



## Styresak 116-2014 Budsjett 2015

**Saksbehandler:**  
Gro Ankill, Barthold Vonen

**Saksnr.:**  
2014/90

**Dato:**  
05.12.2014

### Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg:                      Utredning Budsjett 2015

Ikke trykt vedlegg:                Styresak 37-2014 Rullering av plan for drift og investering 2015-2022 i Nordlandssykehuset

Styresak 93-2014 *Budsjett 2015 – oppdatert bærekraftsanalyse* i Nordlandssykehuset

Styresak 78-2014 *Plan 2015-2018, inkl rullering av investeringsplan* i Helse Nord

Styresak 116-2014 *Budsjett 2015 foretaksgruppen – rammer og føringer* i Helse Nord

Styresak 132-2014 *Nordlandssykehuset Bodø - bygg for kliniske kontorarbeidsplasser, plan for endelig gjennomføring og godkjenning av byggestart, oppfølging av styresak 141-2013* i Helse Nord

### Innledning

Styret inviteres i denne til å fatte vedtak om budsjett 2015 med premisser for drift og investeringer.

Premissene for budsjettarbeidet er lagt av Helse Nord gjennom styresakene 78-2014 *Plan 2015-2018, inkl rullering av investeringsplan* og 116-2014 *Budsjett 2015 Foretaksgruppen - rammer og føringer*.

Styresak 116-2014 fra Helse Nord RHF legger de endelige rammene for budsjettåret 2015, og er grunnlag for budsjettforslaget som legges frem i denne saken.

I saksfremlegget nedenfor gis en oppsummering av de utfordringer vi står ovenfor i 2015 og de nærmeste årene, og hvordan disse foreslås løst. I vedlegget "Utredning budsjett 2015" gis nærmere redegjørelse for grunnlag og vurderinger for budsjett 2015.

## Oppsummering:

### **Omstillingsutfordring**

Nordlandssykehusets netto omstillingsutfordring for 2015 er estimert til om lag 200 mill kr.

Det er ved beregning av omstillingsutfordringen tatt utgangspunkt i et forventet negativt avvik på 50 mill i 2014 i forhold til styringsmål. Dette tilsvarer årsprognosen slik den er estimert ved utgangen av oktober måned.

Nordlandssykehuset påføres nye kjente utfordringer på om lag 206 mill kr i 2015, der økning i avskrivninger og renter som følge av ferdigstilling av sykehuset i Vesterålen og K-fløya i Bodø utgjør den mest vesentlige kostnaden med 130 mill kr. Av disse dekkes 32 mill kr av økt kapitalkompensasjon fra Helse Nord, slik at netto merkostnader er om lag 100 mill kr. Videre øker kostnadene knyttet til de store IKT-investeringene i Helse Nord med 26 mill kr i 2015, trekk i basisrammen som følge av endring i pasientstrømmer innenfor psykisk helse og rus og TSB utgjør 7 mill kr, økt resultatkrav 5 mill kr, økt finansieringsansvar for ø-hjelpsplasser 4 mill kr, andre kostnader og rammejustering 9 mill kr, samt usikkerhet 25 mill kr. Foretaket får på inntektssiden styrket basisrammen med netto 13 mill kr, justering som følge av endring i ISF-andel fra 40 til 50 % (utsatt fra 2014) med 10 mill kr, samt mindre endringer med 2 mill kr. Netto omstillingsutfordring, ut fra negativt budsjettavvik i 2014 på 50 mill kr, utgjør da om lag 200 mill kr. Resultatkrav for 2015 er 5 mill kr i overskudd.

Den samlede omstillingsutfordringen i 2015 innebærer et effektiviseringskrav på 5 % av brutto budsjett for virksomheten. Som følge av ferdigstilling av siste del av byggprosjektet i Bodø og IKT-investeringene i Helse Nord, vil effektiviseringskravet øke til 250 mill kr, dvs nærmere 7 %, i 2018/19.

Nordlandssykehuset har i 2014 et brutto budsjett på 3,7 mrd kroner, der 65 % av kostnadene er knyttet til lønn og innleie. Etter ibruktaking av nye bygg vil renter og avskrivninger, korrigert for kapitalkompensasjon fra RHF, utgjøre om lag 8,5 % av brutto budsjett. IKT-kostnadene vil også øke betydelig i løpet av planperioden som følge av de store investeringene i FIKS-programmet. Handlingsrommet til Nordlandssykehuset i perioden fremover vil derfor hovedsakelig være knyttet til vår evne til effektiv bruk av personellressurser.

Kravet til omstilling i årene fremover utgjør mer en det dobbelte av tidligere års effektiviseringskrav, samtidig med at mulighetsrommet for omstilling begrenses som følge av at kapitalkostnader vil utgjøre en større del av budsjettet.

### **Driftsutfordringer i tilknytning til byggeprosjektene**

Nordlandssykehuset har i 2014 ferdigstilt det meste av arbeidet knyttet til byggeprosjektet i Vesterålen, samt K-fløya i Bodø. Dette har vært krevende prosesser å gjennomføre parallelt med at sykehusdriften skulle gå som normalt. I Bodø starter nå arbeidene med gjenstående faser av byggeprosjektet, der den organisatorisk mest krevende del av prosessen vil omfatte renovering av sengeområdene i A/B.

Det forventes at det som også følge av aktivitetene knyttet til resterende del av byggeprosessen kan påløpe til dels store pukkelkostnader, som følge av prosesskostnader, driftsavbrudd og påfølgende aktivitets- og inntektssvikt. Denne typen driftskostnader er ikke tatt høyde for i finansieringsopplegget til Nordlandssykehuset. Inntektsfordelingsmodellen til Helse Nord tar utgangspunkt i en "normalsituasjon".

## **Omstillingsarbeidet**

Utgangspunktet for budsjettforberedelsene for 2015 i den enkelte klinikk og stab har vært budsjett 2014 med tilhørende aktivitetsforutsetninger. Budsjettprosessen er koblet nært opp til Utviklingsprogrammet Nye Nordlandssykehuset, med pågående pasientforløpsarbeid. Innføring av nye pasientforløp vil imidlertid ikke være på langt nær tilstrekkelig for å løse den samlede omstillingsutfordringen. Direktøren har derfor valgt bred tilnærming i budsjettarbeidet, med forutsetning om effektiviseringstiltak innenfor samtlige klinikker og stabsavdelinger.

Budsjettprosessen høsten 2014 er gjennomført med betydelig bredere deltakelse fra ulike organisatoriske nivåer enn tidligere år. Det har vært tett oppfølging av de klinikkvise aktiviteter gjennom hele budsjettprosessen. Foretaket har benyttet ekstern bistand i dette omfattende arbeidet. Formålet med de klinikkvise budsjettsamlingene har vært å generere hypoteser om gevinstpotensial både innenfor egen klinikk/avdeling og for virksomheten som helhet. Dette anses å være en veldokumentert tilnærming for å identifisere reelle muligheter for kostnadsbesparelser. I første fase, august- september, ble det gjennomført budsjettuker for samtlige klinikker og stabsfunksjoner, både på klinikk-, avdelings- og enhetsnivå. Med utgangspunkt i klinikkens/enhetens økonomistatus og analyser av drift, ble det generert hypoteser om gevinstpotensialet både innenfor egen klinikk/avdeling, og for virksomheten som helhet. Samlet sett ble det i disse budsjettukene generert om lag 600 potensielle hypoteser med mulighetsrom for innsparing for foretaket.

Fortløpende gjennom budsjettprosessen har potentialet i hypotesene blitt analysert og beregnet, i tillegg til at hypotesene er blitt risikovurdert og prioritert ut fra potensial og gjennomførbarhet på både kort og lengre sikt. I de tilfellene hvor det er blitt sett på hypoteser overgripende til andre klinikker er det iverksatt møter og samarbeidende prosesser. Den påfølgende fasen i budsjettprosessen har vært budsjettmøter med direktør for gjennomgang av den enkelte klinikk og stabs pågående hypotesearbeid. Samlet har hver klinikk og stabsenhet/avdeling gjennomført to til tre møter med direktør. I tillegg er det blitt avholdt et eget budsjettseminar med fokus på å belyse og diskutere tverrgående problemstillinger og erfaringer oppstått i budsjettarbeidet.

I dialog med direktør har fokuset vært på tiltaksleveranser innenfor de gevinsthypotesene som er vurdert som høy både i forhold til potensial og gjennomførbarhet. Siste fase i budsjettprosessen har hatt fokus på å utarbeide konkrete tiltaksplaner for samtlige av klinikkens og stabenes utvalgte tiltaksleveranser. For hvert tiltak skal det foreligge en egen tiltaksbeskrivelse med både handlingsplan, forventet resultat og rapporteringsoppfølging. Handlingsplanene beskriver hvordan og når potentialet skal realiseres, hvem som er ansvarlig og hvordan tiltaket skal følges opp og måles.

Styret i Nordlandssykehuset behandlet i sak 94-2014 *Plan for endelig gjennomføring. Bygg for kliniske kontorarbeidsplasser (G-fløyen)*, der styret ba Helse Nord RHF om finansiering til etablering av ny G-fløy. Saken ble behandlet i styret for Helse Nord RHF den 26. november med vedtak om finansiering. I vedtakets punkt 4 ble imidlertid følgende presisert: «*Fremdrift og omfang av AB-fløyen justeres i tråd med realisering av helseforetakets omstillingsplan og økonomiske bærekraft.*» Styret i Nordlandssykehuset HF bes videre om å behandle plan og gjennomføring av omstillingsprogram for helseforetaket innen 15. mai 2015. Det vil derfor være av avgjørende betydning for videre fremdrift av byggeprosjektet i Bodø at omstillingsarbeidet intensiveres.

## **Tiltaksplan 2015**

Av den samlede omstillingsutfordringen på om lag 200 mill kr, er det foreløpig utredet tiltak med økonomisk effekt på om lag 104 mill kr i 2015, jf kapittel 5 i utredningen. Av tiltakspakken på 104 mill kr er i overkant av 60 % av tiltakene vurdert innenfor grønt område med høy sikkerhet for realisering da disse anses som godt gjennomarbeidet og forankret. 35 % av tiltakene vil ha behov for noe mer lederstøtte og oppfølging for å realisere gevinst i 2015, mens de siste 5 % av tiltakene

vil ha behov for aktiv oppfølging fra klinikkleidelsen. Det gjenstår foreløpig en uløst omstillingsutfordring på 96 mill kr for å justere kostnadsnivå ihht budsjettkravet i 2015.

Det har i tidligere styresaker vært redegjort for utfordringen med realisering av forutsatte gevinster ved ibruktaking av Nye Nordlandssykehuset Bodø innenfor de begrensninger de pågående byggeaktivitetene gir. Styret har tidligere fått presentert i sak om plan for drift og investering 2015-2022 og i sak om bærekraftsanalyse, at byggeaktivitetene i perioden vil gi negative driftsmessige effekter, som bidrar til at gevinstene fra de tiltak som fortløpende gjennomføres ikke vil bli tilstrekkelige til å dekke de løpende rentene og avskrivningene det enkelte år de ulike byggetrinn ferdigstilles.

Budsjettprosessen for 2015 har hatt som utgangspunkt å utrede og innarbeide løsninger som når det nye bygget i Bodø står ferdig i 2018/19 skal gi foretaket en fremtidsrettet og bærekraftig økonomi. I tillegg til kortsiktige tiltak med effekt i 2015 er det også gjort vurdering av andre områder der gevinstpotensialet vurderes som stort frem mot 2018/19, men som må utredes nærmere for konkretisering av innhold og gevinst. I kapittel 6 i utredningen er det redegjort for omstillingstiltak med effekt i perioden 2016-2018 som skal bidra til å løse den samlede bærekraftsutfordring som vil øke til om lag 250 mill kr i 2018/19. Det legges til grunn at deler av omstillingstiltakene beskrevet i kapittel 6 ved intensivering av utredningsarbeidet, vil kunne gvinstrealiseres med 15-20 mill kr allerede i 2015.

Det samlede opplegget for perioden 2015-2019 er fremarbeidet ut fra de rammebetingelser og den bestilling foretaket er gitt gjennom plan for 2015-2022, og de forutsetninger som her legges til grunn for tjenestetilbudet til våre pasienter i langtidperioden. Dersom omstillingsutfordringen skal løses gjennom tiltak som bringer foretaket i budsjettmessig balanse allerede i 2015 vil det være nødvendig å ta i bruk andre virkemidler.

Det foreligger foreløpig kun et arbeidsdokument over alternative tiltak som må iverksettes for å løse hele utfordringen opp til 200 mill kr i 2015. Disse tiltakene har ikke vært gjenstand for nødvendig prosess i foretaket verken når det gjelder involvering av ansatte eller risikovurdert i forhold til konsekvenser for pasienter, tjenestetilbud og ansatte. Stipulerte gevinster for er ikke korrigert for økte gjestepasientkostnader, sannsynlige rammereduksjoner eller økte pasientreisekostnader. Mange av disse tiltakene vil også bli ansett for å være kontroversielle og krevende å gjennomføre, og flere vil kreve særskilte vedtak av styret i Nordlandssykehuset, styret i Helse Nord RHF og/eller sentrale myndigheter. Flere av tiltakene vurderes på sikt i sum å medføre negative konsekvenser både for den fremtidige bærekraften i foretaket, tjenestetilbudet til våre pasienter og selve driften av institusjonene. Videre vil disse bare i begrenset grad kunne sees i sammenheng med tiltaksplan i kapittel 5 og 6, da de i mange tilfeller enten vil komme i konflikt med eller påvirke muligheten for gvinstrealisering av denne planen. Administrerende direktør er i dialog med eier for nærmere avklaring av hvorvidt slike eventuelle tiltak skal anskueliggjøres og drøftes.

### ***Investeringer og likviditet***

Helse Nord har satt av 590,1 mill kr til investeringer i Nordlandssykehuset i 2015. I tillegg til dette vil Nordlandssykehuset få satt av ytterligere netto 95 mill kr til realisering av ny G-fløy i Bodø, jf Helse Nord styresak 132-2014. Dette, i tillegg til ubrukte midler fra 2014, skal være tilstrekkelig for å sikre fremdriften i byggeprosjektet i Bodø og siste del av arbeidene i Vesterålen.

Likviditeten i 2015 vil være tilstrekkelig forutsatt drift og investeringer som skissert i budsjettforslaget, samt låneopptak på 347 mill kr knyttet til byggeprosjektene.

### ***Fagplaner***

Det legges ikke opp til opptrapping innenfor Helse Nord vedtatte fagplaner ut over midlene som overføres gjennom basisrammen for 2015.

## Direktørens vurdering

Budsjettprosessen for 2015 har hatt som utgangspunkt å utrede og innarbeide løsninger som når det nye bygget i Bodø står ferdig i 2018/19 skal gi foretaket en fremtidsrettet og bærekraftig økonomi.

Av den samlede omstillingsutfordringen på om lag 200 mill kr, er det foreløpig utredet tiltak med økonomisk effekt på om lag 104 mill kr i 2015. Disse anses som godt gjennomarbeidet og forankret i organisasjonen, men en del av tiltakene vil ha behov for fortløpende oppfølging fra klinikkledelsen for å sikre gevinstrealisering som forutsatt. Administrerende direktør vil videre intensivere utredningsarbeidet knyttet til den langsiktige delen av tiltaksplanen, med sikte på å gevinstrealisere denne med 10-15 mill kr allerede i 2015. Etter dette gjenstår en uløst omstillingsutfordring på om lag 80 mill kr for å justere kostnadsnivå ihht budsjettkravet i 2015.

Styret har i tidligere styresaker fått redegjort for utfordringen med realisering av forutsatte gevinster ved ibruktaking av Nye Nordlandssykehuset Bodø innenfor de begrensninger de pågående byggeaktivitetene gir. Byggeaktivitetene i perioden vil gi negative driftsmessige effekter, som bidrar til at gevinstene fra de tiltak som fortløpende gjennomføres ikke vil bli tilstrekkelige til å dekke de løpende rentene og avskrivningene det enkelte år de ulike byggetrinn ferdigstilles. Hovedfokus i omstillingsarbeidet høsten 2014 har derfor vært at foretaket skal realisere kostnadsreduksjoner og hente ut effektiviseringsgevinster fortløpende med at byggeaktiviteter avsluttes, slik at vi ved ferdigstillelse av byggeprosjektet i 2018/19 har en sunn og bærekraftig økonomi.

Dersom hele den resterende del av utfordringen på om lag 80 mill kr skal løses i 2015, vil dette bare kunne løses gjennom tiltak som vil bli ansett for å være kontroversielle og krevende å gjennomføre. Det foreligger foreløpig kun et arbeidsdokument over slik alternative tiltak som må iverksettes for å løse utfordringen på kort sikt. Mange av disse vil kreve særskilte vedtak av styret i Nordlandssykehuset, styret i Helse Nord RHF og/eller sentrale myndigheter. Disse alternative tiltakene vil gi raske gevinster på kort sikt, mens på lengre sikt vil det medføre negative konsekvenser både for den fremtidige bærekraften i foretaket og for tjenestetilbudet til våre pasienter. Direktørens anbefaling er derfor at resultatkravet for 2015 søkes justert slik at en langsiktig og bærekraftig plan for omstillingsarbeidet kan realiseres.

### Innstilling til vedtak:

1. Styret viser til saksutredningen og redegjørelsen for Nordlandssykehusets resterende omstillingsutfordring, og ber Helse Nord RHF om at resultatkravet for budsjettåret reduseres med 80 mill kr i 2015 slik at omstillingsutfordringen som følger av de økte kapitalkostnadene for Vesterålen og Bodø kan tas over de to neste driftsår. Dette vil legge til rette for realisering av foretakets langsiktige og bærekraftige tiltaksplan.
2. Styret viser til tiltaksplanen i budsjettet slik den fremgår av utredningen i vedlegg 1 og vedtar denne som tiltaksplan for 2015, og at denne suppleres med kostnadsreducerende tiltak tilsvarende 15 mill kr.
3. Styret forutsetter at oppfølging av vedtatte regionale handlingsplaner fullfinansieres.
4. Styret understreker viktigheten av at Nordlandssykehuset bringer driften i balanse de nærmeste år, for å sikre realisering av investeringsplanen knyttet til den videre moderniseringen i Bodø.
5. Investeringsrammen på 590,1 mill kr fra Helse Nord disponeres slik:
  - Modernisering Bodø, fase 2-5 450,00 mill kr

- Modernisering Vesterålen 82,00 mill kr
- Heliport/akuttheis, Bodø 9,10 mill kr
- Tiltak i kreftplanen 9,00 mill kr
- MTU, ambulanser, rehab med mer 40,00 mill kr

6. Styret viser for øvrig til de overordnede prinsipper vedtatt av styret i Helse Nord i sak 116-2014 *Budsjett 2015 Foretaksgruppen – rammer og føringer*, og forutsetter at disse legges til grunn for drift og investering i Nordlandssykehuset i 2015.

