

Styrets medlemmer

Vår ref.:
2013/1063 - 6661/2013

Deres ref.:

Dato:
11.03.2013**Innkalling til styremøte i Helse Nord-Trøndelag 18. mars 2013**

Det kalles med dette inn til styremøte i Helse Nord-Trøndelag 18. mars 2013 kl. 1000.
Møtet finner sted på Quality Hotel Grand, Steinkjer.

- | | |
|--------------------|---|
| Sak 11/2013 | Årsoppgjør 2012 - styrets årsberetning og årsregnskap |
| Sak 12/2013 | Rullering av Strategi 2020 – Innspill til strategiske grep |
| Sak 13/2013 | Brukerrepresentasjon i styret for Helse Nord-Trøndelag HF |
| Sak 14/2013 | Valg av ansatterepresentanter til styret i HNT HF 2013 – 2015 |
| Sak 15/2013 | Driftsrapport for februar 2013 |
| Sak 16/2013 | Orienteringssaker: <ul style="list-style-type: none">1. Protokoll fra møte i Politisk samarbeidsutvalg 18.02.132. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 13.03.133. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 14.03.134. Orientering om Utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag HF5. Andre orienteringer |
| Sak 17/2013 | Eventuelt |
| Sak 18/2013 | Godkjenning og signering av protokoll |

Alf Daniel Moen
Styreleder
sign.Arne Flaatt
Adm.direktør
sign

Kopi:
Styrets varamedlemmer
Administrativt samarbeidsutvalg v/leder
Brukerutvalget v/leder

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 11/2013 Årsoppgjør 2012 – styrets årsberetning og årsregnskap

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	18.03.13	11/2013

Saksbeh: Tormod Gilberg

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2013/1063

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret vedtar framlagte årsberetning og årsregnskap som foretakets årsoppgjør for 2012.

SAKSUTREDNING:

Sak 11/2013 Årsoppgjør 2012 - styrets årsberetning og årsregnskap

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**Nummererte vedlegg som følger saken**

1. Styrets årsberetning for 2012
2. Resultatregnskap 01.01.12 – 31.12.12
3. Balanse pr. 31.12.12
4. Kontantstrømanalyse
5. Noter til årsregnskapet

Årsberetning 2012

1. Presentasjon av Helse Nord-Trøndelag HF

Staten overtok fra 01.01.02 ansvaret for alle offentlige norske sykehus og etablerte fem (senere redusert til fire) regionale helseforetak. Helse Midt-Norge RHF omfatter sykehus og andre virksomheter i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. Helse Nord-Trøndelag HF er ett av flere selvstendige helseforetak, eid av Helse Midt-Norge RHF.

Ved utgangen av 2012 bestod Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) av

- o Sykehuset Levanger
- o Sykehuset Namsos
- o Distriktpsikiatrisk senter (DPS) i Kolvereid
- o Distriktpsikiatrisk senter (DPS) i Stjørdal
- o Desentraliserte polikliniske tjenester i Kolvereid, Steinkjer og Stjørdal
- o Værnesregionen DMS, i samarbeid med Stjørdal kommune, Meråker kommune, Selbu kommune og Tydal kommune.
- o DMS Inn-Trøndelag, i samarbeid med Steinkjer kommune, Snåsa kommune, Inderøy kommune og Verran kommune.

Våre hovedutfordringer er, gjennom god undersøkelse og behandling i rett tid, å bidra til at befolkningen i Nord-Trøndelag opprettholder en god helse. Helse Nord-Trøndelag skal tilby spesialiserte helsetjenester innenfor et bredt medisinsk felt. Gjennom samhandling med primærhelsetjenesten og befolkningen skal vi opparbeide kunnskap som kan forebygge helsesvikt. Vi skal også tilby enkelte spesielle funksjoner på regionalt nivå og enkelte funksjoner på et nivå som gjør oss attraktive for pasienter fra hele landet.

Vårt verdigrunnlag er tuftet på kvalitetsstyrt ledelse som innebærer fokus på pasienten og de som "bestiller" våre tjenester. Kvalitetssikring og brukermedvirkning står sentralt i vår bevissthet.

2. Mål

• *Verdigrunnlag og visjon*

Helse Nord-Trøndelag HF bygger på det regionale foretakets verdier: TRYGGHET, RESPEKT OG KVALITET, samt visjonen: "PÅ LAG MED DEG FOR DIN HELSE".

• *Hovedmålene for Helse Midt-Norge og Helse Nord-Trøndelag i 2012*

- o Økonomisk resultat for HNT på 15 mill kroner (senere justert) eller bedre
- o Øke aktiviteten i somatikken med om lag 2 %
- o Større aktivitetsvekst i psykisk helsevern og rusbehandling enn i somatikken
- o 100 % av epikrisene skal sendes ut innen 7 dager
- o Som hovedregel skal det ikke være korridorpasienter
- o Det skal være færre enn 5 % strykninger av planlagte operasjoner
- o Ingen fristbrudd for pasienter med behandlingsgaranti
- o Gjennomsnittlig ventetid skal være ned mot 65 dager

- **Hovedoppgaver for Helse Nord-Trøndelag, jf. lov om spesialisthelsetjenesten m.m.**

1. Pasientbehandling, herunder
 - Diagnostikk, behandling, habilitering, rehabilitering og pleie
 - Ambulansetjenester (til 31.12.12)
 - Pasienttransport
 - Helsefremmende og forebyggende virksomhet
 - Samhandling med primærhelsetjenesten
2. Utdanning av helsepersonell
3. Forskning og utvikling
4. Opplæring av pasienter og pårørende

Nasjonale mål og satsingsområder er bl.a. prioritert gjennom oppfølging av nasjonale helseplaner og gjennom retningslinjer i årlige oppdrags- og styringsdokument.

3. Utviklingstrekk i Helse Nord-Trøndelags virksomhet

- **Foretakets styre og administrasjon**

Styret har hatt denne sammensetning i 2012:

Steinar Aspli, styreleder (til 30.04.12)
Alf Daniel Moen, styreleder (fra 01.05.12)
Inger Marit Eira-Åhrén, nestleder
Ragnhild Torun Skjerve (til 30.04.12)
Bjørn Arild Gram (fra 01.05.12)
Siw Bleikvassli
Torgeir Schmidt-Melbye
Margrete Mære Husby
Torbjørg Vanvik, Helse Midt-Norge
Peter Himo, ansatterrepresentant
Elinor Kjølseth, ansatterrepresentant
Sølvi Sæther, ansatterrepresentant
Rolf Gunnar Larsen, ansatterrepresentant

Det har i 2012 vært to endringer i eieroppnevnte medlemmer, men ingen endringer blant ansatterrepresentantene i styret.

Fra 01.01.08 har foretaket bestått av 6 gjennomgående klinikker (barne- og familie-, rehabiliterings-, psykiatrisk, medisinsk service-, service- og prehospital klinikk) og 4 stedlige klinikker (kirurgisk klinikk Levanger, medisinsk klinikk Levanger og tilsvarende for Namsos). Fra 01.09.12 er prehospital klinikk slått sammen med serviceklinikken slik at det nå er 9 klinikker i foretaket.

- **Strategiske valg og oppfølging av disse i 2012**

Styret for HMN vedtok 24.06.10 Strategi 2020 – strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge 2010 – 2020. I tillegg til klare føringer på mange områder presiserer vedtaket følgende strategiske mål for perioden:

- A. Styrket innsats for de store pasientgruppene
- B. Kunnskapsbasert pasientbehandling
- C. En organisering som underbygger gode pasientforløp

- D. Rett kompetanse på rett sted til rett tid
- E. Økonomisk bærekraft

Foretakets strategiske plan ble revidert i 2009/10. Styret vedtok 18.03.10 Strategi 2016 – Helse Nord-Trøndelag HF. Gjennom regionforetakets og foretakets strategiplaner er det gitt føringer for utvikling og prioritering av driften i årene framover. I tillegg til disse strategiplanene følger foretaket de planer som er lagt av overordnede myndigheter gjennom årlig styringsdokument fra Helse Midt-Norge RHF og langtidsbudsjett.

Innen pasientbehandling vil foretaket gi høy prioritet til pasienter med kreft og behov for lindrende behandling, pasienter med behov for rusbehandling, pasienter med psykiske lidelser (spesielt barn og unge), pasienter med sammensatte og kroniske lidelser og pasienter med behov for habilitering eller rehabilitering.

Strategiplanen skisserer videre delstrategier med fokus på samhandling med primærhelsetjenesten, organisering av akuttberedskap og elektive tjenester, effektivisering av arbeidsprosesser (bl.a. innen drift av sengeposter og intensivfunksjoner), pasientopplæring og helsefremmende arbeid. Gjennom egne prosjekt er det arbeidet med å effektivisere behandlingsprosesser og effektivisere driften gjennom bedre samordningen av aktivitet og bemanning i poliklinikk og sengeposter.

Styret vedtok på dette grunnlag et budsjett for HNT for 2012 i samsvar med fastsatte krav til resultat, aktivitet og kvalitet. For å nå kravet til økonomisk resultat la foretaket opp til å effektivisere driften med om lag 50 mill kroner i 2012. Dette kom på toppen av effektiviseringer som var gjennomført over flere år og innebar betydelige utfordringer.

Med utgangspunkt i vedtatte strategier har styret også lagt stor vekt på å bygge gode samarbeidsrelasjoner mot primærhelsetjenesten, KS, brukerorganisasjoner og Helse Midt-Norge RHF som vår eier. De årlige samhandlingskonferansene mellom 1. og 2. linjetjenesten er en godt etablert arena for å styrke samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten.

Samarbeidet med kommunene ivaretas formelt gjennom et Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) og et Politisk samarbeidsutvalg (PSU). PSU møtes i egne møter, mens ASU og brukerutvalget (BU) inviteres til å delta med en representant hver i de enkelte styremøtene. Disse representantenes deltakelse i styret er begrenset til møte- og talerett. I tilknytning til ett styremøte avvikles også Brukerutvalgets time der et samlet BU får møte styret. Styret er takknemlig for det arbeidet som nedlegges i bruker- og samarbeidsutvalgene. Vi er avhengige av et godt samarbeid med disse organene og har inntrykk av at det fungerer bra.

Styret har arbeidet for en mer desentralisert sykehusdrift bl.a. gjennom etablering av distriktsmedisinske sentra og desentraliserte poliklinikker. DMS Stjørdal har vært i drift fra våren 2007, og DMS Inn-Trøndelag, i samarbeid med Steinkjer kommune (som vertskommune for omkringliggende kommuner), har vært i drift fra vinteren 2011. Det er etablert desentralisert poliklinikkdrift innen enkelte somatiske fagområder på Kolvereid, i Steinkjer og i tilknytning til DMS Stjørdal.

For å nå gitte mål om et bedre pasienttilbud og mer effektiv drift, er vi avhengige av en organisasjon som er fleksibel og tilpasningsdyktig. Det er så langt lagt et godt grunnlag for å nå dette målet, og styret vil gi stor ros til ansatte og ledere for tilpasningsevne, innsats og resultater i 2012.

- **Samhandlingsreformen fra 1. januar 2012**

Samhandlingsreformen, som ble innført fra 01.01.12, har vært tema i flere styremøter. Helse Nord-Trøndelag HF har vedtatt felles samhandlingsstrategi med kommunene i fylket. Den har vært fundamentet for jevnlig møter i Samarbeidsutvalget for å sikre en samordnet utvikling av samhandlingen og sikker gjennomføring av reformen.

I slutten av 2011 og begynnelsen av 2012 er det gjennomført forhandlinger mellom HNT og kommunene på bl.a. følgende avtaleområder:

- A. Samarbeidsavtale mellom HNT og alle kommuner i Nord-Trøndelag.
- B. Tjenesteavtale 1: Enighet mellom kommunen og HNT om partenes ansvar for helse- og omsorgsoppgaver og tiltak partene skal utføre.
- C. Tjenesteavtale 3 og 5 (slått sammen): Tjenesteavtale om innleggelse i sykehus og samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester.
- D. Tjenesteavtale 11: Samarbeid om omforente beredskapsplaner og om planer for den akuttmedisinske kjede.

Framforhandlede avtaler ble behandlet og vedtatt i foretakets styre og i kommunestyrene på nyåret i 2012. Følgende 3 økonomiske incentiver er knyttet til samhandlingsreformen:

- 1. Kommunene skal betale en døgnpris (i 2012) på kr 4.000,- pr. døgn en pasient ligger i sykehus etter at pasienten, i henhold til fastsatte kommunikasjonskrav, er erklært utskrivningsklar fra sykehuset.
- 2. Kommunal medfinansiering på 20 % av DRG-pris innen medisinske pasientgrupper (gjelder ikke psykiatri, kirurgi og fødsler).
- 3. Kommunene skal etablere et sengetilbud for øyeblikkelig hjelp-pasienter i tiden fram til 01.01.2016. Etter nærmere regler skal helseforetak og kommune i fellesskap dekke kostnader knyttet til etablering av dette tilbudet.

Gjennom rammeoverføringer fra helseforetakenes budsjett til kommunenes budsjett er kommunene satt i stand til å ivareta nye oppgaver og medfinansiering. Det er håp om at reformen skal kunne gi gode stimuli til å fremme en god og effektiv oppgavefordeling og samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

4. Redegjørelse for årsregnskapet / økonomiske resultater

- **Årsresultat**

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF vedtok budsjettet for 2012 med et årsresultat på 15 mill kroner. Foretakets pensjonskostnader beregnes ut fra fastsatte forventninger til forutsetninger til utvikling i lønn, pensjoner, avkastning på fond og diskonteringsrente. Nye verdier på disse forutsetningene i januar 2012 førte til en økning i foretakets pensjonskostnader for 2012 med 52,1 mill kroner. Gjennom statlig etterbevilgning for å dekke disse merkostnadene fikk Helse Nord-Trøndelag HF en tilleggsbevilgning på 58,1 mill kroner. Samtidig ble resultatkravet til foretaket økt med 6,0 mill kroner (til 21,0 mill kroner), tilsvarende differanse mellom tilleggsbevilgning og økte pensjonskostnader.

I forbindelse med årsoppgjøret har Helse Midt-Norge vedtatt å omfordele deler av basisrammen fra HMN RHF til enkelte helseforetak. Helse Nord-Trøndelag er på dette grunnlag tildelt en økt basisramme på 32,3 mill kroner. Med begrunnelse i "overkompenserte" pensjonskostnader og endret basisramme har HMN derfor endret resultatkravet for HNT til 53,3 mill kroner i 2012.

Regnskapet for 2012 viser et årsresultat på 63,0 mill kroner. Følgende tabell viser årsresultat i forhold til korrigert resultatkrav:

	2012	2011	2010
Årsresultat	63,0 mill kroner	57,7 mill kroner	198,2 mill kroner
Korrigert resultatkrav	53,3 mill kroner	30,7 mill kroner	146,5 mill kroner
Avvik fra resultatkravet	9,7 mill kroner	27,0 mill kroner	51,7 mill kroner

Det positive avviket fra resultatkravet skyldes i hovedsak avsatt reserve på om lag 24 mill kroner. Bak nevnte netto avvik ligger ellers økte kostnader knyttet til lønnsoppgjøret i 2012 og betydelig lavere kostnader knyttet til pasientskadeerstatninger enn budsjettert.

Av planlagte driftsmessige tiltak på om lag 50 mill kroner, oppnådde foretaket økonomisk effekt tilsvarende om lag 35 mill kroner (70 %).

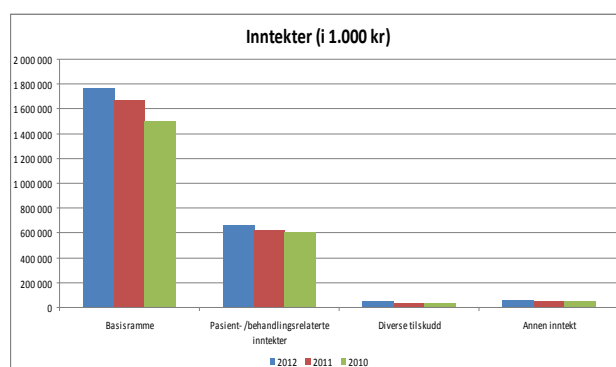
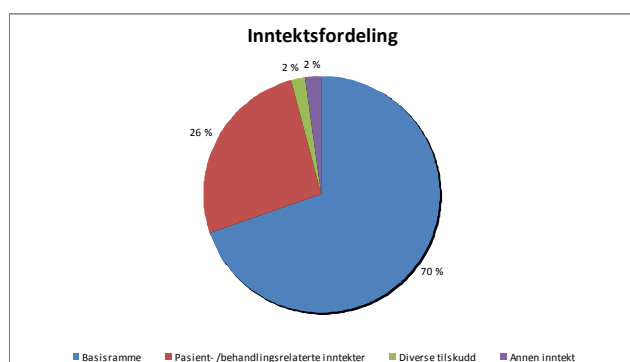
• **Inntekter**

Finansiering av spesialisthelsetjenesten baserer seg i hovedsak på basistilskudd og stykkprisfinansiering med om lag 60 % på basis og om lag 40 % på stykkpris. I psykiatrien er basisandelen 100 % for innlagte pasienter. HMN innførte f.o.m. 2012 ny modell for finansiering av helseforetakene i regionen. Den nye modellen er basert på samme modell som benyttes ved statens finansiering av de regionale foretakene, den såkalte "Magnussen-modellen". Liknende modeller benyttes også internt i de øvrige regionale foretakene.

I den nye modellen tildeles hvert helseforetak en økonomisk ramme som skal sette de enkelte foretakene i stand til å yte likeverdige tilbud til innbyggerne i sine respektive foretaksområder ved at en tar utgangspunkt i befolkningsstørrelse og korrigerer for avvik i behov og kostnadsnivå. Hvert helseforetak blir på dette grunnlag tildelt en økonomisk ramme for å dekke kostnadene for spesialisthelsetjenester til alle innbyggere i eget område. Det foretas korrigeringer i rammen basert på pasientstrømmer mellom foretakene i regionen.

Sum driftsinntekter (inkl. investeringstilskudd) ble på 2 533,6 mill kroner i 2012 mot 2 387,0 mill kroner i 2011.

Basistilskuddet utgjorde 1 763,1 mill kroner (1 673,5 mill kroner i 2011). Pasient- og behandlingsrelaterte inntekter (bl.a. ISF-inntekter, gjestepasientinntekter, inntekter fra HELFO og egenbetaling fra pasientene) utgjorde 668,0 mill kroner (625,3 mill kroner i 2011).



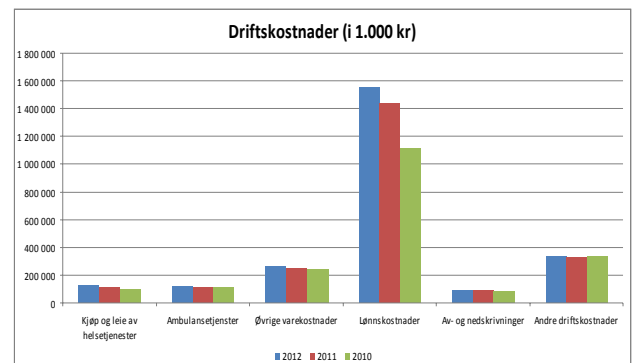
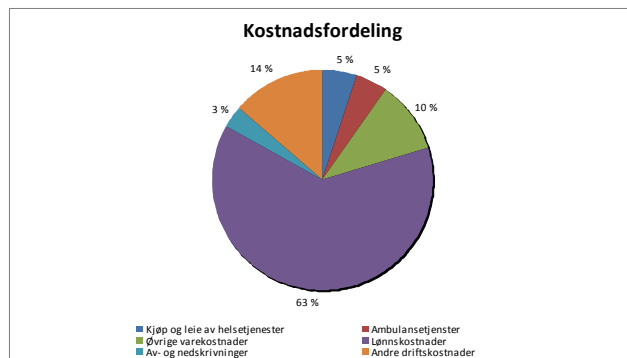
- **Kostnader**

Sum driftskostnader utgjorde 2 475,6 mill kroner i 2012 mot 2 329,7 mill kroner i 2011.

Lønnskostnadene utgjorde 1 556,5 mill kroner (1 439,3 mill kroner i 2011) eller om lag 63 % av sum driftskostnader.

Kjøp av helsetjenester utgjorde 121,8 mill kroner (109,7 mill kroner i 2011). Ambulansetjenester utgjorde 118,6 mill kroner (114,9 mill kroner i 2011). Øvrige varekostnader utgjorde 259,9 mill kroner (248,1 mill kroner i 2011).

Andre driftskostnader utgjorde 418,7 mill kroner (417,6 mill kroner i 2011). Herav utgjorde ordinære avskrivninger 84,1 mill kroner (85,4 mill kroner i 2011). Nedskrivninger utgjorde 0,0 mill kroner i 2012 mot 0,3 kroner i 2011.



- **Pensjonskostnader og ikke resultatført estimatavvik**

Pensjonskostnader og pensjonsforpliktelse har hatt stort fokus i mange år på grunn av den usikkerheten som er knyttet til de årlige kostnadene. Helseregionene har anledning til å utsette resultatføringer av estimatavvik. Dette innebærer at regnskapsmessig egenkapital kan avvike vesentlig fra den egenkapitalen man ville hatt om helseregionene også skulle ha fulgt regnskapsregler der slik utsatt resultatføring ikke er lov. Styret vil derfor synliggjøre disse vesentlige avvikene.

Helse Nord-Trøndelag HF har pr 31.12.2012 en samlet brutto pensjonsforpliktelse på 3 626,0 mill kroner mot 3 516,1 mill kroner pr 31.12.2011, mens netto pensjonsforpliktelse (- midler) er på henholdsvis 790,5 mill kroner og 985,9 mill kroner. Pensjonsforpliktelsene vil påvirke foretakets framtidige likviditet i form av innbetalinger til pensjonsordninger. Per 31.12.2012 utgjør ikke resultatført estimat- og planendringer – 955,5 mill kroner mot – 1 185,6 mill kroner pr 31.12.2011. Framtidige resultatføringer vil endre egenkapitalen tilsvarende.

- **Kontantstrømanalyse**

Endring i driftslikviditet (operasjonelle aktiviteter) var 138 millioner kroner. Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter var – 134 millioner kroner, mens netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter var 0 mill kroner. Netto endring i likviditetsbeholdningen i løpet av 2012 er dermed 4 mill kroner. Likviditetsbeholdningen ved utgangen av året er 52 mill kroner. Den likviditetsmessige situasjonen for HNT er tilfredsstillende. Foretaket trengte bare i korte perioder driftskreditt i fjor. HNTs driftskredittramme var i 2012 på 100 mill kroner, mens den i 2013 er redusert til 0 kroner.

- **Investeringer**

Det har i mange år vært lavt nivå på omfanget av bygningsmessige investeringer i Helse Nord-Trøndelag, og betydelige lavere enn det en jevn fornyelsestakt av investert kapital skulle tilsi.

HMN har vedtatt at overskudd i foretakets drift ut over fastsatt resultatkrav kan benyttes til investeringer i påfølgende år. Det har gjort det mulig å øke rammen til medisinsk-teknisk utstyr (MTU) og bygningsmessige investeringer. Gjennom en slik rammeøkning ble det mulig å rehabilitere intensivavdelingen i Levanger. Dette tiltaket, som hadde en kostnadsramme på 30 mill kroner (inkl. utstyr), startet senhøsten 2011 og var ferdig sommeren 2012. Rehabilitering av intensivavdelingen har bidratt til nødvendig bygningsmessig og utstyrsmessig oppgradering av denne enheten.

Etter gjeldende regler må HNT gjennom overskudd i egen drift framskaffe likviditet til kjøp av nytt utstyr i tillegg til mulighet for noe leasing av utstyr. Tidligere års driftsoverskudd gjorde det mulig å øke rammen til kjøp av MTU i 2012, herunder anskaffelse av ny MR ved Sykehuset Namsos ved årsskiftet 2011/2012.

Tabellen nedenfor viser oversikt over investeringer i bygg og utstyr i 2011 og 2012.

Investeringer (Tall i mill kroner)	Regnskap 2012	Regnskap 2011
Samlokalisering psykiatri Namsos	- 0,4	30,1
Rehabilitering intensivavdelingen Levanger	25,9	4,7
Diverse ombygging/rehabilitering, inkl HMS	20,7	17,1
Medisinsk-teknisk, teknisk og IT-utstyr	30,3	20,3
Egenkapitalinnskudd i KLP	6,5	6,1
Sum investeringer	83,1	78,3

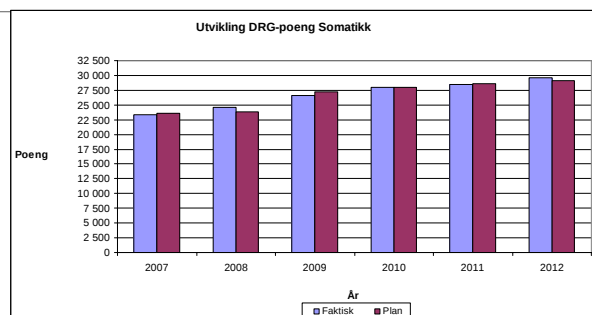
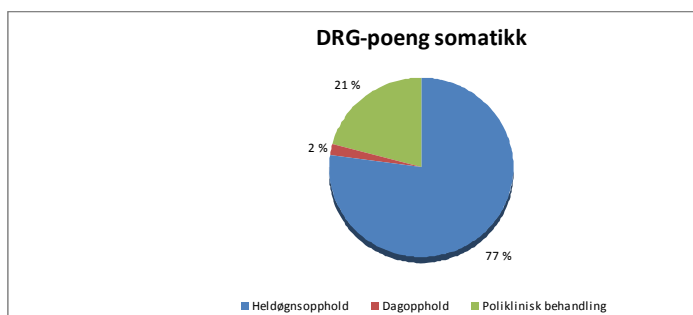
Styret vil understreke behovet for å opprettholde et tilstrekkelig høyt og stabilt nivå på bygningsmessige vedlikeholdsinvesteringer og investeringer i nytt utstyr til erstatning for utstyr som utrangeres. Styret er glad for den mulighet og det insitament det er å kunne benytte ett års driftsoverskudd (ut over fastsatt resultatkrav) som tilleggslikviditet til nødvendige investeringer påfølgende år.

5. Aktivitet

Aktiviteten i 2012 var høyere enn året før og godt over fastsatte plantall for året. Endret DRG-logikk mellom årene gjør at tallene for 2012 ikke er helt sammenlignbare med 2011. Antall DRG-poeng (somatikk) i hht eieransvaret var 30 324. Det er en økning i aktiviteten fra 2011 på 3,8 %. Det var 1 397 utskrevne døgnpasienter i de psykiatriske avdelingene i 2012, - en liten nedgang fra året før. Det ble utført 99 723 polikliniske konsultasjoner i somatiske avdelinger (+ 0,9 %), 55 110 konsultasjoner i psykiatriske avdelinger (+ 5,9 %) og 5 036 polikliniske konsultasjoner i rusavdelinger (+ 13,6 %) i 2012.

Aktivitet	2012	2011	Endring	Endring i %
Somatikk				
DRG-poeng				
- i hht sørge for-ansvaret	30 324	29 217	1 107	3,8 %
- i hht eieransvaret	29 644	28 480	1 164	4,1 %
Antall polikliniske konsultasjoner	99 723	98 790	933	0,9 %

Psykatri (VOP/BUP)				
Antall utskrevne døgnpasienter	1 397	1 455	- 58	- 4,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner	55 110	52 041	3 069	5,9 %
RUS				
Antall polikliniske konsultasjoner	5 036	4 433	603	13,6 %
Kvalitets- og andre indikatorer				
Gj.sn. ventetid ventende i dager (pr 31.12.) HF (alle fagområder)	79	66	13	19,7 %
Antall ventede i alt (pr. 31.12.)	6 924	5 886	1 038	17,6 %
Antall ventet > 365 dager (pr 31.12.)	64	9	55	611,1 %
Gj.sn. ventetid avviklede i dager (pr 31.12.) HF (alle fagområder)	65	61	4	6,6 %
Antall avviklede i alt (pr. 31.12.)	24 337	22 156	2 181	9,8 %
Antall ventet > 365 dager (pr 31.12.)	107	287	- 180	- 62,7 %
Gj.sn. ventetid avviklede i dager (31.12) innleggelse	60	42	18	42,9 %
Gj.sn. ventetid avviklede i dager (31.12) dagbehandling	53	64	- 9	- 14,1 %
Gj.sn. ventetid avviklede i dager (31.12) poliklinikk	66	62	4	6,5 %
Gj.sn. ventetid avviklede i dager (31.12) somatikk	66	62	4	6,5 %
Gj.sn. ventetid avviklede i dager (31.12) VOP	42	45	- 3	- 6,7 %
Gj.sn. ventetid avviklede i dager (31.12) BUP	68	61	7	11,5 %
Gj.sn. ventetid avviklede i dager (31.12) rusbehandling	103	55	48	87,3 %
Antall fristbrudd avviklede (pr. 31.12.)	13	54	- 41	- 75,9 %
Andel epikriser ferdig innen 7 dager	84,39 %	84,30 %	0,09 %-p	
Andel korridorpatientdøgn	1,74 %	1,60 %	0,14 %-p	
Antall doktorgrader	4	2	2	100,0 %
Antall vitenskapelige artikler	68	61	7	11,5 %



- **"Raskere tilbake"**

Prosjektet "Raskere tilbake" startet i 2007, og er videreført også i 2012.

Formålet med prosjektet er å få sykemeldte raskere tilbake i arbeid. Aktivitet/behandling knyttet til dette prosjektet kommer i tillegg til annen aktivitet i foretaket og er finansiert særskilt. Antall DRG-poeng innen "Raskere tilbake" utgjorde 113 DRG-poeng i 2012 (136 i 2011). Antall polikliniske konsultasjoner var 577 i 2012 (765 i 2011) og gjaldt i sin helhet somatikk. Brutto inntekter knyttet til "Raskere tilbake" utgjorde om lag 5,7 mill kroner i 2012 mot 6,9 mill kroner i 2011.

