

Møtedato: 22. juni 2010

Arkivnr.: 111 2010/68

Saksbeh/tlf: Grønlund, Larsen, Monsen m. fl., 75 51 29 00 Dato: 14.6.2010

Styresak 71-2010 Plan- og budsjettpremisser 2011-2014

Formål/sammendrag

Formålet med denne saken er å fastsette forutsigbare budsjettpremisser for det konkrete budsjettarbeidet i helseforetakene. Hovedfokus er på fordeling av tilgjengelige ressurser som grunnlag for å løse sørge-for-ansvaret og ikke på eieroppfølging som økonomistyring og konkret tiltaksgjennomføring.

I saken gjennomgås rammebetingelser, forslag til faglige prioriteringer, og planrammer og resultatkrav for 2011-2014. Ved å utvide tidshorisonten til fire år legges det til rette for en mer langsiktig planlegging av omstillingstiltak, endringer i tilbudet og gjennomføring av investeringer i foretaksgruppen. Saken må ses i sammenheng med rullering av investeringsplan som behandles i samme møte.

Plan- og budsjettpremisser for 2011 er i hovedsak lagt i saken, men vil finjusteres etter fremlegging av forslag til Statsbudsjett 2011. Alle planforutsetninger for de påfølgende tre år er gjenstand for årlig rullering. Den fireårige planen, senest behandlet i styresak *103-2009 Plan 2010-2013*, rulleres i denne saken og ikke i egen styresak i november som tidligere. Langtidsbudsjettet vil være styrende for ressurs- og oppgavefordelingen de nærmeste fire årene.

I saken vurderes utviklingstrender i behandlingstilbud, fremtidig befolkningsendringer og etterspørsel etter helsetjenester som vil være viktige premisser for organisering av helsetjenesten fremover. Helsefaglige prioriteringer og føringer rulleres, økonomisk handlingsrom vurderes og det foreslås prioriteringer.

Helseforetakenes inntektsrammer for 2011 oppdateres og fastsettes, herunder oppdatering av inntektsmodell for somatisk virksomhet. Det fastsettes resultatkrav for helseforetakene i perioden 2011-2014. Inntektsrammer for 2012-2014 skisseres opp så langt vi kjenner dem.

Samlet skal disse planforutsetningene gi grunnlag for et langsiktig planarbeid i helseforetakene.

Medbestemmelse

Plan- og budsjettpremisser 2011-2014 ble drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 8. juni 2010 med følgende enighetsprotokoll:

- 1. Det vises til tidligere enighet om strategien som innebærer å planlegge med driftsoverskudd de nærmeste årene for å sikre midler til framtidige investeringer.*

2. *Partene er enige i at styrking av prioriterte områder må løses både gjennom prioritering av forventet økonomisk handlingsrom og gjennom konkrete innholdskrav til helsetjenesten som må løses innenfor fordelte rammer. Endringsarbeid og omstilling må skje i nært samarbeid mellom arbeidsgiver, arbeidstakerne og deres representanter.*

Bakgrunn/fakta/vurdering

Utviklingstrender i behandlingstilbud, fremtidig befolkningsendringer og etterspørsel etter helsetjenester

Medisinsk kunnskap og teknologi er i kontinuerlig utvikling. Behandlingstilbudet endres som følge av digitalisering, genteknologi og nye medikamenter og teknikker.

Behandlingsmetodene blir mer avanserte og mer skånsomme og effektive, slik at flere pasienter kan behandles, oftere uten innleggelse. Økt fokus på forebygging og tidlig intervensjon gir mulighet til at flere får behandling.

Etterspørselen etter sykehustjenester de nærmeste 20 år vil endre seg betydelig ved at befolkning som er 67 år og eldre blir den største gruppen pasienter. Befolkningsutviklingen medfører økt behov for spesialisthelsetjeneste, særlig de gruppene som får sitt tilbud nært hjemmet, kommunehelsetjeneste og lokalsykehus. Forekomsten av kreft, diabetes type 2, helseskadelig overvekt, KOLS og psykiske helseproblemer øker. I 2020 vil psykiske lidelser på verdensbasis, nest etter hjertekarsykdommer, være den mest utbredte sykdomsbelastningen. Mennesker med kreft og kroniske sykdommer lever med sykdommer i mange år. Vi vil derfor få en økende andel svært gamle pasienter i spesialisthelsetjenesten. Mange eldre og mennesker med kroniske lidelser trenger vedvarende helsehjelp, fra en helsetjeneste som må samarbeide bedre for at brukeren skal få et helhetlig og trygt tjenestetilbud.

Innen de kirurgiske fagområdene vil det bli en utvikling basert på moderne behandlingsformer hvor nye metoder og ny teknologi fører til behov for ny organisering med økt sentralisering av tjenestene. Befolkningsutviklingen medfører økt behov for helsetjenester til kronikeromsorg, rusomsorg og psykisk helsevern. Dette er fagområder med relativt lite innslag av høyteknologisk/medisintekniske behandlingsformer og det er her vi finner det store volumet av pasienter. De vil ha behov for tilbud nært hjemmet fra kommunehelsetjeneste og lokalsykehus. Dette understreker nødvendigheten av å gjøre tilpasninger i dagens tjenestetilbud. Lokalsykehusenes innhold må derfor bedre tilpasses denne utviklingen, innenfor økonomiske rammer som ikke er forventet å vokse nevneverdig. Dette betyr å vri tjenestene mot de store grupper av pasienter og ikke binde opp store ressurser til de få ved alle lokalsykehus. Arbeids- og funksjonsfordeling må aksepteres og utvikles. Akuttmedisinske tjenester av god kvalitet må finnes ved alle lokalsykehus.

Smittevernplanen for Helse Nord 2008-2011 drøftet inngående situasjonen innenfor infeksjonsmedisin ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), herunder utdanningsbehov og kapasitet, sengetall, bemanning og fagkompetanse. Det er nødvendig å ha et selvstendig utdanningsprogram for legespesialister for å sikre at kompetansen forblir i landsdelen. Videre må det være tilstrekkelig mange infeksjonsmedisinske senger til å sikre kvalitet og erfaringsgrunnlag i opplæringen av kandidater som tar hele sin utdanning i landsdelen. Komplekse nye behandlingsformer, spesielt innen kirurgi, gir en økende forekomst av komplekse sykehusinfeksjoner etter intervensjonene. I tillegg ser man et økt behov for poliklinisk utredning og behandling av avanserte infeksjonssykdommer, både på grunn av økt reisevirksomhet og økende antall asylsøkere som krever tilrettelagt og avansert diagnostikk.

Utviklingen viser at det er behov for å utvide tilbudet til pasienter med sykkelig overvekt. I dag opereres pasienter med sykkelig overvekt i vår region ved Nordlandssykehuset HF (NLSH). Tilsiget av pasienter er stort og økende, og det vil være behov for økt kapasitet både i NLSH Bodø og i oppfølgingstilbud i alle helseforetak

Framtidige endringer i tjenestetilbudet betyr at det må stilles høye krav til kompetanse hos helsepersonellet innen sammensatte og multiple sykdomstilstander hos eldre, innen akuttmedisin i primærhelsetjenesten og de øvrige prehospitale tjenestene. Kompetansebygging og økt utnyttelse av eksisterende kompetanse vil derfor være et stikkord for prioritering av ressursene framover.

Endring i befolkning påvirker også arbeidskraft. Antall personer i alderen 20-64 år reduseres og vil medføre utfordringer. Rekruttering av arbeidskraft, slik at en større andel av befolkningen utdannes og tar jobb innen spesialisthelsetjenesten, vil være et viktig moment fremover. Samtidig øker befolkningen sterkt i aldersgruppen 65-74 år slik at tiltak for å få dagens arbeidsstokk til å stå lengre i arbeid må også prioriteres. Oppgaveløsning med mindre tilgang på kompetanse og personell vil bli sentralt de neste 20 årene.

Prioritering

For å følge opp Helse Nord's strategiske mål er det vedtatt en rekke handlingsplaner. Oppfølging av handlingsplanene og prioritering i foretaksgruppen kan ikke bare løses gjennom økte tildelinger. Det vil i tillegg måtte stilles konkrete innholdskrav til helsetjenesten som må løses innenfor allerede fordelte rammer. Dette vil medføre omstilling og omprioritering i helseforetakene som må gjennomføres i nært samarbeid mellom arbeidsgiver, arbeidstakerne og deres representanter. Administrerende direktør anbefaler at inntektsmodellen legges til grunn dersom det er behov for å trekke inn midler fra helseforetakene. Midlene vil deretter deles ut igjen til spesifikke formål.

Handlingsplanene er ambisiøse og det er Administrerende direktørs vurdering at ikke alle tiltak kan gjennomføres så raskt som foreslått under gjeldene økonomiske forutsetninger. Tiltak som ikke er foreslått prioritert i saken foreslås dermed utsatt inntil de eksplisitt tas inn i rullering av langtidsbudsjettet. Når tiltak kan fases inn vil avhenge av økonomisk handlingsrom og vurdering av omstillingsevne i helseforetakene. Vurdering av omstillingsevne vil skje i dialog med helseforetakene.

Prioritering foretatt i *styresak 103-2009 Plan 2010-2013* legges fremdeles til grunn og danner grunnlag for perioden 2011-2014. Dette innebærer blant annet å videreutvikle gode lokalsykehus og desentraliserte helsetjenester, styrke samhandlingen med primærhelse- og sosialtjeneste, utvikle helhetlige behandlingsforløp og styrke tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelmissbrukere.

Adm. direktør foreslår at oppfølging av smittevernplanen, herunder utvidelse av infeksjonsposten ved UNN prioriteres fra 2011. Det vil ikke være mulig å etablere tilstrekkelig kompetanse for håndtering av mer sjeldne, potensielt alvorlige

infeksjonssykdommer annet enn ved regionssykehuset, og utvidelsen vil ha en betydelig regional effekt.

Fremover skal tilbudene fortsatt bedres overfor eldre og mennesker med kroniske og sammensatte lidelser. Det samme gjelder overfor personer med sykkelig overvekt, psykiske lidelser, rusmiddelavhengighet, og ME¹. For å løse utfordringene skal samhandlingen internt i spesialisthelsetjenesten og med helse- og sosialtjenestene i kommunene styrkes. Helsefremmende tiltak og forebygging skal også vektlegges.

Helse Nord har i 2009 og 2010 fått økt inntektene betydelig. I hovedsak er dette et resultat av at skjevfordeling mellom regioner nå er rettet opp, men også gjennom bevilgninger til finansiering av økte pensjonskostnader og gjennom realvekst til økt aktivitet. Nasjonal inntektsmodell vil isolert sett medføre en reduksjon i inntekter for Helse Nord i årene fremover. Samtidig kan det trolig forventes en realvekst som følge av forventet økt etterspørsel etter helsetjenester. Det forventes derfor at inntektene vil flate ut og at vi må planlegge innenfor strammere økonomiske rammer. Administrerende direktør legger i til grunn forventet 0-vekst i budsjett 2011 og 0,5 % realvekst i perioden 2012-2014 for sektoren.

I sum anslås det at nettoeffekten av effekt av nasjonal inntektsmodell og forventede bevilgninger til realvekst vil gi Helse Nord et økonomisk handlingsrom grovt anslått til 15 mill kr årlig fra 2012 som foreslås disponert til prioriterte områder i saken. Ved avvik fra denne planforutsetningen vil tiltak måtte skyves i tid og/eller omstillings- og effektiviseringskrav økes. I tillegg foreslås 5 mill kr disponert for 2011. Disse finansieres med effektiviseringskrav til Helse Nord RHF. Administrerende direktør foreslår at følgende områder følges opp med økte bevilgninger i perioden:

- Oppfølging av smittevernplanen herunder utvidelse av infeksjonsposten ved UNN.
- Kompetansebygging innenfor prehospital og hospital tjenester i henhold til opptrappingsplan for traumebehandling.
- Veiledning og kompetansebygging mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Økt kapasitet innen kronikerfagene – utdanning og oppretting av nye legestillinger innen geriatri, revmatologi, fysikalsk medisin, lungemedisin og nevrologi.
- Omstillingstiltak for gjennomføring av ny nasjonal strategi for svangerskap, fødsels- og barselsomsorg.
- Omstillingstiltak innenfor barne- og ungdomspsykiatri for bedre effektivitet og økt kapasitet.
- Økt kapasitet på poliklinikk og ambulante team innen rusomsorgen.
- Sterkere satsing på helsetjenesteforskning og forskning knyttet til samhandling og samiske forhold.
- Utvide tilbud til pasienter med sykkelig overvekt.

¹ ME = myalgisk encefalopati (kronisk utmattelsessyndrom)

Tentativ innfasning følger av tabellen nedenfor. Ytterligere konkretisering av beløp og fordeling mellom helseforetak foreslås gjennomført, når handlingsrommet er kjent. Ved inntektsvekst utover forutsetningene vil tiltak kunne fremskyndes eller styrkes. Dersom forutsetningene svikter, vil tiltak måtte skyves ut i tid eller reduseres eller effektiviseringskravene i helseforetakene økes.

Forventet økonomisk handlingsrom og prioritering	2011	2012	2013	2014
Forventet handlingsrom	5 000	20 000	35 000	50 000
Forslag til prioritering:				
Kronikeromsorg, tiltak samhandlingsreform, sykkelig overvekt, omstilling BUP, fødselsomsorg		3 000	12 000	20 000
Smittevernplan, herunder infeksjonspost	5 000	10 000	10 000	10 000
Kompetansebygging prehospitale tjenester/akuttberedskap/traume		1 000	2 000	2 000
Rusomsorg (ambulant team/poliklinikk)		3 000	5 000	8 000
Helsetjenesteforskning og forskning knyttet til samhandling og samiske forhold		3 000	6 000	10 000
Til disp	0	0	0	0

Strategiplaner for kompetanse, kvalitet og lokalsykehus er under arbeid i 2010 og faglige og økonomiske konsekvenser må vurderes i rullering av plan. Det samme gjelder konsekvenser av samhandlingsreformen og nordområdesatsning.

Resultatkrav

Styret har tidligere vedtatt å holde tilbake inntekter for å finansiere fremtidig økte kostnader som følge av investeringer. I tillegg har styret lagt til grunn at det settes overskuddskrav tilsvarende reduksjon i åpningsbalanseavskrivningene, slik at kostnadsbortfallet ikke bindes opp i andre permanente tiltak. Dette styrker likviditeten i foretaksgruppen og øker mulighetene for å gjennomføre ønskede investeringer.

Senest i styresak 68-2009 *Investeringsplan 2010-2018, mulighetsanalyse og forslag til investeringsramme*, ble resultatkrav per helseforetak for perioden 2010-2018 skissert opp. Resultatkravene bygde på ovennevnte strategi samt mindre overskuddskrav ("buffer") for å styrke investeringsmulighetene. Sammenlignet med sak 68-2009 er nedtrappingen av resultatkrav ved Nordlandssykehuset (NLSH) skjøvet ett år som følge av at avskrivninger slår inn noe senere enn tidligere lagt til grunn. Samtidig foreslår Administrerende direktør at helseforetakets resultatkrav for 2011 settes til 32 mill kr, tilsvarende resultatkravet for 2010. Dette er en lettelse på 7 mill kr sammenlignet med sak 68-2009 som begrunnes med stor omstillingsbelastning. Videre foreslås det at resultatkravet til UNN settes til 0 i 2011 og 20 mill kr i 2012. Dette er en lettelse på 10 mill kr i 2011 og en skjerping på 10 mill kr i 2012. Begrunnelsen for dette er i hovedsak at inntektsmodellen i 2011 reduserer UNN's ramme med 22,8 mill kr, en effekt som forventes å snu i 2012. For å redusere disse midlertidige effektene foreslås det å justere resultatkravene mellom 2011 og 2012.

Administrerende direktør foreslår at disse resultatkravene legges til grunn i budsjett for 2011-2014.

Resultatkrav 2010-2018	2010	2011	2012	2013	2014
Helse Nord RHF inkl IKT	143 000	143 000	143 000	143 000	47 000
Helse Finnmark HF	5 000	5 000	5 000	5 000	15 000
UNN HF	10 000	0	20 000	24 000	38 000
Nordlandssykehuset HF	32 000	32 000	41 000	42 000	5 000
Helgelandssykehuset	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Apotek Nord HF	0	0	0	0	0
Sum	195 000	185 000	214 000	219 000	110 000

Helseforetakenes inntektsrammer

Helseforetakenes inntektsrammer er oppdatert med bevilgninger til konkrete tiltak og som følge av oppdatering av inntektsmodellen for somatikk. Helseforetakenes basisrammer er justert for følgende forhold:

- **Betaling til helsebibliotek**

Helse Nord RHF har inngått avtaler om betaling for bruk av tilbudet til Helsebiblioteket som medfører ca 1 mill kroner i økte kostnader for RHF, mens helseforetakene får reduserte kostnader. Det foreslås derfor å trekke inn 1 mill kroner fra helseforetakene basert på inntektsmodell for somatikk.

- **Egenandelsregistrering/frikort**

Helse Nord RHF er pålagt å etablere rutiner som sikrer elektronisk innsending av opplysninger om egenandeler, slik at frikort sendes automatisk når den enkelte pasient har krav på det. I budsjettet er det satt av 3,5 mill kroner til formålet som fordeles til helseforetakene.

- **Trykktank**

UNN's basisramme foreslås økt med 0,5 mill kr til etablering av trykktank. UNN bruker trykktanken til avansert behandling av regionpasienter. Denne tjenesten utføres i dag av Sjøforsvaret, men tjenesten slik den er i dag vil opphøre i sammenheng med nedlegging av Olavsvern som operativ base. UNN har avtale med forsvaret om bruk av trykktanken til juni 2011.

- **Tolketjeneste i Helse Finnmark.**

I brev av 13.1.2010 har Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) pålagt Helse Nord RHF å finansiere et toårig tolkeprosjekt ved Helse Finnmark HF. Foretaket har søkt om til sammen 2 mill kroner. Det er tidligere bevilget 1 mill kr i 2010 og det foreslås å bevilge 1 mill kroner til Helse Finnmark HF i 2011. Midlene dras inn igjen i 2012.

- **Betaling for kjøp av private rehabiliteringsplasser i andre regioner og behandling ved Modum Bad**

I 2009 har Helse Nord RHF betalt for kjøp av private rehabiliteringsplasser i andre regioner og for kjøp av psykiatribehandling ved Modum Bad (80 % av kostnaden betalt av RHF, resterende 20 % har vært betalt av helseforetaket).

