

Styresak 49/2005: Budsjett 2006

Møtedato: 14.11.05

Møtested: Bodø

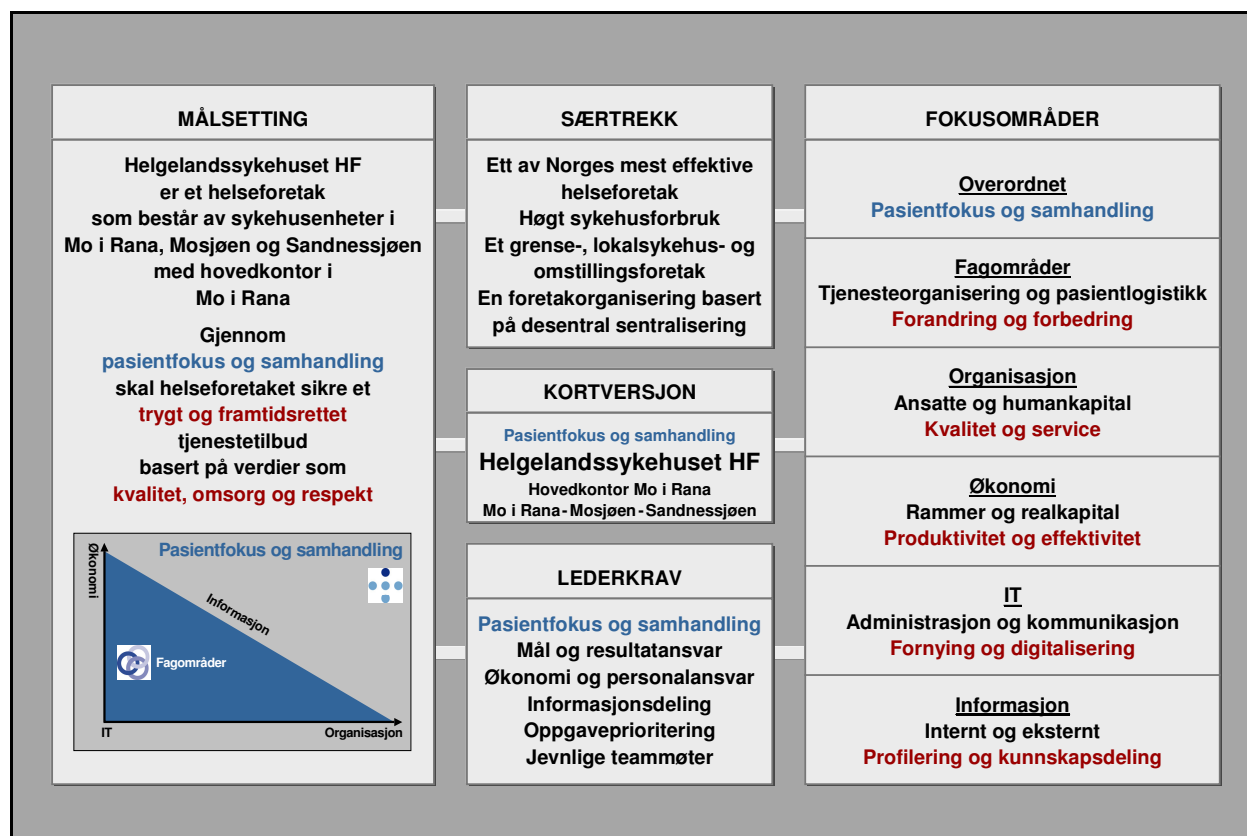
Innledning

Det vises til tidligere behandling i styret for Helgelandssykehuset HF av "Budsjettprosess 2006" i sak 28/2005 og sak 39/2005. Denne saken bygger videre på de to nevnte sakene samt sak 107/2005 "Budsjett og helsepolitisk bestilling 2006" fra vår eier Helse Nord RHF (se egen fil).

I denne budsjettsaken presenterer vi et bredere perspektiv enn bare økonomi på den samlede virksomheten basert på et tidligere budsjettvedtak i styret. Foretaksledelsen inviterer dermed styret til å drøfte ulike utfordringer i en større sammenheng og gi klare føringer for det videre arbeidet.

De økonomiske utfordringene er tøffere enn noen gang i helseforetakets korte historie. Kravet om økonomisk balanse i 2006 stiller alle overfor tunge avveininger i et helseforetak som drives relativt nøkternt. Skal balansekravet innfris, betyr det relativt store og dramatiske endringer i tjenestetilbudet.

Målsettingen



Hovedutfordringene

Våre muligheter for forandring og forbedring – herunder økonomisk balanse – må også forstås opp mot de spesielle utfordringene som Helgelandssykehuset HF står overfor.

- Helgelandssykehuset HF har over tid vært *ett av Norges mest effektive helseforetak*. Helseforetaket har siden foretaksreformen i 2002 imidlertid beveget seg mot landsgjennomsnittet.
 - Helgelandssykehuset HF er fortsatt det eneste foretaket i nord med en kostnadseffektivitet og arbeidsproduktivitet bedre enn landsgjennomsnittet (se saken om "SINTEF-statistikk 2004"). Det kan bety at et relativt stort underskudd også i dette foretaket kan ha sin årsak i at basisrammen fra eier er skjevfordelt (se saken om "SINTEF-statistikk 2004" vedleggsdelen) og spesielle utfordringer og kostnadsdrivere i foretaket (se punktene under og avsnittet "Prognose" senere).
 - SINTEF-statistikken indikerer uansett at budsjettet ikke kan salderes fullt ut gjennom ytterligere effektivisering og kostnadsuttak som har vært lagt til grunn til nå. Helseforetaket har ingen tyngre, volumlave og dyre funksjoner som kan salderes i budsjettssammenheng, for eksempel barneavdeling. Samtidig er det innenfor området arbeidsdeling ingen spesielle områder som peker seg ut i et økonomisk perspektiv for å saldere ubalansen.
- Helgeland har et relativt *høgt sykehusforbruk*. Sykehusforbruket framkommer både på grunnlag av egen behandling og behandling av inneliggende pasienter ved andre sykehus i nord og sør.
 - Helgeland har et relativt stort sykehusforbruk på inneliggende pasienter spesielt på Ytre-Helgeland. Imidlertid blir bildet mer nyansert når pasientstrømanalyser viser at helseforetakets egen-dekning av egne pasienter er lavest i nord. Når det totale forbruket summeres – inneliggende, dagopphold og poliklinikk – så jevnes forbruksbildet ut (se saken om "SINTEF-statistikk 2004" vedleggsdelen). Dessuten har heleforetaket lykket med å dreie behandlingen - fra døgn til dag – spesielt innenfor kirurgi (se saken om "SINTEF-statistikk 2004"). Et arbeid som vil fortsette.
- Helseforetaket har i stor grad *en foretakorganisering basert på desentralisering*. En rekke hovedfunksjoner er fordelt til de to sykehusenhetene uten hovedkontorfunksjonen.
 - Helseforetaket har en krevende organisasjonsmodell som stiller store krav til samhandling for å få tatt ut mulige effekter på store budsjettområder. Ett eksempel på dette er at driftsorganisasjonen for ambulans- og nødmeldetjeneste er lokalisert i Sandnessjøen, mens kontoret for syke-transport er lokalisert i Mosjøen. Uansett lokalisering på to steder – eller vegg i vegg – forutsetter dette tett dialog mellom to avdelinger og evne til å finne felles løsninger for å hente ut gevinster.
- Helseforetaket er både *et grense-, lokalsykehus- og omstillingsforetak* i Helse Nord. Derfor er det knyttet spesielle utfordringer til ledelse og styring av den samlede sykehusdriften.
 - *Grense- og lokalsykehusforetak*: Helseforetaket belastes med store underskudd pga. underfinansiering både når det gjelder gjestepasienter og syke-transport. Dels pga. geografisk beliggenhet mot en regiongrense og dels i egenskap av å være et rent lokalsykehus som skal henvise pasienter til et høyere nivå (se saken om "SINTEF-statistikk 2004" vedleggsdelen og avsnittet "Prognose" senere). Imidlertid har helseforetaket maktet å snu gjestepasientveksten (se saken om "Pasientsstrømmer") bl.a. gjennom offensive virkemidler (se saken om "Hurtigbåt").
 - *Omstillingsforetak I*: Omstillingsprosjektet innen kirurgi og føde er sannsynligvis det mest krevende i Helse-Norge. Vedtakene er fulgt opp av lojale og dyktige folk på sykehusenheten i Mosjøen. Faglige krav ligger til grunn, men det vil ikke redusere kostnadene (bare framtidige økte kostnader forutsatt ingen endringer). Samtidig må Sandnessjøen forsterke fødetilbudet og Mo i Rana både forsterke fødetilbudet og etablere parallelle vaktskift innenfor ortopedi og bløtdelskirurgi. Dette øker kostnadene da vaktordninger og beredskap er store kostnadsdrivere.
 - *Omstillingsforetak II*: Ambulanseplanprosjektet er også en omstilling basert på faglige krav, hensynet til befolkningen og økonomi. Dette arbeidet viser hvor vanskelig det er i denne sektoren å skape rom for endringer. Helseforetaket har flest båtambulanser i Norge og det er store behov for endringer da dette området representerer store underskudd. (se avsnittet "Prognose" senere).

