

Årsrapport 2004

*«Tre år etter helsereformen
står vi foran
et veiskille.»*



INNHOLD

Intervju med adm. dir. Paul Hellandsvik	3
Nytt verktøy gir bedre ledelse	7
Dette er Helse Midt-Norge	8
2004 i korte trekk	10
Fakta om helseforetakene	12
Økt vekt på samarbeid og nasjonal samordning	16
Regional samordning gir resultater	18
Vår interne IT-leverandør, HEMIT	18
Fortsatt behov for kvalitetsarbeid	20
Brukermedvirkning	22
Åpenhet og involvering viktig	23
Psykisk helsevern og rusbehandling	24
Ventetiden redusert	25
Samspill med private aktører	26
Forskning og utvikling, en naturlig del av virksomheten	27
Samarbeidsorgan med høyskolene	27
Styrets beretning	28
Resultatregnskap	37
Balanse	38
Kontantstrøm	40
Noter	41
Revisjonsberetning	55



Refleksjoner ved et veiskille

- Det handler om å utvikle framtidens sykehus for Midt-Norge. Kvalitet vil være et nøkkelord framover. Hvordan kan vi opprettholde institusjoner og nåværende sykehusstruktur og samtidig fylle sykehusene med innhold som ikke bare holder høye nasjonale, men også internasjonale kvalitetsmål - og som er i stand til å holde tritt med medisinsk utvikling?



Det er adm. dir. Paul Hellandsvik som løfter blikket og spør: Tre år etter helsereformen står vi foran et veiskille, mener han.

- 2004 markerer avslutningen på startfasen for Helse Midt-Norge. Vi hadde som mål å få ned ventetid og ventelister - og nærmer oss nå et akseptabelt nivå for de fleste pasientgrupper, sier han. Men fortsatt er utfordringene store og ambisjonene høye.

Viktig oppgave

Hellandsvik løfter fram oppgaven med å skape framtidens sykehusstilbud i Midt-Norge som kanskje den aller viktigste oppgave regionen står foran. Beslutningene og prioriteringene må derfor være forståelige og ha bredest mulig forankring, slik at prosessen bygger videre på tilliten det offentlige helsetilbudet er avhengig av.

– Vi har satset tungt på brukernes medvirkning. Dette blir fortsatt en viktig forutsetning for omstillingen som vi nå ønsker å få til. Vi trenger en bred involvering, både gjennom de kanaler vi har etablert for tillitsvalgte og for brukere. Vi ønsker å stimulere til en bred debatt der både lokalpolitikere og lokalsamfunn deltar.

Flere hensyn på samme tid

– Prosessen vi nå starter, vil medføre endringer. Vi har en stor utfordring når vi skal kommunisere dette.

For å utdype dette viser Hellandsvik til debatten om sentralisering/desentralisering.

– På den ene siden vet vi at nærhet betyr mye for å gi et akuttmedisinsk tilbud av høy kvalitet. Nærhet er viktig for den kvaliteten pasienten opplever, ikke minst for kronikere med hyppig behov for spesialiserte helsetjenester. På den andre siden vet vi at det er behov for å sentralisere enkelte behandlingstilbud. Det må til for å kunne utvikle kvalitet og ny kunnskap – og for at vi skal kunne ta i bruk nye og bedre metoder, sier Hellandsvik.



Strategien framover handler med andre ord om å balansere flere hensyn. Det grunnleggende er å være på lag med pasienten og sørge for at spesialisthelsetjenesten gir et likeverdig tilbud til befolkningen.

– Men moderne medisin gir oss stadig nye og flere muligheter til behandling. Det er ikke mulig praktisk eller økonomisk å ha alle tilbud i nærheten av der folk bor, legger han til.

Endring krever mot

Helse Midt-Norge er allerede kommet i gang med en forsiktig oppgavefordeling, ifølge Hellandsvik.

– I fjor la vi på plass en konkret strategi for å samle deler av kreftkirurgien. Det gir oss et grunnlag for å bygge opp solide fagmiljøer, og vi vil være i stand til å sikre pasientene et behandlingstilbud i Midt-Norge som skal være i front. Målet

må være at vi tør å være like offensive på andre områder. Svaret trenger ikke være sentralisering. Det kan like gjerne være desentralisering, bare det fremmer kvalitet, mener Hellandsvik.

«Helse Midt-Norge 2010»

Styret for Helse Midt-Norge RHF ga våren 2005 startsignal for en styrt utviklings- og omstillingsprosess. Hellandsvik sier at «Helse Midt-Norge 2010» skal fange de strategier som allerede er lagt, men prosessen vil også legge grunnlag for å gripe nye og sammensatte problemstillinger.



– Opptrappingsplanen for psykisk helsevern og den ett år gamle rusreformen er en naturlig del av «Helse Midt-Norge 2010». Det er også vedtatt en handlingsplan for rehabilitering, habilitering og fysikalsk medisin der ambisjonen er å styrke tilbudet til kronikere. Alle disse fagområdene har i stor grad fokus på pasientforløpet – og ikke bare den enkelte konsultasjon. Et annet kjennetegn er behovet for samhandling mellom spesialist og primærhelstjeneste.

Forskning og helhetlig tenkning

– Når vi skal utvikle framtidens spesialisthelstjeneste i Midt-Norge, er det grunnleggende å ta utgangspunkt i pasientens behov for helhetlige tjenester. Det nye universitetssykehuset i Trondheim har dette for øye, noe som bl.a. gir seg utslag i de bygningsmessige løsninger som er valgt.

– Ved å integrere forskning, utdanning og opplæring av helsepersonell i sykehuset, styrker vi ikke bare den enkelte avdeling kompetansemessig – vi lar også forskning og utdanning komme nærmere pasienten. Det skal komme begge til gode og styrker vår holistiske grunnholdning, sier Hellandsvik.

Han tror også at «Helse Midt-Norge 2010» vil utfordre sykehus og institusjoner til å finne nye løsninger i samarbeid med primærhelstjenesten. Det har skjedd en kraftig vekst i antallet innleggelser med behov for øyeblikkelig hjelp. Utfordringen kan ikke løses av spesialisthelstjenesten alene. Dette gjelder både innen psykisk helsevern og for de somatiske sykehusene.

– Vi trenger dokumentasjon og analyser – og vi trenger en bred drøfting for hvordan vi løser disse utfordringene. Helsesektoren rår over betydelige ressurser, og vi har en stor oppgave i å bruke disse mest mulig effektivt til beste for pasienten. Vi må legge planer som henger i hop og gjør det mulig for oss å styrke tilbudet til grupper som tradisjonelt ikke har nådd fram i prioriteringsdebatten, sier Hellandsvik.

Nytt verktøy gir bedre ledelse

I november 2004 startet Helse Midt-Norge utprøving av et nytt, gjennomgående styringssystem – et IT-verktøy for bedre ledelse.

Systemet skal gi ledere på alle nivå bedre oversikt og kontroll, og gjøre det enklere å styre ressursbruken.

Pilotprosjektet gjennomføres for enkelte avdelinger ved sykehusene i Nord-Trøndelag. Etter planen skal styringssystemet tas i bruk i resten av Helse Midt-Norge i løpet av høsten 2005.

Systemet er basert på den overordnede strategien for Helse Midt-Norge RHF med følgende fire mål-områder:

- pasientbehandling og opplæring
- forskning
- organisasjon og ledelse
- økonomi

Tilgang til gode styringsdata

– Ved hjelp av det nye, gjennomgående styringssystemet skal vi sette Helse Midt-Norges strategi ut i livet, sier prosjektleder Mads Einar Berg. For å kunne følge utviklingen fortløpende og se om mål blir nådd, har alle nivå i foretaksgruppen behov for enkel tilgang til gode styringsdata.

Det blir knyttet et sett indikatorer til hvert mål-område. Slik skal ledere og ansatte kunne måle egen aktivitet opp mot de resultatkravene som er satt.

– Et viktig aspekt i pilotprosjektet er å definere de rette indikatorene. Når vi har satt oss fore å måle epler, må vi ha trygghet for at det virkelig er epler og ikke pærer vi måler, forklarer Berg.

Indikatorrapportering skal ikke nødvendigvis erstatte all annen rapportering, men skal gi ledelsen en indikasjon på hvor skoen trykker i hvert enkelt tilfelle.

Mål og forventede resultater skal kunne presenteres kjapt og oversiktlig slik at alle kan se hvordan man ligger an. Flere nordiske banker kan vise til gode erfaringer med bruken av et slikt styringssystem.

Tid til ledelse

Pilotprosjektet i Helse Nord-Trøndelag er nå i ferd med å bli en viktig verktøy for ledelsen i helseforetaket.

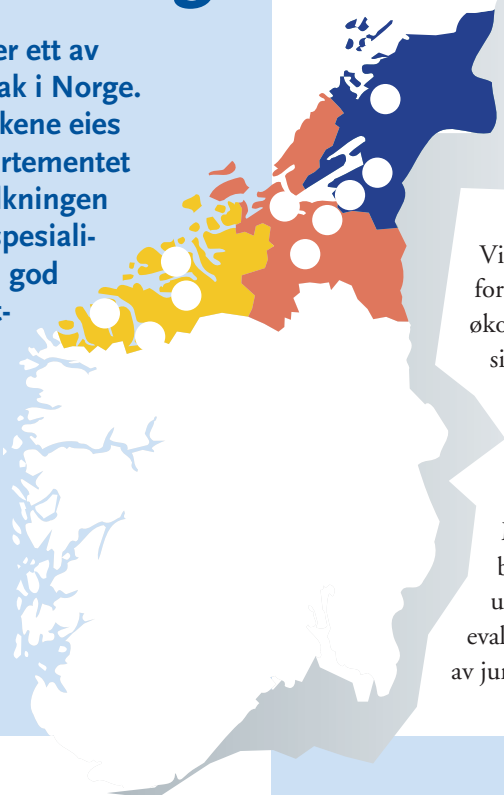
Mye tid har vært brukt til innhenting av tall og utarbeidelse av rapporter. Når styringssystemet etter hvert blir tatt i bruk på alle nivåer, skal man kunne rapportere mer effektivt – og få tilgang til ferskvare.

– Ledere bør bruke tid på det de skal bruke tid på, ikke på å lete etter data i ulike systemer.

Sykehusene i Norge har så langt ikke klart å samles om et felles nasjonalt styringssystem og felles indikatorer. Foreløpig er dette avgrenset til kvalitetsindikatorer som rapporteres inn og gjøres tilgjengelig gjennom Fritt Sykehusvalg (www.sykehusvalg.no).

Dette er Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge RHF er ett av fem regionale helseforetak i Norge. De regionale helseforetakene eies av staten ved Helsedepartementet og skal sørge for at befolkningen får likeverdig tilgang til spesialiserte helsetjenester med god kvalitet. Økonomien fastlegges i statsbudsjettet.



Hovedoppgavene for helseforetakene i Midt-Norge er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Vår visjon er «På lag med deg for helsa di».

Virksomheten er organisert gjennom helseforetak med egne styrever og ansvar for økonomi og drift. Under finner du en oversikt over foretaksstrukturen.

Helseforetakene eies av Helse Midt-Norge. Rammen for virksomheten gis gjennom budsjett og årlige styringsdokumenter. Foretaksgruppen Helse Midt-Norge skal gjennom samordning bidra til økt kvalitet og bedre ressursutnyttelse. Resultatet av vårt arbeid evalueres av foretaksmøtet innen utgangen av juni hvert år.

HF-direktørene



St. Olavs Hospital HF
administrerende
direktør
Roar Arntzen



Rusbehandling
Midt-Norge HF
administrerende
direktør
Dag Hårstad



Helse Nordmøre og
Romsdal HF
administrerende
direktør
Eirik Heggemsnes



Helse Nord-
Trøndelag HF
administrerende
direktør
Arne Flaatt
(fra mai 2005)



Helse Sunnmøre HF
administrerende
direktør
Astrid J Eidsvik



Sykehusapotekene i
Midt-Norge HF
administrerende
direktør
Gunn Fredriksen

HELSE MIDT-NORGE RHF har det overordnede ansvar for spesialisthelsetjenestene i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal. Hovedkontoret ligger i Stjørdal. Dessuten er **HELSEBYGG MIDT-NORGE** og **HELSE MIDT-NORGE IT** en del av det regionale helseforetaket

ST. OLAVS HOSPITAL HF er universitetssykehus med regionfunksjoner for de tre midt-norske fylkene. Psykisk helsevern i Sør-Trøndelag er en del av helseforetaket. Fra 2004 er også Orkdal Sjukehus innlemmet.

RUSBEHANDLING MIDT-NORGE HF i Stjørdal har ansvar for rusbehandling ved Vestmo Behandlingssenter (Ålesund), Veksthuset Molde, Nidarosklinikken (Trondheim) og Senter for Legemiddelassistert rehabilitering i Trondheim (LAR-Midt) samt praktisering av avtaler med private institusjoner og behandlingstilbud. Midt-Norsk Kompetansesenter for rusfag ligger i Ålesund og er ett av syv regionale sentre i et nasjonalt nettverk.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF består av Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger samt distriktpsikiatriske sentre.

HELSE NORDMØRE OG ROMSDAL HF består av Molde sjukehus og Kristiansund sykehus samt distriktpsikiatriske sentre.

HELSE SUNNMØRE HF består av Ålesund sjukehus og Volda sjukehus samt distriktpsikiatriske sentre.

SYKEHUSAPOTEKENE I MIDT-NORGE HF består av Sykehusapoteket i Kristiansund, Sjukehusapoteket i Ålesund, Sjukehusapoteket i Molde og Sykehusapoteket i Trondheim.

Styret for Helse Midt-Norge RHF



Leder
Per Rolf Sævik



Nestleder
Anne-Brit Skjetne



Rigmor Austgulen



Marianne Bjerke



Anders Grimsmo



Egil Hestnes



Dag Rieve Kristiansen



Ellen Marie Wøhni



Ingegjerd S. Sandberg

Helsebygg Midt-Norge er en prosjektorganisasjon med ansvar for bygging av nytt universitetssykehus i Trondheim.

Helsebygg Midt-Norge



Johan Arnt Vatnan
administrerende
direktør Helsebygg
Midt-Norge

Helse Midt-Norge IT (HEMIT) er en regional IT-enhet som leverer tjenester til helseforetakene i regionen og ivaretar utviklingen av Midt-Norsk Helsenett.

Helse Midt-Norge IT



Bård Helge Hofstad
direktør Helse Midt-Norge IT (HEMIT)

Ledelse

Styret for Helse Midt-Norge RHF er oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet. Helseforetakene i Helse Midt-Norge har egne styrer med lokal forankring. Det regionale helseforetaket er representert gjennom ett styremedlem i hvert helseforetak. Virksomheten koordineres og ledes gjennom blant annet direktørmøtet der helseforetakenes direktører og direktørene i det regionale foretaket deltar.

RHF direktørene



Paul Hellandsvik
administrerende
direktør



Sveinung Aune
organisasjonsdirektør



Per Holger Broch
stabsdirektør



Synnøve Farstad
kommunikasjons-
direktør



Asbjørn Hofslie
prosjektleder



Ragnhild Meirik
direktør for ledelses-
utvikling

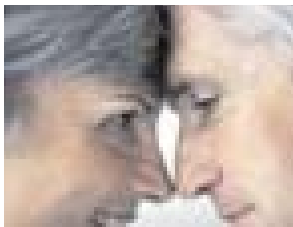


Jan Morten Søraker
økonomidirektør



Jan Eirik Thoresen
fagdirektør

Her er 2004 i korte trekk



Rusbehandling i eget helseforetak

Rusreformen som trådte i kraft ved inngangen til 2004, ga Helse Midt-Norge ansvar for spesialisert rusbehandling. Som eneste region i landet ble tilbudene her samlet i et eget helseforetak og tilført ekstra ressurser. Styrking av behandlingstilbudet har allerede gitt kortere ventetider og tilbud til flere.

Fortsatt to sykehus for Nordmøre og Romsdal

Styret for Helse Midt-Norge sluttet seg til at Helse Nordmøre og Romsdal HF fortsatt skal utvikles etter en modell med sykehus både i Molde (Hjelset) og Kristiansund.



Omstilling og vekst innen psykisk helsevern

Utbyggingen av nye distriktspsykiatriske sentre

forsetter. I 2004 ble det gitt klarsignal for investeringer i Ålesund, Volda og Stjørdal. I tillegg var prosjekter i Molde, Kristiansund, Orkdal, Levanger og Trondheim i ferd med å ferdigstilles.

Det pågår også en omstilling innen eksisterende tilbud som skal gi en mer åpen omsorg og aktiv behandling. I sum gir dette hjelp til flere, men samtidig har antall henvisninger økt. Konsekvensen er at ventelistene har vokst, men gjennomsnittlig ventetid er likevel lavere enn før.



Felles visjon

Helse Midt-Norge vedtok en felles visjon og overordnet strategi for hele foretaksgruppen. Visjonen «På lag med deg for din helse» er utgangspunktet for måleområdene:

- pasientbehandling og opplæring
- organisasjon og ledelse
- forskning
- økonomi

Nye handlingsplaner

Det målrettede arbeidet for å bedre opplæringen av pasienter og pårørende er nå styrket. En felles handlings-

plan for hele foretaksgruppen er utarbeidet. De lokale lærings- og mestringssentrene utgjør en viktig del av denne satsingen.

Styret for Helse Midt-Norge vedtok mot slutten av 2004 en egen handlingsplan for rehabilitering, habilitering og fysikalsk medisin, og ga samtidig beskjed om å styrke tilbudet til pasienter med kroniske lidelser.



Bedre hjertemedisin

Styret for Helse Midt-Norge har sagt at utblokkingsmetoden PCI skal kunne tilbys alle pasienter i regionen som har behov for det. For å kunne vurdere hvilke pasienter som skal til St. Olavs Hospital for PCI-behandling innføres hjerteundersøkelse (EKG) i den prehospitaltjenesten (ambulanser og helikopter). Pasienter med akutt hjerteinfarkt som ikke skal behandles med PCI, vil fortsatt sendes til nærmeste sykehus for behandling.

Samordning og styrking

Det er utviklet en strategi for å styrke og samordne kreftekirurgien i Midt-Norge

og den nye kreftavdelingen åpnet i Ålesund. Det er også lagt fram en rapport om laboratoriemedisin og et program for tuberkulosekontroll.

Gjennom samarbeid med de andre helseregionene etableres det nå tilbud om behandling av ekstrem overvekt. Det satses på konservative behandlingsopplegg og det blir også etablert kirurgiske tilbud i regionen.

Pasientforløp og samhandling

De regionale helseforetakene har utviklet en felles strategi for samhandling i helsesektoren. Pasienten er avhengig av at sykehus, kommune og fastlege er i stand til å gi et helhetlig tilbud. Etablering av distriktsmedisinske sentra, utvikling av tjenester i det nasjonale helsenettet, bruk av telemedisin og effektiv elektronisk informasjonsutveksling, er noen stikkord.

IT-strategi

Helse Midt-Norge fikk i 2004 en felles IT-strategi. Den baner vei for utvikling av felles verktøy, samordning og mer effektiv bruk av IT. Fra før er IT-ressursene i regionen samlet i Helse Midt-Norge IT (Hemit).

De regionale helsenettene er nå slått sammen, og i 2004 ble Norsk Helsenett AS etablert. Selskapet eies

av de fem regionale helseforetakene. Samordningen er forankret i den nasjonale IT-strategien «S@mspill 2007» for helse- og sosialsektoren. Norsk Helsenett har hovedkontor i Trondheim.

MedTech etablert

Sør-Trøndelag fylkeskommune, Helse Midt-Norge, St. Olavs Hospital, NTNU, SINTEF og SIVA deltar i et forpliktende regionalt partnerskap for å drive innovasjon og næringsutvikling innenfor medisinsk teknologi – verdens mest hurtigvoksende marked. Det skal satses langsiktig på utvalgte områder.

Forskningsstrategi

Det er vedtatt en regional strategiplan for forskning og utvikling 2004–2007. Den legger grunnlag for økt forskningsinnsats i helseforetakene, i samarbeid med NTNU og høyskolene i Midt-Norge. Etablerte og nye stipendordninger skal brukes for å stimulere innsatsen, og det er vist stor interesse for dette i 2004.

Midtnorsk helseakademi

I tråd med helsereformens intensjon satser Helse Midt-Norge betydelig på ledelsesutvikling. Det er innført et felles styringsystem og en modell for å utvikle nye læringsarenaer i

regionen. I 2004 ble det også avklart at det nasjonale programmet for ledelsesutvikling i helsesektoren vil bli videreført. Helse Midt-Norge har en sentral rolle i utviklingen av dette programmet.

Nye pasientrettigheter

1. september 2004 trådte nye og utvidede pasientrettigheter i kraft. Endringene førte til at ordningen med individuelle behandlingsfrister som Helse Midt-Norge innførte i 2003, ble gjeldende for hele landet. Endringene styrket også rettighetene til pasienter innen psykisk helsevern og rusbehandling.

I forbindelse med de nye pasientrettighetene utga Helse Midt-Norge, i samarbeid med helseforetakene, en egen informasjonsavis til alle husstander i Midt-Norge.



Pasienthotell åpnet

En viktig milepæl for det nye universitetssykehuset i Trondheim ble passert da pasienthotellet ble åpnet i september 2004. Det er også etablert pasienthotelltilbud ved andre helse-

foretak i regionen. Byggeaktiviteten i Trondheim er høy og nye enheter ved St. Olavs Hospital tas i bruk etter hvert som de blir ferdige. Prosjekteringen av fase 2 er nå godkjent av styret for Helse Midt-Norge.

Samordnede innkjøp

Helse Midt-Norge eier, sammen med de andre regionale helseforetakene, Helseforetakenes Innkjøps-service AS, som skal samordne og organisere innkjøp til offentlige sykehus. Hovedkontoret ligger i Vadsø.

Det er dessuten iverksatt et eget logistikkprogram for bedre samordning av innkjøp og bedre styring av ressurser og lager. Innsparinger i støttefunksjoner skal bidra til mer helse for hver krone.

Nye avtaler om pasienttransport

Det er gjennomført anbudsrunder og inngått nye avtaler om pasienttransport i alle de midtnorske fylkene. Fra 2004 overtok Helse Midt-Norge ansvaret for syketransporten, men det er fortsatt trygdekontoret som har oppdraget med å utbetale refusjon for reiseutgifter etter framlagt dokumentasjon. Det er lokale kjørekontor som skal ta i mot bestilling og samordne reisen for pasienten.

Kortere ventetid

I løpet av 2004 ble gjennomsnittlig ventetid ved sykehusene i Midt-Norge redusert fra 109 til 83 dager. Antall pasienter som hadde ventet i over ett år, ble redusert fra 1 405 til 486. Både gjennomsnittlig ventetid og antall med lang ventetid er redusert ytterligere i første halvdel av 2005.

SAMDATA-tall for 2003 (publisert høsten 2004) viser at sykehusene i Midt-Norge er blant landets mest effektive. I gjennomsnitt har Helse Midt-Norge landets laveste utgifter per liggedøgn på somatiske sykehus.

I 2004 inviterte Helse Midt-Norge til anbuds-konkurransen for private sykehus og institutt. De inngåtte avtalene gir pasientene en valgmulighet, og tilbudet i regionen styrkes på områder hvor det trengs.

Fakta om helseforetakene

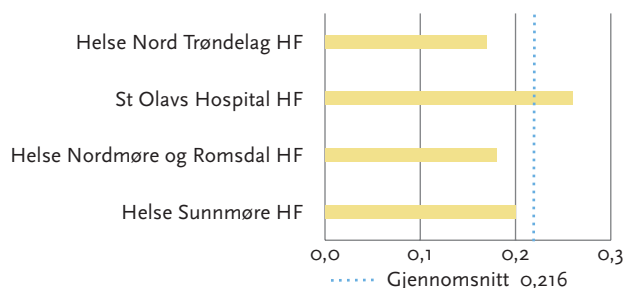
DRG-poeng totalt	2004		2003
	2004	Budsjett	
Helse Nord-Trøndelag	22 084	22 142	21 981
St. Olavs Hospital	71 301	70 726	68 445
Helse Nordmøre og Romsdal	20 044	20 673	20 160
Helse Sunnmøre	25 897	25 828	25 727
Totalt	139 326	139 369	136 313

DRG-poeng dagbehandling og dagkirurgi	2004		2003
	2004	Budsjett	
Helse Nord-Trøndelag	3 186	2 938	3 042
St. Olavs Hospital	8 880	8 420	8 377
Helse Nordmøre og Romsdal	2 574	2 703	2 340
Helse Sunnmøre	3 382	3 408	3 463
Totalt	18 022	17 469	17 222

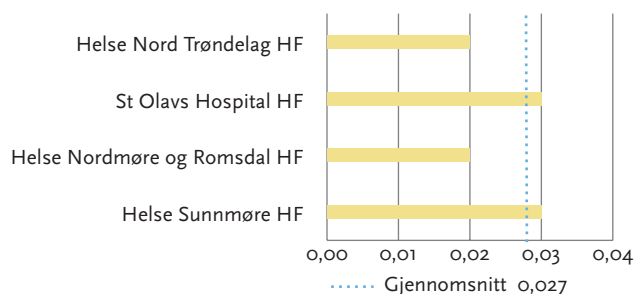
Polikliniske konsultasjoner Somatikk – Totalt antall	2004		2003
	2004	Budsjett	
Helse Nord-Trøndelag	96 282	93 429	93 429
St. Olavs Hospital	285 979	282 187	282 187
Helse Nordmøre og Romsdal	103 188	99 907	99 907
Helse Sunnmøre	128 100	119 496	119 496
Totalt	613 549	595 019	595 019

Polikliniske konsultasjoner Somatikk – Antall nyhenviste	2004		2003
	2004	Budsjett	
Helse Nord-Trøndelag	29 830	38 346	38 346
St. Olavs Hospital	126 226	113 385	113 385
Helse Nordmøre og Romsdal	37 615	37 175	37 175
Helse Sunnmøre	42 766	41 396	41 396
Totalt	236 437	230 302	230 302

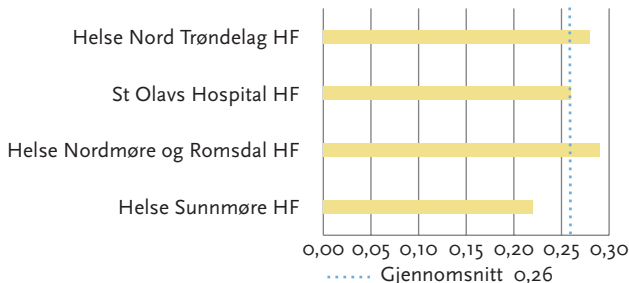
DRG-poeng pr. innbygger, i lokalsykehusområdet 2004



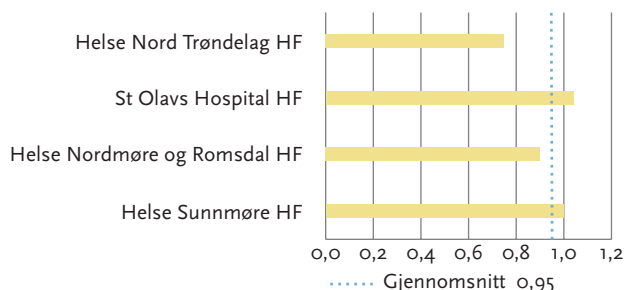
DRG-poeng for dagbehandling og dagkirurgi pr. innbygger, i lokalsykehusområdet 2004



Polikliniske konsultasjoner pr. innbygger, psyisk helsevern, i lokalsykehusområdet 2004



Polikliniske konsultasjoner pr. innbygger, somatikk, i lokalsykehusområdet 2004



Befolkningsgrunnlag for lokalsykehus* 2004 2003

Helse Nord-Trøndelag	128 445	127 953
St. Olavs Hospital	274 674	272 376
Helse Nordmøre og Romsdal	114 249	114 418
Helse Sunnmøre	128 329	128 044
Totalt	645 697	642 791

* St. Olavs Hospital har i tillegg til funksjon som lokalsykehus også oppgaver for hele regionen.

Psykisk helsevern – Totalt

Antall polikliniske konsultasjoner	2004	2004 Budsjett	2003
Helse Nord-Trøndelag	35 824	33 129	32 034
St. Olavs Hospital	70 658	67 009	69 016
Helse Nordmøre og Romsdal	33 177	33 620	29 730
Helse Sunnmøre	28 511	29 850	26 884
Totalt	168 170	163 608	157 664

Antall nyhenviste polikliniske konsultasjoner	2004	2003
Helse Nord-Trøndelag	1 930	2 207
St. Olavs Hospital	8 829	7 994
Helse Nordmøre og Romsdal	2 272	2 104
Helse Sunnmøre	1 857	2 251
Totalt	14 888	14 556

Voksenpsykiatri

Antall utskrevne pasienter – Døgnbehandling	2004	2004 Budsjett
Helse Nord-Trøndelag	1 101	1 022
St. Olavs Hospital	1 627	1 692
Helse Nordmøre og Romsdal	1 291	1 255
Helse Sunnmøre	1 136	1 075
Totalt	5 155	5 044

Barne- og ungdomspsykiatri

Antall utskrevne pasienter – Døgnbehandling	2004	2004 Budsjett
Helse Nord-Trøndelag	101	104
St. Olavs Hospital	153	0
Helse Nordmøre og Romsdal	70	70
Helse Sunnmøre	82	60
Totalt	406	234

Antall liggedøgn	2004	2004 Budsjett
Helse Nord-Trøndelag	30 384	31 252
St. Olavs Hospital	88 824	90 036
Helse Nordmøre og Romsdal	49 144	49 144
Helse Sunnmøre	30 745	29 530
Totalt	199 097	199 962

Antall liggedøgn	2004	2004 Budsjett
Helse Nord-Trøndelag	1 671	1 572
St. Olavs Hospital	4 722	4 212
Helse Nordmøre og Romsdal	2 032	2 032
Helse Sunnmøre	2 075	2 000
Totalt	10 500	9 816

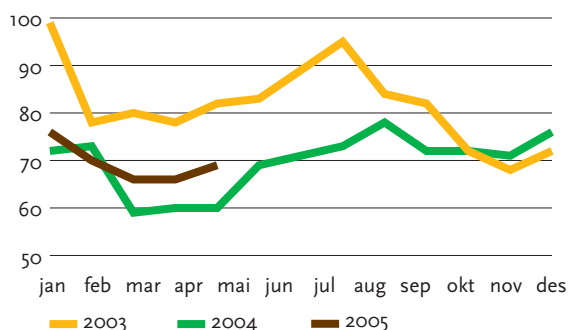
Antall oppholdsdager – Dagbehandling	2004	2004 Budsjett
Helse Nord-Trøndelag	3 490	3 460
St. Olavs Hospital	8 792	8 724
Helse Nordmøre og Romsdal	0	0
Helse Sunnmøre	0	0
Totalt	12 282	12 184

Antall oppholdsdager – Dagbehandling	2004	2004 Budsjett
Helse Nord-Trøndelag	0	0
St. Olavs Hospital	748	696
Helse Nordmøre og Romsdal	0	0
Helse Sunnmøre	0	0
Totalt	748	696

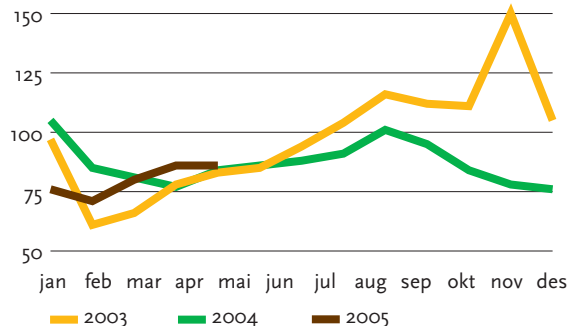
Polikliniske konsultasjoner	2004	2004 Budsjett
Helse Nord-Trøndelag	26 840	24 185
St. Olavs Hospital	42 027	43 509
Helse Nordmøre og Romsdal	20 432	20 645
Helse Sunnmøre	18 954	22 120
Totalt	108 253	110 459

Polikliniske konsultasjoner	2004	2004 Budsjett
Helse Nord-Trøndelag	8 984	7 849
St. Olavs Hospital	28 631	23 500
Helse Nordmøre og Romsdal	12 745	12 975
Helse Sunnmøre	9 557	7 730
Totalt	59 917	52 054

Psykisk helsevern. Utvikling i ventetid (dager) voksne



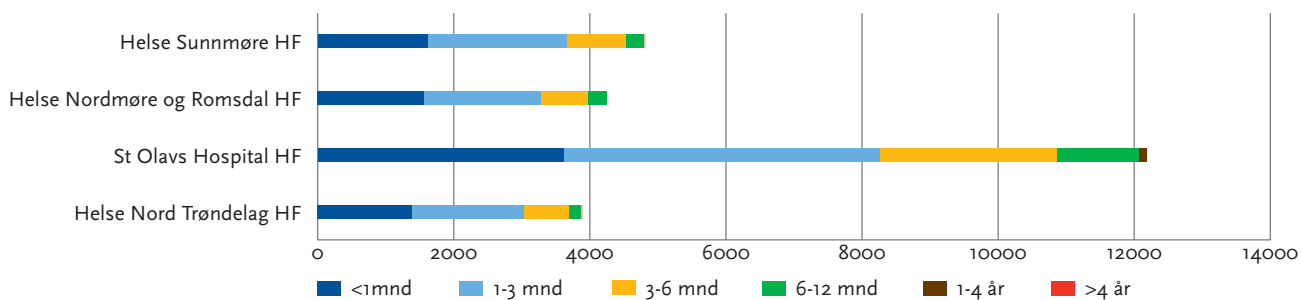
Psykisk helsevern. Utvikling i ventetid (dager) barn og ungdom



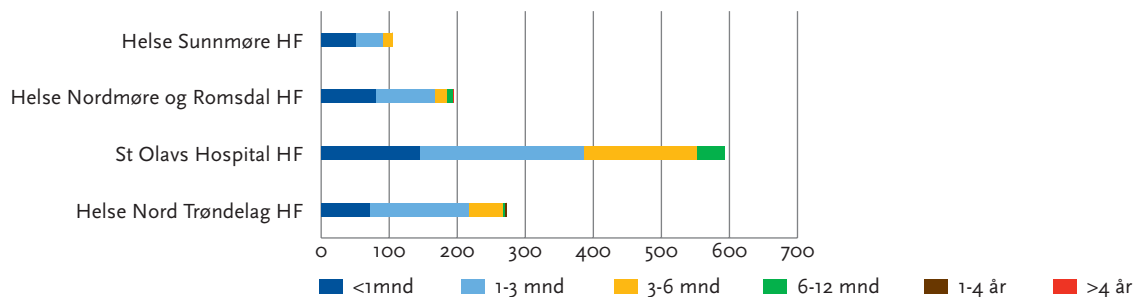
Fakta om helseforetakene

Ventelister:

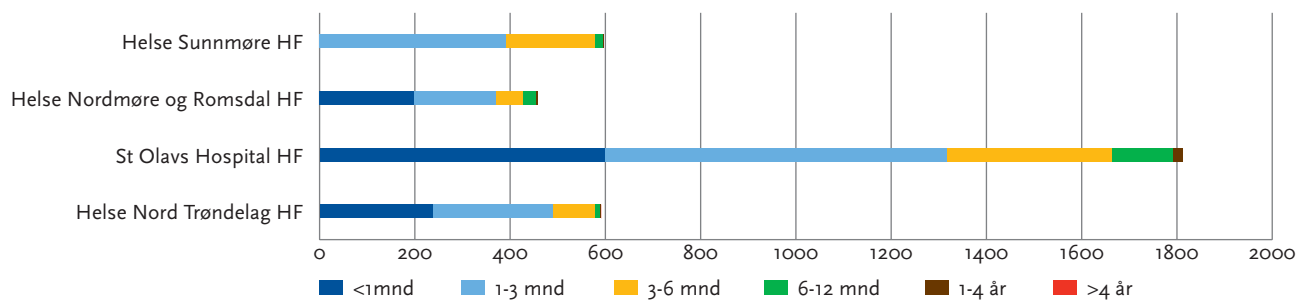
Somatisk helsevern voksne (pr. april 2005)



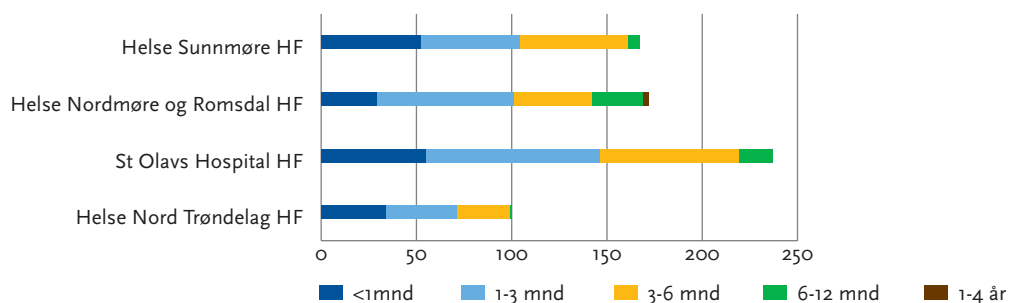
Psykisk helsevern voksne (pr. april 2005)



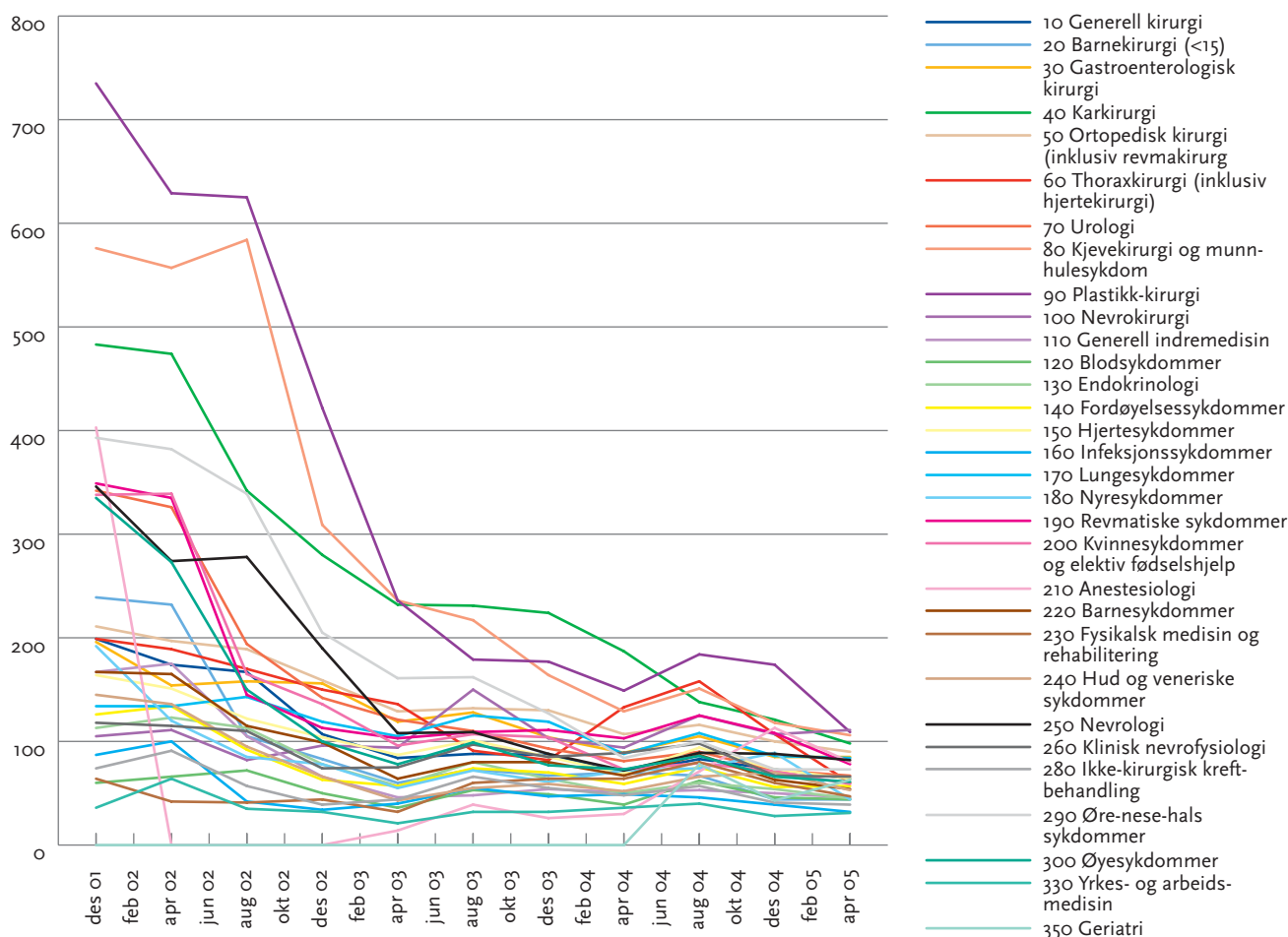
Somatisk helsevern barn og ungdom (pr. april 2005)



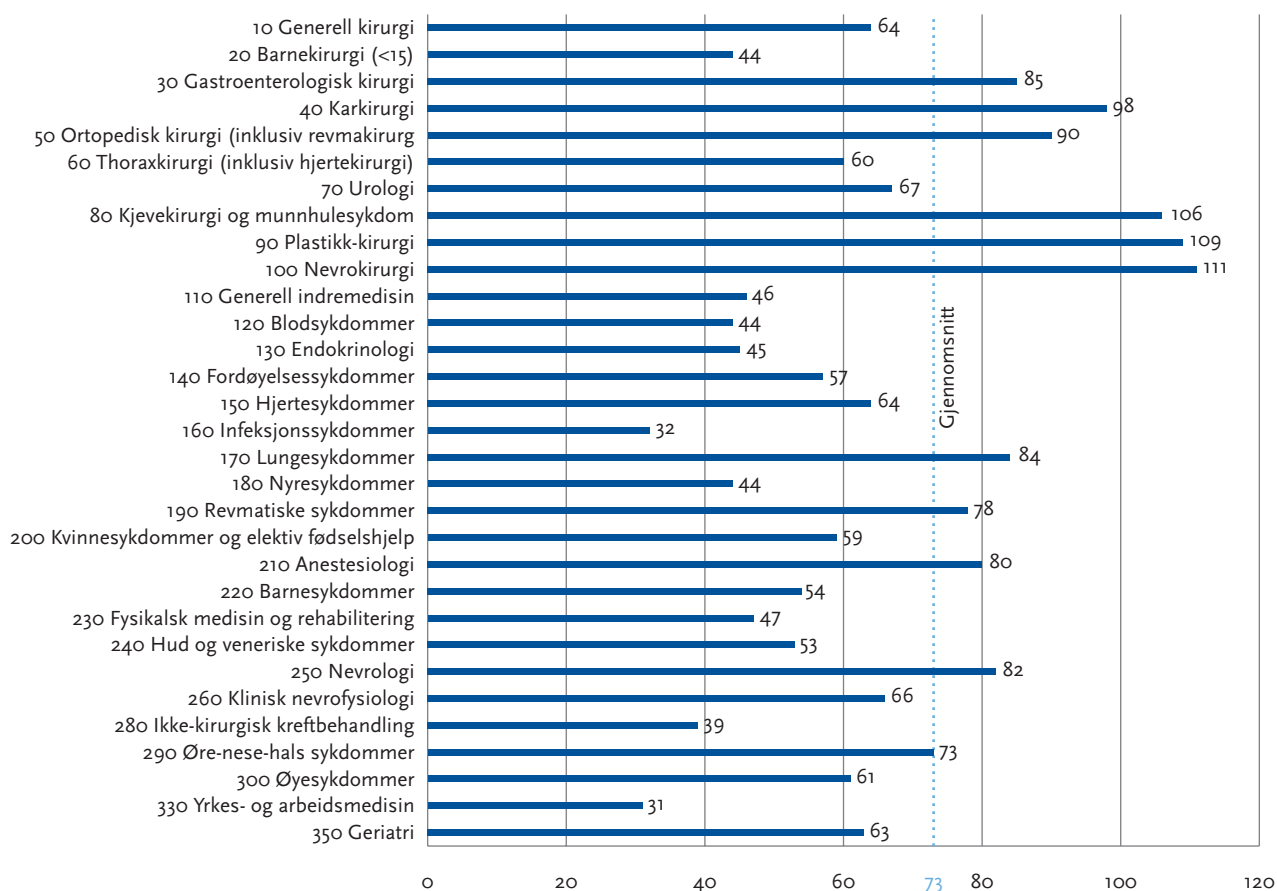
Psykisk helsevern barn og ungdom (pr. april 2005)



Historisk utvikling i ventetid, somatiske fagområder



Ventetid, status april 2005, somatiske fagområder



Økt vekt på samarbeid og nasjonal samordning

De fem regionale helseforetakene har etablert et system for samhandling og koordinering på tvers av regiongrensene. Dette er en viktig og høyt prioritert arbeidsoppgave som spenner over et vidt felt, bl.a. samordning og standardisering av IKT og vurdering av landsdekkende støttefunksjoner, bl.a. innen lønn, økonomi, innkjøp, logistikk. Nasjonal ledelsesutvikling for helsetjenesten og retningslinjer for styrearbeid er også områder som fokuseres.

Som ledd i opplegget for bedre samordning inngår faste månedlige møter mellom de administrerende direktørene ved de regionale helseforetakene. Det er også etablert nettverk mellom seksjonsdirektører (fagdirektører, økonomidirektører mv.).

