

**SAK NR 083 – 2016**  
**MÅL OG BUDSJETT 2017**

Forslag til vedtak:

**VEDTAK:**

1. Styret vedtar Mål og budsjett 2017 i samsvar med saksfremlegget. Budsjettet legger opp til et positivt resultat på 80 millioner kroner. Dette er midler som planlegges brukt til investeringer. Styret er inneforstått med at endelig resultatkrav blir fastsatt av Helse Sør-Øst i Oppdrag og bestillerdokumentet som vil foreligge primo februar 2017.
2. Styret merker seg at det er omfordelt ekstra midler til de somatiske divisjonene og at det er satt av midler som skal støtte opp under omstillingen som skal gjennomføres på kort sikt. Begge tiltakene gjennomføres for å avhjelpe en krevende økonomisk situasjon i de somatiske divisjonene i foretaket.
3. Styret forutsetter at budsjettet følges opp gjennom aktiv ledelse, risikovurderinger og risikostyring i tråd med retningslinjer fra eier. Styret forutsetter videre at det sikres god medvirkning fra ansatte og brukere.
4. Styret forventer at det arbeides løpende med tiltak for å håndtere budsjettutfordringene for 2017 på divisjonsnivå, sammen med gjennomføring av tiltak knyttet til omstilling kort sikt i tråd med vedtak i egen sak.

Brumunddal, 8. desember 2016

Morten Lang-Ree  
administrerende direktør



Sykehuset Innlandet HF:

# ► Mål og budsjett 2017



## Innhold

1	Innledning.....	6
2	Virksomhetsstatus 2016 og mål 2017 .....	6
2.1	Grunnlag.....	6
2.2	Nærmere om målene .....	7
2.3	Særskilte satsingsområder for 2017 .....	9
2.3.1	Utredning og behandling av kreft.....	10
2.3.2	Områder innenfor kreftomsorgen som vurderes styrket.....	10
2.3.3	Vaktordning MR og etablering av bedre bildediagnostiske tilbud.....	10
2.3.4	Strålebehandling.....	10
2.3.5	Kreftlegemidler og andre kostbare legemidler.....	11
2.3.6	Kvalitetsforbedrende tiltak.....	11
2.3.7	IKT (E-helse og Teknologi) .....	11
2.3.8	Samhandlingsreformen.....	13
2.3.9	Fritt behandlingsvalg.....	13
2.3.10	Framtidens laboratorier.....	14
3	De enkelte tjenesteområdene .....	15
3.1	Psykisk helsevern.....	15
3.2	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) .....	16
3.3	Somatikk.....	17
3.3.1	Somatikk – kortsiktige tiltak i ØLP-perioden .....	17
3.3.2	Desentraliserte spesialisthelsetjenester.....	18
3.4	Arbeidet med fremtidig sykehusstruktur -Idéfasen .....	18
4	Forskning.....	19
5	Virksomhetsutvikling gjennom mobilisering av medarbeidere og ledere .....	20
5.1	Styrking av ledelse.....	21
5.2	Riktig kompetanse.....	21
5.3	God ressursstyring.....	21
6	Økonomisk status 2016 og utfordringsbildet for 2017 .....	22
7	Budsjettforutsetninger 2017 .....	22
7.1	Tildeling av basisramme fra Helse Sør-Øst .....	22
7.2	Inntektsmodellen.....	24
7.3	Forslag til statsbudsjett.....	24
7.4	Inntektsrammer fra HSØ 2017 .....	30

7.5	Likviditet – renteinntekter på mellomværende med HSØ .....	30
8	Resultatbudsjett .....	31
8.1	Resultatbudsjett 2017 sammenlignet med ØLP 2017 – 2020 .....	32
8.2	Utfordringsbilde 2017 fordelt pr divisjon .....	35
8.3	Håndtering av risiko på spesielle områder .....	36
9	Aktivitetsforutsetninger og prioriteringer.....	37
9.1	Prioriteringsregelen .....	37
9.2	Somatikk – aktivitetsbudsjett .....	38
9.3	Psykisk helsevern - aktivitetsbudsjett.....	39
10	Bemanningsutvikling.....	43
11	Investeringer.....	45
11.1	Innledning .....	45
11.2	Faktisk investering .....	47
11.3	Håndtering av over- og underskudd .....	47
11.4	Tilgjengelige investeringsmidler for 2017.....	48
12	Risikovurdering av driftsbudsjettet.....	49

# 1 Innledning

Administrerende direktør legger med dette frem forslag til mål og budsjett 2017 for Sykehuset Innlandet (SI). Økonomiske rammebetingelser, aktivitetsforutsetninger og medisinsk faglige prioriteringer er de sentrale faktorene for å kunne innfri ”sørge-for ansvaret” slik dette er definert fra eier. Saken gir i tillegg en vurdering av det økonomiske handlingsrommet knyttet til investeringer.

Denne saken er basert på styrets vedtak i styresak 040-2016 Økonomisk langtidspan 2017 - 2020 og Helse Sør-Øst RHF (HSØ) sin styresak 085-2016.

Føringene for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet ligger i den regionale strategien for 2014-2017, det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet og satsningen på å virkeliggjøre pasientens helsetjeneste ved å bedre tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester. Som mål for det kontinuerlige arbeidet med å øke pasientsikkerheten, har Helse Sør-Øst konkretisert fem områder for planperioden:

1. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd
2. Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent
3. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning
4. Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet
5. Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer

Budsjettet legger opp til et positivt resultat på 80 millioner kroner. Det positive resultatet skal brukes til nødvendige investeringer. Et resultat på 80 millioner kroner tilsvarer resultatkravet for 2017 i henhold til ØLP 2017-2020. 80 millioner kroner utgjør 0,9 prosent av budsjetterte driftsinntekter. Administrerende direktør mener den økonomiske situasjonen er krevende og det fremlagte budsjettet vil medføre omstillinger, effektivisering og driftstilpasninger for å kunne realiseres. Det budsjetterte resultatet for 2017 er ikke bærekraftig over tid. Administrerende direktør ønsker likevel ikke å legge resultatet høyere for 2017 for å ha en større sikkerhet for at resultatene nås. Det må iverksettes omstillingstiltak i de somatiske divisjonene i 2017 som vil medføre økte kostnader en periode. Det vil ta noe tid før foretaket får økonomiske effekter av de planlagte omstillingstiltakene. Denne situasjonen gjør budsjettarbeidet for 2017 krevende.

Sykehuset Innlandet skal i budsjettåret 2017 vedta ny sykehusstruktur for foretaket. Innstilling til framtidig struktur (idéfaserapport) ble behandlet av styret i november 2016. Styret besluttet i sak 077-2016 å sende dokumentet på høring i første halvdel av 2017. Det er planlagt at styret i Sykehuset Innlandet skal fatte sin beslutning om framtidig sykehusstruktur høsten 2017.

## 2 Virksomhetsstatus 2016 og mål 2017

### 2.1 Grunnlag

Dette kapittelet omhandler status for virksomheten i 2016 og de faglige målene for 2017. Oppdrag- og bestillingsdokumentet (OBD) for 2017 fra Helse Sør- Øst vil kunne påvirke mål og prioriteringer. I og med at OBD ikke vil foreligge før i januar/februar 2017, vil en måtte komme tilbake med eventuelle justeringer av mål og prioriteringer som følge av føringer i OBD. I ØLP 2017-2020 var resultatkravet til Sykehuset Innlandet satt til 80 millioner kroner for 2017. Dette er opprettholdt i budsjettet for 2017. Endelig resultatkrav kommer i OBD, og kan medføre endringer i forhold til budsjettert årsresultat.

## 2.2 Nærmere om målene

### 1. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

Arbeidet med å redusere ventetider og hindre fristbrudd har vært fulgt opp kontinuerlig gjennom 2016, med konkretisering av tiltak for å bedre planlegging, oppfølging og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i poliklinikkene. Foretaket startet tidlig med å forberede innføring av ny pasient- og brukerrettighetslov. Dette arbeidet ga seg utslag i bedre kontroll blant annet gjennom sommerferieavviklingen enn tidligere år.

Det er et mål at gjennomsnittlig ventetid fra henvisning til start av helsehjelp skal være under 65 dager. Samlet gjennomsnittlig ventetid i 2016 for SI var 54 dager (interne tall per 19. november). Dette er en betydelig nedgang fra tidligere, tilsvarende tall for 2015 var 63,5, noe som viser at tiltakene rundt dette arbeidet gir gode resultater. Det arbeides fortsatt målrettet med å forbedre tilgjengeligheten av sykehustjenestene. Innenfor noen områder har det vært utfordrende og en del pasienter har ventet på helsehjelp mer enn et år. Dette gjelder innenfor kjevekirurgi og øyefaget. Ved inngangen til året var det 186 langtidsventende. Antallet er redusert til 91 etter oktober måned. Dette er oppnådd selv om det har vært store kapasitetsutfordringer innenfor øye og kjevekirurgi med vakante spesialiststillinger.

Det er et uttrykt helsepolitisk mål at ingen pasienter skal oppleve brudd på fristen som er satt for å starte helsehjelp. Gjennomsnittlig andel fristbrudd i 2016 til og med 19. november var 1,1 prosent (interne tall). Det har vært en positiv utvikling fra tidligere år, fra 4,6 prosent i 2012 til 2,8 prosent i 2013 og 2014 og 2,0 prosent i 2015. Også for fristbrudd ser en resultater av bedre planlegging og kontinuerlig målrettet arbeid, men på grunn av kapasitetsproblemene innenfor spesielt øyefaget har andel fristbrudd hatt en negativ utvikling gjennom året (0,65 prosent i januar og 1,51 prosent i oktober). De aller fleste pasientene får startet sin helsehjelp i løpet av to uker etter frist. For øyepasienter er det ca. 170 som er meldt til HELFO for å finne helsehjelp hos private tilbydere. Utviklingen følges kontinuerlig ved hjelp av overvåkning av kommende fristbrudd og månedlige rapporter.

### 2. Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent

Omfang og utvikling av sykehusinfeksjoner følges opp systematisk ved to ulike metoder:

Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS) ved Folkehelseinstituttet gir en nasjonal oversikt over noen utvalgte helsetjenesteassosierte infeksjoner.

Insidensundersøkelser, det vil si løpende registrering av infeksjoner ved fire utvalgte operasjonstyper, har foregått siden 2005. For SI gjelder dette galleoperasjoner, innsetting av total- og hemiprotoser i hofteledd, keisersnitt og inngrep på tykktarm. Resultatene fra målingene publiseres som del av de nasjonale kvalitetsindikatorene. Siste resultater fra 1. tertial 2016 viste en forekomst av postoperative infeksjoner etter galleoperasjon på 4,7 prosent, etter keisersnitt 4,2 prosent og etter total hofteprotese på 1,9 prosent.

Prevalensundersøkelser har blitt gjennomført fire ganger i året siden 1999. Siste prevalensmåling, 4. kvartal 2016, viste en totalprevalens av infeksjoner på 5,9 prosent med postoperative sårinfeksjoner (5,2 prosent) og nedre luftveisinfeksjoner (2,4 prosent) som de hyppigste. Ingen av målingene de tre siste årene har vært under 3 prosent.

Myndighetene har laget en handlingsplan mot antibiotikaresistens der målet er å redusere totalforbruket av antibiotika med 30 prosent innen 2020 sammenliknet med 2012 tall. Bakgrunnen for dette er en stadig

økning av antibiotikaresistens blant sykdomsfremkallende mikrober. Overvåkingen av infeksjoner og styrt bruk av bredspektret antibiotika blir forsterket i 2017.

### **3. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning**

Det er et mål at pasientene skal få direkte time sammen med bekreftelse på mottatt henvisning i spesialisthelsetjenesten. Gjennom hele 2016 har andelen av direkte time ligget på rundt 85 prosent. Dette er en økning fra 2015 og økningen kom umiddelbart etter innføring av ny pasient- og brukerrettighetslov 1. november 2015. I tråd med den nye loven skal alle pasienter ha direkte time hvis fristen for start av helsehjelp er vurdert til inntil fire måneder fram i tid. Når fristen for helsehjelp blir satt til mer enn fire måneder, skal pasienten i første brev vite hvilken uke helsehjelp vil bli gitt. Det betinger en lengre planleggingshorisont og den positive utviklingen tyder på at avdelingene har fått dette til. Utviklingen av indikatoren følges opp månedlig gjennom overvåkningsrutiner for det pasientadministrative arbeidet.

### **4. Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet**

Medarbeiderundersøkelsen, som ble gjennomført også denne høsten, er et lederverktøy for systematisk arbeid med utvikling av egen virksomhet.

Det legges opp til prosesser for oppfølging av undersøkelsen i alle enheter. Det gjennomføres avdelingsvise tilbakemeldingsmøter hvor det utarbeides tiltaksplaner med forbedrings- og bevaringsområder. Samtlige divisjoner har en kontaktperson i HR-avdelingen som kan bistå leder i oppfølgingsarbeidet.

Oppfølgingsarbeidet blir ivaretatt i divisjonene, og oppfølging av medarbeiderundersøkelsen er tema i HAMU og i de divisjonsvise AMU-ene. Målet følges også opp i oppfølgingsmøter mellom administrerende direktør og divisjonsdirektørene, og det er satt krav i den enkelte linjeleders lederavtale om oppfølging av medarbeiderundersøkelsen.

I 2016 har 71 prosent av medarbeiderne svart på undersøkelsen. Av disse har 57 prosent svart at de har vært involvert i oppfølgingen av forrige medarbeiderundersøkelse.

I 2017 vil medarbeiderundersøkelsen bli slått sammen med pasientsikkerhetskulturundersøkelsen i pasientsikkerhetsprogrammet.

### **5. Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer**

Målet er knyttet til foretakets samlede økonomiske utvikling. Foretaket har i sak nr. 040 - 2016 ØLP 2017-2020 beregnet et innsparingsbehov over perioden 2017-2020 på ca. 440 millioner kroner. Det er lagt opp til at det årlig skal frigjøres midler til investeringer ved et resultatkrav økende fra 80 millioner kroner i 2017 til 150 millioner kr i 2020. Dette gjøres for å sikre nødvendig handlingsrom for fremtidige investeringer.

Den negative økonomiske utviklingen i 2016 gir større utfordring i 2017 enn antatt da ØLP 2017-2020 ble vedtatt i mai 2016. Resultatet i 2016 gir dårligere inngangsfart i 2017 enn opprinnelig budsjettet. SI opprettholder resultatkravet på 80 millioner kroner selv om dette vil bli meget krevende. Det ventes besparelser knyttet til omstilling kort sikt i 2017, men det er usikkert om hvor stort omfanget av dette blir i det første året i omstillingsarbeidet. Selv om det legges frem et saldert budsjettforslag på foretaksnivå overfor



styret, arbeides det fortsatt med tiltak ved enkelte divisjoner. Dette arbeidet vil bli intensivert slik at alle divisjoner har salderte budsjetter ved inngangen til 2017.

### 2.3 Særskilte satsingsområder for 2017

Styret i SI har definert fire områder innenfor kvalitet og pasientsikkerhet som de ønsker å følge spesielt opp i planperioden: *Fristbrudd og ventetider, pakkeforløp for kreft, pasientsikkerhetsprogrammet og uønskede hendelser.*

*Fristbrudd og ventetider* er fulgt opp i månedlig og tertialvis virksomhetsrapportering, og det pasientadministrative arbeidet inngår som eget punkt i risikovurderingene ved ledelsens gjennomgåelse (LGG) i foretaket. For ventetider har det, med unntak av perioden rundt sommerferieavviklingen, vært en positiv utvikling også gjennom 2016. Når det gjelder fristbrudd viser dette noen svingninger, først en nedgang i begynnelsen av året og deretter en økning til omtrent samme nivå som 2015. Økningen gjennom året skyldes i all hovedsak utfordringer innenfor fagområdet øyesykdommer og mangel på spesialister. Dette ser nå ut til å finne en løsning og det forventes derfor en nedgang i fristbrudd utover i 2017. Fra dette fagområdet er det meldt en god del (170) fristbrudd til HELFO siden denne ordningen trådte i kraft 1. november 2015. Av pasientene som meldes som fristbrudd ser vi at det er ca. 22 prosent som takker ja til tilbud fra HELFO. Som et ledd i å unngå fristbrudd og gi god helsehjelp til pasientene innen fastsatt frist, er det laget rutiner for å sikre at kapasitet internt i foretaket utnyttes.

Det var en gradvis innføring av *pakkeforløp for i alt 28 kreftformer* gjennom 2015. Målet er at 70 prosent av pasienter med en kreftdiagnose skal være inne i et standardisert pakkeforløp med tidsfrister fra henvisning med mistanke om kreft til oppstart av behandling. Av de som er inne i et slikt forløp, skal 70 prosent ha startet behandlingen innenfor anbefalt forløpstid. Fristene i pakkeforløpene for kreft er ikke juridisk bindende slik som fristene i pasientrettighetsloven. SI har etter innføringen i 2015 hatt kontinuerlig fokus på dette og blant annet gjennomført sentrale samlinger for forløpskoordinatorer for alle kreftforløp i foretaket. For de fleste kreftformene er det gode resultater også i 2016 og avdelingene bruker mye ressurser på å følge opp kravene og få til en god pasientflyt for disse pasientene. Ut fra de totale ventetidene ser det ikke ut til å ha gått utover andre pasientgrupper. Det er dog fortsatt noen kapasitetsutfordringer innenfor patologi, endoskopi og radiologi, og for pasienter som får deler av behandlingen utført på regionalt nivå. Utviklingen følges videre, spesielt på de områdene man ser det er utfordringer, for å sikre god ivaretagelse av denne pasientgruppen i hele foretaket.

*Pasientsikkerhetsprogrammet 2014 – 2018* vil i løpet av 2017 innføre tre nye innsatsområder og vil totalt få 13 innsatsområder. Nye innsatsområder vil være *Tidlig identifisering av kritiske sykdom, Tidlig oppdagelse av sepsis og Ernæring*. Innføringen av disse viktige innsatsområdene vil kreve involvering av tverrfaglige team fra de ulike divisjonene. Fra høsten 2016 er det startet oppfølging av forbedringstiltak med forbedringstavler. Dette gir enhetene mulighet til å følge måloppnåelse av iverksatte tiltak og eventuelt korrigere kursen. SI har siden 2015 hatt et pilotprosjekt med elektroniske tavler. I forbindelse med evaluering av pilotene og en beslutning om eventuell utbredelse av elektronisk løsning, vil det være behov for å investere i utstyr og inngå avtaler om forvaltning og drift av løsningen.

