

Saksbehandler: Karin Paulke, tlf. 75 51 29 36

Styrets medlemmer og varamedlemmer
i Helse Nord RHF

INNKALLING TIL STYREMØTE I HELSE NORD RHF, DEN 3. MAI 2006

Det vises til tidligere avtalt møteplan. I samråd med styreleder innkalles det herved til styremøte i Helse Nord RHF

**onsdag, den 3. mai 2006 – fra ca. kl. 12.00
på Rica Hotel, Sandnessjøen.**

Etter behandling av styresak 26-2006 og 27-2006 lukkes styremøte for offentligheten for behandling av styresaker og/eller orienteringer som er unntatt offentligheten. Det åpne styremøte starter igjen ca. kl. 12.30.

Vedlagt følger saksdokumenter til styrets møte.

Eventuelle forfall bes meldt Helse Nord RHF's administrasjon, administrasjonsleder Karin Paulke på tlf. 75 51 29 36.

Vel møtt.

Med vennlig hilsen

Lars Vorland
Adm. direktør

Vedlegg

STYRESAK 26-2006 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKSLISTE

Møtedato: 3. mai 2006

I samråd med styreleder inviteres styret for Helse Nord RHF til å vedta følgende saksliste for styremøte, den 3. mai 2006:

Sak 26-2006	Godkjenning av innkalling og saksliste	Side	2
Sak 27-2006	Godkjenning av protokoll fra styremøte 26. april 2006 <i>Sakspapirene ettersendes.</i>	Side	3
Sak 28-2006	Instruks for kontrollkomiteen i Helse Nord – endring	Side	4
Sak 29-2006	Instruks for internrevisjonen i Helse Nord	Side	6
Sak 30-2006	Godkjenning av årsregnskap og årsberetning 2005 – herunder disponering av resultat <i>Sakspapirene ettersendes.</i>	Side	8
Sak 31-2006	Budsjett Helse Nord IKT 2006 <i>Sakspapirene ettersendes.</i>	Side	9
Sak 32-2006	Revisjon av drifts- og investeringsrammer 2006	Side	10
Sak 33-2006	Orienteringssaker	Side	16
	1. Informasjon fra styreleder til styret – <i>mundlig</i>	Side	17
	2. Informasjon fra adm. direktør til styret – <i>mundlig</i>	Side	18
	3. Hålogalandssykehuset HF Stokmarknes – avsluttet konseptfase og plan forprosjekt	Side	19
	4. Investeringsplan 2006-2015 – høringsuttalelser og plan for videre arbeid	Side	22
	5. Orientering om vekst pr. funksjonsområde	Side	26
	6. Foretrukne nasjonale tilbud	Side	29
	7. Arbeid med inntektsfordelingsmodell – status	Side	35
	8. Nasjonal inntektsfordeling	Side	38
Sak 34-2006	Referatsaker	Side	42
	1. Brev fra Kautokeino Arbeiderparti med uttalelse fra årsmøte, den 19. februar 2006		
	2. Helsesamarbeid i nordområdene – strateginotat mars 2006		
	3. Uttalelse fra Brukerutvalget ved Hålogalandssykehuset HF Narvik av 14. mars 2006		
	4. Uttalelse fra Brukerutvalget ved Helse Finnmark HF av 28. mars 2006		
	5. Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, den 31. mars 2006		
Sak 35-2006	Eventuelt	Side	48

Bodø, den 6. april 2006

Lars Vorland
 Adm. direktør

Vår dato: 6.4.2006 Vår referanse: 200600002-29 Arkivnr: 012
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser
Deres dato: Deres referanse:

Saksbehandler: Karin Paulke, tlf. 75 51 29 36

STYRESAK 27-2006

**GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 26. APRIL 2006**

Sakspapirene ettersendes.

Møtedato: 3. mai 2006

STYRESAK 28-2006 INSTRUKS FOR KONTROLLKOMITEEN I HELSE NORD RHF – ENDRING

Møtedato: 3. mai 2006

Formål/sammendrag

Instruks for kontrollkomiteen i Helse Nord RHF ble vedtatt i styresak 125-2005. I foretaksmøtet, den 25. januar 2006 ble valgbarhetsbestemmelsene for kontrollkomiteen justert, og den vedtatte instruks må endres i samsvar med dette. I denne saken fremmes forslag om slik endring av instruks for kontrollkomiteen.

Bakgrunn og vurdering

I pkt. 3, andre ledd første punktum i Instruks for kontrollkomiteen står det:

Styret velger tre medlemmer til kontrollkomiteen blant de eieroppnevnte medlemmene i styret.

Dette er i overensstemmelse med pkt 4.1.2 i protokollen fra foretaksmøtet i Helse Nord RHF, den 11. januar 2005:

Tre av styrets eieroppnevnte medlemmer utgjør en kontrollkomité med ansvar for å ha et hovedfokus på styrets kontroll og tilsynsfunksjon.

I protokoll fra foretaksmøte 25. januar 2006 står følgende i pkt 4.2.2 – Krav til etablering av intern revisjon i Helse Nord RHF:

For 2005 ble det stilt krav om etablering av intern revisjon som en gjennomgående ordning i alle regionale helseforetak.

Ordningen forutsettes videreført, med følgende justeringer i henhold til protokoll fra 2005: "Tre av styrets medlemmer utgjør en kontrollkomité med ansvar for å ha et hovedfokus på styrets kontroll og tilsynsfunksjon." Dette innebærer at samtlige styrerepresentanter, også representantene valgt av de ansatte, kan være medlemmer av kontrollkomiteen.

Formuleringen i pkt. 3, andre ledd første punktum foreslås derfor endret til:

Styret velger tre medlemmer til kontrollkomiteen, blant styrets medlemmer.

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

I instruks for kontrollkomiteen i Helse Nord RHF (vedtatt, den 13. desember 2005) gjøres følgende endring i punkt 3, andre ledd første punktum:

Styret velger tre medlemmer til kontrollkomiteen, blant styrets medlemmer.

Bodø, den 6. april 2006

Lars Vorland
Adm. direktør

Trykte vedlegg: Instruks for kontrollkomiteen i Helse Nord RHF (vedtatt av styret, den 13. desember 2005)

**STYRESAK 29-2006 INSTRUKS FOR INTERNREVISJONEN I
HELSE NORD RHF**

Møtedato: 3. mai 2006

Formål/sammendrag

I denne saken fremmes forslag om instruks for internrevisjonen som er etablert i Helse Nord RHF. Forslaget er fremmet i samråd med kontrollkomiteen.

Bakgrunn

Styret i Helse Nord RHF vedtok i sak 26-2005 å etablere internrevisjon. Bakgrunnen for vedtaket var et pålegg gitt i foretaksmøtet 11. januar 2005, jf møteprotokollens pkt 4.1.2:

Styret for Helse Nord RHF skal innen utgangen av 2. tertial etablere intern revisjon i det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen som et ledd i styrets overvåking av internkontrollen. Intern revisjon er et viktig ledd i styrets overvåkingsfunksjon som uavhengig av administrasjonen for øvrig, skal foreta systematiske risikovurderinger, kontroller og undersøkelser av helseforetakenes internkontroll for å vurdere om den virker hensiktsmessig og betryggende.

Leder for internrevisjonen og en internrevisor tiltrådte sine stillinger 1. desember 2005. Leder er tilsatt i fast stilling, mens internrevisorstillingen er et toårig engasjement.

Ettersom internrevisorfunksjonen ikke er lov- og forskriftsregulert, er det viktig å fastsette bestemmelser for internrevisjonens ansvar og oppgaver, rettigheter og plikter.

Vurderinger

Forslaget til instruks for internrevisjonen bygger på kravene i foretaksprotokoll og vurderingene i styresak om etablering av internrevisjon. Forslaget er også i overensstemmelse med vedtatt instruks for kontrollkomiteen. Det er lagt vekt på at internrevisjonen skal:

- følge faglige standarder for intern revisjon
- bidra til forbedringer og øke verdiskapingen i helseforetaksgruppen
- ha en faglig uavhengig stilling i forhold til administrasjonen
- ha tett dialog med administrerende direktør, som skal holdes orientert om pågående revisjonsaktiviteter

Kontrollkomiteens behandling av saken

Kontrollkomiteen i Helse Nord RHF har som formål å styrke styrets fokus på kontroll og tilsyn, blant annet ved å se til at Helse Nord har en uavhengig og effektiv ekstern og intern revisjon. Kontrollkomiteen skal forberede saker for styret og se til at krav som er gitt i regelverk, foretaksmøte og årlige bestillerdokument blir tilfredsstillt.

Kontrollkomiteen behandlet i møte, den 10. mars 2006 utkast til instruks for internrevisjonen. Komiteen vedtok å legge utkastet, med de endringer som fremkom i møtet, frem for styret som forslag til instruks for internrevisjonen i Helse Nord RHF.

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

Instruks for internrevisjonen i Helse Nord RHF vedtas.

Bodø, den 6. april 2006

Lars Vorland
Adm. direktør

Trykte vedlegg: Instruks for internrevisjonen i Helse Nord RHF (utkast vedtatt av kontrollkomiteen 10.03.2006)

Vår dato: Vår referanse: Arkivnr:

6.4.2006 200400493-45 130

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Deres dato:

Deres referanse:

Saksbehandler: Jan-Petter Monsen/Erik Arne Hansen, tlf. 75 51 29 19/24

STYRESAK 30-2006

**GODKJENNING AV ÅRSREGNSKAP OG
ÅRSBERETNING 2005 – HERUNDER
DISPONERING AV RESULTAT**

Sakspapirene ettersendes.

Møtedato: 3. mai 2006

Vår dato: Vår referanse: Arkivnr:
6.4.2006
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser
Deres dato: Deres referanse:

Saksbehandler:

STYRESAK 31-2006

HELSE NORD IKT – BUDSJETT 2006

Sakspapirene ettersendes.

Møtedato: 3. mai 2006

STYRESAK 32-2006 REVISJON AV DRIFTS- OG INVESTERINGSRAMMER 2006

Møtedato: 3. mai 2006

Formål/sammendrag

Saken omhandler forslag til revisjon av drifts- og investeringsrammer for 2006. Justeringene er begrunnet i følgende:

1. Overtakelse av finansieringsansvar for TNF-hemmere (Tumernokrosefaktorhemmere) fra og med 1.6.2006
2. Fordeling av sentralt avsatte øremerkede midler til autisme
3. Etablering av tilbud til pasienter med alvorlig traumatisk hjerneskade
4. Endringer i budsjett til Luftambulansse
5. Overgang til egen drift ambulansse

I tillegg foreslås det å fordele låneramme til Nordlandssykehuset HF.

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

1. Helseforetakenes drifts- og investeringsrammer justeres i hh. t. vedlegg 1 og 2.
2. Det avsettes 1,2 mill. kr. fra styrets disponible ramme til økt tilskudd til Luftambulansse ANS.
3. Nordlandssykehuset HF innvilges et lån på 187,2 mill kr for 2006.

Bodø, den 6. april 2006

Lars Vorland
Adm. direktør

Trykte vedlegg: Vedlegg 1. Forslag til justerte driftsrammer for helseforetakene i 2006
Vedlegg 2. Forslag til justerte investeringsrammer for helseforetakene i 2006

UTREDNING

Innledning

Saken omhandler forslag til revisjon av drifts- og investeringsrammer for 2006. Justeringene er begrunnet i følgende:

1. Overtakelse av finansieringsansvar for TNF-hemmere (Tumernokrosefaktorhemmere) fra og med 1.6.2006
2. Fordeling av sentralt avsatte øremerkede midler til autisme
3. Etablering av tilbud til pasienter med alvorlig traumatisk hjerneskade
4. Endringer i budsjett til Luftambulanse
5. Overgang til egen drift ambulanse

I tillegg foreslås det å fordele låneramme til Nordlandssykehuset HF.

Det vises til vedlegg 1 og 2 for forslag til reviderte drifts- og investeringsrammer for 2006.

