

Styrets medlemmer

<b>Vår ref.:</b>	<b>Deres ref.:</b>	<b>Arkiv:</b>	<b>Dato :</b>
2009/1220 - 10903/2009		012	12.05.2009

### **Innkalling til styremøte 190509**

**Møtedato:** Tirsdag 19. mai 2009 kl. 1000  
**Møtested:** Quality Hotell Grand, Steinkjer

- |             |  |
|-------------|--|
| Sak 15/2009 | Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 230409  |
| Sak 16/2009 | Driftsrapport 1. tertial 2009  |
| Sak 17/2009 | Langtidsplan og langtidsbudsjett for HNT 2010 - 2016   |
| Sak 18/2009 | Oppfølging av eiers samlede styringsbudskap 2009 – T 1   |
| Sak 19/2009 | <b>Orienteringssaker</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 070509</li><li>2. Referat fra Samarbeidsutvalgets møte 300409</li><li>3. Andre orienteringer</li></ol> |

Med hilsen

Steinar Aspli  
Styreleder  
Sign.

Kopi:  
Styrets varamedlemmer

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF**  
**STYRET**  
**MØTEPROTOKOLL**

Møtetid: 23.04 2009 kl. 10.00 – 14.00  
Møtested: Høylandet rehabiliteringssenter  
Saksnr.: 11/2009 – 14/2009  
Arkivsaksnr: 2009/857

Møteleder: Steinar Aspli

Møtende medlemmer:

Steinar Aspli  
Asbjørn Hofslie  
Torgeir Schmidt-Melbye  
Skjalg Ytterstad  
Inger Anne Holm  
Peter Himo  
Margrete Mære Husby  
Jørgen Selmer  
Reidar Viken

Forfall:

Inger Marit Eira-Åhren  
Siw Bleikvassli

Fra Brukerutvalget møtte: Hildur Fallmyr  
Fra Samarbeidsutvalget møtte: Ingen

Fra administrasjonen møtte:

Adm. direktør	Arne Flaatt
Ass. direktør	Mads Einar Berg
Økonomisjef	Tormod Gilberg
Klinikkleder	Bjørn Arnesen
Prosjektleder	Trond Hustad
Helsefaglig rådgiver	Kolbjørn Thun
Informasjonssjef	Trond G. Skillingstad (referent)

Merknader til møtet: Ingen merknader.

Merknader til innkalling og sakliste: Ingen merknader

Innkalling utsendt pr. e-post 16.04 2009. Saksframlegg publisert på internettløsningen for styresaker.

Ingen merknader til innkalling og sakliste

## **Sak 11/2009 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 19.03.09**

### **Protokoll**

Steinar Aspli orienterte om oppfølging knyttet til ambulanseorganisering. Styreleder har vært i kontakt med Helse Midt-Norge og fått signal på at tidligere vedtak i Helse Midt-Norge innebærer at tjenesten settes ut til private, og ikke aktuelt for underliggende helseforetak. Organisering av ambulansetjenesten tas opp i styresamlingen i mai.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

### **Vedtak**

Møteprotokoll fra styremøte 19.03 2009 godkjennes uten anmerkninger.

---

## **Sak 12/2009 Kvalitetsutvalgets årsrapport 2008**

### **Administrerende direktørs innstilling:**

Styret for Helse Nord-Trøndelag tar Kvalitetsutvalgets årsrapport til etterretning, og ber om at de innsatsområder som ble prioritert ved ledelsens gjennomgang 31/3-09 følges opp. Styret ber om å bli forelagt rapport om status i arbeidet ved årsskiftet 2009/2010.

Styret har merket seg Kvalitetsutvalgets påpekning av mangelfull samordning av avvikshåndtering i helseregionen og retter en henstilling til Helse Midt-Norge om å iverksette et arbeid for å muliggjøre kvalitetsmessige vurderinger gjennom en enhetlig praksis for melding, behandling og kategorisering av avvikshendelser, og etablering av et nettverk for erfaringsutveksling knyttet til avvikshendelser i helseregionen.

### **Protokoll**

Administrerende direktør orienterte om at vedtakssaken fremmes i tråd med styrets vedtak i forrige styremøte.

Helsefaglig rådgiver Kolbjørn Thun orienterte om den interne behandlingen av kvalitetsutvalgets årsrapport, og grunnlaget for satsingsområdene som er vist til i styresaken.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

### **Vedtak**

Styret for Helse Nord-Trøndelag tar Kvalitetsutvalgets årsrapport til etterretning, og ber om at de innsatsområder som ble prioritert ved ledelsens gjennomgang 31/3-09 følges opp. Styret ber om å bli forelagt rapport om status i arbeidet ved årsskiftet 2009/2010.

Styret har merket seg Kvalitetsutvalgets påpekning av mangelfull samordning av avvikshåndtering i helseregionen og retter en henstilling til Helse Midt-Norge om å iverksette et arbeid for å muliggjøre kvalitetsmessige vurderinger gjennom en enhetlig praksis for melding, behandling og kategorisering av avvikshendelser, og etablering av et nettverk for erfaringsutveksling knyttet til avvikshendelser i helseregionen.

---

## **Sak 13/2009 Samlokalisering psykiatri ved Sykehuset Namsos - Forprosjekt**

### **Administrerende direktørs innstilling**

1. Styret i Helse Nord-Trøndelag HF anbefaler at fremlagt Forprosjekt for Samlokalisering av psykiatri ved Sykehuset Namsos godkjennes slik det nå foreligger med en budsjetttramme på kr. 74.000.000
2. Forprosjektdokumentet med vedlegg oversendes HMN for behandling
3. Prosjektet er medtatt i investeringsplanen med oppstart i 2009 og foreslås fullført i 2011.
4. Styret anbefaler at arbeidet med utlysning av tilbudskonkurranse iverksettes så snart saken er behandlet og godkjent i HMN.
5. Dersom tilbudskonkurransen viser et resultat som er innenfor budsjetttrammen, gis administrerende direktør i HNT fullmakt til å iverksette kontrahering og byggestart.

### **Protokoll**

Administrerende direktør orienterte om hvilke investeringer som er planlagt i Helse Nord-Trøndelag og forventede effekter av investeringene. Administrerende direktør viste også til investeringsbehovene i Helse Midt-Norge, noe som i sum overgår det regionale foretakets totale investeringsramme.

Trond Hustad gikk gjennom detaljert plan for utbygging/rehabilitering, og viste til endringer fra konseptrapporten som styret tidligere har behandlet. Prosjektet gir en effektivisering i drift på om lag 4 millioner kroner årlig. Alternativ til utbygging vil kreve renovering av dagens arealer ved sykehuset og post 2 med betydelig investeringskostnad og har liten effektiviseringsgevinst. Styret drøftet sikkerheten i kalkylene som ble presentert.

Asbjørn Hofslis fremmet følgende tilleggsforslag:

*Styret ber Helse Midt-Norge vurdere mulighet for finansiering slik at prosjektet kan realiseres innen den foreslåtte tidsrammen.*

Administrerende direktør innstilling til vedtak ble tatt opp og vedtatt enstemmig.

Asbjørn Hofslis tilleggsforslag ble tatt opp og vedtatt enstemmig.

Styret i Helse Nord-Trøndelag gjorde følgende vedtak

### **Vedtak**

1. Styret i Helse Nord-Trøndelag HF anbefaler at fremlagt Forprosjekt for Samlokalisering av psykiatri ved Sykehuset Namsos godkjennes slik det nå foreligger med en budsjetttramme på kr. 74.000.000
2. Forprosjektdokumentet med vedlegg oversendes HMN for behandling
3. Prosjektet er medtatt i investeringsplanen med oppstart i 2009 og foreslås fullført i 2011.
4. Styret anbefaler at arbeidet med utlysning av tilbudskonkurranse iverksettes så snart saken er behandlet og godkjent i HMN.
5. Dersom tilbudskonkurransen viser et resultat som er innenfor budsjetttrammen, gis administrerende direktør i HNT fullmakt til å iverksette kontrahering og byggestart.

Styret ber Helse Midt-Norge vurdere mulighet for finansiering slik at prosjektet kan realiseres innen den foreslåtte tidsrammen.

## **Sak 14/2009 Orienteringssaker**

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 02.04.09
2. Referat fra Brukerutvalgets møte 17.04.09
3. Driftsrapport mars 2009
4. Endret resultatkrav som følge av endring i pensjonskostnad
5. Etablering av rusenhet i Nord-Trøndelag
6. Andre orienteringer

### **Administrerende direktørs innstilling:**

Styret tar sakene til orientering

### **Protokoll**

1. *Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 02.04.09*
  - a. Styreleder viste til sakene i protokollen. Asbjørn Hofslie gjorde styret oppmerksom på prinsippene som ligger til grunn i RHF-styresak 40/09.
2. *Referat fra Brukerutvalgets møte 17.04.09*
  - a. Hildur Fallmyr orienterte om enkeltsaker i protokollen. Administrerende direktør orienterte fra behandlingen av enkeltoppgjør (Brukerutvalgets sak 13/2009).
3. *Driftsrapport mars 2009*
  - a. Administrerende direktør gikk gjennom driftsrapporten for mars. Økonomisk resultat er 0,4 millioner foran budsjett. Resultatene på de enkelte kvalitetsindikatorne ble gjennomgått.
4. Endret resultatkrav som følge av endring i pensjonskostnad
  - a. Økonomisjef Tormod Gilberg orienterte om nytt resultatkrav fra departementet til Helse Midt-Norge, og nytt resultatkrav til underliggende helseforetak.. Resultatkravet for Helse Nord-Trøndelag skjerpes fra 31,1 millioner kroner til 40 millioner kroner. Årsaken til resultatskjerpingen er lavere pensjonskostnad for helseforetakene. Fratrasket reduserte pensjonskostnader på 3,5 millioner kroner, innebærer endringen en netto skjerpning av Helse Nord-Trøndelags resultatkrav på 5,4 millioner kroner.
5. Etablering av rusenhet i Nord-Trøndelag
  - a. Administrerende direktør orienterte om oppdrag fra Helse Midt-Norge om etablering av behandlingsenhet for rus i Helse Nord-Trøndelag. Det er nedsatt en arbeidsgruppe som utreder og vurderer saken, med rapporteringsfrist til administrerende direktør innen 1. juni 2009.
6. Andre orienteringer
  - a. Pasienttransport
    - i. Administrerende direktør orienterte om oppfølging av pasienttransport. Det er daglig kontakt med Lenes bussreiser som har oppdraget med pasienttransport i de sju innherredskommunene. Selskapet har utført om lag 20 000 pasienttransporter hittil i år. Helse Nord-Trøndelag har mottatt om lag 20 skriftlige klager hittil i år på denne tjenesten. Det blir gjennomført Risiko- og sårbarhetsundersøkelse knyttet til tjenesten.
  - b. Besøk ved DMS Stjørdal
    - i. Administrerende direktør orienterte om besøk fra Nord-Gudbrandsdal til DMS Stjørdal.
  - c. Dialyseetablering

- i. Administrerende direktør orienterte om at antallet dialysepasienter i området Leksvik er så vidt stor at det etableres en dialysestasjon i Leksvik fra juni 2009.
- d. Ambulansestasjon i Osen og Roan
  - i. Administrerende direktør orienterte om at ny, felles ambulansestasjon for Osen og Roan er klar for åpning i begynnelsen av mai.
- e. Møte i Helse og omsorgsdepartementet
  - i. Styreleder Steinar Aspli orienterte fra møte med helseminister Bjarne Håkon Hanssen. I tillegg til Aspli deltok Margrethe Husby fra Helse Nord-Trøndelags styre. Det ble orientert om innhold og framdrift i samhandlingsreformen, og det ventes stortingsmelding om reformen til sommeren.

Steinar Aspli fremmet følgende tilleggsforslag:

*Styret viser til melding om skjerpet resultatkrav. I forbindelse med første tertialrapport legger administrerende direktør fram tiltak med sikte på å nå resultatmålet.*

Administrerende direktørs innstilling ble tatt opp og enstemmig vedtatt.

Tilleggsforslag fra Steinar Aspli ble tatt opp og enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Nord-Trøndelag gjorde følgende vedtak

#### **Vedtak**

Styret tar sakene til orientering.

Styret viser til melding om skjerpet resultatkrav. I forbindelse med første tertialrapport legger administrerende direktør fram tiltak med sikte på å nå resultatmålet.

Steinar Aspli

Inger Anne Holm

Margrethe Mære Husby

Peter Himø

Jørgen Selmer

Asbjørn Hofslie

Torgeir Schmidt-Melbye

Skjalg Ytterstad

Reidar Viken

# HELSE NORD-TRØNDELAG HF

## STYRET

### Sak 16/2009 Driftsrapport 1. tertial 2009

---

Saken behandles i: <b>Styret</b>	Møtedato <b>190509</b>	Møtesaksnummer <b>16/2009</b>
Saksbeh.: Tormod Gilberg		
Arkivkode: 012		
Saksmappe: 2009/1220		

---

#### **ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:**

Styret tar saken til orientering og ber om at det fokuseres på tiltak for å nå fastsatte mål for sentrale styringsparametre.

**SAKSUTREDNING:**  
**Sak 16/2009 Driftsrapport 1. tertial 2009**

**VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

**Nummererte vedlegg som følger saken**

1. Administrerende direktørs rapport til HMN pr. april 2009
2. Oversikt kvalitetsindikatorer pr. april 2009

**1. INNLEDNING**

I det gjennomgående styringssystemet for helseregionen fokuseres hver måned på 20 nøkkeltall innen hovedområdene pasientbehandling/opplæring, økonomi, organisasjon/ledelse og forskning. Disse nøkkeltallene følges opp både internt i foretaket og ved ekstern rapportering. I tillegg til disse indikatorene er det gjennom styringsdokument og foretaksprotokoll krav til rapportering på om lag 100 styringsparametre.

Vi rapporterer hver måned til HMN og til eget styre status på de viktigste styringsindikatorene. Vanligvis benyttes deler av den rapporteringsmalen som HMN har utarbeidet, også når vi rapporterer til eget styre.

De månedlige driftsrapportene legges vanligvis fram for styret som orientingssaker, men hvert tertial, og ved behov ellers, utarbeides egen styresak med innstilling til vedtak. Vi vil i denne saken fokusere på økonomisk resultat og enkelte av de andre styringsindikatorene. For flere detaljer, vises til opplysninger i egne vedlegg til denne saken og til styresak 18/09 om oppfølging av eiers samlede styringsbudskap 2009 – T 1.

**2. ØKONOMISK RESULTAT, TILTAK OG PROGNOSE**

Resultatkravet for HNT ble i budsjettet for 2009 fastsatt til et årsresultat på 31,1 mill kroner. Med HMNs brev av 31.03.09 ble resultatkravet for 2009 økt til 40,0 mill kroner. Vedtatt budsjett er imidlertid ikke endret slik at avvik i forhold til budsjett innebærer avvik i forhold til et resultatkrav på 31,1 mill kroner.

Akkumulert pr. mars 2009 viser foretakets regnskap et negativt avvik i forhold til vedtatt budsjett på 6,1 mill kroner. Regnskapet for april 2009 viser et resultat på 4,7 mill kroner mot et budsjettert resultat på 2,8 mill kroner. Foretakets resultat for april er dermed 1,9 mill kroner foran budsjett, mens det akkumulerte resultatet etter 1. tertial er 4,2 mill kroner bak det budsjetterte resultatet på 31,1 mill kroner og 13,1 mill kroner bak revidert resultatkrav på 40,0 mill kroner.

I forbindelse med budsjettet for 2009 er det utarbeidet konkrete tiltak for omstilling og effektivisering av foretakets drift svarende til om lag 24 mill kroner. Tiltakene fordeler seg med 16 mill kroner på reduksjon av bemanningskostnader, 4 mill kroner på reduserte varekostnader, 1 mill kroner på økte inntekter (økt aktivitet og bedre koding) og 3 mill kroner på diverse andre tiltak. Oversikt over realisert omstilling pr. april viser at vi ligger litt etter den planlagte målsetningen. Pr. april prognostiseres en forventet oppnåelse på om lag 19 mill kroner.



Når resultatet pr. april ligger 4,2 mill kroner bak budsjett, skyldes dette i stor grad økte kostnader uten budsjettdekning knyttet til nye ambulanseavtaler inngått av HMN med virkning for HNT og pålagt videreføring av avtale med Lukasstiftelsen om kjøp av behandlingsplasser ved Betania Sparbu. På årsbasis beløper disse ikke budsjetterte ekstrakostnadene seg til 16,5 mill kroner. Samlet vurderer foretaket at ordinært budsjettert drift vil kunne drives i balanse og at vi også vil kunne dekke inn vedtatte økning i resultatkravet. Økning i resultatkravet ut over reduserte pensjonskostnader ( $8,9 - 3,5 = 5,4$  mill kroner) forutsettes dekket av budsjettert "buffer". Ovenfor nevnte ikke budsjetterte ekstrakostnader på 16,5 mill kroner finner foretaket ikke dekning for i årets drift/budsjett.

På dette grunnlag prognostiseres et årsresultat for 2009 på 23,5 mill kroner, dvs. et resultat for foretaket som er 16,5 mill kroner lavere enn eiers reviderte krav på 40,0 mill kroner. Prognosen er en forbedring i årsresultatet på 13,4 mill kroner i forhold til prognosen basert på marsregnskapet.

### **3.     AKTIVITET**

Den DRG-baserte aktiviteten (innlagte pasienter i somatiske avdelinger) var i april 2 – 3 % høyere enn plantallene, men er akkumulert pr. april om lag 1 % lavere enn plantallene. I de psykiatriske avdelingene er også omfanget av innlagte pasienter omtrent som planlagt. Den polikliniske aktiviteten var i april under plantallene både i somatikk og i psykiatri. Akkumulert er den polikliniske aktiviteten 10 – 15 % under fastsatte plantall.

På dette grunnlag prognostiseres omfanget av innlagte pasienter i foretakets avdelinger omtrent som planlagt på årsbasis. Selv om det iverksettes tiltak for å øke den polikliniske aktiviteten, anslås omfanget av denne aktiviteten noe under fastsatte plantall både i somatiske og psykiatriske poliklinikker.

