



Styresak 111-2016 Budsjett 2017

Saksbehandler: Gro Ankill, Beate Sørslett, Marit Barosen
Dato dok: 06.12.2016
Møtedato: 13.12.2016
Vår ref: 2016/545

Vedlegg (t): Utredning Budsjett 2017
Vedlegg (ikke t): Styresak 33-2016 *Rullering av plan for drift og investering 2017-2024*
Styresak 85-2016 *Budsjett 2017 – Status i budsjettarbeidet og oppdatert bærekraftsanalyse*
Styresak 72-2016 *Plan 2017-2020, inkl rullering av investeringsplan i Helse Nord*
Styresak 114-2016 *Budsjett 2017 foretaksgruppen – rammer og føringer i Helse Nord*

Innstilling til vedtak:

1. Styret viser til saksutredningen og vedtar det fremlagte budsjettet for 2017 med et overskudd på 5 mill kr.
2. Direktøren gis fullmakt til å foreta mindre justeringer i budsjettet.

Bakgrunn:

Styret inviteres i denne til å fatte vedtak om budsjett 2017 med premisser for drift og investeringer.

Premissene for budsjettarbeidet er lagt av Helse Nord gjennom styresakene 72-2016 *Plan 2017-2020, inkl rullering av investeringsplan* og 114-2015 *Budsjett 2017 Foretaksgruppen - rammer og føringer*. Styresak 114-2016 fra Helse Nord RHF legger de endelige rammene for budsjettåret 2017, og er grunnlag for budsjettforslaget som legges frem i denne saken. I saksfremlegget nedenfor gis en oppsummering av de utfordringer vi står ovenfor i 2017 og de nærmeste årene, og hvordan disse foreslås løst. I vedlegget «Utredning budsjett 2017» redegjøres nærmere for grunnlag og vurderinger for budsjett 2017.

Oppsummering:

Bærekraft og omstillingsutfordring

Nordlandssykehusets netto omstillingsutfordring for 2017 er estimert til om lag 40 mill kr.

OMSTILLINGSUTFORDRING 2017	
Budsjettavvik - årsprognose pr september 2016	-55,0
Endringer i inntektsmodell psykiatri og TSB	-2,7
Økte kostnader ibruktaking av nytt bygg	-4,9
Økte kostnader FIKS	-15,0
Trekk fagansvarlig helsefaglæringer	-0,5
Økte avskrivninger	-7,3
Trekk kvalitetsbasert finansiering	-10,4
Usikkerhet	-20,0
Finansiering av PIT-senger	-1,7
Økte kostnader/trekk inntekter	-62,5
Effektiviseringskrav	4,5
Endringer i inntektsmodell somatikk	9,5
Kapitalkompensasjon	23,0
Reduksjon husleie	2,0
Styrking HF	10,3
Styrking kapitaltilskudd	6,3
Realvekst	8,3
Engangseffekter 2016	13,5
Økte inntekter/reduerte kostnader	77,4
Uløst utfordring 2017	-40,1

Netto omstillingsutfordring i 2017 innebærer et effektiviseringskrav på om lag 1 % av brutto budsjett for virksomheten. Som følge av ferdigstillelse av siste del av byggprosjektet i Bodø, vil netto effektiviseringskrav øke med 80 mill kr til nærmere 120 mill kr, dvs om lag 3 % av brutto budsjett, i 2018/19.

Estimert budsjettavvik på 55 mill kr i 2016 fremkommer av samlet resultat fra de ulike virksomhetsområdene. Den interne resultatfordeling viser imidlertid at klinikker/områder med negative avvik kan oppsummeres til om lag 110-115 mill kr, mens områder med positive avvik utgjør 55-60 mill kr. Dersom omstillingsutfordring på 40 mill kr legges til grunn for driftsplanlegging i 2017 vil dette innebære at virksomhetsområder som i 2016 har positive budsjettavvik må videreføre disse også i 2017. Innenfor flere av disse områdene vil dette være utfordrende, da deler av disse besparelsene i 2016 er knyttet til ekstraordinære forhold/forsinkede kostnader og ikke kan påregnes videreført i 2017. Direktøren legger derfor til grunn at det er nødvendig med kostnadsreduksjon/inntektsvekst på 110-120 mill kr sammenlignet med drift 2016.

Nordlandssykehuset har i 2016 et brutto budsjett på nærmere 4,3 mrd kroner, der 62 % av kostnadene er knyttet til lønn og innleie. Etter ibruktaking av nye bygg vil renter og avskrivninger korrigert for kapitalkompensasjon fra RHF, øke fra 5,2 % til 6,4 % av brutto budsjett. Videre vil IKT-kostnadene også øke betydelig i løpet av planperioden som følge av de store investeringene i FIKS-programmet. 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. Handlingsrommet til Nordlandssykehuset i perioden fremover vil derfor hovedsakelig være knyttet til vår evne til effektiv bruk av personellressurser.

Omstillingsarbeidet

Budsjettarbeidet i klinikker og stabsavdelinger har tatt utgangspunkt i klinikkenes og stabenes budsjetttrammer for 2016 med tilhørende aktivitetsforutsetninger, samt omstillingsutfordring for 2017 basert på prognose for 2016 og effekter av kjente endringer i 2017.

Flere av klinikkene har underveis varslet om at budsjettarbeidet denne høsten har vært særlig utfordrende. Dette er delvis knyttet til pågående omorganiseringsprosesser i to av klinikkene, nye rokader knyttet til ombyggingen av sykehuset i Bodø og reduksjon i sengetall, samt streiken i september/oktober. Videre opplever flere klinikker utfordringer med driftseffektivisering samtidig med at virksomheten skal tilpasses til nye krav og retningslinjer, enten disse er regulert gjennom lov/forskrift, krav i oppdragsdokumentet eller føringer fra regionale fagplaner.

Budsjettprosessen har avdekket at det i enkelte klinikker/enheter ikke har vært tilstrekkelig samsvar mellom budsjetttrammer og driftsplan på artsnivå og mellom enheter. Dette både på grunn av tidligere uløste budsjettkrav i klinikkene, og nye kostnader/svikt i inntekter ut over plan for 2016. Basert på forventet gevinstrealisering av den klinikkvise fordeling av tiltakskrav, har direktøren besluttet rammejustering mellom klinikker/stabsavdelinger i 2017. Dette for å legge til rette både for at budsjettet skal fungere som et bedre styringsverktøy på klinikk, avdelings- og enhetsnivå, samt at det gir bedre mulighet for å identifisere eventuelle avvik. Denne justeringen gjelder primært for budsjettåret 2017. Det vil som del av arbeidet med videre omstilling og dimensjonering av virksomheten bli gjennomført nærmere analyser av de ulike klinikker og fagområder, og resultatene av dette arbeidet, sammen med strategisk utviklingsplan, vil legge grunnlag for omstilling og rammefordeling i virksomheten fra 2018 og ut over. Justering av rammer for 2017 fremgår av kapittel 6.2.

Tiltaksarbeidet i den enkelte klinikk har ikke gitt tilstrekkelig effekt for å løse den økonomiske utfordringen i 2017, og det har derfor parallelt pågått arbeid med flere gjennomgående/foretaksovergrepene tiltak som forventes å gi gevinst i form av kostnadsreduksjon og inntektsvekst i klinikkene. Disse gjennomgående tiltakene er beskrevet under punkt 6.1. Klinikkenes tiltaksplaner inkl andel av gjennomgående tiltak er beskrevet under punkt 6.2.

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. 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. Dette vil være særlig utfordrende i de årene utbyggingen pågår. Som kjent står Nordlandssykehuset nå foran tre år med oppgradering av sengepostområdene i høyblokka i Bodø. Som følge av dette vil kapasiteten i høyblokka være halvert i byggeperioden.

Investeringer og likviditet

Helse Nord har satt av 397,7 mill kr til investeringer i Nordlandssykehuset i 2017.

Likviditeten i 2017 vil være tilstrekkelig forutsatt drift og investeringer som skissert i budsjettforslaget, samt låneopptak på 400 mill kr knyttet til byggeprosjektene.

Risikovurdering og konsekvenser

Tiltakene anses 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. Tiltak i gul og rød sone vil bli fulgt

opp gjennom videre konkretisering og utarbeidelse/oppfølging av klinikkvise handlingsplaner med milepæler.

Av de tiltak som så langt er redegjort for i tiltaksplan for 2017 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 inneholder så langt ikke tiltak som innebærer oppsigelser av faste stillinger. Reduksjon i personellressurser omfatter hovedsakelig reduksjon i variabel lønn/overtid. I den grad tiltak vil omhandle reduksjon i faste årsverk vil de ansatte bli ivaretatt i tråd med foretakets retningslinjer.

VEDLEGG STYRESAK 111-2016

UTREDNING BUDSJETT 2017

Innhold

1. INNLEDNING.....	4
2. PREMISSE FRA EIER	4
2.1 Aktivitet	4
2.2 Økonomisk resultatkrav	5
2.3 Endringer i inntektsrammer	5
2.3.1 Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform/styrking av ramme	5
2.3.2 Fritt behandlingsvalg	5
2.3.3 Oppdatering nasjonal inntektsmodell	5
2.3.4 Kvalitetsbasert finansiering (KBF)	5
2.3.5 Pensjonskostnader	6
2.3.6 Nøytral merverdiavgift	6
2.3.7 Nye legemidler	6
2.3.8 Felles pasientadministrative systemer	7
2.3.9 Manglende prisomregning av egenandeler	7
2.4 Andre prioriteringer	7
2.4.1 Oppfølging av utviklingsplan for psykisk helsevern og rus	7
2.4.2 Narkotikaprogram med domstolskontroll	7
2.5 Andre forhold	8
2.5.1 Lønns- og prisjustering	8
2.5.2 ISF	8
2.5.3 Forskning	8
2.5.4 Transporttilbud psykisk syke	8
2.5.5 Tilskudd til «raskere tilbake»	8
3. BÆREKRAFT OG OMSTILLINGSUTFORDRING 2017	8
4. STATUS VENTETIDER OG FRISTBRUDD HØSTEN 2016	10
5. ANALYSER – AKTIVITET OG DRIFT - SAMDATA	11
6. TILTAKSPLAN 2017 OG RAMMEFORDELING	12
6.1 Gjennomgående tiltak	13
6.1.1 Ikke-reelle DKI-forløp	14
6.1.2 Reduksjon av fristbrudd	14
6.1.3 Selvinnsjekk - Klinisk overblikk og effektiv logistikk (IMATIS)	14

6.1.4	Kodekvalitet – Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD)	16
6.1.5	Klinisk Skype	16
6.1.6	Vennlig sykehus	16
6.1.7	Lege i Front	16
6.1.8	Pasienthotell	17
6.1.9	Pasientreiser	17
6.1.10	Gjestepasienter	17
6.1.11	Døgnbasert rehabilitering i Vesterålen.....	18
6.1.12	Vurderingsenhet rehabilitering i egenregi.....	18
6.1.13	Ny automasjonsløsning – Laboratoriet	19
6.1.14	Samkjøring av budsjettansvar Akuttmedisinsk klinikk (AKUM) og Kirurgisk ortopedisk klinikk (KIRORT).....	19
6.1.15	Pasientlogistikkarbeid	19
6.1.16	Registrering av konsultasjoner Kliniske støttfunksjoner (KSF) ved SKDS.....	20
6.1.17	Aktivitetsstyrt ressursplanlegging	20
6.1.18	Finansiering av sentralsykehusfunksjoner	21
6.1.19	Sykefraværestiltak.....	22
6.2	Tiltaksplan pr klinikk.....	24
6.2.1	Akuttmedisinsk klinikk (AKUM)	25
6.2.2	Diagnostisk klinikk (DIAG).....	26
6.2.3	Hode bevegelse klinikken (HBEV).....	26
6.2.4	Kvinne Barn klinikken (KBARN).....	27
6.2.5	Kirurgisk ortopedisk klinikk (KIRORT).....	27
6.2.6	Medisinsk klinikk (MED)	27
6.2.7	Psykisk helse og rus klinikken (PHR).....	28
6.2.8	Prehospital klinikk (PREH).....	28
6.2.9	Senter for drift og eiendom	29
6.2.10	Stabsavdelinger	29
6.3	Andre tiltak	29
6.3.1	Talegjenkjenning	29
6.3.2	Riksrevisjonens rapport – harmonisering av bemanning på sengeposter	30
7.	VIDERE OMSTILLING	30
8.	RISIKOVURDERING TILTAKSPLAN 2017.....	31
9.	AKTIVITET	31
9.1	Somatikk.....	31
9.2	Psykisk helse og rus.....	32
10.	INVESTERINGER	33

11.	LIKVIDITET	33
12.	OPPFØLGING AV BUDSJETT OG TILTAKSPLAN.....	34
12.1	Ansvar og fullmakter	34
12.2	Oppfølging på klinikk/avdelings/enhetsnivå.....	35
13.	BUDSJETT 2017	36
	VEDLEGG: Inntektsrammer – sak 114-2016 Helse Nord RHF.....	37

1. INNLEDNING

Styret fikk i sak 85-2016 *Budsjett 2017 – status i arbeidet og oppdatert bærekraftsanalyse* redegjort for status i budsjettarbeidet inkl estimert omstillingsutfordring for 2017 ut fra planforutsetningene i RHF-styresak 72-2016 *Plan for Helse Nord 2015-2018, med rullering av investeringsplan 2015-2022*, samt budsjettpremisser ihht budsjettbrev 2 fra Helse Nord RHF.

Oppdatert bærekraftsanalyse i sak 85-2016 viste at den gjennomsnittlige utfordringen har økt for langtidsperioden som følge av den negative resultatutviklingen gjennom 2016. Omstillingsutfordring for budsjettåret 2017 ble i styresak 85-2016 estimert til om lag 51 mill kr, ut fra en prognose på 37 mill kr i negativt budsjettavvik i 2016. Resultatutviklingen ut over høsten er imidlertid noe forverret, slik at omstillingsutfordringen er økt tilsvarende. Se kapittel 3.

Budsjettarbeidet har i første fase tatt utgangspunkt i klinikkenes og stabenes budsjett 2016 med tilhørende aktivitetsforutsetninger, herunder kartlegging av status for drift vs budsjett hittil i år og prognose for driftsåret. En viktig premis for at budsjettet skal fungere som styringsverktøy for ledere både på klinikk-, avdelings og enhetsnivå – er at budsjettet i best mulig grad reflekterer den planlagte driften innenfor rammeforutsetningene i budsjettperioden. Herunder er det viktig at vedtatte kostnadsreducerende tiltak for tilpasning av drift innenfor gjeldende budsjettrammer synliggjøres ned på enhetsnivå, og innenfor de aktuelle kostnads- og inntektsarter. Status etter 1. halvår av 2016 viste at det i enkelte klinikker/enheter ikke har vært tilstrekkelig samsvar mellom budsjettrammer og driftsplan på artsnivå og mellom enheter, og for disse har en viktig del av arbeidet vært knyttet til forbedring av planverket.