Felles selskaper

Ikke minst konkretiserer samarbeidet seg i de felles eide selskapene som er etablert med 20 prosent eierandel på hvert helseforetak:

Helseforetakenes Innkjøpsservice AS – www.hinas.no

Selskapet skal samordne innkjøp for helseforetakene i Norge, og drive med råd-

givning og kompetanseutvikling innen innkjøp for hele helsesektoren.

Helseforetakene i Norge sparer betydelig ved å organisere innkjøpene sine på denne måten. Selskapet ble etablert i 2002 og har kontor i Vadsø.

Helseforetakenes Nasjonale Luftambulanse ANS

Selskapet ble opprettet i 2004 med et samlet og overordnet ansvar for en rekke oppgaver tilknyttet helseforetakenes luftambulansetjeneste. Sentralt står koordinering av tjenesten mot den medisinske virksomheten i hvert enkelt RHF. Selskapet skal integrere medisinsk og fly-

operativ virksomhet, og har ellers ansvar bl.a. for disponering av redningstjenesten til luftambulansoppdrag.

Norsk Helsenett AS – www.norsk-helsenett

Norsk Helsenett (NHN), etablert 27.09.04, er et lukket nettverk for elektronisk kommunikasjon og samhandling i helse- og sosialsektoren i Norge. Selskapet skal bidra til gode og sammenhengende helse- og sosialtjenester ved å være et sektornett for effektivt samarbeid mellom de ulike tjenesteleddene i sektoren. Norsk Helsenett AS er et resultat av en aktiv satsing for bedre elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren som har pågått over flere år.

Nasjonalt IKT

Informasjonsflyten mellom de mange institusjonene i norsk helsevesen skal bedres gjennom en nasjonal samordning og satsing på IKT i de fem helseregionene. Det er første gang i Norge at man samarbeider så bredt om IKT.

På en konferanse for ledere, prosjektledere, helsearbeidere og IT-ansatte både i primær- og spesialisthelsetjenesten i mars 2004 ble det lansert tre IKT-tiltak av stor betydning for utviklingen av helsetjenesten:

- Overordnet IKT-strategi for RHF-ene
- «Samspill 2007» - den nasjonale strategien for IT-utvikling i helse- og sosialsektoren 2004-2007
- Nasjonalt helsenett som



plattform for elektronisk samarbeid i sektoren.

Alle de fem regionale helseforetakene står foran felles utfordringer og problemstillinger innen IKT. Det er mange gevinster ved å samordne løsninger innen én helseregion, og ytterligere gevinster kan oppnås ved nasjonalt samarbeid på tvers av de regionale helseforetakene.

Felles IKT-løsninger kan bidra til å bedre kvaliteten på helsetjenestene ved å gjøre pasientinformasjon, f. eks. journalinformasjon eller røntgenbilder, raskere tilgjengelig i behandlingssituasjonen. En samordnet satsing på IKT-løsninger kan redusere dobbeltarbeid og bedre planlegging og styring i helseforetakene.

Overordnet IKT-strategi for RHF-ene

Den overordnede strategiplanen for de regionale helseforetakene omfatter seks satsningsområder:

Nasjonalt helsenett

- et sømløst nasjonalt nett som er tilgjengelig for alle aktører i helse- og sosialsektoren.

Informasjonssikkerhet

- de regionale helseforetakene etablerer en felles sikkerhetspolitikk og felles minstekrav

til informasjonssikkerhet i sektoren.

Elektronisk samarbeid

- økt satsing på utveksling av elektronisk informasjon mellom helseforetakene/ sykehusene og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Helhetlig og veldefinert informasjonsgrunnlag

- et felles begrepsapparat legges til grunn for all elektronisk samhandling i helsesektoren.

Standardisering og samordning av systemer for elektronisk pasientjournal

- de regionale helseforetakene samordner og videreutvikler bruken av elektroniske pasientjournaler som tilfredsstillende felles minimumskrav til funksjonalitet og innhold.

Organisere IKT-samarbeidet mellom de regionale helseforetakene

- nasjonal IKT videreføres med samme struktur og sammensetning ut 2004. Mandat og funksjon vurderes i forhold til ansvar for styring og oppfølging av de felles tiltak som igangsettes i 2004.

Felles legemiddelinnkjøp, LIS

LIS er en fast samarbeidsordning mellom de fem



regionale helseforetakene. Samarbeidet er regulert i avtale av 9. februar 2004 mellom helseforetakene og Sykehusapotekene ANS. Formålet er å innhente felles tilbud på legemidler til bruk i sykehusene, for dermed å redusere innkjøpskostnadene.

LIS er organisert som en del av Sykehusapotekene, som er forpliktet til å stille nødvendige administrative og personalmessige ressurser til rådighet for å sikre gjennomføringen av samarbeidet.

Felles strategier

På flere områder er det utarbeidet felles strategier for de fem foretakene, eller slike er under utarbeidelse.

- Strategi for samhandling med primærhelsetjenesten
- Felles forskningsstrategi
- Felles strategi for utvikling av psykisk helsevern
- Felles strategier i lønns- og arbeidsgiverspørsmål.

Regional samordning gir resultater

Tre år etter reformen er det skapt en arena som gir store muligheter for regionalt samarbeid. Vi behandler flere pasienter enn noen gang før i våre sykehus, og vi leverer resultater både i form av sterk nedgang i ventetider og mer helse for hver krone.

Det er gjennomført omfattende samordning når det gjelder lønn, regnskap, IT, innkjøp, logistikk og andre støtteverktøy som gir stor økonomisk gevinst. Sparte kroner skal brukes til å styrke pasienttilbudet ved at mer av de samlede ressursene går til direkte pasientbehandling.

Også innad i helseforetakene er det gjort mye for å samordne og fordele oppgavene mellom sykehusene. Dette gjelder støttefunksjoner og administrasjon, men også innen det medisinske tilbudet.

Strategi 2010

Styret har nå vedtatt prosjektgrunnlaget for å utforme det framtidige sykehustilbudet i regionen. Det er det regionale foretaket sitt ansvar å sørge for at befolkningen sikres likeverdige tjenester med høy kvalitet, god tilgjengelighet og akseptable kostnader («sørge-for-ansvar»).

I tråd med dette skal strategi 2010 utformes. Både pasienter, befolkningen, primærhelsetjenesten, helseforetakene, private aktører og politikere skal trekkes aktivt med i arbeidet.

Sluttresultatet skal legges fram for styret i slutten av 2005.

HEMIT er Helse Midt-Norges interne IT-leverandør

HEMIT utfører eller formidler IT-tjenester til helseforetak og andre i Helse Midt-Norge. HEMIT er en avdeling i Helse Midt-Norge RHF. HEMITs ansatte kommer stort sett fra helseforetakenes IT-avdelinger og er fysisk plassert på, eller i nærheten av sykehusene.

Internt er HEMIT organisert på tvers av geografiske kontorsteder, med avdelinger for Infrastruktur, Anvendelse (systemer), Kundeservice (kundesenter) og Prosjekt- og markedsutvikling. Helseforetakene som driver sykehus, har egne IT-rådgivere som ikke er ansatt i HEMIT. Disse innehar en bestillerfunksjon overfor HEMIT, bistår egen ledelse i IT-strategiske spørsmål og er i de fleste tilfeller også lokale IT-sikkerhetsansvarlige.

Avtaler

Alle foretakene har inngått avtaler med HEMIT om leveranser av IT-tjenester. Det er i løpet av 2004 etablert tjenesteavtaler med konkret spesifisering av hva HEMIT leverer. Disse avtalene skal i tiden fremover videreutvikles til fullverdige service-leveranseavtaler med avtalt kvalitet og pris.

Prosjekter

Det er i 2004 gjennomført en rekke større prosjekter.

- HEMITs største prosjekt så langt har vært innføring av et PACS/RIS (system for digital røntgen) for hele regionen. Dette ble fullført i 2004.
- I hele 2004 pågikk første fase av et prosjekt for etablering av ny løsning for rekvisisjon og svar for laboratorieprøver, i første omgang for nytt Universitetssykehus ved St. Olavs Hospital.
- Byggeprosjektet har også medført omfattende integrasjonsarbeid med eksisterende infrastruktur.
- Det er gjennomført et større anskaffelsesprosjekt

for ny funksjonalitet i Elektronisk Pasientjournal, som er planlagt innført i 2005.

- Det er etablert en ny sentral lagringsløsning og ny serverinfrastruktur for Helse Midt-Norges pasientjournalssystem.
- HEMIT har i regi av samarbeidet mellom helse-regionene (Nasjonal IKT) gjennomført forprosjekt for utredning av nasjonal arkitektur for elektronisk pasientjournal.
- Det er også gjennomført en rekke prosjekter for andre ledd i helsetjenesten (Den Gode Publikumstjeneste, kommunikasjon fra ambulansébåt, helhetlige behandlingsplaner m.m.).



Kostnader

Totale kostnader til drift og forvaltning av systemer og infrastruktur formidlet eller utført av HEMIT, var i 2004 ca. 200 millioner kroner. Det nye er at IT driftskostnader nå er fullstendig synliggjort. Kostnader er redusert på mange områder, blant annet er det gjennomført systematiske forhandlinger med eksterne leverandører om betingelser og kvalitet. På grunn av det høye investeringsnivået har IT-kostnadene totalt sett gått opp i regionen i 2004.

I oktober 2004 overførte HEMIT fire ansatte til Norsk Helsenett, som

driver nettet mellom helseforetakene.

Effektivisering

HEMIT har i 2004 gjennomført flere effektiviserings- og samordningsprosjekter, blant annet standardisering og harmonisering av data-nettverk. For å kunne integrere systemene bedre har HEMIT i løpet av året etablert en arkitekturstrategi som benyttes ved all videreutvikling av systemer. Dette vil på sikt muliggjøre færre pålogginger, bedre integrasjon mellom systemer samt mulighet til å la leverandører konkurrere om å levere funksjonalitet.

Fortsatt behov for sterkt og aktivt kvalitetsarbeid

Heleforetaksreformen er en eierreform, en ledelsesreform og en kvalitetsreform. Ventetida for behandling i Midt-Norge er nå redusert til en tredjedel og var ved slutten av 2004 på 84 dager, som er på nivå med resten av landet. Samtidig er økonomien nå under kontroll.

ledetrådene i kvalitetsstrategien for Helse Midt-Norge, som ble vedtatt av styret i april 2004. Her trekkes retningen opp for kvalitetsarbeidet for regionen for de kommende år. Hovedfokuset er ledelsens ansvar for kvalitetsstyring.

System for kvalitetsforbedring

De regionale helseforetakene har sammen etablert flere kvalitetsregistre som overvåker den medisinske behandlingen innenfor definerede behandlingsområder. Registerne mottar løpende

rapportering fra sykehusene om pasientbehandlingen og resultatene av denne.

Registerne gir muligheter til å sette inn kvalitetsforbedrende tiltak, bl.a. gjennom endring av behandlingspraksis og ved å omorganisere tjenestetilbudet.

Forskning og utvikling

En viktig del av Helse Midt-Norges arbeid for å bedre kvaliteten er forskning og utvikling. Vi har som mål å bruke 3 prosent av brutto budsjett til utvikling og forskning. I 2004

Helsetjenesten har alltid hatt krav på seg til å sørge for god kvalitet, og helsepersonell er gjennom sin profesjonsutdanning fokusert på kvalitet i arbeidet.

Til tross for dette erfarer vi at den pasientopplevde kvaliteten ikke er god nok. Spørreundersøkelser viser at mens befolkningen tidligere prioriterte nærhet til behandlingsstedet, er de nå mer opptatt av kvaliteten på behandlingen. Her ligger en utfordring Helse Midt-Norge ønsker å gjøre noe med.

Kvalitetsstrategi for Helse Midt-Norge

Kvalitet er definert som evnen til å tilfredsstille brukernes krav og forventninger. Dette er en av





Helsetjenester, og sykehus-tjenester i særdeleshet, er kompliserte organisasjoner hvor mange delfunksjoner må fungere godt sammen for at den samlede kvaliteten på tjenestene skal bli god. Ledelsens overordnede ansvar for det helhetlige kvalitetsarbeidet ble tydeliggjort gjennom kvalitetsstrategien og styringsdokumentet for 2004. Intensiteten på dette området vil bli forsterket i årene som kommer.

finansierte vi 50 forskningsstipendiatstillinger.

Omorganisering for økt kvalitet

På bakgrunn av forskning og rapporter gjennomførte Helse Midt-Norge i 2004 en funksjonsfordeling av kreftkirurgi i regionen. Vi valgte å samle kirurgisk behandling av kreftpasienter til færre enheter for å høyne kvaliteten på behandlingen og dermed bedre mulighetene for overlevelse.

Indikatorer for kvalitet

I tillegg til arbeidet med kvalitetsregistrene, rapporteres det fortløpende inn til sentrale organ på en rekke indikatorer som har betydning for kvaliteten av helse-tilbudet. Eksempel på dette

er epikrisetid, det vil si tiden det tar for å sende melding til fastlegen etter at en pasient har vært behandlet på sykehuset. Vi vet at dette har stor betydning for sam-handlingen mellom spesialisthelsetjenesten og all-mennhelsetjenesten, og her er epikrisetid viktig for at pasienten kan få god opp-følgning.

Teknologi for bedre kommunikasjon

God kommunikasjon mellom nivåene i helsetjenesten og mellom sykehusene er en viktig faktor for å bedre den pasientopplevde kvaliteten på helsetjenestene. Gjennom satsing på IKT vil Helse Midt-Norge forenkle samhandlingen slik at nødvendig pasientinforma-

sjon kommer raskt fram, samtidig som en reduserer unødvendig dobbeltarbeid og unødvendig belastning på pasientene. Eksempler på dette er elektronisk pasientjournal og billediagnostikk.

Oppsummering og blikk framover

Helseforetakene i Midt-Norge har arbeidet kontinuerlig for å forbedre sitt kvalitetssystem. Til tross for dette viser tilsynsrapporter at vi ikke oppfyller alle lovkrav, blant annet er vi ikke gode nok på internkontroll. Arbeidet med internkontroll, og å se de enkelte kvalitetsforbedrende tiltak i sammenheng, er hovedfokuset i kvalitetsstrategien for Helse Midt-Norge.

Brukermedvirkning: Dialog og gjennomslag



– Jeg opplever at vi har god dialog med styret og administrasjonen i Helse Midt-Norge. Vi blir tatt med på råd og når fram med våre synspunkter.

Jo, brukerne blir hørt, slik jeg oppfatter det, sier lederen for Regionalt brukerutvalg i Helse Midt-Norge, Annlaug Stavik.

Det er tre år siden helse-reformen ble satt ut i livet, og det er etablert brukerutvalg både regionalt og for hvert av helseforetakene i Midt-Norge. Stavik mener dette er avgjørende for at brukerne skal bli hørt og være informert.

Brukerne inn i styret?

Annlaug Stavik ønsker ikke Regionalt brukerutvalg inn i styret, slik det er krav om andre steder. Men kravet er forståelig, mener hun.

– Brukerutvalgene har fått ulik skjebne rundt omkring, og erfaringene er forskjellig. Faren er at hvis brukerne representeres gjennom styreverv, vil det lett kunne havne i rollen som «gisler», sier hun.

I sin ytterste konsekvens frykter Stavik at debatten om styrerepresentasjon kan føre til at brukerutvalgene

blir lagt ned. Det vil være et tap og tilbakeskritt for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge.

Medvirkning forplikter!

Stavik legger ikke skjul på at det også i Midt-Norge er delte erfaringer. Hennes positive erfaring fra regionalt nivå deles ikke nødvendigvis i alle helseforetakene. Det er ikke overalt at brukerne opplever å bli tatt på alvor.

– Av og til er det også slik at administrasjonen tar mer hensyn til brukerutvalget sitt enn brukerutvalget tar hensyn til helseforetaket, tilføyer Stavik.

– Medvirkning forplikter begge veier, legger hun til. Det er viktig at arbeidet i brukerutvalget virkelig prioriteres når det inviteres til det. På sikt vil mangelfull oppfølging fra brukerne

kunne ødelegge den starten vi har fått, advarer hun.

Krav til nye medlemmer

Stavik understreker at det er nødvendig å sette seg skikkelig inn i sakene som er oppe til drøfting. Nye medlemmer av brukerutvalgene må være klar over den rollen de har fått, og at det må jobbes mellom møtene.

– Tempoet er høyt i Helse Midt-Norge, og skal vi kunne følge med, må vi være tilgjengelige både på telefon og e-post. Og brukerutvalgene trenger arbeidsgrupper som fungerer utenom møtene, sier hun.

Stavik advarer mot en utvikling der bare store organisasjoner engasjerer seg og setter seg inn i helse-sakene.

– Mindre organisasjoner bør avgjort være på banen. De har viktig spisskompe-

tanse som det er behov for, men jeg er usikker på om de er klar over hvor viktig deres tilstedeværelse er, sier Annlaug Stavik.

Åpenhet og involvering viktig for Helse Midt-Norge

Åpenhet og dialog er en rettesnor for Helse Midt-Norge. Det skal legges vekt på involvering og medvirkning



Brukerutvalgene gjør en svært viktig jobb, både lokalt og regionalt. Dette bekreftes i den første store evalueringen av helse reformen som ble offentliggjort våren 2005. I rapporten framheves Helse Midt-Norge som den regionen som har lyktes best med å forankre brukermedvirkningen og gi brukerne innflytelse.

Samspill med lokale og regionale myndigheter

Det gjennomføres jevnlig møter for å ivareta kontakten med lokale og regionale myndigheter. Dette samspeillet ble styrket i 2004, bl.a. med egne dialogmøter med de fleste kommunene i regionen. I Midt-Norge er det ellers slik at de lokale helseforetakene, hvert i sitt nedslagsfelt, skal legge til rette for god kommunikasjon med lokale myndigheter.

Det regionale foretaket deltar i møtene. Denne dialogen er vesentlig for å lykkes med å gjennomføre nødvendige endringer.

Stor tillit til helseforetakene

Folk flest har stor tillit til helseforetakene i Midt-Norge. I 2005 ble det for første gang gjennomført en omdømmemåling for Helse Midt-Norge (febr. 2005, MMI). 85 prosent av de spurte har tillit til at de vil få den behandling de trenger ved sykehusene i regionen. Sju av ti har et godt totalinntrykk av helseforetakene i regionen, og over halvparten sier at de har et godt inntrykk av Helse Midt-Norge RHF.

Når det gjelder omdømme, kommer Helse Midt-Norge bedre ut enn andre regioner, og resultatet

står seg også godt i forhold til andre offentlige helseinstanser. Nesten alle som er spurt, har meninger om endringstiltakene som pågår innen spesialisthelsetjenesten.

Åpenhet for endring

Undersøkelsen, som bygger på intervjuer av 1 200 personer bosatt i de tre midt-norske fylkene, viser at 60 prosent av de spurte mener det er behov for omorganiseringer, og enda flere ser behovet for sentralisering av enkelte tilbud for å få bedre totaltilbud.

På den negative siden kan nevnes at bare 17 prosent av de spurte har et godt inntrykk av muligheten til innsyn i virksomhetene. Når det gjelder psykisk helsevern, mener to av ti at tilbudet har blitt dårligere, til tross for at det pågår en

betydelig opptrapping. Kun 34 prosent har tiltro til at tilbudet innen psykisk helsevern vil bli bedre.

Bedre kvalitet?

Halvparten av de spurte mener at tjenestekvaliteten er blitt bedre etter helse reformen, og like mange har registrert at ventetidene er blitt kortere. Ni av ti oppgir at de har hørt om ordningen med fritt sykehusvalg, og de aller fleste av disse kan tenke seg å benytte ordningen ved behov.

Aktiv kommunikasjon utad

I 2004 ble kanalene for aktiv og målrettet kommunikasjon med definerte målgrupper videreutviklet og styrket. Nettstedet www.helse-midt.no fikk flere nye funksjoner, og statistikken viser godt besøk. Magasinet HELSE har et opplag på 16 000 og distribueres bredt. Et eget nyhetsbrev er etablert.

Når det gjelder mediekontakt, er målet at vi selv skal være aktive og tilgjengelige, også i saker som retter kritikk mot Helse Midt-Norge. Det er for øvrig opprettet faste møtepunkter med tilsynsmyndighetene, pasientombudene, primærhelsetjenesten og utdanningsinstitusjonene.

Psykisk helsevern og rusbehandling på rett vei

Det psykiske helsevernet strekker seg mot flere viktige mål. Tjenestene skal bidra til at pasientene:

- fungerer bedre
- øker mestring av egen livssituasjon
- frigjør egne ressurser
- reduserer sykeliggjøring

Målene skal nås ved hjelp av ulike virkemidler og tiltak:

- økt brukermedvirkning
- styrket samarbeid med bruker, pasient og pårørende
- desentralisering og tilbud der brukeren bor



Videre skal tjenestetilbudet organiseres slik at pasientene opplever helhet og kontinuitet gjennom målrettet samarbeid mellom alle tjenesteytere. Et sentralt mål er å gjøre tjenesten slik at tvangsbruk reduseres.

Brukerundersøkelse (PasOpp)

Det er gjennomført brukerundersøkelse ved de psykiatriske poliklinikkene i regionen for å kartlegge tilfredshet med tjenestetilbudet. Helsetjenestene i Midt-Norge ligger på landsgjennomsnittet, og det er liten variasjon mellom enhetene i regionen. Responsen fra brukerne inngår som grunnlag for å skape forbedring på flere områder.

Tilbud der brukeren bor
Helse Midt-Norge er i full gang med utbygging av de

distriktspsykiatriske tilbudene. DPS Orkdal åpnet senhøstes 2004. Det er netto tilført 20,5 nye stillinger. Nye DPS Tiller ble utbygd i 2004, og ferdigstilles i 2005. Opptrapping av personell har startet (7,4 stillinger). DPS Leistad trapper opp med 4 stillinger. Utbygging av DPS Stjørdal er i gang, og planarbeidet for drift av både allmennpsykiatritilbudet og det spesialiserte regionale spiseforstyrrelsestilbudet er også i full gang.

DPA Nordmøre og Romsdal er utvidet med 8 stillinger. BUP-tjenestene skal prioriteres. BUP i Nord-Trøndelag avsluttet utbyggingen av en moderne klinikk i 2004. BUP-klinikken ved St. Olav trappet opp med 7,5 stillinger, mens Helse Nordmøre og Romsdal utvidet med 5,5 stillinger. Antall avtale-

spesialister i regionen økte med 2 psykiatere og 2 psykologer i 2004.

Alle stillinger som det er bevilget midler til, er ikke besatt. Fortsatt sliter psykisk helsevern med rekruttering, særlig når det gjelder leger og psykologer. Til sammen 31 stillinger står ledige, 5 av disse er i BUP.

Tvangsbruk skal reduseres

Tvangsprofilen i Helse Midt-Norge er på landsgjennomsnittet eller lavere. Helse Nord-Trøndelag bruker minst tvangsmidler i landet. (Tall for 2002 og 2003.)

Rusbehandlingen styrket

Rustilbudet i Helse Midt-Norge er betydelig styrket i 2004. Det er åpnet nye familietiltak, etablert egen enhet for tvang, og sengetilbudet for avrusning/avgiftning er tredoblet. Til sammen er

behandlingskapasiteten økt med 25 prosent.

Ventetiden er redusert fra opp til tre år til under 12 måneder i løpet av 2004. Rusbehandling Midt-Norge kjøper stadig flere behandlingssplasser utenfor regionen for å korte ventetiden.

Svært gode resultater

Tall for aktivitet og resultater innen legemiddelasistert rehabilitering for 2004 viser at flere får et tilbud. Rusbehandling Midt-Norge kan dokumentere svært gode resultater for pasienter i legemiddelasistert rehabilitering. Fire av fem er blitt rusfrie. Midt-Norge kommer også godt ut når det gjelder å sikre mulighet for jobb, bolig og utdanning til pasientene.

Resultatet er betydelig bedre enn ved tilsvarende tilbud andre steder i landet.

Ventetiden redusert til 73 dager

Gjennomsnittlig ventetid ved sykehusene i Helse Midt-Norge var ved utgangen av april 2005 nede i 73 dager. I løpet av april ble antallet pasienter som hadde ventet i mer enn ett år, redusert med 38 prosent – til 212 pasienter.

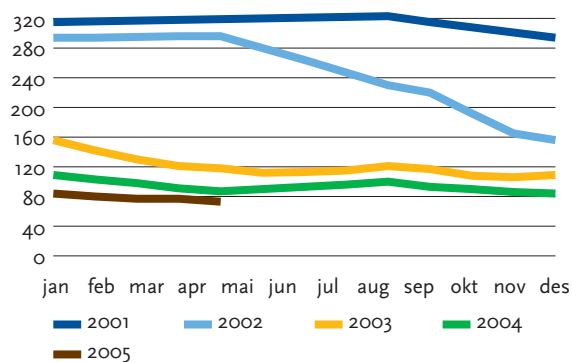
Tallene fra Norsk Pasientregister viser at det særlig er ved St. Olavs Hospital og Helse Nordmøre og Romsdal at det i april er tatt grep for å redusere ventetid og fjerne uverdigg venting.

Helse Sunnmøre og Helse Nord-Trøndelag er fortsatt de helseforetakene i Midt-Norge som har lavest gjennomsnittlig ventetid –

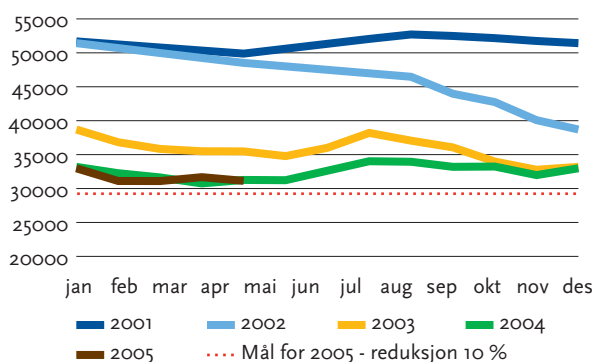
64 dager. Helse Nordmøre og Romsdal er nå nede i 66 dager, og St. Olavs Hospital hadde ved utgangen av april en gjennomsnittlig ventetid på 83 dager.

Da helsereformen trådte i kraft i 2002, var gjennomsnittlig ventetid i Midt-Norge over 320 dager, og over 12 000 pasienter hadde ventet i over ett år.

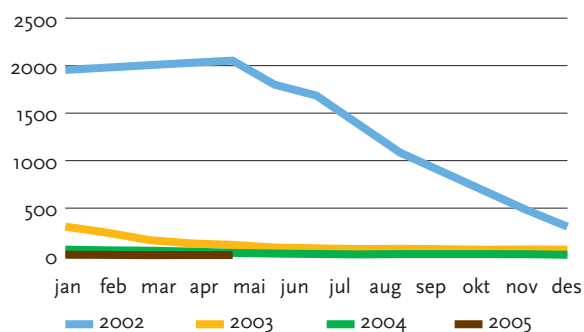
Ventetid (dager) ved sykehus i Helse Midt-Norge



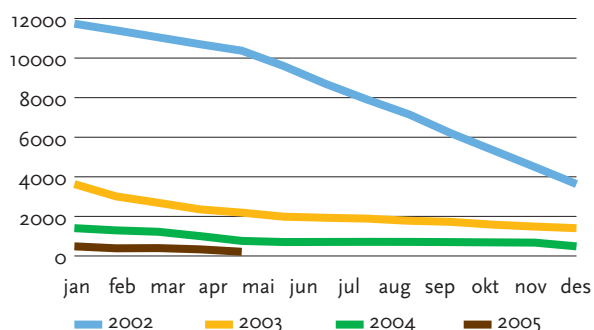
Antall pasienter på venteliste ved sykehus i Helse Midt-Norge



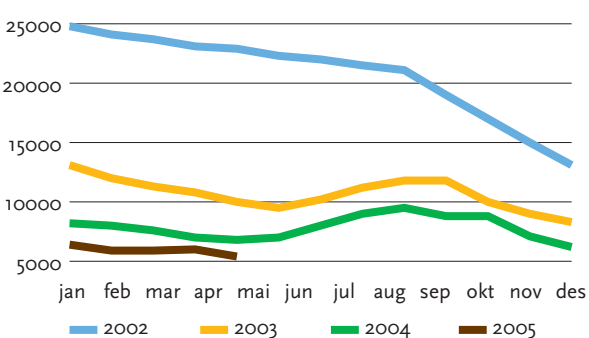
Pasienter som har ventet over 4 år



Pasienter som har ventet over 1 år



Pasienter som har ventet over 120 dager



Fruktbart samspill med private aktører

Også i 2004 har Helse Midt-Norge RHF hatt et utstrakt samarbeid med private aktører. Samarbeidet skjer som en del av det regionale helseforetakets «sørge-for-ansvar», plikten til å gi befolkningen det tjenestetilbud den har behov for – til rett tid. Når ventelister og ventetider gjennom året har blitt kraftig redusert, har dette klar sammenheng med samspillet med de private aktørene



Aktører av mange slag
Helse Midt-Norge RHF har en løpende avtale med Lukas-stiftelsen, som har et ideologisk forankret utgangspunkt for drift. Stiftelsen har tilbud innenfor psykiatri og rehabilitering og holder til i Malvik og Sparbu. Avtalen er en

rammeavtale og utløper i 2008.

Når det gjelder ideelle stiftelser, samarbeidet Helse Midt-Norge og Norsk Luftambulanselenge om drift av luftambulansetjenesten. Dette samarbeidet har i 2004 opphørt som følge av

etableringen av Norsk Luftambulanselenge ANS, som helt ut er eid av de regionale helseforetakene.

Helse Midt-Norge RHF har i 2004 også hatt et utstrakt samarbeid med kommersielle aktører. Dette gjelder så vel private sykehus som aktører innen billeddiagnostikk. På sykehussiden har man hatt avtaler innenfor kirurgi, ortopedi, øre-nese-hals, øye og gynekologi mens avtalene innenfor billeddiagnostikk har omfattet CT, røntgen, ultralyd og MR. Nytt anbud gjennomføres i 2005.

Private rehabiliteringsinstitusjoner er til dels ideelle og til dels kommersielle. I 2004 har Helse Midt-Norge RHF hatt seks avtaler med private organisasjoner fordelt på de tre fylkene i Helse Midt-Norge. I tillegg har det vært diskusjoner omkring to nyetableringer, i Rissa og på Høylandet. Vi forventer nye anbudskonkurranser i 2005.

..pluss ca. 180 spesialister

Helse Midt-Norge RHF har avtaler med anslagsvis 180 spesialister innenfor medisin og psykologi. Disse utgjør en viktig del av det samlede spesialisthelse-tjenestetilbudet. Avtalene forvaltes gjennom sentrale avtaler som er inngått

mellom de regionale helseforetakene og henholdsvis legeförening og psykologforening. Helse Midt-Norge har etablert et eget prosjekt som har som mål å følge opp avtalene på en bedre måte, og etablere et bedre samarbeid inn mot helseforetakene.

Forskning og utvikling, en naturlig del av virksomheten



Helse Midt-Norge skal sørge for at foretakene kan dokumentere høy faglig standard. Dette forutsetter at foretakene driver forskning og utvikling som en naturlig del av sin virksomhet.

Noen mål for forsknings- og utviklingsarbeidet

- Helseforetakene skal ha en forskningsstrategi i samsvar med den regionale strategiplanen for forskning og utvikling.
- Ved utgangen av 2007 skal den samlede forskning, utvikling og kompetanseheving ha et omfang svarende til minst 3 prosent av Helse Midt-Norges brutto driftsbudsjett.
- Ved utgangen av 2007 skal det i hvert foretak

være på gang minst 10 doktorgradsarbeid.

- Helse Midt-Norge skal ha en forskningsprofil med definerte satsningsområder. Forskningsvirksomheten skal understøtte øvrige av Helse Midt-Norges prioriterte strategiske innsatsområder i perioden.

For å ivareta behovet for tett samarbeid med høyskoler og universitet har Helse Midt-Norge opprettet et eget samarbeidsorgan. I strategiplanen utpeker samarbeidsorganet psykisk helsevern, rehabilitering og habilitering som viktige satsningsområder for dette samarbeidet.

Samarbeidsorgan Helse Midt-Norge og høyskolene

Samarbeidsorganet skal legge premissene for et regionalt samarbeid om målområdene utdanning og forskning. I 2004 ble det utlyst 1 million kroner for å styrke forskning, utvikling og samarbeid mellom høyskolene og klinikk. Det kom inn 63 søknader på til sammen 13 millioner kroner.

Samarbeidsorganet har også bidratt til bedre samsvar mellom behov for, og tilgang på praksisplasser.

Planer/oppgaver for samarbeidsorganet

- utarbeide felles krav for utdanningspraksis

- utlyse forskningsmidler i regi av samarbeidsorganet
- styrke metodekompetansen gjennom kurs, masterstudier og stipendiatstillinger
- opprette kombinerte stillinger høyskole/helseforetak
- opprette professorat i helsevitenskap ved DMF

Utfordringer

Bestillingsdokumentet til de regionale helseforetakene stiller krav om studenter og praksisplass.

Helseforetakene får ressurser gjennom sine rammeoverføringer for å innfri kravet mens høyskolene får midler

etter produserte studiepoeng. Høy utdanningsaktivitet bedrer høyskolens budsjett, mens helseforetakene opplever at høy studieaktivitet medfører at en større del rammetilskuddet går til studentundervisning og mindre ressurser gjenstår til å drive for eksempel fagutvikling og forskning.

Helseforetakene koordineres av RHF og framstår som samlet mens høyskolene koordinerer seg selv og konkurrerer seg i mellom.

Utfordringen er å få til god samordning mellom foretakene og med utdanningsinstitusjonene.

STYRETS ÅRSBERETNING 2004

Helse Midt-Norge skal i samvirke med helse-
tjenesten forøvrig bidra til å forbedre
befolkningens helse og dermed livskvalitet.
Helsetjenestens generelle ambisjon er å gi
befolkningen en bedre evne til å:

- Beholde god helse lengst mulig i livet
 - Bli frisk når sykdom rammer
 - Leve et best mulig liv med kroniske sykdommer eller funksjonshemninger
- Møte livets slutt på en trygg og verdig måte

Innledning

Våre hovedoppgaver er pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, forskning og utdanning av helsepersonell.

Etter vår strategiprosess i 2004 er Helse Midt-Norges visjon «På lag med deg for din helse» og våre kjerneverdier er trygghet, respekt og kvalitet. Våre fire sentrale målområder er:

- Pasientbehandling og opplæring
- Forskning
- Organisasjon og ledelse
- Økonomi

Helse Midt-Norge RHF ble etablert 17. august 2001 i forbindelse med at Staten overtok ansvaret for alle offentlige norske sykehus 01.01.2002 og etablerte fem regionale helseforetak. Helse Midt-Norge RHF er et av disse og omfatter spesialisthelsetjenesten i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. I tillegg ble sykehusapotekene i regionen overtatt og organisert i et eget helseforetak.

Hovedkontoret til Helse Midt-Norge ligger på Stjørdal. I 2004 besto Helse Midt-Norge av:

- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Nord-Trøndelag HF
- St. Olavs Hospital HF
- Helse Nordmøre og Romsdal HF
- Helse Sunnmøre HF
- Sykehusapotekene i Midt-Norge HF
- Rusbehandling Midt-Norge HF
- Trøndelag Ortopediske Veksted AS

I tillegg til hovedkontoret i foretaksgruppen består Helse Midt-Norge RHF av enhetene Helsebygg og HEMIT. Helsebygg Midt-Norge er en prosjektorganisasjon som har i oppgave å forestå prosjektering og bygging mv. av det nye universitetssykehuset i Trondheim. HEMIT (Helse Midt-Norge IT) ble etablert i 2003 og er foretaksgruppens felles IT-enhet.



Prioriterte mål for Helse Midt-Norge i 2004

Hovedmålene for Helse Midt-Norge RHF i 2004 var:

- Ventetiden for de som har ventet over 120 dager skal reduseres med minimum 30 prosent, og ingen skal vente mer enn ett år.
- Ventelistene skal reduseres med 10 prosent, fra 33 000 til 30 000.
- Problemet med korridorpasienter skal være løst
- God økonomistyring skal være innført i alle helseforetak

Viktige satsningsområder ut over dette har vært kvalitet, effektivitet, pasientopplæring, samhandling med primærhelse-tjenesten, ledelse, psykisk helsevern, rus, rehabilitering, opp-trening, forskning og prioritering av og mellom pasientgrupper.

Ventelister/ventetid

I løpet av 2004 ble den gjennomsnittlige ventetiden for ventende ved Helse Midt-Norges helseforetak redusert med 23 prosent, fra 109 til 84 dager. Antall ventende ble redusert – fra 33 192 til 32 985, tilsvarende 0,6 prosent. Målene for forbedringer av ventelistesituasjoner i 2004 ble ikke nådd. For somatikken var resultatkravet til helseforetakene å halvere antall med ventetid over 120 dager. Resultatet ble 19 prosent reduksjon. For psykisk helsevern er målet at ingen skal vente over tre md. I 2004 ble antallet med mer enn tre md. ventetid redusert med ni prosent fra 527 til 478.

Styret er fornøyd med reduksjon i gjennomsnittlig ventetid i 2004, og reduksjonen har fortsatt i 2005. Det er fortsatt behov for målrettet arbeid og økt innsats for å redusere ventetidene, spesielt for de som har ventet lenge og innenfor områdene rus og psykiatri.

Korridorpasienter

Målet for Helse Midt-Norge er at korridorpasienter som systematisk fenomen ikke skal forekomme. I Helse Sunnmøre, Helse Nordmøre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag varierte andelen korridorpasienter fra 1,5 til 2,2 prosent i 2004, som er klart høyere enn ønskelig. St. Olavs Hospital

har fortsatt sitt arbeid for å unngå korridorpasienter både gjennom interne tiltak og tiltak sammen med Trondheim kommune. Likevel er en langt fra målet; gjennom 2004 har andelen korridorpasienter ligget over fire prosent.

Styret er ikke tilfreds med utviklingen når det gjelder korridorpasienter. For 2005 er målet for samtlige foretak at andelen skal ligge under én prosent.

Økonomistyring

Ved innføring av helsereformen i 2002 ble spesialisthelse-tjenesten underlagt regnskapsloven. Åpningsbalansen pr. 01.01.2002 er endelig fastsatt først våren 2004, se beskrivelse i eget avsnitt under redegjørelse for økonomiske resultater. Imidlertid har det også i 2004 og hittil i 2005 vært uavklarte forhold vedrørende størrelsen på ordinære avskrivninger, og dette har medført usikkerheter knyttet til det reelle økonomiske resultatet. Bortsett fra dette forhold er regnskapsloven godt innarbeidet i foretaksgruppen.

Det er lagt stor vekt på korrekt løpende regnskapsrapportering i de enkelte foretakene i Helse Midt-Norge. Det har i 2004 vært arbeidet med ytterligere samordning av regnskaps-prinsipper i regionen og nasjonalt, og i løpet av 2005 påregnes ytterligere kvalitetsøkning i den løpende rapportering.

Fra Stortingets side er det krav om at foretaksgruppen skal drives i økonomisk balanse i 2006. Med utgangspunkt i foretaksgruppens underskudd i 2004, ligger det store utfordringer i dette kravet. Selv om de enkelte foretak driver løpende effektivisering, har Helse Midt-Norges budsjett for 2005 et betydelig underskudd. Det er nødvendig med ytterligere reduksjon i det enkelte foretaks kostnadsnivå, og det er påkrevet med stram økonomisk styring og kontroll.

Vi har i dag ikke gode nok interne styringssystemer i de enkelte helseforetak for måling og oppfølging av aktivitet og økonomi. Gjennom prosjektet «gjennomgående styrings-system» vil nye ensartede systemer bli innført i 2005, og det forventes forbedringer i kvaliteten på oppfølging allerede innværende år.

Styrets vurdering er at økonomistyringen er vanskelig, og at usikkerhetene rundt åpningsbalanse og avskrivninger har økt disse. Forsatt er det nødvendig med systemmessige forbedringer i økonomistyringen. Eiers krav om økonomisk balanse fra og med 2006 er utfordrende, og krever langsiktighet og forutsigbarhet for å kunne innfris over tid.

Ledelsesreform

I tillegg til å være en eierreform er helsereformen i stor grad en ledelsesreform. I erkjennelsen av dette igangsatte Helse Midt-Norge i 2002 et omfattende program for lederutvikling i regionen som har vært videreført siden. I 2004 gjennomførte 90 ledere dette programmet. Siden oppstart har omlag 250 ledere deltatt. I tillegg har det vært gjennomført flere lederutviklingstiltak for mellomledere (3. nivå) ved alle helseforetakene i regionen. I tillegg til generell lederutvikling har det vært kurs i medarbeidersamtaler og samlinger for fagledere innenfor sju medisinske områder. Vårt mål er å etablere felles ledelseskultur i regionen.

Gjennom videreutvikling av gjennomgående styrings-systemer forventes å oppnå økt fokus på den enkelte leders ansvar og resultater. Dette vil bli fulgt opp gjennom blant annet løpende oppfølging av resultater og arbeidsmiljøundersøkelser. Resultatet av disse vil vise om vi har lykket.

Åpenhet og medvirkning

Vel tre år etter at reformen ble gjennomført har Helse Midt-Norge etablert dialogen med sentrale målgrupper. Åpenhet skal være en rettesnor for prosesser som gjennomføres, og det skal legges vekt på involvering og medvirkning.

Brukerutvalgene gjør en svært viktig og aktiv jobb, både lokalt og regionalt. Dette bekreftes i den første store evalueringen av helsereformen som ble offentliggjort våren 2005. I rapporten framheves Helse Midt-Norge som den regionen som har lyktes best med å forankre brukermedvirkning og gi brukerne innflytelse.

Når det gjelder kommunikasjon med lokale og regionale myndigheter gjennomføres det jevnlig møter. Dialogen ble i 2004 ytterligere styrket, blant annet med egne dialogmøter med fleste kommunene i regionen. Denne dialogen betraktes som vesentlig for å lykkes med gjennomføring av nødvendige endringer.

Folk flest har stor tillit til helseforetakene i Midt-Norge. Dette framgår av den første omdømmemålingen for Helse Midt-Norge. Undersøkelsen som er gjennomført i begynnelsen av 2005 bygger på intervjuer av 1 200 personer bosatt i Midt-Norge. Undersøkelsen viser blant annet at:

- 85 prosent har tillit til at de vil få den behandlingen de trenger ved sykehusene i regionen
- 60 prosent mener det er behov for omorganiseringer, og enda flere ser behovet for sentralisering av enkelte tilbud for å få bedre totaltilbud
- muligheten for å få innsyn i virksomhetene rangeres som lav
- to av ti mener tilbudet innen psykisk helsevern har blitt dårligere, og kun 34 prosent tiltro til at tilbudet innen psykisk helsevern vil bli bedre
- ni av ti har hørt om ordningen med fritt sykehusvalg, og de fleste av disse kan tenke seg å benytte ordningen ved behov.

I 2004 ble kanalene for aktiv og målrettet kommunikasjon med definerte målgrupper videreutviklet og ytterligere styrket. Når det gjelder mediekontakt er målet at vi selv skal være aktive og tilgjengelige, også i saker som kan sette Helse Midt-Norge i et negativt lys. Det er for øvrig opprettet faste møtepunkter med tilsynsmyndighetene, pasientombudene, primærhelsetjenesten og utdanningsinstitusjonene.

Satsingsområder i 2004 og 2005

I løpet av 2004 har Helse Midt-Norge, RHF vedtatt strategier, planer og handlingsprogrammer innenfor følgende områder:

- Felles overordnet strategi med visjon verdier og mål for foretaksgruppen Helse Midt-Norge
- Kvalitetsstrategi i Helse Midt-Norge
- Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene
- Revisjon av IT-strategi for Helse Midt-Norge 2005 - 2007
- Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge RHF 2004 -2007. Alle Helseforetak har utarbeidet egne FOU-strategier
- Samhandling og desentralisering – Oppfølging av nasjonal RHF-rapport
- Handlingsprogram for pasient- og pårørendeopplæring
- Handlingsprogram for habilitering, rehabilitering og fysikalsk medisin.
- Regionalt handlingsprogram for mennesker som lider av sykkelig overvekt. Programmet innbefatter både kirurgisk og ikke-kirurgisk behandlingstilbud

- Rapporten «Med laboratoriemedisin inn i fremtiden» legges til grunn for det videre arbeidet med å utvikle de laboratoriemedisinske tjenestetilbudene innenfor Helse Midt-Norge RHF
- Regional beredskapsplan
- Det er besluttet å øke satsingen innen geriatri, blant annet gjennom prosjektet «Den eldre pasient» og i samarbeid med NTNU etablere større kapasitet til spesialistutdanning inne feltet.

Tilbudet til pasientene er forbedret bl.a. gjennom at:

- Helse Midt-Norge høsten 2003 innførte individuelle behandlingsfrister for å styrke pasienters rettigheter og som et virkemiddel til å prioritere de som trenger behandlingen først.
- Basert på en rapport om kreftkirurgi som ble lagt fram sommeren 2004 har Helse Midt-Norge samlet behandlingen til færre sykehus i regionen.
- Behandling av akutt hjerteinfarkt er forbedret ved at PI tas i bruk sammen med prehospital trombolysing og EKG.
- Rustilbudet har blitt betydelig styrket i 2004. Det er åpnet to nye familietiltak, etablert egen enhet for tvang, og sengetilbudet for avrusing/avgiftning er tredoblet. Til sammen er behandlingsskapasiteten økt med 25 prosent. Rusbehandling Midt-Norge kan dokumentere svært gode resultater for pasienter med legemiddelassisteret rehabilitering. Oppfølging viser at fire av fem er blitt rusfrie. Midt-Norge kommer også godt ut når det gjelder å sikre mulighet for jobb, bolig og utdanning til pasientene.
- Innenfor psykisk helsevern gjennomføres investeringene i tråd med opptrappingsplanen. Å få full effekt av disse investeringene forutsetter tilstrekkelig tilgang på personell. Enkelte har slitt med dette i starten og de fulle effekter kan derfor forventes å komme over tid.

