

## Styresak 65/2010: Budsjettpremisser 2011

Møtedato: 04.10.10

Møtested: Telefon

### Innledning

Styret for Helgelandssykehuset HF har i løpet av året – gjennom resultat- og tiltaksrapporter – blitt oppdatert på den økonomiske situasjonen i helseforetaket. Ledere, tillitsvalgte og verneombud har også blitt informert gjennom møter, mail og intranett.

Styret fattet følgende vedtak i styresak 101/2009: *Budsjettdokument 2010*:

1. Styret i Helgelandssykehuset HF vedtar det framlagte budsjettoplegget for 2010 og den oppdaterte tiltaksplanen for 2010.
2. Styret ber om at fordelingsmodellen med gjennomsnittsberegning fra 2002 legges til grunn i fremtidige budsjetter. Eventuelle endringer i modellen krever involvering av styret på et tidlig tidspunkt.
3. Styret ber om at røntgeninvesteringene i helseforetaket legges fram som en egen sak der de driftsmessige konsekvensene er utredet og løst innenfor de økonomiske rammene.

Styret fattet følgende vedtak i styresak 04/2010: *Budsjettdokument 2010 – oppfølgingsaker*:

1. Styret i Helgelandssykehuset HF vedtar det oppdaterte budsjettoplegget for 2010.
2. Styret avventer røntgeninvesteringene i helseforetaket i påvente av bedre driftsøkonomi og en avklaring av investeringsrammene fra Helse Nord RHF.

I denne saken presenteres budsjettpremisser for 2011 basert på Helse Nord RHF's styresak 71/2010 *Plan og budsjettpremisser 2011-2014* (se filvedlegg A) og 72/2010: *Investeringsplan 2011-2018 – rullering* (se filvedlegg B). Samhandlingsreform, lokalsykehusstrategi og eldrebølge er sentrale utfordringer framover:

#### Status 2010

2010	0-4 år	5-19 år	20-39 år	40-64 år	65-74 år	75-89 år	90+	SUM
Helgeland	5,3 %	20,2 %	22,1 %	34,7 %	9,1 %	7,6 %	0,9 %	100,0 %
Nordland	5,7 %	20,0 %	23,8 %	34,1 %	8,5 %	7,1 %	0,8 %	100,0 %
UNN	6,0 %	19,5 %	25,3 %	33,9 %	8,1 %	6,5 %	0,7 %	100,0 %
Finnmark	5,9 %	20,3 %	25,1 %	34,3 %	8,0 %	6,0 %	0,5 %	100,0 %
<b>SUM</b>	<b>5,8 %</b>	<b>19,9 %</b>	<b>24,3 %</b>	<b>34,2 %</b>	<b>8,4 %</b>	<b>6,8 %</b>	<b>0,7 %</b>	<b>100,0 %</b>

#### Endring 2030

2030	0-4 år	5-19 år	20-39 år	40-64 år	65-74 år	75-89 år	90+	SUM
Helgeland	-3,4 %	-15,8 %	-5,7 %	-12,7 %	36,4 %	52,1 %	38,4 %	-1,4 %
Nordland	4,8 %	-5,7 %	1,4 %	-5,2 %	46,3 %	61,6 %	35,7 %	6,3 %
UNN	4,4 %	-3,9 %	4,3 %	-3,7 %	46,8 %	69,2 %	48,5 %	8,0 %
Finnmark	-0,4 %	-13,7 %	-1,6 %	-8,6 %	44,4 %	73,4 %	55,6 %	2,1 %
<b>SUM</b>	<b>2,5 %</b>	<b>-8,0 %</b>	<b>1,0 %</b>	<b>-6,4 %</b>	<b>44,4 %</b>	<b>64,3 %</b>	<b>43,1 %</b>	<b>5,0 %</b>

#### Kommentar

- Det anslås en befolkningsvekst i Nord-Norge på 5,0 % per 2030 (ca 23.000 personer)
- Befolkning i NLSH og UNNs opptaksområde vil øke relativt jevnt frem mot år 2030
- Befolkningen reduseres i Helgelandssykehusets opptaksområde særlig frem mot 2020
- Andelen eldre øker fremover, men relativt sett mindre i Helgelandssykehuset som har størst andel eldre i dag
- Befolkning i Helse Finnmarks opptaksområde er stabil frem mot 2020, men anslås å øke noe frem mot år 2030

## Foretaksutfordringer

De faglige og økonomiske utfordringene for hele foretaksgruppen er gjengitt i de vedlagte styresakene fra Helse Nord RHF.

De tilsvarende utfordringene i helseforetaket er beskrevet i kortform i vår budsjettsak for 2010 (se vedlegg 1). I resultat- og tiltaksrapporten er dette oppsummert enda mer spesifikt og avgrenset:

**Basisrammen** – justert av Helse Nord RHF gjennom den somatiske inntektsfordelingsmodellen – er redusert med 5 mill. kr. i 2010 (befolkningsnedgang) i tillegg til en reduksjon på 14,4 mill. kr. i 2009 (UNN-labprøver). Til sammen 19,4 mill. kr.

**ISF-inntektene** er redusert pga. omlegging av DRG-kostnadsvekter i 2010, herunder dagkirurgi og vridning fra kirurgi til medisin (*omstillingsprosjektet 2007* i kirurgi og føde har i tillegg resultert i et årlig tap på om lag 10 mill. kr. for helseforetaket, men *sammenligningsrapporten 2009* fra Helse Nord RHF dokumenterer likevel lavest kostnadsnivå i Helgelandssykehuset HF).

**Kostnadsperiodiseringen** er økt med bakgrunn i to siste års oppgjørene. Gjestepasientkostnader og andre kostnader på fellesområdet tildeles en økt kostnad på 1 mill. kr. hver måned i 2010 sammenlignet med 2009. Helårseffekten er 12 mill. kr. (*gjestepasienter* – i likhet med *båtambulanser* og *rehabilitering* – er krevende bl.a. pga. geografiutfordringene på Helgeland).