- **Forskning og utvikling**

Fra høsten 2011 er FoU-avdelingen inkludert i Fagavdelingen. FoU-avdelingen har ansvar for koordinering av forsknings- og utviklingsarbeidet i Helse Nord-Trøndelag. Avdelingens oppgaver er å stimulere til forskning, gi veiledning og arrangere kurs innen FoU-området. I tillegg driver FoU-avdelingen medisinske fagbibliotek i Levanger og Namsos. FoU-avdelingen driver også ulike helseregistre i HNT samt Arken kurs- og konferansesenter.

HNT har produsert 68 vitenskapelige artikler i 2012. Det er en økning fra 2011 (61 artikler). Det ble avlagt fire doktorgrader siste år mot to året før. Vi når også opp til kravene fra Helse- og omsorgsdepartementet om at minst 40 % av forskningsartiklene skal være basert på internasjonalt forskningssamarbeid (dvs. en eller flere utenlandske medforfattere), og at minst 20 % av artiklene skal være publisert på nivå 2 (tidsskrifter som er vurdert å ha høy kvalitet og relevans).

For å inspirere og legge til rette for forskning og fagutvikling legges det vekt på langsiktig og strategisk kompetanseheving i HNT. I samarbeid med Høgskolen i Nord-Trøndelag arrangerer FoU-avdelingen årlig et grunnleggende kurs i litteratursøk. For øvrig arrangeres det ca 20 kortere kurs og "workshops" for å legge til rette for forsknings- og fagutviklingsaktiviteter i HNT (statistikk, kvalitativ analyse, "endnote", power-point, skrivekurs etc.). Det er også lagt ned betydelig innsats i å utvikle ei god hjemmeside, som gir informasjon med veiledninger og rutiner som skal sikre at medisinsk og helsefaglig forskning gjennomføres forsvarlig og i tråd med lovgivningen.

I Strategisk plan for fag-/kompetanseutvikling anbefales det å styrke fagutviklingen, spesielt innenfor de kirurgiske og medisinske klinikkene. Den andre av fire planlagte fag- og forskningskoordinatorer ble ansatt i 2012. Nyten av dette reflekteres blant annet ved en strategisk satsning på fagutvikling og kompetansehevende tiltak, samt et klinisk forskningsprosjekt om sepsis. De andre stillingene er ennå ikke utlyst.

Gjennom det årlige oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet blir vi blant annet bedt om å styrke pasientrettet klinisk forskning. Aktiviteten er svært forskjellig i de ulike klinikkene og totalt sett for lav. Det er derfor etablert en stillingsbank med formål å kjøpe fri forskere i klinikkene, samt rekruttere kritisk spesialistkompetanse til delte stillinger (forskning/klinikk). På denne måten kan man kvalitetssikre og følge opp planlagte og pågående prosjekter.

Helse Nord-Trøndelag har et godt og viktig samarbeid med Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). FoU-avdelingen bidrar til at data fra foretaket kobles opp mot forskningsprosjekter, både nasjonalt og internasjonalt.

FoU-avdelingen har i 2012 jobbet med å få på plass kvalifiserte faglige ansvarlige for de registrene foretaket driver, samtidig som avdelingen har lagt ned betydelig arbeidsinnsats i å fremme kvalitet og sikkerhet rundt det å drifte register og prosessen tilknyttet datautlevering. All saksbehandling gjøres i den nyopprettede DAC-gruppa (Data Access Committe), der forskningsprosjekt vurderes opp mot strategier, økonomiske forutsetninger og forsvarlighet.

Foretakets kostnader til FoU utgjør om lag 1,5 % (uendret fra 2011) av foretakets brutto driftsutgifter. Dette innrapporteres årlig til NIFU.

- **Prioritering mellom virksomhetsområder**

Foretakets virksomhetsområder deles gjerne inn i somatikk, psykiatri og rusbehandling. Ut fra gitte mål og forskjeller i finansiering er det ønskelig å følge utviklingen i aktivitet innen og mellom disse virksomhetsområdene.

2008 var siste år med Opptappingsplan for psykisk helse (1999-2008). Ved planlegging og gjennomføring av foretakets drift i etterfølgende år har styret søkt å følge opp tiltak knyttet til opptappingsplanen. Det er fortsatt slik at det er ønskelig med større relativ vekst i aktivitet innen psykiske helsevern og rusbehandling enn i den somatiske driften.

Oversikten nedenfor over regnskap fordelt på virksomhetsområder viser endring i ressursbruken mellom virksomhetsområdene fra 2011 til 2012. Den prosentvise fordelingen av foretakets kostnader viser at prioriterte virksomhetsområder (psykiatri og rus) har lagt beslag på en økt andel av foretakets kostnader i 2012 i forhold til 2011.

Regnskap fordelt på virksomhetsområder (i 1 000 kr)				
	2012		2011	
	Kroner	i %	Kroner	i %
Inntekter				
Somatikk	1 751 254	69,1 %	1 711 910	71,7 %
Psykisk helsevern VOP	381 001	15,0 %	315 991	13,2 %
Psykisk helsevern BUP	102 798	4,1 %	81 500	3,4 %
Rusbehandling	39 079	1,5 %	23 646	1,0 %
Annet (inkl. finansinntekter)	259 467	10,2 %	253 929	10,6 %
Totale inntekter	2 533 600	100,0 %	2 386 976	100,0 %
Kostnader				
Somatikk	1 711 161	69,1 %	1 616 944	69,4 %
Psykisk helsevern VOP	372 279	15,0 %	345 869	14,8 %
Psykisk helsevern BUP	100 445	4,1 %	95 499	4,1 %
Rusbehandling	38 184	1,5 %	29 734	1,3 %
Annet (inkl. finanskostnader)	253 527	10,2 %	241 605	10,4 %
Totale kostnader	2 475 596	100,0 %	2 329 651	100,0 %

6. Måloppnåelse for hovedmål

I styringsdokumentet mellom Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord-Trøndelag HF ble det i særlig grad fokusert på følgende satsingsområder for 2012:

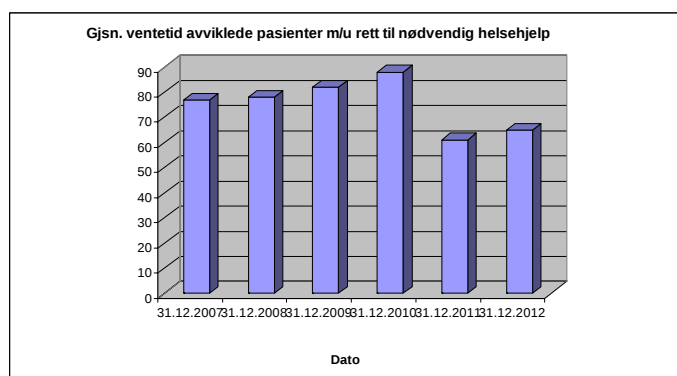
- Økonomisk resultat for HNT på 15 mill kroner (senere justert) eller bedre
- Øke aktiviteten i somatikken med om lag 2 %
- Større aktivitetsvekst i psykisk helsevern og rusbehandling enn i somatikken
- 100 % av epikrisene skal sendes ut innen 7 dager
- Som hovedregel skal det ikke være korridorpasienter
- Det skal være færre enn 5 % strykninger av planlagte operasjoner
- Ingen fristbrudd for pasienter med behandlingsgaranti
- Gjennomsnittlig ventetid skal være ned mot 65 dager

Styret har hatt sterkt fokus på disse forholdene i forbindelse med budsjettering, planlegging og oppfølging av foretakets drift i 2012. Status for de enkelte styringsindikatorerne er drøftet i hvert styremøte. Med utgangspunkt i status og prognoser er det fortløpende vurdert tiltak for å sikre måloppnåelse.

Ett av hovedfokusene i 2012 har vært å levere et økonomisk resultat i samsvar med eiers krav. Som det framgår av annen oppstilling i årsberetningen, ble foretakets resultat 63,0 mill kroner. Det er 9,7 mill kroner bedre enn eiers resultatkrav, og må sies å være svært tilfredsstillende. Samtidig er aktivitetsmålene (antall DRG-poeng og polikliniske

konsultasjoner) overoppfyllt i de fleste avdelingene. Aktiviteten i 2012 er jevnt over betydelig høyere enn i foregående år.

Foretaket har fortsatt noe igjen for å nå fastsatte kvalitetsmål, men har langt på vei nådd kravene til reduksjon i ventetider og fjerning av fristbrudd. Gjennomsnittlig ventetid var 65 dager ved utgangen av 2012. Det er en liten økning fra utgangen av 2011. Ventetiden varierer noe om vi måler ventetid for ventende pasienter eller ventetid for avviklede pasienter, men utviklingen i 2012 har jevnt over vært i retning av litt økt ventetid for de fleste pasientgrupper og behandlingsformer.



Styret har hatt sterkt fokus på reduksjon av ventetidene, særlig for personer med rett til nødvendig helsehjelp. Antall fristbrudd er redusert fra 56 ved utgangen av 2011 til 13 ved utgangen av 2012. Styret vil fokusere på ytterligere reduksjon i ventetidene og på innfrielse av målsettingen om å unngå brudd på fastsatte behandlingsfrister.

Det har lenge vært arbeidet med å redusere tiden for ferdigstilling av epikriser. HMNs målsetting er at alle epikriser skal være utsendt innen 7 dager etter utskrivning. Gjennomsnittet for 2012 lå på 84,4 %, omtrent det samme som året før. Det er fortsatt enkelte enheter som ligger litt etter og trekker ned gjennomsnittstallet for foretaket.

Det har i perioder vært flere korridorpasienter enn det som har vært målsettingen. Andelen korridorpasientdøgn var i 2012 på 1,7 %, en liten økning fra forrige år. Med en økende andel øyeblikkelig hjelp-pasienter er det en utfordring å holde denne andelen nede på et akseptabelt nivå.

Andel strykninger av elektive operasjoner er økt fra 7,6 % i 2011 til 7,9 % i 2012. Her er det nødvendig å øke innsatsen for å nå målkravet på maks. 5,0 %.

Sykefraværet ble redusert fra 7,6 % i 2011 til 7,5 % i 2012. Foretakets måltall for 2012 var satt til 7,25 %. Det arbeides kontinuerlig med tiltak for å redusere sykefraværet ned mot et mål på maksimalt 7,0 % fravær i 2013.

Styret har stor oppmerksomhet på kvalitet i tjenestene våre og rapporterer i hvert styremøte på kvalitetsindikatorer og vil ha sterkt fokus på dette også i 2013.

7. Arbeidsmiljø og personale

- **Ansatte/årsverk**

Helse Nord-Trøndelag hadde 3 710 ansatte i 2012 (inklusive personlige vikarer og ferievikarer) mot 3 655 i 2011. Omgjort til årsverk utgjorde dette 2 357 årsverk i 2012 (mot

2 297 i 2011). 31,2 % (31 % i 2011) av arbeidstakerne er mellom 46 og 60 år og 12,1 % (10,9 % i 2011) er over 60 år.

Det har vært streng kontroll på opprettelse av nye stillinger. Endring i bemanningstallene er endringer innenfor godkjente stillingsrammer. HNT har også i 2012 rekruttert godt i de fleste fagområder ved erstatning av personell på bachelornivå.

De områdene der vi over tid har hatt størst rekrutteringsproblemene, er innen geriatri, endokrinologi, barnepsykiatri, radiologi samt enkelte spesialsykepleierstillinger.

- **Deltid**

Andel faste ansatte i deltidsstillinger i HNT er ytterligere redusert i 2012. Den største reduksjonen skjedde ved forrige årsskiftet; - fra 47,6 % i desember 2011 til 47,0 % i januar 2012. Ved utgangen av 2012 var deltidsprosenten 45,2. Utgangspunktet i desember 2010 var en deltidsandel på 49,3 %. Målet om 20 % reduksjon i deltidsandel av faste ansatte tilsier at vi skulle vært nede på 39,5 %.

I HNT var det en økning i gjennomsnittlig stillingsstørrelse blant faste ansatte fra 82,7 % i desember 2011 til 83,4 % i desember 2012. Målet om 20 % reduksjon i deltidsandel er nådd når den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen er økt til 85,8 %.

Det ble i oktober vedtatt nye retningslinjer for arbeidet med deltid i HNT. Det er en uttrykt felles oppfatning i foretaket at virksomheten skal tilstrebes organisert slik at arbeidet kan dekkes med heltidstilsetninger.

HNT har nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe for reduksjon av deltid. Alle tiltak som innebærer endring av dagens praksis for organisering av arbeidet, skal godkjennes av arbeidsgruppen før iverksetting og følges opp og evalueres av gruppen.

Det ble i 2011 inngått avtale med foretakstillitsvalgte om unntak fra tilsettingsprosedyren som gir klinikkleder mulighet til å tilby hel stilling til faste deltidsansatte. Avtalen gjelder ut 2013.

Etter arbeid i en partssammensatt arbeidsgruppe innskjerpet HNT i 2011 permisjonspraksis. Formålet var å hindre deltidsstillinger og midlertidige stillinger som følge av unødvendig innvilgelse av permisjoner. Rapporten og innskjerping av praksis er gjennomgått med ledere i alle klinikker vinteren 2011-2012.

HNT har så langt det har vært mulig, bidratt til det regionale arbeidet med å utvikle og implementere det nye registreringssystemet for deltid i Min Arbeidsplan (MAP). Utgaven som ble levert i november 2012, var imidlertid ikke slik at den kunne implementeres. Foretaket har gitt leverandøren (Tieto) og HMN tilbakemeldinger på hva som må endres. Vi ser fram til å implementere en forbedret løsning.

- **Arbeidsmiljø**

Arbeidsmiljøutvalget (AMU) hadde 4 møter i 2012 og behandlet 38 saker med informasjon og drøfting av saker med betydning for medarbeidernes arbeidsforhold.

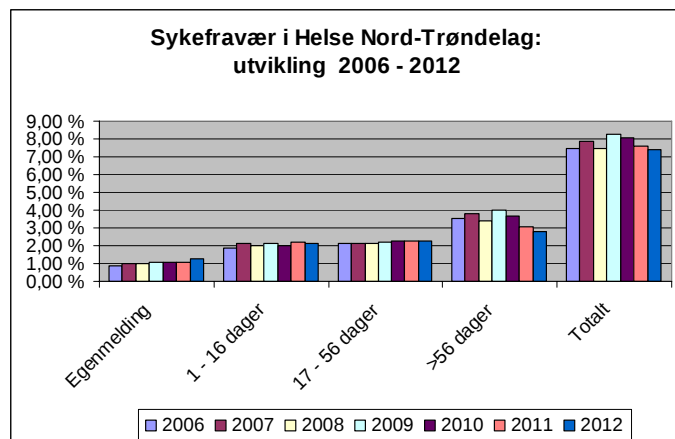
Det ble i løpet av våren 2011 gjennomført en arbeidsmiljøundersøkelse (AMUS 2011) i hele Helse Midt-Norge. Basert på denne undersøkelsen skulle alle avdelinger som utløste en rapport, utarbeide handlingsplaner. I 2012 har avdelingene arbeidet videre med å iverksette de tiltakene som ble beskrevet i handlingsplanene. De har også hatt i oppdrag å revidere sine planer ved behov.

Arbeidet med videre oppfølging av AMUS 2011 fortsetter frem mot neste Arbeidsmiljøundersøkelse som er planlagt høsten 2014.

HNT har i 2012 inngått avtale med AktiMed Nord-Trøndelag AS om kjøp av bedriftshelsetjenester for perioden 02.11.12 – 31.12.2014, med mulighet for to års forlengelse.

• Sykefravær

Helse Nord-Trøndelag hadde i 2012 et sykefravær på 7,5 % (7,6 % i 2011). Vårt eget krav var satt til 7,25% for 2012 ut fra Helse Midt-Norges krav om 7,0 % i 2013.



Det er mange og sammensatte forhold som påvirker sykefraværet. Sammenhengene mellom tiltak og endring i fravær er derfor usikre.

Foretaket har i 2012 hatt særlig fokus på:

- en systematisk og strukturert oppfølging av IA-avtalen med vekt på klinikkens IA-aktører
- samordne velferds konsulentens og frisklivskonsulentens arbeid, og informere om dette
- oppfølging av ansatte med behov for trening og aktivitet
- arbeidsmiljøet, herunder oppfølging av AMUS 2011
- prosjektet "Lyden av trivsel"
- reduksjon av deltid
- kompetanseplaner
- inkluderende arbeidsliv, se omtale i eget avsnitt

• Skader

15 personer (14 i 2011) hadde fravær ut over skadedagen. Dette utgjorde til sammen 179 fraværsdager (650 i 2011). Det ble registret 221 skademeldinger i 2012 mot 156 i 2011.

Skademeldingene fordelte seg slik på type skade/ulykke:

MELDINGER HMS	2012	2011
Fravær i forbindelse med skader og ulykker		
Antall personer med fravær ut over skadedagen	15	*) 14
Antall fraværsdager ut over skadedagen	179	*) 650
Antall meldinger	221	156

	2012	2011
Type skade, ulykke (i hht NAVs koder)		
Støt/treff av gjenstand	0	2
Sammenstøt/påkjørslar	0	0
Velt, sykkel	3	0
Klemmt	1	1
Fall	11	12
Stukket/kuttet av skarp/spiss gjenstand	48	64
Elektrisk spenning	0	0
Høy/lav temperatur	1	1
Kjemikalier	0	4
Eksplasjon, sprenging, brann	2	0
Trusler om vold, verbalt	10	5
Kasting av ting	10	0
Påført voldsskade (kloring, bitt, slag, spark, lugging etc.)	103	53
Annet	14	2
Forflytning	9	7
Funn av spisser	0	1
Arbeidsrutiner	6	3
Utstyr	3	1

*) 2 skademeldinger (2 ansatte) fra 2010 utløste 289 dager i fravær i 2011. Nye hendelser i 2011 fordeler seg med 80 dager fravær for Sykehuset Levanger og 281 dager fravær for Sykehuset Namsos.

• **Lederutvikling**

HNT har deltatt aktivt i det regionale arbeidet knyttet til ny Nasjonal plattform for ledelse i helseforetakene.

HNT har fortløpende fokus på lederrekruttering/lederutvikling i eget grunnprogram som våre ledere og mulige lederkandidater deltar på. Assisterende direktør leder arbeidsgruppen som har ansvaret for gjennomføring og utvikling av Lederutviklingsprogrammet i HNT.

HNT har en samlingsbasert grunnmodul for alle ledere på avdelings- og seksjonsnivå. 118 ledere har gjennomført grunnmodulen. I november 2012 ble det igangsatt et nytt kull med 34 deltakere. Dette kullet er ferdig i februar 2013. HNT er da rimelig à jour i forhold til at alle ledere skal ha tatt denne grunnmodulen.

HNT inngikk i november 2012 en avtale med Høgskolen i Nord-Trøndelag om en ny modul for vårt eget lederutviklingsprogram. Modulen er i tråd med Den nasjonale plattform for ledelse i helseforetak. Programmet legger i hovedsak vekt på oppfølging og trening, som gir utvikling av klinikkens ledere og ledergrupper. Hver klinikk følges opp i to år. Alle klinikkene skal ha vært gjennom den nye modulen innen utgangen av 2016.

Det gjenstår aktivt bruk av nasjonal lederplattform for å sikre rekruttering av gode ledere. Vi forventer at dette vil gjenspeiles i klinikkens rekruttering av ledere når de er kommet i gang med den nye lederutviklingsmodulen.

Foretaksledelsen har i 2012 deltatt på det regionale lederprogrammet som startet i 2011.

- **Inkluderende arbeidsliv**

HNT har i 2012 evaluert IA-arbeidet i foretaket. Evalueringsrapporten ble presentert for IA-oppfølgingsgruppen i møte 20. juni 2012. Evalueringsrapporten konkluderer med at HNT må fortsette den målrettede og systematiske tilnærmingen til IA-arbeidet og fokusere på langsiktige resultater framfor øyeblikksløsninger.

HNT har følgende visjon for IA arbeidet:

"Helse Nord-Trøndelag HF – en helsefremmende arbeidsplass med fokus på forebyggende arbeid og nærvær." Sykefraværsarbeidet har i henhold til denne IA-strategien hatt en klar dreining i retning av nærværarbeid. Dette fokuset antas å gi effekt på alle tre delmål i IA-avtalen. Det at nærværet har økt såpass mye siden 2009, er et tegn på at man er på rett vei, og at det arbeidet som gjøres, gir resultater.

Videre understreker evalueringsrapporten betydningen av at IA-arbeidet har forankring i toppledelsen. I HNT er dette synliggjort gjennom den systematiske tilnærmingen til klinikkvis oppfølging av nærværet. Topptung satsning gir prioritert satsning. Evalueringsrapporten vil legge grunnlaget for IA-aktiviteter i 2013.

HNT har i 2012 også hatt fokus på arbeidstakere som står i fare for å bli langtidssykemeldt/uføretrygdet. I dette arbeidet finnes ikke kollektive tiltak, så her blir det viktig å finne individuelle tiltak som starter så tidlig som mulig. IA-oppfølgingsgruppen har, som ledd i arbeidet med utføre, hatt møte med NTE. Det gav nyttig erfaringsutveksling. NTE har innført en systematisk oppfølging og analyse av fravær med tanke på tidlig avklaring av en gradert uførepensjon.

Samarbeidet mellom frisklivskonsulenten og velferdsconsulenten fungerer meget bra. Det forventes økt effekt av deres arbeid etter hvert som lederne blir dyktigere i bruken av dem. På Sykehuset Levanger har frisklivskonsulenten meget gode erfaringer med egen bassenggruppe med deltakere som står i fare for å bli sykmeldt.

Foretakets HR-avdeling er fast representert i Spekters IA-nettverk.

- **Seniorpolitikk**

Styret i Helse Midt-Norge vedtok i juni 2008 en felles strategi for å sikre at eldre arbeidstakere fortsetter som yrkesaktive. Strategien innebærer en dreining bort fra fokus på kollektive rettigheter som ekstra lønn og fritid, til andre virkemidler knyttet til individuell og organisatorisk tilrettelegging av arbeidet, kunnskapsutvikling samt lederopplæring. Styret i Helse Midt Norge har oppfordret foretakene til å utvikle konkrete tiltak innen disse rammene.

Foretaket har i 2009 utarbeidet ny IA-politikk, hvor arbeidet med å få ansatte til å stå lenger i arbeidslinjen, er ett av flere satsingsområder. Arbeidet med videreutvikling av tiltak for seniorenne fortsetter i 2013.

- **Kompetanseheving/opplæring**

Det vil alltid være virksomhetens mål, oppgaver og funksjoner som avgjør hvilken kompetanse som er nødvendig. Det er utarbeidet rullerende kompetanseplaner på alle klinikker i HNT. Videre arbeid med kompetanseplanlegging er en prioritert oppgave også i 2013.

HNT har introduksjonsdager for alle nyansatte på begge sykehus to ganger i året. Videre arrangeres en ukes introduksjonskurs for nye turnusleger to ganger i året. Det legges også løpende planer for flere fagspesifikke kurs i foretakets aktivitetsplan.

- **Læreplasser**

HNT har til enhver tid 12 lærlinger i ambulansefaget i tidsbegrensede perioder på 2 år. Det er god tilgang på lærlinger i ambulansefaget. F.o.m. 01.01.2013 er disse lærlingeplassene overført til det nye foretaket Ambulanse Midt-Norge.

HNT har periodevis lærlinger i helsefag i praksis. Kommunene benytter dette tilbudet ulikt. I 2012 hadde foretaket i alt 16 lærlinger i 8 ukers praksisperioder. Det er noe ledig kapasitet i HNT for bruk av praksisplasser til lærlingene etter denne ordningen.

Bruk av praksisplassene skjer i samarbeid med OKS (opplæringskontor for lærlinger) og enkeltkommuner som ikke er medlem i OKS.

- **Praksisplasser for høgskoleutdanningene**

Praksisplassene utnyttes fullt ut. Det brukes store ressurser på veiledning innen mange ulike fagutdanninger.

HNT tilbyr praksisplasser for studenter på alle fagretninger som forespørres fra høgskolene. Periodevis er det forespørsler som vi ikke kan dekke på grunn av manglende praksisplasser og veiledningsressurs. Vi har forespørsler om praksisplasser fra HiNT og HiST, som vi også har samarbeidsavtaler med.

8. Likestilling

Status ved utgangen av 2012:

- 77 % (77 % i 2011) av antall faste og midlertidige ansatte i Helse Nord-Trøndelag er kvinner
- 88 % (88 % i 2011) av sykepleiere og spesialsykepleiere er kvinner
- 46 % (41 % i 2011) av legene er kvinner
- 54 % (54 % i 2011) av foretakets ledelse (inkl. avdelingsledere) er kvinner
- 54 % (64 % i 2011) av styrets medlemmer er kvinner

Foretaket representerer en virksomhet med store yrkesgrupper som tradisjonelt er kvinnedominerte. Det er også flest kvinner som arbeider i deltidstillinger, jf eget avsnitt om deltid.

Ved rekruttering av nye arbeidstakere har foretaket lagt vekt på at kvinner og menn skal ha lik mulighet til å tilsettes. Ut over dette er det ikke satt i verk spesielle tiltak for å øke likestillingen.

Helse Nord-Trøndelag tilhører en bransje som i stor grad preges av lik lønn for likt arbeid innen de forskjellige yrkesgruppene.

9. Diskrimineringsloven og diskriminerings- og tilgjengelighetsloven

Diskrimineringslovens formål er å fremme likestilling, sikre like muligheter og rettigheter og å hindre diskriminering på grunn av etnisitet, nasjonal opprinnelse, avstamning, hudfarge, språk og livssyn. Formålet i diskriminerings- og tilgjengelighetsloven er å fremme likestilling og likeverd, sikre like muligheter og rettigheter til samfunnsdeltakelse for alle, uavhengig av funksjonsevne, og hindre diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne. Loven skal bidra til å fjerne samfunnsskapte funksjonshemmende barrierer og hindre at nye skapes.

Som oppfølging av den regionale fagkonferansen om språk og kulturkompetanse i 2010, hadde HNT sørsamisk språk og kultur som tema på ett av de faste møtene som HR-avdelingen har med klinikkledelsen.

Lærings- og mestringssenteret gjennomførte i 2011 to åpne fagdager, en på hvert sykehus, med relasjonskompetanse som hovedtema. Også på disse dagene utgjorde sørsamisk kultur en del av programmet.

Informasjonsbrosjyren om HNT "Verdt å vite" ble i 2011 oversatt til sørsamisk og trykt i 500 eksemplarer.

Kirurgisk klinikk, Namsos, har gjennomført tiltak for å sikre likeverdige tilbud ved AMK og tiltak for å bedre språk og kulturkompetanse blant ansatte i AMK-sentralen.

HNT har følgende tekst i stillingsannonsene:

"Det er en målsetting at arbeidsstyrken i størst mulig grad gjenspeiler mangfoldet i befolkningen. Det skal derfor arbeides for å oppnå best mulig alders- og kjønnsbalanse i arbeidsstokken og rekruttere personer med innvandrerbakgrunn."

10. Ytre miljø

• Energi

Helse Nord-Trøndelag har over tid arbeidet aktivt med reduksjon av energiforbruket i alle foretakets bygninger. Også i 2012 ble det gjennomført energiøkonomiserende tiltak. Energiforbruket (i kWh) har vært stabilt lavt over flere år. Kostnadene er i 2012 redusert med om lag 3 mill kroner grunnet lavere energipriser.

Gjennomsnittlig årlig energiforbruk i foretakets bygninger ligger på om lag 240 kWh/m². I nye bygg, som psykiatribygget ved Sykehuset Namsos, er det satt som mål et maksimalt energiforbruk på 120 kWh/m² tilført energi pr. år, noe som tilsvarer energiklasse A.

Type energi	Mengde (kWh)		Beløp	
	2012	2011	2012	2011
Elektrisk kraft	24 333 858	21 637 684	17 744 000	18 689 000
Fyringsolje	478 809	2 523 791	1 096 000	2 772 000
Fjernvarme			148 000	337 000
Sum HNT	24 812 667	24 161 475	18 988 000	21 798 000

- **Avfall**

Type avfall som genereres	Mengde (tonn)		Håndtering av avfallet, og evt. andre kommentarer
	2012	2011	
<i>Avfall til gjenvinning</i>			
Papp og papir	142,7	134,1	Sorteres papp, papir, makulert papir
Glass	4,5	6,5	
Bygningsavfall og trevirke	26,4	35,6	
Kompost	54,9	71,7	Noe usikre tall
Metall, blikk, plast og folie	25,1	24,5	Sorteres metall og plast
Annet			
<i>Avfall til destruering eller annen håndtering</i>			
Restavfall	395,4	399,2	
EE-avfall og hvitevarer	19,8	13,2	
Smitteavfall, risikoavfall, spesialavfall mv	80,0	42,6	
Annet	0,3	0,2	Patologisk avfall
Sum HNT	749,1	727,6	

Det gjennomføres utstrakt kildesortering av avfall med mål om generell reduksjon av miljøbelastningen og med tiltak for å redusere kostnadene knyttet til avfallshåndteringen. Andel restavfall er tilnærmet uendret.

- **Forurensning**

Foretaket har ingen særskilte utslippstillatelser knyttet til miljøgifter. Det er heller ikke registrert klager på støy i tilknytning til foretakets virksomhet eller helikoptertrafikk.

- **Transport**

Helse Nord-Trøndelag HF har egen avdeling for pasientreiser, der det daglig arbeides med å optimalisere transporten med tanke på størst mulig grad av samkjøring. Det er innarbeidet miljøkriterier i kravspesifikasjon for anbud på drosje- og turvogntransport, hvor bl.a. alder på bilparken er et moment. Det samme gjelder ambulanser, hvor det kjøres med en moderne bilpark og med 2 stk. 2-båre-biler mellom sykehusene. Dette gir miljøgevinster i pasienttransporten.

I tillegg har Helse Nord-Trøndelag HF lagt til rette for økt bruk av kollektivtransport ved å etablere bussholdeplasser ved hovedinngangene ved begge sykehus.

11. Framtidsutsikter

Gjennom oppdragsdokument, styringsdokument og foretaksprotokoll er overordnede strategier søkt operasjonalisert i prioriteringer og målsettinger for det enkelte år.