I løpet av året er det gjennomført organisatoriske tiltak og tiltak av utviklingskarakter som er forutsatt skal gi effekter på fremtidig effektivitet og kvalitet:

- Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF ble oppløst og virksomheten overført til St. Olavs Hospital fra og med 01.01.2004. Driften fortsetter i bygningene i Orkdal.
- Utbyggingen av St. Olavs Hospital fase 1 går videre og er i henhold til plan både når det gjelder fremdrift og økonomi. Planleggingen av fase 2 er godt i gang, og vedtak om tidspunkt for igangsettelse blir tatt tidlig høst inneværende år.
- Utbyggingen av Distriktspsykiatriske sentra i regionen fortsetter, og det henvises til omtale under avsnittet om investeringer.

- Fra 01.01.2004 ble ansvaret for rusbehandling overført til de regionale helseforetakene, og hos oss er dette organisert i eget foretak, Rusbehandling Midt-Norge HF.
- Helse Midt-Norge RHF har sammen med de andre regionene etablert selskapet Norsk Helsennett AS. Helse Midt-Norges eierandel er 20 prosent.
- Etter at ansvaret for luftambulansetjenesten ble overtatt av regionene, stiftet de regionale helseforetakene selskapet Luftambulansen ANS, med 20 prosent eierandel for Helse Midt-Norge.
- Det økonomiske ansvaret for syketransport er gradvis overdratt fra Rikstrygdeverket til helseregionene fra og med 2004. Fra og med 2006 vil regionene ha overtatt det fulle ansvaret, både økonomisk og administrativt.
- Midtnorsk Helseakademi ble etablert for gjennom felles kompetansehevingstilbud å kunne bidra til at de regionale mål nås.
- Samordning og effektivisering innenfor ikke-medisinske støttefunksjoner ble i 2004 utvidet fra felles IT-drift (HEMIT) til lønns- og regnskapsfunksjoner, samt ved å starte et program for forbedring av innkjøps- og logistikkfunksjonen.
- Samhandling med kommunene ble forbedret ved at alle helseforetak nå har egne samarbeidsavtaler med kommunene, og ved at praksiskonsulentfunksjon er etablert ved tre helseforetak. Dette gir grunnlag forbedret samhandling med primærhelsetjenesten.
- Prosjektet «Helse Midt-Norge 2010» ble startet i 2005. Prosjektet skal i løpet av året levere et beslutningsgrunnlag som skal gi styret mulighet til å foreta de strategiske valg som er nødvendig for at Helse Midt-Norge RHF også i 2010 kan oppfylle sin plikt om at innbyggerne får tilgang til spesialiserte helsetjenester i det omfang og med den kvalitet som blir forventet.
- Det siste året er det arbeidet mye med å få å plass nye avtaler med private sykehus. Disse er ennå ikke helt på plass, men det forventes at det i løpet av sommeren 2005 vil være inngått avtaler på alle de områder vi har besluttet å legge til private sykehus. Dette omfatter i alt 4550 DRG-poeng. Enhetsprisene i de nye avtalene er lavere enn de vi hittil har hatt, og vil innebære besparelser for foretaksgruppen.

Styrets vurdering er at disse tiltakene, sammen med tidligere iverksatte tiltak, har bidratt i det langsiktige arbeidet for å levere gode og effektive spesialisthelsetjenester til befolkningen i Midt-Norge.

Årsregnskapet

Åpningsbalansen

Inngangsverdien på anleggsmidlene ble endelig fastsatt ved godkjenning av årsregnskapet for 2003 etter at det for 2002 ble avlagt et årsregnskap basert på foreløpige verdier. Eier har fastsatt et nivå på finansieringen av kapitalkostnadene med utgangspunkt i at 2/3 av gjenanskaffelsesverdien av anleggsmidlene, som inngikk i åpningsbalansen til de fem regionene, skal kunne gjenanskaffes. Inntil eieres målsetting om reduksjon av Helse Midt-Norges anleggsmidler er nådd vil årlige avskrivningskostnader overstige tilhørende finansiering. Eier har av den grunn besluttet at regionens resultatkrav skal være årsresultatet korrigert for meravskrivninger knyttet til denne verdiforskjellen. I tillegg har foretakene og eier lagt ulike forutsetninger til grunn for anleggsmidlenes levetider. Det skal også korrigeres for dette. Nærmere beskrivelse av denne korrigeringen framgår av årsregnskapet med tilhørende noter.

Årsresultat

Årsresultatet for foretaksgruppen Helse Midt-Norge viser et underskudd på 648,6 mill. kroner mens underskuddet i morforetaket var 25,4 mill. kroner før nedskrivning av investering i datterforetak. Korrigert for meravskrivninger i henhold til eiers målkrav er årets resultat for foretaksgruppen på 498,2 mill. kroner.

Totale driftsinntekter i foretaksgruppen var 9 474 mill. kroner. Inntektsførte ISF-inntekter baserer seg på innrapportert aktivitetsdata fra helseforetakene og de private sykehusene som har behandlet pasienter fra Helse Midt-Norge. Innrapporterte data blir vurdert av et nasjonalt avregningsutvalg som sammen med eier fastsetter den endelige ISF-inntekten for det enkelte regnskapsår. Foreløpig avregning for 2004 viser at foretaksgruppen vil få 23 kroner mer enn det som er inntektsført.

Inntektsført basisramme i 2004 er 1 614 mill. kroner høyere enn i 2003. Helse Midt-Norges overtakelse av ansvaret for blant annet sykefransport og rusbehandling i 2004 førte til økt overføring fra eier via basisrammen. Endring i polikliniske takstene medførte en økning i basisstilskuddet med 115 mill. kroner i forhold til 2003. I tillegg er omlegging av reglene for arbeidsgiveravgift delvis kompensert ved styrking av basisrammen. Dette utgjør 53 mill. kroner. Fra 2002 til 2003 ble

ISF-refusjon endret fra 55 prosent til 60 prosent. I 2004 ble denne refusjonen endret til 40 prosent, og er hovedårsaken til den store nedgangen i denne inntekten. Finansiering via basisrammen er økt med om lag samme beløp som reduksjon i ISF-inntekten.

Aktivitet og kodeforbedring er årsaken til den øvrige økningen i ISF-inntektene. Denne økningen skyldes delvis høyere aktivitet i foretaksgruppen, men en vesentlig del av økningen har sammenheng med økte tjenester kjøpt av private sykehus. Polikliniske inntekter er redusert fra 826 mill. kroner i 2003 til 793 mill. kroner i 2004. Til tross for reduksjon i polikliniske takster tilsvarende 115 mill. kroner, har polikliniske inntekter blitt redusert med bare 33 mill. kroner fra 2003. Dette skyldes økning i polikliniske konsultasjoner både innenfor somatisk og psykiatri. Selv om det innenfor de økonomiske rammene ikke er rom for en generell økning i aktiviteten, er det en ønsket utvikling at den polikliniske aktiviteten og dagbehandling skal øke mens omfanget på inneliggende pasienter bør reduseres.

Morforetakets varekostnader gjelder i sin helhet kjøp av helsetjenester fra egne datterforetak, andre regioner og private aktører. I andre driftskostnader på 308,3 mill. kroner inngår blant annet kostnader knyttet til diverse tilskudd vedrørende FoU, utdanning, brukerorganisasjoner mv. i tillegg til morforetakets administrasjonskostnader. Av de totale lønnskostnadene på 87,6 mill. kroner gjelder 27 mill. kroner administrasjonen i morforetaket.

Sammenlignet med 2003 har varekostnadene økt med totalt 309 mill. kroner. Forbruket av medisinsk forbruksmateriell har hatt betydelig økning i 2004, og dette skyldes hovedsakelig økning i enhetspriser på enkelte medikamenter. Kjøp av helsetjenester fra andre regioner og ikke minst fra private har økt vesentlig. Dette har blant annet sammenheng med kjøp av avtalte tjenester for å få ned ventelistene innenfor spesifikke områder, herunder røntgen og ortopedi. Videre omfattes private sykehus som har avtale med helseregionen av fritt sykehusvalg. Dette har ført til en økning i direkte henvisninger av allmennlegene. For å oppnå bedre oppfølging av kvalitet og omfang med aktiviteten hos private aktører ble det i 2004 gjennomført anbudskonkurranse vedrørende kjøp fra private sykehus. Rammeavtalene med de private aktørene har først i 2005 kommet på plass.

Totale lønnskostnader har økt fra 5 707 mill. kroner til 6 064 mill. kroner, en økning på 357 mill. kroner. Økningen skyldes i hovedsak en økning i antall ansatte. Den største økningen har sammenheng med overtakelse av en del nye ansvarsområder som rusbehandling og opptrapping av aktiviteten innen psykisk helsevern. Fra og med 2004 ble det slutt på differensiert arbeidsgiveravgift i Norge. For Helse Midt-Norge har dette betydd en kostnadsøkning på ca. 55 mill. kroner.

Sum driftskostnader før avskrivninger er 9 553 mill. kroner, en økning på 897 mill. kroner fra 2003. Driftsinntektene har økt fra 8 592 mill. kroner til 9 473 mill. kroner, en økning på 881 mill. kroner.

Investeringer

I 2004 er det påløpt 2,1 mrd. kroner i forbindelse med pågående og avsluttede byggeprosjekter. Det største av disse er fase 1 i utbyggingen av nytt universitetssykehus i Trondheim. Dette prosjektet omfattet bygging av Nevrosenteret, Laboratoriesenteret og Kvinne-barnsenteret inngår i byggefase 1 sammen med pasienthotellet. Pasienthotellet ble tatt i bruk i september i 2004. De andre byggene tas i bruk i løpet av 2005 og 2006.

Bygging av nytt universitetssykehus er delt i en sykehusdel og en universitetsdel. Sykehusdelen utgjør ca. 75 prosent av de totale utbyggingskostnadene, skal overtas av St. Olavs Hospital HF i takt med fullføring av de enkelte deler av utbyggingen. Den resterende delen av prosjektet skal overtas av NTNU ved slutføring.

Planleggingsarbeidet med byggefase 2 er i hovedsak avsluttet. I Stortingets budsjettbehandling for 2004 ble det fattet vedtak om en reduksjon av kostnadene med ti prosent i sykehusdelen i byggefase 2, og i ettertid har det pågått en prosess for å oppfylle dette krav. Arbeidet har vist at en kostnadsreduksjon på ti prosent vanskelig kan oppnås uten en reduksjon i arealet. I de opprinnelige planene for det nye universitetssykehuset er det lagt opp til at det skal bygges et psykiatrisenter. Psykiatrisenteret er foreløpig ikke finansiert og videre fremdrift og utvikling av prosjektet forventes avklart i forbindelse med statsbudsjett 2006.

Gjennom revidert statsbudsjett vedtatt våren 2005 er Statens kontanttilskudd til finansiering av fase 1 i utbyggingen klarlagt. Dette sammen med tidligere vedtak om finansiering av fase 2, gjør Helse Midt-Norge i stand til å vurdere finansiering og økonomisk bæreevne knyttet til utbyggingen i Trondheim. Dette er nødvendig før utbyggingens fase 2 igangsettes.

Fleire byggeprosjekter innen psykisk helsevern ble avsluttet i løpet av 2004. Nytt distriktpsykiatrisk senter (DPS) i Orkdal ble tatt i bruk høsten 2004. Ny DPS Tiller ble utbygd i 2004, men er ikke ferdigstilt før i 2005. Barne- og ungdomspsykiatrien i Nord-Trøndelag avsluttet utbyggingen av en moderne klinikkenhet i 2004. I 2004 er det igangsatt utbygging av DPS-er i Molde, Kristiansund og Stjørdal.

Nytt kreftbygg i Helse Sunnmøre ble åpnet i mars 2004. Dette bygget gir plass til to strålemaskiner, poliklinikk, sengepost for kreftpasienter og pasienthotell. Byggeprosjektet hadde en kostnadsramme på 264 mill. kroner. I tillegg er det gjort store investeringer i utstyr ved den nye avdelingen.

Byggingen ved St. Olavs Hospital og den store satsingen på distriktpsykiatriske sentra som en del av opptrappingsplan psykiatri, medfører at investeringsnivået i regionen er høyt. Hensyntatt den pressede finansielle situasjon foretaksgruppen er i, medfører ovennevnte satsingsområder begrenset handlefrihet når det gjelder øvrige nødvendige investeringer i regionen. Styret er på denne bakgrunn bekymret for den fremtidige evne til vedlikehold, reinvesteringer og videreutvikling av bygninger og utstyr.

Likviditet

Ved slutten av 2004 hadde foretaksgruppen totalt en positiv likviditet på 239 mill. kroner. Redusert for bundne midler på 248 mill. kroner, samt ubenyttede lånemidler på 238 mill. kroner, hadde Helse Midt-Norge en forholdsvis svak likviditetsmessig situasjon ved slutten av 2004. Flere av datterforetakene hadde en negativ saldo på driftskonto ved årsskiftet, og likviditeten i 2005 er fortsatt anstrengt. Det viktigste tiltaket for å bedre likviditeten vil være å oppnå balanse i driften, men inntil dette skjer er det nødvendig å dekke det kortsiktige likviditetsbehov gjennom ytterligere driftskreditt.

Kontantstrømmen fra driften er negativ og bidrar dermed ikke til å finansiere investeringsaktivitetene. Det er tatt opp betydelige lån i 2004, og den samlede investerings- og driftssituasjon medfører øket behov for lån og kassekreditt i 2005. Den langsiktige finansiering av utbyggingen ved St. Olavs Hospital blir klarlagt i 2005 og denne vil være viktig for foretaksgruppens finansielle situasjon de kommende år.

Fortsatt drift

I henhold til regnskapslovens § 3-3, bekrefter vi at regnskapet er utarbeidet i samsvar med forutsetningen om fortsatt drift. Til grunn for antagelsen ligger forventninger om en fremtidig finansiering som er dekkende i forhold til de løpende driftskostnader som er nødvendig for å opprettholde det aktivitetsnivå som fra eiers side kreves av foretaket.

Til grunn for antagelsen om fortsatt drift ligger også den lovregulering av helseforetak som slår fast at helseforetak ikke kan gå konkurs.

Arbeidsmiljø og personale

Gjennomsnittlig antall ansatte i Helse Midt-Norge RHF var 258 ansatte i 2004 mot 176 i 2003. Ved utgangen av 2004 var det 264 ansatte, hvorav 34 var ansatt i konsernledelsen, 104 i prosjektorganisasjonen Helsebygg Midt-Norge og 126 i HEMIT. Gjennomsnittlig antall ansatte i foretaksgruppen var 15 722 i 2004 mot 15 624 i 2003.

Sykefraværet i Helse Midt-Norge RHF var på totalt 226 dagsverk i 2004 mot 1 467 dagsverk i 2003, noe som gir et sykefravær på 3,7 prosent. Tilsvarende tall for foretaksgruppen er på 235 200 dagsverk (7,6 prosent) mot 237 094 i 2003.

Sykefraværet i datterforetakene varierer fra 4,4 prosent til 10 prosent, mens tilsvarende variasjon i 2003 var fra 7,0 prosent til 9,8 prosent. Sykefraværet er høyere for pleiegruppen enn for andre ansatte, og det vil derfor være større sykefravær blant kvinner. Det arbeides med ulike tiltak i foretaksgruppen for å redusere sykefraværet.

I 2003 og 2004 ble det gjennomført arbeidsmiljøundersøkelser i hele foretaksgruppen. Undersøkelsene var IT-basert og gjennomsnittlig svarprosent i foretaksgruppen var på 63 prosent i 2004. En større andel av de ansatte var tilfreds med det fysiske arbeidsmiljøet i 2003 enn i 2004. Det er iverksatt lokale tiltak der det fysiske arbeidsmiljøet anses som dårlig. Det er påvist en del helseplager (spesielt hode/nakke/armert/tretthet) blant ansatte som har sammenheng med det fysiske arbeidsmiljøet. Undersøkelsen viser at det i liten er grad sammenheng mellom helseplager og høyt sykefravær.

Helse Midt-Norge har stor oppmerksomhet rettet mot HMS (helse, miljø, sikkerhet). Alle foretakene er IA-bedrifter (inkluderende arbeidsliv), og alle ledere med personalansvar skal føre et målrettet arbeid mot å redusere sykefraværet gjennom å tilby individuelt tilrettelagt arbeid der det er nødvendig. Stor satsning på lederutvikling forventes også å bidra til bedret arbeidsmiljø og derigjennom redusert sykefravær.

Entreprenørene har det største ansvaret for sikkerheten på byggeplassen ved St. Olavs Hospital, men Helsebygg legger til rette og bidrar med kurs og motivasjonstiltak. Hver måned rapporteres HMS-status på hver byggeplass.

Innenfor de øvrige deler av vår virksomhet er det ikke rapportert hendelser med alvorlig fysiske skade på personer eller anlegg. De fleste avviksmeldingene er knyttet til blodsmitte og stikkuehell, samt trusler om vold og utført vold mot ansatte. Forbedringer i rutinene for håndtering av risikoavfall er et av tiltakene for å redusere omfanget av stikkskader. Ved flere institusjoner er det i 2004 registrert en økning i tilfeller av vold mot ansatte.

I de valgte styrer i morforetaket og de tilknyttede datterforetak og prosjektstyrene i Hemit og Helsebygg Midt-Norge er det følgende kjønnsfordeling: 32 kvinner og 42 menn. I ledelsen i morforetaket er det to kvinner og seks menn.

Fordeling blant administrerende direktører i de underliggende foretak og enheter er på to kvinner og syv menn.

Helsevesenet har tradisjonelt vært en kvinnedominert arbeidsplass med sterke kjønnsstradisjoner i forhold til faggrupper. Legegruppen har fortsatt overvekt av menn, mens pleiegruppen er svært kvinnedominert. Tendensen i forhold til legeryrket er nå i ferd med å snu, mens det ikke ser ut til å være noen endring i forhold til rekruttering av menn til pleieryrket. Også når det gjelder merkantil personell er det i likhet med øvrige virksomheter i Norge, overvekt av kvinner. Denne skjevfordelingen av kjønn/faggruppe, gjenspeiles i alle våre virksomheter.

Lederstillinger er jevnt fordelt mellom kvinner og menn, men hvis en betrakter nivåene, vil det være en betydelig overvekt av menn på direktør/avdelingssjef nivå. På utøvende nivå, er lederstillingene representert av kvinner. Her gjenspeiles yrkesgruppenes skjevfordeling, hvor det i all hovedsak er sykepleiere som leder virksomheten ved sengeposter og poliklinikker. Lønnsforskjeller er generelt regulert av tariffen i forhold til stilling og faggruppe og det vil således ikke være tilsiktede lønnsforskjeller ut fra kjønn. Lederlønn på direktør og avdelingssjef nivå ser ut til å være jevnt fordelt mellom kjønnene.

Mulighet for videre- og etterutdanning er likt fordelt mellom kjønn. Her vil det være enhetens (pasientenes) behov som vil være førende. Muligheten til å få permisjoner, vil således også følge det samme prinsipp. Arbeidsmiljøundersøkelsen i 2004 viser at de fleste ansatte opplever at enten er høy grad eller svært høy grad av likestilling mellom kjønnene.

Ytre miljø

Det fortsettes at all statlig virksomhet skal innføre miljøledelse (Grønn stat). Denne forutsetningen omfatter også de regionale helseforetakene. Arbeidet med miljøledelse skal fokusere på konsekvensene for det ytre fysiske miljøet, og det skal rapporteres på fire indikatorer; energi, innkjøp, avfall og transport. Helse Midt-Norge RHF har besluttet å følge opp dette, og innføringen av miljøledelse organiseres i første omgang som et prosjekt. Det forutsettes at miljøledelse på sikt skal inngå som en del av det ordinære HMS-arbeidet i foretakene.

Sykehusdrift krever høyt forbruk av energi og i 2004 er det kostnadsført nær 98 mill. kroner vedrørende elektrisitet, fjernvarme og fyringsolje mot 84 mill. kroner i 2003. På grunn av varierende priser og avgifter rettes fokuset i hovedsak på utviklingen i volum. I 2004 ble et treårig enøknettverk for sykehusene i Møre og Romsdal avsluttet. Dette var et samarbeidsprosjekt mellom Helse Nordmøre og Romsdal og Helse Sunnmøre med støtte fra Enova. I prosjektet er det gjennomført tiltak som har gitt betydelige energibesparelser hos begge foretakene. Enøktiltak har også vært viktige satsningsområder for Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital i flere år og har bidratt til ytterligere reduksjon i forbruket av energi i 2004. I forbindelse med innføring av miljøledelse skal nye regionale enøk-tiltak iverksettes.

Som ellers i samfunnet har omfanget av kildesortering av avfall sykehusene økt de siste årene. I tillegg til at det er god økonomi i kildesortering bidrar det også til en ryddigere og sikrere håndtering av spesialavfall. Store byggprosjekter medfører særskilte utfordringer når det gjelder avfallshåndtering. På grunn av prosjektets omfang står byggingen av nytt universitetssykehus i Trondheim i en særstilling i denne sammenhengen. Byggearbeidet ved Nye St. Olav har i 2004 vært i en fase hvor mye av arbeidet har foregått innendørs. Dette har redusert omfanget av både avfall, støy og støv sammenlignet med den første del av byggefasen.

Spesialavfall, herunder smitteavfall håndteres på forskriftsmessig måte. Noe av dette avfallet leveres til egne forbrenningsovner mens annet spesialavfall leveres til kommunenes avfallsmottak og deponi.

De siste årene har utvikling av systemer for digitalisering av røntgenbilder vært et viktig satsningsområde. Innføring er helsefaglig begrunnet, men en tilleggsgevinst er den store reduksjonen av forbruket av fotokjemikalier. Eksempelvis reduserte St. Olavs Hospital sitt forbruk fra 50,4 tonn i 2003 til 29,8 tonn i 2004. Ved inngåelse av nye innkjøpsavtaler har Helse Midt-Norge fokusert på tre områder når det gjelder miljø; transport, emballasje og resirkulering.

Fremtidsutsikter

Innenfor de økonomiske rammebetingelser foretaksgruppen drives, vil følgende satsningsområder være de mest sentrale i 2005:

- Kvalitet
- Effektivitet
- Pasient- og pårørendeopplæring
- Samhandling med primærhelsetjenesten
- Ledelse
- Psykisk helsevern og rus
- Rehabilitering og habilitering
- Forskning
- Prioritering av og mellom pasientgrupper.

Kravet om drift i økonomisk balanse vil være et av de mest førende elementene i 2005, og det vil være nødvendig med kostnadsreduksjoner i alle foretak.

I 2005 er prosjektet «Helse Midt-Norge 2010» igangsatt og dette vil gi føringer for hvordan utviklingen innen spesialisthelsetjenesten de kommende år skal skje. Prosjektet tar utgangspunkt i hvilke behov og forventninger pasienter i vår

region vil ha, herunder hvordan svake grupper i samfunnet skal gis tilstrekkelig prioritet. Sentrale elementer i prosjektet vil være kvalitetssikring av pasientbehandlingen, prioritering av pasientgrupper og større grad av oppgavefordeling mellom våre sykehus.

I 2005 og 2006 vil omlag halvparten av nytt sykehus i Trondheim være tatt i bruk, og dette vil gi store utfordringer for de ansatte når det gjelder omstilling og nye arbeidsmetoder. Styret vil nøye følge med hvordan nytt sykehus vil påvirke pasientstrømmene i regionen.

Byggingen av nytt sykehus i Trondheim medfører begrensninger i regionens evne til å finansiere og økonomisk kunne bære øvrige investeringer. Dette vil representere en betydelig utfordring i de kommende år.

Disponering av årsresultat

Styret foreslår følgende disposisjoner i forbindelse med årsoppjøret for Helse Midt-Norge RHF:

Sum underskudd:	kr 622 187 460,22
Overføres til annen egenkapital	kr 622 187 460,22

Stjørdal 15.06.2005


Per Sævik
Styrets leder


Anne-Brit Skjetne
Nestleder



Egon Hestnes


Rigmor Austgulen


Anders Grimsmo


Marianne Bjerke


Ellen Marie Wøhni


Ingegjerd S. Sandberg


Dag Rieve Kristiansen


Paul Hellandsvik
Administerende direktør

Resultatregnskap (beløp i hele 1 000)

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen			
2003	2004	Note	Note	2004	2003	
4 272 850	5 886 970	2	Basisramme	2	5 886 970	4 272 850
2 643 156	1 794 657	2	ISF		1 794 657	2 643 156
	638 743	2	Polikliniske inntekter		793 009	826 102
316 816	459 322	2	Andre salgsinntekter		848 723	722 848
164	479		Andre driftsinntekter		150 442	127 472
7 232 986	8 780 171		Driftsinntekter		9 473 801	8 592 428
6 960 655	8 356 333	2,4	Kjøp av helsetjenester	4	786 559	583 618
	141		Andre varekostnader	4	1 172 937	1 066 612
53 466	87 555	5,6	Lønnskostnad	5,6	6 063 670	5 707 278
214 057	308 226	7,8,12	Annen driftskostnad	7,8,12	1 530 234	1 298 596
4 808	27 916		Driftsresultat før avskrivninger og nedskrivninger		-79 599	-63 676
16 165	43 713	9,10	Avskr. på varige driftsmidler og immaterielle eiendeler	9,10	554 838	525 528
	12 415	10	Nedskr. av varige driftsmidler og immaterielle eiendeler	10	12 710	0
-11 357	-28 212		Driftsresultat		-647 147	-589 204
766 410	596 735	14	Nedskrivning på verdier av datterforetak			
7 073	5 996		Renteinntekt fra foretak i samme konsern			
14 534	7 366		Annen renteinntekt		16 050	44 660
20	6		Annen finansinntekt		42	576
	966		Rentekostnad til foretak i samme konsern			
8 404	9 602		Annen rentekostnad		17 128	10 086
14	40		Annen finanskostnad		149	274
-764 558	-622 187		Resultat før skatt		-648 332	-554 328
			Skatter			
			Skattekostnad på ordinært resultat	22	125	
			Endring utsatt skatt / skattefordel	22	138	
-764 558	-622 187		Årsresultat		-648 595	-554 328
			Anvendelse av årsresultatet			
-764 558	-622 187	23	Overføring til/fra annen egenkapital	23	-609 917	-510 138
			Overføring fra strukturfondet	23	-38 678	-44 190
-764 558	-622 187		Sum anvendelse		-648 595	-554 328

Balanse (beløp i hele 1 000)

Helse Midt-Norge RHF				Foretaksgruppen		
31.12.03	31.12.04	Note	Eiendeler	Note	31.12.04	31.12.03
			Anleggsmidler			
			Immaterielle eiendeler			
83 432	87 401	9	EDB-programmer, lisenser etc	9	95 058	89 048
			Utsatt skattefordel		552	
83 432	87 401		Sum immaterielle eiendeler		95 610	89 048
			Varige driftsmidler			
1 698 019	3 419 382	10,11	Anlegg under utførelse, tomter, bygninger og annen fast eiendom	10,11,13	9 940 329	7 955 071
24 530	34 965	10	Driftsløsøre, inventar, verktøy, kontormaskiner og lignende	10	963 857	957 241
1 722 549	3 454 347		Sum varige driftsmidler		10 904 186	8 912 312
			Finansielle anleggsmidler			
5 998 172	5 338 909	14	Investeringer i datterselskap			
188 804	524 629	16	Lån til foretak i samme konsern			
300	11 095	14	Investeringer i tilknyttet selskap	14	11 095	300
733	1 015	15	Investeringer i aksjer og andeler	15	160 362	119 888
			Pensjonsmidler	6	62 588	
6 188 009	5 875 648		Sum finansielle anleggsmidler		234 045	120 188
7 993 990	9 417 396		Sum anleggsmidler		11 233 841	9 121 548
			Omløpsmidler			
0	0		Varer	4	186 768	172 617
			Fordringer			
17 205	20 553	8, 16	Kundefordringer	8	214 210	183 310
54 209	23 489	16	Andre fordringer		320 534	213 430
71 414	44 042		Sum fordringer		534 744	396 740
0	0		Sum investeringer		0	0
722 726	573 584	17	Bankinnskudd, kontanter og lignende	17	239 053	976 341
794 140	617 626		Sum omløpsmidler		960 565	1 545 698
8 788 130	10 035 022		Sum eiendeler		12 194 406	10 667 246

Balanse (beløp i hele 1 000)

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen			
31.12.03	31.12.04	Note	Egenkapital og gjeld	Note	31.12.04	31.12.03
			Egenkapital			
			Innskutt egenkapital			
100	100	23	Foretakskapital	23	100	100
		23	Strukturfond	23	467 067	505 745
6 761 403	6 750 727	23	Annen innskutt egenkapital	23	6 158 273	6 166 806
6 761 503	6 750 827		Sum innskutt egenkapital		6 625 440	6 672 651
			Opptjent egenkapital			
-785 053	-1 398 662	23	Annen egenkapital	23	-1 235 514	-646 283
-785 053	-1 398 662		Sum opptjent egenkapital		-1 235 514	-646 283
5 976 450	5 352 165		Sum egenkapital		5 389 926	6 026 368
			Gjeld			
			Avsetning for forpliktelser			
6 897	15 404	6	Pensjonsforpliktelser	6	0	133 324
1 281 141	1 779 435		Andre avsetninger for forpliktelser	20	2 167 015	1 488 317
1 288 038	1 794 839		Sum avsetning for forpliktelser		2 167 015	1 621 641
			Annen langsiktig gjeld			
1 080 078	2 206 833	18	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	18	2 206 833	1 080 078
129 106	236 304	16, 18	Øvrig langsiktig gjeld	18	177 716	61 569
1 209 184	2 443 137		Sum annen langsiktig gjeld		2 384 549	1 141 647
			Kortsiktig gjeld			
47 477	82 576	16	Leverandørgjeld		519 705	436 742
			Betalbar skatt	22	125	
8 144	10 442		Skyldige offentlige avgifter		489 134	437 467
258 837	351 863	16	Annen kortsiktig gjeld		1 243 952	1 003 381
314 458	444 881		Sum kortsiktig gjeld		2 252 916	1 877 590
2 811 680	4 682 857		Sum gjeld		6 804 480	4 640 878
8 788 130	10 035 022		Sum egenkapital og gjeld		12 194 406	10 667 246

Stjørdal 15.06.2005


Per Sævik
Styrets leder


Anne-Brit Skjetne
Nestleder


Egil Hestnes


Rigmor Austgulen

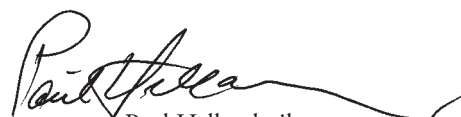

Anders Grimsmo


Marianne Bjerke


Ellen Marie Wøhni


Ingegjerd S. Sandberg


Dag Rieve Kristiansen


Paul Hellandsvik
Administerende direktør

Kontantstrømoppstilling etter den indirekte metoden (beløp i hele 1 000)

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen			
2003	2004	Note	Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	Note	2004	2003
-764 558	-622 187		Resultat		-648 595	-554 328
			Periodens betalte skatt		-125	
	1 541		Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler		2 105	1 185
16 165	43 713		Ordinære avskrivninger		554 838	525 528
766 410	609 150		Nedskrivning anleggsmidler, inkl investering i datterforetak		12 710	0
			Endring i varelager		-14 151	5 742
-6 453	-3 348		Endring i kundefordringer		-30 900	101 634
13 915	35 099		Endring i leverandørgjeld		82 963	67 311
-1 146	8 507		Reduksjon pensjonsforpliktelse		-211 775	-179 371
-545			Poster klassifisert som investerings- eller finansieringsaktiviteter		27 125	-545
-901	120 362		Endringer i andre tidsavgrensningsposter		184 582	-49 341
22 887	192 837	25	Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	25	-41 223	-82 185
Kontantstrømmer fra investeringsaktiviteter						
39 988	183 466		Innbetalinger ved salg av varige driftsmidler		8 917	1 158
-954 007	-1 894 149		Utbetalinger ved kjøp av varige driftsmidler		-2 408 086	-1 550 003
-300	-7 804		Utbetalinger ved kjøp av aksjer og andeler i andre foretak		-35 702	-300
			Utbetalinger ved kjøp av andre investeringer			20 000
-914 319	-1 718 487	25	Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	25	-2 434 871	-1 529 145
Kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter						
946 860	1 100 000		Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld		1 100 000	970 962
348 328	641 593		Økte avsetninger og forpliktelser		666 510	372 464
	-32 516		Utbetaling ved nedbetaling av langsiktig gjeld		-27 704	0
100	100		Tilbakebetaling av egenkapital			
-188 804	-232 000		Utbetaling - utlån til datterforetakene			
	7 336		Innbetaling ved nedbetaling av langsiktig gjeld			
83 689	-108 005		Økning/reduksjon gjeld til datterforetak			
1 190 173	1 376 508		Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter		1 738 806	1 343 426
0	0		Effekt av valutakursendringer på kontanter og kontantekvivalenter		0	0
298 741	-149 142		Netto endring i kontanter og kontantekvivalenter		-737 288	-267 904
423 985	722 726		Beholdning av kontanter og kontantekvivalenter ved periodens begynnelse		976 341	1 244 245
722 726	573 584		Beholdning av kontanter og kontantekvivalenter ved periodens slutt		239 053	976 341

Noter til regnskapet 2004

Note 1 Regnskapsprinsipper

Årsregnskapet er satt opp i samsvar med regnskapsloven av 1998, jf. Lov om helseforetak. Det er utarbeidet etter norske regnskapsstandarder og retningslinjer gitt av eier.

Helse Midt-Norge RHF er etablert som et regionalt helseforetak, og virksomheten reguleres særskilt gjennom helseforetaksloven. Helse Midt-Norge RHF ble stiftet 17.08.2001. Staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene den 01.01.2002, og på dette tidspunkt ble foretaksgruppen etablert. Samtidig overtok Helse Midt-Norge formuesposisjonene knyttet til spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. Virksomheten ble overført samme dag. Virksomhetsoverføringen er i utgangspunktet gjennomført som et tingsinnskudd til virkelig verdi.

Helse Midt-Norge RHF består av konsernets administrasjon som er plassert på Stjørdal, prosjektorganisasjonen Helsebygg Midt-Norge og IKT-avdelingen Helse Midt-Norge IT. Helsebygg Midt-Norge har som oppgave å ivareta planlegging og bygging av nytt sykehus ved datterforetaket St. Olavs Hospital HF i Trondheim. Helse Midt-Norge IT ble etablert i 2003, og er en samordning av IT-tjenestene i regionene. Helse Midt-Norge RHF hadde i 2004 følgende datter- og datterdatterforetak:

- Helse Nord-Trøndelag HF
- St. Olavs Hospital HF
- Rusbehandling Midt-Norge HF
- Helse Nordmøre og Romsdal HF
- Helse Sunnmøre HF
- Sykehusapotekene i Midt-Norge HF
- Trøndelag Ortopediske Verksted AS

Regnskapet for foretaksgruppen er utarbeidet som om gruppen var en økonomisk enhet. Interne transaksjoner, fordringer og gjeld elimineres. Kostpris på andel/aksjer i helseforetakene elimineres mot egenkapitalen.

Åpningsbalansen

Som følge av at helseforetakene er non-profit-virksomheter der eier har stilt krav om resultatmessig balanse i driften, men ikke krav til avkastning på innskutt kapital, representerer bruksverdi virkelig verdi for anleggsmidler.

I åpningsbalansen er bruksverdien satt til gjenanskaffelseskost. For bygg og tomter er gjenanskaffelsesverdi basert på takster utarbeidet av uavhengige tekniske miljøer høsten 2001. I gjenanskaffelsesverdien er det tatt hensyn til slit og elde, teknisk og funksjonell standard etc. Også for andre anleggsmidler er gjenanskaffelseskost beregnet. For overførte anleggsmidler der det pr. 01.01.02 var kjent at disse ikke ville være i bruk eller kun ville være i bruk en begrenset periode, er det gjort fradrag i åpningsbalansen.

I statsbudsjettet for 2004 er det uttrykt at det ikke kan forventes at helseforetakene framover vil kunne gjenanskaffe anleggsmidler tilsvarende de verdier som ble skutt inn pr.

01.01.02. Helsedepartementet har derfor besluttet at en andel av innskutt egenkapital skal tilføres et strukturfond. Fondet skal benyttes til å dekke meravskrivninger på differansen mellom gjenanskaffelseskost i åpningsbalansen og forventet anleggskapital i framtiden.

Rusreformen

01.01.2004 overtok staten ved de regionale helseforetakene ansvar for behandlingen av rusmiddelmissbrukere. Overføringen av eiendeler og gjeld har skjedd som et tingsinnskudd.

Korrigert resultat

Inngangsverdien på anleggsmidlene ble endelig fastsatt ved godkjenning av årsregnskapet for 2003 etter at det for 2002 ble avlagt et årsregnskap basert på foreløpige verdier. Eier har fastsatt et nivå finansieringen av kapitalkostnadene med utgangspunkt i at 2/3 av gjenanskaffelsesverdien av anleggsmidlene, som inngikk i åpningsbalansen til de fem regionene, skal kunne gjenanskaffes. Inntil eiers målsetting om reduksjon av Helse Midt-Norges anleggsmidler er nådd vil årlige avskrivningskostnader overstige tilhørende finansiering. Eiers resultatkrav er derfor årsresultatet korrigert for meravskrivninger knyttet til denne verdiforskjellen. I tillegg har foretakene og eier lagt ulike forutsetninger til grunn for anleggsmidlenes levetider. Dette korrigerte resultatet er avstemt mot årsresultat i note 24.

Tilknyttede virksomheter

Helse Midt-Norge har eierandeler - 20 prosent - i Luftambulansetjenester ANS, Helseforetakenes Innkjøpsservice AS og Norsk Helsenett AS.

Grunnleggende prinsipper - vurdering og klassifisering - andre forhold

Årsregnskapet er basert på de grunnleggende prinsipper om historisk kost, sammenlignbarhet, fortsatt drift, kongruens og forsiktighet. Transaksjoner regnskapsføres til verdien av vederlaget på transaksjonstidspunktet. Inntekter resultatføres når de er opptjent og kostnader sammenstilles med opptjente inntekter.

Klassifisering og vurdering av eiendeler og gjeld

Omløpsmidler og kortsiktig gjeld omfatter poster som forfaller til betaling innen ett år etter anskaffelsestidspunktet, samt poster som knytter seg til varekretsløpet. Øvrige poster er klassifisert som anleggsmiddel/langsiktig gjeld.

Omløpsmidler vurderes til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Kortsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på opptakstidspunktet.

Vurdering av anleggsmidler skjer til anskaffelseskost. Anleggsmidler som har begrenset levetid skal avskrives planmessig. Dersom det finner sted en verdiforringelse som ikke er forbigående, foretas en nedskrivning til virkelig verdi. Tilsvarende prinsipp legges normalt til grunn for gjeldsposter.

Langsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet.

Prinsipper for inntektsføring

Driftsinntektene kan hovedsakelig deles i to: fast grunnfinansiering fra eier og aktivitetsbaserte inntekter. Grunnfinansieringen består av basisramme drift og regionsykehus-tilskudd. Aktivitetsbaserte inntekter består av ISF-inntekter (ISF = innsatsstyrt finansiering) og polikliniske inntekter.

I tillegg kommer andre salgsinntekter, som blant annet består av øremerkede statstilskudd og salg av andre varer og tjenester.

Hovedregelen er at inntekt resultatføres når den er opptjent. Inntektsføring skjer følgelig normalt på leveringstidspunktet ved salg av varer og tjenester. Basisrammen fordeles jevnt over året, mens ISF anses opptjent når pasienten skrives ut.

Øremerkede tilskudd inntektsføres i takt med bruken av midlene.

Salg av varer og tjenester mellom foretak i helseforetaksgruppen skjer i utgangspunktet til ordinær pris. Flere tjenester faktureres ikke, men er regulert gjennom tildeling av rammetilskuddet.

Kostnadsføringstidspunkt/sammenstilling

Utgifter sammenstilles med og kostnadsføres samtidig med de inntekter utgiftene kan henføres til. Utgifter som ikke kan henføres direkte til inntekter, kostnadsføres når de påløper.

Kontantstrømoppstilling

Kontantstrømoppstillingen er utarbeidet etter den indirekte metoden. Det innebærer at man i analysen tar utgangspunkt i foretakets årsresultat for å kunne presentere kontantstrømmer tilført fra henholdsvis ordinær drift, investeringsvirksomhet og finansieringsvirksomhet. Likvide midler omfatter kontanter og bankinnskudd.

Det er etablert konsernkontoordning med Fokus Bank. Bankinnskudd er klassifisert som likvide midler pr. 31.12.04. Renteinntekter er behandlet som ordinære finansinntekter.

Skatt

Foretakenes virksomhet (sykehusdrift) er ikke skattepliktig. Skatteberegning som framkommer i regnskapet til foretaksgruppen knytter seg i sin helhet til datterdatterselskapet Trøndelag Ortopediske Verksted AS.

Skattekostnaden omfatter både periodens betalbare skatt og endring i utsatt skatt/skattefordel. Betalbar skatt beregnes på grunnlag av årets skattemessige resultat. Utsatt skatt/skattefordel beregnes på grunnlag av midlertidige forskjeller mellom regnskapsmessige og skattemessige verdier. Utsatt skattefordel er bare balanseført i den grad det er sannsynlig at fordelene vil bli realisert i framtiden.

Valuta

Pengeposter i utenlandsk valuta er vurdert etter kursen ved regnskapsperiodens slutt.

Note 2 Inntekter (Beløp i 1000 kr)

	Totale inntekter i Mor	Inntekter vedrørende aktiviteter i Mor	Midler til datterforetakene
Basisramme	5 886 970	497 125	5 389 845
ISF	1 794 657	166 848	1 627 809
Refusjoner fra Rikstrygdeverket	638 743		638 743
Andre salgs- og driftsinntekter, inkl. øremerkede tilskudd	459 801	254 284	205 517
Sum	8 780 171	918 257	7 861 914

Inntekter som går via Helse Midt-Norge RHF (mor) og videreføres til datterforetakene er inntektsført som basisramme, øremerkede tilskudd, ISF og refusjon fra Rikstrygdeverket i morforetaket. Ved fordeling til datterforetakene er dette kostnadsført som varekostnader, nærmere bestemt kjøp av helsetjenester.

Andre salgsinntekter består blant annet av øremerkede tilskudd, andre tilskudd, gjestepasientinntekter og salg av varer og andre tjenester.

I 2003 ble deler av basisrammen fordelt til datterforetakene som øremerkede midler. Beløpet inngikk som en del av basisrammen i Helse Midt-Norge RHF i 2003, men inntektsføres i takt med forbruk i datterforetakenes regnskap. I 2004 inngår 17,9 mill. kroner som inntekt hos helseforetakene, men ikke konsernets regnskap.

Note 3 Resultat pr. virksomhetsområde i 2004 (Beløp i 1000 kr)

	Psykiatri		Somatikk	Rus	Totalt
	VOP	BUP			
ISF	0	0	1 633 682	0	1 633 682
Poliklinikk	55 604	33 372	528 845	2 670	620 491
Øremerkede tilskudd	106 972	71 566	127 865	8 925	315 328
Andre direkte inntekter	15 059	610	188 388	3 626	207 683
Sum direkte inntekter	177 635	105 548	2 478 780	15 221	2 777 184
Kjøp av helsetjenester	33 990	735	209 564	62 880	307 169
Andre varekostnader	22 422	1 646	883 512	7 603	915 183
Lønnskostnader	899 821	168 830	4 257 431	54 721	5 380 803
Andre driftskostnader	112 821	17 018	667 957	16 105	813 901
Avskrivninger	54 221	1 614	250 939	3 169	309 943
Sum direkte kostnader	1 123 275	189 843	6 269 403	144 478	7 726 999
Resultat av direkte inntekter og kostnader	-945 640	-84 295	-3 790 623	-129 257	-4 949 815
Basisramme (fordelt til helseforetakene)					5 292 486
Felleskostnader, ikke fordelt					2 184 111
Fellesinntekter, ikke fordelt					1 212 438
Årsresultat for foretaksgruppens sykehusforetak					-629 002
Helse Midt-Norge RHF, ekskl. nedskr. på investering i datterforetak					-25 452
Sykehusapotekene Midt-Norge HF					5 250
Trøndelag Ortopediske Verksted AS					609
Årsresultat					-648 595

Som i spesialisthelsetjenesten for øvrig er Helse Midt-Norge opptatt av den økonomiske situasjonen innenfor somatikk kontra psykiatri og rus. Med henvisning til opptrappingsplanen innen psykiatri har eier ytet øremerkede midler til drift og investeringer innen psykiatri.

Kostnader og inntekter i Helse Midt-Norge RHF (mor), Sykehusapotekene i Midt-Norge HF og Trøndelag Ortopediske Verksted AS er ikke fordelt på somatikk, psykiatri og rus. Direkte kostnader ved de fire helseforetakene som yter helsetjenester både innenfor somatikk og psykiatri har, blir løpende henført til de ulike enhetene i foretakene. En del fellestjenester blir ikke løpende fordelt mellom avdelingene, og dermed heller ikke fordelt mellom somatikk og psykiatri. Det vesentligste av rus-behandlingen skjer via eget helseforetak.