**Avstemming:**

**Vedtak:**

# VEDLEGG STYRESAK 116-2014

## UTREDNING BUDSJETT 2015

---

### Innhold

1. INNLEDNING.....	4
2. PREMISSE FRA EIER .....	5
2.1 Aktivitet.....	5
2.2 Økonomisk resultatkrav.....	5
2.3 Endringer i inntektsrammer .....	5
2.3.1 Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform/styrking av ramme .....	5
2.3.2 Fritt behandlingsvalg.....	6
2.3.3 Fagplaner.....	6
2.3.4 Kvalitetsbasert finansiering (KBF) .....	6
2.3.5 Pensjonskostnader .....	6
2.4 Andre forslag til prioriteringer .....	7
2.4.1 Regional overvektskonsulent .....	7
2.4.2 Kompetanse nyfødt/intensiv NLSH .....	7
2.4.3 Helseteam .....	7
2.4.4 Nytt ambulanshelikopter Hålogaland .....	7
2.4.5 Styrking av helseforetak.....	7
2.4.6 Kostnad per pasient (KPP) .....	7
2.4.7 Tilbakeføring kategoriledere innkjøp.....	7
2.4.8 Kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser.....	7
2.5 Andre forhold .....	7
2.5.1 Lønns- og prisjustering.....	7
2.5.2 ISF.....	8
2.5.3 Rente.....	8
2.5.4 Kommunal medfinansiering.....	8
2.5.5 Forskning.....	8
2.5.6 Nasjonale kompetansetjenester – Særskilt tilskudd .....	8
2.5.7 Inntektsmodell somatikk - oppdatering bruk av private.....	8
2.6 Videre prosess.....	8
3. BÆREKRAFT OG OMSTILLINGSUTFORDRING 2015 .....	9
4. ANALYSER .....	10
4.1 Beleggsanalyser og utnyttelsesgrad.....	10

5.	TILTAKSARBEIDET OG TILTAKSPLAN 2015 .....	13
5.1	Tiltaksplan pr klinikk.....	13
5.1.1	Akuttmedisinsk klinikk .....	16
5.1.2	Diagnostisk klinikk .....	16
5.1.3	Hode bevegelse klinikken .....	16
5.1.4	Kvinne Barn klinikken .....	16
5.1.5	Kirurgisk ortopedisk klinikk .....	16
5.1.6	Medisinsk klinikk.....	17
5.1.7	Psykisk helse og rus klinikken .....	17
5.1.8	Prehospital klinikk.....	18
5.1.9	Senter for drift og eiendom .....	18
5.1.10	HR-avdelingen .....	18
5.1.11	Avdeling for Kvalitetssystemer, IKT og prosesstøtte .....	18
5.1.12	Økonomiavdelingen .....	18
5.1.13	Avdeling for forskning og pasientsikkerhet .....	19
5.2	Andre tiltak med estimert potensiale .....	19
5.2.1	Talegjenkjenning .....	19
5.2.2	Selvinnsjekk (IMATIS).....	19
5.2.3	Videomøter - Lync .....	20
5.2.4	Variabel lønn – ferieavvikling - vakansvakter .....	20
5.2.5	Reduksjon i sengeantall – harmonisering av bemanning på sengeposter .....	21
5.2.6	Kompetanse i front .....	21
5.2.7	Nedtak av midlertidige ressurser.....	22
5.2.8	Gjennomgang av virksomheten i Vesterålen etter innflytting i nytt bygg .....	22
5.3	Fordeling av tiltak på kategori.....	22
5.4	Omfordeling mellom DIAG og klinikkene .....	22
5.5	Oppsummering av utredede tiltak 2015 og håndtering av restutfordring.....	24
6.	TILTAK FOR Å LØSE LANGSIKTIG BÆREKRAFT .....	25
6.1	Strukturert nedbemanning .....	25
6.2	Aktivitetsstyrt ressursplanlegging .....	26
6.3	Redusert bruk av diagnostiske tjenester .....	27
6.4	Automatisering diagnostikk.....	27
6.5	Gjestepasienter.....	28
6.6	Logistikk.....	28
6.7	Ambulanseplan .....	28
6.8	Pasientreiser.....	29
6.9	Innleie av personell.....	29



6.10 Oppsummering kapittel 6 .....	29
7. ALTERNATIV PLAN FOR KORTSIKTIG GEVINSTUTTAK .....	30
8. RISIKOVURDERING TILTAKSPLAN 2015.....	30
9. AKTIVITET .....	31
9.1 Somatikk.....	31
9.2 Psykiatri .....	32
10. BEMANNING .....	33
11. INVESTERINGER .....	33
12. LIKVIDITET .....	34
13. GENERELLE KRAV OG FORUTSETNINGER .....	35
13.1 Ansvar og fullmakter .....	35
14. OPPFØLGING .....	35
15. BUDSJETT 2015 .....	37
VEDLEGG: Inntektsrammer – sak 116-2014 Helse NORD RHF.....	38

## 1. INNLEDNING

Som det fremgår av styresakene 37-2014 *Rullering av plan for drift og investering 2015-2022* og 93-2014 *Budsjett 2015 - Oppdatert bærekraftsanalyse*, samt tidligere styresaker om bærekraftsutvikling, vil Nordlandssykehuset HF som følge av de store investeringene i nye bygg fra og med 2015 få en betydelig økning i kapitalkostnadene. I tillegg til dette kommer økte kostnader knyttet til IKT-investeringene som gjennomføres i regi av Helse Nord, samt endringer i rammebetingelsene blant annet som følge av nasjonale og regionale inntektsfordelingsmodeller. Dette innebærer at foretaket i årene som kommer må gjennomføre driftstilpasninger med netto kostnadsreduksjoner på 200 til 250 mill kr i årene fremover.

Utgangspunktet for budsjettforberedelsene for 2015 i den enkelte klinikk og stab har vært budsjett 2014 med tilhørende aktivitetsforutsetninger. Budsjettprosessen er koblet nært opp til Utviklingsprogrammet Nye Nordlandssykehuset, med pågående pasientforløpsarbeid. Innføring av nye pasientforløp vil imidlertid ikke være på langt nær tilstrekkelig for å løse den samlede omstillingsutfordringen. Direktøren har derfor valgt bred tilnærming i budsjettarbeidet, med forutsetning om effektiviseringstiltak innenfor samtlige klinikker og stabsavdelinger.

Budsjettprosessen høsten 2014 er gjennomført med betydelig bredere deltakelse fra ulike organisatoriske nivåer enn tidligere år. Det har vært tett oppfølging av de klinikkvise aktiviteter gjennom hele budsjettprosessen. Foretaket har benyttet ekstern bistand i dette omfattende arbeidet.

Formålet med de klinikkvise budsjettsamlingene har vært å generere hypoteser om gevinstpotensial både innenfor egen klinikk/avdeling og for virksomheten som helhet. Dette anses å være en veldokumentert tilnærming for å identifisere reelle muligheter for kostnadsbesparelser. I første fase, august- september, ble det gjennomført budsjettuker for samtlige klinikker og stabsfunksjoner, både på klinikk-, avdelings- og enhetsnivå. Med utgangspunkt i klinikkens/enhetens økonomistatus og analyser av drift, ble det generert hypoteser om gevinstpotensialet både innenfor egen klinikk/avdeling, og for virksomheten som helhet. Samlet sett ble det i disse budsjettukene generert om lag 600 potensielle hypoteser med mulighetsrom for innsparing for foretaket.

Fortløpende gjennom budsjettprosessen har potensialet i hypotesene blitt analysert og beregnet, i tillegg til at hypotesene er blitt risikovurdert og prioritert ut fra potensial og gjennomførbarhet på både kort og lengre sikt. I de tilfellene hvor det er blitt sett på hypoteser overgripende til andre klinikker er det iverksatt møter og samarbeidende prosesser. Den påfølgende fasen i budsjettprosessen har vært budsjettmøter med direktør for gjennomgang av den enkelte klinikk og stabs pågående hypotesearbeid. Samlet har hver klinikk og stabsenhet/avdeling gjennomført to til tre møter med direktør. I tillegg er det blitt avholdt et eget budsjettseminar med fokus på å belyse og diskutere tverrgående problemstillinger og erfaringer oppstått i budsjettarbeidet.

I dialog med direktør har fokuset vært på på tiltaksleveranser innenfor de gevinsthypotesene som er vurdert som høy både i forhold til potensial og gjennomførbarhet. Siste fase i budsjettprosessen har hatt fokus på å utarbeide konkrete tiltaksplaner for samtlige av klinikkene og stabenes utvalgte tiltaksleveranser. For hvert tiltak skal det foreligge en egen tiltaksbeskrivelse med både handlingsplan, forventet resultat og rapporteringsoppfølging. Handlingsplanene beskriver hvordan og når potensialet skal realiseres, hvem som er ansvarlig og hvordan tiltaket skal følges opp og måles.

## **2. PREMISSE FRA EIER**

Styret i Helse Nord RHF behandlet 29. oktober 2014 sak 116-2014 *Budsjett 2015 Foretaksgruppen - rammer og føringer*. Sammen med styresak 78-2014 *Plan 2015-2018, inklullering av investeringsplan* legger disse sakene føringer og premisser for 2015.

### **2.1 Aktivitet**

Statsbudsjettet for 2015 legger til rette for vekst i pasientbehandlingen med 2,15 %. Fritt behandlingsvalg blir innført, samtidig med at tidligere praksis med overslagsbevilgninger for aktivitetsbasert finansiering fjernes. Dette innebærer at aktiviteten kan økes når prioriteringer, kapasitet og økonomi tilsier det.

Det stilles krav om at tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk.

Styret i Helse Nord RHF har vedtatt følgende føringer:

- Planlagt aktivitetsvekst i somatisk virksomhet i helseforetakene skal innrettes mot områder med lange ventetider og fristbrudd, og gjennomføringen av regionale fagplaner.
- Aktivitetsvekst skal være sterkere innen psykisk helsevern og TSB enn i somatisk virksomhet.

### **2.2 Økonomisk resultatkrav**

Nordlandssykehusets resultatkrav er for 2015 et økonomisk overskudd på 5 mill kr.

Eventuelle gevinster ved salg av anlegg ved helseforetaket vil medføre at resultatkravet økes tilsvarende. Helseforetaket skal orientere eget styre og Helse Nord RHF, når salgsgevinster realiseres og øke sitt resultatkrav.

Helse Nord RHF viser til budsjettbrev 2 av 25.06.14 og stiller krav til at fullstendige tiltaksplaner med risikovurderinger og plan for implementering skal ha lokal forankring og drøftes med foretakstillitsvalgte.

### **2.3 Endringer i inntektsrammer**

Statsbudsjett 2015 gir Helse Nord brutto om lag 200 mill kr mer til disposisjon enn forutsatt i plan 2015-2018. Hovedårsaken til dette er større realvekst og lavere inntektsreduksjon enn tidligere forutsatt som følge av nasjonal inntektsmodell.

Den vedtatte inntektsramme (basisramme) for Nordlandssykehuset i 2015 utgjør 2,91 mrd kr, og dette innebærer en netto samlet vekst på 238,5 mill kr inkl lønns- og prisvekst fra vedtatt budsjett i 2014. Etter justering for lønns- og prisvekst, reduksjon i ramme som følge av effektiviseringsreform, nye oppgaver og kapitalkompensasjon til håndtering av renter og avskrivninger nye bygg utgjør netto styrking av budsjettet om lag 13 mill kr.

#### **2.3.1 Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform/styrking av ramme**

Foretakene pålegges et effektiviseringskrav på 0,5 % av driftsutgiftene. For Nordlandssykehuset utgjør dette en rammereduksjon på 15 mill kr i 2015. Parallelt med reformen økes foretakets basisbevilgning med 19,8 mill kr i styrket basisramme for å dempe effektiviseringskravet.

Helse Nord legger til grunn av nødvendig effektivisering realiseres med bakgrunn i økonomiske resultatkrav og årlig omstillingsbehov. Den lavere ISF-prisen og polikliniske takster medfører et effektiviseringskrav i foretakene dersom aktiviteten økes ut over forutsetningene. Helseforetakene bes i sine budsjettframlegg om å spesifisere hvilke omstillingstiltak som innebærer en avbyråkratisering/forenkling og forbedring av arbeidsprosesser.

### **2.3.2 Fritt behandlingsvalg**

Reformen fritt behandlingsvalg innføres i 2015 (i hovedsak innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern). Reformen skal redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Fritt behandlingsvalg medfører større uforutsigbarhet i økonomiske rammer, men staten avlaster de regionale helseforetakene i form av økte bevilgninger og ISF-refusjon for somatisk aktivitet innen fritt behandlingsvalg. Det vises til *styresak 100-2014 Fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten - høring fra Helse- og omsorgsdepartementet* for nærmere omtale.

Nordlandssykehuset får bevilgning på henholdsvis 0,6 mill kroner til somatikk og 3,6 mill kroner til psykisk helsevern og rus.

### **2.3.3 Fagplaner**

Styret i Helse Nord har i styresak 116-2014 vedtatt omprioriteringer for å styrke kreftplanen og diabetesplan. Midlene som ble fordelt til fagplaner i sak 78-2014 er trukket tilbake og vil fordeles etter hvert som fagplanene vedtas.

Som følge av omfordelingen har Nordlandssykehuset nå fått bevilget 1,65 mill kr til diabetes og økt bevilgning til kreftplan med 3,1 mill kr slik at denne til sammen utgjør 6,9 mill kr i 2015.

### **2.3.4 Kvalitetsbasert finansiering (KBF)**

Kvalitetsbasert finansiering videreføres på samme nivå som i 2014. Det tas inn 4 nye indikatorer (epikrisetid og andel med diagnose innen psykisk helse og rusomsorg).

Helse Nord kommer noe bedre ut enn i 2014 (realvekst på 3,1 mill kroner). Den nasjonale modellen brukes internt i Helse Nord, med noen mindre tilpasninger som følge av at noen indikatorer kun finnes på regionnivå.

Nordlandssykehuset får i 2015 økt sin ramme fra kvalitetsbasert finansiering med 0,5 mill kr. Årsaken til den lave veksten er særlig resultater av pasientopplevelsesundersøkelsen 2013 (PasOPP), der Nordlandssykehuset får scorer relativt lavt på punkter som omhandler standard.

### **2.3.5 Pensjonskostnader**

Helseforetakenes pensjonskostnader kompenseres for avvik fra budsjettpremissene. Samlet avvik på 332 mill kr fordeles etter inntektsmodellene. Bevilgningen inkluderer kompensasjon for økt betaling til IKT som følge av endrede pensjonsparametre. Siden Helseforetakene er kompensert for økte pensjonskostnader skal de budsjettere med pensjonskostnader i tråd med siste aktuarberegning. For Nordlandssykehuset utgjør kompensasjonen 89,2 mill kr i 2015.

## **2.4 Andre forslag til prioriteringer**

I det følgende omtales kun prioriteringer som berører Nordlandssykehuset direkte.

### **2.4.1 Regional overvektskonsulent**

0,3 mill kroner er bevilget for å fullfinansiere stilling som regional overvektskonsulent ved NLSH.

### **2.4.2 Kompetanse nyfødt/intensiv NLSH**

For å opprettholde kompetanse ved nyfødt/intensivavdeling for nyfødte ved NLSH er det bevilget 0,5 mill kroner i tråd med budsjettinnspill.

### **2.4.3 Helseteam**

UNN og NLSH har under etablering helseteam som skal kunne rykke ut ved nasjonale eller internasjonale kriser etter anmodning fra Helsedirektoratet. Det bevilges 0,3 mill kroner til hvert av helseforetakene.

### **2.4.4 Nytt ambulanshelikopter Hålogaland**

Det settes av 9,5 mill kroner til ny helikopterbase på Evenes. Budsjett for nødnett/helseradionett i RHF reduseres med 3 mill kroner, samt at det disponeres 6,5 mill kroner fra styret til finansiering av tiltaket. Ressursene budsjetteres sentralt og vil fordeles mellom UNN og NLSH etter nærmere avklaringer.

### **2.4.5 Styrking av helseforetak**

Helseforetakene har kommet med flere budsjettinnspill om økte kostnader, herunder økte kostnader som følge av etablering av en AMK-sentral i UNN. For å finansiere disse endringene fordeles 10 mill kroner helseforetakene basert på inntektsmodellen for somatikk. Nordlandssykehusets andel utgjør 2,6 mill kr.

### **2.4.6 Kostnad per pasient (KPP)**

KPP er en betegnelse på en metode for oppstilling av hvilken helsehjelp en pasient har mottatt og hva denne helsehjelpen har kostet. Helseregionene er pålagt å levere KPP-data og det pågår et arbeid regionalt for å etablere dette. 1 mill kroner fordeles mellom foretakene, samt at det settes av 1 mill kroner i RHF-budsjettet for anskaffelse/prosjektkostnader. Nordlandssykehusets andel utgjør 0,4 mill kr.

### **2.4.7 Tilbakeføring kategoriledere innkjøp**

I vedtatt budsjett 2014 ble det fordelt 3 mill kroner til helseforetakene. I løpet av 2015 er det besluttet at ansettelse av kategoriledere skal skje i RHF og midlene dras derfor tilbake. Nordlandssykehusets trekk utgjør 0,79 mill kr.

### **2.4.8 Kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser**

0,925 mill kroner bevilges i tråd med budsjettinnspill for opprettelse av kvalitetsregister ved NLSH for behandling av spiseforstyrrelser.

## **2.5 Andre forhold**

### **2.5.1 Lønns- og prisjustering**

Det er lagt til grunn en lønns- og prisjustering på 3,1 %, hvorav lønnsvekst 3,3 % og prisstigning på varer og tjenester 2,7 %.

### **2.5.2 ISF**

ISF-prisen justeres med 1,8 % til kr 41.494,-. Polikliniske takster justeres med 2,5 %.

### **2.5.3 Rente**

Det anbefales at helseforetakene legger til grunn en rente på 3,2 % for kassakreditt og 3,0 % for innskudd i 2015.

### **2.5.4 Kommunal medfinansiering**

Kommunal medfinansiering opphører fra 2015.

### **2.5.5 Forskning**

Helse Nord har fått en realvekst i forskningstildelingen på 0,6 mill kroner.