Gjennomgang pr klinikk av status drift ihht planrammer hittil i år, prognose for 2016, omstillingsutfordring og gevinstberegnete tiltaksområder for 2017 har identifisert behov for justering av rammefordeling mellom klinikkene. Dette for å legge til rette for at budsjettet skal kunne fungere som et godt styringsverktøy på klinikk- og enhetsnivå. Rammefordelingen vil justeres på nytt når tiltak med gevinst lenger frem i tid realiseres. Endring i rammer for 2017 fremgår av kapittel 6.

Samtlige klinikker har 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 budsjettmøter med den enkelte klinikk og direktør.

2. PREMISSE FRA EIER

Styret i Helse Nord RHF har gjennom styresak 72-2016 *Plan 2017-2020, inkl rullering av investeringsplan* og styresak 114-2016 *Budsjett 2017 Foretaksgruppen - rammer og føringer* lagt rammer og premisser for budsjett 2017.

2.1 Aktivitet

Statsbudsjettet for 2017 legger til rette for vekst i pasientbehandlingen med 2,1 % på nasjonalt nivå. Kravet om at tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk. Fra 2017 vil poliklinisk aktivitet innen psykisk helse og rus inkluderes i finansieringsordningen innsatsstyrt finansiering (ISF). Formålet med endringen er å etablere et aktivitetsbasert finansieringssystem som på en bedre måte enn i dag understøtter tjenesten.

2.2 Økonomisk resultatkrav

Nordlandssykehusets resultatkrav for 2017 er et økonomisk overskudd på 5 mill kr.

Budsjettet som vedtas av helseforetakenes styrer i desember 2016 skal være i tråd med vedtatt resultatkrav og øvrige inntekts- og kostnadsforutsetninger.

2.3 Endringer i inntektsrammer

I følge sak 114-2016 medfører forslag til statsbudsjett 2017 noe strammere rammebetingelser enn lagt til grunn i sak 72-2016 Plan 2017-2020. Helse Nord anslår en skjerpelse på om lag 90 mill kr. Selv om avviket er større enn forventet mener Helse Nord RHF at det er håndterbart på kort sikt.

Den vedtatte inntektsramme (basisramme) for Nordlandssykehuset i 2017 utgjør 2,93 mrd kr, og dette innebærer en netto reduksjon på om lag 200 mill kr inkl lønns- og prisvekst fra vedtatt budsjett i 2016. Hovedforklaringen til denne reduksjonen er justering av pensjonskostnader, samt trekk som følge av innføring av mva-kompensasjon i 2017.

Justeringen i inntektsrammer får i utgangspunktet ikke større effekt for disponible rammer for drift i foretaket sammenlignet med 2016, men det er usikkerhet knyttet til effekten av endringene særlig når det gjelder omlegging av merverdiavgiftsordningen og overføring av ansvar for nye legemidler.

2.3.1 Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform/styrking av ramme

Sektoren pålegges også i 2017 et effektiviseringskrav på 0,5 % av driftsutgiftene, og basisrammen til Helse Nord reduseres med 64,3 mill kr. ISF-pris og polikliniske refusjonstakster reduseres også i 2017 med 0,5 %. Parallelt med reformen økes basisbevilgningen med 68,5 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. Ordningen er utvidet til også å gjelde somatiske tilbud. Det har så langt vært marginalt bruk av ordningen i Helse Nord. Det er på landsbasis estimert økte kostnader på ca 200 mill kr i 2017, men foreløpig usikkert hvordan dette vil slå ut for Nordlandssykehuset. Det er ikke lagt inn økt finansiering i 2017.

2.3.3 Oppdatering nasjonal inntektsmodell

Helse Nord får en samlet økning på 19,0 mill kroner ved oppdatering av nasjonal inntektsmodell.

Etter oppdatering av den regionale inntektsfordelingsmodellen får Nordlandssykehuset en økning på 9,53 mill kr ihht inntektsfordelingsmodell somatikk, et trekk på 4,0 mill kr ihht modell for psykisk helse og en økning på 1,31 mill kr innenfor TSB.

2.3.4 Kvalitetsbasert finansiering (KBF)

Helse Nord kommer betydelig dårligere ut innenfor kvalitetsbasert finansiering enn i 2016 med en inntektsreduksjon på 24,3 mill kr. Den nasjonale modellen brukes internt i Helse Nord, med noen mindre tilpasninger som følge av at noen indikatorer kun finnes på

regionnivå. Endringene for 2017 skyldes i stor grad relative endringer innenfor pasientopplevelser (PasOpp). Styret i Helse Nord tildelte i 2016 ytterligere 5 mill kr i tråd med resultatene innen kvalitetsbasert finansiering, og dette videreføres for 2017.

Nordlandssykehuset hadde dårlig score på flere av indikatorene som legges til grunn for fordeling i KBF, og får derfor redusert rammen med 10,4 mill kr i 2017.

2.3.5 Pensjonskostnader

Pensjonskostnadene reduseres i 2017 og Helse Nord får en samlet reduksjon av basisrammen med 634 mill kr. For Nordlandssykehuset utgjør reduksjonen et trekk i rammen på 152,7 mill kr.

2.3.6 Nøytral merverdiavgift

Det foreslås innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene fra 1. januar 2017. Bakgrunnen for forslaget er at merverdiavgiften stimulerer til å produsere tjenester med egne ansatte (uten merverdiavgift), fremfor å kjøpe tjenester hos private virksomheter (hvor man blir belastet merverdiavgift). Innføringen innebærer at helseforetakene vil få tilbakebetalt utgifter til merverdiavgift på varer og tjenester som inngår i driften i virksomheten.

Innføringen av ordningen anslås å gi en negativ økonomisk effekt på om lag -35 mill kr for Helse Nord. Forventet refusjon av merverdiavgift er lavere enn reduksjonen i basisramme. Foretaksgruppens inntekter og kostnader reduseres som følge av innføring av ordningen.

Innføring av ordningen medfører omfordelingseffekter mellom helseforetakene hvor UNN og NLSH forventes å få større mva-refusjoner enn reduksjonen i basisramme. Det forventes at Finnmarkssykehuset vil få lavere refusjoner enn basisrammereduksjon. Omfordelingseffektene håndteres med en overgangsordning for 2017. Samlet trekk for NLSH er 192,1 mill kr i 2017, der 6,5 mill kr er overgangsordning.

2.3.7 Nye legemidler

Statsbudsjettet foreslår at finansieringsansvaret for flere kreftlegemidler overføres fra folketrygden til helseforetakene fra 1. mai 2017. Kreftlegemidlene som overføres er innenfor legemiddelgruppene antineoplastiske midler og andre immunsuppressiver. I tillegg foreslås det å overføre finansieringsansvaret for PAH-legemidler (Pulmonal arteriell hypertensjon1) fra 1. januar 2017. Antall kreftlegemidler som overføres er om lag 70 stk. og disse vil bli en del av H-reseptordningen.

Bevilgningen øker med til sammen 93,5 mill kroner som Helse Nord fordeler til helseforetakene i henhold til overordnet fordelingsnøkkel i inntektsmodell for somatikk. For Nordlandssykehuset utgjør overføringen 24,3 mill kr (26 %). Nordlandssykehuset har tidligere påpekt overfor Helse Nord at bevilgning til legemidler må følge helseforetakenes andel av befolkning, og ikke den overordnede fordelingsnøkkelen som også inneholder kompensasjon for regionale funksjoner. Dette fordi disse medikamentene kostnadsføres etter pasientenes bosted/hjemmehørende helseforetak. Som følge av at den overordnede modellen er benyttet reduseres rammen til Nordlandssykehuset feilaktig med nærmere 2,3 mill kr i 2017. Tilsvarende reduksjon for 2016 var om lag 4,8 mill kr. De siste to år er mer enn 7 mill kr omfordelt fra Nordlandssykehuset til andre helseforetak, til tross for at det er Nordlandssykehuset som bærer kostnadene til disse legemidlene.

Kostnadene til legemidler knyttet til H-resepter har økt betydelig de siste årene. Det har vært forutsatt at økt basisramme og ISF-inntekter knyttet til H-reseptene skulle dekke de økte kostnadene. Gjennomgang av de samlede kostnadene og inntektene til disse medikamentene viser imidlertid at Nordlandssykehuset underkompenseres – dette er foreløpig beregnet til om lag 20-25 mill kr pr år.

2.3.8 Felles pasientadministrative systemer

Som følge av sammenslåing av databaser vil ISF-inntektene reduseres noe for NLSH, Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset. I tråd med beregninger fra Helsedirektoratet økes basisrammen til Nordlandssykehuset med 9,6 mill kroner for å kompensere for dette.

2.3.9 Manglende prisomregning av egenandeler

Egenandelene foreslås uendret og dette kompenseres gjennom økt basisramme. For Nordlandssykehuset utgjør dette 1,95 mill kr.

2.4 Andre prioriteringer

2.4.1 Oppfølging av utviklingsplan for psykisk helsevern og rus

I styresak 72-2016 Plan 2017-2020 - inkl. rullering av investeringsplanen 2017-2024 holdt Helse Nord tilbake 6,9 mill. kroner til videre oppfølging av utviklingsplan for psykisk helsevern og rus. Midlene var udisponert i påvente av lokalisering av to tilbud innen psykisk helsevern. Dette gjelder regional kompetansetjeneste for arbeid og psykisk helse og regional enhet for behandling av psykisk lidelse hos pasienter med psykisk utviklingshemming. Disse tilbudene har Nordlandssykehuset nå fått oppdrag om å etablere.

Midlene fordeles som følger:

- 3,0 mill kr til kompetansetjenesten for arbeid og psykisk helse
- 3,9 mill kr til regional enhet for behandling av pasienter med psykisk lidelse og psykisk utviklingshemming

Samlede kostnader for etablering av enhet for behandling av pasienter med psykisk lidelse og psykisk utviklingshemming er tidligere beregnet til 5,6 mill kr. Resterende 1,7 mill kr forutsetter Helse Nord finansieres av Nordlandssykehusets frie midler.

Videre er psykoseenheten ved NLSH nå definert som en regional behandlingsfunksjon og er styrket med 0,7 mill kroner.

2.4.2 Narkotikaprogram med domstolskontroll

Alle helseforetak i Helse Nord må forberede seg på å bli involvert i rehabiliteringsarbeidet for personer med betinget dom på narkotikaprogram med domstolskontroll. Oppfølging av de domfelte krever et godt forpliktende samarbeid med lokale friomsorgskontor. Helse Nord ble i 2016 styrket med 0,6 mill. kroner og disse midlene fordeles nå til helseforetakene. Midlene skal benyttes til å etablere kontakt og utvikle samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og friomsorgskontorene i foretakenes opptaksområde. Nordlandssykehusets andel er 0,174 mill kr.

2.5 Andre forhold

2.5.1 Lønns- og prisjustering

Det er lagt til grunn en lønns- og prisjustering på 2,6 %, hvorav lønnsvekst 2,7 % og prisstigning på varer og tjenester 2,5 %.

2.5.2 ISF

Enhetsprisen for ISF er foreslått justert med 1,9 % til 42 879 kroner.

Fra 2017 vil poliklinisk aktivitet innen psykisk helse og rus inkluderes i finansieringsordningen innsatsstyrt finansiering (ISF). Formålet med endringen er å etablere et aktivitetsbasert finansieringssystem som på en bedre måte enn i dag understøtter tjenesten. Deler av tidligere timeverkstakster blir overført til basisrammen (26 mill. kroner) i forbindelse med overgang fra takstfinansiering til ISF-finansiering. Beløpet fordeles til helseforetakene etter inntektsmodell for psykisk helse og rus. Nordlandssykehusets andel er 7,2 mill. kr.

Takster innen laboratorie og røntgen justeres med 0,6 %.

2.5.3 Forskning

Forskningsbevilgningen til Helse Nord RHF reduseres med 1,3 mill. kroner. Resultatbasert tilskudd øker med om lag 0,7 mill. kroner, men rammen reduseres med 2 mill. kroner knyttet til bortfall av krav om samhandlingsforskning.

Prosjekter som tidligere har fått flerårige tilsagn legges til helseforetakenes inntektsrammer. Tilskudd til NLSH HF inkluderer finansiering til somatisk forskningssenter. Nye bevilgninger vil som tidligere justeres våren 2017. NLSH HF får deler av bevilgningen som økt basisramme og deler som øremerket tilskudd.

Bevilgninger til helseforetakene justeres ned med 4 % som følge av innføring av mva-refusjonsordning.

2.5.4 Transporttilbud psykisk syke

Tilskudd videreføres i 2017. Nordlandssykehusets andel utgjør 1,1 mill. kr.

2.5.5 Tilskudd til «raskere tilbake»

Ordningen videreføres i 2017, men rammene mellom regionene fordeles ikke i forslag til Statsbudsjett.

3. BÆREKRAFT OG OMSTILLINGSUTFORDRING 2017

Omstillingsutfordring for budsjettåret 2017 ble i styresak 085-2016 estimert til 51,6 mill. kr, ut fra en prognose på 37 mill. kr i negativt budsjettavvik i 2016. Resultatutviklingen ut over høsten er noe forverret, slik at ny prognose er et budsjettavvik på om lag 55 mill. kr. Imidlertid er deler av dette engangseffekter i 2016. Videre får foretaket tilført større realvekst enn estimert i planpremissene slik disse forelå i juni, samt at rentekostnadene reduseres som følge av at rentebetingelsene for eldre lån er forbedret. Den samlede netto omstillingsutfordringen er derfor redusert til 40,1 mill. kr.

Estimert omstillingsutfordring for 2017 fremgår av tabell 1 nedenfor.