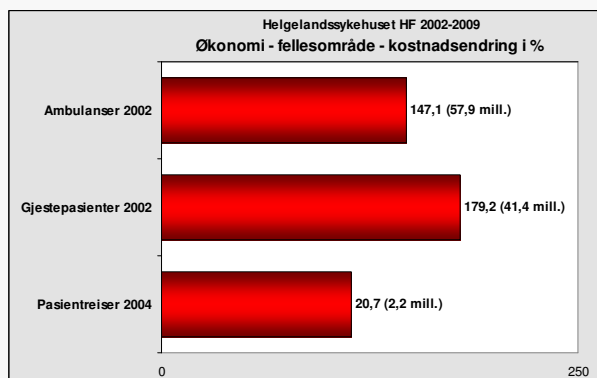
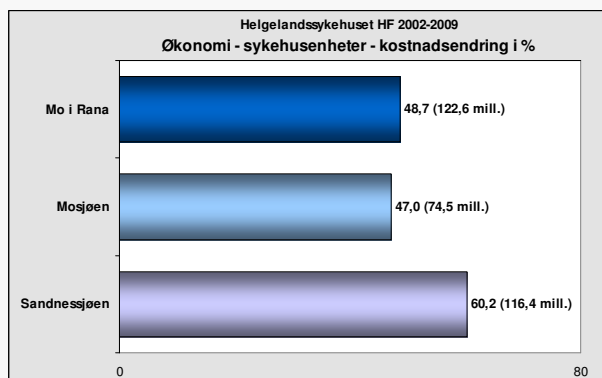
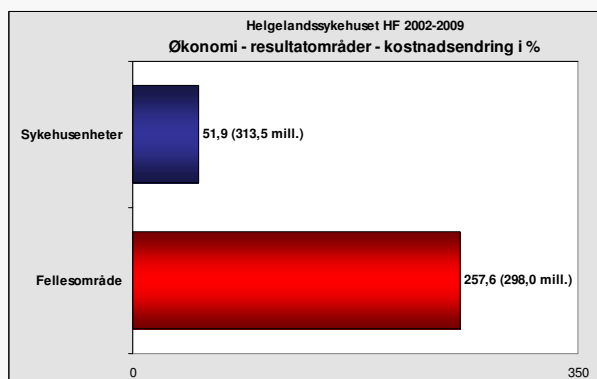
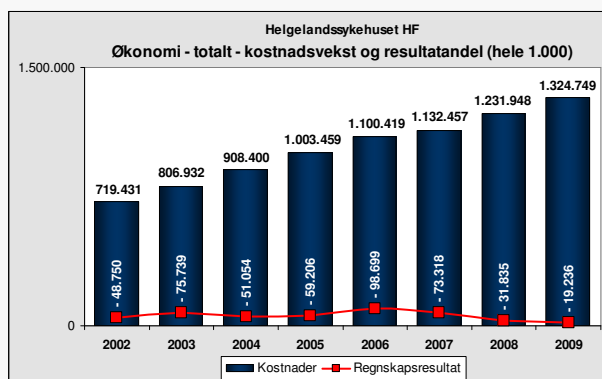
**Investeringsrammen** er redusert med 15 mill. kr. av Helse Nord RHF i 2010 pga. relativt svakt resultat 2009. Dette illustrerer hvor viktig økonomistyring er. Tiltaksmidlene 2009 er ennå ikke oppbrukt (*rusenhet* igangsatt og *røntgeninvesteringer* utsatt).

### Helse Nord RHF: Styresak 101/2009 – Innspill Statsbudsjettet 2011

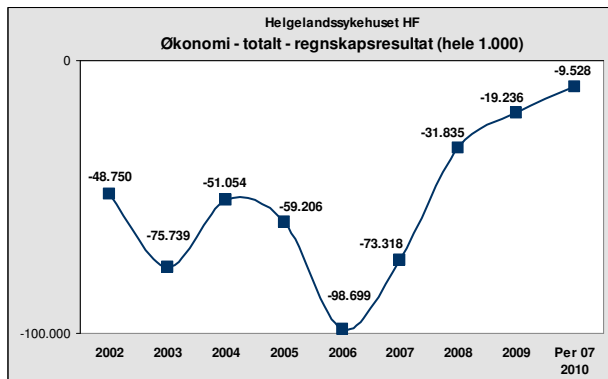
*"Helse Nord har mange små lokalsykehus med krav om flere parallelle beredskapsordninger. Mange slike parallelle tilbud fordelt på en relativt liten befolkning og mange produksjonseenheter (sykehus) medfører høye faste kostnader og dermed høye gjennomsnittskostnader."*

*"Riksrevisjonens rapport viser at det er store forskjeller i antall fagårsværk innen psykisk helsevern for voksne. Mo i Rana skiller seg ut ved å ha lavest antall årsværk i hele landet pr. 10.000 innbyggere. De har samtidig god spesialistdekning. Det er et ønske å styrke tilbudet med stillinger i Helgelandssykehuset HF."*

## Kostnadsutvikling (jfr. egen styresak om nøkkeltall 2002-2009 i dette styremøtet)



## Budsjettpremisser



## Resultatutvikling og resultatavvik

Økonomisk balanse/overskudd gir oss handlefrihet til å øke investeringene. Helseforetaket er et stykke unna dette målet. Resultatutviklingen og resultatavviket ut året vil fortelle hvor krevende dette blir i 2010 og 2011. Befolkningsnedgangen på Helgeland vil resultere i en omfordeling i Helse Nord og gi lavere budsjetttrammer for helseforetaket i årene framover spesielt innen somatikken. Kostnadsutviklingen i spesialisthelsetjenesten nasjonalt vil også bli bremset i årene framover.

## Budsjettfordeling og fordelingsmodell

Det vises til vedtak i styret om budsjettfordeling og fordelingsmodell 2010 og det foreslås ingen endringer i modellen for 2011 annet enn noen andre mindre justeringer (se vedlegg 2 og se under).