Foretakets strategiske plan ble revidert i 2009 – 2010, og styret for Helse Nord-Trøndelag HF vedtok 18.03.10, sak 13/2010, Strategi 2016 – HNT. HMN vedtok 25.06.10, sak 62/2010, Strategi 2020 – strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge 2010 – 2020. Gjennom disse styrebehandlingene er det gitt føringer for prioritering og utvikling av

foretakets drift de nærmeste årene. HNT vil på enkelte områder måtte avvente operasjonalisering av Helse Midt-Norges strategi 2020 før det blir mulig å konkretisere egne tiltak og handlinger.

I arbeidet med strategisk plan har HNT konkludert med følgende kritiske suksessfaktorer:

- Kvalitet i behandling som gir trygghet i befolkningen
- Rekruttering og utvikling av kompetanse
- Avklart arbeidsfordeling i Helse Midt-Norge RHF
- Ledelse og samhandling i dialog basert på tillit

Det videre strategiarbeidet er delt inn i følgende målområder eller perspektiver:

1. Pasientbehandling
2. Kvalitet, fagutvikling og forskning
3. Medarbeiderutvikling
4. Samhandling
5. Økonomi og ressursstyring

Innen hvert av disse målområdene er det formulert ett overordnet mål med avledede strategier og konkrete tiltak/handlinger for å kunne oppnå forventet resultat. Foretakets styringskort med indikatorer følger samme gruppering.

Oppsummert er det fem områder som Helse Midt-Norge vil følge særskilt i 2013 (fokus 2013) og som vil kreve et særskilt ledelsesmessig fokus på alle nivå i tjenesten;

- Ingen pasienter skal oppleve fristbrudd, og ventetiden skal ned
- Reduksjon i avvik på arbeidstidsbestemmelsene
- Desentralisere spesialisthelsetjenestetilbudet til innbyggerne
- Riktig bruk av IKT
- Varig kostnadsreduksjon på drift

Helse Midt-Norge RHF vil ha tett dialog med helseforetakene om utviklingen i disse fokusområdene gjennom året. I tillegg til rapportering gjennom statusrapportene vil oppfølgingen være et fast tema på dialogmøter og direktørmøter.

Når det gjelder økonomi og aktivitet kan styringssignalene fra vår eier sammenfattes slik for 2013:

- Et årsresultat for HNT på 46 mill kroner eller bedre
- En aktivitet i somatiske avdelinger i samsvar med bestilling
- En aktivitetsvekst i psykisk helsevern og rusbehandling på h.h.v. 3 og 8 %.

Styret har vedtatt et budsjett for foretaket for 2013 med 46 mill kroner i årsresultat. For å nå dette resultatet legger foretaket opp til å effektivisere driften med om lag 56 mill kroner inneværende år. Dette kommer på toppen av effektiviseringer som er gjennomført de siste årene og innebærer betydelige utfordringer i gjennomføring og oppfølging av tiltak i tillegg til ordinær drift.

Når foretaket budsjetterer med et resultat på 46 mill kroner og ikke 0 som i styringsdokumentet, henger dette sammen med krav om å framskaffe likviditet til egne investeringer i bl.a. medisinsk-teknisk utstyr og krav om reduksjon i driftskreditt. Dette er en justering i rammevilkårene fra tidligere år.

Når basisrammen tilsier behov for effektivisering av driften, vurderes bl.a.:

- Bedre utnyttelse av foretakets kapasitet
- Fjerning av flaskehalser
- Kvalitetsforbedrende tiltak (reducere kvalitetskostnadene)
- Forenklingstiltak
- Bedre samhandling med andre aktører i helsetjenestene
- Organisatoriske/strukturelle tiltak

På dette grunnlag er det for 2013 utredet muligheter for økonomiske gevinster ved bl.a. tiltak innen følgende områder:

- Desentralisert virksomhet, herunder DPS Kolvereid
- Foretakets virksomhet i Værnes-regionen, herunder RKSF
- Trøndelagsfunksjoner, herunder elektiv kirurgi
- Utviklingsplan for foretakets bygningsmasse
- Sommerdrift, evt. økt omfang av sommerstenging

Sammen med klinikkens egne vurderinger har disse utredningene vært førende i arbeidet med planlegging av budsjett og driftsopplegg for 2013. Videre har det vært arbeidet med å kartlegge og analysere klinikkens drift for å finne fram til riktige prioriteringer og mulige områder for ytterligere effektivisering av foretakets drift.

Statsbudsjettet for 2013 legger opp til en generell vekst i aktiviteten fra 2012 til 2013 på om lag 2 %. Dette er også søkt innarbeidet i driftsopplegget for Helse Nord-Trøndelag for 2013 selv om behovsanalyser i regionens finansieringsmodell innebærer en 4 % reduksjon i den somatiske aktiviteten fra 2012 til 2013. Foretaket har som hovedtilnærming valgt å forbedre produktiviteten gjennom økt aktivitet innen bestående kapasitet og bemanning. Gjennom omlegging av driften fra innleggelse til større grad av poliklinikk og dagbehandling er sengetallet redusert på noen enheter. Dette stiller store krav til planlegging og samordning i pasientbehandlingen internt i foretaket og i samhandlingen med primærhelsetjenesten.

I forbindelse med budsjettarbeidet er det lagt opp til å prioritere innsats på områder der vi har hatt fristbrudd og/eller lange ventetider. Det er en viktig målsetting å unngå fristbrudd i 2013 og å redusere gjennomsnittlig ventetid til 65 dager eller mindre. Videre legges det til rette for god samhandling med kommunene slik at samhandlingsreformens intensjoner kan bli ivarettatt.

Effektene av samhandlingsreformen er usikre. 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 nye økonomiske virkemidler. Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter viser seg å ha effekt. Omfanget av utskrivningsklare pasienter er relativt begrenset i vårt område. Etablering av kommunale øyeblikkelig-hjelp-senger 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 2013. Styret legger til grunn at Helse Nord-Trøndelags budsjett for 2013 vil øke volumet på den totale pasientbehandlingen uten at kvaliteten på tilbudet vil bli redusert.

Helse Midt-Norge RHF har i gjeldende langtidsbudsjett bedt helseforetakene legge inn årlige krav til effektivisering av driften. Disse kravene er delvis relatert til pågående og forestående investeringer i nybygg i tillegg til å gi rom for nye utfordringer knyttet til endret pasientsammensetning, sykdomsbilde og reduserte økonomiske rammer til drift.

I vedtatte strategiske plan for Helse Nord-Trøndelag for perioden 2010 – 2016 legges det også opp til en årlig effektivisering på om lag 1,5 % (tilsvarende om lag 35 mill kroner). Disse kravene er relatert til *nye utfordringer* knyttet til endret pasientsammensetning, sykdomsbilde og nye tilbud.

Uten særskilte investeringsrammer fra HMN blir foretakets investeringsbudsjett for 2013 og årene framover svært trangt. Behovet for midler til MTU og rehabilitering/vedlikehold av bygningsmassen tilsier at investeringsrammen burde vært større. Gjennom arbeidet med utviklingsplan for foretaket forventes det at vi skal kunne legge opp til å utvikle sykehusbyggene slik at de kan utgjøre en hensiktsmessig infrastruktur for dagens og morgendagens sykehusdrift. Årlige investeringer burde som et minimum tilsvart årlige avskrivninger på bygg og utstyr. Det tilsier investeringsrammer på om lag 100 mill kroner pr. år. For å kunne dekke opparbeidet etterslep, bør bevilgningene være større enn dette de nærmeste årene.

Helse Nord-Trøndelag HF har som mål å kunne bidra til trygghet for liv og helse i befolkningen.

I den videre utviklingen av sykehusene i Nord-Trøndelag vil styret vektlegge en balansert styringsinformasjon i tråd med de målområder som er valgt i strategi 2016. Dette for å overvåke kvalitet og arbeidsmiljø, sammenligne Helse Nord-Trøndelag med andre foretak og sykehus og for å få enda bedre beslutningsgrunnlag.

Helse Nord-Trøndelag har gjennom 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 2011 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 styret det riktig å understreke at det blir stadig vanskeligere å finne gode tiltak for ytterligere effektivisering av den interne driften. Dersom det i årene framover blir like store reduksjoner i disponible rammer til foretaket som i de senere år, vil det måtte vurderes å gjennomføre tiltak av mer strukturell karakter. I denne forbindelse håper vi at det videre arbeidet med Trøndelagsfunksjoner vil innebære at HNT får tildelt oppgaver og økonomi som gjør det mulig å opprettholde et godt tilbud til pasientene i foretaksområdet.

Vedtatte finansieringsmodell ("Magnussen-modellen") tilsier at HNT skulle hatt ressurser til en høyere aktivitet enn det foretaket er tildelt for 2013. Det er imidlertid vedtatt en gradvis innføring av den nye finansieringsmodellen som tilsier at HNT vil få om lag 19 mill kroner i økt basisramme i 2014 og ytterligere om lag 11 mill kroner i 2015, som er første år med full effekt av ny finansieringsmodell. Bebudet økning i basisramme knyttet til ny finansieringsmodell kan imidlertid bli "spist opp" av økte pasientstrømmer til St. Olavs Hospital. For HNT er det derfor viktig at vi i foretaket i tiden framover har et tilbud, en kapasitet og en kompetanse/kvalitet på våre tjenester som gjør oss attraktive når pasientene skal velge behandlingssted.

12. Fortsatt drift

I henhold til regnskapslovens § 3-3 bekrefter vi at regnskapet er utarbeidet i samsvar med forutsetningen om fortsatt drift. Til grunn for antakelsen ligger forventninger om en framtidig finansiering som er tilstrekkelig i forhold til de løpende driftskostnader og de investeringer som er nødvendige for å opprettholde det aktivitetsnivå som kreves fra eiers side.

Til grunn for antakelsen om fortsatt drift ligger også helseforetakslovens bestemmelse om at helseforetak ikke kan gå konkurs, og at eier hefter ubegrenset for foretakets forpliktelser.

13. Disponering av årsresultat

Styret foreslår at årets overskudd på kroner 63 004 768,71 disponeres på følgende måte:

- Kr 63 004 768,71 overføres annen egenkapital til delvis dekning av tidligere års underskudd.

Levanger, 18.03.2013

Alf Daniel Moen
styreleder

Inger Marit Eira-Åhrèn
nestleder

Bjørn Arild Gram
styremedlem

Siw Bleikvassli
styremedlem

Torgeir Schmidt-Melbye
styremedlem

Margrete Mære Husby
styremedlem

Torbjørge Vanvik
styremedlem
(Helse Midt-Norge RHF)

Elinor Kjølseth
styremedlem
(ansattrepresentant)

Peter Himo
styremedlem
(ansattrepresentant)

Rolf Gunnar Larsen
styremedlem
(ansattrepresentant)

Sølvi Sæther
styremedlem
(ansattrepresentant)

Arne Flaatt
administrerende direktør

Årsregnskap 2012 - Helse Nord-Trøndelag HF

RESULTATREGNSKAP			
	Note nr	2012	2011
(Beløp i hele 1.000)			
Basisramme	1,2	1 763 103	1 673 527
Aktivitetsbasert inntekt	1,2	668 023	625 320
Andre driftsinntekter	1,2	102 474	88 129
Sum driftsinnteker		2 533 600	2 386 976
Kjøp av helsetjenester	3	240 482	224 591
Varekostnad	1,4	259 884	248 105
Lønn og annen personalkostnad	1,5,19	1 556 513	1 439 314
Ordinære avskrivninger	1,9,10	84 096	85 490
Nedskrivning	1,9,10	0	251
Annen driftskostnad	1,6	334 621	331 900
Sum driftskostnader		2 475 596	2 329 651
DRIFTSRESULTAT		58 005	57 325
Finansinntekter	7	7 803	3 596
Finanskostnader	7	2 803	3 219
Netto finansresultat		5 000	377
ÅRSRESULTAT		63 005	57 702
OVERFØRINGER			
Overført til/fra fond for vurderingsforskjeller	17	0	0
Overført til/fra annen egenkapital	17	63 005	57 702
Sum overføringer		63 005	57 702

BALANSE			
(Beløp i hele 1.000)	Note nr	31.12.2012	31.12.2011
EIENDELER			
Anleggsmidler			
Immaterielle driftsmidler			
Immaterielle eiendler	9	537	630
Sum immaterielle eiendeler		537	630
Varige driftsmidler			
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	10	1 176 937	1 198 227
Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler	10	131 739	122 177
Anlegg under utførelse	10	21 422	17 224
Sum varige driftsmidler		1 330 099	1 337 628
Investering i datterselskap/- foretak	10	0	0
Investering i FKV og TS	10	0	0
Investering i andre aksjer og andeler	10	71 892	65 419
Andre finansielle anleggsmidler	11	142 903	97 759
Pensjonsmidler	17	129 620	141 818
Sum finansielle anleggsmidler		344 415	304 995
Sum anleggsmidler		1 675 050	1 643 254
Omløpsmidler			
Varer	14	23 481	24 915
Fordringer	15	222 661	163 450
Bankinnskudd, kontanter og lignende	16	52 396	48 292
Omløpsmidler		298 538	236 657
SUM EIENDELER		1 973 588	1 879 910

BALANSE			
(Beløp i hele 1.000)	Note nr	31.12.2012	31.12.2011
Foretakskapital	17	100	100
Annen innskutt egenkapital	17	1 427 937	1 427 937
Sum innskutt egenkapital		1 428 037	1 428 037
Opptjent egenkapital			
Annen egenkapital	17	-36 978	-99 983
Sum opptjent egenkapital		-36 978	-99 983
Sum egenkapital		1 391 059	1 328 055
Pensjonsforpliktelser	19	51 567	50 649
Andre avsetninger for forpliktelser	20	50 977	48 002
Sum avsetninger for forpliktelser		102 544	98 651
Annen langsiktig gjeld			
Gjeld til Helse Midt-Norge RHF	21	63 955	70 053
Øvrig langsiktig gjeld	21	0	0
Sum annen langsiktig gjeld		63 955	70 053
Kortsiktig gjeld			
Skyldig offentlige avgifter		103 350	91 256
Annen kortsiktig gjeld	22	312 681	291 895
Sum kortsiktig gjeld		416 031	383 151
Sum gjeld		582 529	551 856
EGENKAPITAL OG GJELD		1 973 588	1 879 910

Levanger, 18. mars 2013

Alf Daniel Moen
styreleder

Inger Marit Eira-Åhrèn
nestleder

Torgeir Schmidt-Melbye
styremedlem

Margrete Mære Husby
styremedlem

Siw Bleikvassli
styremedlem

Bjørn Arild Gram
styremedlem

Torbjørn Vanvik
styremedlem
Helse Midt-Norge RHF

Peter Himo
styremedlem
ansattrepresentant

Elinor Kjølsest
styremedlem
ansattrepresentant

Sølvi Sæther
styremedlem
ansattrepresentant

Rolf Gunnar Larsen
styremedlem
ansattrepresentant

Arne Flaatt
administrerende direktør

KONTANTSTRØMOPPSTILLING		
	2012	2011
<i>(Beløp i hele 1.000)</i>		
KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER		
Årsresultat før skatt	63 005	57 702
Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler	-83	0
Ordinære avskrivninger	84 096	85 490
Nedskrivning anleggsmidler	0	251
Øvrige resultatposter uten kontanteffekt	3 581	-161
Endring i omløpsmidler	-57 777	698
Endring i kortsiktig gjeld	32 880	-105 466
Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn- utbetalinger i pensjonsordninger	13 114	37 976
Inntektsført investeringstilskudd	-606	
Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	138 210	76 490
KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER		
Innbetalinger ved salg driftsmidler	83	0
Utbetalinger ved kjøp driftsmidler	-76 473	-72 211
Utbetallinger ved utlån (langsiktig fordringer)	-51 564	0
Innbetalinger ved salg av andre finansielle eiendeler	0	15 398
Utbetalinger ved kjøp av andre finansielle eiendeler	-6 473	-6 087
Netto kontantstrømmer fra investeringsaktiviteter	-134 427	-62 900
KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER		
Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	6 420	0
Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	-6 099	-6 099
Utbetalinger ved nedbetaling av øvrig kortsiktig gjeld	0	-7 354
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	321	-13 453
Netto endring i likviditetsbeholdning	4 104	136
Likviditetsbeholdning 01.01.	48 292	48 156
Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende. Pr 31.12.	52 396	48 292

Noter til årsregnskapet for 2012

Regnskapsprinsipper

Generelt om regnskapet og etablering av Helse Midt-Norge RHF

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

Helse Midt-Norge RHF er etablert som et regionalt helseforetak, og virksomheten reguleres særskilt gjennom helseforetaksloven. Helse Midt-Norge RHF ble stiftet 17.8.2001 og Helse Nord-Trøndelag ble stiftet som heleid datterselskap 13.12.2001. Staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene 1.1.2002.

Åpningsbalansen

I forbindelse med sykehusreformen og etablering av helseregionene ble det utarbeidet åpningsbalanse for helseforetakene.

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

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

Grunnleggende prinsipper - vurdering og klassifisering - andre forhold

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

Prinsipper for inntektsføring

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

Grunnfinansiering

Grunnfinansieringen består av basisramme som er rammetilskudd fra Staten. Grunnfinansieringen tildeles foretakene fra Helse Midt-Norge RHF som fast bevilgning til drift av foretakene. Grunnfinansieringen inntektsføres i det regnskapsåret midlene tildeles, og inntektsføring av basisramme gjennom året skjer i henhold til aktivitet.

Ved overtakelse av nye oppgaver der departementet har holdt igjen midler for deler av året, er tilsvarende beløp avsatt som en inntekt i resultatregnskapet og en fordring eier.

Aktivitetsbaserte inntekter

Aktivitetsbaserte inntekter består av ISF-refusjon (ISF = innsatsstyrt finansiering), polikliniske inntekter (refusjoner fra Helfo og egenandeler), gjestepasientinntekter, inntekter fra selvbetalende pasienter og salg av laboratorie- og røntgentjenester. Inntektsføringen skjer i den perioden aktiviteten er utført.

Øremerkede tilskudd

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

Andre inntekter

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

Andre inntekter knyttet til kjernevirksomheten er inntekter fra apotekene og fra kommuner for utskrivningsklare pasienter. I tillegg har helseforetakene inntekter fra kantiner og leieinntekter fra personalboliger. Salg av varer og andre tjenester inntektsføres i den perioden varen/tjenesten er levert.

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

Kostnadsføringstidspunkt / sammenstilling

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

Klassifisering og vurdering av eiendeler og gjeld

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

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

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

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

Immaterielle eiendeler

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

Varige driftsmidler

Varige driftsmidler omfatter eiendom, anlegg og utstyr som er beregnet for produksjon, levering av varer eller administrative formål og som har varig levetid. Disse balanseføres til kost fratrukket eventuelle akkumulerte av- og nedskrivninger.

Et driftsmiddel anses som varig dersom det har en utnyttbar levetid på over 3 år, samt en kostpris på over kr 100 000.

Varige driftsmidler avskrives hovedsakelig lineært over utnyttbar levetid fra det tidspunktet driftsmidlet blir tatt i bruk. Det tas hensyn til utrangeringsverdi når avskrivningsplanene gjennomgås. Dersom det finnes indikasjoner på at et driftsmiddel har falt i verdi, blir driftsmiddelet nedskrevet til gjenvinnbar verdi dersom denne er lavere enn regnskapsført verdi.

Balanseføring blir foretatt løpende gjennom året av investeringer på nybygg. Ved balanseføring av bygg legges det til grunn reelle kostnader for ulike bygningsdeler ved dekomponering. Finansieringsutgifter ved tilvirkning av egne driftsmidler balanseføres.

I tillegg balanseføres ombygninger/påkostninger på eksisterende bygningsmasse hvor det skjer en verdiøkning eller vesentlig forlengelse av gjenværende levetid.

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

Utgifter til periodisk vedlikehold og reparasjoner på produksjonsutstyr periodiseres. Utgifter til løpende vedlikehold av driftsmidler for øvrig kostnadsføres løpende som driftskostnader.

Det følger av Helseforetakslovens §§ 31 - 33 at det er restriksjoner med hensyn til foretakets muligheter til å avhende faste eiendommer, avhende sykehusvirksomhet, samt mulighet for opptak av lån, garantier og pantstillelser. Restriksjonene har betydning for hvordan foretakets anleggsverdier ble vurdert ved etablering av åpningsbalansen.

Datterselskaper

Helse Nord-Trøndelag HF har ingen datterselskaper.

Tilknyttede virksomheter

punkt.

Egenkapitalinnskudd pensjonskasser

Egenkapitalinnskudd i KLP er verdsatt etter kostprinsippet. Det vil si at det normalt er inn- og utbetalinger som påvirker størrelsen på innskuddet.

Pensjon

Pensjonsordningen behandles regnskapsmessig i overensstemmelse med Norsk Regnskapsstandard for Pensjonskostnader. Foretaksgruppen følger oppdatert veiledning om pensjonsforutsetninger fra Norsk Regnskapsstiftelse, justert for foretaksspesifikke forhold. Benyttede parametre framgår av note om pensjoner. Helseregionens pensjonsordninger, inkludert AFP, anses som ytelsesplaner.

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

Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i pensjonsplaner fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid. Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i og avvik mot forutsetninger i beregningene (estimatendringer) fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid for den del av avvikene som overstiger 10 prosent av det høyeste av brutto pensjonsforpliktelse eller brutto pensjonsmidler (korridor). Antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid er satt til 15 år.

Periodens netto pensjonskostnad er inkludert i lønn og andre personalkostnader, og består av summen av periodens pensjonsopptjening, rentekostnad på den beregnede forpliktelsen og forventet avkastning på pensjonsmidlene, resultatført virkning av endringer i estimer og pensjonsplaner, resultatført virkning av avvik mellom faktisk og forventet avkastning, samt periodisert arbeidsgiveravgift.

Usikkerheten er i stor grad knyttet til bruttoforpliktelsen og ikke til den nettoforpliktelsen som framkommer i balansen. Estimatendringer som følge av endringer i nevnte parametere vil i stor utstrekning periodiseres over gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid og ikke belaste resultatregnskapet umiddelbart slik som andre estimatendringer.

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

Arbeidstakers andel av pensjonspremien er kommet til fradrag i lønnskostnaden.

Varebeholdninger

Lager av innkjøpte varer er verdsatt til laveste av anskaffelseskost etter FIFO-prinsippet og virkelig verdi. Ferdigvarer og varer under tilvirkning er vurdert til tilvirkningskost. Gjennomsnittlig gjenanskaffelseskost er benyttet der FIFO ikke lar seg anvende. Det foretas nedskrivning for ukurans. Reservedeler klassifiseres som varelager.

Fordringer

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

Gjeld

Helse Midt-Norge RHF er eneste lånegiver til Helse Nord-Trøndelag HF. Kapitaliserte renter er inkludert i lånebeløpet.

Usikre forpliktelser

Dersom det etter foretakets oppfatning er sannsynlig at en usikker forpliktelse vil komme til oppgjør, og verdien av oppgjøret skal estimeres pålitelig, kostnadsføres forpliktelsen i resultatregnskapet og tas inn som en avsetning for forpliktelser i balansen.

Skatt

Foretakenes virksomhet, sykehusdrift, er ikke skattepliktig.

Segment

Driften av Helse Nord-Trøndelag HF er i hovedsak basert på prinsippet om at foretaket har et hovedansvar for behandling av pasienter i eget bostedsområde. Jf. ellers det som er nevnt om gjestepasientoppgjør innen regionen under avsnittet "Andre inntekter".

Kontantstrømoppstilling

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

Konsernkontoordning

Det er etablert konsernkontoordning med DNB Bank. Innskudd / gjeld på konsernkonto er klassifisert som kortsiktig fordring/gjeld mot Helse Helse Midt-Norge RHF i regnskapet til datterselskapet Helse Nord-Trøndelag HF. I regnskapet til foretaksgruppen er dette klassifisert som ordinært bankinnskudd/driftskreditt.

Renteinntekter og rentekostnader er behandlet som konserninterne renter i datterforetakene.

Valuta

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

Sammenligningstall for 2011

Enkelte sammenligningstall for 2011 er endret der den nye klassifiseringen er mer korrekt.

Helse Nord-Trøndelag HFs årsregnskap inngår i konsernregnskapet for Helse Midt-Norge RHF. Konsernregnskapet kan fås utlevert hos Helse Midt-Norge RHF, Strandveien 1, 7500 Stjørdal, eller kan lastes ned elektronisk fra www.helse-midt.no.

Årsregnskap 2012 - Helse Nord-Trøndelag HF

Note 1 Driftsinntekter og -kostnader pr virksomhetsområde

	2012	2011
Driftsinntekter pr virksomhetsområde		
Somatikk	1 751 254	1 711 910
Psykisk helsevern VOP	381 001	315 991
Psykisk helsevern BUP	102 798	81 500
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	39 079	23 646
Annet	259 467	253 929
Sum driftsinntekter	2 533 600	2 386 976
Driftskostnader pr virksomhetsområde		
Somatikk	1 711 161	1 616 944
Psykisk helsevern VOP	372 279	345 869
Psykisk helsevern BUP	100 445	95 499
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	38 184	29 734
Annet	253 527	241 605
Sum driftskostnader	2 475 596	2 329 651
Driftsinntekter fordelt på geografi		
Helse Midt-Norge RHF sitt opptaksområde	2 496 435	2 349 835
Resten av landet	37 165	37 141
Sum driftsinntekter	2 533 600	2 386 976

Note 2 Driftsinntekter

	2012	2011
Basisramme		
Basisramme	1 763 103	1 673 527
Aktivitetsbasert inntek		
Behandling av egne pasienter i egen region	456 138	424 570
Behandling av egne pasienter i andre regioner	22 234	22 914
Behandling av andre sine pasienter i egen region	37 165	37 141
Poliklinikk, laboratorie og radiologi	129 173	122 283
Utskrivningsklare pasienter	2 228	-
Andre aktivitetsbaserte inntekter	21 086	18 413
Annen driftsinntek		
Øremerket tilskudd til "Raskere tilbake"	5 744	6 747
Øremerkede tilskudd til andre formål	9 977	2 984
Inntektsføring av investeringsstilskudd	606	-
Andre driftsinntekter	86 146	78 398
Sum driftsinntekter	2 533 600	2 386 976

Inntekter omtalt som Behandling av egne pasienter i egen region og egen pasienter i andre regioner består av ISF-refusjon. Av dette utgjør Kommunal medfinansiering tkr 154 199.

	2012	2011
Aktivitetstall		
Aktivitetstall somatikk		
Antall DRG poeng iht. sørge-for-ansvaret	30 324	29 217
Antall DRG poeng iht. eieransvaret	29 644	28 480
Antall polikliniske konsultasjoner	99 723	98 790
Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og ung		
Antall utskrevne pasienter fra døgntil behandling	128	124
Antall polikliniske konsultasjoner	16 516	14 751
Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne		
Antall utskrevne pasienter fra døgntil behandling	1 231	1 293
Antall polikliniske konsultasjoner	38 594	37 290
Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruker		
Antall utskrevne pasienter fra døgntil behandling	38	38
Antall polikliniske konsultasjoner	5 036	4 433

Note 3 Kjøp av helsetjenester

	2 012	2 011
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner somatikk	98 182	87 672
Kjøp fra private helseinstitusjoner somatikk	5 518	-
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner psykiatri	1 562	1 594
Kjøp fra private helseinstitusjoner psykiatri	17	-
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner rus	20	-
Kjøp fra utlandet	195	759
Sum gjestepasientkostnader	105 494	90 025
Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå	15 323	14 477
Luftambulanse	-	-
Kjøp av andre ambulansetjenester	118 647	114 860
Andre kjøp av helsetjenester	1 018	5 229
Sum kjøp av andre helsetjenester	134 988	134 566
Sum kjøp av helsetjenester	240 482	224 591

Note 4 Varekostnad

	2012	2011
Legemidler	102 508	98 705
Medisinske forbruksvarer	130 086	122 781
Andre varekostnader til eget forbruk	26 872	26 308
Innkjøpte varer for videre salg	418	312
Sum varekostnad	259 884	248 105

Note 5 Lønn og andre personalkostnader

	2012	2011
Lønnskostnader	1 127 846	1 062 794
Arbeidsgiveravgift	123 674	117 873
Pensjonskostnader inkl arbeidsgiveravgift	286 440	240 575
Andre ytelser	18 553	18 072
Sum lønn og andre pers.kostnader	1 556 513	1 439 314

	2012	2011
Gjennomsnittlig antall ansatte	3 614	3 515
Gjennomsnittlig antall årsverk	2 336	2 293

	2012	2011
Styrehonorar og annen godtgjørelse til styrets medlemmer	1 015	952

Spesifikasjon av styrehonorar og annen godtgjørelse til styret

Ytelser fra andre foretak i foretaksgruppen

Navn	Styreverv	Sum	Styrehonorar og godtgjørelse
Peter Himø	styremedlem	87	
Torbjørn Vanvik	styremedlem	-	1 491
Ragnhild Torunn Skjerve (avgått 2012)	styremedlem	27	
Torgeir Schmidt-Melbye	styremedlem	89	
Elinor Kjølseth	styremedlem	84	
Sølvi Helene Sæther	styremedlem	84	
Rolf Gunnar Larsen	styremedlem	92	
Siw Bleikvassli	styremedlem	85	
Steinar Aspli (avgått 2012)	styreleder	69	
Inger Marit Eira-Åhren	nestleder	128	60
Margrete Mære Husby	styremedlem	87	
Alf Daniel Moen (ny 2012)	styreleder	126	
Bjørn Arild Gram (ny 2012)	styremedlem	57	
Sum		1 015	1 551

	2012	2011
Lønn og andre godtgjørelser til administrerende direktør Arne Flaa		
Lønn	1279	1184
Pensjonskostnader	230	223
Andre ytelser	75	83
Sum	1584	1490

Ytelser fra andre foretak i foretaksgruppe

										Pensjon og andre godtgjørelser
Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Annen godtgjørelse 3)	Sum	Tjenesteperiode 1)	Ansettelseperiode 2)	Lønn		
Mads Einar Berg	Ass direktør	1 009	243	9	1 261	12	12			
Paul Georg Skogen	Fagsjef	967	171	11	1 149	12	12			
Trond Skillingstad	Informasjonssjef	796	122	14	932	12	12			
Bernt Melby	Klinikkleder	1 589	165	8	1 762	10	12			
Hilmar Hagen	Klinikkleder stab	803	136	7	946	2	12			
Øystein Sende	Klinikkleder	848	209	4	1 061	12	12			
Wenche P. Dehli	Klinikkleder	853	203	9	1 065	12	12			
Tore Andersen	Klinikkleder	785	152	4	941	12	12			
Hilde Ranheim	Klinikkleder	851	171	11	1 033	12	12			
Sissel Moksnes Hegdal	Klinikkleder	811	95	9	915	12	12			
Bjørn Arnesen	Klinikkleder	534	183	4	721	6	6			
Rune Modell	Klinikkleder	806	152	7	965	12	12			
Jon Ivar Toft	Klinikkleder	824	144	9	977	12	12			
Randi Sudbø Brandtzæg	Klinikkleder	1 146	160	2	1 308	12	12			
Sum		12 622	2 306	108	15 036					

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

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

3) Annen godtgjørelse gjelder elektronisk kommunikasjon, til- og drettgodtgjørelse.