- *Omstillingsforetak III:* Det foreligger både nasjonale og regionale føringer på en økt satsning og ressursbruk innenfor kronikeromsorg (rehabilitering, habilitering, geriatri, kreftomsorg/palliativ behandling, indremedisin). Det forventes at kirurgiske senger frigjøres til disse formålene. Omstillingsprosjektet i Mosjøen vil føre til redusert antall kirurgiske senger i helseforetaket, men det vil ikke frigjøre penger til andre formål av grunner nevnt over og pga. økte kostnader på ambulanse- og syketransport. Det er videre behov for å vurdere rehabiliteringen i hele helseforetaket, spesielt sengekapasiteten/arbeidsdelingen mellom Sandnessjøen og Sømna.
- *Omstillingsforetak IV:* Det foreligger også føringer på økt desentralisering og ambulerende spesialisthelsetjenesten. Legespesialister fra Sandnessjøen og Mo i Rana ambulerer til den somatiske poliklinikken i Brønnøysund. Brønnøysund har i tillegg tilbud innenfor ambulanse, herunder helikopter og fly, fødestue og psykiatri. Satsningen i Brønnøy har vært positiv, men det er likevel behov for å bedre utnyttelse av areal og personell. Samtidig må omfang og kapasitet i Brønnøy ikke resultere i en undergraving av sykehuset i Sandnessjøen.
- Sentrale utfordringer i helseforetaket innen psykiatri, rus og primærhelsetjeneste.
 - Psykiatri: Klinikkavdelingen for barn- og ungdom åpnet i Mosjøen i 1994. Felles bygg for psykiatrien i Brønnøysund i sommer og sengeavdeling for rehabilitering av voksne i Mo i Rana i denne uken. Neste prosjekt som ventes ferdigstilt er samlokalisering av psykiatrien i Sandnessjøen. Dermed skulle det være lagt et godt grunnlag for en mer rasjonell drift med flere ansatte der det stilles resultatkrav til bl.a. konsultasjoner/tiltak per behandler per dag.
 - Rus: Helgeland er det eneste helseforetaksområdet uten egne institusjoner innenfor rus og opp trening. Det er derfor søkt Helse Nord RHF om å få etablert en egen rusenhet i Mo i Rana da det forventes at disse rettighetspasientene vil øke i omfang og møte en begrenset kapasitet med det resultat at de må dra sørover som gjestepasienter.
 - Primærhelsetjeneste: Praksiskonsulentordningen – primærlege i sykehus – kommer i gang i helseforetaket i denne måneden med en koordinator lokalisert i Mo i Rana med finansiering fra Helse Nord RHF. Det forventes at dette skal bidra til en tettere dialog med 1. linjetjenesten. Det er også stilt krav om samarbeidsavtaler med kommunene. Mosjøen er pilot med samarbeidskommunene som skal følges opp i Mo i Rana og Sandnessjøen.
- Andre utfordringer.
 - Innovasjon: Helgelandssykehuset HF har tatt initiativ og vært innovativ – jmf. eksemplene elektronisk fakturahåndtering og kontortjenesten på nett. Dette har bidratt til lavere administrative kostnader. Utfordringene nå er å ta ut kost/nyttegevinster av fellesprosjektene på IT i regi av Helse Nord RHF som innkjøpssystem, arbeidsplansystem, kvalitetssystem osv. Dette må kombineres med ett fortsatt arbeid med omstilling og effektivisering på alle nivå innenfor administrasjon, ikke-medisinske og medisinske støttefunksjoner samt klinikkfunksjoner. Samtidig må det stimuleres til økt forskningsaktivitet i helseforetaket.
 - Indikatorer: Kvalitet og service er også sentrale fokusområder i helseforetaket og kan kombineres med effektivitet og produktivitet. Helseforetakene måles på kvalitetsindikatorer – for eksempel epikrisetid – og måles på service – for eksempel informasjon. Det er et mål at vi skal oppnå bedre resultat enn til nå. I forlengelsen av dette er aktiviteter både på profilering og informasjon viktig.

I sum er dette krevende for et lite helseforetak med relativt få ressurser innenfor stab/støttefunksjoner (se saken om "SINTEF-statistikk 2004"). En rekke områder er skjermet når det gjelder kutt i tilbudet til befolkningen. Problemstillingen er derfor kort og godt hvilke tiltak som finnes igjen for å tilfredsstille også kravet om økonomisk balanse i 2006. Vi står da igjen med helt grunnleggende lokalsykehusfunksjoner innenfor somatikk.

En nærmere og detaljert beskrivelse av hovedutfordringene som ligger til grunn for dette avsnittet følger bak og er strukturert som følger (se vedlegg 1): Fagområder, organisasjon, økonomi, IT og informasjon.

Budsjettprosessen

Styret for Helse Nord RHF skal vedta rammene for drift og investeringer 09.11 gjennom saken "Budsjett og helsepolitisk bestilling 2006". I administrasjonens innstilling er balansekravet for Helgelandssykehuset HF opprettholdt, men ikke for Helse Finnmark HF og Hålogalandssykehuset HF (eksklusiv ikke kompenserte avskrivninger av åpningsbalansen).

Forslag til Statsbudsjett 2006 ble lagt frem av regjeringen Bondevik 14.10. Regjeringen Stoltenberg vil legge frem sitt forslag 10.11. Dette innebærer at vi ikke vil ha de endelige budsjetttrammene før på et senere tidspunkt, herunder størrelsen på ISF-andelen som ventes redusert fra 60 til minst 40 %. Det forventes at kommunesektoren, og ikke spesialisthelsetjenesten, vil få prioritet gjennom økte rammer.

I Helgelandssykehuset HF er budsjettprosessen basert på eksisterende rammer. Foretaksledelsen har vært tydelig på at det ikke finnes forventninger om økte rammer. Det er et krav i helseforetaket – jmf. interne budsjettbrev 1 og 2 – at alle ledere med økonomi-/personalansvar og tillitsvalgte skal involveres i prosessen på hver enkelt sykehusenhet.

Hovedområdene i budsjettprosessen og underlagene for budsjettdokumentet framkommer i tabellen under. Noen av disse delområdene omtales nærmere senere.

Hovedområde	Delområde	Kommentar
Eierkrav	RHF-styringsdokument RHF-budsjettdokument	
Arbeidsgiver	NAVO-prosjekt	
Virksomhet	Virksomhetsdokument	Mål/plan (fagområder/organisasjon/økonomi/IT/informasjon)
Ledelse/stab	Budsjettmøter ledere Fullmakter ledere Budsjettmøter FTV/AMU	Se tabell under
Planer	Fremdriftsplan Personalplan Kompetanseplan HMS-plan Aktivitetsplan Investeringsplan Tiltaksplan	
Annet	Fond Fordelingsmodell Tallbudsjett	

Helseforetaket har følgende struktur på foretaksnivå for informasjon og drøftinger med foretakstillitsvalgte (FTV) og AMU, herunder informasjonsmøter lokalt. Samtidig er det i tabellen under gitt en oversikt over møter i 2005 der økonomi har vært ett av temaene, herunder regnskap 2005 og budsjett 2006:

Hovedområde	Delområde	Kommentar
Møtearenaer	Informasjonsmøter Drøftingsmøter AMU-møter Informasjonsmøter lokalt	Periodisk/personalsjef Ved behov/personalsjef Periodisk/personalsjef/avdelingsdirektører Periodisk/avdelingsdirektører
Dokument	Styresaker Styreprotokoller Virksomhetsdokument Helseforetaksnytt	Løpende/mail/internettside Løpende/mail/internettside Løpende/mail 12 ganger per år/papir/internettside (erstattet med intranett)
Møter 2005	Informasjons/drøftingsmøter AMU-møter	Mai/august/oktober/(november/desember) (Desember)

Et tilgrensende område til budsjettprosessen er praktisering av god virksomhetsstyring, herunder internkontroll. En sentral del av dette området er å tilse at det er en oppfølging av lovkrav og øvrige myndighetskrav. Dette området gis det her en stikkordsmessig oversikt over i tabellen under:

Hovedområde	Delområde	Kommentar
Møtearenaer	Ledermøter Styremøter Foretaksmøter Direktørmøter Styreledermøter	Periodisk/se saker under Periodisk/se saker under Periodisk/se saker under Periodisk/se saker under Periodisk/se saker under
Styring	Styringsdokument Budsjettokument	Årlig/styresak Årlig/styresak
Rapportering	Regnskapsrapporter Kvartalsrapporter Tertialrapporter Årsrapporter	Periodisk/styresak Periodisk/styresak Periodisk/styresak Årlig/styresak
Kontroll	Lederlønn Revisjon Internkontroll Anskaffelser Tilsyn Ressursindikatorer Kvalitetsindikatorer	Tilsettingsavtale/styresak Revisjonsrapport/styresak Ansvarlige definert/økonomisystem-fakturasystem implementert Ansvarlige definert/innkjøpssystem implementeres Ansvarlige definert/kvalitetssystem implementeres Ansvarlige definert/SINTEF-publiserings Ansvarlige definert/NPR-publiserings
Medvirkning	Styre Tillitsvalgte Brukere Pasientrettigheter	Åpne møter/pressekonferanser/interessegruppemøter Se tabell over Brukerutvalg/brukerundersøkelser Lover/forskrifter

Det vises bl.a. til denne budsjettsaken som berører flere forhold knyttet til god virksomhetsstyring og samtidig illustrerer dilemma mellom mål, lovkrav og økonomiske krav. De fleste tilsyn som for eksempel Helsetilsyn, Arbeidstilsyn osv. gir god veiledning kombinert med tilsynsoppgaven med identifisering av avvik (se saken om "Tilsynssaker 2005"). Revisjon – som i vårt tilfelle er KPMG – har også den samme rollen med å identifisere forbedringstiltak. Samtidig vil økte faglige krav også medføre økte økonomiske kostnader.