## Resultatkrav og rammeendring

Resultatkravet fra Helse Nord RHF i 2011 er fortsatt et overskudd på 5 mill. kr. Rammeendringene som er vedtatt: Inntektsfordelingsmodellen somatikk i Helse Nord RHF gir en økt basisramme på 3,273 mill. kr, mens en reduksjon i inntektsfordelingsmodellen nasjonalt gir et trekk på 2,917 mill. kr, en omfordeling psykiatri regionalt gir et trekk på 1,341 mill. kr. og en finansiering av Helsebiblioteket gir et trekk på 0,146 mill. kr. (netto minus 1,131 mill. kr). Nye ansvarsområder er gjestepasienter opptrening/rehabilitering på 4,546 mill. kr. og registrering/frikort på 0,582 mill. kr.

## Psykiatri og rus

Inntektsfordelingsmodellen psykiatri og rus i Helse Nord RHF vil bli iverksatt fra 2012. I mellomåret 2011 omfordeles 3,5 mill. kr. til helseforetaket pga. regional skjevfordeling av psykiatri (spesielt Mo i Rana). Driften av rusenheten får en økt bevilgning på 5 mill. kr. i 2011, men er ikke fullfinansiert (jfr. styresak 05/2010: *Rusenhet*). Dette må finne sin løsning i budsjettprosessen gjennom primært rammeendringene fra Helse Nord RHF, effektivisering og/eller evt. frigjorte midler fra gjestepasienter, psykiatri og rus. Psykiatrien har til nå vært skjermet for gjestepasientkostnader til tross for overskudd (se vedlegg 3).

## Kronikeromsorg og øremerking

Øremerkingen til kronikeromsorg fra Helse Nord RHF bortfaller fra 2011 og innarbeides i inntektsfordelingsmodellen somatikk. Tilsvarende foreslås også for helseforetaket når det gjelder kroniker-satsning, helseparksatsning og diabetes og ressursbruken må tilpasses dette (se vedlegg 4).

## Rehabilitering og "Raskere tilbake"

Rehabiliteringsområdet er nært knyttet til kronikeromsorg, "Raskere tilbake", samhandlingsreform og står også foran omstrukturering (jfr. styresak 17/2010 og 57/2010: *Status omstillingstiltak avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering*). Den første evalueringen av "Raskere tilbake" viser at prosjektet ikke har svart til forventningene. Ordningen skal bidra til at sykemeldte kommer raskere tilbake i jobb. Det er uklart om ordningen vil bli videreført i 2011 og ressursbruken må evt. tilpasses en avvikling (se vedlegg 5).

## Kostnadsvekst og nye ambulansébåter

Styret har uttrykt bekymring for kostnadsveksten nye ambulansébåter representerer. Prosjektet med nye ambulansébåter driftet av en ideell organisasjon er et banebrytende tiltak som vil kunne få betydning for andre helseforetak. Styret har derfor anmodet Helse Nord om konstruktiv dialog om dekning av utgiftsveksten ved anskaffelse og drift av nye båter. Saken ble oversendt Helse Nord RHF 01.06.10 og er tatt opp i to oppfølgingsmøter – 02.06.09 og 24.06.09 – uten at dette har resultert i en konklusjon (jfr. styresak 36/2010 og 58/2010: *Båtambulans status*).

## Omstillingsutfordring og tiltaksplan

Budsjettpremisser 2011 vil mao. ikke gi et økonomisk løft. Omstillingsutfordringene vil øke neste år. Størrelsen på utfordringene vil avhenge av det økonomiske resultatet i 2010 og dermed konsekvensene for neste år, effekter av vedtatte og gjennomførte tiltak samt kraften i nye tiltak.

Styret i Helse Nord RHF fattet følgende vedtak i styresak 89/2010: *Reviderte tiltaksplaner i helseforetakene, oppfølging av styresak 68-201:*

1. *Styret i Helse Nord RHF påpeker at økonomisk omstilling er viktig for å kunne gjennomføre faglige omstillinger og derigjennom videreutvikle helsetilbudet for den nordnorske befolkningen.*
2. *Styret konstaterer at gjennomføringsgraden av tiltak ut året kan bli for lav, spesielt ved Helgelandssykehuset HF og Helse Finnmark HF. Styret i Helse Nord RHF presiserer at gjennomføringsgraden av allerede planlagte tiltak må bedres, og det må sørges for at tiltakene for 2011 er godt utredet og implementert tidlig.*
3. *Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør følge opp at ovennevnte helseforetak bedrer gjennomføringsgraden og eventuelt gjør nødvendige suppleringer av omstillingsplanen.*

## Investeringsrammer

Helse Nord RHF har økt investeringsrammene for 2011 med 30,7 mill. kr. – fra 17,5 mill. kr. til 48,2 mill. kr. Av investeringsrammen på 48,2 mill. kr. vil 25,7 mill. kr. være avhengig av at helseforetaket realiserer vedtatt resultatkrav for 2010 med et overskudd på 5 mill. kr. Avvik fra dette resultatkravet vil medføre tilsvarende avkorting i investeringsrammen. Minimum investeringsramme vil da bli på 22,5 mill. kr.

Styret fattet følgende vedtak i styresak 35/2010: *Røntgeninvesteringer:*

1. *Styret viser til saksframlegget og godkjenner røntgeninvesteringer for 2011, finansiert over investeringsbudsjettene 2010 og 2011, forutsatt at Helse Nord RHF øker investeringsrammene 2011 i tråd med bærekraftsanalysen i egen styresak i dette møtet.*
2. *Styret ber administrasjonen utarbeide anbudsgrunnlag slik at anskaffelsene kan sendes ut på samlet anbud, og hvis mulig samkjøres med andre tilsvarende anskaffelser i Helse Nord RHF, når investeringsrammene 2011 er vedtatt av Helse Nord RHF.*
3. *Driftsutgiftene inkluderes i sykehusenes driftsbudsjetter, men det forventes reduksjon i kostnader til pasienttransport når MR-tilbudet i Sandnessjøen kommer i drift. Netto kostnadsøkning i Sandnessjøen må finne en løsning innenfor driftsrammene 2011 og løsningen må fremlegges for styret snarest mulig.*

Netto kostnadsøkning MR i Sandnessjøen på 1,9 mill. kr. er ikke løst (drift) og nytt er at Mosjøen får en overskridelse på ombyggingsprosjektet på 4 mill. kr (investering). De største investeringsbehovene i 2011 er oppsummert dette (se vedlegg 6):

Hele 1.000:

• Mo i Rana – utskifting MR:	9.750 - reserve 1.477	=	8.273
• Mosjøen – utskifting CT:	5.500 - reserve 800	=	4.700
• Mosjøen – overskridelse ombygging:		=	4.000
• Sandnessjøen – ny MR:	9.750 - reserve 4.750	=	5.000
• Sum:		=	21.973

En problemstilling i budsjettprosessen er om helseforetaket skal prioritere prosjekt på resultatområder som er nærmest til å realisere vedtatt resultatkrav.

