



Styresak 126-2015 Budsjett 2016

Saksbehandler:

Gro Ankill, Beate Sørslett, Marit Barosen

Saksnr.:

2012/778

Dato:

08.12.2015

Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg: Utredning Budsjett 2016

Ikke trykt vedlegg:

Styresak 37-2014 *Rullering av plan for drift og investering 2016-2023*

Styresak 81-2015 *Plan for omstilling og driftstilpasning 2016-2019*

Styresak 96-2015 *Budsjett 2016 – Status i budsjettarbeidet og oppdatert bærekraftsanalyse*

Styresak 64-2015 *Plan 2015-2018, inkl rullering av investeringsplan i Helse Nord*

Styresak 110-2015 *Budsjett 2016 foretaksgruppen – rammer og føringer i Helse Nord*

Innledning

Styret inviteres i denne til å fatte vedtak om budsjett 2016 med premisser for drift og investeringer.

Premissene for budsjettarbeidet er lagt av Helse Nord gjennom styresakene 64-2015 *Plan 2016-2019, inkl rullering av investeringsplan* og 110-2015 *Budsjett 2016 Foretaksgruppen - rammer og føringer*.

Styresak 110-2015 fra Helse Nord RHF legger de endelige rammene for budsjettåret 2016, og er grunnlag for budsjettforslaget som legges frem i denne saken.

I saksfremlegget nedenfor gis en oppsummering av de utfordringer vi står ovenfor i 2016 og de nærmeste årene, og hvordan disse foreslås løst. I vedlegget "Utredning budsjett 2016" redegjøres nærmere for grunnlag og vurderinger for budsjett 2016.

Oppsummering:

Bærekraft og omstillingsutfordring

Nordlandssykehusets netto omstillingsutfordring for 2016 er estimert til om lag 117 mill kr.

OMSTILLINGSUTFORDRING 2016	<i>I mill kr</i>
Budsjettavvik - årsprognose pr nov 2015	-5
Økt resultatkrav	-80
Endringer i inntektsmodell psykiatri og TSB	-20
Endringer i inntektsmodell somatikk	-2
Økte kostnader ibruktaking av nytt bygg	-5
Økte kostnader FIKS	-34
Økte renter	-2
Opphør midlertidige tiltak stab/støtte 2015	-35
Usikkerhet	-10
Økte kostnader/trekk inntekter	-187
Kapitalkompensasjon	11
Reduserte avskrivninger	18
Omstillingsbevilgning	30
Reduksjon husleie	2
Styrking HF	14
Økte inntekter/reduerte kostnader	75
Omstillingsutfordring 2016	-117

Det er ved beregning av omstillingsutfordringen tatt utgangspunkt i et forventet negativt avvik på 5 mill i 2015 i forhold til styringsmål. Dette tilsvarer årsprognosen slik den er estimert ved utgangen av oktober måned. Foretaket påføres nye kjente utfordringer på om lag 187 mill kr i 2016, der økt resultatkrav, økte kostnader FIKS og negative effekter av inntektsfordelingsmodellene for psykisk helse og rus og TSB utgjør den mest vesentlige utfordringen med til sammen 134 mill kr. I overkant av 70 mill kr av utfordringen dekkes gjennom økt kapitalkompensasjon knyttet til nye bygg, reduksjon i avskrivninger fra åpningsbalansen, omstillingsbevilgning fra Helse Nord RHF og generell styrking (realvekst). Netto omstillingsutfordring utgjør da om lag 117 mill kr. Resultatkrav for 2016 er 5 mill kr i overskudd.

Den samlede omstillingsutfordringen i 2016 innebærer et effektiviseringskrav på 3 % av brutto budsjett for virksomheten. Som følge av ferdigstillelse av siste del av byggprosjektet i Bodø, vil effektiviseringskravet øke til 150-170 mill kr, dvs om lag 4 %, 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.

Tidligere erfaring viser at det i arbeidet med driftstilpasning er nødvendig å utarbeide tiltaksplaner med potensiale ut over behov for kostnadsreduksjon i det aktuelle budsjettår. Dette både for å ta høyde for at det kan oppstå forsinkelser i forhold til planlagt realisering av effekt, at det kan inntreffe forhold som gjør at tiltaket ikke kan gjennomføres som planlagt, eller at tiltaket bør justeres/erstattes med andre tiltak av hensyn til virksomheten forøvrig. For å ta høyde for forventede forsinkelser i gevinstrealiseringen, samt for å imøtekomme også fremtidige behov for omstilling frem mot 2019, har direktøren stilt krav til virksomheten om utarbeidelse av tiltaksplaner ut over omstillingsutfordringen i 2016. Det er derfor lagt til grunn en målsetning om utarbeidelse av tiltaksplaner tilsvarende 150-170 mill kr i økonomisk gevinst fra og med 2016.

Nordlandssykehuset har i 2015 et brutto budsjett på 4,1 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 vil være økende, samtidig med at mulighetsrommet for omstilling begrenses som følge av at kapitalkostnader vil utgjøre en større del av budsjettet.

Omstillingsarbeidet

I forbindelse med innflytting og ibruktaking av ny K-fløy i Bodø høsten 2014, ble det gjennomført en omfattende budsjettprosess som var nært koblet opp til Utviklingsprogrammet Nye Nordlandssykehuset og pasientforløpsarbeidet. Det ble valgt en bred tilnærming i budsjettarbeidet, med forutsetning om effektiviseringstiltak innenfor samtlige klinikker og stabsavdelinger og deltakelse fra ulike organisatoriske nivåer. Foretaket benyttet ekstern bistand i dette arbeidet. I denne prosessen ble det generert hypoteser og utredet realiserbarhet for tiltak både innenfor de enkelte klinikker og avdelinger, og for virksomheten som helhet. Arbeidet resulterte i en tiltaksplan med estimert effekt på 120 mill kr i 2015.

Ved utgangen av oktober er forventet realiseringsgrad for tiltaksplan i 2015 estimert til mellom 40 og 50 %. Dette er lavere enn tidligere år der realiseringsgrad har vært 70-80 %. Årsaken til lavere effekt enn forutsatt er delvis forsinket effekt på iverksatte tiltak, og delvis forsinkelse mht iverksetting. Forsinkelsene skyldes i stor grad at tilpasning av drift i nye bygg har tatt tid, og at flytting av deler av aktiviteten i nye lokaler medfører avstand og driftsutfordringer i forhold til den delen av virksomheten som fremdeles holder til i gamle og midlertidige lokaler. For å kompensere for redusert effekt av tiltak i 2015 er det innenfor stabs- og fellesområdene gjennomført ekstraordinære kostnadsreducerende tiltak, herunder begrensninger i vedlikehold bygg mv. Ved beregning av omstillingsutfordring for 2016 er det lagt til grunn at ekstraordinære tiltak fra 2015 bare i begrenset grad kan videreføres.

Tiltaksarbeidet for 2016 er i stor grad basert på arbeidet som ble gjort i budsjettprosessen høsten 2014, og en stor del av ikke-realisererte tiltak fra 2015 vil inngå i planen for 2016. Når det gjelder løsning av resterende del av utfordringen for 2016 har klinikkene i hovedtrekk fulgt tilsvarende metodikk i tilnærmingen som høsten 2015. Det er i samtlige klinikker gjennomført budsjettuker med deltakelse fra ulike fagmiljøer, og tillitsvalgte og vernetjeneste har vært invitert med i prosessen. Arbeidet har vært fulgt opp fortløpende gjennom høsten med 3-4 budsjettmøter med den enkelte klinikk og direktør.

Tiltaksplan 2016

Av det samlede omstillingsbehovet på om lag 150-170 mill kr er det så langt identifisert og utredet tiltak med økonomisk effekt på om lag 117 mill kr i 2016. Det er nærmere redegjort for tiltaksplanen fordelt pr klinikk og stab i tabell 2 i vedlegget. Hoveddelen av tiltakene omfatter reduksjon i personellforbruk og personellkostnader, og økning i aktivitet innenfor dagens kapasitet. Effektene av ny driftsmodell i ambulansetjenesten er et av enkelttiltakene som vil gi en vesentlig effektiviseringseffekt, i tillegg til forventet kvalitetsforbedring i tjenesten. Styrking av bemanningen innenfor operasjon forutsettes å gi økt kapasitet og forutsigbarhet knyttet til gjennomføring av operasjonsprogrammene, og dermed økt inntjening fra den operative virksomheten. Videre gir opptrapping av fagplaner innenfor flere områder grunnlag for økt aktivitet.

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. Ny K-fløy ble tatt i bruk høsten 2014, men ombyggingen av bygningene i H/N pågår og renovring av A/B-fløy står for tur. Innkjøringsutfordringer i nye bygg og negative effekter av pågående byggeaktiviteter har vært medvirkende til at plan for 2015 ikke er realisert ihht forutsetningene. Ettersom sykehuset fortsatt vil være i en byggeprosess frem til 2019 forventes

mange av dagens driftsutfordringer å vedvare enda i flere år. Det forutsettes likevel at det gjennom 2016 realiseres større effekter fra ibruktaking av K-fløya etter hvert som innkjøringsutfordringene løses.

Det gjenstår foreløpig en uløst omstillingsutfordring på om lag 50 mill kr for å justere kostnadsnivå ihht budsjettkravet i 2016.

Budsjettprosessen for 2015 og 2016 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. Dette prinsippet legges også til grunn for det videre arbeidet med løsning av restutfordringen i 2016.

Inntil restutfordringen finner løsning gjennom mer permanente tiltak vil administrerende direktør iverksette tiltak med besparelser på kort sikt, herunder stans i ansettelse og vedlikeholdsarbeid innenfor utvalgte områder.

Investeringer og likviditet

Helse Nord har satt av 504,1 mill kr til investeringer i Nordlandssykehuset i 2016.

Likviditeten i 2016 vil være tilstrekkelig forutsatt drift og investeringer som skissert i budsjettforslaget, samt låneopptak på 300 mill kr knyttet til byggeprosjektene.

Fagplaner

Nordlandssykehuset får i 2016 økte bevilgninger for realisering av større deler av regionale fagplaner innenfor øre-nese-hals, revmatologi, rehabilitering og plastisk kirurgi, og har lagt planer for styrking av disse områdene.

Det legges ikke opp til opptrapping innenfor Helse Nords vedtatte fagplaner ut over midlene som overføres gjennom basisrammen for 2016.

Risikovurdering og konsekvenser

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 117 mill kr er i overkant av 70 % av tiltakene vurdert innenfor grønt område med høy sikkerhet for realisering da disse anses som godt gjennomarbeidet og forankret. 26 % av tiltakene vil ha behov for noe mer lederstøtte og oppfølging for å realisere gevinst i 2016, mens de siste 4 % av tiltakene vil ha behov for aktiv oppfølging fra klinikkledelsen.

Av de tiltak som så langt er redegjort for i tiltaksplan for 2016 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 105 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.

Direktørens vurdering

Budsjettprosessen for 2016 har hatt som utgangspunkt å utrede og innarbeide løsninger som i tillegg til å møte kravene i oppdragsdokumentet også skal gi foretaket en fremtidsrettet og bærekraftig økonomi. Dette vil være avgjørende også i forhold til den videre fremdrift i byggearbeidene knyttet til fullføring av byggearbeidene i Bodø.

Av det samlede omstillingsbehovet på om lag 150-170 mill kr er det så langt identifisert og utredet tiltak med økonomisk effekt på om lag 117 mill kr i 2016. Disse anses som gjennomarbeidet og forankret i organisasjonen, men en del av tiltakene vil ha behov for fortløpende oppfølging fra klinikkledelsen for å sikre gevinstrealisering som forutsatt.

Inntil restutfordringen på om lag 50 mill kr løses gjennom mer permanente tiltak vil administrerende direktør iverksette tiltak med besparelser på kort sikt, herunder stans i ansettelser og vedlikeholdsarbeid innenfor utvalgte områder, slik at driften gjennom 2016 kan gjennomføres ihht økonomiske rammeforutsetninger.

Innstilling til vedtak:

1. Styret viser til tiltaksplanen i budsjettet slik den fremgår av utredningen i vedlegg 1 og vedtar denne som tiltaksplan for 2016. Styret ber om at denne suppleres med kostnadsreducerende tiltak slik at driften gjennomføres i tråd med de økonomiske rammeforutsetninger.
2. Styret forutsetter at oppfølging av vedtatte regionale handlingsplaner fullfinansieres.
3. 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.
4. Investeringsrammen på 504,1 mill kr fra Helse Nord disponeres slik:

• Modernisering Bodø, fase 2-5	400,0 mill kr
• Modernisering NLSH, G-fløy p50	45,0 mill kr
• Heliport/akuttheis, Bodø	9,1 mill kr
• MTU, ambulanser, rehab med mer	50,0 mill kr
5. Styret viser for øvrig til de overordnede prinsipper vedtatt av styret i Helse Nord i sak 110-2015 *Budsjett 2016 Foretaksgruppen – rammer og føringer*, og forutsetter at disse legges til grunn for drift og investering i Nordlandssykehuset i 2016.