Det er satt i gang et arbeid i Sykehuset Innlandet med å utvikle et *helhetlig kvalitetssystem* basert på tilgjengelige løsninger levert av firmaet Datakvalitet AS. Funksjonalitet i dagens kvalitetssystem levert fra Datakvalitet AS er videreført og i 2016 har fokus vært på utvikling av nytt forbedringssystem for å melde uønskede hendelser integrert med kvalitetssystemet. Den nye løsningen gir bedre muligheter for å analysere og følge opp utvikling og trender som grunnlag for læring. Fra januar 2017 vil det nye forbedringssystemet innføres. Dette er et viktig tiltak for å bidra til registrering og læring av *uønskede hendelser* i foretaket slik at senere pasienter ikke påføres unødig skade. Økt fokus på ledelsesmessig oppfølging vil bli vektlagt under innføring av systemet.

### 2.3.1 Utredning og behandling av kreft

I den nasjonale kreftstrategien 2013-2017 «Sammen - mot kreft» ble fem hovedmålområder definert:

1. En mer brukerorientert kreftomsorg.
2. Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp.
3. Norge skal bli et foregangsland for kreftforebygging.
4. Flere skal overleve og leve lenger med kreft.
5. Best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende.

### 2.3.2 Områder innenfor kreftomsorgen som vurderes styrket

SI har i dag få spesialister innen kreftomsorgen, både legespesialister og kreftsykepleiere. For å håndtere den økende pasientgruppen innenfor kreft, må en være forberedt på å styrke kreftområdet når det gjelder utredning, behandling, koordinering og smertelindring i årene fremover. Dette vil være knyttet til utdanning og rekruttering av onkologer (kreftleger), stråleonkologer, stråleterapeuter, patologer, kreftsykepleiere og kreftkoordinatorer. Utgifter til kostbare legemidler til kreftbehandling forventes også å øke vesentlig.

### 2.3.3 Vaktordning MR og etablering av bedre bildediagnostiske tilbud

Rask tilgang på MR-scanning (magnetic resonans imaging) er viktig for å kunne stille riktig diagnose, spesielt innenfor en del nevrologiske tilstander. Dette gjelder særlig ved spørsmål om hjernesvulst og ved akutt oppståtte lammelser.

SI har ikke etablert vaktlinje for MR-scanning på kveld, natt og helg. Det vil bli vurdert å opprette en slik vaktordning, alternativt kjøp av vaktjenester fra private eller andre foretak når tilgang på spesialister og økonomisk handlingsrom bedres.

I 2016 ble det etablert et mobilt PET-tilbud i foretaket, med utgangspunkt i de nukleærmedisinske avdelinger på Elverum og Lillehammer. PET/CT er den fremste og mest avanserte bildediagnostiske undersøkelsesmetoden som finnes i dag. Bilder fra PET-skanning avdekker aktivitetsnivå i cellene. Kreftceller er mer aktive enn andre celler, derfor kan PET-scanning skille ut kreftceller. Dette tilbudet ble tidligere gitt på OUS. SI fikk 0,3 millioner kroner til dette i 2016 og ytterligere 1,1 millioner kroner i 2017 fra HSØ. Foretaket ivaretar nå ca. halvparten av disse undersøkelsene lokalt etter etablering av PET-tilbud i Innlandet. Tilbudet videreføres i 2017 med et tilskudd på 1,4 millioner kroner. (Se dokumentet kapittel 7.3 Forslag til statsbudsjett).

### 2.3.4 Strålebehandling

I føringer fra Helse Sør-Øst om å styrke strålebehandlingen i foretaksgruppa, er helseforetakene pålagt å ha en plan for å øke tilgjengelighet og henvisning til stråleterapi for kreftpasienter i eget sykehusområde.

I styremøtet 04-2016, vedtok styret virksomhetsoverdragelse av Stråleterapienheten fra Oslo Universitets-sykehus til Sykehuset Innlandet, divisjon Gjøvik fra 1. januar 2016. Videre ba styret om at ressursgrunnla-

get for strålevirksomheten etter virksomhetsoverdragelsen ble vurdert i forbindelse med økonomisk langtidsplan for 2016-2019. De to strålemaskinene som er lokalisert på Gjøvik, er nå skiftet ut. Enheten sliter fortsatt med rekruttering av fagfolk til stråleenheten, og dette har blant annet medført økte ventetider for palliativ strålebehandling.

Helse Sør-Øst har gjennomført en regional utredning for å se på strålekapasiteten i foretaksgruppa kommende år.

### **2.3.5 Kreftlegemidler og andre kostbare legemidler**

I 2015 hadde SI et forbruk på ca. 400 millioner kroner i legemidler. Av dette utgjør LAR behandling (legemiddel assistert rehabilitering) ca. 21 millioner kroner.

Legemidlene kjøpes inn ved hjelp av nasjonale anbud LIS (legemiddelinnkjøp i sykehus) og SI oppnådde i 2015 en rabatt på 106 millioner kroner. Denne rabatten gjør det mulig å behandle flere pasienter til en lavere pris i enkelte fagområder.

Medikamenter til avdelingene utgjorde i 2015 ca. 204 millioner kroner. 50 prosent av kostnadene er legemidler til kreft og immunstimulerende behandling. En sterkt økende medikamentutgift for sykehusene er medikamenter som gis hjemme, men som finansieres av spesialisthelsetjenesten, såkalte H-resepter (kreft, MS, tarmsykdommer, revmatiske sykdommer, hepatitt C m. flere). I 2015 utgjorde dette 193 millioner kroner. Det forventes at summen vil øke sterkt i årene framover. I 2016 er en rekke nye medikamenter sykehusfinansiert og SI fikk overført 97 millioner kroner for dekning av disse utgifter. De fleste medikamenter vil få en prisreduksjon de neste årene, men mange nye dyre medikamenter blir innført slik at total-kostnadene blir høyere. Finansiering av utgiftene i 2017 omtales under kapittel 8.1 Resultatbudsjett.

### **2.3.6 Kvalitetsforbedrende tiltak**

Sykehuset innlandet scorer høyt på mange nasjonale kvalitetsmålinger. Enkelte sykehus i foretaket har ikke hatt tilfredsstillende resultater på kvalitetsindikatoren 30 dagers overlevelse. I 2016 ble det gjennomført en mortalitetsundersøkelse ved Kongsvinger sykehus som viste flere forbedringsområder. Divisjonen har iverksatt flere tiltak og oppfølging av tiltakene viser god etterlevelse. For å sikre pasientkvalitet og pasientsikkerhet, er det også nødvendig å øke andelen av spesialister i divisjon Kongsvinger. Det er startet et arbeid med å rekruttere spesialister fra foretaket til en vikarstafett i seks måneder. I løpet av 2017 vil mortalitetsundersøkelsen bli gjennomført i flere divisjoner. Det vil bli lagt større vekt på å følge risiko og trender i kvalitetsmålingene og iverksette tiltak på områder hvor nivået ikke er tilfredsstillende eller variasjonen er for stor.

### **2.3.7 IKT (E-helse og Teknologi)**

#### **Regional standardisering og konsolidering**

Det regionale arbeidet med standardisering av arbeidsprosesser og teknologi vil fortsette med stor kraft i 2017.

Nytt regionalt radiologisystem (PACS/RIS) ble i oktober 2016 innført i SI som det første foretaket i helse-regionen. Dette arbeidet vil bli videreført med tilpasning av systemet, retting av feil og innføring av mer funksjonalitet i 2017. Det er avdekket flere alvorlige feil som skal rettes i 2016, noen av feilene kan gå ut over pasientsikkerhet og kompenserende tiltak er innført. Situasjonen er krevende for avdelingene, ekstra midler er tilført og det er tett oppfølging. Prosjektet er i en tre måneders godkjenningsperiode frem til 23.12.16. Denne perioden kan bli utvidet. Situasjonen har høy fokus både i ledelsen i SI og i HSØ og følges tett opp. Det er i områdeplanen for IKT 2017 – 2021 foreslått å ha et lokalt etterprosjekt med økonomiske midler i 2017 som skal bidra til bedre bruk og effekt av nytt radiologisystem.

Felles regionalt teknologisk løft innebærer stor satsing både på standardisering av datasystemene og bruken av dem, samt den teknologiske infrastrukturen. Datasystemene vil først bli standardisert, deretter konsolidert i en felles regional database. Dette er steg på veien mot det nasjonale målet: «Én innbygger – Én journal». Stabsområde Helse vil avgi betydelige ressurser til dette regionale fellesløftet i 2017.

Nasjonale og regionale strategier er førende for regional standardisering og konsolidering. Regionale prosjekter som får virkning for SI i 2017:

- Videreføring av regional pilot for radiologisystem (PACS/RIS)
- Regional standardisering av elektronisk pasientjournal (Dips)
- Oppstart arbeid med medikamentell kreftbehandling (MKB)
- Videreføring av interaktiv henvisning/rekvisisjon (IHR)
- Dataoverføring av laboratoriedata mellom helseforetak
- Etablere nye elektroniske meldinger til primær- og kommunehelsetjenesten
- Etablere pasienttjenester via portalen helsenorge.no
- System for beregning av kostnad pr pasient (KPP)
- Etablere tilgang på GAT via internett

Det vil også i 2017 være store aktiviteter relatert til eksternt strategisk teknologi partner som sammen med Sykehuspartner skal implementere og utvikle en moderne og felles IKT infrastruktur i foretaksgruppen.

### **Lokale utviklings- og forvaltningsprosjekt**

Sykehuset Innlandet har en rekke IKT systemer som trenger videre utvikling og forvaltning for å kunne benyttes effektivt i organisasjonen. Samtidig er det også viktig at helseforetaket kan utvikle og ta i bruk løsninger der det er enkelt å hente ut gevinster, herunder også teknologiske innovasjonsløsninger. Det er identifisert stort gevinstpotensial ved å legge om brevsystemene slik at brev som sendes fra Sykehuset Innlandet bruker digitale postkasser der dette er mulig. Sammen med Vestre Viken HF har SI tatt initiativ til at dette gjøres mulig gjennom felles regionale investeringer. Dette er del av Serviceprosjekt som er etablert av divisjon Eiendom og internservice.

Lokale tiltak og prosjekt:

- Etablere system for styring av portørtjenesten (JobAgent)
- Tilpassing av nye laboratorieinstrumenter
- Sporingssystem for sterilsentral
- ID-kontroll ved blodoverføringer
- Etablere ny refusjonsordning for laboratorietjenester
- Etablere ny plattform for lagring av EKG-data
- Videreutvikle elektroniske tavler for tverrfaglige møter i klinikken

- Etablere interne- og eksterne elektroniske svar fra patologiesystemet
- Etablere administrasjonssystem for evaluering av studenter (samarbeid SI/NTNU)
- Etablere nasjonalt støttesystem for administrasjon av LIS-utdanning
- Etablere nytt FDV-system for medisinteknisk avdeling (Medusa/MTA)
- Videreutvikle «MinSide»/Intranett
- Videreutvikle kvalitetssystem
- Etablere elektronisk pasientservice løsninger
- Etablere pasienttjenester via Helsenorge-plattformen

Det vises for øvrig til Områdeplan IKT 2017 – 2021 som legges frem til styrebehandling 15. desember 2016.

### 2.3.8 Samhandlingsreformen

Målet med samhandlingsreformen er at alle innbyggere skal ha et helhetlig og sammenhengende helsetilbud av høy kvalitet, gitt på rett behandlingsnivå og som er tilpasset den enkeltes behov. Dette krever godt samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. I 2016 ble tilbud om kommunale akutt døgnenger somatikk (KAD-plasser) etablert som et ordinært tilbud i alle kommunene i Hedmark og Oppland. SI og kommunene har utarbeidet tilleggsavtaler om dette samarbeidet. Det er også igangsatt et arbeid med å evaluere bruken av disse plassene ved hjelp av prosjektmidler fra Helse Sør-Øst.

I siste del av 2016 legges det opp til å utarbeide en samarbeidsavtale med kommunene om kommunale akutt døgnenger i psykiske helsevern og rus. I første rekke vil partene prøve å komme til enighet om hvilke pasienter som skal ivaretas av det kommunale tilbudet og spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor disse pasientene.

En viktig del av samhandlingsreformen er samarbeidet mellom legene i spesialisthelsetjenesten og fastlegene i kommunene. SI har knyttet til seg fem fastleger i 20 prosent deltidsstillinger (praksiskonsulenter) der en av dem koordinerer arbeidet. Dette er en viktig gruppe for å få til endringer for blant annet innleggelsesrutiner, gode pasientforløp og kreftforløp. Praksiskonsulentene er også bindeleddet mellom SI og fastlegene når det gjelder utvikling av IKT.

Ressurssenter for pasient og pårørendeopplæring (RPPO) er en viktig samspillsfaktor når det gjelder pasient og pårørendes kunnskap og kjennskap til egen sykdom. I samarbeidet mellom pasient, pårørende, kommune og spesialisthelsetjeneste er de en viktig pådriver til å gi pasientene et bedre liv ved å mestre sin egen sykdom. RPPO har også ansvar for opplæring av ansatte i helsepedagogikk.

### 2.3.9 Fritt behandlingsvalg

Retten til fritt behandlingsvalg ble innført 1.11.2015 og er en erstatning og en utvidelse av den tidligere ordningen med rett til fritt sykehusvalg. Denne ordningen tilrettelegger for at flere private behandlingssteder kan behandle pasienter til en fastsatt pris. Helsehjelpen betales av det offentlige via en oppgjørsordning mellom HELFO og de regionale helseforetakene. Dette gir økt konkurranse og flere valgmuligheter for pasienten og skal føre til kortere ventetider.

På informasjonstjenesten «Velg behandlingssted» finnes en oppdatert oversikt over ventetider og hvilke behandlingssteder som er godkjent av HELFO. I SI er det utarbeidet en prosedyre som skal bidra til å

ivareta utnyttelse av intern kapasitet og sikre at tjenesten fritt behandlingsvalg benyttes før eventuelle fristbrudd meldes HELFO. Etter hvert som rettigheten til fritt behandlingsvalg blir mer kjent i befolkningen, vil pasienter sannsynligvis benytte seg av alternative behandlingssteder på fagområder som er sårbare for fristbrudd på grunn av manglende kapasitet. Kostnadene til ordningen er overført i basis fra HSØ, men det er særlig knyttet usikkerhet til fremtidig bruk av private behandlingstilbud og eventuell økning i gjestepasientkostnader. Finansiering i 2017 er omtalt under kapittel 8.1 Resultatbudsjett i eget avsnitt.

### **2.3.10 Framtidens laboratorier**

Laboratoriemedisin bidrar i dag med analysesvar som underlag til ca. 80 prosent av alle beslutninger som blir tatt innen diagnostisering, oppfølging og behandling av pasienter. Et effektivt og velfungerende laboratorium er derfor et viktig fundament for å sikre gode pasientforløp og effektiv drift i sykehusene. Dagens utstyr innen kategorien analyseapparater og laboratorieutstyr har en gjennomsnittsalder på 13,3 år og flere utstyrsenheter er nær havari. Samtidig har økningen i antall analyser for laboratoriemedisin i SI vært på 55 prosent fra 2008 slik at vi står overfor kapasitetsutfordringer både på instrumenter og personell for å utføre arbeidet. Nye teknologiske løsninger gir muligheter for nye typer analyser, bedre ivaretagelse av pasientsikkerhet og enda mere effektiv og sikker drift.

SI ved divisjon Medisinsk service har derfor startet prosjektet Framtidens laboratorier for å anskaffe nytt utstyr til laboratorier ved alle sykehusene, og tilpasse driften til ny teknologi og rammer i et 10 års perspektiv. God og forbedret service til klinikken tilpasset drift ved de enkelte sykehus er et viktig ledd i å bidra til likeverdige helsetjenester for befolkningen i Innlandet.

Det gjennomføres en konkurransepreget dialog med flere leverandører etter en prekvalifisering. Videre arbeid skal utrede konkret modell for arbeidsfordeling, utstyrs behov, tilpasning innen IKT og bygg og arbeidsflyt. Anskaffelsen tenkes finansiert via finansiell leasing der divisjonen tilbakebetaler investeringen i utstyrets levetid via gevinstrealisering i prosjektet. Dette vil bli fremmet i egen styresak i januar 2017. Målet med prosjektet er å sikre rett prøve til rett pasient til rett tid og rett kostnad i tett samarbeid med klinikken.

## 3 De enkelte tjenesteområdene

Prioriteringsregelen gjelder også for 2017. Det vil si at veksten innen psykisk helsevern og rus skal være større enn innenfor somatikk. Dette gjelder aktivitet knyttet til poliklinisk behandling, bemanning og kostnadsutvikling. Ventetidene skal reduseres mer innen psykisk helsevern og rus enn innenfor somatikk.

### 3.1 Psykisk helsevern

Divisjon Psykisk helsevern går et utfordrende år i møte. Divisjonen vil, innenfor de rammene den har fått tildelt, opprettholde fokus på kapasitet og tilgjengelighet i døgn- og polikliniske- avdelinger, kvalitet i behandlingen samt ressursutnyttelse. Foretaket jobber målrettet med at prioriteringsregelen skal oppfylles.

Budsjettreduksjon 2016 innebar reduksjon av 16 døgnplasser på enheter for akutt og psykosebehandling og tilsvarende nedtak av personell. Konsekvenser av denne reduksjonen er høyt belegg på gjenværende enheter og utfordringer med tilgang på vikarer.

Faglige og politiske føringer med tanke på hvordan tjenestene skal leveres, tilsier økt ambulant virksomhet. Finansieringen av divisjonen peker dog motsatt ved å favorisere stasjonær behandling i egne lokaler. Divisjonen må derfor balansere sin drift mellom faglighet og finansiering, samtidig som effektene av ØLP 2017-2020 må håndteres.

Økonomisk langtidsplan medfører en reduksjon i rammene til divisjonen på ca. 60 millioner kroner i fireårsperioden. I tillegg har divisjonen utfordringer med interne kostnadsøkninger. Derfor må innholdet av tjenestene som divisjonen leverer reduseres. I 2017 vil dette skje gjennom avvikling av 23 døgnplasser innen voksenpsykiatri. 16 av disse døgnplassene reduseres ved at «Fekjær psykiatriske senter» inngår avtale med Helse Sør-Øst og driftsavtale med SI opphører.

I takt med reduksjon av antall sengeposter/døgnplasser, har divisjonen satset på å opprette ambulante tjenester og andre polikliniske tilbud og på utviklingen av samhandlingstiltak med kommunene. Forpliktende samarbeidsavtaler er inngått med alle kommunene i Innlandet. Konsekvensene av ØLP og nåværende finansiering gjennom refusjon for ambulant og rådgivende virksomhet, innebærer at divisjonen fortsatt vil dreie noe av virksomheten i retning ordinær, stasjonær poliklinisk virksomhet, og mindre til tiltak rettet mot grupper med sammensatte og komplekse behov.

