



Årsrapport 2005

INNHOLD

Styrelederen har ordet	3
Fire år med helsereform	6
Statistikk	9
Styrets årsberetning	13
Resultatregnskap	25
Balanse	26
Kontantstrøm	28
Noter	29
Revisjonsberetning	47

Dette er Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge RHF er ett av fem regionale helseforetak i Norge. Disse eies av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og skal sørge for at befolkningen får tilgang til spesialiserte helsetjenester med god kvalitet.

Virksomheten er organisert gjennom helseforetak med egne styrever og ansvar for økonomi og drift, samt avtaler med private. Hovedoppgavene er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Vår visjon er «På lag med deg for din helse».

Helse Midt-Norge RHF har overordnet ansvar for spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal. Hovedkontoret ligger i Stjørdal.

Helsebygg Midt-Norge og Helse Midt-Norge IT er en del av Helse Midt-Norge RHF.

St. Olavs Hospital HF er universitetssykehus med regionfunksjoner for de tre midtnorske fylkene. Psykisk helsevern i Sør-Trøndelag og Orkdal Sjukehus er en del av dette helseforetaket.

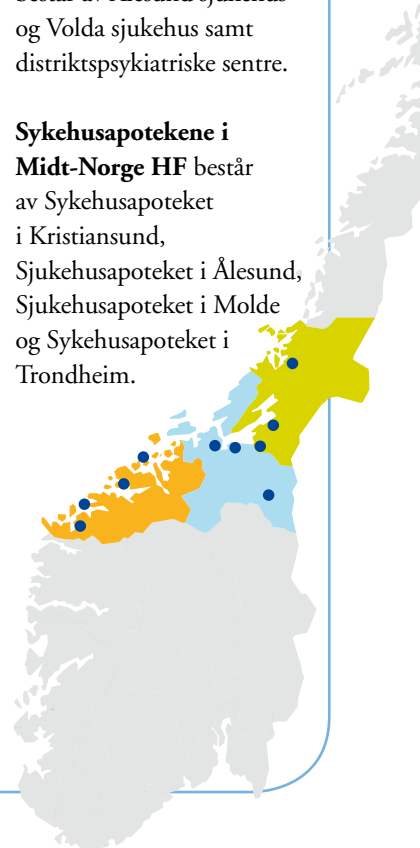
Rusbehandling Midt-Norge HF i Stjørdal har ansvar for rusbehandlingen ved klinikker og sentre i Ålesund, Molde og Trondheim. Foretaket tar også hånd om avtaler med private institusjoner og behandlingstilbud. Midt-Norsk Kompetansesenter for rusfag ligger i Ålesund og er ett av syv regionale sentre i et 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.



Kolbjørn Almlid – styrelederen har ordet



– Helsetilbud og sykehus vil alltid være en viktig del av samfunnsdebatten. Vi trenger et sterkt folkelig engasjement og en solid forankring i demokratiske prosesser når vi skal utvikle tjenesten videre. Kvaliteten på disse tjenestene forteller mye om hvordan vi bygger velferd og trygghet for innbyggerne. Oppgaven er utfordrende, men samtidig svært inspirerende, sier styreleder for Helse Midt-Norge RHF, Kolbjørn Almlid.

Fire år etter at helsereformen ble gjennomført, er det tatt grep for å sikre større folkevalgt innslag i styret for helseforetakene. Almlid mener at de nye styrene der det er flertall av styremedlemmer med politisk bakgrunn, er en styrke for helsereformen.

– Vi har fått en bedre balanse mellom den økonomiske og faglige delen av sykehusene og den folkelige og demokratiske delen. Det er riktig og



viktig at et så sentralt velferdsgode styres av organer som er representative i forhold til lokalsamfunn og omgivelsene for øvrig. Men dette vil selvfølgelig ikke svekke kravet om forsvarlig drift innenfor gitte rammer, sier Almlid.

I Helse Midt-Norge er det arbeidet metodisk med å bygge og forankre prinsipper og kjøreregler for ledelse. Ansvarliggjøring og fokus på kvalitet har gjort «verstingen» til best i klassen når det gjelder ventelister. Vi har en utfordring i å oppnå balanse og det vil kreve god kostnadskontroll og økonomistyring. Kravet er at foretakene i løpet av 2006 skal nå målet om å drive i økonomisk balanse.

– Det er ingen enkel utfordring, men samtidig er dette helt avgjørende for å skape grunnlag for





en ønsket og balansert utvikling i vår region, sier Almlid.

Styrelederen er opptatt av at Helse Midt-Norge må lykkes med å dyrke lokalsykehusene som trygghetsbaser for befolkningen og samtidig samordne og utvikle høyspesialiserte tilbud. Med pasientens rett til fritt å kunne velge sykehus eller behandlingssted, er det en forutsetning at foretaksgruppen må kunne tilby kvalitet av ypperste merke – og at man har gjort seg fortjent til et godt omdømme blant folk flest.

– Jeg tror sykehusene og annen spesialisthelsetjeneste i Midt-Norge har en solid plattform å arbeide ut fra. Regionen har dessuten nå en enestående mulighet. Milliardinvesteringene i nytt universitetssykehus i Trondheim vil gi oss et løft som pasientene vil merke. Hvis vi innretter oss fornuftig kan vi også skape handlingsrom for å bygge nytt i Molde og utvikle tilbudene ved de andre sykehusene. Dette skal skje samtidig som vi fortsetter å trappe opp tilbudet innen psykisk helsevern og rusbehandling – og utvikler samarbeidningen med primærhelsetjenesten, sier en ambisiøs styreleder.

Målet er at Helse Midt-Norge blir pasientens førstevalg også i framtida.



Fire år med helsereform

– **Utfordringen framover blir å balansere mellom økonomisering og utvikling av spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. Fire år etter at helsereformen ble gjennomført, har vi fått de laveste ventelistetallene i landet og vi har styrket både psykisk helsevern og rusbehandling. I tillegg virkeliggjør vi nå et moderne og pasientvennlig universitetssykehus i Trondheim som hele regionen vil ha nytte av. Befolkningen har fått et bedre helse-tilbud, men det blir ingen hvileskjær framover for foretaksgruppen, sier Paul Hellandsvik.**

Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF mener at ambisjonen må være at pasienten opplever at kvaliteten og tilbudene i Helse Midt-Norge er så gode at de også er et naturlig førstevalg: – Hvis vi ikke klarer denne utfordringen, vil pasienten velge å gå andre steder. De offentlige sykehusene vil alltid være bærebjelken i vårt helsesystem selv om private tilbud kan være et nyttig supplement på definerte områder. Lokalsykehuset er og skal fortsatt være en trygghetsbase for befolkningen, men det betyr ikke stillstand. Tjenestetilbudet må videreutvikles. For å sikre kvalitet og tilgang til moderne behandlingsmetoder, vil det også være fornuftig å gjennomføre endringer. Det betyr at det både er nødvendig å samle noen tilbud og gi behandling på færre steder enn i dag, og samtidig desentralisere ut noen tjenester slik at pasienten får kortere vei

og tettere oppfølging, poengterer Hellandsvik.

Ventelisteaksjonen som ble iverksatt i 2002 har gitt pasientene et langt mer forutsigbart tilbud. Selv om gjennomsnittlig ventetid ikke ble ytterligere redusert i 2005, er dette kvalitetsmålet langt på vei innfridd for en rekke behandlingstilbud. Med reduserte og reelle ventelister er også utgangspunktet et annet for å vurdere pasientgrunnlag og behandlingsskapitet og de økonomiske utfordringene vi står foran både ved det enkelte sykehus og for regionen som helhet.

2010

Arbeidet med en strategi for Helse Midt-Norge fram mot 2010 stod sentralt i 2005. Etter en omfattende prosess der fagmiljøer, brukere, lokalpolitikere, primærleger, private aktører og andre kom med innspill, er det nå blinket ut noen strategiske

satsingsområder for å møte befolkningens behov for spesialisthelsetjenester framover.

I 2006 arbeides det videre med en handlingsplan for tiltak som skal styrke psykisk helsevern, rusbehandling, sammenheng i behandlingstilbudet, tilbudet til kronisk syke, tilbudet til syke eldre, trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom, dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet og bedre bruk av tilgjengelige ressurser.

– Eierstrategien for foretaksgruppen blir et viktig verktøy for å nå våre mål. Den vil kreve at vi evner å se ting i sammenheng. Investeringene i nytt universitetssykehus i Trondheim er et løft for hele regionen. Det er vi som må utnytte denne muligheten og innrette tjenestene slik at dette blir regionens prosjekt. Vi må hente ut gevinster og økonomisere slik at det samtidig blir mulig å utvikle og styrke andre enheter. Nytt sykehus i Molde står for tur, desentralisering av tjenester og bedre tilbud til pasienter med sammensatte lidelser er noen av de oppgavene som venter, sier Hellandsvik.

I løpet av 2005 er det etablert tilbud for sykkelig overvektige, nye distriktpsikiatriske enheter er tatt i bruk, hjerteinfarktregisteret ved St. Olavs Hospital er under utvikling som nasjonalt medisinsk

kvalitetsregister, bruk av trådløs overføring av EKG fra ambulanse bidrar til å styrke tilbudet innen hjertemedisin, handlingsprogrammet for fysikalsk medisin, rehabilitering og habilitering innebærer en betydelig styrking av fagfeltet. Flere nye tilbud er etablert og det har aldri vært behandlet så mange pasienter som i 2005.

Kravet om å drive i økonomisk balanse i 2006, er en viktig forutsetning også for å kunne innfri målene i strategien for 2010. Her har vi store utfordringer som vil kreve

aktiv oppfølging på alle nivå i foretaksgruppen. Det er helt avgjørende å skape et økonomisk handlingsrom og foreta bevisste prioriteringer, dersom Helse Midt-Norge skal innfri ambisjonene. Det er vanskelig å få det til hvis det akkumulerte underskuddet bare øker fra år til år. Derfor vil vi ha et hovedfokus på økonomien framover og det er iverksatt en rekke tiltak for å samordne og effektivisere driften av støttefunksjoner, investert i IT-systemer og økonomistyring.

Ledelse og kultur

– Helse reformen har i stor grad handlet om å utvikle ledelse og bygge kultur. I løpet av de fire årene som er gått, har vi som organisasjon og foretaksgruppe utviklet nye muligheter og verktøy. Våre styrings- og kvalitetsmål er synliggjort og det stilles krav til oss som ledere om å dokumentere resultatene. Det er nødvendig for å møte kravene fra storsamfunnet, våre pasienter og vår eier, men tydelige og tilgjengelige ledere har også et bedre utgangspunkt for å skape motivasjon og oppslutning blant



sine medarbeidere, mener Hellandsvik.

Han er glad for at Helse Midt-Norge i 2005 kan vise til en sterkere vekst innen rusbehandling og psykisk helsevern enn for somatiske tjenester. Dette er i tråd med bestillingen fra Helse- og omsorgsdepartementet, og i pakt med strategien for Helse Midt-Norge.

– Samtidig som vi skal glede oss over det vi får til, må vi også erkjenne at det tar tid å bygge opp tjenester som tilfredsstiller høye kvalitetskrav. Spesialisthelsetjenesten må være bygget på dokumenterbar kvalitet, og vår strategiplan for forskning og utvikling skal være nært knyttet til vårt kvalitetsarbeid. Opptrapping av en tjeneste betyr også at vi må rekruttere, skolere og videreutdanne fagfolk som ønsker å bli med på laget. Helse Midt-Norge må ha som ambisjon både å være pasientens førstevalg og samtidig være en interessant og spennende arbeidsplass. Vår viktigste kapital ligger i den ressurs våre ansatte representerer, sier Hellandsvik.

Samarbeid

Helse Midt-Norge har brukerutvalg i alle helseforetak og på flere fagfelt er det opprettet fora for å dra nytte av den erfaring og kompetanse som pasienten og brukerne av spesialisthelsetjenesten sitter med. Når det legges vekt på

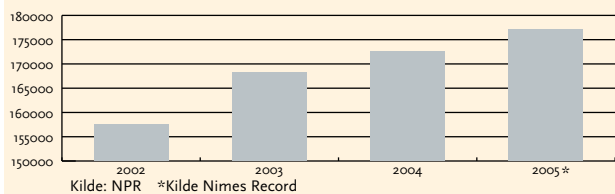


pasientopplevd kvalitet blir også pasientforløpet sentralt. Derfor er søkelyset nå satt på hvor raskt pasientens epikrise ferdigstilles og formidles til neste ledd i behandlingkjeden. Helseforetakene har tatt utfordringen og erkjent at dette kan bli vesentlig bedre.

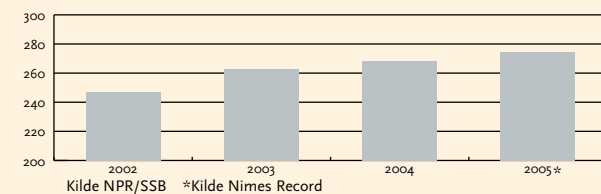
– I store organisasjoner som våre kan intern samhandling mellom forskjellige enheter selv innen ett og samme sykehus være en utfordring. Men det stopper ikke der. Samhandling med fastleger, kommunehelsetjeneste og andre som følger pasienten over tid, er viktig for den enkelte pasient, for behandlingsresultatet og for at helsekronene skal brukes best mulig. Sykehus og annen spesialisthelsetjeneste er viktige byggesteiner i lokalmiljø og for regionen Midt-Norge. Jeg opplever det som positivt at det nå oppnevnes representanter med politisk bakgrunn til styrene i foretaksgruppen. Det er en styrke for demokratiet og kan forhåpentligvis bidra til å forankre det utviklingsløpet vi står foran når det gjelder spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge, sier Hellandsvik.

Fakta om Helse Midt-Norge

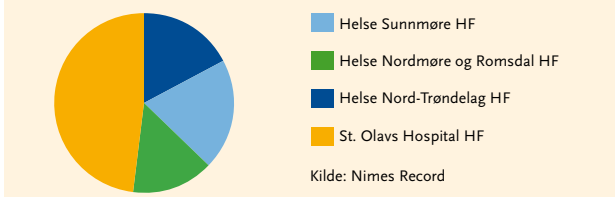
SYKEHUSOPPHOLD



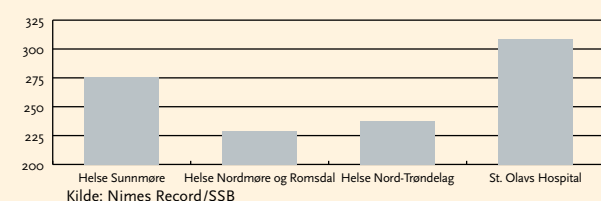
SYKEHUSOPPHOLD pr. 1 000 innbyggere



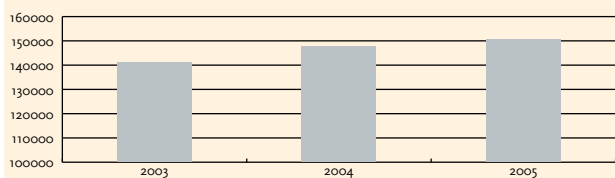
ANTALL SYKEHUSOPPHOLD i 2005



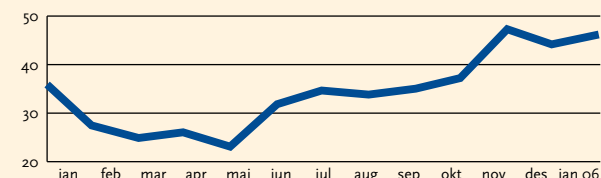
SYKEHUSOPPHOLD pr. 1 000 innbyggere 2005



DRG POENG totalt



EPIKRISER (GJENNOMSNIITT) 2005



Epikrisetid viser antall epikriser sendt innen 7 dager. Kvaliteten på tallmaterialet er forbedret i løpet av 2005 og skjer gjennom et felles styrings-system for Helse Midt-Norge.