Justering av driftsrammer

TNF-hemmere

Stortinget har vedtatt å overføre finansieringsansvaret for legemidlene Enbrel, Humira, Kineret og Remicade fra folketrygden til de regionale helseforetakene fra og med 1.juni 2006. Dette er legemidler som blant annet benyttes i behandling av revmatiske sykdommer, hud- og tarmsykdommer. Behandlingen er kostbar, anslagsvis 150-200 000 kr pr pasient pr år, og dekkes i dag over blåreseptordningen, med unntak av Remicade som i stor grad dekkes av sykehusenes egne budsjetter og av tilleggsrefusjoner i ISF-systemet. Overføringen er begrunnet i ønske om:

- nøytral finansieringsordning mellom Remicade og øvrige legemidler i gruppen TNF-hemmere
- økt priskonkurranse mellom legemidlene
- riktigere prioritering (blåreseptrefusjon gir dårligere insentiv for riktig prioritering av legemidlene opp mot annen behandling).

Helse Nord har fått overført 62,225 mill kr til dette formål for 2006. Det er ikke forutsatt innsparinger som følge av overføringen, men på grunn av at det holdes tilbake budsjettmidler for å dekke etterslep av utgifter i rikstrygdeverket fra 2005 har ikke de regionale helseforetakene fått full dekning for kostnader i 2006. I forhold til vår andel av overføringen er denne effekten anslått til 10 mill kr for Helse Nord.

I samarbeid med de øvrige regionale helseforetak arbeides det med å etablere prinsipper og rutiner for finansieringsansvaret. Av hensyn til pasientene er det viktig å få etablert gode oppgjørsordninger med apotekene og overgangsordninger i f. t. Rikstrygdeverket. Apotekene må kunne fakturere Helse Nord for uttak av medisiner, slik at pasienten unngår å måtte forskuttere utlegg for medisinen. I den nye ordningen skal pasienten unntas egenandel.

For å oppfylle målsettingen om riktigere prioritering er det nødvendig å etablere rutiner for hvem som igangsetter og følger opp behandlingen. I regi av Sosial- og helsedirektoratet arbeides det med å utforme nasjonale retningslinjer, men disse vil ikke være klare før i 2007. Det er derfor viktig å få etablert midlertidige retningslinjer som kan benyttes fra 1.juni 2006. De regionale helseforetakene er samstemte på at denne type behandling kun skal kunne foreskrives fra sykehus og fra privat spesialist med særskilt avtale om dette. I Helse Nord er dette kartlagt til å dreie seg om en til to private spesialister.

Administrerende direktør foreslår at finansieringsansvar for legemidlene legges til helseforetakene i og med at beslutning om behandling gjøres der. Det tas sikte på å inngå likelydende oppgjørsavtaler mellom de regionale helseforetakene på vegne av underliggende helseforetak og apotekiere om økonomisk oppgjør. Apotek med oppgjørsavtale vil fakturere helseforetakene for uttak av legemidlene på bakgrunn av pasientens bostedskommune. Andelen av budsjettmidler som er overført fra rikstrygdeverket (59,1 mill kr) overføres helseforetakenes driftsrammer i f. t. folketall i geografisk ansvarsområde. Andel av budsjettmidler som er knyttet til tilleggsrefusjon i ISF for Remicade overføres i f. t. helseforetakenes andel av denne refusjon i 2004. Helseforetakenes driftsrammer for 2006 justeres slik:

	Fra folketrygden	ISF-tilleggsrefusjon	Sum
Helse Finnmark HF	9 315 000	838 000	10 153 000
UNN HF	15 025 000	1 080 000	16 105 000
Hålogalandssykehuset HF	11 808 000	298 000	12 106 000
Nordlandssykehuset HF	13 013 000	533 000	13 546 000
Helgelandssykehuset HF	9 939 000	406 000	10 345 000
Sum	59 100 000	3 155 000	62 255 000

Regionalt nettverk for autisme

Helse Nord RHF har i bestillerdokumentet fra HOD fått overført kr 1,6 mill. kr. for å etablere et regionalt nettverk for autisme. Midlene har tidligere vært disponert av den nasjonale Autismeenheten. Kr 609 000 overføres Universitetssykehuset Nord-Norge HF til en stilling som inngår i oppbygging av et slikt regionalt autismenettverk, i henhold til avtale som tidligere er inngått mellom Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Autismeenheten. Restbeløpet avsettes på Helse Nord RHF og fordeles senere.

Tilbud for tidlig og intensiv rehabilitering av pasienter med alvorlig traumatisk hjerneskade.

I bestillerdokumenter for 2005 og 2006 er Helse Nord pålagt å styrke rehabiliteringstilbudet for personer med alvorlig hodeskade. Dette er også et prioritert område i Helse Nord's regionale handlingsplan for habilitering og rehabilitering. For at pasienter skal få et forsvarlig og godt spesialisthelsetjenestetilbud er det nødvendig å komme i gang med å styrke tilbudet i Helse Nord og deretter foreta en trinnvis oppbygging. Som første tiltak foreslås det å etablere en hodeskadeenhet med tre senger ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF fra og med 1. november 2006. Kostnad i 2006 er estimert til kr 600 000,- med helårseffekt fra og med 2007 på 3,5 mill. kr.. Administrerende direktør foreslår å justere driftsrammen til Universitetssykehuset Nord-Norge HF med 600 000,- for 2006. Beløpet dekkes av udisponerte midler til kronikersatsingen.

Budsjett til Luftambulansse

I vedtatt budsjett for 2006 ble det avsatt 220,533 mill. kr. til Luftambulanssetjenesten ANS. Dette inkluderer 59,2 mill. kr. i statlig øremerket tilskudd. Vedtatt budsjett i Luftambulanssetjenesten forutsetter et tilskudd fra Helse Nord som er 1,2 mill. kr. høyere. Administrerende direktør foreslås at dette dekkes av styrets disponible midler.

Justering av investeringsrammer

Vedtatt om egen drift av ambulanser fører til økt investeringsbehov i 2006. Helseforetakene har anslått behovet til omtrent 117 mill. kr. for 2006 fordelt slik på HF:

- Helse Finnmark HF kr 0
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF 28 mill. kr.
- Hålogalandssykehuset HF 46 mill. kr.
- Nordlandssykehuset HF 37 mill. kr.
- Helgelandssykehuset HF 6 mill. kr.

I tillegg har Hålogalandssykehuset HF behov for økt investeringsramme til etablering av MR-tilbud i Stokmarknes (15 mill. kr.) og det må avsettes investeringsmidler til Helse Nord IKT. Etablering av Helse Nord IKT reduserer samtidig investeringsbehovene i helseforetakene. I budsjettet for 2006 er det avsatt 39,5 mill. kr. i investeringsramme til styrets disposisjon og 20 mill. kr. på RHF til felles investeringer. Av dette må det avsettes midler til investeringer i Helse Nord IKT. Innenfor disponible investeringsrammer er det ikke rom for å øke helseforetakenes rammer med innmeldt behov til ambulanse. Av likviditetshensyn er det heller ikke mulig å øke den totale investeringsrammen på 750 mill. kr.. Erfaringsmessig viser det seg at helseforetakene har etterslep på investeringer, og det foreslås derfor at Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF må dekke investeringer til ambulanse innenfor vedtatt ramme.

Administrerende direktør foreslår følgende:

- Helgelandssykehuset HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Nordlandssykehuset HF må håndtere økt investeringsbehov innenfor allerede tildelte rammer.
- Investeringsramme til Helse Nord IKT i 2006 dekkes av avsatt ramme på RHF.
- Hålogalandssykehuset HF's investeringsramme økes med 25 mill. kr. til ambulanse.

Fordeling av låneramme

Helse Nord er tildelt en låneramme på 400 mill kr for 2006. Denne kan helt, eller delvis videreføres til helseforetak i forbindelse større byggeprosjekter. Helseforetakene er bedt om å gi tilbakemelding på om de ønsker lån til aktuelle byggeprosjekter. Nordlandssykehuset HF har ønske om låneopptak 2006 til utbyggingsprosjektet, og det foreslås å innvilge aktuelt lånebeløp på 187,2 mill kr. Resterende låneramme kan fordeles til helseforetakene på et senere tidspunkt.

Oppsummering

Administrerende direktør anbefaler å justere helseforetakenes drifts- og investeringsrammer i tråd med vedlegg 1. Finansieringsansvar for TNF-hemmere overføres helseforetakene. Det avsettes 1,2 mill. kr. til Luftambulanse fra styrets disponible midler. Nordlandssykehuset HF innvilges et lån på 187,2 mill kr for 2006.

Vedlegg 1. Forslag til justerte driftsrammer for 2006

	RHF	Finmark	UNN	Hålogaland	Nordland	Helgeland	TOTAL
Vedtatt basisramme 2006 pr desember	577 542 000	650 722 000	2 099 422 000	720 863 000	1 168 307 000	524 234 000	5 741 090 000
Forskning - vedtatt februar	(10 458 000)		10 458 000				-
Adm.utgifter syketransport -vedtatt februar	(2 679 000)	808 000	367 000	565 000	481 000	458 000	-
Kronikerplan - vedtatt februar	(2 925 000)		2 425 000		500 000		-
Kronikerplan -	(600 000)		600 000				
TNF-hemmere	(62 255 000)	10 153 000	16 105 000	12 106 000	13 546 000	10 345 000	
Justert basisramme 2006	498 625 000	661 683 000	2 129 377 000	733 534 000	1 182 834 000	535 037 000	5 741 090 000
2. Opptappingsplanen for psykisk helse	RHF	Finmark	UNN	Hålogaland	Nordland	Helgeland	TOTAL
Sum opptappingsplan psykisk helse (kap 743, p	-7 255 917	33 111 852	67 649 493	14 089 068	44 103 958	33 902 545	185 601 000
3. Øremerkede midler/Andre inntekter	RHF	Finmark	UNN	Hålogaland	Nordland	Helgeland	TOTAL
Syketransport	1 200 000	168 530 000	82 600 000	107 900 000	114 930 000	93 330 000	568 490 000
Transport helsepersonell	1 030 000						1 030 000
Opptreningsinstitusjoner	130 700 000						130 700 000
Luftambulans ANS	59 200 000						59 200 000
Omlegging arbeidsgiveravgift	17 515 000	8 223 000	158 711 000	57 630 000	89 622 000	36 499 000	368 200 000
Nasjonale medisinske kompetansesentra (inkl. NST)			31 900 000				31 900 000
Utdanning/undervisning -flyttet til basis							0
Forskning basis/resultatbasert	6 270 000	1 950 000	33 135 600	1 699 400	3 720 000	125 000	46 900 000
Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress	1 032 000						1 032 000
Nasjonalt kompetansenettverk for døvblinde/autisme	991 000		609 000				1 600 000
Sum øremerkede midler	217 938 000	178 703 000	306 955 600	167 229 400	208 272 000	129 954 000	1 209 052 000
Sum budsjettamme 2006	716 563 000	873 497 852	2 503 982 093	914 852 468	1 435 209 958	698 893 545	7 135 742 999

