



## **Styresak 105-2017**

### **Budsjett 2018**

Saksbehandler: Gro Ankill, Beate Sørslett, Marit Barosen  
Dato dok: 05.12.2017  
Møtedato: 12.12.2017  
Vår ref: 2017/1942

Vedlegg (t): Utredning Budsjett 2018

Vedlegg (ikke t): [Styresak 081-2017 Budsjett 2018 – status i arbeidet og oppdatert bærekraftsanalyse](#)  
[Styresak 019-2017 Rullering av plan for drift og investering 2018-2025 inkl oppdatert bærekraftsanalyse m vedlegg](#)  
[Styresak 54-2017 Plan 2018-2021, inkl rullering av investeringsplan 2018-2025 i Helse Nord](#)  
[Styresak 109-2017 Budsjett 2018 foretaksgruppen – rammer og føringer i Helse Nord](#)

### **Innstilling til vedtak:**

1. Styret viser til saksutredningen og vedtar det fremlagte budsjettet for 2018 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 2018 med premisser for drift og investeringer.

Premissene for budsjettarbeidet er lagt av Helse Nord gjennom styresakene 54-2017 *Plan 2018-2021, inkl rullering av investeringsplan* og 109-2017 *Budsjett 2018 Foretaksgruppen - rammer og føringer*. Styresak 109-2017 fra Helse Nord RHF legger de endelige rammene for budsjettåret 2018, og er grunnlag for budsjettforslaget som legges frem i denne saken. I saksfremlegget nedenfor gis en oppsummering av de utfordringer vi står ovenfor i 2018 og de nærmeste årene, og hvordan disse foreslås løst. I vedlegget «Utredning budsjett 2018» redegjøres nærmere for grunnlag og vurderinger for budsjett 2018.

## Oppsummering:

### Bærekraft og omstillingsutfordring

Nordlandssykehusets netto omstillingsutfordring for 2018 er estimert til om lag 103 mill kr.

| <b>OMSTILLINGSUTFORDRING 2018</b>                           |             |
|-------------------------------------------------------------|-------------|
| Budsjettavvik - årsprognose 2018                            | <b>-30</b>  |
| Endringer i inntektsmodeller                                | -8          |
| Trekk midler effektiviseringskrav, forvaltning IKT/EPJ, KPP | -4          |
| Endring kvalitetsbasert finansiering                        | -4          |
| Økte kostnader HN IKT investeringer (FIKS mv)               | -22         |
| Nødnett                                                     | -2          |
| Økte avskrivninger                                          | -3          |
| Nye kostnader/reduerte inntekter klinikk/stab               | -90         |
| Økte kostnader/trekk inntekter                              | <b>-134</b> |
| Overgangsordning mva                                        | 7           |
| Finansiering tiltak psykiatri                               | 3           |
| Reduksjon rentekostnader                                    | 10          |
| Kapitalkompensasjon                                         | 10          |
| Realvekst                                                   | 10          |
| Økt inntekt jf endring DRG-logikk                           | 22          |
| Økte inntekter/reduerte kostnader                           | <b>61</b>   |
| <b>Uløst utfordring 2018 - før tiltak</b>                   | <b>-103</b> |

Netto omstillingsutfordring i 2018 innebærer et effektiviseringskrav på om lag 2,4 % av brutto budsjett for virksomheten. Som følge av ferdigstilling av siste del av byggprosjektet i Bodø, vil netto effektiviseringskrav øke med 50 mill kr i 2019, dvs om lag 3,5 % av brutto budsjett.

Nordlandssykehuset har i 2017 et brutto budsjett på nærmere 4,15 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. 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.

### Omstillingsarbeidet

Utgangspunktet for budsjettforberedelsene for 2018 i den enkelte klinikk og stab har vært budsjett 2017 med tilhørende aktivitetsforutsetninger. Det enkelte virksomhetsområde har utarbeidet omstillingsutfordring for 2018 basert på prognose for 2017 og effekter av kjente endringer i 2018. Omstillingsutfordring i den enkelte klinikk/stab har vært lagt til grunn for tiltaksarbeidet.

Gjennomgang pr klinikk av status drift ihht planrammer hittil i år, prognose for 2017, omstillingsutfordring og endringer gjennom året har identifisert behov for justering av rammefordeling mellom klinikkene. For at budsjettet skal kunne fungere som et godt styringsverktøy på klinikk- og enhetsnivå bør det i best mulig grad reflektere den planlagte driften innenfor rammebetingelsene i budsjettperioden. Rammefordelingen vil vurderes på nytt når tiltak med gevinst lenger frem i tid realiseres. Endring i rammer for 2018 fremgår av kapittel 7 i utredningen.

Som følge av reduksjon i sengetall i Bodø på grunn av rokadene knyttet til ombyggingen av sykehuset i Bodø, har flere av klinikkene varslet om utfordringer i forhold til å nå plantall for aktivitet eller ønsket økning i aktivitet. Videre opplever klinikkene generelt 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. Tiltak for driftstilpasning som så langt er identifisert i klinikkene er ikke tilstrekkelige for å løse budsjettutfordringen for 2018.

Parallelt med tiltaksarbeidet i den enkelte klinikk er det arbeidet videre med gjennomgående/foretaksovergripende tiltak som forventes å gi gevinst for foretaket samlet. Disse er beskrevet under punkt 7.2 i utredningen. Klinikkenes tiltaksplaner inkl andel av gjennomgående tiltak er beskrevet under punkt 7.1.

Direktøren har besluttet rammejustering mellom klinikker/stabsavdelinger også i 2018, og fordeler om lag 30 mill kr til klinikkene delvis knyttet til økte medikamentkostnader og delvis knyttet til økt aktivitet på utvalgte områder. Endring i ramme fremgår av kapittel 7.

Det vil i 2018 gjøres endring i rammefordelingen mellom klinikkene som følge av justering i ISF-satsene, særlig mellom kirurgiske og medisinske DRG-er. I utgangspunktet skal denne justeringen gjøres «budsjettneutral» mellom klinikkene.

Tiltaksarbeidet i den enkelte klinikk har ikke gitt tilstrekkelig effekt for å løse den økonomiske utfordringen i 2018, og det gjenstår behov for ytterligere kostnadsreduksjon med om lag 20 mill kr.

Det videre omstillingsarbeidet vil ta utgangspunkt i tiltakene beskrevet i utredningens kapittel 6 og 7, og videreføring/videreutvikling av disse. Administrerende direktør har i disse dager igangsatt arbeid mht utredning av endret organisering innenfor det operative området. Utredningen skal primært se på organiseringen mellom AKUM og KIRORT, og hvordan ulike organisatoriske endringer kan forbedre ressursutnyttelsen innenfor det operative området. Utredningen skal også drøfte hvordan slike endringer kan innvirke på ressursutnyttelsen for øvrige klinikker med operativ aktivitet. Det vil bli vurdert om annen organisering også innenfor andre områder av virksomheten skal utredes for å oppnå bedre ressursutnyttelse.

Kostnader til og finansiering av sentralsykehusfunksjoner og undervisningsoppgaver er et annet område som vil være sentralt i det videre arbeidet med driftstilpasning. Arbeidet med oppdatering av regional inntektsfordelingsmodell forventes å bidra til klargjøring av premissene for finansiering av regionale funksjoner.

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. Nordlandssykehuset er pr i dag i full gang med oppgradering av sengepostområdene i høyblokka i Bodø. Som følge av dette er kapasiteten i høyblokka halvert, og dette vil være situasjonen frem til ferdigstilling i 2020.

Vi arbeider videre med løsning av restutfordringen på 17 mill kr. Dersom denne ikke lar seg løse gjennom nye tiltak eller økt gevinst på eksisterende tiltak, må det iverksettes kortsiktige tiltak, som blant annet kan omfatte betydelig begrensning av kurs-/reisevirksomhet, også når det gjelder faglig oppdatering, samt utsette ansettelser ved vakans i stillinger innenfor administrative områder.

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

Helse Nord har satt av 427 mill kr til investeringer i Nordlandssykehuset i 2018.

Likviditeten i 2018 vil være tilstrekkelig forutsatt drift og investeringer som skissert i budsjettforslaget, samt låneopptak på 250 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 2018 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 105-2017

## Utredning Budsjett 2018

---

### Innhold

|                                                                                                                                             |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. INNLEDNING.....                                                                                                                          | 4  |
| 2. PREMISSE FRA EIER .....                                                                                                                  | 4  |
| 2.1 Aktivitet .....                                                                                                                         | 5  |
| 2.2 Økonomisk resultatkrav.....                                                                                                             | 5  |
| 2.3 Endringer i inntektsrammer .....                                                                                                        | 5  |
| 2.3.1 Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform/styrking av ramme .....                                                                 | 5  |
| 2.3.2 Fritt behandlingsvalg.....                                                                                                            | 6  |
| 2.3.3 Oppdatering nasjonal inntektsmodell.....                                                                                              | 6  |
| 2.3.4 Kvalitetsbasert finansiering (KBF) .....                                                                                              | 6  |
| 2.3.5 Pensjonskostnader .....                                                                                                               | 7  |
| 2.3.6 Legemidler .....                                                                                                                      | 7  |
| 2.3.7 Egenandeler .....                                                                                                                     | 8  |
| 2.3.8 Raskere tilbake .....                                                                                                                 | 8  |
| 2.4 Andre prioriteringer .....                                                                                                              | 8  |
| 2.4.1 Styrking av regionalt kompetansesenter for klinisk pasientsikkerhet.....                                                              | 8  |
| 2.4.2 Styrking av Sykehusinnkjøp HF .....                                                                                                   | 9  |
| 2.5 Andre forhold .....                                                                                                                     | 9  |
| 2.5.1 Lønns- og prisjustering og styrking av kapitaltilskudd.....                                                                           | 9  |
| 2.5.2 ISF .....                                                                                                                             | 9  |
| 2.5.3 Transporttilbud psykisk syke .....                                                                                                    | 9  |
| 3. BÆREKRAFT OG OMSTILLINGSUTFORDRING 2018.....                                                                                             | 10 |
| 4. HELSE NORDS OVERORDNEDE MÅL 2017 - STATUS PÅ OMRÅDENE SOM I<br>OPPDRAKSDOKUMENTET ER TRUKKET FRAM SOM KRITISK MHT<br>MÅLOPPNÅELSE .....  | 11 |
| 4.1 Sykehuspåførte infeksjoner skal være < 4,5% (prevalensdata).....                                                                        | 11 |
| 4.2 Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal være under 60 dager.....                                                          | 12 |
| 4.3 Det skal ikke være fristbrudd.....                                                                                                      | 12 |
| 4.4 Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid .....                                                                            | 13 |
| 4.5 Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert<br>rusbehandling (TSB) enn for somatikk (aktivitet)..... | 13 |

|        |                                                                                                                     |    |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.6    | Mer enn 80% av pasientene skal ha fått gjennomført legemiddelsamstemming. Måling fra og med andre halvår 2017. .... | 14 |
| 4.7    | Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10% sammenlignet med 2012. ....                                     | 15 |
| 4.8    | Økonomisk resultat i tråd med plan.....                                                                             | 15 |
| 5.     | ANALYSER – AKTIVITET OG DRIFT – SAMDATA - KPP .....                                                                 | 16 |
| 6.     | STATUS TILTAKSPLAN 2017 - RESULTATER.....                                                                           | 17 |
| 6.1    | Gjennomgående tiltak.....                                                                                           | 17 |
| 6.1.1  | Ikke-reelle DKI-forløp .....                                                                                        | 18 |
| 6.1.2  | Reduksjon av fristbrudd .....                                                                                       | 18 |
| 6.1.3  | Klinisk overblikk og effektiv logistikk (IMATIS).....                                                               | 18 |
| 6.1.4  | Kodekvalitet – Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD) .....                                              | 19 |
| 6.1.5  | Klinisk Skype .....                                                                                                 | 19 |
| 6.1.6  | Kvalitetsbasert finansiering og Vennlig sykehus .....                                                               | 19 |
| 6.1.7  | Lege i Front .....                                                                                                  | 19 |
| 6.1.8  | Pasientreiser .....                                                                                                 | 20 |
| 6.1.9  | Gjestepasienter .....                                                                                               | 20 |
| 6.1.10 | Døgnbasert rehabilitering i Vesterålen.....                                                                         | 21 |
| 6.1.11 | Vurderingsenhet rehabilitering i egenregi.....                                                                      | 21 |
| 6.1.12 | Ny automasjonsløsning – Laboratoriet .....                                                                          | 22 |
| 6.1.13 | Samkjøring av budsjettansvar Akuttmedisinsk klinikk (AKUM) og Kirurgisk ortopedisk klinikk (KIRORT).....            | 22 |
| 6.1.14 | Riksrevisjonens rapport – harmonisering av bemanning på sengeposter .....                                           | 23 |
| 6.1.15 | Finansiering av sentralsykehusfunksjoner .....                                                                      | 23 |
| 6.1.16 | Talegjenkjenning.....                                                                                               | 24 |
| 6.1.17 | Sykefraværstiltak.....                                                                                              | 24 |
| 7.     | TILTAKSPLAN 2018 - RAMMEFORDELING .....                                                                             | 26 |
| 7.1    | Tiltaksplan pr klinikk.....                                                                                         | 28 |
| 7.1.1  | Akuttmedisinsk klinikk (AKUM) .....                                                                                 | 30 |
| 7.1.2  | Kirurgisk ortopedisk klinikk (KIRORT).....                                                                          | 30 |
| 7.1.3  | Samhandling AKUM og KIRORT – videre oppfølging .....                                                                | 31 |
| 7.1.4  | Diagnostisk klinikk (DIAG).....                                                                                     | 31 |
| 7.1.5  | Hode bevegelse klinikken (HBEV).....                                                                                | 31 |
| 7.1.6  | Kvinne Barn klinikken (KBARN).....                                                                                  | 32 |
| 7.1.7  | Medisinsk klinikk (MED) .....                                                                                       | 32 |
| 7.1.8  | Psykisk helse og rus klinikken (PHR).....                                                                           | 33 |
| 7.1.9  | Prehospital klinikk (PREH).....                                                                                     | 33 |
| 7.1.10 | Senter for drift og eiendom .....                                                                                   | 34 |

|        |                                                             |    |
|--------|-------------------------------------------------------------|----|
| 7.1.11 | Stabsavdelinger .....                                       | 34 |
| 7.2    | Gjennomgående tiltak (2018-).....                           | 34 |
| 7.2.1  | Aktivitetsbasert ressursplanlegging (ARP) .....             | 34 |
| 7.2.2  | H-resepter .....                                            | 35 |
| 7.2.3  | Kurativ strålebehandling prostatakreft .....                | 35 |
| 7.2.4  | Organisatorisk endring .....                                | 35 |
| 8.     | VIDERE OMSTILLING .....                                     | 36 |
| 9.     | RISIKOVURDERING TILTAKSPLAN 2018.....                       | 37 |
| 10.    | AKTIVITET .....                                             | 37 |
| 10.1   | Somatikk.....                                               | 37 |
| 10.2   | Psykisk helse og rus.....                                   | 38 |
| 11.    | INVESTERINGER .....                                         | 39 |
| 12.    | LIKVIDITET .....                                            | 39 |
| 13.    | BUDSJETT 2018 .....                                         | 41 |
| 14.    | OPPFØLGING AV BUDSJETT OG TILTAKSPLAN.....                  | 42 |
| 14.1   | Ansvar og fullmakter .....                                  | 42 |
| 14.2   | Oppfølging på klinikk/avdelings/enhetsnivå .....            | 42 |
|        | VEDLEGG: Inntektsrammer – sak 109-2017 Helse Nord RHF ..... | 43 |

## 1. INNLEDNING

I sak 081-2017 *Budsjett 2018 – status i arbeidet og oppdatert bærekraftsanalyse* i oktober fikk styret redegjort for status i budsjettarbeidet inkl estimert omstillingsutfordring for 2018 ut fra planforutsetningene i RHF-styresak 54-2017 *Plan for Helse Nord 2018-2021, med rullering av investeringsplan 2018-2025*, samt budsjettpremisser ihht budsjettbrev 2 fra Helse Nord RHF.

Oppdatert bærekraftsanalyse i sak 081-2017 viste at den gjennomsnittlige utfordringen har økt for langtidsperioden som følge av den negative resultatutviklingen gjennom 2017, samt økning i IKT-kostnadene som følge av investeringene som gjennomføres i regi av Helse Nord IKT. Omstillingsutfordring for budsjettåret 2018 ble i styresak 85-2016 estimert til om lag 60 mill kr, ut fra en prognose på 25 mill kr i negativt budsjettavvik i 2017. Resultatutviklingen ut over høsten indikerer at resultatet for 2017 kan bli forverret med inntil 5 mill kr. Videre har budsjettarbeidet i klinikker og staber avdekket kostnads- og inntektsendringer for 2018 ut over estimatet i sak 081-2017.

Budsjettprosessen for 2017 avdekket at det i enkelte klinikker ikke var tilstrekkelig samsvar mellom budsjettrammer og driftsplan på artsnivå og mellom enheter. Basert på forventet gevinstrealisering av den klinikkvise fordeling av tiltakskrav ble rammefordelingen mellom klinikker/stabsavdelinger endret. Dette for å legge til rette både for at budsjettet skal fungere som et bedre styringsverktøy på klinikk, avdelings- og enhetsnivå, samt gi bedre mulighet for å identifisere eventuelle avvik. Denne justeringen skulle i utgangspunktet gjelde for budsjettåret 2017. Som del av arbeidet med videre omstilling og dimensjonering av virksomheten skal nærmere analyser av de ulike klinikker og fagområder, sammen med strategisk utviklingsplan, legge grunnlag for rammefordeling i virksomheten i årene fremover.

Budsjettprosessen har tatt utgangspunkt i klinikkenes og stabsavdelingenes budsjettrammer for 2017.

Gjennomgang pr klinikk av status drift ihht planrammer hittil i år, prognose for 2017, omstillingsutfordring og endringer gjennom året har identifisert behov for justering av rammefordeling mellom klinikkene. For at budsjettet skal kunne fungere som et godt styringsverktøy på klinikk- og enhetsnivå bør det i best mulig grad reflektere den planlagte driften innenfor rammebetingelsene i budsjettperioden. Rammefordelingen vil vurderes på nytt når tiltak med gevinst lenger frem i tid realiseres. Endring i rammer for 2018 fremgår av kapittel xx.