Divisjonen vil i større grad være avhengig av at de enkelte kommunale tilbud har kompetanse og kapasitet nok til å utføre sine pålagte oppgaver. Dette gjelder for tilbud både til barn, unge og voksne innen rus og psykiatri.

Tilstrekkelig tilgang på spesialister er en forutsetning for å tilby god spesialisthelsetjeneste. I denne sammenheng dreier det seg først og fremst om psykiatere og psykologspesialister. I de kommende årene vil divisjon Psykisk helsevern fortsette å vektlegge styrking av fagmiljøet for leger og psykologer. Divisjonen har laget en handlingsplan for rekruttering av spesialister, samt ser på muligheter for rekruttering fra Europa i samarbeid med NAV. Men inntil dette har gitt resultater, må avdelingene bruke innleide spesialister fra vikarbyrå.

Divisjonen arbeider intensivt med å øke produktiviteten i poliklinikkene. Med avvikling av ytterligere 23 døgnplasser i voksenpsykiatri er det grunn til å vente økt behov for polikliniske tjenester da gjennomsnittlig liggetid hos frivillige innlagte pasienter må reduseres, noe som også kan føre til økt andel reinnleggelses.

## 3.2 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

TSB skal fortsatt være et prioritert satsingsområde. I henhold til Prop. 1S videreføres regelen om at TSB skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk. De økonomiske rammene for dette område påvirkes av reduserte gjestepasientinntekter, samt en reduksjon i de økonomiske rammene. Poliklinisk aktivitet innen TSB er på regionalt nivå anslått å øke også i 2017.

Behandlingstilbudet til gravide rusmiddelmisbrukere ble i 2014 styrket for bedre å kunne ivareta pasienter med tung tilleggsproblematikk. Enhet for gravide og familie ble flyttet fra Hov i Land til Reinsvoll. Det er først etter flyttingen at styrkingen av det faglige tilbudet er fullt ut gjennomført, med en markant økning av lege- og psykologressurser. For øvrig vil driften i 2017 preges av at divisjonen også på dette område satser på en sterk økning i poliklinikkens produktivitet.

Divisjonen har også i 2016 observert en økende grad av pasienter innlagt på tvang etter § 10-2 i helse- og omsorgstjenesteloven som utfordrer divisjonens fysiske rammer. Avdeling for TSB har håndtert dette sammen med Avdeling for Akuttpsykiatri og psykosebehandling på Sanderud. Dette er ikke en optimal situasjon og divisjonen har derfor igangsatt en utbedring av bygningsmasse og infrastruktur for å ivareta divisjonens ansvar. Disse lokalene er klare til innflytting tidlig i 2017.



## 3.3 Somatikk

### 3.3.1 Somatikk – kortsiktige tiltak i ØLP-perioden

Omstillingstiltak innenfor eksisterende sykehusstruktur har til nå vært utredet som selvstendige utredninger og fremmet til behandling i ledelse og styre som egne saker. Den største av disse, «Omstilling somatikk» ble fremmet for ledelse og styre gjennom en sluttrapport i november 2014 og en tilleggsrapport i april 2015. Oppfølging av omstilling somatikk ble lagt frem i styresak 066-2015. I denne styresaken ble vurdering av tiltak på mellomlang sikt knyttet til arbeidet med fremtidig struktur (idéfasen, trinnvis utvikling).

I styremøtet 18. mars 2016 ble administrerende direktør gitt i oppdrag å se på fremdrift i arbeidet med fremtidig sykehusstruktur og arbeidet med omstillingstiltak på kort sikt. I styremøtet 28. april 2016 ble det derfor lagt frem sak (sak nr. 023-2016) der administrerende direktør la frem planer for en egen utredning som skulle utarbeide forslag til omstillingstiltak i ØLP-perioden 2017-2020, for å imøtekomme endringsbehovene på kort sikt. Styret vedtok at plan for endringer skulle legges frem i styremøtet 15. desember 2016 etter at det er forelagt en innstilling om fremtidig struktur.

I styresak nr. 023-2016 ble det besluttet at det skal utredes en helhetlig løsning hvor elleve fagområder/utredningsområder er vurdert. En bærende føring for utredningsarbeidet skulle være å tilstrebe større grad av samling av faglige funksjoner der dette er mulig og tjenlig. Den helhetlige løsningen skal vurderes ut fra gjennomføringsrisiko samt faglig og økonomisk effekt.

Utredningsområdene er:

- Ortopeditilbudet i Mjøsregionen
- Urologitilbudet i Sykehuset Innlandet
- Nukleærmedisin
- Kvinne-/barnetilbudet i Innlandet generelt og i Mjøsregionen spesielt
- Kirurgi/kreftkirurgi i Mjøsregionen
- Medisinsk onkologi i Oppland/Mjøsregionen
- Pacemakerinnleggelser/hjertemedisin
- Organisering, lokalisering og dimensjonering av tilbudet innenfor habilitering og rehabilitering
- Ortopeditilbudet på Tynset, sårbarhetsvurdering/eventuelt avbøtende tiltak
- Organisering og lokalisering av revmatologitilbudet i Sykehuset Innlandet
- Optimalisering av vaktordning/vaktlinjer innenfor aktuelle områder

Utover denne listen har administrerende direktør i etterkant bedt om vurdering av to andre områder:

- Stab
- Sengekapasiteten i Sykehuset Innlandet generelt

Utredningen skal ta utgangspunkt i eksisterende bygningsmasse/bygningsmessig kapasitet når det gjelder sengerom, behandlingsrom/operasjonsstuer, undersøkelsesrom med mer. Enkelte bygningsmessige investeringer må påregnes, dog innenfor foretakets investeringsvevne på kort sikt. I det kortsiktige perspektivet legges det også til grunn at alle sykehusene fortsatt skal være akuttisyrkehus slik akuttisyrkehus er definert i Nasjonal helse- og sykehusplan. I styresak nr. 023-2016 ble det presisert at tidligere utredninger som «Omstilling somatikk» (2014), utredninger ortopedi og rehabilitering (2015) med flere benyttes som kunnskaps-

grunnlag for utredning av tiltak på kort sikt. I tillegg skal kunnskapsgrunnlag fra utredningsprogrammet i prosjektet «Fremtidig sykehusstruktur» (idéfaseprosjektet) benyttes.

Videre er det i styresak nr. 023-2016 beskrevet at tiltakene på kort sikt ikke må være i strid med den utviklingsretning som ønskes på lang sikt. Tiltak som gjøres i Sykehuset Innlandet på kort sikt bør ha til formål å realisere så mye som mulig av de faglige gevinstene som er beskrevet i «Faglige utviklingstrekk mot 2040», delrapporten til idéfaserapporten som inneholder de faglige vurderingene. Ikke alle de faglige gevinstene vil være mulig å ta ut i dagens sykehusstruktur, noe som er et av hovedargumentene til at administrerende direktør i styremøtet 18. november 2016 innstilte ny fremtidig struktur med hovedsykehus ved Mjøsbua. Omstillingstiltak på kort sikt skal også bidra til å redusere kostnader for Sykehuset Innlandet, slik at foretaket kan realisere en ny fremtidig struktur som uavhengig av modell vil kreve store investeringskostnader. Omstillingstiltakene på kort sikt skal på denne måten bidra til å gjøre endringene på lang sikt mulig.

Høsten 2016 pågår det et utredningsarbeid i regi av Helse Sør-Øst, hvor foretakstilhørigheten til divisjon Kongsvinger vurderes. I påvente av avklaring fra pågående prosess om foretakstilhørighet, er Kongsvinger lite berørt i utredningene av de 13 vurderingsområdene og også i arbeidsgruppens forslag til helhetlig løsning.

Det vises til egen sak om «omstilling kort sikt» til styremøtet 15. desember 2016.

### **3.3.2 Desentraliserte spesialisthelsetjenester**

Styret vedtok i sak nr. 035-2016 videreutvikling av spesialisthelsetilbudet ved de lokalmedisinske sentrene i Nord-Gudbrandsdal og Valdres basert på forslagene i rapporten «Utredning av pasienttilbud og faglig innhold i lokalmedisinske sentre/desentraliserte tilbud» (februar 2016). Ansvar for drift og utvikling av de lokalmedisinske sentrene overføres fra divisjonene Gjøvik og Lillehammer til divisjon Prehospitale tjenester fra 1. januar 2017.

Divisjon Prehospitale tjenester vil være på stadig søken etter aktuelle kliniske områder som kan desentraliseres i en samlet «kost-nytte» vurdering i et samfunns-, bruker- og foretaksperspektiv. Det vises til Sykehuset Innlandet sitt mål om å «sentralisere det vi må og desentralisere det vi kan».

Administrerende direktør har gitt divisjon Prehospitale tjenester ansvaret for å utrede et mulig røntgentilbud på Hadeland våren 2017 med eventuell oppstart av tilbudet høsten 2017.

## **3.4 Arbeidet med fremtidig sykehusstruktur -Idéfasen**

Idéfasen i Sykehuset Innlandet vil avsluttes med høring og formell behandling i 2017.

Sykehuset Innlandet ferdigstilte i 2014 arbeidet med foretakets utviklingsplan. Basert på fremlagt utviklingsplan og mandat, godkjente Helse Sør-Øst i sin styresak 066-2014 oppstart av arbeidet med idéfase. Idéfaserapporten med innstilling ble lagt frem i styresak 077-2016. Styret i Sykehuset Innlandet besluttet å sende rapporten ut på høring i perioden 16. januar til 12. mai 2017.

I idéfaserapporten har Sykehuset Innlandet utredet tre alternative strukturelle løsningsmodeller for fremtidig sykehusstruktur med ulik grad av samling. I tillegg er dagens struktur (nullalternativet) utredet. Idéfase-

rapporten anbefaler hovedsykehusmodellen, med ett stort akutt sykehus ved Mjøsbrua, som fremtidig modell for Sykehuset Innlandet. En hovedsykehusmodell med samlokalisering av somatikk og sykehuspsykiatri, er den av de utredede modellene som legger best til rette for faglig kvalitet og utvikling av fremtidig virksomhet til pasientens beste. Denne modellen svarer best ut avhengighetene mellom fagene og fagmiljøenes krav og forventninger. I tillegg er dette modellen som har best økonomisk bæreevne.

En trinnvis utvikling av modellen skal utredes videre i 2017, og skal legges frem sammen med en endelig innstilling for behandling høsten 2017. Idéfaserapporten sammen med mandat for konseptfasen planlegges oversendt til behandling i Helse Sør-Øst i etterkant av behandlingen høsten 2017. Helse Sør-Øst har besluttet at en eventuell byggestart for aktuelle prosjekter tidligst kan skje i 2022 og at fremdriften av arbeidet skal tilpasses dette.

Sykehuset Innlandet vurderer det som avgjørende å få avklart sykehusstrukturen for Innlandet i idéfasen. Avklaring av sykehusstrukturen vil skape forutsigbarhet for utvikling av foretaket.

## 4 Forskning

Forskning er en av sykehusets lovpålagte oppgaver, jfr. Spesialisthelsetjenestelovens § 3-8 og helseforetaksloven § 1 og 2. En systematisert forskningsvirksomhet danner basis for kvalitetsutvikling i spesialisthelsetjenesten og er et fundament for undervisning, kunnskapsbasert praksis, fagutvikling og innovasjon.

Helse Sør-Øst satte som mål i sin strategi plan (2013-2016) at fem prosent av driftsbudsjettet for foretaksgruppen som helhet og minst en prosent innenfor hvert helseforetak i helseforetaksgruppen skal brukes til forskning innen ti år. Basisbevilgningen til forskning er i 2017 på 43 millioner kroner (drift og SI-stipend) og utgjør 0,75 prosent av SI sin basisramme. Siste måling fra Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) basert på regnskap 2015 viste at kostnader til forskning i SI, alle kostnader inkludert utgjorde 0,75 prosent av SIs driftskostnader.

### Finansiering av forskning

Rammetilskuddet for forskning fra Helse Sør-Øst økte fra 33,6 millioner kroner i 2014 til 41,2 millioner kroner i 2015 og til 47,2 millioner kroner i 2016. I 2017 overføres 48,6 millioner kroner. Av dette tildeles 7,8 millioner kroner som et fast beløp. Det øvrige er tildelt på bakgrunn av SI sin relative andel av forskningspoeng i Helse Sør-Øst de siste tre år. Ny finansieringsmodell ble gjennomført fra 2015, og økning i tilskuddet til SI senere år har sammenheng med at foretakets relative andel av forskningspoeng i Helse Sør-Øst har økt. Antall publiserte artikler i SI er sterkt økende.

### Budsjett 2017

Basisrammen for forskning er i tråd med økonomisk langtidsplan (ØLP) 2017-2020 og har økt med to millioner kroner i budsjettet for 2017. Det er vedtatt en opptrapping i basisramme forskning i ØLP-perioden med fem millioner kroner. To millioner kroner i 2017, to millioner kroner i 2018 og ytterligere en million kroner i 2019. Drift av forskningsavdelingen budsjetteres med 15 millioner kroner, herav er 1,2 millioner kroner «insentivmidler» Sykehuset Innlandet bevilger midler til stimulering av forskning. SI stipend budsjetteres med 28 millioner kroner i 2017.

Ansvar for kvalitetsregistre ble i styresak 48-2015 ØLP 2016-2019 forutsatt løst innen rammen til forskning. Dette innebærer nye, faste kostnader for forskningsavdelingen. Bevilgningen til SI-stipend er i hovedsak forpliktet ut fra tidligere tildelinger, slik at det i 2017 er svært lite midler til fordeling til SI-stipend.

### **Stipendordninger**

Midlene til forskningsprosjekter kan søkes av alle ansatte i SI og tildeles etter kvalitetskriterier fra Helse Sør-Øst. Stipendene (doktorgrad, postdok, forsker, karriere) er som regel av tre års varighet.

Antall søknader til SI-stipend er økende. Det er budsjettert med 32 årsverk med SI-stipend i 2017, samme nivå som budsjett 2016. Dette er en økning med seks årsverk fra faktisk nivå 2015.

Helse Sør-Øst, og flere andre eksterne kilder, utlyser forskningsmidler som SI-ansatte kan søke. Forskningsøknader til Helse Sør-Øst gjennomgås og kvalitetssikres i forskningsavdelingen før de videresendes. Det er for tiden åtte årsverk stipendiat som er finansiert fra Helse Sør-Øst og eksterne kilder.

### **Oppdragsforskning**

Oppdragsforskning i SI er forskning hovedsakelig i samarbeid med legemiddelindustrien. For at nye legemidler og nytt medisinsk teknisk utstyr skal bli godkjent, må disse gjennom en lang testperiode for å undersøke effekten av behandlingen og sikre at eventuelle uønskede virkninger er oppdaget. Her er det store pasientgrupper nasjonalt eller internasjonalt som testes via standardiserte forskningsprotokoller. Dette er viktig forskning for å sikre best mulig pasientbehandling. SI deltar per i dag i 30 ulike oppdragsforskningsstudier, fordelt på mange ulike avdelinger og divisjoner. Oppdragsforskningen blir betalt av oppdragsgiver, hovedsakelig legemiddelindustrien. Det ble fra 2015 inngått forvaltningsavtale for nye kliniske studier mellom helseforetaket og Inven2. Studier etter gammel ordning fases ut ettersom de avsluttes. Per oktober 2016 er 50 prosent av studiene i regi av Inven2. Det tar tid før det kommer inntekter på de nye studiene, da betalingen for pasienter som deltar kommer etterskuddsvis. Det knytter seg usikkerhet til inntektene fra oppdragsforskning, spesielt i overgangen mellom gammel og ny ordning.

## **5 Virksomhetsutvikling gjennom mobilisering av medarbeidere og ledere**

Hovedsatsningsområdene i Helse Sør-Øst sin plan for strategisk utvikling 2013-2020 er styrking av ledelse, riktig kompetanse og god ressursstyring. For å understøtte gjeldende regionale føringer samt rette fokus mot foretaksinterne behov foreslås det å prioritere enkelte satsningsområder i foretaket i 2017. Det gjøres oppmerksom på at forslagene nedenfor skal forankres og kvalitetssikres av lederlinjen og ansattes organisasjoner før iverksettelse. Forslagene nedenfor er naturlig nok heller ikke en uttømmende oversikt over foretakets aktiviteter og innsats knyttet til mobilisering av medarbeidere og ledere.

## 5.1 Styrking av ledelse

Ledelse og måten ledelse blir utøvd på, er en viktig faktor som påvirker både organisasjonens resultat og medarbeidernes arbeidsmiljø. Foretaket har behov for helhetlig lederskap hvor ledere ivaretar et samlet ansvar for personal, kvalitet, fag og økonomi.

Forslag til prioriterte satsningsområder for 2017

- Videreføre arbeidet med ledelsesutviklingsprogrammene «Basisledelse» og «Det personlige lederskapet».
- Revitalisere og sette ytterligere fokus på systematikken rundt mottak av nye ledere.
- Bygge kompetanse og etablere nettverksgrupper for ledere i divisjonene.

## 5.2 Riktig kompetanse

Kompetente, motiverte og endringsdyktige ledere og medarbeidere er Sykehuset Innlandet sin viktigste ressurs. Kjernen i virksomheten er medarbeidere og ledere som med sin kompetanse bidrar til å utvikle en stadig bedre helsetjeneste.

Et prioritert satsningsområde for 2017 er:

- Planlegge og innføre ny struktur for spesialistutdanning for leger i foretaket i 2017 med de læringsmål og tiltak som følger med. Det er ansatt prosjektleder til å følge tiltaket.

Utover ovennevnte prioriterte satsningsområde, vil foretaket fortsette å følge opp utdannings- og rekrutteringstiltak slik de er beskrevet i styresak 014-2016 «Status organisering, ledelse og kompetanse og ressurser». Det gjøres i tillegg oppmerksom på at det i styresak 102-2014 «Mål og budsjett 2015» ble gitt 20 millioner i økt basis som ble fordelt på de somatiske divisjonene som kompetansestyrkende midler generelt og for å sikre tilstrekkelig antall spesialsykepleiere innen anestesioperasjon og intensiv spesielt. Dette er midler som er videreført i 2017. Divisjonen har som tidligere nevnt fått dette som varige basismidler.

## 5.3 God ressursstyring

Målrettet og strategisk forvaltning av medarbeiderressursen, kombinert med sterke fagmiljøer, er nøkkelen til kvalitet i møtet mellom pasient og ansatt. Endrede økonomiske rammebetingelser og omstillingsbehov i foretaket, har ført til at det er avgjørende å koordinere og lede oppgaver knyttet til ressursstyring og omstilling på en god måte.

Prioriterte satsningsområder for 2017:

- Forvalte og videreutvikle verktøy og retningslinjer for ressursstyring og omstilling.
- Gjennomføre kompetansehevende tiltak for stab og linjeledelse i ressursstyring og omstilling.
- Gjennomføre prosjekt for konvertering av variabel lønn til faste stillinger.
- Bistå linjeledelse i arbeidet med utfordringer knyttet til brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven.