### **4.     KVALITETSINDIKATORER**

Vi viser til egen styresak (sak 18/09) om oppfølging av styringsparametre som er fastsatt i styringsdokument og foretaksprotokoll.

Med utgangspunkt i fastsatte kvalitetsindikatorer har vi i den løpende rapporteringen til styret av foretakets drift valgt å fokusere på følgende indikatorer:

- epikrisetid,
- korridorpasienter,
- strykninger,
- ventetid vurdering BUP og
- sykefravær.

Som det framgår av vedlagte dokumenter, ligger foretaket en god del etter fastsatte måltall for de tre første indikatorene. For epikrisetid er målet at 80 % av alle epikriser skal være sendt innen 7 dager. Resultatet 1. tertial i år var på 70,4 % (mot 60,6 % i samme periode i 2008). Det skal i normal drift ikke være korridorpasienter. I 1. tertial lå 2,4 % (mot 4,1 % i samme periode i 2008) av pasientene på korridor. Andel strykninger på elektive operasjoner skal være under 5 %. I 1. tertial var andel strykninger 9,2 % (mot 9,1 % i samme periode i 2008).

Det er gjennomført tiltak for å bedre resultatet for disse indikatorene. Andel epikriser som er sendt innen 7 dager er økt en god del fra samme periode i fjor og nærmer seg måltallet på 80 %. Det rapporteres ukentlig og arbeides aktivt for å innfri dette målkravet. Andel korridorpasienter er redusert fra i fjor til i år, men ligger fortsatt litt over det som er ønskelig. Andel strykninger på elektive operasjoner er omtrent uendret fra i fjor og ligger fortsatt for høyt. Her blir årsakene til strykningene analysert, og det vil bli satt inn tiltak for å redusere uønskede strykninger.

Ventetid til vurdering i BUP var ny indikator i fjor. Her er målkravet at alle henvisninger skal være vurdert innen 10 dager. I 1. tertial i år ble 80,8 % av alle henvisninger vurdert innen fristen på 10 dager. Tilsvarende tall i fjor var 77,6 %. Selv om andelen er økt, er det behov for å stramme inn rutinene for å bedre resultatoppnåelsen på denne indikatoren. I tillegg til kravet om svar på alle henvendelser innen 10 dager er det et krav at all behandling til ungdom under 23 år i psykisk helsevern skal være påbegynt innen 65 dager. Dette kravet er innfridd.

Sykefraværet rapporteres nå etter egen nasjonal definisjon og var i 2008 på 7,7 % (8,4 % i 2007). Målsettingen for 2008 er at sykefraværet skal reduseres til maks. 7,0 %. Lønnskube med sykefravær for april er ennå ikke oppdatert. Sykefraværet i årets tre første måneder var 8,5 % mot 7,5 % i samme periode i fjor. Denne indikatoren har utviklet seg i feil retning. En egen gruppe er aktivert for nærmere analyse av årsaker og for å kunne vurdere aktuelle tiltak for å snu den uheldige utviklingen.

**Administrerende direktørs rapport****1. Årsresultat for perioden:**

- Årsresultatet denne periode og hittil i år ift avvik mot budsjett  
Årsresultat denne periode viser et positivt avvik på 1,9 mill kroner og hittil i år et negativt avvik på 4,2 mill kroner i forhold til periodisert budsjett.
- Denne periodes avvik ift budsjett  
Det er relativt små avvik mellom budsjett og regnskap i april måned, men noe avvik på lønn og varekostnad. Lønnskostnadene er noe høyere enn budsjettert, mens varekostnadene er tilsvarende lavere enn budsjettert.
- Bakgrunn for og årsak til vesentlige avvik  
Nesten 4 mill kroner av det akkumulerte avviket er økte kostnader uten budsjettdekning knyttet til nye ambulanseavtaler inngått av HMN med virkning for HNT. Vel 1 mill kroner av akkumulert avvik er knyttet til pålagt videreføring av avtale med Lukasstiftelsen. Resterende (ordinære) drift er i sum i balanse, selv om det er noen avvik mellom enkelte budsjettposter.

Vi registrerer svikt i inntekter på grunn av lavere aktivitet enn budsjettert hittil i år. Varekostnadene er noe lavere enn budsjettert til tross for høyere ambulanssekostnader. Det skyldes betydelige besparelser knyttet til økt fokus på høykostmedisiner. Lønnskostnadene er en god del høyere enn budsjettert. Dette er delvis relatert til høyt sykefravær. Avsatt buffer på andre driftskostnader til dekning av uforutsette kostnader og mangelfull effekt av vedtatte tiltak dekker imidlertid mindreinntekter og merkostnader knyttet til ordinær drift.

De nye ambulanseavtalene som er inngått av HMN, innebærer økte kostnader på 15,2 mill kroner for HNT i 2009. Av dette er foretakets budsjett styrket med 3,7 mill kroner slik at kostnadsøkningen ut over budsjettdekningen er på 11,5 mill kroner for 2009.

HNT hadde i sin drift for 2009 basert seg på at avtalen om kjøp av behandlingstjenester fra Lukasstiftelsen/Betania Sparbu var oppsagt med virkning fra 01.01.09. Det forutsatte at aktuelle pasientgruppe skulle behandles i egen virksomhet og at vi gjennom det ville oppnå en økonomisk besparelse inneværende år på om lag 5 mill kroner. HMN er i forhandlinger med Lukasstiftelsen om kjøp av behandlingstjenester. Foretaket er pålagt å kjøpe behandlingstjenester også i 2009. Det blir derfor ikke mulig å hente ut forutsatte effektiviseringsgevinst.

**2. Prognose (mill kr):**

Eventuelle endringer i prognose som er gjort ift forrige periode (Prognose årsresultat og oppdeling iht hovedartene skal samsvare med SIM og ØBAK)

Budsjettet for HNT er vedtatt med et årsresultat på 31,1 mill kroner. Med brev av 31.03.09 fra HMN opplyses at resultatkravet for HNT for 2009 er økt med 8,9 mill kroner til 40,0 mill kroner med begrunnelse i reduserte pensjonskostnader og inntrekk av likviditet. Gjennom ny aktuarberegning er

foretakets pensjonskostnader beregnet å bli om lag 3,5 mill kroner lavere enn i vedtatt budsjett. Vedtatt budsjett er ikke endret etter at resultatkravet ble økt, slik at avvik i forhold til budsjett innebærer avvik i forhold til et resultatkrav på 31,1 mill kroner.

Det er foretatt endringer i prognostisert resultat for flere hovedarter i forhold til forrige periode. Prognosen for varekostnader er forbedret med 7,9 mill kroner til – 3,6 mill kroner p.g.a. lavere medikamentkostnader. Prognosen for lønnskostnader er forverret med 9,5 mill kroner til – 15,0 mill kroner p.g.a. fortsatt høyt sykefravær og høye lønnskostnader. Prognosen for andre driftskostnader er forbedret med 15,0 mill kroner til 15,0 mill kroner knyttet til avsatt buffer til dekning av uforutsette kostnader og mangelfull effekt av vedtatte tiltak.

Samlet vurderer foretaket at ordinært budsjettert drift vil kunne drives i balanse og at vi også vil kunne dekke inn vedtatte økning i resultatkravet. Økning i resultatkravet ut over reduserte pensjonskostnader (8,9 – 3,5 = 5,4 mill kroner) forutsettes dekket av budsjettert "buffer". Ovenfor nevnte ikke budsjetterte ekstrakostnader på 16,5 mill kroner knyttet til nye ambulanseavtaler og pålagt kjøp av tjenester fra Lukasstiftelsen finner foretaket ikke dekning for i årets drift/budsjett.

Prognose årsresultat HNT 2009 forbedres på dette grunnlag med 13,4 mill kroner fra forrige til denne periode og er nå på 23,5 mill kroner. Et resultat på 23,5 mill kroner tilsier et negativt avvik på 7,6 mill kroner i forhold til budsjettert resultatkrav på 31,1 mill kroner eller et negativt avvik på 16,5 mill kroner i forhold til justert resultatkrav på 40,0 mill kroner.

- Eventuell manglende sammenheng mellom resultat hittil i år pluss budsjett resten av året og prognose  
Jf. det som er skrevet ovenfor.

1. Årsprognose forrige periode (måned x-1)	10,1 mill kr
<b>Endring inntekter (prognose)</b>	0 mill kr
Avvik i forhold til budsjett denne periode; 0,6 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; - 2,8 mill kroner.  Samlede inntekter prognostiseres å bli om lag 4,0 mill kroner lavere enn budsjettert på årsbasis, - jf. info. ovenfor. Det er uendret prognose i forhold til forrige måned.	
<b>Endring varekostnader (prognose)</b>	+ 7,9 mill kr
Avvik i forhold til budsjett denne periode; 2,7 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; 2,9 mill kroner.  Varekostnadene prognostiseres å bli om lag 3,6 mill kroner høyere enn budsjettert på årsbasis, - jf. info. ovenfor. Det er 7,9 mill kroner bedre prognose enn i forrige måned.	
<b>Endring lønnskostnader (prognose)</b>	- 9,5 mill kr
Avvik i forhold til budsjett denne periode; - 3,1 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; - 8,3 mill kroner.	

Lønnskostnadene prognostiseres å bli om lag 15,0 mill kroner høyere enn budsjettet på årsbasis, - jf. info. ovenfor. Det er 9,5 mill kroner dårligere prognose enn i forrige måned.	
<b>Endring andre driftskostnader (prognose)</b>	+ 15,0 mill kr
Avvik i forhold til budsjett denne periode; 1,7 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; 3,9 mill kroner.	
Andre driftskostnader prognostiseres å bli om lag 15,0 mill kroner lavere enn budsjettet på årsbasis, jf. info ovenfor. Det er 15,0 mill kroner bedre prognose enn i forrige måned.	
<b>Endring finansposter (prognose)</b>	0 mill kr
Avvik i forhold til budsjett denne periode; 0,1 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; 0,1 mill kroner.	
Finanskostnadene prognostiseres å bli om lag som budsjettet på årsbasis. Det er uendret prognose i forhold til forrige måned.	
<b>2. Årsprognose denne periode (måned x)</b>	<b>23,5 mill kr</b>
<b>3. Nytt resultatkrav (fast verdi)</b>	<b>40,0 mill kr</b>
<b>4. Avvik mellom prognose og resultatkrav (pkt. 2 – pkt. 3)</b>	<b>16,5 mill kr</b>

### 3. Status realisert omstilling:

- Forklar manglende realisert omstilling med vekt på denne periodes avvik  
Det er utarbeidet konkrete tiltak for omstilling og effektivisering av foretakets drift tilsvarende 23,8 mill kroner. Oversikt over realisert omstilling pr. april viser at vi ligger an til å få en effekt på 18,5 mill kroner. Effekt av vedtatte tiltak og evt. behov for nye tiltak følges opp av egen controllergruppe på vegne av administrerende direktør.
- Alternative tiltak som er satt i verk gjennom året og effekten av disse  
Klinikker med negative avvik i forhold til budsjett arbeider fortløpende med vurdering av nye tiltak for å oppnå budsjettbalanse.
- Forklar sammenheng mellom manglende realisering av omstilling og negativt prognose mot resultatkrav  
Jf. det som er skrevet ovenfor.

### 4. Utvikling i bemanning: (Ikke oppdatert med april-tall ennå!)

Lønnskuben viser at vi hadde 2.251 brutto utbetalte månedsverk i mars 2009. Det er 50 flere månedsverk enn på samme måned i fjor. Akkumulert hadde vi 6.711 utbetalte månedsverk pr. mars i år, mens vi hadde 6.589 utbetalte månedsverk på samme tid i fjor, – dvs. en økning på 122 månedsverk hittil i år.

### 5. Utvikling i sykefravær: (Ikke oppdatert med april-tall ennå!)

Sykefraværet var i mars 2009 på 8,3 %, mot 6,9 % samme måned i fjor. Akkumulert var sykefraværet 8,5 % pr. mars i år mot 7,5 % på samme tid i fjor. Målsettingen for 2009 er å redusere sykefraværet med 10 % fra 2008 til 2009, dvs. å komme ned på et fravær på 7,0 % for hele året.

## 6. Utvikling likviditet:

HMN har i foretaksprotokollen av 23.02.09 forutsatt at HNT som hovedregel skal holde seg innen en kassekredittramme på 185 mill kroner i løpet av 2009 og at rammen skal reduseres til 170 mill kroner ved utgangen av året. Oppnådd resultat hittil i år og prognostiserte negative resultatavvik på årsbasis indikerer at det blir vanskeligere å nå nevnte likviditetsmål enn først antatt. Det forventes imidlertid at målsettingen skal nås.

## 7. Generell vurdering av den økonomiske situasjonen:

De fleste klinikker fikk et resultat i april som er på nivå med eller bedre enn det som er lagt inn i budsjettet for 2009. Noen klinikker (de to kirurgiske klinikkene og medisinsk klinikk Namsos) sliter med negative avvik både i april og hittil i år. Disse klinikkene arbeider med tilpassing av driften og vurderer nye tiltak for 2009.

DRG-aktiviteten (innlagte pasienter i somatiske avdelinger) var 2 – 3 % høyere enn planlagt i april, men er akkumulert hittil i år om lag 1 % lavere enn planlagt. Aktiviteten i somatiske poliklinikker var både i april og hittil i år om lag 15 % lavere enn planlagt. Den polikliniske aktiviteten i de psykiatriske avdelingene er akkumulert om lag 10 % lavere enn planlagt hittil i år. Det er i barne- og ungdomspsykiatrien at avviket i forhold til planlagt aktivitet er størst.

Ut over økte kostnader knyttet til ambulansedrift og fortsatt kjøp av tjenester fra Lukasstiftelsen/Betania Sparbu (til sammen 16,5 mill kroner) er de største utfordringene knyttet til sviktende aktivitet med tilhørende reduserte aktivitetsbaserte inntekter i kombinasjon med økte lønnskostnader knyttet til høyt sykefravær.

Økt aktivitet for innlagte somatiske pasienter i april har ført til at det akkumulerte negative avviket er redusert i forhold til årets første måneder. Inntektssikten har dermed flatet ut. Det er håp om å opprettholde planlagt DRG-aktivitet resten av året, og det settes inn tiltak for å nærme seg planlagt aktivitet i den polikliniske aktiviteten.

Samlet vurderer foretaket at ordinært budsjettert drift vil kunne drives i balanse og at vi også vil kunne dekke inn vedtatte økning i resultatkravet. Økning i resultatkravet ut over reduserte pensjonskostnader (8,9 – 3,5 = 5,4 mill kroner) forutsettes dekket av budsjettert "buffer". Ovenfor nevnte ikke budsjetterte ekstrakostnader på 16,5 mill kroner knyttet til nye ambulanseavtaler og pålagt kjøp av tjenester fra Lukasstiftelsen finner foretaket ikke dekning for i årets drift/budsjett.

På dette grunnlag prognostiseres et årsresultat for HNT for 2009 på 23,5 mill kroner eller 7,6 mill kroner lavere enn budsjettert resultat på 31,1 mill kroner. I forhold til nytt resultatkrav for HNT på 40,0 mill kroner indikerer denne prognosen et negativt avvik på 16,5 mill kroner.

Levanger, 15. mai 2009

*Arne Flaot*  
*adm. dir.*  
*sign.*

Foretak:	HELSE NORD-TRØNDELAG
Periode:	April 2009

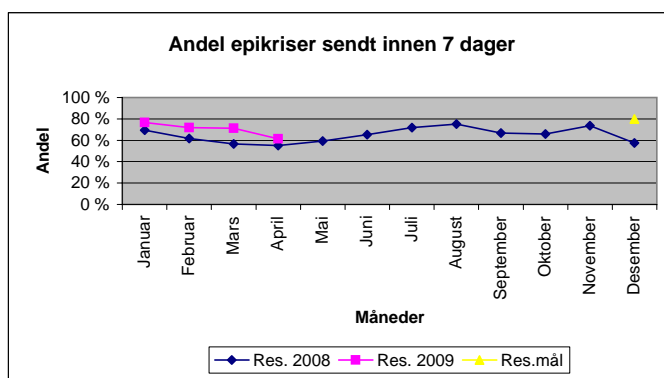
### Kvalitetsindikatorer:

#### Kommentarer:

--	--

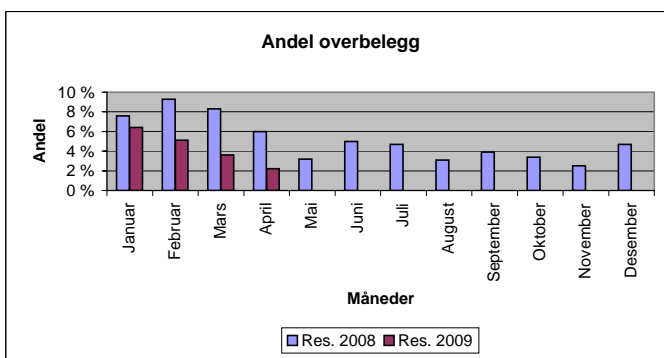
### Andel epikriser sendt innen 7 dager:

	Res. 2008	Res. 2009	Res.mål
Januar	69,6 %	76,6 %	
Februar	61,6 %	71,9 %	
Mars	56,6 %	71,3 %	
April	55,0 %	61,4 %	
Mai	59,3 %		
Juni	65,4 %		
Juli	71,8 %		
August	75,2 %		
September	66,9 %		
Oktober	66,0 %		
November	73,6 %		
Desember	57,4 %		80,0 %
<b>Total</b>	<b>64,6 %</b>		



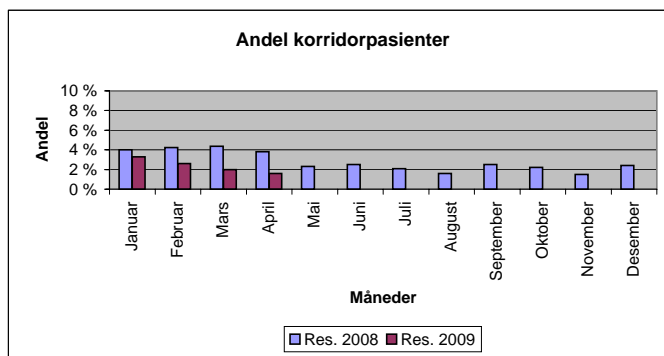
### Andel overbelegg:

	Res. 2008	Res. 2009	Res.mål
Januar	7,6 %	6,4 %	
Februar	9,3 %	5,1 %	
Mars	8,3 %	3,6 %	
April	6,0 %	2,2 %	
Mai	3,2 %		
Juni	5,0 %		
Juli	4,7 %		
August	3,1 %		
September	3,9 %		
Oktober	3,4 %		
November	2,5 %		
Desember	4,7 %		
<b>Total</b>	<b>5,1 %</b>		



### Herav; Andel korridorpasienter:

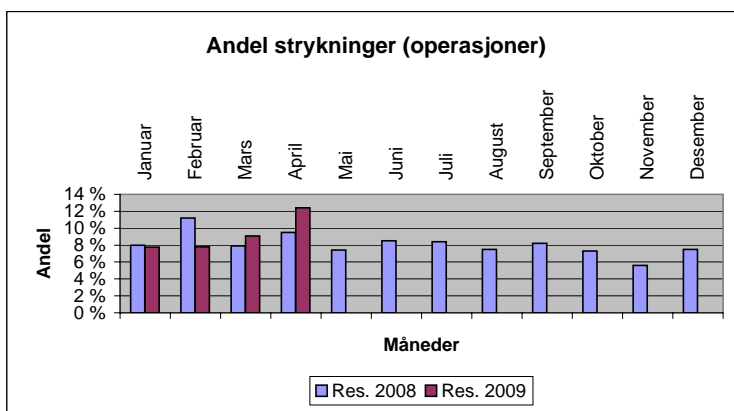
	Res. 2008	Res. 2009	Res.mål
Januar	4,0 %	3,3 %	
Februar	4,3 %	2,6 %	
Mars	4,4 %	2,0 %	
April	3,8 %	1,6 %	
Mai	2,3 %		
Juni	2,5 %		
Juli	2,1 %		
August	1,6 %		
September	2,5 %		
Oktober	2,2 %		
November	1,5 %		
Desember	2,4 %		
<b>Total</b>	<b>2,8 %</b>		



Foretak:	HELSE NORD-TRØNDELAG
Periode:	April 2009

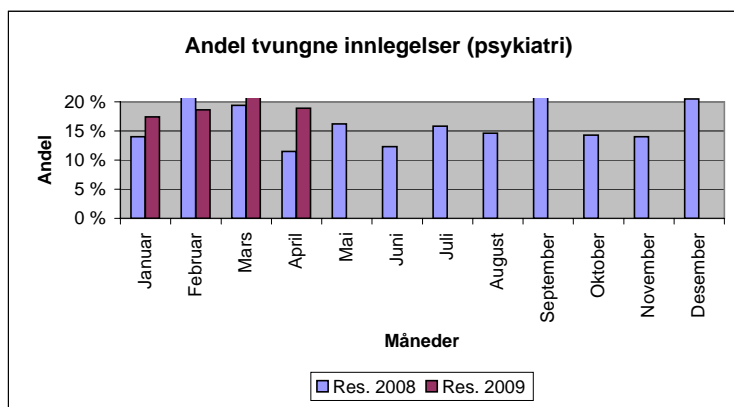
### Andel strykninger (operasjoner):

	Res. 2008	Res. 2009	Res.mål
Januar	8,0 %	7,8 %	
Februar	11,2 %	7,8 %	
Mars	7,9 %	9,1 %	
April	9,5 %	12,4 %	
Mai	7,4 %		
Juni	8,5 %		
Juli	8,4 %		
August	7,5 %		
September	8,2 %		
Oktober	7,3 %		
November	5,6 %		
Desember	7,5 %		
<b>Total</b>	<b>8,2 %</b>		5,0 %



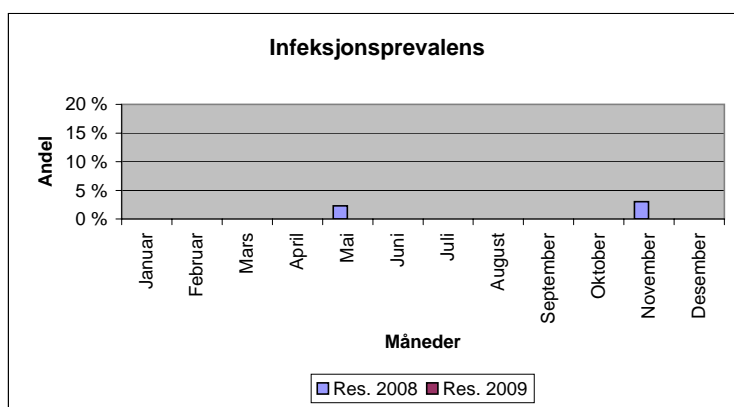
### Andel tvungne innleggelser (psyk.):

	Res. 2008	Res. 2009	Res.mål
Januar	14,0 %	17,4 %	
Februar	24,5 %	18,6 %	
Mars	19,4 %	23,7 %	
April	11,5 %	18,9 %	
Mai	16,2 %		
Juni	12,3 %		
Juli	15,8 %		
August	14,6 %		
September	26,7 %		
Oktober	14,3 %		
November	14,0 %		
Desember	20,5 %		
<b>Total</b>	<b>16,9 %</b>		



### Infeksjonsprevalens:

	Res. 2008	Res. 2009	Res.mål
Januar			
Februar			
Mars			
April			
Mai	2,3 %		
Juni			
Juli			
August			
September			
Oktober			
November	3,0 %		
Desember			
<b>Total</b>	<b>2,6 %</b>		



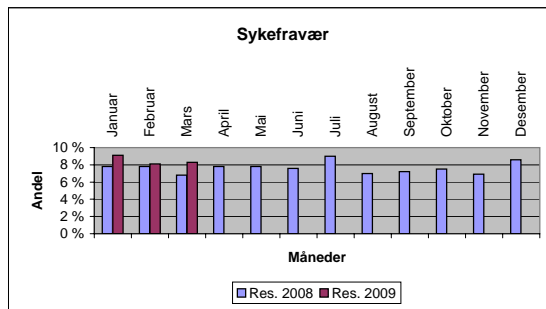


Foretak:	HELSE NORD-TRØNDELAG
Periode:	April 2009

### Sykefravær:

Tall for april 2009 mangler

	Res. 2008	Res. 2009	Res.mål
Januar	7,8 %	9,1 %	
Februar	7,8 %	8,1 %	
Mars	6,8 %	8,3 %	
April	7,8 %		
Mai	7,8 %		
Juni	7,6 %		
Juli	9,0 %		
August	7,0 %		
September	7,2 %		
Oktober	7,5 %		
November	6,9 %		
Desember	8,6 %		
<b>Total</b>	<b>7,7 %</b>		<b>7,0 %</b>



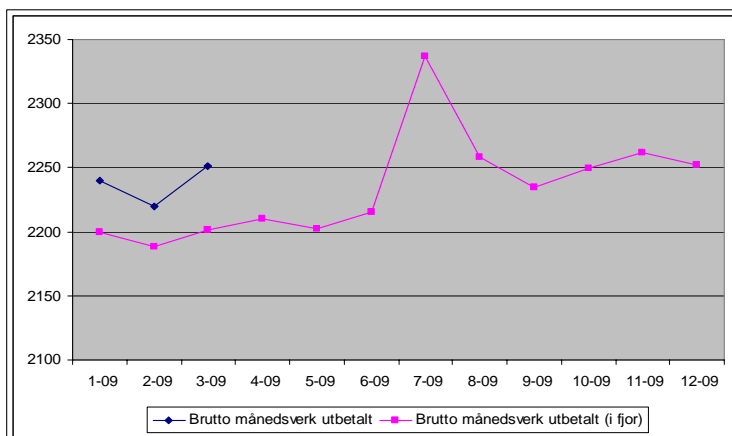
### Realisert omstilling:

	HNT Gruppert (Sum HF)	SUM Tiltak	Realisert hittil (mill kr)	Prognose
1	Red. i lønnskostn. knyttet til stab/støtte/ servicefunksjoner	2,3	0,2	0,4
2	Red. i lønnskostn. knyttet til pleietjenester	10,7	1,5	8,9
3	Red. i lønnskostn. knyttet til vakt/ tj.planer leger	2,5	0,5	2,3
4	Red. i varer og tjenester (bl.a. medikament)	3,8	0,7	2,6
5	Økn. i inntekter (inkl. kodeforbedring)	1,4	0,4	1,3
6	Annet enn gruppe 1-5	3,1	0,7	3,1
	<b>SUM HNT</b>	<b>23,8</b>	<b>3,9</b>	<b>18,5</b>

### Bemanningsutvikling:

Tall for april 2009 mangler

	1-09	2-09	3-09	4-09
Brutto månedsverk utbetalt	2 240,2	2 220,0	2 251,2	
Brutto månedsverk utbetalt (i fjor)	2 199,3	2 188,0	2 201,5	2 210,4
	<b>5-09</b>	<b>6-09</b>	<b>7-09</b>	<b>8-09</b>
Brutto månedsverk utbetalt				
Brutto månedsverk utbetalt (i fjor)	2 202,2	2 215,3	2 336,8	2 258,3
	<b>9-09</b>	<b>10-09</b>	<b>11-09</b>	<b>12-09</b>
Brutto månedsverk utbetalt				
Brutto månedsverk utbetalt (i fjor)	2 234,9	2 249,5	2 262,0	2 252,4



Foretak:	HELSE NORD-TRØNDELAG
Periode:	April 2009

2009		Andel strykninger												
		Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Okt.	Nov.	Des.	Hele 2009
Strøkne opr.	BFK	6,8 %	1,9 %	5,1 %	9,2 %									
Strøkne opr.	Kir. Levanger	8,0 %	11,4 %	10,1 %	13,7 %									
Strøkne opr.	Kir. Namsos	8,1 %	7,5 %	10,3 %	12,8 %									
<b>Strøkne opr.</b>	<b>HNT 2009</b>	<b>7,8 %</b>	<b>7,8 %</b>	<b>9,1 %</b>	<b>12,4 %</b>									

2009		Andel strykninger			
		1.tertial	2. tertial	3. tertial	Hele 2009
Strøkne opr.	BFK	5,7 %			
Strøkne opr.	Kir. Levanger	10,6 %			
Strøkne opr.	Kir. Namsos	9,5 %			
<b>Strøkne opr.</b>	<b>HNT 2009</b>	<b>9,2 %</b>			

2009		Andel henvisninger i BUP vurdert innen 10 dager												
		Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Okt.	Nov.	Des.	Hele 2009
Andel henvisn. i BUP	vurdert innen 10 dager	86,3 %	84,7 %	84,3 %	68,1 %									

2009		Andel henvisninger i BUP vurdert innen 10 dager			
		1. tertial	2. tertial	3. tertial	Hele 2009
Andel henvisninger i BUP	vurdert innen 10 dager	80,8 %			

# HELSE NORD-TRØNDELAG HF

## STYRET

### Sak 17/2009 Langtidsplan og langtidsbudsjett for HNT 2010 – 2016

---

<b>Saken behandles i:</b> Styret	<b>Møtedato</b> 19.05.09	<b>Møtesaksnummer</b> 17/2009
-------------------------------------	-----------------------------	----------------------------------

**Saksbeh:** Tormod Gilberg

**Arkivkode:** 012

**Saksmappe:** 2009/1220

---

#### ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret anbefaler at punkt 1 og 2 i vedtak i styresak 40/09 i HMN legges til grunn ved fastsetting av aktivitet og driftsrammer for HF-ene i årene framover.
2. Styret støtter foreslåtte prioriterte forslag til styrking av pasienttilbudet i HNT.
3. Styret anbefaler at investeringsrammen for HNT i årene framover legges på et nivå som tilsvarer foretakets avskrivninger tillagt inntekter ved salg av egne bygg. Investeringene kan da finansieres uten lån eller annen ekstern tilførsel av likviditet.
4. Styret støtter foreslåtte prioriterte forslag til investeringer i foretaket.

## **SAKSUTREDNING:**

### **Sak 17/2009 Langtidsplan og langtidsbudsjett for HNT 2010 – 2016**

## **VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

### **Nummererte vedlegg som følger saken**

1. Sak 40/09 til styret for HMN 02.04.09; Langtidsplan og langtidsbudsjett 2010 – 2016 Helse Midt-Norge – prinsipper og forutsetninger
2. Forslag LTB investeringer HNT 2010 - 2016

### **Utrykte vedlegg i saksmappen**

1. Notat/brev av 24.04.09 fra HMN om forutsetninger og prinsipper for utarbeidelse av budsjett 2010 – 2016

## **1. GRUNNLAG OG TIDSPLAN**

Vi viser til vedlagte sak 40/09 i styret for HMN 02.04.09 om Langtidsplan og langtidsbudsjett 2010 – 2016 og til HMNs notat/brev av 24.04.09 om forutsetninger og prinsipper for utarbeidelse av budsjett 2010 – 2016.

Regjeringen har varslet at den vil forslå endringer i oppgavefordeling og finansiering av helsetilbudet mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Det er ennå uklart i hvilken form dette vil påvirke helseforetakets drift. Vi har ikke lagt inn spesifikke føringer i forhold til mulig innhold i forestående reform i dette saksframlegget, men er forberedt på å tilpasse oss mulige endringer i tiden som kommer.

Vi har ved utarbeidelse av langtidsbudsjett for HNT basert oss på retningslinjer slik de framkommer av tilsendte grunnlagsmateriale fra HMN. Talloppstillinger over LTB 2010 – 2016 er basert på tilsendte maler.

Forslag til LTB for HNT behandles i foretakets styre 19.05.09 og oversendes HMN innen 20.05.09. Det er deretter lagt opp til dialogmøte 29.05.09 mellom ledelsen i regionforetaket og ledelsen i helseforetaket. Forslag til LTB for HMN for perioden 2010 – 2016 skal behandles i regionstyret 25.06.09. Vedtatt langtidsbudsjett vil gi retningslinjer for prioriteringer knyttet til framtidige investeringer og vil danne grunnlag for fastsettelse av foretakenes aktivitet og økonomiske rammevilkår for 2010.

## **2. ØKONOMISKE FORUTSETNINGER**

Basert på tilsendt materiale er HNTs langtidsbudsjett satt opp med utgangspunkt i følgende forutsetninger:

- Basisrammen er redusert med 12,6 mill kroner (HNTs andel av 80 mill kr) i forhold til budsjett 2009.
- Bestilt aktivitet er uendret i forhold til budsjett 2009.
- Investeringsbudsjettet er tilpasset nivået på foretakets avskrivninger tillagt inntekter ved salg av egne bygg. Det er derfor ikke forutsatt tilførsel av likviditet for å kunne gjennomføre investeringene.
- Økonomisk effekt av foreslåtte investeringstiltak og av innføring av talegjenkjenning er innarbeidet.

- De enkelte års resultat er en effekt av ovennevnte elementer og er forutsatt å være i minimum balanse.

LTB 2010 – 2016 er oppgitt i faste 2009-priser. Rentekostnadene er beregnet ut fra en årlig kostnad på 4 %.

### 3. PRIORITERINGER DRIFT

HMN skal ivareta ”sørge for”-ansvaret for innbyggerne i regionen innen tildelte økonomiske rammer. Basert på erfaringstall for dagens behovsdekning og prognoser for utvikling i befolkningsstørrelse og sykkelighet er det forventet en aktivitetsvekst på 2 – 3 % pr. år i langtidsbudsjettperioden. I henhold til gitte retningslinjer er LTB 2010 – 2016 for HNT likevel basert på samme basisaktivitet som i budsjett 2009.

Det arbeides imidlertid med styrking av aktiviteten innen enkelte fagområder. HMN har, i samarbeid med Rusbehandling Midt-Norge HF, vedtatt at det skal etableres ny enhet for behandling av ruspasienter i HNT. HNT er forutsatt å dekke investeringskostnader og ½-part av løpende driftskostnader. HNT har laget en plan for styrking av nevrologitjenesten og behandlingstilbudet til slagpasientene i foretaket. Dessuten arbeides det, sammen med kommunene omkring Steinkjer, om etablering av et DMS i Steinkjer. Alle disse tiltakene vil påføre foretaket økte driftskostnader. Styret inviteres til å vurdere prioritering av aktuelle nye tilbud, jf. tabellen nedenfor.

Prioritet	HELSE Nord-Trøndelag HF – Drift (i 1000 kroner)	2010
1	Ny rusenhet i HNT i samarbeid med Rusbehandling Midt-Norge HF, anslag andel for HNT	- 8 000
2	Styrking av nevrologitjenesten og behandling av slagpasienter i HNT	- 6 000
3	Etablering av DMS Steinkjer, anslag andel for HNT	- 6 000
	Effektiviseringstiltak gjennom innføring av talegjenskjenning	7 000
	Opphør av avtale med Lukasstiftelsen om kjøp av tjenester ved Betania Sparbu fra 01.01.10	5 000
	Økonomisk effekt i driften av foreslåtte investeringsforslag	0
	<b>Endring i årsresultat som følge av ny aktivitet og vedtatte effektiviseringstiltak</b>	<b>- 8 000</b>
	Reduksjon i basistilskudd	- 12 600
	<b>Samlet endring i årsresultat</b>	<b>- 20 600</b>

Som det framgår av tabellen, arbeides det også med å effektivisere driften for å kunne gi rom for aktuelle nye tilbud. Innføring av talegjenskjenning (i forbindelse med diktering og skriving av epikriser og polikliniske notater) er beregnet å redusere foretakets driftskostnader med om lag 7 mill kroner i 2010. Opphør av avtale med Lukasstiftelsen om kjøp av tjenester ved Betania Sparbu fra 01.01.10 vil redusere driftskostnadene med om lag 5 mill kroner i 2010. Dette tiltaket forutsetter at det over tid investeres i nye lokaler. Prioriterte investeringsforslag, som samlokalisering av psykiatrien i Namsos, vil redusere foretakets driftskostnader ytterligere. Disse effektene vil imidlertid ikke kunne hentes ut før investeringen(e) er ferdig(e) fra 2011.