Prognosen

Stabile og forutsigbare rammebetingelser i denne sektoren er relativt ukjent. Dette medfører også at forutsetningene for å gi sikre prognoser svekkes tilsvarende. Noen eksempler:

- ISF-andelen har vært i kontinuerlig endring. 55 % i 2002, 60 % i 2003, 40 % i 2004, 60 % i 2005 og nå ventelig 40 % i 2006. Prissystemet har også vært i kontinuerlig endring. ISF-prisen endres årlig basert bl.a. på effektivitetskrav og noen ganger også midt i året. Det samme gjelder poliklinikkstakster.
- En av de lite forutsigbare og store kostnadsdriverne i denne sektoren er lønnsoppgjørene samt årlig uvisshet om størrelsen på pensjonskostnadene. En annen kostnadsdriver er nye medisinske kurer bl.a. for et økende antall kreftpasienter som prissystemet ikke fanger opp.
- Ett av de store underskuddsområdene i Helgelandssykehuset HF er områder som er styrt av pasientrettigheter som for eksempel gjestepasienter, syketransport, behandlingshjelpemidler samt til dels ambulanseområdet.
 - Vi viser også til innledende betraktninger (se avsnittet "Hovedutfordringer" tidligere).

Siste regnskapsrapport (se saken om "Regnskapsrapport per september 2005") har gitt grunn til å tvile på prognosen som er gitt til styret og eier tidligere. Styringsmålet for 2005 er på -36,2 mill. kr. Prognosen de siste månedene har ligget på vel -45,0 mill. kr. Denne ser nå ut til å forverre seg. At styringsmålet på 36,2 mill. kr. ikke ville bli nådd, ble rapportert til styret allerede 02.03 (se saken om "SINTEF-statistikk 2004" vedleggsdelen som omtaler ISF-omleggingen fra 40 til 60 % som Helgelandssykehuset tapte mest på). Det er heller ikke mulig å identifisere raske tiltak som kan lukke avviket som bedt om i styremøte 12.09.

Under følger en oversikt over den økonomiske situasjonen per september og en mer detaljert oversikt over fellesområdet:

Helgelandssykehuset HF	Regnskap	Budsjett	Prognose	Regnskap
Resultatavvik (hele 1.000)	2004	2005	2005	09/2005
Mo i Rana	1.631	0		340
Mosjøen	-1.504	0		4.257
Sandnessjøen	-15.762	0		-16.039
Sum sykehusenheter	-15.636	0		-11.442
Fellesområde	-19.246	0		-16.129
Åpningsbalanse	-16.172	-16.172		-12.129
Styringsmål	-	-20.000		-
Totalt	-51.054	-36.172		-39.700
Budsjettavvik (hele 1.000)				-12.020

Fellesområde	Regnskap	Budsjett	Prognose	Regnskap
Budsjettavvik (hele 1.000)	2004	2005	2005	09/2005
Ambulanse båt	-3.204	0		-2.677
Ambulanse bil	-6	0		-2.129
Ambulanse bære	213	0		-17
Ambulanse luft	-801	0		278
Fødestue	-1.022	0		-378
Behandlingshjelpemidler	-3.093	0		-2.065
Syketransport	-2.250	0		-2.130
Syketransport adm	-47	0		5
Gjestepasienter som/psy	-8.278	0		-7.037
Gjestepasienter rus	574	0		0
Psykiatrisamarbeid	0	0		0
Labprøver	-334	0		0
Styre	-110	0		-4
Foretaksledelse	281	0		76
Opplæring	-	0		582
Personaltiltak	627	0		306
Diverse	-1.796	0		-716
IT-fellessystemer	-	0		-4
Sum	-19.246	0		-15.910
Åpningsbalanse/styringsmål	-	-		26.640
Administrative justeringer	-	-		0
Totalt	-19.246	0		10.730

Kort oppsummert:

- Mosjøen har et overskudd på hele 4.3 mill. kr. Hovedårsaken er at sykehusenheten klarer å holde en høy aktivitet som bidrar til å generere inntekter til tross for omstillingsprosjektet. En del av dette er helseforetakets satsning på den nye urologilaseren som den eneste i Nord-Norge. Samtidig er enheten tilført 1.8 mill. kr. som en ekstraordinær omstillingsbevilgning som dels er inntektsført.
- Mo i Rana har et overskudd på 0,3 mill. kr. Hovedårsaken er at sykehusenheten igjen har klart å øke aktiviteten uten å bidra til høge marginalkostnader.
- Sandnessjøen har et underskudd på hele 16.0 mill. kr. Dette er svært bekymringsfullt da det reelle underskuddet i 2004 var på 9.2 mill. kr. Dette året ble det kostnadsført ekstraordinært 6.6 mill. kr i psykiatrien pga. taksproblematikk 2002-2004. Underskuddet i psykiatrien hittil i år er på 2.2 mill. kr. Årsaken er overskridelser på de fleste kostnadssted, spesielt 113-sentralen med pålegg om to operatører, høyere aktivitet enn planlagt og dårligere effekt av tiltak enn forventet.
- Fellesområdet har et underskudd på hele 16.1 mill. kr. Her ser vi at det er omtalte ambulanser, behandlingshjelpemidler, syketransport og gjestepasienter som bidrar mest til ubalansen.

I sum kan dette bety at det endelige regnskapsresultatet blir på omentrent det samme nivå som i 2004.

Fordelingsmodellen

Arbeidsdelingen i helseforetaket er allerede under endring først og fremst gjennom omstillingsprosjektet i kirurgi og føde (se avsnittet "Hovedutfordringer" tidligere) samt en del enkeltavklaringer på andre områder. Det betyr at kostnadsstrukturen mellom de tre sykehusenhetene også endres. Den største omleggingen vil imidlertid først skje høsten 2006 da planen er at den døgkontinuerlige kirurgien i Mosjøen legges om til dagkirurgi.

Vi anbefaler derfor å videreføre dagens fordelingsmodell for 2006 mellom de tre sykehusenhetene og fellesområdet som er basert på følgende prinsipper:

- Basisrammen som tildeles fra Helse Nord RHF allokteres først til fellesområdet basert på opprinnelig overslagsbevilgning til gjestepasienter, syketransport, behandlingshjelpemidler osv. samt fellesfunksjoner som foretaksledelse, styre, opplæring osv. Øremerket psykiatri allokteres til psykiatri.
- Resterende basisramme fordeles etter følgende modell: Aktivitet/produksjon, dvs. produserte DRG-poeng i 2004. Poliklinikkinntektene regnes om til DRG-poeng basert på SINTEFs omregningsnøkkel. Dette vektet 50%. Befolkningsstørrelse i sykehusområdet. Dette vektet også 50 %.

Tabellen under viser fordelingen i 2005:

Helgelandssykehuset HF Budsjettfordeling	Basisramme 2005 (hele 1.000)			
	Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen	Sum
Befolkning 2004	33.169	16.543	26.809	76.521
DRG 2003 *	7.665	4.753	5.700	18.118
Befolkning 2004	43,3 %	21,6 %	35,0 %	100,0 %
DRG 2003	42,3 %	26,2 %	31,5 %	100,0 %
Gjennomsnitt **	42,8 %	23,9 %	33,2 %	100,0 %
Basisramme (RHF-fordeling)				523.702
Psykiatri (øremerket)	25.769	43.060	13.803	82.632
Psykiatri (øremerket)	31,2 %	52,1 %	16,7 %	100,0 %
Fellesområde (gjestepasienter, ambulanser, syketransport m.m.) ***				232.066
Basisramme (HF-fordeling)				209.004
Somatikk m.m. **	89.508	50.007	69.489	209.004
Åpningsbalanse 2002	40,5 %	27,4 %	32,1 %	100,0 %
DRG: Døgn/dagopphold og poliklinikk omregnet til DRG *				
Somatikk m.m: Sørge-for-ansvar (50%) og pasientaktivitet (50%) **				
Fellesområde: SINTEF-prinsipper, foretaksreform og bevilgning ***				

Effekten i 2006 vil bli en større omfordeling fra Mo i Rana til Sandnessjøen og en mindre omfordeling fra Mosjøen til Sandnessjøen. Totalt ca. 3,0 mill gitt dagens basisramme. kr. Årsaken er at Sandnessjøen i 2004 økte aktiviteten relativt mer enn Mo i Rana og Mosjøen. Omfordelingen vil likevel ikke løse tilpasningsutfordringene i Sandnessjøen hvor det er behov for å vurdere bruk av areal, senger og bemanning samt psykiatri.

Helgelandssykehuset HF har lenge bedt Helse Nord RHF om at basisrammefordelingen herfra også må baseres på objektive kriterier og ikke historiske ulikheter (se saken om "SINTEF-statistikk 2004 vedleggsdelen"). Det er derfor positivt at dette arbeidet er kommet i gang i Helse Nord RHF. Det bør imidlertid ikke være for høye forventninger til at det skal skje store endringer i rammetildelingen når en slik modell eventuelt tas i bruk.

Tiltaksplanen

Tilpasningsproblemet i 2006 er i den forrige budsjettsaken til styret 12.09 og til eier anslått til ca. 30,0 mill. (eksklusiv ikke kompenserte avskrivninger av åpningsbalansen, mulige økte pensjonskostnader på 10-14 mill. kr. og evt. dyrt lønnsoppgjør). Dette problemet kan bli større (se avsnittet "Prognose" tidligere). Helse Nord har som kjent forutsatt balanse (eksklusiv ikke kompenserte avskrivninger av åpningsbalansen).

I 2004 ble det gjennomført store kutt som bidro til en relativt høg kostnadseffektivitet det samme året. Inneværende år er store deler av vedtatt tiltaksplan for 2005 forsøkt iverksatt. Status på denne følger bak (se vedlegg 2). Imidlertid vil ikke denne og nye mindre tiltak bringe helseforetaket i balanse. En del av tiltakene vil også bidra til å skyve problemer foran seg (vedlikehold, kompetanse osv).