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 54-2017 *Plan for Helse Nord 2018-2021, med rullering av investeringsplan 2018-2025* og styresak 109-2017 *Budsjett 2018 Foretaksgruppen - rammer og føringer* lagt rammer og premisser for budsjett 2018.

## 2.1 Aktivitet

Statsbudsjettet for 2018 legger til rette for vekst i pasientbehandlingen med 2 % 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 videreføres.

Fra 2017 ble poliklinisk aktivitet innen psykisk helse og rus inkludert i finansieringsordningen innsatsstyrt finansiering (ISF). For 2018 økes refusjonsandelen og basisrammen reduseres med 25,7 mill. kroner. Trekket fordeles til helseforetakene etter inntektsmodeller for psykisk helse og rus.

Erfaringen fra 2017 har vist at omleggingen til ISF i psykisk helse og rus ikke har vært økonomisk nøytral som forutsatt. Estimert inntektstap som følge av 2017-endringen for Nordlandssykehuset er om lag 6 mill kr. Det er usikkerhet knyttet til hvordan utvidelse av ordningen i 2018 vil slå ut økonomisk for Nordlandssykehuset.

Utgiftene til laboratorie- og radiologitjenester har vist en sterk og vedvarende vekst over flere år. For å stimulere til økt effektivisering underreguleres refusjonstakstene i Statsbudsjettet for 2018. Refusjoner justeres i gjennomsnitt med 0,5 %. Det innføres nytt laboratoriekodeverk fra 2018. Foreløpige simuleringer viser at helseforetakene i Helse Nord vil tape noe på denne omleggingen. Refusjonsandelen reduseres også og basisrammen økes med 51,3 mill. kroner. Dette fordeles til helseforetakene etter inntektsmodellen for somatikk.

Nordlandssykehuset har så langt estimert effekten av endringene i laboratoriekodeverk og takstendringer til redusert inntekt med om lag 15-18 mill kr i 2018.

## 2.2 Økonomisk resultatkrav

Nordlandssykehusets resultatkrav for 2018 er et økonomisk overskudd på 5 mill kr.

## 2.3 Endringer i inntektsrammer

I sum medfører forslag til statsbudsjett 2018 rammebetingelser omtrent som lagt til grunn i sak 54-2017 for Helse Nord RHF.

Den vedtatte inntektsramme (basisramme) for Nordlandssykehuset i 2017 utgjør 3 mrd kr, og dette innebærer en netto økning på om lag 87 mill kr inkl lønns- og prisvekst fra vedtatt budsjett i 2017.

Justeringen i inntektsrammer får i utgangspunktet ikke større effekt for disponible rammer for drift i foretaket sammenlignet med 2017, men det er usikkerhet knyttet til effekten av endringene særlig når det gjelder omlegging av finansieringsordningen for laboratorietjenester, samt overføring av ansvar for nye legemidler.

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

Sektoren pålegges også i 2018 et effektiviseringskrav på 0,5 % av driftsutgiftene, og basisrammen til Helse Nord reduseres med 59,7 mill kr. ISF-pris og polikliniske refusjonstakster reduseres også i 2018 med 0,5 %. Parallelt med reformen økes basisbevilgningen med 66,2 mill kr for å gi rom for bl.a. investeringer.

Erfaringene fra de siste årene er at budsjettforliket i Stortinget medfører at effektiviseringskravet skjerpes.

### **2.3.2 Fritt behandlingsvalg**

Fritt behandlingsvalg ble utvidet 1. juli 2017 innen intensiv habilitering for barn og rehabilitering. Dette vil kunne gi noe «overheng» til 2018. Kostnadene må finansieres av helseforetakene.

### **2.3.3 Oppdatering nasjonal inntektsmodell**

Helse Nord får en samlet økning på 3,4 mill kroner ved oppdatering av nasjonal inntektsmodell.

Etter oppdatering av den regionale inntektsfordelingsmodellen får Nordlandssykehuset et netto trekk på 8 mill kr ihht inntektsfordelingsmodellene for somatikk og psykisk helse/TSB.

En vesentlig del av trekket i inntektsfordelingsmodellen for 2018 for Nordlandssykehuset gjelder inndragning av tidligere særskilt finansiering av traumetilbudet, midler til oppbygging styrking av øre-nese-halsområdet jf regional fagplan, samt omfordeling av «frie midler» som Nordlandssykehuset har mottatt tidligere. Disse trekkene har ikke tidligere vært varslet, og er utfordrende for Nordlandssykehuset ettersom midlene er benyttet til etablering av permanente tilbud innenfor disse områdene.

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

Kvalitetsbasert finansiering videreføres nasjonalt på samme nivå som i 2017.

Helse Nord kommer dårligere ut enn i 2017 med en inntektsreduksjon på om lag 9 mill. kroner. Sammenlignet med nasjonal inntektsmodell taper Helse Nord ca. 29 mill. kroner som følge av dårlig score på kvalitetsindikatorer.

Den nasjonale modellen brukes internt i Helse Nord, med noen mindre tilpasninger som følge av at noen indikatorer kun finnes på regionnivå. Styret har i tillegg fordelt ytterligere 5 mill. kroner i tråd med resultatene innen kvalitetsbasert finansiering, og dette foreslås videreført for 2018.

I 2016 hadde Nordlandssykehuset dårlig score på flere av indikatorene som legges til grunn for fordeling i KBF, og fikk derfor redusert rammen med 10,4 mill kr i 2017. En vesentlig del av Nordlandssykehusets reduksjon i 2017 var knyttet til dårlig score på Pasienttilfredshetsundersøkelsen i 2015 (PasOpp). Det har etter 2015 ikke vært utført nye PasOpp undersøkelser etter innleggelse i somatiske sengeposter, etter beslutning som er tatt nasjonalt. Imidlertid er resultatene fra PasOpp 2015 lagt til grunn for kvalitetsbasert finansiering også i 2018, både nasjonalt og internt i Helse Nord.

I tillegg er tre indikatorer i kvalitetsbasert finansiering hvor vi er uenige;

- a) trombolysandel etter hjerneslag, hvor vi har nasjonale tall pr HF men hvor alle HF i regionen har fått lik poengsum

- b) andel pasienter med dype/hulroms infeksjoner etter aortakoronar bypass kirurgi, en operasjonstype som er funksjonsfordelt til UNN Tromsø og hvor alle poengene/pengene går til UNN HF
- c) invasiv utredning etter NSTEMI, hvor vi tidligere har påvist regionale forskjeller, og hvor flest poeng/penger via kvalitetsbasert finansiering går til UNN HF

Dette bidrar til at Nordlandssykehuset i 2018 får ytterligere trekk i Kvalitetsbasert finansiering med 4 mill kr.

### **2.3.5 Pensjonskostnader**

Som følge av reduksjon i pensjonskostnadene får Helse Nord en samlet reduksjon av basisrammen på 102,7 mill. kroner. Kostnadene reduseres samlet med om lag 70 mill. kroner sammenlignet med tidligere budsjettforutsetninger. Differansen håndteres sentralt av Helse Nord i budsjettopplegget for 2018.

### **2.3.6 Legemidler**

Helseregionene får overført finansieringsansvaret fra folketrygden for flere legemiddelgrupper fra 1. januar 2018. Legemiddelgruppene som foreslås overført er legemidler til behandling av alvorlig astma og legemidler til behandling av mastocytose (sjelden blodsykdom). Legemidlene til behandling av mastocytose er ennå ikke tatt i bruk.

Videre gjelder det legemidler til behandling av hiv og hepatitt B, samt gjenværende legemidler til behandling av hepatitt C, som har delvis overlappende indikasjon og derfor bør overføres samtidig.

De regionale helseforetakene fikk overført finansieringsansvaret fra folketrygden for PAH-legemidler fra 1. januar 2017 og flere kreftlegemidler fra 1. mai 2017. Basisrammen økes som følge av helårseffekt knyttet til disse legemidlene. Legemidlene skal fra 2018 inkluderes i innsatsstyrt finansiering og basisrammen reduseres derfor.

Fra 2018 legges det opp til at nye legemidler som besluttes innført i spesialisthelsetjenesten og som er til erstatning for legemiddelbehandling i ordningen kan inkluderes i innsatsstyrt finansiering i løpet av året.

Som følge av merverdiavgiftskompensasjon legges noe av bevilgningene til HODs budsjettpost for mva-refusjoner.

Helse Nord RHF fordeler alle transaksjonene knyttet til legemidler fordeles til helseforetakene basert på inntektsmodellen for somatikk.

Samtlige bevilgninger som følger av overføring av ansvar fra Folketrygden til helseforetakene har Helse Nord valgt å fordele videre i henhold til overordnet fordelingsnøkkel i inntektsmodell for somatikk. For Nordlandssykehuset innebærer dette at til tross for at befolkningen i vårt område utgjør 28,5 % av totalen, får vi kun overført finansiering iht 26 % av totalen.

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 ble rammen til Nordlandssykehuset feilaktig redusert med om lag 4,8 mill kr i 2016, 2,3 mill kr i 2017 og vi trekkes ytterligere i 2018. De siste tre år er 8-10 mill kr av finansieringen av legemidler 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.

### **2.3.7 Egenandeler**

Egenandelene for lege- og psykologtjenester, poliklinisk helsehjelp, lab/røntgen, pasientreiser, opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet foreslås økt med 1,8 pst. i gjennomsnitt. Egenandelen for pasientreiser, opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet økes fra 1. januar 2018.

Egenandelen for pasientreiser foreslås økt fra 146 kroner til 149 kroner per enkeltreise, og fra 292 kroner til 298 kroner tur/retur. Øvrige egenandeler under takordningene økes fra 1. juli 2018,

Egenandelene underreguleres og dette kompenseres gjennom økt basisramme med netto 2,9 mill. kroner som fordeles helseforetakene basert på inntektsmodellene.

### **2.3.8 Raskere tilbake**

Ordningen avvikles fra 2018, og det meste av tidligere øremerket tilskudd legges til basisrammen i Helse Nord (ca. 70 mill. kroner). Det er et krav til at kjøp fra private skal videreføres på samme nivå. Helse Nord har besluttet at 18 mill. kroner legges til kjøp av private helsetjenester i Helse Nord RHF, og budsjetterer resterende sentralt inntil videre.

For Nordlandssykehuset innebærer endringen inntektsreduksjon.

## **2.4 Andre prioriteringer**

### **2.4.1 Styrking av regionalt kompetansesenter for klinisk pasientsikkerhet.**

Kompetansesenteret ved NLSH styrkes med 1 mill. kroner til 2 nye stillinger (halvårseffekt i 2018). Tiltaket skal bidra til økt pasientsikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen i foretaksgruppen.

## **2.4.2 Styrking av Sykehusinnkjøp HF**

For å legge til rette for samkjøring av organisasjonen og å redusere transaksjonskostnader er det besluttet en overgangsordning hvor Helse Nord RHF betaler Sykehusinnkjøp HF for drift av hele divisjon Nord i 2018, inntil ny finansieringsmodell for helseforetaket er implementert. Det trekkes derfor inn basisramme fra helseforetakene, som vil motsvares av lavere kostnader. For 2018 trekkes det inn tilsvarende kostnader/ressurser overført.

Videre styrker Helse Nord sitt bidrag til Sykehusinnkjøp HF med 4 mill kroner. Dette skal på sikt kunne gi betydelige besparelser i helseforetakene gjennom bedre og mer koordinerte innkjøp. Kostnaden finansieres derfor med å trekke inn basisramme fra helseforetakene.

Nordlandssykehuset får som følge av dette et trekk i basisrammen med 2 mill kr fra og med 2018.

## **2.5 Andre forhold**

### **2.5.1 Lønns- og prisjustering og styrking av kapitaltilskudd**

Det er lagt til grunn en lønns- og prisjustering på 2,7 %, hvorav lønnsvekst 3,0 % og prisstigning på varer og tjenester 2,0 %. Basisrammen justeres imidlertid kun med 2,3 %. Dette skyldes at pensjonsgrunnlaget er trukket ut av beregningen. Begrunnelsen for dette er at HOD kompenserer kostnadsøkninger innenfor pensjon særskilt.

Helseforetakenes inntektsrammer justeres med 2,7 pst. Når pensjonskostnader holdes utenom. Det er da behov for å kompensere helseforetakene med 9 mill. kroner utover lønns- og priskompensasjon i forslag til statsbudsjett.

Basisrammen som finansierer kapitalkostnader prisjusteres også og medfører en styrking av kapitaltilskuddet til helseforetakene.

### **2.5.2 ISF**

Enhetsprisen for ISF justeres med 1,8 % til 43 515 kroner.

Fra 2017 ble poliklinisk aktivitet innen psykisk helse og rus inkludert i finansieringsordningen innsatsstyrt finansiering (ISF). Finansieringsordningen utvikles og forbedres fortløpende. For 2018 økes refusjonsandelen og basisrammen reduseres med 25,7 mill. kroner. Trekket fordeles til helseforetakene etter inntektsmodeller for psykisk helse og rus. Enhetsprisen for poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) mot rusmiddelavhengighet tilsvarer 2 357 kroner (økt fra 2000 kroner i 2017).

Takster innen laboratorie og røntgen underreguleres og justeres med 0,5 %. Dette for å stimulere til økt effektivisering.

### **2.5.3 Transporttilbud psykisk syke**

Det øremerkede tilskuddet opphører og fases inn i basisrammen fra 2018. Det betyr at bevilgningen reduseres fra 4,1 mill. kroner i 2017 til 2,7 mill. kroner i 2018. Beløpet fordeles

til helseforetakene etter inntektsmodellen for psykisk helse. Bevilgningen skal sikre at gode erfaringer fra prosjektet kan videreføres og implementeres i tjenesten generelt.

Nordlandssykehuset mottar 0,75 mill kr i basisrammen til dette formålet fom 2018.

### 3. BÆREKRAFT OG OMSTILLINGSUTFORDRING 2018

Omstillingsutfordring for budsjettåret 2018 ble i styresak 081-2017 estimert til 60 mill kr, ut fra en prognose på 25 mill kr i negativt budsjettavvik i 2017. Resultatutviklingen ut over høsten kan bli noe forverret, og prognose som er lagt til grunn i denne saken er derfor et budsjettavvik på om lag 30 mill kr. Videre er estimerte endringer i kostnader/inntekter justert etter gjennomførte budsjettmøter med klinikkene. Andre endringer i omstillingsutfordringen sammenlignet med oversikten i styresak 081-2017 er trekk i kvalitetsbasert finansiering med 4 mill kr (se for øvrig punkt xx), økte inntekter ISF med 22 mill kr som følge av at arbeidet med Kostnad Per Pasient (KPP) har identifisert behov for økning i ISF-finansieringen av en del medisinsk DRG-er, samt justeringer av interne poster som følge av nye beregninger.

Ny estimert omstillingsutfordring for 2018 fremgår av tabell 1 nedenfor.

**Tabell 1: Omstillingsutfordring 2018**

| <b>OMSTILLINGSUTFORDRING 2018</b>                           |             |
|-------------------------------------------------------------|-------------|
| Budsjettavvik - årsprognose 2018                            | <b>-30</b>  |
| Endringer i inntektsmodeller                                | -8          |
| Trekk midler effektiviseringskrav, forvaltning IKT/EPJ, KPP | -4          |
| Endring kvalitetsbasert finansiering                        | -4          |
| Økte kostnader HN IKT investeringer (FIKS mv)               | -22         |
| Nødnett                                                     | -2          |
| Økte avskrivninger                                          | -3          |
| Nye kostnader/reduerte inntekter klinikk/stab               | -90         |
| Økte kostnader/trekk inntekter                              | <b>-134</b> |
| Overgangsordning mva                                        | 7           |
| Finansiering tiltak psykiatri                               | 3           |
| Reduksjon rentekostnader                                    | 10          |
| Kapitalkompensasjon                                         | 10          |
| Realvekst                                                   | 10          |
| Økt inntekt jf endring DRG-logikk                           | 22          |
| Økte inntekter/reduerte kostnader                           | <b>61</b>   |
| <b>Uløst utfordring 2018 - før tiltak</b>                   | <b>-103</b> |

Netto omstillingsutfordring i 2018 innebærer et effektiviseringskrav på om lag 2,4 % av brutto budsjett for virksomheten. Som følge av ferdigstilling av siste del av byggprosjektet i Bodø, vil netto effektiviseringskrav øke med 50 mill kr i 2019, dvs om lag 3,5 % av brutto budsjett.

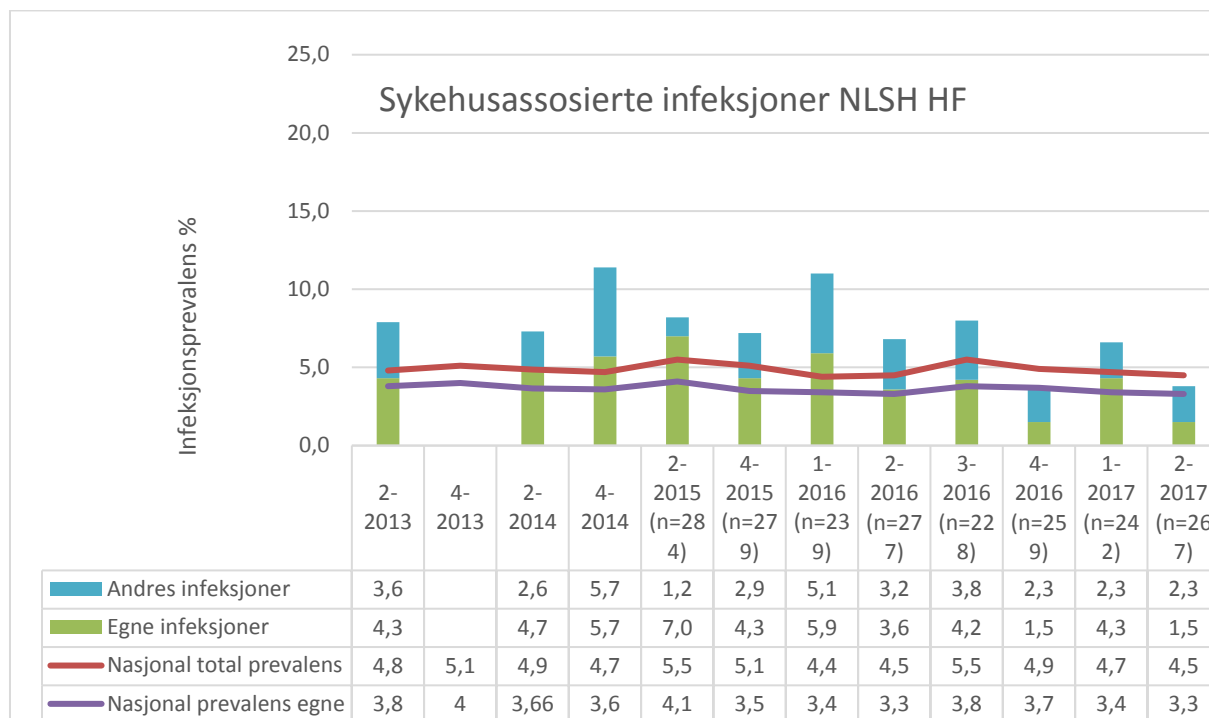
Nordlandssykehuset har i 2017 et brutto budsjett på nærmere 4,15 mrd kroner, der 62 % av kostnadene er knyttet til lønn og innleie. Etter ibruktaking av nye bygg vil renter og avskrivninger korrigert for kapitalkompensasjon fra RHFøke. Videre vil IKT-kostnadene også øke betydelig i løpet av planperioden 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. Nordlandssykehuset er pr i dag i full gang med oppgradering av sengepostområdene i høyblokka i Bodø. Som følge av dette er kapasiteten i høyblokka halvert, og dette vil være situasjonen frem til ferdigstilling i 2020.

