5. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 05.11.15
6. Protokoll fra møte i Administrativt samarbeidsutvalg 18.11.15
7. Andre orienteringer

Sak 61/2015 Eventuelt

LUKKET DEL

Sak 62/2015 Vurdering av adm. direktørs lønn
(Unntatt off. jf. Off.l. § 23 første ledd)

Sak 63/2015 Godkjenning og signering av protokoll

Alf Daniel Moen
Styreleder
sign.

Arne Flaatt
Adm. direktør
sign.

Kopi: Styrets varamedlemmer
Administrativt samarbeidsutvalg v/leder
Brukerutvalget

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 56/2015 Oppnevning av medlemmer til Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag 2016 - 2017 og godkjenning av mandat

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	7. desember 2015	56/2015
Saksbeh:	Marit Røvik Skjerve	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2015/3754	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF oppnevner følgende representanter til Brukerutvalget i perioden 01.01. 2016 – 31.12. 2017:

<i>Namn</i>	<i>Organisasjon, forbund</i>	<i>Sted</i>
Terje Veimo	FFO, Norges Diabetesforbund	Verdal
Hilde Tyldum Stordahl	FFO, Norsk forening for slagrammede	Flatanger
Mona Lersveen	FFO, ADHD Nord-Trøndelag	Verdal
Unni Kristiansen	Kreftforeningen	Namsos
Steinar Mikalsen	SAFO Nord-Trøndelag, Norges Handikapforbund (NHF)	Skogn
Karl John Amdahl	Landsforeningen mot stoffmisbruk (LMS)	Levanger
Ole Flakken	Pensjonistforbundet Nord-Trøndelag	Høylandet

Følgende oppnevnes som vararepresentanter i samme periode:

Olav Malmo	FFO, Norsk Revmatikerforbund	Verdal
Ola Larsen	SAFO Nord-Trøndelag, Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU)	Verdal
Hildur Fallmyr	Eldrerådet i Nord-Trøndelag	Ottersøy
Aage Haukø	FFO, Mental Helse	Rørvik
Terje Greger Holmsberg	Eldrerådet i Nord-Trøndelag	Verdal
Knut Bakken	Pensjonistforbundet Nord-Trøndelag	Frosta

Brukerutvalget konstituerer seg med leder og nestleder i sitt første møte. Administrerende direktør kaller inn til dette møtet.

2. Styret i Helse Nord-Trøndelag HF godkjenner mandat for Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag HF.

SAKSUTREDNING:

Sak 56/2015 Oppnevning av medlemmer til Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag for perioden 2016 – 2017 og godkjenning av mandat

Utrykte vedlegg:

- Brev til organisasjonene om å foreslå medlemmer til Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag for 2016 - 2107, datert 22.09.15.
- Forslag fra organisasjonene, på medlemmer til Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag.

Vedlegg:

- Forslag til mandat for Brukerutvalget

Brukernes reelle medvirkning og innflytelse er et grunnleggende prinsipp, jf helseforetakslovens § 35 annet ledd og vedtektenes § 14. Eier stiller krav om at brukerinnflytelse skal legges til grunn i planlegging og gjennomføring av tjenestetilbudene på overordnet og individuelt nivå. Det er i denne forbindelse opprettet Brukerutvalg på HF-nivå, og Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag ble etablert i 2002. Brukerutvalgene skal gi råd om utvikling av tjenestetilbudet og bidra til et godt samarbeid mellom helseforetak og brukerorganisasjoner.

Leder og nestleder i Brukerutvalget har møte- og talerett i Helse Nord-Trøndelags styre, og leder har møte- og talerett i Administrativt samarbeidsutvalg.

Brukerutvalgets funksjonstid går ut ved årsskiftet. Oppnevning av nye representanter tilligger styret i Helse Nord-Trøndelag.

Administrerende direktør, har som ved tidligere anledninger, invitert hovedorganisasjonene/sammenslutningene for brukerorganisasjonene i fylket, om å komme med forslag til medlemmer i forbindelse med oppnevning av nytt Brukerutvalg. Invitasjonen er sendt til FFO Nord-Trøndelag, SAFO Midt-Norge, Landsforbundet mot stoffmisbruk (LMS), Eldrerådet i Nord-Trøndelag, Norsk Pensjonistforbund Nord-Trøndelag, Kreftforeningen og Sametinget.

Brukernes hovedorganisasjoner er oppfordret til å komme med forslag på representanter med fremmedkulturell bakgrunn.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) arbeider med nye nasjonale retningslinjer. Det er forslag om endring mht. hvilke kandidater som kan velges i brukerutvalg i helseforetak. Heretter skal kandidater velges fra «demokratiske brukerorganisasjoner», slik det står i forslaget til nye retningslinjer som nå er ute på høring. Det vil bety at brukerorganisasjonen skal være demokratisk oppbygd og ha et valgt styre. Dette innebærer at eldrerådet som er politisk oppnevnt av fylkeskommunen da ikke vil kunne stille med kandidater når de nye retningslinjene iverksettes.

Styret i Helse Midt-Norge RHF har ved oppnevning av nye brukerrepresentanter til Regionalt brukerutvalg for 2016 – 2017 valgt å ta hensyn til forslaget til nye retningslinjer.

Helse Nord-Trøndelag er gjort oppmerksom på prosessen med nye nasjonale retningslinjer i etterkant av utsendt invitasjonsbrev til organisasjonene. Helse Nord-Trøndelag vil ved denne oppnevningen derfor i hovedsak følge styret i HMN RHF, men vil i tillegg at de foreslåtte kandidatene fra Eldrerådet tildeles en vararolle i Brukerutvalget.

Helse Nord-Trøndelag har mottatt følgende forslag på representanter:

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO):

Olav Malmø, Verdal
Hilde Tyldum Stordahl, Flatanger
Terje Veimo, Verdal
Mona Lersveen, Verdal
Aage Haukø, Rørvik

Kreftforeningen

Unni Kristiansen, Namsos

SAFO Nord-Trøndelag:

Ola Larsen, Verdal
Steinar Mikalsen, Skogn

Landsforbundet Mot Stoffmisbruk (LMS):

Karl John Amdahl, Levanger

Norsk Pensjonistforbund Nord-Trøndelag:

Ole Flakken, Høylandet
Knut Bakken, Frosta

Eldrerådet i Nord-Trøndelag:

Hildur Fallmyr, Ottersøy
Terje Greger Holmsberg, Verdal

Administrerende direktørs innstilling til sammensetning av nytt Brukerutvalg er basert på følgende prinsipper:

- Representasjon fra spesialisthelsetjenestens sentrale brukergrupper
- God kjønnsmessig balanse
- Representasjon fra ulike geografiske deler av fylket
- Kontinuitet i Brukerutvalget

Etter en helhetlig vurdering, fremmer administrerende direktør forslag til sammensetning av Brukerutvalg i Helse Nord-Trøndelag for perioden 2016 – 2017.

Gjeldende mandat er gjennomgått og oppdatert og forslag til nytt mandat legges derfor fram for styret for godkjenning.

Mandat for Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag HF

Overordnet skal Brukerutvalget spille en aktiv rolle som brukernes representant, og være et utvalg med kompetanse og erfaring. Utvalgets rolle er å bidra til utforming og videreutvikling av spesialisthelsetjenesten som Helse Nord-Trøndelag HF yter innbyggerne.

Dette innebærer:

- bidra aktivt med brukerkompetanse i planarbeid
- ta initiativ i saker som har betydning for pasienter og pårørende
- medvirke med innspill til brukerundersøkelser og kvalitetsarbeid
- være et forum for tilbakemelding fra brukere, pårørende og brukerorganisasjoner
- foreslå brukerrepresentanter i råd og utvalg

Utvalgets hovedoppgaver:

- bidra til gjensidig tillit og forståelse mellom brukere og behandlere
- spre informasjon til brukerne om utvalget gjennom etablerte informasjonskanaler (HNTs internettside og aktuelle brosjyrer)
- holde seg orientert om pasientrettigheter og -plikter, og følge opp hvordan foretaket ivaretar informasjonen om pasientrettigheter
- arbeide for en åpen gjensidig dialog med administrerende direktør både på brukerutvalgets møter og i aktuelle saker
- delta i prosjekter og arbeidsgrupper
- delta på regionale brukersamlinger og være i dialog med det regionale brukerutvalget
- orientere styret i HNT om aktuelle saker. Inntil to representanter fra utvalget kan delta med talerett i styremøter
- samarbeide med Lærings- og mestringssenteret i aktuelle saker
- samarbeide med Pasientombudet i aktuelle saker

Brukerutvalget har sju medlemmer. Medlemmene oppnevnes av styret for Helse Nord-Trøndelag HF, etter innstilling fra brukerorganisasjonene.

Administrerende direktør i Helse Nord-Trøndelag, eller den han bemyndiger, møter fast i utvalget.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 57/2015 Driftsrapport oktober 2015

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	7. desember 2015	57/2015
Saksbeh:	Tormod Gilberg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2015/3754	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar driftsrapporten for oktober til etterretning.

SAKSUTREDNING:

Sak 57/2015 Driftsrapport oktober 2015

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

Utrykte vedlegg i saksmappen

BAKGRUNN

SAMMENDRAG / GENERELL VURDERING

Etter at budsjettet for 2015 ble vedtatt, kom det ny aktuarberegning over foretakets pensjonskostnader som innebar en økning på om lag 30 mill kroner for 2015. Gjennom styresak 56/15 i HMN er basisrammen til HNT økt med 36,8 mill kroner for bl.a. å dekke denne økte pensjonskostnaden. Samtidig er resultatkravet til foretaket økt med 6,8 mill kroner til 94,7 mill kroner. Disse endringene er innarbeidet i foretakets regnskap f.o.m. juni måned.

Basert på disse endringene viser foretakets resultat i oktober et avvik på – 5,9 mill kroner og akkumulert et avvik på – 13,7 mill kroner i forhold til revidert resultatkrav for 2015. Det negative månedsresultatet skyldes bl.a. lavere aktivitetsbaserte inntekter og høyere medikamentkostnader og kostnader til innleie av fagpersonell enn budsjettet.

DRG-aktiviteten i de somatiske avdelingene var i oktober noe lavere enn planlagt aktivitet, og er hittil i år 1,3 % over planlagt aktivitet. Foretakets DRG-aktivitet varierer noe fra måned til måned og i forhold til det som er planlagt for den enkelte måneden. I akkumulerte aktivitetstall utjevnes disse svingningene noe. Årets DRG-aktivitet prognostiseres å bli om lag 1 % over foretakets plantall for 2015.

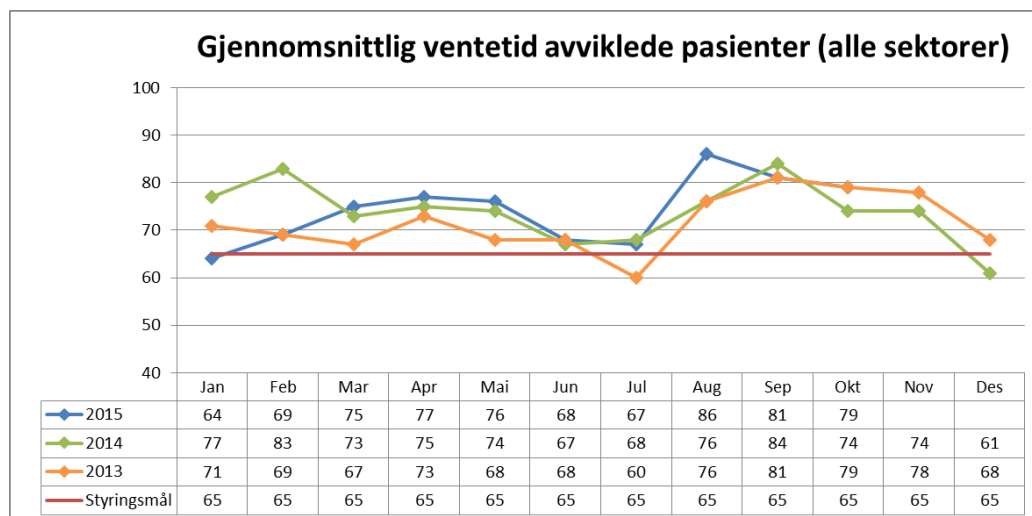
Aktiviteten i de psykiatriske avdelingene er hittil i år ubetydelig over foretakets planer og det som er forventet i styringsdokumentet fra HMN, mens aktiviteten innen rusbehandling er om lag 9 % lavere enn planlagt. I samsvar med fastsatte retningslinjer legges det opp til størst økning i den polikliniske aktiviteten.

For rapporterte kvalitetsindikatorer var det god måloppnåelse for gjennomsnittlig ventetid (for avviklede pasienter) pr. 31.12.14 og tilnærmet måloppnåelse i forhold til å fjerne fristbrudd. Utviklingen siste måned viser en liten reduksjon i gjennomsnittlig ventetid og en liten økning i andel fristbrudd.

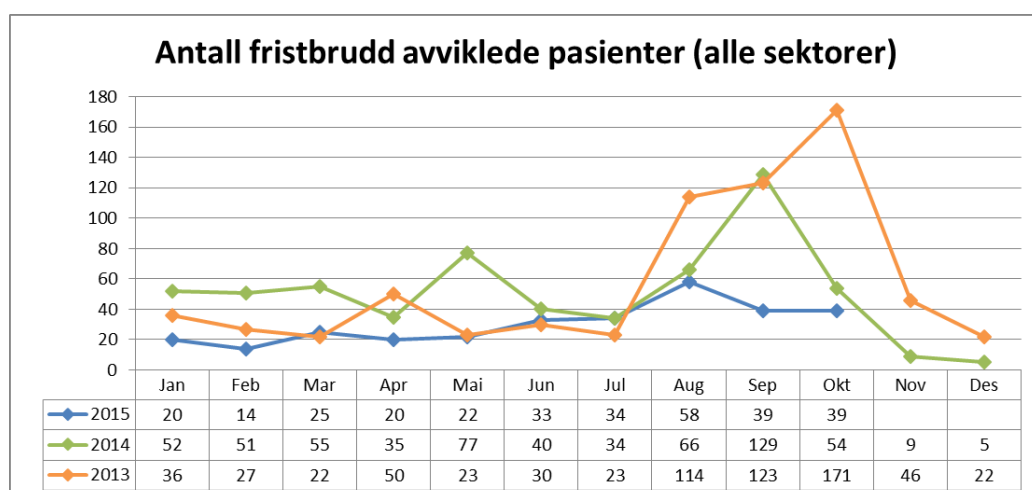
HNT prognostiserer nå et årsresultat for 2015 på 74,7 mill kroner. Det er en reduksjon på 20 mill kroner fra forrige måneds prognose og 20 mill kroner lavere enn revidert resultatkrav fra eier. Nedjusteringen av prognostisert årsresultat bygger på resultatutviklingen de siste månedene og en nedjustering av årets aktivitetsprognose.

1. PASIENTBEHANDLING

1.1 Ventetider



1.2 Fristbrudd



Det er betydelig fokus på å redusere ventetider og å fjerne fristbrudd for rettighetspasienter. Dette har gitt resultater. Ved utgangen av 2014 nådde foretaket målsettingen om en gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter på under 65 dager. Foretaket hadde ved årsskiftet også svært få pasienter med fristbrudd. Andel fristbrudd for avviklede pasienter var ved utgangen av 2014 på 0,4 %, mens gjennomsnittlig ventetid var 61 dager. Ved utgangen av oktober var andel fristbrudd på 2,9 %, mens gjennomsnittlig ventetid var 79 dager, dvs. noe høyere enn definerte mål.

Arbeid med tiltak – ventetider og fristbrudd

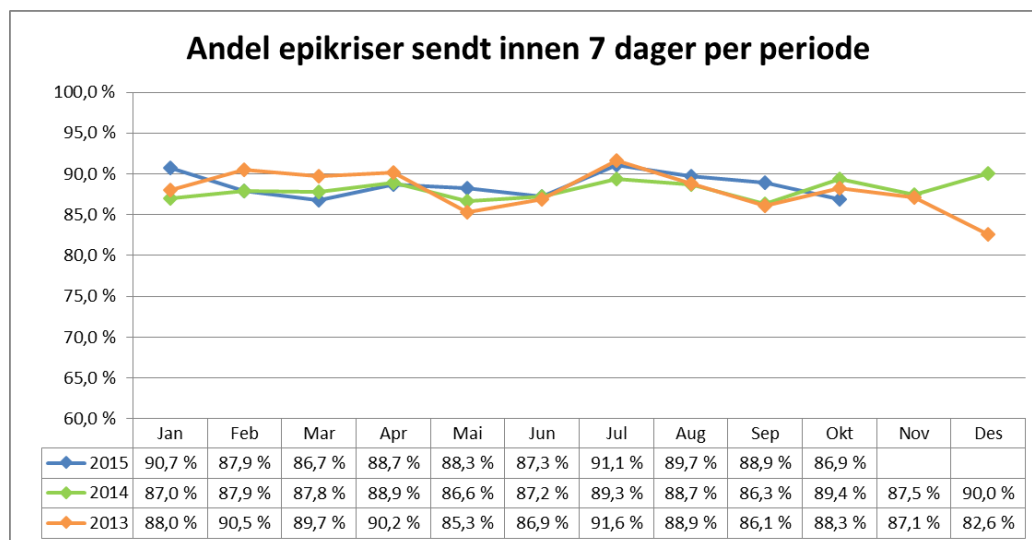
I driftsplanen for 2015 er det tatt høyde for at kravene i styringsdokument og foretaksprotokoll blir dekket. Foretaket har utarbeidet og oversendt til HMN en plan som beskriver tiltak for å nå følgende mål;

- Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter < 65 dager
- Ingen fristbrudd for avviklede pasienter
- Ingen skal vente mer enn ett år

2. KVALITET, FAGUTVIKLING OG FORSKNING

2.1 Pasientsikkerhet

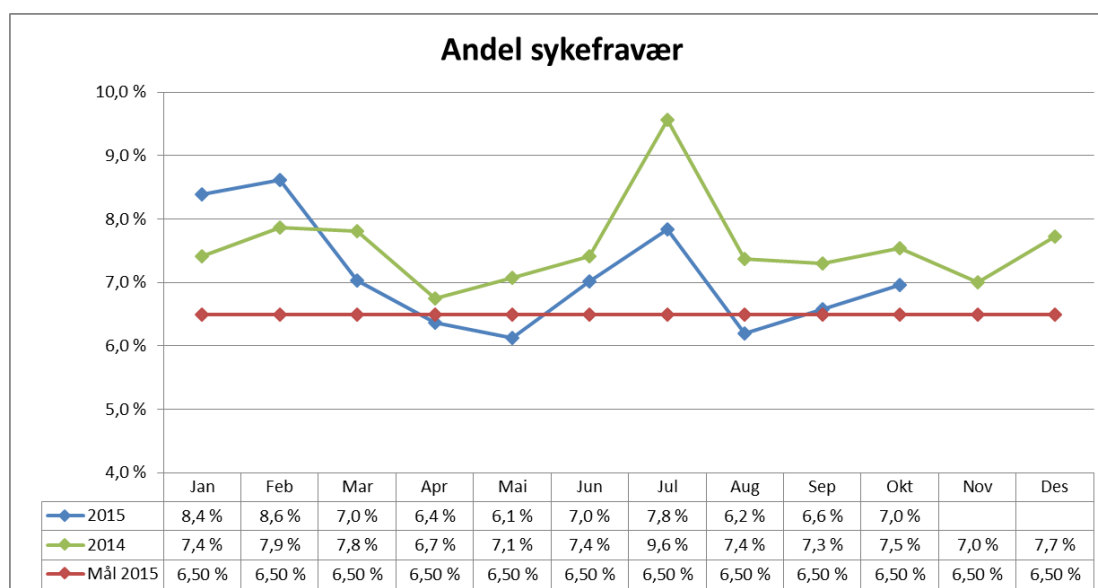
2.2 Epikrisetid



Det arbeides på flere områder for å øke pasientsikkerheten i foretaket, herunder sikre god kommunikasjon med primærhelsetjenesten. I denne forbindelse fokuseres det bl.a. på epikrisetid. Målsettingen er at alle epikriser skal være sendt innen 7 dager. Foretaket har de siste årene nådd et resultat der mellom 85 og 90 % av alle epikriser er sendt innen 7 dager. Det arbeides med å øke denne andelen ved at de klinikkene som har lavest andel, pålegges å intensivere innsatsen for å øke sin andel.

3. MEDARBEIDER

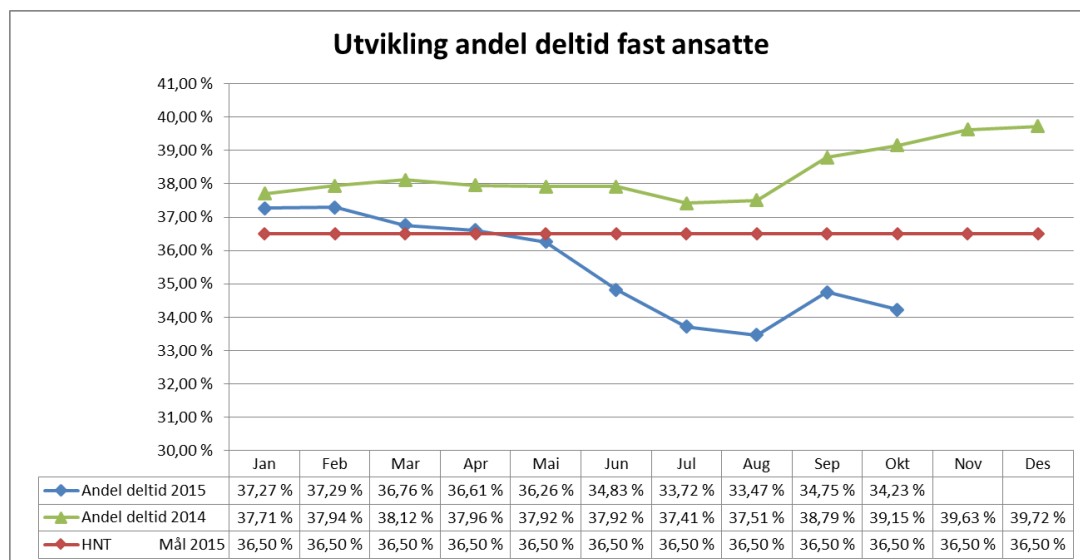
3.1 Andel sykefravær



Sykefraværet var i oktober 7,0 % mot 7,5 % i samme måned i fjor. Akkumulert sykefravær hittil i år er 7,1 % mot 7,5 % for samme periode i fjor.

Helseforetaket jobber systematisk og langsiktig med inkluderende arbeidsliv med utgangspunkt i en overordnet strategi og nedfelte rutiner.