Avstemming:

Vedtak:

VEDLEGG STYRESAK 126-2015

UTREDNING BUDSJETT 2016

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	6
2.3.2 Fritt behandlingsvalg.....	6
2.3.3 Oppdatering nasjonal inntektsmodell.....	6
2.3.4 Kvalitetsbasert finansiering (KBF)	6
2.3.5 Fagplaner	7
2.3.6 Pensjonskostnader	7
2.3.7 Øyeblikkelig hjelp i kommunene	7
2.3.8 Nye legemidler	7
2.3.9 Vridning fra døgn til dag innen psykisk helsevern for voksne	7
2.3.10 Innsatsstyrt finansiering og helsepersonell	8
2.3.11 Tvunget psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i Norge.....	8
2.3.12 Nukleærmedisin	8
2.4 Andre forslag til prioriteringer	8
2.4.1 Endring mva-sats fra 8 til 10 %	8
2.4.2 Etablering av overgrepsmottak.....	8
2.4.3 Ny spesialistutdanning/spesialiststruktur for leger	8
2.4.4 Sosialpediatere ved barnehus	8
2.4.5 Nødnett	8
2.4.6 Fristbrudd og ventetid	9
2.5 Andre forhold	9
2.5.1 Lønns- og prisjustering.....	9
2.5.2 ISF.....	9
2.5.3 Forskning.....	9
2.5.4 Nasjonale kompetansetjenester – Særskilt tilskudd	9
2.5.5 NST	9
2.5.6 Sykestuer	9

2.5.7	Transporttilbud psykisk syke	10
2.5.8	Tilskudd til ”raskere tilbake”	10
2.5.9	Rente.....	10
2.6	Videre prosess.....	10
3.	BÆREKRAFT OG OMSTILLINGSUTFORDRING 2015	10
4.	ANALYSER – AKTIVITET OG DRIFT	12
4.1	Analyser fra høsten 2014	12
4.2	Status høsten 2015	12
5.	TILTAKSARBEIDET OG TILTAKSPLAN 2016	13
5.1	Tiltaksplan pr klinikk.....	14
5.1.1	Akuttmedisinsk klinikk (AKUM)	15
5.1.2	Diagnostisk klinikk (DIAG).....	16
5.1.3	Hode bevegelse klinikken (HBEV).....	16
5.1.4	Kvinne Barn klinikken (KBARN).....	16
5.1.5	Kirurgisk ortopedisk klinikk (KIRORT).....	17
5.1.6	Medisinsk klinikk (MED)	17
5.1.7	Psykisk helse og rus klinikken (PHR).....	18
5.1.8	Prehospital klinikk (PREH).....	18
5.1.9	Senter for drift og eiendom	19
5.1.10	HR-avdelingen	19
5.1.11	Avdeling for Kvalitetssystemer, IKT og prosessstøtte (KIP)	19
5.1.12	Økonomiavdelingen	19
5.1.13	Avdeling for forskning og pasientsikkerhet (AFFP).....	20
5.2	Andre tiltak	20
5.2.1	Talegjenkjenning	20
5.2.2	Selvinnsjekk (IMATIS).....	21
5.2.3	Videomøter – Skype4b.....	21
5.2.4	Riksrevisjonens rapport – harmonisering av bemanning på sengeposter	22
5.2.5	Kompetanse i front	22
5.2.6	Gjennomgang av virksomheten.....	22
5.3	Fordeling av tiltak på kategori.....	23
5.4	Oppsummering av utredede tiltak 2016 og håndtering av restutfordring.....	23
6.	VIDERE OMSTILLING	24
6.1	Dimensjonering av virksomheten - SAMDATA.....	24
6.2	Aktivitetsstyrt ressursplanlegging	25
6.3	Nasjonal Helse- og Sykehusplan	25
6.4	Automatisering diagnostikk.....	26

6.5	Gjestepasienter.....	27
6.6	Logistikk.....	27
6.7	Ambulanseplan	27
6.8	Pasientreiser.....	28
6.9	Innleie av personell.....	28
6.10	Oppsummering	28
7.	RISIKOVURDERING TILTAKSPLAN 2016.....	29
8.	INVOLVERING	29
9.	AKTIVITET	29
9.1	Somatikk.....	29
9.2	Psykisk helse og rus.....	30
10.	BEMANNING	31
11.	INVESTERINGER	31
12.	LIKVIDITET	32
13.	GENERELLE KRAV OG FORUTSETNINGER	33
13.1	Ansvar og fullmakter	33
14.	OPPFØLGING	33
15.	BUDSJETT 2016	34
	VEDLEGG: Inntektsrammer – sak 110-2015 Helse Nord RHF.....	35

1. INNLEDNING

Styret fikk i sak 81-2015 *Plan for omstilling og driftstilpasning 2016-2019* redegjort for foretakets omstillingsutfordring for 2016 og plan for omstilling 2016-2019 med beskrivelse av de tiltaksområder som pr august var lagt til grunn for det videre tiltaksarbeidet. Videre har styret blitt orientert om status i budsjettarbeidet gjennom styresakene 96-2015 og 114-2015.

I styresak 96-2015 behandlet styret oppdatert bærekraftsanalyse for 2016-2023 ihht de endringer i rammebetingelser som følger av Helse Nords styresak 64-2015 Plan 2016-2019, samt øvrige spesifikasjoner fra Helse Nord RHF. Bærekraftsanalysen viste at omstillingsutfordringen vil variere noe utover i perioden, og at gjennomsnittlig omstillingsutfordring vil utgjøre 112-113 mill kr sammenlignet med driftsnivået i 2015. Dette er i tråd med tidligere analyser av resultatutvikling i langtidperioden.

Omstillingsutfordring for budsjettåret 2016 ble i styresak 81-2015 estimert til om lag 130 mill kr, ut fra en prognose på 20 mill kr i negativt budsjettavvik i 2015. Resultatutviklingen ut over høsten har vært positiv, slik at omstillingsutfordringen nå er redusert til om lag 117 mill kr.

Tidligere erfaring viser imidlertid at det i arbeidet med driftstilpasning er nødvendig å utarbeide tiltaksplaner med potensiale ut over behov for kostnadsreduksjon i det aktuelle budsjettår. Dette både for å ta høyde for at det kan oppstå forsinkelser i forhold til planlagt realisering av effekt, at det kan inntreffe forhold som gjør at tiltaket ikke kan gjennomføres som planlagt, eller at tiltaket bør justeres/erstattes med andre tiltak av hensyn til virksomheten forøvrig. For å ta høyde for forventede forsinkelser i gevinstrealiseringen, samt for å imøtekomme også fremtidige behov for omstilling frem mot 2019, har direktøren stilt krav til virksomheten om utarbeidelse av tiltaksplaner ut over omstillingsutfordringen i 2016. Det er derfor lagt til grunn en målsetning om utarbeidelse av tiltaksplaner tilsvarende 150-170 mill kr i økonomisk gevinst fra og med 2016.

I forbindelse med innflytting og ibruktaking av ny K-fløy i Bodø høsten 2014, ble det gjennomført en omfattende budsjettprosess som var nært koblet opp til Utviklingsprogrammet Nye Nordlandssykehuset og pasientforløpsarbeidet. Det ble valgt en bred tilnærming i budsjettarbeidet, med forutsetning om effektiviseringstiltak innenfor samtlige klinikker og stabsavdelinger og deltakelse fra ulike organisatoriske nivåer. Foretaket benyttet ekstern bistand i dette arbeidet. I denne prosessen ble det generert hypoteser og utredet realiserbarhet for tiltak både innenfor de enkelte klinikker og avdelinger, og for virksomheten som helhet. Arbeidet resulterte i en tiltaksplan med estimert effekt på 120 mill kr i 2015.

Ved utgangen av oktober er forventet realiseringsgrad for tiltaksplan i 2015 estimert til mellom 40 og 50 %. Dette er lavere enn tidligere år der realiseringsgrad har vært 70-80 %. Årsaken til lavere effekt enn forutsatt er delvis forsinket effekt på iverksatte tiltak, og delvis forsinkelse mht iverksetting. Forsinkelsene skyldes i stor grad at tilpasning av drift i nye bygg har tatt tid, og at flytting av deler av aktiviteten i nye lokaler medfører avstand og driftsutfordringer i forhold til den delen av virksomheten som fremdeles holder til i gamle og midlertidige lokaler. For å kompensere for redusert effekt av tiltak i 2015 er det innenfor stabs- og fellesområdene gjennomført ekstraordinære kostnadsreducerende tiltak, herunder begrensninger i vedlikehold bygg mv. Ved beregning av omstillingsutfordring for 2016 er det lagt til grunn at ekstraordinære tiltak fra 2015 bare i begrenset grad kan videreføres.

Tiltaksarbeidet for 2016 er i stor grad basert på arbeidet som ble gjort i budsjettprosessen høsten 2014, og en stor del av ikke-realisererte tiltak fra 2015 vil inngå i planen for 2016. Når

det gjelder løsning av resterende del av utfordringen for 2016 har klinikkene i hovedtrekk fulgt tilsvarende metodikk i tilnærmingen som høsten 2015. Det er i samtlige klinikker gjennomført budsjettuker med deltakelse fra ulike fagmiljøer, og tillitsvalgte og vernetjeneste har vært invitert med i prosessen. Arbeidet har vært fulgt opp fortløpende gjennom høsten med 3-4 budsjettmøter med den enkelte klinikk og direktør.

2. PREMISSE FRA EIER

Styret i Helse Nord RHF behandlet 28. oktober 2015 sak 110-2015 *Budsjett 2016 Foretaksgruppen - rammer og føringer*. Sammen med styresak 64-2015 *Plan 2016-2019, inkl rullering av investeringsplan* legger disse sakene føringer og premisser for 2016.

2.1 Aktivitet

Statsbudsjettet for 2016 legger til rette for vekst i pasientbehandlingen med 2,5 % på nasjonalt nivå. Fritt behandlingsvalg innføres fra 1. november 2015 innenfor psykisk helse og rusbehandling og utvides til somatikk i 2016. 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 gjennomføring av fagplanene
- Aktivitetsvekst skal være sterkere innen psykisk helsevern for voksne og TSB enn i somatisk virksomhet. Fristbrudd skal fjernes og ventetidene reduseres innen alle fagområder

Styret i Helse Nord RHF har disponert 20 mill kr til oppfølging av fagområdene psykisk helse og TSB. 2,5 mill kr av disse midlene er lagt til RHF til finansiering av traumekompetanse program, strategisk plan for psykisk helse og TSB, samt prosjektmidler for å utrede medikamentfrie tilbud i Helse Nord. Videre er 3 mill kr fordelt til helseforetakene for å styrke poliklinisk aktivitet innen TSB. Nasjonale tall viser at det er lav poliklinisk aktivitet i TSB i landsdelen sammenliknet med resten av landet. Aktiviteten er under 50 % av det nasjonale snittet. Resterende 14,5 mill kr er lagt til styret for senere disponering.

2.2 Økonomisk resultatkrav

Nordlandssykehusets resultatkrav for 2016 er et økonomisk overskudd på 5 mill kr. Eventuelle gevinster ved salg av anlegg ved helseforetaket vil ses i sammenheng med resultatoppnåelse.

Helse Nord RHF viser til budsjettbrev 2 av 08.07.2015 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 2016 gir Helse Nord i sum brutto om lag 114 mill kr mindre til disposisjon enn forutsatt i plan 2016-2019. Hovedårsaken til dette er nye oppgaver uten finansiering og lavere lønns- og prisvekst. Helse Nord har kompensert helseforetakene for nye oppgaver og forventet lønns- og prisvekst.

Den vedtatte inntektsramme (basisramme) for Nordlandssykehuset i 2016 utgjør 3,12 mrd kr, og dette innebærer en netto samlet vekst på 207,7 mill kr inkl lønns- og prisvekst fra vedtatt budsjett i 2015. Økt resultatkrav, økte investeringskostnader knyttet til FIKS og negativ effekt etter oppdatering av inntektsfordelingsmodellen i 2016 innebærer imidlertid netto reduksjon i disponible midler til drift, og klinikker og stabsavdelinger vil derfor få reduksjon i rammen med 67 mill kr sammenlignet med 2015 (før lønns- og prisvekst og særskilt styrking til finansiering av fagplaner).

2.3.1 Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform/styrking av ramme

Sektoren pålegges også i 2016 et effektiviseringskrav på 0,5 % av driftsutgiftene, og basisrammen til Helse Nord reduseres med 60,9 mill kr. ISF-pris og polikliniske refusjonstakster reduseres også med 0,5 %. Parallelt med reformen økes basisbevilgningen med 64,4 mill kr for å gi rom for bl.a. investeringer.

2.3.2 Fritt behandlingsvalg

Reformen fritt behandlingsvalg ble innført i november 2015, i hovedsak innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern. I 2016 økes bevilgningen med 12,9 mil kr (overheng fra 2015). I tillegg bevilges 7,2 mill kr til fritt behandlingsvalg innen somatikk. Reformen skal redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive.

Ressursene fordeles til helseforetakene basert på de respektive inntektsmodeller. Det er stor usikkerhet knyttet til omfang og økonomiske effekter av ordningen.

Nordlandssykehuset får i 2016 økt bevilgningene med henholdsvis 1,87 mill kroner til fritt behandlingsvalg somatikk og 3,97 mill kroner til fritt behandlingsvalg psykisk helsevern og rus.

2.3.3 Oppdatering nasjonal inntektsmodell

Helse Nord får samlet et trekk på 56,8 mill. kroner ved oppdatering av nasjonal inntektsmodell mot forutsatt -33 mill. kroner i sak 64-2015.

Etter oppdatering av den regionale inntektsfordelingsmodellen får Nordlandssykehuset trekk på 15,2 mill kr innenfor psykisk helse og 4,4 mill kr innenfor TSB. I tillegg kommer trekk ihht inntektsfordelingsmodell somatikk med 1,4 mill kr.

2.3.4 Kvalitetsbasert finansiering (KBF)

Kvalitetsbasert finansiering videreføres på samme nivå som i 2015. Helse Nord kommer noe bedre ut enn i 2015 (realvekst på 0,5 mill kr).

Den nasjonale modellen brukes internt i Helse Nord, med noen mindre tilpasninger som følge av at noen indikatorer kun finnes på regionnivå. Styret i Helse Nord tildelte i 2015 ytterligere 5 mill kr i tråd med resultatene innen kvalitetsbasert finansiering, og dette videreføres for 2016. Endringene i 2016 skyldes i stor grad relative endringer innenfor pasientopplevelser.