## 6 Økonomisk status 2016 og utfordringsbildet for 2017

Per oktober 2016 viser regnskapet for SI et positivt resultat på ca. 18 millioner kroner. SI har i 2016 budsjettert med et positivt årsresultat på 50 millioner kroner, men årsprognosen er etter oktober redusert til 20 millioner kroner. Et svakere resultat enn budsjettert i 2016 vil øke utfordringen ytterligere for divisjonene i 2017. Fellesområdet har et positivt resultat hittil i 2016 som er høyere enn budsjettert, og dette kompenserer noe for merforbruket i de somatiske divisjonene, og er midler som skal brukes til investeringer i 2017.

Divisjonene og stab har samlet et negativt resultat akkumulert på 46,4 millioner kroner per oktober 2016. De somatiske sykehusene, unntatt divisjon Tynset, har et negativt resultat på 90,6 millioner kroner per oktober. Dette er en krevende situasjon å håndtere. De somatiske divisjonene har dermed for høyt kostnadsnivå i forhold til inntektene, og de har en stor utfordring med å tilpasse driften til de økonomiske rammene for 2016. Dette vil fortsette inn i 2017.

Det er i ØLP 2017–2020 signalisert at den økonomiske situasjonen i SI blir utfordrende i årene som kommer, og at innsparingsbehovene vil øke. Det må gjennomføres store innsparinger i ØLP-perioden for å oppnå de budsjetterte positive resultatene som skal brukes til investeringer. Det må iverksettes vesentlige omstillingstiltak og effektivisering innenfor nåværende struktur for å kunne sikre positive budsjetterte resultatmål.

Sykehuset Innlandet skal i ØLP-perioden 2017-2020 vedta ny sykehusstruktur for foretaket. Realiseringen av ny struktur vil ikke bli gjennomført i denne fireårsperioden. Nødvendige omstillingstiltak innenfor eksisterende sykehusstruktur, som er i tråd med fremtidig struktur, skal gjennomføres. Høringsutkast til fremtidig struktur (idéfasen) er lagt frem i november 2016. Deretter skal nødvendige omstillingstiltak som peker i retning av fremtidig struktur vedtas. Det er planlagt at styret i Sykehuset Innlandet skal fatte beslutninger om omstillingstiltak på kort sikt i styremøtet i desember.

En slik fremdrift for arbeidet med langsiktig struktur og kortsiktig omstilling betyr at foretaket må sørge for å sikre gode økonomisk resultater til omstillingstiltakene begynner å få økonomisk effekt, tidligst første halvår 2017.

## 7 Budsjettforutsetninger 2017

### 7.1 Tildeling av basisramme fra Helse Sør-Øst

SI fikk oversendt foreløpige inntektsrammer fra eier den 3. november 2016. Resultatkravet til SI for 2017 vil endelig bli fastsatt i Oppdrag og bestillingsdokumentet som planlegges vedtatt i foretaksmøtet primo februar 2017.

Basisrammen reduseres fra 5 943 millioner kroner i 2016 til 5 387 millioner kroner i 2017, dvs. med 556 millioner kroner. Reduksjonen skyldes reduserte pensjonskostnader på 387 millioner kroner samt uttrekk på 350 millioner kroner som følge av MVA-reformen. Videre inneholder basisrammen kompensasjon for lønns- og prisvekst på 122 millioner kroner. I tillegg er det gitt 60,6 millioner kroner i basis til å dekke finansiering av nye legemidler i spesialisthelsetjenesten. Her er det ventet at SI vil få en tilsvarende økt kostnad. *Se tabell neste side.*

1000 kr

<b>SYKEHUSET INNLANDET HF</b>	<b>2017</b>
<b>Basisramme 2016 inkl KBF</b>	<b>5 943 220</b>
<b>Nye forhold inn mot 2017</b>	
<b>Kvalitetsbasert finansiering, KBF, 2016</b>	
Tilbakelegging av uttrekk 2016	35 194
Uttrekk av bevilgning KBF 2016	-30 661
<b>Inntektsmodell</b>	
Fra ØLP	-21 176
PET, omdisponering av 2016 tildeling	-300
<b>Basisramme 2017 før statsbudsjettet</b>	<b>5 926 277</b>
Pris- og lønnsvekst	124 041
Uttrekk avbyråkratiseringsreformen	-29 478
Avbyråkratiseringsreform- tilbakelegging av midler	29 824
Pensjon, reduserte kostnader	-387 211
Midler til økt aktivitet	80 842
MVA- reform, uttrekk	-350 393
Legemidler fra folketrygden i 2016, overført ISF	-49 735
Finansieringsansvar for nye legemidler 2017	60 525
<b>Uttrekk Ø-hjelp sfa samhandlingsreformen</b>	
Psykisk helsevern	-4 741
TSB	-756
<b>Kvalitetsbasert finansiering, KBF 2017</b>	
Uttrekk basis	-35 907
Ny bevilgning 2017, post 71	33 822
<b>ISF- psyk. helsevern og TSB- økt basis</b>	
<i>Psykisk helsevern</i>	11 269
TSB	1 825
Endret apotekavanse	-744
Komp. for manglende prisjustering av egenandeler	4 316
Dyre biologiske legemidler- ny oppgjørsordning	-12 150
Regionalt oppgjørskontor pasientreiser	-14 289
<b>Basisramme 2017 inkl KBF</b>	<b>5 387 337</b>
Nasjonal kompetansetjeneste, dobbeltdiagnoser	2 228
Turnustilskudd, foreløpig beregnet	3 227
Komp. for bortfall diff. arbeidsgiveravgift	5 678
<b>Sum faste inntekter 2017</b>	<b>5 398 470</b>

## 7.2 Inntektsmodellen

SI fikk i ØLP 2017-2020 for 2017 en reduksjon i basisrammen på 21,2 millioner kroner knyttet til inntektsmodellen. Hovedårsakene til endringene for foretaket er:

- Lavere befolkningsvekst og endrede egenskaper ved befolkningen som tilsier at behovet for spesialisthelsetjenester er lavere i Innlandet relativt sett sammenlignet med andre helseforetak i foretaksgruppen
- Økt andel bruk av helsetjenester fra private tilbydere
- Økt andel bruk av regions- og landsfunksjoner ved Oslo universitetssykehus som følge av økt befolkning.

Hvis rammen fra Helse Sør-Øst ligger fast og befolkningsutviklingen i Innlandet sammenlignet med de andre foretakene fortsetter, vil kommende oppdateringer av grunnlagsdata medføre ytterligere reduksjoner i inntektsrammene til Sykehuset Innlandet. Fortsatt utvikling i samme bane er lagt til grunn i foreløpige inntektsrammer fra Helse Sør-Øst.

## 7.3 Forslag til statsbudsjett

I dette kapittelet blir endringer som følge av statsbudsjettet Prop. 1S (2016-2017) beskrevet.

### **Midler til økt aktivitet**

Statsbudsjettet for 2017 legger til rette for en generell aktivitetsvekst på 2,1 prosent, inklusive vekst innen fritt behandlingsvalg. Det er videre lagt til grunn en vekst på 8,5 prosent innenfor offentlig poliklinisk aktivitet som fra 2017 omfatter kun laboratorier og radiologi.

Regionen har fått 709,2 millioner kroner til å finansiere økt aktivitet i 2017. I ØLP 2017-2020 ble det forutsatt en økt bevilgning på 450 millioner kroner, hvorav 300 millioner kroner ble fordelt til helseforetak og sykehus, og 150 millioner kroner ble liggende i det regionale helseforetaket til oppbygging av buffer med videre. Det foreslås å videreføre beløpet til Helse Sør-Øst RHF med 150 millioner kroner, samt å fordele det resterende beløpet, det vil si i alt 559 millioner kroner til helseforetak og sykehus.

Dette gir følgende fordeling av økte aktivitetsmidler for 2017:



1 000 Kr

Helseforetak	Økt aktivitet
Akershus	83 472
Innlandet	80 842
Oslo	88 513
Sørlandet	57 815
Telemark	34 938
Vestfold	43 985
Vestre Viken	83 054
Østfold	57 122
Sunnaas	4 877
Private ideelle sykehus	24 382
<b>I alt</b>	<b>559 000</b>

Sykehuset Innlandet har fått ca. 40 millioner kroner mer i økte midler til aktivitet enn antatt i ØLP 2017-2020.

### Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform

Reformen ble innført i 2015, og er videreført ved at det er trukket 0,5 prosent av faste og variable inntekter.

Trekket i den regionale basisrammen på 270 millioner kroner er videreført til helseforetakene og sykehusene ved at alle basisrammer er redusert med 0,5 prosent.

Tilsvarende som for 2016 legges det tilbake midler til de regionale helseforetakene. Disse midlene, i alt 287 millioner kroner, er fordelt mellom helseforetakene etter andel av sum driftsinntekter i budsjett 2016. Dette er gjort for å fange opp at totalt trekk omfatter både faste og variable inntekter.

Dette gir følgende fordeling:

1 000 Kr

Helseforetak	ABE - uttrekk	ABE- midler lagt tilbake	Netto
Akershus universitetssykehus	-29 355	28 879	-535
Oslo universitetssykehus	-62 246	74 658	12 288
Sunnaas sykehus	-1 976	1 980	-
Sykehuset Telemark	-12 418	12 832	388
Sykehuset i Vestfold	-15 888	16 575	651
Sykehuset Østfold	-19 671	19 138	-578
Sykehuset Innlandet	-29 478	29 824	283
Sørlandet sykehus	-21 976	21 887	-135
Vestre Viken	-28 781	29 371	530
Private ideelle sykehus	-12 592	12 844	818
Helse Sør-Øst RHF	-35 807	39 751	3 841
<b>I alt</b>	<b>-270 188</b>	<b>287 739</b>	<b>17 551</b>

SI får et uttrekk knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen på 29,5 millioner kroner. Det er tilbakeført 29,8 millioner kroner. Nettoeffekten utgjør 0,3 millioner kroner som følge av dette. Redusert ISF- pris kommer i tillegg. Dette gir en negativ effekt for foretaket på 10,3 millioner kroner.

I budsjettforliket er avbyråkratiseringsreform-prosenten økt fra 0,5 til 0,8 prosent. Vi avventer effekt og videre håndtering av denne fra Helse Sør-Øst.

### **Kvalitetsbasert finansiering, KBF**

I beregning av inntektsrammene for 2017 er basisuttrekk og bevilgning knyttet til KBF 2016 reversert, og det er lagt inn nye tall for uttrekk og bevilgning i henhold til statsbudsjettet for 2017. Som for 2016 er bevilgningen til KBF innarbeidet i helseforetakenes basisrammer, selv om bevilgningen er gitt over statsbudsjettets kapittel 732, post 71.

Scoren på kvalitetsindikatorerne på helseforetak/sykehusnivå i Helse Sør-Øst er som i 2016 beregnet av Helsedirektoratet, dog korrigert for at Helsedirektoratet ikke hadde benyttet oppdaterte basisandeler internt i regionen.

Følgende tabell viser tall for KBF i 2016 og 2017:

	<i>1 000 Kr</i>		
<b>Helseforetak</b>	<b>KBF 2016</b>	<b>KBF 2017</b>	<b>Endring</b>
Akershus universitetssykehus	30 246	36 256	6 010
Oslo universitetssykehus	54 003	77 367	23 364
Sykehuset Telemark	16 240	16 251	11
Sykehuset i Vesfold	19 347	19 336	-11
Sykehuset Østfold	18 002	22 830	4 828
Sykehuset Innlandet	30 661	33 822	3 161
Sørlandet sykehus	27 857	27 375	-482
Vestre Viken	34 911	37 002	2 091
Helse Sør-Øst RHF	13 533	16 722	3 189
<b>I alt</b>	<b>244 800</b>	<b>286 961</b>	<b>42 161</b>

Sykehuset Innlandet har fått en økning knyttet til kvalitetsbasert finansiering på 3,2 millioner kroner fra 2016 til 2017.

### **Innføring av nøytral merverdiavgift**

Det er foreslått innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene fra 1. januar 2017. Innføring av nøytral merverdiavgift innebærer at helseforetakene vil få tilbakebetalt utgifter til merverdiavgift på merverdiavgiftspliktige varer og tjenester som inngår i driften i virksomheten.

På bakgrunn av regnskapstall for kjøp av varer og tjenester til driften i foretakene for 2015 er det gjort et trekk i basisbevilgningene til de regionale helseforetakene i 2017. Uttrekket fra helseforetakenes og sykehusenes basisrammer er basert på innmeldt beregningsgrunnlag for 2015, justert for prisvekst, aktivitetsvekst, nye legemidler samt noen skjønnsmessige beregninger. Trekket vil bli kompensert med bevilgninger basert på innsendte oppgaver over faktisk betalt og beregnet merverdiavgift i løpet av året.

I Prop.1S (2016-2017) er dette håndtert ved at om lag seks milliarder kroner er trukket ut av regionenes basisrammer. Trekket er fordelt på regionene etter Magnussen-modellen.

Fra basisrammen til Helse Sør-Øst RHF er det trukket i alt 3,5 milliarder kroner. I etterkant av Prop1S (2016-2017) er det avdekket en feil ved at grunnlaget for H-reseptor er trukket dobbelt. Helse Sør-Øst RHF har derfor lagt til grunn at trekket reduseres med 259 millioner kroner til 3,2 milliarder kroner.

Internt i regionen er uttrekket i basisramme fordelt på helseforetakene og de private ideelle sykehusene. Grunnlag er foretakenes egen rapportering for 2015 med de samme justeringene for prisvekst, aktivitets-

vekst og nye legemidler, samt skjønsmessige beregninger som er gjort i det nasjonale trekket. I og med at Sykehusapotekene HF og Sykehuspartner HF ikke er finansiert med basisramme, men med «salg» av varer og tjenester til helseforetakene og sykehusene, er det relaterte uttrekket for mva gjort i helseforetakenes og sykehusenes rammer etter andeler av omsetning fra Sykehusapotekene HF og Sykehuspartner HF.

Fordelingen av basisuttrekket på helseforetak:

*1 000 Kr*

Helseforetak	MVA - uttrekk
Akershus universitetssykehus HF	-304 228
Oslo universitetssykehus HF	-890 128
Sunnaas sykehus	-11 388
Sykehuset Telemark	-158 288
Sykehuset Vesfold	-174 372
Sykehuset Østfold HF	-246 021
Sykehuset Innlandet HF	-350 393
Sørlandet sykehus HF	-258 256
Vestre Viken HF	-329 194
Private ideelle sykehus	-194 561
Helse Sør-Øst RHF	-292 731
<b>I alt</b>	<b>-3 209 560</b>

SI er trukket 350 millioner kroner i sine rammer knyttet til mva-kompensasjon. Dette omfatter direkte mva i henhold til kartlegging for 2015. Dette er tall foretaket har rapportert til HSØ. Videre er beløpet korrigert for skjønsmessig mva som ikke er inkludert i kartleggingen og pris- og aktivitetsjustert fra 2015 til 2017, jf. tabell nedenfor:

*1 000 Kr*

Direkte komp	5% sjablon	H-resepter	Sykehus-partner	Forsynings-senteret	Sum 2016-nivå	Pris- og aktivitet	Nye legemidler	Sum
209 403	4 243	38 715	21 094	18 435	<b>291 890</b>	26 231	32 273	<b>350 394</b>

Det er vesentlig usikkerhet knyttet til både beregningsgrunnlaget for uttrekket og konsekvensene av ordningen med innføring av nøytral merverdiavgift. Det regionale helseforetaket vil følge utviklingen i 2017, og det tas forbehold om mulige endringer i ovenstående uttrekk og fordeling av dette. Effektene er innarbeidet i budsjettet til SI på laveste nivå, og er budsjettet nøytralt i 2017.

### Pensjon

I revidert nasjonalbudsjett for 2016 (RNB) fikk Helse Sør-Øst RHF redusert sin basisramme med 2 449 millioner kroner grunnet reduserte pensjonskostnader sammenlignet med budsjett 2016. Reduksjonen var basert på Helse Sør-Øst sin Magnussen-andel av den nasjonale kostnadsreduksjonen. Trekket i basisramme på 2 449 millioner kroner i 2016 ble fordelt mellom helseforetakene etter andel kostnadsendring fra budsjett 2016.

Som følge av revidert nasjonalbudsjett, ble planforutsetningene for inntektsmodellementet for pensjon oppdatert i september 2016.

I forslag til statsbudsjett 2017 er det nasjonale bevilgningsnivået 4 950 millioner kroner lavere enn i budsjett 2016, hvorav Helse Sør-Øst sin Magnussen-andel er 2 665 millioner kroner. Bevilgningsreduksjonen fra RNB 2016 er videreført i statsbudsjettet for 2017 og inngår i den reduserte bevilgningen.

For 2017 er det, jf. Prop. 1 S (2016 -2017), ventet en ytterligere reduksjon i pensjonskostnaden tilsvarende 216 millioner kroner for Helse Sør-Øst. Reduksjonen foreslås fordelt mellom helseforetakene etter andel kostnadsreduksjon mellom budsjett 2017 (NRS juni 2016) og RNB 2016.

SI har i 2017 fått en redusert pensjonskostnad på om lag 387 millioner kroner sammenlignet med 2016. Dette er trukket i basisrammen fra HSØ. I 2017 gir dette en tilnærmet nøytral effekt for foretaket.

### **Kommunale øyeblikkelighjelpstilbud innen psykisk helsevern og TSB**

Fra 1. januar 2017 er det en lovpålagt plikt for kommunene å ha tilbud innen øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen psykisk helsevern og TSB. Plikten til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold gjelder bare for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

Helse Sør-Øst er, som følge av dette, trukket i alt 46,6 millioner kroner i basis. Trekket er videreført til helseforetakene og sykehusene i henhold til behovsandel innen psykisk helsevern og TSB.

SI er i sine rammer trukket 5,5 millioner kroner på bakgrunn av dette.

Ordningen med kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og TSB skal etter planen innføres fra 2018.

### **Finansiering for legemidler - overføring fra HELFO**

I statsbudsjettet for 2016 ble finansieringsansvaret for enkelte legemiddelgrupper overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Disse legemidlene er fra 2017 inkludert i ISF- ordningen. Det er dermed overført budsjettmidler fra basis til ISF.

Fra 2017 er de regionale helseforetakene tillagt finansieringsansvaret for ytterligere legemidler. Dette gjelder flere kreftlegemidler og PAH-legemidler (alvorlig hjerte- og lungesykdom). Helse Sør-Øst er tildelt i alt 392 millioner kroner i økt basis for dette. Disse legemidlene inngår i H-reseptordningen, slik at apotekene sender faktura til pasientens hjemstedsforetak.