Tabell 1: Omstillingsutfordring 2017

OMSTILLINGSUTFORDRING 2017	
Budsjettavvik - årsprognose pr september 2016	-55,0
Endringer i inntektsmodell psykiatri og TSB	-2,7
Økte kostnader ibruktaking av nytt bygg	-4,9
Økte kostnader FIKS	-15,0
Trekk fagansvarlig helsefaglæringer	-0,5
Økte avskrivninger	-7,3
Trekk kvalitetsbasert finansiering	-10,4
Usikkerhet	-20,0
Finansiering av PIT-senger	-1,7
Økte kostnader/trekk inntekter	-62,5
Effektiviseringskrav	4,5
Endringer i inntektsmodell somatikk	9,5
Kapitalkompensasjon	23,0
Reduksjon husleie	2,0
Styrking HF	10,3
Styrking kapitaltilskudd	6,3
Realvekst	8,3
Engangseffekter 2016	13,5
Økte inntekter/reduuerte kostnader	77,4
Uløst utfordring 2017	-40,1

Netto omstillingsutfordring i 2017 innebærer et effektiviseringskrav på om lag 1 % av brutto budsjett for virksomheten. Som følge av ferdigstillelse av siste del av byggprosjektet i Bodø, vil netto effektiviseringskrav øke med 80 mill kr til nærmere 120 mill kr, dvs om lag 3 % av brutto budsjett, i 2018/19.

Estimert budsjettavvik på 55 mill kr i 2016 fremkommer av samlet resultat fra de ulike virksomhetsområdene. Den interne resultatfordeling viser imidlertid at klinikker/områder med negative avvik kan oppsummeres til om lag 110-115 mill kr, mens områder med positive avvik utgjør 55-60 mill kr. Dersom omstillingsutfordring på 40 mill kr legges til grunn for driftsplanlegging i 2017 vil dette innebære at virksomhetsområder som i 2016 har positive budsjettavvik må videreføre disse også i 2017. Innenfor flere av disse områdene vil dette være utfordrende, da deler av disse besparelsene i 2016 er knyttet til ekstraordinære forhold/forsinkede kostnader og ikke kan påregnes videreført i 2017. Direktøren legger derfor til grunn at det er nødvendig med kostnadsreduksjon/inntektsvekst på 110-120 mill kr sammenlignet med drift 2016.

Nordlandssykehuset har i 2016 et brutto budsjett på nærmere 4,3 mrd kroner, der 62 % av kostnadene er knyttet til lønn og innleie. Etter ibruktaking av nye bygg vil renter og

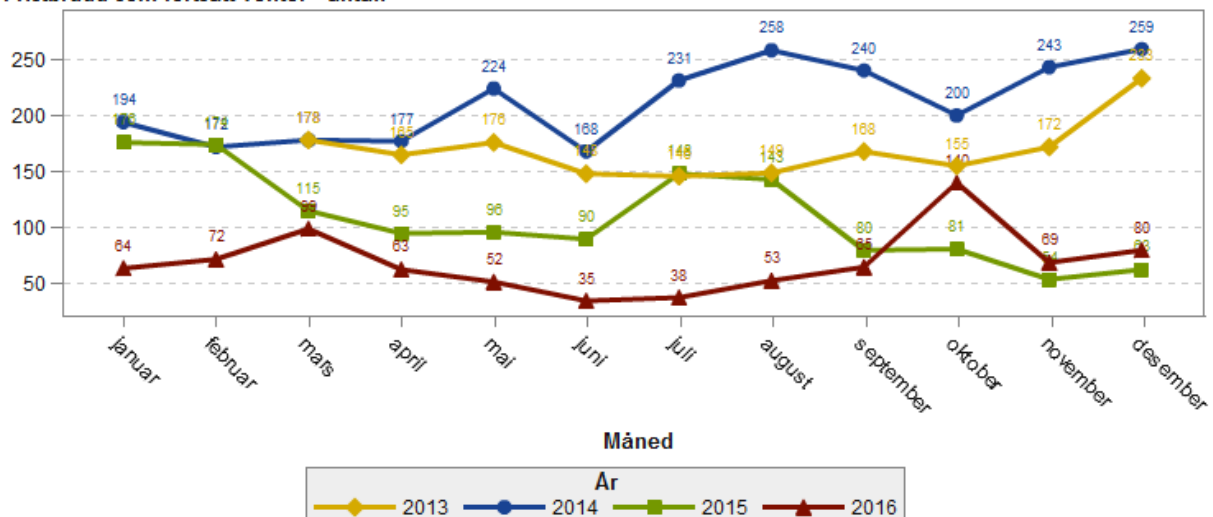
avskrivninger korrigert for kapitalkompensasjon fra RHF, øke fra 5,2 % til 6,4 % av brutto budsjett. Videre vil IKT-kostnadene også øke betydelig i løpet av planperioden som følge av de store investeringene i FIKS-programmet. Handlingsrommet til Nordlandssykehuset i perioden fremover vil derfor hovedsakelig være knyttet til vår evne til effektiv bruk av personellressurser.

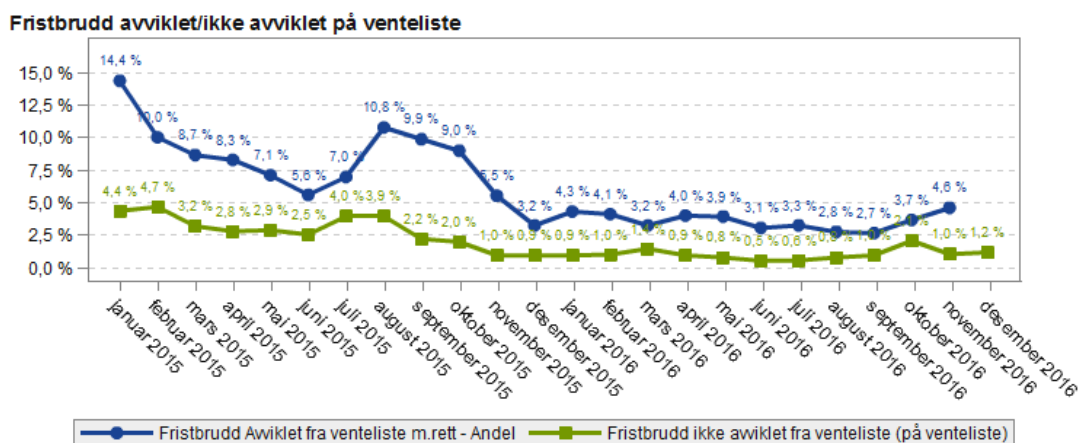
Kravet til omstilling i årene fremover vil være økende, samtidig med at mulighetsrommet for omstilling begrenses som følge av at kapitalkostnader vil utgjøre en større del av budsjettet. Det har vært en sentral forutsetning for gjennomføring av byggeprosjektene i Bodø og Vesterålen at nye bygg, i tillegg til nødvendig oppgradering av arealer og utstyr til pasientbehandling, skal bidra til bedre ressursutnyttelse både når det gjelder personell og utstyr. Dette vil være særlig utfordrende i de årene utbyggingen pågår. Som kjent står Nordlandssykehuset nå foran tre år med oppgradering av sengepostområdene i høyblokka i Bodø. Som følge av dette vil kapasiteten i høyblokka være halvert i byggeperioden.

4. STATUS VENTETIDER OG FRISTBRUDD HØSTEN 2016

Foretaket har over år hatt utfordringer med fristbrudd og ventetider. Andel fristbrudd har fram til september 2016 gradvis gått ned. På bakgrunn av Akademiker streik fikk vi så en økning, og er pr desember ikke kommet ned på september nivå. Det jobbes målrettet med reduksjon av fristbrudd i alle klinikker. Vi har fortsatt noen ikke-reelle fristbrudd som skyldes feilregistreringer. Vi har etablert Senter for klinisk støtte og dokumentasjon, som vil få foretaksovergripende ansvar for både opplæring og kontroll av bl.a denne registreringen innenfor somatikk i Nordlandssykehuset HF.

Fristbrudd som fortsatt venter - antall

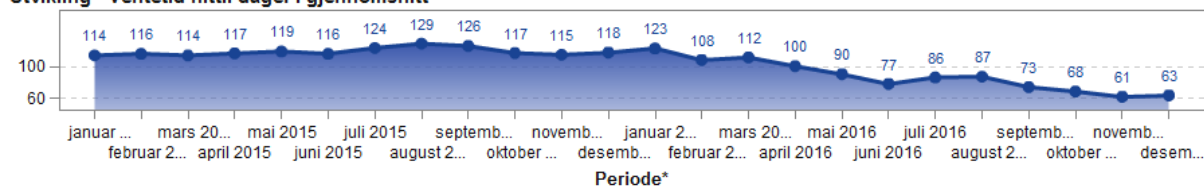




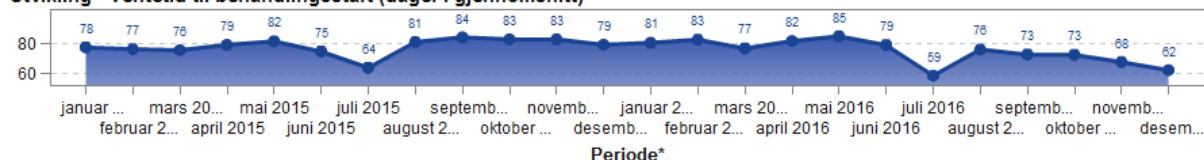
Alle klinikkene har innført 6 måneders planleggingshorisont, men full implementeringen av dette har kommet lengre i enkelte klinikker og innenfor enkelte avdelinger.

For ventetid har det vært en god utvikling i 2016. Hovedfokus har vært på avvikling av langtidsventende, noe som medfører av ventetid for avviklede forblir høyt. Januar 2016 var ventetid for ventende gjennomsnittlig 112 dager, i desember 2016 er dette redusert til 63 dager. I samme periode er antall ventende redusert fra 10 037 til 7004 pasienter. Ventetid for avviklede har hatt en nedadgående trend gjennom høsten selv om foretaket samlet ikke har oppnådd styringskravet på ventetid for avviklede under 65 dager.

Utvikling - Ventetid hittil dager i gjennomsnitt



Utvikling - Ventetid til behandlingsstart (dager i gjennomsnitt)



5. ANALYSER – AKTIVITET OG DRIFT - SAMDATA

I forbindelse med Utviklingsprogrammet Nye Nordlandssykehuset og ibruktaking av ny K-fløy høsten 2014 ble det gjennomført analyser av aktivitet og drift for å understøtte arbeidet med nye pasientforløp og effektivisering. Analysene viste potensiale for kostnadsreduksjon gjennom mer effektiv drift og pasientlogistikk både ved poliklinikk, dageshøter, sengeposter og operasjonsstuer.

Rapportene fra SAMDATA (årlig rapport om utviklingen i ressursinnsats, bruk av tjenestene og utnyttelse av ressursinnsats i spesialisthelsetjenesten) gjennom de siste årene har vist at foretaket har et forbedringspotensial sammenlignet med landsgjennomsnittet innenfor flere

områder, både når det gjelder personellbruk vs aktivitet og den samlede kostnadsutvikling vs inntekter fra pasientbehandlingen.

Resultatene i rapporten for 2015 viser at Nordlandssykehuset de siste 5 årene har hatt kostnadsvekst i tråd med landsgjennomsnittet, mens aktiviteten målt i DRG-poeng er redusert i samme periode. Aktivitetsreduksjon i 2014 var forventet som konsekvens av innflytting i nye bygg i Vesterålen og Bodø, og nødvendig lavdrift i denne forbindelse. Imidlertid har det vært en forutsetning at nye bygg skulle bidra til bedre ressursutnyttelse av både personell og utstyr. Det er igangsatt arbeid med nærmere analyse av aktivitet og ressursforbruk innenfor den enkelte klinikk og fagområde for å kartlegge i hvilke områder av virksomheten utviklingen ikke har vært som ønsket. Disse områdene vil bli vurdert for iverksettelse av tiltak.

Det er innenfor flere fagområder avdekket at mangelfull koding av aktiviteten har gitt lavere inntekt enn forutsatt, og dermed har bidratt til reduksjon i DRG-inntjening. Videre pågår et arbeid knyttet til riksrevisjonens rapport fra 2014 om harmonisering av bemanning ved sengeposter. Tiltak knyttet til disse områdene er nærmere omtalt under kapittel 6.

Helse Nord RHF la i styresak 137-2016 fram sin virksomhetsrapport nr 10-2016. Fra denne framgår det at Nordlandssykehuset HF hittil i år har høyest vekst innenfor somatikk på sum opphold/konsultasjoner, med en vekst på 8,3 % versus 3,3 % for regionen samlet. Nordlandssykehuset HF har i stor grad dreid fra døgn til dag, med en reduksjon i heldøgnsopphold hittil i år sammenlignet med hittil i fjor på 2,1 %. Dagkirurgi og poliklinikk har vesentlig lavere ISF-indeks enn heldøgnsopphold og veksten i aktivitet vil derfor i liten grad gjenspeiles i vekst på DRG-poeng.

Det vil bli ytterligere reduksjon i døgnopphold for Kirurgisk ortopedisk klinikk i forbindelse med rokade/etablering av midlertidige sengeposter i forbindelse med ombyggingen av høyblokka.

6. TILTAKSPLAN 2017 OG RAMMEFORDELING

Budsjettarbeidet i klinikker og stabsavdelinger har tatt utgangspunkt i klinikkens og stabenes budsjetttrammer for 2016 med tilhørende aktivitetsforutsetninger. Det enkelte virksomhetsområde har utarbeidet omstillingsutfordring for 2017 basert på prognose for 2016 og effekter av kjente endringer i 2017. Omstillingsutfordring i den enkelte klinikk/stab har vært lagt til grunn for tiltaksarbeidet.

En viktig premisse for budsjettarbeidet i klinikker og stabsavdelinger er at budsjettet i best mulig grad skal reflektere den planlagte driften innenfor rammeforutsetningene i budsjettperioden. Herunder at vedtatte kostnadsreducerende tiltak for tilpasning av drift innenfor gjeldende budsjetttrammer synliggjøres ned på enhetsnivå, og innenfor de aktuelle kostnads- og inntektsarter. Dette er nødvendig for at budsjettet skal fungere som styringsverktøy for ledere både på klinikk-, avdelings og enhetsnivå. Budsjettprosessen har avdekket at det i enkelte klinikker/enheter ikke har vært tilstrekkelig samsvar mellom budsjetttrammer og driftsplan på artsnivå og mellom enheter. For disse har en viktig del av arbeidet vært knyttet til forbedring av planverket.

Klinikker og stabsavdelinger har gjennom høsten identifisert og bearbeidet sine tiltaksplaner gjennom interne møter i egen organisasjon, og tiltaksplanene er gjennomgått og vurdert

underveis i møter med direktør. Flere av klinikkene har underveis varslet om at budsjettarbeidet denne høsten har vært særlig utfordrende. Dette er delvis knyttet til pågående omorganiseringsprosesser i to av klinikkene, nye rokader knyttet til ombyggingen av sykehuset i Bodø og reduksjon i sengetall, samt streiken i september/oktober. Videre opplever flere klinikker utfordringer med driftseffektivisering samtidig med at virksomheten skal tilpasses til nye krav og retningslinjer, enten disse er regulert gjennom lov/forskrift, krav i oppdragsdokumentet eller føringer fra regionale fagplaner.