VEDTAKSFORSLAG:


Styret i Helgelandssykehuset HF viser til budsjettpremissene fra Helse Nord RHF og ber om at budsjettprosessen gjennomføres i tråd med oppsummeringen i denne saken.

Jan Erik Furunes  
Foretaksdirektør

Saksbehandler: Foretaksdirektør Jan Erik Furunes.

Vedlegg 1: Foretaksutfordringer.  
Vedlegg 2: Budsjettfordeling og fordelingsmodell.  
Vedlegg 3: Psykiatri og rus.  
Vedlegg 4: Kronikeromsorg og øremerking.  
Vedlegg 5: Raskere tilbake.  
Vedlegg 6: Investeringsrammer.

Filvedlegg A: RHF-styresak 71/2010  
Filvedlegg B: RHF-styresak 72/2010



**Helgelandssykehuset HF**  
**Foretaksperioden 2010-2011**

**Økonomiske og faglige utfordringer for helseforetaket**

- Økonomistyring
- Samhandlingsreform
- Lokalsykehusstrategi
- Psykiatri
- Rus
- Rehabilitering
- Båtambulans
- Røntgenutstyr
- Ombygging Mosjøen

The image shows the cover of a report titled 'Helgelandssykehuset HF Foretaksperioden 2010-2011'. The cover features a logo at the top left and right, and a central diagram. The diagram is a flowchart with a dark blue background and white text. It starts with 'Ledelse' at the top, followed by 'Økonomistyring'. Below 'Økonomistyring' are two boxes: 'Personellstyring' and 'Aktivitetsstyring'. At the bottom is 'Avvik og tiltak'. The date 'AUGUST 2010' and the name 'HELGELANDSSYKEHUSET HF' are at the bottom of the cover.

## Vedlegg 1: Foretaksutfordringer

### Helgelandssykehuset HF – perspektiver og utfordringer



Helgelandssykehuset HF – lengst sør i Helse Nord – er Nord-Norges mest effektive helseforetak med et relativt høgt sykehusforbruk. Andre særtrekk er grense-, lokalsykehus- og omstillingsforetak samt en foretaksorganisering basert på desentralisering. Foretaket er kommet et godt stykke på veg med å etablere både et bredere tjenestetilbud og en klarere arbeidsdeling samt ambulerende. Helgeland har omlag 76.000 innbyggere, 17 kommuner og tre tyngdepunkt med sykehus – Mo i Rana (hovedkontor), Mosjøen og Sandnessjøen – og et fjerde tyngdepunkt med desentraliserte tilbud – Brønnøy-området. Totalbudsjettet i 2009 er på hele 1,2 milliarder kroner og faste årsverk er opp mot 1.200.

#### Strukturkostnad

Foretaket består mao. av tre sykehusenheter på en relativt liten befolkning. Dette gir større strukturkostnader. Samtidig har ett av de mest krevende omstillingsprosjekt i Norge innenfor kirurgi og føde påført foretaket et økonomisk tap på over 10 mill. kr. fra 2007 – og fall i kostnadseffektivitet – samtidig som det er etablert flere forsterkede vakttskitt og nye pasienttilbud. Dette er ikke kompensert gjennom den somatiske inntektsfordelingsmodellen i Helse Nord RHF. Internt lab-oppgjør i regionen har derimot resultert i et trekk på 14,4 mill. kr. for 2009 som tilsvarer størrelsen på strukturtilskuddet.

#### Kostnadsnivå

SINTEF Samdata har for 2008 likevel dokumentert at kostnadsnivået i foretaket – driftskostnader per DRG-poeng – ville ha økt med 58 mill. kr. dersom gjennomsnittlig kostnadsnivå i Helse Nord hadde blitt lagt til grunn. Foretaket har en bemanning sammenlignet med landsgjennomsnittet som er 10 % lavere innen administrasjon, 22 % høyere blant leger og 13 % høyere blant sykepleiere. I foretaksperioden 2002-2008 er det ansatt over 250 personer og investert for 290 mill. kr. som har gitt bedre kompetanse, moderne utstyr/bygg og økt pasientaktivitet. Nedbygging av sykehuset er en myte.

#### Pasientvalg

Den samme SAMDATA-statistikken for 2005-2007 viser at flere pasienter på Helgeland velger eget foretak innen døgn-, dag- og poliklinikktilbud. Omdømmemåling i befolkningen i Nord-Norge i regi av Helse Nord RHF i 2008 viser ingen negative utslag. Foretaket får best tilbakemelding på økonomistyring. Foretaket har vært i front på IT-løsninger (faktura, henvisning og skrivesjenereste eksternt). Gjennom arrangementet "Med helse i hvert steg" er det satset på kulturbygging. Likevel gjenstår mye på bedre intern samhandling som for eksempel felles inntakskontor ønsket av primærhelsetjenesten.

#### Pasientrettighet

Foretaksreformen og statlig overtakelse i 2002 har medført en rekke nye ansvarsområder og byråkratiutfordringer. Økonomistyring og kostnadskontroll vanskeliggjøres imidlertid av ordninger som i stor grad er rekvirent- og rettighetsstyrt. Blålysmedisin (bilambulans) og medikamentutvikling (høykostnadsmedisin) er tunge kostnadsdrivere som prioriterer seg selv bl.a. på bekostning av et bedre tilbud til kronikere og rusmisbrukere. Rusenhet og båtambulanser på Helgeland er dessuten to tunge områder det er viktig å få på plass. Foretaket har det største antallet båtambulanser i Norge.