Både uttrekket til sykehusområdene knyttet til 2016- tildelingen, og 2017- bevilgningen til nye legemidler er foretatt i henhold til behovsandel på sykehusområdenivå i somatikkementet i inntektsmodellen.

			<i>1000 kr</i>
<b>Helseforetak</b>	<b>Legemidler i basis 2016</b>	<b>Utrekk i basis = overført ISF</b>	<b>2017-nye legemidler H-resepter</b>
Akershus universitetssykehus HF	100 461	-51 853	63 103
Oslo universitetssykehus HF	51 491	-25 480	31 751
Sykehuset Telemark	41 785	-21 353	25 986
Sykehuset Vesfold	52 750	-27 040	32 906
Sykehuset Østfold HF	68 456	-35 270	42 922
Sykehuset Innlandet HF	97 322	-49 735	60 525
Sørlandet sykehus HF	66 043	-33 783	41 112
Vestre Viken HF	100 218	-51 556	61 741
Private ideelle sykehus	50 174	-26 830	31 908
<b>I alt</b>	<b>628 700</b>	<b>-322 900</b>	<b>391 954</b>

SI fikk i 2016 økt basis med 97,3 millioner kroner knyttet til nye legemidler. I 2017 vil legemidlene fra 2016 bli overført ISF-ordningen. Dette utgjør for foretaket 49,7 millioner kroner og forutsetter at foretaket koder riktig slik at man får inntektene. Videre er SI tildelt 60,5 millioner kroner knyttet til finansieringsansvaret for flere nye legemidler i 2017. Det er budsjettert med økte medikamentkostnader tilsvarende økt basis. Denne posten vil utgjøre en usikkerhet i budsjettet for 2017 (volum og kodepraksis er usikkerhetsfaktorene).

### Dyre legemidler som inngår i ISF-omlegging av finansieringsansvar

Den etablerte praksisen i Helse Sør-Øst for dyre legemidler som gis på sykehus og er inkludert i ISF-ordningen, er at opptaksområdesykehuset dekker kostnaden til legemidler, mens behandlende helseforetak/sykehus får ISF-refusjon og helseforetakene får gjestepasientoppgjør. Fra 2017 legges det opp til en endring, slik at behandlende helseforetak/sykehus også skal dekke kostnaden.

Etter endringen av etablert praksis vil inntekt og kostnad tilfalle samme helseforetak og dette vil rette opp tidligere skjevheter i finansieringen. SI er trukket 12,2 millioner kroner i basis i 2017. Dette er i hovedsak knyttet til pasienter som er behandlet ved Revmatismesykehuset. Revmatismesykehuset vil i 2017 betale kostnaden til legemidler gitt i sykehuset, og de mottar inntekten knyttet til ISF-ordningen.

### PET-scan og nukleærmedisin

I 2016 ble midler til radioaktive legemidler ved PET-scanning fordelt på flere helseforetak. Opprinnelig bevilgning fra 2015 innebar en engangsoverføring fra aktivitetsbaserte til faste inntekter, og omfattet bare Oslo universitetssykehus. Det er for 2017 lagt til grunn en fordeling basert på ventet aktivitet i 2017 for de helseforetakene som har PET i dag, det vil si en videreføring av det prinsippet som ble lagt til grunn i 2016, jf. tabell nedenfor.

*1 000 Kr*

Helseforetak/sykehus	Fordelt i 2016	Ny fordeling i 2017	Endring 2016-2017
Oslo universitetssykehus HF	17 209	15 915	-1 295
Sykehuset Innlandet HF	300	1 437	1 137
Sykehuset Vesfold	300	553	253
Sykehuset Østfold HF	1 200	1 105	-95
<b>I alt</b>	<b>19 009</b>	<b>19 010</b>	<b>-</b>

### Nasjonal inntektsmodell

Årets tildeling i Prop.1S (2016-2017) er på 329 millioner kroner, som inkluderer 208 millioner kroner til Nasjonalt kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst.

Nivået på bevilgningen og fordelingen er i tråd med tidligere år, og fremgår av de vedlagte vederlagstabellene. Det vil i forbindelse med økonomisk langtidsplan for 2018-2021 bli foretatt en nærmere gjennomgang av disse bevilgningene, og det kan bli gjort endringer inn mot budsjett 2018. SI får 2,2 millioner kroner av dette.

### Lønns- og prisvekst forutsetninger

Det er lagt til grunn en pris og lønnsvekst på 2,6 prosent fra 2016 til 2017, herav lønn: 2,7 prosent, pris: 2,5 prosent. Foretakene skal budsjettere med en årslønnsvekst på minimum 2,7 prosent. Enhetspris ISF

somatikk er satt til 42 879 kroner, hensyntatt en nedjustering på 0,5 prosent som følge av effektiviseringsreformen. Enhetspris ISF innen psykisk helsevern og rus er ennå ikke beregnet. Ny pris for utskrivningsklare pasienter for fakturering til kommunene er 4 622 kroner per døgn.

## 7.4 Inntektsrammer fra HSØ 2017

SI er tildelt følgende faste inntekter for 2017, tall i 1 000 kroner.

<i>1 000 Kr</i>					
2017	Basisramme inkl. KBF	Forskning	Nasjonale kompetanse- tjenester	Tilskudd	Sum faste inntekter
Sykehuset Innlandet	5 388 774	2 919	2 228	8 906	5 402 827

## 7.5 Likviditet – renteinntekter på mellomværende med HSØ

I Helse Sør-Øst er det etablert en praksis hvor det holdes tilbake likviditet på regionalt nivå for å finansiere strategiske satsninger og felles regionale utviklingsprosjekter. Gjennom dette oppstår langsiktige mellomværende i regnskapene (herunder ”basisfordring”). Basisfordringene nedbetales helt eller delvis når det stilles regional likviditet til disposisjon til foretaksvis investeringer og andre kapitalbehov.

Fra 2014 ble det etablert et generelt prinsipp om renteberegning av mellomværende i regionen. Dette er i samsvar med tidligere styrevedtak, jf. styresak 093-2009 i Helse Sør-Øst, om at regionale midler gis som lån. Endringen medførte at helseforetakene får renter på langsiktige interne mellomværende, noe som vil gi de fleste helseforetakene økte renteinntekter mens Helse Sør-Øst vil få reduserte renteinntekter. Per 31. desember 2016 har SI en budsjettert basisfordring på Helse Sør-Øst på 1 455 millioner kroner. Renteinntekten i 2016 er på 13,8 millioner kroner, mens den for 2017 er budsjettert til 14,7 millioner kroner på grunn av høyere rentesats. Det er Helse Sør-Øst sin rente på kreditt i konsernkontostrukturen som er lagt til grunn i beregningen.

## 8 Resultatbudsjett

Sykehuset Innlandet har levert et overordnet saldert budsjett for 2017. Mange av divisjonene og stabene er i mål med budsjettarbeidet, mens de somatiske sykehusene unntatt Tynset, fortsatt har utfordringer i forhold til tilstrekkelige tiltak på divisjonsnivå. Oversikten under viser en samlet resultatoppstilling for budsjett 2016, prognose for 2016 og budsjett 2017.

1 000 Kr

	2016 Budsjett	Prognose pr oktober 2016	2017 Budsjett
Basisinntekter	5 564 478	5 595 139	5 585 681
ISF inntekter egen region	2 208 460	2 186 804	2 248 567
Polikliniske inntekter inkl egenandeler	470 927	455 000	457 309
Salgs-, leie-, og andre inntekter	504 268	505 144	483 341
<b>SUM DRIFTSINNTEKTER</b>	<b>8 748 132</b>	<b>8 742 086</b>	<b>8 774 899</b>
Varekostnader	1 608 285	1 649 757	1 684 439
Lønnskostnader eks pensjon	4 670 279	4 645 355	4 608 441
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	958 783	958 783	924 297
Andre driftskostnader	1 472 871	1 496 275	1 493 238
<b>SUM DRIFTSKOSTNAD</b>	<b>8 710 218</b>	<b>8 750 171</b>	<b>8 710 415</b>
<b>DRIFTSRESULTAT</b>	<b>37 914</b>	<b>-8 084</b>	<b>64 484</b>
Netto finans	12 086	28 085	15 516
<b>ÅRSRESULTAT</b>	<b>50 000</b>	<b>20 000</b>	<b>80 000</b>

Budsjettet for 2017 er satt opp med et positivt resultat (midler til investeringer) på 80 millioner kroner. Dette er tilsvarende budsjettert resultat i 2017 i økonomisk langtidsplan i, jf. styresak 040-2016. Det vil si at foretaket opprettholder målet fra ØLP 2017-2020. HSØ har en forventning om at foretakene øker resultatkravene sine, siden de har mottatt økte midler til aktivitet utover forutsatt i økonomiplanperioden. 2017 vil være et år med omstilling for SI, og dette koster i form av omstillingskostnader og «pukkelkostnader». Økt aktivitet koster også mer i form av økt behov for overtid, ekstrahjelp og innleie som er kostbart. Økte midler til aktivitet vil dermed gjøre budsjettet mer robust slik det foreligger, men det anses ikke realistisk å øke resultatkravet ytterligere på bakgrunn av dette. Det positive resultatet på 80 millioner kroner opprettholdes.

Budsjettet for 2017 er foreløpig lite robust, og avhengig av at divisjonene når aktivitetsmålene sine, samtidig som kostnadene ikke øker mer enn ventet. De somatiske sykehusene, unntatt Tynset, er ikke i mål med tiltaksarbeidet for 2017. Det arbeides løpende med tiltak knyttet til budsjettet for 2017 parallelt med arbeidet med omstilling kort sikt. Tilbakemeldinger fra divisjonene, tillitsvalgte og vernetjenesten viser at budsjettprosessen for 2017 har vært meget krevende, og det etterlyses strukturelle tiltak og tiltak på tvers av divisjonene for å komme på et driftsnivå som er i tråd med rammene SI har.

## 8.1 Resultatbudsjett 2017 sammenlignet med ØLP 2017 - 2020

Tabellen under viser budsjett 2017 med endringer i prognose 2016, rammer fra Helse Sør-Øst for 2017 og prioriterte interne forhold sammenlignet med ØLP 2017-2020.

Det er forutsatt at divisjonene i sum har inngangsfart i balanse, det vil si at prognostisert resultat for 2016 gjelder positivt resultat på fellesområdet (midler til investeringer i 2017). Dette er inngangsfarten til 2017. Prognosen på fellesområdet i 2016 er høyere enn budsjettet, og vil redusere utfordringen inn i 2017 på foretaksnivå.

*1 000 Kr*

Budsjett	ØLP 2017-2020 - budsjett 2017	Budsjett 2017	Endring
Budsjettet resultat felles, divisjonene i balanse	50 000	75 000	25 000
<b>Forhold fra eier - før statsbudsjettet</b>			
Fremskrivning av inntektsforutsetninger	-21 176	-21 176	0
Midler til økt aktivitet	43 102	80 842	37 740
Kvalitetsbasert finansiering, KBF 2017		3 161	3 161
Uttrekk Ø-hjelp psyk og TSB samhandlingsreformen		-5 497	-5 497
Diverse endringer 2017		4 342	4 342
ISF- psyk. helsevern og TSB- økt basis		13 094	13 094
Legemidler fra folketrygden i 2016, overført ISF		-49 735	-49 735
Finansieringsansvar for nye legemidler 2017		60 525	60 525
Dyre biologiske legemidler- ny oppgjørsordning		-12 150	-12 150
MVA- kompensasjon, trekk i basis		-350 393	-350 393
<b>Forhold fra eier - etter statsbudsjettet</b>			
Redusert timerefusjon psyk og TSB		-13 094	-13 094
Legemidler fra folketrygden i 2016, overført ISF		49 735	49 735
Finansieringsansvar for nye legemidler 2017, økt kostnad		-60 525	-60 525
Dyre biologiske legemidler- ny oppgjørsordning, reduserte kostnader		12 150	12 150
MVA- kompensasjon		350 393	350 393
<b>Interne forhold og prioriteringer</b>			
Sykehuspartner - økt tjenestepriis IKT	-7 739	-7 739	0
Interne prioriteringer	-15 000	-3 500	11 500
Sykehusstruktur/omstilling	-8 000	-28 000	-20 000
Netto økning høykostmedisiner inkl kreftlegemidler	-40 000	-30 000	10 000
Behandlingshjelpemidler	-10 000	-10 000	0
Pasientreiser	-10 000	-30 000	-20 000
Forskning	-2 000	-2 000	0
Gjestepasienter/kjøp fra private - FB	-27 303	-27 303	0
<b>Utfordring før midler til investering</b>	<b>-48 116</b>	<b>-1 870</b>	<b>46 246</b>
<b>Resultatkrav</b>	<b>80 000</b>	<b>80 000</b>	<b>0</b>
<b>Utfordring inkl midler til investeringer</b>	<b>-128 116</b>	<b>-81 870</b>	<b>46 246</b>

Endringene under «Forhold fra eier» er kommentert i kapittel 7 og 9.3. «Interne forhold og prioriteringer» i tabellen er kommentert i kapittel 7 og 8.

Postene som er skyggelagt i tabellen over er inntekter eller trekk i basis som motsvares av tilhørende økt kostnad eller inntekt under interne forhold. Det er usikkerhet knyttet til størrelsen på kostnadene der foretaket har fått økte midler, og tilsvarende usikkerhet på inntektssiden der SI har blitt trukket i basis. Store beløp som er budsjettet nøytralt medfører økt risiko for å nå budsjettet resultat i 2017.



## **Sykehuspartner IKT og HR**

Budsjettet for 2017 er i tråd med ØLP 2017-2020, det vil si en økning på om lag 7 millioner kroner sammenlignet med 2016-budsjettet. Budsjettet for Sykehuspartner IKT er på 293 millioner kroner og Sykehuspartner HR er på 38 millioner kroner i 2017. Se også til beskrivelse under kapittel 2.3.7.

### **Interne prioriteringer**

Det har de siste årene vært gjennomført en årlig prosess i foretakets ledergruppe knyttet til interne faglige prioriteringer og områder en ønsker å styrke økonomisk i perioden. Tilsammen ble det i ØLP 2017-2020 satt av en foreløpig ramme på 15 millioner kroner i 2017. Følgende områder er så langt prioritert i 2017:

- Desentralisering av spesialisthelsetjenester og utvikling av de lokalmedisinske sentrene. Dette området er styrket med ytterligere en million kroner i 2017.
- Provesprosjekt digital konsultasjon innenfor psykisk helsevern. Målet er å vurdere hvordan SI kan benytte digital konsultasjon innenfor psykisk helsevern for å imøtekomme politiske føringer og ønsker fra pasientene. Målet er å tilby moderne løsninger nært eller i hjemmet. Løsningen skal være med god kvalitet og samtidig være ressurseffektiv. Det er avsatt en million kroner i 2017 til formålet.
- Det er avsatt 1,5 millioner kroner til PACS/RIS. Avdelingssjefsgruppen innen billeddiagnostikk i foretaket får i ansvar å disponere og prioritere disse midlene med fokus på frikjøp av fagressurser som bidrar til en forbedring av gjeldende vanskelige situasjon knyttet til innføringen av systemet.

### **Sykehusstruktur/omstilling**

Det er satt av ytterligere 20 millioner til omstillingsarbeid i 2017 utover avsetning i økonomisk langtidsplan. Dette er knyttet til gjennomføring av omstilling kort sikt, samt videre arbeid med idefasen. Midlene til omstilling kort sikt vil bli vurdert og prioritert når tiltakene er vedtatt og masterplaner for gjennomføring av omstillingen skal utarbeides.

### **Netto økning høykostmedisiner inkludert kreftlegemidler**

Det har de senere årene vært en stor økning i medikamentkostnader, spesielt innenfor dyre biologiske legemidler og kreftlegemidler. Det ble i ØLP 2017-2020 satt av 40 millioner kroner per år til å dekke de økte medikamentkostnadene i 2017. Sykehusapotekene HF utarbeidet ny prognose for medikamentkostnader 2017 i SI. Foretaket har som følge av dette satt av 30 millioner kroner til økte kostnader i 2017 på fellesområdet og styrket budsjettene til de somatiske divisjonene med ti millioner kroner til medikamenter, totalt 40 millioner kroner. Fellesområdet dekker kostnader til H-reseptor.

### **Behandlingshjelpemidler**

Utgifter til behandlingshjelpemidler har hatt en sterk økning de siste årene og ventes å øke ytterligere fremover. Kostnader utover budsjettramme i divisjon Medisinsk service dekkes av fellesområdet. Det er i 2016 satt av 25 millioner kroner på fellesområdet til behandlingshjelpemidler. I ØLP 2017-2020 ble det satt av ytterligere ti millioner kroner i 2017. Dette beløpet er opprettholdt i budsjettet i 2017.

### **Pasientreisekostnader**

Pasientreiser har i 2016 hatt et merforbruk i forhold til budsjettet på 20,3 millioner kroner per oktober. Merforbruket er flyttet til SI Felles. Prognosen for 2016 er et merforbruk på 28 millioner kroner.

Det er iverksatt tiltak for å dempe kostnadsøkningen, men denne er i en viss grad relatert til aktivitetsøkning. Flere pasientkontakter ved sykehusene fører naturlig til økt aktivitet innen pasientreiser. Noe av kostnadsøkningen er knyttet til økt mva for transporttjenester i 2016 som ikke ble kompensert fra eier. Fra høsten 2016 er regelverket for pasienter som reiser uten rekvisisjon og sender reiseregning i etterkant, endret samtidig med at en kan kreve refusjon via en elektronisk løsning. Intensjonen er at dette skal være budsjettneutrale, men det er usikkerhet knyttet til dette. På grunn av den sterke økningen i pasientreise-

kostnader i 2016 i forhold til budsjett, er det avsatt 30 millioner kroner i økning i pasientreisekostnader for 2017. Da er det forventet at økningen som har vært i 2016 ikke vil fortsette i like stor grad inn i 2017.

### Forskning

Basisramme forskning er i tråd med økonomisk langtidsplan (ØLP) 2017-2020 og er økt med to millioner kroner i budsjett 2017. Det vises også til kapittel 4.

### Gjestepasienter / kjøp fra private

SI fikk i 2016 til sammen 19,4 millioner kroner i økt basis fra HSØ til å dekke dettekostnader til fritt behandlingsvalg (FB). Ordningen med fritt behandlingsvalg innebærer usikkerhet i forhold til faktisk bruk av private behandlingstilbud etter ny ordning. I 2016 kan det se ut som foretaket får en liten besparelse knyttet til dette. Det er knyttet noe usikkerhet til dette da kostnadene er forventet å være størst på slutten av året. Videre vurderes det at kostnadene vil øke ytterligere i 2017. I tillegg har det vært en økning i gjestepasientkostnader de siste årene. På bakgrunn av dette, er det satt av 27 millioner kroner til dette formålet i for 2017.