Vedlegg 2. Forslag til justerte investeringsrammer for 2006

HF	Prosjekt		2002-2004	2 005	2 006	2 007	SUM
Finnmark	Opptappingsplan psykiatri	Lakselv	480 000	2 500 000	9 500 000	2 500 000	14 980 000
Finnmark	Opptappingsplan psykiatri	Alta	800 000	11 500 000	13 200 000	5 500 000	31 000 000
Finnmark	Opptappingsplan psykiatri	Tana	400 000	6 000 000	7 600 000	1 000 000	15 000 000
Finnmark	Opptappingsplan psykiatri	Karasjok	400 000	6 000 000	17 600 000	9 100 000	33 100 000
Finnmark	Utstyr og ombygging				50 000 000		
Sum Finnmark					97 900 000		
UNN	Tiltaksplan psykiatri	Psykiatri barn og unge		15 000 000	30 000 000	50 000 000	95 000 000
UNN	Utstyr og ombygging				100 000 000		
UNN	A-fløy				3 000 000		
Sum UNN					133 000 000		
Hålogaland	Opptappingsplan psykiatri	Narvik	840 000		14 800 000	9 800 000	25 440 000
Hålogaland	Modernisering Stokmarknes		12 000 000	24 800 000	10 000 000		46 800 000
Hålogaland	Modernisering Narvik				15 000 000		
Hålogaland	Utstyr og ombygging				47 000 000		
Hålogaland	Ambulanse og MR				25 000 000		
Sum Hålogaland					111 800 000		
NLSH	Opptappingsplan psykiatri	Klinikkavdeling	17 790 000		11 500 000		29 290 000
NLSH	Klinikkavdeling - tillegg utover godkjent inv.ramme opptappingsplan				1 300 000		
NLSH	Opptappingsplan psykiatri	Lofoten	670 000	20 600 000	13 700 000		34 970 000
NLSH	Opptappingsplan psykiatri	Idømt behandling	700 000		6 800 000	19 100 000	26 600 000
NLSH	Opptappingsplan psykiatri	RUS/psyk	600 000		14 900 000	10 000 000	25 500 000
NLSH	Psykiatri	Ombygging Søsterhjemmet		15 000 000	30 800 000		45 800 000
NLSH	Modernisering NL 1.t		41 000 000	170 000 000	160 000 000		371 000 000
NLSH	Modernisering NL 2.t			15 000 000	15 000 000		30 000 000
NLSH	Modernisering Lofoten				21 300 000		
NLSH	Utstyr og ombygging				35 000 000		
Sum NLSH					310 300 000		
Helgeland	Utstyr og ombygging				42 000 000		
Helgeland	Felles akuttmottak		4 000 000	16 000 000	20 500 000		40 500 000
Sum Helgeland					62 500 000		
RHF	Felles reg prosjekt				20 000 000		
Styret	Til styrets disposisjon				14 500 000		
Sum foretaksgruppen					750 000 000		

Saksbehandler: diverse

STYRESAK 33-2006 ORIENTERINGSSAKER

Møtedato: 3. mai 2006

Det vil bli gitt orientering om arbeidet med følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
3. Hålogalandssykehuset HF Stokmarknes – avsluttet konseptfase og plan forprosjekt
4. Investeringsplan 2006-2015 – høringsuttalelser og plan for videre arbeid
5. Orientering om vekst pr. funksjonsområde
6. Foretrukne nasjonale tilbud
7. Arbeid med inntektsfordelingsmodell – status
8. Nasjonal inntektsfordeling

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

Framlagte saker taes til orientering.

Bodø, den 6. april 2006

Lars Vorland
Adm. direktør

Vår dato: 6.4.2006
Vår referanse: 200600002-30 012
Arkivnr:
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser
Deres dato:
Deres referanse:

Saksbehandler: Bjørn Kaldhol, tlf. 901 75 401

STYRESAK 33-2006/1

INFORMASJON FRA STYRELEDER TIL STYRET

Møtedato: 3. mai 2006

Legges frem muntlig av styreleder.

Vår dato: 6.4.2006 **Vår referanse:** 200600002-30 **Arkivnr:** 012
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser
Deres dato: **Deres referanse:**

Saksbehandler: Lars Vorland, tlf. 75 51 29 10

STYRESAK 33-2006/2

INFORMASJON FRA ADM. DIREKTØR TIL STYRET

Møtedato: 3. mai 2006

Legges frem muntlig av adm. direktør.

STYRESAK 33-2006/3**HÅLOGALANDSSYKEHUSET HF STOKMARKNES –
AVSLUTTET KONSEPTFASE OG PLAN FORPROSJEKT**

Møtedato: 3. mai 2006

Formål/sammendrag

I denne saken gies en orientering om plan og prosjekteringsarbeidet ved byggeprosjektet Hålogalandssykehuset HF Stokmarknes.

Sist styret behandlet saken var på møte 7. februar 2005 som sak 08-2005. Her vedtok styret å videreføre arbeidet med nybyggalternativet og ba administrasjonen organisere arbeidet med forprosjekt.

Det har tatt noe lenger tid enn først antatt å slutføre arbeidet med konseptfasen og revidere Hovedfunksjonsprogrammet (HFP). Styret for Hålogalandssykehuset HF behandlet fullført konseptfase, revidert HFP og plan for gjennomføring av forprosjekt på møte 17. mars 2006 som sak 15/06. Styret vedtok blant annet å oversende saken til styret i Helse Nord RHF.

Bakgrunn/fakta

Styret i Hålogalandssykehuset HF gjorde dette enstemmige vedtak i sak 15/06:

1. *Styret i Hålogalandssykehuset HF godkjenner fullført konseptfase, herunder hovedfunksjonsprogram for Hålogalandssykehuset Stokmarknes som grunnlag for forprosjektarbeidet.*
2. *Investeringsrammen for nybygg Hålogalandssykehuset Stokmarknes settes til 630 mnok 2005 kroner ved utarbeiding av forprosjekt.
I det videre arbeid skal merkostnader som følge av foreslått etablering av rehabiliteringstilbud og landingsplass for helikopter utredes. Eventuelle merkostnader som følge av dette skal inngå i investeringsrammen.*
3. *Konseptfasen med hovedfunksjonsprogram, plan for gjennomføring av forprosjekt og skisseprosjekt er plangrunnlaget i forprosjektet. Alternative skisseløsninger skal vurderes.*
4. *Forprosjektet skal spesielt vurdere lønnsomhet og totaløkonomi i sammenheng med fordelingsspørsmål tilknyttet kapital- og avskrivningskostnader og finansieringsordninger for investeringsprosjekter.*
5. *De økonomiske konsekvenser som følge av økt ambulant virksomhet skal utredes med sikte på en vurdering av å redusere syke transportkostnader.*
6. *Styrets vedtak med saksutredning oversendes til styret i Helse Nord RHF for godkjenning.*

Noen faktaopplysninger fra revidert HFP, om dagens situasjon og fremtidige kapasitetsrammer, hitsettes.

3 Dagens situasjon

Hålogalandssykehuset Stokmarknes er en resultatenhet/divisjon i Hålogalandssykehuset HF. Dekningsområdet er kommunene Hadsel, Sortland, Bø, Øksnes og Andøy med til sammen 30 469 innbyggere i bostedsområdet/opptaksområdet i 2004.

Sykehuset er normert med 79 heldøgn senger per 31.12.2004

- Føde/barsel 7 senger
- Gynekologi 3 senger
- Kirurgi 22 senger
- Medisin 34 senger
- Rehabilitering 13 senger (Lødingen rehabiliteringssenter)

*Driftskostnader DRG-aktivitet var 169,4 mill. kroner i 2004 (ref. Samdata 1/05 Tabell T4.3)
Samlet aktivitet i 2004 viser*

- antall opphold 6 346
- antall polikliniske konsultasjoner 15 371
(ref Samdata 1/05 Tabell T4.1).

Antall DRG-poeng i 2004 per normert seng, eksklusiv rehabilitering var 72. Brutto kostnader per DRG-poeng var kr 25 145,-(ref. PWC "Plan for kostnadstilpasning ved Hålogalandssykehuset).

Utredning av 9. oktober 2004 "Overordnet vurdering av fremtidig behov og kapasitet"

konkluderte med følgende kapasitetsrammer:

- | | |
|--|-----------|
| – Totale senger (kirurgi, medisin og barsel) | 61 senger |
| – Senger ved intensiv/postoperativ og recovery | 10 senger |
| – Dagkirurgiske plasser | 7 plasser |
| – Observasjonsplasser | 2 plasser |
| – Polikliniske rom | 22 (+1) |
| – Operasjonsstuer | 3 (+1) |

I denne kapasiteten innarbeides et rehabiliteringstilbud med 4-6 heldøgns senger, dagbehandling og poliklinikk.

I revidert HFP er innarbeidet noen endringer i forhold til tidligere planer

- Integret i medisinsk område innarbeides 8 senger geriatri og senger for slagpasienter.
- Innenfor kapasitetsrammen ved sykehuset skal det innarbeides et rehabiliteringstilbud med 4-6 senger, dagbehandling og poliklinikk
- Landingsplass for helikopter anlegges tilknyttet mottakelse ved sykehuset.

Ved avsluttet forprosjekt skal det legges frem en dokumentasjon med tilstrekkelig grunnlag for å ta stilling til byggestart. Herunder skal det legges frem endelig dokumentasjon på

- Sykehusets rolle og funksjon
- Fremtidig aktivitet
- Dimensjonering av bygg og anlegg
- Byggeløsninger
- Tekniske løsninger
- Driftsorganisering og driftsløsninger
- Økonomiske rammer for investering og drift

- Lønnsomhetsvurderinger og totaløkonomi
- Risikovurderinger
- Kvalitetskrav
- Personell, rekruttering og kompetanse

Prosjektledelse og utredningskompetanse er tilknyttet prosjektet. Prosjekteringsteam med arkitekter og rådgivende ingeniører vil være på plass medio mai.

Vurdering

Konseptfasen for prosjektet på Stokmarknes er fullført. I det videre arbeid vil HOD orienteres og forprosjektfasen gjennomføres. Forprosjektet kan legges frem for styret i Helse Nord RHF tidlig i 2007 som underlag for utarbeiding av detaljprosjekt og vedtak om byggestart.

Konklusjon

På grunn av uventede problemstillinger som plasseringssted av nybygg sykehus i Vesterålen, har det tatt noe lenger tid enn forventet å ferdigstille konseptfasen. Med mindre andre uventede forhold dukker opp og likviditeten i Helse Nord ikke forverres kan nybygg sykehuset i Vesterålen stå ferdig i 2010.

Utrykte vedlegg: Revidert Hovedfunksjonsprogram (HFP) Hålogalandssykehuset HF
Stokmarknes

Styresak 15/06 Hovedfunksjonsprogram nytt sykehus Stokmarknes for
styret Hålogalandssykehuset HF

Utskrift protokoll fra styret Hålogalandssykehuset HF møte, den
17. mars 2006 sak 15/06

Styresak 08-2005 Hålogalandssykehuset HF Stokmarknes –
skisseprosjekt for styret i Helse Nord RHF

STYRESAK 33-2006/4**INVESTERINGSPLAN 2006-2015 –
HØRINGSUTTALELSER OG PLAN FOR VIDERE ARBEID**

Møtedato: 3. mai 2006

Formål/sammendrag

I denne saken vises et sammendrag av de syv uttalelsene som er mottatt fra fylkeskommuner og kommuner i Nord-Norge. Her gies også en orientering om det videre arbeid med investeringsplanen. Den siste tids utvikling viser at ambisjonene i investeringsplan 2006 – 2015 må dempes noe i forhold til tidligere utkast til investeringsplan.

Bakgrunn/fakta

Styret i Helse Nord RHF ble orientert om investeringsplanen i møte 11. oktober 2005 som sak 102-2005/3. I denne orienteringen ble det lagt til grunn en bedret likviditet ved blant annet budsjettbalanse i 2006 og en forutsetning om et statlig engangstilskudd på ca. 1/3 av investeringene ved ombygging og nybygging ved Nordlandssykehuset HF. I den videre behandling ble det også lagt til grunn en høring og orientering av interessenter.

Høringsuttalelser er mottatt fra Nordland fylkeskommune, Lenvik formannskap, Vesterålen regionråd, Nordreisa kommune, Hammerfest kommune, Finnmark fylkeskommune og Alta kommune. Høringene viser en generell støtte til investeringsplanen. Noen høringsinstanser ønsker mindre omprioriteringer av investeringsrekkefølgen. Et sammendrag av høringsuttalelsene følger som vedlegg 1.

Per dato foreligger ingen avklaring med hensyn til statlige investeringstilskudd. I planarbeidet videreføres forutsetningen om et tilskudd på ca. 800 mill. kroner. Nordland fylkeskommune har i sine uttalelser understreket spesielt behovet for statlige tilskudd for å realisere byggeplanene ved Nordlandssykehuset HF og Hålogalandssykehuset HF Stokmarknes.

Vedtaket om offentlig drift av ambulansetjenesten kan gi økte investeringsbehov. Administrasjonen utreder muligheten for en leieordning av bil- og båtambulanser. Avklaring vil først foreligge til høsten. Investeringsplanen bør innarbeide midler for å sikre nødvendige utskiftinger og nyanskaffelser. For de nærmeste to år kreves en utskifting/fornyning av bilparken tilsvarende ca. 100 mill. kroner.