#### Sykehusprosjekt

Det er spennende muligheter og krevende utfordringer. Noen med risiko. Sentrale stikkord er helseparkprosjektet i Mo i Rana (pilotsykehus), sykehusplattformprosjektet i Mosjøen (dagkirurgi) og funksjonsplanprosjektet i Sandnessjøen (fellespost). Et viktig fokus er samhandling med primærhelsetjenesten for å kunne møte framtidens eldrebeølge. Helseminister Bjarne Håkon Hanssen har under sitt besøk i Mo i Rana i juni 2008, gitt gode tilbakemeldinger på jobben som er gjort. Samhandlingsreformen vil endre kursen, herunder finansiering, ansvar og arbeidsdeling mellom sykehus og kommuner.

#### Sykehusomstilling

Den demografiske, medisinske og teknologiske utviklingen vil tvinge fram omstillinger i sykehuset i sterkere grad enn utredninger og vedtak. Den umiddelbare utfordringen er sykehusforbruket (spesielt utskrivingsklare pasienter til kommunene) og årsverksforbruket (spesielt sykefravær blant egne ansatte). Dette er forhold som underminerer muligheten for både god økonomi, HMS og kvalitet. Fortsatt er det for mange som henvises til andre sykehus utenfor Helgeland. Geografiske forskjeller for eksempel innen psykiatritilbudet må rettes opp (jfr. Riksrevisjonens rapport 2008).

#### Handlefrihet

Foretaksledelsen har i 2009 hentet inn 43,3 mill. kr. i ekstraordinære midler for å modernisere foretaket. Økonomisk balanse/overskudd gir oss ytterligere handlefrihet til å kunne investere i bygg, utstyr, ansatte og pasienttilbud. Det er fortsatt manglende omstillingsvilje i deler av foretaket. Det samme gjelder kunnskap om kvalitet og service. Samhandlingsreformen vil øke omstillingsutfordringene. Vi har likevel mange gode grunner til å være stolte av helseforetaket vårt som har et relativt godt omdømme både hos eier og befolkning.

"Det er like morsomt hver gang jeg besøker Helgelandssykehuset. Her er de opptatt av å fortelle hva de får til i stedet for å fokusere på hva de ikke får til", uttalte adm. dir. i Helse Nord RHF, Lars Vorland, til Rana Blad 19.02.09.

## Vedlegg 2: Budsjettfordeling og fordelingsmodell

### Fordelingsmodellen

Fordelingsmodellen av basisrammen i Helgelandssykehuset HF er basert på følgende prinsipper tidligere vedtatt av styret:

- Basisrammen fordeles først til fellesområdet basert på opprinnelig overslagsbevilgninger fra Helse Nord RHF pluss evt. tilleggsbevilgninger. Dette omfatter gjestepasienter, ambulanser og pasientreiser osv. samt fellesfunksjoner som styre og foretaksledelse osv.
  - Fellesområdet representerer i stor grad kostnader som SINTEF Samdata trekker ut når de beregner ressursbruken i helseforetakene og reflekterer også i stor grad nye oppgaver etter innføring av foretaksreformen som nesten uten unntak er underfinansiert.
- Øremerket psykiatri fordeles til psykiatri (ikke øremerket fra 2009). Andre øremerker holdes utenfor. Kostnad på foretaksovergripende stabsfunksjoner og kapitalkostnader åpningsbalanse beregnes.
- Prisjusteringer og kostnadsjusteringer vurderes underveis.
- Resterende basisramme fordeles til somatikken på sykehusenhetene etter følgende modell:
  - For det første aktivitet, dvs. produserte DRG-poeng (ISF-systemet). Poliklinikkinntektene omregnes også til DRG basert på SINTEF Samdatas omregningsnøkkel. Dette vektet 50 % (pasientaktivitet).
  - For det andre befolkningsstørrelse i sykehusområdet. Dette vektet også 50 % (sørge-for-ansvar).
- Kostnad på foretaksovergripende stabsfunksjoner, kapitalkostnader åpningsbalanse og øremerker tildeles sykehusenhetene.

### Fordelingsalternativene

Inntektssiden består både av basisramme og aktivitetsavhengige inntekter som DRG. Fordelingsmodellen i Helgelandssykehuset HF fordeler som nevnt kun den somatiske basisrammen og har bygd på to datagrunnlag: Befolkning og sist kjente DRG (for 2010 er dette 2008). Omstillingsprosjektet og bortfall av DRG i Mosjøen fra 2007 har gjort det nødvendig med tilpasninger i fordelingsmodellen. I 2008 ble dette løst med en underskuddstillatelse i Mosjøen på 5 mill. kr. og i 2009 ble dette løst med et strukturtilskudd til Mosjøen på 10 mill. kr.

Samtidig ble det i budsjettokumentet for 2009 varslet at et aktuelt alternativ ville være en gjennomsnittmodell for DRG for alle foretaksårene (2002-2008). Dette gir et mer robust, rettferdig og forutsigbart datagrunnlag for alle tre sykehusenhetene uten bruk av underskuddstillatelse og strukturtilskudd. Begge fordelingsalternativene er beregnet. Alternativ A bygger på DRG for 2008 og alternativ B bygger på DRG for 2002-2008 basert på tildelt basisramme for 2010 som gir en økning på 21,212 mill. kr. sammenlignet med 2009 (eksklusiv øremerker som kommer i tillegg):

Fordelingsmodell A - 2010				
Aktivitetstall for 2008. Befolkning 01.07.2009				
	Rana	Mosjøen	Sandnessjøen	Sum
Folketall fordeling	32 941	16 272	26 159	75 372
DRG og poliklinikk fordeling	7 143	3 429	6 046	16 618
Befolkning 2009 i %	43,7 %	21,6 %	34,7 %	100,0 %
DRG 2008 i %	43,0 %	20,6 %	36,4 %	100,0 %
Fordeling DRG og poliklinikk	88 920	42 686	75 264	206 869
Fordeling etter folketall	90 411	44 661	71 797	206 869
SUM	179 331	87 347	147 061	413 738
% av totalt	43,3 %	21,1 %	35,5 %	100,0 %