#### 4. HELSE NORDS OVERORDNEDE MÅL 2017 - STATUS PÅ OMRÅDENE SOM I OPPDRAGSDOKUMENTET ER TRUKKET FRAM SOM KRITISK MHT MÅLOPPNÅELSE

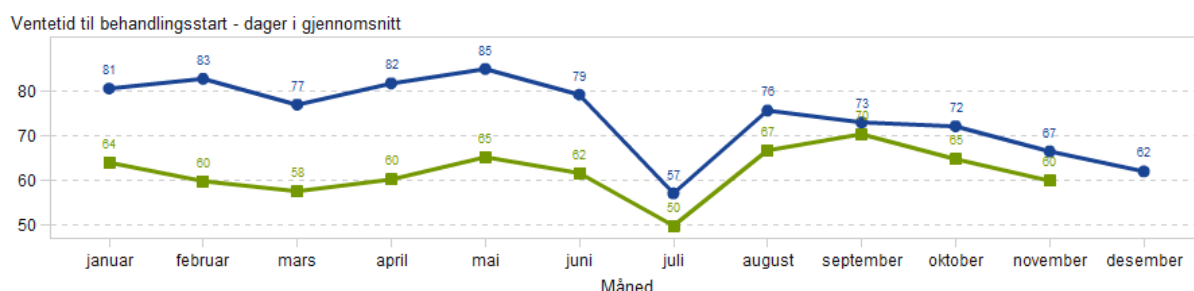
I det følgende redegjøres for status for Nordlandssykehusets oppfyllelse av Helse Nords overordnede mål for 2017:

##### 4.1 Sykehuspåførte infeksjoner skal være < 4,5% (prevalensdata)



Vi har gjennom tid hatt høyere prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner enn nasjonalt. Siden dette er prevalensmåling for enkeltdager økte vi antallet målinger i 2016 fra de to obligatoriske til også delta på de to frivillige prevalensmålingene. For å styrke arbeidet med smittevern har vi nå fått ansatt smittevernlege, i tillegg mener vi videreføring av smittevernvisitter vil være ett viktig tiltak for ytterligere reduksjon i helsetjenesteassosierte infeksjoner. Målingen i andre tertial 2017 var < 4,5% (samlet for egne og andres infeksjoner), men vi trenger ytterligere målinger for å vite om dette

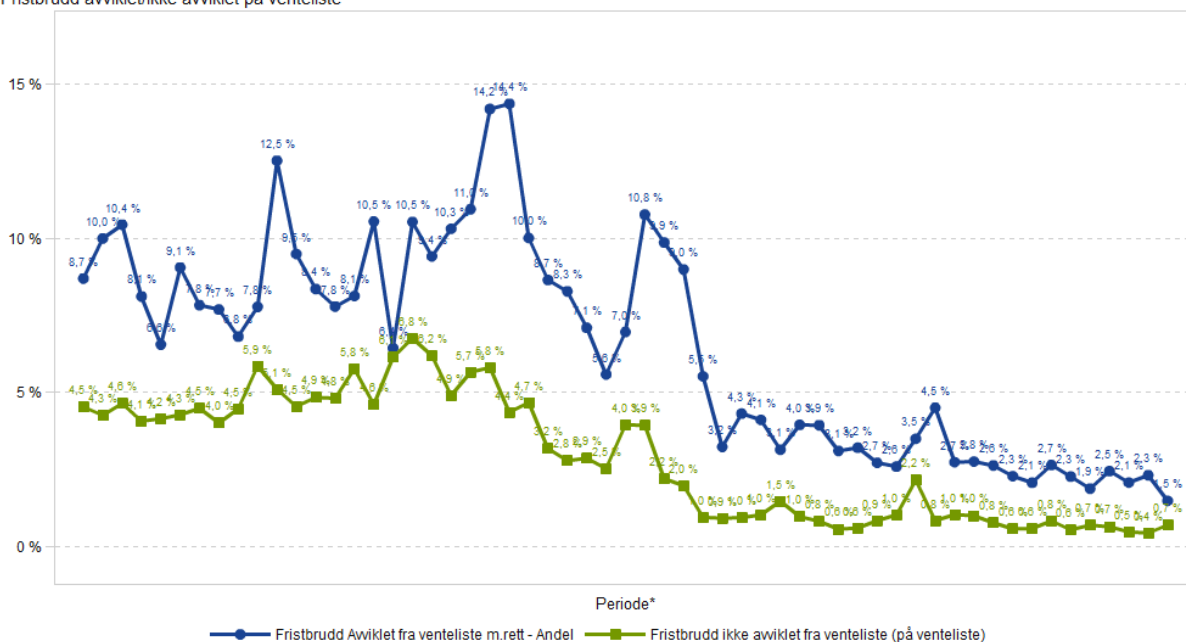
## 4.2 Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal være under 60 dager



Grafen ovenfor viser utvikling av ventetid for avviklede i 2016 (blå kurve) og 2017 (grønn kurve). Fra 2017 ble styringskravet skjerpet fra krav om gjennomsnittlig ventetid < 65 dager til gjennomsnittlig ventetid < 60 dager. Vi har ikke oppnådd styringskravet for alle månedene i 2017, årsakene til dette varierer mellom fagområdene og månedene. Vi har en økning i ventetid for avviklede etter sommeren pga redusert kapasitet sommermånedene, og i tillegg har det innenfor enkelte fagområder vært nødvendig ut fra medisinsk faglige vurderinger å prioritere pasienter i utrednings- og behandlingsforløp foran nyhenviste.

## 4.3 Det skal ikke være fristbrudd.

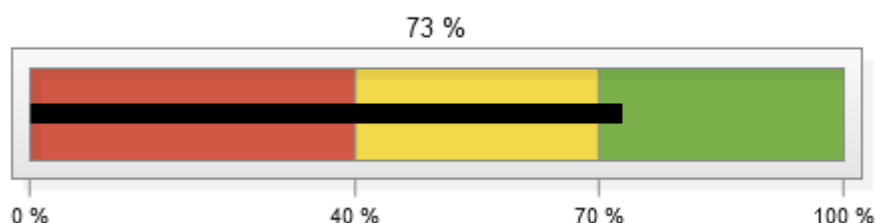
Fristbrudd avviklet/ikke avviklet på venteliste



Grafen ovenfor viser utvikling av fristbrudd blant avviklede og ventende hver måned siden 2013. Vi har ikke nådd styringskravet om null fristbrudd, men har i 2017 klart å redusere andel fristbrudd ytterligere sammenlignet med 2016. Når vi ikke klarer gi pasientene tilbud innenfor fastsatt frist, henvises pasientene til Helfo som skal forsøke finne tilbud annet sted. Noen pasienter takker nei til tilbud via Helfo og andre ganger klarer ikke Helfo finne tilbud til pasienten. Foretaket har fortsatt forbedringspotensiale når det gjelder å utnytte kapasitet på tvers av lokalisasjonene, og fortsatt skyldes noen av de registrerte fristbruddene feilregistrering. I løpet av første halvdel 2018 er timekontorene i somatikk samlet i Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD), som også fra 2018 vil overta kommunikasjon med Helfo vedr fristbrudd for hele somatikk. I tillegg til at samling av merkantile ressurser i somatikk i økt grad legger til rette for bruk av kapasitet på tvers av lokasjonene vurderes ytterligere kompetansehevende tiltak for denne gruppen, inkludert intern sertifisering.

#### 4.4 Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid

##### Andel fullførte pakkeforløp innen frist (OF4)



Virksomhetsportalen henter daglig data fra DIPS, inklusive data for pakkeforløp kreft. Ut fra virksomhetsportalen oppnår vi styringskravet om at > 70% av pakkeforløpene skal være gjennomført innen standard forløpstid. Dessverre er det ikke samsvar mellom pakkeforløpsdata fra virksomhetsportalen og NPR data presentert av Helsedirektoratet, så vår reelle andel kreftpakkeforløp innenfor standard forløpstid er 66% og lavere enn styringskravet. Innenfor de fire største kreftgruppene har vi gode pakkeforløpstider for tykk- og endetarmskreft og brystkreft, men behov for ytterligere forbedring innen lungekreft og prostatakreft.

#### 4.5 Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk (aktivitet).

I Nordlandssykehuset HF har kostnadsutviklingen gjennom de siste årene vært noe lavere innenfor psykisk helse og rus enn for somatikk, med et redusert forbruk av årsverk i PHR klinikken sammenlignet med somatikken. Dette er en direkte følge av effektene av den regionale inntektsfordelingsmodellen for psykiatri og rus, der finansieringen skal følge pasienten. Finansiering som følger pasientene medfører at endring i forhold til behandlingssted flytter budsjettmidler mellom foretakene i Helse Nord. Dersom kostnadsutviklingen i Nordlandssykehuset HF justeres i forhold til reduksjon i foretakets andel av den regionale inntektsfordelingen fra RHF, har det isolert sett vært kostnadsvekst.

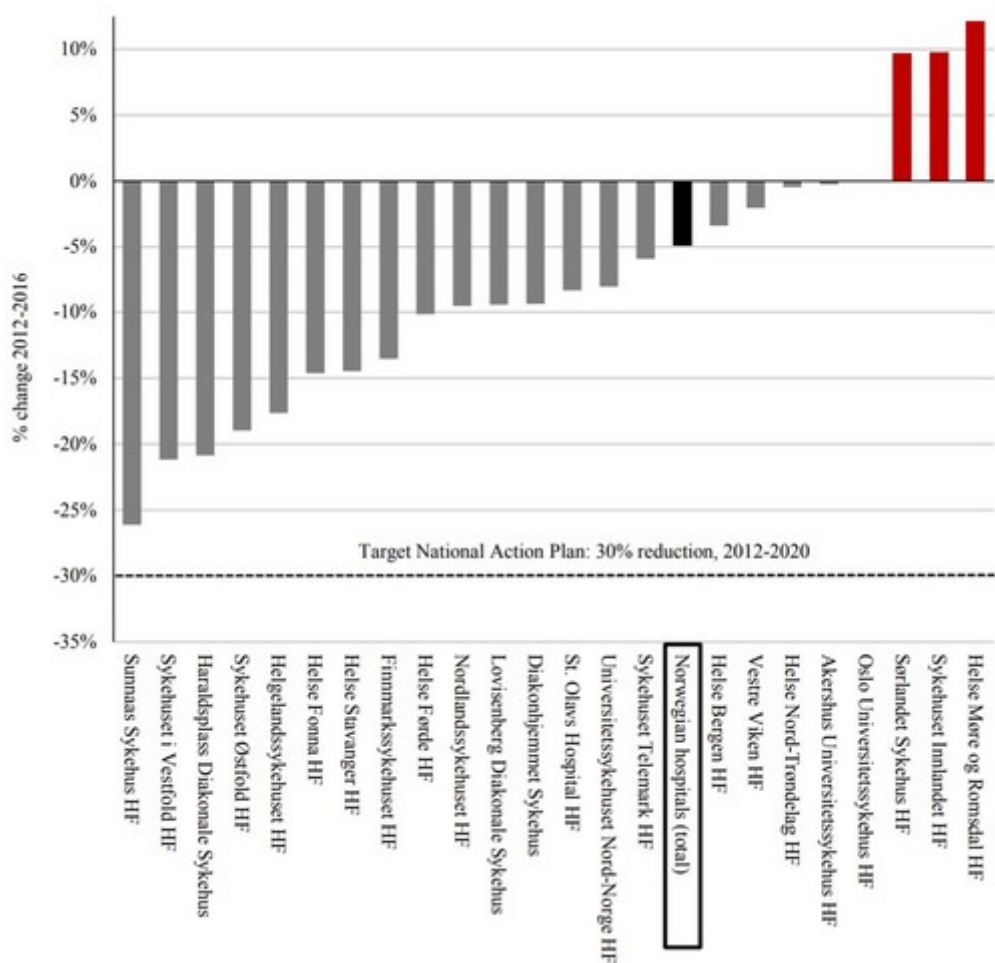
Samdatarapport for 2016 påpeker at det framover kan bli vanskeligere å ta hensyn til den gyldne regel og samtidig fordele ressursene etter behov:

«En av årsakene til at det er vanskelig for helseforetakene å fremvise sterkere vekst i psykisk helsevern og TSB enn for somatisk virksomhet, kan knyttes til den demografiske utviklingen. Aldersprofilen for psykisk helsevern og TSB er ulik aldersprofilen for somatikk og har tyngdepunkt for gruppen mellom 15 og 30 år. Innen somatisk virksomhet er gjennomsnittlig ressursbehov per pasient nesten tre ganger så høy for pasienter over 80 år sammenlignet behandling av pasienter i trettiårene. Når vi får demografisk vekst i andelen eldre, legger dette et sterkere press på både aktivitet og ressurser i somatisk virksomhet og gjør det svært vanskelig å få til en tilsvarende eller sterkere prosentvis vekst i psykisk helsevern.»

#### **4.6 Mer enn 80% av pasientene skal ha fått gjennomført legemiddelsamstemming. Måling fra og med andre halvår 2017.**

Legemiddelsamstemming er ett av tiltaksområdene i pasientsikkerhetsområdet. For å vite andel pasienter som har fått gjennomført dette, trenges det en manuell registrering for alle pasienter. Det har vært foreslått å opprette en egen tjenestekode i DIPS som skal registreres på alle pasientene, men Nordlandssykehuset mener bestemt at vi ikke skal gjøre det. En bedret rapportering på andel pasienter som har fått gjennomført legemiddelsamstemming er mulig når vi får elektronisk kurve. Å pålegge de kliniske miljøene ytterligere manuelle registreringsoppgaver tar tid og oppmerksomhet fra utføring av pasientsikkerhetstiltak.

#### 4.7 Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10% sammenlignet med 2012.



Nordlandssykehuset har nesten klart å redusere bredspektret antibiotika med 10% sammenlignet med 2012, men vi ligger fortsatt svært høyt i forbruk av bredspektret antibiotika sammenlignet med andre helseforetak i Norge. Vi har utarbeidet antibiotikastyringsprogram og opprettet antibiotikateam (A-team). Vårt hovedmål fremover er 30% reduksjon av bredspektret antibiotika innen 2020, med delmål at 50% av all antibiotika skal utgjøres av penicilliner. A-team vil ha en sentral rolle i arbeidet med reduksjon i bruk av bredspektret antibiotika fremover.

#### 4.8 Økonomisk resultat i tråd med plan.

Nordlandssykehuset HF vil ikke i 2017 oppnå økonomisk resultat i tråd med plan.

## 5. ANALYSER – AKTIVITET OG DRIFT – SAMDATA - KPP

Analyser som ble gjennomført i forbindelse med Utviklingsprogrammet Nye Nordlandssykehuset (2014) viste at foretaket har potensiale for kostnadsreduksjon gjennom mer effektiv drift og pasientlogistikk både ved poliklinikk, dageshøter, sengeposter og operasjonsstuer.

Dette samsvarer med rapportene fra SAMDATA (årlig rapport om utviklingen i ressursinnsats, bruk av tjenestene og utnyttelse av ressursinnsats i spesialisthelsetjenesten) som gjennom de siste årene har vist at Nordlandssykehuset har et forbedringspotensial sammenlignet med landsgjennomsnittet innenfor flere områder, både når det gjelder personellbruk vs aktivitet og den samlede kostnadsutvikling vs inntekter fra pasientbehandlingen.

Samlet for Helse Nord har det i perioden 2012-2016 vært produktivitsnedgang (målt i kostnad pr DRG-poeng), mens landet samlet har hatt produktivitsforbedring. I 2016 ligger det relative nivået på kostnad pr DRG-poeng i Helse Nord 22 % over landsgjennomsnittet. I perioden 2015-2016 har imidlertid Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset forbedret sin produktivitet, mens Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset har redusert sin produktivitet. Nordlandssykehuset ligger likevel høyt sammenlignet med resten av landet når det gjelder samlet kostnad pr DRG.

Hovedårsaken til produktivitsnedgangen i Helse Nord i perioden 2012-2016 er svakere aktivitsvekst (DRG-poeng) enn landet forøvrig. Dette kan ses i sammenheng med økning i gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold, der Helse Nord har 4,3 dager mot 4,0 dager for landet samlet. Nordlandssykehuset hadde i 2016 en liggetid på 4,2 dager i gjennomsnitt.

De siste årene har Nordlandssykehuset hatt kostnadsvekst i tråd med landsgjennomsnittet, mens aktiviteten målt i DRG-poeng ikke har utviklet seg tilsvarende. Det er særlig når det gjelder døgnopphold utviklingen i DRG-poeng har vært negativ, mens det innenfor dagbehandling og poliklinikk har vært økt aktivitet målt i DRG-poeng. Imidlertid har dagkirurgi og poliklinikk vesentlig lavere ISF-indeks enn heldøgnsopphold og veksten i aktivitet vil derfor i begrenset grad gjenspeiles i vekst i DRG-poeng.