SOMATIKK

	2003	2004	2005
DRG-poeng	141 188	147 794	151 042
Polikliniske konsultasjoner	605 903	610 984	614 668

PSYKISK HELSEVERN totalt

	2003	2004	2005
Antall polikliniske konsultasjoner	157 664	168 170	189 952
Antall nyhenviste polikliniske konsultasjoner *	8 084	9 936	10 000

* Tall fra Norsk Pasientregister, usikkert tallmateriale 3. kvartal 2005

PSYKISK HELSEVERN voksne

	2004	2005
Antall utskrivninger, døgntilrettelagt	5115	5 604
Antall oppholdsdøgn, inneliggende pasienter	199 097	197 386
Antall oppholdsdøgn, dagbehandling	12 282	7 075
Polikliniske konsultasjoner (inkl. rus)	108 253	129 880

PSYKISK HELSEVERN barn og unge

	2004	2005
Antall utskrivninger, døgntilrettelagt	406	449
Antall oppholdsdøgn, inneliggende pasienter	10 500	10 154
Antall oppholdsdøgn, dagbehandling	748	393
Polikliniske konsultasjoner (inkl. rus)	59 917	60 072

RUSBEHANDLING

	2004	2005
Antall utskrevne	**	1 138
Antall døgnplasser	109	174

** Usikkert tallmateriale

SUM DRIFTSINNTEKTER

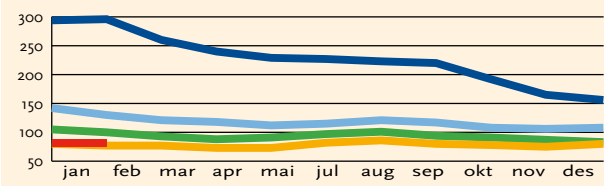
	2002	2003	2004	2005
Helse Sunnmøre	1 237 830	1 330 244	1 426 023	1 550 490
Helse Nordmøre og Romsdal	1 158 540	1 230 683	1 304 794	1 401 174
Helse Nord-Trøndelag	1 231 711	1 272 990	1 375 982	1 472 978
St. Olavs Hospital	2 916 706	4 038 860	4 339 330	4 699 924
Psykisk Helsevern Sør-Trøndelag	620 950			
Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus	225 380	276 120		
Sykehusapotekene i Midt-Norge	295 261	332 172	368 159	391 651
Rusbehandling Midt-Norge			129 747	150 757
Trøndelag Ortopediske Verksted			38 163	38 934
Helse Midt-Norge RHF	307 148	630 606	918 257	964 209
Sum	7 686 378	8 481 069	8 982 198	9 706 908

ÅRSRESULTAT *

	2002	2003	2004	2005
Helse Sunnmøre	-49 267	-89 239	-102 039	-78 697
Helse Nordmøre og Romsdal	-61 479	-112 193	-95 232	-47 287
Helse Nord-Trøndelag	-33 268	-97 218	-78 444	-48 219
St. Olavs Hospital	-28 151	-288 608	-326 972	-423 652
Psykisk Helsevern Sør-Trøndelag	35 766			
Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus	6 952	-12 700		
Sykehusapotekene i Midt-Norge	6 135	9 127	5 250	3 516
Rusbehandling Midt-Norge			-8 368	-32 440
Trøndelag Ortopediske Verksted			609	830
Helse Midt-Norge RHF	-20 495	-764 558	-622 187	-676 667

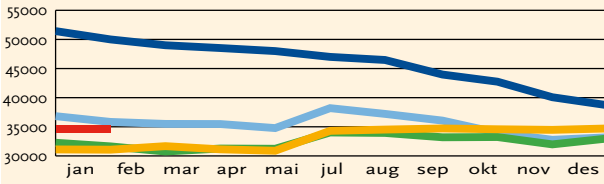
* Inkluderer nedskrivning av investeringer i datterforetak

VENTETID TOTALT

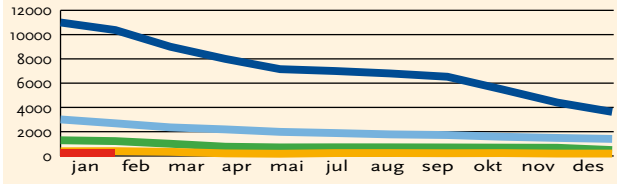


■ 2002 ■ 2003 ■ 2004 ■ 2005 ■ 2006

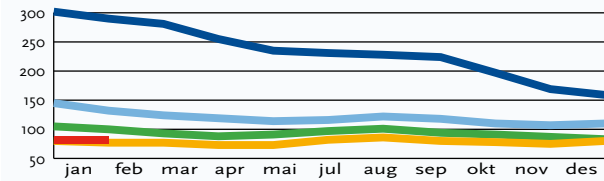
VENTELISTER TOTALT



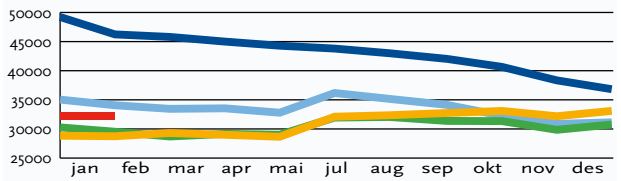
ANTALL PASIENTER VENTET OVER ETT ÅR



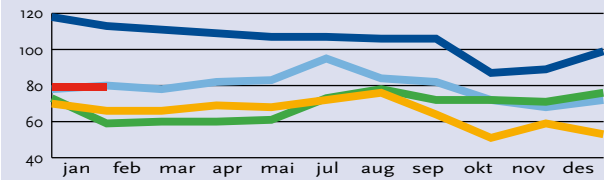
SOMATIKK Ventetid totalt



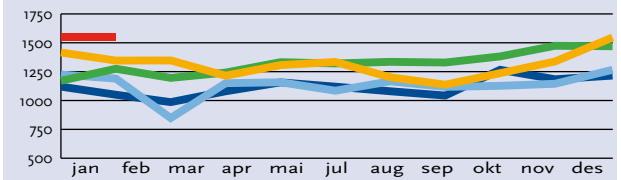
SOMATIKK Ventelister totalt



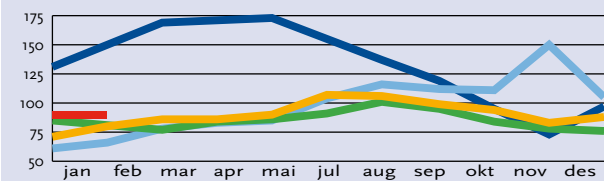
PSYKISK HELSEVERN, voksne Ventetid totalt



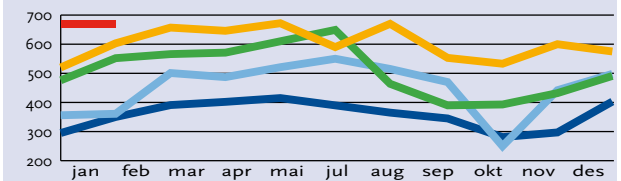
PSYKISK HELSEVERN, voksne Ventelister totalt



PSYKISK HELSEVERN, barn og unge Ventetid totalt



PSYKISK HELSEVERN, barn og unge Ventelister totalt



BEFOLKNINGSGRUNNLAG FOR LOKALSYKEHUS *

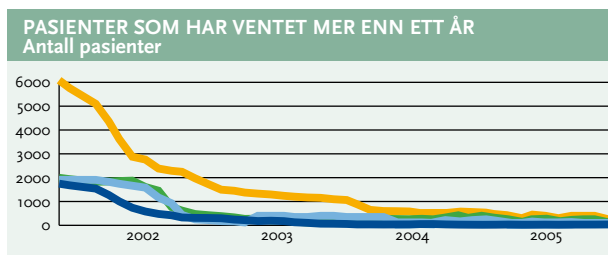
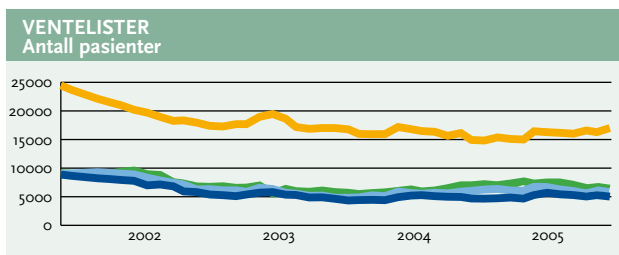
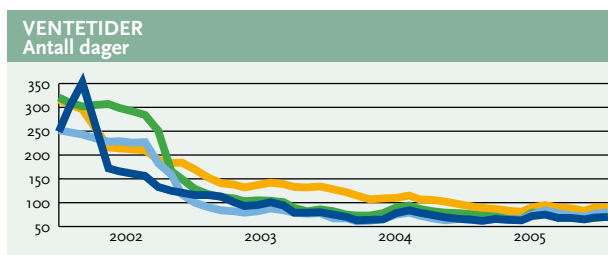
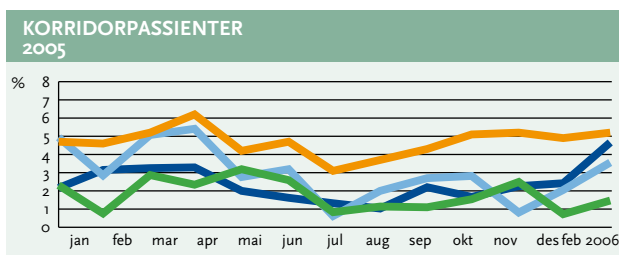
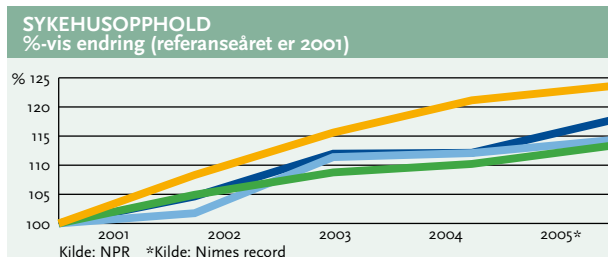
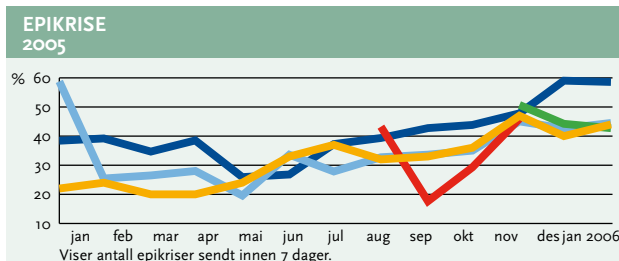
	2002	2003	2004	2005
Helse Sunnmøre	127 444	128 044	128 329	128 606
Helse Nordmøre og Romsdal	114 279	114 418	114 249	114 284
Helse Nord-Trøndelag	127 457	127 953	128 445	128 694
St.Olavs Hospital	268 438	272 376	274 674	277 491
Totalt	637 618	642 791	645 697	649 075

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

Fakta om foretaksgruppen Helse Midt-Norge

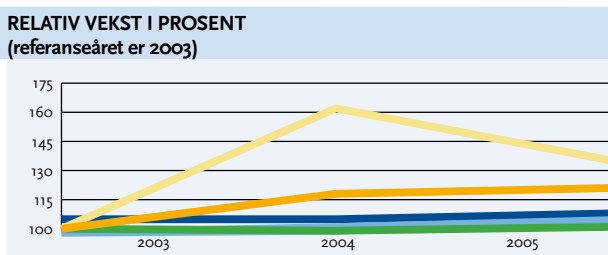
FARGEKODE

Helse Sunnmøre HF Helse Nordmøre og Romsdal HF Helse Nord-Trøndelag HF St. Olavs Hospital HF Rusbehandling Private og nto kjøp gjestepas.

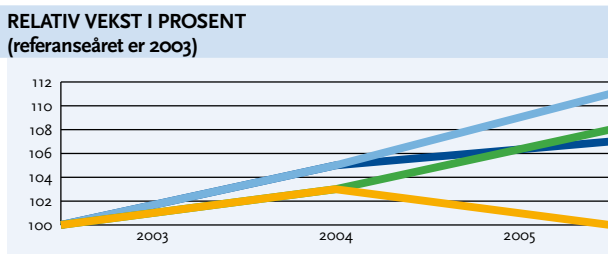


SOMATIKK

DRG-POENG totalt	2003	2004	2005
Helse Sunnmøre	25 763	25 777	26 839
Helse Nordmøre og Romsdal	20 160	20 110	20 586
Helse Nord-Trøndelag	21 823	21 874	22 616
St.Olavs Hospital	60 107	71 250	73 540
Orkdal Sjukehus	7 935		
Private og nto kjøp gjestepas.	5 400	8 783	7 461
Sum	141 188	147 794	151 042

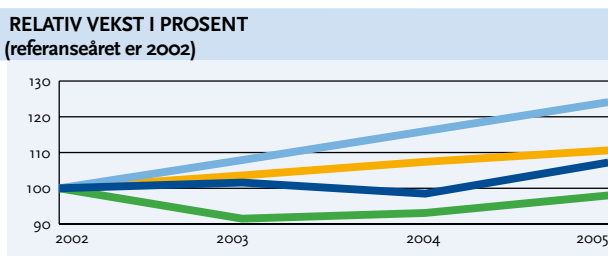


POLIKLINISKE KONSULTASJONER *	2003	2004	2005
Helse Sunnmøre	119 496	126 550	132 704
Helse Nordmøre og Romsdal	99 907	103 262	108 451
Helse Nord-Trøndelag	91 404	96 282	98 014
St.Olavs Hospital	275 074	284 890	275 499
Orkdal Sjukehus	20 022		
Sum	605 903	610 984	614 668



* Basert på helseforetakenes økonomirapportering og den definisjon som der legges til grunn.

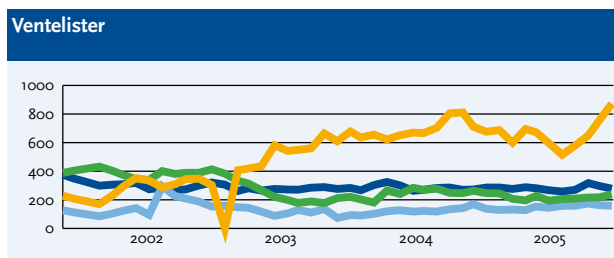
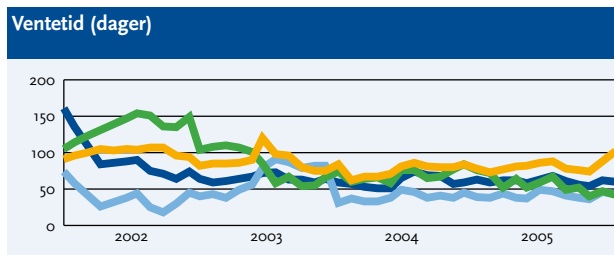
POLIKLINISKE KONSULTASJONER nyhenviste	2002	2003	2004	2005
Helse Sunnmøre	24 335	26 266	28 226	30 195
Helse Nordmøre og Romsdal	23 480	21 486	21 858	23 009
St Olavs Hospital	53 994	55 972	58 009	59 714
Helse Nord-Trøndelag	23 106	23 481	22 753	24 768
Sum	124 915	127 205	130 846	137 686



Tall fra Norsk Pasientregister

Tall fra Norsk Pasientregister

PSYKISK HELSEVERN, voksne



ANTALL UTSKRIVNINGER døgnbehandling	2004	2005
Helse Sunnmøre	1 136	1 239
Helse Nordmøre og Romsdal	1 291	1 274
Helse Nord-Trøndelag	1 101	1 048
St. Olavs Hospital	1 627	1 827
Sum	5 155	5 388

ANTALL OPPHOLDSDØGN innliggende pasienter	2004	2005
Helse Sunnmøre	30 745	29 608
Helse Nordmøre og Romsdal	49 144	44 306
Helse Nord-Trøndelag	30 384	26 982
St. Olavs Hospital	88 824	96 490
Sum	199 097	197 386

ANTALL OPPHOLDSDAGER dagbehandling	2004	2005
Helse Sunnmøre		
Helse Nordmøre og Romsdal		
Helse Nord-Trøndelag	3 490	826
St. Olavs Hospital	8 792	6 249
Sum	12 282	7 075

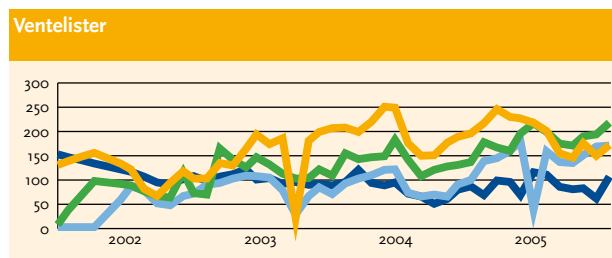
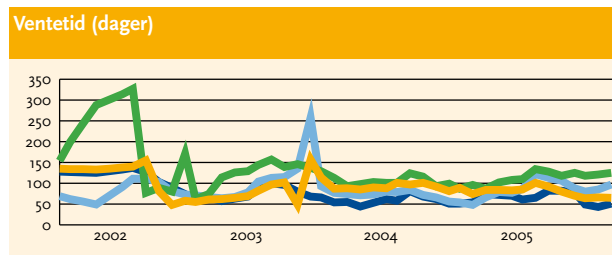
POLIKLINISKE KONSULTASJONER inkludert rus	2004	2005
Helse Sunnmøre	18 954	21 434
Helse Nordmøre og Romsdal	20 432	26 964
Helse Nord-Trøndelag	26 840	29 450
St. Olavs Hospital	42 027	52 032
Sum	108 253	129 880

RUSBEHANDLING

RUSBEHANDLING MIDT-NORGE	2004	2005
Gjennomsnittlig ventetid	208 (estimat)	124
Døgnplasser totalt	109	174
Antall på venteliste 31.12	*	260
Antall på venteliste over 1 år	*	0
Antall utskrevne	*	1 138
Beleggsprosent	91,4 %	93,8 %

* Usikkert tallmateriale for 2004

PSYKISK HELSEVERN, barn og unge



ANTALL UTSKRIVNINGER døgnbehandling	2004	2005
Helse Sunnmøre	82	127
Helse Nordmøre og Romsdal	70	65
Helse Nord-Trøndelag	101	102
St. Olavs Hospital	153	155
Sum	406	449

ANTALL OPPHOLDSDØGN innliggende pasienter	2004	2005
Helse Sunnmøre	2 075	1 759
Helse Nordmøre og Romsdal	2 032	1 568
Helse Nord-Trøndelag	1 671	1 974
St. Olavs Hospital	4 722	4 853
Sum	10 500	10 154

ANTALL OPPHOLDSDAGER dagbehandling	2004	2005
Helse Sunnmøre		
Helse Nordmøre og Romsdal		
Helse Nord-Trøndelag		
St. Olavs Hospital	748	393
Sum	748	393

POLIKLINISKE KONSULTASJONER inkludert rus	2004	2005
Helse Sunnmøre	9 557	14 301
Helse Nordmøre og Romsdal	12 745	15 559
Helse Nord-Trøndelag	8 984	11 547
St. Olavs Hospital	28 631	36 960
Sum	59 917	78 367



Styrets årsberetning 2005

Helse Midt-Norge RHF er ett av fem regionale helseforetak i Norge. Disse eies av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og skal sørge for at befolkningen har tilgang til gode og likeverdige spesialiserte helsetjenester når man trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn.