Fordelingsmodell B - 2010				
Aktivitetstall for 2002-2008. Befolkning 01.07.2009				
	Rana	Mosjøen	Sandnessjøen	Sum
Folketall fordeling	32 941	16 272	26 159	75 372
DRG og poliklinikk fordeling	50 076	27 371	39 302	116 749
Befolkning 2009 i %	43,7 %	21,6 %	34,7 %	100,0 %
DRG 2002-2008 i %	42,9 %	23,4 %	33,7 %	100,0 %
Fordeling DRG og poliklinikk	88 730	48 499	69 640	206 869
Fordeling etter folketall	90 411	44 661	71 797	206 869
SUM	179 141	93 160	141 437	413 738
% av totalt	43,3 %	22,5 %	34,2 %	100,0 %

Differanse mot fordelt beløp 2009				
	Rana	Mosjøen	Sandnessjøen	Sum
Modell A	9 615	6 526	5 070	21 212
Modell B	9 426	12 340	-554	21 212

Den nederste tabellen viser endringene i 2010 sammenlignet med tildelt basisramme i 2009. Fordelingsalternativene A og B gir ingen spesielle utslag for Mo i Rana. Alternativ B gir som resultat en omfordeling fra Sandnessjøen til Mosjøen i en størrelse som gjør det unødvendig med bruk av strukturtilskudd. Effekten for Sandnessjøen er totalt sett ikke negativ når vi legger budsjettfordelingen både for 2009 og 2010 til grunn inklusiv øremerkinger:

- Mo i Rana: + 24,3 %
- Mosjøen: + 20,0 %
- Sandnessjøen: + 25,5 %

Budsjettfordelingen i 2010 basert på fordelingsalternativ B (sammenlignet mot befolkningsandel er det bare Mosjøen som får et positivt avvik):

- Mo i Rana: 43,3 % (befolkningsandel 43,7 % som er 0,4 % høyere enn budsjettfordeling)
- Mosjøen: 22,5 % (befolkningsandel 21,6 % som er 0,9 % lavere enn budsjettfordeling)
- Sandnessjøen: 34,2 % (befolkningsandel 34,7 % som er 0,5 % høyere enn budsjettfordeling)

Konklusjon: Fordelingsalternativ B legges til grunn for budsjettfordelingen for 2010.

## Vedlegg 3: Psykiatri og rus



Til:  
Helse Nord  
8038 Bodø  
Att: Lars Vorland  
(Sendes kun per E-psot)

Deres ref.:

Vår ref.:

Mo i Rana, 26.03.09

Sted / Dato:

### **Helgelandssykehuset HF og psykiatritilbudet**

Viser til oppfølgingsmøtet 26.03.09 mellom Helse Nord RHF og Helgelandssykehuset HF om bl.a. opptrapping, fordeling og tilbud innen psykiatri. Viser videre til Helse Nord RHF's styresak 136/2008 "Statsbudsjettet 2010 – innspill" hvor bl.a. dette framkommer:

"Riksrevisjonens rapport viser at det er store forskjeller innen psykisk helsevern for voksne. Mo i Rana skiller seg ut i å ha lavest antall årsverk i hele landet pr. 10.000 innbyggere. De har samtidig god spesialistdekning. Det er et ønske å styrke tilbudet med stillinger i Helgelandssykehuset."

I den pågående nasjonale debatten om psykiatri er de store regionale forskjellene et hovedtema. Helse Nord har samlet den høyeste dekningen samtidig som Helgelandssykehuset Mo i Rana befinner seg blant de med lavest dekning i Norge – målt i antall årsverk pr. 10.000 innbygger (se vedlagte tabell fra Riksrevisjonens rapport).

Tidlig under foretaksreformen tok vi opp problemstillingen om hvorfor denne delen av helseforetaket ikke ble innlemmet i opptrappingsplanen. Eierstyringen på det tidspunktet handlet kun om omstilling av et tilskuddbasert tilbud i Rana kommune til helseforetaket som er gjennomført (Ytteren Psykiatriske Senter som ble overført fra Nordland fylkeskommune).

I dag ser vi konsekvensene av dette når opptrappingsperioden er over. Det er derfor min plikt å ta tak i dette. Vi forventer derfor at den videre utviklingen av psykiatritilbudet i regionen bidrar til å rette opp denne urimelige skjevheten.

Vi synes vi har hatt en god og konstruktiv dialog rundt utvikling av for eksempel rustilbudet der de regionale forskjellene også er store. Vi må samtidig ha en dialog som er innrettet på å finne løsninger innenfor psykiatritilbudet på Nord-Helgeland med vel 33.000 innbyggere.

Med vennlig hilsen  
*Jan Erik Furunes*  
Foretaksdirektør

Kopi: Ledergruppen og faggruppen psykiatri i Helgelandssykehuset HF  
Paul Martin Strand, Jan Norum og Oddvar Larsen i Helse Nord RHF