Den negative utviklingen i DRG knyttet til døgnopphold kan i stor grad knyttes til reduksjon i sengetall og utfordringer ved gjennomføring av planlagt aktivitet under rokaden som følge av byggeaktiviteten i Bodø. Denne situasjonen vil vedvare frem til moderniseringen av AB-fløyen i Bodø er ferdigstilt i 2019/2020. Det er iverksatt tiltak for å forbedre ressursutnyttelsen ved sengepostene jf styresak 093-2017 som omhandler oppfølging av riksrevisjonens rapport fra 2014 om harmonisering av bemanning ved sengeposter.

Fra 2018 legges kostnad per pasient (KPP) til grunn for beregning av gjennomsnittskostnad pr DRG, for bedre å gjenspeile kostnadene til pasientbehandlingen. Det er varslet at dette vil gi omfordelingseffekter både mellom fagområder og mellom foretak. Hovedsakelig omfatter endringen at inntekten knyttet til medisinske DRG-er øker, mens den reduseres for kirurgiske DRG-er. For Nordlandssykehuset er endringen estimert å gi en inntektsvekst på om lag 22 mill kr basert på aktivitetsnivået i 2017. Dette bør også slå positivt ut for Nordlandssykehuset mht kostnadsproduktivitet.

Videre er det innenfor flere fagområder avdekket at mangelfull koding av aktiviteten har gitt for lav DRG i forhold til behandlingen som er utført, og dermed lavere inntjening. Det er iverksatt tiltak for å forbedre kodekvaliteten i foretaket, jf punkt XXX vedr etablering av senter for klinisk støtte og dokumentasjon.

Endringer i ISF-kodeverket og arbeidet med kode- og inntektsforbedring forventes å bidra til økning i Nordlandssykehusets DRG-poeng og kostnadsproduktivitet, gitt tilsvarende kostnadsnivå som i dag. For lav DRG-kompensasjon ift faktisk aktivitet antas å forklare deler av den lavere produktiviteten i Nordlandssykehuset målt ved kostnad pr DRG.

Når det gjelder kostnadsnivået for øvrig er det nødvendig med dypere analyser for å finne forbedringsområder sammenlignet med andre foretak som ifølge SAMDATA er identifisert som mer kostnadseffektive. God produktivitet vil være avgjørende for å møte de utfordringene helseforetaket står ovenfor i årene som kommer.

Økt forventet levealder kombinert med store fødselskull etter 2. verdenskrig medfører at antall eldre i befolkningen øker, og det er forventet fortsatt økning i årene fremover. Befolkningsendringene reflekteres i bruken av spesialisthelsetjenester ved at andelen av polikliniske konsultasjoner og døgnopphold øker for aldersgruppen 67-79 og for de over 90 år. Samtidig er ressursbehovet for denne aldersgruppen høyere pr pasient i denne aldersgruppen (i 2016 utgjorde aldersgruppen 62-79 år 16 % av befolkningen, 23 % av pasientene og 30 % av ressursbehovet). Gjennomsnittlig ressursbehov pr pasient er totalt sett nesten tre ganger så høyt for pasienter over 80 år sammenlignet med behandling av pasienter i 30-årene. Gitt dagens tjenestetilbud vil endringer i befolkningssammensetning og høyere andel eldre innebære at spesialisthelsetjenestens, og foretakets, innretning og personellsammensetning påvirkes.

Når det gjelder området psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) tar resultatene i SAMDATA-rapporten for 2016 utgangspunkt i kostnad pr pasient for hhv døgnopphold og konsultasjoner, og ikke diagnosegrupper som i somatikken. Fra 2017 ble det innført innsatsstyrt finansiering også i psykisk helsevern og TSB, men kun innenfor området poliklinikk (som utløste takstrefusjon). Erfaringene så langt i 2017 er at «telling» av aktivitet ikke er sammenlignbar med 2016, og endringen har heller ikke vært inntektsnøytral som forutsatt. SAMDATA-resultatene fra 2016 for dette området kan derfor bare i begrenset grad benyttes til vurdering av vår kostnadseffektivitet innenfor dette området.

## **6. STATUS TILTAKSPLAN 2017 - RESULTATER**

### **6.1 Gjennomgående tiltak**

I plan for 2017 ble det lagt til grunn flere gjennomgående/foretaksovergripende tiltak som har gått på tvers av klinikkstrukturen, der implementering og realisering i stor grad har forutsatt sentral ledelse, oppfølging og støtte. Disse tiltakene forutsettes å gi effekt både på kort sikt i 2017, og i større grad fra 2018 og i langtidsperioden.

Status for en del av disse gjennomgående tiltakene beskrives i det følgende:

### **6.1.1 Ikke-reelle DKI-forløp**

Tiltaket omfattet DKI-forløp knyttet til brystkreftoperasjoner som ble registrert som dagkirurgiske opphold i stedet for heldøgnsopphold, selv om disse pasientene ble skrevet inn dagen før operasjon og ut dagen etter operasjon med opphold på sykehotell. Tiltaket gjennomført ihht plan.

### **6.1.2 Reduksjon av fristbrudd**

Foretaket har ut fra prognose pr november 2017 lyktes i arbeidet med reduksjon av kostnader knyttet til fristbrudd med 2-3 mill kr sammenlignet med 2016. Vi forventer at disse kostnadene kan reduseres ytterligere med om lag 1 mill kr i 2018, forutsatt at andelen fristbrudd fortsetter å gå ned.

### **6.1.3 Klinisk overblikk og effektiv logistikk (IMATIS)**

Nordlandssykehuset HF har sett et betydelig potensiale i digitale pasienttavler som inkluderer informasjon og logistikk fra flere IKT-systemer.

Innføring av digitale pasienttavler/whiteboard er etablert som et eget prosjekt (Klinisk overblikk og effektiv logistikk) i foretaket. Løsningen bidrar 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. Tavlene bidrar til en bedre logistikk av pasientinformasjon, f.eks ved flytting av pasienter mellom akuttmottak og sengepost og mellom sengeposter.

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. Løsningen vil også frigjøre ressurser i portørtjenesten som i dag benyttes til mottak av bestillinger pr telefon.

Foretaket har startet arbeidet med implementering av IMATIS pasientlister ved samtlige sengeposter i Bodø, Lofoten og Vesterålen. Pasientlister skal gi bedre overblikk og bedre planlegging av utskrivelse slik at unødvendig liggetid unngås, samt positiv effekt ift ressursforbruk/overtidsforbruk ved sengepostene.

Utrullingen har vært delvis forsinket som følge av regional anskaffelse av løsning for innsjekk, utsjekk og køadministrasjon. Dette har medført både frys for videre utvikling og lagt betydelig beslag på ressurser hos oss. Regional anskaffelse er nå ferdig, og Nordlandssykehuset vil bytte over til valgt leverandør når leverandøren har ferdigstilt løsningen på samme nivå som den løsningen vi har i dag. Dette vil tidligst skje i 2019. I mellomtiden vil utrulling av dagens løsning videreføres og bestillings-/logistikk delen tas ytterligere i bruk.

Det vil bli gjort videre utrulling av digitale tavler på sengepostene etter hvert som postene er klare for å nyttiggjøre seg disse. Det vil også arbeides med logistikkdelen av løsningen. Gevinsten vil hovedsakelig synliggjøres i klinikkene, der teknologi sammen med organisering legger til rette for gevinst både mht kvalitet, pasientsikkerhet og økonomi.

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

Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD) ble opprettet i oktober 2016. Sentrale oppgaver for senteret har i utgangspunktet vært ivaretagelse av merkantile tjenester for de somatiske klinikkene, herunder riktig koding av aktivitet innenfor poliklinikk, dagbehandling og heldøgn. I løpet av 2017 er senteret tillagt nye oppgaver knyttet til timekontor. Som følge av utvidelse av oppgaveporteføljen vil overføring av personell og oppgaver fra de somatiske klinikkene ikke bli sluttført før Q1 2018. Kodekontrollerne er samlokalisert, men det er behov for utdanning av mer personell før vi kan oppnå full effekt av tiltaket. En del av effekten av bedre koding er tatt ut i 2017, men vi ser fortsatt potensiale med effekt i 2018 og 2019.

#### **6.1.5 Klinisk Skype**

Innføring av klinisk Skype ved telemedisinske konsultasjoner skal bidra til reduksjon i reisekostnader, samt gi grunnlag for økt ISF for pasienter som tidligere kun har vært behandlet via telefon uten mulighet for refusjon. Foretaket har ikke fått iverksatt aktivitet innenfor dette området i tråd med tiltaksplanen for 2017, men det arbeides videre med konkretisering av områder i 2018. Det ses blant annet på muligheten for «Skype med støtte», der pasienter kan møte i Lofoten/Vesterålen og ivaretas av hjelpepersonell der, men har videokonsultasjon med lege i Bodø. Dette skal gi besparelser på kostnadene til pasientreiser.

#### **6.1.6 Kvalitetsbasert finansiering og Vennlig sykehus**

Nordlandssykehuset fikk redusert inntektene fra Kvalitetsbasert finansiering (KBF) med 10,4 mill kr fra 2016 til 2017, der en vesentlig forklaring var dårlig resultat fra PasOpp-undersøkelsen i 2015. Foretaket har i 2017 videreført prosjektet «Et vennlig sykehus», og ansatt intern prosjektleder for veiledning og fremdrift i arbeidet, og gjennom dette satt som målsetning å øke den pasientopplevde kvaliteten – og derigjennom vår andel av den kvalitetsbaserte finansieringen.

Det har etter 2015 ikke vært utført nye PasOpp undersøkelser etter innleggelse i somatiske sengeposter etter beslutning som er tatt nasjonalt. Ved oppdatering av KBF for 2018 har man nasjonalt valgt å legge resultatene fra 2015 til grunn for fordeling av midler mellom de regionale helseforetakene. Helse Nord har også valgt å benytte gamle data ved intern fordeling mellom foretakene i RHF. Dette innebærer at foretaket til tross for det innsatsen som er gjort på området i 2017, også i 2018 straffes økonomisk som følge av målingen som ble gjort i 2015.

#### **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 erfaren lege vil bidra til raskere å avdekke alvorlig sykdom hos pasienter med annen kontaktårsak og raskere starte riktig diagnostikk /behandling. Tilstedeværelse av erfaren lege i akuttmottaket vil bidra til supervisjon av studenter, turnusleger og sykepleiere og bedre pasientflyten gjennom akuttmottaket. Sommeren 2016 ble det gjennomført en pilot

over 5 uker for å måle effekten av å plassere en erfaren 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 erfaren lege 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.

Aktuelle legestillinger er utlyst to ganger, men av ulike årsaker har vi ikke fått besatt legestillingene i tilstrekkelig grad til at tiltaket har kunnet starte opp. Det planlegges for en noe begrenset oppstart i Q1 2018 i påvente av tilstrekkelig bemanning.

#### **6.1.8 Pasientreiser**

I 2017 er det iverksatt økt ambulering til Lofoten og Vesterålen for å bidra til reduksjon i pasientreisekostnadene. Pr utgangen av oktober 2017 er den polikliniske aktiviteten økt i både Lofoten og Vesterålen, imidlertid har det også vært økning i antallet pasienter fra Lofoten og Vesterålen som har fått sin behandling i Bodø. Det har fra 2016 til 2017 vært en samlet vekst i den polikliniske aktiviteten innenfor somatikk i NLSH. Den økte ambuleringen har bidratt til å dempe kostnadsveksten i pasientreiser med fly over Vestfjorden, men reisekostnadene med fly er likevel økende. Foretaket ser også vekst i kostnader til pasientreiser med drosje i perioden.

En av utfordringene i forhold til ytterligere økning av ambulering til Lofoten og Vesterålen er tilgangen på rom- og støttepersonellressurser. For 2018 vil det gjennomføres tiltak for å bedre tilgangen både mht rom og personell. Videre etableres en økonomisk incentivmodell for belønning av klinikkene for reduksjon i reiser mellom Bodø, Lofoten og Vesterålen. Parallelt med dette vil det gjøres analyse av utvikling i reisekostnadene pr landevei og ses på tiltak for å redusere disse kostnadene.

#### **6.1.9 Gjestepasienter**

Brutto gjestepasientkostnader økte i perioden 2013-2016 med om lag 25 % og utgjorde ved utgangen av 2016 totalt 202 mill kr. Nordlandssykehuset har de siste årene gjennomført tiltak knyttet til økning i aktivitet/nye tilbud og reduksjon i ventetider for å bremse/reversere denne utviklingen.

Ved utgangen av oktober 2017 er bokførte kostnader knyttet til gjestepasienter på 165 mill kr, og dette er en reduksjon på 3 mill kr sammenlignet med samme periode i 2016. Selv om kostnadene til gjestepasienter er beheftet med noe usikkerhet som følge av ujevn fakturering fra foretakene, indikerer utviklingen så langt i 2017 at foretaket har lyktes i å snu utviklingen.

Opprinnelig gevinstanslag for 2017 for reduksjon av gjestepasientkostnader var 7,5 mill kr. Målet er dermed ikke nådd fullt ut, men dersom den gode utviklingen fortsetter forventes større gevinst i 2018.

Det arbeides videre med identifisering av flere områder med potensiale for å bremse gjestepasientkostnadene.

#### **6.1.10 Døgnbasert rehabilitering i Vesterålen**

Status i 2016 var at døgnrehabilitering for pasienter tilhørende Nordlandssykehuset foregikk 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 har gjennom 2017 trappet opp vårt tilbud om døgnbasert rehabilitering i Vesterålen, ansatt nevrolog tilknyttet tilbudet, samt etablert øvrige aktuelle fagstillinger. Tilsetningene har tatt lengre tid enn forutsatt, og vi planlegger derfor også i 2018 å kjøpe to plasser fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN HF). Den økonomiske gevinsten av tiltaket vil komme i to trinn; første del når vi kan avslutte avtalen med UNN HF og deretter når inntektsfordelingsmodellen oppdateres med forbruk fra 2018/2019.

#### **6.1.11 Vurderingsenhet rehabilitering i egenregi**

Vurderingsenheten for rehabilitering er i dag en regional funksjon som ivaretas av UNN HF 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. Analyser utført av Sykehusbygg har vist at andelen rehabiliteringsopphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner pr 10 000 innbyggere i 2015 lå langt høyere for pasienter fra vårt opptaksområde enn landsgjennomsnittet og gjennomsnittet for Troms fylke.

Som følge av betydelig økning i bruken av private rehabiliteringstjenester gjennom 2016, samtidig med at foretaket mottok signaler om at en ikke ubetydelig andel av tjenestene som leveres er tjenester som burde vært tilbudt innenfor primærhelsetjenesten, har Nordlandssykehuset sendt formell henvendelse til Helse Nord RHF om å overta vurderingsfunksjonen for pasienter i vårt eget opptaksområde. Dette for å ha bedre styring og prioritering av ressursene som benyttes til dette formålet. Nordlandssykehuset har foreløpig ikke fått tilbakemelding i denne saken. Kostnadsbesparselsen var estimert til 4 mill kr i 2017.

For første tertial 2017 ser vi en relativt høy andel henvisninger direkte fra fastlege for rehabilitering ved de private heldøgns institusjonene (Nordtun og Valnesfjord) som befolkningen i vårt opptaksområde i stor grad benytter. Dette administreres utelukkende av UNN HF, og vi har ingen mulighet til å påvirke forbruket selv om kostandene for opphold belastes Nordlandssykehuset HF.

| Institusjon              | Fastlege/primærleg<br>e | Private<br>spesialister | Andre<br>tjenester | Somatisk sp h tj | Total        |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------|------------------|--------------|
| Finnmark                 | 50,5                    | -                       | 27,5               | 22,0             | 491          |
| Helgeland Rehabilitering | 40,0                    | -                       | 29,3               | 30,7             | 75           |
| Nord-Norges Kurbad       | 73,7                    | 2,8                     | -                  | 23,5             | 782          |
| Nordtun                  | 40,5                    | 5,4                     | ,4                 | 53,7             | 259          |
| Skibotsenteret           | 91,7                    | -                       | -                  | 8,3              | 36           |
| Stamina Helse, Bodø      | 15,0                    | -                       | -                  | 85,0             | 187          |
| Stamina Helse, Tromsø    | 0,0                     | -                       | -                  | 100,0            | 172          |
| Valnesfjord              | 65,1                    | -                       | 8,1                | 26,8             | 272          |
| <b>Total</b>             | <b>52,6</b>             | <b>1,6</b>              | <b>7,9</b>         | <b>37,9</b>      | <b>2274*</b> |

Kilde: Helsedirektoratet, NPR, rapport 1.tertial 2017. \*Opplysninger mangler for 78 pasientopphold

### 6.1.12 Ny automasjonsløsning – Laboratoriet

Jamfør styresak 110-2016 *Investering ny automasjonsløsning ved Laboratoriemedisinsk avdeling Bodø* forventes investering i ny automasjonsløsning å redusere kostnader til laboratorieanalyser og redusere behovet for ansatte direkte involvert i analysing av prøver. Gevinstanslag for 2018 var opprinnelig satt til 3 mill kr. Anskaffelsesprosessen pågår og forventes avsluttet i løpet av 1. halvår 2018. Først når anskaffelsesprosessen er ferdigstilt og vi vet når vi får etablert ny automasjonsløsning er det mulig å oppdatere økonomisk gevinst fordelt over år.

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

Direktøren ba ifbm budsjett 2017 klinikkjefene for KIRORT og AKUM om å ta et felles ansvar for å øke aktiviteten innenfor operasjon. 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, som har gitt konsekvenser for opererende klinikker i form av lavere aktivitet og DRG-inntekter, samt indirekte konsekvenser i form av gjestepasientkostnader. Bedre logistikk og planlegging knyttet til operasjonsvirksomheten forventes å ha et betydelig potensiale både når det gjelder gjennomføring av planlagt operasjonsprogram og personellkostnader.

Det ble for 2017 lagt til grunn et gevinstpotensial ved felles ressursplanlegging på minst 10 mill kr. Prognosen for 2017 viser at det økonomiske resultatet for klinikkene samlet ser ut til å bli forverret med om lag 9 mill kr sammenlignet med i fjor.

Administrerende direktør igangsetter i disse dager arbeid mht utredning av endret organisering innenfor det operative området. Utredningen skal primært se på organiseringen mellom AKUM og KIRORT, og hvordan ulike organisatoriske endringer kan forbedre ressursutnyttelsen innenfor det operative området. Utredningen skal også drøfte hvordan slike endringer kan innvirke på ressursutnyttelsen for øvrige klinikker med operativ aktivitet.