Administrerende direktør foreslår at hele finansieringsansvaret legges til helseforetakene og budsjetterte midler i RHF fordeles til helseforetakene gjennom behovskomponenten i inntektsmodellen.

- **Inndragning nasjonal inntektsmodell**

Det forventes et trekk som følge av regional inntektsmodell i størrelsesorden 30-35 mill kr i 2010. Helse Nord RHF kan delvis håndtere dette trekket gjennom frigjøring av ressurser fra avsluttede prosjekter med mer, men det er behov for å fordele deler av trekket på helseforetakene. Administrerende direktør foreslår derfor at 20 mill kr dras inn fra helseforetakene nå. Inntektsmodell for somatikk legges til grunn for fordelingen.

- **Smittevern**

I 2009 startet et prosjekt for å styrke kompetanse i smittevern i kommunene og styrke samhandlingen mellom sykehus og kommuner. Prosjektet avsluttes 1. juli 2010 og midlene skulle vært tilbakeført RHF. Midlene til stillingene foreslås innarbeidet permanent til smittevern i helseforetakene i henhold til smittevernplanen.

Oppdatering av Helse Nord's inntektsmodell

Inntektsmodellen for somatikk er oppdatert ved at kriterieverdier er oppdatert og at kronikersatsningen er fasett inn i modellen i tråd med tidligere vedtak.

Oppdateringen medfører følgende justeringer i rammene for 2011:

Effekter oppdatering inntektsfordelingsmodell budsjett 2011 (i 1000 kr)				
	Helgeland	NLSH	UNN	Finnmark
SUM	3 273	13 377	-22 823	6 173

Bakgrunn for reduksjon ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF er i hovedsak redusert aktivitet ved UNN i 2009 (og dermed lavere betaling fra de andre helseforetakene), samt at øvrige helseforetak har styrket sin relative forskningsandel i siste treårsperiode. Disse trendene forventes å snu i 2012.

Det er ønskelig å etablere en objektiv fordelingsmodell for rusomsorg og psykisk helsevern som skal stimulere til samarbeid og effektiv ressursbruk. Midler til rusomsorgen er i dag fordelt på bakgrunn av regionale funksjoner og befolkning, mens midler til psykisk helse er fordelt basert på historisk fordeling og konkrete prosjekter i opptrappingsplanen. En objektiv inntektsmodell vil bedre legge grunnlag for et likeverdig tilbud og Administrerende direktør vil på denne bakgrunn starte et regionalt arbeid med å utvikle fordelingsmodell for rusbehandling og psykisk helse. Det tas sikte på behandling av ny inntektsfordelingsmodell juni 2011 med sikte på implementering fra 2012.

Innfasing av inntektsmodell for psykisk helse og rusomsorg vil medføre omfordeling av inntekter mellom helseforetakene. Basert på en vurdering av befolkningstall og fordeling av ressurser i dag er det nærliggende å anta at midler innen psykisk helse vil flyttes til Helgelandssykehuset.

I forbindelse med nedleggelse av Hålogalandssykehuset HF ble full ansvarsoverføring av psykiatritilbudet i Ofoten til UNN utsatt. Det foreslås nå at UNN skal overta fullt faglig og økonomisk ansvar for psykiatritilbudet i Ofoten fra 1. januar 2011. Ansvarsoverføringen vil gjennomføres som et fellesprosjekt mellom UNN, NLSH og RHF.

Finansieringen av psykiatritilbudet vil bli håndtert i inntektsfordelingsmodellen, når den utvides til også å omfatte rus og psykiatri. Dette vil skje fra og med 2012 og det er derfor behov for annen løsning i tiden frem til utvidet inntektsmodell er på plass. Adm. direktør foreslår derfor at det allerede for 2011 foretas et mindre trekk (1 %) i helseforetakenes basisramme til psykisk helse og rusomsorg. Disse midlene foreslås delt ut til konkrete tiltak ved Helgelandssykehuset HF (forventet effekt av inntektsmodell) og UNN (sørge-for-ansvar for Ofoten). Dette vil være en første innfasning av modellen og den gradvise tilnærmingen vil forberede helseforetakene til omstilling.

Dette innebærer følgende omfordeling:

Rammejustering psykisk helse 2011	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	RHF	Totalt
Vedtatt ramme 2010	244 928	678 156	632 081	134 120	75 914	1 765 199
Kjøp Modum Bad	1 833	4 541	3 296	2 030	-11 700	0
Trekk 1,0 %	-2 449	-6 782	-6 321	-1 341		-16 893
Sørge for ansvar Ofoten		13 393				13 393
Konkrete tiltak Helgeland				3 500		3 500
Forslag ramme 2011	244 312	689 308	629 056	138 309	64 214	1 765 199

Hvilke tiltak som skal iverksettes ved Helgelandssykehuset vil avklares i dialog med helseforetaket (ambulant team med mer).

Samlet oversikt over forslag til justeringer følger av tabellen.

Tall i 1000 kroner

Basisramme	RHF	Styrets disp	Helse Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Vedtatt 2010	970 412	124 603	1 224 760	3 877 708	2 356 272	957 927	9 511 682
Tolketjeneste	-1 000		1 000				0
Egenandels registrering/frikort	-3 500		538	1 347	1 033	582	0
Gjestepasientkjøp privat rehabilitering	-14 500		2 272	5 628	4 084	2 516	0
Gjestepasientkjøp Modum Bad	-11 700		1 833	4 541	3 296	2 030	0
Trekk nasjonal inntektsmodell	-35 000						-35 000
Trekk nasjonal inntektsmodell	20 000		-2 736	-9 049	-5 298	-2 917	0
Helsebiblioteket	1 000		-137	-465	-252	-146	0
Trykktank	-500			500			0
Oppdatering inntektsmodell			6 173	-22 823	13 377	3 273	0
Rusinstitusjon Helgeland	-5 000					5 000	0
1 % trekk psykiatri	16 893		-2 449	-6 782	-6 321	-1 341	0
Sørge - for ansvar psykiatri Ofoten	-13 393			13 393			0
Psykiatritiltak Helgeland	-3 500					3 500	0
Sum forslag til basisramme 2011	920 212	124 603	1 231 254	3 863 998	2 366 191	970 424	9 476 682

Tabellen nedenfor fremstiller basisramme for 2011 og beste estimat for 2012-2014 sammenlignet med vedtatt basisramme for 2010. Foreslåtte endringer i saken er innarbeidet. I 2012 forventes effektene av regional inntektsmodell å snu tilbake til fordel for UNN. Effekt av regional inntektsmodell er derfor innarbeidet i tall for 2011, men "nullstilt" for 2012-2014. Kun estimat av forventet flytting av ressurser fra Helgeland til UNN som følge av befolkningsendring er innarbeidet. I tillegg kommer andre endringer som følge av oppdatering av inntektsmodell (ikke innarbeidet i tabellen).

Basisramme 2011-2014	2010	2011	2012	2013	2014
Helse Nord RHF	970 412	925 212	941 212	956 212	971 212
Styrets disp (netto rente kommer i tillegg)	124 603	124 603	124 603	124 603	28 603
Helgelandssykehuset	957 927	970 424	966 151	965 151	964 151
Nordlandssykehuset	2 356 272	2 366 191	2 352 814	2 352 814	2 448 814
UNN	3 877 708	3 863 998	3 874 112	3 875 112	3 876 112
Helse Finnmark	1 224 760	1 231 254	1 224 081	1 224 081	1 224 081
SUM	9 511 682	9 481 682	9 482 973	9 497 973	9 512 973

Konklusjon

Befolkningsutviklingen medfører økt behov for helsetjenester til kronikeromsorg, rusomsorg og psykisk helsevern. Framtidige endringer i tjenestetilbudet betyr større krav til kompetanse hos helsepersonellet innen sammensatte og multiple sykdomstilstander hos eldre, innen akuttmedisin i primærhelsetjenesten og de øvrige prehospitaltjenestene.

Oppfølging av fagplaner og prioritering av ønskede områder kan ikke bare løses gjennom økte tildelinger. Administrerende direktør foreslår derfor en strategi hvor det i tillegg stilles

konkrete innholdskrav til helsetjenesten som må løses innenfor allerede fordelte rammer. Dette vil medføre omstilling og omprioritering i helseforetakene. Handlingsplanene er ambisiøse og alle tiltak i handlingsplanene kan ikke gjennomføres så raskt som foreslått under gjeldene økonomiske forutsetninger. Tiltak som ikke er foreslått prioritert i saken foreslås dermed utsatt inntil de eksplisitt tas inn i rullering av langtidsbudsjettet. Når tiltak kan fases inn avhenger av økonomisk handlingsrom og vurdering av omstillingsevne i helseforetakene.

Under gjeldene økonomiske forutsetninger foreslås prioriterte områder som nevnt i saken lagt til grunn for budsjett 2011-2014.

Foretaksgruppens inntektsrammer vurderes som relativt forutsigbare, og etter to år med sterk inntektsvekst forventes en utflatning i inntekter. Grovt anslått vurderes det at Helse Nord har et økonomisk handlingsrom tilsvarende ca 15 mill kr fra 2012, forutsatt 0,5 % årlig realvekst i sektoren fra 2012. Midlene foreslås disponert til konkrete områder, mens øvrige innholdskrav i fagplaner vil måtte løses gjennom endring innenfor eksisterende rammer. Forventning om lavere inntektsvekst vil medføre tøffere prioriteringer og større omstillingsbehov.

Resultatkrav for perioden 2011-2014 er satt og inntektsrammer for 2011 er fastsatte. Inntektsrammer for 2012-2014 er skissert opp. Disse planforutsetningene gir helseforetakene grunnlag for det konkrete budsjettarbeidet, og gir sammen med foreslåtte investeringsrammer, jf egen sak, grunnlag for langsiktig planlegging.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Forventning om lavere inntektsvekst fremover medfører strengere prioriteringer og større omstillingsbehov. Styrking av prioriterte områder må løses både gjennom prioritering av forventet økonomisk handlingsrom og gjennom konkrete innholdskrav til helsetjenesten som må løses innenfor allerede fordelte rammer. I planperioden legges det opp til at følgende områder følges opp med økte bevilgninger:
 - Oppfølging av smittevernplanen herunder utvidelse av infeksjonsposten ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
 - Kompetansebygging innenfor prehospitale og hospitale tjenester i henhold til opptrappingsplan for traumebehandling.
 - Veiledning og kompetansebygging mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
 - Økt kapasitet innen kronikerfagene, utdanning og oppretting av nye legestillinger innen geriatri, revmatologi, fysikalsk medisin, lungemedisin og nevrologi.
 - Omstillingstiltak for gjennomføring av ny nasjonal strategi for svangerskap, fødsels- og barselsomsorg.
 - Omstillingstiltak innenfor barne- og ungdomspsykiatri for bedre effektivitet og økt kapasitet.
 - Økt kapasitet på poliklinikk og ambulante team innen rusomsorgen.
 - Sterkere satsing på helsetjenesteforskning og forskning knyttet til samhandling og samiske forhold
 - Bedre tilbudet til pasienter med sykkelig overvekt.
2. Handlingsplanene er ambisiøse og alle tiltak kan ikke gjennomføres så raskt som foreslått under gjeldene økonomiske forutsetninger. Tiltak som ikke er foreslått prioritert i saken, utsettes inntil de eksplisitt tas inn i rullering av langtidsbudsjettet. Når tiltak kan fases inn,

vil avhenge av økonomisk handlingsrom og vurdering av omstillingsevne i helseforetakene.

- Aktivitetsveksten innen psykisk helsevern, rus og kronikeromsorgen skal være større enn for somatikken. Dette kravet vil ligge fast, inntil den nødvendige oppbygging av satsningsområdene er oppnådd. Særlig innen barne- og ungdomspsykiatri og rusomsorg må aktiviteten fremdeles styrkes.
- Resultatkrav for 2011-2014 fastsettes slik:

Resultatkrav 2010-2018	2010	2011	2012	2013	2014
Helse Nord RHF inkl IKT	143 000	143 000	143 000	143 000	47 000
Helse Finnmark HF	5 000	5 000	5 000	5 000	15 000
UNN HF	10 000	0	20 000	24 000	38 000
Nordlandssykehuset HF	32 000	32 000	41 000	42 000	5 000
Helgelandssykehuset	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Apotek Nord HF	0	0	0	0	0
Sum	195 000	185 000	214 000	219 000	110 000

- Helseforetakenes basisramme til psykisk helsevern reduseres med 1 % som en forsiktig forberedelse på ny regional inntektsmodell.
- Basisrammer for 2011 justeres for forholdene nevnt i saken og fastsettes slik:

Tall i 1000 kroner

Basisramme	RHF	Styrets disp	Helse Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Vedtatt 2010	970 412	124 603	1 224 760	3 877 708	2 356 272	957 927	9 511 682
Tolketjeneste	-1 000		1 000				0
Egenandels registrering/frikort	-3 500		538	1 347	1 033	582	0
Gjestepasientkjøp privat rehabilitering	-14 500		2 272	5 628	4 084	2 516	0
Gjestepasientkjøp Modum Bad	-11 700		1 833	4 541	3 296	2 030	0
Trekk nasjonal inntektsmodell	-35 000						-35 000
Trekk nasjonal inntektsmodell	20 000		-2 736	-9 049	-5 298	-2 917	0
Helsebiblioteket	1 000		-137	-465	-252	-146	0
Trykktank	-500			500			0
Oppdatering inntektsmodell			6 173	-22 823	13 377	3 273	0
Rusinstitusjon Helgeland	-5 000					5 000	0
1 % trekk psykiatri	16 893		-2 449	-6 782	-6 321	-1 341	0
Sørge - for ansvar psykiatri Ofoten	-13 393			13 393			0
Psykiatritiltak Helgeland	-3 500					3 500	0
Sum forslag til basisramme 2011	920 212	124 603	1 231 254	3 863 998	2 366 191	970 424	9 476 682

- Utdelte midler i 2009 til prosjekt for å styrke kompetanse i smittevern i kommunene og styrke samhandlingen mellom sykehus og kommuner innarbeides permanent til smittevern i helseforetakene i henhold til smittevernplanen.

Bodø, den 14. juni 2010

Lars Vorland
Adm. direktør

Trykte vedlegg: Utredning

Utrykte vedlegg: Budsjettinnspill fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Helse Finnmark HF og Nordlandssykehuset HF

Innholdsfortegnelse

Rullerende plan og langtidsbudsjett	3
Planforutsetninger og rammebetingelser	4
Mål.....	4
Helsefaglige prioriteringer og føringer 2011-2014	5
Utviklingstrender i behandlingstilbud og etterspørsel etter helsetjenester	6
Endringer i aldersfordelt befolkning	7
Befolkningen i dag	7
Befolkningsendring 2010-2020-2030, ved middels nasjonal vekst.....	8
Vurdering av befolkningsendringer.....	9
Handlingsplanene	10
Videre utvikling av psykisk helsevern	10
Rusomsorg - handlingsplan	11
Handlingsplan for geriatri.....	11
Handlingsplan for habilitering/rehabilitering.....	12
Handlingsplan for revmatologi.....	13
Handlingsplan for folkehelsearbeid	13
Indremedisinske satsinger.....	14
Kreftbehandling.....	15
Intensivmedisin	15
Barnemedisin.....	16
Smittevern og beredskap	16
Ortopedi	17
Laboratoriemedisin	18
Fødselsomsorg.....	18

Regional strategi for utvikling av desentraliserte spesialisthelsetjenester.....	19
Forskningsstrategi	19
Innspill fra helseforetak.....	20
Innspill fra UNN	20
Innspill fra Helse Finnmark.....	21
Økonomisk handlingsrom.....	22
Prioritering av økonomisk handlingsrom	23
Resultatkrav 2011-2018	25
Inntektsfordelingsmodell	26
Oppdatering av inntektsfordelingsmodell	27
Oppdatering av modell for somatikk, effekter for 2011.....	28
Befolkning.....	29
Sosialhjelpstilfeller.....	29
Dødelighet	29
Uføre.....	29
Pasientstrøm	29
Forskningspoeng.....	29
Assistent/turnusleger	30
Korrigerings av feil vedrørende Tysfjord.....	30
Innfasning fra særskilt funksjon	30
Fremtidige effekter av dagens somatikkmodell.....	32
Forslag til justeringer inntekter helseforetak 2011-2014.....	32
Betaling til helsebibliotek.....	32
Egenandels registrering/frikort.....	33
Rusinstitusjon Helgeland.....	33
Trykktank	33
Tolketjeneste i Helse Finnmark.....	33

Betaling for kjøp av private rehabiliteringsplasser i andre regioner og behandling ved Modum Bad	33
Inndragning nasjonal inntektsmodell	33
Smittevern	33
Forslag til basisramme/øvrige ramme 2011	34
Forslag til basisramme 2012-2014	35
Risiko	36
Rammebetingelser	37
Omstillingsevne og resultatoppnåelse	37
Aktivitet, kvalitet og prioritering	37
Personell og kompetanse	38

Rullerende plan og langtidsbudsjett

Som en del av plan- og budsjettprosessen har denne styresaken om budsjett tradisjonelt sett lagt rammer og føringer for det konkrete budsjettarbeidet i helseforetakene. Administrerende direktør utvider nå styrebehandlingen fra kun å omhandle budsjett 2011, til også å inneholde rammebetingelser og planrammer for 4 år fremover. Formålet med denne endringen er å skape mest mulig forutsigbare rammebetingelser slik at det legges til rette for en mer langsiktig planlegging av omstillingstiltak, endringer i tilbudet og gjennomføring av investeringer i foretaksgruppen. Hovedmålet med langtidsbudsjett er å skape gode prosesser for omstilling og kontinuerlig økonomisk kontroll.

Langtidsbudsjettet vil være styrende for ressurs- og oppgavefordelingen de nærmeste fire årene og vil rulleres hvert år. Budsjett og planpremisser for neste år (2011) legges i saken, men finjusteres etter fremlegging av forslag til Statsbudsjett i oktober. Alle planforutsetninger for påfølgende 3-års periode (2012-2014) er gjenstand for årlig rulling.

Mye av informasjonen om plan, resultatkrav mv er tidligere fremstilt, jf blant annet styresak 103-2009 *Plan 2010-2013*, styresak 64-2008 *Investeringsplan 2009-2018*, styresak 68-2009 *Investeringsplan 2010-2018, mulighetsanalyse og forslag til investeringsrammer*. Denne saken innebærer dermed en samling, koordinering og oppdatering av planforutsetninger. Dette innebærer videre at 4-årig plan (jf styresak 103- 2009 *Plan 2010-2013*) rulleres i denne saken og ikke i egen styresak i november som tidligere.