**Tabell 3.10 Tenestetilbodet ved utvalde DPS**

	DPS	Tenestetilbod					Tal på årsverk per 10 000 innb. fra 18 år og over		Spesialistdel av totale fagårsverk (tal i prosent)	Befolkning i opptaksområdet (alle tal i 1000)
		DAG	DØGN	POLI	AMB	Døgnplassar per 10 000 innb. fra 18 år og over	Fag-årsverk	Alle årsverk		
1	Edwin Ruud	x	x	x	x	6,8	10,9	15,6	28,3	35,36
2	Sarpsborg	x	x	x	x	5,9	8,8	13,6	29,4	67,70
3	Moss	x	x	x	x	5,8	10,9	14,7	32,7	41,04
4	Kongsvinger	x	x	x	x	5,1	8,7	13,5	34,7	39,05
5	Tynset	x	x	x	x	6,6	16,2	26,5	18,0	15,15
6	Lillehammer	x	x	x		6,8	12,6	23,7	28,1	54,52
7	Gjøvik	x	x	x	x	7,2	19,3	28,7	20,7	88,61
8	Lillestrøm	x	x	x	x	2,9	10,1	14,7	38,1	119,32
9	Jesheim	x	x	x	x	5,9	10,8	16,7	42,1	61,52
10	Grorud	x	x	x	x	1,4	10,1	12,3	40,3	55,75
11	Follo	x	x	x		4,0	11,2	17,9	37,5	81,62
12	Alna	x	x	x	x	1,4	13,7	20,1	38,9	55,38
13	Josefines gt.	x	x	x	x	9,0	11,3	22,5	32,2	60,29
14	Søndre Oslo	x	x	x	x	2,3	8,9	12,9	34,1	92,96
Sum region aust		14	14	14	12	5,1	11,7	18,1	31,4	62,0
15	Søndre Vestfold	x	x	x	x	5,8	11,2	18,8	24,8	77,84
16	Nordre Vestfold	x	x	x	x	5,1	5,2	8,0	26,3	94,48
17	Notodden/Seljord	x	x	x	x	8,4	15,3	29,0	21,6	34,53
18	Kongsberg	x	x			3,9	11,4	19,2	38,2	38,51
19	Porsgrunn	x		x	x	0,0	10,1	13,5	39,6	26,36
20	Vestmar	x		x	x	0,0	8,5	10,5	31,9	22,23
21	Lister	x	x	x	x	7,6	15,7	26,9	23,8	26,16
22	Solvang	x	x	x		5,4	11,0	21,7	37,5	36,76
Sum region sør		8	6	7	6	4,5	11,0	18,5	29,8	44,6
23	Dalane	x	x	x	x	23,4	22,2	35,2	15,7	16,67
24	Ryfylke	x	x	x	x	14,5	20,6	32,5	13,4	22,12
25	Sandnes	x	x	x	x	6,5	9,5	15,2	27,9	51,01
26	Karmøy	x	x	x		6,4	7,7	12,6	23,0	28,13
27	Folgefonn	x	x	x		6,6	13,3	23,7	21,3	22,90
28	Stord	x	x	x		6,1	11,8	18,3	42,5	24,40
29	Indre Sogn		x	x	x	7,6	17,7	29,8	18,8	21,05
30	Nordfjord		x	x	x	8,4	16,9	30,2	14,7	21,42
Sum region vest		6	8	8	5	9,9	15,0	24,7	20,3	26,0
31	Orkdal	x	x	x		5,5	9,4	14,8	25,1	45,52
32	Leistad	x	x	x	x	5,9	11,6	15,3	34,2	90,99
33	Stjørdal	x	x	x		8,2	9,7	13,5	24,1	34,22
34	Kolvereid	x	x	x		11,6	17,9	30,4	11,6	8,65
Sum region Midt-Noreg		4	4	4	1	7,8	12,2	18,5	22,1	44,8
35	Mo i Rana	x	x	x	x	3,2	10,2	12,0	24,4	25,02
36	Mosjøen	x	x	x	x	16,3	20,8	30,9	18,7	12,89
37	Ytre Helgeland	x		x	x	0,0	13,2	17,3	12,0	20,09
38	Lofoten	x	Disp.	x	x	Disp.	16,8	21,5	25,4	17,61
39	Vesterålen	x	x	x	x	8,7	24,1	36,9	6,1	23,12
40	Nord-Troms	x	x	x	x	17,3	48,6	68,0	28,5	8,66
41	Midt-Troms	x	x	x	x	4,6	11,8	18,9	24,1	26,05
42	Sør-Troms	x	x	x		5,0	43,2	56,6	25,9	24,19
43	Ofoten	x	x	x	x	6,4	20,2	30,9	20,3	23,38
44	Vest-Finnmark	x	x	x		9,5	16,5	26,9	19,5	26,32
45	Aust-Finnmark	x	x	x		10,5	20,7	37,0	25,5	19,12
46	Midt-Finnmark	x	x	x		10,5	30,1	48,1	20,3	9,50
Sum region nord		12	10	12	8	7,7	23,0	33,7	21,8	19,7
Landet under eitt		44	42	45	32					

(kjelde: SAMDATA, helseregista)

**Vedlegg 4: Kronikeromsorg og øremerking**

Helgelandssykehuset HF Områder (hele 1.000)	Rammeøkning 2008-2010			
	Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen	Sum
<b>Somatikk</b>				
Basisramme 2008 (inkl. øremerking)	145 917	77 715	118 022	341 654
Basisramme 2009 (ekskl. øremerking med 2007-aktivitet)	169 715	80 820	141 990	392 526
Strukturtilskudd (HF)	0	10 000	0	10 000
AMK (HF)	0	0	2 600	2 600
Rentekostnadsfordeling (HF)	-220	-349	-1 575	-2 144
Kronikersatsning (RHF)	900	0	3 847	4 747
Helseparksatsning (RHF)	1 000	0	0	1 000
Medisinerutdanning (RHF)	199	199	199	597
Sum øremerkinger	1 879	9 850	5 071	16 800
Basisramme 2009 (inkl. øremerking)	171 594	90 670	147 061	409 325
Endring 2008-2009	25 677	12 955	29 039	67 671
Endring 2008-2009 i %	17,6	16,7	24,6	19,8
Basisramme 2010 (ekskl. øremerking med 2002-08-aktivitet)	179 141	93 160	141 437	413 738
Strukturtilskudd (HF) *	0	0	0	0
AMK (HF)	0	0	2 600	2 600
Tilskudd turnustjeneste	287	259	287	834
Rentekostnadsfordeling (HF) *	0	0	0	0
Kronikersatsning (RHF)	930	0	3 847	4 777
Helseparksatsning (RHF) *	1 000	0	0	1 000
Diabetes *	260	135	205	600
Sum øremerkinger	2 477	394	6 939	9 811
Basisramme 2010 (inkl. øremerking)	181 618	93 554	148 376	423 549
Endring 2009-2010	10 024	2 884	1 315	14 224
Endring 2009-2010 i %	5,8	3,2	0,9	3,5
Endring 2008-2010	35 701	15 839	30 354	81 895
Endring 2008-2010 i %	24,5	20,4	25,7	24,0
<b>Psykatri</b>				
Basisramme 2009	30 240	53 369	35 141	118 750
Basisramme 2010	30 683	54 143	35 501	120 327
Endring 2009-2010	443	774	360	1 577
Endring 2009-2010 i %	1,5	1,5	1,0	1,3
<b>Rus</b>				
Basisramme 2010	3 000	1 200	0	4 200
<b>Stab</b>				
Basisramme 2009	9 254	5 452	951	15 657
Basisramme 2010	9 378	5 617	1 023	16 018
Endring 2009-2010	124	165	72	361
Endring 2009-2010 i %	1,3	3,0	7,6	2,3
<b>Kapital</b>				
Basisramme 2009	16 503	8 886	11 483	36 872
Basisramme 2010	16 445	8 523	11 013	35 981
Endring 2009-2010	-58	-363	-470	-891
Endring 2009-2010 i %	-0,4	-4,1	-4,1	-2,4
<b>Totalt</b>				
Basisramme 2009	227 591	158 377	194 636	580 604
Basisramme 2010	241 124	163 037	195 913	600 075
Endring 2009-2010	13 533	4 660	1 277	19 471
Endring 2009-2010 i %	5,9	2,9	0,7	3,4
<b>Fellesområde</b>				
Basisramme 2009				343 152
Basisramme 2010				358 686
Endring 2009-2010				15 534
Endring 2009-2010 i %				4,5
<b>Helseforetak</b>				
Basisramme 2009				923 755
Basisramme 2010				958 761
Endring 2009-2010				35 006
Endring 2009-2010 i %				3,8