Note 4 Varer (Beløp i 1000 kr)

	Konsern		Endring
	31.12.04	31.12.03	
Råvarer	3 971	612	3 359
Varer i arbeid	323		323
Handelsvarer	18 217	19 811	-1 594
Medisinske forbruksvarer	133 481	117 889	15 592
Blodlager og væskelager	20 547	20 678	-131
Øvrige lagerbeholdninger *	10 229	13 627	-3 398
Sum varebeholdning	186 768	172 617	14 151
Herav vurdert til anskaffelseskost	186 348	171 968	14 380
Herav vurdert til virkelig verdi	420	649	-229
Bokført verdi	186 768	172 617	14 151

* Kjøkkenmateriell, matvarer, kontor-/datamateriell, annet forbruksmateriell

Lager av innkjøpte varer er verdsatt til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Det foretas nedskrivning for ukurans. Morforetaket har ingen varebeholdning.

I totale varekostnader for konsernet på 1 959 mill. kroner inngår kjøp av helsetjenester fra Luftambulansen ANS, private sykehus og andre regioner med 787 mill. kroner. Med unntak av et mindre beløp gjelder varekostnadene i mor på 8 356 mill. kroner i sin helhet kjøp av helsetjenester. Kjøp hos egne datterforetak utgjør 7 869 mill. kroner, mens eksternt kjøp utgjør 487 mill. kroner.

Note 5 Lønn og personalkostnader samt godtgjørelse til ledende ansatte (Beløp i 1000 kr)

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2003	2004		2004	2003
39 430	60 184	Lønn, fast	4 457 476	4 258 081
750	3 503	Lønn, variabel	482 879	459 452
1 782	2 925	Andre personalkostnader	118 294	116 247
6 949	12 973	Pensjonskostnader	636 885	575 595
5 581	10 199	Arbeidsgiveravgift	715 944	638 347
-1 026	-2 229	Tilskudd og refusjoner	-347 807	-340 443
53 466	87 555	Lønnskostnader	6 063 671	5 707 279

Lønnskostnadene i Helsebygg Midt-Norge, i alt 59,6 mill. kroner er aktivert på byggeprosjektene som en del av byggkostnadene, og inngår ikke i ovenstående lønnskostnader.

Ytelse til ledende personer	Adm. dir	Styret
Lønn	1 206	869
Ytelse til pensjonsforpliktelse (kollektiv ordning)	86	
Pensjonskostnader (ut over kollektiv ordning)	461	
Andre fordeler og godtgjørelser	109	
Sum lønn og godtgjørelser	1 862	869

Godtgjørelse til styrets medlemmer utgjør samlet kr 869 491. Det ble i tillegg ytet en godtgjørelse til Helsebygg sitt prosjektstyre på kr 324 500 og Hemits styre på kr 92 435. Administrerende direktør Paul Hellandsvik har i regnskapsperioden 2004 lønn på kr 1 205 864,- og andre direkte ytelser på kr 109 137,-. I tillegg ytelser til kollektiv pensjon og kostnader vedrørende framtidig pensjon på kr 546 965,-. Øvrige direktører i Helse Midt-Norge RHF, inkl. daglig leder av Helsebygg Midt-Norge og Helse Midt-Norge IT har totalt mottatt ca. kr 6 945 200 i lønn og andre godtgjørelser.

Ved fratredelse etter anmodning fra styret har administrerende direktør krav på lønn i ett år inklusive lønn i avtalt oppsigelsestid. Til fradrag i sluttvederlaget kommer andre inntekter Paul Hellandsvik har oppebåret som ansatt, konsulent og/eller selvstendig næringsdrivende. Tilsvarende rettighet gjelder for de øvrige direktørene i konsernledelsen.

Pensjonsalder for Paul Hellandsvik i stilling som administrerende direktør er 65 år. Pensjonsnivået er satt til 66 prosent av full lønn ved fratreden. Pensjonsforpliktelsen skal samordnes med ytelser fra Folketrygden og alle andre pensjonsytelser som er opparbeidet gjennom tidligere ansettelsesforhold. Helse Midt-Norge pensjonsforpliktelse knyttet til denne avtalen er beregnet til kr 1 178 699,- inkl. arbeidsgiveravgift pr. 31.12.2004.

Det er ikke ytet lån til noen av de ansatte i morforetaket.

Lån til ansatte i datterforetakene dreier seg om korttids likviditetslån. Det kreves ikke renter eller sikkerhet for disse lånene. Lånene er begrenset til en måneds lønn, og tilbakebetales over maksimalt 12 måneder.

Honorar til revisor	Helse Midt-Norge RHF	Foretaksgruppen
Ordinær revisjon	124	1 177
Annen revisjon og beslektede tjenester	802	2 059
Honorar for andre tjenester fra vår revisor	0	767
Samlet honorar	926	4 003

Beløpene er inkl. merverdiavgift.

Annen revisjon og beslektede tjenester gjelder i hovedsak ekstra arbeid vedrørende avklaringer rundt åpningsbalanse, bistand og ekstraarbeid i forbindelse med årsavslutning, prosjektbekreftelser/særattestasjoner og deltakelse på styremøter og lignende.

Honorar for andre tjenester fra revisor gjelder Trøndelag Ortopediske Verksted AS i forbindelse med stifelsen av aksjeselskapet, etablering av åpningsbalansen mv., Sykehusapotekene HF vedrørende kompetanseprogram ansatte og prosesseffektivisering, samt St Olavs Hospital HF i forbindelse med økonomiske analyser.

Note 6 Pensjonskostnader, -midler og -forpliktelser (Beløp i 1000 kr)

Pensjonsordningen behandles regnskapsmessig i overensstemmelse med Norsk Regnskapsstandard for Pensjonskostnader. Regionens pensjonsordninger, inkludert AFP behandles som ytelsesplan. Helse Midt-Norge RHF hadde pr. 31.12.2004 pensjonsordninger som omfatter i alt 261 aktive. Ordningen gir rett til definerte framtidige ytelser. Disse er i hovedsak avhengig av antall opptjeningsår, lønnsnivå ved oppnådd pensjonsalder og størrelsen på ytelsene fra folketrygden. Forpliktelsene er dekket gjennom KLP (Kommunal Landspensjon). I tillegg har Helse Midt-Norge RHF en pensjonsavtale vedrørende administrerende direktør som ikke inngår i den kollektive ordningen.

I tillegg har Helse Midt-Norge gjennom KLP-ordningen et solidaransvar for G-regulering av fripoliser og pensjoner knyttet til disse. Dette er tatt hensyn til i beregningene (gjelder 15 personer).

Totalt i konsernet omfatter pensjonsordninger i alt ca. 20 500 personer (14 930 aktive og 5 565 pensjonister). Solidaransvaret omfatter 3 551 personer. Forpliktelsene er dekket gjennom KLP og Statens Pensjonskasse.

Sammensetning av samlede pensjoner og pensjonsforpliktelser

Helse Midt-Norge RHF*			Foretaksgruppen*	
2003	2004	Pensjonskostnad	2004	2003
9 379	18 122	Nåverdi av årets pensjonsopptjening	506 583	465 346
2 286	4 383	Rentekostnad av pensjonsforpliktelsen	484 078	456 923
-1 754	-3 258	Avkastning på pensjonsmidler	-455 976	-431 975
115	388	Administrasjonskostnad	25 164	20 253
	123	Resultatføring av estimatavvik	625	402
		Avtalefestet AFP, 62-64	1 205	1 368
1 432	2 050	Arbeidsgiveravgift	83 425	68 228
11 458	21 808	Netto pensjonskostnad	645 104	580 545

*) Beregnede pensjonskostnader for Helse Midt-Norge RHF avviker sammenlignet med tilsvarende tall i resultatregnskapet. I noten inngår beregnede pensjonskostnader for Helsebygg Midt-Norge. I regnskapet er disse kostnadene aktivert som en del av byggkostnadene og inngår dermed ikke i resultatregnskapet for 2004 eller 2003.

Avstemming av pensjonsordningens finansierte status mot beløp i balansen:

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen			
31.12.03	31.12.04	01.01.05	01.01.05	31.12.04	31.12.03	
38 020	78 461	68 812	Beregnete opptjente pensjonsforpliktelser	8 325 901	8 446 572	7 393 366
30 252	60 860	52 731	Pensjonsmidler (til markedsverdi)	7 759 313	7 955 400	6 832 962
7 768	17 601	16 081	Netto påløpte pensjonsforpliktelser	566 588	491 172	560 404
			Ikke resultatført planendring			
-1 723	-4 100	-2 580	Ikke resultatført estimatendring/-avvik	-636 121	-560 705	-443 556
6 045	13 501	13 501	Balanseført netto forpliktelse før arb.giv.avg.	-69 533	-69 533	116 848
852	1 903	1 903	Arbeidsgiveravgift	6 946	6 946	16 477
6 897	15 404	15 404	Balanseført netto forpliktelse etter arb.giv.avg.	-62 587	-62 587	133 325

Pensjonsforpliktelser beregnes etter lineær opptjening på basis av forutsetninger om antall opptjeningsår, diskonteringsrente, framtidig avkastning på pensjonsmidler, framtidig regulering av lønn, pensjoner og ytelser fra folketrygden og aktuarmessige forutsetninger om dødelighet, frivillig avgang osv. Pensjonsmidlene vurderes til virkelig verdi. Netto pensjonsforpliktelse består av brutto pensjonsforpliktelse fratrukket virkelig verdi av pensjonsmidler. Netto pensjonsforpliktelser balanseføres som langsiktig gjeld, mens overfinansiert pensjonsordning er klassifisert som langsiktig eiendel i balansen. Det er ikke beregnet og balanseført arbeidsgiveravgift av overfinansiert pensjonsordning (netto pensjonsmidler). Dette gjelder for tre av våre helseforetak.

Netto pensjonsforpliktelse er balanseført som langsiktig rentefri gjeld, og er tillagt arbeidsgiveravgift. For de foretakene som har netto pensjonsmidler er det ikke beregnet og balanseført arbeidsgiveravgift.

Økonomiske forutsetninger:	2005	2004	2003
Diskonteringsrente	6,0 %	6,0 %	6,5 %
Forventet lønnsregulering	3,5 %	3,5 %	4,0 %
Forventet pensjonsøkning	3,5 %	3,5 %	4,0 %
Forventet G-regulering	3,5 %	3,5 %	4,0 %
Forventet avkastning på fondsmidler	6,3 %	6,3 %	7,0 %

Estimatavvik utover 10 prosent av det høyeste av pensjonsmidler eller -forpliktelser resultatføres over 15 år. Estimatavviket som oppstod på slutten av 2004 amortiseres fra og med 2005.

Det er avsatt og inkludert kostnader opparbeidet for tilleggspensjon til adm.dir., se note 5.

Note 7 Tilskudd til rehabiliteringssenter (Beløp i 1000 kr)

I 2004 mottok Helse Midt-Norge 53,9 mill. kroner fra eier for overføring til ulike rehabiliterings- og opptreningscenter. I beløpet inngår en overføring til Helse Nordmøre og Romsdal HF på 3,2 mill. kroner ørmerket til finansiering av Aure Rehabiliteringssenter. Helse Nordmøre har overført 4,9 mill. kroner til Aure Opptreningscenter i 2004. Helse Midt-Norges ansvar for finansiering av rehabiliterings- og opptreningscenter har økt fra 20 prosent i 2003 til 40 prosent i 2004. St. Olavs Hospital overførte til sammen 37,9 mill. kroner til rehabiliteringssentre som de har avtale med. St. Olav overtok virksomheten av Trondsletten Rehabiliteringssenter fra april 2004.

	2004	2003
Bjørnang Opptreningscenter	6 449	3 165
Meråker Sanitetsforenings kurbad	6 887	3 345
Selli Opptreningscenter	6 429	3 153
Maritunet behandlings- og opptreningscenter	10 188	4 925
REKO AS Kastvoll Opptreningscenter	3 189	1 565
Aure (HNR)	4 900	1 580
Røros Rehabiliteringssenter	17 600	3 360
Trondsletten Rehabiliteringssenter	3 925	14 883
Betania avd. Jonsborg	34 000	32 194
Sum	93 567	68 170

Note 8 Kundefordringer (Beløp i 1000 kr)

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2003	2004		2004	2003
17 205	20 553	Kundefordringer vurdert til pålydende	223 842	193 099
0	0	- Avsatt til usikre fordringer	9 632	9 789
17 205	20 553	Bokført verdi 31.12	214 210	183 310

Årets tap i regnskapet fremkommer som følger:

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2003	2004		2004	2003
0	0	Årets endring i avsetning til tap på krav (delkrederavsetning)	-157	2 551
0	0	+ Reelt tap på fordringer i år	8 919	9 789
0	0	- Inngått på tidligere avskrevne fordringer	-1 058	-96
0	0	Sum tap på fordringer i resultatregnskapet	7 704	12 244

Kundefordringer og andre fordringer oppføres til pålydende etter fradrag for avsetninger til forventet tap. Avsetning til forventet tap pr. 31.12.04 er på 9,6 mill. kroner i konsernet.

Note 9 Immaterielle eiendeler (Beløp i 1000 kr)

Immaterielle eiendeler består av lisenser, kjøp og utviklingskostnader knyttet til EDB-programmer mv.

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen
98 617	Anskaffelseskost 31.12.2003	118 439
	Tilgang virksomhetsoverdragelse	
27 332	Tilgang kjøpte driftsmidler	30 939
	Tilgang egentilvirkede driftsmidler	
1 732	Avgang solgte driftsmidler (til anskaffelseskost)	1 926
124 217	Anskaffelseskost 31.12.2004	147 452
15 185	Akkumulert av og nedskr 31.12.2003	29 391
21 631	Årets ordinære avskrivninger	23 485
	Årets nedskrivninger	
0	Akkumulerte avskrivninger på avgatte driftsmidler	483
36 816	Akkumulerte avskrivninger 31.12.2004	52 393
87 401	Bokført verdi 31.12.2004	95 059
5 år	Estimert økonomisk levetid	5 år
20 %	Avskrivningssats	20 %
0	Årets avskrivninger på åpningsbalansen	427

Utgifter til forskning og utvikling er kostnadsført, utfra det forhold at sammenhengen mellom utgifter til forskning og eventuelle framtidige inntekter er uklare. Utgifter til andre immaterielle eiendeler er balanseført i den utstrekning kriteriene for balanseføring er oppfylt, det vil si at det forventes at de vil gi framtidige inntekter eller vesentlige reduksjoner i framtidige kostnader.

Det vesentligste av immaterielle eiendeler ble i 2003 overført fra helseforetakene til Helse Midt-Norge RHF v/HEMIT i forbindelse med etableringen av sentral ITK-enhet. I 2004 er IKT-utstyr overført fra flere foretak til Hemit.

Det vises for øvrig til omtale av åpningsbalansen i note 1 regnskapsprinsipper og note 10 om varige driftsmidler.

Note 10 Varige driftsmidler (Beløp i 1000 kr)

Helse Midt-Norge RHF	Medisinsk-teknisk utstyr	Driftsløsøre, inventar o.l.	Bygninger	Bolig og tomter	Anl. u. utførelse	Sum
Anskaffelseskost pr. 31.12.03	0	29 289	10 278	0	1 710 355	1 749 812
Tilgang virksomhetsoverdragelse	0	0	57 059	0	0	57 059
Tilgang kjøpte driftsmidler	0	28 534	132 000	0	1 706 283	1 866 817
Overføring til ferdigstilte driftsmidler *)	0	0	0	0	-177 884	-177 884
Lånekostnad ved tilvirkning			0	0	0	0
Avgang solgte driftsmidler (til anskaffelseskost)	0	2 318	0	0	0	2 318
Anskaffelseskost 31.12.04	0	55 395	199 337	0	3 238 754	3 493 486
Akkumulerte av- og nedskrivninger 31.12.03	0	4 759	0	0	0	4 649
Årets ordinære avskrivninger	0	15 790	6 292	0	0	22 082
Årets nedskrivninger	0	0	12 415	0	0	12 415
Akkumulerte avskrivninger på avgatte driftsmidler	0	0	0	0	0	0
Akkumulerte avskrivninger 31.12.04	0	20 439	18 707	0	0	39 146
Bokført verdi pr 31.12.2004	0	34 956	180 630	0	3 238 754	3 454 340
- Herav bal. leieavtaler (fin. leasing)	0	2 100	0	0	0	2 100
Estimert økonomisk levetid		3-15 år	10-60 år			
Avskrivningssatser		6,7 - 33,3 %	3,8 %			
Årets avskrivninger på åpningsbalansen		0	0			

*) Overføring av ferdigstilte driftsmidler gjelder overføring av pasienthotellet fra Helsebygg til St. Olavs Hospital HF.

Foretaksgruppen	Medisinsk- teknisk utstyr	Driftsløsøre, inventar o.l.	Bygninger	Bolig og tomter	Anl. u. utførelse	Sum
Anskaffelseskost pr. 31.12.03	973 545	369 023	5 932 803	585 447	2 067 931	9 928 749
Tilgang virksomhetsoverdragelse	0	1 043	112 422	9 512	17 338	140 315
Tilgang kjøpte driftsmidler *)	69 114	42 641	150 303	2 233	2 112 856	2 377 147
Overføring til ferdigstilte drifts midler	56 543	49 327	622 942	398	-729 210	0
Lånekostnad ved tilvirkning			0	0	1 404	1 404
Avgang solgte driftsmidler (til anskaffelseskost)	12 737	3 077	0	1 550	0	17 364
Anskaffelseskost 31.12.04	1 086 465	458 957	6 818 470	596 040	3 470 319	12 430 251
Akkumulerte av- og nedskrivninger 31.12.03	262 870	122 420	608 492		0	993 782
Årets ordinære avskrivninger	147 486	60 312	323 591		0	531 389
Årets nedskrivninger	295	0	12 415		0	12 710
Akkum. avskrivninger på avgåtte driftsmidler	11 473	338	0		0	11 811
Akkumulerte avskrivninger 31.12.04	399 178	182 394	944 498	0	0	1 526 070
Bokført verdi pr. 31.12.2004	687 287	276 563	5 873 972	596 040	3 470 319	10 904 181
- Herav bal. leieavtaler (fin. leasing)	45 795	2 100	0	0	0	47 895
- Herav ikke avskrivbar kunst		22 917				22 917
Estimert økonomisk levetid	3-15 år	3-15 år	10-60 år			
Avskrivningssatser	8,3 %	6,7 - 33,3 %	3,8 %			
Årets avskrivninger på åpningsbalansen	103 625	21 431	295 051		0	420 107

Finansiell leasing er benyttet som finansieringsform i forbindelse med kjøp av MR-maskiner v, lab.system, anesthesiapparat og angiolab ved St Olavs Hospital, Helse Nord-Trøndelag og Helse Sunnmøre, samt IT-utstyr ved Helse Midt-Norge RHF. Alle disse avtaler er inngått før 01.01.2004. Samlet restverdi pr. 31.12.2004 utgjør 47,9 mill. kroner og tilhørende forpliktelse er balanseført under langsiktig gjeld. Kontraktene har utløp i perioden 2006-2012.

Varige driftsmidler overtatt 01.01.2002 i forbindelse at spesialisthelsetjenesten ble overført fra fylkeskommunene til Staten ble verdsatt særskilt pr. 01.01.2002. Varige driftsmidler anskaffet anskaffen etter 01.01.2002 er ført i balansen til anskaffelskost. Tilsvarende gjelder overtakelse av anleggsmidler i forbindelse med overtakelse av ansvaret for rusbehandling pr. 01.01.2004. Varige driftsmidler med levetid på tre år eller mer og kostpris på kr 50 000 eller mer balanseføres og avskrives.

Formell overføring av fast eiendom fra fylkeskommunene til helseforetakene er pr. 31.12.2004 gjennomført for alle eiendommene.

Større IT-utstyr er i forbindelse med etableringen av Hemit overført fra helseforetakene til det Helse Midt-Norge RHF på samme måte som immaterielle eiendeler.

Avskrivninger på anleggsmidler er gjennomført i henhold til foretakets avskrivningsplaner og god regnskapsskikk, og er fordelt lineært over antatt økonomisk levetid med utgangspunkt i historisk kostpris.

Helse Midt-Norge RHF inngikk i 2004 avtale med Orkdal Sanitetsforening om overtakelse av bygningsmassen ved sykehuset i Orkdal. Overtakelseessummen ble fastsatt ut fra takst foretatt i 2001. Ved innarbeidels av bygningene i Helse Midt-Norge RHF's balanse er det gjort fradrag for slit og elde i perioden fra takstering frem til overtakelse pr. 01.01.2004. Dette utgjør 12,4 mill. kroner og fremkommer i resultatregnskapet som nedskrivning av varige driftsmidler.

Note 11 Langsiktige byggeprosjekter (Beløp i 1000 kr)

Konsernet har flere store byggeprosjekt gående. Nedenfor følger en oppstilling over igangsatte og pågående prosjekter i 2004 med en totalt kostnadsramme som overstiger 50 mill. kroner.

Investeringsprosjekt	Foretak	Akkum. regnskap pr. 31.12.04	Akkum. regnskap pr. 31.12.03	Total kostnads- ramme	Prognose sluttsum	Avvik fra budsjett
St Olav/Helsebygg, byggefase 1	Helse Midt-Norge RHF	3 161 000	1 593 000	5 422 000	5 209 000	213 000
St Olav/Helsebygg, byggefase 2 (foreløpig ramme)	Helse Midt-Norge RHF	182 000	151 000	6 327 000	6 327 000	0
DPS Orkdal	St Olavs Hospital HF	52 465	13 233	64 000	68 000	-4 000
DPS Tiller	St Olavs Hospital HF	65 886	32 365	96 000	96 000	0
Sikkerhetsavd./psyk/rus/ tvungen omsorg	St Olavs Hospital HF	4 850	4 646	267 000	267 000	0
Byggetrinn 3 Levanger	Helse Nord-Trøndelag HF	90 427	58 768	122 532	122 532	0
DPS Stjørdal	Helse Nord-Trøndelag HF	9 570	4 025	79 500	79 500	0
BUP Levanger, byggetrinn 1	Helse Nord-Trøndelag HF	51 775	14 257	52 500	52 500	0
DPS Molde	Helse Nordmøre og Romsdal HF	39 383		120 000	120 000	0
Nytt kreftbygg	Helse Sunnmøre HF	235 816	181 474	264 815	264 815	0
BUP/VOP poliklinikk	Helse Sunnmøre HF	5 786	1 333	81 100	81 100	0
Ny barneavd. Ålesund sjukehus	Helse Sunnmøre HF	423	167	150 000	150 000	0
Vestmo, påkostn/nybygg rusinst.	Rusbehandling Midt-Norge HF	32 516	6 058	38 500	38 500	0
Veksthuset, påkostn/nygg rusinst.	Rusbehandling Midt-Norge HF	37 141	11 280	39 800	40 800	-1 000
Sum		3 969 038	2 071 606	13 124 747	12 916 747	208 000

DPS = Distrikopsykiatrisk senter, BUP = Barne- og ungdomspsykiatri, VOP = Voksenpsykiatri

Større byggeprosjekter er i hovedsak finansiert med øremerkede tilskudd til investeringer via kreftplan og opptrappingsplan for psykiatri og lån.

Finansiering av byggeprosjekter i regi av Helsebygg Midt-Norge er delvis finansiert av Helsedepartementet og delvis av Utdannings- og Forskningsdepartementet (UFD). UFDs andel av finansiering i fase 1 utgjør ca. 25 prosent og i fase 2 ca. 20 prosent. Dette representerer også NTNUs fremtidige eierandel i byggene ut fra de foreliggende planer ved utgangen av 2004. Inntil de enkelte bygningene er ferdigstilt blir all finansiering og kostnader ført i Helse Midt-Norge RHF's regnskap (v/Helsebygg Midt-Norge).

Aktiverte kostnader og bokførte tilskudd i Helsebygg Midt-Norge overføres til St. Olavs Hospital og NTNU sitt regnskap i henhold til avtalt eierforhold av den enkelte bygningen samtidig med overtakelse av ferdigstilte bygg og anlegg.

Note 12 Leasing-/leieavtaler – ikke balanseført (Beløp i 1000 kr)

Årlige leiekostnader knyttet til ulike leieavtaler og operasjonell leasing:

Helse Midt-Norge RHF		Avtale	Foretaksgruppen	
2003	2004		2004	2003
3299	7260	Husleieavtaler	46 045	35 298
0	0	Leie av med medisinskteknisk utstyr	4 980	2 821
132	2650	Leie av inventar, utstyr, transportmidler mv	28 220	17 294
0	0	Andre leieavtaler	5 976	4 679

Note 13 Universiteter og høyskolors rettigheter til arealer i helseforetak

Undervisning er en sentral del av helseforetakenes virksomhet. Dette gjelder særlig for St. Olavs Hospital HF, og innebærer at foretaket stiller arealer til disposisjon til Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet (NTNU) og Høgskolen i Sør-Trøndelag (HIST).

Arealer disponert av NTNU og HIST er:

Disponert av NTNU:	8 400 kvm	(herav er 830 kvm bruksrett, resten leie)
Disponert av HIST:	1 000 kvm	(leie)

Avtalene er i hovedsak inngått i perioden 1993 til 1996, og de har varighet på omkring 10-15 år med visse muligheter for forlengelse.

Note 14 Datterforetak og tilknyttede selskap (Beløp i 1000 kr)

Datterforetak (som konsolideres)	Forretnings- kontor	Eier- andel	Stemme- andel	Prinsipp for innarb. av andel	Innskutt verdi 31.12.04	Bokført egenkap. 31.12.04	Bokført verdi 31.12.04	Ned- skrivn. 2004
Helse Nord-Trøndelag HF	Levanger	100 %	100 %	Konsolidert	1 472 779	1 263 277	1 263 277	76 765
St. Olavs Hospital HF	Trondheim	100 %	100 %	Konsolidert	2 251 201	1 470 344	1 470 344	317 805
Helse Sunnmøre HF	Ålesund	100 %	100 %	Konsolidert	1 927 437	1 689 572	1 689 572	100 436
Helse Nordmøre og Romsdal HF	Molde	100 %	100 %	Konsolidert	1 091 158	824 109	824 109	93 361
Sykeh.apotekene i Midt-Norge HF	Trondheim	100 %	100 %	Konsolidert	21 912	42 462	42 462	0
Rusbehandling Midt-Norge HF	Stjørdal	100 %	100 %	Konsolidert	78 121	69 753	69 753	8 368
Tr.lag Ortopediske Verksted AS	Trondheim	100 %	100 %	Konsolidert	5 112	5 610	7 100	
Bokført verdi pr. 31.12.2004					6 847 720	5 365 127	5 366 617	596 735

Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF ble oppløst pr. 01.01.2004. Virksomheten i foretaket er overført til St. Olavs Hospital HF fra samme dato.

Rusbehandling Midt-Norge HF ble stiftet i januar 2004. Virksomheten Trøndelag Ortopediske Verksted ble kjøpt fra Sør-Trøndelag fylkeskommune av St. Olavs Hospital HF i 2004. I april 2004 ble aksjeelskapet Trøndelag Ortopediske Verksted stiftet.

Investeringer i datterforetakene er vurdert til bokført egenkapital. Datterforetakene hadde i perioden 2002-2004 store underskudd. Det er knyttet stor usikkerhet til om og når disse underskuddene vil bli dekket med tilsvarende overskudd. Investeringen til Helse Midt-Norge RHF i helseforetakene er derfor skrevet ned tilsvarende underskuddene 2004. Verdien på investeringer i datterforetak er skrevet ned med totalt 597 millioner kroner.

Tilknyttede selskaper	Forretnings- kontor	Eier- andel	Stemme- andel	An- skaffelses- kost	Bokført verdi 31.12.04	Foretakets bokførte egenkap. 31.12.04	Foretakets års- resultat 2004
Helseforetakenes Innkjøpsservice AS	Vadsø	20 %	20 %	100	100	1 199	702
Helseforetakenes nasjonale Luftambulansetjeneste ANS	Bodø	20 %	20 %	3495	3 495	25 384	7 910
Norsk Helsenett AS	Trondheim	20 %	20 %	7500	7 500	34 863	-2 623

Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS) ble stiftet 09.05.2003, og eies med 20 prosent av hver av de fem regionale helseforetakene. Hver region har overført 1 mill. kroner til selskapet i 2003 til dekning av oppstartskostnader.

Helseforetakenes nasjonale Luftambulansetjeneste ANS (Luftambulansen ANS) ble stiftet 16.01.2004. De regionale helseforetakene eier 20 prosent hver. Selskapskapital på kr 200 000,- ble innbetalt i 2003. I 2004 er det overført tingsinnskudd til en verdi på kr 3 294 866,-.

Norsk Helsenett AS ble stiftet 1 oktober 2004, og eies sammen med de andre regionale helseforetakene. Hver region eier 1000 akser a pålydende kr 1 000. Innbetalt aksjekapital på 7,5 mill. kroner er inkludert overkurs.

Investeringer i tilknyttede selskaper er bokført til kostpris, og er ikke innarbeidet i Helse Midt-Norges resultatregnskap og balanse.

Note 15 Aksjer og andeler i andre selskaper

Egenkapitalinnskudd i KLP er bokført med henholdsvis 0,997 mill. kroner og 158,262 mill. kroner som andel i selskap for morforetaket og konsernet.

Det samlede egenkapitalinnskuddet i KLP blir fordelt på kundene i forhold til de enkelte kunders andel av de totale pensjonsforpliktelsene. Egenkapitalinnskuddet blir utbetalt kun hvis konsernet flytter sin pensjonsordning fra KLP. Egenkapitalinnskuddet i KLP er bokført iht kostprinsippet. Det vil si at det normalt vil være inn- og utbetalinger som skal påvirke størrelsen på innskuddet. Forsikringsvirksomhetsloven ble endret fra 1. januar 2004 slik at fripolisere skal inngå ved flytting. Egenkapitalinnskuddet knyttet til disse fripolisene er dermed balanseført fra og med 2004. Endringen er ført mot annen egenkapital i 2004.

Foretaksgruppen Helse Midt-Norge eier 1/3 av selskapet Medtech Trondheim AS som ble stiftet 12.10.2004 med en aksjekapital på kr 102 000,-. Aksjene er fordelt med 16,67 prosent på Helse Midt-Norge RHF og 16,67 prosent på St. Olavs Hospital HF. Selskapet hadde et overskudd på kr 29 709,- i 2004 og en bokført egenkapital på kr 131 709,- pr. 31.12.2004.

Note 16 Mellomværende med selskaper i samme konsern (Beløp i 1000 kr)

Totaloversikt over mellomværende med datterforetakene	31.12.04	31.12.03
Langsiktig fordring	524 629	188 804
Kundefordringer	15 597	9 209
Andre fordringer	1 980	7 916
Langsiktig gjeld	-106 349	-124 324
Leverandørgjeld	-8 054	-6 869
Annen kortsiktig gjeld	0	-27 308
Sum	427 803	47 428

Med unntak av morforetakets kjøp av helsetjenester, jf. note 3 var internt salg og kjøp mellom helseforetakene på 426,6 mill. kroner i 2004 mot 269,8 mill. kroner i 2003.

Note 17 Bundne bankinnskudd (Beløp i 1000 kr)

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2003	2004		2004	2003
5 648	6 247	Bankinnskudd bundet til dekning av skattetrekk	242 071	221 201
0	0	Pasientmidler	5 575	5 214
		Depositum	216	240
5 648	6 247	Sum bundne midler	247 646	226 415

Helseforetakene har egne bankkonti hvor midler vedrørende fonds og gavekonti er satt av. Disse midlene er en del av foretakenes disponible likviditet, men blir behandlet som om det var bundne midler. Det finnes ikke slike konti i morforetaket.

Bevilget kassekreditt for Helse Midt-Norge pr. 31.12.2004 var 800 mill. kroner.

Note 18 Gjeld med forfall senere enn 5 år (Beløp i 1000 kr)

Foretaksgruppen	31.12.04	31.12.03	Forfall	Forfall	Forfall
			5-10 år	10-15 år	15-20 år
Langsiktig gjeld (HOD)	2 206 833	1 080 078	68 434	68 434	68 434
Langsiktig gjeld (OSF)	129 955				
Finansiell leasing	49 868	61 569	9 291	0	0

Helse Midt-Norge RHF	31.12.04	31.12.03	Forfall	Forfall	Forfall
			5-10 år	10-15 år	15-20 år
Langsiktig gjeld	2 206 833	1 080 078	68 434	68 434	68 434
Langsiktig gjeld (OSF)	129 955				
Gjeld til datterforetakene	106 349	124 324	0	0	0
Finansiell leasing	2 108	4 782	0		

Helse Midt-Norge RHF (mor) har tatt opp 2,156 mill. kroner i lån hos Helse- og omsorgsdepartementet i perioden ultimo 2002-2004. Lånene skal avdras over 20 år, og første avdrag ble betalt 30.06.04. Inkludert i total gjeld til Helsedepartementet inngår kapitaliserte renter på 57,8 mill. kroner. Renten fastsettes av Finansdepartementet på basis av statens innlånskostnader i markedet med et tillegg på 0,4 prosentenheter. Første halvår 2004 var renten 3,06 prosent og i andre halvår 2,34 prosent. Helse Midt-Norge har pr. tiden en flytende rente på 2,22 prosent for første halvår 2005.

Lånemidlene er i forbindelse med finansiering av større investeringsprosjekter er i noen grad lånt ut til datterforetakene i foretaksgruppen. Det vesentligste av lånet er forbeholdt finansiering av nye St. Olavs Hospital via Helsebygg.

Av hensyn til finansiering av store investeringsprosjekter ble deler av basisrammen i 2002 og 2003 likviditetsmessig fordelt på annen måte den inntektsmessige fordelingen mellom helseforetakene. Som følge av dette har Helse Midt-Norge RHF en fordring på Helse Sunnmøre HF og Helse Nord-Trøndelag HF, mens Helse Nordmøre og Romsdal HF og St. Olavs Hospital HF har en fordring på Helse Midt-Norge RHF. Avdragstid knyttet til dette mellomværende er ikke avtalt. Dette mellomværende er på 75,4 mill. kroner pr. 31.12.2004. I forbindelse med samordning av IT-tjenestene i regionen ble anleggsmidler innenfor området overført fra helseforetakene til HEMIT. HEMIT har som følge av denne overføringen en langsiktig gjeld på 28,8 mill. kroner til datterforetakene pr. 31.12.2004.

Helse Midt-Norge RHF inngikk i 2004 en avtale med Ordal Sanitetsforening (OSF) om kjøp av bygninger ved Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus. Kjøpesummen er satt til 132 mill. kroner. Finansiering av kjøpet er ikke avklart og kjøpet er inntil videre balanseført som kjøp på avbetaling. St. Olavs Hospital har nedbetalt vel 2 mill. kroner på dette lånet.

Note 19 Garantiansvar

I forbindelse med sykehusreformen overtok Helse Midt-Norge RHF (mor) fylkeskommunenes garantiforpliktelser innenfor spesialisthelsetjenesten. Opprinnelig beløp på de lånene Helse Midt-Norge står som garantist for er på 73,8 mill. kroner. Herav gjelder 64,3 mill. kroner Lukas Stiftelsen, restgjeld på disse lånene var pr. 31.12.04 på 31,5 mill. kroner mot 33,9 mill. kroner pr. 31.12.2003.

Note 20 Usikre forpliktelser (Beløp i 1000 kr)

Overlegepermisjoner

Overordnede leger og spesialister har avtalefestet rett til fire måneder studiepermisjon hvert femte år. Under permisjonen mottar overlegene lønn. Lønnen kostnadsføres og avsettes som langsiktig forpliktelse etter hvert som retten opparbeides. Uttakstilbøyelighet varierer både mellom foretakene, og de enkelte avdelingene hos foretakene. Ordningen er ikke aktuell for morforetaket.

	31.12.04	31.12.03
Avsatte midler til dekning av framtidige studiepermisjoner	97 857	99 547

To foretak har fått pålegg om å skifte ut lysarmaturer som inneholder PCB. Kostnadene er estimert til ca. 8 mill. kroner og er tatt inn regnskapet for 2004.

Note 21 Betingede utfall

Pasienthotellet ble overført fra Helsebygg til St. Olavs Hospital høsten 2004. Av balanseført tilgang 2004 er overtatte verdier Pasienthotellet på driftsløsøre kr 13 459, og bygg kr 166 145. Av dette vil kr 8 943 bli refundert vedrørende fradragsberettiget inngående merverdiavgift, fordelt på bygg kr 8 426 og utstyr kr 517.

Dersom Høyesterett skulle komme til et annet resultat enn Frostating Lagmannsrett i dommen vedrørende Porthuset AS, vil ytterligere et krav bli gjort gjeldende for refundert fradragsberettiget inngående merverdiavgift. Den balanseførte tilgangen vil da bli redusert med kr 21 521 fordelt på bygg med kr 20 216 og utstyr med kr 1 305.

Note 22 Årets skattekostnad (Beløp i 1000 kr)

	2004	2003
Resultatført skatt på ordinært resultat:		
Betalbar skatt	124 820	
Endring i utsatt skatt / utsatt skattefordel	137 888	
Skattekostnad ordinært resultat	262 708	
Betalbar skatt i årets skattekostnad:		
Ordinært resultat før skatt	871 991	
Endring i midlertidige forskjeller	(492 458)	
Permanente forskjeller	66 255	
Grunnlag betalbar skatt	445 788	
Betalbar skatt i årets skattekostnad	124 820	
Betalbar skatt i balansen:		
Betalbar skatt på årets resultat	124 820	
Skyldig ilignet skatt fra tidligere år		
Sum betalbar skatt i balansen	124 820	

Skatteeffekten av midlertidige forskjeller og underskudd til fremføring som har gitt opphav til utsatt skatt og utsatte skattefordeler, spesifisert på typer av midlertidige forskjeller.

	IB	2004	Endring
Driftsmidler inkl.forr.verdi	-	232 482	(232 482)
Utestående fordringer	-	87 432	(87 432)
Pensjonspremie			
/- forpliktelser	(2 461 808)	(2 289 264)	(172 544)
Grunnlag for beregning av utsatt skatt	(2 461 808)	(1 969 350)	(492 458)
Anvendt skattesats:	28 %		
Utsatt skatt/ utsatt skattefordel:	(689 306)	(551 418)	(137 888)

Note 23 Egenkapital (Beløp i 1000 kr)

Helse Midt-Norge RHF	Innskutt egenkapital			Opptjent egenkapital	Sum
	Foretaks-kapital	Strukturfond	Annen innskutt egenkapital	Annen egenkapital	
Bokført egenkapital 31.12.2003	100		6 761 403	-785 053	5 976 450
Virksomhetsoverføring/tingsinnskudd			138 375		138 375
Feil i tidligere års regnskap			-149 051	8 502	-140 549
Årets resultat				-622 187	-622 187
Egenkapitaltransaksjoner				78	78
Egenkapital 31.12.2004	100	0	6 750 727	-1 398 660	5 352 167

Foretaksgruppen	Innskutt egenkapital			Opptjent egenkapital	Sum
	Foretaks-kapital	Strukturfond	Annen innskutt egenkapital	Annen egenkapital	
Bokført egenkapital 31.12.2003	100	505 745	6 166 803	-646 283	6 026 365
Virksomhetsoverføring/tingsinnskudd			138 375		138 375
Feil i tidligere års regnskap			-149 051	8 502	-140 549
Årets resultat		-38 678		-609 917	-648 595
Egenkapitaltransaksjoner			2 146	12 184	14 330
Egenkapital 31.12.2004	100	467 067	6 158 273	-1 235 514	5 389 926

I forbindelse med statens overføring av ansvaret for rusbehandling til de regionale helseforetakene ble det overført anleggsmidler, forpliktelse mv til en nettoverdi på 78,021 mill. kroner som tingsinnskudd pr. 1.1.2004.

Helse Midt-Norge RHF inngikk en kjøpsavtale med Orkdal Sanitetsforening (OSF) om kjøp av sykehuset i Orkdal i 2004, jf. note 10. Deler av bygningsmassen overtas uten vederlag. Dette har sammenheng med Sør-Trøndelag fylkeskommunes (STFK) tidligere finansiering av investeringer ved sykehuset, og opprinnelig avtale mellom OSF og STFK i den forbindelse. Dette var en rettighet som Helse Midt-Norge overtok i forbindelse med sykehusreformen, og overtakelsen er bokført som realisering av tingsinnskudd. Tingsinnskuddet er verdsatt til 57,059 mill. kroner pr. 01.01.2004.

Ansvar for luftambulansen ble overført til de regionale helseforetakene fra 01.01.2004. Anleggsmidler verdsatt til 3,295 mill. kroner ble overført til Helse Midt-Norge RHF i den forbindelse. Anleggsmidlene er i sin helhet videreført som tingsinnskudd i Luftambulansen ANS, jf. note 14.

Endring i verdien på egenkapitalinnskuddet KLP er ført mot annen egenkapital, jf. note 15.

Feil i tidligere års regnskap har sammenheng mellom feilklassifisering mellom egenkapital og andre avsetninger og forpliktelser i St. Olavs Hospital sitt regnskap i 2003.

Note 24 Korrigert resultat (Beløp i 1000 kr)

Årsresultatet skal korrigeres for avskrivninger som skyldes høyere verdi på overtatte anleggsmidler og kortere avskrivningstider på anleggsmidler enn forutsatt av eier.

	Helse Midt-Norge RHF	Foretaksgruppen
Resultat iht årsregnskapet	-622 187	-648 595
Disponert fra strukturfondet		38 678
Avskrivninger som skyldes kortere levetid enn forutsatt av eier	5 431	111 684
Korrigert resultat iht eiers målkrav	-616 756	-498 233

Note 25 Kontantstrømpoppstilling 2004 (Beløp i 1000 kr)

	Helse Midt-Norge RHF	Foretaksgruppen
Driftskostnader som ikke har kontantstrømvirkning		
Overtagelse Trondsløtten Habiliteringssenter vederlagsfritt, herunder overtatt pensjonsforpliktelse		-4 034
Korreksjon varelager OSS		1 709
Korreksjon prosjekt ført mot EK		1 148
Korreksjon manglende inntektsføring av tilskudd bygninger overtatt fra Helsebygg 2002 og 2003		7 354
Drift	0	6 177
Investeringer som ikke har kontantstrømvirkning		
Korreksjon fra egenkapital til tilskudd vedr. bygninger overtatt fra Helsebygg 2002 og 2003		-150 760
Korreksjon egenkapital vedr egenkapitalinnskudd KLP/fripolisier	-78	-12 184
Investeringer	-78	-162 944

Note 26 Eierinformasjon

Helse Midt-Norge RHF er 100 prosent eiet av Staten v/Helsedepartementet.



KPMG AS

Fjordgata 68
N-7010 Trondheim

Telephone +47 73 80 21 00
Fax +47 73 80 21 20
www.kpmg.no
Enterprise NO 935 174 627 MVA

Til foretaksmøtet i Helse Midt-Norge RHF

REVISJONSBERETNING FOR 2004

Ledelsens ansvar og revisors oppgave

Vi har revidert årsregnskapet for Helse Midt-Norge RHF for regnskapsåret 2004, som viser et underskudd på kr 622 187 000 for morforetaket og et underskudd på kr 648 595 000 for foretaksgruppen. Vi har også revidert opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til dekning av underskuddet. Årsregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømoppstilling, noteopplysninger og konsernregnskap. Årsregnskapet og årsberetningen er avgitt av foretakets styre og administrerende direktør. Vår oppgave er å uttale oss om årsregnskapet og øvrige forhold i henhold til revisorlovens krav.

Grunnlag for vår uttalelse

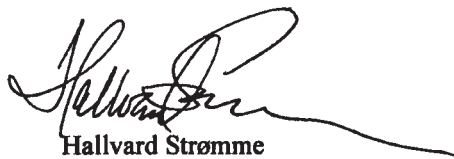
Vi har utført revisjonen i samsvar med revisorloven og god revisjonsskikk i Norge. God revisjonsskikk krever at vi planlegger og utfører revisjonen for å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon. Revisjon omfatter kontroll av utvalgte deler av materialet som underbygger informasjonen i årsregnskapet, vurdering av de benyttede regnskapsprinsipper og vesentlige regnskapsestimer, samt vurdering av innholdet i og presentasjonen av årsregnskapet. I den grad det følger av god revisjonsskikk, omfatter revisjon også en gjennomgåelse av foretakets formuesforvaltning og regnskaps- og intern kontrollsystemer. Vi mener at vår revisjon gir et forsvarlig grunnlag for vår uttalelse.

Uttalelse

Vi mener at

- årsregnskapet er avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir et uttrykk for foretakets og foretaksgruppens økonomiske stilling 31. desember 2004 og for resultatet og kontantstrømmene i regnskapsåret i overensstemmelse med god regnskapskikk i Norge
- ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god regnskapskikk
- opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og dekning av underskuddet er konsistente med årsregnskapet og er i samsvar med lov og forskrifter.