### Fordeling av redusert utfordring i 2017

Sammenligningen av endringer i budsjett 2017 med ØLP 2017-2020 viser at foretaket har en beregnet utfordring som er redusert med om lag 46 millioner kroner i forhold til det man trodde i ØLP. Dette er hovedsakelig knyttet til økte midler til aktivitetsvekst fra Helse Sør-øst på om lag 40 millioner kroner. Noe bedre resultat på fellesområdet, samt behov for å øke avsetningen til enkelte interne områder, gjør at netto utfordring totalt er redusert med 46 millioner kroner. Dette foreslås fordelt ut til de somatiske divisjonene for å lette deres utfordring i 2017.

De somatiske sykehusene, med unntak av divisjon Tynset, har i 2016 levert en negativ prognose på ca. 100 millioner kroner. Den negative inngangsfarten i 2017 vil øke budsjettutfordringen til de somatiske divisjonene. På bakgrunn av dette har ledergruppen i SI foreslått å prioritere de somatiske divisjonene i 2017. Tabellen nedenfor viser en oversikt over fordeling av økte vekstmidler og omfordeling av midler til de somatiske sykehusene samt divisjon Medisinsk service. I 2016 ble SI trukket 14,9 millioner kroner i basis som følge av at flere typer helsepersonell kunne utløse ISF-refusjoner (og dermed gi økte inntekter). Dette ble viderefordelt internt i SI. Det har i 2016 vist seg at faktisk økt refusjon ikke tilsvarer trekket i basisrammen. På bakgrunn av dette er divisjonene tilbakeført trukket basis fra 2016. Underdekningen dekkes av fellesområdet.

*1000 kr*

Divisjon	Fordeling av økte aktivitetsmidler	Tilbakeføring basis trekk - ISF nye behandlere	Fordeling økte medikamentkostnader	SUM
Elverum / Hamar	6 632	5 396	4 049	16 077
Gjøvik	3 784	3 142	2 246	9 172
Lillehammer	4 441	3 663	2 505	10 609
Hab/Rehab	-	908	-	908
Med service	2 018	-	-	2 018
Kongsvinger	2 231	1 815	938	4 984
Tynset	894		261	1 155
<b>Totalsum</b>	<b>20 000</b>	<b>14 924</b>	<b>10 000</b>	<b>44 923</b>

## 8.2 Utfordringsbilde 2017 fordelt pr divisjon

Den økonomiske utfordringen for 2017 i ØLP 2017-2020 fordelt per divisjon vises i tabellen under. Fordeling av aktivitetsvekstmidler, tilbakeføring av trekkmidler til nye behandlere og styrking i forhold til medikamenter, gir en reduksjon i utfordringen i 2017 for de somatiske divisjonene og divisjon Medisinsk service på til sammen ca 45 millioner kroner i forhold til utfordringen fordelt i ØLP for 2017. Ny prosentvis fordeling av utfordring vises i siste kolonne i tabellen under.

*1000 kr*

Divisjon	Utfordring 2017 - ØLP 2017- 2020	Andel utfordring av kostnads- budsjett ØLP 2017	Utfordring 2017	Andel utfordring av kostnads- budsjett 2017
Stab SI HF	4 710	2,5 %	4 710	2,5 %
Elverum / Hamar	25 915	2,0 %	9 838	0,8 %
Gjøvik	14 762	2,0 %	5 590	0,8 %
Lillehammer	17 391	2,0 %	6 782	0,8 %
Prehospitale tjenester	4 193	1,0 %	4 193	1,0 %
Hab/Rehab	4 225	2,0 %	3 316	1,6 %
Med service	3 903	1,0 %	1 885	0,4 %
Eiendom og intern service	11 457	2,0 %	11 457	2,0 %
Kongsvinger	8 746	2,0 %	3 762	0,9 %
Tynset	3 509	2,0 %	2 354	1,4 %
<b>Totalt somatikk og staber</b>	<b>98 811</b>		<b>53 888</b>	
Psykisk helsvern	29 305	1,8 %	29 305	1,8 %
<b>Sum utfordringsbilde</b>	<b>128 116</b>		<b>83 192</b>	

Etter styrkingen av de somatiske divisjonene og divisjon Medisinsk service, blir det en ny fordeling av utfordring per divisjon i 2017. I tillegg til fordelt utfordring vil det oppstå uforutsette hendelser som kan gi utslag i økte kostnader eller bortfall av inntekter, slik at den reelle utfordringen kan bli større enn tabellen over viser. Divisjoner med et negativt resultat i 2016 tar også med seg dette inn i 2017 som negativ styringsfart. Dette vil for de somatiske divisjonene utgjøre i størrelsesorden 100 millioner kroner i følge årsprognosen etter oktober, og øker utfordringen betydelig i forhold til fordelt utfordring.

I arbeidet med budsjett 2017 ser divisjonene at utfordringene er for store å ta alle tiltak på egen enhet. I divisjonene ser man nødvendighetene av å gjøre oppgave- og funksjonsfordelinger på kort sikt. Dette behandles i egen styresak «Omstilling kort sikt» i styremøte 15. desember 2016. Det er behov for å gjøre endringer som har økonomisk effekt i hele ØLP-perioden, men også allerede i løpet av 2017. Det er satt av omstillingskostnader for å håndtere dette i 2017 i omstillingsfasen.

Tabellen nedenfor viser status budsjett/tiltak per somatisk sykehus:

*1000 kr*

Divisjoner	Tiltak	Omstilling kort sikt og restutfordring	Sum
Elverum / Hamar	34 100	16 400	50 500
Gjøvik	18 790	7 500	26 290
Lillehammer	35 556	10 235	45 791
Kongsvinger	16 466	14 028	30 494
Tynset	1 354	-	1 354
<b>Totalsum</b>	<b>106 266</b>	<b>48 163</b>	<b>154 429</b>

Divisjonene har siden i vår arbeidet med divisjonsvise budsjetttiltak både for å komme i balanse i 2016 og med nye tiltak for utfordringen i budsjettet for 2017. Se vedlegget til budsjettsaken for divisjonsvise budsjetter. Tabellen ovenfor viser en oversikt over tiltakene divisjonene har lagt frem, så langt og hvor mye de har satt opp som restutfordring eller tiltak knyttet til «omstilling kort sikt». Restutfordringen utgjør om lag 50 millioner kroner for 2017. Det er satt av midler på foretaksnivå for å kunne gjennomføre omstillingen, slik at foretaket overordnet har et saldert budsjett. Divisjonene arbeider fortsatt med å spesifisere ytterligere tiltak, samt konkretisere implementering av tiltak i tråd med vedtaket i styresak «omstilling kort sikt».

### 8.3 Håndtering av risiko på spesielle områder

#### Energikostnader

Bergen Energi er rammeavtaleleverandør for elektrisk energi til SI. Som tidligere år er Bergen Energi sin prognose for strømpriser benyttet til å fastsette energibudsjettet. Kostnadsbudsjettet for energi ligger i sin helhet på divisjon Eiendom og internservice. En eventuell mer- eller mindrekostnad i 2017 i forhold til budsjettet avregnes mot fellesområdet i foretaket sentralt ved store avvik gjennom året, og ved årets slutt. Risikoen knyttet til avvik på energi ligger derfor i sin helhet på SI fellesområdet, og ikke på divisjon Eiendom og internservice.

#### Pasientreisekostnader

Endringer i pasientreisevolumet er vanskelig å forutsi jf. punkt 8.1. Pasientreiser rekvireres både fra primær- og spesialisthelsetjenesten. Et stort antall pasienter reiser også uten rekvisisjon og sender reiseregning i etterkant. I 2016 er det et stort merforbruk på dette området. I budsjettet for 2017 legger en fortsatt opp til en modell der risikoen knyttet til pasientreisekostnader ligger på SI felles.

#### Ekstern juridisk bistand

All ekstern juridisk bistand i foretaket avgjøres av foretaksadvokaten. Bistanden kostnadsføres under HR-direktørens ansvarsområde, men eventuelle over- eller underskudd i forbindelse disse kostnadene tilfaller eller dekkes av fellesområdet.

#### Behandlingshjelpemidler

Behandlingshjelpemidler er et område i rask vekst. Dette gjelder både antall pasienter, utstyrssortiment og hvilke sykdomstilfeller som behandles hjemme med behandlingshjelpemidler. Medisinskteknisk avdeling kan i prinsippet ikke avslå «søknader» om utlån av behandlingshjelpemidler så sant ikke slikt utlån strider mot lover, forskrifter, avtaler eller beslutninger gjort av eier eller helseforetaket. Risikoen knyttet til merkostnader til Behandlingshjelpemidler dekkes av fellesområdet. Selv om risikoen er overført til fellesområ-

det er det viktig at det er stort fokus i avdelingene på å holde kostnadene knyttet til dette så lavt som mulig.

### Høykostmedisiner

Kostnader knyttet til pasientadministrert behandling med særskilte legemidler, såkalte H-resepter har økt kraftig de siste årene. Kostnadene knyttet til disse medikamentene føres på fellesområdet. Foretakene har også i 2017 fått finansieringsansvar for ytterligere medikamenter. Høykostmedisiner utgjør vesentlige beløp. De fleste av disse medikamentene generer ISF-inntekter. Det er viktig at nasjonale retningslinjer og LIS-avtaler følges, og det er avgjørende at all bruk av dyre medikamenter kodes riktig i DIPS, slik at SI får de rettmessige inntektene. Det er knyttet risiko til nivået på kostnader og ISF-inntekter knyttet til dette området.

## 9 Aktivitetsforutsetninger og prioriteringer

Regjeringens forslag til statsbudsjett 2017 legger til rette for en generell aktivitetsvekst på 2,1 prosent, inklusive vekst innen fritt behandlingsvalg. Det er videre lagt til rette for en vekst på 8,5 prosent innenfor offentlig poliklinisk aktivitet innen laboratorievirksomhet og radiologi.

### 9.1 Prioriteringsregelen

Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå (prioriteringsregelen). Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Innen poliklinikk skal det innenfor hvert enkelt tjenesteområde være en årlig vekst som er høyere enn somatikk.

Fordelingen per tjenesteområde:

Polikliniske konsultasjoner	Budsjett 2016	Prognose pr oktober 2016	Budsjett 2017	% endring prognose 2016 - budsjett 2017
Somatikk	348 595	348 595	355 897	2,1 %
VOP - Psykisk helsevern for voksne	130 676	119 000	119 939	0,8 %
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge	59 493	50 500	56 157	11,2 %
TSB - Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddel	25 757	27 200	27 612	1,5 %

Innen psykisk helsevern, inkludert tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), er det lagt til grunn en vekst på totalt på 3,6 prosent. Dette er høyere enn det som ble lagt til grunn i ØLP 2017-2020. Innen somatikk er veksten på 2,1 prosent.

Polikliniske konsultasjoner innen voksenpsykiatri (VOP) har en økning på kun 0,8 prosent. Dette skyldes at den polikliniske kapasiteten blir redusert i sammenheng med at poliklinikken på «Fekjær psykiatriske senter» inngår avtale med HSØ og driftsavtale med SI opphører. Justerer vi for antall polikliniske konsultasjoner i estimatet for 2016, vil veksten innen VOP være på 2,1 prosent.

Budsjettet vekst innen barn og ungdomspsykiatri (BUP) for 2017 er betydelig høyere enn veksten innen somatikk.

Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling TSB er det budsjettert med en økning i polikliniske konsultasjoner på 1,5 prosent. Dette er noe lavere enn veksten innen somatikk. Årsaken er at det i 2016 har vært en betydelig økning i forhold til 2015 og man forventer ikke tilsvarende økning i 2017.

## 9.2 Somatikk – aktivitetsbudsjett

I Prop. 1S (2016 -2017) legges det til rette for en aktivitetsvekst innen somatisk DRG-basert virksomhet på 1,5 prosent fra 2016 til 2017, inklusive fritt behandlingsvalg og vekst som følge av at nye legemidler er inkludert i ISF.

Enhetsprisen i ISF er satt til 42 879 kroner og er etter budsjettforliket redusert til 42 750 kroner med forbehold om behandling av statsbudsjettet i Stortinget. Refusjonsandelen er fortsatt 50 prosent. Det er for 2017 ikke satt noe tak på DRG-basert aktivitet.

### Effekter av endringer i DRG systemet for 2017 ("grupper effekter")

Grupperingseffekter består i at behandling av "de samme pasientene" gir flere eller færre poeng enn året før. Årsaker til dette er:

- Endringer i grupperingslogikk
- Endringer i vekter

Disse endringene kommer som følge av observert endringer i kostnader fra kostnadsvektarbeidet. Konsekvensen er at inntektene blir større eller mindre gitt «de samme pasientene».

Grupperingseffekter har vært håndtert ved at divisjonene er kompensert med 50 prosent basis dersom inntektene blir mindre, fratrukket 50 prosent basis dersom inntektene blir større.

SI har lagt til grunn foreløpig beregning av grupper 2017 med nye vekter og logikk. Denne viser at endringene utgjør en økning på ca. 1961 DRG-poeng for SI. Videre får foretaket en reduksjon av DRG-poeng innen H-resepter som følge av innføring av mva-kompensasjon. Dette utgjør ca. 917 DRG-poeng. Nettoeffekten på ca. 22 millioner kroner er foreløpig lagt på fellesområdet i foretaket. Dette vil bli fordelt ut på divisjonene når en har tall for hele 2016 som grunnlag i beregningen. En usikkerhetsfaktor kan være at det gjøres noe med DRG-prisen nasjonalt.

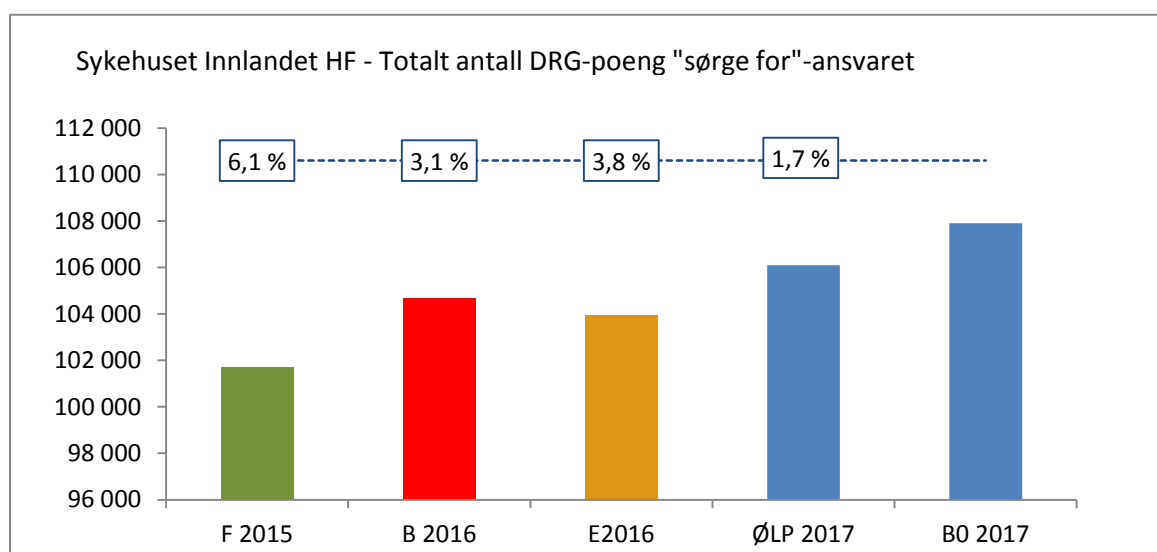
### Aktivitet – DRG

Sykehuset Innlandet har for aktivitetsbudsjettet for 2017 tatt utgangspunkt i nivået i 2016. Divisjonene har tatt hensyn til oppnådd aktivitetsnivå per oktober 2016. Prop.1S (2016-2017) er også lagt til grunn. Endringene i budsjett 2017 mot estimat 2016, er i hovedsak knyttet til gruppereffekt 2017, jf. punkt ovenfor. Holdes gruppereffekten 2017 utenfor, har divisjonene lagt opp til en økning i aktiviteten på 0,5 prosent i forhold til estimatet 2016. SI har de siste årene hatt en betydelig aktivitetsvekst.

Nedgangen i DRG-poeng knyttet til legemidler skyldes i hovedsak at de får 20 prosent lavere vekt i 2017 som følge av innføring av nøytral mva.

DRG - inntekter	Budsjett 2016	Prognose pr oktober 2016	Budsjett 2017	% endring prognose 2016 - budsjett 2017
DRG (døgn) iht. "sørge for"	76 307	76 580	77 076	0,6 %
DRG (dag) iht. "sørge for"	7 541	6 860	7 417	8,1 %
DRG (poliklinikk) iht. "sørge for"	16 184	16 013	17 431	8,9 %
DRG (døgn, dag og poli) iht. "sørge for"	100 032	99 453	101 924	2,5 %
Legemidler	4 631	4 481	3 669	-18,1 %
Nye legemidler	-	-	2 320	
<b>DRG (døgn, dag, poli, legemidler og FBV) iht. "sørge for"</b>	<b>104 663</b>	<b>103 933</b>	<b>107 912</b>	<b>3,8 %</b>

Tabellen nedenfor viser en oversikt over endring i aktiviteten 2017 i forhold til faktisk aktivitet 2015, budsjett 2016 og estimat 2016.



I grafen er ikke DRG-poeng knyttet til legemidler hensyntatt.

Tabellen nedenfor viser aktivitet - døgn, dag og poliklinikk:

Aktivitet - døgn, dag og poliklinikk	Budsjett 2016	Prognose pr oktober 2016	Budsjett 2017	% endring prognose 2016 - budsjett 2017
<b>Somatikk</b>				
Antall utskrivninger døgnbehandling	67 076	66 000	67 106	1,7 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	231 272	231 272	238 185	3,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	38 435	39 500	38 989	-1,3 %
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	348 595	348 595	355 897	2,1 %

### 9.3 Psykisk helsevern - aktivitetsbudsjett

#### Poliklinisk aktivitet (DRG) innen psykisk helsevern og TSB

Fra 2017 vil poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og TSB inngå i den innsatsstyrte finansieringen. I den forbindelse er storparten av dagens HELFO- refusjoner overført til ISF-posten på statsbudsjettet. De resterende midlene er overført til de regionale helseforetakenes basisrammer og gjelder de timeverkbaserte refusjonssatsene. Helse Sør-Øst er således tildelt 111 millioner kroner i økt basis. Disse midlene er fordelt

ut i henhold til behovsandelere innen psykisk helsevern og TSB. SI har fått overført 13,1 millioner kroner i basis som følge av dette og vil få tilsvarende lavere inntekter fra HELFO i 2017.