Helse Nord har tidligere år fordelt forskningsmidlene i budsjettjustering i mars/april. Det gjøres nå en endring ved at bevilgning til prosjekter som tidligere har fått flerårige tilsagn allerede nå legges ut til helseforetakene. Tilskudd til UNN inkluderer også 3 mill kroner til Klinisk forskningsavdeling (del av fast bevilgning), og 2 mill kr til Jebsen senter (jf avtale med Helse Nord og UiT, utbetales UNN). Nye bevilgninger vil som tidligere justeres i mars/april 2015. UNN og NLSH får deler av bevilgningen som økt basisramme og deler som øremerket tilskudd. Foreløpig har Nordlandssykehuset fått bevilget 4 mill kr i basisrammen for 2015 og 3,4 mill kr i øremerket tilskudd.

### **2.5.6 Nasjonale kompetansetjenester – Særskilt tilskudd**

Adm. direktør foreslår at bevilgninger til nasjonale kompetansetjenester i 2014 prisjusteres med 3,1 % i 2015. Helse Nord har udisponerte midler på til sammen 4,5 mill kroner ved utgangen av 2014. I tillegg er 3 mill kroner udisponert av 2015-rammene. Adm. direktør foreslår at midlene disponeres i årene fremover til en prosjektpott, der de nasjonale tjenestene i Helse Nord kan søke på midlene.

### **2.5.7 Inntektsmodell somatikk - oppdatering bruk av private**

Oppdatering av data for bruk av private helsetjenester finansiert av RHF (i hovedsak rehabiliteringstjenester og avtalespesialister), medfører flytting av ressurser fra UNN. Befolkningen i UNNs opptaksområde bruker en større andel av de private tilbudene finansiert av RHF enn tidligere. Nordlandssykehuset får som følge av dette tilført 1,08 mill kr i rammen for 2015.

Andre endringer som følger av forslag til Statsbudsjett fremgår av RHF styresak 116-2014.

## **2.6 Videre prosess**

Følgende videre frister gjelder:

### 9. desember 2014:

Frist for innlegging av detaljbudsjett og funksjonsbudsjett i økonomisystem. Budsjettet skal være avstemt mot øvrige helseforetak og være innlagt med korrekte HF-koder i økonomisystem.

Frist for innsending av plantall for aktivitetsnivå i 2015 (mal ettersendes).

### 19. desember 2014:

Frist for endelig budsjettbehandling i helseforetakene

Budsjettet skal baseres på avstemte tall for internt kjøp og salg med andre helseforetak.

Betaling til HN IKT for tjenester i 2015 skal være innarbeidet i helseforetakets budsjettforslag og avtaler med HN IKT skal være inngått og signert før budsjettet vedtas i helseforetaket.

3.februar 2015:

Styret i Helse Nord vedtar konsolidert budsjett for foretaksgruppen

### 3. BÆREKRAFT OG OMSTILLINGSUTFORDRING 2015

Oppdatert bærekraftsanalyse i styresak 93-2014 estimerte en omstillingsutfordring på om lag 180 mill kr i 2015. Etter avslutning av oktober måned er imidlertid årsprognosen forverret fra 35 til 50 mill kr i negativt budsjettavvik, og med justering for usikkerhet i opplegget er omstillingsutfordringen økt til 200 mill kr. Estimert omstillingsutfordring for 2015 fremgår av tabell 1 nedenfor.

Utfordringen vil, som følge av ferdigstillelse av siste del av byggprosjektet i Bodø, være økende til om lag 250 mill kr i 2018/19.

**Tabell 1: Omstillingsutfordring 2015**

<b>OMSTILLINGSUTFORDRING 2015</b>	
Budsjettavvik - årsprognose pr september 2014	-50
Økt resultatkrav	-5
Endringer i inntektsmodell psykiatri og TSB	-7
Økt trekk samhandlingsreformen	-1
Økt egenandel samhandlingsreformen	-3
Kvalitetsmidler	-2
Økte kostnader ibruktaking av nytt bygg	-7
Økte kostnader HN IKT og FIKS	-26
Økte avskrivninger og renter	-130
Usikkerhet	-25
Økte kostnader/trekk inntekter	-206
Styrking basisramme mv eks eff.reform	13
Kapitalkompensasjon	32
FIKS deltakelse	1
Regional koordinator	1
Innt.modell somatikk + Opphør overgangsordn.Ø	10
Økte inntekter	57
<b>Uløst utfordring 2015</b>	<b>-199</b>

Den samlede omstillingsutfordringen i 2015 innebærer et effektiviseringskrav på 5 % av brutto budsjett for virksomheten. Som følge av ferdigstillelse av siste del av byggprosjektet i Bodø, vil effektiviseringskravet øke til 250 mill kr, dvs nærmere 7 %, i 2018/19.

Det har vært en sentral forutsetning for gjennomføring av byggeprosjektene i Bodø og Vesterålen at nye bygg, i tillegg til nødvendig oppgradering av arealer og utstyr til pasientbehandling, skal bidra til bedre ressursutnyttelse både når det gjelder personell og utstyr.

Nordlandssykehuset har i 2014 et brutto budsjett på 3,7 mrd kroner, der 65 % av kostandene er knyttet til lønn og innleie. Etter ibruktaking av nye bygg vil renter og avskrivninger, korrigert for kapitalkompensasjon fra RHF, utgjøre om lag 8,5 % av brutto budsjett. IKT-kostandene vil også øke betydelig i løpet av planperioden som følge av de store investeringene i FIKS-programmet. Handlingsrommet til Nordlandssykehuset i perioden fremover vil derfor hovedsakelig være knyttet til vår evne til effektiv bruk av personellressurser.

Kravet til omstilling i årene fremover utgjør mer en det dobbelte av tidligere års effektiviseringskrav, samtidig med at mulighetsrommet for omstilling begrenses som følge av at kapitalkostnader vil utgjøre en større del av budsjettet.

Styret i Nordlandssykehuset behandlet i sak 94-2014 *Plan for endelig gjennomføring. Bygg for kliniske kontorarbeidsplasser (G-fløyen)*, der styret ba Helse Nord RHF om finansiering til etablering av ny G-fløy. Saken ble behandlet i styret for Helse Nord RHF den 26. november med vedtak om finansiering. I vedtakets punkt 4 ble imidlertid følgende presisert: «*Fremdrift og omfang av AB-fløyen justeres i tråd med realisering av helseforetakets omstillingsplan og økonomiske bærekraft.*» Styret i Nordlandssykehuset HF bes videre om å behandle plan og gjennomføring av omstillingsprogram for helseforetaket innen 15. mai 2015. Det vil derfor være av avgjørende betydning for videre fremdrift av byggeprosjektet i Bodø at omstillingsarbeidet intensiveres.

## 4. ANALYSER

Det er gjennom Utviklingsprogrammet og budsjettprosessen høsten 2014 gjennomført en hel del analyser av aktivitet og drift for å understøtte arbeidet med nye pasientforløp, generering av gevinsthypoteser og potensialet ved foreslåtte effektiviseringstiltak.

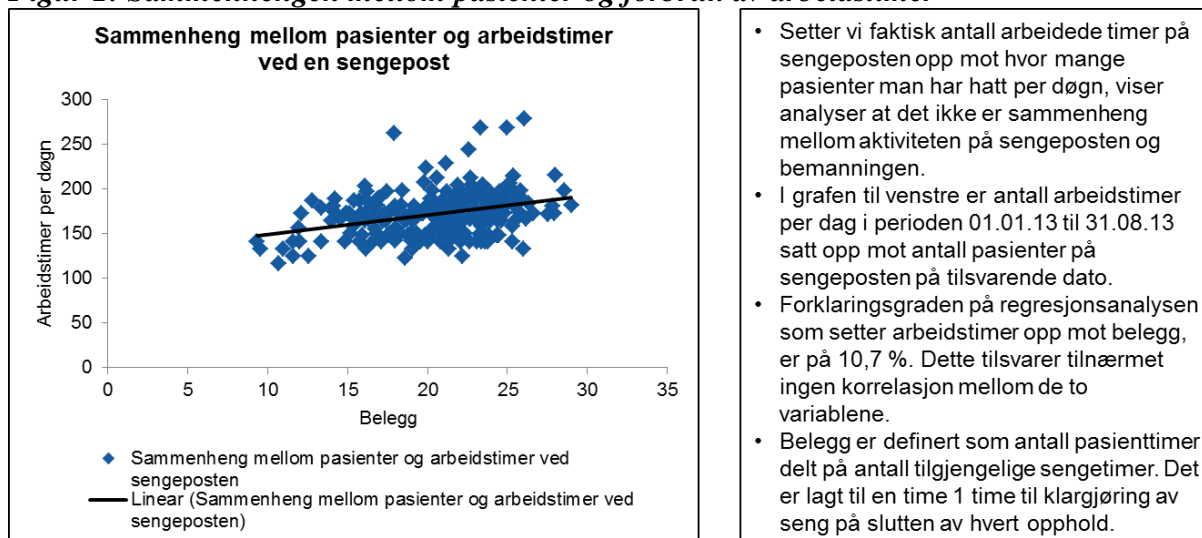
### 4.1 Beleggsanalyser og utnyttelsesgrad

Detaljerte analyser av driften viser at foretaket har et potensial for å realisere besparelser gjennom mer effektiv drift og pasientlogistikk både ved poliklinikk, dagenheter, sengeposter og operasjonsstuer.

For sengepostene har det fremkommet betydelig variasjon i gjennomsnittlig belegg, lav korrelasjon mellom bemanning og aktivitet og enkelte poster med svært høy overtids- og vikarforbruk. I figur 1 nedenfor illustreres sammenhengen mellom pasienter og forbruk av arbeidstimer ved en av sengepostene i somatikk, Bodø.



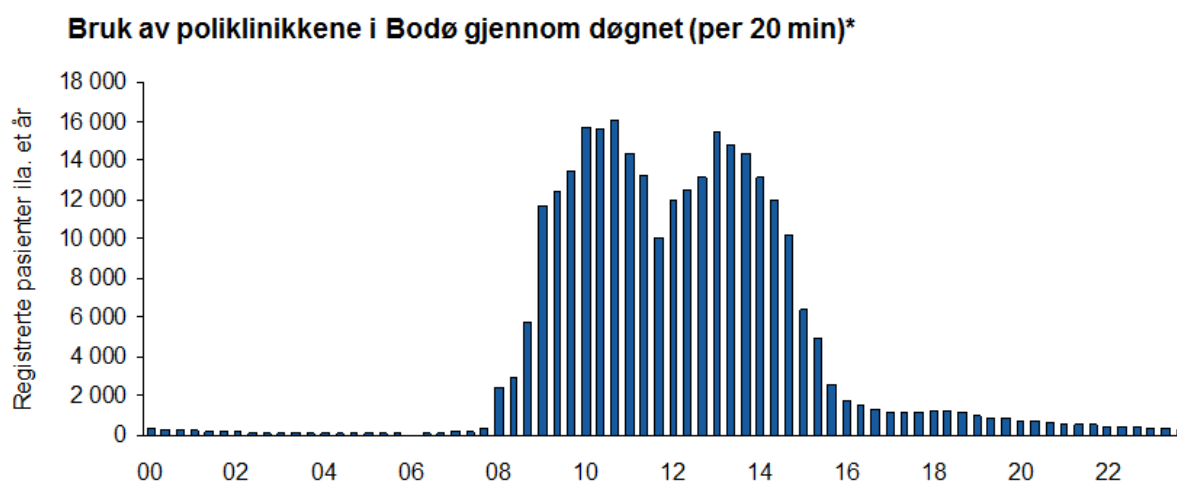
**Figur 1: Sammenhengen mellom pasienter og forbruk av arbeidstimer**



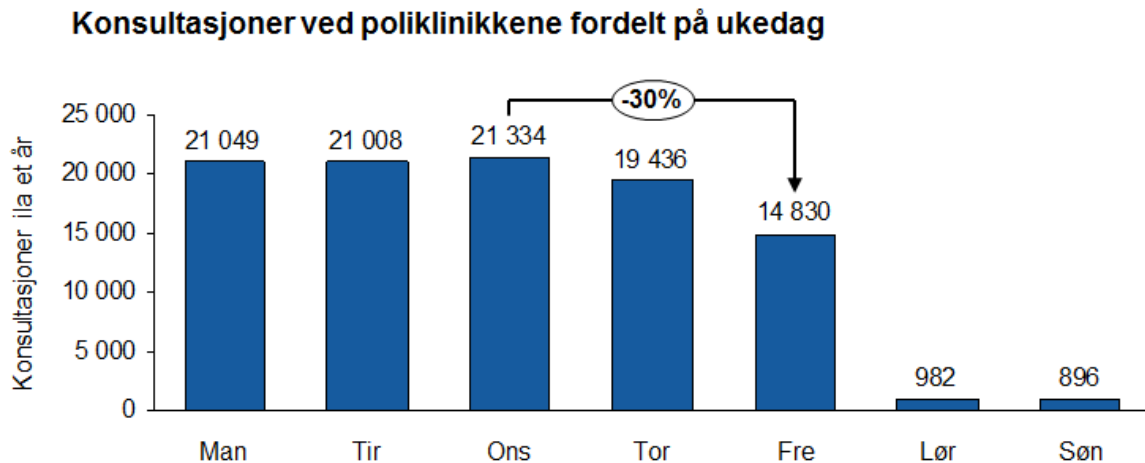
Som det fremgår av figuren er det stor variasjon mellom hvor mange ansatte som er på jobb ved et gitt antall pasienter i sengene.

Det er også gjennomført analyser av bruk av poliklinikkene gjennom døgnet og fordelt på ukedag. Ved poliklinikkene i NLSH Bodø viser analysene at aktiviteten er varierende utover dagen, og kurven over aktivitet utover dagen har en «M-form». Hovedtyngden av aktiviteten ved poliklinikkene starter opp litt ut på dagen, reduseres midt på dagen i fbm avvikling av lunsjpauser, tar seg opp igjen etter lunsj, men avslutter igjen relativt tidlig. Videre viser analysene at aktiviteten i poliklinikkene faller utover uken. Fredag er dagen med lavest aktivitet, med 30 % færre konsultasjoner enn på onsdager. Også torsdag er det færre konsultasjoner enn det er mandag til onsdag

**Figur 2: Bruk av poliklinikkene i Bodø gjennom døgnet**



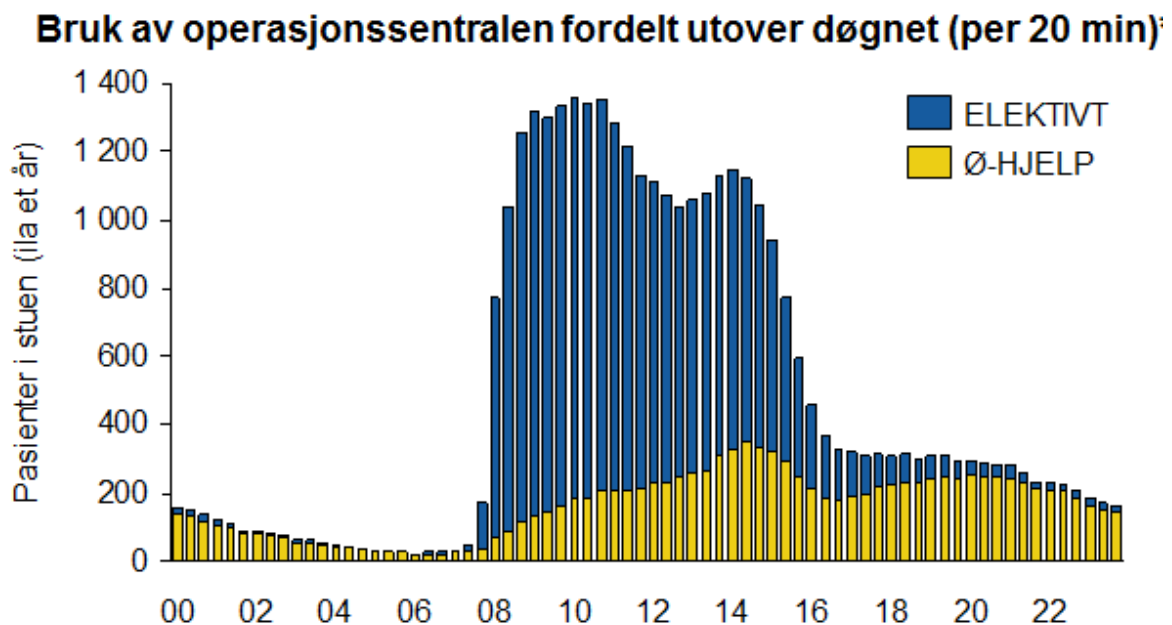
**Figur 2: Konsultasjoner ved poliklinikkene fordelt på ukedag**



Analysen av venteliste til poliklinisk behandling viste at det per 20.01.14 var 5386 pasienter på venteliste til poliklinisk utredning og behandling i Nordlandssykehuset (DIPS-rapport D-8192 NPR Venteliste). For å ta unna ventelisten på ett år (46 uker) kreves det 117 flere konsultasjoner per uke. Dette tilsvarer i snitt i underkant av 0,5 flere polikliniske konsultasjoner per lege per uke. Kapasitetsutnyttelsen ved poliklinikkene pr i dag viser at det samlet sett er potensiale for å fjerne ventelister og de fleste fristbrudd, selv om det innenfor spesielle fagområder kan være ressursmessige utfordringer.

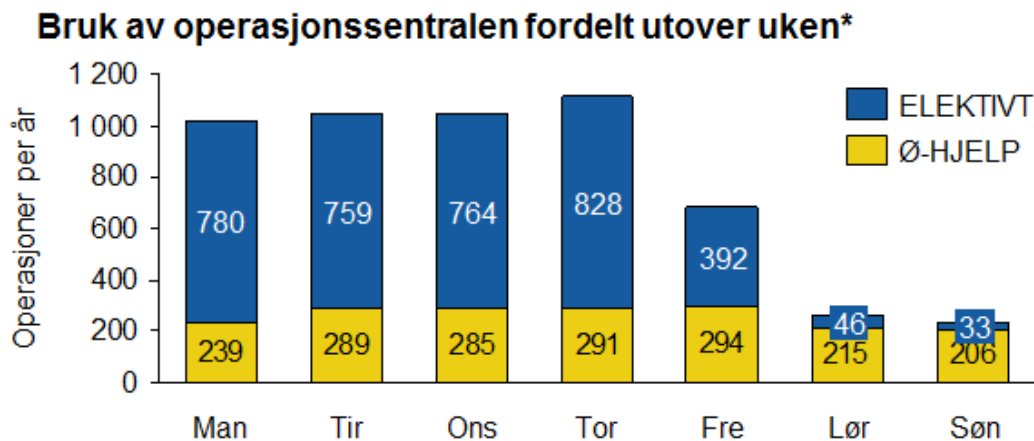
Også ved operasjonsstuene i sentraloperasjon og dagkirurgi (DKI) viser analysene et potensiale for bedre utnyttelse av ressurser både gjennom døgnet og over ukedagene.