Fastsetting av investeringsrammer og likviditetsvurderinger gjøres i sak om rulling av investeringsplan som behandles i egen sak i samme møte. Helseforetakene er i brev av 25. mars bedt om å komme med innspill til Helse Nords budsjett for 2011-2014 og rulling av investeringsplan 2018. Alle helseforetakene har styrebehandlet bærekraftsanalyser og Helse

Finnmark og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har kommet med konkrete innspill til budsjett 2011-2014. Budsjettinnspill fra UNN og Finnmark følger som utrykte vedlegg. Denne utredningen omfatter blant annet:

- Faglige føringer og prioriteringer for årene framover, jf plan 2010-2013 –styresak 103/2009 og rullering av denne.
- Framskriving av befolkningsendringer
- Vurdering av økonomisk handlefrihet og forslag til prioritering
- Oppdatering av inntektsfordelingsmodell, simulering av forventet videre utvikling.
- Fastsetting av planrammer for drift i 2011-2014

Planforutsetninger og rammebetingelser

Oppdragsdokument og foretaksmøter gir de viktigste føringene for Helse Nords arbeid. Videre er samhandlingsreformen under utforming, egen lokalsykehusstrategi og øvrige planer og prioriteringer er andre viktige planforutsetninger.

Per dato er det få holdepunkter for å beskrive samhandlingsreformens konsekvenser for spesialisthelsetjenesten. Organiseringen av spesialisthelsetjenesten må koordineres med forventet fremtidig utvikling av struktur, organisasjon, ansvar, etterspørsel, demografi mv. Hovedutfordringen vil være å få tilgang på kunnskap og kompetanse for å løse pasientoppgavene på den mest hensiktsmessige måten og på laveste effektive omsorgsnivå. I grove trekk forventes egen strategi å sammenfalle med intensjonene i samhandlingsreformen. Finansieringssystemer for reformen er ikke kjent.

Strategiplaner for kompetanse, kvalitet og lokalsykehus er under arbeid i 2010 og faglige og økonomiske konsekvenser må vurderes i rullering av plan. Det samme gjelder konsekvenser av samhandlingsreformen og nordområdesatsning.

I styresak 103-2009 Plan 2010-2013, behandlet i november 2009, ble planer og prioriteringer for perioden gjennomgått. I det følgende gjengis og revideres planen og konsekvenser for budsjett 2011-2014 vurderes.

Mål

Helse Nords vedtatte strategiske mål er:

- At tilbudene i Helse Nord har en kvalitet av god internasjonal standard
- At det i Helse Nord skal etableres en evaluerende kultur basert på kunnskap om ”beste praksis” og dokumentasjon av egen virksomhet
- Å videreføre en betydelig desentralisering av høyvolumtjenester
- Å eliminere uverdige ventetider
- Å utdanne og rekruttere nok helsepersonell til å dekke landsdelens behov
- Å stabilisere fagmiljøene gjennom gode og utviklende arbeidsmiljø
- Å satse på forskning for å sikre rekruttering, kvalitet på tjenestene og en fagkritisk evaluerende kultur.
- At pasientene i Helse Nord skal møte et mest mulig sømløst helsevesen uten unødige omveier, forsinkelser eller barrierer mellom leddene i behandlingsskjeden

- En optimal samordning av tjenester og fleksibel utnyttelse av ressurser og kompetanse på tvers av nivåer og foretaksgrenser, til beste for befolkningen
- At Helse Nord skal bli ledende i landet på å ta i bruk informasjonsteknologi som verktøy for å bedre tilgjengelighet og arbeidsflyt, samarbeid og effektivitet
- Å organisere spesialisthelsetjenesten i Helse Nord på en kostnadseffektiv måte, samtidig som de kombinerte krav til kvalitet og tilgjengelighet og utdanning ivaretas
- At Helse Nord skal utvikle seg til en regional institusjon med en tydelig nordnorsk profil, gjennom medvirkning fra pasienter, pårørende og ansatte, og gjennom bred mobilisering av landsdelens befolkning.
- Å styrke samhandlingen med primærhelsetjenesten.

For å følge opp disse målene har Helse Nord vedtatt handlingsplaner for en rekke fagområder. Samlet sett gir disse planene oversikt over nødvendige tiltak for å styrke tilbudet til de store pasientgruppene i Helse Nord.

Helsefaglige prioriteringer og føringer 2011-2014

I styresak 103-2009 *Plan 2010-2013* ble følgende prioritert i planperioden:

1. Videreutvikle gode lokalsykehus og desentraliserte helsetjenester
2. Styrke samhandlingen med primærhelse- og sosialtjeneste og utvikle helhetlige behandlingsforløp.
3. Styrke tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelmissbrukere
4. Videreutvikle helhetlige og differensierte tilbud til psykiatriske pasienter
5. Fortsatt styrke tilbudet til syke eldre og personer med kroniske lidelser
6. Styrke forskningsinnsats, satse målrettet ut fra forskningsstrategi, og få fram mer behovsdrivet- og forskningsdrivet innovasjon
7. Styrke fagutvikling og fagnettverk
8. Fortsatt satsing på rekruttering av helsepersonell innen helsepolitisk høyt prioriterte områder, og der rekrutteringsproblemene er størst
9. Videreutvikle brukermedvirkning
10. Styrke samarbeidet om folkehelse i partnerskap med fylkeskommunene

Følgende ble også vedtatt i samme sak:

Som ledd i styrkingen av kronikeromsorgen skal en ha utarbeidet konkrete mål for økning av innsatsen overfor lungesyke, pasienter med behov for nyreerstattende behandling og pasienter med sykkelig overvekt i løpet av 2010 og tiltakene innarbeides i rulleringen av planen for 2011-2014.

Oppfølgingsarbeidet på dette området er startet, men konklusjoner er ikke klar for å innarbeides i denne rulleringen.

Aktiviteten innen psykisk helsevern, rus og kronikeromsorgen skal prosentvis være større enn for somatikken. Dette kravet vil ligge fast over flere år inntil den nødvendige oppbygging av satsningsområdene er oppnådd. Særlig innen barne- og ungdomspsykiatri og rusomsorg må aktiviteten fremdeles styrkes. Tjenestetilbudet innen indremedisinske fagområder er mangelfullt i forhold til kapasitet, særlig overfor pasienter med revmatisk sykdom, lungesykdommer, geriatri, nyreerstattende behandling og smertebehandling. Kirurgisk

aktivitet skal ikke øke. Ovennevnte prioritering legges fremdeles til grunn og danner grunnlag for budsjett 2011-2014. Konkrete krav til prioritering og aktivitet stilles i oppdragsdokumentene til helseforetakene.

Utviklingstrender i behandlingstilbud og etterspørsel etter helsetjenester

Medisinsk kunnskap og teknologi er i kontinuerlig utvikling. Behandlingstilbudet endres, bl.a. som følge av digitalisering, genteknologi, nye medikamenter og teknikker.

Behandlingsmetodene blir mer avanserte, men også mer skånsomme og effektive, slik at flere pasienter kan behandles, oftere uten innleggelse. Økt fokus på forebygging og tidlig intervensjon gir mulighet til at flere får behandling. Noen trekk som preger utviklingen:

- Kreftsykdommer fortsetter å øke betydelig. Antallet som lever med kreft øker.
- Nye tilfeller av hjertesykdommer ser ut til å stabiliseres eller gå litt ned i alle aldersgrupper. Antallet som lever med hjertesykdommer vil imidlertid øke, men neppe mer enn befolkningsutviklingen.
- Perifere karsykdommer viser en relativ økning både for nye tilfeller og antall som lever med slike sykdommer. Økningen er i første rekke knyttet til pasienter med diabetes type II.
- Astma, allergi og luftveissykdommer vil øke mer enn befolkningsutviklingen tilsier.
- Sykdommer knyttet til fedme og overvekt, som diabetes¹, artrose¹, hypertoni² m.v. vil øke kraftig pga endrede vaner innen kosthold og fysisk aktivitet.
- Problemer knyttet til nye infeksjonssykdommer, forårsaket av multiresistente mikroorganismer, forventes å øke.
- Psykososiale problemer knyttet til sosial ustabilitet, svakere sosiale nettverk og sosiale ulikheter, og som bidrar til mer helseproblemer og dårligere livskvalitet for utsatte grupper, ser ut til å øke.
- For enkelte grupper preges sykdomsbildet i større grad av skader som følge av vold, rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser.
- Antall unge mennesker med depresjoner, selvmord- og selvskadingsproblematikk, samt antall mennesker med rus- og alvorlige psykiske lidelser, øker
- Alvorlige adferdsforstyrrelser og ADHD viser økning blant barn og unge.

Dagens pasienter stiller krav til informasjon, medbestemmelse, kvalitet og valgfrihet, og har for eksempel rett til nødvendig helsehjelp, fritt sykehusvalg og individuell plan. I tillegg endres også befolkningens opplevelse av lidelser og plager. Sammen med flere muligheter til å avdekke og behandle sykdom og helsetilstand, vil dette både skape økte forventninger til helsevesenet og gi større behov for helsetjenester. Dette krever kontinuerlig omstilling, utvikling og prioritering innen og mellom tjenestetilbudene.

I forhold til sykdomsutviklingen innenfor pasientgruppene som omfattes av kronikersatsingen i Helse Nord vil det være nødvendig med en økt innsats innen fagområdet lungesykdommer. Helse Nord har lav dekning av lungeleger med mindre enn 50 % av anbefalte normtall og det er i dag et betydelig antall fristbrudd for behandling. En svært stor andel av flyktninger og asylsøkere har vært i kontakt med tuberkulose noe som medfører økt antall søknader til

¹ leddlidelser

² forhøyet blodtrykk

lungeavdelingene. En regner i dag at mellom 35 og 50 % av alle flyktninger som ankommer Norge må følges opp av spesialisthelsetjenesten.

Tilbudene må fortsatt bedres overfor eldre og mennesker med kroniske og sammensatte lidelser. Det samme gjelder overfor personer med sykkelig overvekt, psykiske lidelser, rusmiddelavhengighet, og ME. For å løse utfordringene er det nødvendig å styrke samhandlingen internt i spesialisthelsetjenesten og med helse- og sosialtjenestene i kommunene. Helsefremmende tiltak og forebygging må også vektlegges. Partnerskapsavtale mellom fylkeskommunene og Helse Nord er et godt grunnlag.

Helse Nord ser arbeidet med prioritering og kvalitetsforbedring i sammenheng. Riktig prioritering og bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer og prosedyrer for behandling er våre viktigste virkemidler for å oppnå likeverdig behandling av høy kvalitet. Fagmiljøene skal lære av egne erfaringer gjennom bruk av kvalitetsregistre og klinisk forskning som fokuserer på behandlingsresultat.

Endringer i aldersfordelt befolkning

Tabeller og tall nedenfor er basert på fremskrivning av befolkningsendringer (tall fra Statistisk sentralbyrå, forutsatt middels nasjonal vekst).

Befolkningen i dag

Tabellene nedenfor viser aldersfordelt befolkning per 1.1.2010.

- Nord-Norge har en befolkning på 466.000 per 1.1.2010. 39,4 % (183.000) av befolkningen sokner til UNN.

	0-4 år	5-19 år	20-39 år	40-64 år	65-74 år	75-89 år	90+	SUM
Helgeland	4 076	15 570	17 076	26 783	7 057	5 898	675	77 135
Nordland	7 516	26 403	31 434	45 120	11 268	9 423	1 068	132 232
UNN	11 003	35 774	46 371	62 167	14 923	11 967	1 194	183 399
Finnmark	4 309	14 764	18 269	24 961	5 804	4 377	372	72 856
SUM	26 904	92 511	113 150	159 031	39 052	31 665	3 308	465 621

	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 %
SUM		5,8 %	19,9 %	24,3 %	34,2 %	8,4 %	6,8 %	0,7 %	100,0 %

- 15,9 % (8,4 % +6,8 % +0,7 %) av befolkningen er 65 år eller eldre. Tilsvarende 74.000 personer.
- Helgelandssykehuset har i dag relativt sett en eldre befolkning sammenlignet med øvrige helseforetak. 17,6 % av helseforetakets befolkning er 65 år eller eldre. 15,3 % av UNNs befolkning er 65 år eller eldre.
- 58,5 % er mellom 20 og 64 år (24,3 % + 34,2 %). Tilsvarende 272.000 personer. 56,8 % av Helgelandssykehusets befolkning er i denne aldersgruppen. For UNN er andelen 59,2 %.
- 25,7 % er 0-19 år (5,8 % +19,9 %). Tilsvarende 119.000 personer.

Befolkningsendring 2010-2020-2030, ved middels nasjonal vekst

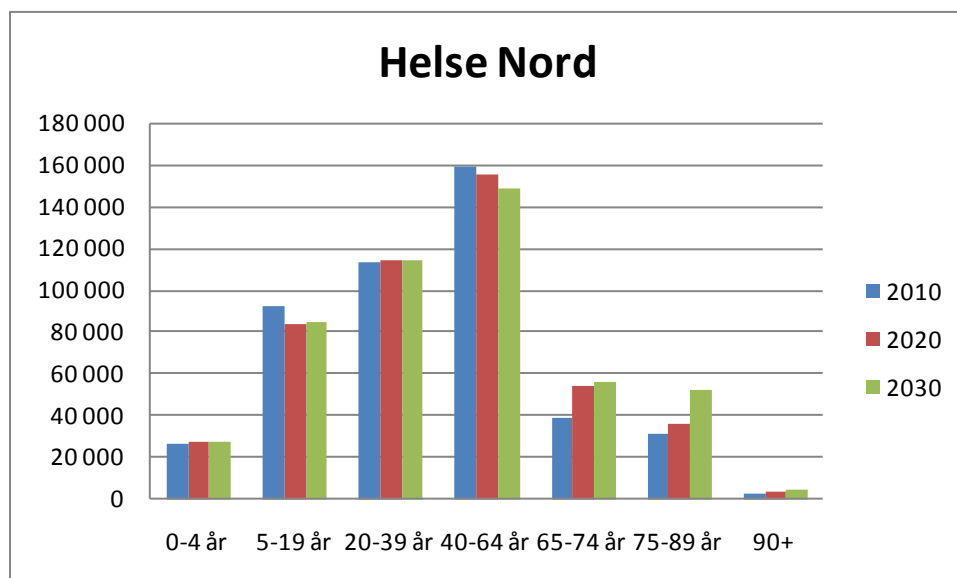
Tabellene nedenfor viser fremskrevet aldersfordelt befolkning og fordeling i henholdsvis 2020 og 2030.

2020	0-4 år	5-19 år	20-39 år	40-64 år	65-74 år	75-89 år	90+	SUM
Helgeland	-1,1 %	-13,7 %	-3,2 %	-4,7 %	30,8 %	12,5 %	16,9 %	-1,2 %
Nordland	3,3 %	-8,7 %	2,0 %	-1,7 %	40,1 %	11,3 %	22,9 %	2,8 %
UNN	2,1 %	-6,7 %	3,4 %	-1,0 %	42,3 %	15,0 %	28,2 %	4,0 %
Finnmark	-2,1 %	-13,4 %	-1,4 %	-3,9 %	44,8 %	17,0 %	25,3 %	0,2 %
SUM	1,3 %	-9,5 %	1,3 %	-2,3 %	39,9 %	13,7 %	23,9 %	2,2 %

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 %
SUM	2,5 %	-8,0 %	1,0 %	-6,4 %	44,4 %	64,3 %	43,1 %	5,0 %

- Det anslås en befolkningsvekst i Nord-Norge på 2,2 % (ca 10.000 personer) per 2020 og 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.

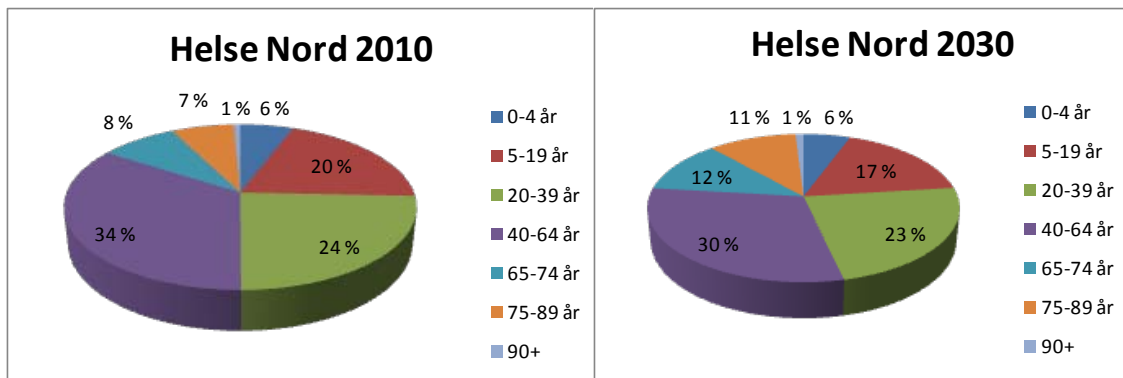
Figuren nedenfor viser anslått utvikling i aldersfordelt befolkning for Helse Nord.



- Antall personer i aldersgruppen 20-39 viser en mindre vekst i perioden, mens aldersgruppen 40-64 reduseres.

- Aldersgruppen 65-74 øker kraftig i perioden fra mot 2020, deretter avtar veksten.
- Aldersgruppen 74-89 år øker noe frem mot 2020, deretter tiltar veksten betydelig.

Figurene og tabellene nedenfor viser relativ fordeling mellom aldersgrupper per i dag og fremskrevet til 2030.



2030	0-4 år	5-19 år	20-39 år	40-64 år	65-74 år	75-89 år	90+	SUM
Helgeland	5,2 %	17,2 %	21,2 %	30,7 %	12,7 %	11,8 %	1,2 %	100,0 %
Nordland	5,6 %	17,7 %	22,7 %	30,4 %	11,7 %	10,8 %	1,0 %	100,0 %
UNN	5,8 %	17,4 %	24,4 %	30,2 %	11,1 %	10,2 %	0,9 %	100,0 %
Finnmark	5,8 %	17,1 %	24,2 %	30,7 %	11,3 %	10,2 %	0,8 %	100,0 %
SUM	5,6 %	17,4 %	23,4 %	30,4 %	11,5 %	10,6 %	1,0 %	100,0 %

- I 2030 anslås 23,1 % av befolkningen å være 65 år eller eldre. Dette er en vekst på 7,2 % - poeng eller om lag 39.000 personer fra dagens befolkning.
- I 2030 anslås 53,8 % av befolkningen å være mellom 20 og 64 år. Dette er en reduksjon på 4,7 % - poeng eller om lag 9.000 personer fra dagens befolkning.