Nordlandssykehuset hadde gode resultater på flere av indikatorene som legges til grunn for fordeling i KBF, og får i 2016 økt sin ramme med 1,4 mill kr. Sammenlignet med 2015 er imidlertid veksten på hele 4,2 mill kr. Dette fordi foretaket i 2015 fikk trekk i rammen

knyttet til KBF som følge av resultatene av pasientopplevelses-undersøkelsen 2013 (PasOPP)(hvor Nordlandssykehuset scoret relativt lavt på punktene som omhandlet standard).

2.3.5 Fagplaner

Helse Nord øker bevilgningen til fagplaner med 33,1 mill kr i 2016, og dette er helårseffekt av tidligere bevilgninger. Nordlandssykehusets andel av midlene er 11,27 mill kr. Opptrapping innenfor de ulike fagområdene vil skje innenfor rammen av økt finansiering.

2.3.6 Pensjonskostnader

Helseforetakenes økte pensjonskostnader ble i sak 64-2015 kompensert med en samlet inntektsvekst på 150 mill. kroner. Bevilgningen inkluderer kompensasjon for økt betaling til Helse Nord IKT IKT som følge av endrede pensjonsparametre.

2.3.7 Øyeblikkelig hjelp i kommunene

Helse Nord RHF får redusert basisramme som følge av fullfinansiering av nye ø-hjelpsplasser i kommunene/takstendringer i kommune med 18 mill kr mer enn forutsatt i styresak 64-2015. RHF har valgt å håndtere dette sentralt.

2.3.8 Nye legemidler

Statsbudsjettet foreslår at finansieringsansvaret for følgende legemidler overføres spesialisthelsetjenesten:

- Veksthormoner
- Blodkoagulasjonsfaktorer
- Immunstimulerende legemidler
- Anemilegemidler
- Nye legemidler til behandling av hepatitt C

Bevilgningene øker med til sammen 150,6 mill kr som fordeles til helseforetakene i henhold til inntektsmodell for somatikk. Det er stor risiko knyttet til omfanget og kostnader knyttet til legemidlene, særlig legemidler til behandling av hepatitt C.

Nordlandssykehuset får økt bevilgningene med 19 mill kr for legemidler (eks hepatitt C) og med 20 mill kr for Hepatitt C. I grunnlaget for finansieringen fra Folketrygden er det tatt utgangspunkt i medikamentkostnad fordelt pr kommune. For flere av disse medikamentene, og særlig knyttet til Hepatitt C, er det erfaringsmessig ulikheter i forekomst mellom geografiske områder. Nordlandssykehuset har derfor anmodet om at finansieringen følger faktisk kostnad pr kommune og ikke inntektsfordelingsmodellen. Det er foreløpig usikkert i hvilken grad de faktiske kostnadene til disse medikamentene kompenseres i 2016.

2.3.9 Vridning fra døgn til dag innen psykisk helsevern for voksne

For å understøtte en vridning fra døgnbehandling til poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern, er Helse Nord's basisbevilgning redusert med 6,4 mill kr. Reduksjonen er videreført helseforetakene basert på inntektsmodellen for psykisk helse. Nordlandssykehusets andel av trekket utgjør 2 mill kr.

2.3.10 Innsatsstyrt finansiering og helsepersonell

Helse Nord RHF får redusert basisrammen med 22,1 mill. kroner som følge av at flere helsepersonellgrupper inkluderes i ISF for gitte fagområder. Dette omfatter fysioterapeuter, ergoterapeuter, kliniske ernæringsfysiologer og audiografer. Det forventes at økte ISF-inntekter kompenserer for trekket.

Rammereduksjon er fordelt helseforetakene basert på inntektsmodell for somatikk og Nordlandssykehusets andel av trekket utgjør 6,1 mill kr.

2.3.11 Tvinget psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i Norge

Spesialisthelsetjenesten får ansvar for å dekke utgifter til gjennomføring av dom på overføring til tvinget psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i Norge. Basisrammen økes med 1,6 mill kr og bevilgningen fordeles med 50 % til UNN HF og 50 % til NLSH HF.

2.3.12 Nukleærmedisin

Nukleærmedisinske undersøkelser inngår i den polikliniske finansieringsordningen for radiologi. Basisrammen økes med 4,6 mill. kroner i forbindelse med omlegging av finansiering av radiofarmakum (radioaktivt sporstoff som anvendes i undersøkelsen). Bevilgningen er fordelt mellom UNN HF og NLSH HF etter størrelse, og NLSHs andel er 1,6 mill kr.

2.4 Andre forslag til prioriteringer

Nye oppgaver som ikke er finansiert fra Helse og omsorgsdepartementet (HOD).

2.4.1 Endring mva-sats fra 8 til 10 %

Endringen medfører at særlig kostnader til pasientreiser og reiser for ansatte vil øke. Dette er anslått til ca 14 mill kr totalt for helseforetakene, og dette kompenseres i henhold til inntektsfordeling for pasientreiser. Nordlandssykehusets andel utgjør 4 mill kr.

2.4.2 Etablering av overgrepsmottak

Helseforetakene får ansvar for å sørge for at det finnes robuste overgrepsmottak i hvert foretak. Erfaring fra overgrepsmottak i Bodø er at dette koster i overkant av 2 mill. kroner. Hvert helseforetak kompenseres med 2,5 mill. kroner for å håndtere oppgaven.

2.4.3 Ny spesialistutdanning/spesialiststruktur for leger

UNN HF kompenseres med 1 mill kr for å ivareta oppgaven på vegne av Helse Nord.

2.4.4 Sosialpediatere ved barnehus

UNN HF og NLSH HF kompenseres 1,25 mill. kroner for å sørge for at det finnes sosialpediatere ved barnehusene i helseforetakene. Foretaket har ivaretatt denne oppgaven fra 2015.

2.4.5 Nødnett

Nasjonal innføring av nytt nødnett ferdigstilles i 2016. For Helse Nord betyr dette at store og

små kontrollrom (AMK, akuttmottak og legevaktsentraler) i NLSH HF, UNN HF og Finnmarkssykehuset HF skal gå i drift på nytt nødnett etter ferdigstilling av tekniske installasjoner og opplæring av instruktører og brukere. Helse Nord har også ansvaret for opplæring av kommunale brukere. Fra regionalt nødnett sitt budsjett for 2016 fordeles 8,7 mill kr til helseforetakene tilpasset de oppgaver som skal løses. Nordlandssykehusets andel utgjør 2,69 mill kr.

2.4.6 Fristbrudd og ventetid

Helse Nord RHF setter av 8 mill kr for å følge opp krav til reduksjon av fristbrudd og ventetid. Adm dir i Helse Nord vil komme tilbake med forslag til hvordan midlene skal disponeres.

2.5 Andre forhold

2.5.1 Lønns- og prisjustering

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

2.5.2 ISF

Enhetsprisen for antall DRG-poeng i oppdragsdokumentet er foreslått satt til 42 122 kroner, tilsvarende en underregulering av enhetsprisen med 0,6 pst. i 2016. Underregulering har sammenheng med økning i uttaket av avbyråkratisering- og effektiviseringsreformen, *jf Prop. 1 S Tillegg 1(2015–2016) (økt antall asylankomster)*.

Polikliniske takster innen psykisk helse og TSB justeres med 2,2 %. Takster innen laboratorie og røntgen justeres mindre enn prisvekst.

2.5.3 Forskning

Helse Nord har fått en reduksjon i forskningstildelingen, men denne er i hovedsak av teknisk karakter. Finansieringen av nasjonale prosjekter løftes ut fra rammene til regionene og finansieres direkte.

Prosjekter som tidligere har fått flerårige tilsagn legges til helseforetakenes inntektsrammer. Tilskudd til NLSH HF inkluderer 0,66 mill. kroner til somatisk forskningssenter. Nye bevilgninger vil som tidligere justeres i mars/april 2015. NLSH HF får deler av bevilgningen som økt basisramme og deler som øremerket tilskudd.

2.5.4 Nasjonale kompetansetjenester – Særskilt tilskudd

Bevilgninger til nasjonale kompetansetjenester i 2015 er prisjusteres med 2,7 % i 2016.

2.5.5 NST

Nasjonal kompetansetjeneste for telemedisin er foreslått avviklet fra 2016 og videreføres som et nasjonalt forskningssenter. 35,9 mill kr flytter kapittel i statsbudsjettet. Det er i tillegg bevilget 9,6 mill kr til UNN HF, som bidrag til finansiering av det nye forskningssenteret.

2.5.6 Sykestuer

Tilskudd til sykestuer i Finnmark videreføres (9,1 mill. kroner).

2.5.7 Transporttilbud psykisk syke

Tilskudd videreføres (4,1 mill. kroner).

2.5.8 Tilskudd til "raskere tilbake"

Ordningen videreføres i 2016, men rammene mellom regionene fordeles ikke i forslag til Statsbudsjett. Helse Nord RHF vil i dialog med helseforetakene fordele rammene fram mot desember.

For andre endringer som følge av forslag til statsbudsjett vises til RHF-styresak 110-2015

2.5.9 Rente

Helseforetakene er ifbm plan for 2016-2019 bedt om å legge til grunn en rente på 3,0 % for kassakreditt og 2,8 % for innskudd i 2016.

2.6 Videre prosess

Følgende videre frister gjelder:

9. desember 2015:

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 2016.

18. desember 2015:

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 2016 skal være innarbeidet i helseforetakets budsjettforslag og avtaler med HN IKT skal være inngått og signert før budsjettet vedtas i helseforetaket.

3. februar 2016:

Styret i Helse Nord vedtar konsolidert budsjett for foretaksgruppen

3. BÆREKRAFT OG OMSTILLINGSUTFORDRING 2015

Omstillingsutfordring for budsjettåret 2016 ble i styresak 81-2015 estimert til om lag 130 mill kr, ut fra en prognose på 20 mill kr i negativt budsjettavvik i 2015. Resultatutviklingen ut over høsten har vært positiv, slik at omstillingsutfordringen nå er redusert til om lag 117 mill kr.

Tidligere erfaring viser imidlertid at det i arbeidet med driftstilpasning er nødvendig å utarbeide tiltaksplaner med potensiale ut over behov for kostnadsreduksjon i det aktuelle budsjettår. Dette både for å ta høyde for at det kan oppstå forsinkelser i forhold til planlagt realisering av effekt, at det kan inntreffe forhold som gjør at tiltaket ikke kan gjennomføres som planlagt, eller at tiltaket bør justeres/erstattes med andre tiltak av hensyn til virksomheten forøvrig. For å ta høyde for forventede forsinkelser i gevinstrealiseringen, samt for å imøtekomme også fremtidige behov for omstilling frem mot 2019, har direktøren stilt krav til

virksomheten om utarbeidelse av tiltaksplaner ut over omstillingsutfordringen i 2016. Det er derfor lagt til grunn en målsetning om utarbeidelse av tiltaksplaner tilsvarende 150-170 mill kr i økonomisk gevinst fra og med 2016.

Estimert omstillingsutfordring for 2016 fremgår av tabell 1 nedenfor.

Tabell 1: Omstillingsutfordring 2016

OMSTILLINGSUTFORDRING 2016	<i>l mill kr</i>
Budsjettavvik - årsprognose pr nov 2015	-5
Økt resultatkrav	-80
Endringer i inntektsmodell psykiatri og TSB	-20
Endringer i inntektsmodell somatikk	-2
Økte kostnader ibruktaking av nytt bygg	-5
Økte kostnader FIKS	-34
Økte renter	-2
Opphør midlertidige tiltak stab/støtte 2015	-35
Usikkerhet	-10
Økte kostnader/trekk inntekter	-187
Kapitalkompensasjon	11
Reduserte avskrivninger	18
Omstillingsbevilgning	30
Reduksjon husleie	2
Styrking HF	14
Økte inntekter/reduerte kostnader	75
Omstillingsutfordring 2016	-117

Den samlede omstillingsutfordringen i 2016 innebærer et effektiviseringskrav på 3 % av brutto budsjett for virksomheten. Som følge av ferdigstilling av siste del av byggprosjektet i Bodø, vil effektiviseringskravet øke til 150-170 mill kr, dvs om lag 4 %, 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 2015 et brutto budsjett på 4,1 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 vil være økende, samtidig med at mulighetsrommet for omstilling begrenses som følge av at kapitalkostnader vil utgjøre en større del av budsjettet.

4. ANALYSER – AKTIVITET OG DRIFT

4.1 Analyser fra høsten 2014

Det ble gjennom Utviklingsprogrammet og budsjettprosessen høsten 2014 gjennomført analyser av aktivitet og drift for å understøtte arbeidet med nye pasientforløp, generering av gevinsthypoteser og potensialet ved foreslåtte effektiviseringstiltak. Detaljerte analyser av driften viste potensiale for å realisere besparelser gjennom mer effektiv drift og pasientlogistikk både ved poliklinikk, dagenheter, sengeposter og operasjonsstuer. For sengepostene fremkom en betydelig variasjon i gjennomsnittlig belegg, lav korrelasjon mellom bemanning og aktivitet og enkelte poster med svært høy overtids- og vikarforbruk.

Det ble også gjennomført analyser av bruk av poliklinikkene gjennom døgnet og fordelt på ukedag. Ved poliklinikkene var aktiviteten varierende utover dagen, og kurven viste 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 viste 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

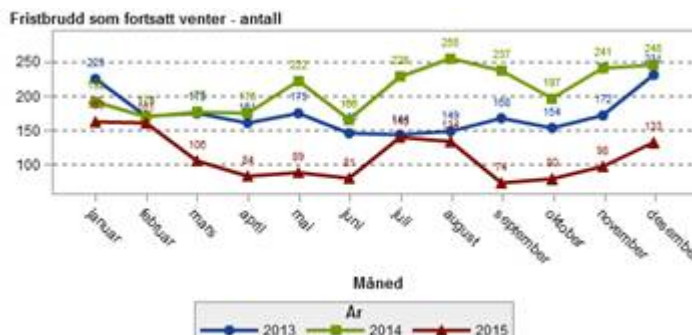
Kapasitetsutnyttelsen ved poliklinikkene høsten 2014 viste at det samlet sett var potensiale for å fjerne ventelister og de fleste fristbrudd, selv om det innenfor spesielle fagområder kan være ressursmessige utfordringer.