Den økonomiske effekten av foreslåtte nye driftstilbud og vedtatte effektiviseringstiltak vil redusere årsresultatet i 2010 med 8 mill kroner. Sammen med meldte reduksjon i basistilskuddet på 12,6 mill kroner, vil det føre til en samlet reduksjon i årsresultatet i 2010 på 20,6 mill kroner.

#### 4. PRIORITERINGER INVESTERINGER

HMN har ikke gitt økonomiske rammer for investeringer i LTB 2010 – 2016, herunder rammer for driftsrelaterte investeringer knyttet til medisinsk teknisk og teknisk utstyr og mindre bygningsmessige tiltak. Styret for HMN har imidlertid gitt klare føringer for prioritering av enkelte grupper av investeringer og for prioritering innen gruppen nye større sykehusbygg.

HNT har ikke planer om nye større sykehusbygg i langtidsbudsjettperioden, men har behov for investeringer for å opprettholde kvalitet og kapasitet i løpende drift og for å tilpasse bygningsmassen slik at årlige driftskostnader blir så lave som mulig. Med dette som utgangspunkt har foretaket lagt opp til et investeringsnivå omtrent på nivå med årlige avskrivninger.

På dette grunnlag har HNT gruppert sine investeringer i følgende prioriterte grupper:

1. Obligatoriske finansinvesteringer (som økt EK-innskudd i KLP).
2. Nødvendige reinvesteringer i medisinsk teknisk og teknisk utstyr (for å opprettholde kvalitet og kapasitet i løpende drift).
3. Rehabilitering av eksisterende bygningsmasse for å opprettholde kvalitet i og hensiktsmessige sykehusbygg (herunder forebygge/utbedre pålegg i forhold til HMS, brannsikring m.v.)
4. Mindre nybygg/tilbygg for å effektivisere løpende drift, prioritert slik at investeringer med høyest internrente blir prioritert først.

På dette grunnlag foreslås følgende investeringsbudsjett for HNT for de nærmeste årene:

Prioritet	HELSE Nord-Trøndelag HF – Investeringer (i 1000 kroner)	2009	2010	2011	2012
	<b>Finansielle anleggsmidler</b>				
1	Egenkapitalinnskudd KLP	5 000	5 000	5 000	5 000
	<b>Utstyr m.v.</b>				
2	Medisinsk-teknisk og teknisk utstyr	24 500	35 000	35 000	35 000
	<b>Prosjekter og bygningsmessige investeringer</b>				
3	Diverse ombygging/rehabilitering, inkl. HMS	6 700	12 000	12 000	20 000
4	Samlokalisering psykiatri, Namsos	11 200	50 000	12 800	
5	Statlig tiltakspakke "Tiltak for arbeid"	26 400			
6	Hjerteovervåking/intensiv, Levanger			17 000	
7	Diverse psykiatri (nybygg rus, flytte Betania-pas.)			25 000	20 000
8	Utviklingsplan Namsos (operasjon/intensiv m.v.)				20 000
9	Utbyggingsplan Levanger (fys.med., rehab., hab., BUP m.v.)				
	<b>Sum totale investeringer</b>	<b>73 800</b>	<b>102 000</b>	<b>106 800</b>	<b>100 000</b>

## 5. EFFEKTIVISERINGS- OG OMSTILLINGSTILTAK

HNTs budsjett for 2009 er vedtatt med et årsresultat på 31,1 mill kroner. Eier har senere vedtatt å øke resultatkravet til 40,0 mill kroner. Foretakets prognose for årsresultat 2009 er pr. 30.04.09 beregnet til om lag 23,5 mill kroner. Eier har så langt ikke fastsatt krav til årsresultat for de enkelte HF-ene i langtidsbudsjettperioden, men det er en intensjon at hvert HF skal presentere et budsjett i minimum balanse hvert år i langtidsbudsjettperioden. Med et upresist resultatkrav blir det på dette tidspunkt også et upresist krav til utarbeiding av effektiviserings- og omstillingstiltak. Alle HF er, som et minimum, bedt om å innarbeide effekt av forestående innføring av talegjekjening.

HNT arbeider fortløpende med tiltak for å effektivisere driften av sykehusene, herunder pasientlogistikk, optimalisering av forholdet mellom bemanning og aktivitet og reduksjon av kostnader knyttet til pasienttransport. Noen av effektiviseringstiltakene som er innarbeidet i LTB 2010 – 2016, er knyttet til prosjekter som innebærer bygningsmessige investeringer.

For en investering på 74 mill kroner ved psykiatrisk avdeling, Namsos; (pri. 4) vil en kunne samlokalisere de psykiatriske enhetene ved sykehuset. Dette prosjektet vil gi en netto besparelse i årlige driftskostnader på 3,9 mill kroner eller en internrente ("avkastning") på investeringen på 4,6 %. Ved samlokalisering av hjerteovervåking og intensiv i Levanger (pri. 6) vil en for en investering på om lag 17 mill kroner kunne redusere årlige driftskostnader med netto om lag 1,5 mill kroner. Ved å etablere et alternativ til kjøp av psykiatriske behandlingsplasser ved Betania, Sparbu, (pri. 7) vil en kunne redusere årlige driftskostnader med netto om lag 5,0 mill kroner.

Foreslåtte effektiviseringstiltak knyttet til drift og investeringer er beregnet til vel 17 mill kroner pr. år fra 2012 og er viktige bidrag for å kunne finansiere ny aktivitet uten at årsresultatet blir negativt.

## 6. VIDERE PROSESS

Langtidsbudsjett 2010 – 2016 for HMN skal behandles i regionstyret 25.06.09. Det er opplyst at behandlingen i regionstyret vil gi premisser for fastsetting av aktivitetskrav, basisramme og resultatkrav for HF-ene i 2010-budsjettet.

Det er i LTB-grunnlaget fra HMN nevnt noe om hvilke forhold som HMN vil vurdere ved fastsetting av rammer for 2010. Mange forhold oppleves imidlertid som lite avklart. Helseregionen mangler en klart formulert strategiplan som grunnlag for LTP- og LTB-arbeidet. Hvilken utvikling ønskes med hensyn til prioritering og fordeling av eksisterende og nye oppgaver? Finansiering av kapitalkostnader (renter og avskrivninger) ved store nybygg er et annet uavklart punkt som nevnes i premissene. Hvordan skal dette momentet innarbeides i vedtatt finansieringsmodell?

Når vi i tillegg til uavklarte strategiske planer har en finansieringsmodell som gir rom for store endringer fra ett år til et annet, opplever vi at styringsgrunnlaget blir noe uklart. Det kan gi rom for uønsket "spill" når foretakene skal fremme sine budsjettforslag. Det er viktig at HMN i denne prosessen klarer å fokusere på overordnede målsettinger for foretakene og innbyggerne i

foretakenes nedslagsfelt og at disse målsettingene legges til grunn når oppgaver skal fastsettes og ressurser fordeles.

HNT vil med sitt innspill til LTB 2010 – 2016 vise at foretaket fortsatt har stort fokus på effektivisering av driften og at dette også ligger til grunn for prioritering av investeringstiltak. Forutsatt tilstrekkelige driftsrammer og likviditet for å kunne gjennomføre disse tiltakene vil derfor foretaket være i en situasjon der vi skal kunne opprettholde kvaliteten i behandlingen og kunne gi et forbedret tilbud til enkelte pasientgrupper i årene som kommer.



# HELSE MIDT-NORGE RHF

## STYRET

### **Sak 40/09 Langtidsplan og budsjett 2010-2016 Helse Midt-Norge – prinsipper og forutsetninger**

**Saksbeh:** Tverrfaglig arbeidsgruppe ledet av Reidun Martine Rømo

**Arkivkode:** 012

**Saksmappe:** 2009/24

---

#### **Forslag til vedtak:**

1. For å sikre gode og likeverdige tilbud til alle pasientgrupper og alle deler av regionen, er det behov for detaljerte analyser av tilbudene gjennomført etter en systematisk metodikk. Administrasjonen legger frem forslag til metodikk og plan for gjennomføring i løpet av høsten 2009
2. Aktivitetsvekst 2010 kan fordeles i forhold til forbruk i de enkelte områder i Helse Midt-Norge slik at områder med høyere forbruk enn gjennomsnittet får en lavere aktivitetsvekst enn de områder som har et lavere forbruk
3. Nivå på årsresultat og investeringer må samlet ligge på et nivå som ikke forverrer foretaksgruppens samlede likviditet og som tilfredsstiller eiers krav til reduksjon av driftskreditt
4. Planlagte investeringene i regionen nødvendiggjør fortsatt et betydelig omfang av omstilling og effektivisering for alle foretak i Helse Midt-Norge, samt salg av eiendom og/overskudd i driften
5. Ny barneavdeling i Ålesund finansieres over tre år (2009-2011), forutsatt disponering i tråd med oppsummering i kap 2.6.
6. Det anbefales at det utarbeides en modell for finansiering av rentekostnader knyttet til langsiktige lån. Store byggeprosjekter som ikke gis lånefinansiering kan særskilt tildeles likviditet for gjennomføring av investeringen
7. Styret ber administrerende direktør gjennomføre rullering av ”Strategi for utvikling av tjenestetilbudet fram mot 2010” med underliggende strategier og handlingsplaner.

Stjørdal 26.03.09

Bjørn Erikstein  
Adm. direktør

## **SAKSUTREDNING:**

### **Budsjett 2010-2016 Helse Midt-Norge – prinsipper og forutsetninger**

Saken er utarbeidet av en tverrfaglig arbeidsgruppe med følgende deltagere:

Harald Buhaug, Medisinfaglig avdeling

Venke Reiten, Økonomiavdeling

Rigmor Mollan, Økonomiavdeling

Nils Arne Bjordal, Økonomiavdeling

Kjell Solstad, Økonomiavdeling

Hilde Kristin Bech, HR-avdeling

Toril Orrestad, Eieravdeling

Reidun Martine Rømo, Økonomiavdeling

I tillegg er det avholdt møter og gjennomført diskusjoner med konserntillitsvalgte, brukerutvalget og styreledere og direktører i helseforetakene.

### **GJELDENE FORUTSETNINGER**

I forbindelse med behandling av Sak 110/07 Langtidsbudsjett 2008-2013 vedtok styret i Helse Midt-Norge at det skal utarbeides rullerende langtidsbudsjett basert på konsernprinsipper og felles forutsetninger og maler. Foretaksgruppens evne til å bære kostnader knyttet til tidligere vedtak og planlagte investeringer skal analyseres.

### **SAMMENDRAG**

Det er i dag relativt store forskjeller knyttet til de ulike foretakene sin evne til å dekke behov i nedslagsfeltet. For å sikre gode og likeverdige tilbud til alle pasientgrupper og alle deler av regionen, er det nødvendig med mer detaljerte analyser av tilbudene, og en systematisk metodikk. Det vil være hensiktsmessig å legge opp til et rullerende arbeid hvor man tar for seg fagområdene i tur og orden, slik at man i løpet av noen år vil ha gjennomgått alle tilbud. En videreutvikling av den metodikk som ble utviklet for å gjennomgå tilbudene til pasienter med kroniske sykdommer kan være hensiktsmessig.

Det behov for teknisk og funksjonell oppgradering bør også foretas en systematisk kartlegging og vurdering av bygningsmassens egnethet og

Overordnet kapasitetsplanlegging og mer detaljerte analyser av forbruk og behovsdekning kan etter hvert gi bedre holdepunkter enn det vi har i dag for å fastsette aktivitetskrav til foretakene. På bakgrunn av den skjevfordeling i behovsdekning som eksisterer i dag, foreslås derfor at de foretak som har et overforbruk av tjenester i sitt område kan få en lavere aktivitetsvekst enn de områder som har et underforbruk.

Nivå på årsresultatet og investeringer må samlet ligge på et nivå som ikke forverrer foretaksgruppens samlede likviditet. Behovet for investeringsmidler er betydelig større enn hva foreliggende prognose viser for perioden 2010 til 2020. Foreliggende vurderinger viser at det kreves betydelig salg av eiendom og overskudd fra driften til finansiering av til ny barneavdeling ved Ålesund sykehus og Nye Molde sjukehus i henhold til foreliggende fremdriftsplaner.

Samtidig har foretaksgruppen store utfordringer knyttet til sikring av realkapitalen, fornying av medisinsk teknisk utstyr og IKT samt håndtering av økte kapitalkostnader knyttet til både iverksatte og planlagte investeringstiltak. Det krever en ordning som ikke svekker de ulike helseforetakenes mulighet til å ivareta tjenesteproduksjonen innenfor sitt opptaksområde og en modell for fordeling av midler knyttet til kapitalkostnader. Samtidig er det for helseforetaksgruppen sett under ett og for det enkelte foretak hensiktsmessig at hvert helseforetak går i balanse/overskudd framfor at enkelte foretak "får lov" til å gå i underskudd.

## **HELHETLIG DRØFTING**

De langsiktige planer og vedtak knyttet til fremtidig handlingsrom gir føringer for utarbeidelse av plandel i årlig melding til departementet og innspill til neste års statsbudsjett.

### **1. Pasientbehandling**

#### **1.1 Ivaretagelse av "sørge for"-ansvaret**

##### *1.1.1 Prioritering*

Helseforetakene i Midt-Norge gir i dag rett til nødvendig helsehjelp til langt flere pasienter enn det som er vanlig i landet for øvrig. I somatisk sektor får om lag 90 prosent av alle nyhenviste pasienter i Midt-Norge rett til nødvendig helsehjelp, mens nivået i de øvrige regioner ligger rundt 60 prosent. Når det gjelder de behandlingsfrister som settes, er det store variasjoner mellom sykehusene - dette gjelder både i Midt-Norge og de øvrige regionene. I de to første tertialer i 2008 varierte for eksempel den gjennomsnittlig behandlingsfrist for urologiske rettighetspasienter fra 60 til 300 dager mellom norske sykehus. Mange av pasientene får heller ikke behandling innen de frister som er satt. Hyppigheten av fristbrudd varierer både mellom sykehus og fagområder. I somatisk sektor er 10-15 prosent fristbrudd vanlig, men langt høyere verdier forekommer. Innenfor VOP, BUP og TSB er en fristbruddandel på 20-30 prosent vanlig, og også her forekommer vesentlig høyere verdier.

Helse Midt-Norge, de øvrige regionale helseforetakene og Helsedirektoratet har gjennom flere år samarbeidet om prosjektet "Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten". Prosjektet er omfattende; et stort antall legespesialister og annet helsepersonell har vært involvert. Det er utarbeidet prioriteringsveiledere for 31 ulike fagområder. Veilederne gir relativt konkrete og detaljerte retningslinjer både for tildeling av rett og fastsettelse av frist, og de er blitt godt mottatt i fagmiljøene som skal benytte dem. De første er allerede distribuert, og resten vil bli komme distribuert i løpet av året.

De nye veilederne gir en unik anledning til å få kontroll over et område hvor HOD gjennom flere år har påpekt mangler og etterlyst tiltak. Veilederne er hjelpemidler som i seg selv ikke vil føre til de nødvendige endringer - her er det nødvendig å endre holdninger og innarbeidede rutiner. Helse Midt-Norge legger opp til en oppfølging som vil kreve sterkt engasjement av ledelsen på alle nivå fra den enkelte avdeling til RHF-styret. Det er uvisst hvor lang tid dette vil ta; i første omgang planlegges en særlig oppfølging frem til utgangen av 2010.

### 1.1.2 Behov og behovsdekning

Gjennom de siste tre-fire årene har det vært en jevn økning i den gjennomsnittlige ventetid for avviklede somatiske rettighetspasienter i Midt-Norge. I første tertial 2005 var den i underkant av 60 dager, i tredje tertial 2008 var den 80 dager. I de andre regionene har den tilsvarende ventetid vært noen lunde konstant. Aktivitetsveksten i helseforetakene i Midt-Norge har i denne perioden vært i overkant av aktivitetsveksten i de øvrige regioner både når det gjelder døgnopphold og dagopphold, og ventetidene for somatiske dag- og døgnopphold har gått ned. Ventetidene i de somatiske poliklinikkene har imidlertid økt betydelig. Når vi ser på veksten i poliklinisk aktivitet, viser det seg at den har vært noe lavere i de midtnorske helseforetakene enn i foretakene i de øvrige regioner.

I gjennomsnitt er kostnad per poliklinisk konsultasjon vesentlig lavere enn kostnad per dagopphold og kostnad per døgnopphold. Det er derfor mulig at økningen i ventetid kunne vært unngått med en annen fordeling av ressurser mellom poliklinikk, dagbehandling og døgnopphold.

Når utviklingen i Midt-Norge sammenlignes med utviklingen ellers i landet, må det også tas hensyn til at foretakene i Midt-Norge gir rett til helsehjelp til langt flere pasienter enn de øvrige. Det er derfor mulig at ventetidsøkningen i Midt-Norge helt eller delvis gjelder pasienter som ikke ville fått rett til nødvendig helsehjelp i andre regioner.

Innenfor psykisk helsevern og TSB er datagrunnlaget mer usikkert enn i somatikken både når det gjelder aktivitet og ventetider. Foreliggende data viser ingen klare trender når det gjelder ventetider. Isolert sett kan det tolkes som uttrykk for at behovene i hovedsak er dekket. Dette stemmer imidlertid ikke med hva disse sektorene selv gir uttrykk for, og heller ikke med den rådende helsepolitiske oppfatning. HOD har gjennom flere år stilt krav om at veksten på disse områdene skal være sterkere enn veksten i somatisk sektor.

### 1.1.3 Gode og likeverdige tilbud

Så vidt mulig skal hver enkelt del av regionen ha et tjenestetilbud som er likeverdig med tilbudet i regionen for øvrig. Det innebærer bl.a. at graden av behovsdekning (forholdet mellom forbruk og behov) må være den samme i alle deler av regionen.

Tabellen nedenfor viser grad av behovsdekning i somatisk sektor i 2007 i hvert av de fire HF-områdene. Tallene for forbruk omfatter all sykehusbruk, inklusive private sykehus og sykehus i andre regioner. Behovet i det enkelte område er beregnet ved hjelp av Magnussenutvalgets behovsnøkkel for somatikk, og graden av behovsdekning er uttrykt i prosent av regionens gjennomsnitt.

Forbruk av somatiske sykehustjenester i 2007. Antall DRG-poeng etter pasientenes bosted.