**Figur 3: Bruk av operasjonsstuene fordelt utover døgnet**



I operasjonssentralen skjer de fleste behandlingene i tidsrommet mellom kl. 08.40 og kl. 11.00. Aktiviteten i perioden etter lunsj er lavere enn på morgenen. Statistikken viser at antall ø-hjelpsoperasjoner stiger jevnt fra 08:00 til 14:20, og tar seg opp igjen fra 16.00 til 20.00.

**Figur 4: Bruk av operasjonsstuen fordelt utover uken**



Operasjonssentralen har en jevn flyt av Ø-hjelpspasienter over uken. Færrest kommer lørdag, søndag, mandag. I perioden som er analysert ble det tatt unna i alt 433 flere pasienter på torsdager enn fredager. Normal bemanning i operasjons-sentralen er syv team mandag, åtte tirsdag, onsdag og torsdag og fem fredag.

Ut fra de aktivitetsanalysene som er utarbeidet gjennom utviklingsprogrammet og budsjettprosessen er klinikkene bedt om å gjøre kritisk gjennomgang av dagens drift, og utfordret til å utforme tiltak med potensiale for bedre utnyttelse av bemanningen, herunder målrettede tiltak for å redusere lønnsforbruket.

## **5. TILTAKSARBEIDET OG TILTAKSPLAN 2015**

Klinikker og stabsavdelinger har gjennom høsten bearbeidet sine forslag til tiltak gjennom interne møter i egen organisasjon, og tiltaksplanene er gjennomgått og vurdert underveis i møter med direktør. Tiltakene som beskrives i dette kapitlet anses i utgangspunktet som realiserbare ut fra risikovurderingene som er gjort underveis. Fargelegging av de ulike tiltak med grønt/gult/rødt i tabell 2 er et uttrykk for behov for lederstøtte/oppfølgingsstøtte i realiseringen, og ikke uttrykk for sannsynlighet for realisering.

### **5.1 Tiltaksplan pr klinikk**

I tabell 2 presenteres oversikt over de tiltak som er utredet og fremlagt i budsjettmøtene gjennom høsten 2014. Tabellen viser tiltak pr klinikk med estimert effekt i 2015, forventet helårseffekt i 2016, og risikovurdering av tiltakene ut fra behov for lederstøtte/oppfølgingsstøtte ifbm realisering.

**Tabell 2: Tiltaksplan pr klinikk 2015**

Omstillingstiltak	Økonomisk helårseffekt 2015	Økonomisk effekt i 2016	Kostnadsreduksjon 2015		
Sammenslåing av enheter Vesterålen, jf OU-prosjekt	2 000	2 000			
IKLV/Legevaktformidling Vesterålen	1 000	1 000			
Aktivitetsstyrt ressursplanlegging og feriestyring	5 320	5 320	970	5 475	1 875
Annet - materiell, reiser, operasjonsprogram Lofoten og Vesterålen	586	586	486	100	
<b>Sum Akuttmedisinsk klinikk (AKUM)</b>	<b>8 906</b>	<b>8 906</b>	<b>1 456</b>	<b>5 575</b>	<b>1 875</b>
Endring instrumentpark, reduksjon reagenskostnader	472	472	472	0	0
Rekruttering, red.innleie - radiologi	2 500	2 500	2 500	0	0
Bedre ressursutnyttelse dag-kveld, økte inntekter	250	250	250	0	0
Redusere sendeprøver	588	588	288	300	0
Avvikle prosedyrer blodbanken	450	450	450	0	0
Implementere PCR-test	340	340	340	0	0
Annet - reduksjon reisekostnader	368	368	368	0	0
<b>Sum Diagnostisk klinikk (DIAG)</b>	<b>4 968</b>	<b>4 968</b>	<b>4 668</b>	<b>300</b>	<b>0</b>
Omlagging medikamentbruk	790	790	790	0	0
Ambulering	1 624	1 624	1 624	0	0
Koding og økte poliklinikkinntekter	2 860	2 860	2 860	0	0
Aktivitetsstyrt ressursplanlegging og feriestyring	769	769	409	360	0
Sengetallsreduksjon	1 900	1 900	950	950	0
Reduksjon innleie	250	250	250	0	0
Reduksjon personellressurser - vakans	700	700	50	650	0
Annet - reduserte reiser, ny leieavtale	408	408	108	300	0
<b>Sum Hode Bevegelse klinikk (HBEV)</b>	<b>9 301</b>	<b>9 301</b>	<b>7 041</b>	<b>2 260</b>	<b>0</b>
Reduksjon innleie gynekolog og psykolog	1 100	1 100	0	1 100	0
Aktivitetsstyrt ressursplanlegging og feriestyring	1 459	1 459	1 459	0	0
Sommerstengt gyn-beredskap 4 uker	686	686	0	686	0
Reduksjon personellressurser - vakans	754	754	104	650	0
Talegjenkjenning	140	140	0	140	0
Kodekontroll og poliklinikk	464	464	244	220	0
Ambulering inn i arbeidsplan	363	363	363	0	0
Annet - reisekostnader, reduksjon kostnader øvrig	279	279	0	279	0
<b>Sum Kvinne Barn klinikk klinikk (KBARN)</b>	<b>5 245</b>	<b>5 245</b>	<b>2 170</b>	<b>3 075</b>	<b>0</b>
Produksjon og korrekt koding, Lagt nye plantall med indeksjustering.	900	900	900		
Aktivitetsstyrt ressursplanlegging	6 600	6 600	2 450	4 150	0
Sengetallsreduksjon og flere forløp i kirurgisk senter	2 125	2 125	1 625	500	0
Selvinnsjekk og betalingsløsning	601	601	341	260	0
Endring medikamentbruk	1 800	1 800	0	1 800	0
Redusert innleie i Lofoten og Vesterålen (erstattes med fast ansette)	900	900	0	900	0
Endring i arbeidsfordeling i klinikken	800	800	0	800	0
Talegjenkjenning	400	400	0	400	0
Annet - pasientforløp, kontroller poliklinikk, reisekostnader	852	852	752	100	0
<b>Sum Kirurgisk ortopedisk klinikk (KIRORT)</b>	<b>14 978</b>	<b>14 978</b>	<b>6 068</b>	<b>8 910</b>	<b>0</b>
Redusert antall liggedøgn sengeposter Medisin	2 591	2 591	1 800	591	200
Kodekontroll DRG	3 450	3 450	2 300	650	500
Flere polikliniske konsultasjoner tidlig på dagen (08-9.30)	1 192	1 192	800	192	200
Ambulering - Riktig behandlingssted for Lofoten og Vesterålen pasienter	1 850	1 850	1 150	500	200
Redusere antall konsultasjoner som ikke blir utført	1 200	1 200	800	200	200
Aktivitetsstyrt ressursplanlegging leger	6 248	6 248	5 248	500	500
Sengetallsreduksjon	2 400	4 800	1 200	1 200	0
Økte polikliniske inntekter	2 534	2 534	1 579	605	350
Kompetanse i front	950	950	475	475	0
Annet - reduksjon reisekostnader	468	150	443	25	0
<b>Sum Medisinsk klinikk (MED)</b>	<b>22 883</b>	<b>24 965</b>	<b>15 795</b>	<b>4 938</b>	<b>2 150</b>

**Forts. tabell 2: Tiltaksplan pr klinikk 2015**

Omstillingstiltak	Økonomisk helårseffekt 2015	Økonomisk effekt i 2016	Kostnadsreduksjon 2015		
Avvikle enhet Andenes	1 500	1 500	1 500	0	0
Avvikle enhet Straume	4 200	8 000	0	4 200	0
Kveldspoliklinikk på SDPS. Redusert kjøp av tjenester	200	200	0	200	0
Innplassering av ansatte i vakante stillinger	1 500	7 000	1 500	0	0
Innføring DEVAVI		1 450			
Annet		500			
<b>Sum Psykisk Helse og Rus klinikk (PHR)</b>	<b>7 400</b>	<b>18 650</b>	<b>3 000</b>	<b>4 400</b>	<b>0</b>
Feriestyring gjennom hele året	600	600	600	0	0
Reduksjon i sykefravær - IA-tiltak	1 892	1 892	1 892	0	0
Aktivitetsstyrt ressursplanlegging i ambulansetjenesten	1 383	1 383	0	1 383	0
Reduksjon personellressurser - midl stillinger	2 100	2 100	2 100	0	0
Reduksjon innleie	180	180	180	0	0
Annet - reduksjon reisekostnader, bedre innkjøpsrutiner	289	289	289	0	0
<b>Sum Prehospital klinikk (PREH)</b>	<b>6 444</b>	<b>6 444</b>	<b>5 061</b>	<b>1 383</b>	<b>0</b>
Enøk-tiltak	1 993	3 986	1 993		
Effektivisering renhold	540	540	540	0	0
Kantinedrift - effektivisering kantiner, nedlegge kantine Rønvik	564	564	564	0	0
Omorganisering sentalbord	300	300	300	0	0
Økte leieinntekter utleieboliger	1 000	1 000	1 000	0	0
Økte leieinntekter eksterne leietakere	851	851	851	0	0
Reduksjon kostnader bygg - Lødingen, Røsvik, Stokmarknes	953	953	953	0	0
Validering av utstyr - egenregi	800	800	800	0	0
Annet - brukerstyrt utvikling og red. reisekostnader Lync	800	800	800	0	0
<b>Sum Senter for Drift og eiendom (D&amp;E)</b>	<b>7 801</b>	<b>9 794</b>	<b>7 801</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Reduksjon personellressurser	1 800	1 800	1 800	0	0
Reduksjon kjøp av tjenester	500	500	500	0	0
Lederopplæring	500	500	500	0	0
Annet - Reduksjon reisekostnader	145	145	145	0	0
<b>Sum HR-avdelingen (HR)</b>	<b>2 945</b>	<b>2 945</b>	<b>2 945</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Reduksjon personellressurser	420	420	420	0	0
Reduksjon konsulent tjenester	200	200	0	200	0
Reduksjon reisekostnader Lync	50	50	50	0	0
<b>Sum Avdeling for Kvalitet, IKT og Prosesstøtte (KIP)</b>	<b>670</b>	<b>670</b>	<b>470</b>	<b>200</b>	<b>0</b>
Reduksjon personellressurser	2 810	2 810	2 510	300	0
Kredittkort på tjenestereiser	850	850	400	450	0
Logistikk Behandlingshjelpemidler	800	800	0	800	0
Reduksjon i pasientreiser ved endring av rutiner	3 300	3 300	1 900	1 400	0
Annet - Reduksjon reisekostnader	106	106	106	0	0
<b>Sum Økonomiavdelingen (ØKON)</b>	<b>7 866</b>	<b>7 866</b>	<b>4 916</b>	<b>2 950</b>	<b>0</b>
Redusere reiseaktivitet	110	110	0	110	0
Reduksjon personellressurser	644	898	644	0	0
<b>Sum Avdeling for forskning kvalitet og pasientsikkerhet (AFFP)</b>	<b>754</b>	<b>1 008</b>	<b>644</b>	<b>110</b>	<b>0</b>
Talegjenkjenning - fordeles klinikkene ihht implementeringsplan	1 800	9 800	900	900	
Selvinnsjekk og betalingsløsning	1 199	1 199	600	600	
Bedre utnyttelse av ressurser for å dekke helgevakter	900	1 800	450	450	
<b>SUM TILTAKSPLAN 2015</b>	<b>104 060</b>	<b>128 539</b>	<b>63 985</b>	<b>36 051</b>	<b>4 025</b>

### **5.1.1 Akuttmedisinsk klinikk**

Akuttmedisinsk klinikk skal innføre aktivitetsstyrt ressursplanlegging i klinikken. Dette innebærer bedre planlegging av bemanning etter faktisk aktivitet både i operasjonssentralen, på dagkirurgien og smertepoliklinikken. Videre skal det gjennomføres tiltak som skal sikre en bedre feriestyring. Sammen med aktivitetsstyrt ressursplanlegging skal dette redusere behovet for vikarer, overtid og vakansvakter. I Lofoten og Vesterålen vil det bli innført kjernetid på operasjonsprogrammet, som er en forutsetning for et forutsigbart operasjonsprogram og gjennomføring av planlagt aktivitet på dagtid. Organisasjonsutviklingsprosjektet i Vesterålen videreføres for å ta ut effektivitetsgevinster knyttet til nytt sykehus, herunder sammenslåing av enheter og tilpasning av drift. I tillegg forutsettes justering av inntekter knyttet til legevaktsformidlingen i Vesterålen, evt redusert ressursforbruk.

### **5.1.2 Diagnostisk klinikk**

Diagnostisk klinikk sine tiltak omfatter endringer i dagens instrumentpark med avvikling av maskiner som er lite brukt og flytting av analyser til andre eksisterende maskiner. Dette vil gi lavere vedlikeholdskostnader og lavere reagenskostnader. I tillegg går man fra en manuell til en halvautomatisk arbeidsprosess for disse analysene. Klinikken skal redusere sendekostnader og eksterne analysekostnader gjennom bedre utnyttelse av maskiner og ressurser som klinikken har per i dag. Videre vil klinikken avvikle visse prosedyrer i blodbanken, noe som reduserer varekostnadene. Klinikken vil jobbe aktivt med å redusere innleie og vikarbruk av radiologer ved å utnytte ressurser bedre på dagtid og kveld, tilpasse vaktplaner til behov, fastlegge avspasering i turnus og justere programmet med langsiktig planlegging.

### **5.1.3 Hode bevegelse klinikken**

Klinikken vil få betydelige besparelser i legemiddelkostnader som følge av bruk av billigere synonympreparater for en av pasientgruppene, samt redusere medikamentkostnadene på andre områder gjennom skifte til andre anbefalte og godkjente medikamenter. Klinikken skal øke sin ambulering til Lofoten og Vesterålen innenfor flere fagfelt, noe som vil redusere kostnadene til pasientreiser. Det er videre planlagt tettere styring av innleie og vikarbruk i klinikken. I forbindelse med rokadene for å bygge om AB fløya vil HBEV sengepost bli redusert til 21 senger. Denne reduksjonen skal fremskyndes. Klinikken skal gjennomføre en sengetallsreduksjon fra 27 til 21 senger med reduksjon av bemanning innen 1. juni 2015.

### **5.1.4 Kvinne/Barn klinikken**

Kvinne/Barn klinikken vil gjennomgå arbeids- og turnusplaner for å redusere forbruket av variabel lønn og innleie. Det iverksettes økt ambulering til Lofoten og Vesterålen for reduksjon i pasientreiser. Ambuleringen skal videre innarbeides i vaktplanene for å sikre at ambulering ikke skjer gjennom bruk av overtid. Videre skal klinikken forbedre ferieplanleggingen og innføre 3-delt ferieavvikling ved de sengepostene som ikke har implementert dette allerede. Klinikken legger også frem tiltak som skal sikre bedre utnyttelse av kapasiteten på poliklinikkene. Klinikken skal videre jobbe målrettet for å sikre god kvalitet på koderegistrering. Det er spesielt avdekket mangler i koderegistrering av barn, og det innføres rutiner for å sikre korrekt inntjening.

### **5.1.5 Kirurgisk ortopedisk klinikk**

Klinikken viderefører sitt langsiktige arbeid med reduksjon i antall senger i Bodø gjennom blant annet omlegging fra døgn- til dag og ved å øke andelen sammedagskirurgi. Den forventede effekten i 2015 er reduksjon fra 71 til 65 senger. Klinikken skal arbeide målrettet mot bedre kodekvalitet i 2015. Videre innfører klinikken aktivitetsstyrt ressursplanlegging, med blant annet nye arbeidsplaner, likt rammeverk for alle enheter og implementering og bruk av lederverktøy. Dette vil gi en bedre utnyttelse av de tilgjengelige ressursene og

reduerte lønnskostnader. Klinikken vil også starte med ambulerende ortoped til både Lofoten og Vesterålen, noe som vil gi besparelser for pasientreiser i foretaket. Oppgaveglidning der kontroller og sårpoliklinikk vil tas over av sykepleiere er også tiltak som klinikken setter inn. I Lofoten og Vesterålen skal høyt forbruk av innleie erstattes av faste ansatte, noe som innebærer en betydelig reduksjon i lønnskostnader. Det skal videre utredes muligheten for å slå sammen sengepostene i kirurgi og medisin i Lofoten etter at pasienter fra Lofoten DPS får sitt døgntilbud i Vesterålen eller Salten DPS eller i sentralinstitusjonen i Bodø.

#### **5.1.6 Medisinsk klinikk**

Medisinsk klinikk har høyt belegg på sine sengeposter i Bodø, noe som medfører høyt personellforbruk med mye overtid og innleie. Klinikken retter derfor fokus mulighetene for reduksjon i antall liggedøgn og reduksjon i beleggspersent. Dette skal oppnås gjennom en rekke tiltak, først og fremst gjennom endrede visitt- og arbeidsrutiner for legene samt bedret samarbeid med andre klinikker og sengeposter, økt og riktig bruk av pasienthotellet og målrettet arbeid mot de diagnoser der man har høyere liggetid enn landsgjennomsnittet. I Lofoten planlegges omlegging av tilbudet til de psykiatriske pasientene som pr i dag legges inn på medisinsk sengepost, noe som tilsier en reduksjon med 5 senger i Medisinsk klinikk. Klinikken vil arbeide målrettet mot bedre kodekvalitet med en dedikert handlingsplan hvor klinikken sørger for opplæring av egne ansatte og blir uavhengige av daglig bistand fra seksjon for fagstøtte. Klinikken øker fokuset på å sikre at kapasiteten på poliklinikkene utnyttes optimalt, både gjennom å legge til rette for at pasienter møter opp til konsultasjonene, og at flere konsultasjoner gjennomføres på dagtid framfor om kvelden. Klinikken vil øke ambuleringen av leger fra Bodø til Lofoten og Vesterålen innenfor flere fagområder, slik at man kan redusere kostnadene med pasientreiser. Klinikken gjennomgår rutinen for dekning av utgifter for pårørende, for å sikre at det ikke dekkes utgifter utover det som er pålagt. Videre skal administrasjon og omorganisering av legegruppen forbedres for å oppnå mer langsiktig planlegging og bedre styring av legeressurser, i samspill med arbeidsplanene for sykepleiere. ARP skal innføres i hele Medisinsk klinikk. Klinikken vil få besparelser i legemiddelkostnader som følge av bruk av billigere synonympreparater for biologisk behandling.