Parallelt med tiltaksarbeidet i den enkelte klinikk har det pågått arbeid med flere gjennomgående/foretaksovergripende tiltak som forventes å gi gevinst i form av kostnadsreduksjon og inntektsvekst i klinikkene. Disse er beskrevet under punkt 6.1. Klinikkenes tiltaksplaner inkl andel av gjennomgående tiltak er beskrevet under punkt 6.2.

Ut fra resultatet av de klinikkvise fordeling av tiltakskrav, har direktøren besluttet rammejustering mellom klinikker/stabsavdelinger i 2017. Dette for å legge til rette både for at budsjettet skal fungere som et bedre styringsverktøy på klinikk, avdelings- og enhetsnivå, samt at det gir bedre mulighet for å identifisere eventuelle avvik. Endring i ramme fremgår av punkt 6.2.

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.

6.1 Gjennomgående tiltak

Det har over tid og parallelt med tiltaksarbeidet i klinikkene vært arbeidet med flere gjennomgående/foretaksovergripende tiltak som vil gå på tvers av klinikkstrukturen og hvor implementering og realisering i stor grad vil forutsette sentral ledelse, oppfølging og støtte. De gjennomgående tiltakene forventes å gi effekt både på kort sikt i 2017, og i større grad fra 2018 og i langtidsperioden. For hvert av de gjennomgående tiltakene er det utarbeidet overordnede handlingsplaner med ansvarlig for tiltaket, foreløpig risikovurdering, milepæler og gevinstberegning. Disse er gjennomgått med den enkelte klinikk, og skal konkretiseres videre i form av klinikkvise handlingsplaner, risikovurderinger, milepæler og gevinstberegninger.

Gevinstanslag for gjennomgående tiltak er om lag 75 mill kr for 2017, med helårseffekt på minst 113 mill kr fom 2018-2019.

De gjennomgående tiltakene oppsummeres og beskrives i det følgende:

6.1.1 Ikke-reelle DKI-forløp

Gjennom arbeidet med kodekvalitet er det problematisert at DKI-forløp knyttet til brystkreftoperasjoner registreres som dagkirurgiske, til tross for at disse pasientene skrives inn dagen før operasjon og skrives ut dagen etter operasjon med opphold på sykehotell. Gjennomgang av antall pasienter og viser at riktig koding av denne pasientgruppen alene vil gi inntektsøkning på om lag 1 mill kr.

Det gjøres kartlegging av om det kan finnes flere ikke reelle dagkirurgiske forløp.

Gevinstanslag 2017: 1,0 mill kr.

6.1.2 Reduksjon av fristbrudd

Pr i dag har helseforetaket kostnader til HELFO og pasientreiser som følge av fristbrudd på om lag 5 mill kr hittil i år, hvorav ca 50 % gjelder pasienter innen psykiatri. Vi har gjennom hele 2016 jobbet målrettet for reduksjon av fristbrudd, og har - med unntak av perioden med streiken i Akademikerne i høst - hatt god utvikling. Arbeidet vil videreføres i 2017, og det forventes ytterligere reduksjon med påfølgende reduksjon i kjøp via HELFO. Det tilsettes egen rådgiver i prosjektstilling for blant annet å følge dette området tett opp. Konkretisering av handlingsplan gjøres når rådgiver er på plass medio januar 2017.

Gevinstanslag 2017: 2,0 mill kr.

6.1.3 Selvinnsjekk - Klinisk overblikk og effektiv logistikk (IMATIS)

Selvinnsjekk

I forbindelse med innflytting i ny behandlingsfløy (K-fløya) innførte foretaket et nytt system for selvinnsjekk til poliklinikker og dagbehandling (IMATIS). Selvinnsjekk er pr i dag, med unntak av én enhet, innført for somatikk i hele foretaket. I første halvdel av 2016 ble systemet utvidet til også å ivareta betaling av egenandel i samme automat, og fra høsten 2016 er løsningen ytterligere utvidet til også å motta tilbakemeldinger fra pasientene ved utsjekk av automaten.

Pr oktober 2016 skjer 85 % av innsjekk som selvinnsjekk via automat. Selvinnsjekk har medført 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. Redusert antall henvendelser i de polikliniske ekspedisjonene gjør at vi nå ser på muligheten til å flytte noen ansatte bort fra ekspedisjonene for å kunne arbeide mer uforstyrret. Videre prosess på dette vil foregå via nyopprettet *Senter for klinisk støtte og dokumentasjon*.

En annen positiv effekt av innsjekkingsystemet er at når pasienten registrerer eller oppdaterer sitt telefonnummer, åpnes det for å sende sms-påminnelse i forkant av nye konsultasjoner. Ca 22 000 telefonnummer er oppdatert via Imatis. Erfaringsmessig bidrar SMS-varsel til at andel pasienter som ikke møter opp til time reduseres. Vi har hatt noe problemer med sms-varsel via DIPS, og vil derfor vurdere om SMS varsel via Imatis bedre kan dekke våre behov.

Klinisk overblikk og effektiv logistikk

Nordlandssykehuset HF har sett et betydelig potensiale i digitale pasienttavler som inkluderer informasjon og logistikk fra flere IKT-systemer. Vi har vurdert dagens løsning i DIPS Arena og Imatis Visi både gjennom referansebesøk (sykehus i Norge og Danmark) og samtaler med leverandører. På bakgrunn av utfordringer knyttet til sengepostdrift som følge av ombygging med rokade hadde vi behov for en løsning som kunne settes i drift 2016 uten behov for videre utvikling. Valget ble derfor å gå videre med Imatis sin løsning, som allerede var innkjøpt i forbindelse med selvinnsjekk.

Innføring av digitale pasienttavler/whiteboard er etablert som et eget prosjekt (Klinisk overblikk og effektiv logistikk) og styringsgruppen ledes av medisinsk direktør. Denne løsningen skal bidra til at fagpersoner i pasientbehandlingen får et lettere klinisk overblikk over både enkeltpasienter og grupper av pasienter. Digitale pasienttavler er tilgjengelig både på vegg som erstatning for tidligere whiteboard hvor informasjon ble skrevet for hånd, samt via PC. Informasjon importeres fra bl.a DIPS EPJ, DIPS Lab, Sectra, regional EKG løsning. I tillegg vil det informasjon som tidligere ble skrevet på papir eller vanlig whiteboard registreres i systemet. IMATIS er ikke et journalsystem og journalverdig informasjon vil skrives tilbake til DIPS.

For å bedre logistikk vil de digitale tavlene også tilrettelegge for en enklere og mindre ressurskrevende rekvirering av tjenester som f.eks portør, mat og informasjon til renhold. Videre vil tavlene bidra til en bedre logistikk av pasientinformasjon, f.eks ved flytting av pasienter mellom akuttmottak og sengepost og mellom sengeposter.

Team	Seng	Sonett/Obi	Fremmer	PasientNavn	År	HR	Ans. Sykehus	NR	Series Tid	Utsett	Ansvarlig Sykepleier	Dependabel	Pasient/Underrett	Behandlingsplan	Behandling	Planlagt/Dato	PLD	Lab og RTG	DIPS
411-1			T	Dolly Duck	46 År	HER	Ca.Pancreas	7	-00:26	+	Trude	John Arne	Fall Ernaer +2	CT Biops	+1		04.11.2016		+68
411-2				Mikke Mus	40 År		Buksmerter	2	-07:25	+	Trude	John	Ernaer LMS +1	Ascit Biops					
411-3				Petter Sprett	62 År		Hoftebrudd	5	-00:25	+	Anne	Petra	Ernaer Fall +2	Telem UL		24.12.2016			
412-1				Morten Skogm	47 År		Varicer	9		+	Anne	Petra	Ernaer Fall +2	Colon Commo					
412-2				Gry Teløkk	30 År		neds.alm t...	2	-07:25	+	Per	Trine	Ernaer Fall +1	AELG		05.12.2016			
412-3				Donald Duck	18 År		Retur	4	-07:25	+	Per	Trine	Fall	Biops		08.12.2016			
413-4				Minnie Mus	47 År		Bismerter	1	-07:25	+	Ida	Trine							
413-3				Arnold And	38 År		PCI	5	-00:26	+	Ida	Arne							+32
413-2				Karl Nordmann	18 År		angioplastikk	8		+	Ida	Arne							
413-1				Per Hansen	79 År	Resp	Pneumonl	14		+	Ida	Arne							
414-2				Roland Gunde	51 År		Osofagitt	5	-00:26	+	Per	John							-2
414-1				Titten Tei	51 År		Hj.slag	3	-07:26	+	Per	Trine							+13

Foretaket har startet arbeidet med implementering av IMATIS pasientlister ved samtlige sengeposter i Bodø, Lofoten og Vesterålen.

Det forventes at IMATIS pasientlister vil gi bedre overblikk og bedre planlegging av utskrivelse slik at unødvendig liggetid unngås, og at pasientene skrives ut tidligere på dagen. Utskrivelse tidligere på dagen gjør at pasientene i større grad kan benytte rimeligere transportalternativer som offentlig transport eller samkjøring. Dette forventes også å gi positiv effekt ift ressursforbruk/overtidsforbruk ved sengepostene. Løsningen vil også frigjøre ressurser i portørtjenesten som i dag benyttes til mottak av bestillinger pr telefon.

Gevinstanslag 2017: 1,7 mill kr.

6.1.4 Kodekvalitet – Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD)

Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD) ble opprettet i oktober 2016. Senteret skal blant annet ivareta merkantile tjenester for de somatiske klinikkene. En sentral oppgave for senteret vil være riktig koding av aktivitet innenfor poliklinikk, dagbehandling og heldøgn. Stikkkontroller etter koding av heldøgnsopphold gjennomført over tilfeldig utvalgte perioder høsten 2016 er brukt for å estimere forventet gevinst. Det forventes også et gevinstpotensiale innenfor dagbehandling og poliklinikk. Selv om teamet som skal arbeide med koding ikke vil være oppe å gå før i januar/februar 2017 er det lagt til grunn en forventet helårseffekt på 14 mill kr, ettersom kodekontroll for hele 1. tertial kan gjennomføres helt til tertialet avsluttes.

Gevinstanslag 2017: 14,0 mill kr.

6.1.5 Klinisk Skype

Innføring av klinisk Skype ved teledisinske konsultasjoner bidrar til reduksjon i reisekostnader. Videre gir dette grunnlag for økt ISF for pasienter som tidligere kun har vært behandlet via telefon uten mulighet for refusjon. Pilot igangsettes i Medisinsk klinikk medio januar 2017. Gevinstanslag er gjort ut fra identifikasjon av konkrete pasientgrupper som vil inngå i denne løsningen.

Gevinstanslag 2017: 1,12 mill kr

6.1.6 Vennlig sykehus

Nordlandssykehuset fikk redusert inntektene fra Kvalitetsbasert finansiering med 10,4 mill kr fra 2016 til 2017. En vesentlig forklaring er dårlig resultat fra PasOpp-undersøkelsen i 2015. Foretaket har gjennom videreføring av prosjektet «Et vennlig sykehus» satt oss som målsetning å øke den pasientopplevde kvaliteten –og derigjennom øke vår andel av den kvalitetsbaserte finansieringen. Styringsgruppe for videre implementering i foretaket er under etablering og det er ansatt intern prosjektleder som skal sørge for veiledning og fremdrift.

Gevinstanslag 2018-19: 5,0 mill kr pr år.

6.1.7 Lege i Front

De siste årene har vi sett en økt tilstedeværelse av erfarne leger i norske akuttmottak og vi har gjennom dagspressen fått høre om imponerende endringer i antall korridorpasienter og økt andel hjemsendte pasienter fra akuttmottaket som følge av dette. Akuttmottaket i Nordlandssykehuset Bodø har ikke tidligere hatt dedikert lege ansvarlig for mottakets pasientflyt og igangsetting av diagnostikk og behandling på tvers av avdelinger. Tidlig vurdering av erfarne leger vil bidra til raskere å avdekke alvorlig sykdom hos pasienter med annen kontaktårsak og raskere starte riktig diagnostikk /behandling. Tilstedeværelse av erfarne leger i akuttmottaket vil bidra til supervisjon av studenter, turnusleger og sykepleiere og bedre pasientflyten gjennom akuttmottaket. Sommeren 2016 ble det gjennomført en pilot over 5 uker for å måle effekten av å plassere en erfarne lege-i-front (LIF) i akuttmottaket i en tilmålt tidsperiode. Resultatene fra piloten var gode, og viste at gjennomsnittlig liggetid for pasienter som ankom i perioden med erfarne leger tilstede ble betydelig redusert. På bakgrunn av dette iverksettes dette som fast ordning i Akuttmottaket i Bodø. "Lege i front" skal bidra til bedret logistikk i akuttmottaket og økt pasientsikkerhet.

Gevinstanslag 2017: 0,7 mill kr. (Netto gevinst etter lønnskostnader)

6.1.8 Pasienthotell

Pr i dag utnyttes ikke pasienthotellet i Bodø optimalt, og det betales ukentlig for rom som ikke benyttes. Kapasiteten i pasienthotellet har økt etter at poliklinisk aktivitet er flyttet fra Pasienthotellet til N-fløya. Samtidig vil foretaket oppleve økt press på sengepostene på grunn av renovering av AB-fløya. Ut fra tilbakemeldinger mht dagens bruk av hotellet mener vi det er potensiale for å disponere rommene på en bedre måte. Det avsettes derfor dedikert ressurs i ca 20 % stilling som skal ha en foretaksovergrepene koordinatorfunksjon. Imatis vil bli implementert som elektronisk bestillingsløsning fra sengepost og poliklinikk til pasienthotellet, og dette vil også bidra til å forbedre logistikken.

Gevinstanslag 2017: 0,5 mill kr.

6.1.9 Pasientreiser

Foretaket har hatt stor vekst i kostnadene til pasientreiser de siste årene – dette gjelder både pris pr reise og antallet reiser. Det har i løpet av de siste årene vært gjennomført mange tiltak for å øke ambulering, for blant annet bidra til reduksjon i reisekostnadene, men det er fremdeles et uutnyttet potensiale. For å øke oppmerksomheten rundt dette området, og tilrettelegge bedre for realisering av gevinster både når det gjelder økonomi og pasientopplevelse (behandling nærmere hjemmet), ser vi behov for å dedikere særskilt ressurs med oppgave å avdekke pasientreiser som kunne vært unngått gjennom bedre planlegging og/eller økt ambulering. Tiltaket skal også bidra til mer målrettet ambulering mellom sykehusene.