3.2 Andel deltid

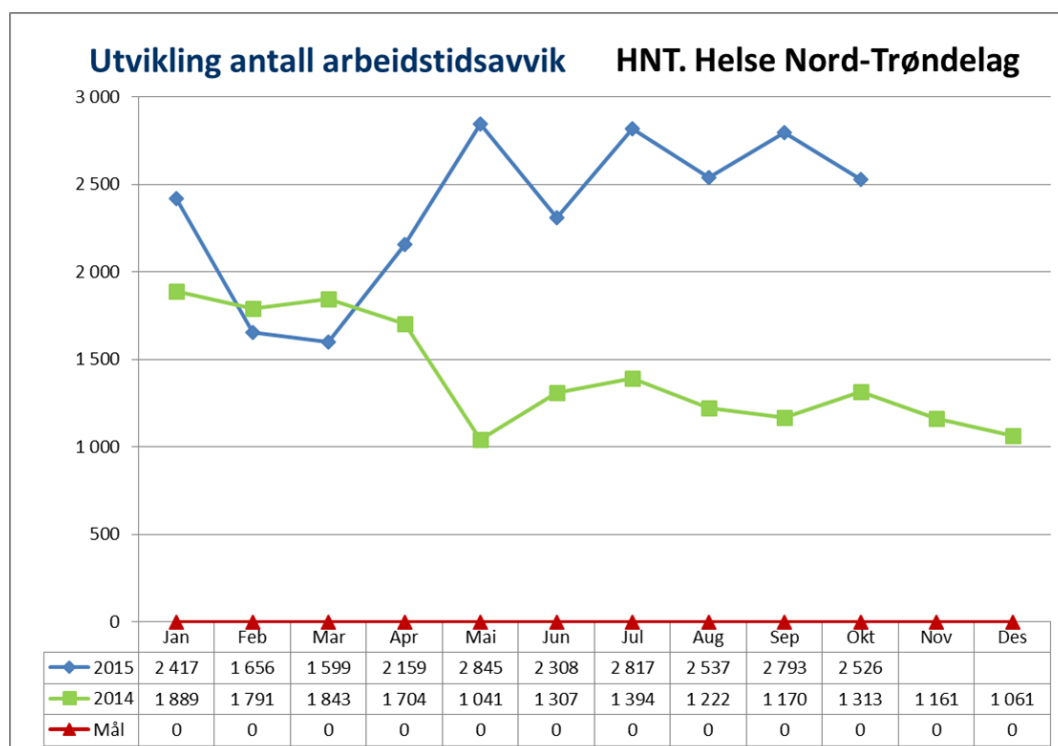


Andel deltid for fast ansatte var i oktober 34,2 %, en reduksjon på 0,5 %-poeng fra forrige måned. Samme måned i fjor var andel deltid for fast ansatte 39,2 %.

Den gjennomsnittlige stillingsprosenten for fast ansatte var i oktober 87,7 %, - en økning på 0,3 %-poeng fra forrige måned.

Resultatene innebærer at foretaket ligger godt innenfor fastsatte mål for begge indikatorer og at utviklingen i oktober har vært positiv.

3.3 Etterlevelse av arbeidstidsbestemmelser

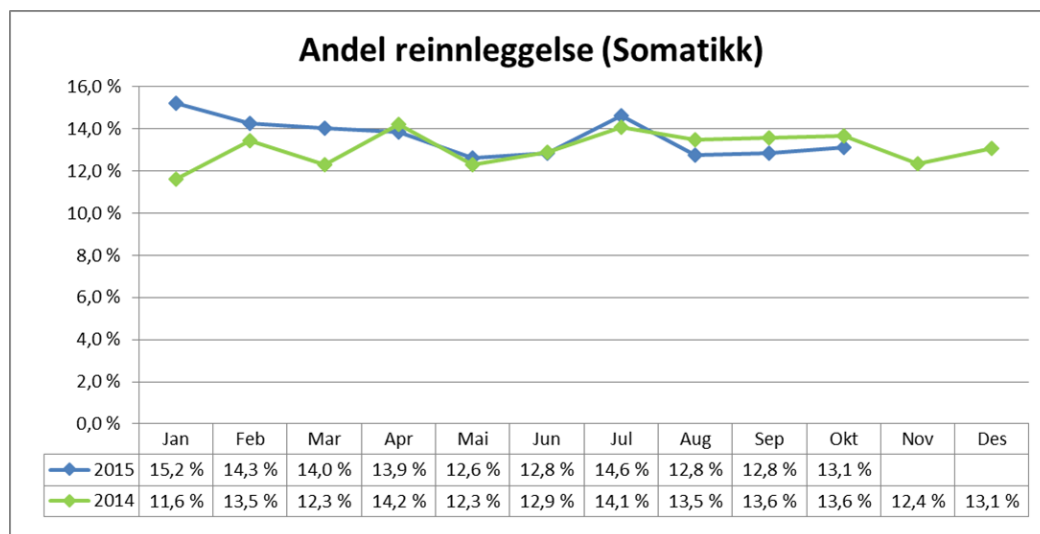


Det var totalt 2.526 arbeidstidsavvik i oktober, dvs. omtrent samme nivå som vi har hatt siden i sommer og en nedgang på vel 250 fra forrige måned. Nedgangen er knyttet til «akutt aktivitetsendring» og «akutt mangel på nødvendig kompetanse», noe som indikerer at vi er inne i mer ordinær driftssituasjon.

Når det gjelder målsettingen med å få redusert antall brudd, er det igangsatt et arbeid som i første omgang skal ta tak i brudd som enten er alvorlige i forhold til pasientsikkerheten eller i forhold til de ansattes helse. Noe av opplegget er da å sette inn tiltak som er innrettet mot disse målsettingene. Foretaksledelsen skal få en plan for dette innen årsskiftet.

4. SAMHANDLING

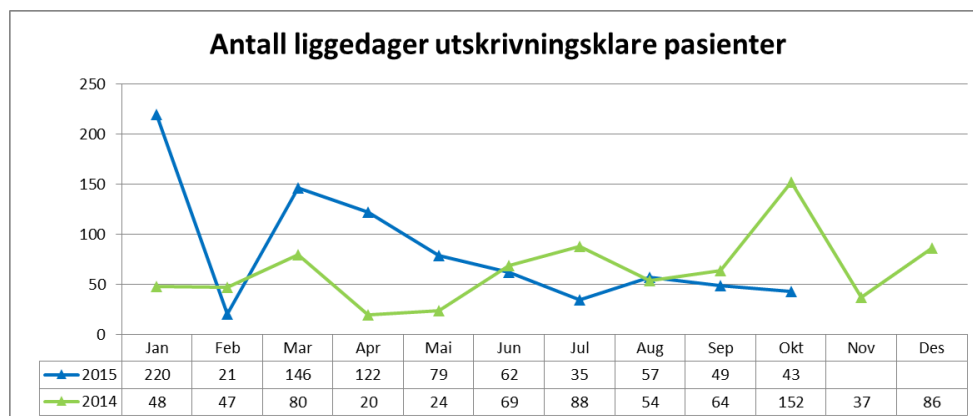
4.1 Andel reinnleggelser somatikk



Andel reinnleggelser i foretakets somatiske avdelinger har ikke endret seg mye de siste årene og ligger mellom 12 og 15 % av antall opphold. Akkumulert var andelen 13,2 % i 2014. Målsettingen for 2015 er lavere andel reinnleggelser enn i 2014. Pr. 2. tertial 2015 er andel reinnleggelser 14,1 %.

Andel reinnleggelser i de psykiatriske avdelingene varierer noe mer og ligger mellom 10 og 23 % av antall opphold. Akkumulert var andelen 14,3 % i 2014. Målsettingen for 2015 er lavere andel reinnleggelser enn i 2014. Pr. 2. tertial 2015 er andel reinnleggelser 17,6 %.

4.2 Liggedøgn utskrivningsklare pasienter



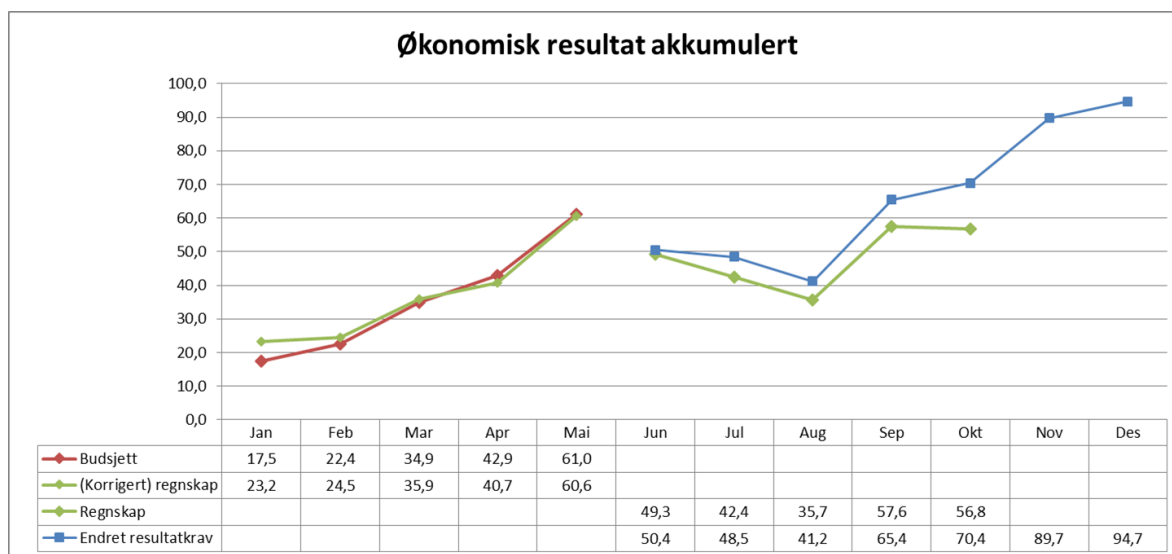
Kommunene betaler 4.387 kroner pr. liggedøgn for utskrivningsklare pasienter. Fakturerte liggedøgn kan variere litt fra registrerte liggedøgn p.g.a. forskjellige rapporteringsfrister, men dette blir korrigert i framtidige regninger.

I årets 10 første måneder var det i alt 189 pasienter og 834 liggedøgn knyttet til utskrivningsklare pasienter. Tilsvarende periode i fjor var det 134 pasienter og 646 liggedøgn.

5. ØKONOMI OG RESSURSTYRING

5.1 Resultat

Alle ansvarssteder	Denne periode			Hittil i år		
Resultat	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap	Budsjett	Avvik
Driftsinntekter	262 347	257 786	4 561	2 563 827	2 502 482	61 345
Varekostnader	-43 507	-38 662	-4 844	-391 747	-369 215	-22 532
Lønnskostnader	-173 024	-167 780	-5 244	-1 687 328	-1 632 364	-54 964
Andre driftskostnader	-47 130	-47 352	223	-430 894	-441 021	10 127
Driftskostnader	-263 661	-253 795	-9 865	-2 509 969	-2 442 601	-67 369
Driftsresultat	-1 314	3 991	-5 304	53 858	59 881	-6 024
Finansresultat	498	556	-58	2 917	5 562	-2 645
Netto resultat	-816	4 547	-5 362	56 775	65 445	-8 670
Endret resultatkrav		500	-500		5 000	-5 000
Endret netto resultatkrav	-816	5 047	-5 862	56 775	70 445	-13 670



Etter at budsjettet for 2015 ble vedtatt, kom det ny aktuarberegning over foretakets pensjonskostnader som innebar en økning på om lag 30 mill kroner for 2015. Gjennom styresak 56/15 i HMN er basisrammen til HNT økt med 36,8 mill kroner for bl.a. å dekke denne økte pensjonskostnaden. Samtidig er resultatkravet til foretaket økt med 6,8 mill kroner til 94,7 mill kroner. Disse endringene er innarbeidet i foretakets regnskap f.o.m. juni måned.

Basert på disse endringene viser foretakets resultat i oktober et avvik på – 5,9 mill kroner og akkumulert et avvik på – 13,7 mill kroner i forhold til revidert resultatkrav for 2015. Det negative månedsresultatet skyldes bl.a. lavere aktivitetsbaserte inntekter og høyere medikamentkostnader og kostnader til innleie av fagpersonell enn budsjettet.

Inntekter

Foretakets inntekter er i oktober 4,6 mill kroner høyere enn budsjettet. Aktivitetsbaserte inntekter viser en svikt på 3,5 mill kroner. Hittil i år er det et positivt avvik på 61,3 mill kroner, i hovedsak knyttet til økt basisramme.

Varekostnader

Varekostnadene viser i oktober et avvik på – 4,8 mill kroner i forhold til budsjettet, mens det hittil i år er et avvik på – 22,5 mill kroner.

Lønnskostnader

Regnskapet siste måned viser et avvik på lønnskostnadene på – 5,2 mill kroner. Hittil i år viser regnskapet et avvik på – 55,0 mill kroner. Merforbruket er knyttet til flere arter og avdelinger og gjelder i hovedsak økte pensjonskostnader, lønn til faste ansatte i form av økte faste tillegg (knyttet til turnus), overtid og innleie av ekstrahjelp.

Andre driftskostnader

Det er et samlet avvik på disse postene på 0,2 mill kroner i oktober, og hittil i år et avvik på 10,1 mill kroner. Foretakets buffer/reserve til uforutsette kostnader og/eller reduserte inntekter er budsjettert på denne kostnadsgruppen.

Finansposter

Foretakets finansposter viser i oktober et negativt avvik på 0,1 mill kroner og hittil i år et negativt avvik på 2,6 mill kroner. Hovedårsaken er lavere renteinntekter på innestående kapital.

5.2 Prognose

Alle ansvarssteder		Hele året	
Resultat	Budsjett 2015	Prognose 2015	Avvik budsjett - prognose
Driftsinntekter	3 038 855	3 105 674	66 819
Varekostnader	-449 968	-474 968	-25 000
Lønnskostnader	-1 969 558	-2 029 558	-60 000
Andre driftskostn (6)	-452 667	-452 667	0
Andre driftskostn (7)	-85 438	-80 438	5 000
Driftskostnader	-2 957 630	-3 037 631	-80 000
Driftsresultat	81 225	68 043	-13 181
Finansresultat	6 674	6 674	0
Netto resultat	87 900	74 719	-13 181
Endret resultatkrav	6 819		-6 819
Endret netto resultatkrav	94 719	74 719	-20 000

HNT prognostiserer nå et årsresultat for 2015 på 74,7 mill kroner. Det er en reduksjon på 20 mill kroner fra forrige måneds prognose og 20 mill kroner lavere enn revidert resultatkrav fra eier. Nedjusteringen av prognostisert årsresultat bygger på resultatutviklingen de siste månedene og en nedjustering av årets aktivitetsprognose.

Inntekter

Inntekter prognostiseres med et positivt avvik på 66,8 mill kroner knyttet til økt basisramme og økte aktivitetsbaserte inntekter.

Varekostnader

Varekostnader prognostiseres med et negativt avvik på 25 mill kroner. Dette skyldes økte medikamentkostnader og noe økt aktivitet. En nedjustert prognose for den somatiske aktiviteten gir ikke en tilsvarende effekt for varekostnader.

Lønnskostnader

Lønnskostnader prognostiseres med et negativt avvik på 60 mill kroner, bl.a. knyttet til økte pensjonskostnader. Øvrig avvik er knyttet til økt aktivitet og ikke budsjetterte prosjekterrelaterte kostnader som både innebærer økte kostnader og økte inntekter.

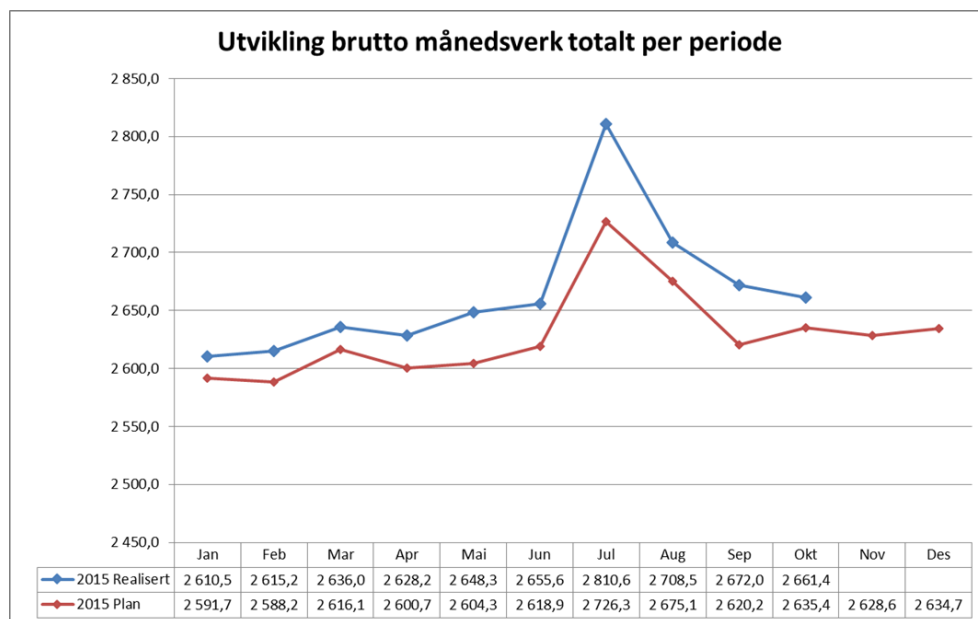
Andre driftskostnader

Andre driftskostnader prognostiseres p.t. med et positivt avvik på 5 mill kroner. Foretakets buffer/reserve til uforutsette kostnader og/eller reduserte inntekter er budsjettert på denne kostnadsgruppen.

Finansposter

Finansposter prognostiseres i tråd med opprinnelig budsjett.

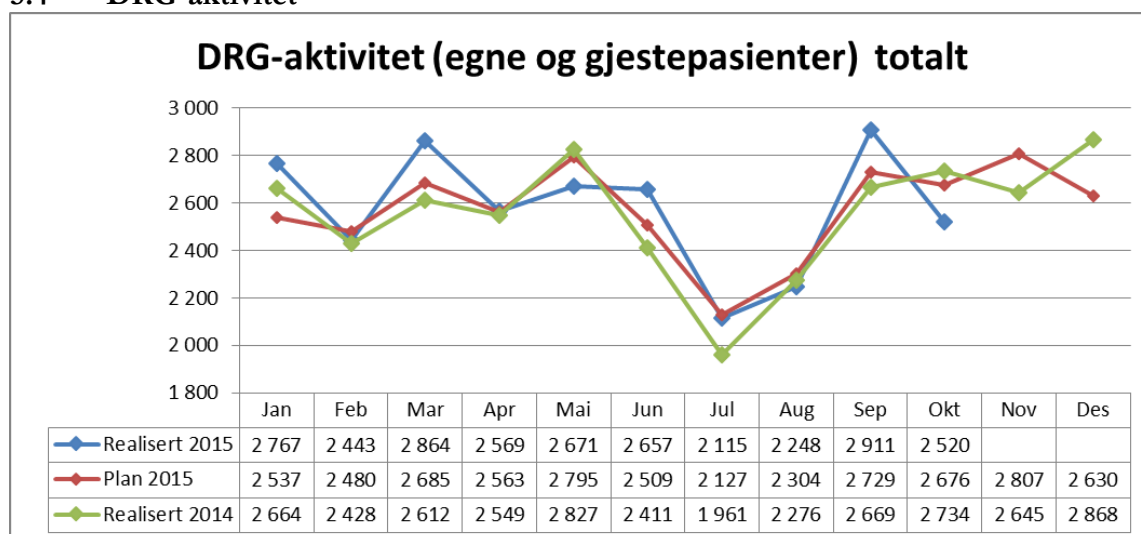
5.3 Bemanning



Samlede brutto månedsverk viser i oktober et merforbruk på 26 månedsverk i forhold til plan. Akkumulert hittil i år er det et merforbruk på 369,4 månedsverk.

Høy aktivitet er hovedårsak til merforbruket.

5.4 DRG-aktivitet

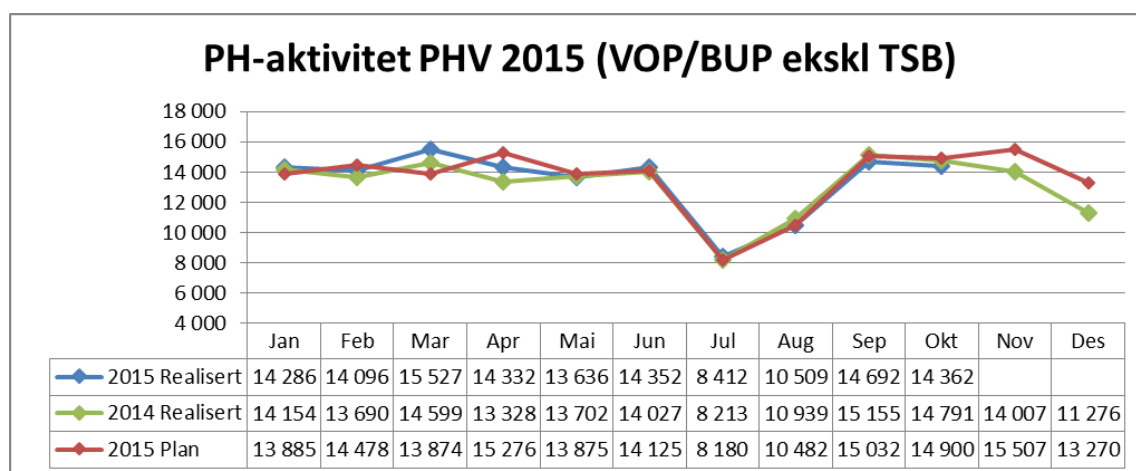


HMN har gjennom budsjett og styringsdokument for 2015 lagt opp til en "sørge for"- aktivitet for HNT litt over nivået for aktiviteten i 2014. HNT har planlagt en aktivitet i eget foretak i 2015 som

er 1,3 % høyere enn tilsvarende aktivitet i 2014. Det er denne aktiviteten som er lagt inn i oversikten ovenfor.

Foretakets DRG-aktivitet varierer noe fra måned til måned og i forhold til det som er planlagt for den enkelte måneden. I akkumulerte aktivitetstall utjevnes disse svingningene noe. Akkumulert aktivitet hittil i år er 1,3 % over planlagt aktivitet. Årets DRG-aktivitet prognostiseres å bli om lag 1 % over foretakets plantall for 2015.

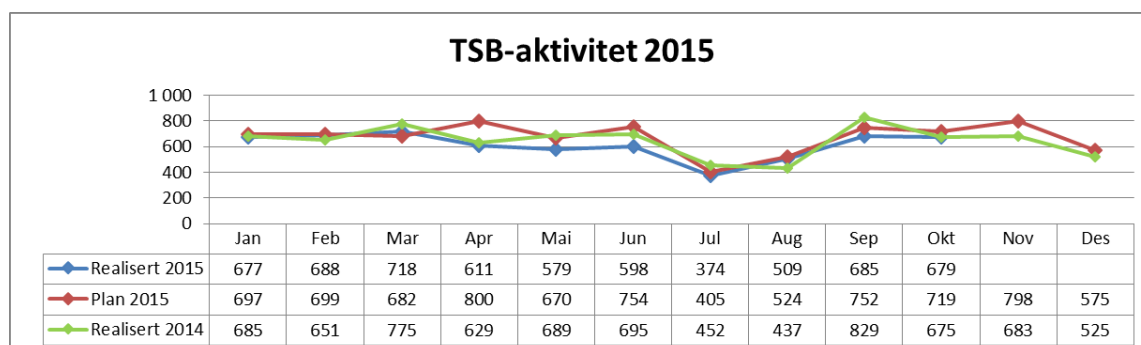
5.5 PH-aktivitet



I samsvar med styringsdokument fra HMN har HNT planlagt en aktivitetsvekst innen psykisk helsevern på 2,9 % samlet sett og at veksten primært skal knyttes til poliklinisk aktivitet.

Det samlede og veide målet for aktivitet i psykisk helsevern, PH-aktivitet, viser en akkumulert aktivitet hittil i år som er ubetydelig over planlagt aktivitet.

5.6 TSB-aktivitet



I samsvar med styringsdokument fra HMN har HNT planlagt en aktivitetsvekst innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) på om lag 4 % samlet sett og at veksten primært skal knyttes til poliklinisk aktivitet.

Den samlede TSB-aktiviteten er hittil i år om lag 9 % lavere enn det som er planlagt.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 58/2015 Budsjett 2016

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	7. desember 2015	58/2015
Saksbeh:	Tormod Gilberg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2015/3754	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret vedtar framlagte budsjett for 2016 med tilhørende driftsopplegg. Budsjettet er basert på fastsatte rammer og styringssignal fra eier.

Administrerende direktør gis fullmakt til å gjøre mindre endringer i budsjett 2016.

Dersom en gjennom slutføringen av klinikkens budsjettarbeid ikke synes å finne akseptable driftsmessige løsninger og effektiviseringstiltak, vil direktøren komme tilbake til styret med en fornyet budsjettbehandling.