#### **5.1.7 Psykisk helse og rus klinikken**

Psykisk helse og rusklinikken vil ferdigstille omstruktureringen av døgntilbudet i Vesterålen, noe som vil gi pasientene et kvalitativt bedre behandlingstilbud på riktig omsorgsnivå, samtidig som klinikken oppnår mer effektiv drift og dermed reduserte kostnader. Samarbeidet med medisinsk avdeling i vurderes avvirket Lofoten avsluttes, og det ambulante akutteamet i Lofoten gis da rom for å arbeide mer ambulant, blant annet for å redusere behovet for innleggelse. Pasienter fra Lofoten med et reelt behov for innleggelse vurderes å kunne få et kvalitativt bedre tilbud ved Vesterålen DPS, Salten DPS eller sentralsykehusavdeling i Bodø. Ved Salten DPS etableres en kveldspoliklinikk for å erstatte dagens kjøp av tjenester fra en privat aktør. Som et resultat av tidligere omstillinger har klinikken per i dag noen ansatte som går på topp i andre avdelinger. Disse plasseres fortløpende inn i vakante stillinger etter hvert som de oppstår, noe som gir reduserte lønnskostnader. Det forventes at noe av denne effekten vil kunne realiseres i 2015. I tillegg til disse tiltakene vil klinikken løpet av 2015 iverksette en rekke tiltak som forventes å gi full effekt først i 2016, herunder etablering av bakvakt fra Bodø for Lofoten og Vesterålen som vil gi reduksjon i innleie og reduksjon i unødvendig pasienttransport.

### **5.1.8 Prehospital klinikk**

Prehospital klinikk skal fortsette det målrettede arbeidet med å redusere sykefravær, som har vært en vedvarende utfordring over lang tid, og det forventes at dette også vil gi økonomiske resultater i 2015. Klinikkenes tiltak omfatter også bedre feriestyring og bedre fordeling av ressurser i turnus for å redusere overtid og innleie. I ambulansetjenesten har klinikken over lengre tid arbeidet med kartlegging av aktivitet og ressursforbruk i de ulike sonene, og i 2015 startes arbeidet med implementering av aktivitetsstyrt turnus i alle soner. Rammeforutsetningene i dagens ambulanseplan gir noen begrensninger når det gjelder driftsmessig tilrettelegging som både ivaretar hensynet til kvalitet og økonomi i tjenesten. Klinikken får derfor i oppdrag å starte arbeidet med revisjon av ambulanseplan i januar 2015, og dette arbeidet planlegges gjennomført i løpet av 2015. Se også punkt 6.7.

Prehospital klinikk vil også være sentral i gjennomføringen av tiltaket «Kompetanse i front» i akuttmottaket, se punkt 5.2.6 for nærmere beskrivelse.

### **5.1.9 Senter for drift og eiendom**

Forutsatt bruk av investeringsmidler vil Drift og eiendom gjennomføre ENØK-tiltak som vil redusere de årlige energikostnadene. Dette omfatter blant annet varmpumpe, isolering og diverse ventilasjon. Drift i kantinene skal effektiviseres, blant annet ved standardisering av produktutvalget, samt avvikling av kantiner med lav omsetning. Det vil videre innføres tiltak for å øke effektiviteten i renhold gjennom automatisering og endret arbeidsdeling. Gjennom bedre forvaltning av boligmassen, skal man kan sikre høyere inntekter og redusere administrative oppgaver knyttet til dette. Videre skal det gis opplæring til eget personale for å redusere kjøp av eksterne tjenester for validering av utstyr.

### **5.1.10 HR-avdelingen**

HR-avdelingen skal gjennomføre nedtrekk av stillinger knyttet til utvalgte oppgaver, samt eventuelle organisasjonsendringer. Ikke besatte stillinger holdes vakant. Videre fortsetter avdelingen det omfattende arbeidet med å bidra til reduksjon i sykefraværet i klinikkene, gjennom tiltak knyttet til opplæring og holdningsskapende arbeid. HR-avdelingen fortsetter også arbeidet med bedre styring av spesialistutdanning for leger og sykepleiere gjennom mer kritisk vurdering av hvem vi ønsker å satse på.

### **5.1.11 Avdeling for Kvalitetssystemer, IKT og prosesstøtte**

KIP (Avdeling for Kvalitetssystemer, IKT og prosesstøtte) vil i 2015 redusere innleie av eksterne IT-tjenester gjennom bedre utnyttelse av eget personell. I tillegg bidrar KIP til betydelige besparelser i klinikkene ifbm gjennomføring av prosjektene tategjenkjenning og telemedisinske løsninger. Avdelingen har også igangsatt gjennomgang av dagens ordninger knyttet til telefoni og teknologiløsninger for ansatte, og ser på potensialet for kostnadsreduksjoner innenfor dette området..

### **5.1.12 Økonomiavdelingen**

Økonomiavdelingen iverksetter tiltak knyttet til reduksjon i ressursbruk i flere seksjoner, herunder omorganisering av oppgaver. I tillegg skal avdelingen redusere innleie fra Pasientreiser ANS. Seksjon for pasientreiser vil arbeide målrettet med reduksjon i kostnader knyttet til pasientreiser, særlig knyttet til rutiner for bruk av fly og drosje. Dette vil skje i samarbeid med klinikkene og primærhelsetjenesten. Det innføres krav om bruk av kredittkort på tjenestereiser, som vil redusere kostnadene til fakturahåndtering betydelig.



### **5.1.13 Avdeling for forskning og pasientsikkerhet**

Avdeling for forskning og pasientsikkerhet iverksetter tiltak som omfatter reduksjon i reiseaktivitet, vakans i stillinger og avvikling av enkelte midlertidige engasjement når disse utløper.

## **5.2 Andre tiltak med estimert potensiale**

Parallelt med tiltaksarbeidet som har vært gjennomført i den enkelte klinikk og stab jf kap 5.1 er det gjort vurdering av andre aktuelle områder for å oppnå ytterligere kostnadseffektivisering. Disse tiltakene er foreløpig estimert å kunne gi en besparelse på 15 – 20 millioner i 2015, og ytterligere 20 – 25 millioner i perioden 2016-2018.

### **5.2.1 Talegjenkjenning**

I løpet av høsten 2014 er det gjennomført en pilot på talegjenkjenning i kvinne/barn klinikken. Talegjenkjenning er et verktøy som omdanner tale til tekst automatisk, og brukes til å dokumentere pasientopplysninger i den elektroniske pasientjournalen. En datamaskin tolker det som dikteres og presenterer umiddelbart et tekstforslag. Systemet lærer hver enkelt bruker sin stemme, dialekt og måte å snakke på. Piloten skal evalueres i desember 2014, men så langt er det allerede identifisert gevinster i form av redusert utsendingstid av dokumenter, og frigjort tid for merkantile skriveressurser.

Piloten er utvidet til mars 2015 på grunn av mange tekniske problemer med gjennomføringen i høst. Erfaringene fra den driftsperioden som var uten tekniske problemer i kombinasjon med erfaringer fra andre sykehus, tilsier at dette vil gi betydelige besparelser både når det gjelder ferdigstilling av dokumenter som ligger til skriving, utsendelsestid for dokumenter, samt tidsbruk for merkantile skriveressurser. Videre har piloten vist at når talegjenkjenning tas i bruk på riktig måte gir det mer korrekte notater, særlig hos ansatte som ikke har norsk som morsmål.

I perioden 2015-2017 planlegges utrulling av talegjenkjenning i hele Nordlandssykehuset, i første omgang for somatikk. Full effekt av dette tiltaket forventes fom 2017. Erfaringstall fra andre sykehus indikerer et potensiale for ressursbesparelse tilsvarende 10 mill kr årlig ved full implementering. Det legges til grunn et potensiale på 2 mill kr for 2015, økende til 10 mill kr i 2016 og 11 mill kr i 2017 når dette er fullt implementert.

### **5.2.2 Selvinnsjekk (IMATIS)**

I forbindelse med innflytting i ny behandlingsfløy (K-fløya) ble nytt system for selvinnsjekk til poliklinikker og dagbehandling innført. I første omgang er det innsjekking av pasienter ved ankomst til sykehuset som håndteres av det nye elektroniske systemet, men i løpet av 1. halvår 2015 er også betalingsautomater planlagt tatt i bruk i tilknytning til dette.

Selvinnsjekk vil medføre langt færre henvendelser i ekspedisjonene, ettersom pasientene nå skal registrere sitt oppmøte selv. Pasientene oppgir også sitt mobiltelefonnummer ved registrering, slik at poliklinikken kan kontakte pasientene underveis i oppholdet og bruker mindre tid på å finne pasienten for å gi beskjeder. Dette forventes å redusere arbeidsmengden til merkantilt ansatte i ekspedisjonene betydelig.

En annen positiv effekt av innsjekkingssystemet er at når pasienten registrerer sitt telefonnummer, åpnes det også mulighet for å sende sms-påminnelse i forkant av nye konsultasjoner, noe som erfaringsmessig bidrar til at andel pasienter som ikke møter opp til time reduseres.

Når betalingsløsning også kommer på plass, vil de fleste polikliniske pasienter ikke ha behov for å henvende seg i ekspedisjonen verken ved ankomst eller avreise, og dette vil gi ytterligere besparelser i ressursforbruket.

Innføring av selvinnsjekk vurderes å kunne gi effekt tilsvarende reduksjon av 3 stillinger estimert til 0,9 mill kr i halvårseffekt i 2015 og 1,8 mill kr årlig når dette er fullt implementert.

### **5.2.3 Videomøter - Lync**

Lync er en ny samhandlingsløsning som gir brukerne mulighet til å gjennomføre samtaler med en eller flere deltakere, og som kan inkludere både lyd og video med funksjonalitet der brukeren samtidig kan dele sin skjerm, sende mail og meldinger i løpet av samtalen. Senter for Drift og Eiendom har vært pilot på innføring av Lync og har siden implementering sommeren 2014 oppnådd positive effekter gjennom bruk av ny teknologi. Så langt har bruk av Lync både medført besparelse i reisekostnader og effektivisering av ressursbruken. Det forventes også at denne teknologien kan gi effekt i forhold til pasientbehandling.

Erfaringene så langt indikerer et betydelig gevinstpotensiale ved full implementering av Lync for samtlige klinikker og stabsfunksjoner. I tillegg til direkte reduksjon i reisekostnader, forventes denne løsningen å bidra til redusert tid som medgår til møtevirkosomhet, mer tilgjengelig internopplæring, samt økt og forbedret samhandling både innad i avdeling, på tvers av lokasjoner, mellom foretaket og Helse Nord, primær- og spesialisthelsetjenesten, behandler og pasient/pårørende. Lync ble implementert i foretaket i forbindelse med innflyttingen i nye K-fløy (november 2014).

Ut fra potensialet som er synliggjort gjennom piloten, legges det til grunn at reisevirkosomheten bør kunne reduseres i hele virksomheten, uten særlige negative konsekvenser. Det legges derfor ut krav om reduksjon i reisekostnader for samtlige klinikker og stabsfunksjoner med til sammen 2 mill kr fom 2015.

### **5.2.4 Variabel lønn – ferieavvikling - vakansvakter**

Analyser av variabel lønnsforbruk viser at foretaket har til dels store kostnader knyttet til ferieavvikling, samt sykefravær og annet fravær gjennom året.

Årlige kostnader knyttet til uforutsette vakter (vakansvakter) for leger utgjør om lag 10 mill kr. En del av disse vakansvaktene er knyttet til «akutte» fravær og kan være vanskelig å unngå, mens det i andre tilfeller er snakk om fravær som vil kunne tas høyde for gjennom bedre planlegging. Planlegging av legenes arbeidstid omfattes av det pågående pilotprosjektet knyttet til aktivitetsstyrt ressursplanlegging, som løper frem til årsskiftet. Konkrete estimer for gevinst potensialet knyttet til dette prosjektet foreligger ikke foreløpig. Det legges foreløpig til grunn krav om reduksjon i uforutsette vakter med 10 % i 2015, dvs kostnadsreduksjon med 1 mill kr pr år. Dette vurderes som et konservativt anslag.

Ferieavvikling viser seg kostbart å gjennomføre i mange enheter av ulike årsaker. Erfaringer som er gjort flere steder når det gjelder hvilke prinsipper som er lagt til grunn for gjennomføring av ferieavvikling, viser at valg av oppdeling av ferieperioden har betydning for driften i sommermånedene. Ved overgang fra 2-delt til 3-delt ferie har flere enheter oppnådd både bedre stabilitet i personellgruppen i ferieperioden, lavere sykefravær under og i etterkant av ferie, og redusert overtid. Ved innføring av 3-delt ferie som hovedprinsipp estimeres gevinstpotensialet til minst 0,7 mill kr i 2015.

Flere sengeposter opplever utfordringer med sykefravær knyttet til helg, og ved analyser av forholdet mellom bemanning og aktivitet er det synliggjort at justering av

bemanningen/sambruk av personell slik at helgebemanningen styrkes, gir redusert behov for ekstraordinær innleie i helgene – og også lavere kostnader. Det vurderes å være potensiale for reduksjon av variabel lønn knyttet til helg på flere sengeposter. Estimat for kostnadsreduksjon i 2015 er 0,9 mill kr.

#### **5.2.5 Reduksjon i sengeantall – harmonisering av bemanning på sengeposter**

Analyser av aktivitet og bemanning på sengeposter viser at det innenfor flere er områder lav korrelasjon mellom bemanning og aktivitet, jf kapittel 4. Bedre tilpasning av aktivitet og bemanning, herunder justering av sengeantall, er foreløpig estimert å ha et gevinstpotensial på om lag 6-7 mill kr. Det skal gjennomføres en utgreiing innen 1. juni 2015 med sikte på å slå sammen sengeområdene i LO (medisin og kir ort).

I dette arbeidet må begge klinikker klargjøre utvikling over tid mht beleggprosent, liggetid, bemanningsfaktor, sykefravær og andre arbeidsmiljørelaterte forhold, økonomi, inn- og utskrivningspraksis, legebemannning og legeledelse. Dette arbeidet må ta sikte på å redusere behovet for senger og bemanning i et nytt, felles sengeområde. Videre må utgreiingen ta sikte på å beskrive et opplegg som tar nødvendig vare på behovet for faglig forsvarlighet, kompetanse i sykepleiergruppen, ledelse og organisering samt håndtering av de arbeidsmiljømessige utfordringer som et sammenslått sengeområde vil gi.

#### **5.2.6 Kompetanse i front**

Et av tiltakene som legges frem er å benytte erfarne leger i front i akuttmottaket. I dette inngår det at det skal være en mer erfaren lege med interesse for mottaksmedisin som tar i mot pasientene i akuttmottaket enn hva som er tilfellet i dag. Gjennom utviklingsprogrammet har vi avdekket en tydelig interesse for dette feltet i Bodø. Innføring av "Kompetanse i front" programmet ansees å ha både en kvalitativ og økonomisk positiv effekt. Gjennom økt kompetanse hos legene som tar i mot pasientene når de ankommer akuttmottaket, vil pasientsikkerheten og kvaliteten pasientene opplever øke. Det forventes at en med mer erfarne leger i front vil få en riktiger behandlingsplan for akutte pasienter ved at det kan tas raskere og bedre avgjørelser på om pasientene i det hele tatt trenger innleggelse, og på denne måten vil man ta bort endel unødvendige innleggelser. Kompetansen i front vil også sikre raskere og bedre diagnostisering av pasientene. Dette forventes å føre til at riktig behandling kan startes tidligere, og at man unngår at pasientene sendes til feil fagområde/sengepost etter ankomst. Disse effektene vil kunne bidra til riktiger plassering av pasientene på sengepost, reduserte liggedøgn på sengepostene og mindre bruk av laboratorieressurser. For å gjennomføre tiltaket vil det være nødvendig å kritisk vurdere dagens vaktstruktur og utrede organisering av legetjenestene slik at kompetansen i akuttmottaket kan økes hovedsakelig innenfor dagens bemanning.

Innføring av «Kompetanse i front» forventes å gi kostnadsreduksjon på 1 mill kr i 2015.

Effektene som skissert ovenfor under 5.2.1-5.2.6 forventes realisert i 2015 med ulikt potensial for den enkelte klinikk. Det skal også, der det ikke allerede er gjennomført som del av klinikkvise tiltaksplaner, iverksettes en systematisk gjennomgang av foretakets sengeposter for å se nærmere på potensialet for sengereduksjon som følge av for eksempel økt sambruk på tvers i foretaket og omlegging fra døgn til dagaktiviteter. Noe av dette vil kunne realiseres i 2015, men da dette er et omfattende arbeid antas det at det fulle potensiale ikke vil kunne hentes ut før i 2016.

### 5.2.7 Nedtak av midlertidige ressurser

I forbindelse med utbyggingen av K-fløyen og krevende logistikk i byggeprosessen, ble portørtjenesten i Prehospital klinikk i en periode utvidet med til sammen 4 årsverk. Disse stillingene går ut fom 2015, da ny K-fløy er i full drift før årsskiftet 2014/2015. Kostnadsreduksjon 2 mill kr.

### 5.2.8 Gjennomgang av virksomheten i Vesterålen etter innflytting i nytt bygg

Etter innflytting og ibruktaking av det nye sykehusbygget i Vesterålen er det nå tid for gjennomgang av driften ut fra følgende perspektiv på pasientforløpene:

- a) henvises de rette pasientene
- b) følger vi prioriteringsveglederne slik vi skal
- c) ventetider på elektive tilbud,
- d) utredes og behandles pasientene på rett omsorgsnivå og til rett tid,
- e) logistikk og samarbeid rundt legevakt, akuttmottak, OBS – senger, osv.
- f) hvordan de nye lokalitetene utnyttes i poliklinikk, dagbehandling, sengetun, pasienthotell, OBS – senger
- g) liggetider og belegg mv
- h) samhandling med kommunene – innfrir vi våre forpliktelser og innfrir kommunene sine forpliktelser
- i) samarbeid mellom fagmiljøene i Bodø Lofoten og Vesterålen mht ambulering osv.
- j) om nye pasientforløp til kirurgi fungerer etter intensjonen
- k) realisering av de planlagte gevinster for 2014 i henhold til planen

## 5.3 Fordeling av tiltak på kategori

Tiltaksplanen i tabell 2, og som summerer seg opp til 104 mill kr, fordeler seg med ca 65 % på lønn/personell, 15 % på inntektsvekst, mens resterende 20 % er reduksjon i andre kostnader.