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

Ut fra de aktivitetsanalysene som er utarbeidet gjennom utviklingsprogrammet og budsjettprosessen ble 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.

4.2 Status høsten 2015

Foretaket har fortsatt utfordringer med fristbrudd og ventetider. Andel og antall fristbrudd har i første halvdel 2015 blitt stadig redusert. Ved gjennomgang av hvert enkelt fristbrudd så vi en betydelig grad av feilregistrering, pasienter som allerede hadde fått time var ikke registrert med ventetid-slutt dato. Reduksjonen i fristbrudd første halvdel 2015 skyldes både en økt bevissthet og rydding av ikke-reelle fristbrudd. Avvikling av sommerferie var ikke optimal, og andel/antall fristbrudd økte, men fra september fikk vi igjen redusert antallet pasienter med fristbrudd på venteliste slik at september hadde det laveste antall pasienter siste år.



Fra oktober har vi hatt flere problemer knyttet til registrering i DIPS og uttak av rapporter fra DIPS og virksomhetsportalen for å følge opp fristbrudd. Oppdateringer i DIPS som følge av endring i Pasient- og bruker rettighetsloven 1.november medførte bl.a at en del av de henvisningene som var mottatt og vurdert før 1.november ble feilaktig omgjort fra ”nei på rett til prioritert helsehjelp” til ”ja på rett til prioritert helsehjelp”. Det vil komme en retting i DIPS i midten av desember 2015 som vi håper vil fjerne problemene i DIPS som har oppstått etter 1.november.

Etter HOS trinn 2 har vi resten av november vært uten rapporter for å følge opp fristbrudd/truende fristbrudd, både i DIPS og i virksomhetsportalen. Ved gjennomgang av fristbrudd blant ventende ser vi igjen en høy andel feilregistreringer, noen av disse klarer vi ikke finne årsak bak, men nå når vi har tilgang til rapporter og virksomhetsportalen har oppryddingen startet.

Vi har prioritert å rette opp feilregistreringer på fristbrudd blant ventende, og har ikke brukt tid til å gjennomgå fristbrudd hos avviklede, noe som medfører at vi overrapporterer andel/antall fristbrudd blant avviklede.

Alle klinikkene har utover høsten innført 4-6 måneders planleggingshorisont, men implementeringen av dette har kommet lengre i enkelte klinikker og innenfor enkelte avdelinger. Innenfor somatikk er det kirurgisk ortopedisk klinikk som har kommet lengst, de har 6 mnd planleggingshorisont for både for leger og øvrig personell, GAT brukes som planleggingsverktøy og timebøkene på poliklinikkene er åpnet for minimum 6 mnd. For kirurgisk ortopedisk klinikk er antallet polikliniske konsultasjoner ved utgangen av oktober 2370 høyere enn plantallene og 1216 høyere enn samme periode i fjor, mens de øvrige somatiske klinikkene har en poliklinisk aktivitet lavere enn både plantall og aktivitet 2014. Vi forventer økt aktivitet når de øvrige klinikkene får implementert ARP på samme nivå som kirurgisk ortopedisk klinikk.

Innenfor området operasjon har det gjennom hele 2015 vært kapasitetsutfordringer på operasjonsstuen i K2 og K8, særlig som følge av mangel på operasjonssykepleiere, men også utfordringer som følge av flytting inn i nye lokaliteter. I tillegg har sykefraværet vært høyt. Utfordringene var størst 1. halvår, mens situasjonen har bedret seg noe ut over høsten. Det er særlig Kirurgisk ortopedisk klinikk som har opplevd aktivitetssvikt og påfølgende inntektssvikt, lengre ventetider og fristbrudd som følge av dette. Det har i løpet av høsten vært gjennomført et større arbeid knyttet til konkretisering av plantall og tilrettelegging for raskere gjennomføring av de kirurgiske pasientforløp. Dette planverket vil bli lagt til grunn for driftsåret 2016, og vil være en viktig forutsetning for økt aktivitet og inntektsvekst innenfor operative fag i 2016. Videre vil Akuttmedisinsk klinikk ved årsskiftet 2015/2016 tilsette 6 nyutdannede operasjonssykepleiere. Dette skal gi økt kapasitet og stabilitet i driften av operasjonsstuen i K2 og K8.

5. TILTAKSARBEIDET OG TILTAKSPLAN 2016

Klinikker og stabsavdelinger har gjennom høsten bearbeidet sine tiltaksplaner gjennom interne møter i egen organisasjon, og tiltaksplanene er gjennomgått og vurdert underveis i møter med direktør. Tiltakene som beskrives i dette kapittelet 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 2015. Tabellen viser tiltak pr klinikk med estimert effekt i 2016, forventet helårseffekt i 2017, og risikovurdering av tiltakene ut fra behov for lederstøtte/oppfølgingsstøtte ifbm realisering.

Tabell 2: Tiltaksplan pr klinikk 2015

Omstillingstiltak	Økonomisk helårseffekt 2016	Økonomisk effekt i 2017	Kostnadsreduksjon 2016		
Ressursplanlegging for leger	2 500	2 500	1 250	1 250	
Reduksjon ekstern innleie leger Lofoten/Vesterålen	1 450	1 450	1 450		
Effektiviseringsgevinster nytt bygg Vesterålen	2 025	2 050	2 025		
Endring organisasjonsplan	350	1 400	350		
Aktivitetsstyrt ressursplanlegging intensiv	1 150	1 150	950	200	
Sum Akuttmedisinsk klinikk (AKUM)	7 475	8 550	6 025	1 450	0
Ny D vitamin metodikk	3 200	3 200	3 200		
Ny analyse MMA	250	250	250		
Seegene - innføring av nye luftveispanel	1 200	1 200	1 200		
Ekstra poliklinikk kveld	250	250		250	
Sum Diagnostisk klinikk (DIAG)	4 900	4 900	4 650	250	0
Reduserte personellkostnader kliniske servicefunksjoner	1 450	1 450	1 000	450	
Reduksjon kostnader sengepost Bodø	1 000	1 000		500	500
Justering arbeidsplaner leger	1 500	1 500	500	500	500
Vakante stillinger	500	500	500		
Aktivitetsvekst fra 2015	2 300	2 300	500	1 000	800
Annet	2 250	2 250	600	800	850
Sum Hode Bevegelse klinikk (HBEV)	9 000	9 000	3 100	3 250	2 650
Arbeidsplaner og ferieavvikling	3 300	3 300	2 600	700	
Reduksjon personell, sambruk personell, ambulering	910	910	510	400	
Talegjenkjenning	720	720	720		
Fast ansettelse gynekolog Lofoten	600	600		600	
Overgang fra Remicade til Remcima	220	220	220		
Kodekontroll	1 200	1 200	700	500	
Sum Kvinne Barn klinikk klinikk (KBARN)	6 950	6 950	4 750	2 200	0
Økt aktivitet og kodeforbedring	6 000	6 000	3 000	3 000	
Aktivitetsstyrk ressursplanlegging	4 200	4 200	4 200		
Reduksjon innleie, etablering av LIS lege Vesterålen	2 200	2 200	1 200	1 000	
Helårseffekt sengetallsreduksjon	600	600	600		
Lavere kostnader operasjonsmateriell	1 900	1 900	1 900		
Lavere medikamentkostnader	600	600	600		
Annet	700	700	350	350	
Sum Kirurgisk ortopedisk klinikk (KIRORT)	16 200	16 200	11 850	4 350	0
Reduserte personellkostnader	12 500	12 500	5 700	6 000	800
Økt aktivitet	6 000	6 000	2 600	3 000	400
Reduserte medikamentkostnader og andre driftskostnader	5 500	5 500	3 300	2 000	200
Sum Medisinsk klinikk (MED)	24 000	24 000	11 600	11 000	1 400
Helårseffekt avvikling Straume	4 500	4 500	4 500		
Effektivisering og justering av drift DPSene Lofoten/Bodø	8 000	8 000	8 000		
Bemanningsreduksjon BUPA	4 000	4 000	4 000		
Ny organisering akuttpsykiatrisk avdeling	2 500	2 500	2 500		
Bemanningsreduksjon i spesialpsykiatrisk avdeling	2 000	2 000	2 000		
Sum Psykisk Helse og Rus klinikk (PHR)	21 000	21 000	21 000	0	0

Forts. tabell 2: Tiltaksplan pr klinikk 2015

Omstillingsiltak	Økonomisk helårseffekt 2016	Økonomisk effekt i 2017	Kostnadsreduksjon 2016		
Implementering ny Ambulanseplan	4 100	8 200	2 100	2 000	
Diverse andre tiltak ambulansene	1 300	1 300	1 000	300	
Reduserte kostnader innenfor akuttmottak/AMK/observasjonspost	1 500	1 500	750	750	
Reduserte personellkostnader portører	800	800	800		
Annet	1 300	1 300		1 300	
Sum Prehospital klinikk (PREH)	9 000	13 100	4 650	4 350	0
Helårseffekt ENØK	2 500	2 500	1 500	1 000	
Reduksjon personellkostnader driftservice	2 300	2 300	1 800	500	
Reduksjon driftskostnader bygg	1 000	1 000	1 000		
Reduksjon kjøp av tjenester	450	450		450	
Avvikling av midlertidig vaktordning	500	500	500		
Reduserte reisekostnader ved Lync bruk	200	200	200		
Reduksjon vedlikehold	3 400	3 400	1 700	1 700	
Annet	850	850		850	
Sum Senter for Drift og eiendom (D&E)	11 200	11 200	6 700	4 500	0
Reduksjon personellkostnader	2 100	2 100	2 100		
Reduskjon kostnader lederopplæring og spesialistutdanning	1 500	1 500	1 500		
Reduserte kostnader forsikring og annonsering	1 500	1 500	1 500		
Sum HR-avdelingen (HR)	5 100	5 100	5 100	0	0
Reduskjon personellkostnader prosjektstillinger	1 200	1 200	1 200		
Sum Avdeling for Kvalitet, IKT og Prosesstøtte (KIP)	1 200	1 200	1 200	0	0
Reduksjon personellkostnader	600	600	600		
Reduserte transaksjonskostnader pasientreiser	400	400	400		
Sum Økonomiavdelingen (ØKON)	1 000	1 000	1 000	0	0
Reduksjon personellressurser	500	500	500		
Sum Avdeling for forskning kvalitet og pasientsikkerhet (AFFP)	500	500	500	0	0
	117 525	122 700	82 125	31 350	4 050

5.1.1 Akuttmedisinsk klinikk (AKUM)

AKUM får budsjettreduksjon med 10,9 mill kr i 2016. Ut fra avviksprognose for 2015 er klinikkens samlede utfordring på om lag 17,5 mill. Klinikken vil få økte personellkostnader i 2016 som følge av ferdigutdannet personell innenfor operasjon/intensiv som settes inn i ordinær drift. Så langt har klinikken identifisert tiltak i størrelsesorden 8,6 mill kr i helårseffekt og 7,5 mill kr i delårseffekt i 2016. Tiltakene omfatter ressursplanlegging for leger (reduksjon av vakanstimer og gjennomgang av tjenesteplaner) med 2,5 mill kr, reduksjon i ekstern innleie av leger i Lofoten og Vesterålen med netto effekt 1,5 mill kr, effektivitetsgevinster i Vesterålen etter innflytting i nytt bygg 2 mill kr, diverse tiltak knyttet til aktivitetsstyrt ressursplanlegging oa 1,5 mill kr.

Restutfordring for 2016 utgjør om lag 10 mill kr ved utgangen av november 2015 (om lag 9 mill ved realisering av helårseffekter). Klinikken arbeider med konkretisering av tiltak og utarbeidelse av handlingsplaner for restutfordringen. Inntil disse tiltakene er konkretisert vil klinikken løse utfordringen gjennom stram økonomistyring/oppfølging drift som følger:

- månedlige oppfølgingsmøter med enhetsledere/avdelingsledere i AKUM der det stilles krav om leveranse i forhold til å oppnå budsjettmål.
- tett og forpliktende samarbeid mellom AKUM og de opererende klinikker
- gjennomføre vedtatte plantall i henhold til forutsetninger lagt til grunn

- gjennomføre månedlig møte i henhold til avtale mellom AKUM og opererende klinikker for gjennomgang av aktivitet opp mot plantall, DRG-inntekter. I møtene presenteres avvik i forhold til drift/reglement og avvik i forhold til budsjettmål/plantall
- overordnet operasjonskoordinator skal i samarbeid med driftssykepleiere og koordinator i K2 og K8 evaluere gjennomført operasjonsdag med henblikk på avvik fra plan og utarbeide forslag til forbedringer.

5.1.2 Diagnostisk klinikk (DIAG)

Diagnostisk klinikk har et netto omstillingskrav for 2016 på 4 millioner kr som følger av rammereduksjon. Klinikken vil løse utfordringen hovedsakelig ved innføring av ny metodikk for analysing av D-vitamin. Den nye metoden utløser en langt høyere takst enn dagens metode og selv om kostnadene øker så vil netto gevinst være ca. 3,2 millioner kroner. Klinikken skal i tillegg starte opp med nye luftveisanalyser (nytt analyseapparat, Seegeene) som gir en beregnet nettogevinst på ca. 1,2 millioner kroner etter at validering og innkjøring er gjennomført. Klinikken vil løse utfordringen for 2016.