I 2017 vil ISF-ordningen for poliklinisk psykisk helsevern og TSB holdes atskilt fra ISF-ordningen for somatiske fagområder. Det er utarbeidet et eget regelverk for ISF for psykisk helsevern og TSB. Det er også utarbeidet et eget sett kostnadsvekter og enhetspris for poliklinisk aktivitet psykisk helsevern og TSB.



Fra foreløpig ISF-regelverket for 2017:

- Enhetspris for ISF psykisk helsevern og TSB i 2017 er 2 000 kroner.
- Enhetsprisen er i 2017 en satt størrelse, og er ikke relatert til antatt faktisk gjennomsnittskostnad for en gitt type tjeneste, slik som enhetsprisen innen ISF for somatikk.

Selv om overgangen fra takstbasert til ISF-basert finansiering av disse tjenestoområdene på nasjonalt nivå er forutsatt å være budsjettneutrale, vurderes en slik omlegging å kunne medføre en økonomisk risiko for enkeltforetak ved at ISF-refusjonene for 2017 vil kunne avvike fra HELFO-refusjonene for tilsvarende aktivitet i 2016.

DRG-poeng - Poliklinikk	Budsjett 2017
VOP - Psykisk helsevern for voksne	16 113
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge	16 529
TSB - Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddel	3 678
<b>Sum</b>	<b>36 320</b>

SI vil følge utviklingen i ISF- refusjoner innen psykisk helsevern og TSB gjennom 2017.

Tabellen nedenfor viser aktivitet - døgn, dag og poliklinikk:

Aktivitet - døgn, dag og poliklinikk	Budsjett 2016	Prognose pr oktober 2016	Budsjett 2017	% endring prognose 2016 - budsjett 2017
<b>VoP - Psykisk helsevern for voksne</b>				
Antall utskrivinger døgntilrettelagt	3 404	3 405	3 257	-4,3 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	79 774	81 274	72 923	-10,3 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	-	-	-	
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	130 676	119 000	119 939	0,8 %
<b>BUP - Psykisk helsevern for barn og unge</b>				
Antall utskrivinger døgntilrettelagt	277	300	284	-5,3 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	8 279	8 890	7 778	-12,5 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	-	-	-	
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	59 493	50 500	56 157	11,2 %
<b>TSB - Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige</b>				
Antall utskrivinger døgntilrettelagt	410	420	413	-1,7 %
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	16 888	16 829	17 028	1,2 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	-	-	-	
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	25 757	27 200	27 612	1,5 %

### Voksenpsykiatri

Aktiviteten for døgntilrettelagt er redusert ettersom en får helårsvirkning av reduksjon med 16 døgnplasser i forbindelse med omorganisering av Avdeling for Akutt og psykosebehandling Sanderud og Avdeling for Akutt og psykosebehandling Reinsvoll. I tillegg får en virkningen av at avtalen med Fekjær blir overført til Helse Sør-Øst RHF og at 16 døgnplasser dermed blir borte fra divisjonen. I tillegg er antall døgnplasser ved DPS Tynset redusert med fem og ved DPS Elverum-Hamar med to.

Den polikliniske kapasiteten blir redusert i sammenheng med at poliklinikken på Fekjær blir borte og DPS Elverum-Hamar reduserer sin kapasitet med fire årsverk.

**Barn- og ungdomspsykiatri**

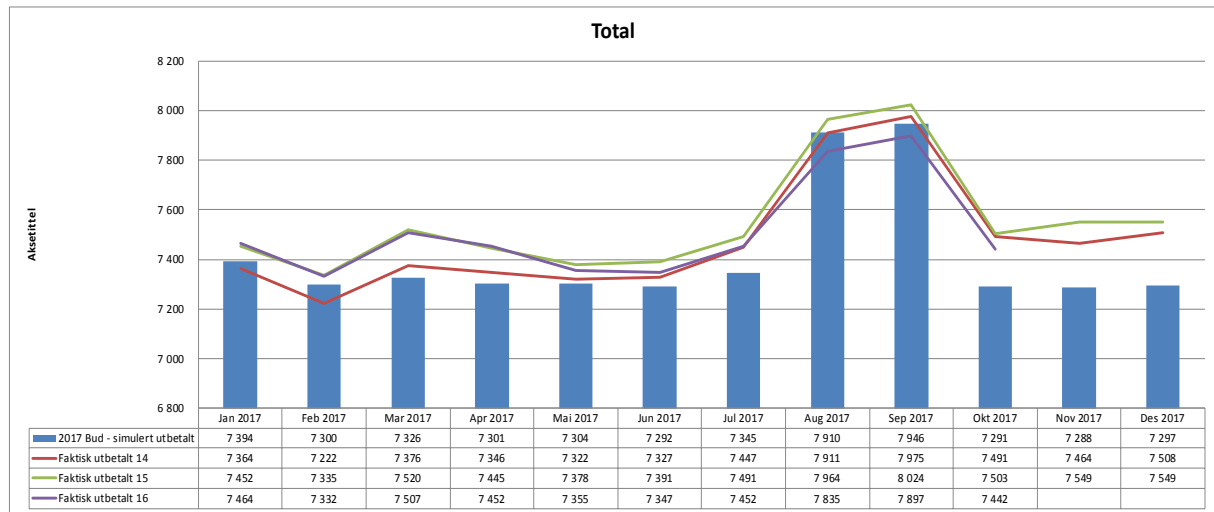
Det har i 2016 vært et belegg på 99,7 prosent på døgnplassene for barn- og ungdomspsykiatrien. Det er i budsjettet lagt opp til en lavere kapasitetsutnyttelse enn dette og aktivitetstallene for døgnbehandling går dermed ned tilsvarende.

Barn- og ungdomspsykiatrien gikk i slutten av 2015 over fra det pasientadministrative systemet BUP data til DIPS. Denne overgangen har resultert i en reduksjon i den registrerte polikliniske aktiviteten. Andre helseforetak har samme erfaring. Det forutsettes i budsjettet at disse overgangsproblemene blir borte etterhvert som behandlerne får mer erfaring med å registrere i DIPS. Det er spesielt BUP Hedmark som venter stor økning i aktiviteten.

**Tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

Det forutsettes at aktiviteten på TSB poliklinikker vil ligge på samme nivå som i 2016. I forhold til antall liggedøgn i 2014 og 2015 representerer dette en stor økning.

## 10 Bemanningsutvikling



I budsjettet for 2017 er det lagt til grunn 7422 brutto årsverk. Dette er 37 brutto årsverk færre enn budsjettet i 2016, og 86 brutto årsverk færre enn faktisk forbrukte årsverk pr oktober i 2016. Dette vurderes som en forholdsvis omfattende endring i bemanningsnivået i foretaket og flere divisjoner må gjennomføre vesentlige tilpasninger i antall årsverk. Det understrekes at ansvaret for å justere bemanning til gjeldende rammebetingelser er tillagt den enkelte divisjon.

Inkludert i bemanningstillene er en reduksjon i 30 budsjetterte årsverk i «Enhet for reiseoppgjør HSØ» (regional enhet som saksbehandler krav fra pasienter om dekning av reiser innenfor enkeltoppgjør). Driften finansieres i sin helhet av Helse Sør-Øst RHF. Bemanningsreduksjonen er en konsekvens av nytt regelverk for pasientreiser fra 1. oktober 2016/prosjekt «Mine pasientreiser» som skal gi gevinster i form av mer effektiv saksbehandling og reduksjon i årsverkforbruk. Denne endringen får effekter fra april 2017.

Utfordringsbildet vil også i 2017 medføre et forsterket fokus på oppfølging av divisjonenes bemanningsutvikling gjennom foretakets månedsrapportering og administrerende direktør sine oppfølgingsmøter. Oppfølgingsregimet for 2017 vil medføre ytterligere tydeliggjøring av krav til divisjonenes tiltak, både med tanke på vurdering av risiko og konsekvens, når tiltak planlegges å ha effekt (innslagstidspunkt) og at det etableres konkrete planer for ytterligere tiltak dersom opprinnelige tiltak ikke viser seg å ha tilstrekkelig effekt.

Tiltak for å møte de økonomiske utfordringene vil i stor grad berøre de ansatte. Krav til omstilling kan blant annet føre til usikkerhet, økt arbeidsbelastning og mulig sykefravær for ansatte, og dermed påvirke arbeidsmiljøet i den enkelte enhet. Et eksempel på tiltak som kan utfordre ansattes arbeidsmiljø er planlagt økning i aktivitet samtidig som antall årsverk reduseres. Det er viktig at divisjonene retter stor oppmerksomhet mot ivaretagelse av ansattes arbeidsmiljø i 2017.

Omstillingsbehovet i divisjonene er såpass omfattende at tiltak i ytterste konsekvens også vil kunne medføre oppsigelser av ansatte. Det legges til grunn at slike tiltak risikovurderes nøye for eventuell iverksetting.

Foretaket har etablerte retningslinjer for omstilling og bemanningstilpasninger fra tidligere omstillingsprosesser. Retningslinjene bygger på Helse Sør-Øst sin omstillingsavtale og de tolv prinsippene for medvirkning gjeldende for hele foretaksgruppen.

Ved omstillinger og bemanningstilpasninger gjelder følgende prinsipper i foretaket:

- Før omstillingen starter, skal det gjennomføres risikovurderinger ved enheter som planlegger endringer som medfører reduksjon i bemanning.
- Sykehuset Innlandet legger vekt på at omstillinger og bemanningstilpasninger gjennomføres slik at de ivaretar medarbeideres rettigheter etter arbeidsmiljøloven og avtaleverket for øvrig.
- Sykehuset Innlandet skal ved gjennomføring av omstillinger sikre seg den kompetansen som er nødvendig for å drive og utvikle de ulike tjenestetilbud innenfor gjeldende rammebetingelser.
- Omstillinger og bemanningstilpasninger gjennomføres på en slik måte at ulempene blir minst mulig for de berørte medarbeidere. Ansatte som berøres direkte og eventuelle omstillingskandidater skal fortrinnsvis få nye oppgaver så raskt som mulig.
- Ansettelseskontroll og omplassering er virkemidler som benyttes før andre virkemidler tas i bruk. Det er viktig med god informasjon og kommunikasjon.

For å fremme best mulig samhandling og for å stå bedre rustet til å identifisere kritiske faktorer ved gjennomføringen av omstilling og bemanningstilpasninger, har det blitt opprettet omstillingsutvalg på foretaksnivå og ved flere divisjoner. Det vil fortløpende bli vurdert behov for å etablere omstillingsutvalg ved øvrige divisjoner.

Tabellen under viser reduksjonen i antall årsverk og antall senger per divisjon.

<b>Omstillingstiltak 2017</b>		
<b>Reduksjon i bemanning og sengetall</b>		
<b>Divisjon</b>	<b>Årsverk</b>	<b>Sengetall</b>
Elverum Hamar	13,5	0
Gjøvik	18,3	1
Lillehammer	20,5	6
Prehospitale tjenester	4,8	
Habilitering og rehabilitering	5,8	0
Medisinsk service	4,2	
Psykisk helsevern	21,0	23
Eiendom og internservice	8,7	
Kongsvinger	16,1	0
Tynset	0,8	0
Stab	3,4	
<b>Sum</b>	<b>117</b>	<b>30</b>

\* Bemanningen i Enhet for reiseoppgjør Helse Sør-Øst (divisjon Prehospitale tjenester) reduseres med 30 årsverk fra april 2017 som følge av nytt regleverk og nye saksbehandlingsrutiner. Dette er ikke tatt med i denne tabellen; - se avsnitt 10 og vedlegg 1 for en nærmere omtale.

\*\* I antall senger redusert innen divisjon Psykisk helsevern, er det inkludert et nedtak på 16 senger knyttet til den private institusjonen Fekjær. Fra 2017 vil Helse Sør-Øst overta avtalen knyttet til denne institusjonen. Budsjettet forutsetter at bruk av private behandlingsinstitusjoner reduseres tilsvarende det antall oppholdsdøgn divisjonen har hatt ved Fekjær.

## 11 Investeringer

### 11.1 Innledning

Utfordringene for SI i forhold til manglende investeringsmidler behandles flere ganger årlig i ulike styresaker. Dette gjøres i forbindelse med investeringsbudsjettet, økonomisk langtidsplan og driftsbudsjettet. Dette gjøres i alle disse sakene fordi investeringsbudsjettets rammer fastsettes i stor grad av driftsresultatet.

Investeringer defineres som kjøp/oppgradering av utstyr, bygg og anlegg til en høyere kostnad enn 100 000 kroner og en levetid over tre år. Investeringer belastes ikke i driftsregnskapet, men føres i balansen som en tilført verdi. Kostnaden med dette gjenspeiles som avskrivninger i driftsregnskapet. Avskrivninger beregnes ut i fra estimert levetid og kostnadsføres løpende i driftsregnskapet ut i fra kostnad delt på antall leveår. Et annet ord for avskrivninger er kapitalslit, det vil si den økonomiske konsekvensen av at utstyr, bygg og anlegg, brukes og slites.

#### **Investeringsbehovet innen medisinsk teknisk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler**

Sykehuset Innlandet er på middels norsk nivå når det gjelder å ta i bruk nye teknologiske løsninger i pasientbehandlingen. Unntaket er topp moderne strålemaskiner og operasjonsrobot.

Medisinsk teknisk utstyr med tidsmessig teknologi, høy kvalitet og tilstrekkelig kapasitet er en viktig forutsetning for riktige og effektive medisinske utredninger og god pasientbehandling. Deler av det medisinsk tekniske utstyret i SI er så gammelt at det kan gå utover kvaliteten i pasientbehandlingen. Etter hvert kan også muligheten til å avvikle effektiv pasientbehandling påvirkes av at det ikke er funksjonelt utstyr tilgjengelig. Økende alder på utstyret fører til hyppigere driftsstans og økte kostnader til drift og vedlikehold. Dette skjer samtidig med at kortere liggetid og mer utstrakt bruk av dag- og poliklinisk behandling setter økte krav til stabil og effektiv drift.

Verdien av medisinsk teknisk utstyr (MTU) i SI er om lag en milliard kroner. Tidligere regnet man med en gjennomsnittlig levetid på ti år for MTU. Nyere MTU har i stadig større grad IKT-komponenter, som har en langt kortere levetid. Når man tar hensyn til dette har foretaket et reinvesteringsbehov for MTU på 100- 200 millioner kroner hvert år. I anslaget er det ikke tatt hensyn til nye behov, nye medisinske muligheter og behov og teknologisk utvikling.

Gjennomsnittsalder på MTU i SI er 10,4 år. Av dette utgjør MTU med innkjøpspris over 100 000 kroner 781 millioner kroner (78 prosent). En tredel av utstyret er eldre enn ti år og 18 prosent er i en teknisk kategori som tilsier at utstyret må erstattes (tilstand 4).

I perioden 2012- 2014 var MTU-investeringene i SI samlet tilnærmet et nivå for å opprettholde utstyrsnivå- og standard. Fra 2015 er det registrert en betydelig nedgang i investeringene.

År	I alt	> kr 100 000
2012	96,1	78,5
2013	67,0	53,3
2014	95,5	76,8
2015	77,2	65,8
2016	78,6	61,0

Millioner kroner (registrert i Plania MTA)

### **Behandlingshjelpemidler - medisinsk teknisk utstyr i hjemmebehandling**

MTU til hjemmebehandling blir en stadig viktigere del av tilbudet innen spesialisthelsetjenesten. Behandlingshjelpemidler utgjør en økende andel av kostnadene til innkjøp, drift og forbruksmateriell, men har så langt ikke blitt belastet investeringsbudsjettene. Behandlingshjelpemidler tas over driftsregnskapet.

### **Risikovurdering i forhold til for lav investeringsandel i medisinsk teknisk utstyr**

Et lavt historisk investeringsnivå og spredt geografisk struktur gjør at SI har et betydelig investeringsbehov. Den spredte strukturen medfører at mange typer utstyr må være tilgjengelig på flere geografiske enheter. Dette er fordyrende, krever ekstra midler til vedlikehold og øker behovet for nyanskaffelser. Investeringsrammen til medisinsk teknisk utstyr bør være på et slikt nivå at utstyrsanskaffelser kan planlegges og følge fastlagte masterplaner.

### **Investeringsbehov til funksjonstilpasning og vedlikehold av bygningsmassen**

SI disponerer i dag ca 350.000 m<sup>2</sup> eide og leide arealer. Den eide bygningsmassen på 325.000 m<sup>2</sup> er spredt geografisk på et 40 talls steder i Hedmark og Oppland. Bygningsmassen har varierende teknisk nivå grunnet alderssammensetning, fra delvis nytt til over 100 år gammelt. Bygningsmassens arealvektede gjennomsnittsalder er beregnet til ca. 45 år.

Årlige avskrivninger på bygg er nå 175 millioner kroner. I de senere årene er det investert for ca. 100 millioner kroner årlig innenfor byggområdet, det vil si betydelig lavere enn avskrivningene. De siste årene har dette beløpet blitt redusert som følge av den økonomiske utviklingen i foretaket. En stor del av beløpet er tildelt til prosjekter som klassifiseres som funksjonelle tilpasninger. Dette er ikke vedlikehold, men ombygninger. Resultatet av denne utviklingen er at vedlikeholdet av bygningsmassen er på et historisk lavt nivå.

I forbindelse med innføringen av tilstandsgrader i Sykehuset Innlandet ble alle bygg- og tekniske anlegg beskrevet. Dette verktøyet ligger til grunn når prioritering av vedlikehold og investeringer gjøres. Det søkes alltid etter beste evne å velge de tiltak som medfører en økning av tilstandsgrad slik at bygningsmassen med tilhørende tekniske anlegg kommer opp på et akseptabelt nivå.

Det foretas hvert år gjennomgang av vedlikeholdstiltak og det lages en prioriteringsrekkefølge av vedlikeholdstiltakene. Deretter velges så de mest prioriterte prosjektene ut. I prioriteringen benyttes det utarbeidede tilstandsgrader på byggene og man prioriterer de bygg hvor tilstandsgraden er dårligst. Gjerne ut i fra en kost nytte vurdering og planlagt bruk av arealene.

Helse Sør-Øst har satt følgende mål for eiendomsvirksomheten i foretaksgruppen (styresak 010-2011):

*"Tilstandsgraden for det enkelte bygg eller bygningskompleks som utgjør primærbyggene i helseforetaket skal ha en minimumstilstand relatert til Norske Standard for tilstandsklassifisering av bygg. På sikt skal det tilstrebes å fjerne vedlikeholdsetterslepet for de viktigste byggene og det må settes et mål for tilstandsklassen for hvert bygg som ansees som godt nok for formålet bygget tjener. Målet skal settes slik at det kan oppnås innen rimelig tid. Alle enkeltlementer i bygg som skal brukes videre skal ha tilstandsklasse bedre enn 3."*

### **Risikovurdering av for lav andel investeringsmidler til bygg**

SI forvalter en stor og geografisk spredt bygningsmasse med varierende alder og teknisk standard. Avskrivningene historisk utgjør betydelig høyere beløp enn reinvestering i eiendommene. Dette beviser ytterligere vedlikeholdsetterslepet vi bygger opp. En ikke ubetydelig andel av investeringsmidlene til bygg, er nybygg eller funksjonelle tilpasninger. Dette bedrer ikke vedlikeholdsetterslepet, men øker behovet for vedlikehold frem i tid.