Det vesentlige av kostnadsreduksjoner i tabell 2 er knyttet til reduksjon i forbruk av personellressurser. Omregnet i hele stillinger utgjør dette om lag 100 årsverk. Endelig fordeling mellom faste og variable årsverk er foreløpig ikke konkretisert.

## 5.4 Omfordeling mellom DIAG og klinikkene

Tall fra Diagnostisk klinikk viser at økningen i volum av analyser (inneliggende pasienter og poliklinikk) innenfor klinisk kjemi har økt med 12 % fra 2011 til 2014. I samme periode har antall sykehuskontakter har vært relativt stabilt. Det har gjennom budsjettprosessene tidligere år vært lagt til grunn forutsetning om stabilisering eller reduksjon i omfanget av analyser. Klinikken har kun i begrenset grad lyktes med gjennomføring av tiltak for redusert etterspørsel etter analyser. Konsekvensen av dette har vært merforbruk av materiell i DIAG klinikk sammenlignet med budsjett.

Tallene pr november 2014 viser et merforbruk av analyser fra klinisk kjemi tilsvarende materiellkostnader på om lag 6 mill kr. For å løse utfordringen ved økte varekostnader

omfordeles 6 mill kr mellom rekvirerende klinikker og Diagnostisk klinikk. Omfordelingen medfører rammejustering/effektiviseringskrav til klinikkene som følger:

**Tabell 3: Omfordeling budsjettmidler mellom Diagnostisk klinikk og brukerklinikkene**

<b>MED klinikk</b>	-3 743 000
<b>KIRORT klinikk</b>	-282 000
<b>HBEV klinikk</b>	-550 000
<b>AKUM klinikk</b>	-939 000
<b>KBARN klinikk</b>	-486 000
<b>Til DIAG klinikk</b>	6 000 000

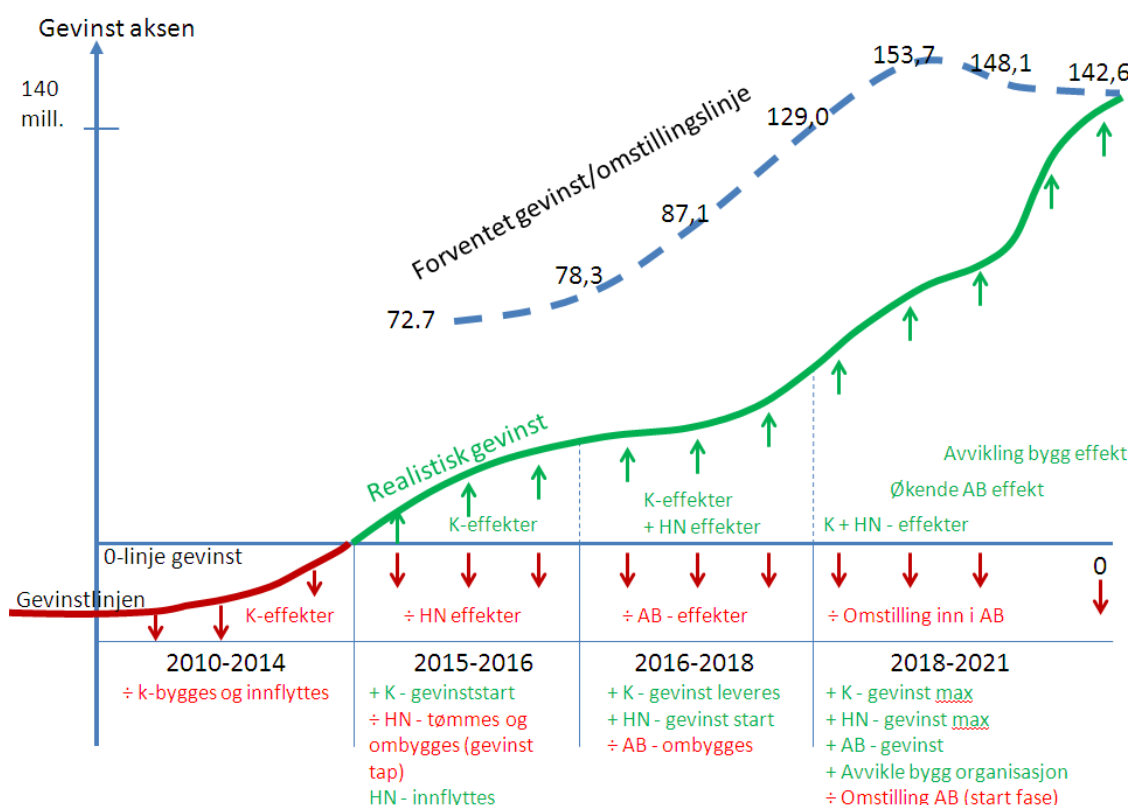
## 5.5 Oppsummering av utredede tiltak 2015 og håndtering av restutfordring

Av den samlede omstillingsutfordringen på om lag 200 mill kr jamfør tabell 1, er det foreløpig utredet tiltak med økonomisk effekt på om lag 104 mill kr i 2015. Det gjenstår da en uløst omstillingsutfordring på 96 mill kr for å justere kostnadsnivå ihht budsjettkravet i 2015.

Det har i tidligere styresaker vært redegjort for utfordringen med realisering av forutsatte gevinster ved ibruktaking av Nye Nordlandssykehuset Bodø innenfor de begrensninger de pågående byggeaktivitetene gir.

Som figur 5 nedenfor viser, og som er presentert tidligere for styret i sak om plan for drift og investering 2015-2022 og i sak om bærekraftsanalyse, vil byggeaktivitetene i perioden gi negative driftsmessige effekter, som bidrar til at gevinstene fra de tiltak som fortløpende gjennomføres ikke vil bli tilstrekkelige til å dekke de økte rentene og avskrivningene når det enkelte byggetrinn ferdigstilles.

**Figur 5: Gevinstrealisering i byggeperioden**



De negative effektene som følger av byggeaktivitetene er medvirkende til at økonomisk gevinst av de tiltak som er utredet ikke er tilstrekkelige for å nå krav om 5 mill kr i overskudd fra og med 2015.

Ved full implementering estimeres imidlertid helårseffekt av tiltaksplan 2015 i kapittel 5.1 og 5.2 til om lag 128 mill kr i 2016.

Budsjettprosessen for 2015 har hatt som utgangspunkt å utrede og innarbeide løsninger som når det nye bygget i Bodø står ferdig i 2018/19 skal gi foretaket en fremtidsrettet og bærekraftig økonomi. I tillegg til kortsiktige tiltak med effekt i 2015 er det også gjort vurdering av andre områder der gevinstpotensialet vurderes som stort frem mot 2018/19, men som må utredes nærmere for konkretisering av innhold og gevinst. I kapittel 6 redegjøres for omstillingstiltak med effekt i perioden 2016-2018 som skal bidra til å løse den samlede bærekraftsutfordring som vil øke til om lag 250 mill kr i 2018/19.

Det samlede opplegget for perioden 2015-2019 er fremarbeidet ut fra de rammebetingelser og den bestilling foretaket er gitt gjennom plan for 2015-2022, og de forutsetninger som her legges til grunn for tjenestetilbudet til våre pasienter i langtidsperioden. Dersom omstillingsutfordringen skal løses gjennom tiltak som bringer foretaket i budsjettmessig balanse allerede i 2015 vil det være nødvendig å ta i bruk andre virkemidler.

I kapittel 7 beskrives alternative tiltak som må gjennomføres på kort sikt dersom driften skal bringes i balanse gjennom nedtak av kostnader tilsvarende 200 mill kr allerede i 2015.

## **6. TILTAK FOR Å LØSE LANGSIKTIG BÆREKRAFT**

Som det fremgår av kapittel 5 er det så langt identifisert tiltak for kostnadsreduksjoner/ inntektsvekst opp til 104 mill kr jamfør tabell 2. Gjenstående omstillingsutfordring utgjør for 2015 om lag 96 mill kr. Jamfør bærekraftsanalysen 2015-2022 må foretaket, som følge av økte kapitalkostnader knyttet til bygg og IKT-investeringer i årene 2016-2018, gjennomføre ytterligere effektiviseringstiltak på 50 mill kr frem mot 2018.

For å løse foretakets langsiktige bærekraft vil følgende områder ha fokus i fortsettelsen av budsjettarbeidet for 2015:

### **6.1 Strukturert nedbemanning**

Styret ba i sak 107-2014, i forbindelse med behandling av driftsrapport for oktober 2014, om at strukturert nedbemanning vurderes som et sentralt virkemiddel for å redusere foretakets kostnadsbase i budsjett 2015. Som det fremgår av tiltaksoversiktene i kapittel 5 er reduksjon i personellbruk/nedbemanning allerede en sentral forutsetning for budsjettopplegget i 2015. De tiltakene som omhandler nedtak av personellressurser som så langt er beskrevet i saken er i all hovedsak basert på analyser av dagens virksomhet, og vurderes realiserbare ut fra foreliggende kunnskap om driften.

Nedbemanning vil også være et sentralt virkemiddel i det videre omstillingsarbeidet i foretaket. Dette også fordi det allerede per i dag er stor personellmangel innenfor flere områder ved Nordlandssykehuset, som reflekteres i omfanget av innleid personell. I fremtiden forventes enda større svikt i tilgangen på helsepersonell. Både de økonomiske utsiktene og de rekrutteringsmessige utfordringene gjør det derfor nødvendig å omstille organisasjonen slik at vi kan drifte organisasjonen med mindre personell enn det vi bruker i dag.

SAMDATA-rapportene viser at Nordlandssykehuset har høyere kostnader og større personellforbruk både i forhold til landsgjennomsnittet og i forhold til sykehus på samme størrelse. Dette omfatter både andel kostnader som medgår til DRG-virksomhet (pasientbehandling), legeårsverk pr 1000 innbyggere og sykepleierårsverk pr 1000 innbyggere. Også nå det gjelder sengefaktor (effektive senger pr 1000 innbyggere) ligger foretaket over gjennomsnittet.

Dette gir indikasjon på at foretaket i tillegg til bedre tilpasning av personell til aktivitet også kritisk må vurdere nivå/antall personell pr behandlet pasient. Som ledd i den strukturerte nedbemanning må flere områder vurderes, herunder harmonisering av bemanningsfaktorer, vakt- og beredskapsordninger, sambruk av personell på tvers av enheter, sammenslåing av sengeposter, reduksjon i antall ledere, reduksjon i innleie og større grad av generalistpraksis for tradisjonelle lokalsykehuspasienter ved alle lokalisasjonene. Det høyspesialiserte tjenestetilbudet i foretaket kan være vanskelig å opprettholde uten at store pasientgrupper får behandling på et noe mindre avansert nivå. Her er perspektivet at virksomheten må organiseres slik at tradisjonelle lokalsykehuspasienter i første runde blir omhendetatt av en bredt kompetent generalist. Den varslede Nasjonale Helse- og Sykehusplanen vil mest sannsynlig ha føringer for større opptaksområder for akuttkirurgisk vaktberedskap. Dette kan føre til strukturendringer med konsekvenser for tjenestetilbudet, mest sannsynlig i Lofoten. En avklaring av dette forventes imidlertid ikke før i 2016.

Som følge av en økende omstillingsutfordring i perioden 2016-2019 må virksomheten allerede i 2015 starte forberedelsene for nedbemanningen som må gjennomføres de nærmeste årene.

## 6.2 Aktivitetsstyrt ressursplanlegging

Aktivitetsstyrt ressursplanlegging ansees å være en viktig arbeidsplanleggingsmetode for å tilpasse foretakets tilgjengelige ressurser til de oppgaver som skal løses. Slik tilpassing av ressurser til oppgaver er eller blir gjennomført i alle helseforetak og sykehus.

Nordlandssykehuset igangsatte våren 2014 prosjekt Aktivitetsstyrt Ressursplanlegging (ARP), et prosjekt organisert under Utviklingsprogrammet Nye Nordlandssykehuset. Formålet med prosjektet er i hovedsak å utvikle/videreutvikle prinsipper, metoder og verktøy til bruk i prosessen knyttet til aktivitetsstyrt ressursplanlegging i Nordlandssykehuset HF, og som skal styrke forutsetningene for at målsetningene for det tidligere etablerte ressursstyringsteamet oppfylles. Aktivitetsstyrt ressursplanlegging er først og fremst et verktøy, og en endring i hvordan vi planlegger både aktivitet og bemanning. Bedre sammenheng mellom aktivitet og bemanning forventes også å gi bedre kvalitet i pasientbehandlingen.

Pr i dag er planleggingshorisonten innenfor flere enheter og fagområder relativt kort, og med stor grad av endringer underveis. Kort planleggingshorisont oppleves for mange å gi større fleksibilitet, men på sikt innebærer det lite forutsigbarhet og dårlig ressursutnyttelse. For å lykkes med Aktivitetsstyrt ressursplanlegging er det avgjørende at aktiviteter planlegges langt frem i tid – og at langtidsplanen følges kontinuerlig. Dette vil for mange innebære kulturendring.

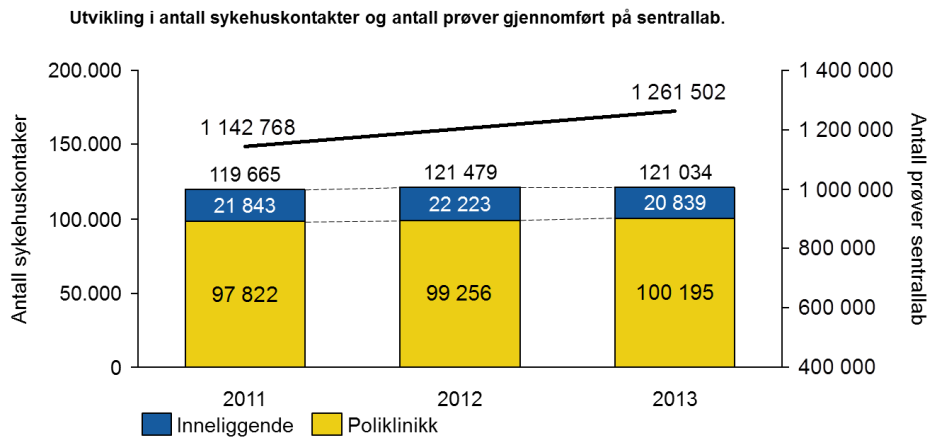
Prosjektgruppen legger frem sin rapport ved årsskiftet 2014/2015 og videre plan for innføring av aktivitetsstyrt ressursplanlegging og gevinstrealisering vil legges frem tidlig i 2015. Erfaringene så langt er at implementering av nye prinsipper for ressursplanlegging tar tid, og gevinstene hittil i prosjektperioden er begrensede. Det forventes imidlertid at dette verktøyet, når metodikken er tatt i bruk på enhetsnivå, har et stort potensial i forhold til reduksjon av omfanget av variabel lønn og ekstravakter i pleiesektoren, reduksjon i vakansvakter og bedre avstemming av aktivitet og arbeidsplaner for leger og produktivitet generelt. Det forventes at etablering av rutiner og retningslinjer knyttet til ferie- og fraværplanlegging bør gi effekter fra starten av 2015.



### 6.3 Redusert bruk av diagnostiske tjenester

Nordlandssykehuset har i perioden 2010-2014 hatt en vekst i etterspørsel eller diagnostiske tjenester som er betydelig større enn veksten i pasientkontakter i samme periode, se figur 6. Foretaket vil intensivere arbeidet for å sikre mer korrekt rekvireringspraksis fra klinikker både for å ivareta kvalitet til pasient og redusere eventuell unødvendig bruk av diagnostiske tjenester.

**Figur 6: Utvikling i antall sykehuskontakter og antall prøver gjennomført på sentrallab.**



Diagnostisk klinikk har startet en omfattende kartlegging av kostnader på eksterne og interne prøver, som vil være viktige grunnlagsdata i samarbeidet mellom brukere og diagnostisk klinikk.

Utarbeidelse av ”prisliste” for de mest aktuelle analysene (klinisk kjemisk) er påbegynt, mens tilsvarende liste over analysekostnader mikrobiologi forventes å påbegynnes om kort tid. Det arbeides med å få på plass bedre rapporteringsstruktur på klinikkens rekvireringspraksis løpende gjennom året.

Etablering av «økt kompetanse i front» forventes å medføre en mer presis bruk av diagnostiske ressurser. Dette må føre til stabilisering i bruken av tjenestene fra diagnostisk klinikk for øhjelp-pasientene. For å lykkes med dette bør det utarbeides mest mulig standardiserte diagnostiske pakker for de vanligste pasientgruppene som går gjennom akuttmottaket. Slike diagnostiske pakker må utarbeides i et samarbeid mellom de berørte klinikker/spesialiteter og diagnostisk klinikk. Videre må det utvikles en tydeligere ansvarliggjøring av de indremedisinske fagmiljøene i forhold til bruk av diagnostiske ressurser. Forpliktende avtaler om forbruksrater må inngås med de ansvarlige fagledere som driver dag-til dag styringen. Disse lederne må også få og ta økonomiansvar og ansvarliggjøres i forhold til bruk av diagnostiske tjenester.

I 2015 omfordeles 6 mill kr mellom rekvirerende klinikker og Diagnostisk klinikk som følge av at tidligere forutsetninger om nedtak i rekvirering av lab-/røntgentjenester ikke har blitt realisert. Dersom tiltak for mer presise bruk av diagnostiske ressurser ikke bidrar til stabilisering av 2014-nivået i 2015, vil ytterligere omfordeling av budsjetttramme bli vurdert.

### 6.4 Automatisering diagnostikk

Diagnostisk klinikk har igangsatt en prosess for utredning av full automasjon i sentrallaboratoriet (klinisk kjemiske analyser). Dette vurderes som det viktigste omstillingstiltaket for fremtidig effektivisering av laboratorietjenestene. Det teknologiske mulighetsrommet som automatisering forventes å gi forutsetter større investeringer for å

erstatte nåværende maskinpark og manuelle arbeidsprosesser med nye automatiske løsninger. Fordelen ved automatisering er standardiserte og forenklede prosesser med moderne diagnostikk og bruk av mindre ressurser. Arbeidet med kartlegging av muligheter og gevinstpotensial er igangsatt, og det vil i nær fremtid gjøres en intensjonsutlysning i markedet.