SAKSUTREDNING:
Sak 58/2015 Budsjett 2016

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken:

1. HMN styresak 92/15 Inntektsfordeling og aktivitet 2016, vedtatt 05.11.15.
2. HNTs brev av 19.11.15 til HMN om finansiering av RKSF, DMS og TSB (rus).
3. Forslag til budsjett 2016 for Helse Nord-Trøndelag HF (budsjettoppstilling basert på rapportmal).

Utrykte vedlegg i saksmappen:

1. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 03.12.15.

1. GRUNNLAG

Budsjettforslaget bygger på økonomiske rammer, aktivitetsforventninger og mottatte retningslinjer fra HMN. Forslag til statsbudsjett for 2016 danner grunnlag for inntektsrammen til Helse Midt-Norge RHF og i neste omgang rammer til de enkelte helseforetakene. Det tas forbehold om endringer i inntekts- og aktivitetsfordeling på bakgrunn av Stortingets vedtak om statsbudsjett for 2016.

2. SAMMENDRAG RESULTAT, AKTIVITET OG RISIKO

2.1 Basisramme og årsresultat

Styret for Helse Midt-Norge RHF har i sak 92/15 vedtatt inntektsrammer til de enkelte helseforetakene i regionen. Helse Nord-Trøndelag HF er gjennom vedtak i nevnte sak tildelt en basisramme for 2016 på 2.177,5 mill kroner.

Vedlagte talloppstilling over forslag til budsjett 2016 viser en inntektsside på vel 3 mrd kroner, herav en basisramme fra eier på knapt 2,2 mrd kroner og aktivitetsbaserte inntekter på om lag 0,9 mrd kroner. Det budsjetteres med **et årsresultat på 65,8 mill kroner.**

Innenfor det fastsatte resultatkravet på 65,8 mill kroner vil foretaket kunne framskaffe likviditet til investeringer i medisinsk teknisk utstyr, bygningsmessige investeringer og egenkapitalinnskudd i KLP for til sammen om lag 120 mill kroner i 2016.

2.2 Aktivitet

HMN har i sak 92/15 lagt opp til en økning i foretakets **somatiske aktivitet** på 1,2 % i forhold til «bestilt aktivitet» for inneværende år. I forhold til årets prognostiserte aktivitet tilsier det en forventning om omtrent samme aktivitet i 2016. Aktivitetsplanene for 2016 for de somatiske avdelingene viser en økning (målt i DRG-poeng) på 0,7 % i forhold til prognose aktivitet inneværende år, noe som inkluderer en teknisk kodeforbedring på 0,5 %. Oversikt over klinikkvis aktivitetsvekst er tatt inn i kapittel 5.

Innen **psykisk helsevern og rusbehandling** har HMN lagt opp til en aktivitetsvekst på 7 % innen poliklinisk drift. For det vektete aktivitetsmålet PH-aktivitet (psykisk helse-aktivitet) forventer

HMN en økning på 4,1 % fra prognose 2015 til plan 2016. Innen rusbehandling (TSB) forventer HMN en økning på 6,6 % for det vektete aktivitetsmålet TSB-aktivitet fra prognose 2015 til plan 2016. Aktivitetsplanene for 2016 for foretakets avdelinger knyttet til psykisk helsevern og rusbehandling viser en økning på hhv. 1,0 % og 1,7 % ut over bestillingen fra HMN.

Fra eier er det en klar føring om at pasienttilbudet innen psykisk helse og rusbehandling skal ha større vekst enn innen somatikk, benevnt som «den gylne regel». Med de plantall for 2016 som legges fram i denne saken, legger HNT opp til å nå denne målsettingen med god margin.

I hele foretakets drift foregår det en vridning av aktivitet slik at en større andel gjennomføres poliklinisk eller som dagbehandling og en relativt mindre andel foregår i form av innleggelse.

2.3 Satsingsområder

HNT er forpliktet til enkelte satsingsområder basert på prioriteringer og krav fra vår eier (Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Midt-Norge RHF), jf. tabellen nedenfor med de viktigste områdene.

Pålagte/bundne satsingsområder (prioritert av eier)	Mill kroner
Økonomisk ansvar for nye legemidler (bl.a. hepatitt C)	33
Økte pasientskadeerstatninger (økt omfang og endring i beregningsregler)	10
IKT/nye system, jf. leveranseavtale med HEMIT	8
Økte avskrivningskostnader	7
Økte pensjonskostnader (KLP)	5
Regionale prosjekt, nytt økonomi- og logistikksystem (SAP), nytt PAS m.v.	4
Ansvar for overgrepsmottak	2
Økt m.v.a.-sats på transport/reiser	2
Sum pålagte/bundne satsingsområder	71

Det varierer i hvilken grad disse økte kostnadene er kompensert i rammen til HNT. Foretaket må uansett sette av midler til disse satsingsområdene innen tildelt basisramme.

Med utgangspunkt i strategiplan, vedtatte utviklingsområder og føringer fra eier har HNT videre prioritert følgende satsingsområder i budsjettprosessen:

Helse Nord-Trøndelag HF's egne prioriterte satsingsområder	Mill kroner
Økt aktivitet (poliklinikk) psykiatri og rus, jf. «den gylne regel»	4
Økt vedlikehold bygg (jf. LTB)	3
Økt service/vedlikehold MTU	2
Ambulanse Indre Namdal (døgnbil Grong)	2
Sum egne prioriterte satsingsområder	11

Innen denne gruppen er det prioritert økt pasienttilbud på prioriterte områder og enheter med lange ventetider og oppfølging av «den gylne regel» som tilsier større økning i aktiviteten innen psykiatri og rus enn innen somatikk. Oppfølging av forutsetninger i vedtatt LTB om økt vedlikehold av bygg og økt service/vedlikehold av MTU er også lagt inn. Videre er det prioritert videreføring av innsats

innen kvalitetssikring og sertifisering av avdelinger og klinikker og diverse HR-tiltak som seniorpolitisk plan, lederstøtte og lærlingeplasser (helsefagarbeider, kontor, renhold m.v.).

2.4 Kritiske faktorer/risikoområder

Det er i hovedsak lagt opp til en videreføring eller økning av foretakets aktivitet i 2016 samtidig som tilgjengelige økonomiske ressurser til denne driften er redusert. I praksis betyr dette at foretaket må øke produktiviteten i bestående aktivitet for å gi rom for nye/økte tilbud og økte kostnader. Det forutsettes fortsatt forbedret pasientlogistikk gjennom omlegging av drift fra døgn- til dag- og poliklinisk behandling, streng kostnadskontroll og nødvendig tilgang til og disponering av behandlingspersonalet.

Budsjett og driftsplan for 2016 er søkt lagt opp med en klar forutsetning om å nå fastsatte resultatmål for økonomi, aktivitet og kvalitet. De senere år vært satt av midler i en sentral buffer på 20 – 25 mill kroner for å dekke opp for usikkerhet knyttet til enkelte inntekts- eller kostnadselement. For å begrense den økonomiske utfordringen til foretakets klinikker har vi for 2016 ikke satt av midler til noen sentral buffer/reserve. Det vil øke usikkerheten i forhold til å nå budsjettert årsresultat.

Det blir derfor nødvendig med tett oppfølging av klinikkenes drift for å sikre at vi når fastsatte resultat for økonomi, aktivitet og kvalitet og for å kunne iverksette nødvendige korrigerende tiltak i rett tid.

3. ØKONOMISK UTFORDRING

Styret for Helse Midt-Norge RHF har i sak 92/15 fastsatt en basisramme for 2016 til Helse Nord-Trøndelag HF på 2.177,5 mill kroner. HMN har fastsatt basisramme til de enkelte helseforetakene ut fra objektive behovskriterier i henhold til den såkalte «Magnussen-modellen». Som grunnlag for denne rammetildelingen legger HMN til grunn en forutsetning om 1,1 % effektivisering av driften. Videre er det slik at noen, men ikke alle pålagte endringer i aktivitet og kostnader dekkes inn i foretakets ramme.

Ved beregning av størrelse på økonomisk utfordring for 2016 vil også resultatet av årets drift og «inngangsfart» til 2016 være av betydning. Flere av HNT's klinikker viser en kostnadsvekst ut over budsjett i år. Det øker utfordringen for neste år.

Endeling vil kravet til årsresultat i 2016 påvirke den økonomiske utfordringen. I samsvar med vedtatt langtidsbudsjett (LTB 2016 - 21) legger HNT opp til et årsresultat i 2016 på 65,8 mill kroner for å framskaffe likviditet til finansiering av investeringer.

HMN vedtok i juni i år ny finansstrategi for helseregionen med tilhørende helseforetak. Finansstrategien bygger bl.a. på forutsetningen om at RHF-et er «sentralbank» i konsernet og at RHF-et kan trekke inn og dele ut likviditet til drift (driftskreditt) og investeringer (interne lån). I samsvar med vedtatt LTB vil HMN trekke inn om lag 70 mill kroner i likviditet pr. år til finansiering av (felles prioriterte) investeringer. Videre er det vedtatt at HNT ikke skal få driftskreditt i 2016.

Basert på disse forutsetningene kan HNT fastsette størrelse på årsresultatet under forutsetning av at tilgjengelig likviditet er slik at foretaket kan gjennomføre løpende drift og vedtatte investeringer. Det forutsettes forutgående drøftinger med HMN dersom foretaket legger opp til et årsresultat som avviker vesentlig fra det som er fastsatt i gjeldende langtidsbudsjett.

HNT legger opp til et årsresultat for 2016 i samsvar med vedtatt LTB på 65,8 mill kroner. For å lette den økonomiske utfordringen for foretakets klinikker settes det ikke av midler til sentral buffer/reserve i budsjettet for 2016. På dette grunnlag er den samlede økonomiske utfordringen for HNT for 2016 beregnet til vel 60 mill kroner (eller 2 %).

Med samme krav til reserve som for inneværende år ville utfordringen for 2016 vært om lag 90 mill kroner. Det er betydelig høyere enn de siste års økonomiske utfordring. Etter mange år med effektiviseringskrav på 1,5 – 2 % er det svært utfordrende å finne gode effektiviseringstiltak for driften i 2016.

4. DRIFTSOPPLEGG OG TILTAK

Driftsopplegget for 2016 er basert på aktivitetsforventninger fra HMN presentert i styresak 92/15.

Klinikkene har i lengre tid arbeidet med å ferdigstille sine budsjett og å fastsette driftsplaner og effektiviseringstiltak tilpasset gitte budsjettammer. Halvparten av klinikkene har så langt ferdigstilt sine planer innen gitte rammer, mens 5 klinikker fortsatt sliter med å tilpasse driftsopplegg og tiltak til gitte rammer.

Vi har i tabellen nedenfor forsøkt å gruppere utarbeidede klinikkvise tiltak i hovedgrupper med beregnet økonomisk effekt. Beskrevne og foreslåtte tiltak for å tilpasse driften til tilgjengelige budsjettammer fordeler seg så langt på følgende hovedgrupper:

Type tiltak	Beskrivelse	Planlagt økonomisk effekt i mill kr
Reduksjon i lønnskostnader knyttet til stab/støtte/servicefunksjoner	Redusert bemanning i sekretærfunksjoner, renhold og ledelse.	2
Reduksjon i lønnskostnader knyttet til pleietjenesten	Redusert bemanning knyttet til sengeposter og ambulansedrift, redusert innleie/overtid.	9
Reduksjon i lønnskostnader knyttet til legevirksomhet	Redusert innleie og overtid.	1
Reduksjon i varer og tjenester	Reduserte medikamentutgifter (benytte billigere synonympreparat), reduserte varekostnader, reduksjon i innleie av personell fra utleiefirma.	7
Økte inntekter knyttet til økt aktivitet, mer fullstendig koding og nye avtaler	Økt aktivitet i noen somatiske enheter. Dessuten økte inntekter p.g.a. riktigere og mer fullstendig koding.	8
Nedlegging av sengepost ved DPS Kolvereid fra sommeren 2015 og avtale med Namsos kommune om § 5-pasient	Nedlegging av sengeposten ved DPS Kolvereid fra sommeren 2015 og avtale med Namsos kommune om alternativt tilbud og kostnadsfordeling knyttet til § 5-pasient.	8
Diverse	Reduksjon i varer og tjenester fra interne underleverandører.	2
Sum effekt av nye tiltak p.t		Ca. 37

Som det framgår av oversikten ovenfor, har foretaket og klinikkene så langt beskrevet tiltak for om lag 37 mill kroner. De utarbeidede tiltakene forventes gjennomført ved effektivisering av driften uten negative konsekvenser i pasienttilbudet. Noen klinikker (de kirurgiske klinikkene, Medisinsk klinikk Namsos, BFK og Prehospital klinikk) mangler fortsatt tiltak for til sammen nesten 30 mill kroner og arbeider med ytterligere tilpasninger til gitte rammer.

4.1 Det kirurgiske behandlingstilbudet og fødetilbudet i HNT

Det har i løpet av høsten vært vurdert mulig samordning av den kirurgiske aktivitet i helseforetaket, fortrinnsvis knyttet til sommerdrift. Det har i den forbindelse vært utredet vekselvis stenging av den kirurgiske aktiviteten i 4 uker om sommeren ved hvert av de to sykehusene. Det sykehuset som ville ha åpent i denne perioden, ville da måtte begrense sin virksomhet til øyeblikkelig hjelp-aktivitet for hele foretaket.

Konklusjonen av utredningen er at et slikt driftsopplegg vil medføre mer enn 30 % reduksjon i samlet aktivitet i aktuelle periode i forhold til dagens driftsform. Tapte aktivitetsbaserte inntekter ville i så fall bli større enn mulige reduserte kostnader i samme periode. Dessuten ville reiseavstanden til pasientene øke med tilhørende økte transportkostnader og mulig negativt omdømme for foretaket. Det er derfor besluttet å ikke gå videre i utredning av dette alternativet. Det vil imidlertid bli arbeidet med andre mulige samhandlingstiltak mellom de kirurgiske klinikkene for å få til mer effektiv drift.

Det er også utredet muligheter og konsekvenser ved en evt. sommerstenging av fødeavdelingen i Namsos og overføring av fødepasientene til Levanger i denne perioden. Sykehuset Levanger ville hatt kapasitet til alle fødepasienter i foretaket, men også i dette tilfellet vil den samlede økonomiske effekten kunne bli negativ når vi inkluderer økte transportkostnader. Etter en samlet vurdering av pasienttilbud og økonomi, er det derfor besluttet å heller ikke gå videre med dette alternativet.

4.2 Samhandlingsreformen, herunder drift av DMS-ene

DMS Stjørdal ble etablert i 2007, mens DMS Inn-Trøndelag i Steinkjer ble etablert vinteren 2011. Etablering av disse distriktsmedisinske sentrene har skjedd i et samarbeid mellom berørte kommuner, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord-Trøndelag HF. Driftskostnadene av tilhørende intermediære sengeposter har opprinnelig blitt finansiert ved at hver av disse partene har dekket 1/3 av samlede driftskostnader knyttet til sengepostdriften. I tillegg til intermediære sengeposter har kommunene hatt egne kommunale sengeplasser, og HNT har drevet desentralisert dialyse- og poliklinikkvirksomhet i tilknyttede lokaler.

Avtalene knyttet til drift av DMS-ene gjelder til 31.12.17 og er nå gjenstand for evaluering. Nåværende drift av de intermediære sengepostene innebærer en kostnad for HNT i 2016 på om lag 22 mill kroner. HMN har lagt opp til at deres øremerkede tilskudd til drift av DMS-sengene skal falle bort f.o.m. 2016 for i stedet å fordeles i samsvar med ordinær finansieringsmodell. Omleggingen innebærer en reduksjon i tilskuddet til HNT med nesten 8 mill kroner per år f.o.m. 2016. HNT har i brev av 06.10.15 og 19.11.15 bedt HMN om å opprettholde sin delfinansiering av DMS-driften under pågående evaluering og ut gjeldende avtaleperiode, dvs. ut 2017.

Ett av tiltakene i samhandlingsreformen er at kommunene skal etablere kommunale akutte døgnplasser (KAD-plasser) innen 01.01.16. Innfasingen av disse kommunale tilbudene har skjedd gradvis over 4 år til og med 2015. Basisrammen til HNT er redusert med om lag 17 mill kroner i forbindelse med etablering av slike kommunale KAD-tilbud. Det forventes at disse kommunale tilbudene skal redusere veksten i pasienttilstrømningen til spesialisthelsetjenesten.

5. AKTIVITETSMÅL

5.1 Somatikk

HMN forventer en «sørge for-aktivitet» i 2016 på 33.072 DRG-poeng i foretakets somatiske avdelinger. Det er en økning på 1,2 % fra årets budsjetterte aktivitet. Årets prognose innebærer en aktivitet litt i underkant av forventet nivå for 2016. Helseforetaket vurderer selv det nøyaktige aktivitetsnivået for neste år.

Klinikkens forslag til driftsopplegg for 2016 innebærer jevnt over en videreføring av årets drift. Sum DRG-poeng for HNT planlegges økt med 0,7 % i forhold til prognostisert resultat for 2015. Det er ubetydelig høyere enn den forventede kodeforbedringen på 0,5 %. HNT har i utgangspunktet høy somatisk aktivitet i forhold til beregnet behov. Avhengig av utvikling i etterspørsel av spesialisthelsetjenester forventes det at en med den planlagte aktiviteten for 2016 skal kunne overholde fastsatte krav til maksimal gjennomsnittlig ventetid (65 dager) og ingen fristbrudd.

På dette grunnlag legges det opp til følgende aktivitetsmål (i DRG-poeng) for 2016 i foretakets somatiske avdelinger:

Klinikk	Prognose 2015 DRG-poeng	Plan 2016 DRG-poeng	Endr. 2015 – 2016 ¹⁾	Endring i %
Kirurgisk klinikk, Levanger	7 875	7 895	20	0,3 %
Kirurgisk klinikk, Namsos	6.063	5 966	-97	-1,6 %
Medisinsk klinikk, Levanger	7 647	7 748	101	1,3 %
Medisinsk klinikk, Namsos	3 817	3 836	19	0,5 %
Barne- og familieklinikken	4 814	4 898	84	1,7 %
Rehabiliteringsklinikken	1 122	1 210	88	7,8 %
Sum HNT	31 338	31 553	215	0,7 %

1) Tallene gjelder sum DRG-poeng behandlede pasienter i HNT. Endringen er inkludert evt. kodeforbedring fra 2015 til 2016 på om lag 0,5 %.

5.2 Psykisk helsevern og rusbehandling

Nedlegging av sengeposten ved DPS Kolvereid sommeren 2015 reduserte antall disponible døgnenger i psykisk helsevern med 7. Innlagte pasienter får nå dekket sitt behov ved Psykiatrisk avdeling i Namsos samtidig som den polikliniske kapasiteten er styrket både i Kolvereid og i Namsos. Omleggingen av driften har ført til en netto bemanningsreduksjon på vel 9 årsverk. Det vurderes alternativ bruk (utleie eller salg) av ledig bygningsmasse.

Som det framgår av beskrivelsen ovenfor, er det gjennomført en endring i sengepost-tilbudet i Ytre Namdal ved nedlegging av sengeposten ved DPS Kolvereid og overføring av dette pasienttilbudet til Psykiatrisk avdeling i Namsos. I sørdelen av fylket planlegges samlokalisering av tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser. Dagens tilbud til denne pasientgruppen er delt mellom Stjørdal og Levanger. Det planlegges nå å samle dette tilbudet i Levanger. Gjennom nybygg («psykiatriløfte») legges det opp til for å dekke det samlede behovet for økt areal innen voksenpsykiatri (RKSF og alderspsykiatri) og økt behandlingsskapasitet innen rusbehandling.

En samling av tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser vil kunne styrke det faglige miljøet og bidra til bedre driftsøkonomi. Direktøren mener at RKSF, som et regionalt behandlingstilbud, bør

finansieres med en fast ramme uavhengig av svingninger i etterspørselen fra de andre helseforetakene. HMN har ikke villet gå inn på en slik finansieringsordning, men har gitt et særskilt tilskudd på 4 mill kroner til styrking av drift og forskning ved RKSF. Med dagens finansiering står vi i fare for å måtte bygge ned tilbudet ett år for deretter å bygge det opp igjen neste år. Det fører til negative konsekvenser i forhold til både rekruttering, kompetanse og kvalitet.

I de psykiatriske enhetene er det bestilt en veid aktivitetsvekst (PH-aktivitet) på 4,1 %, og med forventning om en vekst i poliklinisk virksomhet på 7 %. Innen rusbehandling er det bestilt en aktivitetsvekst på 6,6 % i forhold til prognosen for årets aktivitet.

Det planlegges en liten reduksjon neste år i det psykiatriske behandlingstilbudet for innlagte pasienter, mens det planlegges en økning på vel 5 % innen poliklinikk. Innen rusbehandling legges det opp til uendret omfang av innlagte pasienter, mens det polikliniske tilbudet foreslås økt med 9 %.

I foretakets psykiatriske enheter legges det opp til følgende aktivitetsmål for 2016:

Aktivitet	Plan 2015	Prognose 2015	Plan 2016	Endr. 2015 – 2016
Utskrevne døgnpasienter, VOP	1 330	1 500	1 400	-6,7 %
Liggedøgn, VOP	25 200	23 750	23 000	-3,2 %
Polikliniske v-konsultasjoner, VOP	51 815	54 200	58 002	7,0 %
Utskrevne døgnpasienter, BUP	150	150	150	0,0 %
Liggedøgn, BUP	2 200	1 818	2 200	21,0 %
Polikliniske v-konsultasjoner, BUP	30 125	27 922	28 622	2,5 %
Utskrevne døgnpasienter, rus	50	45	45	0,0 %
Liggedøgn, rus	1 800	1 700	1 700	0,0 %
Polikliniske v-konsultasjoner, rus	5 919	5 350	5 831	9,0 %

Foretakets eier har vedtatt at det skal være større vekst innen psykiatri og rus enn innen somatisk drift, gjerne kalt «den gylne regel». Driftsplanene innen foretakets psykiatriske enheter legger opp til en vektet aktivitetsvekst (målt som PH-aktivitet) som er noe høyere enn den bestilte veksten fra HMN på 4,1 % (psykiatri) og 6,6 % (rus), jf. tabellen nedenfor. Med en svært begrenset vekst i somatiske avdelinger (+ 0,7 %) skulle derfor «den gylne regel» være oppfylt med god margin i planene for 2016.

PH-aktivitet	Bestilling 2016	Plan 2016	Differanse	Diff. i %
BUP + VOP	181 384	183 119	1 735	1,0 %
Rus (TSB)	7 688	7 818	130	1,7 %

I hele foretakets drift foregår det en vridning av aktivitet slik at en større andel gjennomføres poliklinisk eller som dagbehandling og en relativt mindre andel foregår i form av innleggelse.

I tillegg til nevnte økonomiske resultatkrav og resultatmål for aktivitet, vil det gjennom oppdrags- og styringsdokument for 2016 bli fastsatt resultatmål innenfor områder som gjenspeiler krav til kvalitet og andre aktivitetsmål. Vi vil komme tilbake til disse områdene senere ved behandling av styringsdokumentet for foretaket.

6. EFFEKTIVISERINGSKRAV, RISIKO OG RESULTATKRAV

HNTs basisramme til drift i 2016 innebærer et behov for effektivisering av driften på om lag 60 mill kroner eller om lag 2 % i forhold til inneværende år. I denne forbindelse har foretaket bl.a. vurdert og utredet mulige større tiltak av strukturell karakter og mindre tiltak med karakter av hverdagsrasjonalisering.