Gevinstanslag 2017: 9,0 mill kr.

6.1.10 Gjestepasienter

Brutto gjestepasientkostnader utgjorde ved utgangen av 2015 totalt 192 mill kr, og dette var en økning fra 2013 til 2015 på 29 mill kr (18 %). Brutto kostnad pr utgangen av oktober 2016 er 165 mill kr, og dette er en økning på 6 % sammenlignet med samme periode i 2015.

Foretaket har nylig mottatt NPR-fil for 2015 og arbeider med analyse av denne. Det er et potensiale for å redusere gjestepasientkostnadene ved i større grad å tilby behandlingen i eget foretak. I første omgang har vi sett på protesekirurgi med hensikt å øke aktivitet i Nordlandssykehuset. For 2015 ble i underkant av 100 pasienter fra vårt opptaksområde operert utenfor foretaket, noe som er en økning fra 2014.

Etablering av tilbud for robotkirurgi, PCI og utvidelse av tilbud innen kurativ stråling er eksempler på tiltak som vi påregner vil kunne bremse og/eller reversere utviklingen. Det er identifisert vesentlige potensialer innen rusomsorg og kjøp av røntgentjenester. Det tas sikte på at vi gjennom analysene også vil identifisere andre områder.

Gevinstanslag 2017: 7,5 mill kr.

6.1.11 Døgnbasert rehabilitering i Vesterålen

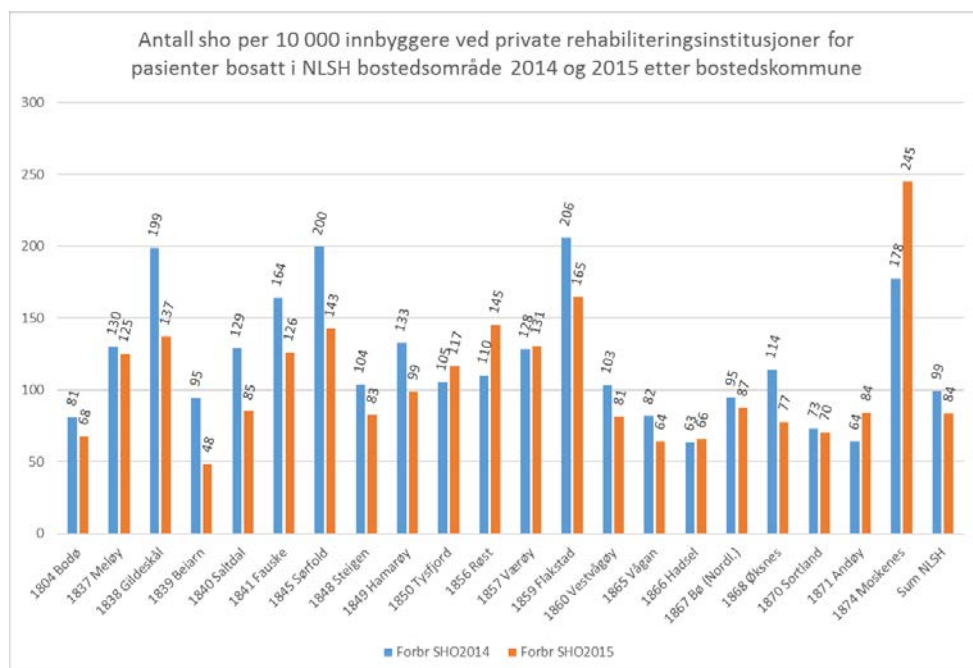
Pr i dag foregår døgnrehabilitering for pasienter tilhørende Nordlandssykehuset i private rehabiliteringsinstitusjoner, regionale og nasjonale plasser i spesialisthelsetjenesten, sykehuset i Vesterålen, ulike sengeposter i foretaket, samt ved kjøp av to plasser ved FMR Harstad. Vi har fått Sykehusbygg (rapport: Rehabiliteringspasienter i Nordlandssykehuset; aktivitet, kapasitetsbehov og organisering av tjenesten, 23.09.16) til å gjennomgå rehabiliteringsaktivitet for pasienter tilhørende vårt opptaksområde for 2014. Gjennomgangen viser at pasienter tilhørende vårt opptaksområde har noe lavere forbruk av rehabilitering på sykehus sammenlignet med landet og regionen, men et betydelig høyere forbruk av rehabilitering ved private institusjoner.

Foretaket planlegger å trappe opp tilbudet i Vesterålen for å i vesentlig grad kunne utføre sykehusrehabilitering i egen regi. I første omgang vil ISF-inntjeningen og redusert kjøp av tjenester dekke kostnaden ved etablering. På lenger sikt vil vi få økonomisk gevinst når vi «henter tilbake» vår andel av mobilitetskomponenten knyttet til disse pasientene.

Gevinstanslag 2017: 0,1 mill kr (Netto gevinst etter fradrag for lønnskostnader)

6.1.12 Vurderingsenhet rehabilitering i egenregi

Vurderingsenheten for rehabilitering er i dag en regional funksjon som ivaretas av UNN på vegne av Helse Nord RHF, med særskilt finansiering. Kostnadene for bruk av rehabiliteringstjenester fordeles mellom foretakene fordelt etter foretakstilhørighet for pasientene som har benyttet tjenestene. Den siste tiden har bruken av private rehabiliteringstjenester økt betydelig, og foretaket har samtidig mottatt signaler om at en ikke ubetydelig andel av tjenestene som leveres er tjenester som burde vært tilbudt innenfor primærhelsetjenesten. Gjennom analyser utført av Sykehusbygg har vi fått oversikt over rehabiliteringsopphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner for pasienter fra vårt opptaksområde, sammenlignet med resten av landet. For 2015 var snittet for landet 50 opphold pr 10 000 innbyggere. Tilsvarende rate for befolkningen i vårt opptaksområde var 84 opphold pr 10 000 innbyggere, men Troms fylke hadde 52 opphold pr 10 000 innbyggere.



Foretaket vil sende en formell henvendelse til Helse Nord RHF om å overta vurderingsfunksjonen for pasienter i vårt eget opptaksområde, for å ha bedre styring og prioritering av ressursene som benyttes til dette formålet.

Gevinstanslag 2017: 4,0 mill kr.

6.1.13 Ny automasjonsløsning – Laboratoriet

Det vises til styresak 110-2016 *Investering ny automasjonsløsning ved Laboratoriemedisinsk avdeling Bodø.*

Investering i ny automasjonsløsning vil redusere kostnader til laboratorieanalyser og redusere behovet for ansatte direkte involvert i analysering av prøver. Investeringskostnader er i underkant av 20 millioner kroner. Økonomiske beregninger viser at vi i løpet av 4 år vil ha tjent inn investeringen og at investeringen deretter vil medføre økonomisk gevinst. Ny automasjonsløsning vil avskrives over 10 år, slik at regnskapsmessig vil løsningen gi økonomisk gevinst allerede i 2018.

Gevinstanslag fra 2018: 3,0 mill kr.

6.1.14 Samkjøring av budsjettansvar Akuttmedisinsk klinikk (AKUM) og Kirurgisk ortopedisk klinikk (KIRORT)

AKUM er en sentral premissleverandør til de opererende klinikker i form av sin leveranse av anestesilegetjenester, operasjons- og anestesisykepleiere, samt intensiv. Det har de siste årene vært utfordringer mht kapasiteten særlig knyttet til operasjonsstuer og intensivkapasitet, og dette har gitt konsekvenser for opererende klinikker i form av lavere aktivitet og DRG-inntekter, samt indirekte konsekvenser i form av gjestepasientkostnader hvis pasientene velger å få sin behandling ved andre sykehus. Videre kan kostnadsreducerende tiltak som gjennomføres for å tilpasse drift til budsjett i AKUM i mange tilfeller medføre negative effekter i andre klinikker i form av tapte inntekter. Kirurgisk ortopedisk klinikk (KIRORT) er den klinikken som i sterkes grad berøres av kapasitetsutfordringer i AKUM.

Direktøren har bedt klinikkjefene for KIRORT og AKUM om å ta et felles ansvar for å øke aktiviteten innefor operasjon. Et felles ansvar vil innebære at klinikkene evalueres på de samlede resultatene av operasjonsaktiviteten. Skisse for et slikt forpliktende samarbeid er under utarbeidelse, og fremdriften vil bli fulgt tett opp gjennom 2017.

Bedre logistikk og planlegging knyttet til operasjonsvirksomheten forventes å ha et betydelig potensiale både når det gjelder gjennomføring av planlagt operasjonsprogram og personellkostnader. Det er lagt til grunn et gevinstpotensiale på minst 10 mill kr i 2017. AKUM og KIRORT gjøres ansvarlig for realisering av denne gevinsten med 5 mill kr hver.

Gevinstanslag 2017: 10,0 mill kr.

6.1.15 Pasientlogistikkarbeid

Gjennom 2016 har både Hode Bevegelse klinikken og Medisinsk klinikk vært under omorganisering, herunder implementering av enhetlig ledelse. Tidligere organisasjonsstruktur i klinikkene har ikke i tilstrekkelig grad lagt til rette for nødvendige endringer blant annet knyttet til pasientlogistikk. Det forventes at når den nye organisasjonsstrukturen er på plass i

disse klinikkene vil dette gi et godt grunnlag for å realisere det gjenstående omstillingsarbeidet etter utviklingsprogrammet knyttet til K, samt arbeidet knyttet til pasientlogistikk i Medisinsk klinikk som er gjort med bistand fra PWC i 2016.

Gevinstanslag 2017: 4,5 mill kr.

6.1.16 Registrering av konsultasjoner Kliniske støttefunksjoner (KSF) ved SKDS

Helseforetakene fikk fom 2016 mulighet for ISF-finansiering for flere yrkesgrupper (bl.a. fysioterapeut, ergoterapeut) enn tidligere innenfor utvalgte diagnoser. For budsjettåret 2016 medførte dette et trekk i basisrammen på 6,2 mill kr. Så langt har foretaket i svært liten grad klart å realisere inntektsøkning i samsvar med rammereduksjon. Gjennom etablering av SKSD og enhetlig praksis for oppgjør av alle konsultasjoner forventer vi en økning i inntekt knyttet til dette området. Selv om teamet ikke vil være oppe å gå før januar/februar 2017, vil likevel kodekontrollen kunne gjennomføres for hele 1. tertial før tertialavslutning.

Gevinstanslag 2017: 2,0 mill kr.

6.1.17 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 i årene fremover. Slik tilpassing av ressurser til oppgaver er eller blir gjennomført i alle helseforetak og sykehus. Aktivitetsstyrt ressursplanlegging er først og fremst et verktøy for planlegging av aktivitet og bemanning. Bedre sammenheng mellom aktivitet og bemanning skal 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. 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 samt bedre avstemming av aktivitet og arbeidsplaner for leger og produktivitet generelt. Dette skal gi positive effekter både når det gjelder økonomi og kvalitet. 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.

Begrepet aktivitetsstyrt ressursplanlegging ble i streiken mellom Spekter og Akademikerne negativt omtalt fra arbeidstakersiden. Vi registrerer likevel en økende forståelse for at ressursene i foretaket må koordineres bedre. Ny organisering i Medisinsk klinikk og Hode bevegelsesklinikken, med enhetlig ledelse, forventes å bidra til bedre koordinering av ressursene i pasientbehandlingen.

Gevinstene ved aktivitetsstyrt ressursplanlegging er hentet både fra reduserte lønnskostnader (reduisert overtid) og ved økning i antall behandlede pasienter (innenfor eksisterende ressurser.)

Gevinstanslag 2017: 6,0 mill kr.

6.1.18 Finansiering av sentralsykehusfunksjoner

Det er identifisert flere områder hvor Nordlandssykehuset HF har sentralsykehusfunksjoner og ivaretar oppgaver også for Helgelandssykehuset HF, uten at dette er særskilt finansiert eller gir ISF-inntekt for Nordlandssykehuset HF.

Innenfor utvalgte områder er det pr i dag hel- eller delvis finansiering av tjenestene. Dette gjelder vaktordning røntgen, der det er inngått særskilt avtale mellom Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF. For traumeberedskap har Nordlandssykehuset særskilt finansiering gjennom basisrammen. Når det gjelder oppgradering ihht kvalitetskravene i «Et trygt fødetilbud», herunder etablering av kvinneklinikk i Bodø, er Nordlandssykehuset delvis finansiert gjennom basisrammen, men mangler ca 10 millioner kroner for fullfinansiering av tjenesten.

Foretaket har gjort kartlegging av øvrige områder der foretaket har sentralsykehusfunksjon for Helgeland. Innenfor enkelte områder er det gjort økonomisk beregning av kostnaden for tjenestene, for øvrige områder er det vanskelig å direkte trekke ut Helgelandssykehuset sitt forbruk av tjenesten fra samlet forbruk.

Av foreløpig identifiserte områder der Nordlandssykehuset pr i dag har en ikkefinansiert sentralsykehusfunksjon nevnes følgende:

Henteteam nyfødte:

I forbindelse med sentralisering av de minste premature til UNN ble det satt som forutsetning at det skulle være to likeverdige henteteam i Helse Nord. Henteteamet ved Nordlandssykehuset betjener hele Nordland fylke.

MDT møter:

Disse møtene gjennomføres ukentlig - der møtes tverrfaglig team av radiolog, patolog, onkolog og kirurg/indre medisiner for å diskutere diagnose og behandling for kreftpasienter. Disse møtene bidrar til god kvalitet i diagnostikk og behandling, men er ressurskrevende for deltakerne både på grunn av forberedelse til møtene og deltagelse. Helgelandssykehuset HF har ikke egne MDT møter, men benytter ressursene ved Nordlandssykehuset - også for pasienter hvor Helgelandssykehuset gjennomfører hele utredningen/behandling.

Kvinneklinikk:

I forbindelse med nye kvalitetskrav for fødeinstitusjoner ble kravene til bemanning økt. Kvinneklinikk forutsettes å ha tilstedevakt av både leger i spesialisering og overlege innen gynekologi og obstetrikk. Det er også økt krav om tilstedeværelse av jordmor hos kvinner i aktiv fødsel. I tillegg benyttes, for risikogravide, kostbart engangsutstyr for overvåkning under fødsel. Kostnadene for opprustning av kvinneklinikken har vist seg å være langt høyere enn medfølgende finansiering. Problemstillingen er tidligere forelagt Helse Nord RHF.