#### **6.1.14 Riksrevisjonens rapport – harmonisering av bemanning på sengeposter**

Riksrevisjonen publiserte høsten 2015 en undersøkelse av styring av pleierressursene i helseforetakene, der det var 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 viste stor variasjon i bruken av pleierressurser både mellom helseforetak og internt i helseforetak. Direktøren iverksatte på bakgrunn av dette et analysearbeid for å se nærmere om det finnes et potensiale for bedre utnyttelse av pleierressursene i Nordlandssykehuset. Oppfølgingen av dette arbeidet ble presentert for styret i november (styresak 093-2017). Som det fremgår av denne styresaken fant man gjennom arbeidet felles utfordringer for alle enheter: Bemanningen var i liten grad tilpasset forutsigbare variasjoner i pasienttilgangen, manglende fokus på utskrivningsklare pasienter, og koordinering mellom grupper av helsepersonell førte til at pasientene ble inneliggende lengre enn nødvendig. Rapporten har foreslått tiltak som vil bli fulgt opp i de enkelte enheter.

Økonomisk gevinst ved dette arbeidet er ikke beregnet, men foreslåtte tiltak forventes å bidra til reduksjon i liggetid og korridorpasienter, og bedre kapasitetsutnyttelse.

#### **6.1.15 Finansiering av sentralsykehusfunksjoner**

Det er tidligere 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.

Dette omfatter blant annet:

- Henteteam nyfødte
- MDT-møter
- Kvinneklipp
- Vaktordning nyrevakt/dialysevakt
- Vaktordning Psykisk helsevern
- Vaktordning barn, øye, ØNH, nevrologi, revma

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

For traumeberedskap har Nordlandssykehuset tom 2017 hatt særskilt finansiering gjennom basisrammen, men denne opphører fom 2018. Videre fikk foretaket tidligere særskilt finansiering for etablering av økt regional intensivkapasitet, men også denne finansieringen er opphørt. Når det gjelder oppgradering ihht kvalitetskravene i «Et trygt fødetilbud», herunder etablering av kvinneklipp i Bodø, er Nordlandssykehuset delvis finansiert gjennom basisrammen, men mangler ca 10 millioner kroner for fullfinansiering av tjenesten.

Nordlandssykehuset har gitt innspill til Helse Nord RHF om behov for endringer i dagens inntektsmodell for somatikk, og det er nå igangsatt et arbeid med revisjon av modellen. Det forventes at resultatene av dette arbeidet vil bidra til bedre avstemming mellom foretakets oppdrag og økonomiske rammeforutsetninger.

#### **6.1.16 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 (elektronisk pasientjournal).

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

Det er nå kommet på plass både nasjonale og regionale avtaler rundt talegjenkjenning.

Vi ser at før videre utrulling av talegjenkjenning må vi se på hvordan enkelt ansatte og avdelingene kan gis støtte både under og etter implementering slik at dette ikke blir et verktøy som bidrar til arbeidsglidning fra sekretær til lege, med påfølgende høyere ressursuttak for foretaket.

#### **6.1.17 Sykefraværstiltak**

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. Alt fravær følges opp i henhold til lov- og regelverk og spesielt i henhold til IA-avtalen. Fravær som meldes å være arbeidsrelatert følges spesielt opp. Dette kan være fravær med bakgrunn i spesielt stressende eller krevende arbeid, ulykker eller skader på jobb, mobbing/trakassering, konfliktsituasjoner, høyt arbeidspress over tid eller andre situasjoner som fører til at ansatte blir syke.

Styret vedtok strategisk plan for IA-arbeid for perioden 2015-2018 i mai 2015. Det systematiske og målrettede arbeidet videreføres, og det utarbeides årlige tiltaksplaner rettet inn mot de 3 delmålene i IA-avtalen. Tiltaksplanene skal ha tiltak både på helsefremmende-,

forebyggende- og reagerende arbeid. I 2018 vil det bli laget ny strategisk plan for IA-arbeid for perioden 2019-2022. De årlige HMS-handlingsplanene har også tiltak som direkte eller indirekte bidrar inn i arbeidet med å fremme helse og nærvær og redusere fraværet. Det arbeides for tiden med å lage HMS-handlingsplaner for 2018 både på klinikk- og foretaksnivå.

Tiltak kommende budsjettperiode (listen er ikke utfyllende):

- **ForBedring** skal erstatte den tidligere Medarbeiderundersøkelsen (MU) og skal fra og med 2018 gjennomføres årlig. Den følges opp i klinikkene og stabsavdelingene med presentasjon av resultater og handlingsplan. HR-avdelingen bistår i oppfølgingsarbeidet og handlingsplaner legges fram for arbeidsmiljøutvalget (AMU). I ForBedring vil også pasientsikkerhet bli inkludert i undersøkelsen. Det forventes at en årlig undersøkelse vil bidra til mer kontinuitet rundt arbeidet og sikre at oppfølging er en del av det daglige HMS-arbeidet i enhetene.
- Klinikken har egne **handlingsplaner** med ulike tiltak med forebyggende fokus samt tett oppfølging gjennom tilretteleggende tiltak.
- Pilotprosjektet **iBedrift** som gjennomføres av Arbeidslivssenteret i Nordland i samarbeid med Valnesfjord Helsesportsenter, videreføres. Fire enheter har fullført prosjektet, to enheter i Kirurgisk Ortopedisk klinikk har nylig startet opp prosjektet, og det er sendt ut tilbud til flere om å melde seg på.
- Fokuset på å øke kunnskapen i foretaket omkring tema **konflikter, mobbing og trakassering** har bidratt til at flere saker meldes/varsles. HR gjennomfører faktaundersøkelser og bidrar i arbeidet med å håndtere konflikter.
- HR gir bistand til ledere til tett **oppfølging** av hyppig korttidsfravær og langtidsfravær. Det settes fokus på å finne riktig funksjonsnivå for ansatte som over år har hatt mye sykefravær. Både ledere og IA-rådgivere må forvente å legge ned et betydelig arbeid i oppfølging og veiledning av enkeltansatte.
- Tilbudet om **informasjons- og opplæringsmøter** med ledere og enheter i regelverk og rutiner rundt IA-arbeid og sykefraværsoppfølging videreføres. Arbeidet med å informere, videreutvikle rutiner og tilpasse systemer i forbindelse med innføring av elektronisk sykmelding fortsetter.
- **HMS-grunnkurs** er gjennomført 2 ganger i 2017, og til sammen 60 verneombud, ledere og tillitsvalgte har fullført kurset i år. Det planlegges med ett kurs i 2018.
- **Lederprogram** for nye avdelingsledere, samt program for enhetsledere startet i februar 2017 og videreføres samt videreutvikles i 2018. HMS, inkluderende arbeidsliv og sykefraværarbeid er viktige tema på alle lederprogrammene.
- Det skal gis klinikkvis **orientering i AMU** om klinikkens IA-arbeid og handlingsplaner for å redusere sykefraværet.
- **Spesielt fokus** på sykefravær i enheter som har hatt **høyt fravær over tid**. Nærværprosjektet i Prehospital klinikk følges opp videre. Det vurderes om nye klinikker skal starte slike prosjekt.
- **Utbyggingsprosjektet** følges tett opp av egen ansatt verneingeniør. Han gjennomfører blant annet kurs for alle arbeidere i forhold til HMS, slik at de blir best mulig i stand til å arbeide i et sykehus i drift. Her er det fokus på støy, støv, sikkerhet etc. Det er tett oppfølging av enhetene i AB-blokken under renoveringen som foregår.

- Våren 2017 ble det inngått avtale med **ny leverandør av Bedriftshelsetjenester**. HEMIS AS har vært NLSH sin BHT-leverandør i mange år og kjenner vår organisasjon og drift godt. De har kommet godt i gang med levering av tjenester som vaksiner, oppfølging av stikkskader, samtaler/oppfølging av enkeltansatte som er sykmeldt eller står i fare for å bli det, arbeidsplasskartlegginger, ulike målinger og bistand i kartlegginger i forbindelse med klage/varsel om mobbing/trakassering. Det er etablert gode rutiner for bestilling av tjenester til BHT og levering skjer raskt og med god kvalitet. Det vil i 2018 være fokus på å utvikle tilbudet av BHT-tjenester blant annet på området helsekontroller for utvalgte grupper.
- Det har vært jobbet med å implementere nye rutiner for arbeidet med å **avdekke og følge opp rus- og spillavhengighet** – kalt AKAN-rutiner. Opplæring i rutineene gis i HMS-grunnkursene samt i lederprogrammene. Høsten 2017 ble det også gjennomført dagskonferanser for ledere i Bodø, Lofoten og Vesterålen. Disse konferansene var svært vellykket og lærerike, og vil bli gjentatt årlig framover.
- **Vold og trusler mot ansatte** kan se ut til å være et økende problem, både i somatisk og psykiatrisk virksomhet. Det gis informasjon om temaet i HMS-grunnkurs. Dette er et område som vil bli prioritert satsingsområde i HMS-handlingsplan for 2018.

## 7. TILTAKSPLAN 2018 - RAMMEFORDDELING

I budsjettprosessen for 2017 ble det foretatt rammejustering mellom klinikker/stabsavdelinger for bedre tilpasning av rammeforutsetningene i forhold til drifts- og tiltaksplaner i den enkelte klinikk. Dette for å legge til rette for at budsjettet skal fungere som et bedre styringsverktøy på klinikk, avdelings- og enhetsnivå, i tillegg til at det gir bedre mulighet for å identifisere eventuelle avvik. 5 klinikker fikk som følge av dette økt sine budsjetttrammer med om lag 47 mill kr.

Pr utgangen av oktober viser prognosen at ingen av de 5 klinikkene som fikk økt sin budsjetttramme i 2017 er i budsjettbalanse inneværende år. To av klinikkene har imidlertid redusert sitt budsjettavvik sammenlignet med 2016. En av klinikkene har uendret budsjettavvik, mens de resterende to klinikkene har forverret sitt budsjettavvik etter rammeøkningen.

Utgangspunktet for budsjettforberedelsene for 2018 i den enkelte klinikk og stab har vært budsjett 2017 med tilhørende aktivitetsforutsetninger. Det enkelte virksomhetsområde har utarbeidet omstillingsutfordring for 2018 basert på prognose for 2017 og effekter av kjente endringer i 2018. Omstillingsutfordring i den enkelte klinikk/stab har vært lagt til grunn for tiltaksarbeidet.

Det har også for 2018 vært en viktig premiss for budsjettarbeidet i klinikker og stabsavdelinger at budsjettet i best mulig grad skal reflektere den planlagte driften innenfor rammeforutsetningene i budsjettperioden. Vedtatte kostnadsreduserende tiltak for tilpasning av drift innenfor gjeldende budsjetttrammer skal 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 i 2017 avdekket at det i enkelte klinikker/enheter ikke var tilstrekkelig samsvar mellom budsjetttrammer og driftsplan på artsnivå og mellom enheter. Som følge av dette ble det gjort

et større arbeid i mange klinikker med forbedring av planverket. Dette arbeidet har ikke vært fullført for samtlige klinikker, og videreføres i budsjett for 2018.

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.

Som følge av reduksjon i sengetall i Bodø på grunn av rokadene knyttet til ombyggingen av sykehuset i Bodø, har flere av klinikkene varslet om utfordringer i forhold til å nå plantall for aktivitet eller ønsket økning i aktivitet. Videre opplever klinikkene generelt 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. Tiltak for driftstilpasning som så langt er identifisert i klinikkene er ikke tilstrekkelige for å løse budsjettutfordringen for 2018.

Parallelt med tiltaksarbeidet i den enkelte klinikk er det arbeidet videre med gjennomgående/foretaksovergripende tiltak som forventes å gi gevinst for foretaket samlet. Disse er beskrevet under punkt 7.2. Klinikkenes tiltaksplaner inkl andel av gjennomgående tiltak er beskrevet under punkt 7.1.

Direktøren har besluttet rammejustering mellom klinikker/stabsavdelinger også i 2018, og fordeler om lag 30 mill kr til klinikkene delvis knyttet til økte medikamentkostnader og delvis knyttet til økt aktivitet på utvalgte områder. Endring i ramme fremgår av tabell 2 nedenfor.

Det vil i 2018 gjøres endring i rammefordelingen mellom klinikkene som følge av justering i ISF-satsene, særlig mellom kirurgiske og medisinske DRG-er. I utgangspunktet skal denne justeringen gjøres «budsjettneutryl» mellom klinikkene.

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 3 på side 29 er et uttrykk for behov for lederstøtte/oppfølgingsstøtte i realiseringen, og ikke uttrykk for sannsynlighet for realisering.

**Tabell 2: Omstillingsutfordring og rammeendring 2018 pr klinikk**

| (alle tall i mill kr)                      | AKUM | DIAG  | HBEV  | KBARN | KIRORT | MED   | PHR   | PREH  |
|--------------------------------------------|------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|
| Omstillingsutfordring - inngangsfart 2018  | -5,6 | 25,7  | -10,9 | -4,5  | -34,8  | -19,9 | 8,0   | -10,8 |
| Endring kostnader 2018                     | -1,9 | -4,6  | -6,8  | -5,8  | -3,5   | -10,0 | -16,3 | -4,1  |
| Endring inntekter 2018                     |      | -18,0 | 0,3   | 1,5   | 6,4    | 1,5   | 3,0   | 0,0   |
| Samlet omstillingsutfordring før tiltak    | -7,5 | 3,1   | -17,5 | -8,8  | -31,9  | -28,4 | -5,3  | -15,0 |
| Tiltaksplan fra klinikkens budsjettprosess | 3,7  |       | 0,6   | 4,5   | 3,2    | 8,7   |       | 15,0  |
| Sentrale tiltak                            |      |       | 1,0   |       | 2,0    | 3,0   |       |       |
| Budsjettjustering 2018                     | -5,0 | -0,6  | 9,7   | 2,8   | 11,1   | 7,1   | 5,9   | 0,6   |
| Rest omstillingsutfordring 2018            | -8,8 | 2,5   | -6,2  | -1,5  | -15,6  | -9,6  | 0,6   | 0,6   |

## **7.1 Tiltaksplan pr klinikk**

I tabell 3 presenteres oversikt over tiltak som er utredet og fremlagt fra klinikkene i budsjettmøtene gjennom høsten 2017, samt sentrale/gjennomgående tiltak presentert i kapittel 7.2

Tabellen viser tiltak pr klinikk med estimert effekt i 2018, og risikovurdering av tiltakene ut fra behov for lederstøtte/oppfølgingsstøtte ifbm realisering.

**Tabell 3: Tiltaksplan pr klinikk 2018**

| KLINIKK          | Omstillingstiltak                                                    | Økonomisk<br>helårseffekt<br>2018 | Kostnadsreduksjon/inntektsøkning<br>2018 |               |               |
|------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|---------------|---------------|
|                  |                                                                      |                                   |                                          |               |               |
| AKUM             | Reduksjon overtid gj. fast ansettelse, Lofoten                       | 752                               | 500                                      | 252           |               |
| AKUM             | Redusert innleie operasjon/anestesi, Lofoten                         | 500                               | 400                                      | 100           |               |
| AKUM             | Redusert innleie - ambulerings, Vesterålen                           | 600                               | 600                                      |               |               |
| AKUM             | Felles intensiv Vesterålen                                           | 575                               | 400                                      | 95            | 80            |
| AKUM             | Dekning vakante vakter helikopter Evenes                             | 750                               | 500                                      | 250           |               |
| AKUM             | Reduksjon overtid fly gj. Fast ansettelse, Bodø                      | 200                               | 200                                      |               |               |
| AKUM             | Reduksjon vakansbruk mv, Bodø                                        | 600                               | 450                                      | 50            | 100           |
| AKUM             | Reduksjon kostnader anestesi, Bodø                                   | 500                               | 500                                      |               |               |
| AKUM             | Ambulering Lofoten                                                   | 300                               |                                          |               | 300           |
| AKUM             | Finansiering av forskning gj. Tilskudd                               | 500                               |                                          | 500           |               |
|                  | <b>Sum Akuttmedisinsk klinikk (AKUM)</b>                             | <b>5 277</b>                      | <b>3 550</b>                             | <b>1 247</b>  | <b>480</b>    |
| KIRORT           | Langtidsplanlegging                                                  | 600                               | 600                                      |               |               |
| KIRORT           | Reduksjon innleie/rekruttering                                       | 600                               | 300                                      | 300           |               |
| KIRORT           | Farmasøytter i sengeenheter og apotekstyrt medisinerom               | 100                               |                                          | 100           |               |
| KIRORT           | Reduksjon i sykefravær                                               | 500                               | 300                                      | 200           |               |
| KIRORT           | Reduksjon matsvinn                                                   | 100                               | 100                                      |               |               |
| KIRORT           | Reduksjon forbruksmateriell                                          | 250                               | 250                                      |               |               |
| KIRORT           | Samhandling AKUM                                                     | 500                               | 500                                      |               |               |
| KIRORT           | Ambulering - reduksjon pasientreiser                                 | 500                               | 300                                      | 200           |               |
|                  | <b>Sum Kirurgisk ortopedisk klinikk (KIRORT)</b>                     | <b>3 150</b>                      | <b>2 350</b>                             | <b>800</b>    | <b>0</b>      |
| HBEV             | Reduksjon personellressurser                                         | 585                               | 585                                      |               |               |
|                  | <b>Sum Hode Bevegelse klinikk (HBEV)</b>                             | <b>585</b>                        | <b>585</b>                               | <b>0</b>      | <b>0</b>      |
| KBARN            | Arbeidsplan leger Barn                                               | 1 100                             | 900                                      | 200           |               |
| KBARN            | Reduksjon kostnad spesialistavtale                                   | 300                               | 300                                      |               |               |
| KBARN            | Sambruk av personale                                                 | 500                               | 500                                      |               |               |
| KBARN            | Reduksjon innleie fra byrå (jordmor), Bodø                           | 1 100                             | 1 100                                    |               |               |
| KBARN            | Reduksjon innleie fra byrå (sykepleier), Bodø                        | 500                               | 500                                      |               |               |
| KBARN            | Reduksjon innleie fra byrå (jordmor), Vesterålen                     | 1 000                             | 1 000                                    |               |               |
|                  | <b>Sum Kvinne Barn klinikk klinikk (KBARN)</b>                       | <b>4 500</b>                      | <b>4 300</b>                             | <b>200</b>    | <b>0</b>      |
| MED              | Forbedring indeks hjerte (kodeforbedring)                            | 7 000                             | 3 500                                    | 3 500         |               |
| MED              | Økt poliklinikk, Hjerte                                              | 1 000                             | 1 000                                    |               |               |
| MED              | Økt antall konsultasjoner, Enhet kreft og lindrende behandling (EBK) | 705                               | 705                                      |               |               |
|                  | <b>Sum Medisinsk klinikk (MED)</b>                                   | <b>8 705</b>                      | <b>5 205</b>                             | <b>3 500</b>  | <b>0</b>      |
| PREH             | Ambulanseplan - ny driftsmodell                                      | 9 700                             | 6 000                                    | 3 700         |               |
| PREH             | Fakturering tjenester for eksterne                                   | 200                               | 100                                      | 100           |               |
| PREH             | Redusert materiellforbruk, bedre lagerstyring                        | 100                               | 100                                      |               |               |
| PREH             | Reduksjon vedlikeholdskostnader biler                                | 1 200                             | 1 200                                    |               |               |
| PREH             | Reduksjon overtid lærlinger                                          | 500                               | 250                                      | 250           |               |
| PREH             | Nærværprosjekt - reduksjon sykefravær, endring turnus mv             | 2 560                             | 1 500                                    | 1 060         |               |
| PREH             | Bedre styring vikarinnleie                                           | 300                               | 300                                      |               |               |
| PREH             | Klinisk overblikk - effektiv logistikk                               | 200                               | 200                                      |               |               |
| PREH             | Lege i Front                                                         | 200                               | 200                                      |               |               |
|                  | <b>Sum Prehospital klinikk (PREH)</b>                                | <b>14 960</b>                     | <b>9 850</b>                             | <b>5 110</b>  | <b>0</b>      |
| DRIFT & EIEND    | Videreføring kostnadsreduksjon                                       | 15 000                            | 5 000                                    | 5 000         | 5 000         |
|                  | <b>Sum Senter for Drift og eiendom (D&amp;E)</b>                     | <b>15 000</b>                     | <b>5 000</b>                             | <b>5 000</b>  | <b>5 000</b>  |
| FELLESKOST/STAB  | Fristbrudd                                                           | 1 000                             | 800                                      | 200           |               |
| FELLESKOST/STAB  | Kodekvalitet - senter for klinisk støtte og dokumentasjon SKSD       | 5 000                             | 3 000                                    | 2 000         |               |
| FELLESKOST/STAB  | Lege i front MED klinikk                                             | 1 000                             | 500                                      | 500           |               |
| FELLESKOST/STAB  | Reduksjon kostnader H-resepter                                       | 5 800                             | 3 500                                    | 2 000         | 300           |
| FELLESKOST/STAB  | Pasientreiser - bedre styring/logistikk, klinisk skype mv            | 8 000                             | 4 000                                    | 2 000         | 2 000         |
| FELLESKOST/STAB  | Gjestepasientkostnader                                               | 4 000                             | 2 000                                    | 1 000         | 1 000         |
| FELLESKOST/STAB  | Organisatoriske endringer                                            | 7 000                             | 3 000                                    | 2 000         | 2 000         |
| FELLESKOST/STAB  | Kurativ stråling                                                     | 950                               | 500                                      | 450           |               |
|                  | <b>Sum Felleskostnader</b>                                           | <b>32 750</b>                     | <b>17 300</b>                            | <b>10 150</b> | <b>5 300</b>  |
| <b>SUM TOTAL</b> |                                                                      | <b>84 927</b>                     | <b>48 140</b>                            | <b>26 007</b> | <b>10 780</b> |