Utredningene har så langt ikke ført til forslag om tiltak av strukturell karakter. Det er i hovedsak lagt opp til en videreføring og noe økning (særlig innen psykiatri og rus) av årets aktivitet i 2016 samtidig som tilgjengelige økonomiske ressurser er redusert. I praksis betyr dette at foretaket må øke produktiviteten i pasientbehandlingen. Det forutsettes fortsatt forbedret pasientlogistikk gjennom omlegging av driften fra døgn- til dag- og poliklinisk behandling, streng kostnadskontroll og nødvendig tilgang til og disponering av behandlingspersonalet.

Effekten av samhandlingsreformen er fortsatt usikker. Det er påpekt at samhandlingsreformen er en endringsreform, og at det vil ta noe tid før det blir vesentlige omlegginger i pasientbehandling og samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er likevel grunn til å tro at kommunene over tid vil tilpasse seg de økonomiske virkemidlene. Betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter viser seg å ha effekt. Etablering av kommunale akutte døgnenger er ennå i sin spede begynnelse. Usikkerhet knyttet til den videre effekt av reformen innebærer at foretaket må være forberedt på driftstilpasninger i forhold til erfarte effekter.

Det er alltid knyttet en viss risiko til driftsendringer og effektiviseringstiltak, noe som også er tilfelle i budsjett og driftsopplegg for 2016. Slik det er gjort de senere år, vil vi søke å begrense usikkerheten gjennom tett oppfølging av klinikkenes effektiviseringstiltak og drift for å sikre at vi oppnår planlagt resultat for økonomi, aktivitet og kvalitet.

Den økonomiske utfordringen for 2016 er større enn på mange år. Flere klinikker har ennå ikke levert budsjett innen fastsatte rammer. Administrerende direktør legger til grunn at det videre arbeidet med budsjett og driftsplaner for 2016 vil resultere i et forsvarlig budsjett innen fastsatte rammer og med et forslag til årsresultat i samsvar med LTB på 65,8 mill kroner.

Dersom en gjennom slutføringen av klinikkenes budsjettarbeid ikke synes å finne akseptable driftsmessige løsninger og effektiviseringstiltak, vil direktøren komme tilbake til styret med en fornyet budsjettbehandling.

7. INVESTERINGER

I vedtatt LTB 2016 – 2021 er det lagt opp til investeringer innen en ramme på om lag 120 mill kroner i 2016. HMN har ikke villet gi lån til investeringer i HNT, og foretaket har derfor måttet legge opp investeringsplanene innen egen tilgjengelig likviditet og etter at foretaket hvert år skal bidra med om lag 70 mill kroner til felles investeringer i regionen.

Basert på gjeldende LTB vil ikke foretaket ha vanskeligheter med å skaffe likviditet til foreslåtte investeringer i 2016, men vi vil få likviditetsmangel i 2018 dersom foreslåtte investeringsplaner skal følges. Det er derfor naturlig å vurdere investeringsplanene for 2016 i lys av framtidige investeringsbehov i langtidsbudsjettperioden.

Vedtatt LTB har følgende forslag til prioritering av investeringstiltak i 2016:

Langtidsbudsjettets forslag til investeringer i 2016 (i mill kroner)	Mill kr
Egenkapitalinnskudd i KLP	8,2
Medisinsk teknisk utstyr (MTU), ekskl. leasing	40,0
IKT-investeringer	2,5
Div. ombygging/rehabilitering bygg inkl. HMS	20,0
Utviklingsplan HNT (med egne prioriteringer)	50,0
Sum investeringsramme (ekskl. leasing)	120,7

Vi vil komme tilbake med egen sak til styret om investeringer i 2016 (sannsynligvis i januar 2016).

8. PROSESS

Foretakets arbeid med budsjett 2016 har pågått som en sammenhengende prosess etter arbeidet med langtidsbudsjettet i mai/juni i år. I denne tiden har det vært kontakt med regionforetaket på Stjørdal, og det har vært informasjon og drøftinger i eget styre.

Internt har driftsplaner og effektiviseringstiltak vært gjenstand for informasjon og drøftinger i foretakets ledelse, i arbeidsmiljøutvalget og i forum for foretakstillitsvalgte. Det er lagt vekt på informasjon og drøftinger under veis og før endelige konklusjoner er fattet. Den vesentligste del av drøftingene har skjedd ved at tillitsvalgte har blitt invitert med og har deltatt i klinikkenes møter vedrørende budsjett og driftsopplegg for 2016. Felles drøftingsmøte med tillitsvalgte avholdes 03.12.15.

9. AVSLUTNING

Helse Nord-Trøndelag har i flere år drevet effektiviserings- og forbedringsarbeid for å yte et best mulig tilbud til pasientene i foretakets opptaksområde innen tildelte økonomiske rammer. Utviklingen kan dokumenteres gjennom SAMDATA-tall som bl.a. viser at HNT i den somatiske driften i 2014 hadde lavest kostnadsindeks av alle foretak i regionen. Foretaket har i flere år levert økonomiske resultat som har vært til dels betydelig bedre enn fastsatte resultatkrav fra regionforetaket. Dette har tilført foretaket likviditet til nødvendige investeringer i MTU og bygninger. Samtidig er det lagt ned et betydelig arbeid i å forbedre kvaliteten i foretakets drift gjennom bl.a. å redusere pasientenes ventetider og å fjerne fristbrudd.

På dette grunnlag finner administrerende direktør det riktig å understreke at det blir stadig vanskeligere å finne gode tiltak for ytterligere effektivisering av den interne driften. Det er derfor i tilknytning til arbeidet med budsjett for 2016 gjennomført analyser og vurdering av driften i flere av foretakets klinikker. Dette viser at det er vanskelig å finne tilstrekkelige tiltak gjennom «hverdagsrasjonalisering», og at det etter hvert kan bli nødvendig med større driftsomlegginger. Dette øker også usikkerheten i budsjettet og understreker behovet for reserver til dekning av uforutsette forhold. For 2016 er det imidlertid ikke funnet rom for slike reserver.

For HNT er det viktig at vi i tiden framover har et tilbud, en kompetanse og en kvalitet på våre tjenester som gjør oss attraktive når pasientene skal velge behandlingssted. Derfor har foretaket også i budsjett 2016 valgt å sette av midler til rekruttering og sikring av kompetanse og kapasitet for nødvendig nøkkelpersonell.

HELSE MIDT-NORGE RHF

STYRET

Sak 92/15 Inntektsfordeling og aktivitet 2016

Saksbehandler Marianne Støre
Ansvarlig direktør Anne Marie Barane
Saksmappe 14/501
Dato for styremøte 5. november 2015

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar inntektsfordeling for 2016 i henhold til tabell under:

Fordeling 2016 (1 000 kr)	Kap/post	HMR	HNT	STO	APO	RHF	Sum HMN
Basisramme somatikk og PH	732.74	3 329 546	1 826 983	5 412 638		488 858	11 058 025
Særfinansiering (basisramme)	732.74	803 326	322 375	1 053 781	23 177	1 174 919	3 377 578
Sum basisramme		4 132 872	2 149 358	6 466 420	23 177	1 663 777	14 435 603
Særfinansiering - øremerkede midler prop 1 S *	732.78/70	7 258	5 734	128 050	-	-	141 041
Kvalitetsbasert finansiering (KBF)	732.71	35 166	21 217	48 317			104 700
Sum basisramme, særfinansiering og KBF		4 175 296	2 176 308	6 642 786	23 177	1 663 777	14 681 344
Poliklinikk HF		225 676	123 001	261 372			610 049
ISF-inntekt		1 445 380	697 200	2 263 496		132 813	4 538 890
Sum aktivitetsbasert inntekt		1 671 056	820 201	2 524 868	-	132 813	5 148 939
Sum basisramme, særfinansiering, KBF og aktivitetsbasert finansiering		5 846 352	2 996 509	9 167 655	23 177	1 796 591	19 830 283
Tilskudd til turnustjeneste	732.70	2 149	1 210	2 803			6 162
Partikkelterapi	732.70			4 075			4 075
Transport psykisk syke	732.70			4 080			4 080
Langvarig smerte	732.70			16 300			16 300
Vedlikehold - tiltakspakke	732.70	50 000					50 000
Utviklingsområder innen PH og rus	734.72			3 000			3 000
Forsøksordning tannhelsetjenesten	770.21			3 800			3 800
Raskere tilbake ²⁾	732.79					84 419	84 419
Fagenheten tvungen omsorg	734.71			79 100			79 100
Sum bevilgning, jfr Prop 1 S.		5 898 501	2 997 719	9 280 812	23 177	1 881 010	20 081 219

1) Øremerkede midler i Prop 1 S. til forskning, nasjonale kompetansesenter (732.78) og differensiert arbeidsgiveravgift (732.70) (totalt 141 mill kr)

2) Ikke fordelt pr foretak

2. Styret viser til samlet aktivitetsbestilling i Prop. 1 S (2015-2016). Veksten innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal hver for seg være høyere enn veksten innenfor somatikken, jf den gyldne regel.
3. Helseforetakenes resultatkrav for 2016 skal fastsettes med utgangspunkt i investeringsplaner i langtidsplan og budsjett 2016-2021.

4. Styret vedtar fremlagt budsjett for Helse Midt-Norge RHF som gjeldende for 2016
5. Administrerende direktør gis fullmakt til å gjøre mindre endringer i budsjett 2016

Stjørdal 29.10.2016

Stig Slørdahl
Adm. dir

SAKSUTREDNING:

Sak 92/15 Inntektsfordeling og aktivitet 2016

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

Vedlegg 1: Budsjett 2016 Helse Midt-Norge RHF

Utrykte vedlegg i saksmappen

Prop. 1 S (2015-2016)

Styresak 58/15 Langtidsplan og budsjett 2016-2021

Styresak 24/15 Langtidsplan og budsjett 2016-2021 - Prinsipper og forutsetninger

HELHETLIG DRØFTING

1. Innledning og forutsetninger

Forslag til statsbudsjett for 2016 danner grunnlag for inntektsrammen for Helse Midt-Norge. Det tas forbehold om endringer i inntekts- og aktivitetsfordeling på bakgrunn av Stortingets vedtak av statsbudsjettet for 2016.

Fremlagt forslag til statsbudsjett legger til rette for en aktivitetsvekst innenfor all pasientbehandling. Krav om reduksjon i ventetider videreføres og arbeidet med kvalitet, pasientsikkerhet og pasientrettigheter styrkes. Innføringen av fritt behandlingsvalg og fjerning av aktivitetstaket fra 2015 kan til sammen legge til rette for at effektive offentlige sykehus kan behandle flere pasienter.

Helse Midt-Norge har en samlet ramme på vel 20 mrd kroner til fordeling i 2016. Det er lagt til grunn en vekst i aktivitet i forhold til bestilling foregående år som er høyere enn forventet i langtidsplan og budsjett. Korrigert for prisøkning og kompensasjon for økte pensjonskostnader er økningen på total ramme 278 mill kroner, 1,4 %, som er relatert til aktivitetsøkning samt nye oppgaver og satsninger.

I foreløpig inntektsfordeling for 2016 vedtatt i juni 2015 ble det samlet forutsatt en realøkning i rammen til Helse Midt-Norge på 1,2 %, tilsvarende 163 mill kr, knyttet til en forventet aktivitetsvekst på 1,5 %. I sak 58/15 LTB 2015-2020 ble det skissert en samlet utfordring og behov for effektivisering på 1,13 % for 2016. Dette bildet er ikke vesentlig endret, men det vurderes som et krevende budsjett. Effektiviseringen gir regionen mulighet til å gjennomføre vedtatte satsingsområder som IKT, vedlikehold, forskning, utvikling og innovasjon. Samtidig må regionen generere tilstrekkelig likviditet til nåværende og fremtidige og investeringer.

Inntektsrammene for helseforetakene fordeles etter Helse Midt-Norges finansieringsmodell. Modellen innføres gradvis i perioden 2012-2016. I 2016 er 100 % av modellen faset inn.

2. Mål og prioriteringer 2016

I forslag til statsbudsjett 2016 er det gitt følgende føringer som vil være fokusområder i Helse Midt-Norge i 2016.

Ventetid og effektivitet

For å redusere ventetider og antall fristbrudd, tar regjeringen i bruk flere virkemidler. Det er utarbeidet 28 pakkeforløp for kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten og hos fastlegene i løpet av 2015. Det er et mål at helseforetakene bruker resultatene fra monitorering av pakkeforløpene til systematisk forbedring og kvalitetsarbeid. Det legges også til rette for å etablere pakkeforløp innen psykiske helsetjenester etter modell fra kreftområdet. For å redusere ventetidene har de regionale helseforetakene i 2015 fått i oppdrag å redusere variasjon i ventetid, pasientforløp og effektivitet. Dette viktige arbeidet skal intensiveres og videreføres i 2016.

Fritt behandlingsvalgreform (FBV) er innført i 2015. Reformen innebærer at pasienter kan velge fritt behandlingsvalgleverandører dersom de synes ventetiden er for lang. De offentlige sykehusene kan dermed gjennom FBV få økt konkurranse, samtidig som fjerning av aktivitetstaket fra 2015 legger til rette for at effektive offentlige sykehus kan behandle flere pasienter.

Kvalitet, pasientsikkerhet og kompetanse

Kvalitetsforbedring forutsetter systematisk arbeid som er godt forankret hos ledelsen på alle nivåer. Det må utvikles gode mål på kvalitet og resultatene må etterspørres på alle nivåer. Det skal legges til rette for gode og effektive pasientforløp som skal bidra til mindre variasjon i tjenestetilbud og behandlingsresultat. Nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal utnyttes bedre til kvalitetsforbedring. Tiltak i programmet for pasientsikkerhet skal integreres i den daglige virksomheten for å redusere uønskede hendelser.

Regionale helseforetak og sykehusene må ha kunnskap om framtidig behov for kompetanse og personell, og legge planer for hvordan disse best kan møtes. Spesialistutdanningen og spesialitetsstrukturen skal rettes inn mot framtidens helseutfordringer, ta inn over seg ny fagutvikling, endringer i pasient- og legerollen og reformene i helsesektoren.

Forskning og innovasjon

Det er viktig å styrke kvaliteten på og omfanget av tjenesterelevant og pasientnær klinisk forskning, helsetjenesteforskning og innovasjon. Dette fordi det bidrar til god kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten, økt tilgang til nye behandlingsmetoder, optimering av eksisterende behandlingsmetoder og måter å organisere tjenesten på, og i enkelte tilfeller, ekskludering av behandlingstiltak som viser seg ikke ha god nok effekt.

Økonomistyring og samordning

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Samtidig skal det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

Det er etablert flere felleseide nasjonale foretak de senere årene, og departementet har stilt krav om at de regionale helseforetakene nå skal gjennomgå styringsmodellen for disse med sikte på mer enhetlig styring. I dette arbeidet er det særlig viktig å utarbeide strategier og planer for det enkelte nasjonale foretak. Det understrekes også at de regionale helseforetakene er betydelige aktører på IKT-området og er viktige bidragsytere i utviklingen av nasjonale IKT-løsninger. De regionale helseforetakene skal samarbeide om felles IKT-utvikling.

3. Inntekter 2016 – Prop 1 S. (2015-2016)

I budsjettforslag for 2016 Prop 1 S. (2015-2016) er Helse Midt-Norge tildelt en ramme på 20 mrd kr. Dette innebærer en økning på 4 % fra 2015 når vi tar hensyn til prisjusteringen. Av realendringen utgjør økt basisramme til dekning av økte pensjonskostnader 215 mill. Forslag til statsbudsjett legger til rette for en generell vekst i pasientbehandling på om lag 2,5 %, og basisrammen er som en følge av det styrket med 191 mill kr. Innenfor poliklinisk aktivitet, som omfatter psykisk helsevern, rusbehandling, laboratorier og radiologi, er det lagt opp til en samlet vekst på 9 %. Videre er det innenfor pasientbehandling omfattet av ISF-ordningen lagt til rette for en vekst på om lag 1,8 % i 2016. Omtalt aktivitetsøkning er vekst i forhold til antatt aktivitetsnivå i 2015 på nasjonalt nivå, som er en prognose basert på aktivitet pr første tertial 2015.

I forslag til statsbudsjett for 2016 er HMN tildelt en basisramme på 14,4 mrd kr, jf tabell 3.1 nedenfor. Det representerer en realøkning på 489 mill kr sammenlignet med bevilget basisramme for 2015. Økningen skyldes forventet økning i pensjonskostnader, økning i aktivitet og nye oppgaver. Sistnevnte er i hovedsak knyttet til overtagelse av finansieringsansvar fra folketrygden for enkelte ledemiddelgrupper. Oppdatering av kvalitetsindikatorerne i modellen for kvalitetsbasert finansiering har gitt HMN en økning i rammen til kvalitetsbasert finansiering på 22 mill kr i forhold til tildelingen for 2015.

Tabell 3.1 Bevilgning til HMN jf forslag til statsbudsjett 2016

Bevilgning HMN (tusen kroner)	Forslag Statsbudsjett	Realendring 2015-2016	
Basisramme	14 435 603	488 814	3,5 %
Kvalitetsbasert finansiering (KBF)	104 700	21 821	26,3 %
Øremerkede midler	391 977	34 086	9,5 %
Aktivitetsbasert inntekt	5 148 939	204 271	4,1 %
Samlet bevilgning Prop 1 S. (2015-2016)	20 081 219	748 991	3,9 %

3.1 ISF- inntekter

I forslag til statsbudsjett for 2016 er det lagt til rette for et aktivitetsnivå som ligger 1,8 % over anslått nivå for 2015. Prognosen for 2015 er basert på aktivitet per første tertial 2015, som ligger betydelig over aktivitetsbestillingen for 2015, og bunner blant annet i fjerning av aktivitetstaket fra 2015. Forslag til statsbudsjett legger derfor til rette for en betydelig vekst innenfor somatikken. På bakgrunn av dette har HOD foreløpig lagt til grunn et mål krav på totalt 215 302 DRG-poeng i 2016 (sørge for), og en aktivitetsbasert finansiering på 4,284 mrd kr. Enhetsprisen for antall DRG-poeng er i forslag til statsbudsjett foreslått satt til 42 163 kr.

3.2 Poliklinisk virksomhet

Poliklinisk virksomhet i somatikk omfattes av ISF-finansieringen. Innenfor poliklinisk virksomhet psykisk helsevern og rusbehandling er det i budsjettforslaget lagt til rette for en vekst på 9,0 % fra anslått nivå for 2015. Dette omfatter også poliklinisk radiologi- og laboratorietjenester. Totale polikliniske inntekter utgjør 610 mill kr som innebærer en realøkning på 65 mill. Økningen er knyttet til aktivitetsvekst samt en vridning fra døgn til dag med tilhørende overføring av midler fra basisrammen på 7,2 mill kr. Takstene eksklusive laboratorieanalyser er prisomregnet med 2,7 pst. Hensyntatt avbyråkratiseringsreformen på 0,5 pst, blir endringen 2,2 pst. For å stimulere til økt effektivisering er det foreslått at refusjonstakstene for laboratorie- og radiologitjenester underreguleres, tilsvarende 1 pst.

3.3 Samhandlingsreformen

Alle kommuner skal innen 2016 ha etablert ø-hjelpenger, enten i egen regi eller sammen med andre kommuner. Dette er definert som en oppgaveoverføring, der pasienter med enklere medisinske tilstander får et tilbud i kommunene som alternativ til sykehusinnleggelse. Iht ny helse- og omsorgstjenestelov vil kommunene fra 1. januar 2016 få en lovpålagt plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Dette medfører at øremerkede midler over de regionale helseforetakenes basisbevilgninger innlemmes i kommunenes frie inntekter fra 1. januar 2016. Det foreslås derfor å flytte midler fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger til Kommunal- og moderniseringsdepartementet, og utgjør 86,6 mill kr for Helse Midt-Norge.

Tall for utskrivningsklare pasienter for hele 2014 viser at ordningen fungerer etter intensjonen. Kommunene tar i mot utskrivningsklare pasienter raskere, noe som frigjør kapasitet i sykehusene. Betalingssatsen pr døgn økes fra 4. 387,- til 4. 505,- i 2016. Det er viktig for Helse Midt-Norge å fortsette å støtte opp om å utvikle nye modeller for samhandling og videreføre samarbeidstiltak med kommunene.

3.4 Kvalitetsbasert finansiering

I 2014 ble det etablert en nasjonal forsøksordning med kvalitetsbasert finansiering av sykehusene hvor 500 millioner ble fordelt mellom helseregionene basert på prestasjoner i nasjonale kvalitetsindikatorer. Prestasjonene måles på sykehus/HF-nivå og aggregert opp til RHF-nivå. I 2016 er det foreslått bevilget totalt 520,5 mill. kroner. Helse Midt-Norge har fått 104,7 millioner av midlene som utgjør 7,6 millioner kroner mer enn ved vanlig fordeling av basisbevilgning. I forhold til fordeling av midlene i 2015 er Helse Midt-Norges andel økt med 22 mill. kroner. Bakgrunnen for dette er at Helse Midt-Norge har gode resultater i brukererfaringsundersøkelsen utført i regi av Kunnskapssenteret, og som gir en forbedring i indikatorer knyttet til pasientopplevelse.

4. Aktivitet 2016

Helse Midt-Norge RHF har et sørge-for-ansvar for befolkningen i regionen, og et viktig mål er at alle skal ha et likeverdig tilbud av spesialisthelsetjenester uavhengig av hvor man bor. Det er derfor et fokus på behov for og plassering av private avtalespesialister; private rehabiliteringstilbud; samarbeid med kommunene og kjøp av private sykehustjenester.

4.1 Spesialisthelsetjenester til befolkningen bosatt i Midt-Norge (sørge-for)

I det følgende gis en beskrivelse av aktivitetsbestillingen i den somatiske virksomheten. Det gis i tillegg noen føringer til aktiviteten for helseforetakene. Forutsetningen for fordelingen er forslag til statsbudsjett 2016, der Helse Midt-Norge har fått en bestilling på 215 302 DRG-poeng (206 664 innværende år). Den polikliniske aktiviteten innen somatikk er inkludert i denne bestillingen fra HOD.

Bruk av spesialisthelsetjenester generert av avtalespesialister og opptreningsinstitusjoner

Avtalespesialister og opptreningsinstitusjoner som Helse Midt-Norge har avtaler med, er en del av sørge-for-ansvaret til befolkningen i Helse Midt-Norge, og en del av spesialisthelsetjenesten, selv om tjenestene ikke måles i DRG-poeng og inngår i Innsatsstyrt finansiering (ISF). Tjenestene som genereres av disse omregnes og tas høyde for når man ser på det totale forbruket av spesialisthelsetjenester hos befolkningen i HF-bostedsområdene.

Fristbrudd og ventetider

Fristbrudd skal ikke forekomme. Total gjennomsnittlig ventetid til behandling skal ikke være høyere enn 65 dager i 2015. For å ha et handlingsrom til kapasitetsutvidelse innenfor utfordrende områder med hensyn til ventetider og fristbrudd, foreslås det at man holder tilbake om lag 700

DRG-poeng ved RHF i 2016. Dette inkluderer DRG-poeng for somatiske pasienter som benytter seg av fritt behandlingsvalg.

4.2 Somatikk

I det følgende gis en oversikt over forslag til fordeling av aktivitet i form av DRG-poeng mellom HF-ene i Helse Midt-Norge.¹

For foretakene i Helse Midt-Norge utgjør aktiviteten i 2016, for befolkningen som er bosatt i Helse Midt-Norge (sørge-for), 215 302 DRG-poeng. I tillegg til disse kommer poeng som foretakene i Helse Midt-Norge mottar fra sin behandling av pasienter bosatt i andre regioner.

I tabell 4.1 presenteres sørge-for-perspektivet av DRG-produksjonen, lik bestillingen i statsbudsjettet 2016, fordelt på egne foretak og RHF. DRG-poengene fordeles ut til foretakene basert på befolkningens behov og korrigeres for forventet aktivitet til private sykehus og foretak i andre regioner. Foretakene kan planlegge med et høyere nivå enn det som følger av aktivitetsbestillingen, samtidig som den gyldne regel må ivaretas.