Vurdering av befolkningsendringer

Befolkningstallet i regionen er svakt tiltakende. Det skjer fortsatt en relativ befolkningsvekst i byer og en gradvis nedgang i befolkningen i små kommuner. Relativ andel eldre øker i årene fremover og etterspørsel etter helsetjenester antas å øke. Hovedutfordringen fremover er å tilpasse tjenestetilbudene til behov som følger av endring i befolkningssammensetning.

Tall per helseforetak viser at etterspørselen vil øke sterkest i UNNs opptaksområde, og lavest i Helgelandssykehusets opptaksområde som har den eldste befolkningssammensetningen per i dag. Isolert sett innebærer disse endringene at en større andel av ressurser skal tilfalle UNN fremover.

Endring i befolkning påvirker også arbeidskraft. Antall personer i alderen 20-64 år reduseres og vil medføre utfordringer. Rekruttering av arbeidskraft, slik at en større andel av befolkningen utdannes og tar jobb innen spesialisthelsetjenesten, vil være en nødvendig og viktig strategi framover. Samtidig øker befolkningen sterkt i aldersgruppen 65-74 år slik at tiltak for å få dagens arbeidsstokk til å stå lengre i arbeid må også prioriteres.

Helse Nord arbeider med gjennomgang og vurdering av utdanningsbehovet i forhold til de utfordringer helsetjenestene står overfor i framtida. Dette inkluderer også behovet for

spesialister. Den strategiske kompetanseplanen er under utvikling. Foretaksgruppen vil ha stort behov for intensivsykepleiere i mange år framover og det vil være nødvendig med kompetanseprogram for helsepersonell i intermediære enheter som FAM, DMS-ene og lokalsykehusene generelt innen akuttmedisin for å møte et framtidig bortfall av generelle kirurger og evt. anestesileger. Kompetanseoverføring til primærhelsetjenesten står sentralt i samhandlingsreformen.

Helse Nord har også en aktiv rekruttering og utdanningspolicy i forhold til legespesialister og vi har iverksatt utdanningsprogrammer innen de fleste rekrutteringsutsatte spesialiteter.

Handlingsplanene

For å følge opp målene har Helse Nord vedtatt handlingsplaner for en rekke fagområder som gir viktige føringer. Nedenfor foretas en gjennomgang av planene med tanke på hvordan planene følges opp i budsjettopplegget. Oppfølging av handlingsplanene og prioritering i foretaksgruppen kan ikke bare løses gjennom økte tildelinger. Det vil i tillegg måtte stilles konkrete innholdskrav til helsetjenesten som må løses innenfor allerede fordelte rammer. Handlingsplanene er ambisiøse og det er Administrerende direktørs vurdering at ikke alle tiltak kan gjennomføres så raskt som foreslått under gjeldene økonomiske forutsetninger. Tiltak i handlingsplanene som ikke er foreslått prioritert i saken foreslås dermed utsatt inntil de eksplisitt tas inn i rullering av langtidsbudsjettet. Når tiltak kan fases inn avhenger av økonomisk handlingsrom og vurdering av omstillingsevne i helseforetakene. Vurdering av omstillingsevne vil skje i dialog med helseforetakene.

Videre utvikling av psykisk helsevern

Den regionale Tiltaksplan for psykisk helsevern 2005-2015 ble vedtatt av styret i juni 2005. Planen beskriver utfordringene Helse Nord står overfor i forhold til styrking og videreutvikling av det psykiske helsevernet utover opptrappingsplanen.

Prinsippet om desentralisering og nærhet til befolkningen står fast. Kravet om differensierte og likeverdige behandlingstilbud forutsetter bedre samordning og formalisert samarbeid mellom behandlingseenheter og -nivå. Hovedutfordringen er å justere kursen for utviklingen av DPS-ene og få på plass en klart definert oppgave- og ansvarsdeling mellom DPS og akuttpostene. Vedvarende overbelegg ved akuttpostene i Bodø og Tromsø tilsier at det fortsatt er behov for å styrke behandlingstilbudet ved DPS-ene. Bedre samordning vil kunne bidra til å redusere presset på akuttpostene og dermed også på ventetidene, men styrking av akuttavdelingene i Tromsø kan også bli aktuelt.

Rekrutteringsprosjektene for voksen- og barne- og ungdomspsykiatere videreføres som permanente tiltak, og det ble i 2008 etablert liknende utdanningstilbud i klinisk barne- og ungdomspsykologi.

Alle DPS skal i planperioden ha etablert tverrfaglige, ambulerende team med tilgang til lege- og psykologspesialist. Dette er et viktig behandlingstilbud til pasienter som av ulike årsaker ikke kan møte til poliklinisk behandling, og styrker ettervern og oppfølging av pasienter over tid. Gjennom tidlig intervensjon, råd og veiledning til fastleger og kommunale tjenester kan teamene bidra til å forebygge innleggelse.

Krav om omstilling, økt effektivitet og samhandling stiller store krav til lederne. Helse Nord RHF vil derfor satse på utvikling av lederrollen innen psykisk helse. Brukernes erfaringer og

kompetanse utgjør et viktig supplement til spesialisthelsetjenestens faglige kompetanse. En prøveordning med å ansette brukere som medarbeidere i psykisk helsevern er i gang.

Oppfølging i langtidsbudsjett

Ny inntektsmodell foreslås effektivert fra 2012 og skal legge til rette for likeverdig tilbud.

Omstillingstiltak innenfor barne- og ungdomspsykiatri for bedre effektivitet og økt kapasitet foreslås prioritert i saken.

Det foreslås videre at det stilles krav om at aktivitetsveksten innen psykisk helse skal prosentvis være større enn for somatikken.

Andre innholds krav til helsetjenesten i helseforetakene følges ikke opp med økte bevilgninger nå, men er et krav om justering av aktivitet innenfor ressursrammen som allerede er stilt til rådighet. Effektivert av disse avhenger av økonomisk handlingsrom og vurdering av helseforetakenes omstillingsevne.

Rusomsorg - handlingsplan

Styret i Helse Nord RHF vedtok i 2007 regional handlingsplan for rusomsorg. Planen forutsetter at tilbudet til rusmiddelmissbrukere må styrkes kapasitetsmessig på noen områder, og at tjenestene må differensieres og organiseres bedre for å ivareta krav til kvalitet i tjenestene. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) skal integreres i de øvrige tjenestene. På kort sikt har økte ressurser blitt brukt til å sikre tilbud til pasienter med behov for innleggelse i institusjon. Fremover skal det vurderes endringer i struktur for å integrere tilbudene i større grad i den øvrige spesialisttjenesten. Det skal utvikles lokalbaserte alternativer til dagens institusjonstilbud. De tjenester som er for dårlig utbygd i dag er polikliniske tjenester og korttids døgntilbud for krisehjelp og utredning i helseforetakene. Det er også behov for en betydelig satsing i å styrke kunnskapsgrunnlaget og kompetanseutviklingen i tjenestene.

Utviklingen fremover skal skje innenfor de rammer og forutsetninger som legges til grunn i den regionale og nasjonale opptrappingsplanen.

Oppfølging i langtidsbudsjett

I saken foreslås det at Helse Nord RHF bidrar med 5 mill kr til ny rusinstitusjon ved Helgelandssykehuset. Helseforetaket må prioritere resterende drift innenfor egne rammer. Økt kapasitet på poliklinikk og ambulante team foreslås prioritert. Ny inntektsmodell foreslås effektivert fra 2012 og skal legge til rette for likeverdig tilbud.

I de senere år har det vært en mindre opptrapping av rusområdet. Styrkinger i statsbudsjett vil videreføres til rustiltak i helseforetakene. Det foreslås videre at det stilles krav om at aktivitetsveksten innen rusomsorg skal prosentvis være større enn for somatikken.

Handlingsplan for geriatri

Ifølge handlingsplanen for geriatri skal det ved hvert sykehus avsettes senger til geriatri- og slagbehandling. Konkret antall senger avhenger av sykehusets størrelse. Dette skal være en felles enhet med fast personale på dagtid. Å bygge opp kompetanse og å skape en felles behandlings- og rehabiliteringsfilosofi er avgjørende for pasientenes muligheter til å gjenvinne helse og kontroll med sine liv. Ergoterapeut og fysioterapeut som er tilknyttet geriatrik team må ha det som en del av sin arbeidsoppgave å betjene sengeenheten. Det vil være naturlig at geriater eller indremedisiner med spesiell interesse for geriatri leder disse

kombinerte slag- og geriatrienhetene. Pasientene bør mottas i den akutte fasen og gis mulighet til lengre opphold enn det som er gjennomsnitt for medisinsk avdeling for øvrig. Helse Nord er pålagt av HOD å bidra, sammen med de andre regionale foretakene, til en langsiktig styrking av utdanningskapasitet for geriaterne. Denne målsettingen er i overensstemmelse med Helse Nord's handlingsplan for geriatri.

Oppfølging i langtidsbudsjett

Videre arbeid innenfor geriatri foreslås prioritert i saken.

Det foreslås videre at det stilles krav om at aktivitetsveksten innen kronikeromsorgen skal prosentvis være større enn for somatikken.

Handlingsplan for habilitering/rehabilitering

De spesialiserte tjenestene innen habilitering og rehabilitering har en stor målgruppe som omfatter en rekke diagnoser og funksjonsutfall. Et bærende prinsipp er at alle pasientgrupper skal ha et basishabiliterings/rehabiliteringstilbud i eget helseforetak.

- Lærings- og mestringstilbud (LMS) skal være tilgjengelig for alle pasientgrupper
- ambulante tjenestetilbud i habilitering og rehabilitering skal styrkes i alle HFEne
- Økt utdanning av spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering gjennom regionalt utdanningsprogram skal prioriteres.

For slagpasienter er det god dokumentasjon på at tett oppfølging i hjemmesituasjonen med mobilt slagteam gir færre reinnleggelser, bedret resultat i form av færre dødsfall og bedret funksjon. Det skal være gode slagenheter ved alle sykehus som tar imot akutte hjerneslagpasienter. Rehabilitering etter slag skal ivaretas ved alle HF, ved de ovenfor nevnte avdelinger og nye nasjonale retningslinjer for behandling av slagpasienter skal følges ved alle enhetene.

Oppfølging i langtidsbudsjett

I saken foreslås økt kapasitet innen kronikerfagene prioritert. Krav om ambulante tjenestetilbud og LMS-tilbud er et krav om justering av aktivitet innenfor ressursrammen som allerede er stilt til rådighet og følges ikke opp med økte bevilgninger i saken. Effektivering av disse avhenger av økonomisk handlingsrom og vurdering av helseforetakenes omstillingsevne.

Handlingsplanen er fulgt opp gjennom bevilgninger som videreføres i helseforetakenes rammer. Midlene er fra 2011 fordelt i inntektsmodellen for somatisk virksomhet.

Handlingsplan for diabetes

Alle lokalsykehus skal ha diabetesteam som skal bestå av minimum fast ansatt diabetesansvarlig overlege og diabetessykepleier. Teamet skal være ansvarlig for samhandlingsrutiner mellom 1. og 2. linjetjenesten. Helse Nord's styre har vedtatt at handlingsplanen skal gjennomføres i 2009 og 2010. Helseforetakene har fått midler i 2009 og 2010 til bl.a. å sørge for at det er ansatt diabetessykepleiere ved alle lokalsykehus i 2009. Gjennomføring av handlingsplanen har høy prioritet.

Samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er helt nødvendig i diabetesomsorgen ettersom en stor del av de vanlige kontrollene både for personer med type

1- og type 2-diabetes, må skje i regi av fastlegen. Samarbeidet med lokale FYSAK-sentraler er godt. Disse tar imot høyrisikopersoner etter henvisning fra fastlegene.

Oppfølging i langtidsbudsjett

Handlingsplanen er fulgt opp gjennom bevilgninger som videreføres i helseforetakenes rammer. Midlene er fra 2011 fordelt i inntektsmodellen for somatisk virksomhet.

Handlingsplan for revmatologi

Tilbud som ifølge handlingsplanen bør finnes i alle helseforetak er:

- spesialistpoliklinikk for diagnostikk og kontroll
- tverrfaglige team i de sykehus hvor det allerede er et revmatologisk fagmiljø
- pasientskoler for de hyppigst forekommende tilstander
- dagenhet for pasientopplæring og for infusjon av de mest vanlige biologiske medikamenter

Det er lange ventetider innen revmatologisk virksomhet og det er nødvendig å styrke kapasiteten både innen poliklinikk, dagbehandling og oppfølging av kontroller. Helse Nords utdanningsprogram for leger innen revmatologi er sentral for å styrke behandlingsskapasiteten.

Pasientskoler i samarbeid med lærings- og mestringssentrene må finnes for de hyppigst forekommende tilstander: artrose, bløtdelsrevmatisme, RA, Bekhterev og PsA.

Sengeavdelingene i landsdelen må prioritere diagnostikk, utredning og behandling av de inflammatoriske tilstander. De mest sjeldne tilstander bør alle få en vurdering ved UNN. 5-dagers posten i Rana bør konsentrere seg om diagnostikk og behandling av de hyppigst forekommende sykdommer. Det må nedsettes arbeidsgrupper for å lage felles maler for hele regionen, både for inflammatoriske og ikke-inflammatoriske tilstander.

Hovedandel av trening/rehabilitering av pasienter med artrose og bløtdelsrevmatisme bør foregå i primærhelsetjenesten. Kommunale tilbud bør omfatte FYSAK-tilbud og inkludere private fysioterapeuter. Rehabiliteringsinstitusjonene må styrke tilbudet for pasienter med revmatisk sykdom.

Oppfølging i langtidsbudsjett

Økt kapasitet gjennom utdanning og oppretting av nye legestillinger innen revmatologi foreslås prioritert i perioden.

Andre innholdskrav til helsetjenesten i helseforetakene er et krav om justering av aktivitet innenfor ressursrammen som allerede er stilt til rådighet, og følges ikke opp med økte bevilgninger i saken. Effektivering av disse avhenger av økonomisk handlingsrom og vurdering av helseforetakenes omstillingsevne.

Det foreslås videre at det stilles krav om at aktivitetsveksten innen kronikeromsorgen skal prosentvis være større enn for somatikken.

Handlingsplan for folkehelsearbeid

Oppfølging av samarbeidsavtalen om folkehelsearbeid med de tre nordnorske fylkeskommunene er et sentralt element i handlingsplanen. Styret avsatte 1 mill. kroner til

oppfølging av planen i budsjett 2009. Det er en nær sammenheng mellom tiltakene i handlingsplan for folkehelsearbeid og handlingsplan for diabetes.

Et tiltak som har klar relevans for lokalsykehussatsingen er å styrke samhandlingen mellom Fysak-sentralene og lærings- og mestringssentrene, diabetesteam og kliniske ernæringsfysiologer for personer med overvektproblematikk, jf også handlingsplan for diabetes.

Forekomsten av overvekt og fedme er økende blant barn og voksne i Norge. Fedme medfører økt risiko for å utvikle bl.a. diabetes, hjerte- og karsykdommer, søvnapne og belastningsslidelser. Sterkt nedsatt livskvalitet, depresjon og uførhet er vanlig blant pasienter med sykkelig overvekt. Det regionale senteret for behandling av sykkelig overvekt bør fortsatt bidra til å standardisere behandling og oppfølging. En avgjørende faktor for å lykkes er at oppfølging og kontroller gjøres lokalt nær pasientens hjemsted. Det sentrale regionale senter ved Nordlandssykehuset Bodø skal bygge opp kunnskap og erfaring som igjen overføres til de sekundære enhetene, lokalsykehusene og primærhelsetjenesten, der fastlegene er viktige ressurspersoner jfr. reviderte nasjonale faglige retningslinjer for behandling av sykkelig overvekt.

Oppfølging i langtidsbudsjett

Handlingsplan for folkehelsearbeid er fulgt opp gjennom diabetesplan og egen budsjettbevilgning på 1 mill kr i Helse Nord RHF.

Indremedisinske satsinger

I Nasjonal Helseplan 2006-2010 heter det at sykdomsbildet forandrer seg over tid. Død og invaliditet etter hjertesykdommer er redusert, mens forekomsten av kreft, diabetes type 2, helseskadelig overvekt, KOLS og psykiske helseproblemer øker. Mange eldre og mennesker med kroniske lidelser trenger vedvarende helsehjelp, fra en helsetjeneste som må samarbeide langt bedre for at brukeren skal få et helhetlig og trygt tjenestetilbud. Etterspørselen etter sykehustjenester de nærmeste 20 år vil endre seg betydelig ved at befolkning som er 67 år og eldre blir den største gruppen pasienter. Befolkningsutviklingen medfører økt behov for spesialisthelsetjeneste, særlig de gruppene som får sitt tilbud nært hjemmet, kommunehelsetjeneste og lokalsykehus. De indremedisinske tjenestetilbudene må styrkes generelt fordi det er innen disse fagområder den store etterspørselen er og eldrebølgen vil forsterke dette ytterligere. Allerede i dag er det innen disse områdene lang ventetid på utredning og behandling.

Helse Nord har i oppdragsdokument for 2010 initiert en faglig utredning i nyreerstattende behandling. Bakgrunn for er at pasienter med dialyse øker med 10-15% hvert år. Hver enkelt dialysebehandling er å anse som øyeblikkelig hjelp, og det er store utfordringer på organisering, lokaler og personell.

Helse Nord vil også i 2010 sørge for å utarbeide en utredning om status og utfordringer for rekruttering av lungeleger. Dette er et fagområde som ser ut til å ha samme utype utfordringer som andre "kronikerfag" hvor det kan være behov for særlige tiltak for å sikre rekruttering av legespesialister.

HODs oppdragsdokument for 2010 pålegger Helse Nord å styrke tilbudet til pasienter med kronisk smerte kapasitets- og kompetansemessig. Vi er i tvil om denne målsettingen nås i 2010, da vil den gjelde i 2011

Oppfølging i langtidsbudsjett

Indremedisinske satsinger må ses i sammenheng med kronikersatsningen som følges opp med egen bevilgning.