Rusplanen er under arbeid og denne vil kreve noen nyinvesteringer som ikke tatt med i det foreløpige arbeid. Blant annet har Helgelandssykehuset HF vist til behovet for en rusenhet på Helgeland. Investeringskostnaden er foreløpig stipulert til ca. 10 mill. kroner. Generelt er det for dårlig kapasitet i landsdelen både på avrusning/akutt, utredning og behandlingssiden. Konsekvensene er blant annet gjestepasientkostnader innen fagområdet rus på ca. 20,5 mill. kroner per år. Også området Bodø/Salten har behov for en kapasitetsstyrking. Disse avklaringene på investeringsbehov innen russektoren vil først foreligge når rusplanen er utarbeidet og behandlet trolig høsten 2006.

Fagplanene innen geriatri og rehabilitering utvikles videre. Nye alternativer og behov som krever investeringer melder seg. Dette er et meget viktig fagområde da befolkningsendringene er store. Statistisk sentralbyrås fremskriving viser en økning på 46 % for befolkningen 67 år og eldre i Helse Nord området de nærmeste 20 år.

Usikkerheten til budsjettbalanse inneværende år er stor. Dette kan svekke vår likviditet og muligheten for å opprettholde et nødvendig investeringsvolum. Lånerammene til investeringsformål er begrenset og det er ingen mulighet for å løse de driftsøkonomiske utfordringer med lånefinansiering.

I vedlegg 2 vises balanse, årlige nyinvesteringer og avskrivninger ved HF-ene for 2002 – 2005.

Vurdering

En rekke usikre og uavklarte forhold tilsier at nødvendige faglige og administrative planarbeider bør gjennomføres før arbeidet med investeringsplanen slutføres. Usikkerheten ved finansieringsmulighetene er større enn for ett år tilbake i tid. Det vil gjennomføres en usikkerhetsanalyse for å sikre en forsvarlig investeringsramme slik at investeringsplanen for Helse Nord blir realistisk og gjennomførbar.

Foretaksmøtet 2006 i Helse Nord RHF rettet oppmerksomheten blant annet mot en del oppfølgingsoppgaver i det juridiske rammeverk og herunder:

- Internkontroll
- Planlegging og opplæring i bruk av medisinsk teknisk utstyr
- Grønn stat – miljøledelse i statlige virksomheter
- Strålevern – avfall og medisinsk strålebruk.

Under regionovergripende tiltak er spesielt nevnt flere vurderingspunkter som skal legges til grunn for alle investeringer. Departementet vil i løpet av første halvår 2006 gå gjennom de enkelte elementene i de vurderingspunktene som er listet opp i et tidligere brev av 12. februar 2004, med sikte på å konkretisere og eventuelt utvide punktene.

Konklusjon

Investeringsplan 2006 – 2015 legges frem til behandling i løpet av høsten 2006 når nødvendige møter med departementet, planarbeider og analyser er gjennomført.

Trykte vedlegg: Vedlegg 1: Sammendrag av høringsuttalelser
Vedlegg 2: Balanse, årlige nyinvesteringer og avskrivninger i Helse Nord 2002-2005.

Utrykte vedlegg: Styresak 102-2005/3

Informasjonsnotat. Investeringsplan 2006 – 2015 av 06.12.2005 til fylkeskommuner og kommuner i Nord-Norge

7 høringsuttalelser

Sammendrag av høringsuttalelser

Høringsinstanser var fylkeskommuner og kommuner i Nord Norge.
Informasjonsnotat - Investeringsplan 2006 – 2015 ved brev av 06.12.2005

7 hørings svar er innkommet.

Fylkestinget i **Nordland fylkeskommune** stiller seg bak investeringsplanen og understreker spesielt behovet for statlige tilskudd for å realisere byggeplanene ved Nordlandssykehuset HF og Hålogalandssykehuset HF Stokmarknes.

Lenvik formannskap uttaler blant annet at kommunen er svært tilfreds med at Helse Nord har avsatt midler for investeringer knyttet til desentralisert spesialisthelsetjeneste ved DMS Midt-Troms. Kommunen mener videre at investeringstiltakene for å møte ”eldrebølgen” bør prioriteres høyere enn det som er tilfelle i dag.

Vesterålen regionråd finner det naturlig at nybygg Stokmarknes tas inn på prioriteringslisten og gis en plass som sikrer ferdigstillelse innen 2011.

Nordreisa kommune mener at det er rimelig å etablere en ambulansestasjon på Storslett/Sonjatun samt helikopterlandingsplass og at dette tas med i investeringsplanen.

Hammerfest kommune mener at investeringene til geriatri og rus ved Hammerfest sykehus bør prioriteres fram i tid fra 2011 til 2008. Kommunestyret viser til at dagens regjering har slått fast at ingen av dagens lokalsykehus skal legges ned og går inn for videre drift av sykehusene i Hammerfest og Kirkenes. Kommunestyret understreker viktigheten av å slå ring rundt de spesialiserte tilbudene lokalisert til andre steder i Finnmark og ikke minst spesialisthelsetjenesten i Karasjok og virksomheten ved helsesenteret i Alta. Kommunen stiller spørsmål ved realismen i budsjettbalanse i 2006 og etterspør hvilke tiltak man da ikke vil iverksette.

Finnmark fylkeskommune ber om at Helse Nord endrer på prioriteringsrekkefølgen fordi Finnmark har den dårligste bygningsmasse ved sykehusene. Fylkesutvalget ber Helse Nord RHF utarbeide en helhetlig plan for utvikling av helsetilbudet i Finnmark.

Kommunestyret i **Alta kommune** mener at investeringsplanen ikke gir framtidsrettede og forsvarlige sykehustjenester for befolkningen i Vest-Finnmark og at planen ikke bygger på noen form for konsekvensanalyser av investeringene. Kommunestyret mener at alle utviklingstrekk viser at Alta fremstår som et tyngdepunkt og vekstsenter i Vest-Finnmark og dette forsterker behovet for sykehus i Alta. Kommunestyret ser heller ikke at en forsvarlig akuttjeneste og fødetilbud i fylkets tettest befolkede område vil føre til nedleggelse av Hammerfest sykehus. Alta kommunestyre krever at det for å sikre et forsvarlig helsetilbud til befolkningen i Alta regionen etableres sykehus i Alta.

Balanse, årlige nyinvesteringer og avskrivninger i Helse Nord 2002 – 2005.

Foretak	Balanse. Bokført verdi per 31-12			
	2002	2003	2004	2005
Helgelandssykehuset	924 381 984	895 475 163	898 354 496	896 208 221
Nordlandssykehuset	2 044 727 607	2 045 405 143	1 985 646 827	2 076 760 211
Hålogalandssykehuset	1 382 629 867	1 323 491 400	1 346 619 550	1 271 462 744
UNN	3 340 471 172	3 185 317 359	3 156 411 673	3 145 502 436
Helse Finnmark	1 146 265 718	1 106 791 170	1 077 976 891	1 077 884 279
Helse Nord RHF	17 805 578	37 509 909	67 896 220	69 961 857
Sykehusapotek	1 177 253	2 384 047	3 214 600	3 099 158
SUM Helse Nord	8 857 459 179	8 596 374 191	8 536 120 257	8 540 878 906

Foretak	Årlige nyinvesteringer			
	2002	2003	2004	2005
Helgelandssykehuset	4 273 751	29 767 287	62 265 586	59 392 271
Nordlandssykehuset	87 280 855	132 832 012	77 594 935	227 937 668
Hålogalandssykehuset	48 648 240	47 589 433	65 586 622	47 764 320
UNN	91 456 119	72 633 314	133 537 137	179 688 788
Helse Finnmark	20 899 770	31 617 115	29 696 772	68 304 168
Helse Nord RHF	17 805 578	26 186 403	40 984 877	15 389 224
Sykehusapotek	271 607	1 681 123	1 396 042	482 514
SUM Helse Nord	270 635 920	342 306 687	411 061 971	598 958 953

Foretak	Resultat akkumulert avskrivning			
	2002	2003	2004	2005
Helgelandssykehuset	60 012 834	58 271 373	59 394 491	59 761 083
Nordlandssykehuset	126 085 246	131 479 156	136 392 655	132 437 429
Hålogalandssykehuset	105 053 796	106 647 900	116 395 534	123 113 433
UNN	230 248 033	223 287 127	215 501 614	189 104 100
Helse Finnmark	70 355 497	70 991 663	74 700 885	71 761 778
Helse Nord RHF	1 246 210	5 235 862	10 598 566	13 323 587
Sykehusapotek	244 354	473 329	565 489	597 956
SUM Helse Nord	593 245 970	596 386 410	613 549 234	590 099 366

Strategi 2006 - 2015 ?

De tre første årene har vi slitt på kapitalen med 250 - 300 mill. kroner per år. Dette har også gitt en påvirkning på regnskapsresultatet. Budsjetttilpasninger de første tre årene har for en stor del skjedd ved kapitalslit ? Hvilke strategier skal vi kunne sette opp for de nærmeste 10 årene?

STYRESAK 33-2006/5 ORIENTERING OM VEKST PR. FUNKSJONSOMRÅDE

Møtedato: 3. mai 2006

I styresak 05-2006 Konsolidert budsjett 2006 ble budsjettet (brutto) presentert pr. funksjon. Som grunnlag for presentasjonen var det i forkant innhentet funksjonsbudsjetter fra HF-ene. I denne rapporteringen var det korrigeret for feil ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (psykiatri) og interne føringer rus.

Følgende tabell ble presentert i styresaken:

Brutto kostnader	Budsjett 2005	Budsjett 2006	Pst endring
Administrasjon/Interne servicefunksjon/styret/personal	1 024 200 000	1 173 502 176	15 %
Ambulanse/luftambulanse	561 500 000	625 378 904	11 %
Syketransport/transport av helsepersonell	417 600 000	558 512 682	34 %
Somatikk - fellesfunksjon/labrtg/behandling	5 627 600 000	6 086 954 386	8 %
Rehabilitering/habilitering	206 000 000	347 195 411	69 %
Voksenpsykiatri	921 900 000	968 909 085	5 %
Barne- og ungdomspsykiatri	221 100 000	225 943 494	2 %
Rusomsorg	134 400 000	156 886 944	17 %
Sum kostnader	9 114 300 000	10 143 283 082	11 %
SUM psykiatri	1 143 000 000	1 194 852 579	5 %

Styret viste til rapporten og ba om en nærmere redegjørelse for endringene, særskilt økning i somatikk og fellesfunksjoner som er høyere enn prioriterte områder (psykiatri og rus). Styret gjorde derfor følgende vedtak i punkt 5:

Styret ber administrasjonen om å legge frem en analyse i neste styremøte som redegjør mer detaljert for veksten fra 2005 til 2006.

Som grunnlag for ny rapportering til styret, har vi bedt helseforetakene gjennomgå budsjetteringen på funksjon og forklare store endringer fra 2005-2006. UNN har etter forrige rapportering foretatt en fullstendig gjennomgang av funksjonsbudsjetteringen. De har lagt ned mye arbeid i å forsøke å få funksjonsbudsjett (og også rapportering) for 2006 mer korrekt enn tidligere år. Dette medfører imidlertid at totalresultatet pr funksjon er svært endret siden forrige rapportering.