Helse Midt-Norges visjon er «På lag med deg for din helse» og våre kjerneverdier er trygghet, respekt og kvalitet. Våre fire sentrale måleområder er: pasientbehandling og opplæring, forskning, organisasjon og ledelse og økonomi.

Helse Midt-Norge RHF eier de offentlige sykehusene i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag, samt Rusbehandling Midt-Norge HF, Sykehusapotekene i Midt-Norge HF og Trøndelag Ortopediske Verksted AS.

Det regionale helseforetaket har 20 prosent eierandeler i Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS, Helseforetakenes innkjøpsservice AS og Norsk Helsenett AS.

Avtaler om pasientbehandling ved private sykehus, privatpraktiserende spesialister og opptrenings- og rehabiliteringssentre inngår i Helse Midt-Norges samlede tilbud til pasientene.

Helse Midt-Norge RHF's hovedkontor er på Stjørdal.

Helse Midt-Norges virksomhet i 2005

Satsingsområder

I de senere år 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.
- Handlingsprogram for psykisk helsevern.
- Regionalt rusprogram – handlingsplan fram til 2010.
- Handlingsprogram for habilitering, rehabilitering og fysikalsk medisin.
- Regionalt handlingsprogram for mennesker som lider av sykelig overvekt. Programmet innbefatter både kirurgisk og ikke-kirurgisk behandlingstilbud.
- Kreftkirurgi i Helse Midt-Norge.
- Handlingsplan for smittevern.
- Samhandling og desentralisering – Oppfølging av nasjonal RHF-rapport.
- Handlingsprogram for pasient- og pårørendeopplæring.
- Kvalitetsstrategi i Helse Midt-Norge.
- Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge RHF 2004 -2007.
- IT-strategi for Helse Midt-Norge.
- Med laboratoriemedisin inn i framtiden (*grunnlag for utvikling av de laboratoriemedisinske tjenestetilbudene i Helse Midt-Norge*).
- Regional beredskapsplan.

Prioriteringer

For 2005 ble det stilt krav om sterkere prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling. Den prosentvise ressursvekst innenfor disse områdene skulle være sterkere enn veksten innenfor den somatiske del av virksomheten.

Resultatet ble 5,0 prosent vekst innenfor psykisk helsevern (sterkest vekst for barn og unge), 35,5 prosent for rusbehandling og 10,2 prosent innenfor somatikken, jf. note 1 til årsregnskapet.

Det ble også stilt krav om å redusere kapasiteten på områder med overkapasitet, og å overføre frigjorte ressurser til områder med behov for ressursmessig styrking. Helse Midt-Norge reduserte kapasiteten for elektiv somatisk behandling betydelig da det sommeren 2005 ble inngått nye avtaler med private sykehus. Avtalenes omfang og volum ble redusert på områder hvor analyser av utviklingen i forbruk og ventetid indikerte mulig overkapasitet. De nye avtalene vil medføre en reduksjon i bruken av private sykehus med anslagsvis ca. 2500 DRG-poeng pr. år; dette tilsvarer tre prosent av den elektive somatiske virksomhet.

Reduksjon av ventetid har vært et prioritert mål for Helse Midt-Norge helt fra starten av, og både antall ventende og ventetidene er redusert betydelig år for år. Ventetidsreduksjonen fortsatte også i 2005. Fra 3. tertial 2004 til 3. tertial 2005 ble gjennomsnittlig ventetid for behandlede pasienter redusert fra 78 til 73 dager. Etter tre år med stadig kortere ventelister økte imidlertid antall ventende i 2005.

Styret er godt tilfreds både med reduksjonen i ventetid og med de omprioriteringer som er foretatt. Styret vil samtidig peke på at dagens prioritering kan vanskeliggjøre fortsatt redusert ventetid i somatisk sektor.

Helse Midt-Norge 2010

Hovedprosjektet

Helse Midt-Norge 2010 er et strategiprojekt som ble vedtatt av styret for Helse Midt-Norge RHF 12.04.2005. Første del av prosjektet ble avsluttet med styrebehandling av rapporten *Strategi for utvikling av tjenestetilbudet frem mot 2010* den 19.12.2005. I den mellomliggende perioden var både bakgrunnsnotater og forslag til satsingsområder og mål behandlet i en omfattende prosess der lokalpolitikere, brukere, representanter for primærhelsetjenesten og private tjenesteytere så vel som egne fagfolk og ansatte deltok aktivt.

Strategi for utvikling av tjenestetilbudet frem mot 2010 peker ut seks satsingsområder med tilhørende mål:

1. **Psykisk helsevern og rusbehandling:** Mennesker med psykiske plager og/eller rusavhengighet skal oppleve at spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge gir god hjelp og behandling når de trenger det.

2. **Sammenheng i behandlingstilbudet:** Den enkelte pasient skal oppleve å bli ivaretatt på en helhetlig måte. Tjenestetilbudet skal være sammenhengende og godt koordinert mellom de ulike samarbeidspartnerne.
3. **Kronisk syke og syke eldre:** Kronisk syke og syke eldre skal oppleve trygghet, nærhet og kvalitet i tilbudet. Behandlingen skal bidra til økt mestring og bedret livskvalitet i hverdagen.
4. **Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom:** Befolkningen skal føle trygghet for at de får hjelp ved akutt sykdom nærmest mulig der de bor. Dersom pasienten trenger det, skal lokalsykehuset sørge for sikker og trygg overføring til et mer spesialisert sykehus.
5. **Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet:** God og pålitelig informasjon om kvaliteten i sykehus-tilbudet skal være enkel å få tak i, og lettfattelig i sin form. Pasienter, pårørende og fastleger skal kunne bruke informasjonen som grunnlag for vurderinger og valg av sykehus. For ledere og medarbeidere skal informasjonen gi grunnlag for beslutninger i det daglige arbeidet.
6. **Bedre bruk av tilgjengelige ressurser:** Helse Midt-Norge skal utnytte ressursene slik at befolkningen i regionen får gode og likeverdige tjenester. Spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge skal framstå like veldrevet som annen spesialisthelsetjeneste i Norge. Helse Midt-Norge skal gå i balanse i 2006, og årsresultatet skal være positivt fra og med 2007. Overskudd skal brukes til å forbedre tilbudet til befolkningen.

Disse områdene er valgt på bakgrunn av en analyse av de utfordringer Helse Midt-Norge står overfor og vil møte i de nærmeste år. For hvert område er det skissert egne strategier, og det arbeides nå med utforming av et handlingsprogram som skal styrebehandles i april 2006. Handlingsprogrammet skal angi hvilke tiltak som skal iverksettes for at målene på de seks områdene skal bli nådd innen 2010, og hvilke tiltak som skal iverksettes i de fem årene perioden omfatter. Handlingsprogrammet skal oppdateres årlig.

Delprosjekter

I tillegg til hovedprosjektet er det iverksatt tre delprosjekter:

1. Eierstrategi – hvordan Helse Midt-Norge RHF skal ivareta sitt ansvar som eier av foretaksgruppen.
2. Strategi for samhandling.
3. Strategi for bruk av private aktører.

Eierstrategien vil gi premisser for strategiarbeidet i de respektive helseforetak, spesielt når det gjelder utviklingen av lokalsykehus og lokalsykehusfunksjoner. Gjennom dette arbeidet følger Helse Midt-Norge opp kravet i Bestillerdokument 2005 om å utarbeide helhetlige strategier for lokalsykehus. Eierstrategien legges fram for styret for Helse Midt-Norge RHF i mai 2006.

Den framlagte strategi for samhandling blir et viktig element framover, og er Helse Midt-Norges oppfølging av kravet i Bestillerdokument 2005 om utarbeidelse av en strategi for samhandling og desentralisering.





Kvalitet

Det skjer stadig forbedring av tilbudet til mange pasientgrupper. I 2005 etablerte Helse Midt-Norge et nytt tilbud til pasienter med sykkelig overvekt. Regionalt rusprogram for Helse Midt-Norge ble vedtatt av styret i november. Tidligere vedtatte planer/programmer for å bedre tilbudene innenfor psykisk helsevern, habilitering og rehabilitering, kreftkirurgi og behandling av akutt hjerteinfarkt ble fulgt opp.

Helse Midt-Norge etablerte i 2005 Nasjonalt slagregister. I dette registeret samles data om slagpasienter fra alle landets sykehus. Registeret skal benyttes til å analysere kvaliteten av behandlingstilbudet til slagpasienter, og til forskning med sikte på å forbedre tilbudet.

Kvaliteten i tjenestene til den enkelte pasient må primært ivaretas av den enkelte tjenesteyter. Helse Midt-Norges strategi er å forvisse seg om at tjenesteyterne driver sin virksomhet i samsvar med gjeldende lover og forskrifter, og spesielt at de har et effektivt system for internkontroll som ivaretar kvaliteten av tjenesten.

Korridorpasienter er fortsatt et problem i Helse Midt-Norge. Målet er at dette ikke skal forekomme som systematisk fenomen. I 2005 varierte omfanget ved de tre minste foretakene fra 1,5 til 2,2 prosent av liggedagene. Ved St. Olavs Hospital var tallet 5,4. Dette er ikke bedre enn i 2004, og styret er ikke tilfreds med dette resultatet.

Forskning og utvikling

I 2005 tok Helse Midt-Norge i bruk nye prosedyrer for fordeling av forskningsmidler. De nye prosedyrene er utformet med særlig vekt på å sikre kvalitet og habilitet i fordelingen av midler. Helse Midt-Norge RHF bevilget 81 millioner kroner til samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge og NTNU. Midlene er tildelt til ulike forskningsprosjekter/-stipend. Dette samsvarer med Helse Midt-Norges forskningsstrategi, hvor det legges vekt på at forskningsmidlene skal fordeles slik at de understøtter de prioriterte virksomhetsområdene. På grunn av den økonomiske situasjonen har en ikke klart å følge opp opptrappingsplanen i forskningsstrategien fullt ut.

Stadig flere kvinner får innvilget forskningsprosjekter, og i 2005 passerte kvinneandelen 50 prosent. På denne bakgrunn ser ikke styret behov for særlige tiltak for å styrke kvinneandelen. Forholdene bør legges til rette slik at yngre mennesker i hele regionen, både kvinner og menn, får interesse for og muligheter til å komme i gang med forskning innen helsetjenesten.

Psykisk helsevern

Det er fortsatt ikke god nok balanse mellom behov og kapasitet innen psykisk helsevern i Midt-Norge. Opptrappingsplanen for psykisk helsevern blir fulgt opp og behandlingsskapasiteten økte i 2005, men på visse områder er tilbudet fortsatt ikke tilstrekkelig.

I 2005 ble ventetidene i barne- og ungdomspsykiatrien redusert betydelig både ved St. Olavs Hospital og i Helse Nord-Trøndelag. Utviklingen gikk imidlertid motsatt vei både i Helse Sunnmøre og Helse Nordmøre og Romsdal, hvor barne- og ungdomspsykiatrien fortsatt er i en oppbyggingsfase, og hvor mangel på kvalifisert fagpersonell er et problem.

Rusbehandling

Rusbehandling Midt-Norge ble styrket betydelig ved at det i 2005 ble tilført vel 17 millioner kroner ekstra i basisramme gjennom intern omprioritering. Det er foretatt ytterligere styrking av området i inntektsfordelingen for 2006. Regionalt rusprogram for Helse Midt-Norge 2005-2010 ble vedtatt av styret i november 2005. Formålet er å dimensjonere tiltakene i tråd med behovene, å sikre god samordning mellom de ulike aktører innenfor og utenfor spesialisthelsetjenesten, en tverrfaglig tilnærming og høy kvalitet på tjenestene.

Antall nyhenvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling har vært økende i de senere år, og det var også en økning fra 2004 til 2005. Veksten i nyhenvisninger ble imidlertid oppveid av økt kapasitet. Gjennomsnittlig ventetid ble redusert i løpet av 2005 – spesielt for legemiddelassistert rusbehandling (LAR, metadonbehandling).

Opplæring av pasienter og pårørende

Arbeidet i 2005 har skjedd i samsvar med de retningslinjer som er trukket opp i «Handlingsprogram for pasient- og pårørendeopplæring 2004-2007».

Pasient- og pårørendeopplæring er et nytt fagfelt. I 2005 bevilget Helse Midt-Norge RHF 2,8 millioner kroner til tiltak for å stimulere til utviklingsarbeid i helseforetakene på området. I tillegg kommer en forskerstilling ved NTNU/ Helsetjenesteforskning.

Utdanning

I 2005 skaffet Helse Midt-Norge praksisplasser til alle høgskolestudenter og medisinstudenter, og oppfylte de mål som var satt fra sentralt hold. 84 medisinstudenter deltok i den kliniske undervisningen.

Helse Midt-Norge har startet arbeidet med et program for utdanning av helsepersonell. Målet er dels at myndighetenes krav til utdanningens omfang og innhold blir oppfylt, og dels at Helse Midt-Norges behov for kompetanse blir dekket på en god måte i årene som kommer.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkningen ivaretas dels gjennom Regionalt brukerutvalg, dels gjennom brukerutvalgene i de enkelte helseforetak, og ikke minst gjennom brukerdeltakelse i prosjekter og annet utviklingsarbeid i regionen.

I 2005 var funksjonen som referansegruppe for Helse Midt-Norge 2010 en prioritert oppgave for Regionalt brukerutvalg. Også de lokale brukerutvalgene og pasientorganisasjonene deltok i dette arbeidet. Brukerutvalgene og brukerorganisasjonene har i 2005 gitt mange verdifulle bidrag til Helse Midt-Norges virksomhet, og styret verdsetter dette høyt.

Lederutvikling

Helse Midt-Norge har ledelsesutviklingsprogram på ulike nivå, og bidrar aktivt både i planlegging og gjennomføring av nasjonalt topplederprogram. Det nasjonale programmet er gjennomført over 12 uker i 2005, og i likhet med de andre regionene har Helse Midt-Norge med seks deltakere.