Pasientens bosted	Faktisk forbruk 2007	Behovsdekning, prosent	Over- og underforbruk
Helse Sunnmøre foretaksområde	32 706	106,0	1 841
Helse Nordmøre og Romsdals foretaksområde	30 174	103,4	981
St. Olavs foretaksområde	64 708	97,2	-1 877
Helse Nord-Trøndelags foretaksområde	32 484	97,2	-945

Ulikhetene i behovsdekning er ikke ubetydelige. Avviket er størst for Sunnmøre, som har seks prosent høyere behovsdekning enn gjennomsnittet i Helse Midt-Norge. Det tilsvarer et relativt overforbruk på 1 841 DRG-poeng, tilsvarende ca. 65 mill. kr.

Magnussenutvalgets behovsnøkkel er den beste målestokk vi har, men det er ikke sikkert at den fanger opp alle relevante faktorer, og vi kan ikke se bort fra at den lokalt kan gi et litt misvisende

bilde av situasjonen. Dessuten gir den bare tall for somatikken sett under ett. Totaltallene kan dekke over betydelige variasjoner mellom fagområder og pasientgrupper innenfor hvert foretaksområde.

For å sikre gode og likeverdige tilbud til alle pasientgrupper og alle deler av regionen, er det nødvendig med mer detaljerte analyser og en systematisk metodikk. Det vil være hensiktsmessig å legge opp til et rullerende arbeid hvor man tar for seg fagområdene i tur og orden, slik at man i løpet av noen år vil ha gjennomgått alle tilbud. En videreutvikling av den metodikk som ble utviklet for å gjennomgå tilbudene til pasienter med kroniske sykdommer vil være hensiktsmessig. Arbeidet må forankres i ledelsen og knyttes opp til årshjulet med årlige oppdrag og faste rapporteringsformer:

1. I desember bestemmer RHF-styret hvilke fagområder som skal gjennomgås kommende år.
2. I løpet av første halvår blir tilbudene innenfor disse fagområdene analysert og vurdert ved hjelp av en fastlagt metodikk, og resultatene oppsummert i en kortfattet rapport som også inneholder forslag til tiltak der det synes nødvendig. Rapporten legges frem for styret i juni.
3. Tiltak som skal iverksettes, følges opp på den måte som er hensiktsmessig i det enkelte tilfelle. Etter behov blir oppfølgingen innarbeidet i budsjetter og styringsdokumenter for kommende år.
4. Rapporten som oppsummerer resultater og tiltak vedlegges Årlig melding til eier.

Dette arbeidet forutsettes å omfatte alle fagområder - somatikk, VOP, BUP og TSB.

#### 1.1.4 Nødvendig aktivitetsvekst

Det ventes ingen vesentlige endringer verken i befolkningens størrelse eller i bosettingsmønsteret de nærmeste årene. SSBs fremskrivning ”middels nasjonal vekst” gir folkemengden i Midt-Norge en vekst på 7,2 prosent fra 660 tusen i 2008 til 707 tusen i 2016. På landsbasis gir denne fremskrivningen 9,3 prosent vekst, fra 4,7 til 5,2 mill. Tabellen nedenfor viser utviklingen i Midt-Norge etter alder og bosted. Tallene i parentes angir vekst i prosent.

Befolkningeutvikling i Midt-Norge 2008-2016. Tallene i parentes angir vekst i prosent.

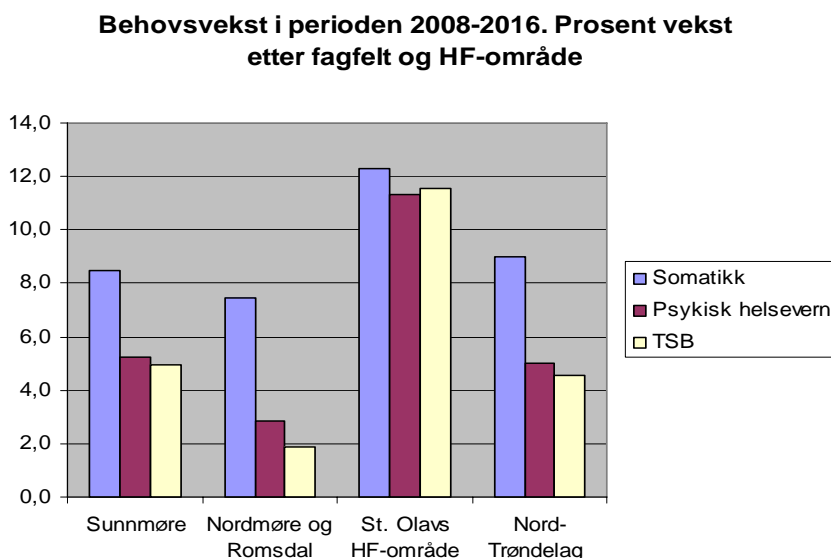
HF-område	Folkemengde i 2008	Vekst 2008-2016 etter alder			Folkemengde i 2016
		0-15 år	16-66 år	>66 år	
Sunnmøre	130 137	111 (0,4)	4344 (5,2)	2779 (15,3)	137371 (5,6)
Nordmøre og Romsdal	114 590	-812 (-3,5)	1221 (1,6)	3209 (18,9)	118208 (3,2)
St. Olavs HF-område	283 997	2636 (4,6)	20315 (10,6)	7047 (19,9)	313996 (10,6)
Nord-Trøndelag	130 897	-698 (-2,5)	3479 (4,1)	3767 (20,0)	137445 (5,0)
<b>Midt-Norge</b>	<b>659 621</b>	<b>1238 (0,9)</b>	<b>29359 (6,8)</b>	<b>16802 (18,8)</b>	<b>707020 (7,2)</b>

Relativt sett er tilveksten svakest i aldersgruppen 0-15 og sterkest i aldersgruppen over 66 år. I aldersgruppen over 66 år skjer all vekst i aldersgruppen 67-79 år; antall innbyggere i aldersgrupper 80+ vil ikke øke i noen del av regionen i denne perioden.

Når det gjelder bosettingsmønsteret forventes en svak tendens mot sentralisering, uten at dette vil få konsekvenser av betydning for organiseringen av tjenestetilbudet på kort sikt.

Befolkningsutviklingen medfører økte behov for spesialisthelsetjenester. Økningen i antall eldre slår særlig ut i behovet for somatiske tjenester, og medfører, beregnet etter Magnussenutvalgets behovsnøkkel, en økning i behovet for somatiske tjenester i Midt-Norge på 10,0 prosent i perioden 2008-2016. Tilsvarende tall for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av

rusmisbrukere er 7,4 og 7,3. Figuren nedenfor viser hvordan veksten i behov fordeler seg mellom foretaksområdene (basert på tall fra SSB og fordelingsnøkkel fra Magnussen-utvalget).



Den demografisk betingede veksten tilsvarer ca. 1,2 prosent per år i somatisk sektor, og noe lavere innenfor psykisk helsevern og rus. I nyere tid har den årlige veksten i somatisk sektor vært 1-2 prosent høyere enn det som har vært nødvendig for å holde tritt med befolkningsutviklingen. Dette har gitt rom for økt behovsdekning (flere av de som trenger et tilbud har fått det), og dels gitt rom for nye behov knyttet til ny teknologi og nye behandlingsmetoder. Det antas at denne utviklingen videreføres. Veksten i somatisk sektor frem til 2016 anslås derfor til 2-3 prosent per år. Veksten fra år til år reguleres av HOD, som gjennom oppdragsdokumentet setter rammer for aktivitetsveksten.

Den nødvendige vekst innenfor psykisk helsevern og rusbehandling kan ikke anslås på samme måte. Disse områdene skal fortsatt ha særlig prioritet. Her forutsettes det at så vel VOP som BUP og TSB skal ha sterkere prosentvis vekst enn somatikken gjennom hele planperioden. Dette vil gi en betydelig realvekst både innenfor psykisk helsevern og rus.

Prioritering av opptrappingsplan rusbehandling vil kreve omprioritering av basisramme mellom helseforetakene på størrelsesorden 60-120 mill kr i perioden 2010 – 2015, i henhold til vedtak i styret for Rusbehandling Midt-Norge 23. mars 2009. I tillegg kommer eventuelle investeringer.

## 1.2 Aktivitetskrav til helseforetakene

I forbindelse med fastsettelsen av helseforetakenes basisrammer må det hvert år fastsettes et aktivitetskrav til det enkelte helseforetak. Til nå er dette bare gjort gjeldende for somatisk virksomhet. Fra 2010 skal det også fastsettes aktivitetskrav for VOP og BUP.

Det er flere hensyn som må ivaretas når aktivitetskravene fastsettes. For det første må kravene tilpasses de rammer for aktivitet og aktivitetsvekst som departementet fastsetter for det enkelte år. Rammene gjelder ikke foretakenes produksjon, men den midnorske befolknings bruk av tjenester – bruk av tjenester i egne helseforetak, i foretak i andre regioner samt bruk av tjenester i private sykehus og institusjoner. Forventet bruk av private sykehus og helseforetak i andre regioner må derfor trekkes fra før aktivitetsrammen fordeles mellom foretakene.

Det er et overordnet mål at tilbudet i hver del av regionen skal være likeverdig med tilbudet i resten av regionen. I avsnitt 1.1.3 ovenfor ble det vist at dette målet ikke er oppfylt. Sunnmøringene har for eksempel et høyt forbruk av somatiske tjenester, sammenlignet med resten av regionen. Det meste av sunnmøringenes forbruk fant sted i Helse Sunnmøres sykehus. Hadde Helse Sunnmøre hatt lavere aktivitet, ville sunnmøringenes bruk av tjenester ganske sikkert vært lavere. Det antas derfor at ”overforbruket” kan påvirkes gjennom aktivitetsrammens størrelse.

Forholdene i resten av regionen er mer komplisert. Mange pasienter fra Nordmøre og Nord-Trøndelag benytter St. Olavs Hospital i stedet for det lokale foretak. Befolkningen i St. Olavs foretaksområde har et ”undeforbruk” av tjenester (se pkt. 1.1.3), men St. Olavs aktivitet ville vært mer enn tilstrekkelig dersom tilgangen på pasienter fra Nordmøre og Nord-Trøndelag hadde vært noe mindre. En strategi for å gi likeverdige tilbud til Nordmøre og Romsdal, St. Olavs foretaksområde og Nord-Trøndelag vil kreve nærmere spesifiserte forutsetninger om fremtidige pasientstrømmer.

Avhengig av årsakene kan de skjevhetene som ble påvist i avsnitt 1.1.3 reduseres på forskjellig måte:

- Endring av opptaksområder
- Justering av kapasiteten i det enkelte helseforetak
- Endring av sykehusstruktur, hvilke funksjoner det enkelte sykehus skal ha
- Påvirkning av pasientenes sykehusvalg

For å redusere overforbruket på Sunnmøre, kan man redusere Helse Sunnmøres kapasitet eller utvide opptaksområdet. Det siste vil forskyve problemet. For å redusere underforbruket i St. Olavs foretaksområde kan man øke kapasiteten ved St. Olav eller redusere bruken av St. Olav fra Nordmøre og Nord-Trøndelag. Dette dreier seg om tiltak som kan få omfattende konsekvenser, og som krever inngående vurderinger før beslutningene treffes.

Det må vurderes nærmere om det bør utarbeides en plan for sykehuskapasitet, opptaksområder og pasientstrømmer i regionen. Overordnet kapasitetsplanlegging og mer detaljerte analyser av forbruk og behovsdekning kan etter hvert gi et bedre grunnlag både for fastsettelse av aktivitetskrav og planlegging av investeringer enn det vi har i dag.

I de nærmeste årene kan vi ta hensyn til den eksisterende skjevfordeling ved at de helseforetak som har overforbruk av tjenester i sitt område får en lavere aktivitetsvekst enn de øvrige. Det forutsettes at helseforetakene internt fordeler sin aktivitet mellom fagområder og pasientgrupper i samsvar med gjeldende retningslinjer for prioritering.

## **2. Økonomisk utfordringsbilde**

Gjennom tett oppfølging av omstillingstiltak og ansvarliggjøring av ledere på alle nivå, har Helse Midt-Norge langt på vei lyktes med å innfri målet om god økonomisk styring, uten at dette har gitt dårligere kvalitet eller gått ut over tilbudet til pasientene. Høyt investeringsnivå og planlagte store byggetiltak i årene fremover gir imidlertid store utfordringer både i forhold til å betjene store kapitalkostnader og i forhold til en allerede anstrengt likviditetssituasjon.

Samtidig er det et betydelig etterslep på vedlikeholdet i de deler av bygningsmassen som ikke blir fornyet og at det vil være en utfordring å redusere etterslepet og å sikre nybygg slik at en unngår en raskere avskrivning enn forutsatt. Behovet for midler til fornying av medisinsk teknisk utstyr og IKT gir også grunn til bekymring. Det vil være en hovedutfordring i den nære fremtid å redusere

eiendomsmassens størrelse og å frigjøre kapital som kan benyttes til reinvesteringer. For å bedre grunnlaget for strategisk planlegging av eiendomsforvaltningen må det gjennomføres en systematisk gjennomgang av bygningsmassen mht bruk, egnethet og teknisk tilstand.

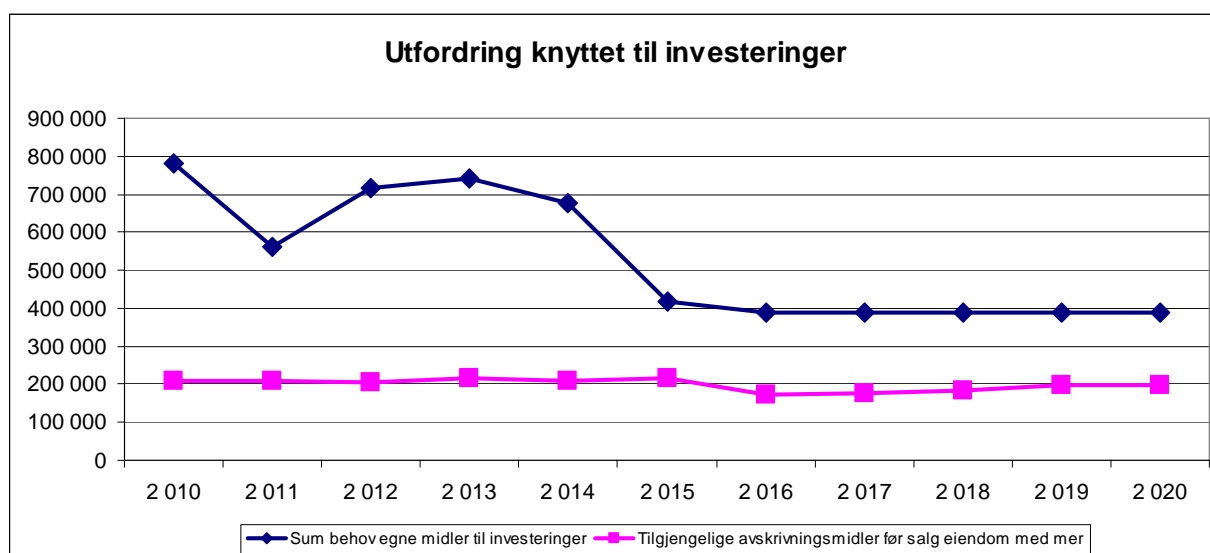
## 2.1 Sammenheng mellom investeringsnivå, årsresultat og likviditet

Nivå på årsresultatet og investeringer må samlet ligge på et nivå som ikke forverrer foretaksgruppens samlede likviditet. I tillegg har eier stilt krav om å redusere nivå på driftskreditten. Legges det til grunn at avskrivningsmidler i sin helhet benyttes likviditetsmessig til investeringer hvert år framover, må årsresultat fastsettes ut fra følgende metodikk:

$$\begin{aligned} & \text{Basisramme avskrivningsmidler} \\ & + \text{Inntektsført andel av investeringstilskudd} \\ & - \text{Avskrivningskostnader} \\ & + \text{Krav til reduksjon av driftskreditt} \\ & = \text{Minimumskrav til årsresultat} \end{aligned}$$

Planlagte/ønskede investeringer i Helse Midt-Norge gir et gap mellom behov for midler og beregnet tilgjengelige midler i perioden 2010 til 2020 som vist i nedenstående figur.

Planlagte/ønskede investeringer er omtalt videre i saken.



Tilgjengelig egenfinansiering av avskrivningsmidler er beregnet på bakgrunn av nåværende avskrivninger, planlagte avskrivninger basert på senere omtalte investeringsplaner, budsjettert inntektsført investeringstilskudd redusert for avdrag som følge av låneopptak og planlagt egenkapitalinnskudd i KLP. Krav til nedbetaling av driftskreditt samt overskudd i årene 2010 – 2020 er ikke tatt inn i beregningen. Tilgjengelige instrumenter for å redusere/tette gapet er at driften går i overskudd, tilførsel av likviditet fra salg av eiendom eller ved at investeringsnivået senkes.

Dersom alle planlagte investeringer som inngår i figuren skal realiseres krever dette betydelig overskudd i perioden 2010 -2020. Salg av eiendom vil redusere overskuddskravet.

## 2.2 Forutsetninger for finansiering – basisramme og lån

I statsbudsjettet for 2008 fikk Helse Midt-Norge og øvrige regioner økt basisbevilgningen knyttet til finansiering av avskrivninger. Det er forutsatt at regionen budsjetterer drift og investeringer innenfor tilgjengelig likviditet. Lån gis kun til særskilte større byggeprosjekter. Avdrag på lån



reduserer den likviditetsmessige rammen tilgjengelig til investeringer. De regionale helseforetakene har fått et særlig ansvar for å fordele den likviditetsmessige rammen til prioriterte prosjekter i regionen.

### 2.3 Salg av eiendom

Likviditet fra salg av eiendom kan gå til investeringer såfremt likviditet fra drift går minimum i 0. Helse Midt-Norge har tidligere identifisert en rekke eiendommer som kan selges, og noe av dette er realisert. Den spesielle situasjonen som oppstod i finansmarkedet høsten 2008 ser ut til å ha redusert muligheten på kort sikt til å gjennomføre salg som opprinnelig tenkt og til ønsket pris. I et lengre perspektiv vil det likevel kunne påregnes at salg av en rekke eiendommer kan og bør realiseres. Tidshorisont og verdi er imidlertid svært usikker.