Oppsummert viser de nye budsjettene følgende utvikling:

Brutto kostnader	Regnskap 2005	Budsjett 2005	Budsjett 2006	% endring (VB05-VB06)	% endring (VB05-R05)	% endring (R05-VB06)
Administrasjon/Interne servicefunksjon/styret	930 069 969	793 774 419	878 690 460	10,7 %	17,2 %	-5,5 %
Ambulanse/luftambulanse	604 732 334	562 416 044	624 893 810	11,1 %	7,5 %	3,3 %
Syketransport/transport av helsepersonell	447 097 002	417 537 967	558 513 324	33,8 %	7,1 %	24,9 %
Somatikk - fellesfunksjon/labrtg/behandling	5 601 533 302	5 614 229 093	5 927 232 811	5,6 %	-0,2 %	5,8 %
Rehabilitering/habilitering	249 382 469	232 655 189	349 667 220	50,3 %	7,2 %	40,2 %
Voksenpsykiatri	985 506 039	994 881 670	1 103 267 820	10,9 %	-0,9 %	11,9 %
Barne- og ungdomspsykiatri	239 128 563	237 665 594	279 640 964	17,7 %	0,6 %	16,9 %
Rusomsorg	202 797 565	141 099 224	200 503 130	42,1 %	43,7 %	-1,1 %
Sum kostnader	9 260 247 242	8 994 259 200	9 922 409 539	10,3 %	3,0 %	7,2 %
SUM psykiatri	1 224 634 602	1 232 547 264	1 382 908 784	12,2 %	-0,6 %	12,9 %

Det er avvik fra forrige rapportering for sum kostnader vedtatt budsjett 2005 og 2006. Dette skyldes i hovedsak at apoteket ikke er inkludert i siste rapportering. I tillegg er det foretatt justeringer i helseforetakenes bruttobudsjetter.

Som tabellen viser er det spesielt store endringer for administrasjonskostnader/interne servicefunksjoner, psykiatri og rusområdet. Årsaken skyldes at Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Helse Finnmark HF i ny rapportering har fordelt ut kostnader som tidligere var ført på felleskostnader. Det er en viss usikkerhet knyttet til funksjonsrapportering. Det er over flere år gjennomført endringer i tolkninger og inndeling av funksjoner. Spesielt har det vært problematisk å fastlegge hvordan fellesfunksjoner skal fordeles. Helse Nord RHF har fulgt dette opp gjennom sin deltakelse i nasjonale arbeidsgrupper med de øvrige regionene, Statistisk Sentralbyrå og Sosial- og Helsedirektoratet. Internt er det satt i gang et arbeid for å bedre kvaliteten på funksjonsrapporteringen, det er fulgt opp overfor helseforetakene med en samling med gjennomgang av funksjonsrapportering i vinter, og det vil bli gjennomført en samling i mai.

I notatet redegjøres det videre for ulike forklaringsvariable på vekst i ulike funksjoner:

Administrasjon/interne servicefunksjoner/styret/personalboliger

Samlet på denne funksjonen rapporteres det nå en økning på 10,7 % fra vedtatt budsjett i 2005 mot vedtatt budsjett i 2006. Dette er en nedgang på 5 % fra rapportering i februar. I forhold til regnskap for 2005 er det budsjettert med en nedgang på 5 %.

Økningen på 10,7 % kan forklares av følgende:

- 30 mill. kr. skyldes økte kostnader for nye dataløsninger, inkludert økte kostnader for Nasjonal IKT og Norsk Helsenett, oppretting av internrevisjon/sentral innkjøpsfunksjon, økte kostnader revisjon, Masterstudiet og lederutvikling
- 50 mill. kr. skyldes økte avskrivninger i bygg og anlegg, økt kostnadsføring PC og lisenser IT-systemer ved Nordlandssykehuset HF samt dobbeldrift lab (engangskostnad)
- 50 mill. kr. skyldes endret funksjonsrapportering i Hålogalandssykehuset HF. Fra regnskap 2005 er det ikke budsjettert med vekst i Hålogalandssykehuset HF.
- Helse Finnmark HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF budsjetterer med nedgang. For Universitetssykehuset Nord-Norge HF skyldes dette at det i 2005 var større IT-kostnader på grunn av DIPS-prosjekt og ved Helse Finnmark HF er det felleskostnader som er fordelt i 2006 (70 mill. kr.).

Korrigert for disse forholdene (netto 60 mill. kr.) er det en budsjettert vekst på funksjonene på omtrent 3 % fra budsjett 2005.

Ambulanse/Luftambulanse

Ambulanse/luftambulanse viser en økning på 11 % og skyldes i hovedsak økte kostnader ambulanse på grunn av nye krav til virksomheten, og økte kostnader til luftambulansen (14 mill. kr. til Luftambulanse ANS). Fra regnskap 05 er budsjettert vekst på 3 %.

Syketransport/Transport av helsepersonell

Økningen på 34 % forklares av at helseforetakene fra og med 01.01.06 overtok 100 % av finansieringsansvaret. Korrigert for tilførsel av økte inntektsrammer på 155 mill. kr. viser funksjonen en nedgang på 3 % fra budsjett 2005, som gjenspeiler at de fleste foretakene budsjetterer med tiltak for å redusere syketransportutgiftene. Fra regnskap 05 er det budsjettert med en vekst på 25 % som reelt er en nedgang.

Somatikk – fellesfunksjoner/lab/røntgen/behandling

Siste rapportering viser en økning på 5,6 % fra 2005 mot 8 % rapportert i forrige styremøte. Regnskap 2005 viser en nedgang i f. t. vedtatt budsjett 05.

En del av budsjettert økning fra 2005 kan forklares av følgende:

- Økning RHF 130 mill. kr. for økt finansieringsansvar TNF-hemmere og pasientskadeerstatning, økt avsetning for kjøp fra private, utenlandsbehandling, Domanbehandling, videreutdanning sykepleiere (ABIOK), forskningsmidler, styrets disposisjon fra tilleggsprop. og endret funksjon for brukerorg. og lærlingetilskudd.
- Økning ved Nordlandssykehuset HF grunnet fordeling av avskrivninger, geriatri og kronikerplan, fedme, stråleterapi og medikamentutgifter (20 mill. kr.)
- Ved Helgelandssykehuset HF og Hålogalandssykehuset HF er det budsjettert med en nedgang til somatiske funksjoner
- Ved Helse Finnmark HF er det budsjettert med en økning på 12 % som i hovedsak skyldes at felleskostnader er fordelt (50 mill kr)

Korrigert for økning RHF og økning kronikerplan (20 mill. kr.), medikamentutgifter og ny behandling ved Nordlandssykehuset HF og økning i Helse Finnmark HF er budsjettert økning på 2 %.

Rehab/rus/psykiatri

Den store veksten i rehabilitering skyldes økt finansieringsansvar for opptreningsinstitusjoner.

Rus-veksten er ikke korrigert for interne gjestepasientoppgjør med koordineringsenheten, og viser derfor en for stor vekst fra 2005 til 2006. I forhold til regnskap 05 er det ikke budsjettert med vekst innenfor RUS.

Psykiatrifunksjonene viser nå en vekst på 12 % som skyldes opptrappingsplan psykiatri.

Oppsummering

Det er fremdeles stor usikkerhet i rapportering på funksjon. Helseforetakene har imidlertid jobbet relativt mye med tallene siden sist rapportering for å kvalitetssikre best mulig innenfor mulighetsområde.

RHF vil fortsatt ha fokus på rapportering på funksjon løpende i 2006.

STYRESAK 33-2006/6**FORETRUKNE NASJONALE TILBUD**

Møtedato: 3. mai 2006

Formål/sammendrag

I styresak 40-2005, som ble behandlet av styret i Helse Nord RHF, den 27. april 2005, ba styret administrasjonen om å ...komme tilbake med en sak som drøfter hvordan det kan utvikles nasjonalt foretrukne tilbud i regionen.

Denne saken gir en orientering om eksisterende landsfunksjoner og kompetansesentre samt at det skisseres mulige nye områder for søknader om landsfunksjoner/kompetansesentre.

Bakgrunn/fakta

Helse Nord har pr. i dag fem nasjonale kompetansesentre/landsfunksjoner. Det er etablert nasjonale funksjoner og nasjonale kompetansesentre på følgende områder i Helse Nord:

- Landsfunksjon for avansert trombocytimmunologi
- Kompetansesenter for påvisning av antibiotikaresistens, K-res
- Nasjonalt senter for telemedisin, NST
- Nevromuskulært kompetansesenter, NMK
- Samisk nasjonalt kompetansesenter, SANKS

Landsfunksjoner og nasjonale kompetansesentre innen spesialisthelsetjenesten etableres ut fra ulike typer regelverk. De fleste i Helse Nord er godkjent i henhold til rundskriv I-19/2003: Landsfunksjon for avansert trombocytimmunologi, Kompetansesenter for påvisning av antibiotikaresistens (K-res) og Nasjonalt senter for telemedisin.

Videre er Nevromuskulært kompetansesenter (NMK) et nasjonalt kompetansesenter som rapporterer til Avdeling for sjeldne funksjonshemninger i Sosial- og helsedirektoratet. Senteret ble opprinnelig etablert i henhold til rundskriv I-19/2003, men ble i januar 2006 pålagt å rapportere til Sosial- og Helsedirektoratet, avdeling for sjeldne funksjonshemninger. Alle de nevnte funksjonene er lokalisert til Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Helse Nord RHF er i tillegg ansvarlig for Samisk nasjonalt kompetansesenter (SANKS). Dette senteret er etablert for økt kompetanse, tilbud og forskning innenfor psykisk helsevern til samiske pasienter. Dette senteret er etablert i Lakselv og Karasjok, og er administrativt lagt til Helse Finnmark HF. Dette nasjonale kompetansesenteret er ikke godkjent i henhold til I-19/2003, men er etablert i henhold til Opptappingsplan for psykisk helsevern.

Nærmere om den enkelte funksjon*Landsfunksjon for avansert trombocytimmunologi*

Funksjonen er tilknyttet avdeling for Immunologi og Transfusjonsmedisin ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Det er drøyt seks stillinger tilknyttet funksjonen, som sammen med tre andre forskningsmiljø i Tromsø også har fått status som toppforskningsmiljø. Dette innebærer tilførsel av ekstra midler over en treårs periode, med mulighet til ytterligere to års forlengelse.

Landsfunksjonen samarbeider tett med bl.a. immunologisk faggruppe ved Universitetet i Tromsø og andre fag- og forskningsmiljøer ved øvrige universitetssykehus i hele landet. Landsfunksjonen er aktiv i undervisning, forskning og fag- og forskningsmøter og konferanser. Mye aktivitet er knyttet til det store forskningsprosjektet ” ”Screening av gravide for NAITP”, men det er også igangsatt flere andre prosjekter de siste årene og flere er under planlegging.

Landsfunksjonen har en kapasitet som fyller behov for spisskompetanse på områder som er viktige for mange brukere av spesialisthelsetjenesten. Den store screeningundersøkelsen viser bl.a. at det kan være mulig å forutsi hvilke kvinner som vil føde barn med NAIPT på grunn av anti-HPA 1a antistoffer. Ca. 30 % av barna vil i så fall trenge transfusjon med forlidelige blodplater som øyeblikkelig hjelp etter fødsel. Bare omtrent en femtedel av disse blir riktig diagnostisert i dag. Det kan derfor være mye å hente ved å screene prospektivt, fremfor å utrede i etterkant av fødselen. Landsfunksjonen ønsker så snart forskningsresultatene er publisert å innlede en dialog med helsemyndighetene for å se om screening for NAIPT bør innføres som en del av den generelle svangerskapsomsorgen.

Kompetansesenter for påvisning av antibiotikaresistens (K-res)

Kompetansesenteret ble godkjent som nasjonalt medisinsk kompetansesenter i 2000, er organisert som egen seksjon under mikrobiologisk avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF, i nært samarbeid med Universitetet i Tromsø, og har rundt 14 årsverk.

Kompetansesenterets primære oppgaver er å etablere, utvikle og utføre nærmere definerte fenotypiske og molekulære analyser for påvisning og karakterisering av antibiotikaresistente bakterier, som en referansefunksjon for norske mikrobiologiske avdelinger. I tillegg drives nettverks/ kompetansebygging og forskning internasjonalt og nasjonalt, på enkelte områder drives forskning på høyt internasjonalt nivå.