Andre innholds krav til helsetjenesten i helseforetakene følges ikke opp med økte bevilgninger i saken, men er et krav om justering av aktivitet innenfor ressursrammen som allerede er stilt til rådighet. Effektivering av disse avhenger av økonomisk handlingsrom og vurdering av helseforetakenes omstillingsevne.

Kreftbehandling

Nasjonal strategi for kreftområdet gir en overordnet referanseramme for satsingen i de regionale helseforetakene, med målsetninger og tiltak innen forebygging, diagnostikk, behandling, rehabilitering og forskning. Det er fortsatt for lav kapasitet innen lindrende kreftbehandling og smertebehandling. Optimalisering og kvalitetssikring ved bruk av stråling ved diagnostisk radiologi og strålebehandling skal ivaretas både ovenfor pasienter og helsepersonell. Nye medikamentelle behandlingsmetoder utvikles innenfor en rekke kreftsykdommer. Helse Nord vil bidra til at det nasjonalt bygges opp systemer for dokumentasjon og metodevurdering som sikrer kvaliteten av behandling og behandlingsresultat. Det er i dag god dokumentasjon for sammenhengen mellom volum og kvalitet i kreftkirurgisk behandling. Helse Nord RHF har sentralisert det meste av denne kreftkirurgien. Det som gjenstår er organiseringen av tarmkreftkirurgien. Denne vil bli behandlet i 2010.

Kreftbehandlingen er avhengig av gode diagnostiske verktøy. Oppbygging av et PET-CT tilbud ved UNN HF fra 2010 er viktig for å ivareta god diagnostikk og oppfølging av enkelte typer kreftsykdom samt gi mulighet for deltakelse i nasjonale så vel som internasjonale forskningsprosjekt.

Oppfølging i langtidsbudsjett

Fra 2010 er det lagt inn 2 mill kr i basisrammen til UNN til drift av PET-CT. Finansiering av andre helseforetaks pasienter vil på sikt fanges opp av mobilitetskomponenten i inntektsmodellen ved at øvrige helseforetak i Helse Nord må betale for sine pasienter. Samtidig antas det at helseforetakenes gjestepasientkostnader ut av regionen vil reduseres.

Øvrige innholds krav til helsetjenesten i helseforetakene følges ikke opp med økte bevilgninger i saken, men er et krav om justering av aktivitet innenfor ressursrammen som allerede er stilt til rådighet. Effektivering av disse avhenger av økonomisk handlingsrom og vurdering av helseforetakenes omstillingsevne.

Intensivmedisin

Handlingsplan for intensivmedisin ble vedtatt høsten 2008. Utredningen viser at intensivkapasiteten i Helse Nord samlet sett er god nok, men fagutviklingen har ført til at de fleste pasientene nå behandles ved Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset Bodø. De fleste intensivsengene ved mindre sykehus fungerer som overvåkingsenger som ikke representerer reell kapasitet for intensivbehandling. Planen konkluderer med at det er behov for en økning av kapasiteten ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og Nordlandssykehuset Bodø, og at det skal etableres en nivådeling i landsdelen i forhold til

intensiv/overvåkingstilbudet ved sykehusene. Fagråd i intensivmedisin har utredet faglige retningslinjer, protokoller og rutiner for samhandling mellom enhetene og overføring av pasienter mellom nivåene, slik at planen kan iverksettes fra 2010. Budsjettet ved UNN ble styrket i 2009 for å starte opptrapping av kapasiteten til 10 senger ved intensivheten der. Den videre opptrapping til 15 senger ved UNN Tromsø og 10 senger ved NLSH Bodø må fases inn i planperioden.

Oppfølging i langtidsbudsjett

Intensivmedisin ble styrket med i overkant av 20 mill kr i 2008/2009 som er fordelt gjennom kostnadskomponenten for somatikk og innebærer en styrking av alle helseforetakene.

Ut ifra gjeldene budsjettforutsetninger må ytterligere styrkinger løses innenfor ressursrammen som allerede er stilt til rådighet, og følges ikke opp med økte bevilgninger i saken. Effektivering av disse avhenger av økonomisk handlingsrom og vurdering av helseforetakenes omstillingsevne.

Barnemedisin

Styret i Helse Nord behandlet tjenestetilbudet til barn i Helse Nord i mai 2008. Planen inneholder en rekke forslag til framtidige tiltak for å bedre kvalitet og organisering av behandlingen av barn i regionen. En del av forslagene kan gjennomføres med små- eller ingen nye ressurser mens andre vil kreve tilførsel av friske midler.

Konkrete tiltak for å bedre samarbeidet mellom barneavdelingene i Helse Nord og mellom barneavdelingene og lokalsykehusene for øvrig er skissert samt en rekke tiltak som skal bidra til å øke kvaliteten på helsetilbudet til barn i Nord-Norge. Blant disse er faglige retningslinjer for behandling av barn i regionen og krav til hvordan systemansvar skal ivaretas der det ikke er barnelege på institusjonen og barn er innlagt i avdeling. Dette gjelder både nyfødte barn som ligger i en fødeavdeling/fødestue på lokalsykehus, og barn innlagt i barnestuer.

Medisinske prosedyrer for barsel-/nyfødtmedisin skal være i henhold til den til enhver tid gjeldende Metodebok i Nyfødtmedisin, fra UNN HF, og det skal gjennomføres regelmessig trening i resuscitering av nyfødte.

Stortingsmelding 12 om svangerskaps,-fødsels-og barselsomsorgen pålegger RHFene å etablere regionale perinataalkomiteer som bla skal overvåke at kvalitetskrav for tjenestene overholdes. Helse Nord vil etablere slik regionalt perinataalkomite høsten 2010.

Oppfølging i langtidsbudsjett

Innholdskrav til helsetjenesten i helseforetakene er et krav om justering av aktivitet innenfor ressursrammen som allerede er stilt til rådighet og følges ikke opp med økte bevilgninger i saken. Effektivering av disse avhenger av økonomisk handlingsrom og vurdering av helseforetakenes omstillingsevne.

Smittevern og beredskap

Regionalt kompetansesenter for smittevern (KORSN) skal prioritere utvikling av felles informasjonssystemer og kompetanseutvikling i regionen. Det er etablert et faglig nettverk mellom helseforetakene innen smittevern. Insidensregistrering av postoperative sårinfeksjoner ble startet i 2007. Den regionale smittevernplanen ble revidert i 2007 og vedtatt av styret i

februar 2008. Regionalt tuberkulosekontrollprogram ble revidert og vedtatt i 2008. I 2009 startet et prosjekt for å styrke kompetanse i smittevern i kommunene og styrke samhandlingen mellom sykehus og kommuner. Prosjektet avsluttes 1. juli 2010 og stillingene foreslås innarbeides permanent til smittevern i helseforetakene i henhold til smittevernplanen. Styrking av bemanning og kompetanse (sykepleiere og leger) og økt isolatkapasitet er prioriterte tiltak i årene som kommer. Arbeidet med å sikre lager og forsyning av kritiske legemidler og materiell videreføres.

Ny influensa A (H1N1) har medført revisjon av pandemiplaner og smittevernplaner i alle helseforetakene i 2009. Pandemiberedskapen er satt på prøve og evt. erfaringer fra årets pandemi som viser svakheter ved planverket må innarbeides i framtidige revisjoner av planene.

Smittevernplanen for Helse Nord 2008 – 2011 drøftet inngående situasjonen innenfor infeksjonsmedisin i UNN, herunder utdanningsbehov og kapasitet, sengetall, bemanning og fagkompetanse. Planen foreslo blant annet å reetablere seksjon for infeksjonsmedisin ved UNN som utdanningsinstitusjon for nye infeksjonsmedisinere i Nord-Norge ved å øke antall senger, sykepleierårsværk og overlegestillinger, etablere ny utdanningsstilling for assistentlege og etablere døgnvaksordning for infeksjonsspesialister

Det er nødvendig å ha et selvstendig utdanningsprogram for legespesialister for å sikre at kompetansen forblir i landsdelen. Videre må det være tilstrekkelig mange infeksjonsmedisinske senger til å sikre kvalitet og erfaringsgrunnlag i opplæringen av kandidater som tar hele sin utdanning i landsdelen. Komplekse nye behandlingsformer, spesielt innen kirurgi, gir en økende forekomst av komplekse sykehusinfeksjoner etter intervensjonene. I tillegg ser man et økt behov for poliklinisk utredning og behandling av avanserte infeksjonssykdommer, både på grunn av økt reisevirksomhet og økende antall asylsøkere som krever tilrettelagt og avansert diagnostikk.

Oppfølging i langtidsbudsjett

Administrerende direktør foreslår at oppfølging av smittevernplanen herunder utvidelse av infeksjonsposten ved UNN prioriteres fra 2011. Det vil ikke være mulig å etablere tilstrekkelig kompetanse for håndtering av mer sjeldne, potensielt alvorlige infeksjonssykdommer annet enn ved regionssykehuset og utvidelsen vil ha en betydelig regional effekt.

I saken foreslås også prosjektmidler (2 mill kr til prosjekt for å styrke kompetanse og samhandling) ikke tilbakeført etter avslutning av prosjekt, men lagt inn som permanent styrking av tilbudet.

Ortopedi

Helse Nord RHF har vedtatt at ansvaret for ortopedisk kirurgi skal lokaliseres til ett sykehus i hvert helseforetak, og at spesialisert ortopedisk beredskap skal være tilgjengelig kun ved disse sykehusene. Det er en forutsetning at det etableres rutiner som sikrer at vanlige og mindre alvorlige ortopediske skader som ikke krever umiddelbar kirurgisk behandling fortsatt håndteres ved lokalsykehusene. En rekke lavvolumtjenester er sentralisert til UNN og Nordlandssykehuset for å styrke kvaliteten på tjenestene.

Oppfølging i langtidsbudsjett

Innholds krav til helsetjenesten i helseforetakene er et krav om justering av aktivitet innenfor ressursrammen som allerede er stilt til rådighet, og følges ikke opp med økte bevilgninger i saken. Effektivering av disse avhenger av økonomisk handlingsrom og vurdering av helseforetakenes omstillingsevne.

Laboratoriemedisin

Helse Nord RHF utreder struktur og arbeidsfordeling for laboratoriemedisin og blodbankvirksomhet. Det er i utgangspunktet klart at alle lokalsykehus må ha laboratorievirksomhet og at driften må være døgnkontinuerlig, men utviklingen går i retning av flere automatiserte analyser og standardisering av prøveoppsettet. Dette gjør at virksomheten blir mindre arealkrevende enn tidligere. Sykehus med tilpassede akuttfunksjoner vil sannsynligvis ikke ha behov for komplett blodbankfunksjon.

Oppfølging i langtidsbudsjett

Innholds krav til helsetjenesten i helseforetakene er et krav om justering av aktivitet innenfor ressursrammen som allerede er stilt til rådighet og følges ikke opp med økte bevilgninger i saken. Effektivering av disse avhenger av økonomisk handlingsrom og vurdering av helseforetakenes omstillingsevne.

Fødselsomsorg

Stortingsmelding 12 (2008 – 2009): ” En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.” ble behandlet i helse- og sosialkomiteen i Stortinget i juni 2009. Regjeringen foreslår i meldingen at de regionale helseforetakene, sammen med berørte kommuner, pålegges å utarbeide en flerårig helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet i regionen. Denne skal også omfatte svangerskaps- og barselomsorg. Planen skal sikre kapasitet i forhold til fødselstall og være i samsvar med utvikling av akuttilbud ved lokalsykehus. De fødende skal sikres et desentralisert, differensiert og forutsigbart fødetilbud, også i høytider og ferier. Planen skal omfatte rekruttering og plassering av utdanningsstillinger for spesialister i fødselshjelp. Helse Nord har allerede et desentralisert og differensiert fødselstilbud, men det skal utvikles en regional plan i samarbeid med kommunene i planperioden som omfatter svangerskap- og barselomsorg og som sikrer en sammenhengende tjeneste. Utdanningsprogram innen obstetrikk/gynekologi vil bli iverksatt i løpet av 2010. Planen skal også skissere hvordan kvalitetskrav for fødeinstitusjoner kan ivaretas.

Kvalitetskravene for fødeinstitusjoner inneholder skjerpede krav til selesjon og bemanning av fødeinstitusjonene. Dette kan medføre endringer i organiseringen av tjenestene i regionen. Arbeidet med planen iverksettes før sommeren 2010.

Oppfølging i langtidsbudsjett

Omstillingstiltak for gjennomføring av ny nasjonal strategi for svangerskap,- fødsels-og barselomsorg foreslås prioritert i saken.

Utdanningsprogram for gynekologi er finansiert i dag av Helse Nord RHF.

Øvrige innholds krav til helsetjenesten i helseforetakene er et krav om justering av aktivitet innenfor ressursrammen som allerede er stilt til rådighet og følges ikke opp med økte bevilgninger i saken. Effektivering av disse avhenger av økonomisk handlingsrom og vurdering av helseforetakenes omstillingsevne.

Regional strategi for utvikling av desentraliserte spesialisthelsetjenester

Helse Nord RHF har vedtatt en regional strategi for desentraliserte spesialisthelsetjenester. Det legges opp til at de største pasientgruppene skal få sine tilbud på lokalsykehusene og gjennom de etablerte distriktsmedisinske sentre. Desentralisering av mer spesialiserte polikliniske tilbud og dagbehandlingstilbud gjennom ambulerende er både faglig og økonomisk fornuftig, særlig når det dreier seg om tilbud til relativt mange pasienter som ellers må reise med fly til Bodø eller Tromsø. Målet er at lokalsykehusene skal ha fleksible løsninger for å ta imot ambulerende spesialister og for bruk av telemedisinske tjenester mellom sykehusene. I tillegg er det vedtatt en plan for ambulerende fra private spesialister som innebærer styrking av tilbudet om spesialisthelsetjenester nært befolkningsområder av en viss størrelse uten sykehus.

Oppfølging i langtidsbudsjett

Oppfølging av området må ses i sammenheng med andre tiltak, for eksempel prioritering av ambulant team rusomsorg, kronikeromsorg og veiledning og kompetansebygging mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Innholdskrav til helsetjenesten i helseforetakene er et krav om justering av aktivitet innenfor ressursrammen som allerede er stilt til rådighet og følges ikke opp med økte bevilgninger i saken. Effektivering av disse avhenger av økonomisk handlingsrom og vurdering av helseforetakenes omstillingsevne.

Forskningsstrategi

Strategien vil være styrende for Helse Nord's satsinger i perioden 2010-2014, og mål for forskningen er:

1. Bedre pasientbehandling
2. Forskning av god og internasjonal kvalitet
3. Oppbygging og ivaretagelse av kompetanse
4. Bedre rammebetingelser for forskningsvirksomheten i helseforetak
5. Mer publisering og formidling
6. Mer innovasjon
7. Gode og etisk riktige prosesser

Målene skal oppnås blant annet gjennom å satse på topp og bredde, satse på alle helsefaggrupper og ansatte uansett profesjonstilhørighet, bruk av infrastruktur, samarbeid med universitet, høgskoler og andre samarbeidspartner. En sterkere satsing på helsetjenesteforskning og forskning knyttet til samhandling og samiske forhold er også fremtredende i strategien.

Oppfølging i langtidsbudsjett

Sterkere satsing på helsetjenesteforskning og forskning knyttet til samhandling og samiske forhold foreslås prioritert i budsjettopplegget.

Regionalt traumesystem

Et regionalt traumesystem skal optimalisere bruk av ressurser slik at traumepasienten blir behandlet *på rett sted til rett tid og av de rette spesialistene*. Dette krever optimal bruk av prehospital triage, destinasjonskriterier, utvikling av akuttmedisinske faglige retningslinjer/protokoller og kapasitet til rask overføring til regionalt traumesenter. Et

slikt velutbygget system er en forutsetning for å kunne hente ut eventuelle medisinske gevinster ved en omlegging av traumeorganiseringa. Et regionalt traumesystem er derfor en forbedring av tryggheten for den enkelte pasient og kan redde liv.

Hensynet til pasientenes trygghet, en helhetlig forvaltning av menneskelige og økonomiske ressurser, samt faglig prioritering tilsier at det er behov for en fast og forutsigbar struktur på traumeberedskapen. Det er behov for å sikre robuste fagmiljø, og for å utvikle disse er det nødvendig å samle kompetansen på færre enheter enn i dag.

Traumeorganiseringen i Helse Nord tar utgangspunkt i kravene skissert i rapporten ”Organisering av alvorlig skadde – nasjonalt traumesystem” og at sykehus som skal ta i mot alvorlig skadde pasienter må oppfylle disse kravene. Det legges opp til at det skal være ett traumesykehus i hvert helseforetak. Oppfyllingen av kravene innebærer økte ressurser til kompetanseheving, noe styrking av kapasitet innen de prehospitale tjenester og etablering av traume koordinator og traumeregister. Regionalt traumesystem skal være etablert fra 01.01.2012.

Konsekvens for langtidsbudsjett

I saken foreslås kompetansebygging innenfor prehospitale og hospitale tjenester i hht opptrappingsplan for traumebehandling prioritert. Stilling for traume koordinator ved UNN er finansiert fra 2010.

Innspill fra helseforetak

Som en del av prosessen har Helse Nord RHF invitert helseforetakene til å komme med innspill til prioritering. Helse Finnmark, UNN og NLSH har kommet med innspill til budsjett 2011-2014 (uttrykt vedlegg). Ut ifra gjeldene økonomiske forutsetninger og modell for inntektsfordeling i Helse Nord kan ikke alle innspillene imøtekommes.

Innspill fra UNN

Unn har spilt inn følgende:

- Behov for ny finansiering av eksisterende tilbud innen drift
 - Overtakelse av psykiatri pasienter fra Ofoten (økte kostnader, mulige investeringer)
 - Enkeltoppgjør Pasienttransport (større arbeidsmengde enn forutsatt)
 - Utvidelse av infeksjonsposten, jf smittevernplan (økte kostnader ved evt. utvidelse av tilbud)
 - Kompetansesenter for inkontinens og bekkenbunnsykdom (KIB) (ønske om videre utvikling og styrking av funksjonen)
- Behov for ekstra finansiering av MTU og andre investeringer
 - Strålemaskiner
 - Investering i PET og syklotron
 - Investering i MR

- CT
 - Trykktank
 - Rus- og psykiatribygg Åsgård
- Utvikling av medisinske tilbud i langtidsperioden som vil trenge økt finansiering
- Nytt digitalt nødnett
 - Ablasjonsbehandling av atrieflimmer
 - Aldersbetinget makula degenerasjon (AMD)
 - Kjevekirurgi
 - Protesekirurgi hofte og knær
 - Plastikkirurgi
 - Revmatologi

Investeringsrammer til medisinteknisk utstyr er styrket betydelig i budsjettopplegget. I saken foreslås det å bidra med 0,5 mill kr til finansiering av drift av trykktank ved UNN.