Ledende personell, med unntak av administrerende direktør, har ordinære pensjonsbetingelser via KLP. Det er ikke gitt lån eller sikkerhetsstillelse til administrerende direktør, styreleder eller andre nærstående parter.

Arne Flaat tiltrådte som administrerende direktør 1. mai 2005.

Administrerende direktør har avtale om pensjonsrettigheter for seg og etterlatte tilsvarende full opptjeningstid i KLP, med fratrekk av andre pensjonsytelser. Helse Nord-Trøndelag skal dekke eventuell differanse mellom summen av pensjon fra KLP og andre pensjonsytelser. Helse Nord-Trøndelag har ikke foretatt avsetning for denne mulige forpliktelsen.

Helse Nord-Trøndelag HF skal, dersom Arne Flaat selv ønsker å fratre stillingen som administrerende direktør, tilby annen passende stilling i foretaket fram til oppnådd pensjonsalder. Denne stillingen vil ha utgangspunkt i sykehuset Namsos som arbeidsssted.

Administrerende direktør har ikke avtale om sluttvederlag.

Revisjonshonorar fordeler seg på følgende tjenestekategorier:	2012	2011
Lovpålagt revisjon	114	118
Utvidet revisjon		
Andre attestasjonstjenester	9	5
Skatte- og avgiftsrådgivning		
Andre tjenester utenfor revisjon	20	
Sum revisjonshonorar (inkl mva)	143	123

Erklæring om fastsettelse av lønn og godtgjørelse for daglig leder og andre ledende ansatte

Lønn og godtgjørelse til adm.direktør er behandlet og fastsatt av styret i styresak 45/12.

Lønn og godtgjørelse til øvrige ledende ansatte er gjort administrativt.

Helse Nord-Trøndelag HF har i 2012 lagt til grunn retningslinjene for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper om konkurranseedyktige, men ikke lønnsledende lønnsvilkår. Retningslinjene er så langt ikke styrebehandlet, men det vil bli ivarettatt for fremtiden. Lønningene til ledergruppens medlemmer ble i 2012 justert med gjennomsnittlig 4,03 %.

I tillegg til lønn har alle medlemmene i ledergruppen fri mobiltelefon og internett. Adm dir har også firmabil og avisabonnement i tillegg til lønn. Lønnsjusteringene gjelder fra 1. januar 2012 for administrerende direktør, og fra 1. juli 2012 for de øvrige medlemmene av ledergruppen.

Note 6 Andre driftskostnader

	2012	2011
Transport av pasienter	95 177	89 071
Bygninger og kontolokaler inkl energi og brense	31 398	33 388
Kjøp og leie av med.tekutstyr, IKT, inventar m.v	32 023	31 780
Reparasjoner, vedlikehold og service	28 528	25 984
Konsulenttjenester	77 800	75 787
Annen ekstern tjeneste	18 070	16 263
Kontor- og kommunikasjonskostnade	15 784	16 116
Kostnader forbundet med transportmidle	885	697
Reisekostnader	12 772	11 489
Forsikringskostnader	1 063	1 109
Pasientskadeerstatning	7 508	20 795
Øvrige driftskostnader	13 613	9 420
Sum andre driftskostnader	334 621	331 900

Note 7 Finansposter

	2012	2011
Andre renteinntekter	7 800	3 594
Andre finansinntekter	4	3
Sum finansinntekter	7 803	3 596
Konserninterne rentekostnader	2 615	2 921
Andre rentekostnader	74	168
Andre finanskostnader	115	129
Sum finanskostnader	2 803	3 219

Note 8 Skatter

Foretakets virksomhet (sykehusdrift) er ikke skattepliktig.

Note 9 Immaterielle eiendeler

	FoU	EDB programvare	Prosjekt under utførelse	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2012		2 180		2 180
Tilgang		235		235
Anskaffelseskost 31.12.2012		2 415		2 415
Akk avskrivninger 31.12.2012		1 878		1 878
Akk nedskrivninger 31.12.2012				
Balansført verdi 31.12.2012		537		537
Årets ordinære avskrivninger		328		328
Årets nedskrivninger				
Årets balansførte lånekostnader				
Levetid		3-10 år		
Avskrivningsplan	lineær	lineær		

Note 10 Varige driftsmidler

	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	MTU	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2012	85 743	1 667 759	17 224	246 153	112 381	2 129 261
Tilgang		3 124	42 919	25 931	4 263	76 238
Avgang						
Fra anlegg under utførelse til....		32 390	-38 722	4 686	1 645	0
Anskaffelseskost 31.12.2012	85 743	1 703 273	21 422	276 770	118 290	2 205 499
Akk avskrivninger 31.12.2012		588 126		190 482	72 839	851 447
Akk nedskrivninger 31.12.2012	6 085	17 868				23 953
Balansført verdi 31.12.2012	79 658	1 097 279	21 422	86 288	45 451	1 330 099
Årets ordinære avskrivninger		56 804		18 225	8 739	83 768
Årets nedskrivninger						

Årets balansførte lånekostnader

Levetider	Dekomponert 10-80 år	3-15 år	3-15 år
Avskrivningsplan	lineær	lineær	lineær

Leieavtaler

	Tomter og boliger	Bygninger	MTU	Transportmidler, annet inventar og utstyr
Leiebeløp	741	4 731	9 954	11 483
Varighet	inntil 1 år	3-6 år	3-7 år	3-5 år

Note 11 Eierandel i datter- og tilknyttede foretak / selskap

Helse Nord-Trøndelag HF har ingen datterselskaper eller eierandeler i andre tilknyttede foretak eller selskap

Note 12 Eierandeler felleskontrollert virksomhet og tilknyttet selskap

	2012	2011
Egenkapitalinnskudd i pensjonskasser/KLP	71 892	65 419
Sum investeringer i aksjer og andeler	71 892	65 419

Disposisjonsretten til medlemsinnskudd KLP er begrenset. Verdien av tilskuddet vil først kunne bli utbetalt dersom foretaket går ut av KLP (slik KLP er organisert p.t)

Note 13 Andre finansielle anleggsmidler

	31.12.2012	31.12.2011
Lån til foretak i samme konsern	142 903	97 759
Sum andre finansielle anleggsmidler	142 903	97 759

Note 14 Varebeholdning

	31.12.2012	31.12.2011
Medisinsk forbruksmaterie (eget bruk)	22 967	24 394
Andre varebeholdninger (eget bruk)	514	521
Sum lager til eget bruk	23 481	24 915
Sum varebeholdning	23 481	24 915
Anskaffelseskost	23 481	24 915
Bokført verdi 31.12	23 481	24 915

Note 15 Kundefordringer og andre fordringer

	31.12.2012	31.12.2011
Kundefordringer	19 687	22 136
Konsernkonto	114 931	98 868
Fordring på foretak i foretaksgruppen	29 616	26 189
Påløpne inntekter	41 946	1 571
Øvrige kortsiktige fordringer	16 481	14 686
Sum fordringer	222 661	163 450

Avsetning for tap på kundefordringer har hatt følgende bevegelse:

	31.12.2012	31.12.2011
Avsetning for tap på fordringer pr. 1.1.	420	1 161
Årets avsetning til tap på krav	220	420
Reverserte tidligere avsetninger	420	1 161
Avsetning for tap på fordringer pr. 31.12	220	420
Årets konstaterte tap	1 954	1 772

Årets konstaterte tap bokføres som en reduksjon av fordringer. Endring i tapsavsetning og konstaterte tap er totalt kostnadsført med tkr 1 754 i 2012. Tap på fordringer er klassifisert som andre driftskostnader i resultatregnskapet.

Kundefordringer har følgende forfallsfordeling:	31.12.2012	31.12.2011
Ikke forfalte fordringer	15 100	12 800
Forfalte fordringer 1-30 dager		
Forfalte fordringer 30-60 dager	3 200	8 000
Forfalte fordringer 60-90 dager	702	165
Forfalte fordringer over 90 dager	685	1 171
Kundefordringer pålydende pr. 31.12.	19 687	22 136

Note 16 Kontanter og bankinnskudd

	31.12.2012	31.12.2011
Skattetrekksmidler	52 197	48 092
Sum bundne kontanter og bankinnskudd	52 197	48 092
Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	200	200
Sum kontanter og bankinnskudd	52 396	48 292

Note 17 Egenkapital

	Foretakskapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderingsforskjeller	Annen egenkapital	Total egenkapital
Egenkapital 31.12.2011	100	1 427 937		-99 983	1 328 055
Egenkapital 1.1.2012	100	1 427 937		-99 983	1 328 055
Årets resultat				63 005	63 005
Egenkapital 31.12.2012	100	1 427 937		-36 978	1 391 060

Foretakskapital består av 1 andel pålydende kr 100.000,-. Andelen eies av Helse Midt-Norge RHF.

Note 18 Eiers styringsmål

	2012	2011
Årsresultat	63 005	57 702
Endrede pensjonskostnader som er tatt hensyn til i resultatkravet	-6 000	7 600
Basisramme ut over ordinær tildeling	-32 264	-38 303
Resultat jf økonomisk krav fra HOD	24 741	26 999
Budsjettert resultatkrav fra HMN	15 000	
Avvik fra resultatkrav fra HMN	9 741	26 999

Resultatkravet for 2012 er her satt likt budsjettert resultat for 2012 og er basert på opprinnelig inntektsfordeling fra eier, jf foretaksmøte 15.februar 2012 og styringsdokument for 2012. Senere er økte pensjonskostnader ut over det som inngår i grunnlaget for resultatkravet (over) finansiert med økt basisramme. Overfinansiert del av pensjonskostnadene utgjør 6 mill kroner, men bidrar ikke til oppfyllelse av resultatkravet.

Ved slutten av 2012 er deler av eiers basisramme omfordelt og tilført Helse Nord-Trøndelag HF. Inntektsøkningen, som utgjør 32 264 mill kroner innebærer ingen lette av opprinnelig resultatkrav.

Note 19 Pensjon

	31.12.2012	31.12.2011
Pensjonsforpliktelse		
Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	3 626 032	3 516 106
Pensjonsmidler	2 835 557	2 530 158
Netto pensjonsforpliktelse	790 475	985 948
Arbeidsgeberavgift på netto pensjonsforpliktelse	86 952	108 454
Ikke resultatført tap/ (gev) av estimat- og planavvik inkl aga	-955 481	-1 185 570
Netto balanseført forpliktelse inkl arbeidsgeberavgif	-78 054	-91 168
herav balanseført netto pensjonsforpliktelser inkl aga	51 567	50 649
herav balanseført netto pensjonsmidler inkl aga	129 620	141 818

	2012	2011
Spesifikasjon av pensjonskostnær		
Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	167 799	152 140
Rentekostnad på pensjonsforpliktelser	138 422	148 420
Årets brutto pensjonskostnær	306 221	300 560
Forventet avkastning på pensjonsmidler	-106 904	-130 255
Administrasjonskostnad	8 975	7 870
Resultatført estimatendring/-avvik	54 874	42 801
Arbeidsgeberavgift	22 912	19 599
Årets netto pensjonskostnær	286 078	240 575

Andre pensjonskostnader	361	
Sum pensjonskostnader	286 439	240 575

	2012	2011
Økonomiske forutsetninger		
Diskonteringsrente	4,1 %	3,8 %
Forventet avkastning på pensjonsmidler	4,0 %	4,1 %
Uttakstilbøyelighet AFP	15-45	15-45
Årlig lønnsregulering	3,5 %	3,5 %
Årlig pensjonsregulering	2,5 %	2,5 %
Regulering av folketrygdens grunnbeløp	3,3 %	3,3 %
Antall aktive personer med i ordningen	2 577	2 586
Antall oppsatte personer med i ordningen	2 345	685
Antall pensjonister med i ordningen	1 308	1 479

Helseforetaket har pensjonsordninger som omfatter i alt 6230 personer, hvorav 2577 er yrkesaktive, 2345 er oppsatte og 1308 er pensjonister.

Pensjonskostnaden for 2012 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelsen pr 31.12.2012 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2012. Basert på avkastningen i KLP/SPK for 2012 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2012. Pensjonsordningen tilfredsstiller kravene i Lov om offentlig tjenestepensjon.

Pensjonskostnader og pensjonsforpliktelse har hatt stort fokus i mange år på grunn av den usikkerheten som er knyttet til de årlige kostnadene. Helseregionene har anledning til å utsette resultatføringer av estimatavvik. Dette innebærer at regnskapsmessig egenkapital kan avvike vesentlig fra den egenkapitalen man ville hatt om helseregionene skulle ha fulgt regnskapsregler der slik utsatt resultatføring ikke er lov. Styret vil derfor synliggjøre disse vesentlige avvikene.

Helse Nord-Trøndelag HF har pr 31.12.2012 en samlet brutto pensjonsforpliktelse på 3626 mill kroner mot 3516,1 mill kroner pr 31.12.2012, mens netto pensjonsforpliktelse (-midler) er på henholdsvis 790, 5 mill kroner og 985,9 mill kroner. Pensjonsforpliktelsene vil påvirke foretakets framtidige likviditet i form av innbetalinger til pensjonsordninger. Pr 31.12.2012 utgjør ikke resultatført estimat- og planendringer - 955,5 mill kroner mot -1185,6 mill kroner pr 31.12.2011. Framtidige resultatføringer vil endre egenkapitalen tilsvarende.

Stortinget vedtok "Lov om endring i lov om Statens Pensjonskasse, lov om samordning av pensjons- og trygdeytelser og i enkelte andre lover (oppfølging av avtaler om tjenestepensjon og AFP i offentlig sektor i tariffoppgjøret 2009)" den 25. juni 2010. Det er særlig to forhold i disse endringene som påvirker nivået på de beregnede pensjonskostnadene for 2010: 1) Lavere regulering av alderspensjon, fra dagens G-regulering til regulering tilsvarende "G - 0,75 pst.", og 2) effekten av en levealdersjustering for årskullene 1953 og tidligere som følge av økt levealder. Effektene for senere årskull av levealdersjustering mv. vil bli vurdert senere.

Demografiske forutsetninger

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

Note 20 Andre avsetninger for forpliktelser

	2012	2011
Overlegepermisjoner	9 246	8 946
Investeringsstilskudd		2 259
Andre avsetninger for forpliktelser	41 731	36 797
Sum avsetning for forpliktelser	50 977	48 002

	2012	2011
Antall leger som er omfattet av ordninger	146	146
Forventet uttaksprosent	16 %	16 %

Avsetning for overlegepermisjon omfatter 146 overlegestillinger. For 2012 er uttakstilbøyeligheten satt til 16 %, tilsvarende som for 2011.

Overordnede leger og spesialister i Helse Nord-Trøndelag HF har avtalefestet rett til fire måneders studiepermisjon hvert femte år. Under permisjonen mottar overlegene og spesialistene lønn. Lønnen kostnadsføres og avsettes som en langsiktig forpliktelse etter hvert som retten opparbeides. Avsetning forpliktelse overlegepermisjoner utgjør kr 9 246 080,- pr 31.12.2012.

Norsk Pasientsekadeerstatning fakturerer Helseforetakene for egenandel i de sakene klager får erstatning. Utbetaling av erstatning og fakturering av sykehusenes egenandel skjer gjennomsnittlig 4 år etter skaden eller feilen oppsto. Avsetning for denne forpliktelsen utgjør kr 6 000 000 pr 31.12.2012. Pr 31.12.2012 utgjør tilskudd til investeringer henholdsvis kr 201 793,- for mottatte gaver, tiltak for arbeid kr 15 488 565,- og lokalsykehusmidler kr 8 021 396,-. Tilskudd til investeringer Rus sengepost utgjør kr 2 019 230,-. Alle investeringstilskuddene inntektsføres i takt med avskrivninger.

Note 21 Annen langsiktig gjeld

	31.12.2012	31.12.2011
Gjeld til foretak i samme foretaksgruppe	63 955	70 053
Sum annen langsiktig gjeld	63 955	70 053
Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år	31 717	36 946

Note 22 Annen kortsiktig gjeld

	31.12.2012	31.12.2011
Leverandørgjeld	58 615	69 699
Gjeld til foretak i samme foretaksgruppe	22 003	14 849
Påløpne feriepenger	129 463	111 651
Påløpne lønnskostnader		6
Diverse kortsiktig gjeld	102 599	95 692
Sum annen kortsiktig gjeld	312 681	291 895

Note 23 Pantstillelser og garantiansvar

Foretaket har ingen pantstillelser eller garantiforpliktelser av vesentlig art pr 31.12.2012

Note 24 Nærstående parter

Helse Nord-Trøndelag HF er et heleid datterselskap av Helse Midt-Norge RHF. Helse Midt-Norge har et ansvar for at innbyggerne i helseregionen Midt-Norge tilbys spesialisthelsetjenester ved behov.

Helse Nord-Trøndelag HF nærstående er definert i regnskapslovens §7-30b og regnskapsforskriftens §7-30b-1. Vesentlige transaksjoner med nærstående parter framgår i denne og andre noter i regnskapet.

Økonomiske mellomværende mellom Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF framgår av noten for langsiktig gjeld. Helse Nord-Trøndelag HF dekker en vesentlig andel av sitt behov for medikamenter gjennom kjøp fra Sykehusapotekene i Midt-Norge HF, som er et annet heleid datterselskap av Helse Midt-Norge RHF. Helse Nord-Trøndelag HFs kjøp hos sykehusapotekene utgjør 86,8 mill kroner. Kjøp fra den regionale IKT-enheten Hemit utgjør 76,4 mill kroner i 2012. Tallene inngår i tabellen nedenfor for datter- og morselskap.

Ytelser til ledende ansatte er omtalt i note 5, og mellomværende med konsernselskaper er omtalt i notene 13, 15, 21, og 22.

Transaksjoner med andre regionale helseforetak er i hovedsak knyttet til oppgjør for gjestepasienter. Det vil si pasienter bosatt i Helse Nord-Trøndelag HF sitt opptaksområde og som på grunn av midlertidig opphold, fritt sykehusvalg eller manglende kompetanse eller kapasitet i eget foretak får behandling i helseforetak utenfor Midt-Norge eller private sykehus andre helseregioner har avtale med. Helse Nord-Trøndelags kjøp fra andre regioner innen dette området utgjorde 53,2 mill kroner i 2012 mot 53,8 mill kroner i 2011. Tilsvarende salg utgjorde 37,2 mill kroner i 2012 og 37,1 mill kroner i 2011. Det vesentligste av gjestepasientoppjøret er basert på avtalte beregningsmåter for prising.

Det skjer i liten grad oppgjør for kjøp og salg mellom foretakene i foretaksgruppen Helse Midt-Norge når det gjelder pasienter som blir behandlet ved annet foretak i foretaksgruppen, enn det foretaket hvor pasienten er hjemmehørende. Oppgjør til det enkelte foretak skjer gjennom justeringer i foretakenes inntekter fra mor til datter gjennom justeringer i basisrammen etterfølgende år.

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

Helseforetaket har utarbeidet rutiner for kartlegging av ansattes eierskap og bierverv i konkurrerende bedrifter

I forbindelse med avleggelse av årsregnskapet, er alle styremedlemmer, foretaksledelsen og andre personer i sentrale stillinger i foretaket, forespurt om disse personer og/eller deres nærmeste familie har eierskap, styreverv og/eller ansettelsesforhold i virksomheter som HNT enten samarbeider med, er i et kunde-/leverandørforhold til, eller i konkurranse med. På grunnlag av denne registreringen vil vi gjøre oppmerksom på følgende forhold:

Alf Daniel Moen, styreleder, er styremedlem i NTE NETT AS, som leverer elektrisk kraft til Helse Nord-Trøndelag. Inger Marit Eira-Ahrén, nestleder i styret, er også nestleder i styret for Ambulanse Midt-Norge HF.

Torbjørn Vanvik, styremedlem, er også styremedlem i de øvrige helseforetakene i regionen; Ambulanse Midt-Norge HF, St Olavs Hospital HF, Helse Møre og Romsdal HF, Sykehusapotekene i Midt-Norge HF og Rusbehandling Midt-Norge HF. Siw Bleikvassli, styremedlem, driver egen advokatpraksis og var i 2012 varamedlem i styret til IKS Namdal Rehabilitering. Margrete Mære Husby, styremedlem, er daglig leder i Gjensidige Stjørdal Brannkasse, som i 2012 leide ut lokaler til Innherred Ambulanse AS, avd Stjørdal. Hege B Skillingstad, kommunikasjonssjef Trond G Skillingstads kone, sitter i styret for NTS Ambulanse AS, som i 2012 leverte ambulansetjenester til Helse Nord-Trøndelag.

Foretakets transaksjoner med nærstående parter - salg av varer og tjeneste

	2012	2011
Morforetak/eier	30 655	22 790
Datterforetak/søsterforetak	21 794	19 208
Felleskontrollerte foretak	-	-
Tilknyttede foretak	-	-
Pensjonskasse	-	-
Ledende ansatte og selskaper disse måtte representere	-	-
Styremedlem og selskaper disse måtte representere	-	-
Nære familiemedlemmer til ledende ansatte og styremedlemmer mv og selskaper disse måtte representere	-	-
Andre nærstående parter	-	-
Sum salg av varer og tjenester	52 449	41 998

Foretakets transaksjoner med nærstående parter - kjøp av varer og tjeneste

	2012	2011
Morforetak/eier	81 312	77 963
Datterforetak/søsterforetak	115 093	113 038
Styremedlem og selskaper disse måtte representere	67	
Nære familiemedlemmer til ledende ansatte og styremedlemmer mv og selskaper disse måtte representere	64 514	
Sum kjøp av varer og tjenester	260 986	191 001

Note 25 Betingede utfall

Helse Nord-Trøndelag HF er ikke kjent med forhold som vesentlig påvirker regnskapet for foretaket.

Note 26 Universiteter og høyskolars rettigheter til arealer i helseforetak

Det er ingen universiteter eller høyskoler som har rettigheter til arealer i Helse Nord-Trøndelag HF.

Note 27 Forskning og utvikling

	2012	2011
Øremerkede tilskudd fra eier til forskning		
Andre inntekter til forskning og utvikling	13 406	10 061
Sum inntekter til forskning	13 406	10 061

Antall avlagte doktorgrader	4	2
Antall publiserte artikler	68	61
Antall årsverk forskning	20	24
Antall årsverk utvikling	15	11

Kostnader til forskning og utvikling	Kostnader til		Kostnader til FoU - rus	Kostnader til FoU - annet
	Kostnader til FoU - somatikk	FoU - psykisk helsevern		
Lønnskostnader til forskning	7 031	7 216	970	
Andre driftskostnader til forskning	4 525	3 414	96	
Lønnskostnader til utvikling	354	6 745	1 936	
Andre driftskostnader til utvikling	165	3 067	706	

Forskning er en av helseforetakets lovpålagte oppgaver. Forskningsaktiviteten i Helse Nord-Trøndelag HF omfatter i hovedsak klinisk medisinsk forskning. Finansieringen skjer blant annet gjennom eget tilskudd fra Staten. Balanseførte utviklingskostnader framgår av note 9 Immaterielle eiendeler.

Store deler av forskningen inngår som en integrert del av den ordinære driften og det er av den grunn vanskelig å dokumentere totale kostnader knyttet til FoU. Det gjennomføres en årlig kartlegging av ressursbruk innen FoU i spesialisthelsetjenesten som publiseres av NIFU. Ved avleggelse av årsregnskapet for 2012 viser foreløpig kartlegging at Helse Nord-Trøndelag HF har kostnadsført omlag 23 mill kroner knyttet til forskningsaktiviteter og 13 mill kroner til utvikling.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 12/2013 Rullering av Strategi 2020 – Innspill til strategiske grep

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	18.03.13	12/2013

Saksbeh: Arne Flaata

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2013/1063

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Innstilling

Styret slutter seg til de foreslåtte fem strategiske grep i Rullering av Strategi 2020:

- Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester
- Standardisere
- Ta i bruk pasientenes egne ressurser
- Sikre bærekraftige fagmiljø
- Vri ressursbruk fra drift til investering

SAKSUTREDNING:

Sak 12/2013 Rullering av Strategi 2020 – Innspill til strategiske grep

VEDLEGG

Nummererte vedlegg som følger saken:

1. Brev fra Helse Midt-Norge 01.02.13: Rullering av Strategi 2020 – Innspill til strategiske grep
2. Sak 04/13 til Styret i Helse Midt-Norge – Rullering av Strategi 2020
3. Protokoll Styret i Helse Midt-Norge 31.01.13, Sak 04/13
4. Presentasjon Styreseminar Helse Midt-Norge 30.01.13

BAKGRUNN

Styret i Helse Midt-Norge RHF behandlet 31.01.13 sak 04/13 Rullering av Strategi 2020. Det legges opp til en rullering av strategien for å sikre at denne er oppdatert i forhold til nasjonale føringer, ny kunnskap og endret prioritet mellom ulike strategiske føringer.

Styret i Helse Midt-Norge RHF har i sitt styrevedtak vedtatt en strategimodell som forutsettes lagt til grunn i den videre oppfølgingen av Strategi 2020. Det er foreslått fem strategiske grep:

- Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester
- Standardisere
- Ta i bruk pasientenes egne ressurser
- Sikre bærekraftige fagmiljø
- Vri ressursbruk fra drift til investering

De enkelte strategiske grepene er nærmere utdypet i styresak 04/13.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

For å sikre god forankring i helseforetakene ber Helse Midt-Norge RHF (i brev datert 01.02.13) om at foreliggende innspill til strategiske grep styrebehandles i de enkelte helseforetak, før de legges fram for styret i Helse Midt-Norge RHF til endelig vedtak 14.mars 2013.

DRØFTING

Arbeidet med Strategi 2020 er en dynamisk prosess. De foreslåtte strategiske grep skal medvirke til at Strategi 2020 over tid gjennomgår innholdsmessige endringer i tråd med utviklingen innen strategiens satsningsområder, foruten å sikre konsistens mellom Strategi 2020 og de til en hver tid styrende dokumenter.

KONKLUSJON

Saken dreier seg i hovedsak om hvordan det videre arbeidet med Strategi 2020 skal innrettes. Det fremmer ingen konkrete innvendinger eller forslag til endringer av de foreslåtte strategiske grep.

Når det gjelder punkt 5 ”Vri ressursbruk fra drift til investering”, er vi enige i intensjonen i det. Styret i Helse Nord-Trøndelag vedtok imidlertid i styresak 02/2013 følgende tilføyelse:

”Styret vil bemerke at man med dette budsjettet etablerer et etterslep på vedlikehold. Nivået må økes for å skape bærekraftig drift over tid. Det tilsier investeringsrammer på om lag 100 millioner kroner per år. For å kunne dekke opparbeidet etterslep, bør bevilgningene være større enn dette de nærmeste årene.”

Mottakere i henhold til liste

Vår ref.
2013/87 - 717/2013

Deres ref.

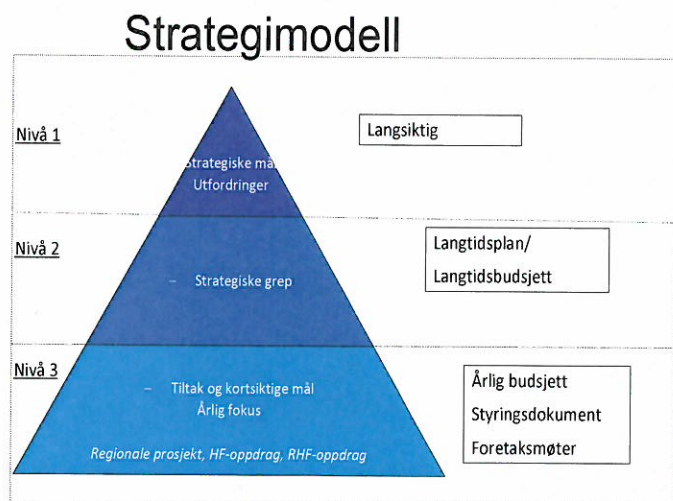
Saksbehandler
Inger Mette Nilstad

Dato
01.02.2013

Rullering av Strategi 2020 - Innspill til strategiske grep

Styret i Helse Midt-Norge RHF behandlet 31. januar 2012 sak 4/13 *Rullering av Strategi 2020*. Saken og protokoll følger vedlagt. Det legges nå opp til en rullering av strategien for å sikre at denne er oppdatert i forhold til nye nasjonale føringer, ny kunnskap og endret prioritet mellom ulike strategiske områder.

Styret i HMN RHF har vedtatt en strategimodell som forutsettes lagt til grunn i den videre oppfølgingen av Strategi 2020. Strategimodellen har som ambisjon å tydeliggjøre de ulike nivåene i Strategi 2020 og sikre at det er konsistens mellom strategien og øvrige styringsdokument og planprosesser.



Styret i HMN RHF har videre lagt til grunn at strategiens hovedutfordringer og strategiske målsettinger (nivå 1 i strategimodellen) fortsatt skal ligge fast. Strategiske grep (nivå 2 i strategimodellen) skal bidra til å sikre gjennomføringskraft ved en tydeligere prioritering av tiltak. De strategiske grepene skal videre legge grunnlaget for de overordnede prioriteringene i de til enhver tid gjeldende langtidsplaner og langtidsbudsjett.