### 2.4 Større byggetiltak

I utfordringsbildet inngår følgende store byggetiltak med total ramme over 100 mill kroner.

- Nye St Olavs Hospital fase 2; ramme P70 8 178 mill kroner - gjenstående etter 2009 knapt 2 500 mill kroner (P70)
- Ny barneavdeling Ålesund; ramme P 70 275 mill kroner, P50 259 mill kroner
- Nye Molde sjukehus; ramme 2 500 mill kroner
- Utviklingsplan Ålesund sjukehus; ramme 800 mill kroner

I tillegg kommer

- Ny sikkerhetsavdeling Østmarka; ramme 273 mill kroner  
–forutsatt i sin helhet finansiert gjennom salg av eiendom
- Psykiatribygg Øya; ramme helsedel ca 550 mill kroner

Totalt tilsvarer planer for større byggetiltak drøyt 6 mrd kroner.

### 2.5 Prioriterte investeringer

Helse Midt-Norge har tidligere; ref styresak 40/06; prioritert investeringer i følgende rekkefølge;

1. *Igangsatte større byggetiltak*  
Nye St. Olavs Hospital
2. *Driftsrelaterte tiltak som må gis prioritet*  
HMS-tiltak, pålagte  
Medisin-teknisk utstyr  
IKT-tiltak
3. *Tiltak som finansieres via salg*  
Ny sikkerhetsavdeling Østmarka
4. *Viktige større tiltak*  
Nytt Molde sjukehus, somatikk og psykiatri  
Ny barneavdeling ved Ålesund sjukehus  
Psykiatrisenteret ved St Olavs Hospital

Arbeidet for finansiering av byggetiltakene skal følge prioritetsrekkefølgen. Fremdriften må tilpasses de finansielle mulighetene.

Det er videre uttrykt ønske om at bygningsmessige investeringer i Helse Nord-Trøndelag som vil gi fornying og mer effektiv drift gis prioritet. Helse Sunnmøre har også en langsiktig utviklingsplan for sykehuset i Ålesund som vil kreve investeringsmidler for å kunne realiseres.

### Igangsatte prosjekt:

#### Nye St Olavs Hospital

Byggeprosjektet i regi av Helsebygg har en god prognose for å komme i mål innen sine rammer. Siste kostnadsprognose tilsier at prosjektet kan komme i mål 166 mill kroner under P50. Av dette utgjør helsedelen ca 160 mill kroner. Likviditetsbehovet i 2009 ser ut fra foreløpige tall fra baseline 19 ut til å bli lavere enn budsjettet; men det er usikkerhet knyttet til dette. Tilsvarende øker likviditetsbehovet for 2010. Basert på foreløpige vurderinger er det ikke mindre behov for likviditet til Nye St Olavs Hospital i 2009 og 2010 sett under ett, enn det som tidligere er lagt til grunn.

Det er tidligere vedtatt at St Olavs Hospital HF skal selge eiendommer for 200 mill som skal gå til finansiering av byggeprosjektet. Dersom forutsetning om salg av eiendom ikke realiseres i henhold til planlagt omfang og fremdrift, vil kostnadsreduksjon i byggprosjekt i regi av Helsebygg ikke likviditetsmessig avhjelpe andre investeringer i regionen, herunder ny barneavdeling i Ålesund.

Salg av eiendom er i liten grad realisert hittil, gitt dagens markedssituasjon ligger det betydelig risiko knyttet til forutsetningen om salg. I tillegg har Helse Midt-Norge RHF mottatt brev fra St Olavs Hospital HF hvor det meldes at det ligger restanser som ikke kan henføres til entreprenør og som skal dekkes over samlede marginer avsatt i byggeprosjektet. Beløpet her er ikke kvantifisert, men sak vil bli forelagt styret våren 09.

#### Automatisert legemiddelforsyning

ALF er et automatisert medisindoseringsanlegg, som skal gi pasientene betydelig bedre kvalitet og pasientsikkerhet enn tradisjonell legemiddelforsyning. Prosjektet ferdigstilles i 2010.

#### 1.prioritet øvrige: Nødvendige driftsrelaterte tiltak

##### HMS-tiltak.

I langtidsbudsjettet er det lagt til grunn et nivå på investeringer innen HMS som tar utgangspunkt i et minstebehov basert på antall kvm sykehusareal. Tiltak innen HMS er knyttet til pålegg, nye forskrifter vedr brann, arbeidsmiljø med mer. Første prioritet her er de feltene hvor vi har pålegg fra tilsynsmyndighet, men etter hvert bør vi gå over til forebyggende utbedringer slik at vi unngår pålegg. En legger til grunn et vedlikeholdsbehov på 210 kroner pr kvm. Av dette forutsettes det et minstebehov på tiltak som kan knyttes til HMS på minimum kr 50 pr kvm. Dette utgjør beløpsmessig om lag 33 millioner pr år i perioden.

##### Medisinsk teknisk utstyr (MTU)

I utgangspunktet er det forutsatt at nivået på avskrivningskostnadene i 2007 representerer nivået på årlige behov for reinvesteringer. Avskrivningskostnadene for MTU var i 2007 på 182 millioner kroner. Med utgangspunkt i foretaksgruppens totale tilgjengelige midler til investeringer er det i LTB vist hvordan det totale investeringsnivået blir hvis en gjenanskaffer 75 % av nivået i 2007. Dette utgjør 137 millioner kr pr år. Mye av utstyret til byggefase 1 Nye St. Olav er finansiert med investeringstilskudd. Dette inngår ikke i underlaget for beregning av avskrivningsmidler. Beregnet varighet på MTU varierer mellom 4 og 12 år. Dette betyr blant annet at noe av det som ble investert i fase 1 snart er klart for utskiftning. Mye av utstyret begynner å bli gammelt og det er økt fare for at deler av MTU bryter sammen. Det er i de 3 siste år bevilget mindre til MTU enn behovet tilsier.

## IKT

Investeringer innen prioriterte IKT-prosjekter omfatter både immaterielle eiendeler (utvikling av programvare, lisenser mv) og varige driftsmidler (utstyr). I 2007 ble det avskrevet 40 millioner kroner i immaterielle eiendeler og 67 millioner kroner i IKT-utstyr. I langtidsbudsjettet er det lagt til grunn en reinvestering tilsvarende 75 % av nivået i 2007. Dette utgjør 87 millioner pr år. Fullføring av igangsatte IKT-prosjekt er nødvendig for at HF-ene kan gjennomføre flere effektiviseringstiltak.

### *2.prioritet øvrige: Tiltak som finansieres via salg*

Ny sikkerhetsavdeling Østmarka forutsettes finansiert via salg av Brøset. Det forventes fortsatt at salg av Brøset vil gi tilstrekkelig midler til at ny sikkerhetsavdeling kan bygges, men tidshorizonten er fortsatt uavklart. Foreløpig kostnadsramme er beregnet til 273 millioner kr.

### *3.prioritet øvrige: Viktige større tiltak*

Viktige større byggetiltak er på 3.prioritet og det forutsettes at vi minimum kan finansiere de helt nødvendige driftsrelaterte tiltakene før vi igangsetter nye byggetiltak.

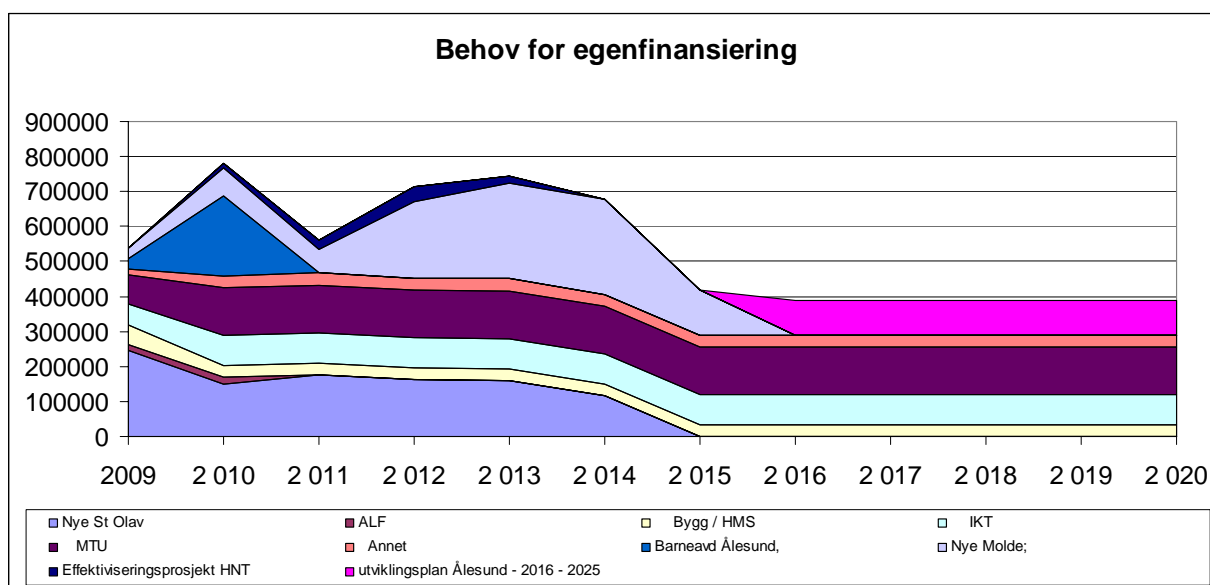
## Ad barneavdeling Ålesund.

I styresak 29/09 vedrørende Ny barneavdeling Ålesund har styret bedt om at prosess rundt utbyggingen iverksettes og om at administrasjonen fremmer finansieringsplan i forbindelse med behandlingen av LTP/LTB i april.

Helse Midt-Norge kan ikke påregne å få lån til ny barneavdeling. Rammen på 275 mill kroner (P70) må i sin helhet egenfinansieres.

## Ad Nye Molde sjukehus

I styresak 104/08 ble det vedtatt at bygging av Nye Molde Sjukehus tidligst kan starte i 2012 og realiseres innenfor en kostnadsramme på 2,5 mrd kroner. Dette innebærer at prosjektering og klargjøring av tomt utføres i 2010 og 2011. Samlede kostnader for disse årene er av prosjektorganisasjonen angitt til 207 mill kroner. Det er søkt om 30 mill i lånemidler i 2010 og forutsatt det samme i 2011. Lånerammen fastsettes av Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med Statsbudsjettet hvert år.



Figuren viser behov for egenfinansiering basert på at Helse Midt-Norge får omsøkte lånemidler til Nye St Olavs Hospital fase 2 og Nye Molde.

## 2.6 Oppsummering

Som vist over mangler regionen investeringsmidler i det omfang som er lagt til grunn i beregningene. Dersom alle planlagte investeringer som inngår i figuren skal realiseres krever dette årlig overskudd i de nærmeste årene i størrelsesorden 400 millioner kr. Dette forutsetter fortsatt bruk av økt basisramme til investeringer i stedet for brukt til drift, jf budsjett 2009. Dette medfører at eventuell økning i basisramme ikke kan gå til finansiering av økte kapitalkostnader i årene fremover. Salg av eiendom og/eller redusert investeringsnivå vil redusere kravet til overskuddets størrelse.

Ferdigstillelse av ny barneavdeling i Ålesund i 2010 forutsetter en finansiering med følgende konsekvenser:

- nivå for investering i MTU, IKT og HMS mm reduseres til et minimum
- samlet drift i overskudd tilsvarende minimum 460 millioner kr i 2010

Med bakgrunn i dette tilrås det at ny barneavdeling i Ålesund finansieres over en 3-årsperiode. Dette forutsetter:

- nivå for investering i MTU, IKT og HMS mm reduseres til et minimum
- samlet drift i overskudd tilsvarende minimum 350 mill kroner i 2010
- samlet drift i overskudd tilsvarende minimum 300 mill kroner i 2011

## 3. Finansiering av rentekostnader med fokus på store byggeprosjekter

I budsjett 2009 ble det lagt til grunn differensierte effektiviseringskrav og resultatkrav. Også i årene fremover tilsier utfordringsbildet behov for differensierte krav.

Utfordringen knyttet til håndtering av økte kapitalkostnader krever en ordning som ikke svekker de ulike helseforetakenes mulighet til å ivareta tjenesteproduksjonen innenfor sitt opptaksområde. Dagens ordning med differensiert resultatkrav i tillegg til særfinansiering knyttet til kapitalkostnader ivaretar hensynet til at tilgjengelige midler til pasientbehandling og følgelig helsetjenestetilbudet blir likt i de forskjellige helseforetakene.

For helseforetaksgruppen sett under ett og for det enkelte foretak er det hensiktsmessig at hvert helseforetak går i balanse/overskudd framfor at enkelte foretak "får lov" til å gå i underskudd. Egenkapitalen vil styrkes og resultatmålingen blir enklere. Overskudd gir overskuddslikviditet som eventuelt fritt kan benyttes til investeringer. Forutsetning for at alle foretak skal ha et resultat i minimum balanse er en inntektsfordeling som muliggjør dette.

Det anbefales at det utarbeides en modell for finansiering av rentekostnader knyttet til langsiktig lån. Tilsvarende at en andel av rentekostnader trekkes ut fra total ramme og tildeles særskilt. Modellen kan ta hensyn til effekt av varierende kredittrente og fremdrift ved å inneholde element for justering av beregningsgrunnlaget over tid. Store byggeprosjekter som ikke gis lånefinansiering kan særskilt tildeles likviditet for gjennomføring av investeringen. Foretaket vil i denne sammenhengen unngå kapitalkostnader i form av renter på langsiktig lån.

## 4. Vurdering av kostnadsnivå og produktivitet

I Helse Midt-Norge fordeles basisrammer for somatisk sektor til HF-ene etter fastsatt aktivitet, kostnadsnivå og resultat. Etter planen skal dette gjennomføres for budsjettåret 2010 også for psykisk helsevern. På grunn av usikkerhet i aktivitetsmålene for psykisk helsevern er det mulig at modellen kun tilpasses faktiske rammer for budsjettet for 2010 og gis virkning først for 2011. Dette betyr at styret for Helse Midt-Norge skal sette ønskede kostnadsindekser for HF-ene for

budsjettet i 2011. Det vil derfor være behov for å gjøre vurderinger i forhold til potensialer for effektivisering eller produktivetsforbedring ved hvert enkelt HF. For å gjøre disse vurderingene er det behov for å vurdere eksisterende kostnads- eller produktivetsnivå mot en norm og/eller følge utviklingen i en stabil indikator over tid. Her er det forskjellig utgangspunkt mellom sektorene.

### **Somatisk sektor**

For somatisk sektor kan kostnadsindeksene som publiseres årlig i SAMDATA – rapportene (utarbeidet av SINTEF) benyttes som et grunnlag for å vurdere kostnadsnivå i forhold til beste praksis. Her kan det utarbeides en standard for hvordan beste praksis beregningen gjøres.

For somatisk sektor vil følgende indikatorer kunne benyttes som basis for vurderinger omkring kostnadsnivåer og potensialer for produktivetsbedring:

- Kostnadsindekser fra SAMDATA-rapportene (normdata)
- Kostnadsindekser fra inntektsmodellen
- Indikatorer for produktivitet basert på egne data (må utvikles)

Av disse tre er det kun indeksene fra SAMDATA som gir et sammenligningsgrunnlag i forhold til nasjonale tall. Et samarbeid med andre RHF i beregningen av egne indikatorer vil derfor øke datagrunnlaget utover egen region i vurderingen.

### **Psykisk helsevern**

For psykisk helsevern presenteres det ikke kostnadsindekser i SAMDATA-rapportene. Dette begrenser mulighetene for å gjennomføre gode beste praksis analyser innenfor sektoren. Det er imidlertid mulig å beregne kostnadsindekser for psykisk helsevern gjennom inntektsmodellen, og det er også mulig å beregne produktivetsindikatorer basert på egne data fra HF-ene. Et problem med dette er at aktivitetsmålene for psykisk helsevern ikke like godt fanger opp forskjeller i pasientsammensetning som tilsvarende data for somatisk spesialisthelsetjeneste gjør. Det må derfor påregnes noe større usikkerhet i disse vurderingene enn i somatisk sektor. For psykisk helsevern vil følgende type indikatorer kunne benyttes som basis for vurdering omkring produktivitet og effektiviseringspotensialer:

- Kostnadsindekser fra inntektsmodellen
- Indikatorer for produktivitet basert på egne data (må utvikles)

### **Utarbeidelse av egne indikatorer**

Når det gjelder indikatorvalg er det viktig at indikatorene avgrenses på samme måte ved HF-ene slik at de kan sammenlignes mellom HF. Det er viktig å understreke at dette arbeidet må støtte seg på de datagrunnlagene som benyttes som basis for GSS (gjennomgående styringssystem) og annen benchmarking slik at synergieffekter ved felles datagrunnlag utnyttes. En viktig premisse for dette er at aktivitetskuben på HF-nivå etableres så raskt som mulig.

## **5. Sykehusapotekenes rolle og finansiering**

Tap av liv og helse hos pasienter på grunn av uønskede hendelser i sykehus er et av de største risikoområdene i den vestlige verden. Undersøkelser viser at det forekommer uønskede hendelser i ca 10 % av alle sykehusinnleggelse. Det anslås at rundt halvparten av de påviste hendelsene kunne vært unngått. Ca 50 % av de uheldige hendelsene i sykehus er knyttet til legemidler, derfor vil bedre kvalitetssikring av legemiddelbruk være et nyttig tiltak for å gi økt pasientsikkerhet. I dokumentet ”*Riktig legemiddelbruk – et viktig verktøy i arbeidet med økt pasientsikkerhet*” beskrives hvordan farmasøytisk kompetanse kan benyttes kostnadseffektivt i helsevesenet for å sikre riktig legemiddelbruk og dermed bidra til økt pasientsikkerhet. Dokumentet refererer til studier som viser

effekt av pasientrettede farmasøytiske tjenester og at kliniske farmasøyter er viktige bidragsyttere i det tverrfaglige teamet rundt pasienten, jf styresak 13/09 i Sykehusapotekene i Midt-Norge.