På regionalt nivå har det vært gjennomført fire seksdagers kurs med til sammen 60 deltakere fra hele regionen. På lokalt nivå, St. Olavs Hospital sammen med Helse Nord-Trøndelag, har 150 deltakere gjennomført et firedagers ledelsesutviklingskurs. I tillegg har Helse Midt-Norge RHF bidratt i lokale kurs i medarbeidersamtaler på begge helseforetakene i Møre og Romsdal, med ca. 150 kursdeltakere. Det er gjennomført diverse fagledersamlinger og to regionale avdelingsjefsamlinger med fokus på 2010 prosjektet, med ca. 85 deltakere hver gang.

Til sammen 60 deltakere fra hele regionen har gjennomført fire kurs i prosjektledelse i samarbeid med Helsebygg Midt-Norge.

Økonomistyring

Foretaksgruppen har i årene 2003 og 2004 budsjettert med underskudd og oppnådd årsresultater noe bedre enn budsjett. I 2005 ble resultatet betydelig svakere enn budsjett, og ved inngangen til 2006 har Helse Midt-Norge en betydelig utfordring i å oppfylle Stortingets krav om balanse i driften.

Den gjennomgående driftsmessige trend i 2005 har vært at man ikke klarte å effektivisere driften og redusere kostnadene tilstrekkelig til å oppnå forbedring i resultatet. Dette ga seg spesielt utslag i siste tertial, og hoveddelen av avvik i

forhold til budsjett kom i denne perioden. Det er nødvendig med reduksjon i det enkelte foretaks kostnadsnivå og det er påkrevet med stram økonomisk styring og kontroll. Den største økonomiske utfordring har St. Olavs Hospital. Mye av årsaken til dette ligger i merkostnader vedrørende bygging, innflytting og igangsetting av nye sykehusbygg parallelt med drift i gammel del. Det er i 2005 planlagt og satt i gang mange tiltak for å forbedre den driftsmessige situasjonen. Dette arbeidet fortsetter inn i 2006.

Gjennom et samarbeid mellom de regionale helseforetakene og eier er det i 2005 arbeidet mye med en nasjonal standardisering av regnskapsprinsipper. Også regionalt er det arbeidet videre med samordning av prinsipper. All budsjettering og rapportering skal nå skje i henhold til vedtatte bestemmelser.

Det har i 2005 vært arbeidet med videreutvikling av systemer for økonomisystemer. Gjennomgående styringssystem er igangsatt for store deler av den samlede virksomhet, og gir en enhetlig måling av sentrale indikatorer og parametere gjennom hele organisasjonen. Det forventes at systemet vil være fullt implementert i 2006, og at det vil representere et betydelig løft i den totale styring av virksomhetene. Også når det gjelder rapportering er systemer og rutiner forbedret og videreutviklet i 2005.

Styrets vurdering er at Helse Midt-Norge er i en meget utfordrende økonomisk situasjon, og det vil i 2006 være nødvendig med ytterligere innsparings- og rasjonaliserings tiltak for å oppfylle Stortingets krav om økonomisk balanse i driften.

Kommunikasjon og åpenhet

Helse Midt-Norge har etablert dialog med sentrale målgrupper. Åpenhet skal være en rettesnor for prosesser som gjennomføres, og det skal legges vekt på involvering og medvirkning.

Overordnet kommunikasjonsstrategi er vedtatt i styret, og det utarbeides handlingsplaner hvert halvår. Kanalene for aktiv og målrettet kommunikasjon med definerte målgrupper ble videreutviklet i 2005. Kommunikasjonsstrategien vil bli revidert i 2006.

Når det gjelder politisk kontakt gjennomføres det jevnlig møter mellom fylkesordførerne og det regionale foretaket. Kontakten med kommunene i regionen skjer hovedsaklig i regi av det lokale helseforetaket, og det regionale foretaket deltar i noen av møtene. I tillegg gjennomfører Helse Midt-Norge egne møter med lokale myndigheter i prosjekter som krever slik involvering. Kontakten med



lokale politiske myndigheter vil bli videreutviklet og styrket. En gang i året blir stortingspolitikere fra Midt-Norge orientert om status og utfordringer i regionen.

Det er for øvrig opprettet faste møtepunkter med brukerne, tilsynsmyndighetene, pasientombudene, primærhelsetjenesten og utdanningsinstitusjonene, og Helse Midt-Norge deltar i regelmessige nettverksmøter med de andre regionene.

Etablerte kanaler som nettsted, nyhetsbrev, magasinet Helse og pressemeldinger brukes jevnlig i kommunikasjonsarbeidet.

Styresammensetting i foretakene

Eier oppnevnte nytt styre for Helse Midt-Norge RHF i januar 2006. Det nye styret består av ni eieroppnevnte medlemmer, hvorav fem er utnevnt blant foreslåtte folkevalgte på kommune- og fylkesnivå, samt tre ansattevalgte medlemmer.



Fra og med 1. mai 2006 oppnevnes nye styrever for helseforetakene i Helse Midt-Norge. Også her vil det være et flertall av styremedlemmer utnevnt blant foreslåtte folkevalgte på kommune- og fylkesnivå.

Kontrollkomite og intern revisjon

Med utgangspunkt i protokoll fra foretaksmøte i januar 2005 har Helse Midt-Norge RHF etablert kontrollkomite bestående av tre av styrets medlemmer. I 2005 ble det også ansatt internrevisor i det regionale foretaket, og denne er underlagt kontrollkomiteen.

Nasjonalt samarbeid

De fem regionale helseforetakene eier 20 prosent hver i virksomhetene Helseforetakenes Nasjonale Luftambulans ANS (Luftambulansen), Helseforetakenes Innkjøpsservice

AS (HINAS) og Norsk Helsenett AS. Luftambulansen har ansvaret for de flyoperative delene av luftambulansen for hele landet. HINAS skal bidra til at helsesektoren i Norge i størst mulig grad utnytter de fordeler som finnes ved å samordne sine anskaffelser. Norsk Helsenett etablerer og driver et lukket nettverk for elektronisk kommunikasjon og samhandling i helse- og sosialsektoren i Norge. For nærmere informasjon om resultater i 2005 vises det til note 10 til årsregnskapet.

Helse Midt-Norge har et utstrakt samarbeid med de andre helseregionene innen flere områder. Det er opprettet flere nettverksgrupper som jobber med utvikling og forbedringer av de administrative oppgavene så vel som helsetjenestene.

HEMIT

Helse Midt-Norge IT (HEMIT) er regionenes IT-organisasjon, og er organisasjonsmessig en avdeling i Helse Midt-Norge RHF. Avdelingen rapporterer til eget prosjektstyre. HEMIT ble etablert i 2003 og er et viktig virkemiddel for å få bedre samordning av IT-ressurser i regionen. Helse Midt-Norge legger stor vekt på å utvikle organisasjonen gjennom utvikling av framtidsrettede IKT-løsninger.

Helsebygg

Helsebygg Midt-Norge er prosjektorganisasjonen som forestår planlegging, gjennomføring og oppfølging av utbyggingen ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Helsebygg bistår i økende grad med kompetanse i øvrige investeringsprosjekt i regionen. Helsebygg er en avdeling av Helse Midt-Norge RHF med eget prosjektstyre som rapporterer til styret i det regionale foretaket.

Private aktører

Helse Midt-Norge RHF inngikk i 2005 avtaler med fire private sykehus om gjennomføring av kirurgiske inngrep for våre pasienter. Det ble inngått avtaler for fagområdene ortopedi, generell kirurgi, ikke-kosmetisk plastikkirurgi og øre-/nese-/halskirurgi. Avtalene gjelder til april 2007 med mulighet for forlengelse i ett år.

Fra september 2005 ble ansvaret for avtaler med de private røntgeninstituttene overført fra Rikstrygdeverket til de regionale helseforetakene. Avtalene gjelder fram til og med august 2007.

I løpet av 2005 ble det også inngått avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner etter at ansvaret ble besluttet overført fra Rikstrygdeverket til de regionale helseforetakene

fra 01.01.06. Avtalene er inngått for ett år. Det skal gjennomføres nye forhandlinger i 2006 med sikte på avtaler med lengre varighet.

Helse Midt-Norge RHF hadde ved inngangen til 2006 avtaler med 163 spesialister innen medisin og psykologi. Det er i 2005 gjennomført en bred kartlegging blant avtalespesialistene som danner grunnlaget for en vurdering av det framtidige tilbudet de skal representere. Styret i Helse Midt-Norge RHF skal behandle denne saken i 2006.

Årsregnskapet

Foretaksgruppens økonomiske utvikling

Årsunderskuddet for foretaksgruppen for 2005 ble 662,4 millioner kroner. Årsregnskapet er avlagt etter regnskapsloven og norske regnskapsprinsipper. Styret bekrefter at grunnlaget for videre drift er til stede, jf. regnskapslovens paragraf 3-3. Årsregnskapet for 2005 er utarbeidet i samsvar med dette.

Helse Midt-Norge hadde brutto driftsinntekter på 10 182 millioner kroner i 2005 mot 9 474 millioner kroner året før. Statens finansiering av deler av pasientbehandlingen innen somatikk ble endret fra finansiering via generell basisramme til mer aktivtetsbasert inntekt i 2005 sammenlignet med 2004. Denne reduksjonen i basisrammen utgjorde 946 millioner kroner. Basisrammen har i samme periode økt i forbindelse med at en større andel av finansieringsansvaret for pasienttransport, rehabilitering og opptrening er overført fra Rikstrygdeverket til helseregionene.

Lønn og personalkostnader utgjorde 58,8 prosent av foretaksgruppens totale driftskostnader i 2005. Totale lønnskostnader har økt fra 6 064 millioner kroner til 6 365 millioner kroner i 2005. Økningen på 302 millioner kroner tilsvarer en økning på 4,98 prosent.

Et mindre antall ansatte i foretaksgruppen har pensjonsavtaler i Statens pensjonskasse (SPK) mens de fleste har pensjonsavtaler i Kommunal landspensjonskasse (KLP). Pensjonskostnader inklusive arbeidsgiveravgift var 612 millioner kroner i 2005. Dette er noe lavere enn i 2004. Netto pensjonsmidler pr. 31.12.2005 var på 155 millioner kroner.

Av økningen på 102 millioner kroner i varekostnadene utgjør 80,4 millioner kroner en økning i medisinsk forbruksmaterieil, det vil si 9 prosent. Kjøp av helsetjenester har økt med 57,7 millioner kroner sammenlignet med året før og er i hovedsak knyttet til nye oppgaver innen rehabilitering og opptrening.

Ordinære avskrivninger økte fra 555 millioner kroner i 2004 til 580 millioner kroner i 2005. Det er foretatt nedskrivninger med 5,7 millioner kroner i 2005.

Netto finanskostnader for foretaksgruppen har økt med 13 millioner kroner i 2005. I tillegg til økt bruk av driftskredit, har Helse Midt-Norge store lån som har bidratt til de økte kostnadene.

I statsbudsjettet for 2004 er det uttrykt at man ikke kan forvente at helseforetakene framover vil kunne gjenanskaffe anleggsmidler tilsvarende de verdier som ble skutt inn pr. 01.01.02. Helse- og omsorgsdepartementet 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. For foretaksgruppen utgjorde overføringen til strukturfondet 9,25 prosent av bruksverdien av innskutte verdier av varige driftsmidler og immaterielle eiendeler pr. 01.01.2002. Overføringen fra strukturfondet var 34 millioner kroner i 2005.

Helse- og omsorgsdepartementets resultatkrav til Helse Midt-Norge er basert på avskrivningskostnader ut fra lengre levetid på anleggsmidlene enn det som er lagt til grunn i årsregnskapet. Meravskrivninger som følge av kortere levetid i årsregnskapet enn lagt til grunn av departementet er beregnet til 56 millioner kroner i 2005. Korrigert resultat for 2005 ble på minus 572 millioner kroner. Sammenlignbart resultat for 2004 var minus 517 millioner kroner.

Helse Midt-Norge RHF

Årsresultatet for Helse Midt-Norge RHF viser et underskudd på 676,7 millioner kroner. Hovedårsaken til underskuddet er nedskrivning av verdier i datterforetak på 647 millioner kroner på grunn av underskudd i datterforetakene.

Finansielle og andre risiki

Helse Midt-Norge RHF overtar ansvaret for utbetalingene fra Norsk Pasientskadeerstatning forbundet med pasientbehandling ved helseforetakene i Midt-Norge fra 01.01.2006. Basert på historisk utvikling i erstatningsutbetalingene har eier økt basisrammen til Helse Midt-Norge. Det er knyttet usikkerhet til utviklingen av denne kostnaden.

Ved utgangen av 2005 hadde Helse Midt-Norge en gjeld til eier på 2 932 millioner kroner. Finansiering av fase 1 i utbyggingen av nytt sykehus i Trondheim ble endelig vedtatt gjennom revidert nasjonalbudsjett i 2005, og medførte et investeringsstilskudd fra eier på 2,9 milliarder kroner. I den forbindelse er det foretatt en nedbetaling av byggelån med 1,3 milliarder kroner. I takt med utbyggingen i Trondheim vil gjeldsgraden øke og risikoen knyttet til utviklingen i rentenivået er stor.



Investeringer

I 2005 er det påløpt 1 698 millioner kroner i forbindelse med pågående og avsluttede større byggeprosjekter. Det største av disse er fase 1 i utbyggingen av nytt universitets-sykehus i Trondheim, og omfatter byggene Nevrosenteret, Laboratoriesenteret og Kvinne-barn-senteret. Byggefase 1 er i avslutningsfasen og vil være endelig ferdigstilt våren 2006. Prosjektet vil bli avsluttet godt innenfor vedtatte rammer både når det gjelder økonomi og tidsfrister.

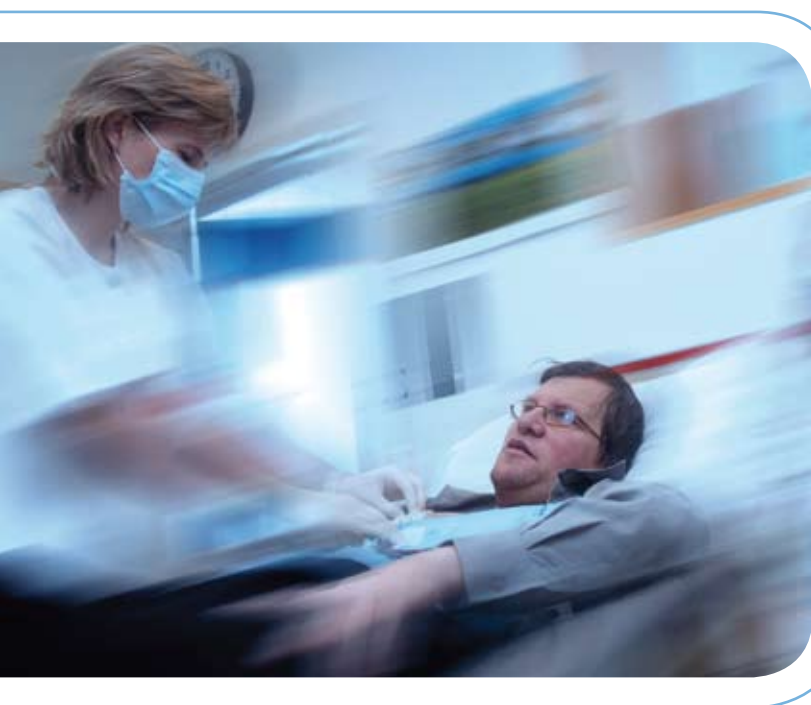
Fase 2 i utbyggingen ved St. Olavs Hospital ble endelig vedtatt i styremøte 9. mars 2006, og byggearbeidene er allerede igangsatt. Byggingen vil i all hovedsak være ferdigstilt ved årsskiftet 2009/2010, men endelig ferdigstillelse vil først skje i 2013.

De finansielle rammer i prosjektet er fastsatt av Stortinget, og St. Olavs Hospital vil etter fullført utbygging få en lånebelastning på om lag 4,5 milliarder kroner. Dette medfører betydelige kapitalkostnader og det vil i årene fram mot ferdigstillelse være behov for en kontinuerlig omstillingsprosess for å skape en driftssituasjon som skaper rom for å betjene lånene innenfor de økonomiske rammer som foreligger.