I tabell 4.1 sammenlignes aktivitetsbestilling for 2016 med foretakenes egne budsjett for 2015. I forhold til budsjett for 2015 har HMN en økning i antall DRG-poeng tilsvarende 1,8 prosent samlet sett. Foretakenes budsjett for 2015 lå høyere enn den opprinnelige aktivitetsbestilling, og gir sammen med behovsanslagene for 2016 ulik vekst pr foretak.

Det er satt av 6 300 DRG-poeng til RHF i 2016. Dette er knyttet til våre avtaler med private institusjoner og bruk av andre RHF sine avtaler med private institusjoner, samt pasienter som benytter seg av fritt behandlingsvalg. Sammenlignet med 2015 er det lagt inn en økning i kjøp av private sykehustjenester utover veksten i statsbudsjettet for å ta høyde for poliklinisk aktivitet hos private som ikke vært en del av ISF-ordningen tidligere. Økningen er også knyttet til innføringen av fritt behandlingsvalg samt at den legger til rette for økt handlingsrom for å håndtere fristbrudd og ventetider, jf omtale over.

Tabell 4.1 Sørge-for-aktivitet, målt i DRG-poeng, Helse Midt-Norge i 2016

	HMN RHF inkl. private	HMR	STO	HNT	Totalt
Bestilling sørge for aktivitet 2016	6 300	68 562	107 369	33 072	215 302
Budsjett sørge for aktivitet 2015	5 801	68 027	104 883	32 693	211 404
Endring budsjett 2015-bestilling 2016	499	535	2 486	379	3 898
Prosentvis endring budsjett 2015 bestilling 2016	8,6 %	0,8 %	2,4 %	1,2 %	1,8 %

Reell vekst i sørge- for aktivitet pr HF fra 2015 til 2016 vil avhenge av om helseforetakene leverer i henhold til budsjett for 2015. Prognosen på DRG-aktivitet for 2015 avviker foreløpig ikke vesentlig fra budsjett.

4.3 Psykisk helsevern

Aktivitetsforventingen for psykisk helsevern i 2016 er utformet på bakgrunn av den foreslåtte inntektsfordelingen til helseforetakene. For poliklinisk aktivitet er det i tillegg en særskilt aktivitetsbasert finansiering på nasjonal basis, basert på takster. Polikliniske refusjoner og basistilskudd må følgelig sees i sammenheng, når aktivitetsforventing for psykisk helsevern skal spesifiseres.

¹ Det er ikke tatt hensyn til endringer i kostnadsvekter og DRG-grupperingslogikk i forventningene til HF-ene. Dette er i tråd med tidligere praksis.

Aktivitetsforventningene er videre utformet på basis av signalene i statsbudsjettet for 2016:

- Psykisk helsevern skal vokse mer enn somatikk.
- Økt vekt på utadrettet og ambulante tjenester i det psykiske helsevernet
- Sammensetningen av tjenestene tilpasses lokale forhold i befolkningens behov
- En vekst i poliklinisk aktivitet, inklusive ambulant virksomhet på 7 prosent.

Helseforetakene i Midt-Norge rapporterer hvert tertial, utskrivinger, oppholdsdøgn og poliklinisk aktivitet gjennom ØBAK. Poliklinisk aktivitet rapporteres med utgangspunkt i takster, og aktiviteten vektet sammen til v-konsultasjoner. En v-konsultasjon kan betraktes som ”en standard oppfølgingssamtale på 45-60 minutter”^[1]. For å kunne uttrykke omfang og utvikling i aktiviteten i psykisk helsevern samlet, vektet også utskrivinger, oppholdsdøgn, v-konsultasjoner. Nytt fra i år er at modellen også tar hensyn til at ambulant virksomhet er mer ressurskrevende enn en v-konsultasjon, og er basert på kvalitative vurderinger av fagpersonell vektet til 4 ganger v-konsultasjon. Summen av disse aktivitetene vektet sammen gir oss målet, PH-aktivitet. Tabell 4.4 viser utviklingen i PH-aktivitet fra 2014 til 2015, samt den forventede økningen i aktivitet for 2016.

Prognosen for 2015 er beregnet ved å ta utgangspunkt i faktisk aktivitet per 2. tertial 2015. Det antas videre at den tertialvise aktiviteten er lik det den var i 2014. Aktiviteten for 3. tertial 2015, som er ukjent, blir da estimert basert på dette.

Tabell 4.4 Samlet PH-aktivitet 2014 og 2015, og forventet aktivitet i 2016.

PH- aktivitet	2014	2015	Forventning 2016	Vekst 15-16
Helse Møre og Romsdal HF	334 872	342 107	354 934	3,70 %
St. Olavs Hospital HF	434 071	422 504	438 302	3,70 %
Helse Nord-Trøndelag HF	169 226	174 208	181 384	4,10 %
Sum Helse Midt-Norge	938 169	938 819	974 620	3,80 %

Det er lagt opp til en samlet økning i psykisk helsevernaktivitet på 3,8 prosent i Helse Midt-Norge fra 2015 til 2016. I tråd med signalene i statsbudsjettet for 2016 er det poliklinisk aktivitet som er forventet å øke. Det er lagt inn en tentativ vekst på 7 prosent vekst ved alle helseforetak, både for voksne og barn og unge, samt for ambulant virksomhet.

HMN har dialog med helseforetakene vedrørende bestillingen nå i høst, for å kvalitetssikre prognosen for 2015, og vurdere i hvilken grad det er behov for HF-vise justeringer av vekstkravene. Eventuelle justeringer vil ligge innenfor kravene gitt av den gyldne regel, om at PH og TSB hver for seg skal ha en høyere aktivitetsvekst enn somatikk.

4.4 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Aktivitetsforventningen for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2016 er utformet på bakgrunn av den foreslåtte inntektsfordelingen til helseforetakene, og opptrappingen i samlet ramme for TSB. Også for poliklinisk aktivitet innenfor TSB er det en særskilt aktivitetsbasert finansiering på nasjonal basis, basert på takster. Polikliniske refusjoner og tilskudd må følgelig sees i sammenheng, når aktivitetsforventing for TSB skal spesifiseres.

^[1] V-konsultasjoner står for vektete konsultasjoner. I stedet for bare å summere førstegangskonsultasjoner, utredning og behandling, oppfølgingssamtale per telefon etc. direkte, brukes takstene som relative vekter. Alle typer konsultasjoner ”regnes dermed om” til ”utredning og behandling” (som har vekten 1) – og kalles v-konsultasjoner. En ambulant konsultasjon tilsvarer 4 v-konsultasjoner

Aktivitetsforventningene er basert på en forventet vekst i poliklinisk aktivitet på 9 prosent. Poliklinisk aktivitet rapporteres med utgangspunkt i takster, tilsvarende som for psykisk helsevern for voksne, og aktiviteten vektes også her sammen til v-konsultasjoner. En v-konsultasjon kan betraktes som ”en standard oppfølgingsamtale på 45-60 minutter”. For å kunne uttrykke omfang og utvikling i aktiviteten i TSB samlet, vektes også her utskrivninger, oppholdsdøgn og v-konsultasjoner sammen til TSB-aktivitet.

Det er lagt opp til en samlet økning i TSB-aktivitet på 2,4 prosent. De private institusjonene er inkludert i måltallet for St. Olav. I tråd med signalene i statsbudsjettet for 2016 er det lagt inn vekstkrav i poliklinisk aktivitet. Den er tallfestet til om lag 3 000 v-konsultasjoner. Tabellen 4.7 viser tall for aktiviteten i 2014, prognose for 2015, samt forventet TSB-aktivitet i 2016.

Tabell 4.7 TSB-aktivitet 2014 og 2015, samt forventet aktivitet i 2016.

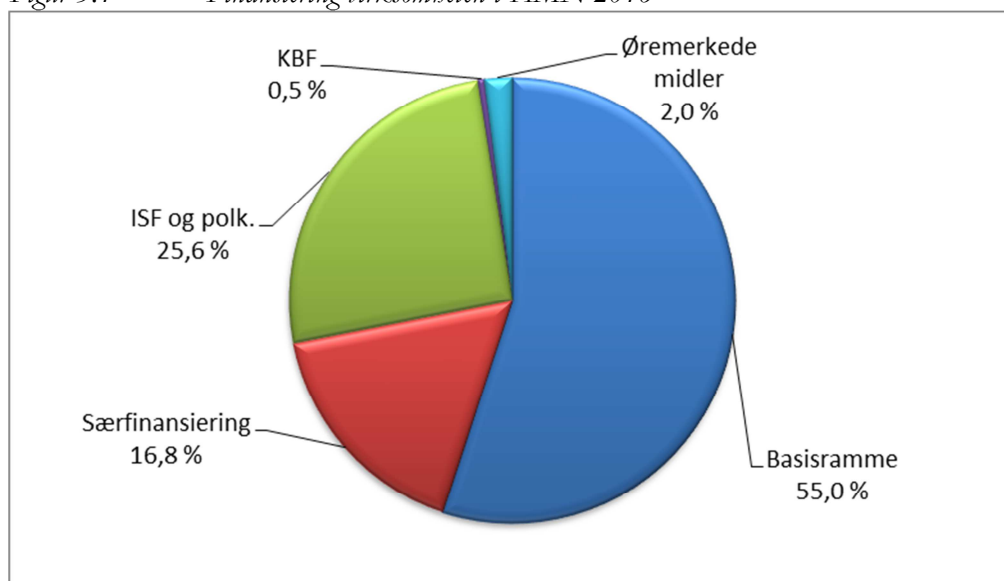
TSB-aktivitet	Aktivitet 2014	Prognose 2015	Forventning 2016	%-endring
Helse Møre og Romsdal HF	34 808	34 771	35 480	2,00 %
St. Olavs Hospital HF	68 233	80 264	82 068	2,20 %
Helse Nord-Trøndelag HF	7 724	7 211	7 688	6,60 %
Sum Helse Midt-Norge	110 765	122 246	125 236	2,40 %

I forkant av styringsdokumentene vil det gjøres en validering av prognosen for 2015, i samråd med hvert av helseforetakene. Dette, kombinert med HF-spesifikke tilpassinger kan endre noe på aktivitetsbestillingen for 2016, men med et absolutt krav om at TSB-veksten skal være innenfor kravet i den gyldne regel.

5 Inntektsfordeling 2016

Ved fordeling av regionens bevilgning er det lagt til grunn at virksomheten i Helse Midt-Norge er finansiert av 56 % basisramme, 26 % aktivitetsbaserte inntekter, 17 % særfinansiering, 0,5 % kvalitetsbasert finansiering (KBF) og 2 % i øremerkede tilskudd, se figur 5.1 under.

Figur 5.1 Finansiering virksomheten i HMN 2016



Basisrammen til somatikk og psykisk helsevern er fordelt til sykehusforetakene i henhold til innfasing av finansieringsmodellen, 100 % i 2016, samt på grunnlag av oppdaterte behovsindekser. Videre er foretakenes basisramme justert for gjestepasientstrømmer internt i regionen innenfor somatikk og psykisk helsevern.

Basisramme til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) finansieres som tidligere gjennom særfinansiering, fordelt på sykehusforetakene iht. integrering av Rusbehandling Midt-Norge HF. Det foreslås å fortsatt særfinansiere rammen til ambulansetjenesten, fordelt mellom sykehusforetakene. Inntektsfordelingen er presentert i tabell 5.1 under.

Tabell 5.1 Inntektsfordeling 2016

Fordeling 2016 (1 000 kr)	Kap/post	HMR	HNT	STO	APO	RHF	Sum HMN
Basisramme somatikk og PH	732.74	3 329 546	1 826 983	5 412 638		488 858	11 058 025
Særfinansiering (basisramme)	732.74	803 326	322 375	1 053 781	23 177	1 174 919	3 377 578
Sum basisramme		4 132 872	2 149 358	6 466 420	23 177	1 663 777	14 435 603
Særfinansiering - øremerkede midler prop 1 S *	732.78/70	7 258	5 734	128 050	-	-	141 041
Kvalitetsbasert finansiering (KBF)	732.71	35 166	21 217	48 317			104 700
Sum basisramme, særfinansiering og KBF		4 175 296	2 176 308	6 642 786	23 177	1 663 777	14 681 344
Poliklinikk HF		225 676	123 001	261 372			610 049
ISF-inntekt		1 445 380	697 200	2 263 496		132 813	4 538 890
Sum aktivitetsbasert inntekt		1 671 056	820 201	2 524 868	-	132 813	5 148 939
Sum basisramme, særfinansiering, KBF og aktivitetsbasert finansiering		5 846 352	2 996 509	9 167 655	23 177	1 796 591	19 830 283
Tilskudd til turnustjeneste	732.70	2 149	1 210	2 803			6 162
Partikkelterapi	732.70			4 075			4 075
Transport psykisk syke	732.70			4 080			4 080
Langvarig smerte	732.70			16 300			16 300
Vedlikehold - tiltakspakke	732.70	50 000					50 000
Utviklingsområder innen PH og rus	734.72			3 000			3 000
Forsøksordning tannhelsetjenesten	770.21			3 800			3 800
Raskere tilbake ²⁾	732.79					84 419	84 419
Fagenheten tvungen omsorg	734.71			79 100			79 100
Sum bevilgning, jfr Prop 1 S.		5 898 501	2 997 719	9 280 812	23 177	1 881 010	20 081 219

1) Øremerkede midler i Prop 1 S. til forskning, nasjonale kompetansesenter (732.78) og differensiert arbeidsgiveravgift (732.70) (totalt 141 mill kr)

2) Ikke fordelt pr foretak

5.1 Fordeling av aktivitetsbaserte inntekter

ISF-inntekten, fratrasket det som kjøpes fra private, er fordelt mellom foretakene med utgangspunkt i deres andel av sørge- for DRG.

5.2 Fordeling av kvalitetsbasert finansiering (KBF)

Midlene til kvalitetsbasert finansiering (KBF) er basert på et datagrunnlag som består av måltall på resultat, prosess og pasientopplevelse. Resultatindikatorer sier noe om overlevelse etter behandling. Eksempelvis 5 års overlevelsesrate for ulike kreftformer; 30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse ved hoftebrudd, hjerteinfarkt etc. Prosessindikatorer sier noe om den daglige prestasjonen ved sykehusene. Eksempelvis epikrisetid, andel fristbrudd, start behandling av tykktarmskreft innen 20 dager etc. Pasientopplevelsesindikatorer er basert på den årlige pasientopplevelsesundersøkelsen som utføres av Nasjonalt kunnskapssenter. Eksempelvis pasientens inntrykk av personell, informasjon om behandling, standard, utskrivingsrutiner og ventetid. Måltall på resultat, prosess og pasientopplevelse sammenstilles og genererer poeng ut fra tre kriterier. Om man oppfyller et minimumsmål, om man har stor forbedring, og til slutt plassering.

Kvalitetsbasert finansiering (KBF) har mange elementer i seg som kan bidra til høyere kvalitet i tjenesten og Helse Midt-Norge viderefører derfor insentivordningen til helseforetakene i regionen.

Fordeling av tildelte KBF-midler i Helse Midt-Norge ved bruk av helsedirektoratets KBF-modell fremgår av tabell 5.3 under.

Tabell 5.2 Fordeling KBF-midler 2016

Kvalitetsbasert finansiering (tall i tusen)	HMR	HNT	STO	SUM
2016	35 166	21 217	48 317	104 700
Realendring	8 529	3 473	9 820	21 821

5.3 Særfinansiering

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

Tabell 5.3 Endring særfinansiering 2015-2016

Særfinansiering (tall i tusen)	HMR	HNT	STO	APO	RHF	Sum HMN
2016	803 326	322 375	1 053 781	23 177	1 174 919	3 377 578
Realendring	4 275	-1 741	4 124	2 000	220 691	229 348

Særfinansiering totalt for regionen er økt med om lag 229 mill kr fra 2015 til 2016. Endringen skyldes i hovedsak økt ramme på RHF (Hemit) til regionale IKT-investeringer, herunder ny EPJ/PAS, samt økte kostnader til felleseide selskap. Videre er det lagt inn en økt ramme til TSB på 16 mill kr. Endringene i det regionale foretaket er nærmere beskrevet under samt i vedlegg 1. Realendring i særfinansieringen hos sykehusforetakene skyldes blant annet tidligere særfinansierte midler som nå er lagt til fordeling i finansieringsmodellen. Med bakgrunn i store omstillingsutfordringer ble særtilskuddet til Helse Møre og Romsdal i 2015 på 54 mill videreført i langtidsplan- budsjett 2016-2021, med en planlagt nedtrapping i 2017 og 2018. Tilskuddet ligger derfor inne i forslag til inntektsfordeling for 2016.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Ramme til TSB ble i 2014 fordelt mellom helseforetakene i henhold til vedtak i styresak 55/13 *Omdanning Rusbehandling Midt-Norge*. Det innebærer at midlene er fordelt ut fra dagens fordeling av funksjoner og tilbud mellom foretaksområdene. Fordelingen er videreført i 2016, og det er lagt inn en realøkning i totalrammen til TSB på 16 mill kr.

Samlet ramme til TSB i forslag til særfinansiering for 2016 utgjør 528 mill kr. Av denne går 214 mill kr til avtaler med private. Avtalene med private forvaltes av koordinerende enhet ved St. Olavs Hospital HF.

Tabell 5.4 Ramme til tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2016

TSB 2016 (tall i tusen)	HMR	HNT	STO	STO (private)	SUM
Ramme 2016	150 795	25 726	137 723	213 923	528 167
Realendring	4 305	611	3 994	8 472	15 904

Ambulanse

Ambulanse Midt-Norge HF ble stiftet 1. desember 2011. Fra og med 1.januar 2015 ble ambulansedriften integrert i sykehusforetakene. Rammen som fordeles mellom sykehusforetakene tilsvarende rammen for 2015 prisjustert. I tillegg er det omprioritert 5,3 mill kr fra RHFets ramme til Helse Nord Trøndelag HF for kostnader som ikke ble hensyntatt da rammen til drift av ambulansetjenesten ble fordelt mellom sykehusforetakene i 2015. Samlet rammet til drift av ambulansetjenesten i 2015 er dermed på 749,7 mill kr.

Felles støttefunksjon for ambulansetjenesten ligger hos St. Olavs Hospital HF. Fordelingen av øvrig ramme til ambulansetjenesten er basert på fordelingsnøkler fra 2012, unntatt realøkning pensjonskostnader som ble fordelt etter faktisk økning fra 2014 til 2015.

Tabell 5.5 Ramme til ambulansetjenesten 2016

(Tall i tusen)	HMR	HNT	STO	Felles støttefunksjon STO	SUM
Ambulanse	344 448	180 879	209 103	15 257	749 687
Realendring	-	5 300	-	-	5 300

Pasienttransport

I særfinansieringen for 2016 er det satt av 466 mill kr til pasienttransport. Beløpet er videreført på samme nivå som 2015, prisjustert.

Forskning

I forslag til særfinansiering for 2016 er forskningsmidlene samlet sett redusert med 10 mill kr på grunn av at en andel av de øremerkede midlene til forskning i statsbudsjettet er flyttet til Helse Sør-Øst og felles forskningsråd. Endringen innebærer en reduksjon i bevilgningen til Helse Midt-Norge på 17,5 mill kr. Helse Midt-Norge har samtidig økt egen satsning på forskning med 7 mill kr knyttet til finansiering av HUNT 4. Økningen ligger på det regionale helseforetaket. Viser for øvrig til Sak 90/15 *Strategi for forskning og strategi for innovasjon i Helse Midt-Norge for perioden 2016-2020*.

Samlede midler til forskning utgjør i 2016 392 mill kroner, hvorav 315 mill kr finansieres over basisrammen. I tillegg til forskningsmidlene kommer aktivitet knyttet til nasjonale kompetansesenter som bruker en andel av sin øremerkede bevilgning på 36 mill kroner til forskning.

Klinisk farmasi

Sykehusapotekene i Midt-Norge får en økning den særfinansierte rammen til klinisk farmasi på 2 mill kr, som gir en samlet ramme på 23 mill kr. Midlene er omprioritert fra RHFets ramme.

Plankostnader nytt sykehus

For 2016 foreslås det å videreføres tilskudd på 16 mill kr til Helse Møre og Romsdal HF i tilknytning til arbeidet med planlegging av nytt sykehus.

Nukleærmedisin

Nukleærmedisinske undersøkelser inngår i den polikliniske finansieringsordningen for radiologi, med en refusjon etter regning for radiofarmakum (det radioaktive sporstoffet som anvendes). I statsbudsjettet foreslås det at finansieringssystemet legges om fra 1. januar 2016 slik at dagens refusjon etter regning erstattes med forutbestemte satser, etter gjeldende sats for aktivitetsbasert tilskudd (40 pst.). Helse Midt-Norge har som følge av forslaget fått en økning i sin basisramme på 6,5 mill kr.

Tvungent psykisk helsevern

I statsbudsjettet foreslås det at de regionale helseforetakene fra og med 2016 dekker utgifter til gjennomføring av tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket og som ikke er trygdet etter folketrygdeloven eller stønadsberettiget i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat (konvensjonpasienter). De regionale helseforetakene skal videre dekke utgifter til gjennomføring av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket. Utgiftene har dels vært dekket over kap. 734, post 70 gjennom søknad om refusjon, og dels over helseforetakenes egne rammer. Helse Midt-Norge sin basisramme er foreslått styrket med 1,7 mill kr som følge av forslaget.

Regionale IKT-prosjekt

I forslag til særfinansiering for 2016 er det satt av 235 mill kr til regionale IKT-prosjekt. Midlene ligger som en del av det særfinansierte beløpet på det regionale helseforetaket. Budsjettert beløp for 2016 innebærer en økning på 44 mill kr sammenlignet med nivå for 2015, og er i hovedsak relatert til anskaffelse av ny EPJ/PAS. I tillegg er det lagt opp til regionale IKT-investeringer på 203 mill kr som gir et samlet budsjett til IKT på regionalt nivå på 438 mill kr.

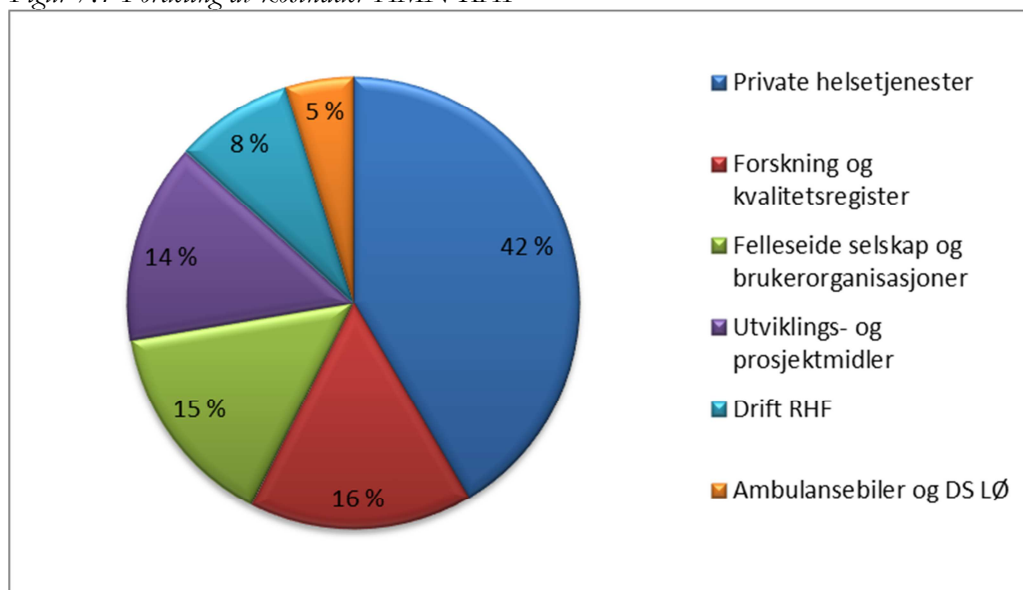
Regionalt helseforetak (RHF)

Basisrammen som ligger på RHF går til dekning av kjøp av private helsetjenester (ekskl TSB), regionale IKT-prosjekt, tilskudd til felleseide selskap og brukerorganisasjoner, forskning og innovasjon, utviklingsmidler og prosjektmidler til foretakene samt drift av det regionale helseforetaket.