Trondheim, 17. juni 2005
KPMG AS



Hallvard Strømme
Statsautorisert revisor

Helse Midt-Norge RHF
Strandvn. 1
Postboks 464
7501 STJØRDAL
Telefon 74 83 99 00
Telefaks 74 83 99 01
postmottak@helse-midt.no
www.helse-midt.no
Adm.direktør Paul Hellandsvik
Styreleder Per Sævik

Helse Midt-Norge IT (HEMIT)
Postboks 2833, Elgeseter
7432 TRONDHEIM
Besøksadresse: Elgesetergt. 10
driftssenter@hemit.no
www.hemit.no
Direktør Bård Helge Hofstad, Styreleder Sveinung Aune

Helsebygg Midt-Norge
Postmottak
7488 TRONDHEIM
Besøksadresse: Prof. Brochssgt. 6
prosjekt@helsebygg-midt.no
www.helsebygg.no
Adm. direktør Johan Arnt Vatnan, Styreleder Olaf Melbø

St. Olavs Hospital HF
Olav Kyrres gate 17,
7006 TRONDHEIM
postmottak.dir@stolav.no
www.stolav.no
Adm.direktør Roar Arntzen, Styreleder Arent M. Henriksen

Rusbehandling Midt-Norge HF
Strandv. 1
7500 STJØRDAL
elise.solheim@helse-midt.no
www.helse-midt.no/rus/
Adm. direktør Dag Hårstad
Styreleder Greta Herje

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF
Olav Kyrresgt. 3
MTFS Vest
7489 TRONDHEIM
sykehusapoteket.trondheim@apotek.no
www.sykehusapoteket.no (Trondheim)
Adm.direktør Gunn Fredriksen
Styreleder Torild Bjørlykke

Helse Nord-Trøndelag HF
Kirkegt. 2,
7600 LEVANGER
postmottak@hnt.no
www.hnt.no
Adm.direktør Arne Flaatt
Styreleder Kolbjørn Almlid

Helse Sunnmøre HF
Åse
6026 ÅLESUND
postmottak@helse-sunnmore.no
www.helse-sunnmore.no
Adm. direktør Astrid J Eidsvik
Styreleder Jacob Kjøde jr.

Helse Nordmøre og Romsdal HF
Byfogd Motzfeldts gate 6
6407 MOLDE
postmottak@helsenr.no
www.helsenr.no
Adm.direktør Eirik Heggemsnes
Styreleder Tore Skåltveit

STYRETS ÅRSBERETNING 2004

Helse Midt-Norge skal i samvirke med helse-
tjenesten forøvrig bidra til å forbedre
befolkningens helse og dermed livskvalitet.
Helsetjenestens generelle ambisjon er å gi
befolkningen en bedre evne til å:

- Beholde god helse lengst mulig i livet
 - Bli frisk når sykdom rammer
 - Leve et best mulig liv med kroniske sykdommer eller funksjonshemninger
- Møte livets slutt på en trygg og verdig måte

Innledning

Våre hovedoppgaver er pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, forskning og utdanning av helsepersonell.

Etter vår strategiprosess i 2004 er Helse Midt-Norges visjon «På lag med deg for din helse» og våre kjerneverdier er trygghet, respekt og kvalitet. Våre fire sentrale målområder er:

- Pasientbehandling og opplæring
- Forskning
- Organisasjon og ledelse
- Økonomi

Helse Midt-Norge RHF ble etablert 17. august 2001 i forbindelse med at Staten overtok ansvaret for alle offentlige norske sykehus 01.01.2002 og etablerte fem regionale helseforetak. Helse Midt-Norge RHF er et av disse og omfatter spesialisthelsetjenesten i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. I tillegg ble sykehusapotekene i regionen overtatt og organisert i et eget helseforetak.

Hovedkontoret til Helse Midt-Norge ligger på Stjørdal. I 2004 besto Helse Midt-Norge av:

- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Nord-Trøndelag HF
- St. Olavs Hospital HF
- Helse Nordmøre og Romsdal HF
- Helse Sunnmøre HF
- Sykehusapotekene i Midt-Norge HF
- Rusbehandling Midt-Norge HF
- Trøndelag Ortopediske Veksted AS

I tillegg til hovedkontoret i foretaksgruppen består Helse Midt-Norge RHF av enhetene Helsebygg og HEMIT. Helsebygg Midt-Norge er en prosjektorganisasjon som har i oppgave å forestå prosjektering og bygging mv. av det nye universitetssykehuset i Trondheim. HEMIT (Helse Midt-Norge IT) ble etablert i 2003 og er foretaksgruppens felles IT-enhet.



Prioriterte mål for Helse Midt-Norge i 2004

Hovedmålene for Helse Midt-Norge RHF i 2004 var:

- Ventetiden for de som har ventet over 120 dager skal reduseres med minimum 30 prosent, og ingen skal vente mer enn ett år.
- Ventelistene skal reduseres med 10 prosent, fra 33 000 til 30 000.
- Problemet med korridorpasienter skal være løst
- God økonomistyring skal være innført i alle helseforetak

Viktige satsningsområder ut over dette har vært kvalitet, effektivitet, pasientopplæring, samhandling med primærhelse-tjenesten, ledelse, psykisk helsevern, rus, rehabilitering, opp-trening, forskning og prioritering av og mellom pasientgrupper.

Ventelister/ventetid

I løpet av 2004 ble den gjennomsnittlige ventetiden for ventende ved Helse Midt-Norges helseforetak redusert med 23 prosent, fra 109 til 84 dager. Antall ventende ble redusert – fra 33 192 til 32 985, tilsvarende 0,6 prosent. Målene for forbedringer av ventelistesituasjoner i 2004 ble ikke nådd. For somatikken var resultatkravet til helseforetakene å halvere antall med ventetid over 120 dager. Resultatet ble 19 prosent reduksjon. For psykisk helsevern er målet at ingen skal vente over tre md. I 2004 ble antallet med mer enn tre md. ventetid redusert med ni prosent fra 527 til 478.

Styret er fornøyd med reduksjon i gjennomsnittlig ventetid i 2004, og reduksjonen har fortsatt i 2005. Det er fortsatt behov for målrettet arbeid og økt innsats for å redusere ventetidene, spesielt for de som har ventet lenge og innenfor områdene rus og psykiatri.

Korridorpasienter

Målet for Helse Midt-Norge er at korridorpasienter som systematisk fenomen ikke skal forekomme. I Helse Sunnmøre, Helse Nordmøre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag varierte andelen korridorpasienter fra 1,5 til 2,2 prosent i 2004, som er klart høyere enn ønskelig. St. Olavs Hospital

har fortsatt sitt arbeid for å unngå korridorpasienter både gjennom interne tiltak og tiltak sammen med Trondheim kommune. Likevel er en langt fra målet; gjennom 2004 har andelen korridorpasienter ligget over fire prosent.

Styret er ikke tilfreds med utviklingen når det gjelder korridorpasienter. For 2005 er målet for samtlige foretak at andelen skal ligge under én prosent.

Økonomistyring

Ved innføring av helsereformen i 2002 ble spesialisthelse-tjenesten underlagt regnskapsloven. Åpningsbalansen pr. 01.01.2002 er endelig fastsatt først våren 2004, se beskrivelse i eget avsnitt under redegjørelse for økonomiske resultater. Imidlertid har det også i 2004 og hittil i 2005 vært uavklarte forhold vedrørende størrelsen på ordinære avskrivninger, og dette har medført usikkerheter knyttet til det reelle økonomiske resultatet. Bortsett fra dette forhold er regnskapsloven godt innarbeidet i foretaksgruppen.

Det er lagt stor vekt på korrekt løpende regnskapsrapportering i de enkelte foretakene i Helse Midt-Norge. Det har i 2004 vært arbeidet med ytterligere samordning av regnskaps-prinsipper i regionen og nasjonalt, og i løpet av 2005 påregnes ytterligere kvalitetsøkning i den løpende rapportering.

Fra Stortingets side er det krav om at foretaksgruppen skal drives i økonomisk balanse i 2006. Med utgangspunkt i foretaksgruppens underskudd i 2004, ligger det store utfordringer i dette kravet. Selv om de enkelte foretak driver løpende effektivisering, har Helse Midt-Norges budsjett for 2005 et betydelig underskudd. Det er nødvendig med ytterligere reduksjon i det enkelte foretaks kostnadsnivå, og det er påkrevet med stram økonomisk styring og kontroll.

Vi har i dag ikke gode nok interne styringssystemer i de enkelte helseforetak for måling og oppfølging av aktivitet og økonomi. Gjennom prosjektet «gjennomgående styrings-system» vil nye ensartede systemer bli innført i 2005, og det forventes forbedringer i kvaliteten på oppfølging allerede innværende år.

Styrets vurdering er at økonomistyringen er vanskelig, og at usikkerhetene rundt åpningsbalanse og avskrivninger har økt disse. Forsatt er det nødvendig med systemmessige forbedringer i økonomistyringen. Eiers krav om økonomisk balanse fra og med 2006 er utfordrende, og krever langsiktighet og forutsigbarhet for å kunne innfris over tid.

Ledelsesreform

I tillegg til å være en eierreform er helsereformen i stor grad en ledelsesreform. I erkjennelsen av dette igangsatte Helse Midt-Norge i 2002 et omfattende program for lederutvikling i regionen som har vært videreført siden. I 2004 gjennomførte 90 ledere dette programmet. Siden oppstart har omlag 250 ledere deltatt. I tillegg har det vært gjennomført flere lederutviklingstiltak for mellomledere (3. nivå) ved alle helseforetakene i regionen. I tillegg til generell lederutvikling har det vært kurs i medarbeidersamtaler og samlinger for fagledere innenfor sju medisinske områder. Vårt mål er å etablere felles ledelseskultur i regionen.

Gjennom videreutvikling av gjennomgående styrings-systemer forventes å oppnå økt fokus på den enkelte leders ansvar og resultater. Dette vil bli fulgt opp gjennom blant annet løpende oppfølging av resultater og arbeidsmiljøundersøkelser. Resultatet av disse vil vise om vi har lykket.

Åpenhet og medvirkning

Vel tre år etter at reformen ble gjennomført har Helse Midt-Norge etablert dialogen med sentrale målgrupper. Åpenhet skal være en rettesnor for prosesser som gjennomføres, og det skal legges vekt på involvering og medvirkning.

Brukerutvalgene gjør en svært viktig og aktiv jobb, både lokalt og regionalt. Dette bekreftes i den første store evalueringen av helsereformen som ble offentliggjort våren 2005. I rapporten framheves Helse Midt-Norge som den regionen som har lyktes best med å forankre brukermedvirkning og gi brukerne innflytelse.

Når det gjelder kommunikasjon med lokale og regionale myndigheter gjennomføres det jevnlig møter. Dialogen ble i 2004 ytterligere styrket, blant annet med egne dialogmøter med fleste kommunene i regionen. Denne dialogen betraktes som vesentlig for å lykkes med gjennomføring av nødvendige endringer.

Folk flest har stor tillit til helseforetakene i Midt-Norge. Dette framgår av den første omdømmemålingen for Helse Midt-Norge. Undersøkelsen som er gjennomført i begynnelsen av 2005 bygger på intervjuer av 1 200 personer bosatt i Midt-Norge. Undersøkelsen viser blant annet at:

- 85 prosent har tillit til at de vil få den behandlingen de trenger ved sykehusene i regionen
- 60 prosent mener det er behov for omorganiseringer, og enda flere ser behovet for sentralisering av enkelte tilbud for å få bedre totaltilbud
- muligheten for å få innsyn i virksomhetene rangeres som lav
- to av ti mener tilbudet innen psykisk helsevern har blitt dårligere, og kun 34 prosent tiltro til at tilbudet innen psykisk helsevern vil bli bedre
- ni av ti har hørt om ordningen med fritt sykehusvalg, og de fleste av disse kan tenke seg å benytte ordningen ved behov.

I 2004 ble kanalene for aktiv og målrettet kommunikasjon med definerte målgrupper videreutviklet og ytterligere styrket. Når det gjelder mediekontakt er målet at vi selv skal være aktive og tilgjengelige, også i saker som kan sette Helse Midt-Norge i et negativt lys. Det er for øvrig opprettet faste møtepunkter med tilsynsmyndighetene, pasientombudene, primærhelsetjenesten og utdanningsinstitusjonene.

Satsingsområder i 2004 og 2005

I løpet av 2004 har Helse Midt-Norge, RHF vedtatt strategier, planer og handlingsprogrammer innenfor følgende områder:

- Felles overordnet strategi med visjon verdier og mål for foretaksgruppen Helse Midt-Norge
- Kvalitetsstrategi i Helse Midt-Norge
- Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene
- Revisjon av IT-strategi for Helse Midt-Norge 2005 - 2007
- Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge RHF 2004 -2007. Alle Helseforetak har utarbeidet egne FOU-strategier
- Samhandling og desentralisering – Oppfølging av nasjonal RHF-rapport
- Handlingsprogram for pasient- og pårørendeopplæring
- Handlingsprogram for habilitering, rehabilitering og fysikalsk medisin.
- Regionalt handlingsprogram for mennesker som lider av sykkelig overvekt. Programmet innbefatter både kirurgisk og ikke-kirurgisk behandlingstilbud

- Rapporten «Med laboratoriemedisin inn i fremtiden» legges til grunn for det videre arbeidet med å utvikle de laboratoriemedisinske tjenestetilbudene innenfor Helse Midt-Norge RHF
- Regional beredskapsplan
- Det er besluttet å øke satsingen innen geriatri, blant annet gjennom prosjektet «Den eldre pasient» og i samarbeid med NTNU etablere større kapasitet til spesialistutdanning inne feltet.

Tilbudet til pasientene er forbedret bl.a. gjennom at:

- Helse Midt-Norge høsten 2003 innførte individuelle behandlingsfrister for å styrke pasienters rettigheter og som et virkemiddel til å prioritere de som trenger behandlingen først.
- Basert på en rapport om kreftkirurgi som ble lagt fram sommeren 2004 har Helse Midt-Norge samlet behandlingen til færre sykehus i regionen.
- Behandling av akutt hjerteinfarkt er forbedret ved at PI tas i bruk sammen med prehospital trombolysing og EKG.
- Rustilbudet har blitt betydelig styrket i 2004. Det er åpnet to nye familietiltak, etablert egen enhet for tvang, og sengetilbudet for avrusing/avgiftning er tredoblet. Til sammen er behandlingsskapasiteten økt med 25 prosent. Rusbehandling Midt-Norge kan dokumentere svært gode resultater for pasienter med legemiddelassisteret rehabilitering. Oppfølging viser at fire av fem er blitt rusfrie. Midt-Norge kommer også godt ut når det gjelder å sikre mulighet for jobb, bolig og utdanning til pasientene.
- Innenfor psykisk helsevern gjennomføres investeringene i tråd med opptrappingsplanen. Å få full effekt av disse investeringene forutsetter tilstrekkelig tilgang på personell. Enkelte har slitt med dette i starten og de fulle effekter kan derfor forventes å komme over tid.

I løpet av året er det gjennomført organisatoriske tiltak og tiltak av utviklingskarakter som er forutsatt skal gi effekter på fremtidig effektivitet og kvalitet:

- Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF ble oppløst og virksomheten overført til St. Olavs Hospital fra og med 01.01.2004. Driften fortsetter i bygningene i Orkdal.
- Utbyggingen av St. Olavs Hospital fase 1 går videre og er i henhold til plan både når det gjelder fremdrift og økonomi. Planleggingen av fase 2 er godt i gang, og vedtak om tidspunkt for igangsettelse blir tatt tidlig høst inneværende år.
- Utbyggingen av Distriktspsykiatriske sentra i regionen fortsetter, og det henvises til omtale under avsnittet om investeringer.

- Fra 01.01.2004 ble ansvaret for rusbehandling overført til de regionale helseforetakene, og hos oss er dette organisert i eget foretak, Rusbehandling Midt-Norge HF.
- Helse Midt-Norge RHF har sammen med de andre regionene etablert selskapet Norsk Helsennett AS. Helse Midt-Norges eierandel er 20 prosent.
- Etter at ansvaret for luftambulansetjenesten ble overtatt av regionene, stiftet de regionale helseforetakene selskapet Luftambulansen ANS, med 20 prosent eierandel for Helse Midt-Norge.
- Det økonomiske ansvaret for syketransport er gradvis overdratt fra Rikstrygdeverket til helseregionene fra og med 2004. Fra og med 2006 vil regionene ha overtatt det fulle ansvaret, både økonomisk og administrativt.
- Midtnorsk Helseakademi ble etablert for gjennom felles kompetansehevingstilbud å kunne bidra til at de regionale mål nås.
- Samordning og effektivisering innenfor ikke-medisinske støttfunksjoner ble i 2004 utvidet fra felles IT-drift (HEMIT) til lønns- og regnskapsfunksjoner, samt ved å starte et program for forbedring av innkjøps- og logistikkfunksjonen.
- Samhandling med kommunene ble forbedret ved at alle helseforetak nå har egne samarbeidsavtaler med kommunene, og ved at praksiskonsulentfunksjon er etablert ved tre helseforetak. Dette gir grunnlag for forbedret samhandling med primærhelsetjenesten.
- Prosjektet «Helse Midt-Norge 2010» ble startet i 2005. Prosjektet skal i løpet av året levere et beslutningsgrunnlag som skal gi styret mulighet til å foreta de strategiske valg som er nødvendig for at Helse Midt-Norge RHF også i 2010 kan oppfylle sin plikt om at innbyggerne får tilgang til spesialiserte helsetjenester i det omfang og med den kvalitet som blir forventet.
- Det siste året er det arbeidet mye med å få å plass nye avtaler med private sykehus. Disse er ennå ikke helt på plass, men det forventes at det i løpet av sommeren 2005 vil være inngått avtaler på alle de områder vi har besluttet å legge til private sykehus. Dette omfatter i alt 4550 DRG-poeng. Enhetsprisene i de nye avtalene er lavere enn de vi hittil har hatt, og vil innebære besparelser for foretaksgruppen.

Styrets vurdering er at disse tiltakene, sammen med tidligere iverksatte tiltak, har bidratt i det langsiktige arbeidet for å levere gode og effektive spesialisthelsetjenester til befolkningen i Midt-Norge.

Årsregnskapet

Åpningsbalansen

Inngangsverdien på anleggsmidlene ble endelig fastsatt ved godkjenning av årsregnskapet for 2003 etter at det for 2002 ble avlagt et årsregnskap basert på foreløpige verdier. Eier har fastsatt et nivå på finansieringen av kapitalkostnadene med utgangspunkt i at 2/3 av gjenanskaffelsesverdien av anleggsmidlene, som inngikk i åpningsbalansen til de fem regionene, skal kunne gjenanskaffes. Inntil eieres målsetting om reduksjon av Helse Midt-Norges anleggsmidler er nådd vil årlige avskrivningskostnader overstige tilhørende finansiering. Eier har av den grunn besluttet at regionens resultatkrav skal være årsresultatet korrigert for meravskrivninger knyttet til denne verdiforskjellen. I tillegg har foretakene og eier lagt ulike forutsetninger til grunn for anleggsmidlenes levetider. Det skal også korrigeres for dette. Nærmere beskrivelse av denne korrigeringen framgår av årsregnskapet med tilhørende noter.

Årsresultat

Årsresultatet for foretaksgruppen Helse Midt-Norge viser et underskudd på 648,6 mill. kroner mens underskuddet i morforetaket var 25,4 mill. kroner før nedskrivning av investering i datterforetak. Korrigert for meravskrivninger i henhold til eiers målkrav er årets resultat for foretaksgruppen på 498,2 mill. kroner.

Totale driftsinntekter i foretaksgruppen var 9 474 mill. kroner. Inntektsførte ISF-inntekter baserer seg på innrapportert aktivitetsdata fra helseforetakene og de private sykehusene som har behandlet pasienter fra Helse Midt-Norge. Innrapporterte data blir vurdert av et nasjonalt avregningsutvalg som sammen med eier fastsetter den endelige ISF-inntekten for det enkelte regnskapsår. Foreløpig avregning for 2004 viser at foretaksgruppen vil få 23 kroner mer enn det som er inntektsført.

Inntektsført basisramme i 2004 er 1 614 mill. kroner høyere enn i 2003. Helse Midt-Norges overtakelse av ansvaret for blant annet sykefransport og rusbehandling i 2004 førte til økt overføring fra eier via basisrammen. Endring i polikliniske takstene medførte en økning i basisstilskuddet med 115 mill. kroner i forhold til 2003. I tillegg er omlegging av reglene for arbeidsgiveravgift delvis kompensert ved styrking av basisrammen. Dette utgjør 53 mill. kroner. Fra 2002 til 2003 ble

ISF-refusjon endret fra 55 prosent til 60 prosent. I 2004 ble denne refusjonen endret til 40 prosent, og er hovedårsaken til den store nedgangen i denne inntekten. Finansiering via basisrammen er økt med om lag samme beløp som reduksjon i ISF-inntekten.

Aktivitet og kodeforbedring er årsaken til den øvrige økningen i ISF-inntektene. Denne økningen skyldes delvis høyere aktivitet i foretaksgruppen, men en vesentlig del av økningen har sammenheng med økte tjenester kjøpt av private sykehus. Polikliniske inntekter er redusert fra 826 mill. kroner i 2003 til 793 mill. kroner i 2004. Til tross for reduksjon i polikliniske takster tilsvarende 115 mill. kroner, har polikliniske inntekter blitt redusert med bare 33 mill. kroner fra 2003. Dette skyldes økning i polikliniske konsultasjoner både innenfor somatisk og psykiatri. Selv om det innenfor de økonomiske rammene ikke er rom for en generell økning i aktiviteten, er det en ønsket utvikling at den polikliniske aktiviteten og dagbehandling skal øke mens omfanget på inneliggende pasienter bør reduseres.

Morforetakets varekostnader gjelder i sin helhet kjøp av helsetjenester fra egne datterforetak, andre regioner og private aktører. I andre driftskostnader på 308,3 mill. kroner inngår blant annet kostnader knyttet til diverse tilskudd vedrørende FoU, utdanning, brukerorganisasjoner mv. i tillegg til morforetakets administrasjonskostnader. Av de totale lønnskostnadene på 87,6 mill. kroner gjelder 27 mill. kroner administrasjonen i morforetaket.

Sammenlignet med 2003 har varekostnadene økt med totalt 309 mill. kroner. Forbruket av medisinsk forbruksmateriell har hatt betydelig økning i 2004, og dette skyldes hovedsakelig økning i enhetspriser på enkelte medikamenter. Kjøp av helsetjenester fra andre regioner og ikke minst fra private har økt vesentlig. Dette har blant annet sammenheng med kjøp av avtalte tjenester for å få ned ventelistene innenfor spesifikke områder, herunder røntgen og ortopedi. Videre omfattes private sykehus som har avtale med helseregionen av fritt sykehusvalg. Dette har ført til en økning i direkte henvisninger av allmennlegene. For å oppnå bedre oppfølging av kvalitet og omfang med aktiviteten hos private aktører ble det i 2004 gjennomført anbudskonkurranse vedrørende kjøp fra private sykehus. Rammeavtalene med de private aktørene har først i 2005 kommet på plass.

Totale lønnskostnader har økt fra 5 707 mill. kroner til 6 064 mill. kroner, en økning på 357 mill. kroner. Økningen skyldes i hovedsak en økning i antall ansatte. Den største økningen har sammenheng med overtakelse av en del nye ansvarsområder som rusbehandling og opptrapping av aktiviteten innen psykisk helsevern. Fra og med 2004 ble det slutt på differensiert arbeidsgiveravgift i Norge. For Helse Midt-Norge har dette betydd en kostnadsøkning på ca. 55 mill. kroner.

Sum driftskostnader før avskrivninger er 9 553 mill. kroner, en økning på 897 mill. kroner fra 2003. Driftsinntektene har økt fra 8 592 mill. kroner til 9 473 mill. kroner, en økning på 881 mill. kroner.

Investeringer

I 2004 er det påløpt 2,1 mrd. kroner i forbindelse med pågående og avsluttede byggeprosjekter. Det største av disse er fase 1 i utbyggingen av nytt universitetssykehus i Trondheim. Dette prosjektet omfattet bygging av Nevrosenteret, Laboratoriesenteret og Kvinne-barnsenteret inngår i byggefase 1 sammen med pasienthotellet. Pasienthotellet ble tatt i bruk i september i 2004. De andre byggene tas i bruk i løpet av 2005 og 2006.

Bygging av nytt universitetssykehus er delt i en sykehusdel og en universitetsdel. Sykehusdelen utgjør ca. 75 prosent av de totale utbyggingskostnadene, skal overtas av St. Olavs Hospital HF i takt med fullføring av de enkelte deler av utbyggingen. Den resterende delen av prosjektet skal overtas av NTNU ved slutføring.

Planleggingsarbeidet med byggefase 2 er i hovedsak avsluttet. I Stortingets budsjettbehandling for 2004 ble det fattet vedtak om en reduksjon av kostnadene med ti prosent i sykehusdelen i byggefase 2, og i ettertid har det pågått en prosess for å oppfylle dette krav. Arbeidet har vist at en kostnadsreduksjon på ti prosent vanskelig kan oppnås uten en reduksjon i arealet. I de opprinnelige planene for det nye universitetssykehuset er det lagt opp til at det skal bygges et psykiatrisenter. Psykiatrisenteret er foreløpig ikke finansiert og videre fremdrift og utvikling av prosjektet forventes avklart i forbindelse med statsbudsjett 2006.

Gjennom revidert statsbudsjett vedtatt våren 2005 er Statens kontanttilskudd til finansiering av fase 1 i utbyggingen klarlagt. Dette sammen med tidligere vedtak om finansiering av fase 2, gjør Helse Midt-Norge i stand til å vurdere finansiering og økonomisk bæreevne knyttet til utbyggingen i Trondheim. Dette er nødvendig før utbyggingens fase 2 igangsettes.

Fleire byggeprosjekter innen psykisk helsevern ble avsluttet i løpet av 2004. Nytt distriktpsykiatrisk senter (DPS) i Orkdal ble tatt i bruk høsten 2004. Ny DPS Tiller ble utbygd i 2004, men er ikke ferdigstilt før i 2005. Barne- og ungdomspsykiatrien i Nord-Trøndelag avsluttet utbyggingen av en moderne klinikkenhet i 2004. I 2004 er det igangsatt utbygging av DPS-er i Molde, Kristiansund og Stjørdal.

Nytt kreftbygg i Helse Sunnmøre ble åpnet i mars 2004. Dette bygget gir plass til to strålemaskiner, poliklinikk, sengepost for kreftpasienter og pasienthotell. Byggeprosjektet hadde en kostnadsramme på 264 mill. kroner. I tillegg er det gjort store investeringer i utstyr ved den nye avdelingen.

Byggingen ved St. Olavs Hospital og den store satsingen på distriktpsykiatriske sentra som en del av opptrappingsplan psykiatri, medfører at investeringsnivået i regionen er høyt. Hensyntatt den pressede finansielle situasjon foretaksgruppen er i, medfører ovennevnte satsingsområder begrenset handlefrihet når det gjelder øvrige nødvendige investeringer i regionen. Styret er på denne bakgrunn bekymret for den fremtidige evne til vedlikehold, reinvesteringer og videreutvikling av bygninger og utstyr.

Likviditet

Ved slutten av 2004 hadde foretaksgruppen totalt en positiv likviditet på 239 mill. kroner. Redusert for bundne midler på 248 mill. kroner, samt ubenyttede lånemidler på 238 mill. kroner, hadde Helse Midt-Norge en forholdsvis svak likviditetsmessig situasjon ved slutten av 2004. Flere av datterforetakene hadde en negativ saldo på driftskonto ved årsskiftet, og likviditeten i 2005 er fortsatt anstrengt. Det viktigste tiltaket for å bedre likviditeten vil være å oppnå balanse i driften, men inntil dette skjer er det nødvendig å dekke det kortsiktige likviditetsbehov gjennom ytterligere driftskreditt.

Kontantstrømmen fra driften er negativ og bidrar dermed ikke til å finansiere investeringsaktivitetene. Det er tatt opp betydelige lån i 2004, og den samlede investerings- og driftssituasjon medfører øket behov for lån og kassekreditt i 2005. Den langsiktige finansiering av utbyggingen ved St. Olavs Hospital blir klarlagt i 2005 og denne vil være viktig for foretaksgruppens finansielle situasjon de kommende år.

Fortsatt drift

I henhold til regnskapslovens § 3-3, bekrefter vi at regnskapet er utarbeidet i samsvar med forutsetningen om fortsatt drift. Til grunn for antagelsen ligger forventninger om en fremtidig finansiering som er dekkende i forhold til de løpende driftskostnader som er nødvendig for å opprettholde det aktivitetsnivå som fra eiers side kreves av foretaket.

Til grunn for antagelsen om fortsatt drift ligger også den lovregulering av helseforetak som slår fast at helseforetak ikke kan gå konkurs.

Arbeidsmiljø og personale

Gjennomsnittlig antall ansatte i Helse Midt-Norge RHF var 258 ansatte i 2004 mot 176 i 2003. Ved utgangen av 2004 var det 264 ansatte, hvorav 34 var ansatt i konsernledelsen, 104 i prosjektorganisasjonen Helsebygg Midt-Norge og 126 i HEMIT. Gjennomsnittlig antall ansatte i foretaksgruppen var 15 722 i 2004 mot 15 624 i 2003.

Sykefraværet i Helse Midt-Norge RHF var på totalt 226 dagsverk i 2004 mot 1 467 dagsverk i 2003, noe som gir et sykefravær på 3,7 prosent. Tilsvarende tall for foretaksgruppen er på 235 200 dagsverk (7,6 prosent) mot 237 094 i 2003.

Sykefraværet i datterforetakene varierer fra 4,4 prosent til 10 prosent, mens tilsvarende variasjon i 2003 var fra 7,0 prosent til 9,8 prosent. Sykefraværet er høyere for pleiegruppen enn for andre ansatte, og det vil derfor være større sykefravær blant kvinner. Det arbeides med ulike tiltak i foretaksgruppen for å redusere sykefraværet.

I 2003 og 2004 ble det gjennomført arbeidsmiljøundersøkelser i hele foretaksgruppen. Undersøkelsene var IT-basert og gjennomsnittlig svarprosent i foretaksgruppen var på 63 prosent i 2004. En større andel av de ansatte var tilfreds med det fysiske arbeidsmiljøet i 2003 enn i 2004. Det er iverksatt lokale tiltak der det fysiske arbeidsmiljøet anses som dårlig. Det er påvist en del helseplager (spesielt hode/nakke/armert/tretthet) blant ansatte som har sammenheng med det fysiske arbeidsmiljøet. Undersøkelsen viser at det i liten er grad sammenheng mellom helseplager og høyt sykefravær.

Helse Midt-Norge har stor oppmerksomhet rettet mot HMS (helse, miljø, sikkerhet). Alle foretakene er IA-bedrifter (inkluderende arbeidsliv), og alle ledere med personalansvar skal føre et målrettet arbeid mot å redusere sykefraværet gjennom å tilby individuelt tilrettelagt arbeid der det er nødvendig. Stor satsning på lederutvikling forventes også å bidra til bedret arbeidsmiljø og derigjennom redusert sykefravær.

Entreprenørene har det største ansvaret for sikkerheten på byggeplassen ved St. Olavs Hospital, men Helsebygg legger til rette og bidrar med kurs og motivasjonstiltak. Hver måned rapporteres HMS-status på hver byggeplass.

Innenfor de øvrige deler av vår virksomhet er det ikke rapportert hendelser med alvorlig fysiske skade på personer eller anlegg. De fleste avviksmeldingene er knyttet til blodsmitte og stikkuehell, samt trusler om vold og utført vold mot ansatte. Forbedringer i rutinene for håndtering av risikoavfall er et av tiltakene for å redusere omfanget av stikkskader. Ved flere institusjoner er det i 2004 registrert en økning i tilfeller av vold mot ansatte.

I de valgte styrer i morforetaket og de tilknyttede datterforetak og prosjektstyrene i Hemit og Helsebygg Midt-Norge er det følgende kjønnsfordeling: 32 kvinner og 42 menn. I ledelsen i morforetaket er det to kvinner og seks menn.

Fordeling blant administrerende direktører i de underliggende foretak og enheter er på to kvinner og syv menn.

Helsevesenet har tradisjonelt vært en kvinnedominert arbeidsplass med sterke kjønnsstradisjoner i forhold til faggrupper. Legegruppen har fortsatt overvekt av menn, mens pleiegruppen er svært kvinnedominert. Tendensen i forhold til legeyrket er nå i ferd med å snu, mens det ikke ser ut til å være noen endring i forhold til rekruttering av menn til pleieyrket. Også når det gjelder merkantil personell er det i likhet med øvrige virksomheter i Norge, overvekt av kvinner. Denne skjevfordelingen av kjønn/faggruppe, gjenspeiles i alle våre virksomheter.

Lederstillinger er jevnt fordelt mellom kvinner og menn, men hvis en betrakter nivåene, vil det være en betydelig overvekt av menn på direktør/avdelingssjef nivå. På utøvende nivå, er lederstillingene representert av kvinner. Her gjenspeiles yrkesgruppenes skjevfordeling, hvor det i all hovedsak er sykepleiere som leder virksomheten ved sengeposter og poliklinikker. Lønnsforskjeller er generelt regulert av tariffen i forhold til stilling og faggruppe og det vil således ikke være tilsiktede lønnsforskjeller ut fra kjønn. Lederlønn på direktør og avdelingssjef nivå ser ut til å være jevnt fordelt mellom kjønnene.

Mulighet for videre- og etterutdanning er likt fordelt mellom kjønn. Her vil det være enhetens (pasientenes) behov som vil være førende. Muligheten til å få permisjoner, vil således også følge det samme prinsipp. Arbeidsmiljøundersøkelsen i 2004 viser at de fleste ansatte opplever at enten er høy grad eller svært høy grad av likestilling mellom kjønnene.

Ytre miljø

Det fortsettes at all statlig virksomhet skal innføre miljøledelse (Grønn stat). Denne forutsetningen omfatter også de regionale helseforetakene. Arbeidet med miljøledelse skal fokusere på konsekvensene for det ytre fysiske miljøet, og det skal rapporteres på fire indikatorer; energi, innkjøp, avfall og transport. Helse Midt-Norge RHF har besluttet å følge opp dette, og innføringen av miljøledelse organiseres i første omgang som et prosjekt. Det forutsettes at miljøledelse på sikt skal inngå som en del av det ordinære HMS-arbeidet i foretakene.

Sykehusdrift krever høyt forbruk av energi og i 2004 er det kostnadsført nær 98 mill. kroner vedrørende elektrisitet, fjernvarme og fyringsolje mot 84 mill. kroner i 2003. På grunn av varierende priser og avgifter rettes fokuset i hovedsak på utviklingen i volum. I 2004 ble et treårig enøknettverk for sykehusene i Møre og Romsdal avsluttet. Dette var et samarbeidsprosjekt mellom Helse Nordmøre og Romsdal og Helse Sunnmøre med støtte fra Enova. I prosjektet er det gjennomført tiltak som har gitt betydelige energibesparelser hos begge foretakene. Enøktiltak har også vært viktige satsningsområder for Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital i flere år og har bidratt til ytterligere reduksjon i forbruket av energi i 2004. I forbindelse med innføring av miljøledelse skal nye regionale enøk-tiltak iverksettes.

Som ellers i samfunnet har omfanget av kildesortering av avfall sykehusene økt de siste årene. I tillegg til at det er god økonomi i kildesortering bidrar det også til en ryddigere og sikrere håndtering av spesialavfall. Store byggprosjekter medfører særskilte utfordringer når det gjelder avfallshåndtering. På grunn av prosjektets omfang står byggingen av nytt universitetssykehus i Trondheim i en særstilling i denne sammenhengen. Byggearbeidet ved Nye St. Olav har i 2004 vært i en fase hvor mye av arbeidet har foregått innendørs. Dette har redusert omfanget av både avfall, støy og støv sammenlignet med den første del av byggefasen.

Spesialavfall, herunder smitteavfall håndteres på forskriftsmessig måte. Noe av dette avfallet leveres til egne forbrenningsovner mens annet spesialavfall leveres til kommunenes avfallsmottak og deponi.

De siste årene har utvikling av systemer for digitalisering av røntgenbilder vært et viktig satsningsområde. Innføring er helsefaglig begrunnet, men en tilleggsgevinst er den store reduksjonen av forbruket av fotokjemikalier. Eksempelvis reduserte St. Olavs Hospital sitt forbruk fra 50,4 tonn i 2003 til 29,8 tonn i 2004. Ved inngåelse av nye innkjøpsavtaler har Helse Midt-Norge fokusert på tre områder når det gjelder miljø; transport, emballasje og resirkulering.

Fremtidsutsikter

Innenfor de økonomiske rammebetingelser foretaksgruppen drives, vil følgende satsningsområder være de mest sentrale i 2005:

- Kvalitet
- Effektivitet
- Pasient- og pårørendeopplæring
- Samhandling med primærhelsetjenesten
- Ledelse
- Psykisk helsevern og rus
- Rehabilitering og habilitering
- Forskning
- Prioritering av og mellom pasientgrupper.

Kravet om drift i økonomisk balanse vil være et av de mest førende elementene i 2005, og det vil være nødvendig med kostnadsreduksjoner i alle foretak.

I 2005 er prosjektet «Helse Midt-Norge 2010» igangsatt og dette vil gi føringer for hvordan utviklingen innen spesialisthelsetjenesten de kommende år skal skje. Prosjektet tar utgangspunkt i hvilke behov og forventninger pasienter i vår

region vil ha, herunder hvordan svake grupper i samfunnet skal gis tilstrekkelig prioritet. Sentrale elementer i prosjektet vil være kvalitetssikring av pasientbehandlingen, prioritering av pasientgrupper og større grad av oppgavefordeling mellom våre sykehus.

I 2005 og 2006 vil omlag halvparten av nytt sykehus i Trondheim være tatt i bruk, og dette vil gi store utfordringer for de ansatte når det gjelder omstilling og nye arbeidsmetoder. Styret vil nøye følge med hvordan nytt sykehus vil påvirke pasientstrømmene i regionen.

Byggingen av nytt sykehus i Trondheim medfører begrensninger i regionens evne til å finansiere og økonomisk kunne bære øvrige investeringer. Dette vil representere en betydelig utfordring i de kommende år.

Disponering av årsresultat

Styret foreslår følgende disposisjoner i forbindelse med årsoppjøret for Helse Midt-Norge RHF:

Sum underskudd:	kr 622 187 460,22
Overføres til annen egenkapital	kr 622 187 460,22

Stjørdal 15.06.2005


Per Sævik
Styrets leder


Anne-Brit Skjetne
Nestleder



Egon Hestnes


Rigmor Austgulen


Anders Grimsmo


Marianne Bjerke


Ellen Marie Wøhni


Ingegjerd S. Sandberg


Dag Rieve Kristiansen


Paul Hellandsvik
Administerende direktør

Resultatregnskap (beløp i hele 1 000)

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen			
2003	2004	Note	Note	2004	2003	
4 272 850	5 886 970	2	Basisramme	2	5 886 970	4 272 850
2 643 156	1 794 657	2	ISF		1 794 657	2 643 156
	638 743	2	Polikliniske inntekter		793 009	826 102
316 816	459 322	2	Andre salgsinntekter		848 723	722 848
164	479		Andre driftsinntekter		150 442	127 472
7 232 986	8 780 171		Driftsinntekter		9 473 801	8 592 428
6 960 655	8 356 333	2,4	Kjøp av helsetjenester	4	786 559	583 618
	141		Andre varekostnader	4	1 172 937	1 066 612
53 466	87 555	5,6	Lønnskostnad	5,6	6 063 670	5 707 278
214 057	308 226	7,8,12	Annen driftskostnad	7,8,12	1 530 234	1 298 596
4 808	27 916		Driftsresultat før avskrivninger og nedskrivninger		-79 599	-63 676
16 165	43 713	9,10	Avskr. på varige driftsmidler og immaterielle eiendeler	9,10	554 838	525 528
	12 415	10	Nedskr. av varige driftsmidler og immaterielle eiendeler	10	12 710	0
-11 357	-28 212		Driftsresultat		-647 147	-589 204
766 410	596 735	14	Nedskrivning på verdier av datterforetak			
7 073	5 996		Renteinntekt fra foretak i samme konsern			
14 534	7 366		Annen renteinntekt		16 050	44 660
20	6		Annen finansinntekt		42	576
	966		Rentekostnad til foretak i samme konsern			
8 404	9 602		Annen rentekostnad		17 128	10 086
14	40		Annen finanskostnad		149	274
-764 558	-622 187		Resultat før skatt		-648 332	-554 328
			Skatter			
			Skattekostnad på ordinært resultat	22	125	
			Endring utsatt skatt / skattefordel	22	138	
-764 558	-622 187		Årsresultat		-648 595	-554 328
			Anvendelse av årsresultatet			
-764 558	-622 187	23	Overføring til/fra annen egenkapital	23	-609 917	-510 138
			Overføring fra strukturfondet	23	-38 678	-44 190
-764 558	-622 187		Sum anvendelse		-648 595	-554 328

Balanse (beløp i hele 1 000)

Helse Midt-Norge RHF				Foretaksgruppen		
31.12.03	31.12.04	Note	Eiendeler	Note	31.12.04	31.12.03
			Anleggsmidler			
			Immaterielle eiendeler			
83 432	87 401	9	EDB-programmer, lisenser etc	9	95 058	89 048
			Utsatt skattefordel		552	
83 432	87 401		Sum immaterielle eiendeler		95 610	89 048
			Varige driftsmidler			
1 698 019	3 419 382	10,11	Anlegg under utførelse, tomter, bygninger og annen fast eiendom	10,11,13	9 940 329	7 955 071
24 530	34 965	10	Driftsløsøre, inventar, verktøy, kontormaskiner og lignende	10	963 857	957 241
1 722 549	3 454 347		Sum varige driftsmidler		10 904 186	8 912 312
			Finansielle anleggsmidler			
5 998 172	5 338 909	14	Investeringer i datterselskap			
188 804	524 629	16	Lån til foretak i samme konsern			
300	11 095	14	Investeringer i tilknyttet selskap	14	11 095	300
733	1 015	15	Investeringer i aksjer og andeler	15	160 362	119 888
			Pensjonsmidler	6	62 588	
6 188 009	5 875 648		Sum finansielle anleggsmidler		234 045	120 188
7 993 990	9 417 396		Sum anleggsmidler		11 233 841	9 121 548
			Omløpsmidler			
0	0		Varer	4	186 768	172 617
			Fordringer			
17 205	20 553	8, 16	Kundefordringer	8	214 210	183 310
54 209	23 489	16	Andre fordringer		320 534	213 430
71 414	44 042		Sum fordringer		534 744	396 740
0	0		Sum investeringer		0	0
722 726	573 584	17	Bankinnskudd, kontanter og lignende	17	239 053	976 341
794 140	617 626		Sum omløpsmidler		960 565	1 545 698
8 788 130	10 035 022		Sum eiendeler		12 194 406	10 667 246

Balanse (beløp i hele 1 000)

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen			
31.12.03	31.12.04	Note	Egenkapital og gjeld	Note	31.12.04	31.12.03
			Egenkapital			
			Innskutt egenkapital			
100	100	23	Foretakskapital	23	100	100
		23	Strukturfond	23	467 067	505 745
6 761 403	6 750 727	23	Annen innskutt egenkapital	23	6 158 273	6 166 806
6 761 503	6 750 827		Sum innskutt egenkapital		6 625 440	6 672 651
			Opptjent egenkapital			
-785 053	-1 398 662	23	Annen egenkapital	23	-1 235 514	-646 283
-785 053	-1 398 662		Sum opptjent egenkapital		-1 235 514	-646 283
5 976 450	5 352 165		Sum egenkapital		5 389 926	6 026 368
			Gjeld			
			Avsetning for forpliktelser			
6 897	15 404	6	Pensjonsforpliktelser	6	0	133 324
1 281 141	1 779 435		Andre avsetninger for forpliktelser	20	2 167 015	1 488 317
1 288 038	1 794 839		Sum avsetning for forpliktelser		2 167 015	1 621 641
			Annen langsiktig gjeld			
1 080 078	2 206 833	18	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	18	2 206 833	1 080 078
129 106	236 304	16, 18	Øvrig langsiktig gjeld	18	177 716	61 569
1 209 184	2 443 137		Sum annen langsiktig gjeld		2 384 549	1 141 647
			Kortsiktig gjeld			
47 477	82 576	16	Leverandørgjeld		519 705	436 742
			Betalbar skatt	22	125	
8 144	10 442		Skyldige offentlige avgifter		489 134	437 467
258 837	351 863	16	Annen kortsiktig gjeld		1 243 952	1 003 381
314 458	444 881		Sum kortsiktig gjeld		2 252 916	1 877 590
2 811 680	4 682 857		Sum gjeld		6 804 480	4 640 878
8 788 130	10 035 022		Sum egenkapital og gjeld		12 194 406	10 667 246

Stjørdal 15.06.2005


Per Sævik
Styrets leder


Anne-Brit Skjetne
Nestleder


Egil Hestnes


Rigmor Austgulen

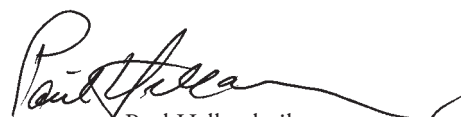

Anders Grimsmo


Marianne Bjerke


Ellen Marie Wøhni


Ingegjerd S. Sandberg


Dag Rieve Kristiansen


Paul Hellandsvik
Administerende direktør

Kontantstrømoppstilling etter den indirekte metoden (beløp i hele 1 000)

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen			
2003	2004	Note	Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	Note	2004	2003
-764 558	-622 187		Resultat		-648 595	-554 328
			Periodens betalte skatt		-125	
	1 541		Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler		2 105	1 185
16 165	43 713		Ordinære avskrivninger		554 838	525 528
766 410	609 150		Nedskrivning anleggsmidler, inkl investering i datterforetak		12 710	0
			Endring i varelager		-14 151	5 742
-6 453	-3 348		Endring i kundefordringer		-30 900	101 634
13 915	35 099		Endring i leverandørgjeld		82 963	67 311
-1 146	8 507		Reduksjon pensjonsforpliktelse		-211 775	-179 371
-545			Poster klassifisert som investerings- eller finansieringsaktiviteter		27 125	-545
-901	120 362		Endringer i andre tidsavgrensningposter		184 582	-49 341
22 887	192 837	25	Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	25	-41 223	-82 185
Kontantstrømmer fra investeringsaktiviteter						
39 988	183 466		Innbetalinger ved salg av varige driftsmidler		8 917	1 158
-954 007	-1 894 149		Utbetalinger ved kjøp av varige driftsmidler		-2 408 086	-1 550 003
-300	-7 804		Utbetalinger ved kjøp av aksjer og andeler i andre foretak		-35 702	-300
			Utbetalinger ved kjøp av andre investeringer			20 000
-914 319	-1 718 487	25	Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	25	-2 434 871	-1 529 145
Kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter						
946 860	1 100 000		Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld		1 100 000	970 962
348 328	641 593		Økte avsetninger og forpliktelser		666 510	372 464
	-32 516		Utbetaling ved nedbetaling av langsiktig gjeld		-27 704	0
100	100		Tilbakebetaling av egenkapital			
-188 804	-232 000		Utbetaling - utlån til datterforetakene			
	7 336		Innbetaling ved nedbetaling av langsiktig gjeld			
83 689	-108 005		Økning/reduksjon gjeld til datterforetak			
1 190 173	1 376 508		Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter		1 738 806	1 343 426
0	0		Effekt av valutakursendringer på kontanter og kontantekvivalenter		0	0
298 741	-149 142		Netto endring i kontanter og kontantekvivalenter		-737 288	-267 904
423 985	722 726		Beholdning av kontanter og kontantekvivalenter ved periodens begynnelse		976 341	1 244 245
722 726	573 584		Beholdning av kontanter og kontantekvivalenter ved periodens slutt		239 053	976 341

Noter til regnskapet 2004

Note 1 Regnskapsprinsipper

Årsregnskapet er satt opp i samsvar med regnskapsloven av 1998, jf. Lov om helseforetak. Det er utarbeidet etter norske regnskapsstandarder og retningslinjer gitt av eier.