5.1.3 Hodebevegelse klinikk (HBEV)

HBEV klinikken får budsjettreduksjon med 7,2 mill kr i 2016. Ut fra avvikspåprognose for 2015 er klinikkens samlede utfordring på nærmere 19 mill kr. Pr utgangen av november har klinikken utarbeidet en tiltaksplan på om lag 9 mill kr. Tiltaksplanen omfatter i hovedsak reduksjon i personellkostnader og økte inntekter. Personellkostnadene skal reduseres innenfor kliniske servicefunksjoner med 1,45 mill kr, sengepost i Bodø med 1 mill kr (tiltak fra 2015 vedr nedtak av 3 senger), justering av arbeidsplaner leger med 1,5 mill kr, vakante stillinger mv 0,5 mill kr. Aktivitet planlegges økt med 2,3 mill kr sammenlignet med prognosen for 2015. I tillegg forutsettes sparte reisekostnader som følge av at flere pasienter skal få sitt behandlingstilbud lokalt i Vesterålen. Videre skal målsetningene i fagplanene innenfor ØNH, rehabilitering og revmatologi legges til grunn for tiltaksarbeidet i klinikken. Restutfordring ved utgangen av november 2015 utgjør om lag 10 mill kr.

Klinikken arbeider med konkretisering av tiltak og utarbeidelse av handlingsplaner for restutfordringen.

Direktøren har igangsatt et arbeid knyttet til å se på alternativ organisering av øre-, nese-, hals, kjeve og hørsel, der det vurderes å samle disse innenfor foretakets kirurgiske akse. Dette for å samle fag som i sitt grunnpreg hører sammen, samt legge til rette for økt poliklinisk aktivitet og for øvrig bidra til oppnåelse av aktivitetsmål innenfor rammeforutsetningene.

5.1.4 Kvinne Barn klinikk (KBARN)

KBARN klinikken får budsjettreduksjon med 4,4 mill kr i 2016. Ut fra avvikspåprognose for 2015 er klinikkens samlede omstillingsutfordring på om lag 13,3 mill kr. Klinikken har så langt identifisert tiltak på om lag 7 mill kr som i det vesentlige omfatter reduksjon i personellressurser, hovedsakelig gjennom endring i arbeidsplaner. Videre planlegges det for sommerdrift i juli 2016 for fødestua på Gravdal. Dette innebærer at fødende med termin i juli vil bli henvist til Vesterålen eller Bodø. OSO ble orientert om dette i møte 3. desember. En andel av tiltakspakken er knyttet til bedre kodekvalitet, der effekter av bedre registreringsrutiner innført høsten 2015 forventes å gi helårseffekt i 2016. En stor andel av budsjettavviket i 2015 gjelder inntektssvikt, som i stor grad skyldes «sesongvariasjoner». Klinikken vil likevel opprettholde sine plantall i 2016, da det forventes at aktiviteten innenfor

områdene med inntektssvikt i 2015 vil utjevnes over tid. Det vil derfor ikke bli iverksatt særskilte dimensjonerings tiltak innenfor berørte fagområder på kort sikt. Klinikken har ved utgangen av november en restutfordring på om lag 2,8 mill kr.

5.1.5 Kirurgisk ortopedisk klinikk (KIRORT)

KIRORT klinikk får budsjettreduksjon med 9,3 mill kr i 2016. Ut fra avviksprognose for 2015 er klinikkens samlede omstillingsutfordring i 2016 på om lag 16 mill kr. Klinikken har pr utgangen av november identifisert tiltak på 16,2 mill kr. Tiltaksplanen omfatter økt aktivitet og kodeforbedring med om lag 6 mill kr, effekter fra videreføring av arbeidet med aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP) inkl justering av arbeidsplaner for leger med 4,2 mill kr og effekt ved reduksjon av innleie som følge av faste ansettelser med 2,2 mill kr. Resterende tiltak omfatter helårseffekt av sengetallsreduksjon, lavere kostnader til operasjonsmateriell som følge av nye anbud, lavere medikamentkostnader og helårseffekter av andre tiltak iverksatt i 2015. Klinikken vil løse utfordringen for 2016 forutsatt at kapasitet ved operasjonsstusene kan leveres ihht plan. Den økte bemanningen av operasjonssykepleiere i AKUM fra nyttår, samt en bedre og mer forpliktende plan for operasjonsprogrammene, forventes å forbedre samkjøring av ressursene mellom AKUM og KIRORT på en slik måte at pasientgjennomstrømmingen går raskere.

5.1.6 Medisinsk klinikk (MED)

MED klinikk får budsjettreduksjon med 14,5 mill kr i 2016. Ut fra avviksprognose for 2015 er klinikkens samlede omstillingsutfordring i 2016 på nærmere 39 mill kr. MED klinikk er klinikken med den største kronemessige omstillingsutfordringen for 2016. Bakgrunnen for dette er et betydelig budsjettavvik i driften i 2015, som ventes å gi for høy inngangsfart i 2016. Klinikken har pr utgangen av november identifisert tiltak på om lag 24 mill kr. Av dette er 12,5 mill kr knyttet til reduksjon i personellkostnader, herunder både reduksjon i stillinger og redusert bruk av overtid. Videre planlegger klinikken å øke inntektene med 6 mill kr hovedsakelig gjennom økt aktivitet. Øvrige tiltak omhandler i stor grad reduserte medikamentkostnader og andre driftskostnader. Restutfordring ved utgangen av november 2015 er om lag 15 mill kr.

Klinikken fikk på plass ny klinikkssjef i 2015, og det har i løpet våren ble det gjennomført et kartleggingsarbeid knyttet til den interne organiseringen av klinikken. I tillegg til den vanskelige økonomiske situasjonen har klinikken også over lang tid hatt utfordringer med lange ventelister og fristbrudd. Ut fra en totalvurdering av driftssituasjonen synes intern omorganisering å være avgjørende for å kunne gjennomføre nødvendig kursjustering. Klinikken har tilknyttet seg ekstern bistand for å se nærmere på analyse og re-design av prosesser og pasientlogistikk, utvikling av god pasient- og informasjonsflyt og utvikling av lederteam på avdelings-, seksjons- og enhetsnivå der pasientbehandlingen skjer. Dette arbeidet vil pågå frem mot sommeren 2016.

Det forventes ikke at hele klinikkens omstillingsutfordring vil være mulig å løse i 2016, men arbeidet tar utgangspunkt i at det i løpet av 2016 vil iverksettes tiltak som vil gi helårseffekter i tråd med rammeforutsetningene.

Tett oppfølging av tiltaksplanen vurderes som avgjørende for å sikre realisering av effekter som forutsatt. Klinikkleidelsen vil derfor øke innsatsen knyttet til økonomi-/ressursstyring og tiltaksoppfølging gjennom månedlige møter med den enkelte enhet.

5.1.7 Psykisk helse og rus klinikken (PHR)

PHR-klinikken får som følge av effektene fra inntektsfordelingsmodellene for psykisk helse og rus og TSB i Helse Nord, en budsjettreduksjon på 20 mill kr for 2016. Av dette løses 4,5 mill kr gjennom helårseffekter av avvikling Straume, 8 mill kr gjennom effektivisering og justering av drift ved DPSene i Bodø og Lofoten, 4 mill kr gjennom bemanningsreduksjoner innenfor BUPA, 2,5 mill kr som følge av ny organisering i akuttpsykiatrisk avdeling og resterende 2 mill kr gjennom bemanningsreduksjon i spesialpsykiatrisk avdeling. Salten DPS har fått et krav om å ta ned bemanningen på Allmennpsykiatrisk enhet B som er en femdøgnspost. En del av pasientene som i dag får tilbud her kan i stedet få sitt tilbud gjennom dag- og poliklinisk behandling. Allmennpsykiatrisk enhet B vil som følge av dette reduseres med 4 senger. Gjennom slik sengetallsreduksjon gis det rom for å flytte en behandler til poliklinikken, der vi pr i dag har de største utfordringene knyttet til kapasitet og fristbrudd. Overføring av en behandler/spesialist vil vi øke kapasiteten i poliklinikken tilstrekkelig for å unngå fristbrudd. Samlet forventes justeringene innenfor Allmennpsykiatrisk enhet B å øke den polikliniske kapasiteten med 1.500 konsultasjoner. Ved behov for flere senger vil allmennpsykiatrisk enhet i Vesterålen bli benyttet. Denne har pr. i dag en beleggsprosent på ca 55 %.

Klinikken planlegger økning i antall polikliniske konsultasjoner også innenfor andre områder. Flytting av personale til poliklinisk aktivitet, økt samarbeid mellom klinikkens ulike polikliniske virksomheter og god ressursstyring gjør at den samlede kapasiteten utnyttes bedre.

Det pågår i 2015 et arbeid i Helse Nord med revisjon av inntektsfordelingsmodellene for psykisk helse og rus, samt TSB, og konsekvensene av denne revisjonen ser så langt ut til å bli en vesentlig rammereduksjon for virksomheten i Nordlandssykehuset fom 2017. Klinikken har varslet at en rammereduksjon i denne størrelsesorden vil medføre ytterligere ressursnedtak som med stor sannsynlighet vil komme til å ramme tjenestetilbudene.

5.1.8 Prehospital klinikk (PREH)

PREH klinikk får budsjettreduksjon med 7 mill kr i 2016. Ut fra avvikspåprognose for 2015 er klinikkens samlede omstillingsutfordring i 2016 på nærmere 14 mill kr. Klinikken har over flere år hatt økonomiske utfordringer knyttet til driften, og særlig gjelder dette ambulansetjenesten. Klinikken startet våren 2015 opp arbeidet med revidert ambulanseplan, og forslag til revidert ambulanseplan fremlegges styret for behandling i desember 2015.

De forventede effektene av ny ambulanseplan er lagt til grunn som det viktigste tiltaket i budsjettåret 2016, med estimert helårseffekt på 8,2 mill kr. Resultatene fra denne revisjonen vil gi det viktigste bidraget i arbeidet med kostnadstilpasning for 2016, selv om helårseffekt ikke vil være mulig å oppnå innenfor 2016. Ny ambulanseplan skal fremlegges styret for behandling i møte 15. desember 2015, og implementering skal etter planen skje stegvis ut over våren 2016. I tillegg til direkte besparelser etter implementering av ny ambulanseplan vil klinikken spare ytterligere 1,3 mill kr gjennom andre tiltak i ambulansetjenesten, herunder vedlikeholdskostnader biler, materiell og bedre styring av læringeressursen. Videre vil klinikken redusere kostnader innenfor akuttmottak/AMK/observasjonspost med 1,5 mill kr blant annet gjennom å stenge noen observasjonssenger i helgene. I tillegg skal personellkostnadene innenfor portørtjenesten reduseres med 0,8 mill kr.

Klinikken har ved utgangen av november en restutfordring på om lag 5 mill kr. Inntil disse tiltakene er konkretisert vil klinikken løse utfordringen hovedsakelig gjennom streng kontroll med bruk av overtid. Opplæring og fagutvikling som ikke er lovpålagt utsettes til klinikken har implementert fag tid i turnus. Faglig utvikling i ambulansetjenesten baserer seg i stor utstrekning på bruk av overtid, og dette gir store merkostnader. Ny ambulanseplan vil legge til rette for bedre planlegging av den faglige utviklingen i tjenesten. Vikarbehov ved sykdom skal vurderes i hvert enkelt tilfelle. Klinikken vil fortsatt holde reisevirksomhet på et minimumsnivå. Videre følges reparasjons- og vedlikeholdsbehovet på ambulansebilene tett opp for å ha god kontroll på kostnadene. Klinikken jobber også med prosjekt Psyketransport som er et samarbeid mellom Prehospital klinikk, Psykisk helse og rus klinikken, politiet og ambulanseflytjenesten. Formålet er å redusere antall transporter med politifølge og derav reduserte kostnader.

5.1.9 Senter for drift og eiendom

Senter for drift og eiendom får redusert sitt budsjett med 11,2 mill kr i 2016. Omstillingsutfordringen vil delvis løses gjennom helårseffekt av tiltak iverksatt i 2015 med 2,5 mill kr (herunder ENØK), reduksjon i personellkostnader driftsservice 2,3 mill kr, reduksjon i driftskostnader bygg 1,0 mill kr, reduksjon kjøp av tjenester 0,45 mill kr, avvikling av midlertidig vaktordning 0,5 mill kr, reduserte reisekostnader gjennom bruk av Skype4business 0,2 mill kr. Resterende andel av utfordringen må tas som reduksjon i vedlikehold- 3, 4 mill kr. Tiltakene er fortsatt beheftet med usikkerhet og risiko, og denne risiko kan bare dekkes opp gjennom mindreforbruk på vedlikehold dersom man ikke finner andre relevante tiltak. Tiltaksplanen vurderes tilstrekkelig for å håndtere budsjettreduksjonen i 2016.

5.1.10 HR-avdelingen

HR-avdelingen får redusert sitt budsjett med 5,1 mill kr i 2016. Omstillingsutfordringen vil bli løst gjennom reduksjon i personellressurser med 2,1 mill kr, reduksjon i kostnader til lederopplæring og spesialistutdanning med 1,5 mill kr, samt reduserte kostnader til forsikringer og annonsering med 1,5 mill kr. Tiltaksplanen vurderes tilstrekkelig for å håndtere budsjettreduksjonen i 2016.

5.1.11 Avdeling for Kvalitetssystemer, IKT og prosesstøtte (KIP)

KIP får en budsjettreduksjon på 1,2 mill kr i 2016. Dette vil bli løst gjennom reduksjon i personellressurser, hovedsakelig opphør av midlertidige prosjektstillinger. Tiltaksplanen vurderes tilstrekkelig for å håndtere budsjettreduksjonen i 2016.

5.1.12 Økonomiavdelingen

Økonomiavdelingen får redusert sitt budsjett med 1 mill kr i 2015. Herav vil 0,6 mill kr løses gjennom reduksjon i personellressurser og 0,4 mill kr gjennom reduserte transaksjonskostnader knyttet til pasientreiser. Tiltaksplanen vurderes tilstrekkelig for å håndtere ordinære driftsoppgaver innenfor redusert budsjetttramme i 2016.