Det er foreslått følgende fem strategiske grep som helseforetakene bes gi innspill på;

- Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester

- Standardisere
- Ta i bruk pasientens egne ressurser
- Sikre bærekraftige fagmiljø
- Vri ressursbruk fra drift til investering

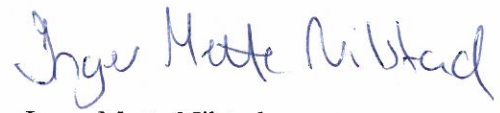
Det vises for øvrig til vedlagte styresak 4/13 hvor de enkelte strategiske grepene er utdypet. Helseforetakene bes vurdere om dette er de rette strategiske grepene eller om det er andre grep som bedre vil øke gjennomføringskraften til Strategi 2020.

For sikre god forankring i helseforetakene ber vi om at innspill til strategiske grep styrebehandles i det enkelte helseforetak før de legges fram for styret i Helse Midt-Norge RHF til endelig vedtak 14. mars 2013.

Vi ber om at styrebehandlede innspill er HMN RHF i hende innen 1. mars 2013. Svar sendes elektronisk til postmottak med kopi til Inger Mette Nilstad (inger.mette.nilstad@helse-midt.no).

Vedlagt følger også presentasjonen som ble benyttet under styreseminaret for Helse Midt-Norge RHF 30.01.13 – der rullering av Strategi 2020 var tema. Denne kan om ønskelig også benyttes i det enkelte helseforetak.

Med vennlig hilsen


Inger Mette Nilstad
Senior strategirådgiver

(s) Ingerid Gunnerød
Direktør Stab og Prosjektstyring

Vedlegg: Sak 4/13 Rullering av Strategi 2020
Protokoll av møte 31. januar 2013
Presentasjon Rullering av Strategi 2020 (styreseminar 30.01.13)

Adresseliste (mottakere av dette brev)

St. Olavs Hospital HF	Postboks 3250 Sluppen	7006	Trondheim
Helse Nord-Trøndelag HF	Sykehuset Levanger, Postboks 333	7601	LEVANGER
Helse Møre og Romsdal HF	Postboks 1600	6026	ÅLESUND
Rusbehandling Midt-Norge HF	Strandveien 1	7500	Stjørdal
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Abels Gate 5	7030	TRONDHEIM
Ambulanse Midt-Norge HF	Postboks 464	7501	STJØRDAL

HELSE MIDT-NORGE RHF

STYRET

Sak 04/13 Rullering av Strategi 2020

Saksbehandler Inger Mette Nilstad
Ansvarlig direktør Ingerid Gunnerød
Saksmappe 2012/558
Dato for styremøte 31.01.2013

Forslag til vedtak:

1. Strategi 2020 er Helse Midt-Norges strategiske fundament for utvikling av likeverdige og framtidsrettede spesialisthelsetjenester for befolkningen. Strategi 2020 har vært retningsgivende for de omstillingsprosesser som er satt i gang i etterkant av vedtaket av strategien. I tillegg har Strategi 2020 gitt et viktig grunnlag for å utvikle samarbeidet med andre aktører. Styret i Helse Midt-Norge RHF finner det nå riktig med en rullering av strategien for å fange opp nye nasjonale føringer og ny kunnskap.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at følgende hovedutfordringer og strategiske mål fortsatt ligger fast;

Hovedutfordringer:

- a. Befolkningens sammensetning og behov endres
- b. Tydeligere krav til dokumentert kvalitet
- c. Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor
- d. Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten

Strategiske mål:

- a. Styrket innsats for de store pasientgruppene
 - b. Kunnskapsbasert pasientbehandling
 - c. En organisering som underbygger gode pasientforløp
 - d. Rett kompetanse på rett tid til rett sted
 - e. Økonomisk bærekraft
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar forslaget til strategimodell med følgende nivåinndeling;
 - a. Nivå 1; Hovedutfordringer og langsiktige strategiske mål
Nivå 1 skal være retningsgivende i prioriteringsspørsmål i strategiperioden.
 - b. Nivå 2; Strategiske grep
Nivå 2 skal gi grunnlaget for prioriteringene i langtidsplan og langtidsbudsjett

c. Nivå 3; Kortsiktige mål og tiltak

Nivå 3 skal gi grunnlaget for årlige styringsdokument, foretaksmøter og budsjett.

Det forutsettes at strategimodellen blir lagt til grunn i den videre oppfølgingen av Strategi 2020.

4. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om at helseforetakene gir innspill til de foreslåtte strategiske grep før endelig vedtak fattes av styret i RHF i mars 2013.

Stjørdal 24.01.2013

Daniel Haga
Administrerende direktør

SAKSUTREDNING:**VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER****Utrykte vedlegg i saksmappen**

Sak 62/10 Strategi 2020; Strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge 2010 – 2020
Strategi 2020 – Utkast til høringsdokument www.helse-midt.no/strategi-2020
Sak 80/10 Gjennomføringsplan Strategi 2020

SAKENS OPPBYGGING - LESEVEILEDNING

Bakgrunn for saken gis innledningsvis. Deretter gis det et kort resymé av Strategi 2020 basert på høringsdokumentet som lå til grunn for Strategi 2020 og vedtak om Strategi 2020 (jf. styresak 62/10). Videre redegjøres for en strategimodell som har som hensikt å ”rydde” i strategiens ulike mål- og tiltaksnivå og sikre konsistens mellom Strategi 2020 og andre styrende dokumenter. Det gis en kort oppsummering av hovedinnholdet i ulike Stortingsmeldinger med relevans for Strategi 2020 i underkapitlet ”Nye nasjonale føringer”. Vurdering av hvilke konsekvenser disse nasjonale føringer gir for en rullering av Strategi 2020 er gitt i kapitel om ”Behov for endringer i Strategi 2020 – Strategiske grep”. Til slutt i saken gis administrerende direktørs vurdering.

BAKGRUNN FOR RULLERING AV STRATEGI 2020

Helse Midt-Norge RHF vedtok i juni 2010 (sak 62/10) Strategi 2020 etter en omfattende strategiprosess med bred forankring. Strategi 2020 skal være Helse Midt-Norges strategiske fundament for utvikling av likeverdige og framtidsetta helsetjenester for befolkningen fram mot år 2020. Strategi 2020 legger retningen på et langsiktig omstillingsarbeid i hele spesialisthelsetjenesten. Strategien er forankret i Overordnet strategi 2008 – 2020, vedtatt av styret i Helse Midt-Norge i februar 2008 (sak 57/08), med visjonen ”På lag med deg for din helse” og Helse Midt-Norges verdier *trygghet, respekt og kvalitet*.

Det legges med dette ikke opp til noen ny strategi, i betydning ny retning. Administrerende direktør legger til grunn at strategiens hovedutfordringer og strategiske mål ligger fast og ber om styrets tilslutning til dette. Det legges nå opp til en rullering av strategien for å sikre at strategien er oppdatert i forhold til;

- nye nasjonale føringer
- ny kunnskap ervervet gjennom utførte utredninger og analyser
- endret prioritet mellom ulike strategiske områder

Som del av denne rulleringen ønsker administrerende direktør å etablere en tydeligere strategimodell (prinsippmodell) som både viser sammenhengene mellom de ulike nivåene i strategi 2020 og som sikrer konsistens mellom styringsbudskapet fra vår eier, Strategi 2020 og øvrige regionale styringsdokumenter og planprosesser.

Styret bes om å håndtere rulleringen i to omganger. Som utgangspunkt for det videre arbeidet med rulleringen inviteres styret til å bekrefte de vedtatte hovedutfordringene og de strategiske målsettingene fra Strategi 2020. I tillegg legges det også opp til at styret vedtar den foreslåtte strategimodellen for å tydeliggjøre ulike beslutningsnivå. Det foreslås videre at helseforetakene

inviteres til å komme med innspill på strategiske grep før styret i Helse Midt-Norge RHF foretar endelig beslutning om rullering av strategi 2020 i mars 2013.

STRATEGI 2020 – ET RESYME

Strategi 2020 bygger på overordnet strategi 2008 – 2020, med visjonen ”*På lag med deg for din helse*” og verdiene *trygghet, respekt og kvalitet*. Helse Midt-Norge skal sørge for likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet. Strategi 2020 er retningsgivende for hvordan dette kan oppnås i årene som kommer.

Utfordrings- og mulighetsbildet

Endringer i demografi gjør at behovene for spesialisthelsetjenester vil øke fram mot 2020. Kompetanse vil bli en knapphetsressurs og den økonomiske veksten i spesialisthelsetjenesten bremses.

Helse Midt-Norge legger de store nasjonale utfordringene til grunn for sitt arbeid med Strategi 2020. Den vestlige verden står overfor en varig demografisk endring som innebærer at den yrkesaktive delen av befolkningen reduseres. Spesialisthelsetjenesten må vise samfunnsansvar gjennom å ikke legge beslag på en unødig stor andel av de samlede samfunnsressursene, herunder særlig arbeidskraft og spesialisthelsetjenestens andel av de offentlige utgiftene.

Utfordringene knyttet til ressursbruk kan bare løses gjennom effektiv organisering og oppgavefordeling mellom ulike deler av spesialisthelsetjenesten, og i et nært samarbeid med kommunehelsetjenesten. Det vil være av avgjørende betydning for helsetilbudet til befolkningen at spesialisthelsetjenesten og kommunene sammen lykkes med å løse de nye oppgavene.

Strategi 2020 legger til grunn følgende hovedutfordringer for helsetjenesten;

- Befolkningens sammensetning og behov endres
- Tydeligere krav til dokumentert kvalitet
- Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor
- Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten

Nye muligheter

Fram mot 2020 vil det skje utvikling på en rekke områder som innebærer faktiske endringer og muligheter for endringer i spesialisthelsetjenesten.

Utviklingen innenfor informasjonsteknologi, medisinsk teknologi og nye behandlingsmetoder vil føre til store endringer i medisinsk praksis. Utviklingen vil trolig underbygge to hovedtrender: Bedre behandlingstilbud for stadig flere sykdommer, og behandlingsformer som innebærer mindre døgntilbud og mer dag/poliklinikk/hjemmebehandling. Videre vil samarbeidet med kommuner om helhetlige og gode pasientforløp og kompetanseutveksling være en vesentlig faktor for å lykkes med intensjonene i samhandlingsreformen.

Utbygging av veier, broer og tunneler, samt utvikling av bredbåndsforbindelse i regionen gjør at personer, utstyr, kompetanse og informasjon raskere kan forflyttes og forflytte seg. Dette gjør det enklere både å flytte pasienter raskere og lengre til sykehus, og å flytte spesialister raskere og lengre ut fra sykehus. Begge deler gir mulighet til bedre utnyttelse av knappe spesialistressurser.

Strategiske mål

For å møte de utfordringene Helse Midt-Norge vil stå overfor fram mot 2020, er det nødvendig å foreta nye veivalg og prioriteringer, både i tjenestetilbudet og i måten tjenestene organiseres på. Helse Midt-Norge har derfor definert fem strategiske mål som redskap for å gjennomføre

nødvendige prioriteringer. Disse skal være veiledende for de valg Helse Midt-Norge skal gjøre frem mot 2020.

Fem strategiske mål mot 2020.

- | | |
|-----|--|
| I | Styrket innsats for de store pasientgruppene |
| II | Kunnskapsbasert pasientbehandling |
| III | En organisering som underbygger gode pasientforløp |
| IV | Rett kompetanse på rett sted til rett tid |
| V | Økonomisk bærekraft |

Styrket innsats for de store pasientgruppene

Helse Midt-Norge skal styrke tilbudet til de store og voksende pasientgruppene, særlig innenfor rusbehandling og psykisk helsevern.

- Ressurser skal flyttes fra akuttberedskap til økt kapasitet på planlagt virksomhet
- Ressursene skal omfordes fra somatikk til psykisk helsevern og rusbehandling
- Ressursene skal omdisponeres fra døgn til dag og poliklinikk. Der det er hensiktsmessig for pasienten skal ressurser omdisponeres fra sentraliserte til lokale løsninger

Kunnskapsbasert pasientbehandling

Helse Midt-Norge skal utforme behandlingstilbud av høy kvalitet. Behandlingstilbudet skal være basert på forskning, systematisk innhentede erfaringer og utvikles i nært samarbeid med våre brukere. Universitetssykehuset skal ha en tydelig rolle som kompetansebase.

En organisasjon som underbygger gode pasientforløp

Våre pasienter skal oppleve at de tilbys helsetjenestene i forutsigbare forløp. Det skal være dokumentert kvalitet på det medisinskfaglige tilbudet, og helsetjenesten skal henge sammen på en måte som sikrer høy grad av sikkerhet, god pasientopplevelse, god pasientmedvirkning og effektiv ressursutnyttelse. Pasientforløpene skal bygges opp slik at behandlingen skjer på mest effektive omsorgsnivå.

Rett kompetanse på rett sted til rett tid

For å sikre helhetlige, forutsigbare og effektive pasientforløp, kreves riktig type kompetanse, på riktig sted og til rett tid. Det vil bli knapphet på arbeidskraft som kan gå inn i helsetjenesten. Utdanning må være innrettet mot de utfordringene framtidens helsetjeneste står overfor. Personell i tjenesten må finne arbeidet attraktivt slik at opparbeidet kompetanse bevares.

Økonomisk bærekraft

Helse Midt-Norge skal ha en sunn økonomi, og løse oppgavene innenfor de rammene vi blir tildelt. Dette innebærer at vi må sørge for rasjonell drift og prioritere oppgavene i tråd med nasjonale føringer. I tillegg må vi skape nødvendig handlingsrom for å gjennomføre ønskede prioriteringer innenfor både pasientbehandling og investeringer i MTU, IKT og bygg.

ETABLERING AV EN STRATEGIMODELL

Strategi 2020 er primært en endringsstrategi. Dette betyr at strategien skal vise de prioriterte retningene og viktigste strategiske grepene for å møte de hovedutfordringene som spesialisthelsetjenesten står overfor fram til 2020. Strategi 2020 skal være førende for delstrategier og handlingsplaner. Oppfølgingen av Strategi 2020 skal skje ved at målene fra strategien

konkretiseres og omsettes til tiltak både i RHF, i foretaksgruppens styrende dokumenter som langtidsbudsjett, langtidsplan og årlige styringsdokument til helseforetakene.

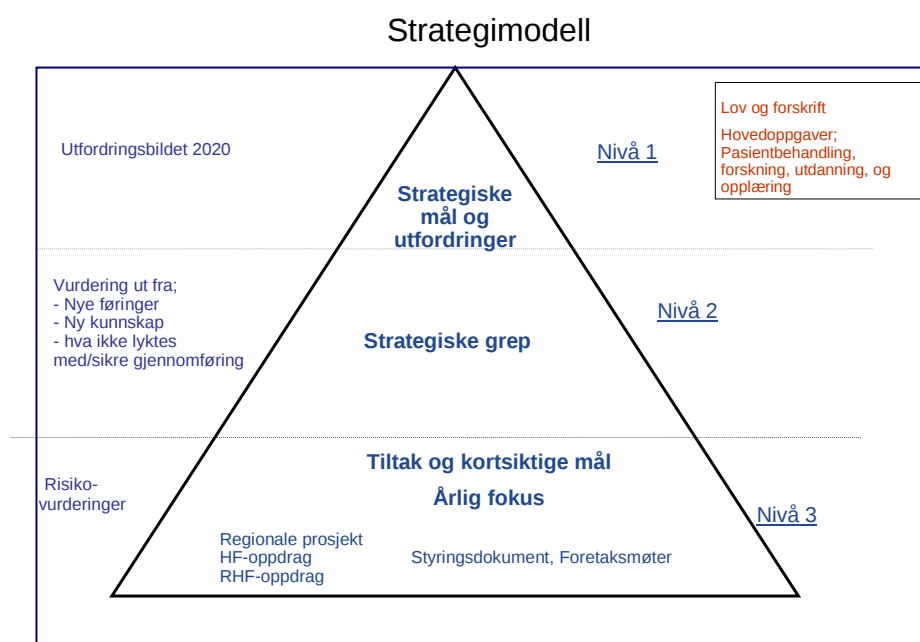
Styrevedtaket i sak 62/10 (Strategi 2020) består av i alt 26 punkter med relativt stor variasjon i omfang, detaljeringsgrad og tidsperspektiv. De tre første vedtakspunktene omhandler utfordringsbildet og strategiske mål. Vedtakspunkt 5, 6 og 7 tydeliggjør de viktigste prioriteringene og har hittil vært omtalt som strategiske grep. Disse har vært formulert ut og kommunisert rundt følgende tre strategiske grep:

- sikre behandlingstilbudet for store og voksende pasientgrupper gjennom tydeligere prioritering
- desentralisering av helsetilbud for de store pasientgruppene som bruker tjenesten ofte
- frigjøre ressurser fra passiv beredskap til aktiv pasientbehandling

De øvrige vedtakspunktene er i hovedsak enkelttiltak på operativt nivå. Disse refererer dels til tiltak som er gjennomført, tiltak det kontinuerlig arbeides med og tiltak som av ulike årsaker ikke er blitt igangsatt. I den grad de enkelte vedtakspunkt fortsatt er aktuelle, vil administrasjonen legge saken fram for styret. Det vil også bli foretatt en gjennomgang av status på gjennomføring av styrevedtak 62/10 i forbindelse med den halvårslige rapporteringen på oppfølgingen av vedtak behandlet i styret i Helse Midt-Norge RHF.

Slik vedtaket fra sak 62/10 ligger kan de etter administrerende direktørs vurdering, bidra til å skape utydelighet omkring hva som er foretaksgruppens prioriteringer. Dermed kan gjennomføringsevnen til Strategi 2020 svekkes. Administrerende direktør ønsker å sikre tilstrekkelig gjennomføringskraft bak Strategi 2020 og vurderer derfor behov for å tydeliggjøre en strategimodell som ”rydder” i de ulike mål- og tiltaksnivå og tydeliggjør hvordan disse følges opp. Herunder er det vesentlig å sikre konsistens mellom Strategi 2020 og andre styrende dokumenter.

Det legges opp til følgende strategimodell:



Nivå 1 – Utfordringer og strategiske mål

Utfordringsbildet i nasjonal helsepolitikk og i Strategi 2020 er sammenfallende og har blitt forsterket de senere årene. For å møte dette utfordringsbildet er det i strategien utformet strategiske mål. De strategiske målene skal være retningsgivende i alle prioriteringsspørsmål i strategiperioden. Gjennom strategimodellen ønsker administrerende direktør å tydeliggjøre at hovedutfordringene og strategiske mål på nivå 1 er langsiktige og må jobbes med systematisk over tid.

Nivå 2 – Strategiske grep

Strategiske grep skal bidra til å sikre gjennomføringskraft ved en tydeligere prioritering av tiltak. Både eksterne og interne utfordringer Helse Midt-Norge står overfor er i kontinuerlig endring. Nye føringer fra staten og ny kunnskap opparbeidet i regionen vil kunne gi grunnlag for å vurdere om de strategiske grep er tilstrekkelig treffsikre. De strategiske grepene vil definere de viktigste prioriteringene for å nå de strategiske målsettingene. Strategimodellen legger derfor opp til at de strategiske grep som velges skal være tilstrekkelig robuste til å holde seg noen år. Det legges til grunn at de strategiske grep skal legge grunnlaget for de overordnede prioriteringene i den til enhver tid gjeldende langtidsplan/langtidsbudsjett.

Nivå 3 – Kortsiktige mål og tiltak

Årlig vil administrasjonen vurdere behov for endringer også i tiltaksporteføljen på nivå 3. Gjennomføringen av de konkrete tiltakene i strategi 2020, dvs. nivå 3; vil fortsatt ta utgangspunkt i følgende tre-deling (jf. sak 80/10):

- Regionale prosjekter; oppdrag som har særskilt behov for koordinering og samkjøring på tvers av helseforetakene.
- RHF-opppdrag; oppdrag som løses av RHF som en ordinær RHF-oppgave. Ansvar er plassert hos en RHF-direktør som deretter løser oppgaven i egen organisasjon, evt. med involvering av regionale eller nasjonale nettverk.
- HF-opppdrag; er oppdrag som gis til helseforetakene på ordinær måte gjennom styringsdokument eller foretaksmøter.

Konsekvens- og risikovurderinger:

Modellen inneholder også en vurdering av konsekvenser og risiko. De overordnede strategiske målene skal svare opp hovedutfordringene som foretaksgruppen møter frem mot 2020. De strategiske grepene skal bidra til å sikre tilstrekkelig gjennomføringskraft for måloppnåelse slik at risiko blir redusert. Valg av metode for konsekvens- og risikovurdering må sees i forhold til de konkrete tiltakene som iverksettes både i fellesskap og i det enkelte helseforetak (jf. styresak 86/11). Basert på beslutninger om strategiske grep på nivå 2, vil administrerende direktør gå gjennom prosjektporteføljen for å sikre at denne er i tråd med prioriteringene.

Oppsummering

Enhetlig styringsbudskap skal ut fra ovennevnte modell bygge på følgende logikk:

- Strategi 2020 – Hovedutfordringer og strategiske mål – Nivå 1 – skal være retningsgivende i alle prioriteringsspørsmål i strategiperioden
- Strategiske grep som skal danne grunnlaget for prioriteringer i Langtidsplan/langtidsbudsjett (Nivå 2)
- Årlig styringsbudskap gjennom styringsdokument, foretaksmøte og årsbudsjett, samt felles regionale prosjekter (Nivå 3)

NYE NASJONALE FØRINGER

Det har kommet en rekke nye stortingsmeldinger siden Strategi 2020 ble vedtatt i juni 2010 som legger videre føringer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Her gis en kort oppsummering

av hovedtrekkene i meldingene. Vurderingen av hvilken betydning disse nasjonale føringene har på Strategi 2020 gis i neste underkapittel.

Meld. St. 16 (2010 – 2011): Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 – 2015)

Nasjonal helseplan (2011 – 2015) gir retningen for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet i de neste fire årene og i denne planen sammenfattes bl.a. målsettingene og virkemidlene i samhandlingsreformen. En fremtidig sykehusstruktur skal bygge på bedre samarbeid og arbeidsdeling mellom sykehusene. Utgangspunktet skal være at befolkningen i helseforetakenes opptaksområde, gis et helhetlig og kvalitetsmessig godt spesialisthelsetjenestetilbud, der de enkelte sykehusene har avklart arbeidsfordeling, samarbeider tett og er i god dialog med kommunene. Målet bør være å samle funksjoner når det er nødvendig av hensyn til kvalitet, men samtidig desentralisere når det er mulig – for å gi pasientene et bredest mulig tilbud med god kvalitet i nærmiljøet.

Det legges vekt på at spesialisthelsetjenesten skal legge til rette for at de store pasientgruppene med kroniske og sammensatte problemstillinger, i størst mulig grad får sine tjenester nær der de bor. Spesialisthelsetjenesten må utvikle tilbudene i dialog med kommunene, og de må samarbeide. Summen av rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske virkemidler skal føre til at spesialisthelsetjenesten får en tydeligere rolle i å støtte kommunene gjennom veiledning, opplæring, tilgjengelighet og ved å opprette nye tiltak og tjenester.

Meld. St. 29 (2010 – 2011): Felles ansvar for et godt og anstendig arbeidsliv

Meldingen har en bred tilnærming på å videreutvikle 3-partsmodellen bygget på samarbeid, respekt, medbestemmelse, utjevning og anstendige arbeidsvilkår. Meldinga løfter særskilt frem tiltak innen områder som IA og sosial dumping.

Meld. St. 13 (2011 - 2012): Utdanning for velferd - Samspill i praksis

Meldingen er ei retningsmelding for alle helse- og sosialutdanninger på alle nivåer som skal legge grunnlaget for en sterkere sammenheng mellom utdanning, forskning og arbeidsliv. Arbeidsgiver vil få et større ansvar for å bidra i utviklingen av utdanningene slik at helsevesenet tilbyr tjenester med god kvalitet utført av helsearbeidere med riktig kompetanse.

Meld. St. 30 (2011 – 2012): Se meg - en enbetlig rusmiddelpolitikk

Meldingen vektlegger forebygging og tidlig innsats, samhandling, økt kompetanse og bedre kvalitet. Strukturen på tjenestene innen tverrfaglig spesialisert behandling bør så langt det lar seg gjøre samordnes med strukturen for tjenester innen psykisk helsevern og andre spesialisthelsetjenester, slik at tilbudet er tilpasset pasienter med sammensatte sykdommer. Det er i tillegg et mål å opprettholde og bidra til forutsigbarhet og langsiktighet i samarbeidsavtalene mellom private tjenesteytere og de regionale helseforetakene. De private institusjonene bør knyttes tettere opp til de offentlige tjenestetilbudene og det bør i større grad stilles krav om integrering med øvrige tjenester. Det varsles gradvis innføring av de økonomiske virkemidlene i samhandlingsreformen innen rusbehandling og psykisk helsevern.

Meld. St. 9 (2012 – 2013): Én innbygger - én journal (Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren)

Gjennom stortingsmeldingen "En innbygger – en journal" er ambisjonen å utnytte mulighetene som ligger i moderne teknologi for å nå mål om bedre kvalitet, bedre pasientsikkerhet, mer effektivitet og bedre ressursbruk. Det foreslås at helsepersonell skal ha rask, enkel og sikker tilgang til alle nødvendige opplysninger. Videre skal innbyggerne ha rask tilgang på enkle og sikre digitale tjenester. Hver enkelt av oss skal få større mulighet til å ta del i, og bestemme utformingen av, egen behandling og oppfølging når vi trenger helse- og omsorgstjenester. Informasjon om kvaliteten på tjenesten, helseovervåking, styring og forskning skal være lettere

tilgjengelig for folk flest, slik at vi kan følge med, finne kunnskap og ikke minst treffe riktige valg. Helse Midt-Norge RHF er gjennom stortingsmeldingen foreslått å ha en viktig rolle i å gjennomføre et pilotprosjekt for en journal som omfatter sykehus, kommuner, fastleger og andre som deltar i behandlingen av pasienten.

Meld. St. 10 (2012 – 2013): God kvalitet – trygge tjenester (Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgssektoren)

Stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet legger vekt på å utvikle en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste, med økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring, bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser. Det legges vekt på nasjonal systemoppbygging som virkemiddel.

For å nå de overordnede målene for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet, skal det gjennomføres tiltak på følgende områder:

- 1) Mer aktiv pasient- og brukerrolle
- 2) Strukturer som støtter kvalitetsarbeidet
- 3) Kvalitetsforbedring i tjenestene (herunder skal ledere på alle nivå etterspørre og følge opp resultatene)
- 4) Større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet
- 5) Mer systematisk utprøving av nye behandlingsmetoder
- 6) Bedre kvalitet gjennom kunnskap og innovasjon

BEHOV FOR ENDRINGER I STRATEGI 2020 – STRATEGISKE GREP

Helse Midt-Norge har allerede tatt opp i seg mange av de overordnede føringene som er gitt i de ulike Stortingsmeldingene. Enkelte av føringene er gitt i oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til HMN og videreformidlet gjennom de enkelte styringsdokument til helseforetakene.

Det gjennomføres nå et arbeid for å integrere rusbehandling med resten av spesialisthelsetjenesten, jf. styresak 83/12 *Plan for organisatorisk tettere integrering av Rusbehandling Midt-Norge i øvrig spesialisthelsetjeneste*. HMN har i 2012 arbeidet med revidering av den regionale IKT-strategien og er i startgropen for en ny IKT-satsing. Økt pasientsikkerhet er et fundament for arbeidet og de vedtatte målsettingene for den reviderte strategien er bygd på ytterligere styrking av pasientsikkerheten, jf. styresak 82/12 *IKT-strategi Helse Midt-Norge Del 1 – Målsettinger*. Alle helseforetakene har inngått forpliktende IA-avtaler og jobber systematisk for å nå målsettingene.

Videre har det i 2012 vært høyt fokus på arbeidet med å redusere avvik fra arbeidstidsbestemmelsene. Etterlevelse av arbeidslivets bestemmelser er en viktig forutsetning for sikre bærekraftige fagmiljøer nå og i framtida. Det er innført systematisk registrering og rapportering på brudd, som grunnlag for å iverksette nødvendige tiltak.

Det arbeides systematisk gjennom ulike prosjekter og oppgaver både på regionalt og lokalt nivå. Helse Midt-Norge har hatt et stort fokus på utvikling av kompetanse og kapasitet. I perioden etter vedtaket av Strategi 2020 er det gjennomført nasjonale analyser som forsterker utfordringsbildet knyttet til helsearbeidere. Fremskrivninger frem mot 2035 viser at vi vil mangle ca 85.000 helsearbeidere nasjonalt (Helsemod 2013). Det vil være stor mangel på helsefagarbeidere (ca 57.000), men også sykepleiere (ca 28.000). Helse Midt-Norge har foretatt tilsvarende analyser for vår region, og bildet er sammenfallende, bortsett fra at regionen har hatt noe større tilgang på sykepleiere enn øvrige regioner, pga god utdanningskapasitet. I prosjektet ”Kompetanse og kapasitet” er sårbarheten i våre legemiljøer vurdert bl.a. i forhold til hvor mange

leger som deler på en vaktordning, alder, omfanget på erstatningsrekruttering, avvik fra arbeidstidsbestemmelsene og innleie fra vikarbyrå. Funnene viser at mange av våre fagmiljøer er svært sårbare og at reduksjon av sårbarhet ikke kan skje gjennom kun å rekruttere flere leger. Foretaksgruppen må frigjøre legerressurser gjennom å forbedre pasientforløpene og tilpasse strukturen, særlig for de vaktbærende funksjonene. Det vises til styresak 72/12 *Kompetanse og kapasitet – legerressurser*.

Helse Midt-Norge skal sørge for likeverdige tjenester for befolkningen i regionen. Forbruksanalyser utført på data fra 2011 viser at befolkningens bruk av somatiske spesialisthelsetjenester i Møre- og Romsdal og Nord-Trøndelag er betydelig høyere enn i Sør-Trøndelag. For psykisk helsevern er det forbruket i Sør-Trøndelag som er høyere enn i de to andre fylkene. Ulikheter i forbruk avspeiler ikke ulikheter i befolkningens behov og administrerende direktør legger til grunn at det over tid har vært et forbruksmønster som ikke har vært likeverdig. Innen de enkelte fagområder kan det være til dels store geografiske forbruksforskjeller, noe som må vurderes i den løpende utviklingen av spesialisthelsetjenesten i regionen. Dette omfatter egne HF, bruk av avtalespesialister og kjøp av tjenester fra private.