I tråd med føring fra LTB 2016-2021 har regionalt helseforetak lagt opp til en effektivisering og reduksjon av driftskostnader med 1,13 %. For 2016 foreslås det en basisramme på 1,663 mrd kroner for Helse Midt-Norge RHF som inkluderer en ramme på 235 mill kr til Hemit og regionale IKT-prosjekter. Samlet ramme er i utgangspunktet noe lavere enn det som lå til grunn i foreløpig inntektsfordeling for 2016, og skyldes at det er omprioritert midler fra RHF til foretakenes rammer. I tillegg er rammen økt som følge av økte midler i statsbudsjettet til blant annet fritt behandlingsvalg. Samlet er rammen økt med 238 mill kr sammenlignet med 2015, hvorav 194 mill kr på RHF og 44 mill kr på Hemit. Økningen fra 2015 skyldes i hovedsak økt behov til regionale IKT-prosjekt, samt økte kostnader til felleseide selskap. I tillegg er resultatet justert opp med 40 mill kr fra 2015 til 2016. RHFet hadde et resultat før finans på -40 mill kr i 2015, og som settes til 0 i 2016. Deler av økningen i basisramme i statsbudsjettet, blant annet knyttet til fritt behandlingsvalg, er også lagt på RHF.

Fordelingen av kostnadene på de ulike kategoriene omtalt over fremgår av figur 7.1. Her ligger også kostnader til drift av ambulansebilene samt driftssenteret LØ som er finansiert gjennom fakturering til foretakene og RHF. Det vises for øvrig til vedlegg 1 *Helse Midt-Norge RHF - Budsjett 2016* for nærmere beskrivelse av budsjett for 2016 for regionalt helseforetak.

Figur 7.1 Fordeling av kostnader HMN RHF



6 Resultatkrav

I forslag til statsbudsjett for 2016 er kravet om at regionale helseforetak skal gå i økonomisk balanse videreført. Samlet ressursbruk til drift og investeringer samt bruk av driftskreditt skal holdes innenfor vedtatte rammer. Det er behov for å skaffe likviditet gjennom et overskudd for å gjennomføre planlagte investeringer og spare til fremtidige investeringer. Behovet for et overskudd og hvor stort det eventuelt må være avhenger av kontantstrøm fra drift og tilgjengelig likviditet fra finansiering for inneværende år.

I henhold til ny finansstrategi og langtidsbudsjett 2016-2021 er ansvaret for vurdering av investeringsbehov lagt til det enkelte helseforetak. Som en konsekvens av det må det enkelte foretak i lys av sine investeringsplaner og tilgjengelige likviditet vurdere behov for resultat i 2016. Utgangspunktet for fastsettelsen av resultatkravet for 2016 skal være de investeringsplaner og resultat som ble satt for 2016 i LTB 2016-2021, se tabell 6.1. Endringer i forutsetningene fra langtidsbudsjettet kan gi behov for en justering av investeringsplaner eller resultat, for eksempel knyttet til pensjon.

Tabell 6.1 Resultat 2016 fra LTB 2016-2021

LTB 2016-2021	HMR	HNT	STO	APO	HEMIT	RHF	HMN
Resultat 2016	-15 854	65 750	209 899	-454	0	54 280	313 622

Pensjonskostnaden for 2016 er basert på anslag fra KLP pr juni 2015, og viser en økning i kostnadene sammenlignet med budsjett 2015. Økningen er kompensert gjennom økt bevilgning i forslag til statsbudsjett for 2016. Kompensasjon for økte pensjonskostnader fordeles mellom sykehusforetakene i henhold til finansieringsmodellen, og det kan derfor være et avvik mellom økt inntekt til pensjon og de faktiske kostnadsøkningene. I den grad det er vesentlige avvik vil det være aktuelt å justere resultatkravene i sykehusforetakene.

Den endelige pensjonskostnaden for 2016 blir kjent først når det foreligger oppdaterte anslag fra KLP i januar 2016. Dersom det blir vesentlige endringer i pensjonskostnaden for 2016 i forhold til det som er forutsatt i budsjett kan det bli aktuelt å justere resultatkravene for 2016.

Resultatkrav på det regionale helseforetaket settes lik finansresultatet og skal inngå som en del av handlingsrommet for å ivareta investeringsbehovet på regionalt nivå, herunder investeringer knyttet til prehospitale tjenester (ambulanserbiler), regionale IKT-investeringer samt investeringer og sparing til nytt sykehus i Møre og Romsdal. Behov for midler til investeringer dekkes av den likviditeten som RHFet selv genererer samt gjennom lån fra sykehusforetakene.

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar samlet resultatbudsjett 2016 samt krav til resultat pr foretak og for foretaksgruppen samlet i styremøte primo februar 2016.

7 Administrerende direktørs vurdering

Helse Midt-Norge står overfor store utfordringer i årene fremover og vi er opptatt av å tilby våre pasienter tjenester av god kvalitet. Det er sentralt at foretaksgruppen har tilstrekkelig kraft til omstilling og fornyelse. Vi må effektivisere og ha fokus på kontinuerlig forbedring for å bygge en fremtidsrettet og sikker helsetjeneste av god kvalitet for befolkningen i Midt-Norge. Nivå på årlig effektivisering videreføres i tråd med langtidsbudsjettet. Helseforetakenes egne prioriteringer kommer i tillegg. Administrerende direktør vurderer rammene i årets budsjett som krevende og som understøtter behovet for kontinuerlig arbeid med forbedring.

Helse Midt-Norge har for 2016 fått vel 20 mrd kr i ramme. Det er viktig at vi forvalter disse midlene på en slik måte at vi både når våre mål i 2016 og samtidig setter oss i stand til å løse de utfordringer vi vil stå overfor i tiden fremover.

Helse Midt-Norge RHF
Postboks 464

7501 Stjørdal

Vår ref.:
2013/3080 – 35571/2015

Deres ref.:
2012/544 – 6499/2015

Dato:
19.11.2015

FINANSIERING AV RKSF, DMS OG TSB (RUS)

Helse Nord-Trøndelag HF har over noen tid pekt på effekter av dagens finansieringsmodell knyttet til finansiering av Regionalt kompetansesenter for rusbehandling (RKSF), distriktmedisinske senter (DMS-er) og rusbehandling (TSB). Problemstillinger knyttet til finansiering av disse tilbudene er tatt opp i brev til HMN og/eller påpekt i møter med HMN uten tilfredsstillende løsninger.

1. Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF)

HNT mener at dagens finansiering av dette regionale tilbudet er utilstrekkelig og for variabel. Saken er tatt opp med HMN tidligere, senest med vårt brev av 01.07.15 (se vedlegg) der vi ber om et møte for ytterligere belysning og drøfting av saken. Vi kan ikke se å ha fått svar på denne henvendelsen.

2. Finansiering av Inn-Trøndelag DMS og Værnesregionen DMS fram til 31.12.17

Ved etablering av disse DMS-ene gikk HMN inn med øremerket (sær-)finansiering av 1/3 av kostnadene knyttet til intermediære senger ved disse enhetene. HMN har nå gått bort fra særfinansiering av disse tilbudene og overført midlene til den ordinære finansieringsmodellen. Det innebærer en underfinansiering av foretak som allerede har etablert slike tilbud og en overfinansiering av foretak som ennå ikke har etablert slike tilbud i særlig omfang. Saken er tatt opp i vårt brev av 06.10.15 til HMN (jf. vedlegg) og besvart av HMN i brev av 13.10.15. HNT mener at HMN bør dekke nevnte andel av driftskostnadene ut gjeldende avtaleperiode, dvs. til 31.12.17.

HNT planlegger nå en evaluering av DMSene i et samarbeid med bl.a. deltakerkommunene, de andre kommuneregionene i Nord-Trøndelag og KS med særlig fokus på erfaringene etter innføring av Samhandlingsreformen i 2012 og vurdering av framtidig organisering og finansiering av DMSene i Nord-Trøndelag.

HNT ber derfor HMN opprettholde sin andel mht finansiering for både 2016 og 2017 som var en forutsetning da DMS-avtalene sist ble revidert.

3. Finansiering av rusbehandling (TSB)

Ved opphør av det regionale rusforetaket fra 01.01.14 ble hvert sykehusforetak gitt en særfinansiering for å dekke kostnader knyttet til etablerte tilbud. Samtidig ble det signalisert at hvert foretak over tid skulle overta ansvar for og etablere tilbud til behandling av ruspasienter fra egne HF-områder. Helseforetakenes finansiering av TSB skulle i denne forbindelse legges om og baseres på Magnussen-modellen med egne behovsnøkler for rusbehandling.

I notat av 11.11.15 til direktørmøtet i HMN skisseres prosess for inkludering av TSB i HMNs finansieringsmodell. Vi er glade for at det her legges opp til at rusbehandling skal inkluderes i den ordinære finansieringsmodellen f.o.m. 2017.

HNT er det helseforetaket i regionen som i dag har dårligst tilbud til egne ruspasienter. HNT har gjennom «psykiatriløftet» bygningsmessige planer for bl.a. etablering av eget tilbud til ruspasienter. Gjeldende langtidsbudsjett legger opp til byggestart høsten 2016. HNT mener at en styrking av driftsrammene til rusbehandling i 2016 bør tilføres HNT som det foretaket som i dag har dårligst tilbud.

Vi ber på dette grunnlag om et møte med HMN for ytterligere belysing og drøfting av disse sakene i forkant av et svar fra HMN.

Med vennlig hilsen

Arne Flaatt
administrerende direktør

HELSE NORD-TRØNDELAG HF RESULTATBUDSJETT 2016	Budsjett 2015 HNT	Prognose 2015 HNT	Budsjett 2016 HNT pr 30.11.2015
Basisramme	2 048 773	2 091 690	2 149 740
Kvalitetsbasert finansiering	17 277	18 075	21 217
ISF egne pasienter (ekskl. KMF)	656 985	663 555	677 277
ISF kommunal medfinansiering	0		0
ISF-inntekt kostnadskrevende legemidler UTENFOR sykehus	20 782	20 782	21 345
Gjestepasienter	42 838	41 580	43 008
Polikliniske inntekter	69 564	73 505	76 316
Utskrivningsklare pasienter	2 507	4 135	5 084
Øremerket tilskudd	0	3 711	0
Andre øremerkede tilskudd	8 343	8 863	8 434
Andre driftsinntekter	171 786	179 778	176 957
SUM DRIFTSINTEKTER	3 038 855	3 105 675	3 179 378
Kjøp av offentlige helsetjenester	119 886	111 000	121 679
Kjøp av private helsetjenester	19 573	21 863	4 218
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	300 651	325 633	361 937
Innleid arbeidskraft	9 857	16 472	13 922
Fast lønn	1 387 153	1 405 935	1 420 115
Overtid og ekstrahjelp	55 593	89 156	65 260
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	418 003	448 003	453 897
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-67 902	-79 899	-78 109
Annen lønn	176 710	166 363	183 029
Avskrivninger	87 879	90 316	93 135
Nedskrivninger	0	0	0
Andre driftskostnader	450 226	442 789	486 035
SUM DRIFTSKOSTNADER	2 957 630	3 037 631	3 125 118
DRIFTSRESULTAT	81 225	68 044	54 260
Finansinntekter	8 580	8 645	13 035
Finanskostnader	1 906	1 970	1 545
FINANSRESULTAT	6 675	6 675	11 490
ORDINÆRT RESULTAT	87 900	74 719	65 750
Ekstraord inntekter			
Ekstraord kostnader			
Skattekostnad			
(ÅRS)RESULTAT	87 900	74 719	65 750
Interne inntekter	399 983	417 737	415 062
Interne kostnader	399 983	417 737	415 062
(ÅRS)RESULTAT ETTER INTERNHANDEL	87 900	74 719	65 750

30.11.15/hr

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 59/2015 Forprosjektrapport for «Psykiatriløftet»

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	7. desember 2015	59/2015
Saksbeh:	Torbjørn Eliasson	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2015/3754	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret tar Forprosjektrapport for «Psykiatriløftet Levanger» til orientering og ber administrerende direktør legge rapporten fram for styret i Helse Midt-Norge RHF for godkjenning.
2. Styret anbefaler byggestart på nyåret i 2017 med to og et halvt års byggeperiode. Styret søker HMN om et internt kortsiktig lån på 50 mill kroner for å kunne følge en slik framdriftsplan.

SAKSUTREDNING:

Sak 59/2015 Forprosjektrapport for «Psykiatriløftet»

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Forprosjektrapport for «Psykiatriløftet».
<https://ekstranett.helse-midt.no/1007/Presentasjoner/Sak%2059-15%20Vedlegg%20Forprosjekt%20nytt%20psykiatribygg.pdf>

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Viser til tidligere behandling av «Psykiatriløftet» i styret i HNT HF 16.mars 2015 (sak 19/2015), der vi ble bedt om å forelegge rapporten for styret i HMN RHF for godkjenning og HMN RHF 17. og 18. juni 2015 (sak 60/15), der vi blir bedt om å videreføre konseptrapporten til et forprosjekt.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Bakgrunn, formål og omgang

Helse Nord-Trøndelag har gjennomført idefase for Psykiatriløftet i Levanger første halvår 2014 etter beslutning fra administrerende direktør. Idefasen bygger på Utviklingsplan 2030 Helse Nord-Trøndelag HF (HNT), og en rekke styringssignaler fra nasjonale myndigheter og Helse Midt-Norge HF. Utviklingsplanen identifiserte en rekke investeringstiltak for HNT, og Psykiatriløftet Levanger er prioritert som første tiltak fra HNT.

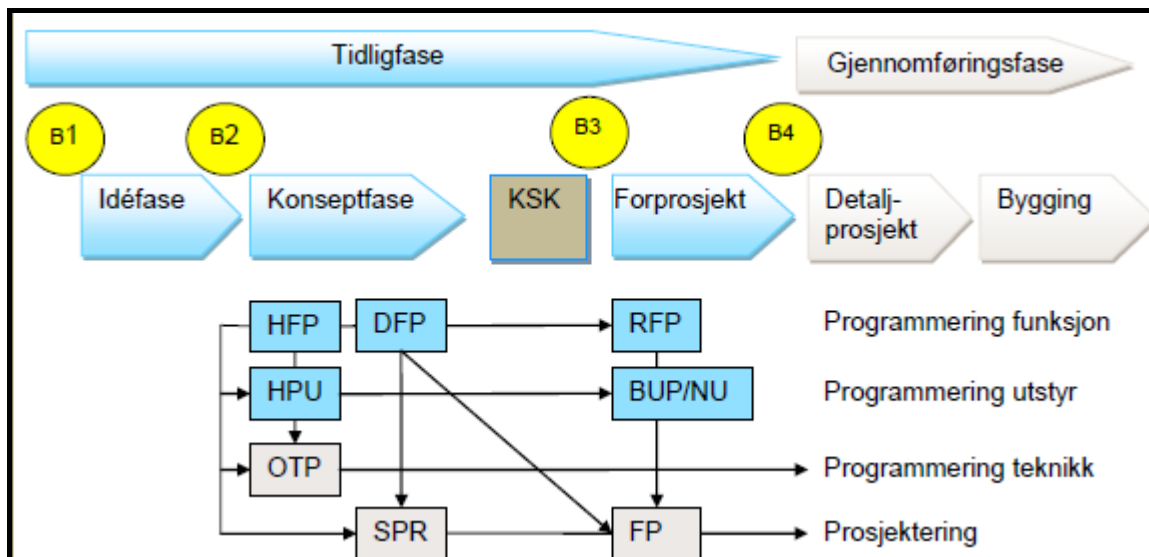
Idefasen er gjennomført med bistand fra Helsebygg Midt-Norge og ei prosjektgruppe fra HNT, der Eiendomsavdelingen og Psykiatrisk Klinikk har vært representert. Fagmiljøet ved Sykehuset Levanger (SL) har vært løpende involvert gjennom ei oppnevnt arbeidsgruppe.

Idefasen identifiserte 4 alternativ utover 0-alternativet som er å fortsette virksomheten i eksisterende bygg. Alle 4 alternativ forutsetter nybygg og oppgradering av eksisterende bygg. Omfang av nybygg og rehabiliteringsareal varierer mellom alternativene.

Idefaserapporten ble overlevert administrerende direktør ultimo juni 2014, med påfølgende beslutning om å gå videre med konseptfase høsten 2014, med leveranse i desember 2014. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF fikk en orientering om gjennomført idefase og pågående konseptfase med ulike tomtealternativer i september 2014.

Etter beslutning av styret i Helse Midt-Norge RHF juni 2015 (B 3), er det nå utarbeidet et forprosjekt i tråd med beslutningsgrunnlaget for sykehusbygg.

Med bakgrunn i framlagt forprosjektrapport ber vi om at det på dette grunnlag startes detaljprosjektering (B4). Det skal skje ved anbudskonkurranse for gjennomføring som totalentreprise. Parallelt med dette skal det skje en detaljregulering av byggeområdet, planlagt godkjent mai 2016.



Hovedfunn

Forprosjektet oppfyller de krav som lå til grunn i Konseptrapporten.

Landsverneplanen kom med en innvending i forhold til bygningsmassen som lå til grunn for Konseptrapporten. Et bygg oppført i 3 etasjer så nært eksisterende vernet bygningsmasse var ikke ønskelig. Dette er nå hensyntatt ved at formen på bygget er endret til en karre med et atrium i midten. Bygningens fotavtrykk blir noe større, som igjen har bidratt til å redusere høyden på bygget. Bygget oppføres etter passivhusstandard. Dette gir en miljøgevinst og lavere driftskostnader.

Byggekostnadene øker da noe, men gir til gjengjeld et mer funksjonelt bygg. Løsningen gir også driftsfordeler i forhold til samhandling av miljøpersonalet, spesielt på natt og helg.

Totalkostnadene (nybygg, utenomhus, ombygging av Arken med bl.a. heis og eksisterende bygningsmasse) øker fra ca. 200 mill.kr. til 215 mill.kr.

ØKONOMISKE BÆREEVNE OG FINANSIERING

Økonomisk bæreevne/driftsbudsjett

I styresak 19/2015 har vi redegjort for endringer i driftskostnader ved flytting og samordning av driften i nye lokaler. Det legges opp til betydelig effektivisering av dagens drift. Videre forutsettes det omlegging av finansieringsmodellen for rusbehandling for å kunne finansiere det utvidede tilbudet til ruspasienter. En finansiering i samsvar med behovsindeksene i «Magnussen-modellen» vil sette foretaket i stand til å gi det foreslåtte behandlingstilbudet til egne pasienter i planlagte nye og ombygde lokaler i eget helseforetak. Dette er i samsvar med tidligere forutsetninger og vedtak i det regionale styret om utbygging av tilbudet til ruspasienter.

Styret for HMN RHF godkjente i sitt vedtak i sak 60/15 vårt fremlegg for driftsfinansiering, - delvis gjennom intern effektivisering og delvis gjennom omlegging av finansieringsmodellen for rusbehandling i tråd med tidligere forutsetninger og vedtak.

Finansiering av investeringskostnader

Det legges opp til investeringer i nytt bygg og noen ombygginger i eksisterende bygg. Forprosjektet viser at disse investeringskostnadene vil beløpe seg til om lag 215 mill kroner.

Av hensyn til et ønske om en mest mulig effektiv byggeprosess og rasjonell omlegging av driften fra eksisterende til nye bygg, bør byggeprosessen gjennomføres over maksimalt to og et halvt år.

I samsvar med vedtatt finansstrategi og langtidsbudsjett forutsettes det at HNT i utgangspunktet må skaffe til veie likviditet til investeringer fra egen drift. I vedtatt LTB 2016 - 2021 er det foreslått byggestart høsten 2016 og ferdigstillelse våren 2018. Langtidsbudsjettet viser imidlertid ikke finansiell dekning for en slik framdriftsplan. HNT søkte derfor HMN om finansiell bistand (internt lån i regionen) for å kunne følge en slik framdrift, men dette ble ikke innarbeidet i regionens vedtatte langtidsbudsjett.

Av hensyn til videre planlegging og anbudsprosess legges det nå opp til byggestart på nyåret i 2017 og med to og et halvt års byggetid. Dette er helseforetakets primære ønske. Det vil sikre en effektiv byggeprosess og et tidligst mulig tidspunkt for de nye og økte behandlingstilbudene innen psykiatri og rusbehandling. En slik framdriftsplan forutsetter imidlertid at HMN bidrar med et (kortsiktig) internt lån på 50 mill kroner i 2018 for fullfinansiering av prosjektet.

Vi kan i denne forbindelse opplyse at HNT p.t. har om lag 400 mill kroner i utestående fordringer på HMN og at gjeldende LTB legger opp til at HNT skal bidra med om lag 70 mill kroner hvert år i likviditet til investeringer i regionen.

Dersom HMN ikke vil bidra med lånemidler til fullfinansiering av prosjektet, vil foretaket subsidiert utsette byggestarten 6 måneder med tilsvarende utsettelse av tidspunkt for ferdigstilling. Med utgangspunkt i gjeldende LTB vil da foretaket kunne framskaffe tilstrekkelig egen likviditet til fullfinansiering av prosjektet.

En utsettelse av byggestart vil være uheldig for en sårbar og utsatt pasientgruppe som i dag ikke har et døgnbehandlingstilbud i Nord-Trøndelag. Videre vil en eventuell utsettelse av byggeprosjektet også innebære større usikkerhet med hensyn til markedssituasjonen i byggebransjen og byggekostnader.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 60/2015 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	7. desember 2015	60/2015

Saksbeh:

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2015/3754

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:**Sak 60/2015 Orienteringssaker****VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

1. Protokoll fra møte i Politisk samarbeidsutvalg 21.09.15
2. Referat fra styrets møte med tillitsvalgte 26.10.15
3. Referat fra styrets møte med Brukerutvalget 26.10.15
4. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 26.10.15
5. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 05.11.15
6. Protokoll fra møte i Administrativt samarbeidsutvalg 18.11.15
7. Andre orienteringer



POLITISK SAMARBEIDSUTVALG (PSU)

Protokoll fra møte i politisk samarbeidsutvalg (PSU)

Tidspunkt: Mandag 21 september 2015 kl. 0900 - 1100

Sted: Sykehuset Namsos, møterom Bråholmen, psykiatrisk klinikk.

Tilstede: Alf Daniel Moen, Bjørn Skjelstad, Marit Dille, Hege Nordheim-Viken, Robert Svarva, Bjørn Arild Gram.

Fra administrasjonene: Arne Flaatt, Olav Bremnes, Paul Georg Skogen, Laila Steinmo og Einar Jakobsen. Jan Egil Wold og Åsmund Bang var med på video fra Levanger i samband med sak 15/11.

Observatører: Marit Voll, KS og Bente Kne Haugdal fra Fylkesmannen i NT.

Sak 15/11 Primærhelsemeldinga.

Gjennomgang av meldingen med vekt på de deler av meldingen som omhandler samhandling kommune - helseforetak med særlig oppmerksomhet på krav til kommunene om psykologkompetanse. Er det noe kommunene og foretaket kan/bør gjøre i fellesskap for å sikre rekruttering av nødvendig kompetanse?

Innledning v/ Laila Steinmo, KS, Jan Egil Wold og Åsmund Bang fra HNT

Vedtak:

1. PSU ber ASU utarbeide alternative forslag til hvordan kommunene og helseforetaket i fellesskap kan a) bidra til rekruttering av nødvendig psykologkompetanse og b) etablere fagmiljø som kan bidra til samhandling og stabilitet.
2. PSU anmoder ASU om å ta opp følgende problemstillinger til debatt: 1. Hvordan kan kommunene samordne tjenestene for barn og unge internt og i forhold til samhandlingen med helseforetaket. 2. Hvordan utvikle dialogen knyttet til ø-hjelp og betalingsplikt innen rus-psykiatri.