Foruten øvrig analysevirksomhet og metodeutvikling, har etableringen av en stammebank for bakteriestammer med biokjemisk og genetisk veldefinerte resistensegenskaper vært en viktig oppgave de siste to årene. Referansestammene er gjort tilgjengelig for andre mikrobiologiske avdelinger, som kontrollstammer i Norsk overvåkningssystem for resistente mikrober (NORM) og for undervisning. Analysevirksomheten har økt i antall og bredde siste år. K-res samarbeider aktivt med blant annet med NORM, Smittevern divisjonen i Nasjonalt folkehelseinstitutt og AFA, arrangerer fagkonferanser og undervisning og driver en rekke nasjonale og internasjonale forskningsprosjekter både selvstendig og i samarbeid med andre fagmiljø i Norge og internasjonalt. Senteret arbeider aktivt for å gjøre sine aktiviteter kjent utad, bl.a. gjennom eget nettsted: www.antibiotikaresistens.no. I 2005 har senteret bl.a. vært koordinator for to nasjonale studier (forekomst og mekanismer for makroliresistens hos pneumokokker og gruppe A streptokokker, og forekomst og mekanismer for ekstandert spektrum betalaktamase (ESBL)-produksjon hos enterobacterieae). Det pågår fire prosjekter i samarbeid med øvrige norske fagmiljø, og K-res deltar i Tigecyclin-studien, som er en nordisk multisenterstudie.

Nasjonalt senter for telemedisin (NST)

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (tidligere Regionsykehuset i Tromsø) ble tildelt landsfunksjonen for telemedisin i 1993, og i 1999 fikk NST status som nasjonalt kompetansesenter for telemedisin i spesialisthelsetjenesten. NST er i dag en selvstendig avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF, med rundt 110 ansatte.

Senteret er inndelt i tre enheter: Helsetjenesteprogram, pasientprogram og kommuneprogram. I tillegg til å være nasjonalt kompetansesenter, ble NST i 2002 også utnevnt som det første samarbeidssenteret for telemedisin av Verdens Helseorganisasjon (WHO). NST har egen nettside: www.telemed.no.

Gjennom funksjon som nasjonalt kompetansesenter, samarbeidssenter for WHO, forskning og utvikling knyttet til Helse Nord's forskningsstrategier og annen oppdragsfinansiert virksomhet er NST i dag et ledende internasjonalt forsknings- og utviklingssenter som samler, produserer og formidler kunnskap om telemedisin og e-Helse. I 2003 ble finansieringen av NST lagt om, slik at senteret nå delvis finansieres med øremerkede rammetilskudd til kompetansesenterfunksjonen, regionale forskningsmidler fra Telemedisinsk forskningsutvalg/Universitetssamarbeidet i Helse Nord og andre eksterne midler.

NST's oppgaver i tilknytning til kompetansesenterfunksjonen, inkluderer blant annet å bidra til og drive forskning og fagutvikling innen fagfeltet, med oppgaver som skal følge opp og understøtte styrings/bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene. Dette innebærer at de prosjektene NST gjennomfører knyttes tett opp mot nasjonale og regionale satsingsområder innenfor spesialisthelsetjenesten og i skjæringspunktet mellom spesialisthelsetjenestene og kommunene. NST driver rådgivningsvirksomhet overfor alle helseregioner og har utgitt en rekke håndbøker, brosjyrer og annet veiledningsmateriale. Det drives også undervisning. Sammen med Universitetet i Tromsø startet NST høsten 2005 en toårig engelskspråklig master i telemedisin og e-Helse. Tromsø Telemedicine Conference har nå blitt en fast årlig internasjonal fagkonferanse for å dele kunnskap om telemedisin internasjonalt, i 2004 deltok 282 deltakere fra 25 land.

Viktige forskningstema for NST inkluderer å finne fram til telemedisinske løsninger som kan gi bedre helse, gjennom å forbedre og tilrettelegge for økt samhandling mellom helsepersonell, ulike nivå/sektorer og mellom brukerne og tjenestene. NST ser på hvilke faktorer som fremmer og hemmer effektiv utnyttelse av de mulighetene som telemedisin kan gi. Det er utviklet løsninger på en rekke områder, men en viktig utfordring er å bidra til at helsevesenet legger til rette for at telemedisinske løsninger tas enda mer i bruk i flere deler av tjenestene.

En ekstern evaluering av NST ble gjennomført i 2005. Den viktigste oppgaven her var å vurdere alternative former for eierskap og styring av NST. Gruppen har konkludert med at NST fortsatt skal eies av Universitetssykehuset Nord-Norge HF, men at det skal etableres en bredt sammensatt styringsgruppe med en styringsgruppeleder som nærmeste foresatte for daglig leder for NST.

Nevromuskulært kompetansesenter (NMK)

Seksjon under Patologisk anatomisk avdeling ved UNN har hatt landsfunksjon i diagnostikk og behandling av medfødte nevrologiske sykdommer i samarbeid med Rikshospitalet siden 1994. Denne ble i 2000 gjort om til selvstendige kompetansesentra på begge sykehus. NMK har hovedansvaret for diagnostikk på laboratoriesiden, mens Rikshospitalet har hovedansvar på den kliniske siden (pediatri spesielt). Målgruppen er pasienter med medfødte, og ofte sjeldne sykdommer. NMK har de senere årene knyttet tettere kontakt med andre kompetansesentra for sjeldne sykdommer og tilstander, blant annet gjennom Avdeling for sjeldne sykdommer i Sosial- og helsedirektoratet.

NMK's viktigste oppgaver er knyttet til diagnostisering av muskel- og nervebiopsier, i tillegg til andre kompetansesenterfunksjoner. NMK har også regional funksjon for diagnostikk på materiale fra Nevrokirurgisk avdeling og analyser på materiale fra sentralnervesystemet fra obduksjonsvirksomheten ved Patologisk anatomisk avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF. NMK driver laboratorievirksomhet knyttet til avansert diagnostikk av nevrologiske sykdommer (f. eks. muskelvev, nervevev, hud, blod, materiale fra sentralnervesystemet).

Senteret er opptatt av å ivareta helhetlig behandling av pasientene som kommer til utredning, og tilbyr klinisk utredning understøttet av laboratorieanalyser, kombinert med fysioterapi, sosionom- og ergoterapitjenester i samarbeid med aktuelle avdelinger. Informasjon og kompetansespredning prioriteres, blant annet med årlig utgivelse av informasjonsbrosjyren "Muskelsyk?" og et aktivt nettsted, www.nmk.no.

De senere årene har NMK arbeidet mye for å få etablert et landsomfattende register for pasienter med medfødte muskelsykdommer. Registeret ble godkjent av Sosial- og helsedirektoratet som Helse Nord RHF's nasjonale kvalitetsregister i 2005. Senteret er også engasjert i samarbeidsprosjekt med Patologisk anatomisk avdeling ved Regionsykehuset i Arkhangelsk.

NMK har registrert at antallet prøver er i ferd med å stagnere eller gå ned. Dette kommer sannsynligvis av at det i større grad forventes at analysene skal ivaretas av helseregionen selv. Fortsetter utviklingen, er det fare for at prøvetallet blir for lite – spesielt ved sjeldne tilstander – og kan gjøre det vanskelig å opprettholde senterets høye kompetanse. NMK anbefaler at det medisinskgenetiske miljøet i Norge blir enige om en bedre informasjonsutveksling og samordning av tilbudet. Framtidig god diagnostikk av nevrologiske sykdommer vil avhenge av godt tverrfaglig samarbeid mellom klinikk, patologi og genetik. Det er derfor viktig å styrke dette samarbeidet.

Etter Helse Nord RHF's vurdering fungerer NMK hensiktsmessig og dekker behovene på et område som hele tiden er i utvikling. Det vil som nevnt være viktig å styrke samarbeidet nasjonalt gjennom bedre samordning av tilbudet, for å sikre et hensiktsmessig analyserepertoar og prøvetall og sikre kompetansen i Norge, spesielt på sjeldne tilstander.

SANKS – Samisk nasjonalt kompetansesenter/Sámi Našuvnnalaš Gealboguovddáš

Tanken om å etablere et nasjonalt kompetansesenter som kunne ivareta og bygge opp kompetanse og forskning knyttet til samisk helsetjeneste ble lansert for mange år siden, men ble først konkretisert gjennom NOU 1995:6 om "Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge", og tatt opp i St melding 25 "Åpenhet og helhet". I Opptrappingsplan for psykisk helse ble oppdraget om å etablere et slikt kompetansesenter konkret gitt til Finnmark fylkeskommune. Behovet for et kompetansesenter for samisk psykisk helse understrekes også i Regjeringens handlingsplan 2002-2005 "Mangfold og likeverd". Samisk Nasjonalt Kompetansesenter/Sámi Našuvnnalaš Gealboguovddáš (SANKS/SÁNAG) ble godkjent 12.12.01, i forbindelse med godkjenningen av Finnmark fylkeskommunes plan for psykisk helsevern.

SANKS skal basere sin faglighet på høy generell faglig kompetanse innen spesialisthelsetjenesten, kombinert med forståelsen av det samiske samfunnet. Hovedmålet er å sikre likeverdige tjenester og god tilgjengelighet for alle grupper av samiske brukere på tvers av geografiske, språklige og kulturelle skillelinjer. Hovedoppgavene er utvikling av kliniske tjenester, forskning og utviklingsarbeid, tilby spesialistutdanning, praksisplasser og hospitering, samt undervisning og klinisk veiledning.

Institusjonene for psykisk helsevern for barn og unge i Karasjok, og for voksne i Porsanger danner basisen for kompetansesenterets virksomhet. Den kliniske virksomheten ved SANKS er nå godt etablert.

FoU-avdelingen ble opprettet 1. mai 2005. Avdelingen har ansvar for blant annet kompetanseutvikling internt, i opptaksområdet og nasjonalt. SANKS har satt av 2 millioner kroner årlig til forskning og utviklingsarbeid. I 2005 var det ni prosjekter på gang innenfor forskning og åtte prosjekter innenfor metodeutvikling. SANKS skal også drive kompetanseutvikling, videreutdanning og spesialisering innen fagfeltet psykisk helsevern, som er tilpasset behovene i den samiske befolkning. Det gis spesialistutdanning til leger, psykologer, kliniske sosionomer og praksis for andre grupper. Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk har gitt 28 undervisningstilbud i 2005, 15 av disse av nasjonal karakter, for mange forskjellige grupper. Det gis faste undervisningstilbud ved Høgskolen i Finnmark og Universitetet i Tromsø. Dessuten er der avholdt kurs og kurslederkurs i "Førstehjelp ved selvmordsfare" i 2005.

Mulige nye landsfunksjoner/kompetansesenter

Senter for inkontinens

Verken innen Helse-Nord HF eller i landet forøvrig finnes det et helhetlig tilbud til pasienter med inkontinensproblemer. Pasientgruppen er stor. Problemene for den enkelte pasient er ofte sammensatte og utrednings- og behandlingstilbud er oppsplittet mellom mange fagområder og institusjoner. Det er i dag ingen koordinert spesialistutdanning innen inkontinens for noen av helseprofesjonene. Forskningen innen inkontinensfeltet er splittet mellom de forskjellige fagmiljøene. Et senter for inkontinens vil være et grunnlag for en mer avansert forskningsmessig tilnærming både klinisk og eksperimentelt. Både pasienter og fagpersonell har derfor et behov for et avansert tverrfaglig senter som kan bidra til en koordinert og forbedret praksis. Et slikt senter vil kunne tilby utdanning for både leger, legespesialister, fysioterapeuter, sykepleiere og andre relevante faggrupper. For mange pasienter vil veiledning og opplæring være det viktigste tiltak. Et senter for inkontinens må derfor bygge opp en velfungerende pasientskole.

Fagmiljøet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF innen behandling av urininkontinens hos kvinner er blant de ledende nasjonalt. De siste ti årene har Universitetssykehuset Nord-Norge HF har vært det ledende sykehuset i Norge innen utredning og behandling av anal inkontinens. Med basis i det totale utrednings- og behandlingstilbud innen inkontinens ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF, foreslås det, fra fagmiljøet og ledelsen ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF at det etableres et tverrfaglig Senter for Inkontinens som skal tilby tjenester regionalt og nasjonalt. Et slikt senter skal tilby tjenester innen diagnostikk, pasientbehandling, utdanning av legespesialister og annet helsepersonell. Videre skal senteret drive pasientveiledning og pasientskoler. Ved senteret skal det drives forskning i samarbeid med internasjonale fagmiljø og det skal etableres et nasjonalt kvalitetsregister for behandling av inkontinens. Helse Nord har i 2006 bevilget kr. 500 000,- for å komme i gang med senteret, og administrerende direktør ser det som fornuftig å satse på en søknad fra senteret om å få landsfunksjon/nasjonalt kompetansesenterstatus for inkontinens.