Øvrige større pågående og ferdigstilte investeringer i 2005:

- DPS Stjørdal, tatt i bruk i februar 2006
- Barne- og ungdoms- og voksenpsykiatrisk poliklinikk Ålesund, tatt i bruk 2006
- DPS Volda, tatt i bruk ultimo 2005
- DPS Molde, vedtatt 2006
- DPS Kristiansund
- Utbygging ved Sykehuset Levanger, startet 1999 og sluttført 2005.

Byggingen i Trondheim, utbygging av distriktpsikiatriske sentra, stor satsing på IKT-utvikling og nødvendig utskifting av medisinskteknisk utstyr medfører at investeringsnivået i regionen er høyt. Dette sammen med en presset økonomisk og finansiell situasjon medfører en begrenset handlefrihet når det gjelder øvrige investeringer i regionen. Styret er på denne bakgrunn bekymret når det gjelder evne til framtidig vedlikehold, reinvesteringer og videreutvikling av bygninger og utstyr. Styret vil legge en streng prioritering til grunn ved vurdering av framtidige investeringer.



Likviditet

Ved slutten av 2005 hadde foretaksgruppen totalt en positiv likviditet på 2 150 millioner kroner. I slutten av 2005 ble det utbetalt et investeringstilskudd på 2 900 millioner kroner fra eier til finansiering av fase 1. Tilskuddet er ment å erstatte tidligere lånefinansiering, og 1 300 millioner kroner er benyttet i 2006 til ekstraordinær nedbetaling av langsiktig gjeld fra eier. Det som gjenstår av tidligere låneopptak, bygglån og lån konvertert til serielån, skal i hovedsak benyttes til finansiering av byggefase 2 av Nye St. Olav.

Ser en bort fra dette investeringstilskuddet og bundne midler ville foretaksgruppen ha hatt en driftskreditt på 991 millioner kroner. På grunn av store avskrivningskostnader og betydelig økning i kortsiktig gjeld er kontantstrømmen fra driften positiv i 2005.

Investeringsnivået er fortsatt høyt i Helse Midt-Norge, og i 2005 var det knyttet netto utbetalinger på 1 866 millioner kroner vedrørende investeringsaktiviteter. Nytt lån fra eier på 700 millioner kroner og investeringstilskuddet på 2 900 millioner kroner er hovedårsaken til den positive tilgangen under finansieringsaktiviteter.

Arbeidsmiljø, likestilling og ytre miljø

Arbeidsmiljø

Gjennomsnittlig antall ansatte i Helse Midt-Norge RHF var 288 ansatte i 2005 mot 258 i 2004. Ved utgangen av 2005 var det 291 ansatte, hvorav 38 var ansatt i konsernledelsen, 94 i prosjektorganisasjonen Helsebygg Midt-Norge og 159 i HEMIT. Gjennomsnittlig antall ansatte i foretaksgruppen var 16 087 i 2005 mot 15 722 i 2004.

Sykefraværet i Helse Midt-Norge RHF var på totalt 2 919 dagsverk i 2005 mot 2 246 dagsverk i 2004, noe som gir et sykefravær på 4,5 prosent. Tilsvarende tall for foretaksgruppen er på 242 410 dagsverk (7,6 prosent) mot 235 200

dager i 2004. Sykefraværet i datterforetakene varierer fra 7,3 prosent til 8,6 prosent, mens tilsvarende variasjon i 2004 var fra 4,4 til 10 prosent.

Mens det ble gjennomført arbeidsmiljøundersøkelser i hele foretaksgruppen både i 2003 og 2004, ble det ikke gjennomført noen slik undersøkelse i 2005. Gjennom utvikling og implementering av gjennomgående styringssystem ble det gjennomført en minimumskartlegging i alle helseforetakene. Dette omfatter spørsmål som oppsummeres til ledelses-, medarbeider- og kompetanseindekser. I tillegg kartlegges andel gjennomførte medarbeidersamtaler i foretaksgruppen.

I mai 2006 skal det gjennomføres en ny arbeidsmiljøundersøkelse blant alle ansatte i foretaksgruppen. Resultatene fra denne undersøkelsen skal inngå i det gjennomgående styringssystemet.

Helse Midt-Norge har stor oppmerksomhet rettet mot HMS. 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.

I 2005 er det ikke rapportert hendelser med alvorlig fysiske skade på personer eller anlegg.

Likestilling

Å sørge for likestilling mellom kvinner og menn er et ansvar som påhviler helseforetakene som arbeidsgivere. Likestilling har i liten grad vært fokusert på foretaksnivå.

Helse Midt-Norge ønsker i sterkere grad å sette likestilling på dagsorden. I forbindelse med dette arbeidet skal det legges vekt på å gjøre gode analyser av likestillingssituasjonen knyttet til forhold som lønn, arbeidstid, lederposisjoner, avansemuligheter osv. På bakgrunn av analysen skal det vurderes å revidere det personalpolitiske strategidokumentet.

Helse Midt-Norge har ingen statistikk eller oversikt over antallet innvandrere som er ansatt i våre virksomheter. Helse Midt-Norge har heller ingen uttalte målsettinger om hvor stor andel av våre ansatte som skal ha innvandrerbakgrunn, eller noen policy for hvordan denne andelen skal økes.

Regjeringen har som målsetting at arbeidsstokken i statlige virksomheter bør gjenspeile befolkningen for øvrig. Det påhviler altså Helse Midt-Norge et samfunnsansvar å øke antallet ansatte med innvandrerbakgrunn.

Helse Midt-Norge skal foreta en revidering av det personalpolitiske strategidokumentet for å klargjøre mål og tiltak i forhold til rekruttering av innvandrere.

Gjennom det personalpolitiske strategidokumentet har Helse Midt-Norge redegjort for en lønnpolicy som bygger på desentrale forhandlinger og en utvikling i retning av mer prestasjonsavhengig avlønning. Til tross for disse intensjonene er lønnsnivået i helsevesenet fremdeles i stor grad regulert av tariffen i forhold til stillings- og faggruppe. Det vil således ikke være tilsiktede lønnsforskjeller ut fra kjønn. I forbindelse med økt fokus på likestilling, kan det likevel bli aktuelt å sette i gang tiltak for å sikre kjønnsuavhengig avlønning.

Tabellen viser kjønnsfordelingen i ulike stillingsgrupper, styret mv. pr. 31.12.2005.

	Antall totalt	Kvinner	Menn
Styremedlemmer	64	44 %	56 %
Brukerutvalg	51	49 %	53 %
Foretakets ledelse (inkl. avdelings-, klinikkledere o.l.)	133	35 %	65 %
Ansatte totalt (fast/midl.tidig ansatte)	16 433	79 %	21 %
Fast ansatte heltid	7 563	69 %	31 %
Fast ansatte deltid	5 839	93 %	7 %
Midl.tidig ansatte (ekstrahjelp/vikarer)	3 061	77 %	23 %
Leger (inkl. turnusleger)	1 431	41 %	59 %
Sykepleiere/spesialsykepleiere	6 302	90 %	10 %
Annet helsepersonell	3 452	85 %	15 %
Adm. stillinger (stab, kontorpers. mv.)	2 223	83 %	17 %
Øvrig personell	2 723	64 %	36 %
Rekruttering/nyansatte i løpet av året	1 819	76 %	24 %

Styret i Helse Midt-Norge RHF besto i 2005 av fire menn og fem kvinner. Styret består i dag av fem menn og syv kvinner, mens i ledelsen er det to kvinner og seks menn. Fordeling blant administrerende direktører i de underliggende foretak og enheter (HEMIT og Helsebygg) er på to kvinner og syv menn.

Ytre miljø

Hovedmål og policy for innføring av miljøledelse ble fastsatt høsten 2005. I strategien fokuseres det på fire indikatorer som det skal rapporteres på; energi, innkjøp, avfall og transport. Det er jobbet godt med hovedområdene energi og avfall hos de største helseforetakene i foretaksgruppen i flere år. I forlengelsen av innføring av miljøledelse er det utarbeidet handlingsplaner for reduksjon av energiforbruket og avfallsmengden.

Energiforbruket hos sykehusforetakene (Helse Nord-Trøndelag, St. Olavs Hospital, Helse Sunnmøre og Helse Nordmøre og Romsdal) ble redusert fra 143 GWh i 2004 med 2,8 prosent til 139 GWh i 2005. I samme periode har bygningsarealet økt. Et regionalt nettverk for energiøkonomisering kalt «Energisk ledelse» ble igangsatt våren 2005 med støtte fra ENOVA. Prosjektet arbeider med flere innfallsvinkler, benchmarking, optimalisering av driftsrutiner/vedlikeholdsplaner og hvordan man praktisk kan utforme nye bygg og tekniske anlegg for at disse skal være energi- effektive.

Alle foretak sorterer og leverer en betydelig andel av sitt avfall til gjenvinning. Statens mål om at innen 2010 skal 75 prosent av alt avfall gjenvinnes, ombrukes eller være grunnlag for energiproduksjon, er retningsgivende for helseforetakene. Det vesentligste av avfallet som leveres til ulike deponi, gjenvinning med mer sorteres, og vekt og volum blir registrert på ulike avfallskategorier. Innføring av miljøledelse har bidratt til økt fokus på registrering og rapportering av data som inngår i grunnlaget for vurderinger av hvilke tiltak som skal igangsettes.

Spesialavfall, herunder smitteavfall, håndteres på forskriftsmessig måte. Noe av dette avfallet leveres til egne forbrenningsovner mens annet spesialavfall leveres til kommunenes avfallsmottak og deponi. Ny teknologi innen røntgen har langt på vei fjernet bruken av fotokjemikalier.

Energiforbruket og avfall er foretaksgruppens største negative bidrag til det ytre miljø og har av den grunn så langt hatt høyest prioritet. Lov om offentlige anskaffelser krever at offentlige oppdragsgivere under planleggingen av den enkelte anskaffelsen skal ta hensyn til livssyklus-kostnader og miljømessige konsekvenser. Et av hovedmålene innen innkjøp vil være å utvikle miljøkompetansen. Videre skal andel leverandører som er miljøsertifisert og andel produkter som er miljømerket økes med fem prosent.

Innen transport er målsettingene knyttet til økt bruk av kollektivtransport for våre pasienter og ansatte, reduksjon i antall flyreiser samt økt bruk av telefonmøter og videokonferanser.

Framtidsutsikter og utfordringer

Helse- og omsorgsdepartementets viktigste styringskrav for Helse Midt-Norge er økonomisk balanse ved utgangen av 2006. Dette innebærer behov for kostnadsreduksjoner i alle foretak, og medfører betydelige utfordringer for alle ledd i det enkelte foretak.

I 2005 ble prosjektet «Helse Midt-Norge 2010» igangsatt og dette vil gi føringer for hvordan utviklingen innen spesialisthelsetjenesten skal skje de kommende år. Sentrale elementer i prosjektet vil være kvalitetssikring av pasientbehandlingen, prioritering av pasientgrupper og større grad av oppgavefordeling mellom våre sykehus.

I løpet 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 følge nøye med på hvordan nytt sykehus påvirker pasientstrømmene i regionen.

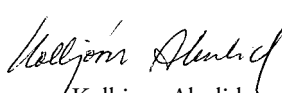
Byggingen av nytt sykehus i Trondheim medfører begrensninger i regionens evne til å finansiere og økonomisk kunne bære øvrige investeringer. Dette vil representere en betydelig utfordring i de kommende år.

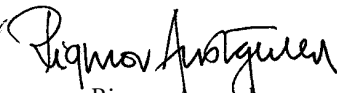
Disponering av årsresultat

Styret foreslår at årets underskudd på 676,7 millioner kroner i Helse Midt-Norge RHF dekkes med 34 millioner kroner fra innskutt egenkapital, overføring til fond for vurderingsforskjeller på 1,2 millioner kroner og overføring fra annen egenkapital på 643,8 millioner kroner. Total egenkapital etter dette er 4 677 millioner kroner i Helse Midt-Norge RHF.

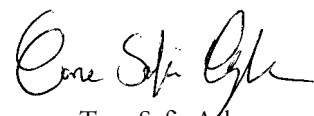
Styret og administrerende direktør er ikke kjent med forhold av betydning for å bedømme foretakets stilling ut over det som framgår av årsberetning og årsregnskap.

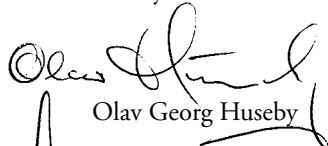
Oslo 21. april 2006

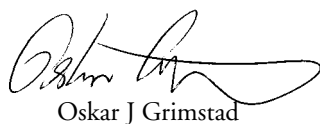

Kolbjørn Almlid
Styrets leder


Rigmor Austgulen
Nestleder



Bodil Palma Hollingsæter

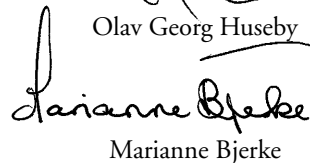

Tone Sofie Aglen

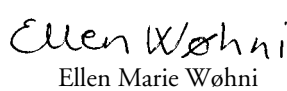

Olav Georg Huseby

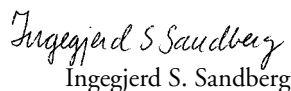

Oskar J Grimstad

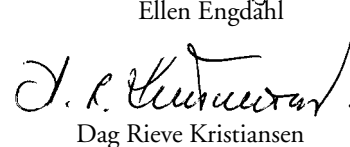

Torgeir Dahl


Ellen Engdahl


Marianne Bjerke


Ellen Marie Wøhni


Ingegjerd S. Sandberg


Dag Rieve Kristiansen


Paul Hellandsvik
Administrerende direktør

Resultatregnskap Alle tall i hele tusen

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen			
2004	2005	Note		Note	2005	2004
5 734 381	5 378 285	1,2	Basisramme	1,2	5 381 569	5 734 381
2 490 445	3 495 315	1,2	Aktivitetsbasert inntekt	1,2	3 795 717	2 735 842
555 344	595 823	1,2	Andre driftsinntekter	1,2	1 004 676	1 003 580
8 780 171	9 469 423		Sum driftsinntekter		10 181 963	9 473 803
8 417 606	9 050 946	1,3	Kjøp av helsetjenester	1,3	1 012 777	955 612
141	6 227	1,3	Varekostnad	1,3	1 265 042	1 163 237
87 555	93 552	1,4,16	Lønn og annen personalkostnad	1,4,16	6 365 440	6 063 670
43 713	46 905	1,8,9	Ordinære avskrivninger	1,8,9	580 213	554 837
12 415	0	1,8,9	Nedskrivning	1,8,9	5 784	12 710
246 952	307 966	1,5	Annen driftskostnad	1,5	1 600 352	1 370 882
8 808 382	9 505 596		Sum driftskostnader		10 829 608	10 120 948
-28 211	-36 173		Driftsresultat		-647 645	-647 144
13 369	23 836	6	Finansinntekter	6	20 752	16 092
596 735	647 420	10	Nedskrivning av finansielle anleggsmidler		0	0
10 610	16 911	6	Annen finanskostnad	6	35 193	17 280
-593 976	-640 494		Netto finansposter		-14 441	-1 188
-622 187	-676 667		Resultat før skatt		-662 086	-648 332
0	0		Skattekostnad på ordinært resultat	7	324	263
-622 187	-676 667		Årsresultat		-662 410	-648 595
Overføringer						
-38 678	-34 048	11	Overført fra annen innskutt egenkapital		0	0
0	0		Overført fra strukturfond	11	-34 048	-38 678
0	1 175	11	Overført til/fra fond for vurderingsforskjeller	11	1 175	0
-583 509	-643 794	11	Overført til/fra annen egenkapital	11	-629 537	-609 917
-622 187	-676 667		Sum overføringer		-662 410	-648 595


Balanse Alle tall i hele tusen

Helse Midt-Norge RHF				Foretaksgruppen		
31.12.04	31.12.05	Note	Eiendeler	Note	31.12.05	31.12.04
			Anleggsmidler			
			Immaterielle eiendeler			
87 676	106 264	8	Immaterielle eiendeler	8	114 747	95 333
0	0		Utsatt skattefordel	7	587	552
87 676	106 264		Sum immaterielle eiendeler		115 334	95 885
			Varige driftsmidler			
170 352	164 204	9	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	9	6 478 111	6 459 941
34 690	20 888	9	Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler o.l.	9	877 761	963 582
3 249 030	4 493 262	9	Anlegg under utførelse	9	4 756 254	3 480 388
3 454 073	4 678 354		Sum varige driftsmidler		12 112 127	10 903 911
5 338 909	4 691 489	10,11	Investering i datterselskap/-foretak	10,11	0	0
479 006	602 097	11	Andre finansielle anleggsmidler	11	217 958	169 469
160	117	16	Pensjonsmidler	16	732 142	547 411
5 818 075	5 293 702		Sum finansielle anleggsmidler		950 101	716 880
9 359 824	10 078 321		Sum anleggsmidler		13 177 561	11 716 676
			Omløpsmidler			
0	0		Varer	12	188 398	186 768
99 730	247 596	13	Fordringer	13	586 382	533 159
573 584	3 119 775	14	Bankinnskudd, kontanter og lignende	14	2 149 567	88 485
673 313	3 367 370		Omløpsmidler		2 924 347	808 413
10 033 137	13 445 691		Sum eiendeler		16 101 909	12 525 089