Den samlede omstillingsutfordringen for økonomiavdelingen er imidlertid ikke løst. Avdelingen har budsjettansvar også for pasientreiser, og dette området har pr utgangen av november 2015 en avviksprgnose som tilsvarer et merforbruk på om lag 10 mill kr inneværende år. Utfordringen er delvis knyttet til at klinikkens ambuleringsplaner for 2015

ikke er innfridd fullt ut, men også at kostnadene til den enkelte reise er økende. Tiltakene knyttet til bruk av drosje er i noen grad innfridd ved at antall drosjerekvisisjoner internt i kommunene er redusert, men effekten er ikke så stor som forventet. Tiltak knyttet til færre flyreiser er i noen grad innfridd, men ikke i det omfang vi forutsatte i budsjett 2015. Videre har også her kostnadsveksten vært større pr reise, slik at gevinsten ikke er så høy som forutsatt.

Foretaket har begrenset mulighet til å styre pasientreisekostnadene, ettersom disse kostnadene omfatter reiser til og fra all offentlig godkjent behandling, ikke bare pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten. Det har som del av tiltaksarbeidet i 2015 vært gjennomført informasjonsmøter både internt i avdelinger/enheter og med kommunene i Nordlandssykehusets område, for på denne måten å sikre at regelverket knyttet til pasientreiser er kjent, samt for å gi råd og veiledning om hvordan det kan tilrettelegges for god og kostnadseffektiv pasientlogistikk.

Det vises til kapittel 6.8 om pasientreiser som del av foretakets videre omstillingsarbeid.

5.1.13 Avdeling for forskning og pasientsikkerhet (AFFP)

AFFP får redusert sitt budsjett med 0,5 mill kr i 2016. Dette vil bli løst gjennom reduksjon i personellressurser, hovedsakelig opphør av midlertidige engasjementsstillinger. Tiltaksplanen vurderes tilstrekkelig for å håndtere budsjettreduksjonen i 2016.

5.2 Andre tiltak

I forbindelse med budsjettprosessen for 2015 ble det gjort vurdering av andre aktuelle områder for å oppnå ytterligere kostnadseffektivisering. Disse tiltakene ble estimert å kunne gi en besparelse på opp mot 20 – 25 millioner i perioden 2016-2018.

5.2.1 Talegjenkjenning

I løpet av høsten 2014 ble 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. Piloten ble evaluert desember 2014, hvor det ble identifisert betydelige gevinster i form av redusert utsendingstid av dokumenter, og frigjort tid for merkantile skriverressurser. På denne bakgrunn ble piloten utvidet til å omfatte flere leger i samme klinikk, og klinikken kan nå rapportere om 10-15 diktater til skrivning mot tidligere 400-600.

Planen er nå å utvide bruken av talegjenkjenning i flere klinikker. I januar 2016 starter vi implementering hos nevrologene i Hode-/bevegelsesklinikken. I perioden 2016-2017 planlegges utrulling av talegjenkjenning til store deler av Nordlandssykehuset. Imidlertid er det enkelte utfordringer knyttet til å få Helse Nord til å ta over drift og support av løsningen. Disse uklarheter må søkes løst før en ytterligere bredding kan gjennomføres.

Ledelsen ved Nordlandssykehuset har fortsatt stor tro på talegjenkjenning som et viktig tiltak for å imøtekomme krav til økonomi, effektivisering og pasientsikkerhet.

5.2.2 Selvinnsjekk (IMATIS)

I forbindelse med innflytting i ny behandlingsfløy (K-fløya) ble nytt system for selvinnsjekk til poliklinikker og dagbehandling innført. Systemet er i løpet av høsten 2015 også innført i Vesterålen og planlegges innført i Lofoten i 2016. I første omgang er det innsjekking av pasienter ved ankomst til sykehuset som håndteres av Imatis, men i løpet av 1. kvartal 2016 vil også betalingsautomater hvor pasientene betale egenandel bli tatt i bruk.

Selvinnsjekk har medført 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. Vi er fortsatt i en innkjøringsperiode, hvor både pasienter og ansatte skal lære seg å utnytte systemet fullt ut.

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. Effekter av selvinnsjekk vil bli sett i sammenheng med organisering av den merkantile tjenesten

5.2.3 Videomøter – Skype4b

Skype4b er en 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. Skype4b vil i løpet av 2015 være fullt uttrullet i virksomheten og har så langt både medført besparelser i reisekostnader og effektivisering av ressursbruken. Det forventes også at denne teknologien kan gi effekt i forhold til pasientbehandling. For å sikre at denne teknologien tas i bruk i pasientrettet virksomhet ble det i 2015 igangsatt et pilotprosjekt – Klinisk Lync (Skype). Prosjektet har som mål å lage retningslinjer for bruk av Skype i pasientforløp hvor dette er formålstjenlig, da både med tanke på økonomi og ikke minst i forhold til hva som er det beste for pasienten.

Løsningen har så langt gitt klare besparelser for de avdelinger som har tatt løsningen i bruk, og det forventes ytterligere besparelser når hele foretaket har tatt løsningen i bruk. I tillegg til direkte reduksjon i reisekostnader bidrar løsningen til redusert tid som medgår til møtevirksomhet, mer tilgjengelig internopplæring, samt økt og forbedret samhandling både innad i avdeling, på tvers av lokasjoner, mellom foretaket og Helse Nord. Det forventes at Klinisk Lync (Skype) skal bidra til den samme effekten i samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, behandler og pasient/pårørende. Skype4b ble implementert i foretaket i forbindelse med innflyttingen i nye K-fløy (november 2014) og er nå besluttet implementert for hele Helse Nord. Full implementering i hele RHF'et vil bidra til økt gevinst potensial og styrke mulighet for måloppnåelse.

Ut fra potensialet som er synliggjort gjennom kostnadsreduksjon knyttet til reiser i 2015, legges det til grunn at reisevirksomheten bør kunne reduseres ytterligere når løsningen er ferdig uttrullet. Dette gjelder både tjenestereiser og pasientreiser.

5.2.4 Riksrevisjonens rapport – harmonisering av bemanning på sengeposter

Det ble i løpet av høsten 2014 gjort analyser av aktivitet og bemanning på sengeposter som viste at det innenfor flere områder var lav korrelasjon mellom bemanning og aktivitet. Bedre tilpasning av aktivitet og bemanning, herunder justering av sengeantall ble estimert å ha et gevinstpotensial på om lag 6-7 mill kr.

Riksrevisjonen publiserte høsten 2015 en undersøkelse av styring av pleierressursene i helseforetakene, der det er gjort analyser av seks kategorier av somatiske sengeposter i perioden 2013 til januar 2015. 7 sengeposter i Nordlandssykehuset var med i undersøkelsen. For 3 av sengepostene ble det avdekket lav arbeidsproduktivitet, mens 3 av sengepostene kom i gruppen av sengeposter med høy arbeidsproduktivitet. Undersøkelsen viser at det er stor variasjon i bruken av pleieressurser både mellom helseforetak og internt i helseforetak. Direktøren har iverksatt et analysearbeid for å se nærmere om det finnes et potensiale for bedre utnyttelse av pleieressursene i Nordlandssykehuset.

5.2.5 Kompetanse i front

Vi har allerede identifisert ”kompetanse i front” som et område hvor vi både kan få kvalitetsmessige og økonomiske gevinster. Det er arbeidet videre med dette i 2015, spesielt hos Prehospital klinikk med tanke på pilotering i Bodø. Dette er pasientmottak hvor erfaren lege og akuttmottakssykepleier er pasientens første kontaktpunkt. Teamets initiale vurdering bestemmer pasientens prioritet og klinikktilhørighet, før egne mottaks-team ivaretar videre undersøkelse og behandling. Tidlig vurdering av erfaren lege vil bidra til raskere å avdekke alvorlig sykdom hos pasienter med annen kontaktårsak og raskere starte riktig diagnostikk /behandling. Tilstedeværelse av erfaren lege i akuttmottaket vil bidra til supervisjon av studenter, turnusleger og sykepleiere og bedre pasientflyten gjennom akuttmottaket. For å gjennomføre tiltaket innenfor dagens bemanning må dagens vaktstruktur vurderes, dette arbeidet gjenstår.

Innføring av «Kompetanse i front» med et mere effektivt pasientmottak, er på sikt forventet å gi en klar kostnadsreduksjon for sykehuset.

5.2.6 Gjennomgang av virksomheten

Etter innflytting og ibruktaking av de nye sykehusbyggene 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 nye lokaliteter 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 i henhold til planen

5.3 Fordeling av tiltak på kategori

Tiltaksplanen i tabell 2, og som summerer seg opp til 117 mill kr, fordeler seg med ca 62 % på lønn/personell, 17 % 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 105 årsverk. Endelig fordeling mellom faste og variable årsverk er foreløpig ikke konkretisert.

5.4 Oppsummering av utredede tiltak 2016 og håndtering av restutfordring

Av det samlede omstillingsbehovet på om lag 150-170 mill kr er det foreløpig utredet tiltak med økonomisk effekt på om lag 117 mill kr i 2016. Det gjenstår da en uløst omstillingsutfordring på om lag 50 mill kr for å justere kostnadsnivå ihht budsjettkravet i 2016.

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. Ny K-fløy ble tatt i bruk høsten 2014, men ombyggingen av bygningene i H/N pågår og renovering av A/B-fløy står for tur.

Innkjøringsutfordringer i nye bygg og negative effekter av pågående byggeaktiviteter er medvirkende til at plan for 2015 ikke er realisert ihht forutsetningene. Etersom sykehuset fortsatt vil være i en byggeprosess frem til 2019 forventes mange av dagens driftsutfordringer å vedvare enda i flere år. Nordlandssykehuset fikk i 2015 innvilget 80 mill kr i omstillingsstøtte for å tilrettelegge for en omstillingspakke basert på langsiktige løsninger. I 2016 er omstillingsstøtten redusert til 30 mill kr. Dette innebærer en forutsetning om at det i 2016 realiseres en større effekt fra ibruktaking av K-fløya.

Budsjettprosessen for 2015 og 2016 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. Dette prinsippet legges også til grunn for det videre arbeidet med løsning av restutfordringen i 2016.

Inntil restutfordringen finner løsning gjennom mer permanente tiltak vil administrerende direktør iverksette tiltak med besparelser på kort sikt, herunder stans i ansettelser og vedlikeholdsarbeid innenfor utvalgte områder.

I det videre arbeidet med langsiktig omstilling vil videre utredning og konkretisering av tiltak beskrevet i kapittel 6 være sentralt.

6. VIDERE OMSTILLING

Som det fremgår av kapittel 5 er det så langt identifisert tiltak for kostnadsreduksjoner/ inntektsvekst opp til 67 mill kr jamfør tabell 2. Gjenstående omstillingsutfordring utgjør for 2016 om lag 50 mill kr. Jamfør bærekraftsanalysen 2016-2023 må foretaket, som følge av økte kapitalkostnader knyttet til bygg og IKT-investeringer i årene 2016-2018, gjennomføre ytterligere effektiviseringstiltak på rundt 40 mill kr frem mot 2018.

Følgende områder har fokus i fortsettelsen av omstillingsarbeidet:

6.1 Dimensjonering av virksomheten - SAMDATA

SAMDATA-rapportene (årlig rapport om utviklingen i ressursinnsats til spesialisthelsetjenesten) har over år vist 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 bekreftes også av resultatene fra SAMDATA 2014.

Innenfor somatikk hadde Nordlandssykehuset i 2014 en kostnad pr DRG på 17,3 % over landsgjennomsnittet, kostnad pr liggedøgn på 5,4 % over landsgjennomsnittet, antall årsverk pr 1000 innbyggere 15,7 % over landsgjennomsnittet og leger pr seng 2,9 % over landsgjennomsnittet. Når det gjelder sykepleiere pr seng ligger foretaket omtrent på landsgjennomsnittet, men høyest i Helse Nord.

Også innenfor psykisk helsevern (PHV) kommer Nordlandssykehuset negativt ut i SAMDATA 2014. Antall årsverk PHV pr 10.000 innbygger er 21,7 % over landsgjennomsnittet, VOP har kostnader pr oppholdsdøgn på 18 % over landsgjennomsnittet og kostnader pr poliklinisk pasient på 14,9 % over landsgjennomsnittet. Videre ligger VOP 33 % under landsgjennomsnittet når det gjelder polikliniske konsultasjoner pr fagarårsverk og 13,2 % over landsgjennomsnittet når det gjelder behandlerårsverk pr belagte døgnplass. Psykisk helsevern for voksne har 12,9 % flere årsverk pr 10.000 innbyggere (18 år og eldre) enn landsgjennomsnittet. Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien ligger Nordlandssykehuset hele 61,5 % over landsgjennomsnittet i årsverk pr 10.000 innbyggere (0-17 år).

Reduksjon i personellforbruk har vært et sentralt tema i arbeidet med driftstilpasning både i 2014 og 2015. En vesentlig del (62 %) av tiltaksplanen for 2016 omfatter personellreduksjon, både i form av redusert overtidsforbruk, redusert UTA (leger) og reduksjon i stillinger. SAMDATA 2014 viser at det fremdeles er til dels stort potensiale for tilpasning av ressursbruk, delvis gjennom økning av aktivitet pr personellressurs og delvis gjennom reduksjon av personellressurs pr behandlet pasient. Materialet fra SAMDATA og resultatene fra riksrevisjonens rapport om bruken av pleieressurser vil bli lagt til grunn for det videre omstillingsarbeidet.

Redusert personellforbruk vil også være et sentralt virkemiddel som følge av at det per i dag er stor personellmangel innenfor flere områder ved Nordlandssykehuset. Dette 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.

6.2 Aktivitetsstyrt ressursplanlegging

Aktivitetsstyrt ressursplanlegging er lagt til grunn som et av de viktigste verktøy 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) med formål å utvikle/videreutvikle prinsipper, metoder og verktøy til bruk i prosessen knyttet til aktivitetsstyrt ressursplanlegging i Nordlandssykehuset HF. 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.