Styret for Sykehusapotekene i Midt-Norge har drøftet konflikten mellom forventet tjenesteleveranse fra sykehusapotekene knyttet til krav i Styringsdokument 2009 og sykehusapotekets økonomi. I og med at avansen ved salg av legemidler reduseres, må det foretas en prinsipiell beslutning knyttet til den framtidige finansieringen av farmasøytiske tjenester knyttet opp mot sykehusapotekenes to hovedoppgaver:

- Å sørge for en sikker og kostnadseffektiv legemiddeldistribusjon
- Å levere farmasøytiske tjenester for å kvalitetssikre legemiddelbruk på systemnivå og på pasientnivå

Følgende finansieringsformer vurderes som aktuelle:

#### Finansiering – en sikker og kostnadseffektiv legemiddeldistribusjon

Med utgangspunkt i budsjettet for 2009, har sykehusapotekene et handlingsrom på kr 5,5 millioner knyttet opp til økning i tjenesteleveranser på dette området. I og med at avansen er relatert til legemiddeldistribusjonen, vurderes det som hensiktsmessig å benytte handlingsrommet til kvalitetssikring relatert til denne hovedoppgaven. Tjenestenivået vil reguleres og begrenses ut fra omsetningen av legemidler.

#### Finansiering – kvalitetssikre legemiddelbruken (systemnivå)

Finansieringen av farmasøytiske tjenester for kvalitetssikring på systemnivå, kan tenkes finansiert enten gjennom handlingsrommet, jfr. Punktet ovenfor, eller ved at tjenestene dekkes av det enkelte sykehusforetaket.

#### Finansiering – kvalitetssikre legemiddelbruken (pasientrettet)

Sykehusapotekene i Midt-Norges mulighet til å finansiere pasientrettede tjenestene av egne midler begrenses framover. Dersom sykehusforetakene skal dekke tjenesteleveransen, er dette avhengig av at foretakene etterspør tjenestene uavhengig av den kortsiktige budsjettsituasjonen. Finansiering gjennom basisramme vil være et sterkt signal fra eier om at pasientrettede farmasøytiske tjenester for å øke pasientsikkerheten, er prioriterte tjenester i regionen. Dette er kvalitetssikringstiltak for å øke pasientsikkerheten som bør være uavhengige av avansen på legemidler og de bør være uavhengige av helseforetakenes betalingsvilje. Finansiering via basisramme vil også styrke Sykehusapotekene i Midt-Norges posisjon som leverandør av pasientsikkerhet ved riktig legemiddelbruk, samtidig med at sykehusforetakene får frigjort tid hos sitt helsepersonell til direkte pasientrettet behandling uten at dette gir økt kostnad i foretakene.

## **6. Kompetanse og bemanning**

### Utfordringsbildet viser at:

- Bemanningstilveksten i spesialisthelsetjenesten stopper opp, dels fordi tilgangen til kompetanse/arbeidskraft blir vanskelig, og dels fordi ressursveksten må kanaliseres til andre deler av helsetjenesten som følge av samhandlingsreformen
- Gjennomsnittsalderen i bemanningen øker og mange spesialister står foran pensjonering.
- Sykefraværet er størst blant de eldste arbeidstakerne, hvilket forsterker bemanningsutfordringene ytterligere
- Som følge veksten i andel eldre av befolkningen, vil det være behov for økt aktivitet innenfor mange av spesialisthelsetjenestens områder. Det vil samtidig være krav til økt ressursinnsats og kompetanse innenfor ”samhandlingsrommet” mellom kommune og spesialisthelsetjeneste

Med dette utfordringsbildet må Helse Midt-Norge i langtidsplanperioden ha sterkt fokus på:

- Langsiktig og helhetlig kompetanseplanlegging
- Kompetanseutvikling blant dagens medarbeidere
- Forbedring av arbeidsprosessene og god ressursstyring.
- Utvikling av et avtaleverk som støtter opp under samhandlingsreformen
- Arbeidsmiljøutvikling
- Investeringer i systemstøtte innenfor HR

Styret vedtok høsten 2008 en regional handlingsplan for HR som skisserer en rekke konkrete oppfølgingsiltak i forhold til dette utfordringsbildet.

Når det gjelder investeringer i systemstøtte innenfor HR-området, er det med utgangspunkt i handlingsplanen og nasjonale rammeavtaler gjennomført et forprosjekt som anbefaler investeringsvalg. Det vises til egen orienteringssak om dette

## **7. Regionale planer**

Gjennom arbeidet med ”Strategi for utvikling av tjenestetilbudet fram mot 2010” (Strategi 2010) har Helse Midt-Norge RHF Gjennomført utredningsarbeid på flere områder for å samordne og utvikle tjenestetilbud i regionen. Strategidokumentet forankrer strategier på ulike områder som sikrer befolkningen i Midt-Norge gode og likeverdige helsetjenester innenfor seks satsingsområder:

1. Psykisk helsevern og rusbehandling
2. Sammenheng i behandlingstilbudet
3. Kronisk syke og eldre
4. Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom
5. Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet
6. Bedre bruk av tilgjengelige ressurser
7. Strategisk plan for forskning.

I langtidsplanperioden 2010-2016 må strategier og handlingsplaner på de ulike satsingsområdene gjennomgå og rulleres. I 2009 vil den overordnede Strategi 2010 bli gjennomgått og justert ut fra ny kunnskap, spesielt med sikte på nødvendige endringer ift samhandling. Handlingsprogrammet for 2010 vil også bli gjennomgått og justert i løpet av 2009.

## **8. Kvalitetsløftet**

God økonomistyring har gitt Helse Midt-Norge RHF det nødvendige handlingsrom til å rette ytterligere oppmerksomhet mot kvaliteten i innholdet i de tjenester som skapes og leveres. Med hensyn til satsingsområde 5, Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet, vil nåværende kvalitetsstrategi bli gjennomgått og justert i henhold til elementer som beskrevet over. I arbeidet vil en særlig fokusere på tre delelementer av kvalitetsbegrepet: Faglig kvalitet, pasientopplevd kvalitet og organisasjonskvalitet. Kvalitetsarbeidet skal over tid bidra til kortere ventetid, bedre organisering, færre uønskede hendelser for pasientene, bedre samhandling mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten og flere fornøyde pasienter.

## **Administrerende direktørs vurdering**

Gjennom arbeidet med sak om langtidsplan og budsjett 2010 – 2016 har Helse Midt-Norge RHF kommet fram til et bilde av de muligheter og utfordringer regionen har både hva gjelder drift og investeringer. I saksforberedelsene har konserntillitsvalgte, brukerutvalg og ledelsen i

helseforetakene deltatt i møter og diskusjoner. Det forutsettes bred involvering i det videre arbeidet med langtidsplan og langtidsbudsjett både i det regionale helseforetaket og i de enkelte helseforetakene. Situasjonen er krevende, men systematisk kunnskap og systematisk videre arbeid er nødvendig for å kunne løse utfordringene. Administrerende direktør vil derfor anbefale at innholdet i denne saken og de forslag til vedtak som fremmes, legges til grunn for det videre arbeidet med budsjett og videreutvikling i regionen. Vi vil komme tilbake til saken i styremøte 25. juni 2009. Denne vil blant annet omfatte foreløpig inntektsfordeling 2010 og økonomiske konsekvenser av utfordringsbildet for det enkelte helseforetak.



**FORSLAG LTB 2010 - 2016** (pr. 14.05.09)  
**Rapporteringskjema**

Rapporteringskjema E2

Alle tall i 1 000 kr.

	Utbetalingsdata		Videre investeringsplaner								Gjenstående etter 2016	Totalt	Merknader (status)
	Budsjett 2009	Utbetalt hittil pr 30 / 04 2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016				
<b>Helse Nord-Trøndelag HF</b>													
<b>Prosjekter og byggingmessige investeringer</b>		Bygg	Utstyr										
Diverse ombygging/rehabilitering, inkl. HMS, egen finans. (Prior 3)	6 700			12 000	12 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000		130 700	
Samlokalisering psykiatri Namsos, egen finans. (Prior 4)	11 200			50 000	12 800							74 000	
Statlig tiltakspakke "Tiltak for arbeid" (Prior 5)	26 400											26 400	
Hjerteovervåking/intensiv Levanger (Prior 6)					17 000							17 000	
Diverse psykiatri (nybygg rus, flytte Betania-pas.) (Prior 7)					25 000	20 000						45 000	
Utviklingsplan Namsos (operasjon/intensiv m.v) (Prior 8)						20 000					20 000	40 000	
Utviklingsplan Levanger (fys.med., rahab., hab., BUP m.v) (Prior 9)							40 000	40 000	40 000	20 000	20 000	140 000	
<b>Utstyr. mv</b>													
Medisinsk-teknisk og teknisk utstyr, egen finans. (Prior 2)	24 500			35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000			
IKT- utstyr													
Annet													
<b>Finansielle anleggsmidler</b>													
Egenkapitalinnskudd KLP (Prior 1)	5 000			5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	Sum MTU ,IKT	Sum Bygg	
<b>Sum totale investeringer</b>	<b>73 800</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>102 000</b>	<b>106 800</b>	<b>100 000</b>	<b>100 000</b>	<b>100 000</b>	<b>100 000</b>	<b>100 000</b>	<b>280 000</b>	<b>428 800</b>	
Investeringsnivå påvirkning på samlede avskrivninger *				0	0	0	0	0	0	0	Totalt		
Investeingsnivå påvirkning på renter				0	0	0	0	0	0	0	2010-2016	708 800	
Samlet resultatteffekt kapital				0	0	0	0	0	0	0			

\*Effekt av både avgang og planlagt tilgang skal beregnes

Positive tall (+ )/negative tall (-)

# HELSE NORD-TRØNDELAG HF

## STYRET

Sak 18/2009 Oppfølging av eiers samlede styringsbudskap 2009 - T 1

---

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret	190509	18/2009

Saksbeh: Kristian Eldnes

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2009/1220

---

### ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret i Helse Nord-Trøndelag HF tar administrerende direktørs redegjørelse for hvordan foretaket har tilrettelagt for ivaretagelse og oppfølging av styringskravene fra Helse Midt-Norge RHF til etterretning.
2. Styret i Helse Nord-Trøndelag tar risikovurderingen i vedlagte matrise over oppfølgingspunkter gitt i styringsdokument og protokoll fra foretaksmøtet, til orientering.
3. Styret i Helse Nord-Trøndelag ber om en ny risikovurdering i tilknytning til tertialrapporten for 2. tertial.

## **SAKSUTREDNING:**

**Sak 18/2009 Oppfølging av eiers samlede styringsbudskap 2009 - T 1**

## **VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

### **Nummererte vedlegg som følger saken**

1. Oppgave og avviksregistrering i styringsdokument 2009 og foretaksmøteprotokoll [http://virksomhetsportal.helsemn.no/omrader/HNT/styrende\\_dokumenter/Lists/Styringsdokument%202009/AllItems.aspx](http://virksomhetsportal.helsemn.no/omrader/HNT/styrende_dokumenter/Lists/Styringsdokument%202009/AllItems.aspx)

### **Utrykte vedlegg i saksmappen**

1. Styringsdokument 2009 for Helse Nord-Trøndelag HF
2. Protokoll fra foretaksmøte med Helse Nord-Trøndelag HF

## **GJELDENDE FORUTSETNINGER**

Helse Nord-Trøndelag behandlet utkast til styringsdokument som orienteringssak i sitt styremøte 19.02.09.

Den 23.02.09 ble det avholdt foretaksmøte der Helse Nord-Trøndelag HF fikk formelt overlevert styringsdokumentet for 2009 fra Helse Midt-Norge RHF. Protokollen fra foretaksmøtet er underskrevet av styreleder Steinar Aspli.

På styremøte i Helse Nord-Trøndelag 19.03.09 ble oppfølging av styringsdokument for 2009 og foretaksmøteprotokollen behandlet og tatt til etterretning. Det ble i styresaken redegjort for hovedkravene i foretaksmøteprotokollen av 23.02.09 og styringsdokumentet av 2009 og hvordan administrerende direktør vil operasjonalisere disse kravene og følge dem opp.

Det legges derfor til grunn at styret er godt orientert om styringskravene fra Helse Midt-Norge RHF og hvordan disse er formidlet videre i helseforetaket. Hensikten med denne saken er å redegjøre for hvordan helseforetaket har tilrettelagt ivaretagelsen og oppfølgingen av de nevnte styringskravene og hvordan risikobildet i forhold til å oppfylle eiers krav og føringer i 2009 ser ut pr. 1.tertial.

## **HELHETLIG DRØFTING**

Administrerende direktør har vært opptatt av at oppfølging av eiers samlede styringsbudskap for 2009 skal forankres i helseforetaket. Gjennom den operasjonalisering og ansvarsavklaring som er foretatt av alle tiltak i styringsdokumentet og protokoll for foretaksmøtet er oppfølgingsform og ansvar internt i foretaket definert. Eiers styringsbudskap er systematisert etter samme opplegg og mønster som er brukt av Helse Midt-Norge RHF med konkrete tiltak og indikatorer som skal følges opp. Det er blant annet lagt opp til at alle tiltak har en ansvarlig som på vegne av adm.direktør skal sørge for at tiltaket blir fulgt opp og vurdert for iverksetting og gjennomføring samt at de skal besørge nødvendige rapporteringsdata til rett tid.

Ansvarlige skal også sørge for å gjøre risikovurderinger og ha risikostyring på sine områder.

Det er i vedlagte matrise gitt en oversikt over alle konkrete tiltak i styringsdokumentet for 2009 og protokoll fra foretaksmøtet samt hvem som har ansvar for å følge opp tiltaket på vegne av administrerende direktør. Det fremgår også av matrisen status ift gjennomføring av tiltaket på rapporteringstidspunktet. I tillegg fremgår det hvem som skal involveres i implementeringen av det enkelte tiltak. Det kan være at ett tiltak fordrer at alle 10 klinikker og deres klinikkledere må involveres i gjennomføringen av ett enkelt tiltak mens i ett annet tiltak kan det være en enkelt avdeling som skal involveres og få gjennomføringsansvar.

Uavhengig av hvor i systemet et tiltak settes ut i livet, ligger ansvaret for å følge opp eiers krav i styringsdokumentet for 2009 og protokollen fra foretaksmøtet på administrerende direktør og styret i Helse Nord-Trøndelag HF.

Derfor er det nå i utgangspunktet definert en ansvarlig på vegne av adm. direktør for oppfølging av hvert tiltak og hver indikator i styringsdokumentet og foretaksmøteprotokollen. De ansvarlige for oppfølging i Helse Nord-Trøndelag er klinikkledere, stabsledere og adm.direktørs rådgivere.

På samme måte som RHF et har lagt opp til vil en også i Helse Nord-Trøndelag HF jobbe videre med å få satt en fast saksbehandler på hvert tiltak for oppfølging.

Disse (ansvarlige og saksbehandlere) skal være ansvarlige for å påse at arbeidsgrupper, ledere eller andre med gjennomføringsansvar får et mandat eller prosjektbeskrivelse som beskriver og formidler de nødvendige krav og føringer og at aktører følger opp styringskrav. Videre skal de sørge for at det blir levert tilstrekkelige rapporteringsdata og til rett tid.

Det regionale helseforetaket har gjort en enkel form for risikovurdering av hvert enkelt oppfølgingspunkt i oppdraget fra HOD.

Helse Nord-Trøndelag HF har brukt samme modell som er som følger:

### Risikovurdering og –styring

<b>RØD</b>	Sannsynligheten for å komme i mål er liten og/eller krever tett oppfølging fra HF.	Eks. Korridorpasienter, epikrisetid
<b>GUL</b>	Antar at mål kan nås/tiltak kan gjennomføres, men men det kreves noe oppfølging av HF ledelsen eller klinikkledelsen	Eks. Orienterer klinikkene om nye retningslinjer for "Riktigere prioritering" + stille krav om implementering.
<b>GRØNN</b>	Går av seg selv så lenge kravet er formidlet til klinikk/stabsenhet i styringsdokument, foretaksmøteprotokoll, lederavtale eller budsjett.  Eller kravet anses som allerede ivaretatt, eller godt innarbeidet i HF ets rutiner.  Eneste som kreves av HF er å sjekke	Eks. Sikre brukermedvirkning

	rapportering fra klinikker og stabsenheter og videreformidle til RHF	
--	--	--

Det viktigste med denne gjennomgangen vil være å peke ut de mest kritiske områdene, de røde, for at en så raskt som mulig skal kunne vurdere handlingsrommet HF et har for å påvirke situasjonen eller utviklingen slik at sannsynligheten for å komme i mål, eller innfri krav og forventninger, ØKER.

Hensikten med å foreta en enkel versjon av risikovurdering av hvert enkelt oppfølgingspunkt, er å få en oversikt over hvilke tiltak som krever særlig oppmerksomhet fra Administrerende direktør for å være i stand til å kunne utkvittere alle punktene i styringsdokumentet og foretaksmøteprotokollen ved tertialrapporteringen og når en ved utgangen av 2009 skal rapportere til Helse Midt-Norge RHF i årlig melding.

Administrerende direktør vil nå peke på følgende områder som ”kritiske”:

- Omstilling for å klare resultatkrav  
 Helse Nord-Trøndelag HF hadde et resultatkrav på + 31,1 mill.kr ved årets start. Dette ble endret til **+ 40,0 mill.kr.**  
 Endringen av resultatkravet er blant annet begrunnet i reduksjon av pensjonskostnader med 3,5 mill.kr.  
 Helse Nord-Trøndelag har budsjettert med omstillingstiltak som skal gi en effekt på årsbasis tilsvarende 24 mill.kr.  
 Resultatet pr. 1.tertial ser ut til å kunne bli 18,5 mill.kr. En svikt på 5,5 mill.kr.  
 Videre må foretaket hensynta nye kostnader gjennom avtaler som er inngått av Helse Midt-Norge RHF. Dette gjelder ”Lukasstiftelsen” på Sparbu og ambulansedrifta som vil utgjøre 16,5 mill.kr på årsbasis.  
 I budsjettet for 2009 har Helse Nord-Trøndelag HF satt av en ”buffer” på 20 mill.kr.  
 Med den svikten en nå ser i effekten av omstillingstiltakene og de økte kostnadene som må hensyntas ser administrerende direktør at det kan bli en meget krevende og utfordrende oppgave å klare både resultatkravet og kravet til likviditet ved årets slutt.
- Likviditet  
 Helse Midt-Norge RHF har en høy kassekreditt som eier har pålagt RHF å redusere i 2009. Helse Nord-Trøndelag HF er pålagt ikke å overstige en driftskreditt på 185 mill.kr. i løpet av 2009. Ved utgangen av 2009 skal driftskreditten være nede i 170 mill.kr.  
 I løpet av 1.tertial har driftskreditten svingt en del. Den har i perioder vært over 185 mill.kr. Administrerende direktør vil ha fokus på tiltak for likviditetsforbedring og mener målsettingen ved årets slutt kan nåes.
- Levering på sentrale kvalitetsindikatorer (Strykninger av operasjoner, ventetid til vurdering i BUP, epikrisetid)  
 Administrerende direktør har satt i gang et særskilt arbeid for å se på årsaker til strykninger av operasjoner og tiltak for forbedring på området. For øvrig følges indikatorene opp månedlig i foretaksledermøter, gjennom møter med klinikkledelsen og controllergruppen og gjennom lederkontrakter med klinikklederne og administrerende direktør, blant annet i dialogmøter.