Vaktordning nyrevakt/dialysevakt:

Innen indremedisin har Nordlandssykehuset etablert egen vaktordning med spesialist i nyresykdommer. Denne brukes hyppig av leger på Helgeland, både i primærhelsetjenesten, men hovedsaklig i spesialisthelsetjenesten. Det er ikke uvanlig at nyrevakt kontaktes og konfereres med gjennom store deler av en vakt ved kompliserte pasienter inneliggende ved Helgelandssykehuset HF. Det er anslått at ca 30 % av henvendelsen til nyrevakttelefon er fra Helgeland, men for å kvalitetssikre tallet trenges ytterligere gjennomgang og/eller registrering.

Vaktordning Psykisk helsevern:

Ved de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS) på Helgeland er det spesialister tilgjengelig kun på dagtid. På kveld, natt og helg benyttes ressursene ved Nordlandssykehuset HF av både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten på Helgeland.

Vaktordning barn, øye, ØNH, nevrologi, reuma:

Innen disse spesialitetene finnes ikke egne vaktordning ved Helgelandssykehuset HF. Også her er det vaktordningen ved Nordlandssykehuset HF som benyttes, men i noe mindre grad enn for nyremedisin og psykiatri.

Videre utfører spesialistene ved Nordlandssykehuset rådgiving av klinikere på dagtid innen f.eks onkologi, infeksjonsmedisin, lungemedisin, patologi, medisinsk mikrobiologi, klinisk kjemi.

Det pågår nærmere analyser av omfanget av ikke-finansierte sentralsykehusfunksjoner for å kartlegge kostnadsomfanget.

Underfinansiering er estimert til minst 10-20 mill kr. Foretaket har hatt en innledende dialog med Helse Nord RHF om dette forhold.

Gevinstanslag 2017: 10,0 mill kr.

6.1.19 Sykefraværstiltak

Pr oktober måned var sykefraværet i Nordlandssykehuset 8,3 %, hvorav korttidsfravær utgjorde 2,4 % og langtidsfravær 5,9 %. Sykefraværet varierer fra 3,4 % til 11,7 % på klinikknivå. Sykefraværet de siste tolv måneder er på 8,8 % (okt 15-okt 16). Måltallet på 7,5 % er derved ikke nådd.

Årsaker til sykefravær i Nordlandssykehuset er sammensatt og likt landet for øvrig. Muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser (sammensatt) er de to største gruppene, deretter annet fravær som er arbeidsrelatert (skader, smitte, konflikter etc) og ikke arbeidsrelatert fravær (alvorlige sykdommer, svangerskap). Noe sykefravær skyldes utfordringer i psykososialt arbeidsmiljø.

Det gjennomføres tiltak for å møte disse problemstillingene og redusere sykefraværet. Herunder nevnes:

- Medarbeiderundersøkelse (MU) som vil gi en tilstandsrapport i foretaket. MU følges opp i klinikkene og stabsavdelinger med presentasjon av resultater og handlingsplan. HR-avdelingen bistår i oppfølgingsarbeidet og handlingsplaner legges fram for arbeidsmiljøutvalget (AMU).
- Klinikkene har egne handlingsplaner med ulike tiltak med forebyggende fokus samt tett oppfølging gjennom tilretteleggende tiltak
- HR gir bistand til ledere til tett oppfølging av hyppig korttidsfravær og langtidsfravær
- Det er i 2016 gjennomført tre kurs i konflikthandtering, varsling og mobbing/trakassering for ledere, verneombud og tillitsvalgte. HR-avdelingen har gjennomført kurs i konflikthandtering og faktakartlegging for å handtere slike saker, samt bistå ledere i organisasjonen. Dette arbeidet videreføres i 2017

- Lederprogram for nye avdelingsledere, samt program for enhetsledere starter i februar 2017.
- HR-avdelingen deltar i ledermøter og personalmøter i klinikker og stabsavdelinger med tema sykefravær
- Gjennom hele 2017 skal HR-avdelingen ha månedlig lederarena der det tas opp ulike tema innen reduksjon av sykefravær og økt nærvær på arbeidsplassen
- Det gis klinikkvis orientering i AMU om klinikkens IA-arbeid og handlingsplaner for å redusere sykefraværet
- Spesielt fokus på sykefravær i Ambulansetjenesten. For noen stasjoner/områder har det vært gjennomført total gjennomgang og det er laget handlingsplan
- Utbyggingsprosjektet: Verneingeniør kurser alle arbeidere ift HMS slik at de blir best mulig i stand til å arbeide i et sykehus i drift (støy, støv, sikkerhet etc). Tett oppfølging av enheter i AB-blokk under utbygging
- Bistand fra Bedriftshelsetjenesten

Det forventes at klinikkene har god oversikt over typer sykefravær og årsaker slik at tiltak kan målrettes. Det forventes videre at klinikkene ved behov bestiller hjelp fra HR når det gjelder tett oppfølging av sykemeldte, behov for omplassering, samt avslutning av arbeidsforhold der alt er utprøvd.

6.2 Tiltaksplan pr klinikk

I tabell 2 presenteres oversikt over de tiltak som er utredet og fremlagt fra klinikkene i budsjettmøtene gjennom høsten 2016, samt klinikkens andel av gjennomgående tiltak presentert i kapittel 6.1.

Tabellen viser tiltak pr klinikk med estimert effekt i 2016, og risikovurdering av tiltakene ut fra behov for lederstøtte/oppfølgingsstøtte ifbm realisering.

Tabell 2: Tiltaksplan pr klinikk 2017

KLINIKK	Omstillingstiltak	Økonomisk helårseffekt 2017	Kostnadsreduksjon/inntektsøkning 2017		
AKUM	Aktivitetsstyrt ressursplanlegging leger	3 100	1 000	2 100	
AKUM	Reduksjon innleie leger Lofoten og Vesterålen	1 000	1 000		
AKUM	Intensiv Vesterålen - helårseffekt IKLV	1 100	1 100		
AKUM	Reduksjon overtid/innleie intensiv Bodø	825	825		
AKUM	Medisinsk materiell - intensiv Bodø	700	700		
AKUM	Samkjøring budsjettansvar AKUM/KIRORT	5 000		5 000	
AKUM	Øvrig effekt Aktivitetsstyrt ressursplanlegging i klinikken	2 000	1 000	1 000	
AKUM	Krav om økt effektivisering	1 300		1 300	
	Sum Akuttmedisinsk klinikk (AKUM)	15 025	5 625	9 400	0
DIAG	Krav om økt effektivisering	500	500		
	Sum Diagnostisk klinikk (DIAG)	500	500	0	0
HBEV	Økt utnyttelse operasjonskapasitet	200		200	
HBEV	Audiografpoliklinikk Vesterålen	470	470		
HBEV	Nettobesparelse reise søvnutredning Vesterålen	300	300		
HBEV	Kodekvalitet SKSD	1 000	1 000		
HBEV	Klinisk Skype	50	50		
HBEV	Pasientlogistikkarbeid	2 000	500	1 000	500
HBEV	Registrering KSF via SKSD	2 000	1 800	150	50
HBEV	Aktivitetsstyrt ressursplanlegging	1 000	200	600	200
	Sum Hode Bevegelse klinikk (HBEV)	7 020	4 320	1 950	750
KBARN	Arbeidsplan leger Vesterålen	300	300		
KBARN	Bemanningsplan og ferieplanlegging Fødeavdeling	400	200	200	
KBARN	Ambulering barneleger i arbeidsplan	265	265		
KBARN	Fast ansettelse gynekolog Lofoten	550	550		
KBARN	Medikamenter	785	785		
KBARN	Kodekvalitet SKSD	1 000	500	500	
KBARN	Klinisk Skype	50	50		
KBARN	Krav om økt effektivisering	320	160	160	
	Sum Kvinne Barn klinikk klinikk (KBARN)	3 670	2 810	860	0

Forts. tabell 2: Tiltaksplan pr klinikk 2017

KLINIKK	Omstillingstiltak	Økonomisk helårseffekt 2017	Kostnadsreduksjon/inntektsøkning 2017		
KIRORT	Kodeforbedring	1 000	500	500	
KIRORT	Langtidsplanlegging	1 500	1 000	500	
KIRORT	Reduksjon innleie - rekruttering Vesterålen	1 000	1 000		
KIRORT	Operasjonsmaterieill - nye anbud	1 000	1 000		
KIRORT	Farmasøyter i sengeenhetene og apotekerstyrt medisinrom	100	100		
KIRORT	iBedrift fra våre 2017/Redusert sykefravær	100		100	
KIRORT	Rekruttering ortoped/kirurger Bodø og Lofoten	2 000	1 500	500	
KIRORT	Diverse - materieill, sengetallsreduksjon mv	300	150	150	
KIRORT	Ikke reelle DKI-forløp	1 000	800	150	50
KIRORT	Klinisk overblikk - effektiv logistikk	500	400	100	
KIRORT	Kodekvalitet SKSD	5 000	4 000	500	500
KIRORT	Klinisk Skype	50	50		
KIRORT	Lege i Front	1 000	500	500	
KIRORT	Samkjøring budsjettansvar AKUM/KIRORT	5 000	2 000	2 000	1 000
KIRORT	Krav om økt effektivisering	1 050	200	800	50
	Sum Kirurgisk ortopedisk klinikk (KIRORT)	20 600	13 200	5 800	1 600
MED	Medikamenter	500	500		
MED	Endret beh. dialyse	500	500		
MED	Økte inntekter resp.enhet	687	687		
MED	Kodekontroll	428	428		
MED	Diverse tiltak	141	141		
MED	Klinisk overblikk - effektiv logistikk	500	400	100	
MED	Kodekvalitet SKSD	6 000	5 000	500	500
MED	Klinisk Skype	300	300		
MED	Lege i Front	1 000	500	500	
MED	Netto gevinst Døgnbasert Rehabilitering i Vesterålen	100		100	
MED	Pasientlogistikkarbeid	3 000	500	2 000	500
MED	Aktivitetsstyrt ressursplanlegging	3 000	1 000	1 500	500
MED	Krav om økt effektivisering	1 256	256	500	500
	Sum Medisinsk klinikk (MED)	17 412	10 212	5 200	2 000
PHR	Krav om økt effektivisering	1 000	1 000		
	Sum Psykisk helse og rus klinikk (PHR)	1 000	1 000	0	0
PREH	Ambulanseplan	8 200	1 500	6 700	
PREH	Klinisk overblikk - effektiv logistikk	500	500		
PREH	Lege i Front	200	100	100	
	Sum Prehospital klinikk (PREH)	8 900	2 100	6 800	0
DRIFT & EIEND	Videreføring kostnadsreduksjon	10 000	2 000	5 000	3 000
	Sum Senter for Drift og eiendom (D&E)	10 000	2 000	5 000	3 000
FELLESKOST	Pasientreiser - bedre styring/logistikk, samt effekt av andre tiltak	11 375	8 000	2 000	1 375
FELLESKOST	Fristbrudd	2 000	1 500	300	200
FELLESKOST	Gjestepasientkostnader	6 000	5 000	500	500
FELLESKOST	Vurderingsenhet rehabilitering i egen regi	4 000		4 000	
FELLESKOST	Finansiering av sentralsykehusfunksjoner	10 000	5 000	5 000	
	Sum Felleskostnader	33 375	19 500	11 800	2 075
SUM TOTAL		117 502	61 267	46 810	9 425

6.2.1 Akuttmedisinsk klinikk (AKUM)

AKUM har beregnet sin omstillingsutfordring til 17,5 mill kr i 2017. Klinikken har gjennom sin interne budsjettprosess identifisert tiltak på til sammen 6,7 mill kr, men som følge av nye kostnader blant annet til styrking av satsing innenfor intensiv vil netto effekt av disse bli redusert til om lag 2,5 mill kr.

Gjennom arbeidet med gjennomgående tiltak i foretaket har direktøren gitt AKUM klinikk i fellesskap med KIRORT klinikk ansvar for resultatforbedring innenfor operasjonsvirksomheten med minst 10 mill kr, der AKUMs andel er 5,0 mill kr (jf punkt

6.1.14). Videre har klinikken fått krav om reduksjon av personellkostnader med ytterligere 2,0 mill kr gjennom bedre ressursplanlegging i klinikken, samt generell effektivisering på 1,3 mill kr. Konkretisering og risikovurdering av disse tiltakene er under arbeid.

Ytterligere kostnadsreduksjon i 2017 vurderes ikke realiserbart ut fra de driftsutfordringer klinikken har pr i dag, og direktøren øker derfor budsjetttrammen med 7,0 mill kr i 2017.

6.2.2 Diagnostisk klinikk (DIAG)

Diagnostisk klinikk har gjennom 2016 hatt betydelige merinntekter som følge av aktivitetsvekst og innføring av nye analyser. En del av dette overskuddet vil i 2017 bli benyttet til styrking og stabilisering av bemanning, for å legge til rette for videre utvikling i klinikken. Videre vil 10 mill kr omfordeles til klinikker med store budsjettutfordringer i 2017.

Klinikken har gjennom de siste årene opplevd økende etterspørsel etter laboratorie- og radiologiske tjenester, og påfølgende økte kostnader. En stor del av kostnadene er knyttet til laboratoriemateriell, hvor en del av kostnadene gjelder laboratorieprøver vedrørende samme pasient som er rekvirert flere ganger. Innføring av Imatis pasienttavler vil gi bedre oversikt over rekvisisjoner som er sendt/mottatt fra lab og røntgen, og skal bidra til reduksjon av unødvendig forbruk.

I tillegg til allerede etablerte tiltak for å tilpasse drift til rammeforutsetningene i 2017 får klinikken et generelt effektiviseringskrav på 0,5 mill kr.

6.2.3 Hode bevegelse klinikken (HBEV)

HBEV klinikken har beregnet sin omstillingsutfordring for 2017 til 7,0 mill kr. Klinikken har gjennom sin interne budsjettprosess identifisert tiltak på nærmere 1 mill kr.

Gjennom arbeidet med gjennomgående tiltak i foretaket er det identifisert et potensiale i klinikken på ytterligere 5,5 mill kr, hvorav 2,5 mill kr gjelder inntektsøkning og om lag 3,5 mill kr kostnadsreduksjon. En stor del av inntektsøkningen gjelder inntekter fra aktiviteten innenfor den terapeutiske virksomheten. Foretaket fikk trekk i inntektene med over 6 mill kr i 2016, som er forutsatt kompensert gjennom inntekter fra koding av aktiviteten innenfor kliniske servicefunksjoner. Disse inntektene er i begrenset grad hentet inn i 2016. Gjennom etablering av senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD) vil oppmerksomhet rundt koding av disse konsultasjonene styrkes – og det legges til grunn at inntektene økes med minst 2 mill kr.