Balanse Alle tall i hele tusen

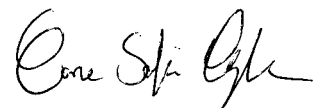
Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen			
31.12.04	31.12.05	Note	Egenkapital og gjeld	Note	31.12.05	31.12.04
			Egenkapital			
			Innskutt egenkapital			
100	100	15	Foretakskapital	15	100	100
0	0	15	Strukturfond	15	433 019	467 067
6 750 727	6 589 206	15	Annen innskutt egenkapital	15	6 145 876	6 158 273
6 750 827	6 589 306		Sum innskutt egenkapital		6 578 995	6 625 440
			Opptjent egenkapital			
0	2 897	15	Fond for vurderingsforskjeller	15	2 897	0
-1 398 662	-1 915 508	15	Annen egenkapital	15	-1 870 072	-1 222 252
-1 398 662	-1 912 611		Sum opptjent egenkapital		-1 867 175	-1 222 252
5 352 165	4 676 695		Sum egenkapital		4 711 820	5 403 188
			Gjeld			
15 564	19 921	16	Pensjonsforpliktelser	16	577 316	469 156
0	0		Utsatt skatt	7	0	0
1 779 435	4 632 572	17	Andre avsetninger for forpliktelser	17	5 248 442	2 166 744
1 794 998	4 652 492		Sum avsetninger for forpliktelser		5 825 758	2 635 900
			Annen langsiktig gjeld			
2 206 833	2 931 795	18	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	18	2 931 795	2 206 833
234 259	399 038	18	Øvrig langsiktig gjeld	18	167 188	177 717
2 441 092	3 330 833		Sum annen langsiktig gjeld		3 098 984	2 384 551
			Kortsiktig gjeld			
0	0	7	Betalbar skatt	7	357	125
9 065	11 659		Skyldig offentlige avgifter		463 421	476 593
435 816	774 012	19	Annen kortsiktig gjeld	19	2 001 570	1 624 733
444 881	785 671		Sum kortsiktig gjeld		2 465 347	2 101 451
4 680 972	8 768 996		Sum gjeld		11 390 089	7 121 902
10 033 137	13 445 691		Egenkapital og gjeld		16 101 909	12 525 089

Oslo 21. april 2006



Kolbjørn Almlid
Styrets leder


Rigmor Austgulen
Nestleder



Bodil Palma Hollingsæter



Tone Sofie Aglen

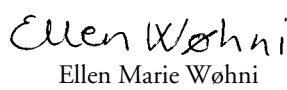

Olav Georg Huseby

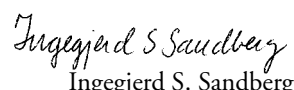

Oskar J Grimstad

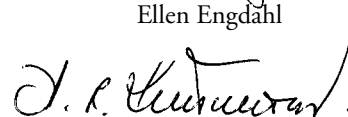

Torgeir Dahl


Ellen Engdahl


Marianne Bjerke


Ellen Marie Wøhni


Ingegerd S. Sandberg


Dag Rieve Kristiansen


Paul Hellandsvik
Administerende direktør

Kontantstrømoppstilling Alle tall i hele tusen

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen		
2004	2005	Note	Note	2005	2004
Kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter					
-622 187	-676 667	Årsresultat (etter skatt)	-662 211	-648 720	
43 713	46 905	Ordinære avskrivninger	580 213	554 837	
12 415	0	Nedskrivninger varige driftsmidler	5 784	12 710	
8 507	4 400	Forskjell mellom kostn.ført pensjon og inn-/utbet. i pensj.ordn.	-76 572	-211 775	
1 541	0	Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler	5 880	2 105	
596 735	646 822	Øvrige resultatposter uten kontanteffekt	-598	0	
152 113	192 924	Endring i omløpsmidler og kortsiktig gjeld	296 589	99 052	
192 837	214 384	Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	149 085	-191 791	
Kontantstrømmer fra investeringsaktiviteter					
183 466	391 044	Innbetalinger ved salg driftsmidler	207 136	8 917	
-1 894 149	-1 680 820	Utbetalinger ved kjøp driftsmidler	-2 026 643	-2 408 086	
-332 669	-118 052	Inn-/utbetalinger ved utlån	-6 344	0	
-7 804	-3 243	Inn-/utbetalinger ved salg/kjøp av finansielle eiendeler	-40 350	-35 702	
-2 051 156	-1 411 071	Netto kontantstrømmer fra investeringsaktiviteter	-1 866 200	-2 434 871	
Kontantstrømmer fra finansieringsaktiviteter					
1 741 593	3 767 064	Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	3 813 056	1 766 510	
-32 516	-24 186	Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	-34 859	-27 704	
100	0	Endring foretakskapital med kontanteffekt	0	0	
1 709 177	3 742 878	Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	3 778 197	1 738 806	
-149 142	2 546 191	Netto endring i likviditetsbeholdning	2 061 082	-887 856	
722 726	573 584	Likviditetsbeholdning 01.01	88 485	976 341	
573 584	3 119 774	Beh. av bankinnskudd, kontanter og lignende 31.12.	2 149 567	88 485	

Noter til regnskapet 2005

Regnskapsprinsipper

Generelt om regnskapet og etablering av Helse Midt-Norge RHF

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.

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 i framtiden, 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. For foretaksgruppen utgjorde overføringen til strukturfondet tkr 594 540, det vil si ca. 9,25 prosent av bruksverdien.

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

Helse- og omsorgsdepartementet styrer Helse Midt-Norge etter et årsresultat korrigert for overføring fra strukturfond

og effekten av å benytte kortere avskrivningstider på anleggsmidler som inngikk i åpningsbalansen 01.01.02. Dette korrigerte resultatet er avstemt mot årsresultatet i note 15.

Prinsipper for konsolidering

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.

Regnskapet for foretaksgruppen inkluderer helseforetakene Helse Nord-Trøndelag HF, St. Olavs Hospital HF, Rusbehandling Midt-Norge HF, Helse Nordmøre og Romsdal HF, Helse Sunnmøre HF og Sykehusapotekene i Midt-Norge HF samt aksjeselskapet Trøndelag Ortopediske Verksted AS som eies av datterforetaket St. Olavs Hospital HF.

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.

Felleskontrollert virksomhet

Helse Midt-Norge RHF har en eierandel på 20 prosent i tre foretak som eies sammen med de andre fire regionale helseforetakene. Eierandelene er å betrakte som felleskontrollerte virksomheter og er tatt inn i regnskapet etter egenkapitalmetoden. Dette er en endring sammenlignet med 2004 og konsekvensen av endringen er ført direkte mot egenkapitalen.

Tilknyttede virksomheter

Helse Midt-Norge RHF har sammen med St. Olavs Hospital en eierandel på 1/3 i MedTech Trondheim AS. Eierandelen i det tilknyttede selskapet er presentert etter egenkapitalmetoden i foretaksgruppens regnskap.

Grunnleggende prinsipper - vurdering og klassifisering – Andre forhold

Årsregnskapet er basert på de grunnleggende prinsippene 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 av anleggsmidlet, 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. Hovedregelen er at inntekt resultatføres når den er opptjent.

Basisramme er rammetilskudd fra staten. Inntektsføring av basisramme gjennom året skjer i henhold til aktivitet.

Aktivitetsbaserte inntekter, herunder kurdøgn, egenandeler, refusjon fra Rikstrygdeverket er knyttet til pasientbehandlingen, og inntektsføringen skjer i hovedsak den perioden aktiviteten er utført. ISF-inntekter (innsattsstyrt finansiering) blir inntektsført den perioden pasienten skrives ut.

Øremerkede tilskudd inntektsføres i takt med bruken av midlene. Investeringsstilskudd føres som utsatt inntekt i balansen i den grad midlene ikke er benyttet. Når tilskuddet til investeringer benyttes bruttoføres eiendelen og tilskuddet som henholdsvis driftsmiddel og utsatt inntekt. Den utsatte inntekten resultatføres over samme periode som driftsmidlet avskrives.

Gaver disponeres i samsvar med de betingelsene eller ønsker giver har for disponeringen av midlene. Dersom giver har betingelser eller ønsker om at gaven skal disponeres til konkrete aktiviteter, prosjekter eller investeringer klassifiseres den som tilskudd og regnskapsføres etter reglene for øremerkede tilskudd.

Salg av varer og andre tjenester inntektsføres ved levering/gjennomføring.

Inntekter fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge RHF er inntektsført i sin helhet som henholdsvis basisramme, øremerkede tilskudd og ISF-inntekter. Videre er refusjoner fra Rikstrygdeverket som går til Helse Midt-Norge RHF inntektsført som polikliniske inntekter. Kjøp av tjenester fra datterforetakene er kostnadsført som kjøp av helsetjenester (bruttoføring).

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 basisrammen.

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.

Pensjon

Pensjonsordningen behandles regnskapsmessig i overensstemmelse med Norsk Regnskapsstandard for Pensjonskostnader. Regionens pensjonsordninger, inkludert AFP behandles som ytelsesplan.

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) og SPK (Statens Pensjonskasse).

Periodens netto pensjonskostnad er inkludert i lønn og andre personalkostnader, og består av summen av periodens pensjonsopptjening, rentekostnad på den beregnede forpliktelsen og forventet avkastning på pensjonsmidlene.

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 aktuariemessige 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.

Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i og avvik mot forutsetninger i beregningene (estimatendringer) fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid for den del av avvikene som overstiger 10 prosent av det høyeste av brutto pensjonsforpliktelse eller brutto pensjonsmidler (korridor).

Pensjonskostnaden for 2005 er basert på forutsetningene som ble lagt til grunn i 2004 og som er vurdert å være rimelige forutsetninger pr. 01.01.2005. Som følge av endringer i markedet gjennom 2005 er det foretatt en ny vurdering av de økonomiske forutsetningene pr. 31.12.2005. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr. 31.12.2005 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2005. Basert på avkastningen i KLP for 2005 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2005. Estimataavviket som oppstår på slutten av 2005 amortiseres fra og med 2006.

I regnskapet for 2004 ble det ikke beregnet arbeidsgiveravgift på netto pensjonsmidler som skyldes estimatavvik. Pr. 01.01.2005 er det beregnet arbeidsgiveravgift på netto balanseførte pensjonsmidler som skyldes estimatavvik. På grunn av endret regnskapsstandard for pensjoner er effekten av prinsippendringen behandlet som en egenkapitaltransaksjon.

Varer

Varebeholdning er verdsatt til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Det foretas nedskrivning for ukurans.

Fordringer

Kundefordringer og andre fordringer er verdsatt til pålydende etter fradrag for avsetninger til forventet tap. Avsetninger til forventet tap gjøres etter en konkret vurdering av fordringene. Det er i tillegg gjort sjablonmessig avsetning for de fordringene det ikke er gjort konkret avsetning for. Den sjablonmessige avsetningen er gjort på grunnlag av aldersfordeling av fordringsmassen.

Immaterielle eiendeler og varige driftsmidler

Utgifter til forskning og utvikling (FoU) er kostnadsført, ut fra 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. Dette gjelder i hovedsak utgifter til edb-programvare. Immaterielle eiendeler som er balanseført avskrives lineært over antatt økonomisk levetid fra det tidspunktet eiendelen blir tatt i bruk.

Varige driftsmidler vurderes til kostpris med fradrag for ordinære avskrivninger og nedskrivninger. Når det gjelder driftsmidler overtatt i forbindelse med sykehusreformen, se punkt ovenfor vedrørende åpningsbalansen.

Balanseføring blir foretatt løpende gjennom året av året av investeringer på nybygg. I tillegg balanseføres ombygninger/påkostninger på eksisterende bygningsmasse hvor det skjer en verdiøkning eller vesentlig forlengelse av gjenværende levetid.

Varige driftsmidler avskrives lineært over antatt økonomisk levetid fra det tidspunktet driftsmidlet blir tatt i bruk.

Gevinst eller tap ved salg av driftsmidler behandles som ordinær driftsinntekt eller driftskostnad.

Skatt

Foretakenes virksomhet (sykehusdrift) er ikke skattepliktig. Skatteberegning som framkommer i regnskapet til foretaksgruppen knytter seg til 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, samt skattevirkninger av underskudd til framføring. Utsatt skatt er bare balanseført i den grad det er sannsynlig at fordelene vil bli realisert i framtiden.

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. Innskudd / gjeld på konsernkonto er klassifisert som kortsiktig fordring/gjeld mot Helse Midt-Norge RHF i det enkelte datterforetak. I regnskapet til foretaksgruppen er dette klassifisert som ordinært bankinnskudd.

Valuta

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

Konsernregnskapet kan fås utlevert hos Helse Midt-Norge RHF, Strandvn 1, Stjørdal.

Note 1 Driftsinntekter på geografi og driftskostnader pr. virksomhetsområde Alle tall i hele tusen

Driftsinntekter fordelt på geografi	2005	2004	Driftskostnader pr. virksomhetsområde	2005	2004
Helse Midt-Norge RHF			Somatikk	6 987 315	6 338 263
sitt opptaksområde	9 987 714	9 293 310	Psykisk helsevern VOP	1 271 233	1 217 765
Resten av landet	179 637	170 934	Psykisk helsevern BUP	234 559	216 300
Utlandet	14 611	9 559	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	182 301	134 487
Sum driftsinntekter	10 181 962	9 473 804	Annet	11 140 354	10 484 749
			Elimineringer	-8 986 155	-8 270 617
			Sum driftskostnader	10 829 606	10 120 947

Note 2 Driftsinntekter Alle tall i hele tusen

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2004	2005		2005	2004
		Basisramme		
5 734 381	5 378 285	Basisramme	5 381 568	5 734 381
		Aktivitetsbasert inntekt		
1 713 967	2 711 479	Behandling av egne pasienter i egen region ¹⁾	2 711 479	1 696 496
80 690	124 379	Behandling av egne pasienter i andre regioner ²⁾	124 379	80 690
57 045	29 950	Behandling av andre pasienter i egen region ³⁾	142 055	134 286
638 743	626 850	Poliklinikk, laboratorie og radiologi	762 073	769 682
0	2 657	Andre aktivitetsbaserte inntekter	55 732	54 689
		Annen driftsinntekt		
178 238	158 796	Øremerket tilskudd til psykisk helsevern	158 796	178 238
179 868	170 536	Øremerkede tilskudd til andre formål	197 833	186 134
0	0	Inntektsføring av investeringstilskudd	16 250	0
0	0	Driftsinntekter fra apotekene	207 419	194 213
197 238	266 491	Andre driftsinntekter	424 377	444 995
8 780 171	9 469 423	Sum driftsinntekter	10 181 962	9 473 804

¹⁾ ISF inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i egen helseregion av pasienter innenfor Helse Midt-Norge RHF sitt «sørge for»-ansvar

²⁾ ISF inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i andre helseregioner av pasienter innenfor Helse Midt-Norge RHF sitt «sørge for»-ansvar

³⁾ Inntekter for diagnostikk og behandling av pasienter tilhørende andre regionale helseforetak (gjestepasienter).

Aktivitetstall	2005	2004
Aktivitetstall somatikk		
Antall DRG-poeng iht. «sørge for»-ansvaret	151 042	148 321
Antall DRG-poeng iht. «eier»-rollen – total produksjon ved HF-et	143 581	139 308
Antall polikliniske konsultasjoner	622 114	623 249
Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	397	356
Antall polikliniske konsultasjoner	72 242	59 508
Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	5 388	5 258
Antall polikliniske konsultasjoner	119 805	104 960
Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	1 138	0
Antall polikliniske konsultasjoner	4 545	4 403

I antall DRG-poeng i henhold til «sørge-for»-ansvaret, dvs. behandling av pasienter med bostedsadresse i Midt-Norge, inngår 12 333 DRG-poeng utført av private sykehus og andre helseregioner i 2005 mot 13 797 DRG-poeng i 2004.