Helse Midt-Norge RHF er etablert som et regionalt helseforetak, og virksomheten reguleres særskilt gjennom helseforetaksloven. Helse Midt-Norge RHF ble stiftet 17.08.2001. Staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene den 01.01.2002, og på dette tidspunkt ble foretaksgruppen etablert. Samtidig overtok Helse Midt-Norge formuesposisjonene knyttet til spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. Virksomheten ble overført samme dag. Virksomhetsoverføringen er i utgangspunktet gjennomført som et tingsinnskudd til virkelig verdi.

Helse Midt-Norge RHF består av konsernets administrasjon som er plassert på Stjørdal, prosjektorganisasjonen Helsebygg Midt-Norge og IKT-avdelingen Helse Midt-Norge IT. Helsebygg Midt-Norge har som oppgave å ivareta planlegging og bygging av nytt sykehus ved datterforetaket St. Olavs Hospital HF i Trondheim. Helse Midt-Norge IT ble etablert i 2003, og er en samordning av IT-tjenestene i regionene. Helse Midt-Norge RHF hadde i 2004 følgende datter- og datterdatterforetak:

- Helse Nord-Trøndelag HF
- St. Olavs Hospital HF
- Rusbehandling Midt-Norge HF
- Helse Nordmøre og Romsdal HF
- Helse Sunnmøre HF
- Sykehusapotekene i Midt-Norge HF
- Trøndelag Ortopediske Verksted AS

Regnskapet for foretaksgruppen er utarbeidet som om gruppen var en økonomisk enhet. Interne transaksjoner, fordringer og gjeld elimineres. Kostpris på andel/aksjer i helseforetakene elimineres mot egenkapitalen.

Åpningsbalansen

Som følge av at helseforetakene er non-profit-virksomheter der eier har stilt krav om resultatmessig balanse i driften, men ikke krav til avkastning på innskutt kapital, representerer bruksverdi virkelig verdi for anleggsmidler.

I åpningsbalansen er bruksverdien satt til gjenanskaffelseskost. For bygg og tomter er gjenanskaffelsesverdi basert på takster utarbeidet av uavhengige tekniske miljøer høsten 2001. I gjenanskaffelsesverdien er det tatt hensyn til slit og elde, teknisk og funksjonell standard etc. Også for andre anleggsmidler er gjenanskaffelseskost beregnet. For overførte anleggsmidler der det pr. 01.01.02 var kjent at disse ikke ville være i bruk eller kun ville være i bruk en begrenset periode, er det gjort fradrag i åpningsbalansen.

I statsbudsjettet for 2004 er det uttrykt at det ikke kan forventes at helseforetakene framover vil kunne gjenanskaffe anleggsmidler tilsvarende de verdier som ble skutt inn pr.

01.01.02. Helsedepartementet har derfor besluttet at en andel av innskutt egenkapital skal tilføres et strukturfond. Fondet skal benyttes til å dekke meravskrivninger på differansen mellom gjenanskaffelseskost i åpningsbalansen og forventet anleggskapital i framtiden.

Rusreformen

01.01.2004 overtok staten ved de regionale helseforetakene ansvar for behandlingen av rusmiddelmissbrukere. Overføringen av eiendeler og gjeld har skjedd som et tingsinnskudd.

Korrigert resultat

Inngangsverdien på anleggsmidlene ble endelig fastsatt ved godkjenning av årsregnskapet for 2003 etter at det for 2002 ble avlagt et årsregnskap basert på foreløpige verdier. Eier har fastsatt et nivå finansieringen av kapitalkostnadene med utgangspunkt i at 2/3 av gjenanskaffelsesverdien av anleggsmidlene, som inngikk i åpningsbalansen til de fem regionene, skal kunne gjenanskaffes. Inntil eiers målsetting om reduksjon av Helse Midt-Norges anleggsmidler er nådd vil årlige avskrivningskostnader overstige tilhørende finansiering. Eiers resultatkrav er derfor årsresultatet korrigert for meravskrivninger knyttet til denne verdiforskjellen. I tillegg har foretakene og eier lagt ulike forutsetninger til grunn for anleggsmidlenes levetider. Dette korrigerte resultatet er avstemt mot årsresultat i note 24.

Tilknyttede virksomheter

Helse Midt-Norge har eierandeler - 20 prosent - i Luftambulansetjenester ANS, Helseforetakenes Innkjøpsservice AS og Norsk Helsenett AS.

Grunnleggende prinsipper - vurdering og klassifisering - andre forhold

Årsregnskapet er basert på de grunnleggende prinsipper om historisk kost, sammenlignbarhet, fortsatt drift, kongruens og forsiktighet. Transaksjoner regnskapsføres til verdien av vederlaget på transaksjonstidspunktet. Inntekter resultatføres når de er opptjent og kostnader sammenstilles med opptjente inntekter.

Klassifisering og vurdering av eiendeler og gjeld

Omløpsmidler og kortsiktig gjeld omfatter poster som forfaller til betaling innen ett år etter anskaffelsestidspunktet, samt poster som knytter seg til varekretsløpet. Øvrige poster er klassifisert som anleggsmiddel/langsiktig gjeld.

Omløpsmidler vurderes til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Kortsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på opptakstidspunktet.

Vurdering av anleggsmidler skjer til anskaffelseskost. Anleggsmidler som har begrenset levetid skal avskrives planmessig. Dersom det finner sted en verdiforringelse som ikke er forbigående, foretas en nedskrivning til virkelig verdi. Tilsvarende prinsipp legges normalt til grunn for gjeldsposter.

Langsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet.

Prinsipper for inntektsføring

Driftsinntektene kan hovedsakelig deles i to: fast grunnfinansiering fra eier og aktivitetsbaserte inntekter. Grunnfinansieringen består av basisramme drift og regionsykehus-tilskudd. Aktivitetsbaserte inntekter består av ISF-inntekter (ISF = innsatsstyrt finansiering) og polikliniske inntekter.

I tillegg kommer andre salgsinntekter, som blant annet består av øremerkede tilskudd og salg av andre varer og tjenester.

Hovedregelen er at inntekt resultatføres når den er opptjent. Inntektsføring skjer følgelig normalt på leveringstidspunktet ved salg av varer og tjenester. Basisrammen fordeles jevnt over året, mens ISF anses opptjent når pasienten skrives ut.

Øremerkede tilskudd inntektsføres i takt med bruken av midlene.

Salg av varer og tjenester mellom foretak i helseforetaksgruppen skjer i utgangspunktet til ordinær pris. Flere tjenester faktureres ikke, men er regulert gjennom tildeling av rammetilskuddet.

Kostnadsføringstidspunkt/sammenstilling

Utgifter sammenstilles med og kostnadsføres samtidig med de inntekter utgiftene kan henføres til. Utgifter som ikke kan henføres direkte til inntekter, kostnadsføres når de påløper.

Kontantstrømoppstilling

Kontantstrømoppstillingen er utarbeidet etter den indirekte metoden. Det innebærer at man i analysen tar utgangspunkt i foretakets årsresultat for å kunne presentere kontantstrømmer tilført fra henholdsvis ordinær drift, investeringsvirksomhet og finansieringsvirksomhet. Likvide midler omfatter kontanter og bankinnskudd.

Det er etablert konsernkontoordning med Fokus Bank. Bankinnskudd er klassifisert som likvide midler pr. 31.12.04. Renteinntekter er behandlet som ordinære finansinntekter.

Skatt

Foretakenes virksomhet (sykehusdrift) er ikke skattepliktig. Skatteberegning som framkommer i regnskapet til foretaksgruppen knytter seg i sin helhet til datterdatterselskapet Trøndelag Ortopediske Verksted AS.

Skattekostnaden omfatter både periodens betalbare skatt og endring i utsatt skatt/skattefordel. Betalbar skatt beregnes på grunnlag av årets skattemessige resultat. Utsatt skatt/skattefordel beregnes på grunnlag av midlertidige forskjeller mellom regnskapsmessige og skattemessige verdier. Utsatt skattefordel er bare balanseført i den grad det er sannsynlig at fordelene vil bli realisert i framtiden.

Valuta

Pengeposter i utenlandsk valuta er vurdert etter kursen ved regnskapsperiodens slutt.

Note 2 Inntekter (Beløp i 1000 kr)

	Totale inntekter i Mor	Inntekter vedrørende aktiviteter i Mor	Midler til datterforetakene
Basisramme	5 886 970	497 125	5 389 845
ISF	1 794 657	166 848	1 627 809
Refusjoner fra Rikstrygdeverket	638 743		638 743
Andre salgs- og driftsinntekter, inkl. øremerkede tilskudd	459 801	254 284	205 517
Sum	8 780 171	918 257	7 861 914

Inntekter som går via Helse Midt-Norge RHF (mor) og videreføres til datterforetakene er inntektsført som basisramme, øremerkede tilskudd, ISF og refusjon fra Rikstrygdeverket i morforetaket. Ved fordeling til datterforetakene er dette kostnadsført som varekostnader, nærmere bestemt kjøp av helsetjenester.

Andre salgsinntekter består blant annet av øremerkede tilskudd, andre tilskudd, gjestepasientinntekter og salg av varer og andre tjenester.

I 2003 ble deler av basisrammen fordelt til datterforetakene som øremerkede midler. Beløpet inngikk som en del av basisrammen i Helse Midt-Norge RHF i 2003, men inntektsføres i takt med forbruk i datterforetakenes regnskap. I 2004 inngår 17,9 mill. kroner som inntekt hos helseforetakene, men ikke konsernets regnskap.

Note 3 Resultat pr. virksomhetsområde i 2004 (Beløp i 1000 kr)

	Psykiatri		Somatikk	Rus	Totalt
	VOP	BUP			
ISF	0	0	1 633 682	0	1 633 682
Poliklinikk	55 604	33 372	528 845	2 670	620 491
Øremerkede tilskudd	106 972	71 566	127 865	8 925	315 328
Andre direkte inntekter	15 059	610	188 388	3 626	207 683
Sum direkte inntekter	177 635	105 548	2 478 780	15 221	2 777 184
Kjøp av helsetjenester	33 990	735	209 564	62 880	307 169
Andre varekostnader	22 422	1 646	883 512	7 603	915 183
Lønnskostnader	899 821	168 830	4 257 431	54 721	5 380 803
Andre driftskostnader	112 821	17 018	667 957	16 105	813 901
Avskrivninger	54 221	1 614	250 939	3 169	309 943
Sum direkte kostnader	1 123 275	189 843	6 269 403	144 478	7 726 999
Resultat av direkte inntekter og kostnader	-945 640	-84 295	-3 790 623	-129 257	-4 949 815
Basisramme (fordelt til helseforetakene)					5 292 486
Felleskostnader, ikke fordelt					2 184 111
Fellesinntekter, ikke fordelt					1 212 438
Årsresultat for foretaksgruppens sykehusforetak					-629 002
Helse Midt-Norge RHF, ekskl. nedskr. på investering i datterforetak					-25 452
Sykehusapotekene Midt-Norge HF					5 250
Trøndelag Ortopediske Verksted AS					609
Årsresultat					-648 595

Som i spesialisthelsetjenesten for øvrig er Helse Midt-Norge opptatt av den økonomiske situasjonen innenfor somatikk kontra psykiatri og rus. Med henvisning til opptrappingsplanen innen psykiatri har eier ytet øremerkede midler til drift og investeringer innen psykiatri.

Kostnader og inntekter i Helse Midt-Norge RHF (mor), Sykehusapotekene i Midt-Norge HF og Trøndelag Ortopediske Verksted AS er ikke fordelt på somatikk, psykiatri og rus. Direkte kostnader ved de fire helseforetakene som yter helsetjenester både innenfor somatikk og psykiatri har, blir løpende henført til de ulike enhetene i foretakene. En del fellestjenester blir ikke løpende fordelt mellom avdelingene, og dermed heller ikke fordelt mellom somatikk og psykiatri. Det vesentligste av rus-behandlingen skjer via eget helseforetak.

Note 4 Varer (Beløp i 1000 kr)

	Konsern		Endring
	31.12.04	31.12.03	
Råvarer	3 971	612	3 359
Varer i arbeid	323		323
Handelsvarer	18 217	19 811	-1 594
Medisinske forbruksvarer	133 481	117 889	15 592
Blodlager og væskelager	20 547	20 678	-131
Øvrige lagerbeholdninger *	10 229	13 627	-3 398
Sum varebeholdning	186 768	172 617	14 151
Herav vurdert til anskaffelseskost	186 348	171 968	14 380
Herav vurdert til virkelig verdi	420	649	-229
Bokført verdi	186 768	172 617	14 151

* Kjøkkenmateriell, matvarer, kontor-/datamateriell, annet forbruksmateriell

Lager av innkjøpte varer er verdsatt til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Det foretas nedskrivning for ukurans. Morforetaket har ingen varebeholdning.

I totale varekostnader for konsernet på 1 959 mill. kroner inngår kjøp av helsetjenester fra Luftambulansen ANS, private sykehus og andre regioner med 787 mill. kroner. Med unntak av et mindre beløp gjelder varekostnadene i mor på 8 356 mill. kroner i sin helhet kjøp av helsetjenester. Kjøp hos egne datterforetak utgjør 7 869 mill. kroner, mens eksternt kjøp utgjør 487 mill. kroner.

Note 5 Lønn og personalkostnader samt godtgjørelse til ledende ansatte (Beløp i 1000 kr)

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2003	2004		2004	2003
39 430	60 184	Lønn, fast	4 457 476	4 258 081
750	3 503	Lønn, variabel	482 879	459 452
1 782	2 925	Andre personalkostnader	118 294	116 247
6 949	12 973	Pensjonskostnader	636 885	575 595
5 581	10 199	Arbeidsgiveravgift	715 944	638 347
-1 026	-2 229	Tilskudd og refusjoner	-347 807	-340 443
53 466	87 555	Lønnskostnader	6 063 671	5 707 279

Lønnskostnadene i Helsebygg Midt-Norge, i alt 59,6 mill. kroner er aktivert på byggeprosjektene som en del av byggkostnadene, og inngår ikke i ovenstående lønnskostnader.

Ytelse til ledende personer	Adm. dir	Styret
Lønn	1 206	869
Ytelse til pensjonsforpliktelse (kollektiv ordning)	86	
Pensjonskostnader (ut over kollektiv ordning)	461	
Andre fordeler og godtgjørelser	109	
Sum lønn og godtgjørelser	1 862	869

Godtgjørelse til styrets medlemmer utgjør samlet kr 869 491. Det ble i tillegg ytet en godtgjørelse til Helsebygg sitt prosjektstyre på kr 324 500 og Hemits styre på kr 92 435. Administrerende direktør Paul Hellandsvik har i regnskapsperioden 2004 lønn på kr 1 205 864,- og andre direkte ytelser på kr 109 137,-. I tillegg ytelser til kollektiv pensjon og kostnader vedrørende framtidig pensjon på kr 546 965,-. Øvrige direktører i Helse Midt-Norge RHF, inkl. daglig leder av Helsebygg Midt-Norge og Helse Midt-Norge IT har totalt mottatt ca. kr 6 945 200 i lønn og andre godtgjørelser.

Ved fratredelse etter anmodning fra styret har administrerende direktør krav på lønn i ett år inklusive lønn i avtalt oppsigelsestid. Til fradrag i sluttvederlaget kommer andre inntekter Paul Hellandsvik har oppebåret som ansatt, konsulent og/eller selvstendig næringsdrivende. Tilsvarende rettighet gjelder for de øvrige direktørene i konsernledelsen.

Pensjonsalder for Paul Hellandsvik i stilling som administrerende direktør er 65 år. Pensjonsnivået er satt til 66 prosent av full lønn ved fratreden. Pensjonsforpliktelsen skal samordnes med ytelser fra Folketrygden og alle andre pensjonsytelser som er opparbeidet gjennom tidligere ansettelsesforhold. Helse Midt-Norge pensjonsforpliktelse knyttet til denne avtalen er beregnet til kr 1 178 699,- inkl. arbeidsgiveravgift pr. 31.12.2004.

Det er ikke ytet lån til noen av de ansatte i morforetaket.

Lån til ansatte i datterforetakene dreier seg om korttids likviditetslån. Det kreves ikke renter eller sikkerhet for disse lånene. Lånene er begrenset til en måneds lønn, og tilbakebetales over maksimalt 12 måneder.

Honorar til revisor	Helse Midt-Norge RHF	Foretaksgruppen
Ordinær revisjon	124	1 177
Annen revisjon og beslektede tjenester	802	2 059
Honorar for andre tjenester fra vår revisor	0	767
Samlet honorar	926	4 003

Beløpene er inkl. merverdiavgift.

Annen revisjon og beslektede tjenester gjelder i hovedsak ekstra arbeid vedrørende avklaringer rundt åpningsbalanse, bistand og ekstraarbeid i forbindelse med årsavslutning, prosjektbekreftelser/særattestasjoner og deltakelse på styremøter og lignende.

Honorar for andre tjenester fra revisor gjelder Trøndelag Ortopediske Verksted AS i forbindelse med stifelsen av aksjeselskapet, etablering av åpningsbalansen mv., Sykehusapotekene HF vedrørende kompetanseprogram ansatte og prosesseffektivisering, samt St Olavs Hospital HF i forbindelse med økonomiske analyser.

Note 6 Pensjonskostnader, -midler og -forpliktelser (Beløp i 1000 kr)

Pensjonsordningen behandles regnskapsmessig i overensstemmelse med Norsk Regnskapsstandard for Pensjonskostnader. Regionens pensjonsordninger, inkludert AFP behandles som ytelsesplan. Helse Midt-Norge RHF hadde pr. 31.12.2004 pensjonsordninger som omfatter i alt 261 aktive. Ordningen gir rett til definerte framtidige ytelser. Disse er i hovedsak avhengig av antall opptjeningsår, lønnsnivå ved oppnådd pensjonsalder og størrelsen på ytelsene fra folketrygden. Forpliktelsene er dekket gjennom KLP (Kommunal Landspensjon). I tillegg har Helse Midt-Norge RHF en pensjonsavtale vedrørende administrerende direktør som ikke inngår i den kollektive ordningen.

I tillegg har Helse Midt-Norge gjennom KLP-ordningen et solidaransvar for G-regulering av fripoliser og pensjoner knyttet til disse. Dette er tatt hensyn til i beregningene (gjelder 15 personer).

Totalt i konsernet omfatter pensjonsordninger i alt ca. 20 500 personer (14 930 aktive og 5 565 pensjonister). Solidaransvaret omfatter 3 551 personer. Forpliktelsene er dekket gjennom KLP og Statens Pensjonskasse.

Sammensetning av samlede pensjoner og pensjonsforpliktelser

Helse Midt-Norge RHF*			Foretaksgruppen*	
2003	2004	Pensjonskostnad	2004	2003
9 379	18 122	Nåverdi av årets pensjonsopptjening	506 583	465 346
2 286	4 383	Rentekostnad av pensjonsforpliktelsen	484 078	456 923
-1 754	-3 258	Avkastning på pensjonsmidler	-455 976	-431 975
115	388	Administrasjonskostnad	25 164	20 253
	123	Resultatføring av estimatavvik	625	402
		Avtalefestet AFP, 62-64	1 205	1 368
1 432	2 050	Arbeidsgiveravgift	83 425	68 228
11 458	21 808	Netto pensjonskostnad	645 104	580 545

*) Beregnede pensjonskostnader for Helse Midt-Norge RHF avviker sammenlignet med tilsvarende tall i resultatregnskapet. I noten inngår beregnede pensjonskostnader for Helsebygg Midt-Norge. I regnskapet er disse kostnadene aktivert som en del av byggkostnadene og inngår dermed ikke i resultatregnskapet for 2004 eller 2003.

Avstemming av pensjonsordningens finansierte status mot beløp i balansen:

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen			
31.12.03	31.12.04	01.01.05	01.01.05	31.12.04	31.12.03	
38 020	78 461	68 812	Beregnete opptjente pensjonsforpliktelser	8 325 901	8 446 572	7 393 366
30 252	60 860	52 731	Pensjonsmidler (til markedsverdi)	7 759 313	7 955 400	6 832 962
7 768	17 601	16 081	Netto påløpte pensjonsforpliktelser	566 588	491 172	560 404
			Ikke resultatført planendring			
-1 723	-4 100	-2 580	Ikke resultatført estimatendring/-avvik	-636 121	-560 705	-443 556
6 045	13 501	13 501	Balanseført netto forpliktelse før arb.giv.avg.	-69 533	-69 533	116 848
852	1 903	1 903	Arbeidsgiveravgift	6 946	6 946	16 477
6 897	15 404	15 404	Balanseført netto forpliktelse etter arb.giv.avg.	-62 587	-62 587	133 325

Pensjonsforpliktelser beregnes etter lineær opptjening på basis av forutsetninger om antall opptjeningsår, diskonteringsrente, framtidig avkastning på pensjonsmidler, framtidig regulering av lønn, pensjoner og ytelser fra folketrygden og aktuarmessige forutsetninger om dødelighet, frivillig avgang osv. Pensjonsmidlene vurderes til virkelig verdi. Netto pensjonsforpliktelse består av brutto pensjonsforpliktelse fratrukket virkelig verdi av pensjonsmidler. Netto pensjonsforpliktelser balanseføres som langsiktig gjeld, mens overfinansiert pensjonsordning er klassifisert som langsiktig eiendel i balansen. Det er ikke beregnet og balanseført arbeidsgiveravgift av overfinansiert pensjonsordning (netto pensjonsmidler). Dette gjelder for tre av våre helseforetak.

Netto pensjonsforpliktelser er balanseført som langsiktig rentefri gjeld, og er tillagt arbeidsgiveravgift. For de foretakene som har netto pensjonsmidler er det ikke beregnet og balanseført arbeidsgiveravgift.

Økonomiske forutsetninger:	2005	2004	2003
Diskonteringsrente	6,0 %	6,0 %	6,5 %
Forventet lønnsregulering	3,5 %	3,5 %	4,0 %
Forventet pensjonsøkning	3,5 %	3,5 %	4,0 %
Forventet G-regulering	3,5 %	3,5 %	4,0 %
Forventet avkastning på fondsmidler	6,3 %	6,3 %	7,0 %

Estimatavvik utover 10 prosent av det høyeste av pensjonsmidler eller -forpliktelser resultatføres over 15 år. Estimatavviket som oppstod på slutten av 2004 amortiseres fra og med 2005.

Det er avsatt og inkludert kostnader opparbeidet for tilleggspensjon til adm.dir., se note 5.

Note 7 Tilskudd til rehabiliteringssenter (Beløp i 1000 kr)

I 2004 mottok Helse Midt-Norge 53,9 mill. kroner fra eier for overføring til ulike rehabiliterings- og opptreningscenter. I beløpet inngår en overføring til Helse Nordmøre og Romsdal HF på 3,2 mill. kroner ørmerket til finansiering av Aure Rehabiliteringssenter. Helse Nordmøre har overført 4,9 mill. kroner til Aure Opptreningscenter i 2004. Helse Midt-Norges ansvar for finansiering av rehabiliterings- og opptreningscenter har økt fra 20 prosent i 2003 til 40 prosent i 2004. St. Olavs Hospital overførte til sammen 37,9 mill. kroner til rehabiliteringssentre som de har avtale med. St. Olav overtok virksomheten av Trondsletten Rehabiliteringssenter fra april 2004.

	2004	2003
Bjørnang Opptreningscenter	6 449	3 165
Meråker Sanitetsforenings kurbad	6 887	3 345
Selli Opptreningscenter	6 429	3 153
Maritunet behandlings- og opptreningscenter	10 188	4 925
REKO AS Kastvoll Opptreningscenter	3 189	1 565
Aure (HNR)	4 900	1 580
Røros Rehabiliteringssenter	17 600	3 360
Trondsletten Rehabiliteringssenter	3 925	14 883
Betania avd. Jonsborg	34 000	32 194
Sum	93 567	68 170

Note 8 Kundefordringer (Beløp i 1000 kr)

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2003	2004		2004	2003
17 205	20 553	Kundefordringer vurdert til pålydende	223 842	193 099
0	0	- Avsatt til usikre fordringer	9 632	9 789
17 205	20 553	Bokført verdi 31.12	214 210	183 310

Årets tap i regnskapet fremkommer som følger:

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2003	2004		2004	2003
0	0	Årets endring i avsetning til tap på krav (delkrederavsetning)	-157	2 551
0	0	+ Reelt tap på fordringer i år	8 919	9 789
0	0	- Inngått på tidligere avskrevne fordringer	-1 058	-96
0	0	Sum tap på fordringer i resultatregnskapet	7 704	12 244

Kundefordringer og andre fordringer oppføres til pålydende etter fradrag for avsetninger til forventet tap. Avsetning til forventet tap pr. 31.12.04 er på 9,6 mill. kroner i konsernet.

Note 9 Immaterielle eiendeler (Beløp i 1000 kr)

Immaterielle eiendeler består av lisenser, kjøp og utviklingskostnader knyttet til EDB-programmer mv.

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen
98 617	Anskaffelseskost 31.12.2003	118 439
	Tilgang virksomhetsoverdragelse	
27 332	Tilgang kjøpte driftsmidler	30 939
	Tilgang egentilvirkede driftsmidler	
1 732	Avgang solgte driftsmidler (til anskaffelseskost)	1 926
124 217	Anskaffelseskost 31.12.2004	147 452
15 185	Akkumulert av og nedskr 31.12.2003	29 391
21 631	Årets ordinære avskrivninger	23 485
	Årets nedskrivninger	
0	Akkumulerte avskrivninger på avgatte driftsmidler	483
36 816	Akkumulerte avskrivninger 31.12.2004	52 393
87 401	Bokført verdi 31.12.2004	95 059
5 år	Estimert økonomisk levetid	5 år
20 %	Avskrivningssats	20 %
0	Årets avskrivninger på åpningsbalansen	427

Utgifter til forskning og utvikling er kostnadsført, utfra det forhold at sammenhengen mellom utgifter til forskning og eventuelle framtidige inntekter er uklare. Utgifter til andre immaterielle eiendeler er balanseført i den utstrekning kriteriene for balanseføring er oppfylt, det vil si at det forventes at de vil gi framtidige inntekter eller vesentlige reduksjoner i framtidige kostnader.

Det vesentligste av immaterielle eiendeler ble i 2003 overført fra helseforetakene til Helse Midt-Norge RHF v/HEMIT i forbindelse med etableringen av sentral ITK-enhet. I 2004 er IKT-utstyr overført fra flere foretak til Hemit.

Det vises for øvrig til omtale av åpningsbalansen i note 1 regnskapsprinsipper og note 10 om varige driftsmidler.

Note 10 Varige driftsmidler (Beløp i 1000 kr)

Helse Midt-Norge RHF	Medisinsk-teknisk utstyr	Driftsløsøre, inventar o.l.	Bygninger	Bolig og tomter	Anl. u. utførelse	Sum
Anskaffelseskost pr. 31.12.03	0	29 289	10 278	0	1 710 355	1 749 812
Tilgang virksomhetsoverdragelse	0	0	57 059	0	0	57 059
Tilgang kjøpte driftsmidler	0	28 534	132 000	0	1 706 283	1 866 817
Overføring til ferdigstilte driftsmidler *)	0	0	0	0	-177 884	-177 884
Lånekostnad ved tilvirkning			0	0	0	0
Avgang solgte driftsmidler (til anskaffelseskost)	0	2 318	0	0	0	2 318
Anskaffelseskost 31.12.04	0	55 395	199 337	0	3 238 754	3 493 486
Akkumulerte av- og nedskrivninger 31.12.03	0	4 759	0	0	0	4 649
Årets ordinære avskrivninger	0	15 790	6 292	0	0	22 082
Årets nedskrivninger	0	0	12 415	0	0	12 415
Akkumulerte avskrivninger på avgatte driftsmidler	0	0	0	0	0	0
Akkumulerte avskrivninger 31.12.04	0	20 439	18 707	0	0	39 146
Bokført verdi pr 31.12.2004	0	34 956	180 630	0	3 238 754	3 454 340
- Herav bal. leieavtaler (fin. leasing)	0	2 100	0	0	0	2 100
Estimert økonomisk levetid		3-15 år	10-60 år			
Avskrivningssatser		6,7 - 33,3 %	3,8 %			
Årets avskrivninger på åpningsbalansen		0	0			

*) Overføring av ferdigstilte driftsmidler gjelder overføring av pasienthotellet fra Helsebygg til St. Olavs Hospital HF.

Foretaksgruppen	Medisinsk- teknisk utstyr	Driftsløsøre, inventar o.l.	Bygninger	Bolig og tomter	Anl. u. utførelse	Sum
Anskaffelseskost pr. 31.12.03	973 545	369 023	5 932 803	585 447	2 067 931	9 928 749
Tilgang virksomhetsoverdragelse	0	1 043	112 422	9 512	17 338	140 315
Tilgang kjøpte driftsmidler *)	69 114	42 641	150 303	2 233	2 112 856	2 377 147
Overføring til ferdigstilte drifts midler	56 543	49 327	622 942	398	-729 210	0
Lånekostnad ved tilvirkning			0	0	1 404	1 404
Avgang solgte driftsmidler (til anskaffelseskost)	12 737	3 077	0	1 550	0	17 364
Anskaffelseskost 31.12.04	1 086 465	458 957	6 818 470	596 040	3 470 319	12 430 251
Akkumulerte av- og nedskrivninger 31.12.03	262 870	122 420	608 492		0	993 782
Årets ordinære avskrivninger	147 486	60 312	323 591		0	531 389
Årets nedskrivninger	295	0	12 415		0	12 710
Akkum. avskrivninger på avgåtte driftsmidler	11 473	338	0		0	11 811
Akkumulerte avskrivninger 31.12.04	399 178	182 394	944 498	0	0	1 526 070
Bokført verdi pr. 31.12.2004	687 287	276 563	5 873 972	596 040	3 470 319	10 904 181
- Herav bal. leieavtaler (fin. leasing)	45 795	2 100	0	0	0	47 895
- Herav ikke avskrivbar kunst		22 917				22 917
Estimert økonomisk levetid	3-15 år	3-15 år	10-60 år			
Avskrivningssatser	8,3 %	6,7 - 33,3 %	3,8 %			
Årets avskrivninger på åpningsbalansen	103 625	21 431	295 051		0	420 107

Finansiell leasing er benyttet som finansieringsform i forbindelse med kjøp av MR-maskiner v, lab.system, anesthesiapparat og angiolab ved St Olavs Hospital, Helse Nord-Trøndelag og Helse Sunnmøre, samt IT-utstyr ved Helse Midt-Norge RHF. Alle disse avtaler er inngått før 01.01.2004. Samlet restverdi pr. 31.12.2004 utgjør 47,9 mill. kroner og tilhørende forpliktelse er balanseført under langsiktig gjeld. Kontraktene har utløp i perioden 2006-2012.

Varige driftsmidler overtatt 01.01.2002 i forbindelse at spesialisthelsetjenesten ble overført fra fylkeskommunene til Staten ble verdsatt særskilt pr. 01.01.2002. Varige driftsmidler anskaffet anskaffen etter 01.01.2002 er ført i balansen til anskaffelseskost. Tilsvarende gjelder overtakelse av anleggsmidler i forbindelse med overtakelse av ansvaret for rusbehandling pr. 01.01.2004. Varige driftsmidler med levetid på tre år eller mer og kostpris på kr 50 000 eller mer balanseføres og avskrives.

Formell overføring av fast eiendom fra fylkeskommunene til helseforetakene er pr. 31.12.2004 gjennomført for alle eiendommene.

Større IT-utstyr er i forbindelse med etableringen av Hemit overført fra helseforetakene til det Helse Midt-Norge RHF på samme måte som immaterielle eiendeler.

Avskrivninger på anleggsmidler er gjennomført i henhold til foretakets avskrivningsplaner og god regnskapsskikk, og er fordelt lineært over antatt økonomisk levetid med utgangspunkt i historisk kostpris.

Helse Midt-Norge RHF inngikk i 2004 avtale med Orkdal Sanitetsforening om overtakelse av bygningsmassen ved sykehuset i Orkdal. Overtakelseessummen ble fastsatt ut fra takst foretatt i 2001. Ved innarbeidels av bygningene i Helse Midt-Norge RHF's balanse er det gjort fradrag for slit og elde i perioden fra takstering frem til overtakelse pr. 01.01.2004. Dette utgjør 12,4 mill. kroner og fremkommer i resultatregnskapet som nedskrivning av varige driftsmidler.

Note 11 Langsiktige byggeprosjekter (Beløp i 1000 kr)

Konsernet har flere store byggeprosjekt gående. Nedenfor følger en oppstilling over igangsatte og pågående prosjekter i 2004 med en totalt kostnadsramme som overstiger 50 mill. kroner.

Investeringsprosjekt	Foretak	Akkum. regnskap pr. 31.12.04	Akkum. regnskap pr. 31.12.03	Total kostnads- ramme	Prognose sluttsum	Avvik fra budsjett
St Olav/Helsebygg, byggefase 1	Helse Midt-Norge RHF	3 161 000	1 593 000	5 422 000	5 209 000	213 000
St Olav/Helsebygg, byggefase 2 (foreløpig ramme)	Helse Midt-Norge RHF	182 000	151 000	6 327 000	6 327 000	0
DPS Orkdal	St Olavs Hospital HF	52 465	13 233	64 000	68 000	-4 000
DPS Tiller	St Olavs Hospital HF	65 886	32 365	96 000	96 000	0
Sikkerhetsavd./psyk/rus/ tvungen omsorg	St Olavs Hospital HF	4 850	4 646	267 000	267 000	0
Byggetrinn 3 Levanger	Helse Nord-Trøndelag HF	90 427	58 768	122 532	122 532	0
DPS Stjørdal	Helse Nord-Trøndelag HF	9 570	4 025	79 500	79 500	0
BUP Levanger, byggetrinn 1	Helse Nord-Trøndelag HF	51 775	14 257	52 500	52 500	0
DPS Molde	Helse Nordmøre og Romsdal HF	39 383		120 000	120 000	0
Nytt kreftbygg	Helse Sunnmøre HF	235 816	181 474	264 815	264 815	0
BUP/VOP poliklinikk	Helse Sunnmøre HF	5 786	1 333	81 100	81 100	0
Ny barneavd. Ålesund sjukehus	Helse Sunnmøre HF	423	167	150 000	150 000	0
Vestmo, påkostn/nybygg rusinst.	Rusbehandling Midt-Norge HF	32 516	6 058	38 500	38 500	0
Veksthuset, påkostn/nygg rusinst.	Rusbehandling Midt-Norge HF	37 141	11 280	39 800	40 800	-1 000
Sum		3 969 038	2 071 606	13 124 747	12 916 747	208 000

DPS = Distrikopsykiatrisk senter, BUP = Barne- og ungdomspsykiatri, VOP = Voksenpsykiatri

Større byggeprosjekter er i hovedsak finansiert med øremerkede tilskudd til investeringer via kreftplan og opptrappingsplan for psykiatri og lån.

Finansiering av byggeprosjekter i regi av Helsebygg Midt-Norge er delvis finansiert av Helsedepartementet og delvis av Utdannings- og Forskningsdepartementet (UFD). UFDs andel av finansiering i fase 1 utgjør ca. 25 prosent og i fase 2 ca. 20 prosent. Dette representerer også NTNUs fremtidige eierandel i byggene ut fra de foreliggende planer ved utgangen av 2004. Inntil de enkelte bygningene er ferdigstilt blir all finansiering og kostnader ført i Helse Midt-Norge RHF's regnskap (v/Helsebygg Midt-Norge).

Aktiverte kostnader og bokførte tilskudd i Helsebygg Midt-Norge overføres til St. Olavs Hospital og NTNU sitt regnskap i henhold til avtalt eierforhold av den enkelte bygningen samtidig med overtakelse av ferdigstilte bygg og anlegg.

Note 12 Leasing-/leieavtaler – ikke balanseført (Beløp i 1000 kr)

Årlige leiekostnader knyttet til ulike leieavtaler og operasjonell leasing:

Helse Midt-Norge RHF		Avtale	Foretaksgruppen	
2003	2004		2004	2003
3299	7260	Husleieavtaler	46 045	35 298
0	0	Leie av med medisinskteknisk utstyr	4 980	2 821
132	2650	Leie av inventar, utstyr, transportmidler mv	28 220	17 294
0	0	Andre leieavtaler	5 976	4 679

Note 13 Universiteter og høyskolors rettigheter til arealer i helseforetak

Undervisning er en sentral del av helseforetakenes virksomhet. Dette gjelder særlig for St. Olavs Hospital HF, og innebærer at foretaket stiller arealer til disposisjon til Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet (NTNU) og Høgskolen i Sør-Trøndelag (HIST).

Arealer disponert av NTNU og HIST er:

Disponert av NTNU:	8 400 kvm	(herav er 830 kvm bruksrett, resten leie)
Disponert av HIST:	1 000 kvm	(leie)

Avtalene er i hovedsak inngått i perioden 1993 til 1996, og de har varighet på omkring 10-15 år med visse muligheter for forlengelse.

Note 14 Datterforetak og tilknyttede selskap (Beløp i 1000 kr)

Datterforetak (som konsolideres)	Forretnings- kontor	Eier- andel	Stemme- andel	Prinsipp for innarb. av andel	Innskutt verdi 31.12.04	Bokført egenkap. 31.12.04	Bokført verdi 31.12.04	Ned- skrivn. 2004
Helse Nord-Trøndelag HF	Levanger	100 %	100 %	Konsolidert	1 472 779	1 263 277	1 263 277	76 765
St. Olavs Hospital HF	Trondheim	100 %	100 %	Konsolidert	2 251 201	1 470 344	1 470 344	317 805
Helse Sunnmøre HF	Ålesund	100 %	100 %	Konsolidert	1 927 437	1 689 572	1 689 572	100 436
Helse Nordmøre og Romsdal HF	Molde	100 %	100 %	Konsolidert	1 091 158	824 109	824 109	93 361
Sykeh.apotekene i Midt-Norge HF	Trondheim	100 %	100 %	Konsolidert	21 912	42 462	42 462	0
Rusbehandling Midt-Norge HF	Stjørdal	100 %	100 %	Konsolidert	78 121	69 753	69 753	8 368
Tr.lag Ortopediske Verksted AS	Trondheim	100 %	100 %	Konsolidert	5 112	5 610	7 100	
Bokført verdi pr. 31.12.2004					6 847 720	5 365 127	5 366 617	596 735

Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF ble oppløst pr. 01.01.2004. Virksomheten i foretaket er overført til St. Olavs Hospital HF fra samme dato.

Rusbehandling Midt-Norge HF ble stiftet i januar 2004. Virksomheten Trøndelag Ortopediske Verksted ble kjøpt fra Sør-Trøndelag fylkeskommune av St. Olavs Hospital HF i 2004. I april 2004 ble aksjeelskapet Trøndelag Ortopediske Verksted stiftet.

Investeringer i datterforetakene er vurdert til bokført egenkapital. Datterforetakene hadde i perioden 2002-2004 store underskudd. Det er knyttet stor usikkerhet til om og når disse underskuddene vil bli dekket med tilsvarende overskudd. Investeringen til Helse Midt-Norge RHF i helseforetakene er derfor skrevet ned tilsvarende underskuddene 2004. Verdien på investeringer i datterforetak er skrevet ned med totalt 597 millioner kroner.

Tilknyttede selskaper	Forretnings- kontor	Eier- andel	Stemme- andel	An- skaffelses- kost	Bokført verdi 31.12.04	Foretakets bokførte egenkap. 31.12.04	Foretakets års- resultat 2004
Helseforetakenes Innkjøpservice AS	Vadsø	20 %	20 %	100	100	1 199	702
Helseforetakenes nasjonale Luftambulansetjeneste ANS	Bodø	20 %	20 %	3495	3 495	25 384	7 910
Norsk Helsenett AS	Trondheim	20 %	20 %	7500	7 500	34 863	-2 623

Helseforetakenes Innkjøpservice AS (HINAS) ble stiftet 09.05.2003, og eies med 20 prosent av hver av de fem regionale helseforetakene. Hver region har overført 1 mill. kroner til selskapet i 2003 til dekning av oppstartskostnader.

Helseforetakenes nasjonale Luftambulansetjeneste ANS (Luftambulansen ANS) ble stiftet 16.01.2004. De regionale helseforetakene eier 20 prosent hver. Selskapskapital på kr 200 000,- ble innbetalt i 2003. I 2004 er det overført tingsinnskudd til en verdi på kr 3 294 866,-.

Norsk Helsenett AS ble stiftet 1 oktober 2004, og eies sammen med de andre regionale helseforetakene. Hver region eier 1000 akser a pålydende kr 1 000. Innbetalt aksjekapital på 7,5 mill. kroner er inkludert overkurs.

Investeringer i tilknyttede selskaper er bokført til kostpris, og er ikke innarbeidet i Helse Midt-Norges resultatregnskap og balanse.

Note 15 Aksjer og andeler i andre selskaper

Egenkapitalinnskudd i KLP er bokført med henholdsvis 0,997 mill. kroner og 158,262 mill. kroner som andel i selskap for morforetaket og konsernet.

Det samlede egenkapitalinnskuddet i KLP blir fordelt på kundene i forhold til de enkelte kunders andel av de totale pensjonsforpliktelsene. Egenkapitalinnskuddet blir utbetalt kun hvis konsernet flytter sin pensjonsordning fra KLP. Egenkapitalinnskuddet i KLP er bokført iht kostprinsippet. Det vil si at det normalt vil være inn- og utbetalinger som skal påvirke størrelsen på innskuddet. Forsikringsvirksomhetsloven ble endret fra 1. januar 2004 slik at fripolisere skal inngå ved flytting. Egenkapitalinnskuddet knyttet til disse fripolisene er dermed balanseført fra og med 2004. Endringen er ført mot annen egenkapital i 2004.

Foretaksgruppen Helse Midt-Norge eier 1/3 av selskapet Medtech Trondheim AS som ble stiftet 12.10.2004 med en aksjekapital på kr 102 000,-. Aksjene er fordelt med 16,67 prosent på Helse Midt-Norge RHF og 16,67 prosent på St. Olavs Hospital HF. Selskapet hadde et overskudd på kr 29 709,- i 2004 og en bokført egenkapital på kr 131 709,- pr. 31.12.2004.

Note 16 Mellomværende med selskaper i samme konsern (Beløp i 1000 kr)

Totaloversikt over mellomværende med datterforetakene	31.12.04	31.12.03
Langsiktig fordring	524 629	188 804
Kundefordringer	15 597	9 209
Andre fordringer	1 980	7 916
Langsiktig gjeld	-106 349	-124 324
Leverandørgjeld	-8 054	-6 869
Annen kortsiktig gjeld	0	-27 308
Sum	427 803	47 428

Med unntak av morforetakets kjøp av helsetjenester, jf. note 3 var internt salg og kjøp mellom helseforetakene på 426,6 mill. kroner i 2004 mot 269,8 mill. kroner i 2003.

Note 17 Bundne bankinnskudd (Beløp i 1000 kr)

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2003	2004		2004	2003
5 648	6 247	Bankinnskudd bundet til dekning av skattetrekk	242 071	221 201
0	0	Pasientmidler	5 575	5 214
		Depositum	216	240
5 648	6 247	Sum bundne midler	247 646	226 415

Helseforetakene har egne bankkonti hvor midler vedrørende fonds og gavekonti er satt av. Disse midlene er en del av foretakenes disponible likviditet, men blir behandlet som om det var bundne midler. Det finnes ikke slike konti i morforetaket.