Etter oppdrag fra administrerende direktør startet klinikkledelsen våren 2016 opp prosess med reorganisering av klinikken. Bakgrunnen var at dagens organisering av klinikken ikke i tilstrekkelig grad synliggjorde hvem som hadde det enhetlige ansvaret for økonomi, fagutvikling og kvalitet i pasientbehandlingen innenfor hvert fagområde. Ny organisasjonsstruktur begynner nå å komme på plass, og det forventes at den nye organiseringen skal øke gjennomføringskraften i realisering av tiltak for effektivisering og omstilling i 2017. Det vurderes at klinikken har et potensiale på til sammen 3,0 mill kr i effektivisering innenfor området pasientlogistikk og aktivitetsstyrt ressursplanlegging.

6.2.4 Kvinne Barn klinikken (KBARN)

KBARN klinikken har beregnet sin omstillingsutfordring for 2017 til 13,7 mill kr. Klinikken har gjennom sin interne budsjettprosess identifisert tiltak på om lag 2,3 mill kr.

De største budsjettutfordringene i klinikken er knyttet til personell- og materiellkostnader for å imøtekomme kravene i «et trygt fødetilbud», inntektsreduksjon etter overgang fra døgn til dag og poliklinikk, samt inntektsvariasjon knyttet til nyfødte. Videre har klinikken økende kostnader for ivaretagelse av henteteam for nyfødte – en funksjon som også utføres for Helgelandssykehuset.

Innenfor gjennomgående tiltak er det for KBARN klinikken identifisert et potensiale på inntektsvekst på 1,0 mill kr ved kodeforbedring via SKSD og 0,05 mill kr innenfor klinisk skype. For øvrig forutsette klinikken å gjennomføre tiltak for 0,32 mill kr gjennom internt forbedringsarbeid.

Direktøren vurderer ikke ytterligere kostnadsreduksjon i 2017 som realiserbart ut fra de driftsutfordringer klinikken har pr i dag. Budsjetttrammen for KBARN klinikken økes derfor med 10,0 mill kr i 2017.

6.2.5 Kirurgisk ortopedisk klinikk (KIRORT)

KIRORT klinikk har beregnet sin omstillingsutfordring for 2017 til 25,6 mill kr. Klinikken har gjennom sin interne budsjettprosess identifisert tiltak på 7,0 mill kr.

Gjennom arbeidet med gjennomgående tiltak i foretaket er det identifisert et potensiale i klinikken på ytterligere 12,55 mill kr, hvorav 5,0 mill kr gjelder KIRORT klinikk sin andel av felles ansvar for resultatforbedring innenfor operasjonsvirksomheten. Det er videre identifisert et potensiale på minst 1,0 mill kr inntektsvekst ved endret koding av «ikke relle DKI-forløp», 5,0 mill kr i inntektsvekst gjennom kodeforbedring via SKSD, samt 0,05 mill kr fra klinisk skype. Av effektiviseringstiltak forutsettes at klinikken oppnår kostnadsreduksjon med 1,0 mill kr ved innføring av lege i front, og 0,5 mill kr gjennom effekten av klinisk overblikk/effektiv logistikk. Klinikken får videre krav om realisering av ytterligere 1,05 mill kr gjennom internt forbedringsarbeid.

Direktøren vurderer ikke ytterligere kostnadsreduksjon i 2017 som realiserbart ut fra de driftsutfordringer klinikken har pr i dag. Budsjetttrammen for KIRORT klinikk økes derfor med 5,0 mill kr i 2017.

6.2.6 Medisinsk klinikk (MED)

MED klinikk har beregnet sin omstillingsutfordring for 2017 til 35,9 mill kr. Klinikken har gjennom sin interne budsjettprosess identifisert tiltak på om lag 2,3 mill kr.

Gjennom arbeidet med gjennomgående tiltak i foretaket er det identifisert et potensiale i MED klinikk på ytterligere netto 12,4 mill kr, hvorav 6,0 mill kr er inntektsvekst gjennom kodeforbedring via SKSD og 0,3 mill kr ved innføring av klinisk skype. Det forventes videre kostnadsreduksjoner/effektivisering gjennom innføring av klinisk overblikk og effektiv logistikk med 0,5 mill kr, bedre pasientlogistikk med 3,0 mill kr og aktivitetsstyrt ressursplanlegging med 3,0 mill kr. Etablering av døgnbasert rehabilitering i Vesterålen forventes å gi klinikken en netto gevinst på 0,1 mill kr (øvrig gevinst av dette tiltaket synliggjøres gjennom reduserte gjestepasientkostnader/kjøp fra private). Klinikken vil få en

sentral rolle ved etablering av «lege i front», dette tiltaket innebærer en netto kostnad på 0,5 mill kr for MED klinikk – mens det økonomiske resultatet for foretaket samlet vil være positivt. Klinikken får videre krav om realisering av ytterligere 1,26 mill kr gjennom internt forbedringsarbeid.

MED klinikk igangsatte våren 2016 en omorganiseringsprosess, jf styresak 7-2016. Bakgrunnen for omorganiseringen var, tilsvarende som for prosessen i HBEV klinikk, at dagens organisering av klinikken ikke i tilstrekkelig grad synliggjorde hvem som hadde det enhetlige ansvaret for økonomi, fagutvikling og kvalitet i pasientbehandlingen innenfor hvert fagområde. Omorganiseringen av klinikken er vurdert å være avgjørende både for å få gjennomført den øvrige delen av tiltaksplanen som forutsatt, samt for å komme videre i arbeidet med de uløste utfordringene. Ny organisasjonsstruktur begynner nå å komme på plass, og det forventes at den nye organiseringen skal øke gjennomføringskraften i realisering av tiltak for effektivisering og omstilling i 2017.

Direktøren vurderer ikke ytterligere kostnadsreduksjon i 2017 som realiserbart ut fra de driftsutfordringer klinikken har pr i dag. Budsjetttrammen for MED klinikk økes derfor med 20,0 mill kr i 2017.

6.2.7 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 2,7 mill kr for 2017. I tillegg reduseres budsjettet med ytterligere 1,0 mill kr som er PHR klinikkens andel av trekk i basisrammen som følge av kvalitetsbasert finansiering (KBF).

Klinikken hadde positivt budsjettavvik ved utgangen av oktober på 12,3 mill kr. Fra 2017 får klinikken tilført 3 nye regionale funksjoner. Dette er regional psykoseenhet, regional enhet for behandling av psykisk lidelse hos pasienter med psykisk utviklingshemming, samt regional kompetansetjeneste for arbeid og psykisk helse. For de to sistnevnte funksjonene tilføres klinikken til sammen 6,9 mill kr gjennom basisrammen, og 1,7 mill kr forutsettes finansiert av foretaket selv gjennom bruk av foretakets frie midler. Den regionale psykoseenheten er finansiert innenfor inntektsfordelingsmodellen med 9,0 mill kr, dvs at trekket i inntektsfordelingsmodellen på 2,7 mill kr ville vært på 11,7 mill kr uten denne funksjonen. Klinikken har så langt i budsjettarbeidet meldt at drift i 2017 tilpasses justerte budsjettforutsetninger, men at rammeforutsetningene er utfordrende.

6.2.8 Prehospital klinikk (PREH)

PREH klinikk har beregnet sin omstillingsutfordring for 2017 til 13,5 mill kr. Hovedtiltaket i klinikken er realisering av forutsatte effekter av ny ambulanseplan med 8,2 mill kr.

Gjennom arbeidet med gjennomgående tiltak i foretaket er det identifisert et potensiale i PREH klinikk på ytterligere 0,7 mill kr, der 0,5 mill kr er effekter av klinisk overblikk og logistikk og 0,2 mill kr fra Lege i front.

Direktøren vurderer ikke ytterligere kostnadsreduksjon i 2017 som realiserbart ut fra de driftsutfordringer klinikken har pr i dag. Budsjetttrammen for PREH klinikk økes derfor med 4,6 mill kr i 2017.

6.2.9 Senter for drift og eiendom

Senter for drift og eiendom hadde et positivt budsjettavvik ved utgangen av oktober på 11 mill kr. Årsaken til det positive resultatet er at vedlikeholdsarbeid har vært sterkt begrenset som ledd i reduksjon av foretakets kostnadsnivå i 2016, samt at strømprisene har vært lave.

Som ledd i å balansere foretakets driftsbudsjett i 2017 velger direktøren å videreføre reduksjon i vedlikehold også i kommende driftsår, samt skjerpe resultatkravet. Budsjettet til senter for drift og eiendom reduseres derfor med ytterligere 10 mill kr i 2017.

Realisering av dette tiltaket er beheftet med stor usikkerhet – ettersom kritisk vedlikehold vanskelig kan utsettes. Videre er det usikkerhet rundt utviklingen innenfor energipriser, matvarepriser mv i perioden fremover.

Konsekvensen av tiltaket vil være svært begrenset mulighet til å drive preventivt vedlikehold på bygningsmassen. Videre vil vedlikehold på boliger, endringer og tilpasninger i nye bygg samt brukerstyrt utvikling stilles i bero i 2017.

6.2.10 Stabsavdelinger

Omstillingsutfordringer i stabsavdelingene vil håndteres gjennom generelle effektiviseringstiltak. Det er så langt ikke varslet om uløste utfordringer ut over området pasientreiser. I 2017 vil pasientreisekostnadene, ekskl drift av pasientreisekontoret, skilles ut på eget ansvarsområde.

6.3 Andre tiltak

Andre aktuelle områder som er under forberedelse eller implementering, og som forventes å gi ytterligere kostnadseffektivisering i kommende år (2017-2018):

6.3.1 Talegjenkjenning

I løpet av høsten 2014 ble det gjennomført en pilot på talegjenkjenning i kvinne/barn klinikken. Talegjenkjenning (TGK) 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 kunne rapportere om 10-15 diktater til skriving mot tidligere 400-600.

Man ser i tillegg til frigjort tid for merkantile ressurser at pasientrelaterte dokumenter raskere kan tilgjengeliggjøres og dermed bidra til å heve pasientsikkerheten. Ref. økte krav til tilgjengelighet på dokumenter som følge av HOS prosjektet og Innsyn i egen journal. Det meldes fra klinikker om at man med talegjenkjenning kan tilby pasienten poliklinisk epikrise samme dag og beskjeder kommer raskere frem til samarbeidspartnere internt og eksternt. TGK programvaren gir ekstragevinst i forhold til tidsbruk pr. dokument da det er enklere å lage seg maler/dokumentstandarder i talegjenkjenning enn det er f.eks. i Dips.

I januar 2016 startet implementering i Hode-/bevegelsesklinikken til leger og noen fysioterapeuter. I perioden 2016-2017 planlegges utrulling av talegjenkjenning til kirurgisk ortopedisk klinikk.

Det har sommeren 2016 blitt jobbet frem og signert en driftsavtale med Helse Nord IKT som trådte i kraft medio september 2016. Denne avtalen omfatter både teknisk og funksjonell support. Andre avtaler med sikte på å ivareta øvrig forvaltning av Talegjenkjenning (slik som lisensoppfølging, opplæring, rapportering og ordbokforvaltning) forventes å være på plass 1. januar 2016.

Det er til nå utløst ca. 85 lisenser i Nordlandssykehuset fordelt på følgende fagområder: fysioterapi, nevrologi, reumatologi, kirurgi, ortopedi, kvinne og barn. For å få på plass resten av kirurgisk ortopedisk klinikk planlegger man uttak av ca. 35 lisenser til i 2017.

Talegjenkjenning er i samråd med direktør implementert i klinikkene som enkeltstående klinikkvise prosjekter initiert og gjennomført av og i klinikkene selv, med støtte fra Seksjon for prosessstøtte.

6.3.2 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.

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 pleierressurser 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 pleierressursene i Nordlandssykehuset. En arbeidsgruppe jobber nå med å kartlegge pasientflyt og bruken av pleierressurser i fire sengeposter i medisinsk klinikk, og forventer å foreslå konkrete tiltak i andre kvartal i 2017. Det er grunn til å anta at det er et potensiale for å redusere liggetid og korridorpasienter, men på dette tidspunkt i prosessen er det for tidlig å forsøke å estimere en eventuell økonomisk gevinst ved dette arbeidet.

7. VIDERE OMSTILLING

Jamfør bærekraftsanalysen vil netto effektiviseringskrav øke med ytterligere 80 mill kr i perioden 2018-2020. En del av dette effektiviseringskravet forventes håndtert gjennom helårseffekter av tiltak som gjennomføres i 2017, særlig omfatter dette gjennomgående tiltak.

Det videre omstillingsarbeidet vil ta utgangspunkt i tiltakene beskrevet i kapittel 6 og videreføring/videreutvikling av disse. Arbeidet med dimensjonering av virksomheten – jamfør analyser knyttet til SAMDATA-rapportering – vil fortsette gjennom nærmere analyser av de ulike klinikker og fagområder. Resultatene av dette arbeidet vil legge grunnlag for omstilling og rammefordeling i virksomheten fra 2018.

Som del av videre omstillings- og analysearbeid vil også kostnader til og finansiering av sentralsykehusfunksjoner og undervisningsoppgaver være sentralt.

8. RISIKOVURDERING TILTAKSPLAN 2017

Tiltakene som fremgår av tabell 2 i kapittel 6.2 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 117,5 mill kr er 52 % av tiltakene vurdert innenfor grønt område med høy sikkerhet for realisering da disse anses som godt gjennomarbeidet og forankret. 40 % av tiltakene vil ha behov for noe mer lederstøtte og oppfølging for å realisere gevinst i 2017, mens de siste 8 % av tiltakene vil ha behov for aktiv oppfølging fra klinikkledelsen.

Av de tiltak som så langt er redegjort for i tiltaksplan for 2017 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 inneholder så langt ikke tiltak som innebærer oppsigelser av faste stillinger. Reduksjon i personellressurser omfatter hovedsakelig reduksjon i variabel lønn/overtid. I den grad tiltak vil omhandle reduksjon i faste årsverk vil de ansatte bli ivaretatt i tråd med foretakets retningslinjer.

9. AKTIVITET

Statsbudsjettet legger opp til en aktivitetsvekst på nasjonalt nivå på om lag 2,1 %. Helse Nord tilrår at planlagt aktivitetsvekst i foretakene fremdeles skal innrettes mot områder med lange ventetider, fristbrudd og gjennomføring av fagplanene. Også i 2017 er det krav til større vekst innen TSB og psykisk helsevern enn i somatisk sektor. Helse Nord vil stille krav til helseforetakene om sterkere vekst innen psykisk helsevern og TSB, og et generelt krav om fjerning av fristbrudd og reduksjon av ventetid. Dekningen innen TSB er lavere i Helse Nord enn landet for øvrig. Helse Nord vil derfor særlig øke veksten innenfor poliklinisk aktivitet i TSB.