Det er to mulige alternativ hvor begge kan anvendes i kombinasjon, men som er svært forskjellig i sin karakter:

- *Alternativ A:* Videreføre samtlige effektiviseringstiltak som er iverksatt og identifisere nye tiltak. Mao. finne tiltak som ikke representerer å "løpe mye fortere", men å "jobbe mer smartere" med "nødstrøm" på alminnelige budsjettposter som i stor grad er tilfelle i dag. Det kan begrense underskuddsveksten, men ikke bringe helseforetaket i balanse.
- *Alternativ B:* Kutte hele funksjoner innenfor somatikken som går på grunnleggende lokalsykehusfunksjoner. Imidlertid vet vi av erfaring at i det øyeblikket slike tiltak møter det offentlige rom, så blir de lagt død relativt raskt, men smertefullt for de som har måttet fronte upopulære forslag. Dette kan nok redusere underskuddsveksten, og bringe helseforetaket mot balanse.
 - Vi viser også til innledende betraktninger (se avsnittet "Hovedutfordringer" tidligere).

I styresaken til Helse Nord RHF om "Budsjett og helsepolitisk bestilling 2006" står det bl.a. følgende om tiltak og konsekvenser:

"I budsjettarbeidet for 2006 er tilpasningsproblemet beregnet til 340-365 mill kr for helseforetaksgruppen samlet. Per i dag er det identifisert tiltak som vil gi kostnadsbesparelser på 140 mill kr. Det er hittil ikke meldt om tiltak som gir store konsekvenser for pasienttilbudet eller tilsatte. Helseforetakene arbeider fortsatt med å konkretisere tiltak for å oppnå balanse i økonomien. Det er realistisk å anta at ytterligere tiltak vil få konsekvenser for deler av pasienttilbudet. Fordi helseforetakene må gis tid til intern prosess og avklaringer, vil administrasjonen fremme ny sak til styret senere med konsekvensvurderinger." "Tilbud til prioriterte grupper skal i størst mulig grad skjermes i omstillingsarbeidet." "Omstillingsarbeidet skal så langt som mulig skje gjennom andre tiltak enn ved oppsigelser av ansatte."

Vi ber styret drøfte problemstillingen og legge klare føringer for det videre arbeidet slik at foretaksledelsen har et entydig mandat fram til styremøtet i desember (se foretaksdirektørens vedtaksforslag).

Investeringsplanen

Økonomisk balanse og overskudd er i de fleste virksomheter en forutsetning for å kunne skaffe nødvendig handlingsrom. Handlingsrom til for eksempel å investere og dermed bære økte driftskostnader i form av avskrivninger. Derfor er investeringer et rasjonert gode. Helse Nord RHF har likevel funnet det nødvendig med en mer offensiv investeringsstrategi enn det som opprinnelig ble signalisert.

Dette kommer også Helgelandssykehuset til gode. Omstillingsprosjektet i Mosjøen fullfinansieres gjennom øremerket investeringsramme på 20,5 mill. kr. i 2006. Samtidig er den generelle rammen for investeringer økt fra 23,0 til 42,0 mill. kr. neste år inklusiv kronikersatsning. Opprinnelig investeringsplan for helseforetaket 2005-2009 følger bak (se vedlegg 3).

Dette gir følgende muligheter til å ta nye steg i arbeidet med å sikre et moderne lokalsykehusstilbud bl.a. i tråd med styresaken 12.09 om "Lokalsykehusstrategi":

- Mosjøen: Omstillingsprosjektet med utbygging av FAM samt nødvendig modernisering av poliklinikklokaler i eksisterende bygning.
- Mo i Rana: Helseparkprosjektet som både er et samarbeid med fylkeskommune og kommune om samlokalisering av tjenester samt realisering av et serviceprosjekt med ombygging.
- Sandnessjøen: Funksjonsplanprosjekt for areal, senger og bemanning kombinert med nødvendig effektivisering, ombygging og økt dreining mot bl.a. kronikeromsorg.

- Dette gir også mulighet til:
 - Nødvendig utstyrfornying.
 - Merkostnader ved å utløse ambulanseavtaler basert på finansiell leasing.
 - Investeringsoverskridelser Sandnessjøen på 1,7 mill. kr.
 - Investeringsoverskridelser Fellesområdet sentralbordprosjekt på 0,3 mill. kr.

Tabellen under viser fordelingen 2002-2005:

Helgelandssykehuset HF Investeringsfordeling	Perioden 2002-2005 (hele 1.000)			
	Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen	Sum
Somatikk *	28.958	46.398	28.492	103.848
Psykatri **	21.000	15.632	28.000	64.632
Sum	49.958	62.030	56.492	168.480
Fellesområde (ambulanser, trombolyse, sentralbord mm)				10.534
Totalt				179.014
Somatikk Mosjøen: Inklusiv omstillingsprosjektet 24,7 mill. kr. hvorav 13,5 mill. kr. er finansiert gjennom utleieavtale med kommunen *				
Psykatri Sandnessjøen: Inklusiv Brønnøysund 16,6 mill. kr. **				
Psykatri Mo i Rana: Egenfinansiert gjennom driftsomlegging **				

Helseforetaket må bli enda bedre på å utarbeide gode kost/nytteanalyser før anskaffelser, spesielt hva angår utstyr. Og i større grad må det vurderes en sterkere arbeidsdeling når det gjelder dyrt utstyr.

Krav til økonomiske og organisatoriske effekter av anskaffelser må følges bedre opp og dette gjelder ikke minst ved innføring av nye IT-system i helseforetaket over en bred front 2005-2006, herunder digitalt sentralbord der kostnadseffektivisering skal kombineres med serviceforbedring.

VEDTAK:

1. Styret i Helgelandssykehuset HF viser til hovedutfordringene i budsjettsaken som er særdeles krevende for et lokalsykehusforetak. Styret støtter strategien og ser det som en viktig forutsetning for å lykkes i byggingen av et trygt og fremtidsrettet tjenestetilbud til befolkningen på Helgeland.
2. Styret viser videre til de gode resultatene innenfor både kostnadseffektivitet og arbeidsproduktivitet som er dokumentert av SINTEF Samdata. Det betyr at helseforetaket har mindre handlingsrom enn andre helseforetak for omstilling og effektivisering.
3. Styret mener forbedringsarbeidet likevel må fortsette da ny medisinsk teknologi, medisinske behandlingsformer og alternative organisasjonsmodeller gjør dette mulig. Det forventes at det hentes ut økonomiske og organisatoriske gevinster av investeringer i bygninger, utstyr, IT og kompetanse.
4. Styret vil understreke at kravet om økonomisk balanse i 2006 ikke kan oppnås uten at helt grunnleggende lokalsykehusfunksjoner avvikles. Styret pålegger ikke foretaksledelsen å fremme forslag som har denne innretningen og det vises i stedet til punkt 3.
5. Styret vil påpeke at helseforetaket lojalt har fulgt opp vedtakene om omstilling av akuttkirurgisk beredskap og fødselsomsorg. Dette er et av de mest krevende prosjektene i foretaksgruppen og det kan ikke forventes at helseforetaket skal påta seg nye tunge omstillingsoppgaver av samme karakter.
6. Styret vil be styreleder og foretaksdirektør innlede en dialog med Helse Nord RHF på hvilken måte og på hvilke områder en kan løse en vanskelig situasjon for både eier og helseforetak. Det må unngås en situasjon hvor det skapes unødig dramatikk blant ansatte og tap av omdømme i befolkningen.
7. Styret støtter prinsippene i denne saken og ber om at det til neste møte legges fram en fullstendig og endelig budsjettsak som skal dekke områdene:
 - a. Hovedutfordringer – ved behov for justeringer
 - b. Aktivitetsplan – somatikk og psykiatri (som samsvarer med inntektsbudsjettet)
 - c. Budsjett – fordelingsmodell og evt. tallbudsjett
 - d. Tiltaksplan
 - e. Investeringsplan

Jan Erik Furunes
Foretaksdirektør

Saksbehandlere: Foretaksledelsen, økonomisjefen og personal/organisasjonssjefen.