### **7.1.1 Akuttmedisinsk klinikk (AKUM)**

AKUM har beregnet sin omstillingsutfordring til 12,4 mill kr i 2018.

Pr utgangen av oktober viser prognose for 2017 et negativt budsjettavvik på om lag 5,6 mill kr.

En stor del av den økte utfordringen (5 mill kr) fra 2017 til 2018 er knyttet til flytting av budsjett for økning av intensivkapasitet til sentral pott, da oppbyggingen er forsinket (og kostnadene ikke har påløpt).

Gjennom budsjettprosessen for 2017 fikk klinikken tilført en økning i rammen på 7 mill kr, og dette ble vurdert tilstrekkelig for realisering av planlagt driftsnivå i 2017 forutsatt gjennomføring av klinikkens tiltaksplan for 2017. I tillegg forutsatte tiltaksplan for 2017 at AKUM i samarbeid med KIRORT skulle å ta et felles ansvar for å øke aktiviteten innenfor operasjon og gjennom bedre planlegging og ressursutnyttelse av de operative ressursene bidra til å bedre klinikkens samlede økonomi med ytterligere 10 mill kr.

Justert for rammeendring i 2017 er resultatet uendret sammenlignet med 2016.

Klinikken har gjennom sin interne budsjettprosess for 2018 identifisert tiltak på til sammen 5,2 mill kr.

Restutfordring etter tiltaksplan/budsjettjustering utgjør 7,2 mill kr.

### **7.1.2 Kirurgisk ortopedisk klinikk (KIRORT)**

KIRORT klinikk har beregnet sin omstillingsutfordring for 2018 til 32 mill kr.

Pr utgangen av oktober viser prognosen for 2017 et negativt budsjettavvik på om lag 34 mill kr. Avviket er knyttet til lønns- og materiellkostnader, mens inntektene samlet er ihht plan. Den reduserte utfordringen sammenlignet med prognosen for 2017 er knyttet til forventet økning i ISF-inntekter i 2018.

Gjennom budsjettprosessen for 2017 fikk klinikken tilført en økning i rammen på 5 mill kr, og dette ble da vurdert tilstrekkelig for realisering av planlagt driftsnivå i 2017 forutsatt gjennomføring av klinikkens tiltaksplan for 2017. Videre forutsatte tiltaksplan for 2017 at KIRORT i samarbeid med AKUM skulle å ta et felles ansvar for å øke aktiviteten innenfor operasjon og gjennom bedre planlegging og ressursutnyttelse av de operative ressursene bidra til å bedre klinikkens samlede økonomi med ytterligere 10 mill kr.

Justert for rammeendring 2016-2017 har klinikken i 2017 forverret sitt resultat med 8,9 mill kr sammenlignet med 2016.

Klinikken har gjennom sin interne budsjettprosess for 2018 identifisert tiltak på til sammen 3,2 mill kr. Videre har direktøren besluttet å styrke klinikkens budsjettramme med 11 mill kr blant annet for finansiering av økte kostnader knyttet til rokaden, operasjonsmateriell og medikamenter. Videre forutsettes økte ISF-inntekter gjennom forbedret kodekvalitet via Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD).

Restutfordring etter tiltaksplan/budsjettjustering utgjør 15,6 mill kr.

### **7.1.3 Samhandling AKUM og KIRORT – videre oppfølging**

De samlede utfordringene for AKUM og KIRORT med hensyn til å få etablert bedre planlegging og ressursutnyttelse av de operative ressursene, og gjennom dette også forbedre klinikkens samlede økonomiske resultater, var i budsjettopplegget for 2017 tenkt løst gjennom at klinikkene skulle ta et felles ansvar for å øke aktiviteten innenfor operasjon.

Som omtalt i kapittel 6.1.13 igangsetter administrerende direktør i disse dager arbeid mht utredning av endret organisering innenfor det operative området. Utredningen skal primært se på organiseringen mellom AKUM og KIRORT, og hvordan ulike organisatoriske endringer kan forbedre ressursutnyttelsen innenfor det operative området. Utredningen skal også drøfte hvordan slike endringer kan innvirke på ressursutnyttelsen for øvrige klinikker med operativ aktivitet.

Det er en forventning om at endret organisering skal bidra til forbedring av foretakets langsiktige bærekraft. Imidlertid vil det nok være slik at omorganiseringsprosesser ofte kan ha negativ effekt på drift frem til ny organisasjon har satt seg, slik at det er usikkerhet mht hvilken økonomisk effekt vi vil se i 2018.

### **7.1.4 Diagnostisk klinikk (DIAG)**

DIAG har en positiv omstillingsutfordring på om lag 2,5 mill kr for 2018.

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

Pr utgangen av oktober viser prognosen for 2017 et positivt budsjettavvik på om lag 26 mill kr, og overskuddet er hovedsakelig knyttet til økte laboratorieinntekter. Som følge av endringer i laboratoriekodeverket og finansieringen av laboratorievirksomheten fra 2018 forventes inntektene å bli redusert med 15-18 mill kr. Endelig effekt av endringen er ikke kjent pt.

Klinikken vil få midlertidig økte kostnader i 2018 som følge av innføring av automatisering av laboratoriet, samt nødvendig leie av utstyr for å opprettholde drift under ombygging av A/B-fløya og radiologisk avdeling. Disse kostnadene er innarbeidet i budsjett for 2018.

### **7.1.5 Hode bevegelse klinikken (HBEV)**

HBEV klinikken har beregnet sin omstillingsutfordring for 2018 til 17,5 mill kr.

Pr utgangen av oktober viser prognosen for 2017 et negativt budsjettavvik på nærmere 11 mill kr. En vesentlig del av det negative avviket gjelder redusert ISF-inntekt innenfor nevrologi, hvorav en del er knyttet til redusert sengekapasitet som følge av rokaden.

Planlagt kostnadsvekst i 2018 gjelder blant annet helårseffekt etablering av rehabiliteringsenheten i Vesterålen, opprettholdelse/økt tilbud innenfor klinisk nevrofysiologi og økt ambulerings til Lofoten, Vesterålen og Helgeland, samt økte kostnader for leie av

rehabiliteringssenger ved UNN Harstad. Videre reduseres inntektene som følge av opphør av særskilt finansiering knyttet til «raskere tilbake»-ordningen.

Klinikken har gjennom sin interne budsjettprosess identifisert tiltak på 0,6 mill kr.

Direktøren har besluttet å styrke klinikkens budsjetttramme med 9,7 mill kr blant annet for finansiering av kostnader knyttet til rehabiliteringstilbudet i Vesterålen, KNF, leie av rehabiliteringssenger og medikamenter.

Restutfordring etter tiltaksplan/budsjettjustering utgjør 6,2 mill kr.

#### **7.1.6 Kvinne Barn klinikken (KBARN)**

KBARN klinikken har beregnet sin omstillingsutfordring for 2018 til 8,8 mill kr.

Pr utgangen av oktober viser prognosen for 2017 et negativt budsjettavvik på om lag 4,5 mill kr, men med noe usikkerhet grunnet økt innleiebehov siste del av året.

Planlagt kostnadsvekst i 2018 gjelder hovedsakelig ny vaktordning knyttet til henteteam nyfødte og styrking av bemanning/vikarpool nyfødt intensiv.

Gjennom budsjettprosessen for 2017 fikk klinikken tilført en økning i rammen på 10 mill kr, og dette ble vurdert tilstrekkelig for realisering av planlagt driftsnivå i 2017 forutsatt gjennomføring av klinikkens tiltaksplan for 2017. Justert for rammeendring 2016-2017 har klinikken i 2017 forbedret sitt resultat med 2,3 mill kr sammenlignet med 2016.

Klinikken har gjennom sin interne budsjettprosess for 2018 identifisert tiltak på til sammen 5,2 mill kr. Videre har direktøren besluttet å styrke klinikkens budsjetttramme med 2,8 mill kr hovedsakelig knyttet til vaktordning/flytillegg for henteteam nyfødte.

Restutfordring etter tiltaksplan/budsjettjustering utgjør 1,5 mill kr.

#### **7.1.7 Medisinsk klinikk (MED)**

MED klinikk har beregnet sin omstillingsutfordring for 2017 til 28,4 mill kr.

Pr utgangen av oktober viser prognosen for 2017 et negativt budsjettavvik på om lag 20 mill kr. Kostnadsveksten i 2018 sammenlignet med prognosen for 2017 er knyttet til oppbygging av rehabilitering i Vesterålen, «Lege i Front» i akuttmottaket, samt styrking av bemanning innenfor flere områder.

Gjennom budsjettprosessen for 2017 fikk klinikken tilført en økning i rammen på 20 mill kr, og dette ble da vurdert tilstrekkelig for realisering av planlagt driftsnivå i 2017 forutsatt gjennomføring av klinikkens tiltaksplan for 2017. Justert for rammeendring 2016-2017 har klinikken i 2017 forverret sitt resultat med 7,5 mill kr sammenlignet med 2016.

Klinikken har gjennom sin interne budsjettprosess for 2018 identifisert tiltak på til sammen 8,7 mill kr. Videre har direktøren besluttet å styrke klinikkens budsjettramme med 7,1 mill kr blant annet for finansiering av økte kostnader knyttet til oppbygging av rehabilitering i Vesterålen, Lege i Front og medikamenter. Videre forutsettes økte ISF-inntekter gjennom forbedret kodekvalitet via Senter for klinisk støtte og dokumentasjon (SKSD) med 2 mill kr og reduserte personellkostnader som følge av etablering av Lege i front.

Restutfordring etter tiltaksplan/budsjettjustering utgjør 10,3 mill kr.

#### **7.1.8 Psykisk helse og rus klinikken (PHR)**

PHR klinikken har beregnet sin omstillingsutfordring for 2017 til om lag 5,3 mill kr.

Pr utgangen av oktober viser prognosen for 2017 et positivt budsjettavvik på om lag 8 mill kr. Kostnadsveksten i 2018 sammenlignet med prognosen for 2017 er knyttet til etablering av PIT-senger (psykiatrisk innsatsteam), ny avdeling Rus, CL-team, økning i bemanning spesialpsykiatrisk avdeling, økt behov for skjermingsplasser, samt økte kostnader knyttet til ny lov om varetektssurrogat, samt øvrig styrking av bemanning.

Direktøren styrker klinikkens budsjettramme i 2018 med 5,8 mill kr som utgjør Nordlandssykehusets andel av styrking psykiatri-rusområde i Helse Nord i 2018.

Restutfordring etter tiltaksplan/budsjettjustering: 0.

#### **7.1.9 Prehospital klinikk (PREH)**

PREH klinikk har beregnet sin omstillingsutfordring for 2018 til 14,9 mill kr.

Pr utgangen av oktober viser prognosen for 2017 et negativt budsjettavvik på nærmere 11 mill kr. Kostnadsveksten i 2018 sammenlignet med prognosen for 2017 er knyttet til etablering av flere faste stillinger jamfør implementering av ny ambulanseplan.

Gjennom budsjettprosessen for 2017 fikk klinikken tilført en økning i rammen på 4,6 mill kr, og dette ble da vurdert tilstrekkelig for realisering av planlagt driftsnivå i 2017 forutsatt gjennomføring av klinikkens tiltaksplan for 2017. Justert for rammeendring 2016-2017 har klinikken i 2018 forbedre sitt resultat med 1,9 mill kr sammenlignet med 2016.

Klinikken har gjennom sin interne budsjettprosess for 2018 identifisert tiltak på 14,9 mill kr, der det vesentligste av tiltaksplanen er knyttet til effekt av ambulanseplan. Videre har direktøren besluttet å styrke klinikkens budsjettramme med 0,6 mill kr til sykepleierressurs Lege i Front.

Restutfordring etter tiltaksplan/budsjettjustering: 0.

### **7.1.10 Senter for drift og eiendom**

Senter for drift og eiendom har beregnet sin omstillingsutfordring for 2018 til 15,6 mill kr.

Pr utgangen av oktober viser prognosen for 2017 budsjettbalanse.

Som ledd i å balansere foretakets driftsbudsjett i 2017 valgte direktøren å videreføre reduksjon i vedlikeholdskostnader. I omstillingsutfordringen for 2018 er lagt til grunn behov for økning i vedlikeholdet med 15 mill kr, samt økte kostnader knyttet til midlertidig flytting av kantine i Bodø som følge av ombygging med 0,6 mill kr.

Som følge av foretakets økonomiske situasjon vil økning i vedlikehold bli vanskelig også i 2018, slik at tiltak for reduksjon i vedlikehold videreføres. 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 også i 2018.

Direktøren styrker klinikkens budsjetttramme med 0,6 mill kr for å dekke økte kostnader til kantinedrift i rokaideperioden.

### **7.1.11 Stabsavdelinger**

Omstillingsutfordringer i stabsavdelingene skal som utgangspunkt håndteres gjennom generelle effektiviseringstiltak. Så langt er det knyttet utfordringer til kostnadsutviklingen innenfor pasientreiser, medisinteknisk utstyr, behandlingshjelpemidler og ikt-området.

Når det gjelder pasientreiser etableres det fra og med 2018 økonomisk incentivordning for reduksjon av pasientreiser gjennom økning av ambulering. Kostnadsutviklingen innenfor medisinteknisk område, behandlingshjelpemidler og IKT vil bli analysert nærmere for å identifisere potensiale for kostnadsreduksjon.

## **7.2 Gjennomgående tiltak (2018-)**

Flere av de gjennomgående tiltakene for 2018 er videreføring av tiltak på områder som vi tidligere har identifisert, og er omtalt ovenfor. Nye gjennomgående tiltak identifisert pr nå er økt oppfølging H-resepter, etablering av kurativ stråleterapi prostatakreft og organisatorisk endring.

### **7.2.1 Aktivitetsbasert ressursplanlegging (ARP)**

Foretaket mener det fortsatt er et stort potensiale i forhold til aktivitetsstyrt ressursplanlegging. Det rapporteres jevnlig fra klinikkene om manglende samsvar mellom de ulike ressursene, dvs ulike faggrupper, rom og utstyr, som vanskeliggjør en effektiv drift. Dette er ikke satt opp som særskilt tiltak, men inngår i flere av tiltakene både i klinikkene og gjennomgående tiltak.

### **7.2.2 H-resepter**

Foretaket er forespeilet en bedre rapportløsning for H-resepter (pasientadministrerte legemidler utenfor sykehus hvor vi har finansieringsansvar), slik at oppfølging av forskrivningspraksis kan forbedres. Det er også inngått samarbeid med Sykehusapoteket for informasjon i kliniske miljø både i foretaket og ved behov hos avtalespesialist(er) om LIS-anbudene.