En av de største utfordringene for implementeringen av ARP i Nordlandssykehuset har vært at planleggingshorisonten innenfor flere fagområder har vært for 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. Styret vedtok i styremøte i april 2015, sak 45-2015 *Driftsrapport mars 2015*, at arbeidsplanene for alle yrkesgrupper ved Nordlandssykehuset senest innen 1.9.2015 skulle utarbeides med 4 måneders horisont. I tilleggsdokument til oppdragsdokument 2015 den 30.06.2015 fikk de regionale foretakene i oppdrag å innføre en planleggingshorisont for bemanning og timetildelingshorisont ved poliklinikkene i regionen på minimum seks måneder innen 1. januar 2016.

Samtlige klinikker har nå fått på plass 4 måneders planleggingshorisont i sine poliklinikker, og noen har også fått på plass 6 måneders horisont. I flere poliklinikker er situasjonen knyttet til ventetider og fristbrudd noe forbedret. Imidlertid er det fremdeles fagområder der mangel på fagpersonell og/eller merkantilt personell gjør god ressursplanlegging utfordrende.

Erfaringene i de klinikkene som så langt har tatt i bruk ARP er at implementering av nye prinsipper for ressursplanlegging tar tid og at kulturendring er nødvendig for å komme helt i mål. Av de enhetene som så langt har kommet i gang med arbeidet har enkelte enheter rapportert om umiddelbare gevinster som følge av justering av arbeids- og turnusplaner, mens andre enheter har brukt mer tid på implementeringen. Våren og sommeren 2015 ble det gjort en større gjennomgang av bemanning og aktivitet på de ulike fagområdene, og der administrerende direktør som følge av dette ga flere klinikker konkrete bestillinger på endringer i legenes arbeidsplaner. Det er også stilt krav til ferie- og fraværsplanleggingen. Det forventes at ARP, når metodikken fullt ut er tatt i bruk på enhetsnivå, både 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. Dette skal gi positive effekter både når det gjelder økonomi og kvalitet.

6.3 Nasjonal Helse- og Sykehusplan

I november 2015 la regjeringen fram Nasjonal helse- og sykehusplan. Bakgrunnen for arbeidet med helse- og sykehusplanen er de store samfunnsendringene mot 2030 og de konsekvenser dette får for helsetjenesten. Nasjonal helse- og sykehusplan skal være grunnlaget for utvikling av sykehusene. Formålet med planen er blant annet å gi både de små og de store sykehusene klarere roller og tydeligere ansvar i behandlingen av pasientene. Behandling av vanlige sykdommer og kroniske lidelser skal skje ved lokalsykehuset, mens

behandling av alvorlige sykdommer og kompliserte skader skal skje ved større sykehus som har spesialister med spisskompetanse.

Regjeringen foreslår at alle sykehus i nord fortsatt skal ha akuttberedskap i indremedisin. Videre foreslås det at det kirurgiske akutt-tilbudet i områder med lave befolkningstall skal vurderes samordnet. For Nordlandssykehuset vil dette særlig kunne berøre tilbudet ved Nordlandssykehuset Lofoten.

Stortinget skal behandle Nasjonal helse- og sykehusplan våren 2016 og oppfølgingen av Stortingets bestemmelser vil skje etter det.

6.4 Automatisering diagnostikk

For snart 9 år siden ble laboratoriespesialitetene Medisinsk Biokjemi, Medisinsk mikrobiologi, Immunologi og transfusjonsmedisin og Patologi samordnet i en felles avdeling. Analyser med lik teknologi ble i forbindelse med NLSH byggetrinn I samlokalisert og etablert på felles teknologisk plattform. Dagens automasjonsløsning og store deler av maskinparken ble anskaffet og satt i drift ved innflytting i nytt bygg i 2007.

Automasjonsløsningen som ble valgt i 2007 må i nærmeste fremtid enten moderniseres eller erstattes med en mer moderne løsning. Den teknologiske utviklingen som har funnet sted de senere år gjør at foretaket nå vurderer ytterligere konsolidering av maskinparken innenfor Laboratoriemedisinsk avdeling. I den forbindelse vil det være naturlig å vurdere om flere analyser skal automatiseres, for eksempel ved at analyser overføres til nye analysemaskiner og/eller nye teknologiske plattformer.

På denne bakgrunn igangsatte Diagnostisk klinikk en mulighetsstudie, i form av et interesseanbud, våren 2015. Målet var å samarbeide med inntil 5 aktuelle leverandører for å kartlegge behov og mulige fremtidige løsninger for Laboratoriemedisinsk avdeling. Resultatet av dette arbeidet skal danne grunnlag for en anbudsprosess der ny automasjonsløsning anskaffes. Vi ser for oss en fremtidig løsning som bidrar til at de diagnostiske tjenester og den spesialkompetanse avdelingen besitter integreres ytterligere i behandlingsforløpene og de kliniske beslutningsprosesser i foretaket. I dette ligger blant annet raskere svartid, økt fleksibilitet med tanke på bemanning og forventet fremtidig teknologisk utvikling, økt kapasitet og mer effektiv bruk av ressursene.

Automatisering av diagnostikk vil være det viktigste omstillingstiltaket for fremtidig effektivisering av laboratorietjenestene. Det teknologiske mulighetsrommet som automasjonen forventes å gi forutsetter større investeringer over en 3-5 års periode, for å erstatte nåværende maskinpark og manuelle arbeidsprosesser.

Så langt i prosessen har foretaket sammen med tre leverandører kartlagt en rekke tiltak som vil kunne bidra til måloppnåelse. Noen av tiltakene er forholdsvis enkle å igangsette og krever ikke store investeringer, eksempelvis prosessforbedringer, mens andre tiltak er kapitalkrevende og må sees i et noe lengre perspektiv. Pr i dag pågår gevinstberegninger på de tiltakene som vi ønsker å gå videre med, og disse vil trolig være klare i løpet av januar 2016.

Diagnostisk klinikk vil utarbeide en rapport som oppsummerer det arbeidet som er gjort og som synliggjør økonomiske gevinster og investeringsbehov. Rapporten kan forventes å være klar innen 01.04.16.

6.5 Gjestepasienter

Gjestepasientkostnadene for Nordlandssykehuset har vært økende de siste år. Bruttokostnad var 168 millioner i 2012, 174 millioner i 2013 og 199 millioner i 2014. Det vil si en økning på 18,5 % i perioden 2012 til og med 2014. Netto kostnad for gjestepasienter utenom Helse Nord (30 % av ISF) var i 2014 på 83 millioner, en økning på 37,1 % fra nettokostnaden i 2012 på 61 millioner.

Økningen er størst innenfor fagområdene sykdommer i muskel-, skjelettsystemet (12,6 millioner i 2014), faktorer som påvirker helsetjenesten og andre kontakter (kompleks rehabilitering utgjør 8,3 millioner av totalt 90,2 millioner for denne hoveddiagnosegruppen) .

Totalt var det 8055 pasienter som hadde totalt 24416 opphold ved andre foretak i 2014. Flest pasienter kommer fra Bodø med totalt 7060 opphold fordelt på 1630 pasienter. Innenfor Helse Nord reiste det 9064 pasienter hvorav 8611 pasienter til UNN, 349 pasienter til Helgelandssykehuset og 104 pasienter til Helgelandssykehuset. Dersom man ser pasientstrømmen innad i Helse Nord i forhold til innbyggerantallet så de høyeste andelene fra Tysfjord med 620 opphold pr 1000 innbygger og Andøy med 226 opphold pr 1000 innbygger. De største hoveddiagnosegruppene til UNN er innenfor sykdommer i sirkulasjonsorganene med 1240 opphold totalt og sykdommer i nervesystemet med 1161 opphold totalt.

Reiser til foretak utenom Helse Nord så reiste 31 % av pasientene til Oslo Universitetssykehus og 20 % til St Olavs Hospital, med totalt 5002 opphold med en nettokostnad på 27,5 millioner kroner. De to største hoveddiagnosegruppene for pasienter som reiser til foretak utenfor Helse Nord er sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev (911 pasienter, 1964 opphold, nettokostnad 12,6 millioner kr) og sykdommer i sirkulasjonsorganene (271 pasienter, 431 opphold, netto kostnad 6,2 millioner kr). Innenfor muskel- og skjellsystem så er innsetting av hofteprotese og kne eller ankel protese de to største områdene på til sammen 42 pasienter, 65 opphold og med en nettokostnad på 2,6 millioner kroner. Det er nå ansatt en LIS og en overlege innenfor ortopedi. Målsetningen er at denne kapasitetsøkningen vil føre til en reduksjon av gjestepasientkostnader innenfor ortopedi.

6.6 Logistikk

Moderniseringen av Nordlandssykehuset Bodø og endring i pasientflyt, fysiske forutsetninger og teknologiske løsninger nødvendiggjør etablering av en nye og mer effektive logistikkløsninger. 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 logistikutfordringer som ligger i utbyggingen av det nye sykehuset i Bodø mer effektivt enn i dag. Det vil bli etablert eget prosjekt som vil få mandat til å utforme forslag til ny logistikkløsning. Opprinnelig målsetning var å få dette gjennomført i løpet av 2015, men må av ressurs hensyn skyves til 2016.

6.7 Ambulanseplan

Administrerende direktør nedsatte våren 2015 et prosjekt med mandat til å utforme forslag til ny ambulanseplan for Nordlandssykehuset HF. Ny ambulanseplanen skal imøtekomme de krav til tjenesten som fremgår av lov og forskrifter, bidra til å opprettholde og videreutvikle god faglig standard i tjenesten, jevnere fordeling av ressursene mellom de geografiske områdene, samt tilpasses tjenestens økonomiske rammeforutsetninger. Ambulanseplanen har vært ute på høring i oktober/november og fremlegges for styrebehandling i desember 2015.

I forslaget til ny ambulanseplan er endring av driftsmodell lagt frem som det viktigste tiltaket for bedre ressursutnyttelse, kostnadsreduksjon og økt kvalitet i ambulansetjenesten. I tillegg til ny driftsmodell foreslås også mindre justeringer i beredskapen, der reduksjon med 1 ambulanse i Vesterålen representerer den største kostnadsreduksjonen. Implementering av ny ambulanseplan er planlagt gjennomført i løpet av 1. halvår 2016 og forventes å gi en økonomisk helårseffekt med i overkant av 8 mill kr i redusert kostnader.

6.8 Pasientreiser

Kostnadene til pasientreiser forventes å utgjøre 205-210 mill kr i 2015, hvorav i overkant av 80 mill kr til pasientreiser med drosje og i overkant av 80 mill kr til pasientreiser med fly. Hovedandelen av flyreiser gjelder reiser over Vestfjorden, mellom sykehusene i Lofoten, Vesterålen og Bodø. Det var i budsjett 2015 forutsatt reduksjon i pasientreisekostnadene sammenlignet med 2014 som effekt av tiltaksarbeidet, jf kap 5.1.12.

Selv om tiltakene fra 2015 har gitt delvis effekt i form av redusert antall reiser, har prisveksten pr reise medført at den økonomiske effekten i stor grad har uteblitt. Det gjenstår fremdeles potensiale for reduksjon i antallet reiser, dette gjelder både ift mulighetene for ambulering slik at flere pasienter får sin behandling lokalt, men også ift begrensning i antallet pasienter som må reise ut av foretaket for å få sin behandling som følge av lange ventetider og fristbrudd.

I november 2015 ble HOS Trinn 2 (én journal) innført i Nordlandssykehuset, og i tillegg til de andre kvalitetsmessige og personellmessige effektene ved innføringen, forventes dette også å gi positive effekter i form av redusert reiseaktivitet, ved at felles venteliste vil legge til rette for bedre utnyttelse av lokal behandlingsskapitet for pasientene.

Jamfør kapittel 5.2.3 forventes også at innføring av Klinisk lync (Skype) på sikt også skal bidra til reduksjon i reisekostnader både for pasienter og behandlere.

6.9 Innleie av personell

Det arbeides fortsatt med reduksjon i nivået av innleid personell, og retningslinjene for bruk av innleie følges opp kontinuerlig. Faste ansettelser og aktivitetsstyrt ressursplanlegging har bidratt til reduksjon av innleie i flere enheter, men foretaket har fremdeles fagområder med for lav kapasitet og/eller rekrutteringsutfordringer som gjør at innleie er nødvendig av hensyn til beredskapshensyn eller håndtering av lange ventetider og fristbrudd.

6.10 Oppsummering

De tiltak som er beskrevet i dette kapittelet 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. RISIKOVURDERING TILTAKSPLAN 2016

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 117 mill kr er i overkant av 70 % av tiltakene vurdert innenfor grønt område med høy sikkerhet for realisering da disse anses som godt gjennomarbeidet og forankret. 26 % av tiltakene vil ha behov for noe mer lederstøtte og oppfølging for å realisere gevinst i 2016, mens de siste 4 % av tiltakene vil ha behov for aktiv oppfølging fra klinikkledelsen.

Av de tiltak som så langt er redegjort for i tiltaksplan for 2016 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 105 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.

8. INVOLVERING

Tillitsvalgte og vernetjeneste har deltatt i prosessene knyttet til budsjett- og omstillingsarbeidet både på klinikk- og foretaksnivå.

9. AKTIVITET

Statsbudsjettet legger opp til en aktivitetsvekst på nasjonalt nivå på opp mot 2,5 % fra anslått aktivitetsnivå for 2015. 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 1,8 % fra 2015 til 2016.

9.1 Somatikk

Tabell 3: Planlagt DRG-aktivitet somatikk 2016

Planlagt DRG aktivitet i 2016				
Totalt heldøgn, elektive pasienter, polikliniske dagpasienter og poliklinikk				
	Aktivitet 2014	Plan 2015	Prognose 2015	Plan 2016
Antall DRG-poeng	34 016	35 286	34 404	35 643
herav gjestepas	357	266	317	266

Som det går frem av tabell 3 planlegges en økning i somatisk aktivitet både i forhold til prognosen for 2015 og plan for 2015. Økningen gjelder i hovedsak innenfor poliklinikk området. Samtidig er planlagt heldøgns aktivitet noe redusert. Dette er helt i tråd med målsetning om å vri aktivitet fra døgn til poliklinikk. Økningen skal være realistisk ut fra planlagt drift og tiltaksplaner i 2016 i klinikkene.