Bevilget kassekreditt for Helse Midt-Norge pr. 31.12.2004 var 800 mill. kroner.

Note 18 Gjeld med forfall senere enn 5 år (Beløp i 1000 kr)

Foretaksgruppen	31.12.04	31.12.03	Forfall	Forfall	Forfall
			5-10 år	10-15 år	15-20 år
Langsiktig gjeld (HOD)	2 206 833	1 080 078	68 434	68 434	68 434
Langsiktig gjeld (OSF)	129 955				
Finansiell leasing	49 868	61 569	9 291	0	0

Helse Midt-Norge RHF	31.12.04	31.12.03	Forfall	Forfall	Forfall
			5-10 år	10-15 år	15-20 år
Langsiktig gjeld	2 206 833	1 080 078	68 434	68 434	68 434
Langsiktig gjeld (OSF)	129 955				
Gjeld til datterforetakene	106 349	124 324	0	0	0
Finansiell leasing	2 108	4 782	0		

Helse Midt-Norge RHF (mor) har tatt opp 2,156 mill. kroner i lån hos Helse- og omsorgsdepartementet i perioden ultimo 2002-2004. Lånene skal avdras over 20 år, og første avdrag ble betalt 30.06.04. Inkludert i total gjeld til Helsedepartementet inngår kapitaliserte renter på 57,8 mill. kroner. Renten fastsettes av Finansdepartementet på basis av statens innlånskostnader i markedet med et tillegg på 0,4 prosentenheter. Første halvår 2004 var renten 3,06 prosent og i andre halvår 2,34 prosent. Helse Midt-Norge har pr. tiden en flytende rente på 2,22 prosent for første halvår 2005.

Lånemidlene er i forbindelse med finansiering av større investeringsprosjekter er i noen grad lånt ut til datterforetakene i foretaksgruppen. Det vesentligste av lånet er forbeholdt finansiering av nye St. Olavs Hospital via Helsebygg.

Av hensyn til finansiering av store investeringsprosjekter ble deler av basisrammen i 2002 og 2003 likviditetsmessig fordelt på annen måte den inntektsmessige fordelingen mellom helseforetakene. Som følge av dette har Helse Midt-Norge RHF en fordring på Helse Sunnmøre HF og Helse Nord-Trøndelag HF, mens Helse Nordmøre og Romsdal HF og St. Olavs Hospital HF har en fordring på Helse Midt-Norge RHF. Avdragstid knyttet til dette mellomværende er ikke avtalt. Dette mellomværende er på 75,4 mill. kroner pr. 31.12.2004. I forbindelse med samordning av IT-tjenestene i regionen ble anleggsmidler innenfor området overført fra helseforetakene til HEMIT. HEMIT har som følge av denne overføringen en langsiktig gjeld på 28,8 mill. kroner til datterforetakene pr. 31.12.2004.

Helse Midt-Norge RHF inngikk i 2004 en avtale med Ordal Sanitetsforening (OSF) om kjøp av bygninger ved Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus. Kjøpesummen er satt til 132 mill. kroner. Finansiering av kjøpet er ikke avklart og kjøpet er inntil videre balanseført som kjøp på avbetaling. St. Olavs Hospital har nedbetalt vel 2 mill. kroner på dette lånet.

Note 19 Garantiansvar

I forbindelse med sykehusreformen overtok Helse Midt-Norge RHF (mor) fylkeskommunenes garantiforpliktelser innenfor spesialisthelsetjenesten. Opprinnelig beløp på de lånene Helse Midt-Norge står som garantist for er på 73,8 mill. kroner. Herav gjelder 64,3 mill. kroner Lukas Stiftelsen, restgjeld på disse lånene var pr. 31.12.04 på 31,5 mill. kroner mot 33,9 mill. kroner pr. 31.12.2003.

Note 20 Usikre forpliktelser (Beløp i 1000 kr)

Overlegepermisjoner

Overordnede leger og spesialister har avtalefestet rett til fire måneder studiepermisjon hvert femte år. Under permisjonen mottar overlegene lønn. Lønnen kostnadsføres og avsettes som langsiktig forpliktelse etter hvert som retten opparbeides. Uttakstilbøyelighet varierer både mellom foretakene, og de enkelte avdelingene hos foretakene. Ordningen er ikke aktuell for morforetaket.

	31.12.04	31.12.03
Avsatte midler til dekning av framtidige studiepermisjoner	97 857	99 547

To foretak har fått pålegg om å skifte ut lysarmaturer som inneholder PCB. Kostnadene er estimert til ca. 8 mill. kroner og er tatt inn regnskapet for 2004.

Note 21 Betingede utfall

Pasienthotellet ble overført fra Helsebygg til St. Olavs Hospital høsten 2004. Av balanseført tilgang 2004 er overtatte verdier Pasienthotellet på driftsløsøre kr 13 459, og bygg kr 166 145. Av dette vil kr 8 943 bli refundert vedrørende fradragsberettiget inngående merverdiavgift, fordelt på bygg kr 8 426 og utstyr kr 517.

Dersom Høyesterett skulle komme til et annet resultat enn Frostating Lagmannsrett i dommen vedrørende Porthuset AS, vil ytterligere et krav bli gjort gjeldende for refundert fradragsberettiget inngående merverdiavgift. Den balanseførte tilgangen vil da bli redusert med kr 21 521 fordelt på bygg med kr 20 216 og utstyr med kr 1 305.

Note 22 Årets skattekostnad (Beløp i 1000 kr)

	2004	2003
Resultatført skatt på ordinært resultat:		
Betalbar skatt	124 820	
Endring i utsatt skatt / utsatt skattefordel	137 888	
Skattekostnad ordinært resultat	262 708	
Betalbar skatt i årets skattekostnad:		
Ordinært resultat før skatt	871 991	
Endring i midlertidige forskjeller	(492 458)	
Permanente forskjeller	66 255	
Grunnlag betalbar skatt	445 788	
Betalbar skatt i årets skattekostnad	124 820	
Betalbar skatt i balansen:		
Betalbar skatt på årets resultat	124 820	
Skyldig ilignet skatt fra tidligere år		
Sum betalbar skatt i balansen	124 820	

Skatteeffekten av midlertidige forskjeller og underskudd til fremføring som har gitt opphav til utsatt skatt og utsatte skattefordeler, spesifisert på typer av midlertidige forskjeller.

	IB	2004	Endring
Driftsmidler inkl.forr.verdi	-	232 482	(232 482)
Utestående fordringer	-	87 432	(87 432)
Pensjonspremie			
/- forpliktelser	(2 461 808)	(2 289 264)	(172 544)
Grunnlag for beregning av utsatt skatt	(2 461 808)	(1 969 350)	(492 458)
Anvendt skattesats:	28 %		
Utsatt skatt/ utsatt skattefordel:	(689 306)	(551 418)	(137 888)

Note 23 Egenkapital (Beløp i 1000 kr)

Helse Midt-Norge RHF	Innskutt egenkapital			Opptjent egenkapital	Sum
	Foretaks-kapital	Strukturfond	Annen innskutt egenkapital	Annen egenkapital	
Bokført egenkapital 31.12.2003	100		6 761 403	-785 053	5 976 450
Virksomhetsoverføring/tingsinnskudd			138 375		138 375
Feil i tidligere års regnskap			-149 051	8 502	-140 549
Årets resultat				-622 187	-622 187
Egenkapitaltransaksjoner				78	78
Egenkapital 31.12.2004	100	0	6 750 727	-1 398 660	5 352 167

Foretaksgruppen	Innskutt egenkapital			Opptjent egenkapital	Sum
	Foretaks-kapital	Strukturfond	Annen innskutt egenkapital	Annen egenkapital	
Bokført egenkapital 31.12.2003	100	505 745	6 166 803	-646 283	6 026 365
Virksomhetsoverføring/tingsinnskudd			138 375		138 375
Feil i tidligere års regnskap			-149 051	8 502	-140 549
Årets resultat		-38 678		-609 917	-648 595
Egenkapitaltransaksjoner			2 146	12 184	14 330
Egenkapital 31.12.2004	100	467 067	6 158 273	-1 235 514	5 389 926

I forbindelse med statens overføring av ansvaret for rusbehandling til de regionale helseforetakene ble det overført anleggsmidler, forpliktelse mv til en nettoverdi på 78,021 mill. kroner som tingsinnskudd pr. 1.1.2004.

Helse Midt-Norge RHF inngikk en kjøpsavtale med Orkdal Sanitetsforening (OSF) om kjøp av sykehuset i Orkdal i 2004, jf. note 10. Deler av bygningsmassen overtas uten vederlag. Dette har sammenheng med Sør-Trøndelag fylkeskommunes (STFK) tidligere finansiering av investeringer ved sykehuset, og opprinnelig avtale mellom OSF og STFK i den forbindelse. Dette var en rettighet som Helse Midt-Norge overtok i forbindelse med sykehusreformen, og overtakelsen er bokført som realisering av tingsinnskudd. Tingsinnskuddet er verdsatt til 57,059 mill. kroner pr. 01.01.2004.

Ansvar for luftambulansen ble overført til de regionale helseforetakene fra 01.01.2004. Anleggsmidler verdsatt til 3,295 mill. kroner ble overført til Helse Midt-Norge RHF i den forbindelse. Anleggsmidlene er i sin helhet videreført som tingsinnskudd i Luftambulansen ANS, jf. note 14.

Endring i verdien på egenkapitalinnskuddet KLP er ført mot annen egenkapital, jf. note 15.

Feil i tidligere års regnskap har sammenheng mellom feilklassifisering mellom egenkapital og andre avsetninger og forpliktelser i St. Olavs Hospital sitt regnskap i 2003.

Note 24 Korrigert resultat (Beløp i 1000 kr)

Årsresultatet skal korrigeres for avskrivninger som skyldes høyere verdi på overtatte anleggsmidler og kortere avskrivningstider på anleggsmidler enn forutsatt av eier.

	Helse Midt-Norge RHF	Foretaksgruppen
Resultat iht årsregnskapet	-622 187	-648 595
Disponert fra strukturfondet		38 678
Avskrivninger som skyldes kortere levetid enn forutsatt av eier	5 431	111 684
Korrigert resultat iht eiers målkrav	-616 756	-498 233

Note 25 Kontantstrømoppstilling 2004 (Beløp i 1000 kr)

	Helse Midt-Norge RHF	Foretaksgruppen
Driftskostnader som ikke har kontantstrømvirkning		
Overtagelse Trondsløtten Habiliteringssenter vederlagsfritt, herunder overtatt pensjonsforpliktelse		-4 034
Korreksjon varelager OSS		1 709
Korreksjon prosjekt ført mot EK		1 148
Korreksjon manglende inntektsføring av tilskudd bygninger overtatt fra Helsebygg 2002 og 2003		7 354
Drift	0	6 177
Investeringer som ikke har kontantstrømvirkning		
Korreksjon fra egenkapital til tilskudd vedr. bygninger overtatt fra Helsebygg 2002 og 2003		-150 760
Korreksjon egenkapital vedr egenkapitalinnskudd KLP/fripolisering	-78	-12 184
Investeringer	-78	-162 944

Note 26 Eierinformasjon

Helse Midt-Norge RHF er 100 prosent eiet av Staten v/Helsedepartementet.



KPMG AS

Fjordgata 68
N-7010 Trondheim

Telephone +47 73 80 21 00
Fax +47 73 80 21 20
www.kpmg.no
Enterprise NO 935 174 627 MVA

Til foretaksmøtet i Helse Midt-Norge RHF

REVISJONSBERETNING FOR 2004

Ledelsens ansvar og revisors oppgave

Vi har revidert årsregnskapet for Helse Midt-Norge RHF for regnskapsåret 2004, som viser et underskudd på kr 622 187 000 for morforetaket og et underskudd på kr 648 595 000 for foretaksgruppen. Vi har også revidert opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til dekning av underskuddet. Årsregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømoppstilling, noteopplysninger og konsernregnskap. Årsregnskapet og årsberetningen er avgitt av foretakets styre og administrerende direktør. Vår oppgave er å uttale oss om årsregnskapet og øvrige forhold i henhold til revisorlovens krav.

Grunnlag for vår uttalelse

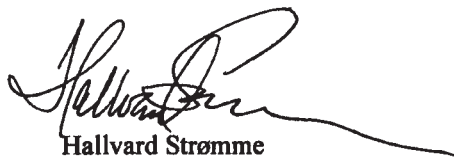
Vi har utført revisjonen i samsvar med revisorloven og god revisjonsskikk i Norge. God revisjonsskikk krever at vi planlegger og utfører revisjonen for å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon. Revisjon omfatter kontroll av utvalgte deler av materialet som underbygger informasjonen i årsregnskapet, vurdering av de benyttede regnskapsprinsipper og vesentlige regnskapsestimer, samt vurdering av innholdet i og presentasjonen av årsregnskapet. I den grad det følger av god revisjonsskikk, omfatter revisjon også en gjennomgåelse av foretakets formuesforvaltning og regnskaps- og intern kontrollsystemer. Vi mener at vår revisjon gir et forsvarlig grunnlag for vår uttalelse.

Uttalelse

Vi mener at

- årsregnskapet er avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir et uttrykk for foretakets og foretaksgruppens økonomiske stilling 31. desember 2004 og for resultatet og kontantstrømmene i regnskapsåret i overensstemmelse med god regnskapskikk i Norge
- ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god regnskapskikk
- opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og dekning av underskuddet er konsistente med årsregnskapet og er i samsvar med lov og forskrifter.

Trondheim, 17. juni 2005
KPMG AS



Hallvard Strømme
Statsautorisert revisor

Årlig melding 2005

Helse Midt-Norge RHF

8. februar 2005

INNHold

1	Økonomi og aktivitet 2004	4
2	Ivaretagelse av ”sørge for”-ansvaret	4
2.1	Pasientbehandling	4
2.1.1	Kvalitet i tjenesten.....	4
2.1.2	Brukermedvirkning	6
2.1.3	Særlig prioriterte områder	7
2.1.4	Strategiske tiltak innen pasientbehandlingen	9
2.2	Utdanning	10
2.3	Forskning	10
2.4	Opplæring av pasienter og pårørende	11
3	Ivaretagelse av eier- og ledelsesfunksjoner	11
3.1	Organisasjon og ledelse	11
3.1.1	Lederutvikling	11
3.1.2	Informasjons- og kommunikasjonsteknologi	11
3.1.3	Åpne styremøter	12
3.1.4	Kompetanse og rekruttering	12
3.1.5	Effektivisering og utvikling	13
3.1.6	Lønn og resultat.....	13
3.1.7	Helse Miljø og sikkerhet	13
3.1.8	Juridisk rammeverk og arbeid med intern kontroll	13
3.1.9	Grønn stat	13
3.2	Økonomiske prestasjonskrav	14
3.2.1	Kostnadseffektivisering.....	14
3.2.2	Overordnede systemer/modeller.....	15
4	Private aktører	15
5	Luftambulansetjenesten (ANS)	15
5.1	Oppgaver i 2004	15
5.2	Aktivitet/produksjon i 2004	16
5.3	Utvikling videre	16
6	Overordnet strategi	17
6.1	Mål for pasientbehandling og opplæring	17
6.2	Mål for organisasjon og ledelse	18
6.3	Mål for forskning	18
6.4	Mål for økonomi	18
6.5	Konkretisering av ”sørge for”-ansvaret	19
6.6	Bruk av private sykehus og laboratorier	19
7	Hovedoppgaver	20
7.1	Pasientbehandling	20
7.1.1	Behov, kapasitet og prioriteringer	20

7.1.2	Fremtidig sykehusstruktur og lokalsykehus	22
7.1.3	Utvikling av tilbudet til brukerne	22
7.1.4	Rehabilitering og habilitering.....	23
7.1.5	Psykisk helsevern	24
7.1.6	Tverrfaglig rusbehandling	25
7.1.7	Samhandling og desentralisering.....	25
7.1.8	Brukermedvirkning	25
7.2	Utdanning av helsepersonell	26
7.3	Forskning	26
7.4	Opplæring av pasienter og pårørende	26
7.5	Organisasjon og ledelse	27
7.5.1	Ledelsesutvikling	27
7.6	Økonomistyring og effektivisering	28
7.6.1	Kostnadseffektivisering.....	28
7.6.2	Overordnede systemer og modeller.....	29
8	Ressursbehov	30

Rapport 2004

1 Økonomi og aktivitet 2004

Den økonomiske situasjonen i 2004 har vært krevende. I 2003 hadde Helse Midt-Norge et årsresultat på -554 millioner kroner. I 2004 budsjetterte Helse Midt-Norge med et underskudd på 560 millioner kroner, men da med avskrivninger ca 100 mill kroner lavere enn i 2003. Foreløpig regnskapsresultat viser et resultat i tråd med budsjett.

Akkumulerte aktivitetsdata fra helseforetakene for 2004 og 2003.

Akkumulert pr desember 2004					Akk pr des 03	Endring 2003-2004
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Faktisk	%
Somatikk						
DRG-poeng	147 712	146 808	904	0,6 %	146 135	1,1 %
Polikliniske konsultasjoner	610 984	583 257	27 727	4,5 %	605 903	0,8 %
Psykatri						
Polikliniske konsultasjoner	162 456	161 652	804	0,5 %	157 144	3,4 %

Aktivitetsutviklingen viser at den relativt sterke veksten i 2003 har avtatt betydelig i 2004. Faktisk aktivitet i helseforetakene målt i DRG-poeng er i tråd med budsjett, mens det er kjøpt noe mer enn budsjettert fra private aktører. Polikliniske konsultasjoner somatikk ligger godt over budsjett, mens det innen psykiatri har vært poliklinikkaktivitet i henhold til plan.

2 Ivaretagelse av "sørge for"-ansvaret

Helse Midt-Norge anser at det i 2004 er gjort vesentlige fremskritt når det gjelder ivaretagelse av "sørge for"-ansvaret innenfor pasientbehandlingen for regionens befolkning. Ventetidene er redusert, og det er etablert kvalitativt bedre tilbud til flere pasientgrupper; dette gjelder bl.a. kreftbehandling, behandling av akutt hjerteinfarkt og pasienter med sykelig overvekt. Det er fortsatt store utfordringer bl.a. når det gjelder prioritering av pasienter og å utvikle bedre samhandling med primærhelsetjenesten.

2.1 Pasientbehandling

2.1.1 Kvalitet i tjenesten

Ventelister

I løpet av 2004 ble den gjennomsnittlige ventetid for ventende ved Helse Midt-Norges helseforetak redusert med 23 prosent fra 109 til 84 dager. Antall ventende ble redusert ubetydelig – fra 33192 til 32985, tilsvarende 0,6 prosent. Målene for forbedring av

ventelistesituasjonen i 2004 ble ikke nådd. For somatikken var resultatkravet til helseforetakene å halvere antall med ventetid over 120 dager. Resultatet ble 18 prosent reduksjon. For psykisk helsevern er målet at ingen skal vente over 3 mnd, i 2004 ble antallet med mer enn 3 mnd. ventetid redusert med 9 prosent fra 527 til 478. Det er fortsatt behov for målrettet arbeid og økt innsats for å redusere ventetidene. Dette gjelder alle omsorgsnivå, alle fagområder og alle helseforetak, selv om det var variasjoner.

Prioritering

Helse Midt-Norge arrangerte i 2004 flere regionale seminar for å følge opp endringene i pasientrettighetsloven, med vekt på individuelle behandlingsfrister og prioritering, og har utarbeidet et system til hjelp for helseforetakene i oppfølgingen av disse endringene. Helse Midt-Norge har i 2004 deltatt i et samarbeid med de øvrige regioner om operasjonalisering av prioriteringsforskriften. Dette arbeidet er ikke slutført.

Kvalitet og metodevurdering

Helse Midt-Norge RHF utarbeidet en plan for kvalitetsutvikling i foretaksgruppen. Planen beskriver grunnleggende rammeverk for å kommunisere kvalitetsbegrepet. Videre inneholder planen krav til systemer for kvalitetsstyring. Systemene omfatter innsats på de områder som på ulike måter påvirker HMNs evne til å levere kvalitet. Det er beskrevet hvilke oppgaver som er tillagt RHF og hva som skal gjennomføres på helseforetaksnivå. Planen har langsiktig perspektiv, men på noen områder er det definert krav til framdrift og slutføring. Planen ble vedtatt i det regionale styret i april 2004

Helse Midt-Norge har hatt som mål å oppfylle krav til innrapportering av kvalitetsindikatorer, men har ikke lyktes i å løse begrensinger som ligger i den teknisk infrastrukturen. For de indikatorene som er rapportert viser helseforetaksgruppen samlet noe varierende kvaliteter. Det arbeides kontinuerlig med å sikre forbedring av resultater. Tabellen nedenfor viser kvalitetsindikatorer per sykehus for 2004.

Kvalitetsindikatorer. Somatikk 2. tertial 2004. BUP 1. tertial (Kilde: NPR)

	Volda	Åles.(1)	Molde	Kr.sund	OSS	StO	Levan	Nams
Barne og ungdomspsykiatri								
▪ Epikrisetid %	80,4	60,2	55,7	ikke data		42,9	48,2	25,0
▪ Andel diagnose %	3,4	12,7	55,9	12,0		41,6	14,8	23,1
▪ Ventetid første kons. (2)	35	84	44	ikke data		68	53	50
Somatikk								
▪ Korridorpasienter %	1,3	2,5	2,2	0,8	1,2	3,9	3,1	2,3
▪ Lårhals %	ikke data	ikke data	96,1	90	92,3	81,1	ikke data	ikke data
▪ Epikrisetid %	31,0	35,5	38,7	40,8	55,3	25,6	ikke data	ikke data
▪ Keisersnitt %	15,8	11,1	18,0	20,3	15,7	14,4	18,5	17,6
▪ Tykktarm	5	610	19	20	77	222	101	47
▪ Strykninger%	3	9	7	12	1	11	7	ikke data
▪ Individuell plan (barnhab)%	ikke data	22	ikke data	ikke data	ikke data	ikke data	38	ikke data

1) ikke UPA-Ålesund, 2) median

Indikatorer , 2 tertial 2004 (Kilde: NPR)

Psykisk helsevern, voksne	Ålesund psyk	Ålesund DPS	Volda DPS	Molde psyk	Molde DPS	St.Olavs psyk	Leistad DPS	Tiller DPS	Orkdal DPS	Levanger psyk	Stjørdal DPS	Namsos psyk	Kolvereid DPS
▪ Ventetid (1)	17	32	14	21	32	26	38	104	63	20	6,5	19,5	8,5
▪ Korridorpas (2)	126	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
▪ Tvang (total)%	19	-	-	17	-	20	4	-	3	3	8	10	15
▪ Epikrise %	Ikke godkj format					31	Ikke godkj format						

1) med rett til behandling, median 2) antall i 2.tertial

Helse Midt-Norge har valgt det regionale hjerteinfarktsregisteret som regionens bidrag til nasjonalt kvalitetsregister. Arbeidet med å gjøre hjerteinfarktsregisteret klart for nasjonal innrapportering er i gang. I 2004 har den tekniske programvare for å registrere data i registeret gitt prioritet.

Helse Midt-Norge RHF utarbeidet, med bakgrunn av grunnlagsdata fra Kreftregisteret og NPR og i dialog med kirurger i regionen en plan for kreftkirurgi i foretaksgruppen. Planen la særlig vekt på å sikre at volumene i hvert sykehus skulle være tilstrekkelig til å opprettholde kompetanse og trening, og at kirurgien ikke ble utført uten tilstrekkelig kompetanse i støttetjenestene.

Planen ble vedtatt i det regionale styret i juni 2004. Det enkelte tiltak var planlagt gjennomført så snart det praktisk lot seg gjennomføre

I 2004 ble det vedtatt et nytt behandlingsopplegg for pasienter med akutt hjerteinfarkt, basert på PCI. Dette er nærmere omtalt i plandokumentet.

2.1.2 Brukermedvirkning

Brukerutvalgene deltar i planlegging og utvikling av tjenestetilbud ved alle helseforetak i regionen. Utvalgene er bredt sammensatt av medlemmer fra brukerorganisasjonene, eldrerådene o.a. Administrerende direktør er medlem. Regionalt brukerutvalg, brukerutvalgene ved Helse Nord-Trøndelag, Helse Nordmøre og Romsdal og Helse Sunnmøre har medlemmer med tilknytning til Eldrerådet. Utvalgene har regelmessige møter og referater finnes på helseforetakenes hjemmesider.

Gjennomførte aktiviteter for å tilrettelegge for brukermedvirkning på regionalt nivå

- Regionalt brukerutvalg gjennomførte 7 dags møter i 2004.
- Medlemmer i regionalt brukerutvalg deltar i arbeids- og prosjektgrupper i Helse Midt-Norge RHF og oppnevner brukerrepresentanter til slikt arbeid.
- Årsmelding fra Regionalt brukerutvalg viser mer detaljert aktivitet (www.helse-midt.no).
- Det ble holdt to konferanser for brukerutvalgene i regionen (å to dager). Hensikten er å bygge nettverk mellom brukerutvalgene, drøfte felles saker og gi råd til ledelsen i Helse Midt-Norge.
- Helse Midt-Norge RHF arrangerte en dag med lederopplæring for ledere i brukerutvalgene, og en dag med "kurs i mediekontakt" for regionalt brukerutvalg og ledere i de andre brukerutvalgene.
- Regionalt brukerutvalg har etablert nyhetsbrevet "Brukerperspektiv" og egne pressemeldinger i 2004.

- Medlemmer i regionalt brukerutvalg deltar ca 2 ganger per år i møter med helseforetakenes brukerutvalg for gjensidig informasjonsutveksling.
- Det ble tildelt kr 4 mill. i tilskudd til brukerorganisasjoner, incestsenter og Amatheia i 2004.

Kontakt med styret

Saker til styret blir gjennomgått av regionalt brukerutvalg. Utvalgets synspunkt blir formidlet til styret. Representanter fra regionalt brukerutvalg er til stede i styremøter. I 2004 ble "Brukerutvalgets time" etablert: To ganger årlig tar Regionalt brukerutvalg opp saker som de ønsker å formidle eller drøfte med styret.

Brukererfaringsundersøkelser

Alle helseforetak har utarbeidet forbedringstiltak på basis av resultatene fra brukerundersøkelsen i 2003. I tillegg er det gjennomført undersøkelser i samsvar med nasjonal plan for brukerundersøkelser.

2.1.3 Særlig prioriterte områder

Opptrappingsplan for psykisk helse

Arbeidet med å oppfylle opptrappingsplanens målsettinger har høy prioritet. Struktur for DPS og sykehusstilbudene er vedtatt i handlingsprogram for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge. Investeringsiltakene for 2004 er i rute. DPS-Orkdal er fullført og åpnet. BUP- Levanger er tatt i bruk. De øvrige prosjektene følger i hovedtrekk de oppsatte planer. Det er ikke lagt ned døgnplasser i regionen i 2004.

Utbyggingsplanene for "Psykiatrisenteret" ved St.Olavs Hospital HF fikk ikke tildelt økonomiske midler i statsbudsjettet for 2005. Det vil kreve en ny gjennomgang av de planer som foreligger.

I regionen jobbes det aktivt for å bygge opp gode tjenester i de distriktpsikiatriske sentrene. RHF og fagmiljøene i Midt-Norge har bla deltatt med representanter i Sosial- og helsedirektoratet DPS-samlingen som særlig legger vekt på faglig innhold.

Det regionale tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelsene er operativt. Det regionale spesialiserte teamet har koordinerende funksjon i det regionale og det nasjonale kompetansenettverket. Det er stor etterspørsel etter tjenestener fra det regionale teamet og sengeposten i sykehuset Levanger.

Tilbudet til pasienter med rusproblemer og psykiske problemer er under utredning av en gruppe med representanter fra psykisk helsevern. Plan har vært til høring. For øvrig vises til kapittelet om rus.

Helse Midt-Norge har fokus på tvangsbruk. Helse Midt-Norge registrerer på bakgrunn av SINTEF- rapport at tvangsbruken i HMN varierer. Denne kunnskapen vil kreve en gjennomgang med fagmiljøene. I 2004 ble det etablert en nasjonal gruppe på området for psykisk helse. Gruppen ledes av Helse Øst og Helse Midt-Norge skal delta i arbeidet.

Helse Midt-Norge har ikke lyktes med å nå målsettingen om å levere gode pasientadministrative data (NPR-2003). En grundig gjennomgang for å finne løsninger er iverksatt i 2004. Det iverksettes IT-tekniske tiltak for å kunne levere data i riktig format (Xml) og tiltak for å bedre kvalitet i innregistreringsprosessen.

Helse Midt-Norge viser også til de ”tertialvise arbeidsmøter” vedrørende psykisk helsevern

Kreftbehandling og kreftomsorg

Helse Midt-Norge vedtok i 2004 plan for funksjonsfordeling av kreftkirurgi, bl.a. for å sikre tilstrekkelige pasientvolum for de sykehus som skal utføre de ulike inngrep. De deler av planen som ikke er allerede er gjennomført, skal følges opp i 2005.

Ny kreftavdeling i Helse Sunnmøre er ferdigstilt og tatt i bruk for poliklinisk behandling. Ny sengepost tas i bruk høsten 2005.

St. Olavs Hospital og Trondheim kommune samarbeider om av lindrende behandling til pasienter på Havstein sykehjem.

Prosjektet Kompetansenettverk Nordmøre (Samarbeid mellom kommunene Kristiansund, Aure, Averøy, og Frei og Helse Midt-Norge) er i ferd med å etablere lindrende behandling i kommunene. Helse Midt-Norge har satt av midler for å evaluere prosjektet.

Fødetilbudet/nyfødt tilbudet

Helse Midt-Norge har etablert en regional perinatalkomité i tillegg til en komité i Trøndelag og en i Møre og Romsdal

Alle Helseforetak har tilbud om differensiert fødetilbud i form av prosedyrer pasientforløp/ kompetanse ved henholdsvis normale og kompliserte fødsler, For tiden føder kvinner fra Ørlandet på St. Olavs Hospital eller på Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus i påvente av at Ørlandet kommune dokumenterer at tilbudet ved fødestuen er faglig forsvarlig. Fødestuen på Oppdal er nedlagt.

Rehabilitering og habilitering

HMN viderefører støtten til Doman-trening for 6 barn. HMN har inngått avtale med 6 opptreningsinstitusjoner innenfor regionen om levering av tjenester i tråd med sentrale føringer. Styret for HMN har vedtatt handlingsprogram for rehabilitering og habilitering og har startet implementering av planen gjennom øremerket bevilgning på 18 mill kroner (fordelt mellomhabilitering barn-unge og voksne og rehabilitering)

Samarbeidsorganet HMN/NTNU har bevilget stipend innen området, samt 3 mill kroner til akademiske stillinger innenfor områdene. Området er tildelt 9 nye legestillinger(hjemler fra NR). Det er etablert et nasjonalt samarbeidsforum innen områdene mellom RHF-ene (ledes av helse Øst).

Tilbudet til rusmiddelmissbrukere

For å ivareta ”sørge for” ansvaret for behandling av mennesker med rusrelaterte lidelser som har behov for tverrfaglig behandling, etablerte Helse Midt-Norge i 2004 Rusbehandling Midt-Norge HF. Dette overtok driften av 3 behandling sinstitusjoner samt LAR fra fylkeskommunene og forvaltet avtalene med de private. Samtidig ble de øvrige

helseforetakene gjennom styringsdokumentet for 2004 bedt om å styrke den tverrfaglige behandlingen av pasienter med rusrelaterte lidelser. Pasienter med rus kombinert med psykiatri (dobbeldiagnose) ble spesielt nevnt som et satsningsområde. Det ble stilt krav til beleggsprosent og ingen skulle vente mer enn ett år for å få behandling. Ved årsskifte var beleggsprosenten økt til 98 og forventet ventetid for LAR 48 uker, mens forventet ventetid ved langtidsinstitusjoner var maksimalt 30 uker og korttidsinstitusjoner 19 uker, og alle måltallene betydelig forbedret fra året før.

2.1.4 Strategiske tiltak innen pasientbehandlingen

Desentralisering av spesialisthelsetjenestene og samarbeid med spesialisthelsetjenesten
Helse Midt-Norge har i 2004 gitt støtte til pilotprosjekt "DMS Fosen". Dette er et samarbeidsprosjekt mellom St. Olavs hospital og 6 kommuner på Fosen. "Intermediæravdelingen" på Saupstad og hospice-avdelingen på Havstein ble også videreført i et samarbeid mellom St. Olavs hospital og Trondheim kommune. Helse Midt-Norge har videre fulgt opp prosjekt "lindrende behandling" mellom Helse Nordmøre og Romsdal og flere kommuner i opptaksområdet.

Helse Midt-Norge har deltatt i arbeidet med felles regionale strategier for samhandling og desentralisering. Strategier for Helse Midt-Norge ble vedtatt 12.1.2005.

Tre av helseforetakene hadde ved utgangen av 2004 ansatt praksiskoordinatorer, og det foreligger planer for etablering ved alle sykehusene. Arbeidet med implementering ble forsinket på grunn av mangel på sentral rammeavtale med Legeforeningen. Denne ble ferdigforhandlet januar 2005

I løpet av 2004 har helseforetakene inngått avtaler med samtlige kommunene i sitt opptaksområde. Alle helseforetakene har i løpet av året hatt et eller flere samarbeidsmøter med kommunene

Helse Midt-Norge har deltatt i utvikling av elektronisk individuell plan (e-IP). Produktet er under utprøving i regionen. Resultatene så langt er gode. Prosjektets fase 2 er planlagt avsluttet februar 05. Effekt av elektronisk individuell plan følges opp med forskning i regi av NTNU.

Forebyggende arbeid

HMN viderefører sin aktivitet fra 2003.

Dette gjelder oppfølging smittevernplan, røykfrie sykehus, kontakt med fylkeskommunene og arbeid i HF mot 1.linjen

Arbeidet med regional plan for forebyggende og helsefremmende arbeid planlegges oppstartet 2005

Smittevern og beredskap

Helse Midt-Norge har utarbeidet regional handlingsplan for smittevern og tuberkulosekontrollprogram.

Sykelig overvekt

Styret for Helse Midt-Norge RHF har vedtatt en handlingsplan for kirurgisk behandling. Styret har videre vedtatt å etablere konservative tilbud til barn og voksne med sykelig overvekt. Forebyggende arbeid og rehabilitering vektlegges. Forskning og utviklingsarbeid skal iverksettes på området.

Helse Midt-Norge opererer pasienter med sykelig overvekt ved tre sykehus; ved St. Olavs Hospital, Sykehuset Namsos/Helse Nord-Trøndelag og Ålesund sjukehus/Helse Sunnmøre. St. Olavs Hospital leder samarbeidet. Fra oppstart i 2003 til desember 2004 er det operert 63 pasienter i regionen, hovedsakelig ved kikkeshullskirurgi.

En arbeidsgruppe, med medlemmer fra de regionale foretakene, ferdigstilte 1.12.04 delrapport om kirurgisk behandling ved sykelig overvekt. Den totale rapporten "Behandling ved sykelig overvekt hos voksne", er oversendt fagdirektørene i de regionale foretakene 01.02.05. Helse Midt-Norge RHF leder arbeidsgruppen.

2.2 Utdanning.

Helse Midt-Norge har inngått rammeavtale med høgskolene i regionen.

Helse Midt-Norge har store problemer med å innfri aktivitetskravet med hensyn til antall praksisplasser spesielt for sykepleierstudenter. Problemet med praksisplasser forsterker seg i forbindelse med at St. Olavs Hospital flytter inn i det nye sykehuset på Øya.

2.3 Forskning

Samarbeidsorganet HMN-RHF/ NTNU har vært operativt fra 2002, og avholder årlig 4-5 møter. I 2004 er to av NTNUs fakulteter med i Samarbeidsorganet ved siden av HMN og NFR. I 2004 fordelte Samarbeidsorganet ca. 80 mill til forskning og utvikling i HMN

Satsningsområdene innenfor FoU er: Medisinsk teknologi, epidemiologi, psykiatri/rus, rehabilitering/habilitering og geriatri.

Innenfor samtlige områder er det tildelt doktorgradsstipend/postdok/forskerstipend. Medio 2004 vedtok Styret for HMN-RHF Regional strategiplan for FoU i Helse Midt-Norge. Stikkord fra planen er klinisk forskning, regional satsning, tverrfaglig satsning, nettverksbygging og med universitetsklinikken som motor og i front. Det er etablert forskningsutvalg i samtlige HF, og det er etablert klare mål for FoU fram mot 2007 i tråd med Stydingsdokument og regional FoU-plan.

HMN har også etablert samarbeidsorgan med høgskolene og det er bevilget midler for FoU virksomhet innenfor feltet. Dette arbeidet videreutvikles og styrkes i 2005.

2.4 Opplæring av pasienter og pårørende

”Handlingsprogram for pasient og pårørendeopplæring 2004-2007” ble vedtatt av styret for Helse Midt-Norge RHF i juni 2004. Hovedmålsettingen er å gi et helhetlig opplæringstilbud til pasienter og pårørende som har behov for opplæring.

Det foregår utvikling av pasient og pårørendeopplæringen i helseforetakene, blant annet gjennom utprøving av nye tiltak og forbedring av tiltak. Helse Midt-Norge RHF tildelte 2.8 mill kr til prosjekt i helseforetakene i 2004 for å støtte opp under arbeidet i somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling.

Det er etablert lærings- og mestringssenter, LMS, ved alle helseforetak, der brukere deltar i planlegging, gjennomføring og evaluering av opplæringstiltak. Det gjenstår imidlertid å utvikle samarbeidet mellom LMS og flere av de kliniske avdelingene i helseforetakene.

Regionalt kompetansesenteret for pasientinformasjon og pasientopplæring, opprettet i 2002, bidrar til utvikling av pasient- og pårørendeopplæringen.

3 Ivaretagelse av eier- og ledelsesfunksjoner

3.1 Organisasjon og ledelse

3.1.1 Lederutvikling

Helse Midt-Norge ved adm dir Paul Hellandsvik og direktør for ledelsesutvikling Ragnhild Meirik har ledet nasjonalt ledelsesutviklingsprogram. Det har vært full deltakelse i dette fra Helse Midt-Norge. På regionalt nivå har det vært gjennomført seks 60 timers lederutviklingskurs der om lag 90 ledere har deltatt. Alle direktører i Helse Midt-Norge inkludert Paul Hellandsvik er involvert i kursprogrammet som er sterkt forankret i linjeledelsen.

I 2004 ble det gjennomført regionale kurs for ledere innen 6 ulike medisinske fagretninger. Det ble iverksatt lederutviklingstiltak for ledere på nivå 3 og kurs i medarbeidersamtaler i alle HF.

Ledelse på alle nivåer blir målt gjennom arbeidsmiljøundersøkelse. Resultatene fra arbeidsmiljøundersøkelsen 2004 blir fulgt opp i hvert HF fram til ny undersøkelse i 2006. Det er iverksatt et program for gjennomgående styringssystem for Helse Midt-Norge der styringsdata, inkludert ledelsesindikatorer, er kontinuerlig tilgjengelig for resultatansvarlige ledere på alle nivåer. En pilot av gjennomgående styringssystem ble gjennomført høsten 2004.

3.1.2 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi

Helse Midt-Norge har i 2004 vært aktivt med i planlegging og gjennomføring av Nasjonal IKT og etablering av Norsk Helsenett. En stor del av primærhelsetjenesten er tilknyttet helsenettet og elektroniske epikriser sendes ut i stor skala.

Helse Midt-Norge har gjennomført større prosjekter som innføring av digital røntgen (PACS/RIS), LAB-system og elektronisk pasientjournal. Det er etablert regional styring og definert eierskap til IT-prosjektene.

3.1.3 Åpne styremøter

I Helse Midt-Norge praktiserer både det regionale helseforetaket og helseforetakene åpne styremøter.

I 2004 ble det avholdt 10 styremøter i Helse Midt-Norge RHF hvorav ett var kombinert med en strategisamling. I disse møtene ble 95 saker ferdigbehandlet. 10 av sakene var orienteringssaker, der det samlet ble gitt 80 orienteringer.

4 av sakene ble behandlet i lukket møte. En av disse sakene ble tatt opp under eventuelt. 5 av orienteringene ble gitt i lukket møte. Strategisamlingen var lukket.

For 4 av orienteringene mangler det lovhjemmel i protokollen og det samme gjelder for saken som ble tatt opp under eventuelt.

Helse Midt-Norge RHF har i 2004 evaluert praksis mht åpne styremøter.

Følgende vurderinger og anbefalinger er gjort gjeldende fra november 2004:

- Administrerende direktørs orientering er i prinsippet åpen. Orienteringssaker som unntas legges mot slutten av møtet og det vises til lovhjemmel i innkallingen
- Det skal gjøres nøye vurdering før saker behandles i lukket møte, og det skal gå tydelig fram på innkalling og sakliste
- Styreseminarer vurderes fra gang til gang hvorvidt de skal holdes lukket. I utgangspunktet er styreseminarer åpne.
- Saker som diskuteres i styremøtene skal alltid protokolleres, også de som behandles i lukket møte. Dette bidrar til å fjerne eventuelle forestillinger om at saker behandles på forhånd av styret
- Helse Midt-Norge RHF tar initiativ til å holde kurs i offentlighetsloven i administrasjonene i foretaksgruppen
- Praksisen i helseforetakene i Midt-Norge er ulik når det gjelder møteoffentlighet. Anbefalingene taes opp i direktørmøtet med styrelederne og i møte med informasjonsnettverket

3.1.4 Kompetanse og rekruttering

Det er etablert et samarbeid mellom Helse Midt-Norge og NTNU og høgskolene gjennom Samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge og NTNU og Samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge og høgskolene. Det ble bevilget 81 millioner kroner til forskning og utvikling i samarbeidet mellom Helse Midt-Norge og NTNU for å videreføre strategiene. Det ble omfordelt doktorgradsstipend, postdok. stipend og forskerstipend innenfor satsningsområdene psykiatri, epidemiologi (HUNT), rehabilitering, habilitering, geriatri og medisinsk teknologi. Det ble også avholdt regional forskningskonferanse i Ålesund i mars 2004. Det regionale brukerutvalg ble gitt oppdrag å forvalte en regional forskningspris.

Det ble satt av 1 million kroner til forskning og utvikling innenfor samarbeidet mellom høgskoler og Helse Midt-Norge.

Programmet Midt-Norsk Helseakademi ble etablert for å iverksette kompetansehevingstiltak utenom de akademiske samarbeidsorganene, også knyttet mot lederutviklingsprogrammet. I 2004 ble det iverksatt nettverk og kursvirksomhet innenfor IKT og økonomistyring. Det ble også dannet et regionalt nettverk for simulatorentrening i akutte situasjoner der det ble gitt støtte til etablering av hjertestanssimulator i Helse Sunnmøre.

3.1.5 Effektivisering og utvikling

Prosjektet for administrativ effektivitet fokuserte i 2004 på innføringen av nytt lønnsystem ved St.Olav og Helse Nord-Trøndelag og in-sourcing av eksterne lønns og regnskapssystemer. Det ble også innført e-scanning av fakturaer i Helse Nordmøre og Romsdal. Dette utgjør en total gevinst på 55,7 årsværk. Alle gevinster blir realisert med helårseffekt fra i 2006.

Det ble utarbeidet en felles strategi i forbindelse med lønnsoppgjøret som ble gjennomført innenfor en forsvarlig ramme.

3.1.6 Lønn og resultat

Det ble utviklet en modell for individuell vurdering av lønn. Denne ble implementert i noen avdelinger/seksjoner for medarbeidere organisert i SAN.

I kåring av årets avdeling fikk Laboratorieavdelingen ved Helse Sunnmøre prisen.

3.1.7 Helse Miljø og sikkerhet

Det ble gjennomført arbeidsmiljøundersøkelse i alle helseforetak bortsett fra rusforetaket i 2004. Resultatene følges opp lokalt inntil ny undersøkelse i 2006.

Alle foretak i Helse Midt-Norge er nå IA-bedrifter.

Et regionalt nettverk for HMS-ledere ble etablert, blant annet for å samarbeide med Arbeidstilsynets "God vakt!"-kampanje.

3.1.8 Juridisk rammeverk og arbeid med intern kontroll

Det regionale helseforetaket har høsten 2004 startet opp et arbeid med sikte på å etablere en internkontroll som et verktøy for å oppfylle lov- og myndighetskrav. Arbeidet gjennomføres som et prosjekt med milepæler og som sluttføres i juni 2005. Adm.dir er prosjekteier mens stabsdir er prosjektleder.

3.1.9 Grønn stat

Helse Midt-Norge RHF har iverksatt implementering av miljøledelse i helseforetakene. Arbeidet er organisert som et prosjekt.

Det er nedsatt arbeidsgrupper med deltakelse fra alle helseforetakene. Arbeidsgruppene skal foreta registreringer, drøfte policy, målsetting og handlingsplaner innenfor områdene innkjøp, transport, avfall og energi. Veiledning gitt av GRIP i "grønn stat" følges.

Prosjektarbeidet forutsettes avsluttet medio 2005 og "miljøledelse" deretter videreført som del av HMS-arbeidet i de respektive helseforetakene.

3.2 Økonomiske prestasjonskrav

Den økonomiske situasjonen i 2004 har vært krevende. I 2003 hadde Helse Midt-Norge et årsresultat på -554 millioner kroner. I 2004 budsjetterte Helse Midt-Norge med et underskudd på 560 millioner kroner, men da med avskrivninger ca 100 mill kroner lavere enn i 2003. Foreløpig regnskapsresultat viser et resultat i tråd med budsjett. Det er et problem at verdifastsettelsen av åpningsbalansen 2002 heller ikke kom på plass i 2004.