Systemiske vaskulitter/Wegeners granulomatose

Systemiske vaskulitter er sjeldne, kompliserte og alvorlige tilstander som uten rett diagnose og behandling er dødelig. Det kreves mye klinisk erfaring for best mulig diagnostikk og behandling. Revmatologisk avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF har de siste 20 år opparbeidet høy internasjonal kompetanse på systemiske vaskulitter, spesielt Wegeners granulomatose, som er den hyppigste undergruppe. Avdelingen er representert i det internasjonale fagmiljø og har utarbeidet Norsk Revmatologisk Forening sine retningslinjer for behandling av systemiske vaskulitter.

Med vaskulitt menes at det foreligger en betennelse i blodkarsveggen. En slik betennelse gir hevelse i veggen og forandringer på innsiden av blodkaret slik at det dannes en blodpropp som helt eller delvis tetter til blodkaret. Avhengig av hvor stor blodåre som rammes av vaskulitt og i hvilket organ det inntreffer, vil symptomene variere, fra utslett i huden til alvorlig organsvikt og død. Med **systemisk** vaskulitt menes at sykdommen er alvorlig med alvorlig skade på flere organer.

Revmatologisk avd. ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF har i løpet av de siste 20 år utviklet høy kompetanse på behandling av systemiske vaskulitter. Det er også etablert et Nord Norsk vaskulittregister for videre oppfølging av forekomst og behandlingsresultater i Nord Norge. Registeret inneholder data på 110 vaskulitt pasienter. Avdelingen har også pasienter bosatt i andre helseregioner til behandling, og har jevnlig forespørsel fra leger i andre deler av landet når det gjelder behandling av vaskulitter.

Senter for miljøgifter og helse

Det er startet et arbeid ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF, i samarbeid med Universitetet i Tromsø og andre interessenter, for å bygge opp et Senter for miljøgifter og helse. Dette vil være unikt – både nasjonalt og internasjonalt. Helse Nord RHF har engasjert seg i dette arbeidet.

Oppsummering

Det er i saken redegjort for de fem nasjonale kompetansesentre og landsfunksjoner som er etablert i Helse Nord. Det er også redegjort for at administrerende direktør mener det er fornuftig å søke om nasjonalt kompetansesenterfunksjon for Senter for inkontinens, hvor arbeidet med etablering av senteret er i gang. Videre skisseres et mulig framtidig kompetansesenter for systemiske vaskulitter/Wegeners granulomatose ved revmatologisk avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF. De to sistnevnte vil kreve at en iverksetter søknadsprosedyrer mot departement og øvrige regionale helseforetak og universitetssykehus.

STYRESAK 33-2006/7

ARBEID MED INNTEKTSFORDELINGSMODELL – STATUS

Møtedato: 3. mai 2006

Formål/sammendrag

Det orienteres her kort om status i arbeidet med inntektsfordelings modell i Helse Nord.

Bakgrunn/fakta

Inntektene til helseforetakene er fordelt med utgangspunkt i den fylkeskommunale fordelingen. Det er senere gjort endringer knyttet til nye oppgaver, funksjonsendringer og noen vurderinger knyttet til produktivitet.

Styret for Helse Nord RHF har besluttet at det skal gjennomføres et arbeid for å utvikle en inntektsfordelingsmodell i Helse Nord.

Status

Arbeidet med å utvikle en inntektsfordelingsmodell startet høsten 2005.

Formålet med dette arbeidet er å:

- Vurdere om dagens ressursfordeling er rettferdig
- Stimulere til effektiv ressursbruk
- Sikre at ”pengene følger pasienten”
- Oppdatere inntektsfordeling ved funksjonsfordeling

Det er etablert en prosjektgruppe som består av Finn Henry Hansen, Olav Helge Førde, Tove Skjelvik og Jann-Georg Falch. Vi har inngått avtale med professor Terje P Hagen som har stått for analyser og beregninger.

Prinsipper for inntektsmodell

Forslaget til inntektsfordelingsmodell baserer seg på følgende prinsipper

- ”Sørge for ansvar” til HF
- Avgrenses i første omgang til somatikk
- Andre funksjoner som psykiatri, ambulanse, rus og pasienttransport videreføres
- Penger til avskrivninger, videreføre og utvikle dagens regime

Vi foreslår å begrense arbeidet i første omgang til å gjelde somatisk virksomhet. Fordi dette er et felt hvor det finnes økonomisk informasjon som er egnet for denne type tilnærming. Det betyr at ressurser til psykiatri, rusbehandling, pasienttransport og prehospitaltjenester (ambulanse) foreslås videreført på dagens nivå.

Rusbehandling og pasienttransport er dessuten nye oppgaver som er fordelt etter den best kjente informasjon i dag, der er det ikke behov for samme revurdering av tildelingen.

Det er likevel mange praktiske problemer med avrensning av status og utgangspunkt. Ramme er fordelt pr. formål/funksjon, (praktisk vanskelig) i tett dialog med foretakene

Pengene til somatikk fordeles etter 4 prinsipper og i to trinn.

Trinn 1, fordele penger til:

1. Særskilte funksjoner (regionfunksjoner som er rammefinansiert).
2. Aktivitetskomponent (ISF refusjon m.m.)
3. Kostnadskomponent
4. Behovskomponent

Trinn 2, korrigering for mobilitet:

Fordi all behandling ikke foregår i hjemme-HF, må det korrigeres for dette.

Kostnadskomponent:

- Erstatte i stor grad tidligere ”regionsykehustilskott” som nå er innarbeidet i rammetilskottet
- Fordelings kriterier er, turnuskandidater og assistent leger
- Forskning/undervisning
 - Fordelingskriterier, forskningspoeng doktorgrader ..
- Kostnadskrevende pasienter
 - Fordelingskriterier er langliggere
- Struktur (antall akuttinntak pr. 1000 innbygger)

Behovskomponent:

- Hovedkriteriene er knyttet til befolkning i opptaksområdet og egenskaper ved den:
 - Alderssammesetning
 - Uføregrad/sosialhjelp/antall volds anmeldelser
 - Utdanning
 - I tillegg er det kjørt simuleringer med en del andre variable som ikke har gitt signifikante utslag, (samisktalende, kyst, temperatur)

Mobilitet:

- Siden befolkningen ikke bare får tjenester fra ”eget foretak”, må det gjøres korrigeringer
- Ekstern mobilitet løses ved HF ansvar for gjestepasienter
- Korrigering for intern mobilitet (pasienter og lab/røntgen)

Status i arbeidet:

- Gjennomført beregninger
- Oppdatert datagrunnlag
- Fordelt basisramme på funksjon pr. HF i tett dialog med HF
- Kvalitetssikret grunnlag
- Testet forklaringsvariable

Foreløpige resultater av modellen viser seg å være helt i tråd med forventningene:

- Dagens ressurstildeling til somatikk er rimelig rett.
- Modellen flytter ressurser fra Nord til Sør.
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Helse Finnmark HF får en liten minus.
- Hålogalandssykehuset HF tilnærmet uendret.
- Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF skal tilføres noe ressurser.

Spenning i modellen går mellom Universitetssykehuset Nord-Norge HF og lokalsykehusene.

Videre arbeid:

- Gjennomgått saken med styringsgruppe (foretaksdirektørene), den 14. februar 2006.
- Oppdatert rapport forelå 24. februar 2006. Rapporten blir nå kvalitetssikret av forsker ved Sintef.
- Modellen med saksforelegg og beskrivelse av de valg som er gjort, sendes på høring i HF-ene, 1. mai 2006.
- Deretter blir det gjort en sammenfatning og konklusjon slik at den kan fremmes for styret i juni 2006.

Bruk av resultatet:

Det vil anbefales at modellen inngår som en del av beslutningsgrunnlaget for budsjettarbeidet. Dersom styret ønsker det, kan det fordele noen mill. allerede i budsjett 2006 (sentral buffer). Deretter vil modellen gi retning for budsjettarbeidet og dermed mer presise planrammer for 2007.

STYRESAK 33-2006/8

NASJONAL INNTEKTSFORDELING

Møtedato: 3. mai 2006

Innledning

Alle fem helseregionene står oppe i krevende økonomiske utfordringer. Dette har bl.a. ført til økt fokus på inntektsfordelingen mellom de regionale helseforetakene, med ledsagende påstand om ytterligere skjevfordeling mellom regionen. Temaet har særlig vært aktuelt i Helse Midt-Norge og Helse Vest. Siden dette er forhold som vil kunne berøre Helse Nord er det nødvendig å orientere styret om debatten og innholdet i den.

I notat datert 8.2.2006 som ble lagt frem til orientering for styret i Helse Midt-Norge RHF den 9.3.2006 sies det at "Hagen utvalget" er den offisielle fasit for fordeling av midler mellom regionale helseforetak. I notatet vises det til at "skjevfordelingen" mellom regionene er økt og det framkommer blant annet at Helse-Midt-Norge RHF får 437 mill mindre enn de skal ha, mens Helse Nord RHF får 596 mill kroner mer enn vi skal ha pr. år. "Fasit" for inntektsfordeling mellom regionene er Stortingsmelding nr. 5 (2003-2004) og Stortingets vedtak i den forbindelse.

Et annet moment er at noe av den påståtte økte skjevfordelingen skyldes innføring av full arbeidsgiveravgift i 2004 og den kompensasjonen som ble gitt i den forbindelse. Totalt fikk helseregionene 452 mill kroner i kompensasjon, hvorav Helse Nord RHF fikk 334 mill kroner. Denne kompensasjonen motsvares av tilsvarende økte utgifter i region nord. Ny kunnskap, fordeling av store beløp på siden av inntektsfordelingsmodellen, samt det at modellen er vanskelig tilgjengelig tilsier at det bør foretas en gjennomgang og oppdatering av den nasjonale fordelingsmodellen.

Bakgrunn

I 2001 gjennomføre det såkalte "Hagen utvalget" en utredning om inntektsfordeling til de regionale helseforetakene. Med bakgrunn i utredningen la Helsedepartementet frem St.Meld.nr. 5 (2003-2004). Her drøfter departementet ulike problemstillinger og ender opp med et forslag til inntektsfordeling. Denne blir behandlet og vedtatt av Stortinget. Stortingsmeldingen nr. 5 (2003-2004) er den "offisielle fasit for fordeling av penger mellom helseregionene".

I behandlingen av meldingen konkluderer Stortinget med at Helse Midt-Norge RHF har fått 92 mill kroner for lite og Helse Nord RHF har fått 52 mill kroner for mye. For at de regionene som "har fått for mye" skal få tid på seg til å redusere virksomheten har Stortinget vedtatt at denne omfordelingen skal skje over tid – fem år. I statsbudsjettene etterpå er dette redegjort for og bevilgningsmessig fulgt opp.

I statsbudsjett for 2006 viser en oppdatert inntektsfordelingsmodell (oppdatert i henhold til endringer i fordelingskriteriene, hovedsakelig knyttet til endringer i befolkning), at Helse Midt-Norge RHF skal ha tilført 134 mill kroner og at Helse Nord RHF nå har fått 74 mill kroner for mye. Av dette er Helse Midt-Norge RHF nå tilført 80 mill kroner, mens Helse Nord RHF er trukket 44 mill kroner. I den modellen, som departementet legger til grunn for sin vurdering, er det lagt inn et ”Nord-Norge tilskudd” på 214 mill kroner i 2006.

Tabell fra St. prp. Nr. 1 2005-2006 tall i mill kroner

	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord
Avvik i henhold til modell	92	219	-251	-134	74
Omfordelt 05-06	-81	-119	+163	+80	-44
Rest til omfordeling	11	100	-88	-54	30

Modellen viser at Helse Øst har de inntekter som de skal ha, mens Helse Sør og Helse Nord skal reduseres og pengene overføres til Helse Vest og Helse Midt.