Innspill fra Helse Finnmark

Helse Finnmark har spilt inn følgende:

- Samhandling – etablering av DMS i Vadsø. (Investering 3,0 mill)
- Traumebehandling økt ramme fra 2011 (1,2 mill)
- Kronikeromsorg (slag- og geriatri, LMS) økt ramme fra 2011 (4,2 mill)
- Følgetjeneste gravide, ikke kostnadsberegnet
- Rus oppbygging i budsjettperioden (1,7 mill pr. år i perioden 2011- 2014)
- BUP (2,0 mill fra 2011 og ytterligere 2,0 mill fra 2012)
- Avklaring i fht. den nasjonale funksjonen til SANKS fra 2012 (3,0 mill)
- Midler til oppstart prosjektet ”Hammerfest nye sykehus”.
- Brannteknisk oppgradering sykehusbygg (4,0 mill. pr. år i perioden 2011-2014)
- Boligenheten – dispensasjon til å bruke gevinst ved bolig salg til vedlikeholdsetterslep boliger i form av prosjektmidler.

I budsjettopplegget foreslås samhandling, traume, rus og kronikeromsorg prioritert med økte bevilgninger i perioden. Økte bevilgninger vil fordeles mellom helseforetakene.

Helse Finnmark ber om å få disponere salgsgevinst ved boligsalg til vedlikeholdsetterslep. Salgsgevinsten er allerede en del av Helse Finnmarks resultat (-8,2 mill kr per april) og midlene kan ikke disponeres på nytt.

Helse Finnmark ber om ytterligere styrking av psykiatri og rusomsorg. Ny inntektsmodell vil fordele ressursene fra 2012 og oppgaver må løses innenfor disse rammene.

Innspill fra Nordlandssykehuset

Nordlandssykehuset har spilt inn at driftskostnadene erfaringsmessig øker med 10-20 mill kr som følge av nye medikamenter og krav om å ta i bruk nye metoder. Dette medfører krav til effektivisering. For å håndtere slik usikkerhet bør det i tillegg etableres en buffer på 30-50 mill kr. Det betyr at helseforetaket har et betydelig omstillingsbehov som ikke bare kan løses gjennom bruk av ”ostehøvel”.

Nordlandssykehuset behandlet i sak 39/09 innspill til plan 2010-2013 og fattet blant annet vedtak om at fagutvikling og rekruttering innen lungemedisin, nyremedisin, intensivkapasiteten og sykelig overvekt.

Helse Nord RHF har i brev datert 25.01 bedt Nordlandssykehuset utrede premisene for etablering av korttidsenhet for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Dette planarbeidet er startet opp. Driftskostnadene ved tilbudet antas å ligge på 20-25 mill kr per år hvorav 5 mill kr forutsettes finansiert ved reduksjon i gjestepasientkostnadene. Det må i tillegg forventes noe ressurser til bygningsmessige tilpasninger.

Styrking av sykelig overvekt er foretatt i 2010 og i planen foreslås ytterligere styrking fra 2012. Rusområdet i Helse Nord foreslås styrket i perioden, men det er så langt ikke økonomisk handlingsrom til å disponere mer midler. Ny inntektsmodell for rus fra 2012 vil fordele ressursene og pålagte oppgaver må løses innenfor disse rammene.

Økonomisk handlingsrom

Helse Nord har i 2009 og 2010 fått økt inntektene betydelig. I hovedsak er dette et resultat av at skjevfordeling mellom regioner nå er rettet opp, men også gjennom bevilgninger til finansiering av økte pensjonskostnader og gjennom realvekst til økt aktivitet.

Den nasjonale inntektsmodell virker på mange områder tilsvarende som Helse Nord sine interne inntektsmodell for somatisk virksomhet. Dette innebærer at endring i demografi og sosioøkonomiske variable medfører endringer i inntektsfordelingen mellom regionene. Ny inntektsmodell innebærer også at mange tidligere øremerkede tilskudd (pasienttransport, opptrappingsplanen for psykisk helse med mer) nå er innlemmet i basisrammen og dermed er gjenstand for omfordeling, når befolkningen endres.

Nord-Norges samlede befolkning har økt fra 2009 til 2010, men den vokser relativt sett mindre sammenlignet med de andre regionene. Isolert sett innebærer dette en reduksjon i Helse Nord sine inntekter. For 2010 innebar oppdatering av kriterieverdiene i den nasjonale modellen en inntektsreduksjon på 40 mill kr. Foreløpige analyser for 2011 viser at Helse Nord kan påregne en inntektsreduksjon i størrelsesorden 30-35 mill kr som følge av nasjonal inntektsmodell. Gjennom frigjøring av ressurser som følge av engangstiltak og avslutning av prosjekter kan Helse Nord RHF håndtere deler (ca 15 mill kr) av forventet trekk som følge av nasjonal inntektsmodell i 2011. Etter dialog med helseforetakene foreslås det at resterende (20 mill) kr trekkes inn fra helseforetakene basert på inntektsfordelingsmodell for somatikk. Dersom forutsetning om realvekst i perioden 2012-2014 svikter vil det trolig måtte gjennomføres trekk i helseforetakenes rammer også i 2012-2014.

De senere år har det vært lagt til grunn en realvekst på 1,0-1,5 % i statsbudsjettet. Den makroøkonomiske situasjonen i Norge og Europa gjør at det kan forventes at økning i offentlige utgifter vil begrenses. Dette innebærer sannsynlighet for at det ikke legges til grunn realvekst innen spesialisthelsetjenesten i 2011. Administrerende direktør anbefaler at dette tas

inn som planforutsetning for 2011 nå. Det vil være mindre komplisert å justere rammene opp etter fremlegging av statsbudsjett enn å måtte redusere helseforetakenes rammer i november.

Helseregionene har gjennom plan og meldingssystemet gitt innspill om et årlig behov på 0,5 % realvekst i årene fremover. Administrerende direktør anbefaler at dette legges til grunn for perioden 2012-2014.

I sum anslås det at nettoeffekten av effekt av nasjonal inntektsmodell og realvekst vil gi Helse Nord et økonomisk handlingsrom på grovt anslått til 15 mill kr årlig fra 2012 som foreslås grovdisponert i saken. Ved avvik fra denne planforutsetningen vil tiltak måtte skyves i tid og/eller omstillings- og effektiviseringskrav økes. I tillegg foreslås 5 mill kr disponert for 2011. Disse finansieres med effektiviseringskrav til Helse Nord RHF.

Forventet økonomisk handlingsrom	2011	2012	2013	2014
Oppdatering inntektsmodell akkumulert	-30 000	-60 000	-90 000	-120 000
Forventet realvekst akkumulert	0	45 000	90 000	135 000
Avslutning prosjekter RHF, effektiviseringskrav	15 000	15 000	15 000	15 000
Inndragning HF 2011	20 000	20 000	20 000	20 000
Forventet handlingsrom	5 000	20 000	35 000	50 000

Prioritering i foretaksgruppen kan ikke bare løses gjennom økte tildelinger. Det vil i tillegg måtte stilles konkrete innholds krav til helsetjenesten som må løses innenfor allerede fordelte rammer. Dette vil medføre omstilling og omprioritering i helseforetakene. Administrerende direktør anbefaler at inntektsmodellen legges til grunn dersom det er behov for å trekke inn midler fra helseforetakene. Midlene vil deretter deles ut igjen til spesifikke formål.

Handlingsplanene er ambisiøse og det er Administrerende direktørs vurdering at ikke alle tiltak kan gjennomføres så raskt som foreslått under gjeldene økonomiske forutsetninger. Tiltak som ikke er foreslått prioritert i saken foreslås dermed utsatt inntil de eksplisitt tas inn i rullering av langtidsbudsjettet. Når tiltak kan fases inn vil avhenge av økonomisk handlingsrom og vurdering av omstillingsevne i helseforetakene.

Prioritering av økonomisk handlingsrom

I årene framover vil flere få sykdommer innen rus, kreft, diabetes, kols, psykiske lidelser og demens. Død og invaliditet etter hjertesykdommer er redusert, mens forekomsten av kreft, diabetes type 2, helseskadelig overvekt, KOLS og psykiske helseproblemer øker. I 2020 vil psykiske lidelser på verdensbasis, nest etter hjertekarsykdommer, være den viktigste sykdomsbelastningen. Mennesker med kreft og kroniske sykdommer lever med sykdommer i mange år og lærer seg å mestre mye selv. Vi vil derfor få en økende andel svært gamle pasienter i spesialisthelsetjenesten. Mange eldre og mennesker med kroniske lidelser trenger vedvarende helsehjelp, fra en helsetjeneste som må samarbeide langt bedre for at brukeren skal få et helhetlig og trygt tjenestetilbud.

Utviklingen internasjonalt og nasjonalt viser at det vil være behov for å utvide tilbudet til pasienter med sykkelig overvekt betydelig i årene framover. I dag opereres pasienter med sykkelig overvekt i vår region ved Nordlandssykehuset. Tilsiget av pasienter er stort og økende, og det vil være behov for økt kapasitet både i NLSH Bodø og i oppfølgingstilbud i alle helseforetak

Det er nødvendig å ha et selvstendig utdanningsprogram for legespesialister innen infeksjonsmedisin for å sikre at kompetansen forblir i landsdelen. Videre må det være tilstrekkelig mange infeksjonsmedisinske senger til å sikre kvalitet og erfaringsgrunnlag i

opplæringen av kandidater som tar hele sin utdanning i landsdelen. Komplekse nye behandlingsformer, spesielt innen kirurgi, gir en økende forekomst av komplekse sykehusinfeksjoner etter intervensjonene. I tillegg ser man et økt behov for poliklinisk utredning og behandling av avanserte infeksjonssykdommer, både på grunn av økt reisevirksomhet og økende antall asylsøkere som krever tilrettelagt og avansert diagnostikk.

Kronikeromsorg, rusomsorg og psykisk helsevern er fagområder med relativt lite innslag av høyteknologisk/medisintekniske behandlingsformer og det er her vi finner det store volumet av pasienter. Innen de kirurgiske fagområdene vil det naturlig måtte bli en utvikling basert på moderne behandlingsformer hvor nye metoder og ny teknologi fører til behov for ny organisering med økt sentralisering av tjenestene. Dette understreker nødvendigheten av å gjøre tilpasninger i dagens tjenestetilbud. Befolkningsutviklingen medfører økt behov for helsetjenester til de førstnevnte grupper. De vil ha behov for tilbud nært hjemmet fra kommunehelsetjeneste og lokalsykehus. Lokalsykehusenes innhold må derfor bedre tilpasses denne utviklingen, innenfor økonomiske rammer som ikke er forventet å vokse nevneverdig. Dette betyr å vri tjenestene mot de store grupper av pasienter og ikke binde opp store ressurser til de få ved alle lokalsykehus. Arbeids- og funksjonsfordeling må aksepteres og utvikles. Akuttmedisinske tjenester av god kvalitet må finnes ved alle lokalsykehus.

Framtidige endringer i tjenestetilbudet betyr at det må stilles høye krav til kompetanse hos helsepersonellet. Dette gjelder både i forhold til kompetanse på sammensatte og multiple sykdomstilstander hos eldre, innen akuttmedisin i primærhelsetjenesten og de øvrige prehospitaltjenestene og i forhold til å ta i bruk nye metoder og teknologi. Kompetansebygging og økt utnyttelse av eksisterende kompetanse vil derfor være et stikkord for prioritering av ressursene framover.

Administrerende direktør foreslår følgende *prioritering av tiltak for bruk av frie ressurser i planperioden*:

- Oppfølging av smittevernplanen herunder utvidelse av infeksjonsposten ved UNN
- Kompetansebygging innenfor prehospitalt og hospitaltjenester i hht opptrappingsplan for traumebehandling.
- Veiledning og kompetansebygging mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Økt kapasitet innen kronikerfagene – utdanning og oppretting av nye legestillinger innen geriatri, revmatologi, fysikalsk medisin, lungemedisin og nevrologi.
- Omstillingstiltak for gjennomføring av ny nasjonal strategi for svangerskap,- fødsels- og barselsomsorg.
- Omstillingstiltak innenfor barne- og ungdomspsykiatri for bedre effektivitet og økt kapasitet.
- Økt kapasitet på poliklinikk og ambulante team innen rusomsorgen.

- Sterkere satsing på helsetjenesteforskning og forskning knyttet til samhandling og samiske forhold
- Utvide tilbud til pasienter med sykkelig overvekt.

Tentativ innfasning følger av tabellen. Ytterligere konkretisering av beløp og fordeling mellom helseforetak foreslås gjennomført når handlingsrommet er kjent. Ved inntektsvekst utover forutsetningene vil tiltak kunne fremskyndes eller styrkes. Dersom forutsetningene svikter vil tiltak måtte skyves ut i tid eller reduseres eller effektiviseringskravene i helseforetakene økes.

Forventet økonomisk handlingsrom og prioritering	2011	2012	2013	2014
Forventet handlingsrom	5 000	20 000	35 000	50 000
Forslag til prioritering:				
Kronikeromsorg, tiltak samhandlingsreform, sykkelig overvekt, omstilling BUP, fødselsomsorg		3 000	12 000	20 000
Smittevernplan, herunder infeksjonspost	5 000	10 000	10 000	10 000
Kompetansebygging prehospitale tjenester/akuttberedskap/traume		1 000	2 000	2 000
Rusomsorg (ambulant team/poliklinikk)		3 000	5 000	8 000
Helsetjenesteforskning og forskning knyttet til samhandling og samiske forhold		3 000	6 000	10 000
Til disp	0	0	0	0

Resultatkrav 2011-2018

Styret har tidligere vedtatt å holde tilbake deler av inntektsveksten som følger av ny inntektsmodell for å kunne disponere den til å finansiere økte kostnader som følge av investeringer og oppgradering av bygg, utstyr og anlegg. I tillegg har styret lagt til grunn at reduksjon i åpningsbalanseavskrivningene i HF-ene ikke skal frigjøres til drift, men fremkomme som overskudd frem til avskrivningene av nye anlegg kommer inn i regnskapene. Overskuddskravene til helseforetakene som har bakgrunn i reduserte åpningsbalanseavskrivninger innebærer altså ikke en skjerping av resultatkrav eller omstillingsbehov. Samlet sett innebærer dette at styret har lagt til grunn at foretaksgruppene de nærmeste årene skal planlegge med og realisere årlige overskudd opp mot 200 mill kroner. Dette vil styrke likviditeten i foretaksgruppen og øke mulighetene for å gjennomføre ønskede investeringer.

En forventet inntektstopp i 2010 forsterker behovet for kontroll med kostnadssiden. Benchmarking rapporter, SAMDATA-rapporter og mulighetsstudier viser at det er kostnadsforskjeller i foretaksgruppen som tyder på at det er effektiviseringspotensial i ulike deler av virksomheten.

Det videre omstillingsarbeidet i foretaksgruppen vil være en kombinasjon av produktivitetsforbedringer og effektivitetsforbedringer, herunder vurdere om å organisere tilbud på andre måter. Det må forventes at det er behov for endringer og justeringer av tilbud som medfører konsekvenser for pasienter og ansatte.

Senest i styresak 68-2009 *Investeringsplan 2010-2018, mulighetsanalyse og forslag til investeringsramme*, ble resultatkrav per helseforetak for perioden 2010-2018 skissert opp. Resultatkravene bygde på ovennevnte strategi og var knyttet til reduserte avskrivningskostnader og krav om opparbeiding av buffere for å styrke investeringsmulighetene.

Resultatkravene 2011-2018 er nå gjennomgått på nytt og oppdatert. Sammenlignet med sak 68-2009 er nedtrappingen av resultatkrav ved NLSH skjøvet ett år som følge av at avskrivninger slår inn noe senere enn tidligere lagt til grunn. Samtidig foreslår Administrerende direktør at helseforetakets resultatkrav for 2011 settes til 32 mill kr,

tilsvarende resultatkravet for 2010. Dette er en lettelse på 7 mill kr sammenlignet med sak 68-2009 som begrunnes med stor omstillingsbelastning. Videre foreslås det at resultatkravet til UNN settes til 0 i 2011 og 20 mill kr i 2012. Dette er en lettelse på 10 mill kr i 2011 og en skjerpning på 10 mill kr i 2012. Begrunnelsen for dette er i hovedsak at inntektsmodellen i 2011 reduserer UNNs ramme med 22,8 mill kr, en effekt som forventes å snu i 2012. For å redusere disse midlertidige effektene foreslås det å justere resultatkravene mellom 2011 og 2012.

Administrerende direktør foreslår at disse resultatkravene legges til grunn i budsjett for 2011-2014. Overskuddskravene per helseforetak følger av tabellen.

Resultatkrav 2010-2018	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Helse Nord RHF inkl IKT	143 000	143 000	143 000	143 000	47 000	55 000	48 000	58 000	18 000
Helse Finnmark HF	5 000	5 000	5 000	5 000	15 000	25 000	37 000	40 000	47 500
UNN HF	10 000	0	20 000	24 000	38 000	52 000	24 000	24 000	24 000
Nordlandssykehuset HF	32 000	32 000	41 000	42 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Helgelandssykehuset	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Apotek Nord HF	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sum	195 000	185 000	214 000	219 000	110 000	142 000	119 000	132 000	99 500

Strategien innebærer at det planlegges med årlige overskudd mellom 100 og 200 mill kr frem mot 2018. Når større strategiske investeringer medfører netto økning i avskrivningskostnader ved helseforetakene, flyttes basisramme fra styrets disposisjon til det aktuelle helseforetak. Dette som delfinansiering av kapitalkostnadene. Samtidig fjernes overskuddskravet ved helseforetaket som er knyttet til reduserte avskrivningskostnader. Overskuddskrav knyttet til krav om opparbeiding av buffer videreføres.

Resultatkravene ved Helgelandssykehuset, Helse Finnmark og UNN er knyttet til et behov om å skape buffer i driftsøkonomien og styrking av likviditetssituasjonen. Særlig Helse Finnmark som har større investeringsprosjekter inne i del 2 (investeringer som er avhengig av fremtidig resultatutvikling) av investeringsplanen har behov for bedring i driftsøkonomi og likviditetssituasjon.