Likviditeten er vanskelig og kassakreditten utnyttet.

Fokuseringen innenfor økonomiområdet kan deles i 3 hoveddeler; kostnadseffektivisering, overordnede systemer/modeller og kompetanseoppbygging.

3.2.1 Kostnadseffektivisering

Gevinstrealisering som følge av investeringer.

Dimensjonering og driftsplaner for nytt sykehus i Trondheim skal bygge på kostnadseffektivitet og være tilpasset forventede inntekter. Prosjektet får også konsekvenser for andre store sykehusutbygginger i regionen.

Helse Midt- Norge gjennomfører store investeringsprogrammer som skal bidra til økt effektivitet. Eksempelvis skal innføringen av PACS/RiS gi betydelige gevinster. Gjennom et eget evaluerings-prosjekt som skal følge opp og dokumentere gevinstrealiseringen i hvert foretak vil vi fokusere spesielt på muligheten for gevinstuttak i store IT- prosjekter. Foretakenes underskudd krever at slike gevinster må tas ut som kostnadsreduksjoner med effekt på bunnlinsen.

Det er i 2004 arbeidet med realisering av disse gevinstene etter hvert som investeringene er gjennomført i de ulike foretakene.

Kostnadseffektivisering som følge av intern samordning av sykehus i helseforetakene

Helseforetakene er i ferd med å slå sammen funksjoner som tidligere var knyttet til det enkelte sykehus, dette gjelder både innenfor støttetjenester og kjernevirksomhet. Det er forventet at en vesentlig del av budsjettunderskuddet tas på avdelingsnivå. Dette krever ansvarliggjøring og oppfølging av avdelingsledere.

Arbeidet med lederutvikling og bevisstgjøring av operative ledere omkring kostnads- og aktivitetsstyring er videreført og intensivert i 2004.

Kostnadsreduksjon som følge av sammenslåing og effektivisering av støttetjenester

- Innkjøpsprosjektet.
- Etablering av HEMIT skal på sikt gi lavere kostnader..
- Ansvar for syketransporten blir overført fra trygdeetaten til de regionale helseforetakene fra 1.1.2004.
- Effektivisering av lønns- og regnskapstjenestene.

Det er realisert gevinster innenfor alle disse områdene i 2004.

Aktivitets- og kostnadsanalyser knyttet til arbeidsprosessene i kjernevirksomheten.

Analysene viser at det gjennom en bedre planlegging, samordning og styring av personalressursene og andre innsatsfaktorer knyttet til behandlingsforløpet er mulig å få lavere kostnader eller øke produksjonen.

Dette er områder det er jobbet mye med bl.a. gjennom en effektiv oppgavefordeling mellom produserende enheter i Helse Midt- Norge.

3.2.2 Overordnede systemer/modeller

Innføring av nytt budsjett- rapporterings-, og analysesystem.

Det ble i 2004 innført og tatt i bruk felles system. Målet er å effektivisere utarbeidelsen av Helse Midt- Norges budsjett, rapporter og prognoser.

Felles regnskaps- og budsjettprinsipper

Det er en forutsetning for å kunne gjennomføre analyser av regnskap at de er ført på etter de samme prinsipper. Det er utarbeidet prinsipper både nasjonalt og lokalt som vil være ferdig implementert i løpet av 2005.

Fastsettelse av metode og omfang av aktivitetsbasert inntekter (oppfølging av Hagenutvalget)

St. melding nr. 5 (2003-2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten ble lagt fram 10.10. 2003. Prosess for utvikling av intern inntektsfordelingsmodell i Helse Midt- Norge er igangsatt og vil bli avsluttet i 2005.

4 Private aktører

Helse Midt-Norge RHF har avtaler med så vel private sykehus som med virksomhet innenfor billeddiagnostikk. Man har i siste halvår 2004 arbeidet med anbud knyttet til nye avtaler med sykehusene mens arbeidet med nye avtaler innenfor billeddiagnostikk og laboratorier starter opp i 2005.

5 Luftambulansetjenesten (ANS)

Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS ble etablert med virkning fra 1. januar 2004 og eies med like store andeler (20%) av alle de regionale helseforetakene.

Luftambulansetjenesten ANS ivaretar og følger opp den transportmessige delen av luftambulansetjenesten og skal bidra til kvalitetsutvikling av den medisinske delen av tjenesten.

5.1 Oppgaver i 2004

ret 2004 har vært preget av etableringen av selskapet og samtidig avklaring og implementering av nye felleseuropeiske myndighetskrav innen luftfart. Selskapet skal ha en liten, effektiv og fleksibel organisasjon. Den består nå av 4,5 stillinger med komplementær kompetanse. Nye felleseuropeiske myndighetskrav innen luftfart har medført strengere krav

til luftfartøyene i luftambulansetjenesten mvf 2005 noe som har medført bytte av store deler av helikopterflåten. Gjeldende kontrakter er prolongert i første omgang med 1 år, men med intensjon om å benytte opsjonsperiodene fullt ut. I tillegg er forskrift om nye arbeids- og hviletidsbestemmelser implementert i 2004. Merkostnaden ifm alle disse nye myndighetskravene i 2004 er i størrelsesorden 28 MNOK. Luftambulansetjenesten ANS sitt budsjett har i 2004 vært i størrelsesorden 395 MNOK totalt for alle RHF. Det forventes at selskapet går i balanse, etter at uforutsette kostnader knyttet til nye arbeids- og hviletidsbestemmelser på 9 MNOK totalt er dekket inn av eierne..

5.2 Aktivitet/produksjon i 2004

Aktiviteten i 2004 har økt svakt fra år 2003. Produserte flytimer for helikopter er 6027 timer som er ca 1,3 % økning fra år 2003. Produserte flytimer for ambulansfly er 9465 timer som er ca 2.3 % økning fra 2003. Regulariteten var med unntak for noen uforutsette hendelser med ambulanshelikoptervirksomheten tilfredsstillende. Ambulanshelikopteret på Dombås havarerte under trening i 21. nov 2004. Ingen ble alvorlig skadet i ulykken. I tillegg hadde Tromsø og Brønnøysund uforutsette driftsavbrudd av vesentlig art.

Antall oppdrag ser også ut til å øke svakt fra år 2003 til 2004 både for ambulansfly og ambulanshelikoptervirksomheten. Legebil oppdrag øker også svakt. Fullstendige medisinske virksomhetsdata er under utarbeidelse, men er imidlertid ikke klare pr dd. En trend som imidlertid vises er at pasientgruppen som trenger transport til PCI-behandling øker.

5.3 Utvikling videre

Luftambulansetjenesten ANS forventer at også 2005 blir et hektisk år med gjennomføring av ny anskaffelsesprosess med kjøp av ambulanshelikoptertjenester, samt gjennomføring av kvalitets- og sikkerhetsrevisjoner.

For mer informasjon om virksomhetsdata og økonomiske data henvises det til årsrapporten for Luftambulansetjenesten ANS som ferdigstilles i mars mnd 2005.

Plandokument

6 Overordnet strategi

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok i april 2004 en felles overordnet strategi for foretaksgruppen. Den tar opp i seg nasjonale føringer fra eier og dokumenter som er utarbeidet i helseforetakene, og er utformet gjennom en prosess med deltakelse fra regionalt brukerutvalg og samtlige helseforetak. Hovedelementene er visjon, virksomhetsidé, verdigrunnlag og strategiske mål.

Visjonen er

På lag med deg for din helse.

Virksomhetsidéen er identisk med de lovfestede hovedoppgaver

Pasientbehandling

Forskning

Undervisning av helsepersonell

Opplæring av pasienter og pårørende

Verdigrunnlaget er

Trygghet

Respekt

Kvalitet

Det er fastsatt hovedmål og delmål på fire målområder

6.1 Mål for pasientbehandling og opplæring

Hovedmål: Kvaliteten på tjenesten blir satt på prøve i møte med den enkelte bruker. Helse Midt-Norge skal gi gode og likeverdige helsetjenester - til riktig tid, tilpasset befolkningens og den enkelte brukers behov. Det skal rettes særlig oppmerksomhet mot pasienter med kroniske og sammensatte lidelser.

Delmål:

- Brukernes erfaring og kompetanse skal benyttes i planlegging og tilrettelegging av behandlingstilbud for å oppnå bedre kvalitet på tjenestene.
- Behandlingstilbudet skal være forutsigbart, helhetlig og effektiv slik at pasientene unngår unødig venting. Brukerne skal oppleve en helsetjeneste med godt samarbeid mellom ulike nivåer og avdelinger. Helseforetakene skal etablere møteplasser for samhandling mellom brukere, spesialist- og kommunehelsetjeneste. Det skal også etableres systematisk dialog mellom Helse Midt-Norge og helseforetakene, og lokale og regionale politiske myndigheter.
- Det skal legges særlig vekt på god og tydelig kommunikasjon i møtet med den enkelte bruker. Pasienter og pårørende skal ha god informasjon, veiledning og opplæring slik at de kan delta i valg av behandlingstilbud, ivareta sine interesser og mestre sin livssituasjon.

- I Helse Midt-Norge skal helsetjenestene være lett tilgjengelige, og tilbudet skal preges av trygghet, respekt og kvalitet. Det skal ikke være unødig venting.

6.2 Mål for organisasjon og ledelse

Hovedmål: Helse Midt-Norge skal være en attraktiv arbeidsgiver som legger til rette for at ledere og medarbeidere tar ansvar og leverer resultater. Ved hjelp av kompetente medarbeidere som er nær, ansvarlig og oppdatert skal Helse Midt-Norge utvikle effektive og resultatorienterte organisasjoner.

Delmål:

- I Helse Midt-Norge skal det gjøres systematisk kartlegging av strategisk kompetansebehov som grunnlag for rekruttering og utvikling av medarbeidere.
- I Helse Midt-Norge skal arbeidsprosessene systematisk gjennomgås og forbedres ved at ledere og medarbeidere tenker helhet og viser vilje og evne til omstilling.
- Helse, miljø og sikkerhet (HMS), og utøvelse av ledelse skal kartlegges systematisk og danne grunnlag for målrettet miljøarbeid. Presise tiltak skal planlegges og gjennomføres.
- Helse Midt-Norge skal gjøre aktiv bruk av belønningssystemer som stimulerer og motiverer til å levere gode resultater mot definerte mål.

6.3 Mål for forskning

Hovedmål: Helse Midt-Norge skal sørge for at foretakene holder høy faglig standard og kunne dokumentere det. Dette forutsetter at foretakene driver forskning og utvikling som en naturlig del av sin virksomhet.

Delmål:

- Helseforetakene skal ha en forskningsstrategi i samsvar med den regionale strategiplan for forskning og utvikling
- Ved utgangen av 2007 skal den samlede forskning, utvikling og kompetanseheving ha et omfang svarende til minst 3 % av Helse Midt-Norges brutto driftsbudsjett.
- Ved utgangen av 2007 skal det i hvert foretak være på gang minst 10 doktorgradsarbeid.
- Helse Midt-Norge skal ha en forskningsprofil med definerte satsningsområder. Forskningsvirksomheten skal understøtte øvrige av Helse Midt-Norges prioriterte strategiske innsatsområder i perioden.

6.4 Mål for økonomi

Hovedmål: Foretaksgruppen Helse Midt-Norge skal drives med god og pålitelig økonomistyring. Driftsresultatene skal sikre handlefrihet slik at Helse Midt-Norge kan gi bedre pasienttilbud og sørge for at verdiene i foretaksgruppen vedlikeholdes.

Delmål:

- Økonomistyringen skal bidra til å sikre en effektiv og optimal ressursutnyttelse.
- Årsresultatet skal være minimum 0 i 2005, og høyere enn 0 i 2006.
- Oppgavedeling og samordning som bidrar til å nå økonomiske mål og en mer effektiv utnyttelse av tilgjengelige ressurser skal systematisk vurderes og realiseres.
- Det skal utarbeides en finans- og investeringsstrategi som gir optimal utnyttelse av tilgjengelig midler, bygninger og utstyr.

Den pågående utvikling av et gjennomgående styringsverktøy er et sentralt element i implementeringen av den overordnede strategi.

6.5 Konkretisering av "sørge for"-ansvaret

Helse Midt-Norge legger til grunn at "sørge for"-ansvaret er knyttet til foretakenes fire lovfestede hovedoppgaver. Å ivareta dette ansvaret innebærer å sikre at disse oppgavene blir løst i samsvar med

- Gjeldende lover, forskrifter og myndighetskrav
- Aksepterte faglige standarder
- Aktuelle helsepolitiske mål og prioriteringer

Helse Midt-Norges hovedstrategi for å sikre etterlevelse av lover, forskrifter og myndighetskrav er å sørge for at alle helseforetakene har godt fungerende kvalitets- og internkontrollsystemer. I 2005 vil Helse Midt-Norge RHF gjennomføre en internrevisjon innenfor helseforetakenes internkontroll med vekt på overholdelse av lover, forskrifter og myndighetskrav.

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok i 2004 en kvalitetsstrategi. Dette er Helse Midt-Norges strategi for å sikre at alle deler av virksomheten holder god faglig standard. Eget program for realisering av strategien vil bli etablert i 2005.

Helse Midt-Norge arbeider mer eller mindre kontinuerlig med å analysere befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester, utviklingen av ventelister og ventetider og andre forhold som gir indikasjoner på graden av behovsdekning, kapasitetsbehov og prioriteringer innenfor de ulike deler av virksomheten. Slike analyser er nøkkelen til å sikre at virksomheten skjer i samsvar med gjeldende helsepolitiske mål og prioriteringer. Enkelte resultater av dette arbeidet blir presentert i andre deler av denne meldingen.

Helse Midt-Norge RHF samarbeider med de øvrige regionale helseforetak om å konkretisere innholdet i "sørge for"-ansvaret. Dette arbeidet vil bli slutført i løpet av 1. tertial 2005.

På enkelte områder vil en videre operasjonalisering av "sørge for"-ansvaret kreve bedre analysemetoder og datagrunnlag enn det som er tilgjengelig i dag. Helse Midt-Norge har i 2004 startet en dialog med Helse Øst om dette, og spørsmålet om felles utviklingstiltak vil bli tatt opp med de øvrige regionale foretak i forbindelse med den nevnte utredning.

6.6 Bruk av private sykehus og laboratorier

Det er en forutsetning for Helse Midt-Norges virksomhet at tjenester fra private sykehus og laboratorier skal inngå som en del av tilbudet til regionens befolkning, både som et kapasitetstilskudd der det er behøvelig, for å gi pasientene flere alternativ å velge mellom og for å

skape økt konkurranse. Som eier av de helseforetakene som skal konkurrere med de private tilbydere kommer Helse Midt-Norge i en dobbeltrolle. Problemet forsterkes ved at det er vanskelig å sammenligne de private aktørers tilbud med det vi kan oppnå i egne foretak, både når det gjelder kvalitet og pris. De private tilbydere vil ofte hevde at vi favoriserer egne foretak.

Helse Midt-Norge RHF tror ikke dette problemet kan løses gjennom endringer i de interne organisering. Derimot ser vi behov for å klargjøre den policy som skal ligge til grunn for kjøp tjenester fra kommersielle aktører. Det må tydeliggjøres hva formålet med kjøp av tjenester fra private skal være, og hvilke særlige hensyn som må ivaretas på dette området. Videre må det fastlegges kriterier for beslutning om hvilke tjenester som skal kjøpes fra private, i hvilke mengder de skal kjøpes, og hvilke priser som er akseptable. En slik policy må selvsagt godkjennes av HOD. Når den foreligger, kan både de private aktører, våre egne foretak og andre interesserte fortløpende vurdere vår praksis i forhold til fastsatt policy.

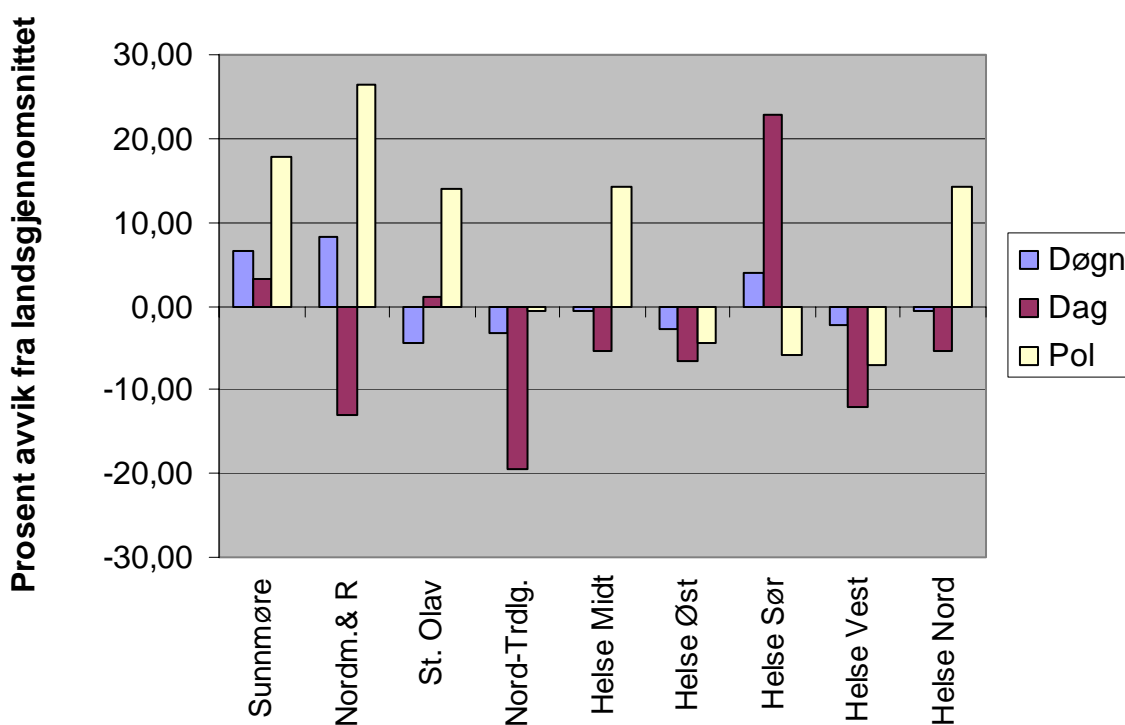
Behovet for en klart formulert policy på dette området er tatt opp i forbindelse med den interregionale utredning av "søre for"-ansvaret.

7 Hovedoppgaver

7.1 Pasientbehandling

7.1.1 Behov, kapasitet og prioriteringer

Figur 1 viser at forbruket av somatiske spesialisthelsetjenester i Midt-Norge avviker lite fra landsgjennomsnittet. Midt-Norges bruk av polikliniske tjenester ligger høyt sammenlignet med nivået i Øst, Sør og Vest, og det må ses i sammenheng med at disse regionene har langt flere avtalespesialsiter enn Midt-Norge.



Figur 1. Forbruket av somatiske spesialisthelsetjenester i foretaksområdene i Midt-Norge i 2003, sammenlignet med landsgjennomsnittet¹.

Sett i forhold til folkemengden har Helse Midt-Norge fortsatt flere ventende enn regionene Øst, Sør og Vest, men økt aktivitet i egne foretak og kjøp av tjenester hos private har ført til reduksjoner både i antall ventende og i ventetidens lengde. Sett under ett er ventetidene for pasienter fra Midt-Norge nå sammenlignbare med de som møter pasientene i de øvrige regioner. Forbedringene i ventetider skyldes primært at antall pasienter som har ventet svært lenge stadig reduseres. Det totale antall ventende ble bare redusert med et par prosent i 2004. Helse Midt-Norge er i ferd med å analysere utviklingen i antall ventende, ventetider og kapasitetsforhold innenfor de ulike fagområder og foretak nærmere, og dette arbeidet vil bli videreført i 2005. Dette arbeidet skal bidra til å identifisere områder med mulig overkapasitet eller underkapasitet, og det inngår også i arbeidet med fremtidig sykehusstruktur.

Helse Midt-Norge har tidligere foretatt en fremskrivning av kapasitetsbehovene fra 2002 til 2020. Hovedkonklusjonen er at eksisterende sengekapasitet trolig vil være adekvat i alle helseforetak, forutsatt dagens oppgave- og funksjonsfordeling. Grunnlaget for denne fremskrivningen blir nå gjennomgått i lys av den faktiske utvikling, og det vil bli gjennomført en ny fremskrivning i løpet av 2005.

Innenfor psykisk helsevern og rusbehandling er det behov for kapasitetsøkning, og planene for dette omtales særskilt nedenfor.

¹ Beregnet på grunnlag av alders- og kjønnsstandardiserte rater for døgnopphold, dagopphold og polikliniske konsultasjoner for de enkelte foretaksområder, regioner og landet som helhet.

7.1.2 Fremtidig sykehusstruktur og lokalsykehus

Helse Midt-Norge har organisert sykehustjenesten gjennom fire helseforetak. Hvert av foretakene har ett tradisjonelt lokalsykehus med opptaksområder på mindre enn 50 000 innbyggere, og ett noe større sykehus. Ut fra geografi og bosettingsmønster er sykehusene hensiktsmessig lokalisert, men det er behov for å vurdere oppgave- og funksjonsfordelingen nærmere.

I løpet av 2005 vil det bli utarbeidet en strategi for utvikling av sykehusstrukturen i regionen. Lokalsykehusenes fremtidige rolle vil bli viet særlig oppmerksomhet. I arbeidet med disse spørsmålene er forholdet til berørte lokale interesser og det politiske miljø særlig viktig, og dette vil bli tillagt vekt når strategien skal utformes. Arbeidet med lokalsykehus og lokalsykehusfunksjoner samordnes med det pågående arbeidet med desentralisering og samhandling.

Arbeidet starter på styrets strategisamling i februar.

7.1.3 Utvikling av tilbudet til brukerne

Kvalitet

Helse Midt-Norge skal i 2005 følge opp "Kvalitetsstrategi for Helse Midt-Norge" som ble vedtatt av styret for Helse Midt-Norge RHF i 2004.

Det regionale foretaket skal fullføre arbeidet med å etablere kvalitetssystem for RHFets interne virksomhet.

Helse Midt-Norge skal i 2005 etablere et nytt kvalitetsregister etter de føringer som er gitt i styringsdokumentet og etter de retningslinjer som er varslet fra Sosial- og helsedirektoratet.

Helse Midt-Norge vil etablere et prosjekt for å planlegge og innføre overgangen fra insidens til prevalensregistreringer av sykehusinfeksjoner.

Sykelig overvekt

Det er behov for å samordne tilbudet til pasienter med sykelig overvekt i hele landet. Retningslinjer for behandling av sykelig overvekt ("Behandling av sykelig overvekt hos voksne") ble 01.02.05 oversendt fagdirektørene i de regionale helseforetakene. Rapporten er utarbeidet av en arbeidsgruppe med medlemmer fra alle regionene, ledet av Helse Midt-Norge RHF. Det skal arrangeres et høringsseminar for fagfolk og brukere våren 2005.

I 2005 skal det opereres 80 pasienter for sykelig overvekt ved tre sykehus i Midt-Norge; ved St Olavs Hospital, Sykehuset Namsos/Helse Nord-Trøndelag og Ålesund sjukehus/Helse Sunnmøre. Metoden som benyttes er laparoskopisk gastric bypass (kikkehullskirurgi).

Det skal etableres konservative tilbud til pasientgruppen i 2005, blant annet kursentertilbud.

Forebyggende arbeid og rehabilitering skal vektlegges. Videre skal det iverksettes forsknings- og utviklingsarbeid på feltet. Retningslinjer i rapporten "Behandling av sykelig overvekt hos voksne" vil bli lagt til grunn for behandlingstilbudet.

Pasienter med akutt hjerteinfarkt

Styret for Helse Midt-Norge har vedtatt at det skal innføres et nytt behandlingsopplegg for pasienter med akutt hjerteinfarkt. Pasienter med full blokkering av kransarterien (STEMI) skal sendes direkte til St. Olavs Hospital for primærbehandling med PCI. For pasienter som

har stor reiseavstand til St. Olav, bl.a. pasienter fra Møre og Romsdal, vil dette kreve helikoptertransport.

De øvrige infarkt pasienter vil få tradisjonell behandling ved sitt lokale sykehus. Avhengig av vurdert risiko vil en del av disse få angiografisk utredning ved St. Olavs Hospital i løpet av 2-3 døgn etter infarkt.

Opplegget krever prehospital EKG, og det er igangsatt arbeid med å anskaffe nødvendig utstyr til ambulansene.

I løpet av to år skal det vurderes om det kan være aktuelt å etablere en angiolog i Ålesund. Dersom primær PCI-behandling og angiografiske utredninger kan utføres i Ålesund, vil det bety betydelige reduksjoner i reisetid og reisekostnader for mange pasienter.

Tilbudet til nyfødte

Helse Midt Norge vil i løpet av våren utarbeide sak om fremtidig organisering av behandlingen av nyfødte, herunder funksjons- og oppgavefordelingen mellom St. Olavs Hospital og Helse Sunnmøre, Ålesund sykehus.

Kreftkirurgi

Helse Midt-Norge vedtok i 2004 plan for funksjonsfordeling av kreftkirurgi, bl.a. for å sikre tilstrekkelige pasientvolum for de sykehus som skal utføre de ulike inngrep. De deler av planen som ikke er allerede gjennomført, skal følges opp i 2005. Helse Midt-Norge vil gjøre en evaluering av status på bakgrunn av data fra NPR.

7.1.4 Rehabilitering og habilitering

2005 er første virksomhetsåret for Regionalt handlingsprogram for rehabilitering og habilitering i Helse Midt-Norge. Styret har øremerket 18 mill for tiltak innen områdene i 2005.

Det iverksettes tiltak både innenfor habilitering av barn og unge, habilitering av voksne og rehabilitering. Tiltakene vil dels gi tjenestene større kapasitet, dels gi tilbud til grupper som tidligere ikke hadde eller hadde mangelfulle tilbud og dels styrke tjenestenes kvalitet og faglige nivå (flere leger, flere psykologer o.a.). Det tas også sikte på videreføre samarbeidet med universitetet for å styrke forsknings- og utviklingsdelene av tjenestene. Særlig vil det her være viktig å få styrket den akademiske kompetansen.

Innenfor styrets bevilgning vil man også prioritere videreutvikling av samarbeid og samhandling med kommunehelsetjenesten (koordinerende enhet, individuell plan o.a).

I forhold til opptreningsinstitusjonene er arbeidet med avtaler for 2006 en prioritert oppgave.

Helse Midt-Norge vil også vurdere Valnesfjord-Muritunets rapport om unge ut fra eldreinstitusjon.

Støtte til Doman-trening videreføres, og prosjektet intensiv trening (med støtte fra SH-dir) videreføres.

7.1.5 Psykisk helsevern

Arbeidet med psykisk helsevern skal fortsatt ha høy prioritet. Det primære fokus er intensjonene i Opptrappingsplanen for psykisk helse og i Handlingsprogram for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge.

Helse Midt-Norge har planer for å forsterke brukermedvirkning ved å etablere en egen referansegruppe for opptrappingsplanens gjenstående år. Referansegruppen skal utpekes i samarbeid med Regionalt brukerutvalg, og være representativ for gruppene barn og unge, eldre, rusmisbrukere, pårørende m.v.

I tråd med nasjonale prioriteringer skal psykisk helsevern i 2005 ha større prosentvis ressursvekst enn den somatiske del av virksomheten.

Utbyggingsplanene for DPS og BUP skal fortsette i tråd med de godkjente planene. I planarbeidet til Psykiatrisenteret ved St. Olavs Hospital HF skal det gjøres en ny gjennomgang av areal og innhold. Planarbeidet skal ta hensyn til DPS-utbyggingen i helseforetaksområdet.

Helseforetakene er ikke gitt anledning til nedleggelse av døgnplasser inntil Helse- og omsorgsdepartementet gir nye signaler. Planer om nedleggelse av døgnplasser må avklares med Helse Midt-Norge RHF. I det videre arbeidet med modernisering av psykisk helsevern skal det planlegges og iverksettes ambulante tjenester. Videre planlegging av døgnplasser skal vurderes opp mot alternativer som kan være bedre tilbud for pasientene.

Helseforetaket skal fortsette arbeidet for å redusere bruken av tvang. Statistikken viser at praksis for gjennomføring av tvang varierer. Helse Midt-Norge vil gjøre en gjennomgang av status sammen med fagpersonell i regionen.

Helseforetakene skal utvikle tilstrekkelig kompetanse i diagnostikk og behandling av barn, unge og voksne med ADHD. Helse Midt-Norge vil sammen med helseforetakene (BUP og voksne) og St. Olavs Hospital, Brøset (voksne) skaffe oversikt over status. Dette vil danne grunnlag for evt. koordinerende tiltak.

Helseforetakene skal generelt bidra til å utvikle tilbudet til pasienter utsatt for vold og traumer. Helse Midt-Norge RHF vil vurdere behovet for kompetansesenteroppbygging i tråd med utredning gjort av Sosial- og helsedirektoratet.

Helseforetaket skal bygge opp tilbudet til pasienter med rusrelatert psykiatri. Slutføring av rusplanen vil legge de nødvendige føringer for koordinert innsats.

Barne- og unge med tiltak i barnevern, og som har psykiatriske problemer skal gies et godt tilbud fra barne- og ungdomspsykiatrien. BUFeetat og Helse Midt-Norge har i januar 2005 etablert samarbeid for å videreutvikle det arbeidet som allerede er i gang på dette området.

Helse Midt-Norge skal gjøre en ny gjennomgang av rekrutteringsutfordringene som spesielt gjelder de universitetsutdannede gruppene. Helse Midt-Norge skal bygge på innrapporterings fra 2004.

Helse Midt-Norge skal i 2005 følge opp arbeidet med kvalitetsforbedring av NPR-data og utvikle datasett for psykisk helsevern i det gjennomgående styringssystemet

7.1.6 Tverrfaglig rusbehandling

Helse Midt-Norge skal fortsette arbeide med Regionalt rusprogram. Høringsfrist for programmet gikk ut 24 januar 2005. Programmet legger føringer for utvikling av tilbudet og for samhandlingen mellom aktørene. Det planlegges styrebehandling av programmet i løpet av våren både i Rusbehandling Midt-Norge HF og Styret for Helse Midt-Norge RHF.

7.1.7 Samhandling og desentralisering

Styret i Helse Midt-Norge vedtok 12.1.2005 regionale strategier for samhandling og desentralisering i tråd med anbefalingene fra den felles regionale arbeidsgruppen. Helse Midt-Norge vil i 2005 ha et særlig fokus på det ledelsesmessige ansvaret for helhetlige behandlingsskjeder.

Styret i Helse Midt-Norge har vedtatt at det i 2005 skal planlegges pilotprosjekt i alle helseforetakene med tanke på å få evaluert ulike organisasjonsmodeller i "gråsonen" mellom nivåene. Styret har satt av 10 mill kr til dette arbeidet. Arbeidet vil bli videreført i et nært samarbeid mellom foretakene og kommunene.

Det er etablert et formalisert samarbeid mellom RHF og KS i de tre fylkene. KS vil representere kommunesektoren i det overordnede planarbeidet med samhandlingstiltak.

Pilotprosjektet Fosen DMS vil bli videreført. St. Olavs hospital skal også i 2005 tilrettelegge for videreføring av samarbeidsprosjektene ved "intermediæravdelingen" på Saupsted og hospice-avdelingen på Havstein.

Arbeidet med å utvikle samarbeidsfora mellom foretakene og kommunen skal videreføres, og arbeidet med implementering av praksiskonsulentordningen skal fortsette. Det ble januar 2005 inngått rammeavtale mellom de regionale helseforetakene og Legeforeningen om vilkår i praksiskonsulentordningen.

7.1.8 Brukermedvirkning

Arbeidet med å utvikle brukermedvirkningen på systemnivå og individnivå fortsetter i samarbeid med Regionalt brukerutvalg og brukerutvalgene ved helseforetakene.

Regionalt brukerutvalg vil ferdigstille sitt eget strategidokument i 2005. Videre skal Helse Midt-Norges strategi for brukermedvirkning ferdigstilles i 2005.

Det er ansatt en forsker med arbeidsområde "Brukermedvirkning/pasientopplæring". I 2005 skal det i samarbeid med regionalt brukerutvalg initieres brukermedvirkningsprosjekt. Prosjektene skal ta utgangspunkt i brukerutvalgenes råd.

I 2005 skal det etableres et samarbeidsorgan mellom Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Sametinget for å ta opp spørsmål om helsetjenester til den samiske befolkning. Det skal også etableres et samarbeid med representanter for innvandrersamfunn i regionen.

Det er satt av kr 5 mill. i budsjettet for tilskudd til brukerorganisasjoner, incestsenter og andre relevante organisasjoner i 2005.

7.2 Utdanning av helsepersonell

Behovet for praksisplasser for helsefaglig grunnutdanning i høgskolene avhenger av de årskullstørrelser som fastsettes av Utdannings- og forskningsdepartementet. Dette overskrider i mange tilfeller det antall plasser helseforetakene mener de kan tilby. Helse Midt-Norge planlegger nå et arbeid for å fastsette felles kriterier for å avgjøre hvor mange praksisplasser helseforetakene kan stille til disposisjon, og for hvordan høgskolenes og helseforetakenes representanter skal fordele praksisplasser mellom helseforetakene. Dersom det skulle vise seg at kapasiteten ikke dekker de behov som følger av fastsatte årskullstørrelser, vil dette bli tatt opp med departementet.

7.3 Forskning

Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge RHF 2004-2007 ble vedtatt av Styret i Helse Midt-Norge RHF medio 2004.

Planen følger nøye opp og understøtter Samarbeidsorganet HMN/NTNUs disposisjoner, likeledes også Samarbeidsorganet HMN/høgskolene.

For 2005 er øremerket ca. 100 mill til FoU over RHF's budsjett. I tillegg kommer FoU-midler bevilget av det enkelte HF.

Prioriterte områder er: Rus/psykiatri, klinisk forskning, epidemiologi, informasjon/læring og mestring samt medisinsk teknologi. Pr. 2005 vil RHF ha finansiert ca. 50 doktorgrad-, postdok.- og forskerstipend innen disse områdene.

Helse Midt-Norge registrerer at antall medisinerere som søker stipend er økende. Ca. 55 % av doktorgradsstipendiatene er kvinner.

Dobbeltkompetanseprosjektet (kombinert spesialist-/forskerutdanning i psykologi) er i gang i tråd med planen.

For å sikre oppfølgingen av det nasjonale system for måling av forskningsresultater er avholdt møte med eieravdelingen, HF, høgskoler og universitet.

7.4 Opplæring av pasienter og pårørende

Helse Midt-Norges strategi er "Handlingsprogram for pasient- og pårørendeopplæring 2004-2007". Arbeidet innenfor feltet vil basere seg på denne planen, og følgende kan framheves: Helseforetakene skal ferdigstille en tiltaksplan basert på handlingsprogrammet. I tillegg skal det initieres et arbeid innen evaluering, utvikling av kvalitetsindikatorer og det skal arbeides for å øke den helsepedagogiske kompetansen i helseforetakene.

"Regionalt kompetansesenter for pasientinformasjon og pasientopplæring" skal fortsette arbeidet for å utvikle fagfeltet i samarbeid med lærings- og mestringssentrene.

I 2005 skal det arrangeres en regional konferanse for pasient- og pårørendeopplæring.

7.5 Organisasjon og ledelse

7.5.1 Ledelsesutvikling

Ledergruppen i Helse Midt-Norge RHF vil videreføre deltakelse i Styringsgruppen for nasjonale ledelsesutviklingstiltak. I dette inngår et nasjonalt topplederprogram for kandidater til lederstillinger på høyt nivå i helseforetakene. Det vil også gjennomføres nasjonale direktørsamlinger for RHF- og HF-direktørene.

Det regionale ledelsesutviklingsprogrammet vil fortsette, og det vil bli gjennomført minst fire kurs på 60 timer for 15 deltakere per kurs. I tillegg vil det gjennomføres ledelsesutviklingstiltak på 3. linjenivå i alle helseforetakene, kurs i medarbeidersamtaler, kurs i økonomistyring og utviklingsprogram for prosjektledere.

7.5.2 Kompetansestyring

I Helse Midt-Norge skal det gjøres systematisk kartlegging av strategisk kompetansebehov som grunnlag for rekruttering og utvikling av medarbeidere.

Det skal utvikles systemer for kartlegging og styring av kompetanse og vurdering av sårbarhet. Alle helseforetak skal utarbeide av planer for kompetanseutvikling. Planer for kompetanseutvikling skal også være i samsvar med realisering av tiltak fra medarbeidersamtaler.

7.5.3 Fleksibilitet og helhet

I Helse Midt-Norge skal arbeidsprosessene systematisk gjennomgås og forbedres ved at ledere og medarbeidere tenker helhet og viser vilje og evne til omstilling.

Fellesprosjekt "administrativ effektivisering" skal videreføres ved aktiv bruk av PRS (PersonellRessursstyringsSystem). Det skal etableres et fellesprosjekt for å se på arbeidsprosesser, samarbeid m.m. innenfor røntgenfunksjonene. Det skal etableres et prosjekt for å se på gevinsten ved full innføring av elektronisk pasientjournal. Det skal etableres en felles virksomhetsportal for ledelsesstøttesystemer, rapportering m.m. Herunder skal en personalportal etableres

Helse Midt-Norge IT skal evalueres, organisering skal vurderes. IT-strategi 2005-2007 for Helse Midt-Norge skal gjennomføres som beskrevet.

7.5.4 Helse, miljø og sikkerhet

Helse, miljø og sikkerhet (HMS), og utøvelse av ledelse skal kartlegges systematisk og danne grunnlag for målrettet miljøarbeid. Presise tiltak skal planlegges og gjennomføres.

Det skal etableres felles rutiner for avvikshåndtering, som skal implementeres på hvert HF. Resultater fra arbeidsmiljøundersøkelsen 2004 skal følges opp på alle ledelsesnivåer i hver HF.

7.5.5 Lønn og resultat

Helse Midt-Norge skal gjøre aktiv bruk av belønningssystemer som stimulerer og motiverer til å levere gode resultater mot definerte mål.

Virksomhetene skal teste ut systemer for individuell lønnsdannelse innenfor de rammer som muliggjøres. RHF skal gjennom sin innflytelse på lønnsoppgjøret bidra til en desentral lønnsdannelse. Helse Midt-Norge innser at krav om økonomisk resultat i 2005 blir vanskeligere å realisere uten at lønnsoppgjøret blir meget moderat.

7.6 Økonomistyring og effektivisering

Kravet til årsresultat for Helse Midt-Norge i 2005 er ambisiøst. Samtlige foretak, unntatt sykehusapotekene, går med underskudd i 2004.

Signaler fra sentrale myndigheter tyder på at de samlede inntekter til helseforetakene ikke vil øke i nevneverdig grad, noe som fører til at tjenesteproduksjonen blir satt under yterligere press. Dette betyr at det må foretas en prioritering av hva tjenestetilbudet skal innholde samtidig som enhetskostnadene må senkes. Effektivisering av kjerneproduksjon og støttetjenester må intensiveres.

Likviditetsprognosene viser at det er nødvendig å kutte kostnader raskt.

Fokuseringen innenfor økonomiområdet kan deles i 3 hoveddeler; kostnadseffektivisering, overordnede systemer/modeller og kompetanseoppbygging.

7.6.1 Kostnadseffektivisering

Gevinstrealisering som følge av investeringer.

Dimensjonering og driftsplaner for nytt sykehus i Trondheim skal bygge på kostnadseffektivitet og være tilpasset forventede inntekter. Prosjektet får også konsekvenser for andre store sykehusutbygginger i regionen.

Det gjennomføres store investeringsprogrammer i Helse Midt- Norge. Eksempelvis er innføringen av PACS/RiS ment å skulle gi betydelige gevinster. Gjennom et eget evalueringsprosjekt som skal følge opp og dokumentere gevinstrealiseringen i hvert foretak vil vi fokusere spesielt på muligheten for gevinstuttak i store IT- prosjekter. Foretakenes underskudd krever at slike gevinster må tas ut som kostnadsreduksjoner med effekt på bunnlinsen.

Kostnadseffektivisering som følge av intern samordning av sykehus i helseforetakene

Helseforetakene er i ferd med å slå sammen funksjoner som tidligere var knyttet til det enkelte sykehus, dette gjelder både innenfor støttetjenester og kjernevirksomhet. Det er beregnet gevinster i forhold til dette. En forutsetter at disse realiseres og tas ut i reduserte kostnader. Generelt må det forventes at en vesentlig del av budsjettunderskuddet må tas på avdelingsnivå. Dette krever ansvarliggjøring og oppfølging av avdelingsledere. Det vil i 2005 utvikles planer for en funksjonsfordeling mellom foretakene som skal gi økonomiske effekter.

Kostnadsreduksjon som følge av sammenslåing og effektivisering av støttetjenester

- Innkjøpsprosjektet skal gi en kostnadsreduksjon på 50 Mkr. i 2005. Andelen innsparing knyttet til hvert helseforetak må beregnes, og alle effektiviseringstiltak må kunne identifisere innsparingspotensialet fordelt på foretak.
- Ansvar for syketransporten blir overført fra trygdeetaten til de regionale helseforetakene fra 1.1.2004. Formålet med overføringen av ansvaret er at behandlingkostnadene skal sees i sammenheng med transportkostnaden. Helse Midt-Norge vil i 2005 ha fokus på kostnadsreduserende tiltak knyttet til ordningen gjennom bedre samordnet transport og gode avtaler med transportørene.
- Uttak av gevinster i forbindelse med effektivisering av lønns- og regnskapsfunksjonene vil også i 2005 bli gjennomført. Det er implementert nytt felles lønnsystem i regionen og gevinster tas ut i 2005. Elektronisk scanning og distribusjon av inngående fakturaer vil bli iverksatt i løpet av 2005 og gi gevinster.

Aktivitets- og kostnadsanalyser knyttet til arbeidsprosessene i kjernevirksomheten.

Analysen viser at det gjennom en bedre planlegging, samordning og styring av personalressursene og andre innsatsfaktorer knyttet til behandlingsforløpet er mulig å få lavere kostnader eller øke produksjonen.

Helse Midt-Norge forutsetter at slike analyser, med deltakelse og ansvarliggjøring av personell som er involvert i prosessene, må fortsette og gjennomføres i alle Helseforetak. Eierskap og forståelse er nøkkelord i denne sammenheng.

7.6.2 Overordnede systemer og modeller

Innføring av gjennomgående styringssystem.

Utrulling av felles gjennomgående styringssystem skal slutføres i 2005.

For å kunne styre en komplisert organisasjon mot målene, implementeres det et system som gir løpende oversikt som grunnlag for å lede løpende drift og endringer. Målet er å utvikle et enkelt, relevant og helhetlig system for styringsinformasjon.

- for ulike ledelsesnivåer
- fra lite relevante og fragmenterte historiske data til helhetlige data i sanntid med gode prognoser
- prioritert styringsinformasjon
- muliggjør sammenligninger, men krever standardisering

Systemet er basert på Helse Midt-Norges strategi og en operasjonisering av denne.

Innføring av nytt organisasjonskodeverk vil skje som en del av denne prosessen.

Inntektsfordelingsmodell

Helse Midt-Norge RHF mottar i dag sine driftsinntekter i form av basisbevilgning og innsatsstyrt finansiering (ISF) fra staten ved Helsedepartementet. I 2005 dekkes 60% av kostnadene gjennom ISF-inntekter og 40% gjennom basisbevilgningen. Med unntak av inntekter som skal dekke felles drift i foretaksgruppen videreføres inntektene direkte til helseforetakene i samme størrelse og fordeling som Helse Midt-Norge RHF mottar inntektene fra staten. Hvordan inntektene overføres fra regionalt helseforetak til helseforetakene vil være et av de sterkeste styringssignalene som Helse Midt-Norge RHF har. Helse Midt-Norge RHF ønsker derfor en inntektsmodell som i større grad motiverer adferden til helseforetakene i forhold til de strategier og mål som legges for foretaksgruppen. Det er et mål at den nye inntektsmodellen skal gjelde fra år 2006

Økonomimodell

Det vil i 2005 bli vurdert satt i gang et arbeid for etablere en felles økonomimodell. St. Olavs hospital har det siste året utarbeidet en modell der alle kostnader og inntekter fordeles i forhold til hvor disse oppstår og hvem som har ansvaret for at resultater oppnås. Dette kan gjøre det enklere for ansvarlige ledere å vurdere sammenhengen mellom økonomi og aktivitet, hvordan kostnader skal kunne reduseres og hvilke konsekvenser kuttene har.

Felles regnskaps- og budsjettprinsipper

Det er en forutsetning for å kunne gjennomføre analyser av regnskap at de er ført på etter de samme prinsipper. Helse Midt-Norge har i samarbeid med foretakene utarbeidet felles prinsipper. Disse vil bli tatt i bruk i løpet av 2005.

8 Ressursbehov

Det vises til felles innspill fra de regionale helseforetak i desember, hvor det ble anslått følgende aktivitetsnivå / behov for 2006:

- Somatiske tjenester: En økning på 6,9 % sett i forhold til nivå 2003
- Psykiatriske tjenester: En videreføring i samme takt som før med 2,7 % per år.
- Tilbud til rusmiddelavhengige: En økning på 10% sett i forhold til nivå 2005, tilsvarende om lag 150 mill kroner

Også oversikt over investeringsbehov er oversendt tidligere.

Helse Midt-Norge arbeider med en økonomimodell som vil sette oss i stand til å legge frem mer detaljerte analyser av aktivitets- og ressursbehov for de kommende år i vår neste årlige melding.