Tabell 4: Planlagte avdelingsopphold somatikk 2016

Planlagte avdelingsopphold i 2016				
	Aktivitet 2014	Plan 2015	Prognose 2015	Plan 2016
Heldøgn	25 295	25 191	25 097	25 031
Innlagt dag	7 029	8 191	7 465	7 965
Poliklinikk dag	10 369	11 359	10 305	12 661
poliklinikk	127 238	125 921	123 684	132 045

Plantall 2016 for antall heldøgnsopphold og innlagt dag er justert ned fra plantall 2015. Dette gjelder i hovedsak HBEV klinikken hvor aktivitet innen ØNH og Revmatologi er redusert. Nedgang i døgn og innlagt dag for Revmatologi er en ønsket vridning fra døgn til dag, slik at plantallene for polikliniske konsultasjoner økes fra 2015 til 2016. For øvrig er det lagt opp til økning i døgnopphold innenfor kirurgi i KIRORT klinikk.

Poliklinisk dagbehandling og polikliniske konsultasjoner økes i forhold til aktivitet i 2015. Økning i poliklinisk dagbehandling skyldes aktivitetsøkning som følge av oppstart av ny strålemaskin ved MED klinikk. Det er lagt opp til økning i polikliniske konsultasjoner ved samtlige klinikker i 2016. Den største økningen forventes i MED klinikk med 2863 konsultasjoner og KIRORT med 1500 konsultasjoner.

9.2 Psykisk helse og rus

Tabell 5: Planlagt aktivitet psykisk helse og rus 2016

	Aktivitet 2014	Plan 2015	Prognose 2015	Plan 2016
 BUP 				
Utskrivninger	106	118	133	118
Liggedøgn	3 034	2 900	2 930	2 900
Pol. konsultasjoner	23 413	28 420	24 510	28 420
 VOP 				
Utskrivninger	1 652	1 667	1 630	1 680
Liggedøgn	36 572	37 010	38 200	39 025
Pol. konsultasjoner	31 959	37 417	37 902	40 477

Plantall for barne- og ungdomspsykiatri videreføres på samme nivå som i 2015. Dette gjelder også polikliniske konsultasjoner selv om prognosen for 2015 er noe lavere.

Tall for voksenpsykiatri er justert noe i forhold til 2015. Det er opprettet ny enhet for nysyke med psykoser 1. Dette har medført økning i antall utskrivninger med 24 og antall liggedøgn

med 1950. I tillegg er det økning i plantall for polikliniske konsultasjoner ved DPS Salten. Dette er som følge av økning i både antall stillinger og generelt krav om økning i antall konsultasjoner per behandler.

For øvrig er det noen mindre andre justeringer i forhold til 2015.

10. BEMANNING

Tiltaksplanen i kapittel 5 innebærer en reduksjon i samlet personellforbruk omregnet til om lag 105 årsverk i 2016.

Dersom den samlede omstillingsutfordringen på 117 mill kr skal håndteres utelukkende gjennom nedtak i personell, innebærer dette en reduksjon på minst 170 årsverk.

11. INVESTERINGER

Styret i Helse Nord RHF behandlet i styremøte, den 17. juni 2015 *styresak 64-2015 Plan 2016-2019, inkl. rullering av investeringsplan 2016 - 2023*. Av Helse Nord's samlede investeringsramme disponerer Nordlandssykehuset 504,1 mill kr i 2016.

Tabell 6: Vedtatt investeringsramme i 2016

Investeringsramme NLSH 2016	(mill kr)
Modernisering NSLH, Bodø fase 2-5	400,0
Modernisering NLSH, G-fløy p50	45,0
Heliport/akuttheis	9,1
MTU, ambulanser, rehab, KLP med mer	50,0
Sum NLSH	504,1

Byggeprosjektene

Nordlandssykehuset har en ubrukt investeringsramme på om lag 85 mill ved utgangen av 2015 som følge av investeringsmidler fra tidligere år som er tildelt prosjekter, men som av ulike årsaker ikke er benyttet. Av disse forventes det at 45 mill vil bli brukt i 2016 og kommer i tillegg til vedtatt ramme for 2016 på 504,1 mill kr, men utbyggingsavdelingen melder at de ikke vil bruke hele sin ramme. De planlegger å investere for 355 mill. Samlede investeringer i 2016 blir da om lag 450 mill. Summen fordeler seg med 355 mill til de store byggeprosjektene og resterende til mindre investeringer i utstyr o.l.

Øvrige investeringer

Investeringsrammen til styrets disposisjon er fastsatt til 50 mill kr i 2016. 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 14 mill kr (28 %) av denne investeringsrammen er bundet til egenkapitalinnskudd i KLP.

12. LIKVIDITET

Likviditetsbudsjettet for 2016 fremgår av tabell 7 nedenfor. Nordlandssykehuset forventes å ha en inngående negativ likviditet eksklusive skattetrekkkonto på om lag 358 mill kr i januar 2016. Ut fra de forutsetninger som er lagt til grunn for drift og investering i budsjett for 2016, fratrukket låneopptak til nye investeringer, vil likviditetsbehovet ved utgangen av året utgjøre om lag 172 mill kr. Det forutsetter at NLSH tar opp lån hos Helse Nord iht vedtatt låneramme.

Investeringene, som er nærmere beskrevet i avsnitt over, finansieres i hovedsak gjennom låneopptak på 300 mill. I tillegg kommer årets avskrivninger på 217 mill, som gir foretaket en styrket likviditet ved utgangen av 2016. For 2016 vil IB lån være 2 927,5 mill kr og UB 3160 mill kr, forutsatt låneopptak på 300 mill i 2016.

Differansen mellom pensjonskostnad og – premie utgjør 183 mill kr for 2016, noe som påvirker likviditeten, og den tidligere varslede likviditetsutfordringen, positivt. Dette er et forhold som kan endre seg når siste aktuarberegning mottas.

Tabell 7: Likviditetsbudsjett 2016 (i 1000 kr)

Likviditetsbudsjett 2016 (mill kr)	
Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	
Budsjettert resultat	5
Ordinære avskrivninger	217
Diff pensjonskostnad/premie	183
Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	404
Kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	
Ubrukte investeringsrammer 2002-2015 estimat	-45
Investeringsbudsjett 2016	-504
Estimat ubrukt investeringsramme pr 31.12.16	99
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-450
Kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	
Innbetaling ved opptak av ny langsiktig gjeld	300
Avdrag Lån	-67
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	233
Netto endring i kontanter 01.01.2016-31.12.2016	187
IB 01.01.2016	-358
UB 31.12.2016	-172
Trekkramme	-500
Estimat ubenyttet trekkramme	329

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 stedfortredere 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 forutsettes at tiltaksarbeidet og resultatoppnåelse følges opp både internt i klinikkene og i oppfølgingsmøter mellom administrerende direktør og klinikkledelse. I dette arbeidet vil foretakets virksomhetsportal være et sentralt verktøy. Dette er 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. Styringsinformasjonen er i stadig forbedring, blant annet gjennom datavarehuset SAS/LIS. Det gjøres fremdeles mye utviklingsarbeid for å få rapportene mer visuelle og framoverskuende, med fokus på prognoser, trender og tiltak.

15. BUDSJETT 2016

I tabell 9 fremgår budsjett for Nordlandssykehuset HF for 2016 med resultatkrav på 5 mill kr.

Tabell 9: Budsjett Nordlandssykehuset HF 2016

Tekst	Regnskap 2014	Vedtatt budsjett 2015	Justert budsjett 2015	Prognose 2015	Budsjett 2016
Basisramme	-2 554 284	-2 941 783	-2 997 850	-2 997 850	-3 149 605
Kvalitetsbasert finansiering	-17 183	-16 520	-16 520	-16 250	-20 465
ISF egne pasienter	-599 644	-792 699	-791 116	-775 000	-807 803
Kommunal medfinansiering	-156 990	0	0		0
Samlet ordinær ISF-inntekt	-756 634	-792 699	-791 116	-775 000	-807 803
ISF av biologiske legemidler utenfor sykehus	-37 199	-37 004	-37 004	-40 000	-37 004
Gjestepasientinntekter	-13 806	-12 447	-12 447	-21 000	-14 447
Polikliniske inntekter	-98 225	-88 112	-95 362	-106 000	-106 923
Utskrivningsklare pasienter	-5 016	-5 000	-5 000	-5 000	-4 500
Raskere tilbake	-3 874	-5 245	-5 245	-4 000	-5 281
Andre øremerkede tilskudd	-7 226	0	0	-7 000	0
Andre inntekter	-146 159	-147 640	-152 726	-149 000	-148 087
Driftsinntekter	-3 639 605	-4 046 450	-4 113 270	-4 121 100	-4 294 114
Kjøp av offentlige helsetjenester	156 911	159 471	162 651	174 000	165 487
Kjøp av private helsetjenester	73 682	74 056	74 056	73 000	69 624
Varekostnader knyttet til aktivitet	393 662	391 107	403 158	422 000	420 344
Innleid arbeidskraft (fra firma)	53 330	24 723	24 341	50 000	23 561
Lønn til fast ansatte	1 656 745	1 760 427	1 767 295	1 699 000	1 817 376
Vikarer	157 806	101 721	101 690	173 000	103 469
Overtid og ekstrahjelp	96 829	107 329	107 692	104 000	109 424
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift av pensjon	-97 703	498 178	537 677	537 677	554 454
Offentlige tilskudd og ref. vedr arbeidskraft	-114 353	-101 310	-100 175	-120 000	-105 803
Annen lønn	158 317	174 444	176 692	162 000	178 236
Samlet lønn og innleie	1 910 971	2 565 512	2 615 212	2 605 677	2 680 717
Avskrivninger	150 856	235 787	236 133	220 000	216 500
Nedskrivninger	11 069	0	4		0
Andre driftskostnader	634 912	645 743	647 281	658 000	692 717
Driftsutgifter	3 332 062	4 071 676	4 138 496	4 152 677	4 245 390
Driftsresultat	-307 543	25 226	25 226	31 577	-48 724
Finansinntekter	-2 408	-2 429	-2 429	-2 800	-2 879
Finanskostnader	30 764	52 202	52 202	51 000	46 602
Finansielle poster	28 356	49 774	49 774	48 200	43 724
Ordinært resultat	-279 187	75 000	75 000	79 777	-5 000

VEDLEGG: Inntektsrammer – sak 110-2015 Helse Nord RHF

Basisramme 2016	RHF	Styrets disp	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Sum vedtatt basisramme 2015	1 304 944	415 422	1 488 502	4 763 276	2 912 859	1 308 619	12 193 621
Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform 2015		-11 220					(11 220)
Oppdatering nasjonal inntektsmodell		-33 000					(33 000)
Forventet realvekst akkumulert 1,2 % pr år		130 000					130 000
Ø-hjelp siste år med trekk			-8 062	-26 706	-15 668	-8 864	(59 300)
Oppdatering inntektsmodell psykisk helse			-4 985	20 890	-15 214	-690	0
Oppdatering inntektsmodell TSB, inklusive ansvarsoverføring LAR			999	-4 910	-4 411	8 322	0
Innfasing inntektsmodell somatikk (oppdatering og siste år innfasing)		-20 000	-5 143	19 751	-1 463	6 854	(0)
Forventet videreført RNB - økte pensjonskostnader		225 000					225 000
Reserver og avslutning prosjekter RHF	-35 000	35 000					-
Avslutte innføring nødnett	-20 000	20 000					-
Forskning	34 000			-30 000	-4 000		-
Tromsø 7 undersøkelse avsluttet bevilgning		3 000		-3 000			-
KORSN avsluttet bevilgning		250		-250			-
Funne avsluttet bevilgning		2 270		-2 270			-
Kvalitetsmidler 2014 avsluttet bevilgning		1 000		-1 000			-
Nasjonalt senter for telemedisin		10 564		-10 564			-
Nevromuskulært kompetansesenter		4 645		-4 645			-
Overlegestilling innen transfusjon og immunologi (50 %)		-600			600		-
Nye Kreftmedisiner		-15 000	2 377	6 376	3 889	2 358	0
Smittevernoverlege ansvarsområde Finnmark		-2 000		2 000			-
Drift luftambulansbase Evenes		-9 500		9 500			-
Pasientskadeerstatning	26 000	-26 000					-
Fagolener helårseffekt		-33 100	3 960	11 330	11 270	6 540	-
Kreft (medisin mv)		-20 000	3 169	8 502	5 185	3 144	(0)
Prostatacentre		-3 000		1 500	1 500		-
PET senter oppstart støtte		-4 000		4 000			-
Kapitalkompensasjon NLSH Bodø		-11 000			11 000		-
Kompensasjon økte pensjonskostnader		-150 000	23 804	63 526	40 273	22 396	(0)
Styrking HF		-50 000	8 335	20 512	13 756	7 397	0
Styrking forskning	20 000	-20 000					-
Prosjekter i regi av RHF	10 000	-10 000					-
Medisinerutdanning Finnmark		-1 700	1 700				-
Kvalitetstiltak	10 000	-10 000					-
Utvikling psykisk helse	20 000	-20 000					-
Utvikling og omstilling Helse Nord		-30 000			30 000		-
URE - helseteam		-1 400		700	700		-
Antibiotika senter (bevilgning i tillegg til styrking av øremerket tilskudd)		-1 000		1 000			-
Astma allergisenter		-2 000		2 000			-
Felleseide selskaper	1 100	-1 100					-
Pasientsikkerhet	2 600	-2 600					-
Vedtatt basisramme 2016 - per juni 2015	1 373 644	358 931	1 514 655	4 851 519	2 990 276	1 356 076	12 445 101