Prinsipper for fordeling av penger

Intensjonen i helsereformen var å sikre alle innbyggere likt tilbud uavhengig av bostedsregion. Dette er både fulgt opp i forhold pasientrettigheter og i fordeling av penger. For eksempel har Helse Nord med ca. 10 % av befolkningen fått over 31 % av midlene til pasienttransport begrunnet med lange avstander og høye billettpriser.

Helse Nord RHF må av sin basisramme dekke ca. 40 % av kostnadene til den nasjonale luftambulansen fordi avstand gjør Helse Nord til storforbruker av luftambulanse.

For at alle innbyggerne skal få likt tilbud, må følgelig pengene fordeles ulikt mellom de ulike helseregionene. Disse momentene legger også Helse- og omsorgsdepartementet til grunn for sin fordeling av penger mellom regionene.

I et foredrag for Norsk sykehus og helsetjeneste forening, 1. desember 2005, drøftet professor Terje P. Hagen denne problemstillingen. I foredraget konkluderer han med at:

- Dagens fordeling av helsetjenester er rimelig i tråd med behovet, med noen små justeringer.
- I Helse Sør og Helse Midt-Norge er det for høyt.
- I Helse Øst og Helse Nord er det for lavt.
- Helse Vest er nøyaktig der de skal være.

En annen problemstilling er knyttet til om vi nå har informasjon/kunnskap som kan supplere den første ”Hagen utredningen” og gi nye og mer holdbare data. På det tidspunkt den ble gjennomført, ble blant annet ikke det tilbudet som gis av private avtalespesialister tatt inn i analysen på grunn av manglende relevante data. Når den første utredningen ble gjort, var slike data kun tilgjengelig på fylkesnivå noe som ikke ga grunnlag for å trekke sikre konklusjoner og ble derfor ekskludert fra analysene. Data om bruk av private avtalespesialister var først tilgjengelig på kommunenivå i 2004 og er brukt i Helse Nord RHF sitt arbeid med egen inntektsfordelingsmodell. Tilbudet fra private avtalespesialister er ikke fordelt likt over hele landet. Det er grunn til å tro at dette gir en skjevfordeling av midler til spesialisthelsetjenester på flere hundre millioner i fordel av Helse Sør og Helse Øst særlig.

I de senere arbeidene som er gjort, har en gjennomført behovsanalyser ned på kommunenivå, noe som gir et mer presist datagrunnlag. Resultatet av disse analysene gir også omfordelingsvirkninger i forhold til den opprinnelige analysen.

Fredrik Carlsen ved NTNU har (i 2005) gjennomført en analyse basert på andre prinsipper enn Hagen utvalget. Carlsen sine analyser gir betydelige omfordelingsvirkninger. Hovedkonklusjonen hans er at Nord-Norge skal beholde de inntekter de har (eller økes litt), mens Helse Øst og Helse Vest skal reduseres noe.

I departementet sin modell er det lagt inn et Nord-Norge tilskott på 214 mill kroner i budsjett 2006. Til sammenligning kan det nevnes at Nord-Norge tilskottet til de tre nordligste fylkeskommunene, som følge av helsereformen, er redusert med ca 320 mill kroner målt i 2006 kroner.

Hvilke midler skal inngå i en inntektsfordelingsmodell

Største delen av inntektene fordeles i form av basistilskottet, øremerkede midler til konkrete oppgaver og midler ut fra aktivitet (ISF, RTV, poliklinikk). I tillegg til disse ordinære tildelingene er det gitt tilsagn om eller fordelt ut flere milliarder i form av investeringstilskott til tre helseregioner. Dette er også inntekter som må inkluderes i en analyse av inntektsfordelingen.

Helse Øst -	Nye Ahus	kr 2 600 mill. kroner
Helse Sør -	Nytt kreftforskningsbygg ved Dnr	kr 640 mill. kroner
Helse Midt-Norge	Fase 1 St. Olav	kr 2 900 mill. kroner*)
Helse Midt-Norge	Fase 2 St. Olav	kr 1 240 mill. kroner
Til sammen		kr 7 380 mill kroner

*) Dette beløpet ble betalt ut som forskudd i desember 2005.

Disse milliardene, som fordeles på siden av modellen, er ment som likviditet til å finansiere investeringsutgiften, men er i realiteten forskudd på fremtidige inntekter og skal inntektsføres i takt med fremtidige avskrivninger på disse anleggene (jfr. nasjonal regnskapshåndbok for helseforetak). Som følge av at disse nye og moderne sykehusbyggene inneholder store mengder kostbart teknisk utstyr, må en videre forvente at de årlige avskrivningene i oppstartfasen minst utgjør 5 % av byggekostnaden. Det betyr i realiteten at disse tre regionene dermed har fått et forskudd som tilsvarer 370 mill kroner i økt årlig basistilskott de neste 20 år.

Det å få så store inntekter på forskudd, innebærer også en betydelig rentegevinst i forhold til de regioner som må finansiere sine investeringer med lån og egenkapital.

Dersom en skal sammenligne inntektsnivået mellom regionene må en også ta hensyn til disse store beløpene som fordeles uten for inntektsmodellen.

Sammenligning mellom Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF

Som nevnt innledningsvis er dette en problemstilling som er reist av Helse-Midt-Norge. Vi tar derfor utgangspunkt i det som i dag foreligger av kjent informasjon om inntekter og inntektsfordeling.

Som gjennomgangen ovenfor viser, foreligger det p.t. ingen annen "fasit" på rettferdig fordeling av helsekroner mellom regioner enn det som følger av Stortingets behandling av St.Meld.nr. 5 (2003-2004).

Ved å ta utgangspunkt i Helse Midt-Norge sitt notat, kan det vises at regionen allerede har fått tildelt eller har fått løfter om å få, mer penger enn det de selv har beregnet som underdekning. I notatet til styret i Helse Midt-Norge, sies det at regionen mangler 437 mill kroner. Gjennom de vedtak som er gjort i Stortinget og de løfter som er gitt, er regionen allerede tilført/ har fått løfte om en årlig inntektsøkning på **525** mill kroner, det vil si nesten 100 mill kroner mer enn de selv mener mangler. Dette skyldes:

Årlig inntektsføring av forskudd på fremtidige inntekter*)	207 mill kroner
Årlig rentegevinst av forskudd **)	124 mill kroner
Omfordeling vedtatt i St.prp. 1.	54 mill kroner
Løfte om økt bevilgning i foretaksmøte desember 2005	140 mill kroner.
Til sammen	525 mill kroner

*) I 20 år fremover

**) Beregnet ut fra 3 % rente, årlig beløp vil reduseres med ca 6 mill kroner i 20 år fremover.

Nasjonal inntektsfordelingsmodell

Dagens nasjonale inntektsfordelingsmodell er lite tilgjengelig for andre enn Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Dette gjør det vanskelig for andre å forstå den og forutse hvilke endringer som vil komme i årene fremover. I modellen tas det både distriktsmessige hensyn og hensyn til høyspesialisert medisinsk behandling. Men siden modellen ikke er tilgjengelig og transparent skapes det grunnlag for spekulasjoner og gjetninger. Det er også uklart hvordan rent modelltekniske endringer i parameter slår ut på inntektsfordelingen, eksempelvis:

- Gjennom de stadige endringene av ISF andelen er det skjedd store omfordelinger av basisrammen mellom helseregionene. Det er uklart hvordan dagens inntektsmodell håndterer disse endringene
- Hvordan vil endringer i kriterieverdiene påvirke fremtidig inntektsstrøm
- Hvordan fungerer selve overgangsordningen
- Hva legges inn i overgangsordningen og hva holdes utenfor
- Hvordan oppdateres modellen med bakgrunn i ny kunnskap?

Konklusjon

For å sikre at styre og ledelse i helseforetak fokuserer på å løse de store utfordringene i sektoren, er det nødvendig at det taes et initiativ fra HOD til å avklare hvordan en vil forholde seg til de innspill og krav som er kommet knyttet til regional inntektsfordeling.

Siden det er så stort fokus på inntektsfordelingsmodellen og resultatene av den, bør en vurdere å foreta en revisjon av modellen og oppdatere den i forhold til ny kunnskap på kritiske områder. I denne sammenheng bør en inkludere alle ressurser som fordeles i sektoren, enten det er midler som fordeles via praktiserende spesialister eller pengens fordeles som særskilte investeringstilskott. Modellen bør også eksplisitt vise de polistiske valg som ligger i modellen enten de skal ivareta distriktshensyn eller forhold knyttet til høyspesialisert medisin.

Helse Nord RHF forutsetter at det betydelige modellmessige arbeid som ble gjort i Hagen utvalget og de senere regionale analyser, bør gi et godt utgangspunkt for en oppdatering av modellen. Helse Nord RHF vil på denne bakgrunn foreslå at:

1. Det gjennomføres en revisjon av modellen. Det empiriske grunnlag for å analysere disse problemstillingene er mye bedre nå enn ved oppstart av reformen.
2. Det etableres en hurtigarbeidende arbeidsgruppe med deltakere fra HOD, RHF-ene samt de relevante helseadministrative forskningsmiljøene.
3. Dette arbeidet bør gjennomføres i et tempo som gjør det mulig å innarbeide resultatene i premissene for statsbudsjett 2007.

Saksbehandler: diverse

STYRESAK 34-2006 REFERATSAKER

Møtedato: 3. mai 2006

Vedlagt oversendes kopi av følgende:

1. Brev fra Kautokeino Arbeiderparti med uttalelse fra årsmøte, den 19. februar 2006
2. Helsesamarbeid i nordområdene – strateginotat mars 2006
3. Uttalelse fra Brukerutvalget ved Hålogalandssykehuset HF Narvik av 14. mars 2006
4. Uttalelse fra Brukerutvalget ved Helse Finnmark HF av 28. mars 2006
5. Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, den 31. mars 2006

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

Framlagte saker taes til orientering.

Bodø, den 6. april 2006

Lars Vorland
Adm. direktør

Vår dato: Vår referanse: Arkivnr:
6.4.2006
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser
Deres dato: Deres referanse:

Saksbehandler:

STYRESAK 34-2006/1

**BREV FRA KAUTOKEINO ARBEIDERPARTI MED
UTTALELSE FRA ÅRSMØTE, DEN 19. FEBRUAR 2006**

Møtedato: 3. mai 2006

Se vedlagt kopi.

Vår dato: Vår referanse: Arkivnr:
6.4.2006
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser
Deres dato: Deres referanse:

Saksbehandler:

STYRESAK 34-2006/2

**HELSESAMARBEID I NORDOMRÅDENE –
STRATEGINOTAT MARS 2006**

Møtedato: 3. mai 2006

Se vedlagt kopi.

Vår dato: Vår referanse: Arkivnr:
6.4.2006
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser
Deres dato: Deres referanse:

Saksbehandler:

STYRESAK 34-2006/3

**UTTALELSE FRA BRUKERUTVALGET VED
HÅLOGALANDSSYKEHUSET HF NARVIK AV
14. MARS 2006**

Møtedato: 3. mai 2006

Se vedlagt kopi.

Vår dato: Vår referanse: Arkivnr:
6.4.2006
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser
Deres dato: Deres referanse:

Saksbehandler:

STYRESAK 34-2006/4

**UTTALELSE FRA BRUKERUTVALGET VED
HELSE FINNMARK HF AV 28. MARS 2006**

Møtedato: 3. mai 2006

Se vedlagt kopi.

Vår dato: Vår referanse: Arkivnr:
6.4.2006
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser
Deres dato: Deres referanse:

Saksbehandler:

STYRESAK 34-2006/5

**PROTOKOLL FRA MØTE I REGIONALT
BRUKERUTVALG, DEN 31. MARS 2006**

Møtedato: 3. mai 2006

Se vedlagt kopi.

Vår dato: 6.4.2006
Vår referanse: 200600002-32 012
Arkivnr:
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser
Deres dato:
Deres referanse:

Saksbehandler: Karin Paulke, tlf. 75 51 29 36

STYRESAK 35-2006 EVENTUELT

Møtedato: 3. mai 2006