## Vedlegg 5: Raskere tilbake

**Pressemelding** , 03.06.2010

Nr.: 38

### **"Raskere tilbake" ikke bra nok**

**Den første evalueringen av "Raskere tilbake" viser at prosjektet ikke har svart til forventningene. Det sier arbeidsminister Hanne Bjurstrøm.**

På oppdrag fra Arbeidsdepartementet har Samfunns- og næringslivsforskning (SNF) evaluert ordningen "Raskere tilbake". Ordningen skal bidra til at sykemeldte kommer raskere tilbake i jobb enn hva de ellers hadde gjort, og dermed redusere sykefraværet.

#### **Liten effekt på fravær**

Evalueringen viser at det ikke er grunnlag for å trekke klare konklusjoner om effekten tiltaket har på sykefraværet. I følge SNFs beregninger har "Raskere tilbake" samlet sett ikke vært noen suksess i økonomisk forstand. Årsaken er at reduksjonen i sykefraværet pr. arbeidstaker som man kjøper behandling til, i gjennomsnitt er på kun 4,3 dager. "Raskere tilbake" har kostet 2,1 milliarder kroner i perioden 2007-2009.

– Vi har fått en evaluering som viser at "Raskere tilbake" ikke virker slik vi ønsket og forutsatte. Den konklusjonen kan vi ikke løpe fra, selv om evalueringen ikke nødvendigvis gir svar på alle sider ved ordningen. Vi vil se på hva som kan gjøres med ordningen før vi bestemmer oss for om den skal videreføres eller avvikles, sier arbeidsminister Hanne Bjurstrøm.

Departementet understreker at det er visse metodiske utfordringer ved rapporten. Analyseopplegget fanger blant annet ikke opp den samlede verdien som sykemeldte har av rask behandling.

#### **Mer informasjon**

[Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester - delrapport 3](#) av Tor Helge Holmås og Egil Kjerstad. SNF-rapport nr. 7/2010.

[Mer om "Raskere tilbake"](#)

**Vedlegg 6: Investeringsrammer**

HelgelandsSykehuset HF Investeringsrammer (hele 1.000)	Investeringsplan 2010					Korleksjoner			Disponert
	Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen	Fellessområde	Sum	Mars	Mai	Kommentar	
KLP-kapitalinnskudd	0	0	0	3.000	3.000	0	0		MIR:
Ambulanse	0	0	0	2.500	2.500	0	0		- 5.323 (skjema 09.03: diverse)**
Behandlingshjelpemidler	0	0	0	500	500	0	0		MS:
Reserve	0	0	0	650	650	-570	0	MS/FO/ombygging*	- 327 (skjema 30.07: solkabin)
Helikopterlandingsplass	0	0	800	0	800	0	0		SS:
MR-maskin	2.000	0	9.750	0	11.750	-5.000	-523	SS/rammereduksjon og MIR/utstyr**	- 800 (ikke skjema: landingsplass)
MR-ombygging	0	0	0	0	0	0	0		FO:
CT-maskin	0	1.000	0	0	1.000	-200	0	MS/ombygging*	- 2.500 (skjema 23.01: ambulanse)
Utstyr	4.800	1.800	2.700	0	9.300	-480	-800	MS/ombygging* og SS/sengepost	
Sum ramme 2010	6.800	2.800	13.250	6.650	29.500	-6.250	-1.323		
Sum ramme 2010 i %	23,1	9,5	44,9	22,5	100,0				
Rusenhet (øremerket)	25.000	0	0	0	25.000	3.000	0		
Ombyggingsprosjekt (øremerket)	0	7.000	0	0	7.000	1.250	0	MS/ombygging*	
Totalt ramme 2010	31.800	9.800	13.250	6.650	61.500	4.250	0		
Totalt ramme 2010 i %	51,7	15,9	21,5	10,8	100,0				
Ombyggingsprosjekt Mosjøen: Totalfinansiering (balanse 1.476+krisepakke 6.000+800+1.500+omstilling 2.500=12.276+ramme 7.000+korleksjon 1.250=20.526) MR-maskin Mo i Rana: Restfinansiering 2011 (8.273) MR-maskin/ombygging Sandnessjøen: Restfinansiering 2011 (5.000) og gavemidler (3.000 hvorav ombygging 1.300) CT-maskin: Restfinansiering 2011 (4.700) Investeringsrammer 2010: RHF-reduksjon (10.000+5.000=15.000) pga. svak driftsøkonomi 2009 (og 2010) Brukt ramme: En ramme er disponert når investeringskjema er signert av foretaksdirektøren									