### **7.2.3 Kurativ strålebehandling prostatakraft**

Nordlandssykehuset har søkt Helse Nord RHF om oppstart kurativ strålebehandling ved prostatakraft og vil være klar til oppstart både mht til personell og utstyr i 2018 gitt positiv tilbakemelding. Dette er et tiltak med gevinst både for våre pasienter, som da kan få denne behandlingen (som strekker seg over mange uker) nærmere sitt hjemsted, og gevinst for foretaket gjennom bedret økonomisk bærekraft når inntektsfordelingsmodellen oppdateres mht pasientstrømmer.

### **7.2.4 Organisatorisk endring**

Nordlandssykehuset HF har gjennom mange år gjennomført betydelige omstillingstiltak med målsetning om økonomisk balanse. Det har vært gjennomført mange gode tiltak, med betydelig innsats fra hele organisasjonen. På tross av dette har foretaket gjennom år hatt negative økonomiske resultat med tilsvarende lavere likviditet. Det gjør at foretaket fortsatt har store utfordringer, og det er nødvendig å iverksette ytterligere tiltak for å komme i økonomisk balanse.

Så langt i årets budsjettprosess ser vi fortsatt en uløst omstillingsutfordring, som vi vet vil øke ytterligere i 2019. Helsedirektoratets SAMDATA for spesialisthelsetjenesten har over år vist et høyt kostnadsnivå ved Nordlandssykehuset HF sammenliknet med andre tilsvarende helseforetak.

Med den økonomiske situasjonen Nordlandssykehuset er i, har vi to alternative tiltak:

a) redusere antall stillinger eller b) bruke tilgjengelige ressurser mer effektivt.

Et generelt stillingskutt vil sannsynligvis gi en utilsiktet negativ effekt på sentrale deler av kjernevirksomheten vår. Foretaksledelsen har derfor besluttet å gjennomføre en gjennomgang av både klinikker og staber for å se om vi har områder hvor en ny/annerledes organisering kan gi oss en bedre ressursutnyttelse.

Vi kommer spesielt til å se på områder hvor vi har oppgaver som løses parallelt i flere enheter og/eller områder hvor nødvendig kompetanse og ressurser for en oppgave er spredt mellom flere klinikker/staber/senter. Vår hypotese er at en mer hensiktsmessig organisering vil gi oss en mer rasjonell drift og dermed en gunstig økonomisk effekt.

Mandat for omorganisering av det operative området er sendt på drøfting til de tillitsvalgte, og det arbeides nå med å identifisere områder i stab/støtte funksjoner hvor endret organisering kan gi en mer effektiv ressursutnyttelse.

## 8. VIDERE OMSTILLING

Jamfør bærekraftsanalysen i sak 081-2017 vil netto effektiviseringskrav i langtidsperioden øke i snitt med om lag 60 mill kr sammenlignet med budsjett 2017. En del av effektiviseringskravet forventes håndtert gjennom helårseffekter av tiltak som gjennomføres i 2018.

Det videre omstillingsarbeidet vil ta utgangspunkt i tiltakene beskrevet i kapittel 6 og 7, og videreføring/videreutvikling av disse.

Framskrivning av gevinster fra identifiserte tiltak i perioden 2018-2021 viser følgende utvikling mht økonomisk bærekraft (basert på bærekraftsanalysen fra sak 081-2017):

**Tabell 4: Framskrivning av gevinster 2018-2021**

| ØKONOMISK EFFEKT TILTAKSPLAN                            | 2018   | 2019   | 2020   | 2021   |
|---------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|
| Omstillingsutfordring 2017                              | -30,0  | -30,0  | -30,0  | -30,0  |
| Kostnads-/inntektsendringer klinikker og staber         | -115,0 | -115,0 | -115,0 | -115,0 |
| Tiltaksplaner - klinikker og staber                     | 52,2   | 52,2   | 52,2   | 52,2   |
| Rammeendring fra Helse Nord RHF                         | 43,0   | 43,0   | 43,0   | 43,0   |
| Økt utfordring 2019-2021 jf bærekraftanalyse            |        | -50,5  | -29,6  | -3,1   |
| Utdanningskompensasjon                                  |        | 9,3    | 18,7   | 28,0   |
| Fristbrudd                                              | 1,0    | 1,5    | 1,5    | 1,5    |
| Klinisk overblikk - eff.log.                            | -      | 1,0    | 1,0    | 1,0    |
| Kodekvalitet SKSD                                       | 5,0    | 7,0    | 7,0    | 7,0    |
| Vennlig sykehus                                         | -      | 7,0    | 7,0    | 7,0    |
| Lege i front                                            | 1,0    | 1,3    | 1,3    | 1,3    |
| H-resepter                                              | 5,8    | 12,0   | 12,0   | 12,0   |
| Pasientreiser                                           | 8,0    | 18,0   | 18,0   | 18,0   |
| Gjestepasienter                                         | 4,0    | 5,0    | 6,0    | 7,0    |
| Døgnbasert rehabilitering Vest                          |        | 0,5    | 2,0    | 3,0    |
| Vurderingsenhet rehabilitering egenregi                 |        |        |        |        |
| Mulighetsstudien laboratoriet                           |        | 3,0    | 5,0    | 5,0    |
| Organisatoriske endringer                               | 7,0    | 12,0   | 12,0   | 12,0   |
| Kurativ stråling prostata (gitt positiv tilbakemelding) | 1,0    | 1,0    | 2,5    | 2,5    |
| PCI                                                     |        |        |        | 4,0    |
| ARP                                                     | -      | 1,0    | 2,0    | 2,0    |
| Restutfordring etter tiltaksplan                        | -17,1  | -20,7  | 16,5   | 58,4   |

Som del av videre omstillings- og analysearbeid vil også kostnader til og finansiering av sentralsykehusfunksjoner og undervisningsoppgaver være sentralt. Arbeidet med oppdatering av regional inntektsfordelingsmodell forventes å bidra til klargjøring av premissene for finansiering av regionale funksjoner.

Vi arbeider videre med løsning av restutfordringen på 17 mill kr. Dersom denne ikke lar seg løse gjennom nye tiltak eller økt gevinst på eksisterende tiltak, må det iverksettes kortsiktige tiltak, som blant annet kan omfatte betydelig begrensning av kurs-/reisevirksomhet, også når det gjelder faglig oppdatering, samt utsette ansettelse ved vakans i stillinger innenfor administrative områder.

## 9. RISIKOVURDERING TILTAKSPLAN 2018

Tiltakene som fremgår av tabell 3 i kapittel 7.1 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 84,9 mill kr er 56 % av tiltakene vurdert innenfor grønt område med høy sikkerhet for realisering da disse anses som godt gjennomarbeidet og forankret. 31 % av tiltakene vil ha behov for noe mer lederstøtte og oppfølging for å realisere gevinst i 2018, mens de siste 13 % av tiltakene vil ha behov for aktiv oppfølging fra klinikkledelsen.

Av de tiltak som så langt er redegjort for i tiltaksplan for 2018 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 og naturlig avgang. I den grad tiltak vil omhandle reduksjon i faste årsverk vil de ansatte bli ivaretatt i tråd med foretakets retningslinjer.

## 10. AKTIVITET

Statsbudsjettet legger opp til en aktivitetsvekst på nasjonalt nivå på om lag 2,0 %. Helse Nord tilrår at planlagt aktivitetsvekst i foretakene fremdeles skal innrettes mot områder med lange ventetider, fristbrudd og gjennomføring av fagplanene. Også i 2018 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.

### 10.1 Somatikk

**Tabell 5: Planlagt DRG-aktivitet somatikk 2018**

| Planlagt DRG aktivitet 2018                                                  |                |           |               |            |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------|---------------|------------|
| Totalt heldøgn, elektive pasienter, polikliniske dagpasienter og poliklinikk |                |           |               |            |
|                                                                              | Aktivitet 2016 | Plan 2017 | Prognose 2017 | Plan 2018* |
| <b>Antall DRG-poeng</b>                                                      | 34 743         | 35 464    | 35 697        | 36 728     |
| <b>herav gjestepasienter</b>                                                 | 313            | 326,5     | 262           | 321        |

\* Planlagt DRG aktivitet inkl. omleggingseffekt 2018 logikk

Som det går frem av tabell 5 planlegges en økning i somatisk aktivitet i forhold til prognosen for 2017, og det blir en økning i forhold til plan for 2017. Økningen skal være realistisk ut fra planlagt drift og tiltaksplaner i 2018 i klinikkene.

**Tabell 6: Planlagte avdelingsopphold somatikk 2018**

| Planlagte avdelingsopphold                                                   |                |           |               |           |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------|---------------|-----------|
| Totalt heldøgn, elektive pasienter, polikliniske dagpasienter og poliklinikk |                |           |               |           |
|                                                                              | Aktivitet 2016 | Plan 2017 | Prognose 2017 | Plan 2018 |
| Heldøgn                                                                      | 24 567         | 24 981    | 24 496        | 25 014    |
| Dag                                                                          | 6 929          | 7 149     | 7 222         | 7 001     |
| PolDag                                                                       | 12 829         | 13 235    | 12 919        | 13 691    |
| Poliklinikk                                                                  | 139 849        | 143 388   | 143 236       | 144 504   |

Plantall 2018 for innlagt dag er justert litt ned fra plantall 2017. Dette gjelder i hovedsak HBEV klinikken hvor plantall for nevrologi og revmatologi er redusert.

Poliklinisk dagbehandling og polikliniske konsultasjoner økes både i forhold til aktivitet og plantall 2017. For poliklinisk dagbehandling er det i alle hovedsak økning i KIROT klinikk hvor plantall for bløtdelskirurgi er økt. Det er lagt opp til økning i polikliniske konsultasjoner ved samtlige klinikker i 2017 med unntak av KIROT klinikk (HBEV klinikk med 724 konsultasjoner, KBARN med 393 konsultasjoner, KIROT med -559 konsultasjoner og MED med 559 konsultasjoner). Årsak til nedgang i KIROT klinikk er at plantall for ergoterapi/fysioterapi nå er flyttet til HBEV klinikken.

## 10.2 Psykisk helse og rus

**Tabell 7: Planlagt aktivitet psykisk helse og rus 2018**

|                    | Aktivitet 2016 | Plan 2017 | Prognose 2017 | Plan 2018 |
|--------------------|----------------|-----------|---------------|-----------|
| <b>BUP</b>         |                |           |               |           |
| Utskrivninger      | 146            | 126       | 138           | 129       |
| Ligedøgn           | 3 103          | 2 900     | 3 100         | 3 000     |
| Pol.konsultasjoner | 24 832         | 26 570    | 21 250        | 23 250    |
| <b>VOP</b>         |                |           |               |           |
| Utskrivninger      | 1 551          | 1 639     | 1 623         | 1 625     |
| Ligedøgn           | 36 730         | 38 454    | 37 850        | 38 604    |
| Pol.konsultasjoner | 42 310         | 44 380    | 38 340        | 42 150    |

Plantall for polikliniske konsultasjoner er justert noe ned i 2018 som følge av at ved omlegging til ISF fra 01.01.2017 så telles ikke indirekte kontakt med i antall polikliniske konsultasjoner. I plantallene for 2017 hadde foretaket ikke justert for dette, og det er med på å forklare at prognosen for 2017 er en del lavere enn plantall for 2017.

For øvrig er det noen mindre andre justeringer i forhold til 2017.

## 11. INVESTERINGER

Styret i Helse Nord RHF behandlet i styremøte, den 23. mai 2017 *styresak 54-2017 Plan 2018-2021, inkl. rullering av investeringsplan 2018 - 2025*. Av Helse Nords samlede investeringsramme disponerer Nordlandssykehuset 427 mill kr i 2018.

**Tabell 8: Vedtatt investeringsramme i 2018**

| <b>Investeringsramme NLSH 2018</b>        | <b>(mill kr)</b> |
|-------------------------------------------|------------------|
| Modernisering NSLH, Bodø fase 2-5         | 307,0            |
| Helikopterlandingsplass Vesterålen        | 15,0             |
| MTU, ambulanser, rehab, KLP, ENØK med mer | 105,0            |
| <b>Sum NLSH</b>                           | <b>427,0</b>     |

### **Byggeprosjektene**

Nordlandssykehuset har en ubrukt investeringsramme på om lag 40 mill ved utgangen av 2017 som følge av investeringsmidler fra tidligere år som er tildelt prosjekter, men som av ulike årsaker ikke er benyttet. I tillegg kommer vedtatt ramme for 2017 på 427,0 mill kr. Samlede investeringer i 2018 blir da om lag 425 mill, slik at prognose for ubrukt investeringsramme pr. 31.12.2018 er på 42 mill. Sum investeringer i 2018 fordeler seg med 300 mill til de store byggeprosjektene og resterende til mindre investeringer i utstyr o.l.

### **Øvrige investeringer**

Investeringsrammen til styrets disposisjon er fastsatt til 120,0 mill kr i 2018. Midlene skal dekke behovet for investering og gjenanskaffelse av:

- Medisinteknisk og teknisk utstyr, IKT
- Ambulanser,
- Helikopterlandingsplass,
- Diagnostisk utstyr,
- Mindre ombygginger/vedlikehold,
- Egenkapitalinnskudd KLP

Om lag 15 mill kr av denne investeringsrammen er bundet til egenkapitalinnskudd i KLP.

## 12. LIKVIDITET

Likviditetsbudsjettet for 2018 fremgår av tabell 9 nedenfor. Nordlandssykehuset forventes å ha en inngående negativ likviditet eksklusive skattetrekkskonto på om lag 110 mill kr i januar 2018. Under forutsetning av balanse i drift og at investeringsplan følges vil det være tilstrekkelig likviditet for 2018.

Investeringene, som er nærmere beskrevet i avsnitt over, finansieres i hovedsak gjennom låneopptak på 250 mill. I tillegg kommer årets avskrivninger på 229 mill, som gir foretaket en styrket likviditet ved utgangen av 2018. For 2018 vil IB lån være 3171 mill kr og UB 3333 mill kr, forutsatt låneopptak på 250 mill i 2018.

Differansen mellom pensjonskostnad og – premie utgjør 30 mill kr for 2018, noe som påvirker likviditeten negativt. Dette er et forhold som kan endre seg når siste aktuarberegning mottas.

**Tabell 9: Likviditetsbudsjett 2018 (i 1000 kr)**

| Likviditetsbudsjett 2018 (mill kr)                      |             |
|---------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter</b>       |             |
| Budsjettert resultat                                    | 5           |
| Ordinære avskrivninger                                  | 229         |
| Diff pensjonskostnad/premie                             | -30         |
| <b>Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter</b> | <b>204</b>  |
| <b>Kontantstrøm fra investeringsaktiviteter</b>         |             |
| Ubrukte investeringsrammer 2002-2017 estimat            | -40         |
| <b>Investeringsbudsjett 2018</b>                        | <b>-427</b> |
| Estimat ubrukt investeringsramme pr.31.12.18            | 42          |
| <b>Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter</b>   | <b>-425</b> |
| <b>Kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter</b>        |             |
| Innbetaling ved opptak av ny langsiktig gjeld           | 250         |
| Avdrag lån                                              | -89         |
| <b>Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter</b>  | <b>161</b>  |
| Netto endring i kontanter 01.01.2018-31.12.2018         | -60         |
| IB 01.01.2018                                           | -195        |
| UB 31.12.2018                                           | <b>-255</b> |
| Trekkramme                                              | <b>-400</b> |
| Estimat ubenyttet trekkramme                            | 145         |

## 13. BUDSJETT 2018

I tabell 10 fremgår budsjett for Nordlandssykehuset HF for 2018 med resultatkrav på 5 mill kr.

**Tabell 10: Budsjett Nordlandssykehuset HF 2018**

| Tall i hele 1000                              | Regnskap<br>2016  | Vedtatt<br>budsjett<br>2017 | Justert<br>budsjett<br>2017 | Prognose<br>2017  | Vedtatt<br>budsjett<br>2018 |
|-----------------------------------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------|-----------------------------|
| Basisramme                                    | -3 019 574        | -2 954 706                  | -2 941 127                  | -2 941 127        | -3 042 963                  |
| Kvalitetsbasert finansiering                  | -20 390           | -10 195                     | -10 195                     | -10 195           | -6 257                      |
| ISF egne pasienter                            | -808 933          | -864 995                    | -862 868                    | -855 000          | -910 727                    |
| ISF av biologiske legemidler utenfor sykehus  | -43 084           | -56 994                     | -56 994                     | -40 000           | -56 994                     |
| Gjestepasientinntekter                        | -16 708           | -11 447                     | -11 447                     | -15 000           | -11 447                     |
| Polikliniske inntekter                        | -140 598          | -102 402                    | -102 402                    | -123 000          | -81 845                     |
| Utskrivningsklare pasienter                   | -5 112            | -4 500                      | -4 500                      | -6 000            | -5 500                      |
| Raskere tilbake                               | -5 146            | -5 317                      | -5 317                      | -4 500            | 0                           |
| Andre øremerkede tilskudd                     | -15 629           | 0                           | -357                        | -15 500           | -15 000                     |
| Andre inntekter                               | -155 304          | -154 888                    | -153 728                    | -159 000          | -154 921                    |
| <b>Driftsinntekter</b>                        | <b>-4 230 478</b> | <b>-4 165 444</b>           | <b>-4 148 935</b>           | <b>-4 169 322</b> | <b>-4 285 654</b>           |
| Kjøp av offentlige helsetjenester             | 167 587           | 159 529                     | 164 602                     | 170 000           | 172 467                     |
| Kjøp av private helsetjenester                | 87 899            | 79 033                      | 80 237                      | 76 000            | 80 886                      |
| Varekostnader knyttet til aktivitet           | 488 151           | 429 931                     | 429 992                     | 425 000           | 457 523                     |
| Innleid arbeidskraft (fra firma)              | 49 460            | 28 148                      | 28 940                      | 53 000            | 45 387                      |
| Lønn til fast ansatte                         | 1 709 078         | 1 799 872                   | 1 783 477                   | 1 784 000         | 1 853 912                   |
| Vikarer                                       | 186 181           | 175 330                     | 176 515                     | 200 000           | 193 432                     |
| Overtid og ekstrahjelp                        | 115 032           | 111 354                     | 115 558                     | 116 000           | 114 153                     |
| Pensjon inkl arbeidsgiveravgift av pensjon    | 411 484           | 399 413                     | 384 075                     | 383 000           | 382 080                     |
| Offentlige tilskudd og ref. vedr arbeidskraft | -134 857          | -126 349                    | -126 396                    | -136 000          | -132 898                    |
| Annen lønn                                    | 167 898           | 181 061                     | 185 940                     | 177 000           | 190 150                     |
| <b>Sum lønn og innleie</b>                    | <b>2 504 276</b>  | <b>2 568 829</b>            | <b>2 548 109</b>            | <b>2 577 000</b>  | <b>2 646 216</b>            |
| Avskrivninger                                 | 231 832           | 232 518                     | 232 510                     | 226 000           | 228 679                     |
| Nedskrivninger                                | 10 021            | 0                           | 356                         | 356               | 0                           |
| Andre driftskostnader                         | 715 685           | 649 228                     | 646 753                     | 676 000           | 664 156                     |
| Årsresultat                                   | 0                 | 0                           | 0                           | 0                 | 0                           |
| <b>Driftsutgifter</b>                         | <b>4 205 451</b>  | <b>4 119 068</b>            | <b>4 102 559</b>            | <b>4 150 356</b>  | <b>4 249 927</b>            |
| <b>Driftsresultat</b>                         | <b>-25 027</b>    | <b>-46 376</b>              | <b>-46 376</b>              | <b>-18 966</b>    | <b>-35 727</b>              |
| Finansinntekter                               | -1 951            | -1 879                      | -1 879                      | -1 300            | -1 879                      |
| Finanskostnader                               | 44 963            | 43 252                      | 43 252                      | 40 500            | 32 606                      |
| <b>Finansielle poster</b>                     | <b>43 012</b>     | <b>41 373</b>               | <b>41 373</b>               | <b>39 200</b>     | <b>30 727</b>               |
| <b>Ordinært resultat</b>                      | <b>17 985</b>     | <b>-5 000</b>               | <b>-5 000</b>               | <b>20 234</b>     | <b>-5 000</b>               |

## **14. OPPFØLGING AV BUDSJETT OG TILTAKSPLAN**

### **14.1 Ansvar og fullmakter**

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

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

### **14.2 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.

Fra og med 2017 har direktøren utvidet 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 videreføres i 2018 og 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.