Vedlegg:

- Vedlegg 1: Helgelandssykehuset HF – Hovedutfordringer
Vedlegg 2: Helgelandssykehuset HF – Tiltaksplan
Vedlegg 3: Helgelandssykehuset HF – Investeringsplan
Vedlegg 4: Helse Nord RHF – Budsjett og helsepolitisk bestilling 2006 (se egen fil)

VEDLEGG 1
Hovedutfordringer
Fagområder

Hovedområde	Delområde
FoU	Fortsatt stimulering til forskning og utviklingsarbeid Flaggprosjekt Forskerkurs
Kvalitetssystemer- og implementering	Kvalitetssystem, implementering av selve systemet og prosedyrene Lokalt kvalitetsarbeid, inkl. kvalitetsutvalg Rutiner ved tilsyn
Krav i lover, forskrifter etc.	Gjennomgang av lovverk, forskrifter og identifisering av pålagte tiltak
Gjestepasientproblematikk (både ut av RHF og HF)	Identifisere kritiske områder og foreslå tiltak Pas.strømsanalyser: Egne, SKDE, Sintef
Samhandling med primærhelsetjenesten	PKO Avtaler med kommunene Kontaktfora inkludert kommunelege 1-forum, kontaktmøter med leger og annet personale.
Desentraliserte spesialisthelsetjenester	Konsolidering av tilbudene i Brønnøy Utvikle ambulering mellom sykehusene etter behov Finansiering
Hovedområde	Delområde
Kirurgi	Akuttberedskap Msj etter bortfall av kirurgisk vaktberedskap Oppgavefordeling Dagkirurgi Sykehusforbruk Dimensjonering av sengetilbud/bemanning
Indremedisin	Dimensjonering av sengetilbud/bemanning Sykehusforbruk Oppgavefordeling Kronikeromsorg Dialyse
Kreft/palliasjon	Dimensjonering av tilbud Organisering HF/kommuner Cytostatika-behandlingsregimer
Rehabilitering	Samlet plan for tilbudet i somatisk rehabilitering med dimensjonering, samarbeid og oppgavefordeling mellom tilbudene ved de 3 enhetene Samhandling/samorganisering med kommunale rehab-tilbud
Føde/gyn	Dimensjonering/bemanning av fødetilbud Organisering/ansvar fødestuer Prosedyrer
Anestesi	Organisering lokalt og koordinering på HF-nivå
Prehospitaltjenester	AMK – LV samhandling internt og med LV-beredskap Ambulanseplan - struktur, iverksetting, samhandling med RHF Luftambulans, samhandling med ANS (Bodø), konkurranseutsette legetjenestene Prehospital trombolys
Radiologi	Oppgavefordeling inkl. konsekvenser for fremtidige investeringer Samhandling, inkl. felles beredskapsløsninger Strålevern
Lab/blodbank	Oppgavefordeling lab Ansvarsforhold blodbanker, (jfr. forskrift) Blodbankstruktur lokalt og i RHF
Psykatri BUP	Opptrappingsplan Dimensjonering/bemanning av tilbud, spes. oppstart av nye tilbud MiR og SSj
Rus	Dimensjonering av egne tilbud Oppfølging av initiativ overfor RHF Samhandling med regionale tilbud
ØNH	Samlet plan for ØNH-tilbudet
Pediatri	Organisering Samarbeid med Nlsh
Nevrologi	Samarbeid med St. Olav og Nlsh/UNN/koordinering

Smittevern	Infeksjonskontrollprogram Pandemiplan
Legemiddel-forsyning	Felles legemiddelliste Korrigerer forskjeller i legemidellforbruk i foretaket RHF-organisering

Organisasjon

Hovedområde	Delområde
Oppfølging av ledere foretak	Videreføring av LU; <ul style="list-style-type: none"> • 2x årlig samling ledere i HF • Samarbeid NLSH • Frivillige individuelle tilbud
Styringsverktøy	Kompetanse og etablering av styringsverktøy for ledere; <ul style="list-style-type: none"> • Arbeidsplan (styringsverktøy personal for ledere) • Intranett (informasjons personal og organisasjon) • DocMap (rev retningslinjer personalhåndbok, reglementer og lover/forskrifter)
Introduksjonsopplæring nyansatte	Introduksjonspakke Helhetsforståelse HF
Personalpolicy	Etablerer enhetlig personalpolitikk for samtlige ansatte i foretaket
HMS-tiltaksplan	Oppfølging av tiltaksplaner HMS
Ressurskartlegging	Analyse og kartlegging ift personalressurser, kostnadselementer m.v.
Internorganisering	Evt. evaluering og organisasjonsgjennomgang av enhetene
Kompetansetiltak stab	Rolleavklaring og profesjonalisering ift krav og forventninger
Rekruttering	Satsingsområder; <ul style="list-style-type: none"> • Legespesialister • Innleie (rutiner/kostnadskontroll)
Delegasjoner	Klargjøring av ansvar og myndighet i organisasjonen

Økonomi

Hovedområde	Delområde
Helhetlig aktivitets planlegging	Årsplan Rapporteringspunkter (HF med foretaksledelse, Helse Nord RHF, enheter med avdelingsdirektører, avdelinger, SSB, etc.) Styresaker Økonomioppfølging avdelingssjefer/avdelingsledere Prosjektdeltakelse
Budsjettprosessen	Bedre langsiktigheten Avtaler med leverandører, ansatte, etc Investeringer/planlegging Lengre økonomiplan Øke forutsigbarheten Redusere endringer som rammer tilfeldig i løpet av budsjettåret Prisendringer er mange og hyppige (lab/røntgen/ISF) Manglende forutsigbarhet reduserer motivasjon, og styringsmuligheter Reduserer budsjett disiplin Tenke enkelhet Kompleksitet svekker forståelsen for sammenhenger mellom kostnader og inntekter, med bakgrunn i produksjon ISF inntekter burde synliggjøres på avdelingsnivå Insitament til produksjon og effektivitet Oppnådde resultater burde lønne seg Tydeligere og flere måleparametere Oppnåelige mål (kvalitetssikring mot tilsvarende virksomhet) Evaluering av budsjettprosessen 2005
Grensesnitt personalplan/økonomi	Forbedre oversikt rutiner i forbindelse med lønnsutgifter/hjemler/vakante stillinger, etc. Vil bedre budsjettprosessen samt gi bedre styring og kontroll på personalkostnader.
Regnskap	Månedlige regnskapsrapporter Rapporter med fokus på positive og negative avvik – forklaring Gode prognoser Bedre oppfølging/gjennomgang på samtlige ledernivå

	Rutiner rundt innberetning og betaling av svensk arbeidsgiveravgift Overlegepermisjoner Rutiner rundt behandling og innberetning av innleid personale Løpende avstemning av anleggsregister (inn/utmelding)
Elektronisk Kvalitetssystem	Kvalitetssystem, implementering av selve systemet og prosedyrene Implementering av økonomihåndbok Rutiner ved revisjon
Krav i lover, forskrifter etc.	Gjennomgang av lovverk, forskrifter og identifisering av pålagte tiltak, samt fokus på forbedringstiltak på egne rutiner
Profesjonalisering	Utvikle spisskompetanse innen viktige fagområder Videreutvikle rådgivnings – og analyse kompetanse at årsakssammenhenger i større grad kan synliggjøres for ansatte og ledere. Bli bedre på avviksanalyser (årsakssammenhenger)
Kompetanse	Bygge bedre og spissere kompetanse ut fra krav og ønsker fra organisasjonen. Tydeligere retning i henhold til planlagt aktivitet.
Samhandling med brukerne	Utvidet aktivitet ut mot brukerne som Avdelings ledere, Avdelingssefer og Avdelings Direktører. Avklare behov ute i organisasjonen Sette opp årsplan for kontor dager ved de ulike enhetene
Oppgavefordeling	Gjennomgang av samtlige oppgaver Fordele ressurser ut fra tildelte oppgaver (hva skal vi gjøre mer av?, mindre av?, eventuelt ikke gjøre lengre?) Tilpasse organisasjonen ut fra tildelte oppgaver og behov (vurdere ned- og oppbemanning, eventuelt frafall av oppgaver)
Forsyningsfunksjon/ innkjøp	Gjennomgang av rutiner Utfordrende å overholde lov om offentlig anskaffelse. Gjennomgang av en del avtaler må påregnes, samt dokumentasjon på avvik fra lov Organisering av forsyningsfunksjon (innkjøp – lager)

IT

Fagområdet IT står ovenfor store organisatoriske utfordringer i 2006. Ansatte skal fra 31.12.05 overføres ny IKT organisasjon under Helse Nord RHF. Dette nødvendiggjør interne organisatoriske endringer på de ulike enhetene i helseforetaket. Slike prosesser vil i en overgangsperiode kunne bli kostnadskrevenende. Helgelandssykehuset HF har drevet meget effektivt og billig innenfor dette området, og vi har i budsjettarbeidet forutsatt at den nye organiseringen ikke skal påføre foretaket merkostnader. Dette var også en forutsetning for vedtaket i styret for Helse Nord RHF.

I 2006 skal en rekke nye IT systemer innføres i foretaket. Dette krever investeringer i form av hardware, kompetanse og ikke minst tid. Dette vil kunne påføre noe merkostnader i 2006 innenfor området. Det er på bakgrunn av dette svært viktig at man etter hvert som systemene innføres, har et høyt fokus på å ta ut gevinster som et resultat av disse investeringene. Ledelsen må ha fokus på dette. Samtidig må det fokuseres på at innføringen av disse ikke i for stor grad skal gå ut over den daglige drift.

Hovedområde	Delområde
Helhetlig IT Plan	Koordinering på foretaksnivå, og enhetsnivå
Investeringer	Nye systemer medfører økt behov for ny innkjøp og utvidelse av PC parken, samt disponible arealer.
IT Sikkerhet	Fortsatt fokus på IT sikkerhet, og bygge opp kultur rundt dette.
Bestillerfunksjon	Få på plass dette organisatorisk
Kompetanse	Utvikle den generelle PC kunnskapen til ansatte, samtidig som man sørger for spissing på kompetanse i forhold til implementerte it systemer.
Samhandling med ny IKT avdeling	Sørge for god samhandling mot ny avdeling Avklare behov ute i organisasjonen i forhold til support og støtte
Systemer som skal innføres 2005/2006	Hvem deltar i opplæring
Clockwork (Innkjøpssystem)	Lagerpersonell Økonomiarbeidere Avd. ledere
GAT – Turnus (Personellstyringssystem)	Avd. ledere Ass. Avd. leder 3 person
PRS Personalstyringssystem	Ansatte Lønn/Økonomi Personellstyringsleder

lønn/hjemmeloversikt	
EPJ - +Sykepleierdokumentasjon	Avd. leder/ Superbruker Sykepleiere (grunnleggende dips bruk) Sykepleiere dok.
Partus (fødselsprogram)	Avd. leder Føden /Superbruker
Intranett/Internett	Web redaktører Ledelse
Trio (Telefon/fravær)	Alle med egen tlf. Ansatte sentralbord
Kvalitetssystem	Avd. ledere Superbrukere Avd. sjefer Brukere