- Oppgave og avvikshåndtering i styringsdokumentet 2009 og foretaksmøteprotokollen

Ved denne 1.tertialrapporteringen er IKKE alle ansvarlige for oppgave og avvikshåndtering ferdig med sin risikovurdering og vurdering av iverksetting. Likevel vil administrerende direktør peke på en del momenter som bør være under oppsikt!

- Administrerende direktør vurderer målsettingen fra eier som utfordrende og vurderer risikoen for å klare tiltaksgjennomføring som stor på noen få områder.
- Etter 1.tertial vil administrerende direktør peke på etablering og finansiering av samhandlingstiltak som en spennende utfordring. Her venter en fortsatt på den bebudede reformen fra Helse- og omsorgsdepartementet med stor forventning. Dette er et meget omfattende område der en rekke tiltak kan være aktuelle. Av større tiltak vil adm.direktør peke på DMS Steinkjer som er under utredning.
- Administrerende direktør vil også peke på pasientsikkerhet som et område med flere tiltak i styringsdokumentet der det nå jobbes med oppfølging i foretaket. Her vil adm.direktør komme tilbake til ivaretagelsen av gjennomføringen av tiltakene.
- Adm.direktør vil også peke på at foretaket kan få vansker med å rapportere kravet om aktivitetsvekst i habilitering, rehabilitering og psykiatri fullt ut slik som krevd.
- Med hensyn til kravet i styringsdokumentet om at det skal innhentes samtykke ved donasjon av hornhinner gjøres det oppmerksom på at hornhinnedonasjon ikke gjennomføres ved Sykehuset Namsos.
- Øvrige tiltak i matrisen som står med status Gjennomføres ikke vil bli omtalt ifm 2.tertialrapport.

### **Administrerende direktørs oppsummering og anbefaling**

Administrerende direktør anser at det arbeidet som er gjort for å gjennomgå, operasjonalisere og vurdere eiers styringsbudskap bidrar til god oversikt over oppgaver som skal utføres inneværende år. Videre gir det nevnte arbeidet etter hvert oversikt over risikoområder og utgangspunkt for vurdering og prioritering av tiltak for håndtering av de mest vesentlige risikoområdene.

Administrerende direktør anser oppfølging av eiers samlede styringsbudskap som omfattende og krevende innenfor de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon. Det vil kreve stor ledelsesmessig innsats for å klare nødvendig omstillingskrav som skal gi resultat på + 40,0 mill.kr. og en driftskreditt på 170 mill.kr. ved årets slutt.

Administrerende direktør vil følge opp definerte styringskrav og definerte risikoområder gjennom det oppfølgingsystemet som er beskrevet i denne saken.

Adm.direktør anbefaler at styret tar saken til etterretning og styret vil få seg forelagt en ny tertialrapport ved 2.tertial med en ny risikovurdering.

Levanger, 15.mai 2009

Arne Flaatt  
Adm.direktør  
Sign.

# HELSE NORD-TRØNDELAG HF

## STYRET

Sak 19/2009 Orienteringssaker

---

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret	190509	19/2009

Saksbeh: Arne Flaot

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2009/1220

---

### ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

**SAKSUTREDNING:**  
**19/2009 Orienteringssaker**

**VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 070509
2. Referat fra Samarbeidsutvalgets møte 300409
3. Andre orienteringer



## HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 07.05.09 kl. 10.30 – 15.25  
Møtested: Strandveien 1, Stjørdal  
Saksnr.: 46/09 – 56/09  
Arkivsaksnr.: 2009/25

### Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid  
Tove Røsstad (sak 47/09 og 50/09)  
Ellen Engdahl  
Olav Huseby (tom sak 51/09)  
Jan Magne Dahle  
Björg Henriksen  
Ingegjerd Sandberg  
Ivar Gotaas  
Ellen Marie Wøhni  
Joar Olav Grøtting  
Kirsti Leirtrø  
Oskar J. Grimstad

### Forfall:

Merethe Storødegård

### Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Bjørn Erikstein  
Styresekretær Rita Bjørgan Holand (referent)  
Økonomidirektør Anne-Marie Barane  
Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås  
Medisinsk direktør Daniel Haga  
HR- direktør Sveinung Aune  
Internrevisjonssjef Ellinor Wessel Pettersen (sak 47/09)  
Adm. direktør Rusbehandling Midt-Norge Dag Hårstad (under brukerutvalgets time)  
Adm. direktør Helsebygg Johan Arnt Vatnan (tom sak 51/09)  
Økonomirådgiver Laila Trætli (sak 47/09)  
Seniorrådgiver Nils Arne Bjordal (fom sak 50/09 tom sak 51/09)  
Revisor Per Hansen (tom sak 48/09)  
Seksjonsleder Bård Skage (fom sak 51/09)

### Det regionale brukerutvalget:

Michael Momyr  
Trond Haldberg

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt pr. e-post 30.04.09

Følgende dokumenter omdelt i møtet:

- Møtereferat fra det regionale brukerutvalgets møte 04.05.09

Styremedlem Oskar Grimstad ønsket en sak under eventuelt vedr. eiendommene i Nordmøre og Romsdal, og styremedlem Bjørg Henriksen ønsket en sak under eventuelt vedr. omorganiseringsprosesser i Helse Midt-Norge.

I forkant av styremøtet var det brukerutvalgets time med fokus på følgende tema:

- Kvalitetskriterier, den subjektive opplevelsen versus de objektive kvalitetskriteriene v/Micahel Momyr
- Rus – heroin på blå resept v/ Trond Haldberg

---

**Sak 46/09      Referatsaker**

---

Referatsaker:

- Regionalt brukerutvalgs møte den 04.05.09

---

**Sak 47/09 Styrets årsberetning og årsregnskap for 2008 for Helse Midt-Norge RHF**

---

**Styrets enstemmige vedtak:**

1. Styret godkjenner styrets årsberetning og årsregnskap for 2008, med de anmerkninger og kommentarer som framkom under møtet.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å foreta eventuelle mindre justeringer i årsregnskapet og i årsberetningen.

---

**Sak 48/09 Økonomi- og HR rapportering pr 31. mars 2009**

---

**Styrets enstemmige vedtak:**

- 1 Styret for Helse Midt-Norge RHF tar rapportering pr 31. mars 2009 til etterretning.

- 2 Styret merker seg at antall månedsverk har økt mer enn aktiviteten skulle tilsi og budsjettet gir rom for, og ber om at adm. dir. går inn i denne problemstillingen og rapporterer tilbake til styret

(Pkt. 2 ble fremmet som et nytt punkt av styreleder Kolbjørn Almlid)

---

### **Sak 49/09 Helsebygg Midt-Norge Baseline revisjon 19 med usikkerhetsanalyse**

---

#### **Styrets enstemmige vedtak:**

1. Styret for Helse Midt-Norge tar Revisjon kostnad og fremdrift baseline revisjon 19 – Helsebygg Midt-Norge til etterretning.
2. Styret for Helse Midt-Norge tar Usikkerhetsanalyse revisjon 19 – Helsebygg Midt-Norge til orientering.

---

### **Sak 50/09 St. Olavs Hospital - Kunnskapssenteret - konseptrapport**

---

(Saken ble behandlet etter sak 47/09)

#### **Styrets enstemmige vedtak:**

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber om at en utreder nærmere konsekvensene av å at utinnredet areal i Kunnskapssenteret, 1100 kvm BTA, herunder konsekvenser for det integrerte universitetssykehus, før styret tar stilling til om byggearealet skal reduseres.
2. Styret forutsetter at det legges til rette for en fremtidig utvikling som innebærer minst mulig merkostnader.
3. Styret ønsker ikke å legge til rette for kommersiell virksomhet i et omfang som beskrevet ved Kunnskapssenteret, men er positiv til utvidelse av helsebiblioteket og etablering av apotekutsalgs forutsatt at en kan finne løsninger som ikke krever økt låneopptak for Helse Midt-Norge RHF.
4. Styret ber om at en får utredet muligheten for etablering av kontor- og annen dagvirksomhet i Kjøkkenbygget i tillegg til MR-bygget.

(Nytt forslag fra adm. dir ble lagt ut i møtet)

---

### Sak 51/09 Sykehuset Namsos - samlokalisering av psykiatrien - forprosjekt

---

#### Styrets enstemmige vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til foreliggende forprosjekt for samlokaliseringen av psykiatrien ved Sykehuset Namsos. Det forutsettes at prosjektet realiseres innenfor en budsjetttramme på 74 mill kr (kostnadsnivå mars 2009 – P85).
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF vil komme tilbake med en beslutning knyttet til finansiering og oppstartstidspunkt ved behandlingen av Langtidsbudsjett for 2010 – 2016.

---

### Sak 52/09 Nasjonalt Program for Stabs- og Støttefunksjoner (NPSS) - samarbeidsavtale

---

#### Styrets enstemmige vedtak:

1. Styret tar redegjørelsen om det nasjonale programmet til orientering
2. For å løse det midlertidige behovet for regional samordning i forbindelse med etablering av felles nasjonale løsninger innen logistikk- og økonomiområdet opprettes en samarbeidsavtale med de øvrige regionale helseforetakene. Avtalen er nødvendig for å gjennomføre anskaffelsen av felles nasjonalt system innen logistikk og økonomi.
3. Administrerende direktør gis fullmakt til å inngå samarbeidsavtale om en midlertidig organisering av en nasjonal forvaltningsorganisasjon og prosedyrene for håndtering av eventuelle uenigheter mellom regionene.

---

### Sak 53/09 Orienteringssaker

---

#### Styrets enstemmige vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar saken til orientering.

I møtet den 07.05.09 ble styret for Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Status Helse Midt-Norge
- Prosjektporteføljerapport
- Status influensaepidemi
- Beredskap i Helse Midt-Norge
- Årshjulet
- Status organisering av anskaffelsesfunksjonen

---

**Sak 54/09 Eventuelt**

---

Under evt. ble det gitt en orientering vedr. eiendommene i Nordmøre og Romsdal, - Tingvoll og Eide..  
Man avventer salg grunnet Samhandlingsreformen

---

**Sak 55/09 Tilsetting av ny administrerende direktør**

---

**Styrets enstemmige vedtak:**

Styret tar ansettelsesutvalgets orientering til etterretning, og gir ansettelsesutvalget fullmakt til å ansette administrerende direktør i Helse Midt-Norge.

---

**Sak 56/09 Signering av protokoll**

---

Trondheim 07.05.09

*Kolbjørn Almlid*

*Tove Røstad*

*Merethe Storødegård*

*Ellen Engdahl*

*Olav Huseby*

*Oskar J. Grimstad*

*Jan Magne Dable*

*Joar Olav Grøtting*

*Kirsti Leirtrø*

*Ivar Gotaas*

*Ingegjerd Sandberg*

*Ellen Wøhni*

*Bjørg Henriksen*

**SAMARBEIDSUTVALGET  
HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG**

**MØTEPROTOKOLL**

Møtetid: 30.04 2009 kl. 1000 – 1400  
Møtested: Sykehuset Namsos  
Saksnr.: 09/2009 - 20/2009  
Arkivsaksnr: 2009/409

Møteleder:  
Hege Sørli

Møtende medlemmer:  
Hege Sørli  
Arne Flaas  
Bente Eidesmo  
Inger Risan  
Øivind Stenvik  
Torgeir Schmidt-Melbye  
Anne Mille Røttereng  
Kari Bratland Totsås  
Trond G. Skillingstad (sekretær)

Forfall:  
Ola Stene  
Hilde Ranheim  
Arne Birger Pedersen

Møtende varamedlem:  
Bernt Harald Opdal

Dessuten møtte:  
Torgeir Skevik, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag

Merknader til møtet: Ingen merknader

Merknader til innkalling og sakliste: Ingen merknader.

**SAMARBEIDSUTVALGET  
HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG**

**MØTEPROTOKOLL**

**Sak 09/2009 Godkjenning av referat fra forrige møte**

**Vedtak**

Referatet godkjennes.

---

**Sak 10/2009 Intermediær enhet i Midtre Namdal**

**Protokoll**

Kommuneoverlege i Midtre Namdal, Per Tvette, gikk gjennom bakgrunn og innhold i mulig pilotprosjekt i Midtre Namdal. I skissen ligger helsetjenester på tre nivå: Kommunale tjenester, samkommunen med spesialisert/forsterket kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten.

Tvette gikk gjennom skisse til forprosjekt med oppstart før sommeren.

**Vedtak**

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering.

---

**Sak 11/2009 Tilbud innen KOLS-behandling**

Øivind Stenvik gjennomgikk utredningsrapport knyttet til KOLS-behandling. Det er behov for å styrke forebygging, diagnostisering, behandling, læring- og mestring og rehabilitering. Antall pasienter anslått til 200 000 og økende. Hver femte innleggelse i sykehus er relatert til KOLS.

**Vedtak**

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering.

Samarbeidsutvalget ber Helse Midt-Norge ta initiativ til koordinert oppfølging av utfordringene som rapporten viser til.

KS oppfordres til å sende rapporten ut til alle kommuner i Helse Nord-Trøndelags nedslagsfelt.

---

**Sak 12/2009 Utvikling av minstestandard for sykeheimer**

**Protokoll**

I regi av regional helsefaglig ressursgruppe har Øivind Stenvik utarbeidet et notat om utvikling av minstestandard for sykeheimer. Stenvik gikk gjennom notatet. Dokumentet bearbeides i den helsefaglige gruppen og oversendes til videre behandling i de regionale samhandlingsorganene.

---

**SAMARBEIDSUTVALGET  
HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG**

**MØTEPROTOKOLL**

**Vedtak**

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering.

---

**Sak 13/2009 Organisering av samhandling**

**Protokoll**

Kari Bratland Totsås skisserte tilnæringsmåter til bedre organisert samhandling i Nord-Trøndelag.

**Vedtak**

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering.

Det tilknyttes en arbeidsgruppe til prosessen fram til neste møte i juni. Arbeidsgruppen består av Torgeir Skevik, Bente Eidesmo og Bernt Harald Opdal.

---

**Sak 14/2009 Basisavtalen – akutte innleggelser**

**Protokoll**

Inger Risan gjorde rede for behov av tilpasning i Basisavtalen. Endringsforslag angår ledsagerbehov for funksjonshemmede ved akuttinnleggelse i sykehus. Risan gikk gjennom det konkrete forslaget til endret punkt i Basisavtalen.

Samarbeidsutvalget drøftet innholdet i endringsforslaget, og støtter ordlyden.

**Vedtak**

Samarbeidsutvalget ber om at Basisavtalen presiseres på det aktuelle punktet overfor sykehusavdelingene og kommunene. Presiseringen anses ikke som en endring av Basisavtalen.

---

**Sak 15/2009 Oppgjør mellom helsenivåene ved kommunal behandling**

**Protokoll**

Anne Mille Røttereng etterspurte oppgjørsordning for antibiotikabehandling (antibiotika og engangsutstyr) som gjennomføres i kommunal regi, i stedet for at pasienten sendes til sykehus for behandling for samme prosedyre.

Øivind Stenvik orienterte om ordning knyttet til blodtransfusjon og et annet tilfelle hvor slik oppgjørsordning er etablert.

---



**SAMARBEIDSUTVALGET  
HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG**

**MØTEPROTOKOLL**

**Vedtak**

Øivind Stenvik bringer saken inn for foretaksledelsen i Helse Nord-Trøndelag for videre avklaring.

---

**Sak 16/2009 Orienteringer fra kommunene**

**Protokoll**

Dialysestasjon i Leksvik er under etablering

**Vedtak**

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering.

---

**Sak 17/2009 Orienteringer fra Helse Nord-Trøndelag**

**Protokoll**

Øivind Stenvik orienterte om

- innspill til kartlegging av muligheter og begrensninger for kommunal helsebehandling ("Hvordan forberede oss på helsereformen?")
- prosedyre for transfusjon av blod og blodprodukter utenfor sykehus og diskusjon knyttet til dette

**Vedtak**

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering.

Arbeidsgruppen oppnevnt i sak 13/2009 tar kartleggingsinitiativet med seg i sin utredning.

---

**Sak 18/2009 Fylkesmannens oppdrag i 2009**

**Vedtak**

Saken utsatt til neste møte.

---

**Sak 19/2009 Prosjektsøknad fra psykiatrisk klinikk**

**Protokoll**

Bernt Harald Opdal gikk gjennom prosjektsøknad for tilskudd til utvikling av organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller mellom kommuner og helseforetak, for mennesker med langvarige og sammensatte behov for tjenester innen det psykiske helsefeltet.

---

**SAMARBEIDSUTVALGET  
HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG**

**MØTEPROTOKOLL**

**Vedtak**

Samarbeidsutvalget støtter framlagte prosjektsøknad.

---

**Sak 20/2009 Programkomite for Samarbeidskonferansen 2010**

**Protokoll**

Deltakere i komiteen: Harald Skogholt, Inger Risan, Torgeir Skevik og Tone Haugan

**Vedtak**

Inger Risan leder komiteen og forespør Harald Skogholt og Tone Haugan om deltakelse i programkomiteen.

---