Note 3 Varekostnad Alle tall i hele tusen

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2004	2005		2005	2004
8 417 606	9 050 946	Kjøp av helsetjenester	1 012 777	955 082
0	6 206	Kjøp av medisinsk forbruksmateriell	970 110	889 663
141	21	Andre varekostnader	294 931	274 104
8 417 747	9 057 174	Sum varekostnad	2 277 819	2 118 848

Note 4 Lønn og andre personalkostnader Alle tall i hele tusen

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2004	2005		2005	2004
61 458	70 220	Lønnskostnader	4 890 600	4 597 058
9 318	9 470	Arbeidsgiveravgift	747 347	715 064
13 854	9 607	Pensjonskostnader inkl arbeidsgiveravgift	612 634	636 515
2 925	4 255	Andre ytelser	114 859	115 034
87 555	93 552	Sum lønn og andre personalkostnader	6 365 440	6 063 671

Styrehonorar Helse Midt-Norge RHF

906

herav styrehonorar til styrets leder i Helse Midt-Norge RHF

176

Styret hadde ikke avtaler om annet vederlag enn styrehonorar. Det er heller ikke ytt lån eller stilt sikkerhet til fordel for medlemmer av styret.

Revisjonshonorar fordeler seg på følgende:

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2004	2005		2005	2004
140	475	Ordinær revisjon	1 646	1 179
786	491	Utvidet revisjon	955	1 963
0	403	Andre attestasjonstjenester	619	645
0	0	Skatte- og avgiftsrådgivning	100	80
0	0	Andre tjenester utenfor revisjon	294	123
926	1 369	Sum revisjonshonorar	3 613	3 989

I tillegg til ordinær revisjon er det utført utvidet revisjon, attestasjoner og rådgivning for totalt tkr 3 613 inkl merverdiavgift. Utvidet revisjon består i hovedsak av arbeid knyttet til diverse merarbeid vedrørende åpningsbalansen, pensjon og annet årsoppgjørarbeid. I tillegg til særattestasjoner av ulike oppgaver, prosjektrengskap mv. består andre særattestasjoner av begrenset revisjon vedrørende praktisering av felles regnskapsprinsipper.

274	289	Gjennomsnittlig antall ansatte	16 219	15 553
246	273	Gjennomsnittlig antall årsverk	13 362	13 060

Gjennomsnittlig antall ansatte i Helsebygg Midt-Norge og Helse Midt-Norge IT utgjør henholdsvis 105 og 148 i 2005.

Lønn og andre ytelser til adm dir.:

Lønn	1 332
Pensjon	464
Andre ytelser	120
Sum	1 916

Godtgjørelse til styrets medlemmer utgjør samlet tkr 906. Det ble i tillegg ytet en godtgjørelse til Helsebygg sitt prosjektstyre på tkr 325 og Hemits styre på tkr 67. Administrerende direktør Paul Hellandsvik har i regnskapsperioden 2005 mottatt tkr 1 332 i lønn og andre direkte ytelser på tkr 120. I totale pensjonskostnader på tkr 464 er tkr 403 knyttet til pensjonsavtale ut over kollektiv pensjonsordning. Øvrige direktører i Helse Midt-Norge RHF, inkl daglig leder av Helsebygg Midt-Norge og Helse Midt-Norge IT har totalt mottatt tkr 8 183 i lønn og andre ytelser.

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 startlønn november 2001 på tkr 1 100 årlig oppjustert med konsumprisindeksen. Pensjonsforpliktelsen skal samordnes med ytelser fra Folketrygden og alle andre pensjonsytelser som er opparbeidet gjennom tidligere ansettelsesforhold. Helse Midt-Norges pensjonsforpliktelse knyttet til denne avtalen er beregnet til tkr 1 638 inkl arbeidsgiveravgift pr. 31.12.2005.

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

Note 5 Andre driftskostnader Alle tall i hele tusen

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2004	2005		2005	2004
60 773	97 827	Konsulentonorar og andre fremmedtjenester	341 543	257 708
7 424	11 518	Kostnader bygninger og kontorlokaler	210 714	194 820
86 894	96 619	Kjøp og leie av utstyr, maskiner mv	247 461	203 066
124	240	Reparasjoner og vedlikehold	143 307	167 646
13 879	13 947	Forsikringer	25 771	25 938
77 857	87 815	Andre driftskostnader	631 558	521 705
246 952	307 966	Sum andre driftskostnader	1 600 353	1 370 882

Note 6 Finansposter Alle tall i hele tusen

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2004	2005		2005	2004
0	1 175	Inntekter TS og FKV	1 175	0
5 996	11 361	Konserninterne renteinntekter	0	0
7 373	11 301	Andre renteinntekter	19 322	16 057
0	0	Andre finansinntekter	255	35
13 369	23 837	Sum finansinntekter	20 752	16 091
966	1 674	Konserninterne rentekostnader	0	0
9 621	14 324	Andre rentekostnader	32 704	17 136
23	912	Andre finanskostnader	2 489	143
10 610	16 911	Sum finanskostnader	35 193	17 279

Note 7 Skatter Alle tall i hele tusen

Midlertidige forskjeller	31.12.05	31.12.04
Anleggsmidler	328	232
Omløpsmidler	76	87
Avsetninger for forpliktelser	-2 499	-2 289
Annen langsiktig gjeld	0	0
Kortsiktig gjeld	0	0
Gevinst- og tapskonto	0	0
Netto midlertidige forskjeller	-2 095	-1 970
Underskudd til fremføring	0	0
Grunnlag for utsatt skatt/ skattefordel i balansen	-2 095	-1 970
28 % utsatt skatt/utsatt skattefordel	-587	-552
Herav ikke balanseført utsatt skattefordel	0	0
Utsatt skatt/utsatt skattefordel	-587	-552

Utsatt skattefordel er inkludert i immaterielle eiendeler.

Årets skattekostnad på ordinært resultat fremkommer slik:

Grunnlag for betalbar skatt	2005	2004
Resultat før skattekostnad	1 154	872
Permanente forskjeller	1	66
Grunnlag for årets skattekostnad	1 155	938
Endring i midlertidige forskjeller	0	0
Skattepliktig inntekt	1 155	938
Bruk av framførbart underskudd	0	0
Grunnlag for betalbar skatt (i skattekostnaden)	1 155	938
28 % av grunnlag for betalbar skatt (i skattekostnaden)	0	0
Endring i utsatt skatt	-35	138
For lite/for mye avsatt i fjor	0	0
Sum skattekostnad på ordinært resultat	288	401
Forklaring til årets skattekostnad	0	0
28 % skatt av resultat før skatt	323	244
Permanente forskjeller (28 %)	0	18
Beregnet skattekostnad	323	263

Foretaksgruppens virksomhet (sykehusdrift) er ikke skattepliktig. Foretaksgruppens skattekostnad er i sin helhet knyttet til St. Olavs Hospital HF's datterselskap Trøndelag Ortopediske Verksted AS.

Note 8 Immaterielle eiendeler Alle tall i hele tusen

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2004	2005		2005	2004
59 906	64 110	EDB programvare	72 593	67 563
27 770	42 154	Anlegg under utførelse	42 154	27 770
87 676	106 264	Sum	114 747	95 333

Helse Midt-Norge RHF	EDB programvare	Anlegg under utførelse	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2005	87 672	27 770	115 442
Tilgang	4 436	40 646	45 082
Avgang	1 654	0	1 654
Fra anlegg under utførelse til EDB-programvare	26 262	-26 262	0
Anskaffelseskost 31.12.2005	116 716	42 154	158 870
Akk avskrivninger 31.12.2005	52 606	0	52 606
Akk nedskrivninger 31.12.2005	0	0	0
Balanseført verdi 31.12.2005	64 110	42 154	106 264
Årets ordinære avskrivninger	24 565	0	24 565
Årets nedskrivninger	0	0	0
herav avskrivninger som knytter seg til åpningsbalansen 01.01.2002	0	0	0
Balanseførte lånekostnader	0	0	0
Levetid	5 år		
Avskrivningsplan	lineær		

Foretaksgruppen	EDB programvare	Anlegg under utførelse	Sum
Anskaffelseskost 01.01.2005	101 569	27 770	129 339
Tilgang	7 452	40 646	48 098
Avgang	1 654	0	1 654
Fra anlegg under utførelse til EDB programvare	26 262	-26 262	0
Anskaffelseskost 31.12.2005	133 629	42 154	175 783
Akk avskrivninger 31.12.2005	61 036	0	61 036
Akk nedskrivninger 31.12.2005	0	0	0
Balanseført verdi 31.12.2005	72 593	42 154	114 747
Årets ordinære avskrivninger	26 756	0	26 756
Årets nedskrivninger	0	0	0
herav avskrivninger som knytter seg til åpningsbalansen 1.1.2002	166	0	166
Balanseførte lånekostnader	0	0	0
Levetid	5 -10 år		
Avskrivningsplan	lineær		

Det vises til omtale vedrørende avskrivninger som knytter seg til åpningsbalansen i note 15.

Note 9 Varige driftsmidler Alle tall i hele tusen

Helse Midt-Norge RHF	Bygninger	Anlegg under utførelse	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 01.01.2005	199 335	3 238 754	54 590	3 492 679
Tilgang 2005	0	1 629 262	6 476	1 635 738
Avgang 2005	10 276	22 693	4 360	37 329
Fra anlegg under utførelse til St. Olavs Hospital HF	0	-352 061	0	-352 061
Anskaffelseskost 31.12.2005	189 059	4 493 262	56 706	4 739 027
Akk. avskrivninger 31.12.2005	12 440	0	35 816	48 256
Akk. nedskrivninger 31.12.2005	12 415	0	0	12 415
Balanseført verdi 31.12.2005	164 204	4 493 262	20 890	4 678 356
Årets ordinære avskrivninger	6 148	0	16 192	22 340
Årets nedskrivninger	0	0	0	0
herav avskrivninger som knytter seg til åpningsbalansen 01.01.2002	0	0	0	-
Balanseførte lånekostnader	0	47 719	0	47 719
Levetider	dekomponert 10-60 år		3-15 år	
Avskrivningsplan	lineær		lineær	
Herav finansiell leasing				
Bokført verdi 31.12.2005	0	0	0	0
Årets ordinære avskrivninger	0	0	0	0

Operasjonell leasing og leie

	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	MTU	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Operasjonell leasing - leiebeløp	0	3 328	0	0	50 648	53 976
Operasjonell leasing - varighet		3-10 år			6 mnd-3 år	

Foretaksgruppen	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	MTU	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 01.01.2005	596 039	6 797 489	3 470 319	1 085 449	430 922	12 380 218
Tilgang 2005	732	32 479	1 834 819	66 238	44 277	1 978 544
Avgang 2005	11 629	19 037	22 693	36 407	6 587	96 352
Fra anlegg under utførelse til ferdigstilte driftsmidler	0	370 587	-526 191	9 926	8 037	-137 640
Anskaffelseskost 31.12.2005	585 142	7 181 518	4 756 255	1 125 207	476 649	14 124 770
Akk. avskrivninger 31.12.2005	0	1 272 541	0	506 525	217 480	1 996 546
Akk. nedskrivninger 31.12.2005	3 679	12 415	0	0	0	16 094
Balansført verdi 31.12.2005	581 463	5 896 562	4 756 255	618 682	259 169	12 112 131
Årets ordinære avskrivninger	0	345 062	0	143 941	64 455	553 457
Årets nedskrivninger	3 679	1 412	0	372	321	5 784
herav avskrivninger som knytter seg til åpningsbalansen 01.01.2002	0	286 122	0	84 666	16 435	387 223
Balansførte lånekostnader	0	152	49 465	0	0	49 617

Levetider dekomponert 10-60 år 3-15 år 3-15 år
 Avskrivningsplan lineær lineær lineær

Herav finansiell leasing

Bokført verdi 31.12.2005	0	0		38 320	0	38 320
Årets ordinære avskrivninger	0	0		9 648	0	9 648

Operasjonell leasing og leie

	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	MTU	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Operasjonell leasing - leiebeløp	0	54 866	0	13 694	95 581	164 141
Operasjonell leasing - varighet	0	1-10 år		2-10 år	1-10 år	

Finansiell leasing er benyttet som finansieringsform i forbindelse med kjøp av MR-maskiner, lab.system, anestesiaparat og angiolab ved St. Olavs Hospital, Helse Nord-Trøndelag og Helse Sunnmøre. Alle disse avtalene er inngått før 01.01.2004. Tilhørende forpliktelse er balansført under langsiktig gjeld med tkr 37 227. Kontraktene har utløp i perioden 2006-2012.

Finansiering av byggeprosjekter i regi av Helsebygg Midt-Norge er delvis finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet og delvis av Kunnskapsdepartementet (KD). KSs andel av finansiering i fase 1 utgjør ca. 25 % og i fase 2 ca. 20 %. Dette representerer også NTNUs framtidige eierandel i bygningene ut fra de foreliggende planer ved utgangen av 2005. 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.

Overføring av anlegg under utførelse fra Helse Midt-Norge RHF gjelder deloverføring av fase 1 vedrørende nytt universitetssykehus i Trondheim. Overføringen på tkr 352 061 fordeler seg med tkr 214 421 til St. Olavs Hospital HF og tkr 137 640 til NTNU. Overføringen gjelder deler av Nevrosenteret. St. Olav har også tatt i bruk Laboratoriesenteret i slutten av 2005 og har i den forbindelse hatt avskrivningskostnader på totalt tkr 8 833. I påvente av endelig ferdigstilling av bygningen og byggeregnskapet står byggekostnadene inntil videre i Helse Midt-Norge RHF (Helsebygg) sitt regnskap.

Se omtale vedrørende avskrivninger som knytter seg til åpningsbalansen i note 15.

Langsiktige byggeprosjekter

Foretaksgruppen har flere store byggeprosjekter gående. Det største er knyttet til byggingen av nytt universitetssykehus i Trondheim. Nedenfor følger en oppstilling over igangsatte og pågående prosjekter i 2005 med en totalt kostnadsramme som overstiger 50 millioner kroner.

Investeringsprosjekt	Foretak	Akkumulert regnskap pr. 31.12.05	Akkumulert regnskap pr. 31.12.04	Total kostnadsramme	Prognose sluttsum	Avvik fra budsjett
Nytt kreftbygg	Helse Sunnmøre HF	256 003	235 816	264 815	264 815	0
BUP/VOP poliklinikk						
Ålesund	Helse Sunnmøre HF	51 978	5 786	81 100	72 101	8 999
Ny barneavdeling						
Ålesund sjukehus *)	Helse Sunnmøre HF	1 577	0	150 000	150 000	0
DPS Molde	Helse Nordmøre og Romsdal HF	40 557	39 383	163 100	163 100	0
Byggetrinn 3 Levanger	Helse Nord-Trøndelag HF	103 144	90 427	122 532	122 532	0
DPS Stjørdal	Helse Nord-Trøndelag HF	71 970	9 570	79 500	79 500	0
Nevrosenter						
(ekskl. Nevro Øst)	Helse Midt-Norge RHF, Helsebygg	1 305 010	923 530	1 720 908	1 564 237	156 672
Laboratoriesenteret	Helse Midt-Norge RHF, Helsebygg	1 246 328	925 826	1 497 093	1 329 489	167 605
Kvinne-barn-senteret	Helse Midt-Norge RHF, Helsebygg	1 445 526	895 647	1 843 415	1 626 770	216 645
Psykiatrisenter *)	Helse Midt-Norge RHF, Helsebygg	10 195	9 832	707 000	707 000	0
Byggefase 2	Helse Midt-Norge RHF, Helsebygg	418 928	172 168	6 327 177	6 530 926	-203 749
Aktivert byggelånsrente						
Nye St. Olav	Helse Midt-Norge RHF, Helsebygg	71 633	30 995	0	400 400	-400 400
DPS Orkdal	St. Olavs Hospital HF	58 981	52 465	64 000	59 300	4 700
DPS Tiller	St. Olavs Hospital HF	73 251	65 886	96 000	73 750	22 250
Sikkerhetsavdeling/psyk.	St. Olavs Hospital HF	4 875	4 850	267 000	267 000	0
Sum		5 159 956	3 462 181	13 383 640	13 410 919	-27 279

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

*) Det er ikke vedtatt eventuell byggestart når det gjelder Ny barneavdeling Ålesund sjukehus og psykiatrisenter i Trondheim. Eventuelt vedtak avhenger både av finansiering og andre forhold som pt ikke er avklart.