## VEDLEGG: Inntektsrammer – sak 109-2017 Helse Nord RHF

| Basisramme 2018                                                                               | RHF              | Styrets disp   | Finnmark         | UNN              | NLSH             | Helgeland        | Sum               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| <b>Vedtatt basisramme 2017</b>                                                                | <b>1 333 242</b> | <b>210 113</b> | <b>1 509 303</b> | <b>4 653 198</b> | <b>2 925 597</b> | <b>1 311 225</b> | <b>11 942 678</b> |
| Nasjonal inntektsmodell                                                                       |                  | -33 000        |                  |                  |                  |                  | -33 000           |
| Forventet realvekst                                                                           |                  | 130 000        |                  |                  |                  |                  | 130 000           |
| Avslutning prosjekter RHF                                                                     | -23 000          | 23 000         |                  |                  |                  |                  | 0                 |
| Smittevern overlege Finnm/unn                                                                 |                  | 1 979          |                  | -1 979           |                  |                  | 0                 |
| Smittevern overlege Finnm/unn                                                                 |                  | -1 600         |                  | 1 979            |                  |                  | 379               |
| Forvaltning IKT EPJ                                                                           |                  | 4 000          | -496             | -1 980           | -1 080           | -444             | 0                 |
| KORSN kompetanse                                                                              |                  | 250            |                  | -250             |                  |                  | 0                 |
| KORSN kompetanse                                                                              |                  | -250           |                  | 250              |                  |                  | 0                 |
| Idefase samisk Helsepark                                                                      |                  | 1 000          | -1 000           |                  |                  |                  | 0                 |
| Kostnad per pasient (KPP)                                                                     |                  | 989            | -98              | -396             | -397             | -98              | 0                 |
| Oppdatering inntektsmodell somatikk                                                           |                  |                | -999             | 21 931           | -24 390          | 3 458            | 0                 |
| Innfasing modell utdanning inntektsmodell somatikk                                            |                  | -6 000         | 6 000            | -8 000           | 5 962            | 2 038            | 0                 |
| Oppdatering inntektsmodell psykisk helse/innfasing                                            |                  | -10 000        | -216             | 1 008            | 3 260            | 5 949            | 0                 |
| Oppdatering/retting feil inntektsmodell rus                                                   |                  |                | -1 851           | -3 272           | 7 247            | -2 125           | 0                 |
| Forskning                                                                                     | 35 000           |                |                  | -32 000          | -3 000           |                  | 0                 |
| Prosjekt inkontinensomsorg UNN                                                                |                  | 990            |                  | -990             |                  |                  | 0                 |
| Reversering overgangsordning reduserte pensjonskostnader                                      |                  |                | -23 000          | 43 000           |                  | -20 000          | 0                 |
| Reversering overgangsordning MVA-kompensasjonsordning                                         |                  |                | -14 000          | 7 500            | 6 500            |                  | 0                 |
| Felleseide selskaper                                                                          | 32 900           | -32 900        |                  |                  |                  |                  | 0                 |
| Styrking helseforetak 2018                                                                    |                  | -34 750        | 6 021            | 13 339           | 9 668            | 5 343            | -379              |
| PET-senter oppstartstøtte                                                                     |                  | -8 000         |                  | 8 000            |                  |                  | 0                 |
| Utvikling psykiatri/tsb - Regional enhet psykisk lidelse hos pasienter med psykisk utviklings |                  | -2 100         |                  |                  | 2 100            |                  | 0                 |
| Utvikling psykiatri/tsb - styrking poliklinisk aktivitet                                      |                  | -2 600         | 436              | 1 017            | 736              | 411              | 0                 |
| Utvikling psykiatri/tsb SIFER NORD                                                            |                  | -3 000         |                  | 3 000            |                  |                  | 0                 |
| Utvikling psykiatri/tsb - Spesialistutdanningsprogram/pakkeforløp/f                           | 2 300            | -2 300         |                  |                  |                  |                  | 0                 |
| KORSN antibiotikaresistens                                                                    |                  | -600           |                  | 600              |                  |                  | 0                 |
| Miljøgiftlaboratoriet                                                                         |                  | -1 700         |                  | 1 700            |                  |                  | 0                 |
| Helårsdrift regional enhet US utdanning                                                       |                  | -1 600         |                  | 1 600            |                  |                  | 0                 |
| Felleseide selskaper utover plan 2017-                                                        | 6 000            | -6 000         |                  |                  |                  |                  | 0                 |
| Utvikling Helse Nord                                                                          | 20 000           | -20 000        |                  |                  |                  |                  | 0                 |
| Alta fremskynding                                                                             |                  | -4 500         | 4 500            |                  |                  |                  | 0                 |
| Styrking kreftbehandling/medikamenter                                                         |                  | -10 000        | 1 563            | 4 294            | 2 613            | 1 530            | 0                 |
| Gevinstuttak klinisk farmasi                                                                  |                  | 7 000          | -1 094           | -3 005           | -1 829           | -1 071           | 0                 |
| Klinisk farmasi                                                                               | 7 000            | -7 000         |                  |                  |                  |                  | 0                 |
| Gevinstuttak pasientreiser                                                                    |                  | 3 000          | -887             | -734             | -872             | -506             | 0                 |
| Kapitalkompensasjon NLSH Bodø/UNN PET/FINN Kirkenes                                           |                  | -30 000        | 10 000           | 10 000           | 10 000           |                  | 0                 |
| Styrking/utjevning kapital                                                                    |                  | -20 000        | 10 000           |                  |                  | 10 000           | 0                 |
| Geriatrisk tilbud                                                                             |                  | -1 000         | 1 000            |                  |                  |                  | 0                 |
| Reduserte pensjonskostnader                                                                   | -950             | -19 150        | -6 849           | -18 867          | -11 938          | -6 446           | -64 200           |
| <b>Vedtatt basisramme 2018 (per mai 2017)</b>                                                 | <b>1 412 492</b> | <b>124 271</b> | <b>1 498 333</b> | <b>4 700 943</b> | <b>2 930 176</b> | <b>1 309 264</b> | <b>11 975 478</b> |

## VEDLEGG: Inntektsrammer – sak 109-2017 Helse Nord RHF, forts.

|                                                                                           |                  |                |                  |                  |                  |                  |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| Nasjonal inntektsmodell, avvik fra forutsetning i plan 2018-2021                          |                  | 29 583         |                  |                  |                  |                  | 29 583            |
| Forventet realvekst, avvik fra forutsetning i plan 2018-2021                              |                  | 14 380         |                  |                  |                  |                  | 14 380            |
| Flytting kreftelegemidlerrestdel av helårseffekt fra 1.mai 2017                           |                  | 0              | 5 785            | 15 886           | 9 669            | 5 660            | 37 000            |
| Avbryttings- og effektiviseringsreformen (0,5 pst)                                        |                  | -59 713        |                  |                  |                  |                  | -59 713           |
| Kutt legemidler til RHFene (fra 2751.70)                                                  |                  | 0              | -402             | -1 103           | -671             | -393             | -2 568            |
| Finansieringsansvaret for legemidler (fra 2751.70) (nye fra 2018)                         |                  | 0              | 15 779           | 43 331           | 26 373           | 15 439           | 100 922           |
| Overflytting av legemidler til ISF (til kap. 732.76) (andel av 2017-flytting)             |                  | 0              | -7 527           | -20 670          | -12 581          | -7 365           | -48 143           |
| Overflytting av deler av 292 mill kr til ISF (til 732.76) (andel av kreft - helårseffekt) |                  | 0              | -3 011           | -8 268           | -5 032           | -2 946           | -19 257           |
| Finansieringsansvaret for legemidler (mvadelen) - 786 mill. kr. (til 732.80) (andel 2018) |                  | 0              | -3 155           | -8 665           | -5 274           | -3 087           | -20 181           |
| Mva andelen av 292 mill. kroner (til 732.80) (andel av kreft - helårseffekt)              |                  | 0              | -1 204           | -3 307           | -2 013           | -1 178           | -7 703            |
| Flytting av raskere tilbake (fra 732.79)                                                  | 18 000           | 51 860         |                  |                  |                  |                  | 69 860            |
| Konsekvensjustering egenandeler (pasientreiser og poliklinikk)                            |                  | 0              | -946             | -1 404           | -1 161           | -676             | -4 186            |
| Pensjonskostnader                                                                         |                  | -8 500         | -4 659           | -12 830          | -8 126           | -4 385           | -38 500           |
| H resepter - apotekavanse                                                                 |                  | -900           |                  |                  |                  |                  | -900              |
| Tilbakeføring basis ABE                                                                   | 66 243           |                |                  |                  |                  |                  | 66 243            |
| Transport av psykisk syke, fra 732.70                                                     |                  | 0              | 441              | 1 063            | 756              | 440              | 2 700             |
| Jordmortjeneste, fra 2755.72                                                              |                  | 0              | 20               | 56               | 34               | 20               | 130               |
| Utførende helsepersonell, til 732.76-77, 2752.70                                          |                  | 0              | -91              | -249             | -152             | -89              | -580              |
| ISF-refusjon PH og TSB, til 732.76                                                        |                  | 0              | -4 200           | -10 118          | -7 193           | -4 188           | -25 700           |
| Konsekvens manglende prisomregning egenandeler                                            |                  | 0              | 1 604            | 2 381            | 1 969            | 1 147            | 7 100             |
| Budsjettneutral omlegging av labtakster, fra 732.77                                       |                  | 0              | 8 013            | 22 005           | 13 393           | 7 840            | 51 251            |
| IKT-drift kvalitetsregistre                                                               | 1 300            |                |                  | -1 300           |                  |                  | 0                 |
| Styrking kapitaltilskudd                                                                  |                  | 0              | 2 210            | 6 810            | 6 251            | 1 639            | 16 909            |
| Prisomregning 2,3x pst. ekskl. Pensjonsgrunnlag ekskl. kapitalgrunnlag                    | 30 918           | 3 306          | 33 957           | 97 294           | 62 087           | 29 843           | 257 405           |
| Kompensasjon manglende prisomregning                                                      |                  | -9 000         | 1 369            | 3 923            | 2 504            | 1 203            | 0                 |
| Rådgiver samisk kompetanse                                                                | 500              |                | -500             |                  |                  |                  | 0                 |
| Sykehusinnkjøp - utfasing av omsetningsgebyr                                              | 2 688            |                | -420             | -1 154           | -702             | -411             | 0                 |
| Sykehusinnkjøp - divisjon Nord, overgangsordning                                          | 5 630            |                | -697             | -3 124           | -923             | -886             | 0                 |
| Sykehusinnkjøp - styrking                                                                 | 4 000            |                | -625             | -1 717           | -1 045           | -612             | 0                 |
| Regionalt kompetansesenter for klinisk pasientsikkerhet, styrking                         |                  | -1 000         |                  |                  | 1 000            |                  | 0                 |
| Beredskap Svalbard                                                                        |                  | -10 000        |                  | 10 000           |                  |                  | 0                 |
| Kvalitetsbasert finansiering                                                              |                  |                | -164             | 384              | -244             | 24               | 0                 |
| Resultatkrav opprettholdes                                                                | -19 150          | 19 150         |                  |                  |                  |                  | 0                 |
| Tiltak for barn med ervervet hjerneskade                                                  |                  | 0              |                  |                  |                  |                  | 0                 |
| Forskning                                                                                 | 4 000            | -4 000         |                  |                  |                  |                  | 0                 |
| Adm. direktørs disp                                                                       | 5 000            | -5 000         |                  |                  |                  |                  | 0                 |
| Forskning til HF i vedtatt budsjett                                                       | -33 000          |                |                  | 30 000           | 3 000            |                  | 0                 |
| Overgrepsmottak, bevilgning fases inn i inntektsmodell                                    |                  |                | -899             | 1 722            | 109              | -931             | 0                 |
| Budsjettsaldering/HF-styrets disp                                                         | -6 980           | 6 980          |                  |                  |                  |                  | 0                 |
| <b>Sum basisramme 2018 per oktober 2017</b>                                               | <b>1 425 398</b> | <b>217 660</b> | <b>1 539 011</b> | <b>4 861 888</b> | <b>3 012 203</b> | <b>1 345 372</b> | <b>12 401 532</b> |

| Øvrig ramme                                                      | RHF           | Styrets disp | Finnmark      | UNN           | NLSH          | Helgeland  | Sum            |
|------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|---------------|---------------|---------------|------------|----------------|
| Omlegging arbeidsgiveravgift                                     | 801           |              |               | 53 600        | 27 729        |            | 82 130         |
| Sykkestuer Finnmark                                              |               |              | 9 700         |               |               |            | 9 700          |
| Kvalitetsregistre                                                | 31 977        |              |               |               |               |            | 31 977         |
| Nasjonalt senter for e-helseforskning                            |               |              |               | 37 500        |               |            | 37 500         |
| Medisinsk undersøkelse barnehus                                  |               |              |               | 1 300         | 1 300         |            | 2 600          |
| Tilskudd til turnustjeneste   estimat, fordeles oppdragsdokument | 111           |              | 813           | 2 100         | 1 729         | 878        | 5 631          |
| <b>SUM øvrig ramme 2018 - per oktober 2017</b>                   | <b>32 889</b> | <b>-</b>     | <b>10 513</b> | <b>94 501</b> | <b>30 758</b> | <b>878</b> | <b>169 538</b> |

| Kvalitetsbasert finansiering                                    | RHF      | Styrets disp | Finnmark     | UNN           | NLSH         | Helgeland    | Sum           |
|-----------------------------------------------------------------|----------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| Vedtatt ramme 2017                                              | (181)    |              | 5 935        | 27 693        | 10 195       | 4 977        | 48 619        |
| Oppdatering modell 2018                                         | 181      |              | (2 479)      | (2 102)       | (3 938)      | (853)        | (9 191)       |
| <b>SUM kvalitetsbasert finansiering 2018 - per oktober 2017</b> | <b>-</b> | <b>-</b>     | <b>3 456</b> | <b>25 591</b> | <b>6 257</b> | <b>4 124</b> | <b>39 428</b> |

| Ørmerket tilskudd Nasjonale tjenester (konto 3340)            | RHF           | Styrets disp | Finnmark     | UNN           | NLSH     | Helgeland | Sum           |
|---------------------------------------------------------------|---------------|--------------|--------------|---------------|----------|-----------|---------------|
| Nasjonal kompetansetjeneste, antibiotikaresistens             |               |              |              | 3 913         |          |           | 3 913         |
| Nasjonal kompetansetjeneste, antibiotikaresistens styrking    |               |              |              | 3 223         |          |           | 3 223         |
| Nasjonal komp.tjeneste for barn og unge med funksjonsneds.    | 2 362         |              |              |               |          |           | 2 362         |
| Nasjonal komp.tjeneste for inkontinens og bekkenbunnsyk.      |               |              |              | 2 359         |          |           | 2 359         |
| Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykisk helsevern og rus |               |              | 3 975        |               |          |           | 3 975         |
| Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde                     |               |              |              | 2 856         |          |           | 2 856         |
| Ufordelt Nasjonale tjenester                                  |               |              |              |               |          |           | -             |
| Døvblindesentre                                               | 43 070        |              |              | 7 743         |          |           | 50 813        |
| <b>SUM Nasjonale tjenester 2018 - per oktober 2017</b>        | <b>45 432</b> | <b>-</b>     | <b>3 975</b> | <b>20 093</b> | <b>-</b> | <b>-</b>  | <b>69 500</b> |

| Ørmerket tilskudd Forskning (konto 3320)                           | RHF           | Styrets disp | Finnmark     | UNN           | NLSH         | Helgeland    | Sum           |
|--------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| Forskning resultatbasert, foreløpig fordeling flerårige prosjekter | 52 113        |              | 2 325        | 14 517        | 3 617        | 1 028        | 73 600        |
| <b>SUM ørmerket forskning 2018 - per oktober 2017</b>              | <b>52 113</b> | <b>-</b>     | <b>2 325</b> | <b>14 517</b> | <b>3 617</b> | <b>1 028</b> | <b>73 600</b> |

|                                   |                  |                |                  |                  |                  |                  |                   |
|-----------------------------------|------------------|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| <b>TOTAL SUM tilskudd fra RHF</b> | <b>1 555 831</b> | <b>217 660</b> | <b>1 559 279</b> | <b>5 016 590</b> | <b>3 052 836</b> | <b>1 351 402</b> | <b>12 753 597</b> |
|-----------------------------------|------------------|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|