Sak 15/12 Fritt behandlingsvalg.

Dette temaet var opp til diskusjon i PSU høsten 2014(september). Det ble den gang gitt uttrykk for en viss spenning knyttet til virkningen av fritt behandlingsvalg.

HNT v/ Paul G. Skogen innledet.

Vedtak:

PSU er enig i intensjonene som ligger i ordningen om raskere tilbud til befolkningen. PSU er imidlertid bekymret for konsekvensene av de utfordringene som ligger i gråsonene mellom det offentliges ansvar og de private tilbyderne.

PSU ser også at brukere med sammensatte behov, med denne ordningen, vil kunne skape nye problemer (venteliste).

I veldig mange tilfeller, særlig i distriktsnorge, vil fritt behandlingsvalg ikke skape mer kapasitet, heller tvertom.

PSU vil videre peke på behovet for en fullfinansiering av helseforetakenes administrative arbeid og kostnader knyttet til utredning, etterbehandling og transport for blant annet å gi helseforetakene like vilkår.

PSU vil tilslutt peke på nødvendigheten av å etablere en ordning slik at også de private aktørene må betale for feilbehandling og skader på pasientene på linje med de offentlige aktørene.

Sak 15/13 Evaluering av PSU.

PSU er en nyskaping i samhandlingen mellom kommune og foretak.

Det er valgt vidt forskjellige modeller rundt om i landet og mye tyder på at den modellen som ble valgt i NT er en av dem som virker.

I november skal det være valg på nye kommunerepresentanter til PSU og på den bakgrunn er det nødvendig med en evaluering av utvalget.

Spørsmålene til evaluering kan være:

Er det behov for utvalget - nytteverdi? Er sammensetningen riktig (ordførere - KS leder?)?

Observatørene? Møtefrekvens? Type saker?

Vedtak:

PSU fungerer etter intensjonene og utvalget anbefaler derfor at PSU videreføres.

PSU anmoder videre om at a) KS tar sekretæriatsansvaret permanent og b) at KS etablerer en bedre ordning for tilbakemelding om utvalgets arbeid til kommunene.

Sak 15/14 Status tidligere saker.

a) Avvikshåndtering.

PSU vedtok i sak 14/14 følgende, p.2a:» Det er viktig at avviksmeldingene analyseres og benyttes som grunnlag for kvalitetsforbedring og læring».

Hva har skjedd i ettertid? Orientering v/ Olav Bremnes, HNT.

Vedtak:

Informasjon gitt i møtet tatt til orientering.

b) Øyeblikkelig hjelp.

PSU behandlet rapporten om øyeblikkelig hjelp som sak 14/07 i juni 2014.

PSU vedtok i denne saken en anmodning til ASU om å komme med tilbakemelding på utviklingen. Ordningen blir lovpålagt fra 2016 og det vil derfor være naturlig med en oppdatering. Orientering v/ Laila Steinmo, KS

Vedtak:

Informasjon gitt i møtet tatt til orientering.

Sak 15/15 Orienteringssak

Utviklingsplan HNT 2030. Status.

Særlig vektlegging av fremtidsbildet for DPS - DMS.

Innledning v/ Arne Flaatt, HNT.

Vedtak:

Informasjon gitt i møtet tatt til orientering.

Referat fra møte mellom styret i Helse Nord-Trøndelag HF og Foretakstillitsvalgte den 261015. (hjemlet i hovedavtalen § 41)

Tilstede i møtet:

Fra Styret:

Alf Daniel Moen

Marit Dille

Inger Marit Eira Åhren (siste del av møtet)

Kristian Børstad (ansatterepresentant)

Elinor Kjølsest (ansatterepresentant)

Rolf Gunnar Larsen (ansatterepresentat)

Fra tillitsvalgte:

Martin Ording Helgesen (YLF)

Rønnaug Modell Viken (NETF)

Mona Lund Veie (NFF)

Annbjørg Støa (NSF)

Frank Grydeland (Delta)

Hege Trana (Fagforbundet)

Eldbjørg Berg (NITO)

I tillegg møtte Tone Wanderås (Hovedvernombud)

Fra administrasjonen:

Arne Flaas

Aud-Mai Sandberg (referent)

Styreleder ønsket velkommen.

Kort presentasjonsrunde.

Innledning:

Styreleder ønsket velkommen til møte og var innledningsvis innom følgende tema:

- Samarbeidet med tillitsvalgte er viktig og bidrar til måloppnåelse
 - Krevende bestillinger fra Helseministeren og Helse Midt-Norge - Høy grad av måloppnåelse så langt i 2015
 - Det er fortsatt mange utfordringer, men det overordnede bildet er at i HNT HF går det bra
-

Følgende tema ble berørt fra tillitsvalgte og hovedverneombudet:

- Det psykososiale arbeidsmiljøet.
- Maktesløs ved nye budsjettkrav da de trodde målet var nådd.
 - Tyngre og mer krevende pasienter.
 - Stor belastning for de kirurgiske klinikkene
 - Det stilles spørsmål om den økonomiske fordelingen er riktig.
- Tillitsvalgte er bekymret for den økonomiske situasjonen både i eget foretak og i landet for øvrig.
 - De hører ofte om omstilling fra sine medlemmer

- Ord som går igjen er:
 - jobb smartere, ikke bare å springe fortere
 - hverdagseffektivisering
 - målrettet jobbing
 - avvik/tiltak
 - omkamp
 - osthøvel
 - det er kommet så langt at vi sparer på tidsskrift, kaffe og kjeks
- Tillitsvalgte har hørt lite om budsjettprosessene i år.
- Når Helseministeren var på besøk ble det bekreftet god drift og godt samarbeid.
- Signalene fra tillitsvalgte og hovedverneombudet til styret i dag er:
 - Nok er nok når det gjelder sparing, kostnadskutt og omstilling.
 - På tide at en får gjøre jobben for pasienten istedenfor å tenke på sparing hele tiden.
 - Styret må følge opp dette, så skal tillitsvalgte gjøre sin del av jobben.
- Rekruttering påvirkes av usikre planer:
 - Hvilke muligheter er det for faglig utvikling i HNT.
 - Arbeidskontrakter og utdanningsplaner bør drøftes lokalt. Det kommer begjæring om dette.
- Årsplaner for legegruppen:
 - Oppfattes som positivt nå.
 - Alle bekrefter at de får komme med sine innspill.
 - Positiv holdning til dette i dag.
 - For legegruppen er det viktig at ny modell «7-trinnsraketten gjøres kjent for lederne».
- Administrerende direktør har vært samlende for organisasjonen og det er knyttet stor spenning til tilsetting av ny direktør.

Tilbakemelding og kommentarer fra administrerende direktør og styreleder:

- Det kommer stadig nye krav. Det gir igjen økende oppdrag for alle enheter og dette er en utfordring når det samtidig skal jobbes mer effektivt. Styret kjenner igjen beskrivelsen fra tillitsvalgte.
- Nytt epj er et stort prosjekt som er krevende både økonomisk og kompetansemessig – viktig å ha fokus på at det skal gi bedre pasientbehandlingen.
- Samhandling med kommunene er viktig og sykehusene er et ledd i det totale helsetilbudet.
- Det bekreftes at samarbeidet med tillitsvalgte er viktig og helt vesentlig for å nå de mål organisasjonen setter seg. Tillitsvalgte opptrer samlet i HNT og det er bra.
- Helseministeren har åpnet for diskusjon rundt akuttkirurgi og beredskap.
- Enhet for helseutvikling i HMN er lagt til St. Olavs hospital. Der jobbes det mest mot kirurgi for hele regionen. Alle HF sliter økonomisk innenfor kirurgi.
- Den gyldne regel innenfor økonomifordeling er at all økning i somatikk skal gi minst like stor eller mere økning i psykiatri.
- Rekruttering er krevende og vi er svært sårbar innenfor spesialiststillingene. Rekruttering blir derfor et fokusområde også de neste årene.
- Ventelister og fristbrudd vies fortsatt stor oppmerksomhet.
- Årsplanarbeid har vi jobbet med de siste 10-11 årene og nå har også øvrige HF begynt å jobbe med det.

- Budsjettarbeidet krevende og kirurgi nevnes spesielt. Vi må passe på at vi har penger til å gjøre det vi har ønske om å gjøre. Vi må forklare avvikene. Vi må passe på å få gjort de nødvendige investeringene.
- Det er 3 prioriteringsområdet de nærmeste årene:
 - Psykiatriløftet (Levanger)
 - Kombinasjonsbygget (Namsos)
 - Helikopterlandingsplass (Levanger)
 - Vi låner av våre egne penger for å få til dette.
- DMS Stjørdal og Steinkjer - vi starter nå evaluering for å finne ut om DMS'ene har gitt nødvendig effekt. HMN sin medfinansiering trekkes nå ut og legges inn i Magnussen-modellen. Det vil i praksis si reduksjon i rammen i Nord-Trøndelag og økning i Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal.
- DPS Kolvereid:
 - Har vært en krevende prosess for pasientene, organisasjonen, tillitsvalgte og styret.
 - Fagpersonellet har invitert legene i området til møte for å snakke om hva gjør vi videre.
 - Befaring i lokalene på torsdag f.k. sammen med kommunene.
 - Flyktningssituasjonen gjør at lokalet også står på lista til UDI.
- Ambulansestasjon Røyrvik:
 - Har vært en krevende prosess.
 - Vi er imponert over lokalsamfunnet som strakk seg så langt som det var mulig.
 - Hva gjør vi videre møte/samtale med kommunen neste torsdag.

Avslutning:

Styret har til hensikt å finne direktørkandidaten før jul, og målet er å gjøre suksess også der.

Avslutningsvis bekrefter styreleder at styret tar med seg de innspill som er kommet.

Styreleder takket for møtet.

Alf Daniel Moen
Styreleder

Styrets møte med Brukerutvalget 2015

Mandag 26. oktober 2015 kl. 09.00 – 10.00

Grand hotell, Steinkjer

Tilstede fra styret:

Alf Daniel Moen, Inger Marit Eira-Åhren, Kristian Børstad, Marit Dille, Ellinor Kjølstad, Rolf Larsen

Tilstede fra Brukerutvalget:

Hildur Fallmyr, Laila Roel, Steinar Mikalsen, Mona Lersveen, Ole Flakken, Karl John Amdal, Ola Larsen.

Tilstede fra administrasjonen:

Arne Flaatt (adm dir) og Trond G. Skillingstad (informasjonssjef, referent)

Hovedpunkter i møtet

- Styreleder Alf Daniel Moen innledet til møtet og redegjorde for viktigheten av brukermedvirkning i spesialisthelsetjenesten
- Brukerutvalgsleder Hildur Fallmyr understrekte at samspillet med Helse Nord-Trøndelag er svært godt. Administrerende direktørs tilrettelegging av arbeidet i Brukerutvalget ble spesielt framhevet. Både styret og administrasjonen opptre på en måte som gjør at brukerne blir tatt på alvor og betyr noe.
- Øvrige forhold fremhevet av Brukerutvalget:
 - Utvalget gjør oppnevninger i hvert møte, og ivaretar dermed systemansvar for god brukermedvirkning i prosjekt, råd og utvalg. Brukerutvalgets medlemmer er dels selv oppnevnt i ulike prosjekt/utvalg, og opplever at brukernes interesser er ønsket og tas alvorlig også der.
 - Lærings- og mestringsaktiviteter er viktig for den totale helsetjenesten og bidrar til å redusere behovet for helsetjenester
 - Utvalget bør ha befaringer/møter ved helseforetakets institusjoner, da dette gir en økt forståelse for virksomheten som utvalget er tilknyttet
- Administrerende direktør viste til at administrasjonen oppfatter Brukerutvalget som et positivt og sentralt bidrag inn i helseforetakets drift og utvikling. Utvalget oppfattes svært positivt med godt samarbeid og struktur, og alt i alt velfungerende.

26.10.15 Trond G. Skillingstad

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 26.10.2015 kl. 11.30 – 13.30
Møtested: Quality Hotel Grand, Steinkjer
Saksnr.: 51/2015 – 57/2015
Arkivsaksnr: 2015/1

Møteleder: Hildur Fallmyr

Møtende medlemmer:

Hildur Fallmyr
Ola Larsen
Karl John Amdahl
Laila Roel
Ole Flakken
Steinar Mikalsen

Forfall:

Hilde Tyldum Stordahl
Terje Veimo

Møtende varamedlem:

Mona Lersveen

Fra administrasjonen:

Klinikkleder, Psykiatrisk klinikk	Kathinka Meirik
Samhandlingssjef	Olav Bremnes
Rådgiver	Marit Røvik Skjerve (referent)

Merknad til innkalling, møte og sakliste: Ingen merknader

Sak 51/2015 Godkjenning av protokoll fra møte 16.09.15

Protokoll

Hildur Fallmyr viste til protokollen.

Vedtak

Protokoll fra møte 16.09.15 godkjennes.

**HELSE NORD-TRØNDELAGE HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Sak 52/2015 Høring - Regional prosedyre for ivaretagelse innleggelser etter Helse- og omsorgstjenestelovens §§ 10-2 og 10-3 i utpekte avdelinger/seksjoner i psykisk helsevern i Helse Møre og Romsdal HF, Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF

Protokoll

Klinikkleder Kathinka Meirik, Psykiatrisk klinikk, redegjorde om forslag til regional prosedyre for innleggelser etter Helse- og omsorgstjenestelovens (HOTL) §§ 10-2 og 10-3 som ivaretas innen psykisk helsevern. Brukerutvalget er invitert til å uttale seg om prosedyren, før endelig utforming.

Vedtak

Brukerutvalget ønsker å presisere følgende til punktene - Tvungen innleggelse i inntil 3 mnd., - kommunen fattet vedtak - vedtaket kan fattes bare en gang (HOTL § 10-2):

- Brukerutvalget vil peke på viktigheten av forebygging, oppfølging og ettervern, slik at tvang kan unngås.
- Brukerutvalget presiserer at samhandling mellom kommune og helseforetak er påkrevd.
- Brukerutvalget presiserer spesielt, at når tvang er nødvendig, må kapasiteten finnes i helseforetaket.

Sak 53/2015 Oppnevning av brukerrepresentanter i råd, utvalg, arbeidsgrupper m. v.

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Brukerutvalget oppnevner brukerrepresentanter til:

- Risiko- og sårbarhetsanalyse av luke/ekspedisjon på poliklinikk, Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Levanger for perioden november – desember 2015

Protokoll

Hildur Fallmyr viste til framlagte forslag.

Vedtak

- Prosjektet - Risiko- og sårbarhetsanalyse av luke/ekspedisjon på poliklinikk, Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Levanger for perioden november – desember 2015
 - Brukerrepresentanter: Anders Øyan
 - Kontaktperson i Brukerutvalget: Mona Lersveen

**HELSE NORD-TRØNDELAGE HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Sak 54/2015 Styremøte i Helse Nord-Trøndelag 26. oktober 2015

Protokoll

Samhandlingssjef Olav Bremnes, gjennomgikk saklisten til styremøtet. Det ble nærmere redegjort for driftsrapporten for september, status budsjett 2016, SAMDATA – rapport spesialist-helsetjenesten 2014 og evaluering DMS.

Lenke til presentasjonen SAMDATA-rapport: <https://ekstranett.helse-midt.no/1007/brukerutvalg%20HNT/Arbeidsomrde%20for%20medlemmene/Forms/AllItems.aspx?InitialTabId=Ribbon%2EDocument&VisibilityContext=WSSTabPersistence>

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering.

Sak 55/2015 Møteplan 2016

ADM. DIREKTØRS INSTILLING

Brukerutvalgets møter avvikles i forkant av møtene til styret i Helse Nord-Trøndelag.

Brukerutvalget avholder 7 møter i 2016 på følgende datoer:

20. januar
29. februar
30. mars
25. mai
24. august
21. september
24. oktober

Protokoll

I forbindelse med budsjettprosessen, ønsker Brukerutvalget å bli involvert før vedtak fattes.

Vedtak

Møteplanen tas til orientering.

Brukerutvalget ønsker å bli involvert før budsjettet vedtas av styret, og ber om å få budsjettsaken til behandling før styrets godkjenning av budsjettet.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET

MØTEPROTOKOLL

Sak 56/2015 Orienteringer

1. *Orientering om status kombinasjonsbygg Sykehuset Namsos*
Samhandlingssjef Olav Bremnes, orienterte om status på prosjektet og brukermedvirkning i den videre prosessen. Brukerrepresentantene vil bli knyttet enda nærmere til prosjektet i neste faste, i 2016.
2. *Framtidige tema i Brukerutvalget*
Brukerutvalget foreslår ingen nye tema før nytt Brukerutvalg er på plass, men forutsetter at tidligere innmeldte tema fortsatt er aktuelle.

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering.

Brukerutvalget gir sin tilslutning til kombinasjonsbygg ved Sykehuset Namsos. På et aktuelt tidspunkt ber Brukerutvalget om å få befaring på byggeplassen.

Sak 57/2015 Eventuelt

Pasienter og pårørende opplever jevnlig feil ved betaling på parkeringsautomater ved Sykehuset Levanger. Parkeringsautomatene er inaktive, og en får verken betalt med kontanter eller kort.

Brukerutvalget ber administrasjonen følge opp saken med å få parkeringsautomatene i stabil drift.

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 05.11.15 - kl 08.30 – 15.30

Møtested: Quality Airport Hotel Værnes (Stjørdal sentrum)

Saksnr.: 86/15 – 99/15

Arkivsaksnr.: 14/501

Møtende medlemmer:

Ola H. Strand

Paul Steinar Valle

Liv Stette

Brit Tove Welde

Tore Kristiansen

Ellen Wøhni

Ivar Østrem

Randulf Søberg

Vigdis Harsvik

Forfall:

Ingen

Regionalt brukerutvalg:

Snorre Ness

Laila H. Langerud

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Stig A. Slørdahl

Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)

Direktør for samhandling Daniel Haga

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Direktør for eierstyring Torbjørg Vanvik (sak 86/15)

Økonomidirektør Anne Marie Barane

Økonomisjef Reidun M. Rømo

Direktør for helsefag, forskning, utdanning og innovasjon Pepe Salvesen

HR direktør Anne Katarina Cartfjord

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 29.10.15. Samme dag ble saksdokumentene, med unntak av sak 86/15 og sak 95/15, lagt ut i styreadministrasjonen. Fredag 30.10.15 ble sak 95/15 lagt ut i styreadministrasjonen. Sak 86/15 ble lagt ut i styreadministrasjonen 03.11.15 sammen med drøftingsprotokoller til sak 90/15 og 92/15.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 02.11.15

Styrets leder Ola H. Strand ønsket velkommen til styremøtet.

Innkalling og saksliste til møtet ble godkjent.

Styremedlem Randulf Søberg ba om en orientering vedr. bruk av legeressurser. Dette vil bli gitt i et senere møte.

Sak 86/15 Anskaffelsesprogram ny PAS/EPJ

Forslag til vedtak:

1. Styret i HMN RHF tar saken til orientering.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i HMN RHF tar saken til orientering.

Sak 87/15 Styling av de regionale helseforetakenes felleseide selskaper

Forslag til vedtak:

1. Styret tar til etterretning prinsippene for organisering og styling av de felles eide selskapene.
2. Luftambulansetjenesten og Pasientreiser vurderes organisert som helseforetak.
3. Administrerende direktør har ansvar for at det er et samordnet system for oppfølging og forankring av virksomheten i de felles eide selskapene.
4. Rapportering og planer for virksomheten i de felles eide selskapene innarbeides i

økonomisk langtidsplan og behandles av RHF-styrene.

5. Eierstyringen og oppfølgingen av virksomheten i de felles eide selskapene ivaretas av de administrerende direktørene.

Protokoll

Styremedlem Ellen Wøhni fremmet utsettelsesforslag.

Dette ble enstemmig vedtatt.

Sak 88/15 Referatsaker

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 02.11.15
 - Protokoll fra møte i Styrets revisjonsutvalg 29.09.15
 - Protokoll fra møte i Godtgjøringsutvalget i Helse Midt-Norge 08.10.15
-

Sak 89/15 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 30.09.15

Forslag til vedtak:

1 Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport per 30.9.2015 til etterretning.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1 Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport per 30.9.2015 til etterretning.

Sak 90/15 Strategi for forskning og strategi for innovasjon i Helse Midt-Norge for perioden 2016-2020

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar regional strategi for forskning i Helse Midt-Norge RHF for perioden 2016-2020.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar regional strategi for innovasjon i Helse Midt-Norge RHF for perioden 2016-2020

3. Styret ber administrerende direktør om å sørge for det etableres handlingsplaner for de foreslåtte tiltakene i strategiene, og at det prioriteres administrative ressurser til gjennomføring og oppfølging av disse. Styret ber om at det avgis en årlig rapportering på fremdrift, status og måloppnåelse av strategiene for begge områdene.

Protokoll

Styreleder Ola H. Strand fremmet forslag om et tillegg i punkt 3

3. Styret ber administrerende direktør om å sørge for det etableres handlingsplaner og *KPI'er* for de foreslåtte tiltakene i strategiene, og at det prioriteres administrative ressurser til gjennomføring og oppfølging av disse. Styret ber om at det avgis en årlig rapportering på fremdrift, status og måloppnåelse av strategiene for begge områdene.

Styremedlem Liv Stette fremmet følgende forslag til et punkt 4

Styret ber om at strategidokumentet for innovasjon tydeliggjør implementeringsansvaret.

Det ble stemt over alle forslag til vedtak samlet. Disse ble enstemmig vedtatt

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar regional strategi for forskning i Helse Midt-Norge RHF for perioden 2016-2020.

2. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar regional strategi for innovasjon i Helse Midt-Norge RHF for perioden 2016-2020

3. Styret ber administrerende direktør om å sørge for det etableres handlingsplaner og KPI'er for de foreslåtte tiltakene i strategiene, og at det prioriteres administrative ressurser til gjennomføring og oppfølging av disse. Styret ber om at det avgis en årlig rapportering på fremdrift, status og måloppnåelse av strategiene for begge områdene.

4. Styret ber om at strategidokumentet for innovasjon tydeliggjør implementeringsansvaret.

Sak 91/15 Delfinansiering av en ny helseundersøkelse i Nord-Trøndelag (HUNT 4)

Adm dir Stig A. Slørdahl fratrådte under behandling av saken med bakgrunn i at han i tidligere jobb var med på å søke om midlene. Samhandlingsdirektør Daniel Haga var stedfortreder.

Styremedlem Tore Kristiansen erklærte seg inhabil og fratrådte under behandling av saken.

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF viser til at helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) er en viktig kilde for forskning både i vår region og nasjonalt. Å bidra til gjennomføring av HUNT har derfor vært en viktig del av vår forskningsstrategi.

2. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar å avsette midler til HUNT 4 for årene 2016 – 2018, med kr. 7 mill. for 2016, 16 mill. for 2017 og 16 mill. for 2018.

3. Styret ber administrerende direktør om å sørge for at finansieringen av HUNT 4 inkluderes i budsjettprosessen/langtidsbudsjettet for disse budsjettårene.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF viser til at helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) er en viktig kilde for forskning både i vår region og nasjonalt. Å bidra til gjennomføring av HUNT har derfor vært en viktig del av vår forskningsstrategi.

2. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar å avsette midler til HUNT 4 for årene 2016 – 2018, med kr. 7 mill. for 2016, 16 mill. for 2017 og 16 mill. for 2018.

3. Styret ber administrerende direktør om å sørge for at finansieringen av HUNT 4 inkluderes i budsjettprosessen/langtidsbudsjettet for disse budsjettårene.