## 6.5 Gjestepasienter

Gjestepasientkostnadene for Nordlandssykehuset har vært økende de siste årene, og netto kostnader i 2013 var 125 mill kr (brutto 162 mill kr). Pr oktober 2014 har brutto kostnader økt med 20 mill kr sammenlignet med samme periode i 2013, herav utgjør prisøkning nærmere 5 mill kr. Det er nå igangsatt arbeid med å analysere foretakets pasientflyt ut av opptaksområdet, spesielt ut av regionen, for å se på potensialet for å behandle flere av disse pasientene i egen regi.

Gjennom systematisk gjennomgang av gjestepasientflyt ut av Nordlandssykehusets område søkes avdekket om det er spesifikke fagområder hvor flyten ut av foretaket ikke nødvendigvis kan forklares ut fra manglende tilbud i foretaket, og eventuelle tiltak for å tilby denne pasientgruppen behandling lokalt. I de tilfellene hvor enkelte kommuner i opptaksområdet har stor flyt ut av foretaket, vurderes det tiltak målrettet mot de aktuelle kommunene gjennom samhandlingsavdelingen.

Så langt ser vi at den største utgiften til gjestepasienter hvor NLSH HF har et eget og antatt likeverdig tjenestetilbud er innen protesekirurgi (knær og hofter). Her viser en foreløpig gjennomgang at det er et potensial for å "hente hjem" pasienter som i dag får behandling utenfor regionen som kan bidra til en reduksjon av gjestepasientkostnadene våre med 3-5 mill. Dette forutsetter imidlertid at ventetidene for disse pasientgruppene reduseres slik at vi reelt sett kan konkurrere med foretak i andre regioner. På kort sikt kan dette føre til at denne pasientgruppen må få kortere frister enn det prioriteringsveilederne tilsier dersom vi skal lykkes med å være pasientenes første valg. Videre må vi nå ta over ca 80 pasienter for ryggkirurgi fra UNN - som en følge av den vedtatte regionale funksjonsfordelingen. Den økonomiske gevinsten av dette er mindre enn 2 mill.

## 6.6 Logistikk

Moderniseringen av Nordlandssykehuset Bodø og endring i pasientflyt, fysiske forutsetninger og teknologiske løsninger nødvendiggjør etablering av en nye og mer effektive logistikk-løsninger. Gjennom mer effektiv utnyttelse av personell, sammenslåing av funksjoner og samarbeide på tvers, kombinert med ny teknologi, bør vi gjøres i stand til å ivareta de samlede logistikkutfordringer som ligger i utbyggingen av det nye sykehuset i Bodø mer effektivt enn i dag. Det etableres eget prosjekt som vil få mandat til å utforme forslag til ny logistikk-løsning i løpet av 2015.

## 6.7 Ambulanseplan

Ambulansetjenesten i Nordlandssykehuset har over flere år hatt et betydelig økonomisk merforbruk i forhold til budsjett, samt et høyt antall registrerte AML-brudd blant de ansatte.

Direktøren ba i 2013 om at det for den enkelte sone skulle gjennomføres en utredning av alternative løsninger for tilpasning av arbeidsplaner og personellbehov for å ivareta gjeldende krav til tjenesten, herunder beredskapsmessige krav, innenfor gitte økonomiske rammer, og som samtidig bidrar til betydelig reduksjon i antallet AML-brudd.

Den endelige analysen skal legges til grunn for revisjon av Nordlandssykehusets ambulanseplan.

Det har frem til høsten 2014 vært gjennomført omfattende aktivitetsanalyser innenfor de enkelte sonene i Nordlandssykehusets område, og innenfor enkelte soner er det utarbeidet alternative bemanningsplaner for bedre tilpasning av bemanning og aktivitet. Muligheten for driftsmessige tilpasninger, som både ivaretar hensynet til kvalitet og økonomi i tjenesten, synes imidlertid noe begrenset gitt rammeforutsetningene i dagens ambulanseplan.

Arbeidet med revisjon av ambulanseplan iverksettes i januar 2015 og planlegges gjennomført i løpet av 2015. En sentral premisse for ny ambulanseplan er at tjenestene skal leveres innenfor dagens økonomiske rammeforutsetninger og inntil eventuelle nye fullfinansierte myndighetskrav kommer vil ikke Nordlandssykehuset HF øke rammene for den prehospitaltjenesten. Dette betyr i praksis at tjenesten må foreta justeringer i organisering og drift som bringer virksomheten innenfor budsjettforutsetningene. Herunder kan reduksjon i antallet ambulansestasjoner bli aktuelt.

## **6.8 Pasientreiser**

Kostnadene til pasientreiser utgjør om lag 180 mill kr i 2014, hvorav ca 80 mill kr gjelder pasientreiser med drosje og ca 80 mill kr pasientreiser med fly. Hovedandelen av flyreiser gjelder reiser over Vestfjorden, mellom sykehusene i Lofoten, Vesterålen og Bodø. Det har vært en betydelig vekst i pasientreisekostnadene fra 2013, og dette har sammenheng både med økning i antallet reiser (særlig over Vestfjorden) og økt pris pr reise. Kostnadene til pasientreiser påvirkes av mange forhold, og en stor del av disse kostnadene genereres av andre enn foretaket, for eksempel kommunenes interne logistikk for behandling av pasienter innenfor primærhelsetjenesten. Når det gjelder den andelen av kostnadene som foretaket selv genererer kan disse imidlertid til en viss grad styres gjennom endring i praksis, herunder justering av på hvilket tidspunkt pasientene kalles inn til time, hvor behandlingen gis (ambulering), praksis mht utstedelse av rekvisisjoner til pasient og ledsagere, og forhandling av avtaler med transportører.

I tiltaksplan for 2015 er det lagt til grunn besparelser knyttet til pasientreiser med til sammen 7 mill kr. Dette utgjør 4,4 % av kostnadene til drosje og fly i 2014. På lengre sikt legges til grunn at disse kostnadene kan reduseres ytterligere.

## **6.9 Innleie av personell**

Foretaket har i perioden fra 2010 lyktes med flere tiltak knyttet til reduksjon i innleie av helsepersonell, men ser nå ut til å ha stabilisert seg på om lag 60 mill kr årlig. Det forventes at arbeidet med aktivitetsstyrt ressursplanlegging skal bidra til å ta ned dette nivået ytterligere, men foretaket innfører i tillegg strengere retningslinjer bruk av innleie. For eksempel vil ikke avvikling av overlegepermisjoner være grunnlag for innleie av eksternt personell, men forutsettes håndtert gjennom planlagt bruk av øvrige legeressurser.

## **6.10 Oppsummering kapittel 6**

De tiltak som er beskrevet i kapittel 6.1-6.9 er samtlige vurdert som både relevante og realiserbare for foretaket, men er foreløpig ikke ferdig utredet og eller gevinstberegnet. Potensialet når det gjelder økonomiske effekter vurderes imidlertid å være stort, og tilstrekkelig for å bringe kostnadene i driften ned på et bærekraftig nivå. Dette understøttes også av de sammenligningstall som foreligger i SAMDATA-rapportene.

## **7. ALTERNATIV PLAN FOR KORTSIKTIG GEVINSTUTTAK**

Nordlandssykehusets oppdrag når det gjelder de økonomiske rammeforutsetningene i 2015 er et driftsmessig overskudd på 5 mill kr. Jamfør kapittel 5 og 6 er det samlede budsjettopplegget for 2015-2019 utarbeidet med utgangspunkt i de rammebetingelser og den bestilling foretaket er gitt gjennom plan for 2015-2022, med de forutsetninger som her er lagt til grunn for tjenestetilbudet til våre pasienter i langtidsperioden. Dette vil imidlertid ikke være tilstrekkelig for å løse den økonomiske utfordringen på kort sikt.

Dersom foretaket skal bringes i økonomisk balanse allerede i 2015 vil det bli nødvendig å gjennomføre mer kontroversielle tiltak.

Det foreligger foreløpig kun et arbeidsdokument over alternative tiltak som må iverksettes for å løse utfordringen på kort sikt. Disse har ikke vært gjenstand for nødvendig prosess i foretaket verken når det gjelder involvering av ansatte eller risikovurdert i forhold til konsekvenser for pasienter, tjenestetilbud og ansatte. Stipulerte gevinster er ikke korrigert for økte gjestepasientkostnader, sannsynlige rammereduksjoner eller økte pasientreisekostnader. Mange av disse tiltakene vil nok også bli ansett for å være kontroversielle og krevende å gjennomføre, og flere vil kreve særskilte vedtak av styret i Nordlandssykehuset, styret i Helse Nord RHF og/eller sentrale myndigheter. Tiltakene vurderes på sikt å medføre negative konsekvenser både for den fremtidige bærekraften i foretaket og tjenestetilbudet til våre pasienter. Tiltakene i dette kapitlet kan bare i begrenset grad sees i sammenheng med tiltaksplan i kapittel 5 og 6, da disse i mange tilfeller enten vil komme i konflikt med eller påvirke muligheten for gevinstrealisering av planen i tabell 2. Administrerende direktør er i dialog med eier for nærmere avklaring av hvorvidt slike eventuelle tiltak skal anskueliggjøres og drøftes i denne styresaken.

## **8. RISIKOVURDERING TILTAKSPLAN 2015**

Tiltakene som fremgår av tabell 2 i kapittel 5 vurderes i utgangspunktet som realiserbare ut fra risikovurderingene som er gjort underveis. Fargelegging av de ulike tiltak med grønt/gult/rødt er et uttrykk for behov for lederstøtte/oppfølgingsstøtte i realiseringen, og ikke uttrykk for sannsynlighet for realisering. Av den samlede tiltakspakken på 104 mill kr er i overkant av 60 % av tiltakene vurdert innenfor grønt område med høy sikkerhet for realisering da disse anses som godt gjennomarbeidet og forankret. 35 % av tiltakene vil ha behov for noe mer lederstøtte og oppfølging for å realisere gevinst i 2015, mens de siste 5 % av tiltakene vil ha behov for aktiv oppfølging fra klinikkledelsen.

Av de tiltak som så langt er redegjort for i tiltaksplan for 2015 er det så langt ikke avdekket negative konsekvenser for tjenestetilbud, kvalitet og pasientsikkerhet. I den grad nye tiltak får slike konsekvenser vil dette bli fremmet som sak for styret.

Tiltaksplanen forutsetter reduksjon i ressursforbruk tilsvarende om lag 100 årsverk. En vesentlig andel av reduksjonen knyttes til nedtak av overtid/vakansvakter og innleie gjennom bedre planlegging og tilpasning av personellressursene i forhold til aktivitet. Dette forventes å bedre forholdene for de ansatte gjennom bedre utjevning av arbeidsbelastningen gjennom arbeidsperioden.

Når det gjelder tiltak som omhandler reduksjon i faste årsverk vil de ansatte bli ivaretatt i tråd med foretakets retningslinjer for nedbemanning.

## 9. AKTIVITET

Statsbudsjettet legger opp til en aktivitetsvekst på nasjonalt nivå på opp mot 2,15 % fra anslått aktivitetsnivå for 2014, dette er inkludert 0,15 % aktivitetsvekst til fritt behandlingsvalg. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Regelen om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres.

For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF) legges det til rette for en vekst på om lag 1,6 % fra 2014 til 2015. Til fradrag kommer økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgntilbud. Dette er anslått å utgjøre om lag 0,8 % av pasientbehandling omfattet av ISF.

Departementet vil fra 2015 gå bort fra dagens system med streng aktivitetsstyring. Slik vil det bli lagt til rette for at sykehusene kan øke aktiviteten der det er kapasitet og økonomi til dette. Aktivitet utover budsjettet aktivitet vil utløse 50 % ISF-refusjon. Det skal samtidig stilles krav om økonomisk balanse og langsiktig økonomisk bærekraft.

### 9.1 Somatikk

Plantall for 2015 er justert noe opp fra 2014 innenfor de enkelte klinikker (HBEV og KIROT), og skal være realistiske ut fra planlagt drift og tiltaksplaner i 2015. Som det går frem av tabell 4 nedenfor planlegges en økning i somatisk aktivitet både i forhold til prognosen for 2014 og plan for 2014.

**Tabell 4: Planlagt DRG-aktivitet i 2015**

<b>Planlagt DRG aktivitet i 2015</b>				
<b>Totalt heldøgn, elektive pasienter, polikliniske dagpasienter og poliklinikk</b>				
	<b>Aktivitet 2013</b>	<b>Plan 2014</b>	<b>Prognose 2014</b>	<b>Plan 2015</b>
<b>Antall DRG-poeng</b>	34 433	35 294	34 042	35 442
<b>herav gjestepas</b>	357	266	382	266

Plantall 2015 for antall heldøgnopphold, poliklinisk dagbehandling og polikliniske konsultasjoner økes sammenlignet med plantall 2014 og justeres litt ned for innlagt dagbehandling. I forhold til aktiviteten 2014 betyr det at det forutsettes uendret aktivitetsnivå for heldøgnopphold og reduksjon i antall polikliniske konsultasjoner mens for innlagt dagbehandling og poliklinikk dag forventes en økning i antall opphold i 2015, jfr tabell 5 nedenfor.

**Tabell 5: Planlagte avdelingsopphold i 2015**

<b>Planlagte avdelingsopphold i 2015</b>				
	<b>Aktivitet 2013</b>	<b>Plan 2014</b>	<b>Prognose 2014</b>	<b>Plan 2015</b>
Heldøgn	25 231	25 023	25 254	25 262
Innlagt dag	7 565	8 816	7 060	8 490
Poliklinikk dag	10 508	11 318	10 479	11 347
poliklinikk	123 121	121 762	126 858	124 940

## 9.2 Psykiatri

Plantall for barne- og ungdomspsykiatri er justert noe i forhold til forventet aktivitet i 2014. Plantall for polikliniske konsultasjoner 2015 er omtrent på samme nivå som plantall for 2014, selv om prognosen for 2014 er noe lavere. Plantall liggedøgn BUPA er justert ned som følge av omlegging fra døgn til dag- og poliklinisk behandling. Ellers er det ikke store endringer innen barne- og ungdomspsykiatrien.

Tilsvarende er det for polikliniske konsultasjoner i voksenpsykiatrien. Det betyr en økning i konsultasjoner målt mot prognose for 2014.

Styret har i *styresak 104-2014 Moderniseringsprosjektet i Psykisk helse- og rusklinikken – status og videre utvikling* vedtatt å avvikle den ambulante virksomheten på Andenes fra 01.01.2015. I samme sak har styret bedt administrerende direktør om å komme tilbake med en utredning for hvordan Vesterålen DPS skal tilpasse seg budsjetttramme og kapasitetsutnyttelse av døgntilbudet.

**Tabell 6: Planlagt aktivitet psykiatri 2015**

	<b>Aktivitet 2013</b>	<b>Plan 2014</b>	<b>Prognose 2014</b>	<b>Plan 2015</b>
<b>BUP</b>				
Utskrivninger	130	118	103	118
Liggedøgn	3 343	3 100	3 132	2 900
Pol. konsultasjoner	24 668	26 570	22 333	26 570
<b>VOP</b>				
Utskrivninger	1 754	1 899	1 634	1 667
Liggedøgn	41 004	39 035	36 373	37 010
Pol. konsultasjoner	33 587	37 150	30 650	37 417

## 10. BEMANNING

Tiltaksplanen i kapittel 5 innebærer en reduksjon i samlet personellforbruk omregnet til om lag 100 årsverk i 2015. Herunder reduseres personellforbruket i stabsavdelingene med om lag 5 %. Personellforbruket i klinikkene reduseres med 2-3 % samlet.

Dersom den samlede omstillingsutfordringen på 200 mill kr skal håndteres utelukkende gjennom nedtak i personell, innebærer dette en reduksjon på minst 7 % av bemanningen, eller om lag 250 årsverk.

## 11. INVESTERINGER

Styret i Helse Nord RHF behandlet i styremøte, den 18. juni 2014 *styresak 78-2014 Plan 2015-2018, inkl. rullering av investeringsplan*. Av Helse Nord's samlede investeringsramme disponerer Nordlandssykehuset 590,10 mill kr i 2015.

**Tabell 7: Vedtatt investeringsramme i 2015**

<b>Investeringsramme NLSH 2015</b>	<b>(mill kr)</b>
Modernisering NSLH, Bodø fase 2-5	450,0
Modernisering NSLH, Vesterålen	82,0
Heliport/akuttheis	9,1
Tiltak i kreftplanen	9,0
MTU, ambulanser, rehab, KLP med mer	40,0
<b>Sum NLSH</b>	<b>590,1</b>

Investeringsrammen er i forbindelse med behandling av investeringsplan 2015-2018 økt med 9 mill kr. Økt investeringsramme er knyttet til nødvendige investeringer i forbindelse med tiltak i kreftplanen.

### **Byggeprosjektene**

Nordlandssykehuset har en ubrukt investeringsramme på om lag 57 mill ved utgangen av 2014 som følge av investeringsmidler fra tidligere år som er tildelt prosjekter, men som av ulike årsaker ikke benyttet. Av disse forventes det at 26 mill vil bli brukt i 2015 og kommer i tillegg til vedtatt ramme for 2015 på 590,10 mill kr. Foretaket planlegger investeringer for om lag 616,1 i 2015. Summen fordeler seg med 533 mill på utbyggingsavdelingen, hvorav 450 mill i Bodø og 82 mill i Vesterålen og resterende til andre investeringer.

### **Øvrige investeringer**

Investeringsrammen til styrets disposisjon er fastsatt til 40 mill kr i 2015. Disse midlene skal dekke behovet for investering og gjenanskaffelse av:

- Medisinteknisk og teknisk utstyr, IKT
- Ambulanser,
- Mindre ombygginger,
- Oppfølging av ulike pålegg (brann mv)
- Egenkapitalinnskudd KLP

Om lag 10 mill kr (25 %) av denne investeringsrammen er bundet til egenkapitalinnskudd i KLP.

## 12. LIKVIDITET

Likviditetsbudsjettet for 2015 fremgår av tabell 8 nedenfor. Nordlandssykehuset forventes å ha en inngående negativ likviditet eksklusive skattetrekskonto på om lag 361 mill kr i januar 2015. Ut fra de forutsetninger som er lagt til grunn for drift og investering i budsjett for 2015, fratrukket låneopptak til nye investeringer, vil likviditetsbehovet ved utgangen av året utgjøre om lag 348 mill kr. Det forutsetter at NLSH tar opp lån hos Helse Nord utover det som er bevilget som låneramme fra HOD.