VEDLEGG 2
Tiltaksplan
Mo i Rana

Tiltak	Årsverk	Effekt	Kommentarer/konsekvenser
ISF-inntekter		-1.300	Produksjon på 2003-nivå. Må øke produksjonen i 2005 sammenlignet med 2004. Poliklinisk aktivitet i 2005 som i 2004. Status per september 2005: Utviklingen har vært meget positiv de siste månedene og man er pr. september på plantall. Status: OK.
Reserve		-500	Reservemidler fjernet og intet til å møte uforutsette behov. Status: OK Status per oktober 2005: Uendret
Prest	-0,4	-100	Ekstraordinær løsning mulig neste år for å begrense reduksjon i pasientrettet arbeid. Status: OK Status per oktober 2005: Kan tas opp til ny vurdering i 2006.
Personal	-1,0	-300	Redusert ressurser til utvikling, koordinering og personalarbeid. Status per oktober 2005: Dette ser ut til å løse seg rent personalpolitisk selv om det ikke kan tas ut full effekt i 2005, ca kr 200 000,-. Tiltaket tas med inn i 2006, og man vil vurdere behovet får denne stillingen. Vil kunne få effekt på ca. -100
Bibliotek	-0,5	-100	Redusert service til leger med flere mht. til litteratur og fagtidsskrifter. Status: Gjennomføres, personalpolitisk komplisert. Ny status per oktober 2005: Bør vurderes på nytt, liten effekt å hente.
Teknisk	-1,0	-100	Oppnås gjennom endret oppgavefordeling. Status per oktober 2005: Gjennomført med ønsket effekt Status per oktober 2005: Er gjennomført med ønsket effekt
Lager	-0,5	-80	Arbeidsoppgaver må muligens overføres til andre avdelinger Status: Uendret Status per oktober 2005: Bør vurderes i sammenheng med aktiv forsyning og innføring av nytt innkjøpssystem. Videre utviklingstiltak rundt lager/innkjøp tas med inn i 2006.
Renhold	-1,0	-150	Redusert renhold med 1,5 årsverk i 2004. Ytterligere 1 årsverk i 2005. Alternativt outsourcing. Status: OK Status per oktober 2005: Gjennomført og økonomisk gevinst oppnådd.
Kjøkken/kantine		-250	Redusert bemanning på kjøkken og konkurranseutsetting. Usikkerhet om effekt i 2005 pga. samarbeid med Rana kommune. Prosess iverksatt. Status: Prosess iverksatt. Status per oktober 2005: Nedbemanning under gjennomføring og omplassering av overtallige er i prosess. Økonomisk gevinst lar seg vanskelig ta ut i full effekt 2005. Tiltak tas med inn i 2006 da man kan forvente full effekt.
Opplæring		-400	Redusert generelt. Opplæring kun 2 spesialsyke-pleiere og obligatoriske kurs for assistentleger. Intet for øvrig som innebærer nei til alle kurs. Problem mht. faglig oppdatering og rekruttering. Status: Redusert generelt. Opplæring kun 2 spesialsyke-pleiere og obligatoriske kurs for assistentleger. Tilførsel av midler letter noe, men fortsatt svært trang i forhold til klinisk virksomhet. Status per oktober 2005: Status noe endret etter tilføring av opplæringsmidler fra styret. (1 mill.kr.)
Innleie leger		-2.000	Redusert innleie kan føre til redusert aktivitet bl.a. på poliklinisk virksomhet Status: Uendret Status per oktober 2005: Innleie leger er stort og ønsket effekt ikke oppnådd. Tiltaket tas med inn i 2006. Dette bør og må være et fokusområde.
Diverse: - Overtid/vikarer/innleie		-3.870	Særdeles sårbar ved sykdom og perioder med høyt belegg og ressurskrevende pasienter. Skrapet reisebudsjett vanskeliggjør deltakelse i eksterne aktiviteter bl.a. mye av det som skjer i regi av

- Tjenestereiser - Medikamentbruk - M.M.			Helse Nord. Stramt medikamentbudsjett, uten at pasienter nektes adekvat behandling. Status: Uendret. Status juni 2005: Sammenlignet med hittil i fjor, er det ikke mulig å se at det er vesentlige endringer i forbruk. Det kan derfor på nåværende tidspunkt, se ut som det kan være vanskelig å nå den økonomiske målsetningen. Det er imidlertid viktig å understreke at det fortsatt er tidlig på året og at dette kan endre seg. Status per oktober 2005: Uendret
Sum			

Mosjøen

Tiltak	Årsverk	Effekt	Kommentarer/konsekvenser
ISF/poliklinikkinntekter		-1.170	Vil øke produksjonen i 2005 på medisin, kirurgi og arytmiagnostikk røntgen sammenlignet med 2004. Status: Økt aktivitet i januar i henhold til plan. Ny status: Produksjonen går i henhold til plan Status per aug: Produksjonen er noe over plantall.
Pleieavdelinger		-670	Redusert i personalkostnader og økt salg av jordmor-tjenester til kommune nødvendig. Status: Under gjennomføring. For tidlig å fastslå effekt. Ny status: Salg av jordmortjenester iverksatt Status per aug: Økt aktivitet på dialyse og nødvendig innleie av operasjonssykepleiere fra firma gjør innsparing foreløpig vanskelig.
Legetjeneste		-1.000	Redusert innleie/vikarutgifter og reforhandlet avtale med Trondheim på nevrologi samt økt aktivitet. Status: Under gjennomføring. For tidlig å fastslå effekt. Ny status: Legetjenesten er så langt i balanse Status per aug: Redusert innsparing fordi det ikke er mulig å rekruttere fast med. overlege – må benytte vikarfirma. Reduserte lab.takster på nevrologi fra 1. sept. gir økt netto utgift da nevrologene får betalt etter produksjon.
Medisinsk service		-750	Redusert innleie/vikarutgifter pga. to faste lege-tilsetninger samt økt røntgenaktivitet. Status: Under gjennomføring Ny status: Gjennomført, men det blir ny innleie fra juli fordi en av radiologene slutter Status per aug: Begge radiologene har sluttet, økte kostnader på vikarinnleie. Også lab. og røntgentakster er red. med 50% fra 1. sept. og vil gi redusert inntekt på disse avdelingene.
Administrasjon		-220	Redusert diverse Ny status: Gjennomføres Status per aug: Gjennomført
Kjøkken/kantine		-400	Redusert kjøkken gjennom felles selskap med Vefsn kommune basert på kok/kjøl. Halvårseffekt. Status: Formell avklaring ikke gjennomført i vefsn kommune. Forberedelser til gjennomføring fortsetter. Ny status: Gjennomføres fra september. Redusert årseffekt Status per aug: Det er investert i nødvendig utstyr, samt benyttes ekstra personell i overgangsfase slik at besparelse i år er tvilsomt.
Intern service	-2,5	-1.530	Redusert bemanning/vedlikehold og effektivisering av tøy rutiner. Ny status: Gjennomføres Status per aug: Siste del, 0,5 stilling gjennomføres ikke da person likevel ikke går ut i pensjon. Innspart beløp i 2005 mindre enn planlagt.
Opplæring		-500	Redusert generelt. Opplæring kun 1 spesialsyke-pleiere og obligatoriske kurs for assistentleger samt 4 sykepleiere i videreutdanning. Intet for øvrig som innebærer nei til alle kurs. Problem mht. faglig oppdatering og rekruttering. Ny status: Gjennomføres Status per aug: Noe endret som følge av omdisponering i styret, samt bruk av midler i omstillingsprosjektet. Gjøre fortsatt stram vurdering.
Sum	-2,5	-6.240	