Resultatkravet til Nordlandssykehuset er i hovedsak knyttet til midlertidig reduksjon i avskrivningskostnader. Dette skjer som følge av at åpningsbalanseavskrivninger reduseres i årene før at avskrivninger av Nordlandssykehuset Bodø og Vesterålen slår inn.

Resultatkravet til UNN trappes opp i 2013 og er knyttet til reduksjon i avskrivningskostnader.

Resultatkravet til Helse Nord RHF er knyttet til tilbakeholdte midler som styret har vedtatt skal deles ut til å delfinansiere økte kostnader som følge av investeringer og oppgradering av bygg, utstyr og anlegg. Når midlene deles ut reduseres overskuddskravet til Helse Nord RHF tilsvarende.

Økte kostnader som følge av større strategiske investeringer skal finansieres av bortfall av avskrivninger av tidligere bygg, effektivisering (nytt bygg skal gi muligheter til driftseffektivisering) og nevnte bidrag fra Styret i Helse Nord RHF.

Inntektsfordelingsmodell

Helse Nord's samlede inntektsmodell innebærer i praksis fordeling av de samlede basisinntekter. For 2010 fremkommer fordelingen av basisramme per formål av tabellen under.

Basisramme 2010

Sum av Beløp	Helseforetak					
Formål	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	RHF	Totalt
Ambulanse	131 120	226 351	163 646	98 949	284 494	904 560
Psykisk helsevern	244 928	678 156	632 081	134 120	75 914	1 765 199
Kapital	65 411	238 746	155 317	57 453	124 603	641 530
Særskilt funksjon	86 112	179 484	34 958	8 517		309 071
Somatikk	478 380	2 254 385	1 131 799	530 310	453 705	4 848 578
Felleskostnader/administrasjon					135 000	135 000
Rusomsorg	22 656	139 684	46 180	17 334	0	225 854
Pasientreiser	196 153	160 903	192 290	111 243	21 300	681 889
Totalt	1 224 760	3 877 709	2 356 272	957 927	1 095 015	9 511 682

Helse Nord innførte en regional inntektsmodell for somatisk virksomhet i 2008. Denne modellen fordeler ca 4,5 mrd kr av en total basisramme på nesten 10 mrd kr (jf rad for somatikk, eksklusive RHF).

Fordeling av midler til ambulanser baserer seg i stor grad på historiske kostnader. Det samme gjelder innen psykisk helsevern, men bevilgninger til de konkrete tiltak innen statlig opptrappingsplan og regional tiltaksplan er fordelt til det aktuelle helseforetak. Midler til rusomsorg er fordelt ut ifra sørge- for ansvar og ut ifra regionale funksjoner. Midler til pasienttransport er fordelt basert på historiske kostnader til pasienttransport.

Kapital er skilt ut som et eget element i den totale inntektsmodellen. Midlene er fordelt delvis på historikk og delvis basert på aktivitet. I tillegg er kapitalkompensasjon for strategiske investeringer og konkrete tiltak innen statlig opptrappingsplan for psykisk helse inkludert her. Bakgrunnen for å skille kapitalelementet ut i modellen var i hovedsak å gi styret i Helse Nord RHF en enkel og transparent metode for å støtte opp under strategiske investeringer i regionen. Investeringsnivået vil ikke være stabilt verken over år eller mellom helseforetak og det er derfor laget et opplegg som innebærer at Helse Nord RHF i perioder kan understøtte ett eller flere helseforetak, men denne skjevdelingen skal ikke være permanent. Basisramme som skal deles ut til helseforetakene som kompensasjon for strategiske investeringer legges inn i kapitalelementet i inntektsfordelingen.

I det følgende gjennomgås oppdatering av dagens modell for somatisk virksomhet for 2011 og videre arbeid med inntektsfordelingsmodell for psykisk helsevern og rusomsorg.

Oppdatering av inntektsfordelingsmodell

Det vises til styresak 53-2009 *Regional inntektsmodell Helse Nord – oppdatering* for en nærmere beskrivelse av dagens modell for inntektsfordeling. Det er et mål at inntektsmodellen er transparent og at dens virkemåte er analyserbar og mest mulig forutsigbar. Effekter for 2011 av oppdatering av de ulike kriterieverdiene i fordelingsmodellen for somatikk gjennomgås derfor relativt detaljert i det følgende.

Det er flere forhold med en inntektsmodell som er viktige å huske på:

- Med mindre det bevilges mer midler til fordeling vil totale inntekter som fordeles aldri bli større. Dette innebærer at dersom noen helseforetak får mer ressurser får andre mindre.
- Et av hovedformålene med en modell er at ressurser fordeles på en slik måte at det legges grunnlag for et likeverdig tilbud uavhengig av geografi.

- Endringer i inntekter skal reflektere endringer i behov/ etterspørsel og dermed kostnader. Over tid vil økte inntekter dermed ikke være ensbetydende med mindre omstillingsbehov.
- Det er det relative forholdet mellom helseforetakene som påvirker fordelingen. Dette kan medføre reduserte inntekter selv om et helseforetak for eksempel har økt forskningsinnsatsen. De andre helseforetakene har med andre ord økt sin relative andel av forskningsinnsatsen.
- En inntektsmodell blir aldri perfekt. Det fordeles store ressurser gjennom for eksempel kostnadskomponenten og sterk fokus på fordeling knyttet til enkeltkriterier i modellen er lite hensiktsmessig.
- Når midler fordeles etter en modell fjernes muligheten til å identifisere nøyaktige bevilgninger til spesifikke formål. For eksempel foreslås kronikersatsningen nå faset inn i modellen og bevilgninger til det konkrete tiltak er ikke synlig lengre. I stedet har man fått en ressursramme til rådighet for å utføre et oppdrag.
- Oppdatering basert på historikk betyr et en forsinket effekt på inntektsfordelingen. Redusert aktivitet ved UNN i 2009 medfører at betalingen fra øvrige helseforetak reduseres i 2011 og ikke i 2009. Det er samtidig nærliggende å tro at gjestepasientkostnaden for kjøp utenfor regionen for øvrige helseforetak økte i 2009, og vil reduseres i 2011. Altså en slags dobbel effekt i 2009 og halvert effekt i 2011.

Oppdatering av modell for somatikk, effekter for 2011.

Inntektsmodellen for somatikk oppdateres årlig med:

- Kriterieverdier knyttet til behovskomponenten i modellen (befolkning, dødelighet, uføre m.m.)
- Kriterieverdier knyttet til kostnadskomponenten i modellen (leger under utdanning, forskningspoeng)
- Interne pasientstrømmer knyttet til mobilitetskomponenten (DRG-poeng 2009)

I tillegg gjøres det en årlig vurdering av innfasing av elementer fra "særskilt funksjon" og innfasing av nye oppgaver /funksjoner i somatikk modellen.

Oppsummert viser oppdatering av elementene følgende effekter for 2011. Det enkelte kriterium gjennomgås kort nedenfor.

Effekter oppdatering inntektsfordelingsmodell budsjett 2011 (i 1000 kr)					SUM
	Helgeland	NLSH	UNN	Finnmark	
Befolkning	-644	106	-559	1 097	0
Sosialhjelp	-756	159	-642	1 238	0
Døde	-779	-489	1 542	-275	0
Uføre	469	-300	82	-251	0
					0
Pasientstrøm	2 441	4 796	-10 372	3 136	0
					0
Forskning	333	3 663	-6 483	2 487	0
Ass leger/turnus	857	1 783	-2 069	-571	0
korrigerings tystjord	0	2 655	-2 655	0	0
Innfasing kronikerplaner	1 429	994	-1 760	-662	
Innfasing innkjøpskonsulenter	-78	10	93	-25	
SUM	3 273	13 377	-22 823	6 173	

Befolkning

Oppdatering av aldersfordelt befolkning medfører kun mindre endringer mellom helseforetakene, men inntekter flyttes til Helse Finnmark fra Helgelandssykehuset og UNN. Dette har sammenheng med at Helse Finnmarks relative andel av befolkning i alderen 60-70 år har økt. Det er befolkning per 1.1.2010 som ligger til grunn for inntektsmodell for 2011.

Sosialhjelpstilfeller

Oppdatering av sosialhjelpstilfeller medfører også økte inntekter til Helse Finnmark på bekostning av Helgelandssykehuset og UNN. Andelen sosialhjelpstilfeller har økt relativt sett mest i Finnmark. Det er sosialhjelpstilfeller for 2009 som ligger til grunn.

Dødelighet

Oppdatering av antall døde medfører at ressurser tilføres UNN, mens øvrige helseforetak reduseres noe. Det er gjennomsnitt for to år (2008+2009) som ligger til grunn i modellen.

Uføre

Oppdatering av andel uføre medfører kun mindre endringer mellom helseforetakene, men isolert sett får Helgelandssykehuset økt sine inntekter, mens Nordlandssykehuset og Helse Finnmark får en mindre reduksjon.

Pasientstrøm

Oppdatering av interne pasientstrømmer medfører at UNN må gi avkall på inntekter til fordel for øvrige helseforetak. Dette har sammenheng at aktiviteten ved UNN har vært redusert i 2009, særlig i starten av året. Helseforetaket har dermed levert mindre helsetjenester til øvrige helseforetaks pasienter i 2009 enn i 2008. Det er DRG-poeng for dag/døgn-aktivitet i 2009 som ligger til grunn. Med bakgrunn i tiltakende aktivitet forventes det at denne trenden snur med effekt fra og med 2012.

Forskningspoeng

Oppdatering av forskningspoeng medfører at midler flyttes fra UNN til øvrige helseforetak. Det legges til grunn siste 3 års gjennomsnitt ved fordeling. På tross av at UNN har økt forskningsaktiviteten i 2009 medfører utfasing av 2006 fra fordelingsgrunnlaget at UNN får

reduisert sin andel. UNNs andel av forskningsaktiviteten var større i 2006 (året som fases ut av fordelingsgrunnlaget) enn i 2009 (året som fases inn i fordelingsgrunnlaget).

Assistent/turnusleger

Oppdatering av assistent og turnusleger medfører at Helgelandssykehuset og NLSH tilføres ressurser på bekostning av UNN og Helse Finnmark. De to førstnevnte helseforetakene har økt sin relative andel av assistent- og turnusleger.

Korrigerings av feil vedrørende Tysfjord

Ved en inkurie har modellen fordelt Tysfjord med 1/3 til NLSH og 2/3 til UNN. Den korrekte fordelingen er tilnærmet 50/50 og ved å korrigere for dette flyttes midler fra UNN til NLSH.

Innfasning fra særskilt funksjon

I tråd med vedtak i sak fases tilskudd til kronikerplaner inn i modellen. Det er foretatt en gjennomgang av alle tiltakene med tanke på hvilke tiltak som er regionale funksjoner og hvilke tiltak som kun gjelder helseforetakets eget opptaksområde. De fleste regionale tiltak er lokalisert til UNN og delvis NLSH og på denne bakgrunn foreslås det at bevilgninger til disse tiltakene nå fases inn i kostnadskomponenten i modellen. Dette vil fordele mesteparten av midlene til UNN og NLSH. Bevilgninger til øvrige tiltak foreslås fordelt etter behovskomponenten. Dette gir mindre omfordeling fra Helse Finnmark og UNN til NLSH og Helgelandssykehuset.

Det er i tillegg faset inn tidligere trekk i basisrammen som finansiering av regionale innkjøpskonsulenter. Dette gir kun mindre omfordelinger (0-0,1 mill kr).

Utvidelse av modellen

I 2009 ble det innført gjestepasientoppgjør mellom regionene for kjøp av private rehabiliteringsplasser i andre regioner. I tillegg ble oppgjørsordning for kjøp av psykiatribehandling ved Modum Bad og andre institusjoner justert slik at gjestepasientprisen er 100 %. Det enkelte helseforetakene har hele tiden betalt en stykkpris på 20 % for behandling ved Modum Bad.

I 2009 ble kostnaden knyttet til kjøp av privat rehabilitering i andre regioner og Modum Bad (80 % av kostnaden) håndtert av Helse Nord RHF. Med bakgrunn i at helseforetakene allerede betaler 20 % av kostnader til Modum Bad og at sørge- for ansvar er fordelt ut til det enkelte helseforetak foreslås det at betalingsansvaret tillegges helseforetakene. Administrerende direktør foreslår at midler tilsvarende kostnad for 2009 fordeles til helseforetakene gjennom behovskomponenten i inntektsmodellen.

Betalingsansvar for behandling ved private rehabiliteringstjenester i Nord-Norge og ved Viken Senter vil foreløpig ligge hos Helse Nord RHF som er avtalepart. Dette innebærer at helseforetakene ikke belastes kostnader når disse institusjonene benyttes.

Inntektsfordelingsmodell for psykisk helse og rusomsorg

Det er ønskelig å etablere en objektiv fordelingsmodell for rusomsorg og psykisk helsevern, jf omringede bevilgninger (ca 1,9 mrd kr) i tabellen nedenfor. Midler til psykisk helse er i stor grad basert på historikk, og oppdatert med konkrete bevilgninger til prosjekter over

opptrappingsplanen for psykisk helse og egen tiltaksplan. Midler til rusomsorg er fordelt ut befolkning og ut ifra regionale funksjoner.

Basisramme 2010

Sum av Beløp	Helseforetak					
Formål	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	RHF	Totalt
Ambulanse	131 120	226 351	163 646	98 949	284 494	904 560
Pasientreiser	196 153	160 903	192 290	111 243	21 300	681 889
Psykisk helsevern	244 928	678 156	632 081	134 120	75 914	1 765 199
Rusomsorg	22 656	139 684	46 180	17 334	0	225 854
Somatikk	478 380	2 254 385	1 131 799	530 310	453 705	4 848 578
Særskilt funksjon	86 112	179 484	34 958	8 517		309 071
Kapital	65 411	238 746	155 317	57 453	124 603	641 530
Felleskostnader/administrasjon					135 000	135 000
Totalt	1 224 760	3 877 709	2 356 272	957 927	1 095 015	9 511 682

Spesielt innenfor rusomsorgen er det behov for å utvikle en modell som ivaretar pasientstrømmer. Siden rustilbudet i hovedsak er konsentrert til ett foretak, vil en utvidelse kreve at det etableres et internt oppgjør (mobilitetskomponent). Dagens modell stimulerer ikke godt nok til samarbeid og effektiv ressursbruk. Det er for eksempel mer lønnsomt å behandle egne pasienter eller pasienter fra andre regioner fremfor pasienter fra andre helseforetak i Helse Nord. Ved å behandle pasienter fra andre regioner mottar en gjestepasientinntekt og ved å prioritere egne pasienter hindrer man at pasienten reiser ut av regionen og dermed medfører gjestepasientkostnader. Ved å behandle pasienter fra andre helseforetak i Helse Nord mottar man ingen betaling. En mer dynamisk modell som ivaretar disse forholdene antas å bedre legge til rette for riktig prioritering og likeverdig tilbud. Midler til rusomsorgen er i dag fordelt på bakgrunn av regionale funksjoner og befolkning.

Administrerende direktør vil på denne bakgrunn start et regionalt arbeid med å utvikle en objektiv fordelingsmodell for rusbehandling og psykisk helse. Det er satt sammen en prosjektgruppe og en styringsgruppe med representanter fra helseforetakene, RHF og tillitsvalgte som skal starte arbeidet høst 2010. Det tas sikte på behandling av ny inntektsfordelingsmodell juni 2011 med sikte på implementering fra 2012.

Innfasing av inntektsmodell for psykisk helse og rusomsorg vil medføre omfordeling av inntekter mellom helseforetakene. Basert på en vurdering av befolkningstall og fordeling av ressurser i dag er det nærliggende å anta at midler innen psykisk helse vil flyttes til Helgelandssykehuset. I forbindelse med overtakelse av Hålogalandssykehuset ble det vedtatt at UNN HF skal overta fullt faglig og økonomisk ansvar for psykiatritilbudet i Ofoten fra 1.1 2011. Ansvarsoverføringen vil gjennomføres som et fellesprosjekt mellom UNN, Nordlandssykehuset og RHF. Finansieringen av psykiatritilbudet vil bli håndtert i inntektsfordelingsmodellen når den utvides til også å omfatte rus og psykiatri. Dette vil skje fra og med 2012 og det er derfor behov for annen løsning i tiden frem til utvidet inntektsmodell er på plass. Administrerende direktør foreslår derfor at det allerede for 2011 foretas et mindre trekk (1 %) i helseforetakenes basisramme til psykisk helse og rusomsorg. Disse midlene foreslås delt ut til konkrete tiltak ved Helgelandssykehuset (forventet effekt av inntektsmodell) og UNN (sørge for ansvar for Ofoten). Dette vil være en første innfasing av modellen og den gradvise tilnærmingen vil forberede helseforetakene til omstilling. Dette innebærer følgende omfordeling:

Rammejustering psykisk helse 2011	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	RHF	Totalt
Vedtatt ramme 2010	244 928	678 156	632 081	134 120	75 914	1 765 199
Kjøp Modum Bad	1 833	4 541	3 296	2 030	-11 700	0
Trekk 1,0 %	-2 449	-6 782	-6 321	-1 341		-16 893
Sørge for ansvar Ofoten		13 393				13 393
Konkrete tiltak Helgeland				3 500		3 500
Forslag ramme 2011	244 312	689 308	629 056	138 309	64 214	1 765 199

Hvilke tiltak som skal iverksettes ved Helgelandssykehuset vil avklares i dialog med helseforetaket.

Fremtidige effekter av dagens somatikkmodell

I dette kapitlet gjøres det noen betraktninger om forventet fremtidig effekt av dagens inntektsfordelingsmodell for somatikk. Det er i hovedsak effekter av pasientstrømmer og fremskrivning av befolkning som er mulig å vurdere.

UNN har i 2009 hatt en lavere aktivitet som har medført lavere betaling fra øvrige helseforetak i Helse Nord for pasientbehandling. Med et tiltakende aktivitetsnivå forventes det at denne trenden snur med effekt for 2012. Samtidig forventes det at gjestepasientkostnaden for behandling utenform regionen for øvrige helseforetak isolert sett vil reduseres i 2011 som følge av at flere pasienter blir behandlet ved UNN.

I 2010 er finansieringsordningen Innsatsstyrt finansiering omarbeidet ved at også poliklinisk aktivitet genererer DRG-poeng. Per i dag omfatter mobilitetskomponenten kun DRG-poeng for dag/døgn aktivitet, mens poliklinisk aktivitet ikke er inkludert. Ved oppdatering av modellen for 2012 må det tas stilling til om polikliniske DRG-er skal inngå i mobilitetskomponenten eller ikke. Isolert sett vil innarbeiding av polikliniske DRG-poeng medføre økt betaling til UNN.