Sak 92/15 Inntektsfordeling og aktivitet 2016

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar inntektsfordeling for 2016 i henhold til tabell under:

Fordeling 2016 (1 000 kr)	Kap/post	HMR	HNT	STO	APO	RHF	Sum HMN
Basisramme somatikk og PH	732.74	3 329 546	1 826 983	5 412 638		488 858	11 058 025
Særfinansiering (basisramme)	732.74	803 326	322 375	1 053 781	23 177	1 174 919	3 377 578
Sum basisramme		4 132 872	2 149 358	6 466 420	23 177	1 663 777	14 435 603
Særfinansiering - øremerkede midler prop 1 S *	732.78/70	7 258	5 734	128 050	-	-	141 041
Kvalitetsbasert finansiering (KBF)	732.71	35 166	21 217	48 317			104 700
Sum basisramme, særfinansiering og KBF		4 175 296	2 176 308	6 642 786	23 177	1 663 777	14 681 344
Poliklinikk HF		225 676	123 001	261 372			610 049
ISF-inntekt		1 445 380	697 200	2 263 496		132 813	4 538 890
Sum aktivitetsbasert inntekt		1 671 056	820 201	2 524 868	-	132 813	5 148 939
Sum basisramme, særfinansiering, KBF og aktivitetsbasert finansiering		5 846 352	2 996 509	9 167 655	23 177	1 796 591	19 830 283
Tilskudd til turnustjeneste	732.70	2 149	1 210	2 803			6 162
Partikkelterapi	732.70			4 075			4 075
Transport psykisk syke	732.70			4 080			4 080
Langvarig smerte	732.70			16 300			16 300
Vedlikehold - tiltakspakke	732.70	50 000					50 000
Utviklingsområder innen PH og rus	734.72			3 000			3 000
Forsøksordning tannhelsetjenesten	770.21			3 800			3 800
Raskere tilbake ²⁾	732.79					84 419	84 419
Fagenheten tvungen omsorg	734.71			79 100			79 100
Sum bevilgning, jfr Prop 1 S.		5 898 501	2 997 719	9 280 812	23 177	1 881 010	20 081 219

1) Øremerkede midler i Prop 1 S. til forskning, nasjonale kompetansesenter (732.78) og differensiert arbeidsgiveravgift (732.70) (totalt 141 mill kr)

2) Ikke fordelt pr foretak

2. Styret viser til samlet aktivitetsbestilling i Prop. 1 S (2015-2016). Veksten innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal hver for seg være høyere enn veksten innenfor somatikken, jf den gylne regel.
3. Helseforetakenes resultatkrav for 2016 skal fastsettes med utgangspunkt i investeringsplaner i langtidsplan og budsjett 2016-2021.
4. Styret vedtar fremlagt budsjett for Helse Midt-Norge RHF som gjeldende for 2016
5. Administrerende direktør gis fullmakt til å gjøre mindre endringer i budsjett 2016

Protokoll

Styreleder Ola H. Strand fremmet to tilleggforslag:

6. *Ekstraordinære økonomiske konsekvenser for spesialisthelsetjenesten som følge av flyktningssituasjonen i 2016 vil måtte avklares i særskilt dialog med Helse- og omsorgsdepartementet.*
7. *Styret vil presisere at etablering av felleseide selskap skal bidra til å redusere totalkostnaden*

Det ble stemt over alle forslag til vedtak samlet og disse ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar inntektsfordeling for 2016 i henhold til tabell under:

Fordeling 2016 (1 000 kr)	Kap/post	HMR	HNT	STO	APO	RHF	Sum HMN
Basisramme somatikk og PH	732.74	3 329 546	1 826 983	5 412 638		488 858	11 058 025
Særfinansiering (basisramme)	732.74	803 326	322 375	1 053 781	23 177	1 174 919	3 377 578
Sum basisramme		4 132 872	2 149 358	6 466 420	23 177	1 663 777	14 435 603
Særfinansiering - øremerkede midler prop 1 S *	732.78/70	7 258	5 734	128 050	-	-	141 041
Kvalitetsbasert finansiering (KBF)	732.71	35 166	21 217	48 317			104 700
Sum basisramme, særfinansiering og KBF		4 175 296	2 176 308	6 642 786	23 177	1 663 777	14 681 344
Poliklinikk HF		225 676	123 001	261 372			610 049
ISF-inntekt		1 445 380	697 200	2 263 496		132 813	4 538 890
Sum aktivitetsbasert inntekt		1 671 056	820 201	2 524 868	-	132 813	5 148 939
Sum basisramme, særfinansiering, KBF og aktivitetsbasert finansiering		5 846 352	2 996 509	9 167 655	23 177	1 796 591	19 830 283
Tilskudd til turnustjeneste	732.70	2 149	1 210	2 803			6 162
Partikkelterapi	732.70			4 075			4 075
Transport psykisk syke	732.70			4 080			4 080
Langvarig smerte	732.70			16 300			16 300
Vedlikehold - tiltakspakke	732.70	50 000					50 000
Utviklingsområder innen PH og rus	734.72			3 000			3 000
Forsøksordning tannhelsetjenesten	770.21			3 800			3 800
Raskere tilbake ²⁾	732.79					84 419	84 419
Fagenheten tvungen omsorg	734.71			79 100			79 100
Sum bevilgning, jfr Prop 1 S.		5 898 501	2 997 719	9 280 812	23 177	1 881 010	20 081 219

1) Øremerkede midler i Prop 1 S. til forskning, nasjonale kompetansesenter (732.78) og differensiert arbeidsgiveravgift (732.70) (totalt 141 mill kr)

2) Ikke fordelt pr foretak

- Styret viser til samlet aktivitetsbestilling i Prop. 1 S (2015-2016). Veksten innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal hver for seg være høyere enn veksten innenfor somatikken, jf den gylne regel.
- Helseforetakenes resultatkrav for 2016 skal fastsettes med utgangspunkt i investeringsplaner i langtidsplan og budsjett 2016-2021.
- Styret vedtar fremlagt budsjett for Helse Midt-Norge RHF som gjeldende for 2016
- Administrerende direktør gis fullmakt til å gjøre mindre endringer i budsjett 2016
- Ekstraordinære økonomiske konsekvenser for spesialisthelsetjenesten som følge av flyktningssituasjonen i 2016 vil måtte avklares i særskilt dialog med Helse- og omsorgsdepartementet.
- Styret vil presisere at etablering av felleseide selskap skal bidra til å redusere totalkostnaden

Stemmeforklaring

Ansattes representanter Ellen Wöhni, Ivar Østrem og Randulf Søberg la fram følgende stemmeforklaring:

Ansattes representanter har valgt å gi tilslutning til fremlagte sak inntekst- og aktivitetsfordeling 2016, men vil uttrykke bekymring for manglende samsvar mellom pålagte oppgaver og sykehusenes finansiering, og hvordan dette vil kunne svekke en videre god utvikling i foretakene.

De senere årene har produktiviteten i foretaksgruppen økt kraftig. Årets statsbudsjett legger opp til videre aktivitetsvekst. Denne veksten er i stor grad bundet gjennom lovfestede pasientrettigheter, herunder effekten av endringene i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b fra 1. november 2015. I tillegg vil innføring av nye medikamenter, MTU, pasientskadeerstatning og andre oppgaver belaste sykehusenes budsjetter. Den samlede effekt av kravene er betydelig og representerer et skjult effektiviseringskrav, som HF ene ikke har kontroll på og som må håndteres innenfor allerede pressede sykehusbudsjetter. Etter representantenes erfaring er slitasjen på ansatte i sykehusene allerede bekymringsfull.

Ansattes representanter vil be om at styreleder i foretaksmøtet orienterer eier om forholdene og ansattes bekymring for situasjonen.

Sak 93/15 Internrevisjonsrapport Risikostyring og internkontroll - oppsummering

Forslag til vedtak:

1. Styret tar til etterretning funn (jf. pkt. 3), anbefalinger (jf. pkt 5) og øvrige tilbakemeldinger i oppsummeringsrapport etter intern revisjon av "Risikostyring og internkontroll i foretaksgruppen".
2. Rapporten bekrefter betydningen av det allerede igangsatte arbeidet med Internkontroll og risikostyring, jf. Styringskrav og rammer for 2015 pkt 8.10, og styret ber i denne sammenheng administrasjonen
 - a. å intensivere dette arbeidet og
 - b. at mandatet for det videre arbeidet særlig vektlegger etablering av
 - i. overordnede retningslinjer og
 - ii. opplæring som skal virke til et felles og helhetlig system
3. Styret ber om at det årlig legges frem en overordnet risikovurdering over de mest sentrale risikoene som kan hindre oppnåelse av vesentlige mål for foretaksgruppen.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.
Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret tar til etterretning funn (jf. pkt. 3), anbefalinger (jf. pkt 5) og øvrige tilbakemeldinger i oppsummeringsrapport etter intern revisjon av "Risikostyring og internkontroll i foretaksgruppen".
 2. Rapporten bekrefter betydningen av det allerede igangsatte arbeidet med Internkontroll og risikostyring, jf. Styringskrav og rammer for 2015 pkt 8.10, og styret ber i denne sammenheng administrasjonen
 - a. å intensivere dette arbeidet og
 - b. at mandatet for det videre arbeidet særlig vektlegger etablering av
 - i. overordnede retningslinjer og
 - ii. opplæring som skal virke til et felles og helhetlig system
 3. Styret ber om at det årlig legges frem en overordnet risikovurdering over de mest sentrale risikoene som kan hindre oppnåelse av vesentlige mål for foretaksgruppen.
-

Sak 94/15 Oppnevning av medlemmer i Regionalt brukerutvalg 2016-2017

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF oppnevner følgende medlemmer i Regionalt brukerutvalg for perioden 2016-2017:

NAVN	ORGANISASJON	ANBEFALT AV
Hovedmedlemmer:		
Snorre Ness	Norsk forbund for utviklingshemmede	SAFO
Steinar Waksvik	Afasiforbundet	FFO
Arthur Mandahl	ADHD Norge	FFO
Erik Holm	RIO	RIO
Mona Sundnes	Norges Handikapforbund	SAFO
Johan Solheim (ny)	Diabetikerforbundet	FFO
Arne Lyngstad (ny)	Kreftforeningen	Kreftforeningen
Berit Rødseth (ny)	MS forbundet	FFO
Tove Randi Olsen (ny)	Pensjonistforbundet	Pensjonistforbundet
Lisbeth Nygård (ny)	Astma og Allergi-forbundet	FFO
Vararepresentanter:		
Pål Sand (ny)	Mental Helse	FFO
Heidi Normann Austad	FMS Innherred	RIO
Laila Bakke (ny)	Norges Handikapforbund	SAFO

- Snorre Ness oppnevnes som leder for Regionalt brukerutvalg.
- Arthur Mandahl oppnevnes som nestleder for Regionalt brukerutvalg.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF oppnevner følgende medlemmer i Regionalt brukerutvalg for perioden 2016-2017:

NAVN	ORGANISASJON	ANBEFALT AV
Hovedmedlemmer:		
Snorre Ness	Norsk forbund for utviklingshemmede	SAFO
Steinar Waksvik	Afasiforbundet	FFO
Arthur Mandahl	ADHD Norge	FFO
Erik Holm	RIO	RIO
Mona Sundnes	Norges Handikapforbund	SAFO
Johan Solheim (ny)	Diabetikerforbundet	FFO
Arne Lyngstad (ny)	Kreftforeningen	Kreftforeningen
Berit Rødseth (ny)	MS forbundet	FFO
Tove Randi Olsen (ny)	Pensjonistforbundet	Pensjonistforbundet

Lisbeth Nygård (ny)	Astma og Allergi-forbundet	FFO
Vararepresentanter:		
Pål Sand (ny)	Mental Helse	FFO
Heidi Normann Austad	FMS Innherred	RIO
Laila Bakke (ny)	Norges Handikapforbund	SAFO

- Snorre Ness oppnevnes som leder for Regionalt brukerutvalg.
- Arthur Mandahl oppnevnes som nestleder for Regionalt brukerutvalg.

Sak 95/15 Årlig melding 2015 – Innspill til Statsbudsjettet for 2017

Felles styresak alle RHF

Forslag til vedtak:

1. Styret slutter seg til den foreliggende vurdering av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmisbrukere, som innspill til statsbudsjett for 2017.
2. Styret ber videre om at følgende forhold vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2017:
 - Behovet for økt innsats for digital fornying / IKT-utvikling
 - Behovet for forutsigbarhet i finansieringsregimet
 - Gjennomgang av ordninger der helseforetakene har finansieringsansvar for tredje part
 - Økte pensjonskostnader og gjestepasientoppgjør
 - Nye kostbare legemidler/behandlingsmetoder
 - Tilgjengelighet – styrking av patologitjenesten
 - Behovet for takster som understøtter ambulante tjenester innen psykisk helsevern
 - Kostnader som følge av endringer i spesialiststrukturen for leger
3. Styret ber om at innspillet oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

Protokoll

Adm dir orienterte om at RHFene i fellesskap fremmer følgende forslag til et tilleggsforslag

"I aktivitetsfremskrivningen er data for 2014 lagt til grunn. I befolkningsfremskrivningen er den økte flyktningtilstrømmingen ikke hensyntatt. Økonomiske konsekvenser for spesialisthelsetjenesten som følge av flyktningssituasjonen i 2017 vil måtte avklares i særskilt dialog med Helse- og omsorgsdepartementet."

Styremedlem Liv Stette fremmet følgende tilleggsforslag:

Styret peker på behovet for en bredere gjennomgang av om Folketrygdens takstsystem understøtter ønsket samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Eksempel på områder som bør vurderes er fjernkonsultasjon når pasienten befinner seg hjemme, i kommunal institusjon eller hos fastlege, ambulerende tjenester både i somatikk og psykisk helsevern.

Det ble stemt over alle forslag til vedtak samlet.

Disse ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret slutter seg til den foreliggende vurdering av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere, som innspill til statsbudsjett for 2017.

2. Styret ber videre om at følgende forhold vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2017:

- Behovet for økt innsats for digital fornying / IKT-utvikling
- Behovet for forutsigbarhet i finansieringsregimet
- Gjennomgang av ordninger der helseforetakene har finansieringsansvar for tredje part
- Økte pensjonskostnader og gjestepasientoppgjør
- Nye kostbare legemidler/behandlingsmetoder
- Tilgjengelighet – styrking av patologi-tjenesten
- Behovet for takster som understøtter ambulante tjenester innen psykisk helsevern
- Kostnader som følge av endringer i spesialiststrukturen for leger

3. I aktivitetsfremskrivningen er data for 2014 lagt til grunn. I befolkningsfremskrivningen er den økte flyktningtilstrømmingen ikke hensyntatt. Økonomiske konsekvenser for spesialisthelsetjenesten som følge av flyktningssituasjonen i 2017 vil måtte avklares i særskilt dialog med Helse- og omsorgsdepartementet.

4. Styret peker på behovet for en bredere gjennomgang av om Folketrygdens takstsystem understøtter ønsket samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Eksempel på områder som bør vurderes er fjernkonsultasjon når pasienten befinner seg hjemme, i kommunal institusjon eller hos fastlege, ambulerende tjenester både i somatikk og psykisk helsevern.

5. Styret ber om at innspillet oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

Sak 96/15 Temasak – Videre oppfølging av SAMDATA rapport

I styremøte i Helse Midt-Norge RHF 05.11.15 fikk styret følgende saker lagt fram som tema for diskusjon

- KPIer for 2016

- Riksrevisjonens rapport Undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene

Sak 97/15 Orienteringssaker

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar fremlagte orienteringssaker til orientering

I styremøte 05.11.15 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Nytt fra foretaksgruppen
- Utviklingsprosjekt risikostyring og internkontroll Helse Midt-Norge (orientert umiddelbart etter sak 93/15)

Sak 98/15 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 99/15 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoll ble godkjent og signert i møtet

Stjørdal 05.11.15

Ola H. Strand

Paul Steinar Valle

Liv Stette

Tore Kristiansen

Vigdís Harsvik

Brit Tove Welde

Randulf Søberg

Ellen Wøhni

Ivar Østrem



MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 18.11.2015 kl. 10.00 – 14.00
Møtested: Fylkets Hus, Steinkjer
Saksnr.: 32/2015 - 40/2015
Arkivsaksnr: 2015/1359

Møteleder: Torunn Austheim

Møtende medlemmer:

Torunn Austheim
Håkon Kolstrøm
Jacob Br. Almlid
Ragnhild Holmberg Aunsmo
Paul Georg Skogen
Olav Bremnes
John Ivar Toft
Kathinka Meirik

Forfall:

Runar Asp
Gudrun Fossem
Arne Flaatt
Øystein Sende

Varamedlem:

Fra HNT møtte Tore Andersen og Tone S. Haugan
Fra kommunene møtte Leif E. M. Vonen

Møtende repr. med møte og talerett:

Laila Steinmo, KS
Marit Voll, KS
Einar Jakobsen, KS
Sunniva Rognerud, ansattrepresentant for Dnlf
Annbjørg Støa, ansattrepresentant for Helse Nord-Trøndelag
Frank Grydeland, ansattrepresentant for Helse Nord-Trøndelag
Karin Sinnes møtte for Tove Randi Olsen, ansattrepresentant for kommunene
Ola Larsen møtte for Hildur Fallmyr, brukerrepresentant

Fra administrasjonen i Helse Nord-Trøndelag møtte:
Rådgiver Marit Røvik Skjerve (referent)

Merknader til møtet:

Ingen.
Sak 36/2015 utsatt til senere møte.

Merknader til innkalling og sakliste:

Ingen merknader til innkalling og sakliste.

Innkalling utsendt 11.11.15.

Saksframlegg er publisert på internettløsningen for styreadministrasjon, og er tilgjengelig via kommunenes og helseforetakets felles samhandlingssider - ASU:

<https://ekstranett.helse-midt.no/1007/samarbeidsutvalg%20HNT/Sakspapirer/Forms/Administrativt%20samarbeidsutvalg.aspx>

Presentasjoner publiseres på styreadministrasjon, og er tilgjengelig via kommunenes og helseforetakets felles samhandlingssider - ASU:

<https://ekstranett.helse-midt.no/1007/samarbeidsutvalg%20HNT/Presentasjoner1/Forms/AllItems.aspx?RootFolder=%2F1007%2Fsamarbeidsutvalg%20HNT%2FPresentasjoner1%2F2015%20Administrativt%20samarbeidsutvalg%20150415&FolderCTID=0x0120007476608EF155654BA0E587F9C781DC25&View=%7B5E969E8F%2DB03B%2D49ED%2DA905%2D3A577AD11E69%7D>

Sak 32/2015 Godkjenning av protokoll fra møte 23.09.15

Protokoll:

Møteleder viste til protokollen.

Vedtak:

Protokoll fra møte 23.09.15 godkjennes.

Sak 33/2015 Mandat for fagråd for tjenesteavtale 9 IKT – Endring av mandat

Protokoll:

Leder i ASU redegjorde for saken.

Vedtak:

1. Nytt mandat for fagrådet for tjenesteavtale 9 godkjennes
2. Fagrådet skal bestå av:
 - Representanter for de 6 kommuneregionene
 - Inntil 6 representanter for Helse Nord-Trøndelag
 - Representant for KomUT

Sak 34/2015 Tjenesteavtale 12 – Oppsummering fra fagrådet

Protokoll:

William Lysgård, helsefaglig rådgiver HNT, la fram status fra fagrådet.

Presentasjonen er tilgjengelig via kommunenes og helseforetakets felles samhandlingssider – ASU.

Vedtak:

ASU tar saken til etterretning.

Sak 35/2015 Revidering av Samarbeidsavtalen og tjenesteavtalene mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag

Protokoll:

Olav Bremnes, samhandlingssjef HNT, gjennomgikk forslag til endringer i Samhandlingsavtalen og tjenesteavtalene.

Presentasjonen er tilgjengelig via kommunenes og helseforetakets felles samhandlingssider – ASU.

Vedtak:

Forslaget til revidering av Samarbeidsavtalen og tjenesteavtalene sendes kommunene og Helse Nord-Trøndelag for kommentarer og innspill, med svarfrist 15.01.16.

Saken behandles deretter i ASU.

Sak 36/2015 Tilsyn med rehabiliteringstjenestene til voksne personer med nyervervet hodeskade og påfølgende behov for rehabilitering

Protokoll:

Saken utsettes.

Sak 37/2015 Samarbeid om psykiatri i sørdelen av fylket – rapport fra nedsatt arbeidsgruppe

Protokoll:

To av representantene i arbeidsgruppen, Leif M. Vonen, kommuneoverlege Stjørdal kommune og Kathinka Meirik, klinikkleder Psykiatrisk klinikk HNT, gjorde rede for bakgrunnen for det

arbeidet som var gjort, med mandat å se på kommunens tillit til voksenpsykiatrien i Nord-Trøndelag.

Arbeidsgruppens rapport ble omtalt, og det ble vist eksempel på utfordringer innen psykisk helsevern i samhandlingsrommet kommune – helseforetak.

Presentasjonen er tilgjengelig via kommunenes og helseforetakets felles samhandlingssider – ASU.

Vedtak:

ASU tar saken til orientering.

Sak 38/2015 Evaluering av ny turnuslegeordning – fra kommunesiden

Protokoll:

Laila Steinmo, prosjektleder Samhandlingsreformen KS, redegjorde for saken.

Vedtak:

1. Evalueringen av turnuslegeordningen – fra kommunesiden - tas til orientering
 2. ASU vedtar at Personalnettverket lager felles rutine for HNT og alle kommuner i NT. Eksisterende rutine «Rutine for tilsetting av turnusleger i kommuner tilknyttet sykehuset Namsos (rutine pr. november 2013)» brukes som utgangspunkt. Rutinen skal også inneholde et mandat for turnuslegekoordinatorerne.
 3. Ny felles rutine for tilsetting av turnusleger HNT og alle kommuner i NT, legges fram for ASU for behandling.
-

Sak 39/2015 Orienteringer

Protokoll:

1. *Protokoll fra møte i PSU 21.09.15*
2. *Sluttrapport for trainee-stilling*
3. *Videre utviklingsarbeid i KomUT*
Tanja Skevik, KomUT koordinator N-T, redegjorde for planer for videre utviklingsarbeid i KomUT-prosjektet.

Presentasjonen er tilgjengelig via kommunenes og helseforetakets samhandlingssider – ASU

4. *Styringsdata for kjernejournal – Status i Nord-Trøndelag*
Tanja Skevik, KomUT koordinator N-T presenterte nøkkeltall for status kjernejournal pr. 8.11.15.
-

Presentasjonen er tilgjengelig via kommunenes og helseforetakets samhandlingssider – ASU.

5. *Orientering om samarbeidsprosjektet Tjenesteutvikling*

Olav Bremnes, samhandlingssjef HNT, informerte om at Helse Midt-Norge har innvilget kr. 200.000 til prosjektet som omhandler evaluering av effekten av DMS- ene etter samhandlingsreformen fra 2012, og redegjorde for prosjektets videre satsing.

Vedtak:

ASU tar saken til orientering.

Sak 40/2015 Eventuelt

Flyktnings situasjonen

- Paul Georg Skogen, fagsjef HNT, orienterte om
 - Status kapasitet for behandling av pasienter med flyktningstatus, i HNT. Ut fra dagens nivå er det tilstrekkelig ressurser til å behandle flyktninger med behov for spesialisthelsetjeneste
 - Status endres hvis antallet flyktninger øker kraftig
 - Kapasitet tolking av røntgenbilder
 - Kapasitet tolketjeneste
- Sunniva Rognerud, kommuneoverlege Steinkjer kommune, orienterte om
 - Status mottak av flyktninger til Steinkjer kommune
 - Videre planer for oppfølging av flyktningene på mottaket
 - Kapasitet tolketjeneste
 - Etablert samarbeidsarena med andre kommuner.