9.1 Somatikk

Tabell 3: Planlagt DRG-aktivitet somatikk 2017

Planlagt DRG aktivitet i 2017				
Totalt heldøgn, elektive pasienter, polikliniske dagpasienter og poliklinikk				
	Aktivitet 2015	Plan 2016	Prognose 2016	Plan 2017
Antall DRG-poeng	34 065,84	35 542,39	34 539,20	35 464,01
Herav gjestepas	272,0	427,7	305,0	326,5

Som det går frem av tabell 3 planlegges en økning i somatisk aktivitet i forhold til prognosen for 2016, men det blir en reduksjon i forhold til plan for 2016. Reduksjonen gjelder i hovedsak innenfor heldøgn aktivitet. Dette gjelder hovedsakelig klinikkene KBARN (justering planindeks nyfødtintensiv) og HBEV. 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 2017 i klinikkene.

Tabell 4: Planlagte avdelingsopphold somatikk 2017

Planlagte avdelingsopphold				
Totalt heldøgn, elektive pasienter, polikliniske dagpasienter og poliklinikk				
	Aktivitet 2015	Plan 2016	Prognose 2016	Plan 2017
heldøgn	25 239	25 011	24 906	24 959
innlagt dag	7 459	7 888	6 953	7 147
poliklinisk dag	11 039	12 921	12 579	13 245
poliklinikk	126 890	134 182	137 748	143 387

Plantall 2017 for antall heldøgnopphold og innlagt dag er justert litt ned fra plantall 2016. Dette gjelder i hovedsak KBARN klinikken hvor plantall for heldøgnopphold på føden i Lofoten er redusert. Nedgang i døgnbehandling gjelder MED og HBEV, som gjelder omlegging etter HOS prosjektet. Denne aktiviteten føres nå som poliklinikk.

Poliklinisk dagbehandling og polikliniske konsultasjoner økes både i forhold til aktivitet og plantall 2016. Det er lagt opp til økning i polikliniske konsultasjoner ved samtlige klinikker i 2016 (MED klinikk med 3343 konsultasjoner, KIRORT med 2581 konsultasjoner, HBEV med 1938 konsultasjoner og KBARN med 1295 konsultasjoner).

9.2 Psykisk helse og rus

Tabell 5: Planlagt aktivitet psykisk helse og rus 2017

	Aktivitet 2015	Plan 2016	Prognose 2016	Plan 2017
BUP				
utskrivninger	129	118	146	126
Liggedøgn	3 022	2 900	3 211	2 900
pol.konsultasjoner	22 695	26 570	24 960	26 570
VOP				
utskrivninger	1 608	1 680	1 435	1 639
Liggedøgn	36 253	39 025	34 319	38 454
pol.konsultasjoner	35 334	40 477	42 785	44 380

Plantall for barne- og ungdomspsykiatri videreføres på samme nivå som i 2016. Dette gjelder også polikliniske konsultasjoner selv om prognosen for 2016 er noe lavere.

Tall for voksenpsykiatri er justert noe i forhold til 2016. På akuttpsykiatrisk avdeling forventes en nedgang i antall innleggelse etter etablering av ny vakttelefon/AAT. Det medfører også reduksjon i liggedøgn (men gjennomsnitt liggetid forventes å øke litt da portvaktfunksjonen stopper de korte innleggelsene). I tillegg er det økning i plantall for polikliniske konsultasjoner ved LAR og ambulant akutteam på Salten Psykiatrisk Senter. Dette er som følge av utvidelse av LAR og utvidet arbeidstid ambulant akutteam.

For øvrig er det noen mindre andre justeringer i forhold til 2016.

10. INVESTERINGER

Styret i Helse Nord RHF behandlet i styremøte, den 15. juni 2016 *styresak 72-2016 Plan 2017-2020, inkl. rullering av investeringsplan 2017 - 2024*. Av Helse Nords samlede investeringsramme disponerer Nordlandssykehuset 397,7 mill kr i 2017.

Tabell 6: Vedtatt investeringsramme i 2017

Investeringsramme NLSH 2017	(mill kr)
Modernisering NSLH, Bodø fase 2-5	280,0
Forskningslaboratorium	2,7
MTU, ambulanser, rehab, KLP, ENØK med mer	115,0
Sum NLSH	397,7

Byggeprosjektene

Nordlandssykehuset har en ubrukt investeringsramme på om lag 93 mill ved utgangen av 2016 som følge av investeringsmidler fra tidligere år som er tildelt prosjekter, men som av ulike årsaker ikke er benyttet. Av disse forventes det at 65 mill vil bli brukt i 2017 og kommer i tillegg til vedtatt ramme for 2017 på 397,7 mill kr. Samlede investeringer i 2017 blir da om lag 463 mill. Summen fordeler seg med 324 mill til de store byggeprosjektene og resterende til mindre investeringer i utstyr o.l.

Øvrige investeringer

Investeringsrammen til styrets disposisjon er fastsatt til 117,7 mill kr i 2017. 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 av denne investeringsrammen er bundet til egenkapitalinnskudd i KLP.

11. LIKVIDITET

Likviditetsbudsjettet for 2017 fremgår av tabell 7 nedenfor. Nordlandssykehuset forventes å ha en inngående negativ likviditet eksklusive skattetrekkkonto på om lag 323 mill kr i januar 2017. Under forutsetning av balanse i drift og at investeringsplan følges vil det være tilstrekkelig likviditet for 2017.

Investeringene, som er nærmere beskrevet i avsnitt over, finansieres i hovedsak gjennom låneopptak på 400 mill. I tillegg kommer årets avskrivninger på 233 mill, som gir foretaket en styrket likviditet ved utgangen av 2017. For 2017 vil IB lån være 3160 mill kr og UB 3471 mill kr, forutsatt låneopptak på 400 mill i 2017.

Differansen mellom pensjonskostnad og – premie utgjør 15 mill kr for 2017, noe som påvirker likviditeten negativt. Dette er et forhold som kan endre seg når siste aktuarberegning mottas.

Tabell 7: Likviditetsbudsjett 2017 (i 1000 kr)

Likviditetsbudsjett 2017 (mill kr)	
Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	
Budsjettert resultat	5
Ordinære avskrivninger	233
Diff pensjonskostnad/premie	-15
Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	223
Kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	
Ubrukte investeringsrammer 2002-2016 estimat	-93
Investeringsbudsjett 2017	-398
Estimat ubrukt investeringsramme pr 31.12.17	28
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-463
Kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	
Innbetaling ved opptak av ny langsiktig gjeld	400
Avdrag Lån	-89
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	311
Netto endring i kontanter 01.01.2017-31.12.2017	71
IB 01.01.2017	-323
UB 31.12.2017	-252
Trekkramme	-500
Estimat ubenyttet trekkramme	248

12. OPPFØLGING AV BUDSJETT OG TILTAKSPLAN

12.1 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 stedfortrederer 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.

12.2 Oppfølging på klinikk/avdelings/enhetsnivå

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 månedlige oppfølgingsmøter mellom administrerende direktør og klinikkledelse.

I 2017 vil direktøren utvide oppfølgingen av virksomheten til også å omfatte månedlige møter der klinikkens ledergrupper møtes samlet for å gjennomgå siste måneds måloppnåelse pr klinikk og i sum for foretaket. Dette opplegget skal bidra til å sikre sammenhengen mellom strategiske målsettinger og daglig handling på operasjonelt nivå.

Ledere på alle nivåer vil i større grad holdes ansvarlig for å bli fulgt opp på resultatene innenfor sine ansvarsområder, både innenfor økonomi, kvalitet og pasientsikkerhet. Et sentralt verktøy i dette arbeidet er foretakets virksomhetsportal, som er basert på anerkjente rammeverk for mål- og resultatstyring.

13. BUDSJETT 2017

I tabell 9 fremgår budsjett for Nordlandssykehuset HF for 2017 med resultatkrav på 5 mill kr.

Tabell 9: Budsjett Nordlandssykehuset HF 2017

Tall i hele 1000	Regnskap 2015	Vedtatt budsjett 2016	Justert budsjett 2016	Prognose 2016	Vedtatt budsjett 2017
Basisramme	-3 001 381	-3 149 605	-3 014 805	-3 014 805	-2 954 707
Kvalitetsbasert finansiering	-16 520	-20 465	-20 390	-20 390	-10 195
ISF egne pasienter	-760 686	-807 803	-814 558	-809 000	-864 995
Kommunal medfinansiering	-11 672	0	0	0	0
ISF av biologiske legemidler utenfor sykehus	-38 612	-37 004	-37 004	-45 000	-56 994
Gjestepasientinntekter	-15 957	-14 447	-14 447	-15 000	-11 447
Polikliniske inntekter	-107 210	-106 923	-107 995	-139 000	-102 402
Utskrivningsklare pasienter	-4 366	-4 500	-4 500	-4 000	-4 500
Raskere tilbake	-4 587	-5 281	-5 281	-4 600	-5 317
Andre øremerkede tilskudd	-15 037	0	-394	-14 000	0
Andre inntekter	-155 859	-149 200	-151 834	-151 000	-154 889
Driftsinntekter	-4 131 887	-4 295 227	-4 171 207	-4 216 795	-4 165 445
Kjøp av offentlige helsetjenester	177 561	165 487	156 856	175 000	159 529
Kjøp av private helsetjenester	76 042	69 624	68 543	86 000	79 033
Varekostnader knyttet til aktivitet	426 802	421 457	465 753	496 000	429 931
Innleid arbeidskraft (fra firma)	48 378	23 561	26 767	49 000	28 148
Lønn til fast ansatte	1 687 164	1 819 080	1 712 319	1 729 000	1 799 873
Vikarer	175 564	103 469	175 047	183 000	175 332
Overtid og ekstrahjelp	103 086	109 424	109 409	112 000	111 354
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift av pensjon	538 837	554 452	411 242	411 000	399 413
Offentlige tilskudd og ref. vedr arbeidskraft	-124 085	-107 403	-125 833	-125 000	-126 350
Annen lønn	162 463	178 236	182 952	164 000	181 061
Sum lønn og innleie	2 591 407	2 680 819	2 491 903	2 523 000	2 568 831
Avskrivninger	219 674	216 500	231 893	232 000	232 518
Nedskrivninger	432	0	0	9 937	0
Andre driftskostnader	657 585	692 615	705 198	705 000	649 230
Årsresultat	0	0	0	0	0
Driftsutgifter	4 149 503	4 246 503	4 120 146	4 226 937	4 119 073
Driftsresultat	17 616	-48 724	-51 061	10 142	-46 372
Finansinntekter	-2 745	-2 879	-2 879	-2 000	-1 879
Finanskostnader	50 625	46 602	48 941	44 000	43 252
Finansielle poster	47 880	43 724	46 063	42 000	41 373
Ordinært resultat	65 496	-5 000	-5 000	52 142	-5 000

VEDLEGG: Inntektsrammer – sak 114-2016 Helse Nord RHF

Basisramme 2017	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Vedtatt basisramme 2016 - per oktober 2015	1 361 333	300 191	1 586 495	5 093 238	3 120 621	1 419 294	12 881 171
Budsjettforlik		-11 864					-11 864
Nasjonal inntektsmodell		-33 000					-33 000
Forventet realvekst		130 000					130 000
Forskning	37 000			-33 000	-4 000		0
Oppdatering inntektsmodell somatikk			2 470	3 045	9 527	-15 043	0
Oppdatering inntektsmodell psykisk helse/innfasing		-10 000		4 000	-4 000	8 000	0
Oppdatering inntektsmodell rus			48	-4 876	1 314	3 513	0
Reserver og avslutning prosjekter RHF	-23 500	23 500					0
Effektivisering RHF	-1 000	1 000					0
Inndraging HF engangstilskudd - nødnett		8 708	-2 240	-3 778	-2 690		0
Inndraging tilskudd - NST		4 000		-4 000			0
Inndraging HF engangstilskudd - URE helseteam		1 400		-700	-700		0
Inndraging kompensasjon FIKS-deltakelse		18 000	-2 837	-7 698	-4 679	-2 786	0
Funksjonell forvaltning klinisk IKT	10 000	-10 000					0
Forvaltning IKT EPJ i HF		-8 000	1 261	3 421	2 080	1 238	0
Styrking HF		-15 000	2 529	6 031	4 194	2 244	0
Kapitalkompensasjon NLSH Bodø/Finnmark Kirkenes		-38 000	15 000		23 000		0
Økt tilbud innen gastro/koloskopier NLSH		-2 500			2 500		0
Forvaltningskostander Helse Norge/pasientens innsyn i egen journal	7 000	-7 000					0
Medisinerutdanning, herunder kombinasjonsstillinger UNN/FINNMARK		-10 700	9 800		900		0
Tiltak plan psykisk helse og rus	1 600	-17 600	349	14 778	555	318	0
PET senter oppstart støtte og fullfinansiering		-2 000		2 000			0
Flyseteavgift		-15 000	4 437	3 671	4 362	2 530	0
Astma allergisenter UNN		-2 900		2 900			0
Prosjekt Samvalg		-8 200		8 200			0
KORSN kompetanse		-250		250			0
KORSN antibiotikaresistens	-1 000			1 000			0
Styrking drift kvalitetsregistre		-550		550			0
Delfinansiering professorstilling PHBU		-350		350			0
Styrking drift kvalitetsregistre spiseforstyrrelser		-500			500		0
Samisk helsepark idefase		-1 000	1 000				0
Fri realvekst		-28 350	1 000	17 050	10 300		0
LIS-stillinger Anestesi UNN/NLSH		-2 400		1 200	1 200		0
Styrke regional pasientsikkerhet		-1 000			1 000		0
Rituell omskjæring		-1 200	189	513	312	186	0
Rekrutteringsprogram Helgeland		-3 000				3 000	0
Utviklingsprosjekt Helgeland		-6 000				6 000	0
Felleseide selskap	20 700	-20 700					0
Avslutning FIKS	1 000	-1 000					0
Klinisk farmasi, krav til effektivisering	3 000		-473	-1 283	-780	-464	0
Pasientreiser, krav til effektivisering		2 000	-592	-489	-582	-337	0
Legemidler, krav til effektivisering		10 000	-1 576	-4 277	-2 599	-1 548	0
ERL, krav til effektivisering		2 000	-315	-855	-520	-310	0
Styramme Helse Nord RHF	1 416 133	242 735	1 618 546	5 101 242	3 161 816	1 425 836	12 966 307