Det er administrerende direktørs vurdering at nye statlige føringer og ny kunnskap tilegnet gjennom regionale utredninger og analyser i stor grad underbygger det utfordringsbildet og de strategiske målsettinger som er lagt til grunn i Strategi 2020.

Når vi nå tar med oss alt av nye nasjonale føringer og ny kunnskap ser vi at det er behov for å gjøre enkelte endringer i de strategiske grepene. Dette for å sikre tilstrekkelig gjennomføringskraft ved en tydeligere prioritering av tiltak. Stortingsmeldingene har stort fokus på områdene kvalitet, pasientsikkerhet, kompetanse, pasientens rolle og riktig bruk av teknologi. De strategiske grepene bør derfor gjenspeile disse. Det foreslås fem strategiske grep som helseforetakene bes gi innspill på før styret i Helse Midt-Norge RHF fatter endelig vedtak.

Forslag strategiske grep

- Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester
- Standardisere
- Ta i bruk pasientens egne ressurser
- Sikre bærekraftige fagmiljø
- Vri ressursbruk fra drift til investering

Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester

Med dette menes at pasienter, uavhengig av bosted i regionen, alder mv, skal ha tilgang til faglig gode, effektive og pasientopplevde gode pasientforløp – tilpasset pasientens behov.

Når pasienter, i alle deler av regionen, har behov for høyspesialiserte tjenester skal pasienten være trygg på at han ledes inn i riktig forløp.

For de deler av pasientforløpene som best kan ytes lokalt, skal tilgjengelighet til forløpene økes gjennom;

- Mer bostedsnære tilbud gjennom en desentralisering av spesialisthelsetjenestene
- Kompetansestøtte til kommunene
- Styrket omlegging fra døgn til dagtilbud og poliklinikk

- Bruk av private aktører for å bidra til en geografisk fordeling av tjenester i tråd med behov, for å sikre effektive tjenester og for å styrke tilbudet til store og voksende pasientgrupper
- Tiltak som gjør pasientene mer i stand til å ta vare på egen helse også ved å delta aktivt i beslutninger som angår dem (for eksempel nettbaserte tjenester)

Standardisere

Standardisering og bruk av beste praksis er et viktig grep for å sikre effektiv og kunnskapsbasert pasientbehandling. Gode pasientforløp basert på kunnskapsbasert behandling har blitt jobbet systematisk med i oppfølgingen av Strategi 2020. En viktig premiss for å lykkes med utvikling av pasientforløp er standardisering.

IKT skal understøtte samhandling mellom alle aktører i pasientforløpet. Standardisering, for å oppnå økt pasientsikkerhet, er en av målsettingene i den regionale IKT-strategien (jf. styresak 82/12). Krav til standardisering skal legges til grunn som et generelt prinsipp i helseforetaksgruppen bl.a. ved;

- Utviklingen av medisinske prosedyrer og pasientforløp som defineres av fagfolk på kunnskapsbasert grunnlag
- Utviklingen av ulike elektroniske systemer (pasientadministrative, journalsystemer, fagsystemer) og teknologiske løsninger
- Aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging

En videreutvikling av kunnskapsbaserte pasientforløp vil gi trygghet og forutsigbarhet både for pasienter og behandlere, bidra til å redusere uønsket variasjon i klinisk praksis og gi god ressursutnyttning. Videre vil dette være en viktig forutsetning for å skape likeverdige og kvalitetsmessige gode tjenestetilbud for befolkningen i regionen.

Ta i bruk pasientens egne ressurser

Pasientene skal få mulighet til i større grad å delta i utforming av eget tjenestetilbud. Med dette menes bl.a. at;

- Pasienter skal få informasjon og støtte slik at de kan delta aktivt i beslutninger som angår dem.
- Brukerkunnskap og erfaringer skal vektas mer likeverdig med fagkunnskap

En pasientorientert tilnærming har stor betydning for pasientsikkerhet. Feil kan forebygges gjennom pasientmedvirkning og bedre kommunikasjon mellom pasienter og helse- og omsorgspersonell.

Sikre bærekraftige fagmiljø

I grunnlagsarbeidet med Strategi 2020 ble det konkludert med at den viktigste endringsdriveren er en forventet mangel på kompetanse. Denne utfordringen har blitt forsterket gjennom nasjonal og regional kunnskapsinnhenting (jf. styresak 72/12). Sikre bærekraftige fagmiljø er selve ryggraden i å klare å levere faglige gode og trygge tjenester og krever bl.a.;

- God planlegging og styring av personellressursen ut fra tjenestens behov

- Systematisk utvikling av kompetansen til medarbeiderne
- Jobbgliding (ny fordeling av arbeidssoppgaver mellom profesjoner)
- Etterlevelse av arbeidstidsbestemmelsene
- Flytte kompetanse fra passiv beredskap til aktiv behandling

Vri ressursbruk fra drift til investering

Helse Midt-Norge har fortsatt stort behov for omstillingsprosesser og tiltak for å kunne vri ressursbruken fra drift til investeringer. Dette er nødvendig for å kunne realisere foretaksgruppens planer for investeringer blant annet i sykehusbygg, samt for å utvikle og vedlikeholde bygg og anlegg, ta i bruk ny medisinsk teknologi og legge til rette for at mulighetene som IKT gir, utnyttes. Midler til investeringer må frigjøres gjennom en varig kostnadsreduksjon på drift. Dette stiller krav til bedre ressurs- og kapasitetsutnyttelse, god økonomisk styring og effektive arbeidsprosesser i alle deler av helseforetaksgruppen.

Det ligger et stort potensial i å optimalisere arbeidsprosesser. For å greie de nødvendige omstillingsprosesser er det viktig at helseforetakene har fokus på egne arbeidsprosesser, inkl. standardiserte pasientforløp. Ledere og medarbeidere må ha vilje, evne og mulighet til å arbeide sammen om videreutvikling av både fag og arbeidsprosesser, slik at tilgjengelige ressurser brukes mest mulig optimalt.

ADM. DIREKTØRS VURDERING

Strategi 2020 er Helse Midt-Norges strategiske fundament for utvikling av likeverdige og framtidrettede spesialisthelsetjenester for befolkningen. Det er administrerende direktørs vurdering at Strategi 2020 har vært retningsgivende for de omstillingsprosesser som er satt i gang i etterkant av vedtaket av strategien. I tillegg har Strategi 2020 gitt et viktig grunnlag for å utvikle samarbeidet med andre aktører.

Slik administrerende direktør vurderer det, er det ikke behov for noen ny strategi, i betydningen ny retning. Samtidig er det viktig at strategien kan identifisere og innarbeide nasjonalpolitiske føringer og ny kunnskap som er kommet etter 2010, og at vi samtidig identifiserer områder som vi ønsker å gi høyere prioritet.

Det er administrerende direktørs vurdering at nye statlige føringer og ny kunnskap tilegnet gjennom regionale utredninger og analyser i stor grad underbygger det utfordringsbildet og de strategiske målsettinger som er lagt til grunn i Strategi 2020. Administrerende direktør anbefaler at styret i Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at gjeldende hovedutfordringer og strategiske mål fortsatt ligger fast.

Strategiske grep skal bidra til å sikre gjennomføringskraft ved en tydeligere prioritering av tiltak. Administrerende direktør finner at det er nødvendig å gjøre endringer i de strategiske grepene for å sikre at disse er tilstrekkelig treffsikre ut fra dagens kunnskapsgrunnlag. I denne prosessen er det viktig å få innspill fra helseforetakene før endelig vedtak fattes i styret i Helse Midt-Norge RHF.

Det foreslås at styret i Helse Midt-Norge RHF ber helseforetakene gir innspill til følgende foreslåtte strategiske grep:

- Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester

- Standardisere
- Ta i bruk pasientens egne ressurser
- Sikre bærekraftige fagmiljø
- Vri ressursbruk fra drift til investering

Styrevedtaket i sak 62/10 (Strategi 2020) består av i alt 26 punkter med relativt stor variasjon i omfang, detaljeringsgrad og tidsperspektiv. Dette kan etter administrerende direktørs vurdering, bidra til å skape utyelighet omkring hva som er foretaksgruppens viktigste prioriteringer. Dermed kan gjennomføringsevnen til Strategi 2020 svekkes. Administrerende direktør ønsker å sikre tilstrekkelig gjennomføringskraft bak Strategi 2020 og vurderer derfor behov for å tydeliggjøre en strategimodell som ”rydder” i de ulike mål- og tiltaksnivå og tydeliggjør hvordan disse følges opp. Herunder er det vesentlig å sikre konsistens mellom Strategi 2020 og andre styrende dokumenter. Styret inviteres i denne saken til å fatte vedtak i tråd med den foreslåtte strategimodellen.

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 31.01.13 kl. 10.30 - 15.05
Møtested: Rica Victoria Hotell, Oslo
Saksnr.: 01/13 – 14/13
Arkivsaksnr.: 2012/558

Møtende medlemmer:

Marthe Styve Holte
Kåre Gjønnnes
Ottar B. Guttelvik
Tore Kristiansen
Ellen Marie Wøhni (til kl. 1500)
Nils Håvard Dahl
Bjørge Henriksen
Tore Brudeseth
Trond Prytz
Vigdis Harsvik
Eva Vinje Aurdal

Forfall:

Kjersti Tommelstad
Gunn Iversen Stokke

Regionalt brukerutvalg:

Snorre Næss
Jakob Strand

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Daniel Haga
Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)
Direktør for stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød
Direktør for eierstyring Torbjørge Vanvik
Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås
Direktør for helsefag, forskning og utdanning Nils Hermann Eriksson
Samhandlingsdirektør Svanhild Jenssen
Økonomidirektør Reidun Rømo
HR direktør Sveinung Aune

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 24.01.13 Samme dag ble saksdokumentene lagt ut i styreadministrasjonen. 29.01.13 ble ”Angående økonomi Møre og Romsdal HF” lagt ut som referatsak

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 28.01.13
- Referatsak brev fra Møre og Romsdal fylkeskommune ”Vedtatt investeringsplan må følgast”
- Sak 03/13 Drøftingsprotokoll
- Sak 05/13 Drøftingsprotokoll
- Sak 06/13 Drøftingsprotokoll
- Sak 08/13 Drøftingsprotokoll

I forkant av styremøtet var det to seminarer:

30.01.13 – Strategi 2020

31.01.13 – Finansieringsmodellen

Styreleder Marthe Styve Holte ønsket velkommen til styremøtet.

Det var ingen merknader til innkalling og sakliste

SAK 01/13 Referatsaker

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 28.01.13
- Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 16.01.13
- Ope brev Søre Sunnmøre og Nordfjord samordnar krefter
- Angående økonomi Helse Møre og Romsdal HF
- Vedtatt investeringsplan må følgast

Sak 02/13 Statusrapport Helse Midt-Norge pr november/desember 2012

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar den rapporterte utviklingen for økonomi, aktivitet, ventetid, fristbrudd, kvalitet og bemanning til etterretning
2. Styret ber adm. direktør ha en særlig oppmerksomhet på foretakenes underliggende drift.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar den rapporterte utviklingen for økonomi, aktivitet, ventetid, fristbrudd, kvalitet og bemanning til etterretning
2. Styret ber adm. direktør ha en særlig oppmerksomhet på foretakenes underliggende drift.

Sak 03/2013 Resultat- og Investeringsbudsjett 2013

Forslag til vedtak:

1. Styret vedtar et konsolidert budsjett for Helse Midt-Norge med et resultat på 371,1 mill kr i overskudd.
2. Styret vedtar et investeringsbudsjett for foretaksgruppen i 2013 i henhold til tabell:

Planlagte investeringer	2013
Nye St Olavs Hospital	425 200
Bygg (inkl salg HMR) / HMS	112 550
IKT	243 000
MTU	202 650
Ombygging laboratorier	11 600
EK-innskudd KLP	43 500
Oppgradering Ålesund Sjukehus	11 900
Tiltak ved Molde Sjukehus	35 200
Helikopterlandingsplasser	5 000
Prehospitale investeringer	75 600
Sum investeringsplaner	1 166 200

3. Styret ser det som nødvendig å styrke likviditeten og understreker behovet for en tett oppfølging av resultatutvikling i helseforetakene.
4. Styret i Helse Midt-Norge gir administrerende direktør fullmakt til å fordele investeringsmidler til ENØK-tiltak.
5. Administrerende direktør gis fullmakt til å foreta mindre endringer i resultat- og investeringsbudsjett for 2013.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret vedtar et konsolidert budsjett for Helse Midt-Norge med et resultat på 371,1 mill kr i overskudd.

2. Styret vedtar et investeringsbudsjett for foretaksgruppen i 2013 i henhold til tabell:

Planlagte investeringer	2013
Nye St Olavs Hospital	425 200
Bygg (inkl salg HMR) / HMS	112 550
IKT	243 000
MTU	202 650
Ombygging laboratorier	11 600
EK-innskudd KLP	43 500
Oppgradering Ålesund Sjukehus	11 900
Tiltak ved Molde Sjukehus	35 200
Helikopterlandingsplasser	5 000
Prehospitale investeringer	75 600
Sum investeringsplaner	1 166 200

3. Styret ser det som nødvendig å styrke likviditeten og understreker behovet for en tett oppfølging av resultatutvikling i helseforetakene.

4. Styret i Helse Midt-Norge gir administrerende direktør fullmakt til å fordele investeringsmidler til ENØK-tiltak.

5. Administrerende direktør gis fullmakt til å foreta mindre endringer i resultat- og investeringsbudsjett for 2013.

Sak 04/13 Rullering av Strategi 2020

Forslag til vedtak:

1. Strategi 2020 er Helse Midt-Norges strategiske fundament for utvikling av likeverdige og framtidsrettede spesialisthelsetjenester for befolkningen. Strategi 2020 har vært retningsgivende for de omstillingsprosesser som er satt i gang i etterkant av vedtaket av strategien. I tillegg har Strategi 2020 gitt et viktig grunnlag for å utvikle samarbeidet med andre aktører. Styret i Helse Midt-Norge RHF finner det nå riktig med en rullering av strategien for å fange opp nye nasjonale føringer og ny kunnskap.

2. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at følgende hovedutfordringer og strategiske mål fortsatt ligger fast;

Hovedutfordringer:

- Befolkningens sammensetning og behov endres
- Tydeligere krav til dokumentert kvalitet
- Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor
- Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten

Strategiske mål:

- a. Styrket innsats for de store pasientgruppene
- b. Kunnskapsbasert pasientbehandling
- c. En organisering som underbygger gode pasientforløp
- d. Rett kompetanse på rett tid til rett sted
- e. Økonomisk bærekraft

3. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar forslaget til strategimodell med følgende nivåinndeling;

- a. Nivå 1; Hovedutfordringer og langsiktige strategiske mål
Nivå 1 skal være retningsgivende i prioriteringsspørsmål i strategiperioden.
- b. Nivå 2; Strategiske grep
Nivå 2 skal gi grunnlaget for prioriteringene i langtidsplan og langtidsbudsjett
- c. Nivå 3; Kortsiktige mål og tiltak
Nivå 3 skal gi grunnlaget for årlige styringsdokument, foretaksmøter og budsjett.

Det forutsettes at strategimodellen blir lagt til grunn i den videre oppfølgingen av Strategi 2020.

4. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om at helseforetakene gir innspill til de foreslåtte strategiske grep før endelig vedtak fattes av styret i RHF i mars 2013.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Strategi 2020 er Helse Midt-Norges strategiske fundament for utvikling av likeverdige og framtidsrettede spesialisthelsetjenester for befolkningen. Strategi 2020 har vært retningsgivende for de omstillingsprosesser som er satt i gang i etterkant av vedtaket av strategien. I tillegg har Strategi 2020 gitt et viktig grunnlag for å utvikle samarbeidet med andre aktører. Styret i Helse Midt-Norge RHF finner det nå riktig med en rullering av strategien for å fange opp nye nasjonale føringer og ny kunnskap.

2. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at følgende hovedutfordringer og strategiske mål fortsatt ligger fast;

Hovedutfordringer:

- a. Befolkningens sammensetning og behov endres
- b. Tydeligere krav til dokumentert kvalitet
- c. Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor
- d. Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten

Strategiske mål:

- a. Styrket innsats for de store pasientgruppene
- b. Kunnskapsbasert pasientbehandling
- c. En organisering som underbygger gode pasientforløp

- d. Rett kompetanse på rett tid til rett sted
- e. Økonomisk bærekraft

3. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar forslaget til strategimodell med følgende nivåinndeling;

- a. Nivå 1; Hovedutfordringer og langsiktige strategiske mål
Nivå 1 skal være retningsgivende i prioriteringsspørsmål i strategiperioden.
- b. Nivå 2; Strategiske grep
Nivå 2 skal gi grunnlaget for prioriteringene i langtidsplan og langtidsbudsjett
- c. Nivå 3; Kortsiktige mål og tiltak
Nivå 3 skal gi grunnlaget for årlige styringsdokument, foretaksmøter og budsjett.

Det forutsettes at strategimodellen blir lagt til grunn i den videre oppfølgingen av Strategi 2020.

4. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om at helseforetakene gir innspill til de foreslåtte strategiske grep før endelig vedtak fattes av styret i RHF i mars 2013.

Sak 05/13 Oppfølging av Oppdragsdokument og Foretaksprotokoll for 2013

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge for 2013 til etterretning.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar til etterretning administrerende direktørs redegjørelse om hvordan det regionale helseforetaket har tilrettelagt for ivaretagelse og oppfølging av styringskravene fra Helse- og omsorgsdepartementet som er formidlet gjennom oppdragsdokumentet og protokoll fra foretaksmøter.
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om en risikovurdering av det samlede styringsbudskapet fra Helse- og omsorgsdepartementet i tilknytning til tertialrapporteringen 1.tertial.
4. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om å få seg forelagt en kortfattet rapport som viser det regionale helseforetakets oppfølging av departementets styringskrav, samt underliggende helseforetaks oppfølging av styringskrav gitt i styringsdokument og protokoll fra foretaksmøtet i tilknytning til tertialrapporteringen 2.tertial.
5. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om at det rettes særskilt fokus på å nå målene innen de områdene som vurderes å ha størst risiko og konsekvens.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge for 2013 til etterretning.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar til etterretning administrerende direktørs redegjørelse om hvordan det regionale helseforetaket har tilrettelagt for ivaretagelse og oppfølging av styringskravene fra Helse- og omsorgsdepartementet som er formidlet gjennom oppdragsdokumentet og protokoll fra foretaksmøter.
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om en risikovurdering av det samlede styringsbudskapet fra Helse- og omsorgsdepartementet i tilknytning til tertialrapporteringen 1.tertial.
4. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om å få seg forelagt en kortfattet rapport som viser det regionale helseforetakets oppfølging av departementets styringskrav, samt underliggende helseforetaks oppfølging av styringskrav gitt i styringsdokument og protokoll fra foretaksmøtet i tilknytning til tertialrapporteringen 2.tertial.
5. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om at det rettes særskilt fokus på å nå målene innen de områdene som vurderes å ha størst risiko og konsekvens.

Sak 6/13 Styringsdokumenter til helseforetakene i Midt-Norge 2013

Forslag til vedtak:

1. Styret godkjenner styringsdokument for Helse Møre og Romsdal HF for 2013 i henhold til vedlegg 1.
2. Styret godkjenner styringsdokument for St. Olavs Hospital HF for 2013 i henhold til vedlegg 2.
3. Styret godkjenner styringsdokument for Helse Nord-Trøndelag HF for 2013 i henhold til vedlegg 3.
4. Styret godkjenner styringsdokument for Rusbehandling Midt-Norge HF for 2013 i henhold til vedlegg 4.
5. Styret godkjenner styringsdokument for Sykehusapotekene i Midt-Norge HF for 2013 i henhold til vedlegg 5.
6. Styret godkjenner styringsdokument for Ambulanse Midt-Norge HF for 2013 i henhold til vedlegg 6.
7. Administrerende direktør gis anledning til å foreta mindre korreksjoner i styringsdokumentene.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret godkjenner styringsdokument for Helse Møre og Romsdal HF for 2013 i henhold til vedlegg 1.
2. Styret godkjenner styringsdokument for St. Olavs Hospital HF for 2013 i henhold til vedlegg 2.
3. Styret godkjenner styringsdokument for Helse Nord-Trøndelag HF for 2013 i henhold til vedlegg 3.
4. Styret godkjenner styringsdokument for Rusbehandling Midt-Norge HF for 2013 i henhold til vedlegg 4.
5. Styret godkjenner styringsdokument for Sykehusapotekene i Midt-Norge HF for 2013 i henhold til vedlegg 5.
6. Styret godkjenner styringsdokument for Ambulanse Midt-Norge HF for 2013 i henhold til vedlegg 6.
7. Administrerende direktør gis anledning til å foreta mindre korreksjoner i styringsdokumentene.

Sak 07/13 Internrevisjonens aktivitetsplan 2013- 2015

REVISJONSUTVALGETS FORSLAG TIL VEDTAK

Styret godkjenner internrevisjonens aktivitetsplan for 2013-2015.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret godkjenner internrevisjonens aktivitetsplan for 2013-2015.

Sak 08/13 Samarbeid innen eiendomsvirksomheten mellom de regionale helseforetakene

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til at det etableres et interregionalt eiendomsforum, i tråd med konklusjonene i denne styresaken og som anbefalt av de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til at det etableres et interregionalt eiendomsforum, i tråd med konklusjonene i denne styresaken og som anbefalt av de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene.

Sak 09/13 Kulturminnevernet - felles rutiner for utarbeidelse av forvaltningsplaner

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar felles rutiner for utarbeidelse av forvaltningsplaner, gjennomføring av vedlikehold og søknadspliktige tiltak for verneverdige bygg og områder i Helse Midt-Norge.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar felles rutiner for utarbeidelse av forvaltningsplaner, gjennomføring av vedlikehold og søknadspliktige tiltak for verneverdige bygg og områder i Helse Midt-Norge.

Sak 10/13 Ny versjon av styreinstruks for Styret i Helse Midt-Norge RHF

Forslag til vedtak:

1. Med bakgrunn i Helseforetakslovens endringer vedtas ny styreinstruks for styret i Helse Midt-Norge RHF.
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF anmoder de underliggende helseforetaks styrer om å gjennomgå og revidere sine instrukser.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Med bakgrunn i Helseforetakslovens endringer vedtas ny styreinstruks for styret i Helse Midt-Norge RHF.

2. Styret for Helse Midt-Norge RHF anmoder de underliggende helseforetaks styrer om å gjennomgå og revidere sine instruks.

Sak 11/13 Fastsettelse av lønn til konstituert administrerende direktør

Forslag til vedtak:

1. Det vises til sak 99/12, der styret vedtok å konstituere Daniel Haga i stillingen som administrerende direktør med virkning fra 1.1.2013 og inntil videre.

2. Kst. adm. direktørs årslønn fastsettes til kr. 1.575.000,- med virkning fra 1.1.2013. Det gjøres ingen endringer i øvrige betingelser knyttet til lønn og godtgjøringer

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Det vises til sak 99/12, der styret vedtok å konstituere Daniel Haga i stillingen som administrerende direktør med virkning fra 1.1.2013 og inntil videre.

2. Kst. adm. direktørs årslønn fastsettes til kr. 1.575.000,- med virkning fra 1.1.2013. Det gjøres ingen endringer i øvrige betingelser knyttet til lønn og godtgjøringer

Sak 12/13 Orienteringssaker

Styret i Helse Midt-Norge RHF tar fremlagte orienteringssaker til orientering.

I styremøte 31.01.2013 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Nytt fra foretaksgruppen
- Prosess LTB/LTP
- Endringer i Helseforetaksloven
- Miljø- og klimaprojekt status

Sak 13/13 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 14/13 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoll ble godkjent og signert i møtet

Oslo 31.01.13

Marthe Styve Holte

Kåre Gjønnnes

Vigdís Harsvik

Ottar B. Guttelvik

Tore Kristiansen

Gunn Iversen Stokke

Trond Prytz

Kjersti Tommelstad

Eva Vinje Aurdal

Nils Håvard Dahl

Tore Brudeseth

Ellen Wøhni

Björg Henriksen

Rullering av Strategi 2020

Styreseminar 30. januar 2013





Hvorfor rullere

- Eierskap til Strategi 2020
- Kvalitetssikre Strategi 2020
ift. nye føringer og
kunnskap
- Etablere en strategimodell

2020
STRATEGI

Hva står vi foran

- Befolkningens sammensetning og behov endres
- Tydeligere krav til dokumentert kvalitet
- Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor
- Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten





5 strategiske mål mot 2020

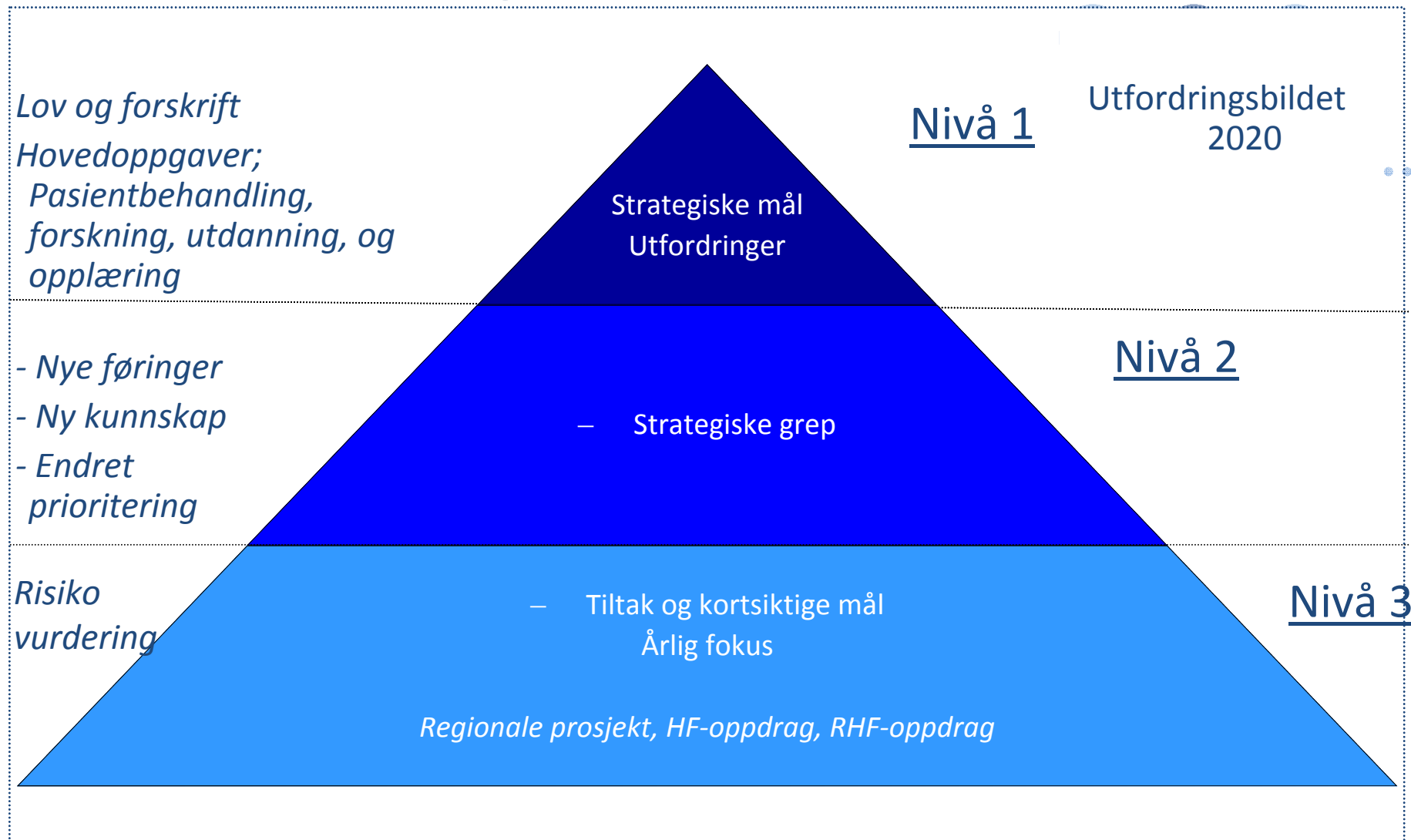
- Styrket innsats for de store pasientgruppene
- Kunnskapsbasert pasientbehandling
- En organisering som underbygger gode pasientforløp
- Rett kompetanse på rett sted til rett tid
- Økonomisk bærekraft



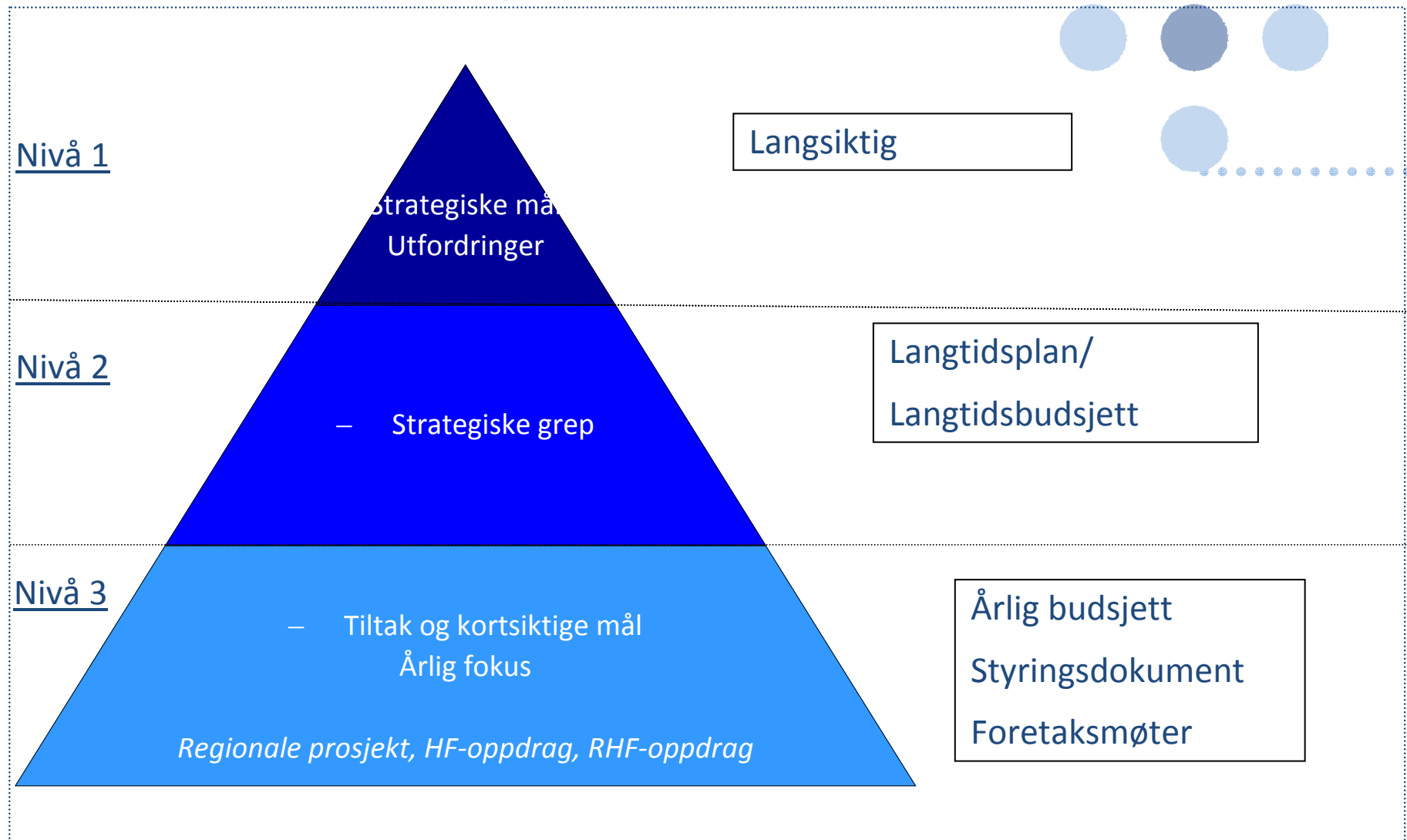
Strategimodell – hvorfor?