Investeringene, som er nærmere beskrevet i avsnitt over, finansieres i hovedsak gjennom låneopptak på 347 mill. I tillegg kommer årets avskrivninger på 235 mill, som gir foretaket en styrket likviditet ved utgangen av 2015. For 2015 vil IB lån være 2 620 mill kr og UB 2 925 mill kr, forutsatt låneopptak på 347 mill i 2015.

Differansen mellom pensjonskostnad og – premie utgjør 85 mill kr for 2015, noe som på virker likviditeten positivt. Dette er et forhold som kan endre seg når siste aktuarberegning mottas, noe som kan resultere i endret likviditetsutfordring.

**Tabell 8: Likviditetsbudsjett 2015 (i 1000 kr)**

<b>Likviditetsbudsjett 2015 (mill kr)</b>	
<b>Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter</b>	
Budsjettert resultat	5
Ordinære avskrivninger	235
Diff pensjonskostnad/premie	85
Andre forhold (endr kortsiktig gjeld/fordringer) som påvirker likv.behold.	0
<b>Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter</b>	<b>325</b>
<b>Kontantstrøm fra investeringsaktiviteter</b>	
Ubrakte investeringsrammer 2002-2014 estimat	-57
Investeringsbudsjett 2015	-590
Estimat ubrukt investeringsramme pr 31.12.15	31
<b>Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter</b>	<b>-616</b>
<b>Kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter</b>	
Innbetaling ved opptak av ny langsiktig gjeld	347
Avdrag Lån	-43
<b>Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter</b>	<b>304</b>
<b>Netto endring i kontanter 01.01.2015-31.12.2015</b>	<b>13</b>
<b>IB 01.01.2015 estimat</b>	<b>-361</b>
<b>UB 31.12.2015</b>	<b>-348</b>
<b>Trekkramme</b>	<b>-550</b>
Estimat ubenyttet trekkramme	202



## 13. GENERELLE KRAV OG FORUTSETNINGER

### 13.1 Ansvar og fullmakter

Et grunnleggende prinsipp for fullmaktsstrukturen i Nordlandssykehuset er at det skal være sammenheng mellom ansvar og myndighet. Fullmaktshaver har som hovedregel fullmakt i kraft av sin stilling/funksjon og delegering av attestasjonsfullmakter til stedfortreder kan kun gjøres dersom stedfortreder ivaretar hele ansvarsområdet i lederens fravær. Det er videre ikke anledning til å delegerer deler av en fullmakt. Under personalområdet er det forutsatt at personalansvaret følger fullmakter for budsjett- og attestasjonsansvar. I begrepet personalansvar er det i denne sammenhengen referert til det daglige oppfølgingsansvaret på personalsiden, som nærmeste overordnede har i forhold til enkelte ansatte. Personalansvaret skal alltid følge stilling og kan ikke delegeres. I en stor og kompleks organisasjon, som et helseforetak er, vil det samlede personalansvaret bli ivaretatt på flere nivåer.

Det viser seg imidlertid at når det gjelder ledelse av leger i arbeid, er det ofte i praksis slik at legene i det daglige ledes av personell som kun utøver fagansvar, og ikke formelt økonomi og personalansvar. Dette innebærer at beslutninger om ressursbruk som fattes fra dag til dag (overtid, vakansvakter mv) fattes av andre enn de som har økonomi- og personalansvar, og variable kostnader påløper dermed uten direkte styring fra leder som innehar det formelle ansvaret.

For å etablere nødvendig kontroll og styring av ressursene er det avgjørende at de som leder leger i arbeid både innehar økonomi-, fag- og personalansvar. De klinikkene som pr i dag ikke har dette på plass må gjøre nødvendige tilpasninger i egen organisasjon, slik at det etableres tilfredsstillende ansvars- og myndighetslinjer i tråd med fullmaktsstruktur.

## 14. OPPFØLGING

For å sikre at de planlagte tiltakene implementeres som forutsatt og gir de forventede økonomiske gevinstene i henhold til tidsplanen, vil Nordlandssykehuset i 2015 implementere et nytt opplegg for virksomhetsstyring, basert på anerkjente rammeverk for mål- og resultatstyring.

Dette opplegget vil omfatte alle nivåer i organisasjonen og skal sikre sammenhengen mellom strategiske målsettinger og daglig handling på operasjonelt nivå. Ledere på alle nivåer vil i større grad holdes ansvarlig for og bli fulgt opp på resultatene innenfor sine ansvarsområder, både innenfor økonomi, kvalitet og pasientsikkerhet. Risikostyring er en integrert del av dette opplegget. Utviklingen i definerte måleparametere og risikobildet vil evalueres løpende på alle nivåer, slik at det ved avvik fra planene raskt kan iverksettes korrigerende tiltak.

Strukturert, faktabasert evaluering av avvik og framdrift på operasjonelt nivå skal bidra til å sikre kontinuerlig forbedring av prestasjon. På den måten skal den operative ledelsen sikre kontinuerlig forbedring av daglig drift og framdrift mot det strategiske målbildet, herunder ressurseffektiv drift og høy kvalitet og pasientsikkerhet. For å gjøre dette mulig, vil styringsinformasjonen forbedres, blant annet ved å utnytte mulighetene som ligger i datavarehuset SAS/LIS. Rapportene vil bli mer visuelle og framoverskuende, med fokus på prognoser, trender og tiltak.

Det vil også defineres en ny struktur for oppfølging på alle organisatoriske nivåer, herunder rutiner og handlingsplaner for håndtering av avvik. I oppfølgingsmøtene med klinikkene vil

det legges større vekt på utviklingen i kostnadsdrivere for å forebygge budsjettavvik før disse oppstår.

## 15. BUDSJETT 2015

I tabell 9 fremgår budsjett for Nordlandssykehuset HF for 2015 med resultatkrav på 5 mill kr.

**Tabell 9: Budsjett Nordlandssykehuset HF 2015**

Art(T)	Regnskap 2013	Vedtatt budsjett 2014	Justert budsjett 2014	Prognose 2014	Budsjett 2015
Basisramme	-2 734 593	-2 718 513	-2 715 133	-2 715 130	-2 941 783
Kvalitetsbasert finansiering	0	0	-17 183	-17 180	-16 520
ISF egne pasienter	-417 586	-619 671	-614 662	-598 000	-639 266
Kommunal medfinansiering	-164 182	-155 000	-155 000	-155 000	-155 000
<b>Samlet ordinær ISF inntekt</b>	<b>-581 768</b>	<b>-774 671</b>	<b>-769 662</b>	<b>-753 000</b>	<b>-794 266</b>
ISF av biologiske legemidler utenfor sykehus	-29 380	-30 504	-30 504	-37 000	-37 004
Gjestepasientinntekter	-13 135	-11 147	-11 147	-14 000	-11 447
Polikliniske inntekter	-86 527	-83 164	-85 664	-97 000	-88 112
Utskrivningsklare pasienter	-3 228	-3 000	-3 000	-5 000	-5 000
Raskere tilbake	-2 856	-5 205	-5 205	-3 500	-5 245
Andre øremerkede tilskudd	-6 520	0	0	-7 000	0
Andre inntekter	-132 013	-138 822	-140 491	-144 000	-148 378
<b>Driftsinntekter</b>	<b>-3 590 020</b>	<b>-3 765 026</b>	<b>-3 777 989</b>	<b>-3 792 810</b>	<b>-4 047 755</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	130 076	129 939	129 212	153 000	159 471
Kjøp av private helsetjenester	75 687	74 533	76 439	76 000	74 056
Varekostnader knyttet til aktivitet	364 891	360 043	362 355	391 000	391 440
Innleid arbeidskraft (fra firma)	41 927	25 507	24 248	50 000	24 723
Lønn til fast ansatte	1 608 544	1 750 323	1 712 779	1 650 000	1 678 725
Vikarer	118 863	99 485	100 332	156 000	101 721
Overtid og ekstrahjelp	90 488	103 592	105 430	94 000	107 329
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift av pensjon	372 567	384 480	402 786	402 780	498 178
Offentlige tilskudd og ref. vedr arbeidskraft	-115 410	-100 015	-101 075	-108 000	-101 310
Annen lønn	167 718	166 814	171 604	161 000	174 451
<b>Sum lønn og innleie</b>	<b>2 284 697</b>	<b>2 430 186</b>	<b>2 416 104</b>	<b>2 405 780</b>	<b>2 483 817</b>
Avskrivninger	143 522	159 207	159 449	159 440	235 787
Nedskrivninger	0	0	821	820	0
Andre driftskostnader	589 891	591 744	604 864	630 000	648 410
<b>Driftsutgifter</b>	<b>3 588 764</b>	<b>3 745 652</b>	<b>3 749 244</b>	<b>3 816 040</b>	<b>3 992 981</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>-1 256</b>	<b>-19 374</b>	<b>-28 745</b>	<b>23 230</b>	<b>-54 774</b>
Finansinntekter	-2 492	-1 529	-1 529	-2 000	-2 429
Finanskostnader	23 022	20 902	30 271	28 500	52 202
<b>Finansielle poster</b>	<b>20 530</b>	<b>19 373</b>	<b>28 742</b>	<b>26 500</b>	<b>49 773</b>
<b>Ordinært resultat</b>	<b>19 274</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>49 730</b>	<b>-5 000</b>

## VEDLEGG: Inntektsrammer – sak 116-2014 Helse NORD RHF

Basisramme 2015 (1000 kr)	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
<b>Sum vedtatt basisramme 2014</b>	<b>1 261 489</b>	<b>291 000</b>	<b>1 408 086</b>	<b>4 406 616</b>	<b>2 674 326</b>	<b>1 178 092</b>	<b>11 219 610</b>
Oppdatering nasjonal inntektsmodell		-33 000					-33 000
Forventet realvekst akkumulert 1,2 %		130 000					130 000
Samhandling/ø-hjelp			-990	-3 306	-1 940	-1 064	-7 300
Reserver og avslutning prosjekter RHF	-40 000	40 000					0
VAKe (engangsbevilgning 2014)		500		-500			0
Kvalitetsmidler til HF (engangsbevilgning 2014)	-3 528	12 003	-1 050	-2 460	-2 020	-2 945	0
Planlegging PET-senter (engangsbevilgning 2014)		6 000		-6 000			0
Utredning utvikling Helgelandssyk. (engangsbevilgning 2014)		2 000				-2 000	0
Samarbeidsprosj. e-læring i hjemmerespiratorbeh. (tom 2014)		250		-250			0
Pasientsikkerhet	2 550	-2 550					0
Styrking regionale kompetansesentre		-250		250			0
Prosjekter tiltak i RHF	20 000	-20 000					0
Kreftplanen		-10 800	540	5 940	3 780	540	0
Tuberkulose program		-1 000		660	340		0
Kompetanseheving DPS	1 000	-1 000					0
Plastikk kirurgi		-5 700		2 850	2 850		0
Diabetes	2 000	-2 000					0
HUD-plan		-3 000	450	900	450	1 200	0
ØNH-plan		-9 000	1 260	3 330	3 420	990	0
Geriatrici	2 000	-2 000					0
Habilitering	2 000	-2 000					0
Øye		-2 000		1 320	680		0
Somatisk rehabilitering	8 000	-8 000					0
Reuma	3 000	-3 000					0
Nasjonal IKT	8 000	-8 000					0
Regional koordinator helsefaglæringer		-500			500		0
Tilbakefør redusert ramme økt ISF (overgangsordning 2014)			-3 000	-13 000	10 000	6 000	0
Intensiv, opptrapping		-5 400			5 400		0
Prostatacentra							0
Kapitalkompensasjon Vesterålen		-10 000			10 000		0
Kapitalkompensasjon Bodø		-22 000			22 000		0
Oppdatering inntektsfordeling somatikk inkl innfasing 20 mill		-20 000	611	4 973	283	14 133	0
Oppdatering inntektsfordeling psykisk helse			-17 446	9 166	-13 240	21 520	0
Oppdatering inntektsfordeling TSB			2 175	-3 781	5 944	-4 339	0
Nytt Ambulansehelikopter Hålogaland	30 000	-30 000					0
FIKS oppdatert fordeling opplæring			343	-1 465	1 102	20	0
Barentssekretariat	921		-921				0
Familieambulatorium		-2 000			2 000		0
<b>Sum basisramme 2015, per juni 2014</b>	<b>1 297 432</b>	<b>278 553</b>	<b>1 390 059</b>	<b>4 405 243</b>	<b>2 725 875</b>	<b>1 212 147</b>	<b>11 309 310</b>

**VEDLEGG: Inntektsrammer – sak 116-2014 Helse NORD RHF, forts.**

Basisramme 2015 (1000 kr)	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Nasjonal inntektsmodell avvik fra forutsatt juni		26 246					26 246
Aktivitetsvekst, avvik fra forutsetning juni		40 100					40 100
Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform	-1 000	1 000	-9 199	-24 381	-15 075	-9 182	-57 837
Styrking basisramme			12 120	32 120	19 860	12 097	76 197
Pensjonskostnader		113 700	52 724	140 327	89 283	49 665	445 700
Pensjonskostnader avvik fra inntektsmodell		-34 000		34 000			0
Ø-hjelp kommuner, avvik fra forutsetning			561	2 168	1 236	635	4 600
Øhjelp kommunale legetakster			-127	-337	-209	-127	-800
Økt gebyr ved manglende oppmøte			-620	-1 644	-1 017	-619	-3 900
Drop out				2 060			2 060
Pet-takster endring				4 380			4 380
Prostataentre (i tillegg egen bevilgning nedenfor)				1 600	1 600		3 200
Kreftlegemidler - til ISF			-3 181	-8 431	-5 213	-3 175	-20 000
Tuberkuloseforebyggende arbeid		258					258
Kompetansenettverk sykehusplanlegging	200						200
SANKS - til kap. 732.78			-3 700				-3 700
Egenandeler - kompensasjon for manglende prisomregning			1 543	4 089	2 528	1 540	9 700
Rituell omskjæring		1 200					1 200
Vridning døgn/dag psykiatri			-1 008	-2 500	-2 000	-892	-6 400
FBV somatikk			382	1 012	626	381	2 400
FBV ph og rus			2 147	5 039	3 628	2 086	12 900
Tilbakeføring kategoriledere innkjøp	3 000		-480	-1 257	-786	-478	0
Tilbakeføring av forskningsfinansiering	3 000	-3 000					0
Lønns- og prisvekst	37 878	10 842	42 762	122 340	78 030	37 377	329 229
Styrking av kapitaltilskudd			2 310	8 433	5 806	2 029	18 579
Kvalitetsbasert finansiering		-5 000	547	2 516	1 159	778	0
Nytt Ambulansehelikopter Hålogaland	-3 000	-6 500					-9 500
Nytt Ambulansehelikopter Hålogaland		9 500					9 500
Kostnad per pasient (KPP)		-1 000	100	400	400	100	0
Kvalitetsmidler apotek 2015	3 528	-3 528					0
Kreftplanen		-9 400	849	4 610	3 158	783	0
Plastikk kirurgi		5 700		-2 850	-2 850		0
HUD-plan		3 000	-450	-900	-450	-1 200	0
ØNH-plan		9 000	-1 260	-3 330	-3 420	-990	0
Diabetes	-2 000	-2 000	596	1 158	1 650	596	0
Geriatrici	-2 000	2 000					0
Habilitering	-2 000	2 000					0
Somatisk rehabilitering	-8 000	8 000					0
Øye		2 000		-1 320	-680		0
Regional overvektskonsulent		-300			300		0
Diagnostisk enhet uavklarte tilstander		-1 200		1 200			0
Reuma	-3 000	3 000					0
Kompetanse nyfødt/intensiv		-500			500		0
Helseteam		-600		300	300		0
Helsesøster på Svalbard		-800		800			0
Prosjekt inkontinensomsorg i primærhelsetjenesten 2015-2017		-1 000		1 000			0
Samhandlingsportal	1 400	-1 400					0
Nasjonale registre (økt betaling)		-1 500		1 500			0
Nasjonale selskaper/tiltak	10 000	-10 000					0
Styrking HF		-10 000	1 591	4 215	2 606	1 588	0
Inntektsmodell somatikk oppdatering bruk av private			237	-4 804	1 088	3 480	0
Et friskere Nordland - samarbeidsprosjekt med	550	-550					0
Kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser		-925			925		0
Til disposisjon AD	1 500	-1 500					0
Informasjonsarbeid	1 000	-1 000					0
SKDE	2 000	-2 000					0
Miljøgiftsenter styrking		-1 000		1 000			0
KORSN		-250		250			0
Kvalitetsmidler overført fra 2014		-1 000		1 000			0
Funnke	-1 545	-725		2 270			0
Forskning	-34 000			30 000	4 000		0
<b>Sum vedtatt basisramme 2015</b>	<b>1 304 944</b>	<b>415 422</b>	<b>1 488 502</b>	<b>4 763 276</b>	<b>2 912 859</b>	<b>1 308 619</b>	<b>12 193 621</b>

**VEDLEGG: Inntektsrammer – sak 116-2014 Helse NORD RHF, forts.**

Øvrig ramme 2015	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Omlagging arbeidsgiveravgift	772			51 370	26 574		78 717
Sykestueprosjekt			9 100				9 100
Kvalitetsregistre - <i>estimat</i>	30 710						30 710
Prostata sentra (tidl ubrukte midler)				1 000	1 000		2 000
Transporttilbud psykisk syke	4 000						
Tilskudd til turnustjeneste - <i>estimat</i>	151		807	1 869	1 351	823	5 000
<b>SUM øvrig ramme 2015</b>	<b>35 633</b>		<b>9 907</b>	<b>54 239</b>	<b>28 925</b>	<b>823</b>	<b>125 527</b>

Kvalitetsbasert finansiering	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Vedtatt ramme 2015			7 802	35 886	16 520	11 089	71 297
<b>SUM</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>7 802</b>	<b>35 886</b>	<b>16 520</b>	<b>11 089</b>	<b>71 297</b>

Øremerket tilskudd 2015	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
NST				35 908			35 908
Senter for antibiotikaresistens (nasjonal tjeneste)				3 643			3 643
Nasjonal komp.tjeneste for barn og unge med	2 196						2 196
Nasjonal komp.tjeneste for inkontinens og bekkenbunnsyk.				2 196			2 196
Nasjonal kompetansetjeneste SANKS			3 700				3 700
Regionsentere for døvblinde	40 094			7 208			47 301
Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde				2 658			2 658
Ufordelt kompetansesentra		2 899					2 899
Forskning resultatbasert	39 574		1 576	40 962	3 388		85 500
<b>SUM øremerket 2015</b>	<b>81 864</b>	<b>2 899</b>	<b>5 276</b>	<b>92 574</b>	<b>3 388</b>	<b>-</b>	<b>186 000</b>