I tillegg vil sannsynligvis den økonomiske utfordringen SI står overfor, medføre behov for endret arealbruk. Dette krever funksjonstilpasninger av bygningsmassen for å få iverksatt tilstrekkelige innsparinger og tilrettelegge for funksjonell og effektiv pasientbehandling. Disponible midler til vedlikehold, funksjonstilpasning og ombygginger vil være en av flere avgjørende faktorer for at foretaket skal klare å gjennomføre tilstrekkelige kostnadsreducerende tiltak.

## 11.2 Faktisk investering

Fagområdene innen bygg og medisinskteknisk utstyr foretar stramme prioriteringer på hvilke investeringer som blir gjennomført. Investeringer som gjennomføres er prioritert etter føringer fra tidligere styrebeslutninger og innspill fra driften/divisjonene. Fagområdene utarbeider masterplaner som angir retning og føring for bruk av disponible investeringsmidler. Årlig bevilges midler til de ulike satsningsområdene, disse midlene settes så i arbeid. Da dette ofte er prosjekter som går over flere år, vil ikke forbruket av investeringsmidler gjenspeile det fastsatte beløpet for året.

Investeringer	2013	2014	2015	2016 (prognose)	Hittil i år 2016 pr oktober
Bygg- og vedlikeholdsprosjekter	88 432	96 712	42 343	87 500	78 297
Opptrappingsplan	12 434	76 306	54 908	8 000	7 645
Stråleterapi GVK		6 684	33 213	35 000	34 602
MTU investeringer	52 594	107 565	47 760	69 500	35 067
Annet	35 839	50 301	27 426	25 000	17 381
<b>SUM</b>	<b>189 299</b>	<b>337 568</b>	<b>205 649</b>	<b>225 000</b>	<b>172 991</b>

### Bygg

I 2016 ble det bevilget 37,5 millioner kroner til bygg. Funksjonstilpasning utgjør 70 prosent og vedlikehold utgjør 30 prosent av investeringsrammen, denne fordelingen er snudd fra tidligere år.

### MTU

Fagområdet medisinsk teknisk utstyr fikk tilsagn om 35 millioner kroner i investeringsbudsjett for 2016. Fordelingen ble gjort etter en vurdering av tilstanden til det medisinsk tekniske utstyret ute i divisjonene. Jf. styresak 013-2014, samt tillegg eller fratrukk av egne positivt resultat. Divisjonene prioriterer så sine egne MTU midler ut i fra bevilget MTU midler og resultat i driften.

## 11.3 Håndtering av over- og underskudd

SI har hatt en ordning der positivt resultat fra et år kan benyttes til investeringer året etter. For den enkelte divisjon har dette medført at et positivt avvik i driften har kunnet finansiere divisjonsvise prioriteringer året etter. Divisjoner med positivt resultat i foregående år får disponere dette til investeringer i budsjettåret etter. Divisjoner med negativt resultat vil få avkortning i investeringsrammen.

Foretakets mulighet for gjennomføring av investeringer er styrt av den likviditet som er stilt til disposisjon fra eier. Et merforbruk i driften på en divisjon i foretaket reduserer tilgjengelig likviditet for foretaket totalt sett, og dermed også muligheten til å gjennomføre investeringer.

I styresak 087-2011 er det vedtatt at divisjoner med underskudd i driften får fratrukk i investeringsrammen. Fradraget var 75 prosent av divisjonens underskudd. Formålet med ordningen er å skape incitament

for å oppnå balanse/positivt resultat i driften. Dette fradraget ble økt til 100 prosent i styresak 047-2015. I styresak 027-2016 angående investeringsbudsjett 2016 ble dette ytterligere understreket for at divisjoner som går med underskudd ikke skal redusere mulighetene for andre divisjoner til å investere. På grunn av redusert resultatkrav og usikkerhet knyttet til foretakets evne til å omstille seg nok til å håndtere utfordringen i 2016, vil det bli utarbeidet et investeringsregime som sikrer at man ikke bruker midler man ikke har til disposisjon. Det vil si at man i større grad enn tidligere vil holde tilbake likviditet fra Helse Sør-Øst litt utover i nytt budsjettår for å sikre at foretaket har likviditet tilgjengelig. Resultatet av alt dette er at det i mye større grad kun investeres i tilfeller hvor det er havarett utstyr eller utstyr det er uforsvarlig å benytte.

## 11.4 Tilgjengelige investeringsmidler for 2017

Tabellen viser foreløpige tall som vil danne grunnlaget for investeringsrammen for 2017. Investeringsnivået avhenger av det endelige regnskapsresultatet for 2016 og endelig resultat vil foreligge i januar 2017. Fordeling av investeringsmidlene vil komme som egen sak til styret i 2017. Frist for å melde inn investeringsbehov fra divisjonene er 31. desember 2016. Innspillene vil bli vurdert og kvalitetssikret. En sammenstilt og prioritert liste legges fram for administrerende direktørs ledergruppe og drøftes med tillitsvalgte.

Foreløpig investeringsnivå - sentrale midler	2016	2017
Likviditet til investeringer fra eier	147 456	151 261
Resultat/prognose forrige år	-22 241	20 000
<b>Tilført likviditet til investeringer</b>	<b>125 215</b>	<b>171 261</b>
Justering bokførte verdier/gevinst/tap	53 926	-
Egenkapitaltilskudd KLP/TVI	-30 976	-33 100
<b>Tilførte likvide midler til investeringer i Bygg, MTU, IKT og Annet</b>	<b>148 165</b>	<b>138 161</b>

Status årsprognose for resultat per divisjon per oktober 2016 følger i tabellen under.

Divisjon	Årsprognose
Stab SI HF	7 000
Elverum / Hamar	-32 000
Gjøvik	-19 000
Lillehammer	-30 000
Prehospitale tjenester	6 000
Hab/Rehab	1 000
Med service	0
Psykisk helsevern	15 000
Eiendom og intern service	6 000
Kongsvinger	-21 700
Tynset	1 092
Felles SI HF	85 608
Forskning	1 000
<b>Resultat</b>	<b>20 000</b>



## 12 Risikovurdering av driftsbudsjettet

Risikostyring og internkontroll skal sikre at all aktivitet i SI blir organisert, planlagt, utført, kontrollert og forbedret i samsvar med fastsatte krav som retter seg mot sykehuset for i sum å gi enda bedre styring og måloppnåelse. Dette gjøres ved at en setter fokus på de mest vesentlige hendelser som påvirker måloppnåelse for virksomheten sett under ett, og sikrer en konsistent styring og oppfølging av disse. Risikostyring skal være et enkelt verktøy for å sjekke mål, status, aktiviteter og resultat på de områder som er mest kritisk for virksomhetsstyringen. Den skal også være et verktøy for riktig prioritering av oppgaver og ressurser.

I driftsbudsjettene fra de enkelte divisjonene er det sett på mulige konsekvenser av tiltakene i budsjettet og på grunnlag av dette er det laget en egen risikomatrise for hver divisjon. Det er ikke laget egen risikomatrise for stabsområdene, blant annet fordi disse områdene utgjør en så liten andel av foretaket og da konsekvenser av de planlagte tiltakene i stabsområdene for 2017 i liten grad påvirker pasientbehandlingen.

Siste risikomatrise for SI på foretaksnivå ble presentert for styret som en del av tertialrapporten etter 1. tertial 2016.

KONSEKVENNS					
	1	2	3	4	5
SANNSYNLIGHET	5				
	4		<p>(5) Kvalitet i pasientbehandlingen kan reduseres pga. manglende midler til nødvendige investeringer i bygg, MTU og lokale IKT investeringer</p> <p>(6) Leveranse, funksjonalitet og oppgradering av systemløsninger innen IKT</p> <p>(7) Arbeidsbelastning for mellomledere og ansatte</p>		(1) Kvalitetsutfordringer ved innføring av nytt elektronisk radiologisystem
	3	<p>(12) Manglende etterlevelse av samhandlingsreformen gir økt liggetid for utskrivningsklare pasienter og risiko for korridorpasienter</p> <p>(13) Manglende etterlevelse av systematikk for virksomhetsstyring i divisjonene reduserer intern styring og kontroll</p>	<p>(8) Brudd på arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven ved enkelte avdelinger</p> <p>(9) Fokus på meldekultur og oppfølging av uønskede hendelser som del av forbedringsarbeid</p>	(2) Manglende resultat av omstillingstiltak for å tilpasse ressurser i forhold til oppgaver og tjenestetilbud	
	2		<p>(10) Manglende koordinering og kapasitet ved implementering av pakkeforløp kreft</p> <p>(11) Variasjon i tilbud til pasienter og omsetting av pasientsikkerhetsprogrammet til klinisk forbedring i praksis</p>	(4) Rekruttere og beholde ansatte innenfor enkelte lege-spesialistområder, psykologspesialister, bioingeniører og spesialsykepleiere.	
	1				3) Risiko for hendelser i behandlingsområder hvor avbrudd i strømforsyningen kan medføre at pasientens liv står i fare, eller kan forårsake skader som kan gi varige mén

Risikoområder på rødt i risikokartet er kommentert med tiltak i tertialrapporten. Det vises til denne for beskrivelse, og for øvrig til handlingsplan til områdene rødt, gult og oransje som følger som vedlegg 1 til tertialrapporten etter 1. tertial 2016. Ny risikovurdering på foretaksnivå skjer i forbindelse med årlig melding 2016. I tillegg er det foretatt en egen risikovurdering av de økonomiske sidene ved budsjett 2017:

I tillegg er det foretatt en egen risikovurdering av de økonomiske sidene ved budsjett 2017:

KONSEKVENNS					
	1	2	3	4	5
SANNSYNLIGHET	5				
	4			<p>Økonomi – oppnår ikke budsjettert resultat som gir reduserte investeringsmuligheter i MTU og bygg. Ikke bærekraftig utvikling</p> <p>Divisjonene har ved inngangen av året ikke tilstrekkelige gjennomførbare tiltak.</p>	
	3		Effekter av Fritt behandlingsvalg	<p>Styring av bemanningsutvikling</p> <p>Usikkerhet om størrelsen på økning i kostnader til dyre legemidler</p> <p>Arbeidsbelastning for mellomledere og ansatte</p> <p>Økt sykefravær</p> <p>Utfordring i å sikre god kvalitet og pasientsikkerhet og rett kompetanse til enhver tid</p>	Manglende evne til omstilling
	2			<p>Omdømme</p> <p>Rekruttere og beholde fagpersonell</p> <p>Mindre ressurser til kurs og kompetanseutvikling</p>	
	1				

Risikoområde	Sannsynlighet /konsekvens	Tiltak
<p>Økonomi - oppnår ikke budsjettert resultat som gir reduserte investeringsmuligheter i MTU og bygg</p> <p>Divisjonene har ikke tilstrekkelige gjennomførbare tiltak</p>	<p>Økonomisk balanse er nødvendig for å sikre tilstrekkelige midler til nødvendige investeringer i MTU og bygg og sikre en bærekraftig utvikling.</p> <p>Etterslep vedlikehold av bygningsmasse. MTU som havarerer kan ikke erstattes. Nye behandlingsmåter kan ikke tas i bruk pga mangel på nytt utstyr.</p> <p>Forverret resultat i 2016 gir økte utfordringer for budsjett året 2016.</p> <p>Risikoen er knyttet til at de planlagte tiltakene i divisjonene ikke lar seg gjennomføre og det tar tid å finne tiltak som dekker «restutfordringene»</p>	<p>Forsterket oppfølgingsregime av divisjonen, se beskrivelse under kapittel 10 «Bemanningsutvikling» og kapittel 13 «Oppfølging av budsjett 2017».</p> <p>Nye tiltak må iverksettes løpende dersom de planlagte resultatene ikke oppnås.</p>
Manglende evne til omstilling	Uten omstillinger er det stor risiko for at en ikke oppnår planlagt resultat.	<p>Oppfølging av driften løpende.</p> <p>Nye tiltak må iverksettes løpende dersom de planlagte resultatene ikke oppnås.</p>
Styring av bemanningsutvikling	Det skal gjennomføres forholdsvis omfattende endringer i bemanningsnivået i foretaket, og flere divisjoner må gjennomføre vesentlige tilpasninger i antall årsverk.	<p>Forsterket oppfølgingsregime, se beskrivelse under kapittel 10 «Bemanningsutvikling» og kapittel 13 «Oppfølging av budsjett 2017».</p> <p>Styre ferieavvikling, innleie av vikarer og bruk av overtid</p>
Økte kostnader til legemidler	Budsjettet på dette området bygger på anslag. Stor usikkerhet knyttet til omfanget av nye legemidler, og økning generelt.	Løpende oppfølging av oversikter fra sykehusapotekene Faglige vurderinger av medikamentvalg
Arbeidsbelastning for mellomledere og ansatte – økt sykefravær	Økt aktivitet samtidig som bemanningsnivået skal reduseres.	Bedre ressursstyring og optimalisering av arbeidsplaner.
	Fare for økt sykefravær ved økt arbeidsbelastning	Prioritere arbeidsoppgaver og pasienttilbud. IA-handlingsplaner for å forebygge og følge opp sykefravær
Utfordring å sikre god kvalitet og pasientsikkerhet	Tiltak med ostehøvel-prinsippet hvor foretaket har lav grunnbemanning, små og sårbare fagmiljøer, rekrutteringsutfordringer og mange vaktlinjer gir relativ stor risiko for redusert pasientkvalitet og pasientsikkerhet og at variasjon i pasienttilbudet i foretaket øker.	Gjennomføre tiltak på kort sikt som gir: endringer i oppgavedeling reduserer vaktlinjer hele eller deler av døgn/uken/året samarbeider om kompetanse og ressurser i året/i ferier
Omdømme	Omdømmet kan svekkes som følge av dårlige økonomiske resultater og manglende investeringer. Negativt omdømme ifht gjennomføring av nødvendige omstillingstiltak	Fortløpende informasjon og involvering internt

Risikoområde	Sannsynlighet /konsekvens	Tiltak
Rekruttere og beholde fagpersonell	Uten tilgang på kvalifisert fagpersonell kan det bli problematisk å opprettholde tilbud og oppnå den ønskede kvalitet	Oppfølging av «utdanning- og rekrutteringstiltak», jfr. styresak 014-2016.  Implementering av ny spesialiststruktur for leger.
Mindre ressurser til kompetanseutvikling	Redusert mulighet til å gi ansatte kompetanseheving pga krav om tilstedeværelse for å opprettholde aktivitet. Reduserte kompetansebudsjetter	Fokus på utarbeidelse av kompetanseplaner på enhetsnivå og interne opplæringstiltak.  Langsiktig planleggingshorisont for avvikling av permisjoner
Effekter av Fritt behandlingsvalg	Stor usikkerhet knyttet til omfanget; dvs til SI sin evne til å løse fristbrudd til beste for pasienten og evnen til å utvikle pasientens helsetjeneste. Budsjettet på dette området bygger på anslag.	Følge opp hvordan fristbrudd er løst i divisjonene iht rutine

### Fagdirektørs vurdering:

Sykehuset Innlandet har vist seg å være i stand til å mestre nye pålagte oppgaver på en god og sikker måte. Det er innført nye pakkeforløp for en rekke krefttyper. Ventetidene har gått ned, og antallet fristbrudd er lavt. Dette har man klart uten å få tilført ekstra ressurser. Flere av enhetene i Sykehuset Innlandet skårer høyt på pasienttilfredshetsundersøkelsen, som er et viktig barometer for hvordan vi behandler målgruppen vår. Avdelingene viser stor fleksibilitet ved gjennomføring av pasientsikkerhetsprogrammet. Videre satsings-områder for Sykehuset Innlandet vil være å følge opp ideen om pasientens helsetjeneste. Å samhandle til pasientens beste med kommunehelsetjenesten for å kunne tilby den enkelte et sømløst og trygt pasientforløp, har høy prioritet.

Sykehusets struktur med mange mindre enheter kan gi en utfordring når det gjelder rekruttering, særlig til mindre fagdisipliner. En ser særlig rekrutteringen til Stråleenheten som en utfordring som må løses på kort sikt. Krav til kvalitet og pasientsikkerhet fra pasient og pårørende, fra styrende myndigheter og andre eksterne aktører øker. SI har utfordringer på flere faglige områder i å tilfredsstille dagens krav. Utfordringen øker når foretaket skal tilpasse de krav til tjenestene innenfor de økonomiske rammene og dagens oppgavefordeling mellom sykehusene. Årsakene er sammensatte. Divisjonene melder tilbake om lav grunnbemanning og stor arbeidsbelastning.

Nåværende oppgavefordeling med mange vaktbærende linjer og avdelinger fører til et stort antall personell i beredskapsvakt. Dette gir begrenset tilgjengelighet av kompetanse og ressurser deler av døgnet/uken/året. SI sin modell med mange små enheter skaper også sårbare fagmiljøer og rekrutteringsutfordringer. Mangelfull samlokalisering av fagområder gjør det nødvendig at pasienter transporteres mellom sykehusene i foretaket for å få gjennomført utredning og behandling. Dette må det jobbes videre med i 2017.

I forbindelse med innføring av pakkeforløp for kreft har helsedirektoratet høsten 2015 foretatt en kartlegging av økonomiske og administrative konsekvenser av reformen. For Sykehuset Innlandet sin del er det påpekt risikoområder med ressursmangel innen patologi, radiologi og endoskopi, og økt personell-ressurs til forløpskoordinatorer. Det er foreløpig usikkert i hvilken grad prioritering av kreftpasienter går ut over kapasiteten for å ivareta andre pasientgrupper.

Innføring av nye elektroniske verktøy er helt essensielt for å oppnå god pasientsikkerhet og sikre god pasienttilgang.

Fagdirektørs samlede vurdering av dagens situasjon er at det er knyttet utfordringer med å sikre god kvalitet og høy pasientsikkerhet på våre tjenester. For å sikre gjennomføring av økonomisk nedtak på en god måte må kompetanse /personell sikres og benyttes på en mer hensiktsmessig, effektiv og kostnadsbesparende måte. Risikobildet viser at foretaket raskt, uavhengig av idefasen, bør gjøre endringer innenfor de muligheter som ligger i nasjonal helse og sykehusplan og som er tilpasset de økonomiske rammene.