- Retningsgivende endringsstrategi
- Rydde opp i ulike mål- og tiltaksnivå – tydeliggjør oppfølgingen
- Sikre konsistens mellom Strategi 2020 og andre styrende dokument og planprosesser
- **Sikre gjennomføringskraft**

Strategimodell



Strategimodell





Nye nasjonale føringer

- Meld. St. 16 (2010 – 2011): Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).....
- Meld. St. 29 (2010 – 2011): Felles ansvar for et godt og anstendig arbeidsliv
- Meld. St. 13 (2011 - 2012): Utdanning for velferd - Samspill i praksis
- Meld. St. 30 (2011 – 2012): Se meg - en enhetlig rusmiddelpolitikk
- Meld. St. 9 (2012 – 2013): Én innbygger - én journal
- Meld. St. 10 (2012 – 2013): God kvalitet – trygge tjenester

Nasjonal helse- og omsorgsplan

- Gir retning – med samhandlingsreformen i bunn
- Fokus på pasientenes behov for koordinerte tjenester
- Bedre samarbeid og god arbeidsdeling
- Desentralisering av tilbud mht hyppig forekommende tilstander
- Samle funksjoner der det er best av hensyn til kvalitet – desentralisere der det er mulig
- God kvalitet og riktig kompetanse
- Understøtte kommunenes oppgraderte rolle
- Pasientene; Innflytelse over utforming av tjenestetilbudet



Felles ansvar for et godt og anstendig arbeidsliv

- Videreutvikle 3-partsmodellen bygget på samarbeid, respekt, medbestemmelse, utjevning og anstendige arbeidsvilkår
- Løfter særskilt frem tiltak innen områder som IA og sosial dumping



Utdanning for velferd

- Retningsmelding
- Sterkere sammenheng mellom utdanning, forskning og arbeidsliv
- Arbeidsgiver får et større ansvar for å bidra i utviklingen av utdanningene



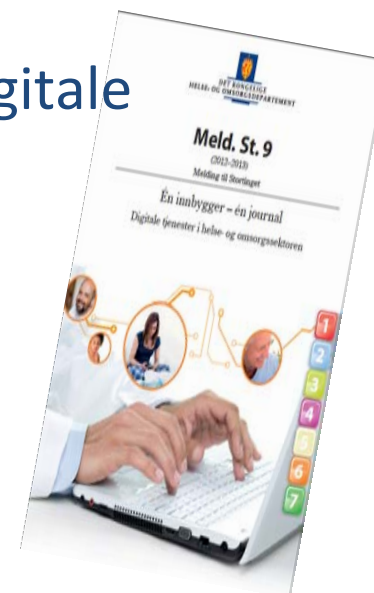
Se meg – en enhetlig rusmiddelpolitikk

- Vektlegger forebygging og tidlig innsats, samhandling, økt kompetanse og bedre kvalitet
- Tettere integrering av rusbehandling med øvrige spesialisthelsetjenester



En innbygger – en journal

- Gode IKT-systemer er et viktig verktøy for å oppnå bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Helsepersonell skal ha rask, enkel og sikker tilgang til alle nødvendige opplysninger – en journal
- Innbyggerne skal ha rask tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for bedring av kvalitet, helseovervåking, styring og forskning



God kvalitet – trygge tjenester

- Utvikle en mer brukerorientert tjeneste
- Økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring, bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser
 - Større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet
 - Mer aktiv pasientrolle
 - Strukturer som understøtter kvalitetsarbeid
 - Systematisk utprøving av nye behandlingsmetoder







Oppsummert

- Kvalitet
 - Pasientsikkerhet
 - Kompetanse
 - Pasientens rolle
 - Bruk av teknologi
-
- Oppdatere de strategiske grepene



Forslag - Strategiske grep

- Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester
- Standardisere
- Ta i bruk pasientens egne ressurser
- Sikre bærekraftige fagmiljø
- Vri ressursbruk fra drift til investering



Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester

- Mer bostedsnære tilbud gjennom en desentralisering av spesialisthelsetjenestene
- Kompetansestøtte til kommunene
- Styrket omlegging fra døgn til dagtilbud og poliklinikk
- Bruk av private sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner – bedre styring av avtalespesialister
- Tiltak som gjør pasientene mer i stand til å ta vare på egen helse (for eksempel nettbaserte tjenester)



Standardisere

- Krav til standardisering bl.a. ved å;
 - Utvikle medisinske prosedyrer og **pasientforløp** som defineres av fagfolk på kunnskapsbasert grunnlag
 - Utvikle og ta i bruk nasjonale kvalitetsregistre
 - Utvikle elektroniske systemer (pasientadministrative, journalsystemer, fagsystemer) og teknologiske løsninger
 - Videreutvikle arbeidsprosesser



Ta i bruk pasientens egne ressurser

- Brukerkunnskap vesentlig for å styrke kunnskapsbasert praksis
-
- Gis mulighet for en mer aktiv rolle i egen behandling
- Informasjon og støtte til egenomsorg og mestring; eks. nettbasert informasjon og tjenester

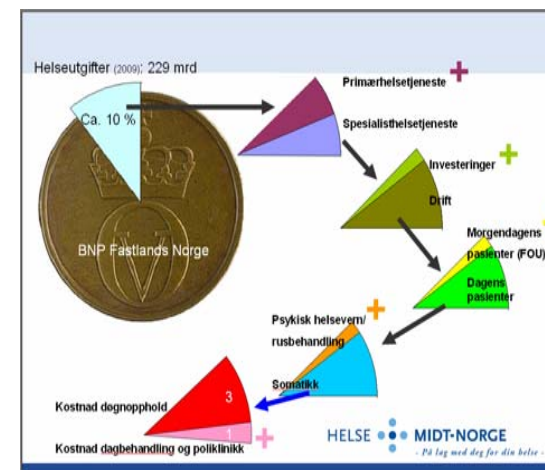


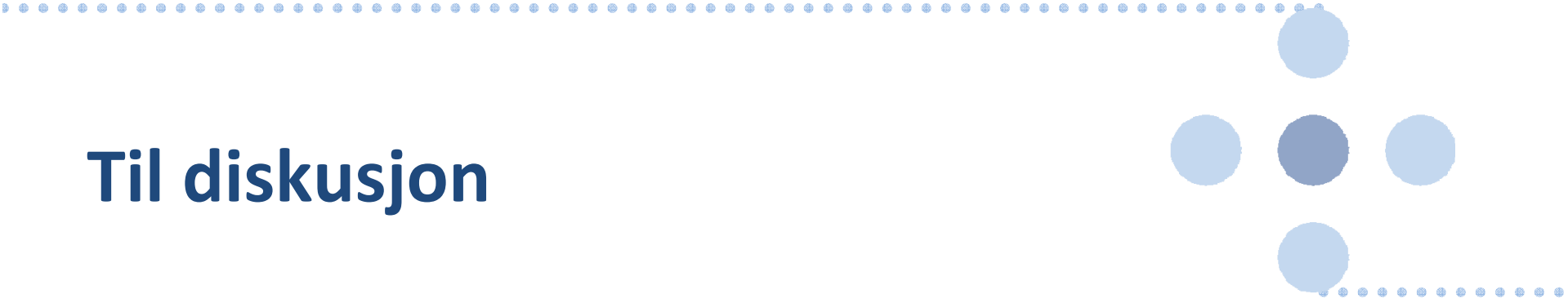
Sikre bærekraftig fagmiljø

- God planlegging og styring av personellressursen ut fra tjenestens behov
- Systematisk utvikling av kompetansen til medarbeiderne
- Jobbgliding
- Etterlevelse av arbeidstidsbestemmelsene
- Flytte kompetanse fra passiv beredskap til aktiv behandling

Vri fra drift til investering – for å realisere prioriterte prosjekter

- Midler til investeringer må frigjøres gjennom en varig kostnadsreduksjon på drift
- Stiller krav til;
- bedre ressurs- og kapasitetsutnyttelse
- god økonomisk styring
- gode arbeidsprosesser

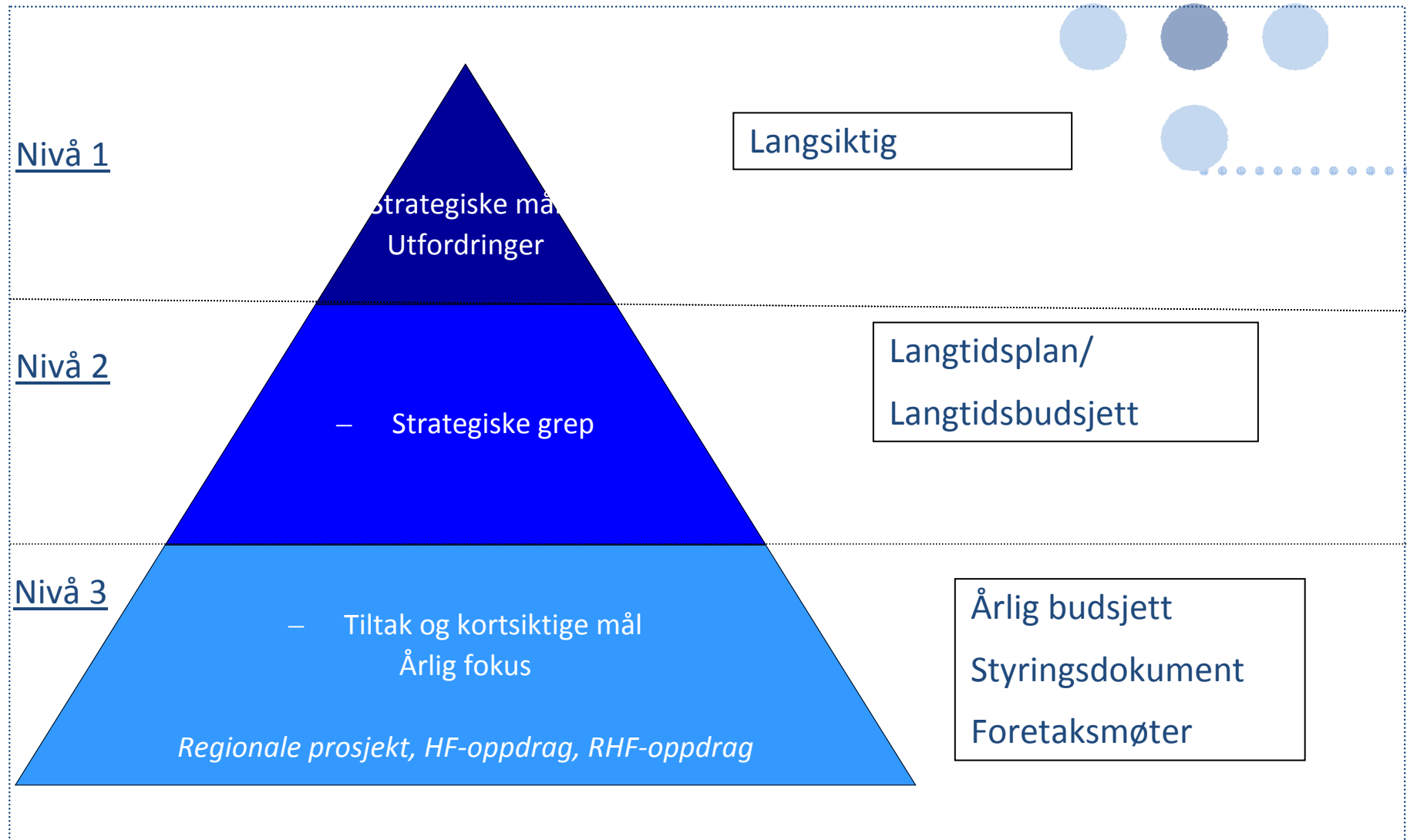




Til diskusjon

- Er dette de rette strategiske grepene?
- Vil de bidra til økt gjennomføringskraft?

Strategimodell



HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 13/2013 Brukerrepresentasjon i styret for Helse Nord-Trøndelag HF

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	18.03.13	13/2013

Saksbeh: **Eli Hansen**

Arkivkode: **012**

Saksmappe: **2013/1063**

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord-Trøndelag sier seg enig i at Brukerutvalget gis mulighet til å møte med to representanter i styret, med talerett.

SAKSUTREDNING:

Sak 13/2013 Brukerrepresentasjon i styret for Helse Nord-Trøndelag HF

I brukerutvalgets møte 13.02.13 ble det under sak 6/2013 gjort følgende vedtak:

”Representasjon i styremøter:

Brukerutvalget vil fremme ønske om møte- og talerett for to brukerrepresentanter i Helse Nord-Trøndelags styre.”

Samhandlingsreformen har aktualisert og forsterket kravet om brukernes medvirkning både på individ-, tjeneste- og styringsnivå.

Medvirkning fra brukerorganisasjonene vil bli stadig viktigere mht. å utvikle kvalitet i helsetjenestene.

Det er imidlertid utfordrende å skulle møte i fora som eneste representant for brukerne. De fleste helseforetak har tatt konsekvensen av dette slik at brukerne sjelden møter alene der de skal representere. Bl.a. er brukerne representert med 2 representanter i de aller fleste styrene for helseforetak også i Helse Midt RHF, ved St. Olavs Hospital HF og ved Helse Møre- og Romsdal HF.

Det er derfor naturlig at også Helse Nord-Trøndelag etablerer denne praksisen.

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Samhandlingsreformen, Nasjonal helse- og omsorgsplan og Stortingets behandling (Innst. 422 S (2010–2011)) utgjør et overordnet rammeverk og gir føringer for den videre utvikling av den samlede helse- og omsorgstjenesten (fra styringsdokumentet 2013)

Strategier og planer vedtatt av HMN, herunder strategi for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

I Nasjonal Helse- og omsorgsplan 2011-2015 slås det fast følgende:

”Brukermedvirkning i helseforetak:

Brukermedvirkning er et av fem satsingsområder i de regionale helseforetakenes nasjonale strategi for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Helseforetakene har som mål å utvikle strategier for brukermedvirkning på alle tjenesteområder.

Representanter for kronisk syke og funksjonshemmede, eldre og organisasjoner for rusmiddelmissbrukere og deres pårørende, deltar i brukerutvalgene i helseforetakene.”

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Viser til prinsipper for godtgjørelse av brukerrepresentanter i Helse Nord-Trøndelag

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 14/2013 Valg av ansatterepresentanter til styret i Helse Nord-Trøndelag HF 2013- 2015

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	18.03.13	14/2013

Saksbeh: Mathias Mørkved

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2013/1063

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF tar til etterretning at følgende ansatterepresentanter er valgt til styret i Helse Nord-Trøndelag HF for en periode på to år fra 1. mai 2013:

Nr	Etternavn	Fornavn	Foretak	Arbeidssted	Foreslått av
1	Sæther	Sølvi	HNT	Foretakstillitsvalgt	NSF
2	Kjølseth	Elinor	HNT	Rehab L	Fagforbundet
3	Himo	Peter	HNT	Kir N	NSF
4	Larsen	Rolf	HNT	Foretakstillitsvalgt	Dnlf
5	Børstad	Kristian	HNT	Mottagelsen N	NSF
6	Rønning	Hanne	HNT	IT og anvendelse N	Fagforbundet
7	Veie	Mona Lund	HNT	Fysioterapi L	NFF
8	Busse	Trude	HNT	H4 N	NSF
9	Aune	Knut E. M	HNT	HTV/Kir N	Dnlf
10	Eidsaunet	Jørund	HNT	Drift L	El & It

SAKSUTREDNING:

Sak 14/2013 Valg av ansatterepresentanter til styret i Helse Nord-Trøndelag HF 2013- 2015

VEDLEGG

- Valgprotokoll datert 18. mars 2013

GJELDENDE FORUTSETNINGER

- Lov om helseforetak m.m. (Helseforetaksloven) Lov-2002-06-15-93. Paragraf 21, 22, 23 og 24.
- 2002.11.15 nr. 1287: (HOD) Forskrift til helseforetakslovens bestemmelser om de ansattes rett til representasjon i regionale helseforetaks og helseforetaks styrever.
- Diverse supplerende lovbestemmelser – se prosedyre.

BAKGRUNN

I henhold til ovennevnte lov og forskrift skal det velges ansatterepresentanter med to års funksjonstid til styret i Helse Nord-Trøndelag HF.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Den 2.januar 2013 ble det med hjemmel i overnevnte forskrift kunngjort at valg av ansattes representanter til styret i Heles Nord-Trøndelag skulle gjennomføres den 13. mars 2013. Det var den 2. januar allerede kommet inn skriftlige krav fra foretakstillitsvalgte i Norsk sykepleierforbund og Fagforbundet om forholdstallsvalg. Nevnte organisasjoner representerer minst 1/5 av de stemmeberettigede og kravet ble derfor tatt til følge.

Den 2. januar 2013 ble det kunngjort at valget skulle gjennomføres som forholdstallsvalg og at dato for innlevering av listeforslag til valgstyret var 20. februar 2013. Valgstyret forlenget etter søknad fra NSF fristen til den 22. februar 2013

Den 22. februar 2013 var det kommet inn ett listeforslag til valgstyret. Listeforslaget var fremmet av LO/Fagforbundet, UNIO/Norsk sykepleierforbund, Norsk Fysioterapiforbund, Norsk Ergoterapeutforbund, og Norsk Radiografforbund og Akademikerne/ Norsk Psykologforening. Listeforslaget tilfredsstilte krav til valgbarhet og sammensetning. Det var videre fylt ut villighetserklæring for alle kandidatene. Listeforslaget er dermed gyldig.

Med hjemmel i § 10 i overnevnte forskrift velges de som er foreslått på denne listen i den rekkefølge de er foreslått som representanter til styret i Helse Nord-Trøndelag HF for en periode på to år fra 1.mai 2013.

- 1 Sæther Sølvi HNT FTV NSF
- 2 Kjølseth Ellinor HNT Rehab L Fagforbundet
- 3 Himo Peter HNT HTV/ Kir N NSF
- 4 Larsen Rolf HNT FTV Dnlf
- 5 Børstad Kristian HNT Mottagelsen N NSF
- 6 Rønning Hanne HNT IT og Anvendelse N Fagforbundet
- 7 Veie Mona Lund HNT Fysioterapi L
- 8 Busse Trude HNT H4 N NSF
- 9 Aune Knut E Moen HNT HTV / Kir N
- 10 Eidsaunet Jørund HNT Drift L El & It

Administrerende direktør vil orientere Helse Midt-Norge RHF og Foretaksregisteret i Brønnøysund om valget i egne brev.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 15/2013 Driftsrapport februar 2013

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	18.03.13	15/2013
Saksbeh:	Tormod Gilberg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2013/1063	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar driftsrapporten for februar til etterretning.

SAKSUTREDNING:

Sak 15/2013 Driftsrapport februar 2013

VEDLEGG

Ingen.

BAKGRUNN

Denne saken omfatter en samlet rapportering av status ved Helse Nord-Trøndelag HF ved utgangen av februar 2013, både med hensyn til helsefag, økonomi og personell.

SAMMENDRAG

Foretakets regnskap for februar viser et resultat i bra samsvar med vedtatt budsjett. Korrigert for reduserte pensjonskostnader viser resultatet et avvik på – 1,5 mill kroner siste måned og et akkumulert avvik på – 2,4 mill kroner. Den største utfordringen synes å være knyttet til å begrense bemanning og lønnskostnader til fastsatt budsjett.

Aktivitetstall hittil i år viser at foretaket ligger betydelig over bestilt (DRG-) aktivitet i de somatiske avdelingene. Årets DRG-aktivitet prognostiseres å bli om lag 6 % over HMNs aktivitetsbestilling til HNT, men omtrent i samsvar med vedtatte driftsplaner for foretakets avdelinger.

Aktiviteten i de psykiatriske avdelingene er omtrent som forventet i styringsdokumentet fra HMN, men er noe lavere enn egne plantall. Det er størst grad av måloppnåelse innen VOP og TSB, og noe lavere grad av måloppnåelse innen BUP.

For rapporterte kvalitetsindikatorer var det god måloppnåelse for gjennomsnittlig ventetid pr. 31.12.12 og tilnærmet måloppnåelse i forhold til å fjerne fristbrudd. Til tross for svært høy aktivitet i vinter har det vært litt negativ utvikling i disse indikatorene hittil i år.

HNT prognostiserer et årsresultat for 2013 på 58,1 mill kroner. Prognosen er 12,1 mill kroner bedre enn resultatkravet på 46,0 mill kroner og skyldes reduserte pensjonskostnader på samme nivå som resultatavviket. Prognosen er uendret fra forrige måned.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

1. Helsefag

1.1 Aktivitet

1.1.1 Somatikk – Sørge for og egen produksjon

Tabell: Aktivitet somatikk pr februar

Aktivitet somatikk 2013		Hittil i år				Totalt for året			
		Realisert	Budsjett	Avvik	Avvik %	Prognose	Budsjett	Avvik	Avvik %
	Sum egne pasienter behandlet i egen region	5095	4581	514					
3205	Kjøp fra andre regioner	249	236	14					
	Sum DRG-poeng "Sørge for"	5345	4817	528	9,9 %	31589	29831	1758	5,9 %
	Sum egne pasienter behandlet i egen region	5095	4581	514					
321	Gjestepasienter - salg til andre regioner	119	133	-14					
	Sum DRG-poeng produsert i egen region	5215	4714	500	9,6 %	30937	29179	1758	6,0 %

HMN har gjennom budsjett og styringsdokument for 2013 bestilt en "sørge for" - aktivitet for HNT som er om lag 4 % lavere enn realisert aktivitet i 2012. Det er denne aktivitetsforventningen som er lagt inn som planlagt aktivitet i tabellen ovenfor. For å unngå fristbrudd og for å redusere pasientenes ventetider har foretakets avdelinger (i samsvar med hovedretningslinjene i statsbudsjettet) lagt opp til en aktivitet i 2013 som ligger om lag 2 % over realisert aktivitet i fjor. Dette er innarbeidet i foretakets vedtatte budsjett og også avstemt i dialog med HMN. Slik sett vil det derfor være avvik på mer eller mindre enn 6 % i prognosen ovenfor som vil indikere en annen aktivitet enn den foretakets avdelinger har lagt til grunn i sin planlagte drift for 2013.

Registrert DRG-aktivitet var i februar omtrent som planlagt, men i Medisinsk klinikk Levanger har aktiviteten vært større enn planlagt. Det skyldes stor pågang av øyeblikkelig hjelp innleggelser som våre enheter er pålagt å følge opp.

Årets DRG-aktivitet prognostiseres å bli om lag 6 % over HMNs aktivitetsbestilling til HNT, dvs. omtrent i samsvar med vedtatte driftsplaner for foretakets avdelinger.

1.1.2 Aktivitet PHV

Tabell: Aktivitet psykisk helsevern pr februar

Aktivitet psykisk helsevern 2013	Hittil i år utført	Hittil i år planlagt	Avvik	Avvik i %
Psykisk helsevern voksne:				
Polikliniske v-konsultasjoner	9 092	8 682	410	4,7 %
Utskrivninger (sum sykehus og DPS)	190	203	-13	-6,4 %
Oppholdsdøgn (sum sykehus og DPS)	4 333	4 457	-124	-2,8 %
Psykisk helsevern barn og unge:				
Polikliniske v-konsultasjoner	3 564	4 777	-1 213	-25,4 %
Utskrivninger	24	25	-1	-4,0 %

Oppholdsdøgn	475	426	49	11,5 %
Samlemål: PH-aktivitet	25 668	26 884	-1 216	-4,5 %

Styringsdokumentet 2013 for HNT formidler forventninger om en aktivitetsvekst innen psykisk helsevern på minst 3 % samlet sett og at veksten primært skal knyttes til poliklinisk aktivitet. I **de voksenpsykiatriske avdelingene** er det lagt opp til en drift som innebærer en økning på 4 % i antall utskrevne pasienter og en økning i poliklinisk aktivitet på 8 % i forhold til aktiviteten i 2012. I **de ungdomspsykiatriske avdelingene** er det også lagt opp til en økning i antall utskrevne pasienter på 4 % og en økning i poliklinisk aktivitet på 15 % i forhold til 2012.

Hittil i år er det overoppfyllelse av planlagt aktivitet i poliklinikk i VOP, mens det er et betydelig negativt avvik innen BUP. Noe av avviket i BUP skyldes vakanser i behandlerstillinger og at nytilsatte ikke har samme produktivitet som mer etablerte behandlere.

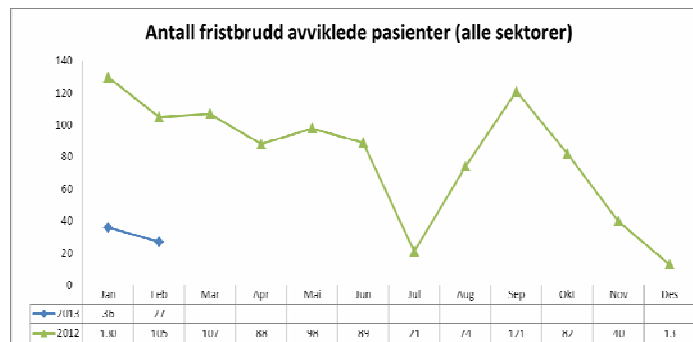
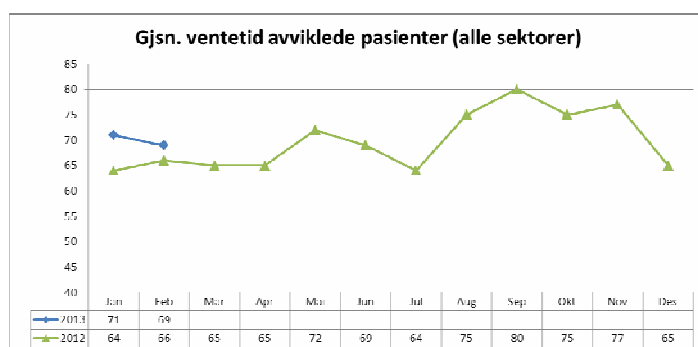
1.1.3 Aktivitet TSB

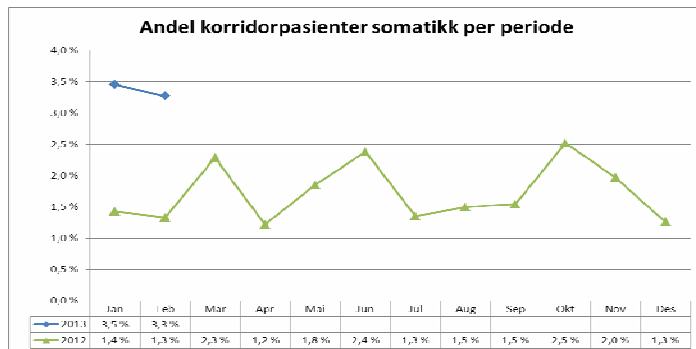
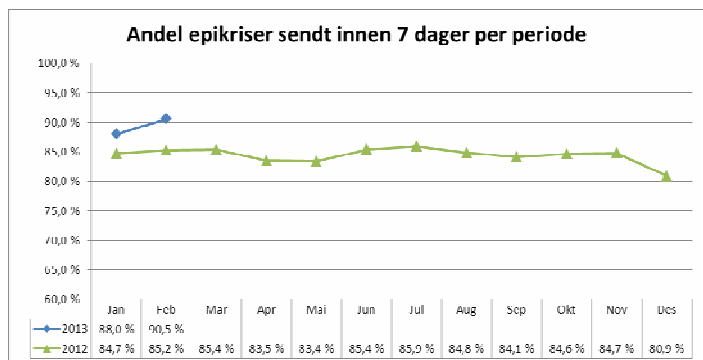
Tabell: Aktivitet TSB pr februar

Aktivitet TSB 2013	Hittil i år utført	Hittil i år planlagt	Avvik	Avvik i %
Polikliniske v-konsultasjoner	899	1 000	-101	-10,1 %
Utskrivninger	11	6	5	83,3 %
Oppholdsdøgn	319	297	22	7,4 %
Samlemål: TSB-aktivitet	1 328	1 316	12	0,9 %

Styringsdokumentet 2013 for HNT formidler forventninger om en aktivitetsvekst innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) på minst 8 % samlet sett og at veksten primært skal knyttes til poliklinisk aktivitet. Hittil i år har det vært en aktivitetsvekst i samsvar med intensjonen, men den planlagte vridningen fra innleggelse til poliklinikk er så langt ikke oppnådd.