Det er foretatt simuleringer basert på fremskrivninger av aldersfordelt befolkning (data fra Statistisk sentralbyrå, forutsatt middels nasjonal vekst). Det er foretatt simuleringer for anslått befolkning 2015, 2020, 2025 og 2030. Tallene viser at ressurser flyttes fra Helgelandssykehuset til UNN. For Nordlandssykehuset og Helse Finnmark viser fremskrivningene kun mindre endringer.

Simulering befolkning - effekt på inntektsfordeling	Endring 2011-2015	Endring 2015-2020	Endring 2020-2025	Endring 2025-2030	Samlet endring 2030-2011	Gj.snittlig årlig endring 2012-2030
Helgeland	-5 945	-6 996	-7 433	-6 734	-27 108	-1 427
Nordland	-1 162	815	1 093	1 737	2 483	131
UNN	7 388	6 896	6 020	5 534	25 838	1 360
Finnmark	-281	-715	320	-536	-1 213	-64
SUM	0	-0	-0	0	0	0

Forslag til justeringer inntekter helseforetak 2011-2014

Betaling til helsebibliotek

Helse Nord RHF har inngått avtaler om betaling for bruk av tilbudet til Helsebiblioteket. RHF får økte kostnader på ca 1 mill kroner, mens helseforetakene får reduserte kostnader. Det foreslås derfor å trekke inn 1 mill kroner fra HFene til finansiering av denne sentrale kostnaden fordelt basert på inntektsmodell for somatikk.

Egenandels registrering/frikort

Helse Nord RHF er pålagt å etablere rutiner som sikrer elektronisk innsending av opplysninger om egenandeler, slik at frikort sendes automatisk når den enkelte pasient har krav på det. Det er etablert både regionale og nasjonale prosjekter for å løse disse oppgavene og helseforetakene får merarbeid som følge av de nye oppgavene. I budsjettet er det satt av 3,5 mill kroner til formålet. Dette foreslås fordelt til helseforetakene basert på en modell hvor en vektet volum og befolkning med 50 %.

Rusinstusjon Helgeland

Helgelandssykehuset etablerer ny rusinstusjon i løpet av 2010-2011 og administrerende direktør foreslår at Helse Nord RHF bidrar med 5 mill kr i 2011. Finansiering av rusomsorg vil skje gjennom ny inntektsmodell fra 2012.

Trykktank

UNNs basisramme foreslås økt med 0,5 mill kr til etablering av trykktank. UNN bruker trykktanken til avansert behandling av regionpasienter. Denne tjenesten utføres i dag av Sjøforsvaret, men tjenesten slik den er i dag vil opphøre i sammenheng med nedlegging av Olavsvern som operativ base. UNN har avtale med forsvaret om bruk av trykktanken til juni 2011.

Tolketjeneste i Helse Finnmark.

I brev av 13.1.2010 har Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) pålagt Helse Nord RHF å finansiere et toårig tolkeprosjekt ved Helse Finnmark HF. Foretaket har søkt om til sammen 2 mill kroner. Det er tidligere bevilget 1 mill kr i 2010 og det foreslås å bevilge 1 mill kroner til Helse Finnmark HF i 2011. Midlene dras inn igjen i 2012.

Betaling for kjøp av private rehabiliteringsplasser i andre regioner og behandling ved Modum Bad

Det vises til avsnitt ”utvidelse av regional inntektsmodell”. I 2009 har Helse Nord RHF betalt for kjøp av private rehabiliteringsplasser i andre regioner og for kjøp av psykiatribehandling ved Modum Bad (80 % av kostnaden).

Administrerende direktør foreslår at midler tilsvarende kostnad for 2009 fordeles til helseforetakene gjennom behovskomponenten i inntektsmodellen.

Inndragning nasjonal inntektsmodell

Det forventes et trekk som følge av regional inntektsmodell i størrelsesorden 30-35 mill kr i 2010. Helse Nord RHF kan delvis håndtere dette trekket gjennom frigjøring av ressurser fra avsluttede prosjekter med mer. Det er imidlertid behov for å fordele deler av trekket på helseforetakene. Administrerende direktør foreslår derfor at 20 mill kr dras inn fra helseforetakene nå. Inntektsmodell for somatikk legges til grunn for fordelingen.

Smittevern

I 2009 startet et prosjekt for å styrke kompetanse i smittevern i kommunene og styrke samhandlingen mellom sykehus og kommuner. Prosjektet avsluttes 1. juli 2010 og midlene skulle vært tilbakeført RHF. Midlene til stillingene foreslås innarbeidet permanent til smittevern i helseforetakene i henhold til smittevernplanen.

Forslag til basisramme 2012-2014

Inntektsrammene for 2012-2014 innebærer ikke store forventede justeringer. Neste års ramme tar til enhver tid utgangspunkt i vedtatt ramme for året før, og alt som lagt inn i basisrammen i vedtatt budsjett videreføres påfølgende år med mindre det eksplisitt tas ut av rammene.

I sak om investeringsplan er det redegjort for når basisramme skal tildeles helseforetakene som kompensasjon for økte kapitalkostnader av strategiske investeringer. I tabell nedenfor er det lagt inn rammer frem til 2018 for å synliggjøre tilbakeholdt kapitalkompensasjon, jf investeringsplan.

Innfasing av inntektsmodell for psykisk helse og rusomsorg vil som tidligere drøftet innebære omfordeling mellom helseforetakene. Innføring og årlige oppdatering av kriterieverdiene i denne modellen vil innebære endringer mellom helseforetakene som ikke er kjente og derfor ikke i tabellene. Effekt for av oppdatering av kriterieverdier i inntektsmodell for somatikk er lagt inn i 2011, men vi kjenner ikke endelige effekter for årene fremover og disse er derfor ikke synliggjort.

Basisramme 2012-2018 Helse Nord RHF	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Vedtatt ramme 2010		970 412	970 412	970 412	970 412	970 412	970 412	970 412	970 412
Tolkefjeneste		-1 000							
Egenandels registrering/frikort		-3 500	-3 500	-3 500	-3 500	-3 500	-3 500	-3 500	-3 500
Gjestepasientkjøp privat rehabilitering		-14 500	-14 500	-14 500	-14 500	-14 500	-14 500	-14 500	-14 500
Gjestepasientkjøp Modum Bad		-11 700	-11 700	-11 700	-11 700	-11 700	-11 700	-11 700	-11 700
Trekk nasjonal inntektsmodell		-30 000	-60 000	-90 000	-120 000	-150 000	-180 000	-210 000	-240 000
Realvekst			45 000	90 000	135 000	180 000	225 000	270 000	315 000
Trekk nasjonal inntektsmodell, dras inn fra HF 2011		20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000
Helsebiblioteket		1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Avslutning prosjekt smittevern									
Trykktank		-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500
Rusinstitusjon Helgeland		-5 000	-5 000	-5 000	-5 000	-5 000	-5 000	-5 000	-5 000
1 % trekk psykiatri		0	0	0	0	0	0	0	0
Sørge - for ansvar psykiatri Ofoten									
Psykiatritiltak Helgeland									
Sum		970 412	925 212	941 212	956 212	971 212	986 212	1 001 212	1 031 212

Basisramme 2012-2018 Styrets disp	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Vedtatt ramme 2010		124 603	124 603	124 603	124 603	124 603	124 603	124 603	124 603
Kapital kompensasjon Bodø					-76 000	-68 000	-65 000	-55 000	-55 000
Kapital kompensasjon Vesterålen					-20 000	-20 000	-20 000	-20 000	-20 000
Kapitalkompensasjon UNN Tromsø							-10 000	-10 000	-10 000
Kapitalkompensasjon UNN Narvik							0	0	-20 000
Kapitalkompensasjon Kirkenes							0	0	-20 000
Kapitalkompensasjon Hammerfest							0	0	-20 000
Netto renteinntekt		18 397	18 397	18 397	18 397	18 397	18 397	18 397	20 397
Sum		124 603	143 000	143 000	47 000	55 000	48 000	58 000	0

Basisramme 2012-2018 Helgelandssykehuset	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Vedtatt ramme 2010		957 927	957 927	957 927	957 927	957 927	957 927	957 927	957 927
Egenandels registrering/frikort		582	582	582	582	582	582	582	582
Gjestepasientkjøp privat rehabilitering		2 516	2 516	2 516	2 516	2 516	2 516	2 516	2 516
Gjestepasientkjøp Modum Bad		2 030	2 030	2 030	2 030	2 030	2 030	2 030	2 030
Trekk nasjonal inntektsmodell		-2 917	-2 917	-2 917	-2 917	-2 917	-2 917	-2 917	-2 917
Helsebiblioteket		-146	-146	-146	-146	-146	-146	-146	-146
Oppdatering inntektsmodell		3 273	-1 000	-2 000	-3 000	-4 000	-5 000	-6 000	-7 000
Rusinstitusjon Helgeland		5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
1 % trekk psykiatri		-1 341	-1 341	-1 341	-1 341	-1 341	-1 341	-1 341	-1 341
Psykiatritiltak Helgeland		3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500
Sum		957 927	970 424	966 151	965 151	963 151	962 151	961 151	960 151

Basisramme 2012-2018 Nordlandssykehuset	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Vedtatt ramme 2010		2 356 272	2 356 272	2 356 272	2 356 272	2 356 272	2 356 272	2 356 272	2 356 272
Kapital kompensasjon Bodø					76 000	68 000	65 000	55 000	55 000
Kapital kompensasjon Vesterålen					20 000	20 000	20 000	20 000	20 000
Egenandels registrering/frikort		1 033	1 033	1 033	1 033	1 033	1 033	1 033	1 033
Gjestepasientkjøp privat rehabilitering		4 084	4 084	4 084	4 084	4 084	4 084	4 084	4 084
Gjestepasientkjøp Modum Bad		3 296	3 296	3 296	3 296	3 296	3 296	3 296	3 296
Trekk nasjonal inntektsmodell		-5 298	-5 298	-5 298	-5 298	-5 298	-5 298	-5 298	-5 298
Helsebiblioteket		-252	-252	-252	-252	-252	-252	-252	-252
Oppdatering inntektsmodell		13 377							
1 % trekk psykiatri		-6 321	-6 321	-6 321	-6 321	-6 321	-6 321	-6 321	-6 321
Sum		2 356 272	2 366 191	2 352 814	2 352 814	2 448 814	2 440 814	2 437 814	2 427 814

Basisramme 2012-2014 UNN	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Vedtatt ramme 2010		3 863 998	3 863 998	3 863 998	3 863 998	3 863 998	3 863 998	3 863 998	3 863 998
Kapitalkompensasjon UNN Tromsø							10 000	10 000	10 000
Kapitalkompensasjon UNN Narvik									20 000
Egenandels registrering/frikort		1 347	1 347	1 347	1 347	1 347	1 347	1 347	1 347
Gjestepasientkjøp privat rehabilitering		5 628	5 628	5 628	5 628	5 628	5 628	5 628	5 628
Gjestepasientkjøp Modum Bad		4 541	4 541	4 541	4 541	4 541	4 541	4 541	4 541
Trekk nasjonal inntektsmodell		-9 049	-9 049	-9 049	-9 049	-9 049	-9 049	-9 049	-9 049
Helsebiblioteket		-465	-465	-465	-465	-465	-465	-465	-465
Trykktank		500	500	500	500	500	500	500	500
Oppdatering inntektsmodell		-22 823	1 000	2 000	3 000	4 000	5 000	6 000	7 000
1 % trekk psykiatri		-6 782	-6 782	-6 782	-6 782	-6 782	-6 782	-6 782	-6 782
Sørge - for ansvar psykiatri Ofoten		13 393	13 393	13 393	13 393	13 393	13 393	13 393	13 393
Sum		3 877 708	3 863 998	3 874 112	3 875 112	3 876 112	3 877 112	3 888 112	3 910 112

Basisramme 2012-2014 Helse Finnmark	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Vedtatt ramme 2010		1 224 760	1 224 760	1 224 760	1 224 760	1 224 760	1 224 760	1 224 760	1 224 760
Tolkefjeneste		1 000							
Kapitalkompensasjon Kirkenes									20 000
Kapitalkompensasjon Hammerfest									20 000
Egenandel frikort		538	538	538	538	538	538	538	538
Gjestepasientkjøp privat rehabilitering		2 272	2 272	2 272	2 272	2 272	2 272	2 272	2 272
Gjestepasientkjøp Modum Bad		1 833	1 833	1 833	1 833	1 833	1 833	1 833	1 833
Trekk nasjonal inntektsmodell		-2 736	-2 736	-2 736	-2 736	-2 736	-2 736	-2 736	-2 736
Helsebiblioteket		-137	-137	-137	-137	-137	-137	-137	-137
Oppdatering inntektsmodell		6 173							
1 % trekk psykiatri		-2 449	-2 449	-2 449	-2 449	-2 449	-2 449	-2 449	-2 449
Sum		1 224 760	1 231 254	1 224 081	1 224 081	1 224 081	1 224 081	1 224 081	1 264 081

Risiko

Denne saken inneholder budsjett- og planpremisser og er ikke en vurdering av helseforetakenes omstillings- og aktivitetsplaner. En fullstendig risikovurdering kan derfor kun gjøres sammen med vurderingen av helseforetakenes opplegg for omstilling, aktivitet

med mer. Det kan likevel gjøres grove risikovurderinger av budsjettforutsetningene og planpremissene i saken.

Etablering av langtidsbudsjett er i seg selv et risikoreducerende tiltak da det bidrar til forventningsavstemming og gir bedre grunnlag for langsiktighet i planlegging og gjennomføring av omstilling, aktivitetsjusteringer og investeringer.

Det pågår for tiden innføring av helhetlig risikostyring i foretaksgruppen. I løpet av langtidsbudsjettets planperiode skal dette være fullt implementert, og foretakene vil ha opparbeidet erfaring med prosessen. Da vil foretakene på en mer systematisk og helhetlig måte enn tidligere, og ved bruk av en tilpasset metodikk, identifisere, vurdere og følge opp risikoene som en integrert del av sin mål- og resultatstyring. Risikostyringen vil dermed bidra til å redusere risikoen for manglende måloppnåelse.

Rammebetingelser

Økonomiske rammebetingelser vurderes å være relativt forutsigbare. Helse Nord har hatt en betydelig inntektsvekst i 2010 som har vært kjent. Det forventes nå en utflatning av inntektene og vi må planlegge innenfor strammere økonomiske rammer. Sett i forhold til en omsetning på 12,5 mrd kr (budsjett 2010) må ressursrammen til Helse Nord anses som relativt stabil. Avvik fra forutsetninger vurderes til å bli i håndterbar størrelsesorden.

Pensjonskostnader er en betydelig kostnad i Helse Nord (om lag 1 mrd kr) som kan svinge betydelig fra år til år. Alle kostnadsøkninger utover prisvekst innebærer økt behov for omstilling. Ved store svingninger i pensjonskostnader vil Helse Nord ikke være i stand til å håndtere dette uten større endringer i budsjettoppdraget.

Faglige rammebetingelser kan medføre nye oppgaver, pålegg, endringer i struktur og tilbud etc. som kan medføre behov for endret prioritering, omorganisering og flytting av oppgaver.

Omstillingsevne og resultatoppnåelse

Kontroll med økonomien er en grunnleggende forutsetning for videre utvikling og investeringer i helsetjenesten. Helse Nord leverte et resultat i tråd med budsjett i 2009, men ingen av helseforetakene nådde sine resultatkrav. Dette har sterk sammenheng med mangelfull gjennomføring av effektiviseringstiltak og/eller lavere effekter enn forutsatt. Foretaksgruppen må arbeide for å redusere gjennomføringsrisikoen på tiltak som er identifisert. Et nært samarbeid mellom arbeidsgiver, arbeidstakerne og deres representanter er av avgjørende betydning for å utvikle gode planer og øke evnen til å gjennomføre omstillinger i virksomhetene.

Konsekvens av manglende resultatoppnåelse er blant annet reduserte investeringer. Et viktig risikoreducerende tiltak er at investeringsplanen legger til grunn overskudd i RHF, og balanse i helseforetakene. Dersom helseforetakene realiserer resultatkravene kan investeringene økes fra planlagt nivå.

Aktivitet, kvalitet og prioritering

Stramme rammebetingelser og omstillingskrav i kombinasjon med krav om styrking av prioriterte områder er et komplisert oppdrag. Helse Nord-styret har i flere år stilt krav om prioritering av psykisk helsevern, rus og kronikeromsorg og stilt krav gjennom oppdragsdokumentet om at disse funksjonsområdene skal øke prosentvis mer enn somatikken. Så langt har dette vært vanskelig å oppnå og helseforetakene har store utfordringer med oppnåelsen av kravet. Det er følgelig en betydelig risiko for manglende prioritering av

ønskede områder, eventuelt at prioriteringen gjennomføres med overskridelse av økonomiske rammer som resultat. I saken er det argumentert for at inntektsmodellen skal legges til grunn dersom helseforetakenes rammer skal reduseres. Det antas at teknikken med å dra inn midler for deretter å dele ut midler til konkrete tiltak kan bidra til å redusere risikoen for manglende prioritering.

Oppnåelse av måltall for kvalitetsindikatorer og prioritering av tiltak som gir bedre behandlingskvalitet har vært en utfordring over mange år. Risikoen for avvik anses fortsatt som relativt stor, særlig der avstanden til de nasjonale måltall er stor (for eksempel strykninger fra operasjonsprogrammet).

Personell og kompetanse

Utfordringer med tilgang på arbeidskraft og kompetanse vil øke. Manglende tilgang på kompetanse og arbeidskraft vil innebære lavere kvalitet i helsetjenesten og økte kostnader. Systematisk arbeid med utdanning, rekruttering, og kompetanseutvikling er et viktig risikoreducerende tiltak. Å få arbeidstakere til å stå lengre i arbeid vil være et viktig bidrag i denne sammenheng. Videre må alle omstillings- og investeringsprosjekter vurdere hvordan oppgaver kan løses med mindre tilgjengelig arbeidskraft.

Utdanning av legespesialister er et virkemiddel for å styrke kapasiteten og forkorte ventetid. Manglende evne til å ansette legene ved oppnådd spesialitet vil gi økt ventetid og flere gjestepasientkostnader ved pasientflukt til sykehus med lavere ventetid.