Sandnessjøen

Tiltak	Årsverk	Effekt	Kommentarer/konsekvenser
ISF-inntekter		-1.500	Vil øke produksjonen i 2005 med ca. 85 DRG (kirurgi), herunder ca. 40 DRG (fødende fra Mosjøen) sammenlignet med plantall 2004. Status: Avstemt mot aktiviteten for 2004 – kan gjennomføres Ny status: 80 DRG poeng lavere en plan per 1. tertial. Vi hadde en svak januar mnd. men tendensen er oppadgående Ny status 02.11.05: Er oppnådd
Sykepenges		-500	Postensiale for økt inntekt gjennom tiltak for økt sykepengerefusjon. Status: Avstemt mot aktiviteten for 2004 – kan gjennomføres Ny status: Ser ut til å være i tråd med anslaget Ny status 02.11.05: Ser ut til å være i tråd med anslaget
Administrasjon diverse		-500	Redusert tjenestereiser, porto, kopi og telefon. Vanskeligjør deltakelse i eksterne aktiviteter. Status: Budsjettene er redusert Ny status: Ikke gjennomførbart. Ny status 02.11.05: Ikke gjennomførbart.
Administrasjon årsverk	-0,25	-100	Redusert i administrasjon (0,2) og prest (0,05). Ingen spesielle konsekvenser Status: 0.2 holdes vakant – prestestillingen vurderes Ny status: 0.2 holdes vakant – prestestillingen vurderes Ny status 02.11.05: 0.2 holdes vakant- prestestilling beholdes
Farmasi	-0,4	-160	Stillingen holdes vakant. Konsekvenser er dårligere intern service og tilsyn. Status: 0.4 holdes vakant Ny status: 0.4 holdes vakant Ny status 02.11.05: 0.4 holdes vakant ut 2005. Det er vedtatt å tilsette 0,4 stilling i 2006
Kjøkken/kantine	-2,15	-660	Redusert bemanning på kjøkken og konkurranse-utsetting. Stenging av kantine i helger. Prosess iverksatt. Konsekvenser er dårligere service. Status: Prosessen er godt i gang ref. mal fra personal Ny status: 1.8 stilling er tatt ut med virkning fra juni Status per oktober 2005: Uendret
Poliklinikk medisin	-0,5	-200	Redusert bemanning på poliklinikk. Ingen spesielle konsekvenser. Status: Vurderes bibeholdt - må finne annen dekning Ny status: Vurderes bibeholdt - må finne annen dekning Status per oktober: Uendret
Sentralbord	-0,75	-200	Stenging på kveld og i helger. Konsekvenser er dårligere service. Status: Prosessen er godt i gang ref. mal fra personal Ny status: Prosessen er godt i gang fra uke 24 stenger sentralbordet i helgene Ny status 02.11.05: Stenger sentralbordet i helgene. Planlegger ettermiddag stegning fra 2006
Renhold	-1,5	-500	Intern effektivisering. Alternativt outsourcing. Ingen spesielle konsekvenser Status: D.o. Ny status: Prosessen er ferdig stillingene tas ut fra og med 1. august Status per oktober 2005: Uendret
Lager	-1,0	-350	Redusert lager/intern post/adm. Konsekvenser er at aktiv forsyning vanskeligjøres. Status: D.o. Ny status: Prosessen er ferdig og 0.5 stilling tas ut fra og med 1. mai Status per oktober 2005: Uendret
Legestilling	-1,0	-400	Vakans i legestillinger. Status: Vakansene er reell Ny status: Prosessen er ferdig og effekten tas ut fra og med 1. mai Status per oktober 2005: Uendret
Teknisk		-850	Redusert inventar og elektrisk utstyr. Konsekvenser er dårligere standard. Status: Budsjettene er redusert Ny status: Ikke i rute for å nå dette målet Status per oktober 2005: Uendret
IT		-600	Redusert anskaffelser ført mot drift. Ingen spesielle konsekvenser. Status: D.o. Ny status: Gjennomført

Opplæring		-1.960	Redusert generelt pluss HRIS/rehab. Opplæring kun 2 spesialsykepleiere og obligatoriske kurs for assistentleger. Intet for øvrig som innebærer nei til alle kurs. Problem mht. faglig oppdatering og rekruttering. Status: D.o. Ny status: Gjennomført, men midlene til opplæring er pr. april nesten lik null. Kan være vanskelig å hold ut året Status per oktober 2005: Uendret
Tjenesteplaner leger		-800	Tilpasning av lønn til reelle tjenesteplaner. Ingen spesielle konsekvenser. Status: Delvis gjennomført – avventer forhandling med legeforbundet Ny status: Prosessen er ferdig og effekten tas ut fra og med 1. mai. Effekten blir sannsynligvis mindre en først antatt. Ny status 02.11.05: Effekten av tiltaket blir titen. Legene har forhandlet nye lønninger.
Rehabiliteringsr�d		-70	Nedleggelse av r�dsorganet. Ingen spesielle konsekvenser Status: Gjennomført Ny status: Gjennomført
Sum	-7,55	- 9.350	

Fellesområdet

Tiltak	�rsverk	Effekt	Kommentarer/konsekvenser
Gjestepasienter		0	Se avsnitt "Samarbeidsområder" tidligere. Styret bør drøfte om det finnes alternative og nye tiltak, her-under endringskrav i selve oppgjørsordningen i RHF. Gjestepasientforbruket på somatikk er gått tilbake, men forventes å øke på rus og evt. andre områder. Vi betaler 80% ISF til behandlende sykehus. I 2004 fikk vi refundert 40%. I 2005 f�r vi refundert 60%. Imidlertid vil denne besparelsen spises opp gjennom reduksjon i basisrammen også på dette området." Status: Foreligger ikke endelige tall for 2004. Ny status: Antall k�pte DRG-poeng i 2004 er 2495. Dette er en reduksjon på ca. 5% i forhold til 2003. Vanskelig å si på nåværende tidspunkt om nedgangen vil forsette. Kan likevel se ut som om tiltakene som er satt inn i Br�nn�yomr�det har en effekt, kanskje en økonomisk gevinst på sikt. Status per oktober 2005: Tall per 1. tertial tyder på en stabilisering eller en liten nedgang i antallet gjestepasienter i 2005.
Ambulanse båt		-2.500	Se egen sak om "Ambulanseplan" i dette møte. Styret bør drøfte en reduksjon på 2-3 gamle b�ter f�r nye b�ter er på plass, og dette legges fram som en egen tiltakssak i neste møte (helårseffekt 5.000). Status: Ny "runde" med bredere involvering av kommunene er startet – se egen styresak. M�tene kommet i gang i henhold til plan. Se også egen styresak i dette møtet. Ny status: Se sak om ambulanseplan. I forhold til tidligere overslag på dette området kan kostnaden reduseres med ca 2, 5 mill. kr. Status per oktober2005: Uendret, i tillegg venter man på styresak til RHF-styret i februar 2006 for avklaring av en del prinsipielle saker.
Ambulanse fly - UNN-avtale anestesileger - Overtakelse flysykepleiere	+2,0	-1.000	RHF har i budsjettet styrket dette området med 2 mill. kr. Overtakelse flysykepleiere vil gi en kostnads-økning på 1 mill. kr. Konkurransesetting av UNN-avtale anestesileger med et underskudd på 1 mill. kr. skal iverksettes og kan gi en kostnadsreduksjon. Status: Arbeidsgiveransvaret for flysykepleierne er overtatt fra 1.1.05. Ny status: Budsjett for helikopterleger og flysykepleiere er planlagt i balanse for 2005. Avtale om anestesi-leger skal ut på anbud. Status per oktober: Anestesi leger ikke vært ute på anbud
Fødestue - Driftsavtaler - Overtakelse jordmødre	+9,0	+2.000	RHF har i budsjettet ikke styrket dette området. Overtakelse jordmødre vil gi en kostnadsøkning på 2 mill. kr, herunder leieavtaler med Brønnøy. Nye tiltak ikke identifisert. Status: Arbeidsgiveransvaret for personellet ved fødestuen er overtatt fra 01.01.05. Salg av jordmortjenester er fremsatt overfor kommunene. Forhandlinger om husleie er opptatt. Ny status: Foreløpig ikke enighet om ny leieavtale. Avtaler om salg av jordmortjenester til kommunene er snart fullført. Økonomisk effekt av overtakelse var beregnet til + 2 mill.kr., men blir + 1,2 mill. kr.. 0,8

			mil.kr. bedre enn antatt. Status per oktober: Status er i all hovedsak uendret
Behandlingshjelpemidler		-3.000	Se egen sak om "Behandlingshjelpemidler" i forrige møte. Tiltaksplan skal iverksettes. Status: Utlevering av materiell fra eget lager er oppstartet. Det er forhandlet frem nye gassavtaler. Ny status: Per 1. tertial et merforbruk på ca. 1 mill. i forhold til budsjett. Bør kunne tas inn, dvs. ca. 3,5 mill.kr. bedre enn regnskap 2004. Status per september 2005: Negativ utvikling med et avvik per september på over 2 mill. kr.
Syketransport		-1.000	Flere tiltak på sterkere styring av selve området, herunder flyavtale samt sterkere samordning med ambulanser skal bringe dette området i noe pluss. Status: Uendret Ny status: Uendret status. Status per september 2005: Negativ utvikling. Per september – 2 mill.kr.
IT/Arbeidsplanprosjekt	-1,0	-250	Effekter framkommer i stab som belastes sykehus-enhetene. Arbeidsplanprosjektet er vedtatt og drives i regi av RHF og HF-ene. Beslutning om iverksetting mot Helgelands anbefaling og systemkvalitet/kost/ nytte er negativ. Stopp av prosjektet anbefales og vil frigjøre 1 årsverk i økonomi (vikar). Status: Prosjektet videreføres i Helgelandssykehuset. Prosjektleder utlyst internt hvor mesteparten av lønnsmidlene dekkes sentralt RHF. Vil medføre merkostnad på lønn under økonomi avhengig av prosjektets fremdrift. Ny status: Uendret Status per oktober 2005: Prosjektleder ansatt og prosjektet er kommet godt i gang. For tidlig å forvente generelle gevinster på systemet i 2006. Systemet er omfattende og alle avdelinger skal inn. Dette kan føre til forlenget prosjekt og derigjennom økte lønnskostnader for prosjektleder og evt. bistand fra lønn.
Diverse		0	Underskudd på dette området i år grunnet manglende budsjettering av for eksempel NAVO, NPE m.m. og er nå brakt i balanse. Status: Budsjettene er justert for 2005. Ny status: Uendret Status per september 2005: Økning i blant annet pasientskadeerstatning og kontingenter har ført til en minus per september på 0,7 mill.kr.
Konkurransetsetting renhold		-	Effekter framkommer i sykehusenhetenes tabeller. Interne effektiviseringsprosjekt har blitt gjennomført på hver enhet. Konkurransetsetting har deretter blitt iverksatt i HF. Konklusjon på egen eller privat drift vil bli trukket etter en bedre gjennomgang og ikke bare basert på økonomi. Status: Ekstern konkurransevurdering er gjennomført. Egen drift vurdert som beste løsning og som laveste kostnad. Ny status: Gjennomført.
Konkurransetsetting annet		-	Effekter framkommer i sykehusenhetenes tabeller. Tekstilvasking (private vaskeri), elektronisk faktura-håndtering (Posten Kommunikasjon) og topper i kontortjenesten Mo i Rana (Documed) er outsourcet. Nye tiltaksområder som er under iverksetting er kjøkken/kantine og avfall. Konkurransetsetting av labprøver i regi av UNN vil også bli iverksatt hvis UNN får presset gjennom internfakturering i RHF. Status: Det blir ikke internfakturering i regionen. Imidlertid har basisrammen til Helgelandssykehuset blitt redusert for annen gang på 2 år og tilført rammen til UNN. Totalt er rammen til Helgelandssykehuset blitt redusert med ca. 2,3 mill. kr. Ny status: Uendret per d.d. Status per oktober 2005: Uendret
Basisramme		-	Ny basisrammetildeling fra RHF kan komme til å øke tilpasningsproblemet hvis prinsippet om budsjett-nøytralitet legges til grunn (se avsnittet "Forutsetninger" tidligere). Status: Se avsnitt over om basisramme. Ny status: Reduksjon av basisrammen på grunn av økning i ISF's refusjonsandel har større negativ betydning for Helgelandssykehuset HF enn for andre foretak grunnet høy effektivitet og derav høyt

			uttrekk av basisrammen. Foretaket er større økonomisk avhengig av "høy" produksjon, eller sårbare mot svingninger, enn andre foretak grunnet en større andel av inntektene er knyttet opp mot aktivitetsbasert inntekt og en forholdsvis lavere andel mot basisrammen som ligger fast og ikke beveger seg. Status per oktober 2005: Ingen endring
Sum	+10,0	-5.750	