1.2 Kvalitetsindikatorer





Det er betydelig fokus på å redusere ventetider og å fjerne fristbrudd for rettighetspasienter. Dette har gitt resultater. Ved utgangen av 2012 nådde foretaket målsettingen om gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter på 65 dager. Foretaket hadde ved årsskiftet også svært få pasienter med fristbrudd. Gjennomsnittlig ventetid og antall fristbrudd har hittil i år vært litt høyere enn ved siste årsskifte, men er forbedret litt den siste måneden. Det vil i tiden framover bli arbeidet med å legge opp driften slik at vi ikke skal ha fristbrudd for rettighetspasienter.

Det er et mål at andel epikriser sendt innen 7 dager skal være på 100 %. Denne indikatoren har utviklet seg positivt hittil i år, og det arbeides for ytterligere økning. Det er videre et mål at det i hovedsak ikke skal være korridorpasienter. Den høye aktiviteten hittil i år har imidlertid ført til at andel korridorpasienter har vært uvanlig høyt i det siste.

1.3 Samhandling

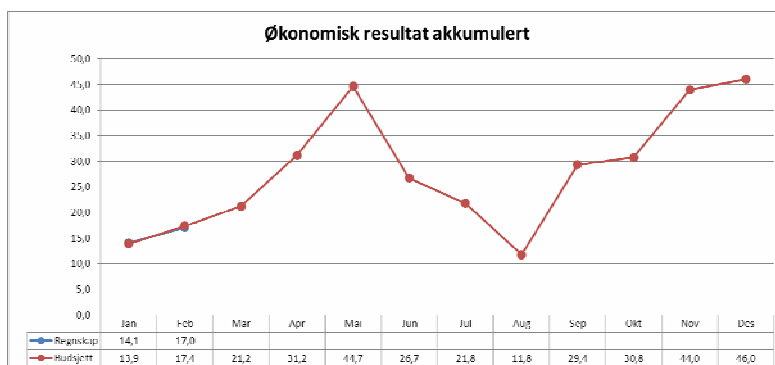
Tabell: Utskrivningsklare pasienter somatikk – antall pasienter og døgn

Utskrivningsklare pasienter	Antall pasienter	Antall døgn	Beregnet av inntekt	Avvik antall døgn
Januar	18	84	84	-
Februar	18	74	74	-
Samlet	36	158	158	-

Det er siste måned registrert 18 utskrivningsklare pasienter i foretakets sykehus. Antallet er litt over gjennomsnittet for 2012, men fortsatt av begrenset omfang. Kommunene betaler 4.125 kroner pr. liggedøgn for utskrivningsklare pasienter.

2 Økonomi

2.1 Resultat



Vedtatt budsjett for 2013 for Helse Nord-Trøndelag HF fastslår at foretaket skal ha et resultat på 46 mill kroner. Budsjettert overskudd skal bl.a. bidra med likviditet til foretakets investeringer inneværende år. Aktuarberegning fra februar 2013, som ligger til grunn for regnskapsføringen, viser at regnskapsmessige pensjonskostnader for 2013 er redusert med 12,1 mill kroner etter at det økonomiske opplegget for foretaket for 2013 ble fastsatt.

I samsvar med tidligere retningslinjer og praksis vil regjeringen i forbindelse med behandling av revidert nasjonalbudsjett i juni ta stilling til om endringen i pensjonskostnader skal få konsekvenser for basisramme eller resultatkrav i 2013. Inntil videre vil vi rapportere avvik både i forhold til vedtatt budsjett og korrigert for endrede pensjonskostnader.

Foretakets resultat viser siste måned et avvik i forhold til vedtatt budsjett på - 0,5 mill kroner. Korrigert for reduserte pensjonskostnader er resultatavviket siste måned - 1,5 mill kroner. Akkumulert resultat pr. februar viser et avvik i forhold til vedtatt budsjett på - 0,4 mill kroner og korrigert for reduserte pensjonskostnader et avvik på - 2,4 mill kroner.

2.2 Risiko og prognose

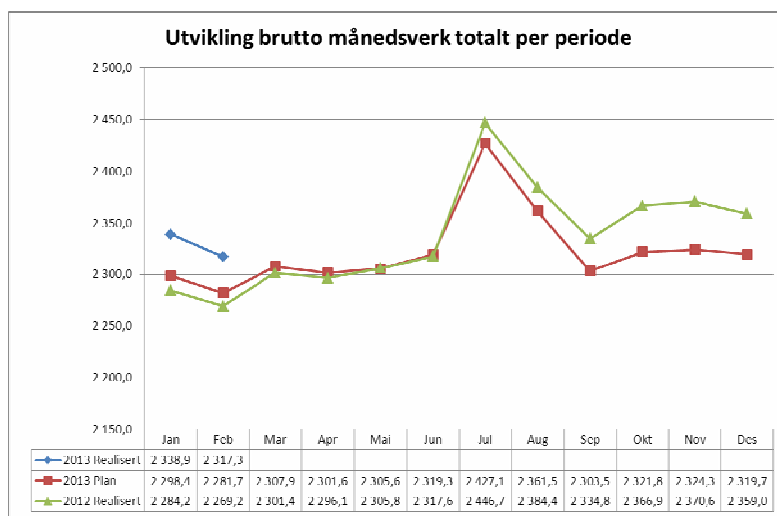
HNT prognostiserer et årsresultat for 2013 på 58,1 mill kroner. Prognosen er 12,1 mill kroner bedre enn resultatkravet på 46,0 mill kroner og skyldes reduserte pensjonskostnader på samme nivå som resultatavviket.

Det er noe usikkerhet knyttet til utvikling i aktivitets- og kostnadsnivå i tiden framover. Det er viktig at kostnadsnivået holdes så lavt som mulig selv om aktiviteten er høy. Det er videre viktig at planlagte effektiviseringstiltak gir den effekten det er budsjettert med. Disse forhold vil bli vektlagt i foretakets interne styringsdialog.

Videre arbeides det med tiltak for ytterligere effektivisering av foretakets drift. Etter en idédugnad er det sortert ut mulige områder for kostnadsreduksjoner som det vil bli arbeidet videre med. Det vil i dette arbeidet både være fokus på tiltak som vil ha effekt på kort sikt (inneværende år) og tiltak som vil kunne ha effekt på lengre sikt og som det må arbeides videre med i langtidsplansammenheng.

3 HR

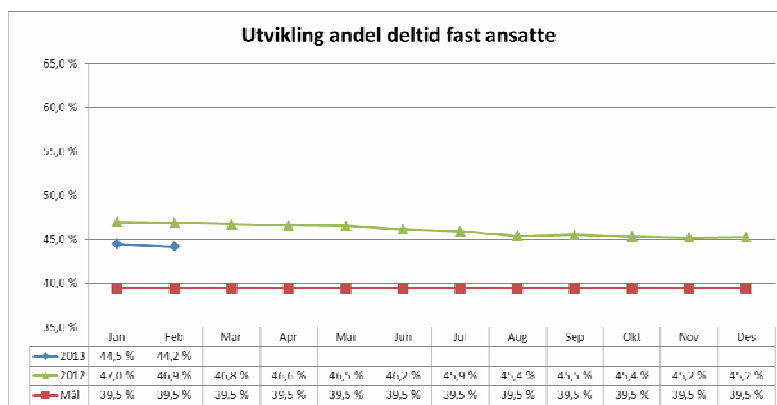
3.1 Bemanning/innleie



Foretakets bemanning, målt i brutto månedsverk, viser i februar et avvik på 36 månedsverk og hittil i år et avvik på 76 månedsverk. Innleie fra byrå er også litt høyere enn budsjettert både siste måned og hittil i år.

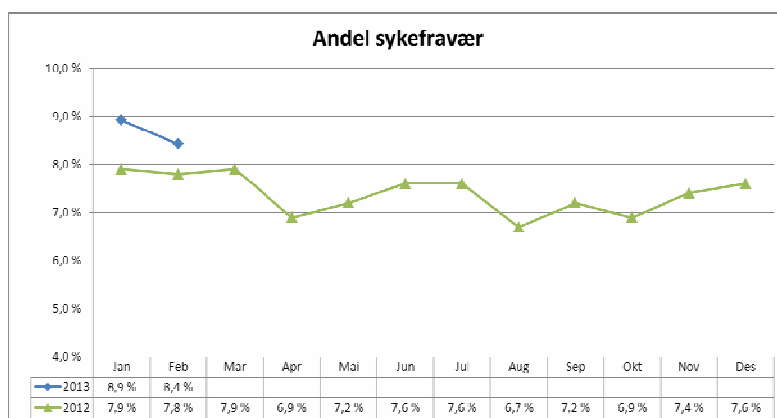
Noe av merforbruket hittil i år er knyttet til svært høy aktivitet i enkelte klinikker og noe høyere sykefravær enn budsjettert i andre klinikker. Som tidligere påpekt, vil det være behov for tett oppfølging av forbruk av personell for å sikre at en ikke overskrider budsjetterte lønnskostnader.

3.2 Deltid



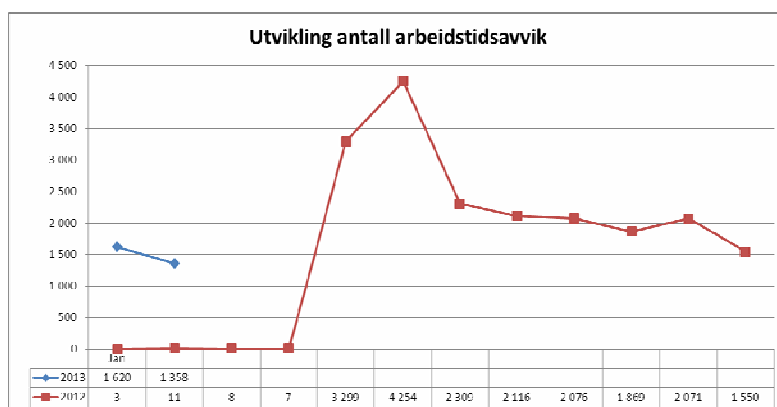
Det vises til krav som ble satt i foretaksmøte i 2011 om å redusere andel deltid med minst 20 %, alternativt øke gjennomsnittlig stillingsstørrelse med 20 %. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse desember 2010 for HNT var 82,3 %. Målet om 20 % økning i den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen er nådd når denne er på 85,8 %. Det er i dialog med HMN godkjent at dette målet skal nås innen utgangen av 2014. For 2013 er det satt et delmål om gjennomsnittlig stillingsstørrelse på 84,6 %. Pr. februar ligger foretaket 0,9 %-poeng bak denne målsettingen.

3.3 Sykefravær



Sykefraværet i HNT var i 2012 på 7,5 %. I henhold til IA-avtalen er det et mål å redusere sykefraværet gradvis til det er nede på et langsiktig mål på 7 % i 2013. Sykefraværet i foretaket var i februar på 8,4 %, - en liten økning i forhold til samme måned året før. Sykefraværet hittil i år har vært på 8,7 % mot 7,8 % for samme tidsrom i fjor.

3.4 Etterlevelse av arbeidstidsbestemmelser



Foretaket arbeider, i samarbeid med tillitsvalgte, for å redusere antall avvik fra arbeidstidsbestemmelsene. Overordnet mål i forhold til avvik fra arbeidstidsbestemmelsene er å redusere antall avvik ned mot 0, samtidig som årsaker til avvik er dokumentert.

Som det framgår av tabellen ovenfor, er registreringen på plass. Utviklingen siste måned viser jevnt over nedgang i antall arbeidstidsavvik i forhold til forrige måned.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 16/2013 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	18.03.13	16/2013
Saksbeh:	Marit Røvik Skjerve	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2013/1063	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:
Sak 16/2013 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Protokoll fra møte i Politisk samarbeidsutvalg 18.02.13
2. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 13.03.13
3. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 14.03.13
4. Orientering om Utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag HF
5. Andre orienteringer



PROTOKOLL
fra møte i Politisk samarbeidsutvalg (PSU)

Tidspunkt: Torsdag 18. februar 2013 mellom kl. 0900 - 1100

Sted: Sykehuset Levanger, Arken.

Møteleder: Bjørn Skjelstad

Møtende medlemmer:

Alf Daniel Moen

Inger Marit Eira Åhren

Bjørn Arild Gram

Robert Svarva

Hege Nordheim Viken

Bård Langsåvold

Bjørn Skjelstad

Forfall:

Siw Bleikvassli

Andre møtende:

Hege Sørli, som leder i ASU

Arne Flaatt, som nestleder i ASU

Eli Hansen, samhandlingsdirektør i HNT

Tore Andersen

Ingeborg Laugsand

Helge Gundersen

Einar Jakobsen

Ingen merknader til innkalling og sakliste.

Sak 13/01. Rehabilitering og felles framtidige utfordringer.

Innledninger ved Tore Andresen HNT og Ingeborg Laugsand fra Steinkjer Kommune.

Innlederne pekte på følgende fellesutfordringer:

- Kompetansebehov (interkommunale løsninger)
- Forventningsgapet
- Kommunikasjon mellom kommune – foretak.
- Samtidighet i handling mellom kommune - foretak

Vedtak:

PSU ønsker å sette rehabilitering på dagsorden med vekt på kompetanse, økonomi og samhandling.

Sak 13/02. IKT..status i samarbeidet og felles fremtidige utfordringer.

Innledning v/ Helge Gundersen HNT.

Gundersen pekte på følgende hovedpunkter:

- Samhandlingsreformen forsterker utviklingen som alt er i gang på samhandlingen kommune-foretak
- Savner klarere signaler fra overordnet myndighet (inkl. KS)
- Lovverk er fortsatt til hinder for samhandling

Gundersen synliggjorde følgende utfordringer:

- Arbeidet med IKT-strategi for HMN RHF
- Arbeidet med å få til « En pasient...en journal»

Vedtak:

Informasjonen tatt til orientering

Sak 13/03. Eventuelt.

- 1) Neste møte blir 23 mai.
- 2) Tema for neste møte blir a) Medfinansieringsordningen 2) Evaluering av tjenesteavtalene.

Steinkjer 2013/03/12

Einar Jakobsen

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 14.03.13 kl. 08.30 - 15.00

Møtested: Radisson Blu Hotell, Trondheim Airport

Saksnr.: 15/13 – 25/13

Arkivsaksnr.: 2012/559

Møtende medlemmer:

Marthe Styve Holte

Kåre Gjønnnes

Ottar B. Guttelvik

Tore Kristiansen

Gunn Iversen Stokke

Ellen Marie Wøhni

Nils Håvard Dahl

Björg Henriksen

Tore Brudeseth

Trond Prytz

Vigdis Harsvik

Eva Vinje Aurdal

Kjersti Tommelstad

Forfall:

Ingen

Regionalt brukerutvalg:

Snorre Ness

Elin Reinaas (fom sak 17/13)

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Daniel Haga

Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)

Direktør for stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød

Direktør for eierstyring Torbjørg Vanvik

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Direktør for helsefag, forskning og utdanning Nils Hermann Eriksson

Samhandlingsdirektør Svanhild Jenssen

Økonomidirektør Reidun Rømo

Seniorrådgiver Trond Håvard Eidet

Internrevisjonssjef Ellinor Wessel Pettersen

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 07.03.13 Samme dag ble saksdokumentene lagt ut i

styreadministrasjonen. 8. mars 2013 ble utkast til Årsberetning 2013 lagt i styreadministrasjonen som vedlegg til sak 23/13 Orienteringssaker. Vedlegg til sak 17/13 Drøftingsprotokoll ble lagt ut 12.03.13.

Samme dag ble rapporten "Samhandlingsstatistikk 2011-2012" sendt i e-post til styremedlemmene som en orientering i forkant av sak 23/13 Orienteringssaker – Samhandlingsstatistikk.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 11.03.13
- Helse og omsorgsministerens invitasjon til "Helsekonferansen 2013 – bygg nettverk, la deg inspirere"

I forkant av styremøtet var det eget seminar vedr. Finansieringsmodellen og felles seminar med styret i Ambulanse Midt-Norge HF 13.03.13

Styreleder Marthe Styve Holte ønsket velkommen til styremøtet.

Innkalling og saksliste ble godkjent.

SAK 15/13 Referatsaker

- Møte i regionalt brukerutvalg 11.03.13
- Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 27.02.13
- Brev fra Molde Næringsforum "Står prioritering og finansiering av nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal ved lag?"
- Svar til Molde Næringsforum
- Ny epoke for Helse Midt-Norge
- PM vedr felles investeringspott

Sak 16/13 Statusrapport Helse Midt-Norge pr januar 2013

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar den rapporterte utviklingen for aktivitet, ventetid, fristbrudd, kvalitet, økonomi og bemanning til etterretning.
2. Styret ber administrerende direktør om å ha fokus på kostnadskontroll og en tett oppfølging av arbeidet med tiltak i foretakene.
3. Styret viser til vedtak i sak 03/11 og vedtar endring av inntektsramme med bakgrunn i tilbakeholdt basisramme til investeringer på til sammen 165 mill kr for 2012. Dette medfører en reduksjon i resultat til Helse Midt-Norge RHF på 165 mill kr og en tilsvarende økning av

resultat til helseforetakene. I tillegg overføres 28 mill kr i prosjektmidler til Ambulanse Midt-Norge HF gjeldende for 2012.

4. Styret ber administrerende direktør om å følge opp aktivitetsutviklingen i helseforetakene tett. Det er en forutsetning at ventetidene reduseres og fristbruddene elimineres innenfor tildelt ramme.

5. Styret ber administrerende direktør ha en særlig oppmerksomhet på bemanningsutviklingen.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar den rapporterte utviklingen for aktivitet, ventetid, fristbrudd, kvalitet, økonomi og bemanning til etterretning.

2. Styret ber administrerende direktør om å ha fokus på kostnadskontroll og en tett oppfølging av arbeidet med tiltak i foretakene.

3. Styret viser til vedtak i sak 03/11 og vedtar endring av inntektsramme med bakgrunn i tilbakeholdt basisramme til investeringer på til sammen 165 mill kr for 2012. Dette medfører en reduksjon i resultat til Helse Midt-Norge RHF på 165 mill kr og en tilsvarende økning av resultat til helseforetakene. I tillegg overføres 28 mill kr i prosjektmidler til Ambulanse Midt-Norge HF gjeldende for 2012.

4. Styret ber administrerende direktør om å følge opp aktivitetsutviklingen i helseforetakene tett. Det er en forutsetning at ventetidene reduseres og fristbruddene elimineres innenfor tildelt ramme.

5. Styret ber administrerende direktør ha en særlig oppmerksomhet på bemanningsutviklingen.

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

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at årsresultat og investeringer samlet må ligge på et nivå som styrker foretaksgruppens egenkapital og som tilfredsstiller eiers krav til reduksjon av driftskreditt.

2. Styret viser til vedtak i sak 04/13 som legger til grunn at de strategiske grepene skal være førende for prioriteringene i langtidsplan/langtidsbudsjett.

3. Styret fastholder at bygging av nytt sykehus i Møre og Romsdal har første prioritet og at det i langtidsperioden skal reserveres midler til nødvendig egenfinansiering. Samtidig skal foretaksgruppens totale bygningsmasse utvikles og vedlikeholdes. Regionen

starter arbeidet med å ta igjen opparbeidet etterslep for vedlikehold av bygninger i langtidsperioden.

4. Styret har ambisiøse mål for virksomheten og vektlegger behovet for langsiktighet og en bærekraftig økonomi. For å møte befolkningens behov legger styret i langtidsperioden vekt på tilstrekkelige investeringer i IKT og medisinsk teknisk utstyr. Satsingen på kompetansebygging, forskning, utvikling og innovasjon videreføres.

5. Styret ser det som nødvendig med fortsatt årlig forbedringsarbeid i langtidsperioden, med vekt på effektivisering og reduksjon av kostnader. Samlet effekt av dette må være på nivå med tidligere vedtak for å skape rom for de nødvendige investeringer og satsingsområder.

Protokoll

Styrets nestleder Kåre Gjønnnes fremmet følgende oversendelsesforslag:

Styret viser til spørsmålene omkring videre prioritering for psykisk helsevern og ber administrasjonen komme tilbake med en fullstendig kostnadsanalyse omkring en eventuell utbygging på Østmarka eller ved St. Olav. Dette må også inneholde en driftsanalyse i forhold til dagens driftskostnader.

Styret ber om at dette legges fram på junimøtet

Det ble foretatt en prøvevotering. Forslaget fikk 9 stemmer i prøvevotering (mot 4 stemmer Eva Vinje Aurdal, Ottar Brage Guttelvik, Tore Brudeseth og Bjørg Henriksen)

I votering ble oversendelsesforslaget vedtatt mot to stemmer (Tore Brudeseth og Ottar Brage Guttelvik)

Styremedlem Vigdis Harsvik fremmet forslag om et alternativ til pkt 5:

5. Styret understreker behovet for at det årlige forbedringsarbeidet fortsetter i langtidsperioden, med fokus på effektivisering, innovasjon i interne arbeidsprosesser og reduksjon av kostnader. Samlet effekt av dette må være på nivå med tidligere vedtak for å skape rom for de nødvendige investeringer og satsingsområder.

Dette ble enstemmig vedtatt.

Det ble tilslutt stemt over alle punkter samlet. Disse ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at årsresultat og investeringer samlet må ligge på et nivå som styrker foretaksgruppens egenkapital og som tilfredsstiller eiers krav til reduksjon av driftskreditt.

2. Styret viser til vedtak i sak 04/13 som legger til grunn at de strategiske grepene skal være førende for prioriteringene i langtidsplan/langtidsbudsjett.

3. Styret fastholder at bygging av nytt sykehus i Møre og Romsdal har første prioritet og at det i langtidsperioden skal reserveres midler til nødvendig egenfinansiering. Samtidig skal foretaksgruppens totale bygningsmasse utvikles og vedlikeholdes. Regionen starter arbeidet med å ta igjen opparbeidet etterslep for vedlikehold av bygninger i langtidsperioden.

4. Styret har ambisiøse mål for virksomheten og vektlegger behovet for langsiktighet og en bærekraftig økonomi. For å møte befolkningens behov legger styret i langtidspanoden vekt på tilstrekkelige investeringer i IKT og medisinsk teknisk utstyr. Satsingen på kompetansebygging, forskning, utvikling og innovasjon videreføres.

5. Styret understreker behovet for at det årlige forbedringsarbeidet fortsetter i langtidspanoden, med fokus på effektivisering, innovasjon i interne arbeidsprosesser og reduksjon av kostnader. Samlet effekt av dette må være på nivå med tidligere vedtak for å skape rom for de nødvendige investeringer og satsingsområder.

Følgende oversendelsesforslag oversendes til administrasjonen:

Styret viser til spørsmålene omkring videre prioritering for psykisk helsevern og ber administrasjonen komme tilbake med en fullstendig kostnadsanalyse omkring en eventuell utbygging på Østmarka eller ved St. Olav. Dette må også inneholde en driftsanalyse i forhold til dagens driftskostnader.

Styret ber om at dette legges fram på junimøtet

Sak 18/13 Forretningsmodeller for Helsebygg Midt Norge

Forslag til vedtak:

1) Styret i Helse Midt-Norge RHF tar rapporten "Forretningsmodeller for Helsebygg Midt Norge" datert 3.12.2012 til orientering.

2) Styret i Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør om å legge anbefalingene i nevnte rapport til grunn i forbindelse med utredningen vedrørende nasjonalt helseforetak for planlegging, utvikling og drift av sykehusbygg.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1) Styret i Helse Midt-Norge RHF tar rapporten "Forretningsmodeller for Helsebygg Midt Norge" datert 3.12.2012 til orientering.

2) Styret i Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør om å legge anbefalingene i nevnte rapport til grunn i forbindelse med utredningen vedrørende nasjonalt helseforetak for planlegging, utvikling og drift av sykehusbygg.

Sak 19/13 Etablering av Helsetjenestens Driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO) som felleseid RHF virksomhet

Forslag til vedtak:

1. Styret vedtar at Helse Midt-Norge RHF, i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene, etablerer Helsetjenestens Driftsorganisasjon for Nødnett som en felleseid virksomhet. Virksomheten etableres som et helseforetak.
2. Styret slutter seg til at Helse Midt-Norge RHF skal ha en eierandel på 20 prosent, i samsvar med eierandel i øvrige felleseide virksomheter.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å oppnevne en kandidat fra Helse Midt-Norge til foretaksstyre for Helsetjenestens Driftsorganisasjon for Nødnett HF

Protokoll

Styreleder Marthe Styve Holte fremmet forslag om et pkt 4:

4. Styret ber om at brukerrepresentasjon blir ivaretatt ved at det oppnevnes to brukerrepresentanter til foretaksstyret for Helsetjenestens Driftsorganisasjon for Nødnett HF

Det ble stemt over alle punkter samlet. Disse ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret vedtar at Helse Midt-Norge RHF, i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene, etablerer Helsetjenestens Driftsorganisasjon for Nødnett som en felleseid virksomhet. Virksomheten etableres som et helseforetak.
2. Styret slutter seg til at Helse Midt-Norge RHF skal ha en eierandel på 20 prosent, i samsvar med eierandel i øvrige felleseide virksomheter.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å oppnevne en kandidat fra Helse Midt-Norge til foretaksstyre for Helsetjenestens Driftsorganisasjon for Nødnett HF
4. Styret ber om at brukerrepresentasjon blir ivaretatt ved at det oppnevnes to brukerrepresentanter til foretaksstyret for Helsetjenestens Driftsorganisasjon for Nødnett HF

Sak 20/13 - Årlig melding Helse Midt-Norge RHF 2012

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt - Norge RHF vedtar å oversende Årlig melding 2012 fra Helse Midt - Norge til Helse - og omsorgsdepartementet.
2. Som en oppsummering av Årlig melding 2012 vil styret konkludere med følgende:
 - a. Styret for Helse Midt - Norge RHF vurderer at "Sørge for" ansvaret som er pålagt Helse Midt - Norge RHF samlet sett er oppfylt for 2012.
 - b. Styret for Helse Midt - Norge RHF er tilfreds med at Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2012, formidlet i oppdragsdokument og foretaksmøter, er fulgt opp og at målene er nådd på de fleste områder.
 - c. Styret for Helse Midt - Norge RHF er tilfreds med utviklingen av kvalitetsindikatorene ventetid og fristbrudd, samt forbedringen og standardiseringsarbeidet knyttet til pasientforløp.
 - d. Styret for Helse Midt - Norge RHF er tilfreds med at den økonomiske målsetting er nådd i og med at foreløpig årsresultat for 2012 for foretaksgruppen er bedre enn budsjett, men ser at kostnader knyttet til underliggende drift og vekst i bemanning tilsier at driftsøkonomien må følges nøye.
 - e. Styret vil også holde spesielt øye med utviklingen i forhold til reduksjon av brudd på arbeidstidsbestemmelser, pasientsikkerhet og dokumentasjon av kvalitet.
3. Styret for Helse Midt - Norge RHF berømmer de tillitsvalgte og brukernes representanter for positivt og konstruktivt samarbeid

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt - Norge RHF vedtar å oversende Årlig melding 2012 fra Helse Midt - Norge til Helse - og omsorgsdepartementet.
2. Som en oppsummering av Årlig melding 2012 vil styret konkludere med følgende:
 - a. Styret for Helse Midt - Norge RHF vurderer at "Sørge for" ansvaret som er pålagt Helse Midt - Norge RHF samlet sett er oppfylt for 2012.

- b. Styret for Helse Midt - Norge RHF er tilfreds med at Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2012, formidlet i oppdragsdokument og foretaksmøter, er fulgt opp og at målene er nådd på de fleste områder.
- c. Styret for Helse Midt - Norge RHF er tilfreds med utviklingen av kvalitetsindikatorene ventetid og fristbrudd, samt forbedringen og standardiseringsarbeidet knyttet til pasientforløp.
- d. Styret for Helse Midt - Norge RHF er tilfreds med at den økonomiske målsetting er nådd i og med at foreløpig årsresultat for 2012 for foretaksgruppen er bedre enn budsjett, men ser at kostnader knyttet til underliggende drift og vekst i bemanning tilsier at driftsøkonomien må følges nøye.
- e. Styret vil også holde spesielt øye med utviklingen i forhold til reduksjon av brudd på arbeidstidsbestemmelser, pasientsikkerhet og dokumentasjon av kvalitet.
3. Styret for Helse Midt - Norge RHF berømmer de tillitsvalgte og brukernes representanter for positivt og konstruktivt samarbeid

Sak 21/13 Oppfølging av vedtak fattet av styret i Helse Midt-Norge RHF 2012

Forslag til vedtak:

Styret i Helse Midt-Norge RHF er tilfredse med oppfølgingen av de vedtak styret har fattet.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret i Helse Midt-Norge RHF er tilfredse med oppfølgingen av de vedtak styret har fattet.

Sak 22/13 Årsrapport 2012 for internrevisjonen og revisjonskomiteen

Forslag til vedtak:

Styret tar årsrapport 2012 for internrevisjonen og revisjonskomiteen til orientering.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret tar årsrapport 2012 for internrevisjonen og revisjonskomitéen til orientering.

Sak 23/13 Orienteringssaker

Styret i Helse Midt-Norge RHF tar fremlagte orienteringssaker til orientering.

I styremøte 14.03.2013 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Nytt fra foretaksgruppen
- Foretaksprotokoller
- Utkast årsberetning 2012
- IKT Strategi
- Forprosjekt integrering Rusbehandling Midt-Norge HF
- Samhandlingsstatistikk

Sak 24/13 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 25/13 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoll ble godkjent og signert i møtet

Stjørdal 14.03.13

Marthe Styve Holte

Kåre Gjønnnes

Vigdis Harsvik

Ottar B. Guttelvik

Tore Kristiansen

Gunn Iversen Stokke

Trond Prytz

Kjersti Tommelstad

Eva Vinje Aurdal

Nils Håvard Dabl

Tore Brudeseth

Ellen Wøbni

Björg Henriksen