VEDLEGG 3

Investeringsplan

Sett i forhold til foretakets driftøkonomiske tilpasningsproblemer bør investeringsnivået vært svært lavt de kommende år. Investeringer får konsekvenser for driften i form av avskrivninger, tapte renteinntekter, serviceavtaler, vedlikehold etc. Skal imidlertid Helgelandssykehuset HF være oppegående og attraktivt for pasienter, spesialister etc. må vi følge med i utviklingen på utstyrsiden. Hvis ikke forvitrer virksomhet på sikt.

Fra Helse Nord er det lagt rammer for investeringsnivået Helgelandssykehuset kan benytte i perioden frem til 2009. I 2004 var rammen på kr 30 mill pluss byggeprosjektet i Mosjøen, samt trombolyseprosjektet og AMK. For 2005-2009 er investeringsrammen satt til kr 23 mill pr år, pluss byggeprosjektet i Mosjøen (prosjektet er underfinansiert rammemessig med ca kr 4 mill.). Et årlig investeringsnivå på ca kr 30 mill synes mer "riktig" for foretaket.

Det er videre gitt sentrale føringer mht. at finansiell leasing ikke aksepteres i foretakene, og at disse kontraktene skal konverteres til investering. Dette berører i sterkst grad bilambulansene som er leaset, men også noe annet utstyr. I betydelig grad er dette kontrakter som er arvet fra fylkeskommunen. Det forutsettes at denne problemstillingen finner sin løsning utenfor de gitte investeringsrammer.

Fordelingen mellom sykehusenhetene er noe ujevn. Dette skyldes ulike behov for å fornye bygningsmassen, omstilling i Mosjøen og ulik alder på maskinparken.

Raden i nedre del av tabellen, "Til gode fra tidligere år+ramme-forbruk", viser at foretaket har en utnyttet rammereserve fra 2002 og 2003 på kr 2,8 mill. Denne reserven øker i 2004 til kr 17,945 mill, reduseres i 2005 til kr 5,555 mill, mens det fremkommer en overskridelse i 2006 på kr 8,305 mill.

INVESTERINGER I HELGELANDSSYKEHUSET 2004 - 2009							
INVESTERINGSTILTAK	Bud 2004	Bud 2005	Bud 2006	Bud 2007	Bud 2008	Bud 2009	Sum enhet
MO I RANA SOMATIKK							
Ny/oppgradering DIPS-server - nytt lab.-sys.	900 000						
Digital PC-diktering	350 000						
Integra 800, 2 stk., lab.	1 200 000						
Anestesibord	700 000						
Kontorbygg		6 000 000	10 000 000				
Utskifting PC'er og div. tilkoblet utstyr	800 000	750 000	750 000	1 200 000	1 200 000	1 200 000	
Diverse lisenser		500 000	500 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	
Løpende investeringer (Egen liste)	1 000 000	1 000 000	1 500 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	
Ultralydapp. rtg.		2 000 000					
Ny digital rtg.lab (Lab I)			6 500 000				
Ny skadelab, lab III, rtg.				5 500 000			
CTG-apparat (fosterlyd)		500 000					
Ultralyd føde/revma				700 000			
Desinfiserende vaskemaskiner					700 000		
Benttethetsmåler					1 500 000		
Ambulansebygg						3 000 000	
LAF-ventilasjon operasjon						4 000 000	
Fasade søsterhjemmet					1 500 000		
SUM Mo i Rana somatikk	4 950 000	10 750 000	19 250 000	10 400 000	7 900 000	11 200 000	64 450 000
SANDNESSJØEN SOMATIKK							
CT 6-8 slides	6 500 000						
Autoklave	730 000						
Div utskifting av små utstyr	1 700 000	800 000	1 300 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	
Dips-lab	800 000						
Div. AMK	2 000 000						
Brannetting		360 000					
Heiser		1 000 000	800 000		2 000 000		
Gassmåler operasjon		800 000					
PC-er, skrivere, lisenser	1 100 000	1 100 000	1 100 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	
Laboratoriet		500 000					
Operasjonsbord				700 000			
Skadelab rtg			4 000 000				
SUM Sandnessjøen somatikk	11 730 000	4 560 000	7 200 000	3 700 000	5 000 000	3 000 000	35 190 000

MOSJØEN SOMATIKK	Bud 2004	Bud 2005	Bud 2006	Bud 2007	Bud 2008	Bud 2009	
Laser urologi	1 300 000						
Ultralyd rtg.	1 300 000						
Utskifting oljetank		400 000					
Oppgrad labssystem		425 000					
Takoppbygging		3 000 000					
Prosjektering FAM		1 000 000					
FAM/Legesenter		20 500 000					Egen ramme
Ambulansesasjon/heis		4 200 000					Egen Ramme
Tilkobling FAM/poliklinikk		5 000 000	5 000 000	2 000 000			
Dips server	275 000		100 000		100 000		
Utskifting PC'er kjøpt 1998-1999	500 000	250 000	250 000	450 000	450 000	450 000	
Programvare/oppgradering epostsystem				280 000			
Øvrige prioriterte investeringer	800 000	1 000 000	1 200 000	1 200 000	1 200 000	1 200 000	
Operasjonsbord, Msj		605 000		605 000	605 000		
Lab/blodbankutstyr		600 000	800 000		500 000		
Ultralyd urologi/gynekologi			800 000	800 000			
Anestesibord			660 000			700 000	
Vannrenseanlegg dialyse				700 000			
Oppgradering Lab I				4 000 000			
MR					8 500 000		
SUM Mosjøen somatikk	4 175 000	36 980 000	8 810 000	10 035 000	11 355 000	2 350 000	73 705 000
SUM SYKEHUS	20 855 000	52 290 000	35 260 000	24 135 000	24 255 000	16 550 000	173 345 000
FELLES							
Prehospital trombolyse	4 734 000						
Telefonløsning - felles		1 700 000					
Sak/arkiv		0					
Telesentral 113/RBO		500 000					
Ambulansebiler	2 000 000	1 600 000	1 600 000	1 600 000	1 600 000	1 600 000	
Ambulansebåter							
SUM Felles	6 734 000	3 800 000	1 600 000	1 600 000	1 600 000	1 600 000	16 934 000
SUM INVESTERINGER SOMATIKK	27 589 000	56 090 000	36 860 000	25 735 000	25 855 000	18 150 000	190 279 000
RAMMER FRA HELSE NORD							
Utstyrsplanen							
Diverse mindre invest.							
Ufordelt ramme styresak 103/2003							
Justering juni 2003 (styresak 60/2003							
Utstyr og småinv.(04/04)/(45/04)	30 000 000	23 000 000	23 000 000	23 000 000	23 000 000	23 000 000	
Ambulanser ?? !!	2 000 000						
Rammeøkn. Prehosp. Tromb + AMK ?!	6 734 000						
Forutsatt rammeøkn. Ambulanse MS ?!		4 200 000					
Korrigerig for FAM/div. i Mosjøen (45/04)	4 000 000	16 500 000					
SUM RAMMER	42 734 000	43 700 000	23 000 000	23 000 000	23 000 000	23 000 000	
TIL GODE FRA 2002 OG 2003	2 800 000						
Forbr-ramme-til gode fra tidligere	17 945 000	5 555 000	-8 305 000	-11 040 000	-13 895 000	-9 045 000	
PSYKIATRI							
Psykatri MiR		21 000 000					
Klinikkavd. HEOP Ms	15 632 000						
Pol./dagavd. HEOP Ssj	11 400 000						
Pol./dagavd. HEOP Br.sund	16 600 000						
SUM INVESTERINGER PSYKIATRI	43 632 000	21 000 000	0	0	0		64 632 000
Opptrappingsplan psyk kr 10 900 000							
TOTALSUM INVESTERINGER	71 221 000	77 090 000	36 860 000	25 735 000	25 855 000	18 150 000	254 911 000

Det er fra ulike områder i foretaket fremlagt investeringsbehov som det ikke er funnet rom for innenfor den gitte ramme. Noen av disse er av kritisk karakter. Eksempelvis dreier det seg om røntgenutstyr som er gått ut på dato, nødvendige datalensers, datautstyr, sak/arkivsystem, heiser som står, medisinteknikk utstyr m.m. Det er ei heller på investeringssiden satt av midler for å takle uforutsette hendelser. Styret bør være kjent med at dette kan skape problemer.