Note 10 Eierandeler i datterforetak, felleskontrollert virksomhet og tilknyttet selskap Alle tall i hele tusen

	Hoved- kontor	Eier- andel	Stemme- andel	Balanse- ført verdi	Egen- kapital	Årets resultat	Årets ned- skrivning
Helse Nord-Trøndelag HF	Levanger	100	100	1 216 786	1 216 786	-48 219	46 491
St. Olavs Hospital HF	Trondheim	100	100	1 038 196	1 038 196	-423 652	432 148
Helse Sunnmøre HF	Ålesund	100	100	1 608 750	1 608 751	-78 697	80 822
Helse Nordmøre og Romsdal HF	Molde	100	100	771 266	771 266	-47 287	52 843
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Trondheim	100	100	21 912	45 978	3 516	0
Rusbehandling Midt-Norge HF	Stjørdal	100	100	34 637	34 637	-32 440	35 116
Sum eierandeler i datterforetak				4 691 547	4 715 614	-626 779	647 420

Andeler i felleskontrollert virksomhet

Luftambulansetjenesten ANS	Bodø	20	20	6 003	30 014	4 630	
Helseforetakenes innkjøpsservice AS	Vadsø	20	20	489	2 444	1 245	
Norsk Helsenett AS	Trondheim	20	20	9 398	46 978	-2 884	
Sum eierandeler				15 890	79 436	2 991	

Andeler i tilknyttede selskaper

MedTech Trondheim AS	Trondheim	33	33	38	373	242	
Sum eierandeler				38	373	242	

Andeler i selskap eid av datterforetak i Helse Midt-Norge RHF

Trøndelag Ortopediske Verksted AS	Trondheim	100	100	7 100	6 621	830	
HMS Tjenesten Orkladal AS	Orkanger	19	0	70	0	0	
Orkdal Boligbyggelag AL	Orkanger	0	0	2	0	0	
Sum eierandeler i andre foretak				7 172	6 621	830	

Investeringer i datterforetakene er vurdert til bokført egenkapital. Datterforetakene hadde i perioden 2002-2005 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. Verdien på investeringer i datterforetak er skrevet ned med totalt 647 millioner kroner i 2005.

Note 11 Andre finansielle anleggsmidler Alle tall i hele tusen

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
31.12.04	31.12.05		31.12.05	31.12.04
466 896	584 948	Konsernmellomværende	0	0
997	1 239	Medlemsinnskudd KLP	195 615	158 265
11 095	15 890	Investeringer i TS og FKV	15 928	11 133
19	19	Investeringer i andre selskaper	72	72
0	0	Øvrige langsiktige lån og fordringer	6 343	0
479 006	602 097	Sum øvrige finansielle anleggsmidler	217 958	169 469

Disposisjonsretten til medlemsinnskudd KLP er begrenset. Verdien av tilskuddet vil først kunne bli utbetalt dersom foretaket går ut av KLP (slik KLP er organisert p.t.). Ved en eventuell omdanning eller annen omorganisering av KLP antas det at medlemmene får tildelt aksjer.

Note 12 Varebeholdning Alle tall i hele tusen

	Foretaksgruppen	
	31.12.05	31.12.04
Ferdigvarer	20 800	18 217
Råvarer	3 882	3 971
Varer i arbeid	566	323
Medisinsk forbruksmaterieil (eget bruk)	136 432	133 518
Andre varebeholdninger (eget bruk)	26 718	30 739
Sum varebeholdning	188 398	186 768
Kostpris	188 857	187 188
Nedskrivning for verdifall	-459	-420
Bokført verdi 31.12	188 398	186 768

Note 13 Kundefordringer og andre fordringer Alle tall i hele tusen

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
31.12.04	31.12.05		31.12.05	31.12.04
4 956	62 842	Kundefordringer	276 567	248 311
83 713	130 667	Konsernmellomværende	0	0
0	35 888	Fordring på Helse- og omsorgsdepartementet	35 888	0
28	67	Påløpne inntekter	129 191	80 609
11 033	18 131	Øvrige kortsiktige fordringer	144 737	204 239
99 729	247 596	Sum kundefordringer og andre fordringer	586 383	533 159

Helse Midt-Norge RHF's fordring på eier er knyttet til overheng / etterslep når det gjelder finansiering av pasienttransport og laboratorie- og røntgenkostnader.

Note 14 Kontanter og bankinnskudd Alle tall i hele tusen

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
31.12.04	31.12.05		31.12.05	31.12.04
6 775	6 883	Innestående skattetrekksmidler	240 875	242 598
0	0	Andre bundne konti	303	216
6 775	6 883	Sum bundne konti	241 178	242 814

Note 15 Egenkapital Alle tall i hele tusen

Helse Midt-Norge RHF	Foretaks- kapital	Struktur- fond	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Annen egen- kapital	Total egen- kapital
Egenkapital 31.12.2004	100	0	6 750 727	0	-1 398 662	5 352 165
EK transaksjoner	0	0	-127 473	1 722	126 948	1 197
Årets resultat	0	0	-34 048	1 175	-643 794	-676 667
Egenkapital 31.12.2005	100	0	6 589 206	2 897	-1 915 508	4 676 695

Foretakskapital består av 1 andel pålydende kr 100 000.

Egenkapitaltransaksjonene i Helse Midt-Norge RHF består av endret prinsipp for føring av felleskontrollert virksomhet i tillegg til reklassifisering mellom innskutt egenkapital og annen egenkapital, jf. foretaksprotokoll 20. juni 2005.

Tidligere års resultat felleskontrollert virksomhet, endret prinsipp for føring av FKV

Omklassifisering mellom innskutt EK og annen EK			0	1 722	(525)	1 197
Sum EK-transaksjoner			-127 473	1 722	126 948	1 197

Foretaksgruppen	Foretaks- kapital	Struktur- fond	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Annen egen- kapital	Total egen- kapital
Egenkapital 31.12.2004	100	467 067	6 158 275	0	-1 235 515	5 389 927
EK transaksjoner	0	0	0	0	15 939	15 939
Korrigeringer av feil i tidligere års regnskap	0	0	0	0	-2 676	-2 676
Egenkapital 1.1.2005	100	467 067	6 158 275	0	-1 222 252	5 403 190
EK transaksjoner	0	0	-12 399	1 722	-18 282	-28 959
Årets resultat	0	-34 048	0	1 175	-629 538	-662 411
Egenkapital 31.12.2005	100	433 019	6 145 876	2 897	-1 870 072	4 711 820

Foretakskapital består av 1 andel pålydende kr 100 000

Forklaring på egenkapitaltransaksjoner

Prinsippendring vedr arb.g.avg. på pensjonsmidler 2004	0	0	15 939	15 939
Omklassifisering mellom EK og avsetn. forpliktelse	0	0	-2 676	-2 676
Tidligere års resultat felleskontrollert virksomhet, endret prinsipp for føring av FKV	0	1 722	(525)	1 197
Forpliktelse knyttet til egenandeler Norsk Pasientskadeserstatning	0	0	(17 935)	-17 935
Korrigerings Schwachs gate fra annen innskutt EK til gjeld	-12 580	0	0	-12 580
Øvrige korrigeringer	181	0	178	359
Sum EK-transaksjoner	-12 399	1 722	-5 019	-15 696

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. 01.01.2002. 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. For Helse Midt-Norge er overføringen til strukturfondet 9,25 prosent av innskutt kapital pr. 01.01.2002.

Korrigert resultat	2005	2004
Årsresultat	-662 410	-648 595
Overført fra strukturfond	34 048	38 678
Effekt ved bruk av korte avskrivningstider	55 971	92 528
Korrigert resultat = HODs styringsmål	-572 391	-517 389

Note 16 Pensjon Alle tall i hele tusen

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
31.12.04	31.12.05		31.12.05	31.12.04
73 312	91 542	Brutto påløpte pensjonsforpliktelser	9 241 695	8 390 359
57 745	70 121	Pensjonsmidler	8 948 854	8 076 144
15 567	21 421	Netto pensjonsforpliktelse	292 842	314 214
2 165	3 020	Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	41 488	18 082
-2 328	-4 637	Ikke resultatført tap/(gev.) av estimat- og planavvik inkl. arb.g.avg.	-489 154	-410 550
15 404	19 804	Netto balanseført forpliktelse inkl arbeidsgiveravgift	-154 824	-78 254
15 564	19 921	herav balanseført netto pensjonsforpliktelser inkl. arb.g.avg.	577 316	469 157
160	117	herav balanseført netto pensjonsmidler inkl. arb.g.avg.	732 143	547 410

2004	2005	Spesifikasjon av pensjonskostnad	2005	2004
18 122	13 648	Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	519 841	506 583
4 383	4 575	Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	520 314	484 077
22 505	18 223	Årets brutto pensjonskostnad	1 040 156	990 660
-3 257	-3 638	Forventet avkastning på pensjonsmidler	-521 066	-455 975
388	479	Administrasjonskostnad	26 171	25 104
123	-70	Resultatført estimatendring/-avvik	-305	625
2 050	2 124	Arbeidsgiveravgift	75 190	83 425
21 809	17 118	Årets netto pensjonskostnad	620 145	643 839

2004	2005	Økonomiske forutsetninger	2005	2004
6,0 %	5,0 %	Diskonteringsrente	5,0 %	6,0 %
6,3 %	6,0 %	Forventet avkastning på pensjonsmidler	6,0 %	6,3 %
20-60 %	20-60 %	Uttakstilbøyelighet AFP	20-60 %	20-60 %
3,5 %	3,0 %	Årlig lønnsregulering	3,0 %	3,5 %
3,5 %	3,0 %	Regulering av folketrygdens grunnbeløp	3,0 %	3,5 %
246	262	Antall personer med i ordningen	19 720	18 725

Pensjonskostnaden for 2005 er basert på forutsetningene som ble lagt til grunn i 2004 og som er vurdert å være rimelige forutsetninger pr. 01.01.2005. Som følge av endringer i markedet gjennom 2005 er det foretatt en ny vurdering av de økonomiske forutsetningene pr. 31.12.2005. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr. 31.12.2005 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2005. Basert på avkastningen i KLP for 2005 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2005. Estimataviket som oppstår på slutten av 2005 amortiseres fra og med 2006.

Beregnete pensjonskostnader for Helse Midt-Norge RHF avviker sammenlignet med tilsvarende tall i resultatregnskapet og note 4. I ovenstående oversikt over pensjonskostnadene 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 2005 eller 2004.

Note 17 Avsetning for forpliktelser Alle tall i hele tusen

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
31.12.04	31.12.05		31.12.05	31.12.04
0	0	Overlegepermisjoner	95 371	97 858
1 777 069	4 616 038	Investeringsstilskudd	5 097 248	2 035 386
2 366	16 534	Andre avsetninger for forpliktelser	55 823	33 500
1 779 435	4 632 572	Sum avsetning for forpliktelser	5 248 442	2 166 743

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.

Fra 01.01.2006 overtas ansvaret for innbetalingene til Norsk Pasienterstatning. Det er ikke foretatt noen avsetning til forpliktelse pr. 31.12.05 i Helse Midt-Norge RHF med bakgrunn i at forsikringsfondet er fullt ut dekket. Helseforetakene har avsatt for framtidige forpliktelser knyttet til egenandeler.

Note 18 Annen langsiktig gjeld Alle tall i hele tusen

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
31.12.04	31.12.05		31.12.05	31.12.04
2 206 833	2 931 795	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	2 931 795	2 206 833
104 304	269 083	Konsernmellomværende	0	0
0	0	Gjeld til kredittinstitusjoner	37 227	47 895
129 955	129 955	Annen langsiktig gjeld	129 962	129 822
2 441 092	3 330 833	Sum annen langsiktig gjeld	3 098 984	2 384 551
2 120 899	2 400 672	Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år	2 400 672	2 120 899

Note 19 Annen kortsiktig gjeld Alle tall i hele tusen

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
31.12.04	31.12.05		31.12.05	31.12.04
64 437	101 204	Leverandørgjeld	404 309	510 014
74 043	176 459	Konsernmellomværende	0	0
11 612	12 717	Påløpne feriepenger	560 139	532 081
0	1 003	Påløpte lønnskostnader	129 598	51 027
0	7 343	Forskuddsbetalinger	37 467	1 245
285 723	475 286	Diverse kortsiktig gjeld	870 058	530 366
435 816	774 012	Sum annen kortsiktig gjeld	2 001 570	1 624 733

Note 20 Pantstillelser og 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 millioner kroner. Herav gjelder 64,3 millioner kroner Lukas Stiftelsen, restgjeld på disse lånene var pr. 31.12.2005 på 29,1 millioner kroner mot 31,5 millioner kroner pr. 31.12.2004.

Note 21 Nærstående parter

Kjøp og salg skjer i hovedsak mellom offentlige helseinstitusjoner som alle er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet.

Note 22 Betingede utfall

I forbindelse med gjennomføring av utbyggingen av Nye St. Olavs Hospital, er det stilt krav fra enkelte entreprenører om å få dekket kostnader for såkalt «uhensiktsmessig framdrift» eller «plunder og heft»; dvs. forstyrrelser i entreprenørens framdrift og produktivitet på grunn av byggherrens forhold. Dette kan være for sent leverte tegninger, stopp i arbeidet fordi andre ledd i kjeden ikke har ferdigstilt det de skulle for at aktuell entreprenør skulle få gjort sin jobb osv.

I prognosene på byggefase 1 er det satt av en skjønsmessig andel av disse kravene. Hver kontrakt er vurdert for seg selv av administrasjonen med støtte av juridisk rådgiver. I begynnelsen av 2006 er noen av disse forholdene avsluttet med et rimelig resultat i forhold til avsetning i prognosen.

Note 23 Universiteter og høyskolars 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. I henhold til instruks gitt av Helse Midt-Norge RHF's foretaksmøte i juni 2002 kan foretakene ikke selge, pantsette eller på annen måte disponere over faste eiendommer hvor universitet eller høyskoler har rettigheter, uten skriftlig samtykke fra Kunnskapsdepartementet. I perioden 1993 til 1996 ble det inngått avtaler mellom St. Olavs Hospital og NTNU om bruks- og leierett av til sammen 9 400 kvm. Avtalenes varighet var på 10-15 år med visse muligheter for forlengelse.

I forbindelse med utbyggingen av nytt universitetssykehus i Trondheim er enkelte bygninger revet. Deler av disse har vært brukt i undervisningssammenheng. Kunnskapsdepartementet finansierer deler av utbyggingen og NTNU vil bli eier av 49 500 kvm av det totale arealet når hele utbyggingen er ferdig. Laboratoriesenteret, som inneholder store arealer til undervisningsformål ble ferdig og tatt i bruk i slutten av 2005. På grunn av utbyggingen er arealet knyttet til undervisningsformål i stadig endring.



KPMG AS
Fjordgata 68
N-7010 Trondheim

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

Til Foretaksmøtet i Helse Midt-Norge RHF

REVISJONSBERETNING FOR 2005

Ledelsens ansvar og revisors oppgave

Vi har revidert årsregnskapet for Helse Midt-Norge RHF for regnskapsåret 2005, som viser et tap på kr 676 667 000 for morforetaket og et tap på kr 662 410 000 for foretaksgruppen. Vi har også revidert opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til dekning av tapet. Årsregnskapet består av selskapsregnskap og konsernregnskap. Selskapsregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømpoppstilling og noteopplysninger. Konsernregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømpoppstilling og noteopplysninger. Regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge er anvendt ved utarbeidelsen av regnskapet. 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 lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder revisjonsstandarder vedtatt av Den norske Revisorforening. Revisjonsstandardene 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 regnskapsestimater, samt vurdering av innholdet i og presentasjonen av årsregnskapet. I den grad det følger av god revisjonsskikk, omfatter revisjon også en gjennomgåelse av selskapets formuesforvaltning og regnskaps- og intern kontrollsystemer. Vi mener at vår revisjon gir et forsvarlig grunnlag for vår uttalelse.

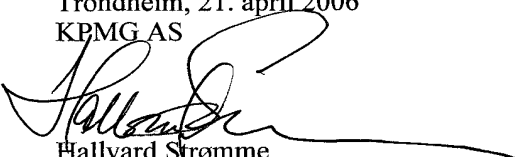
Uttalelse

Vi mener at

- årsregnskapet er avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir et rettviseende bilde av foretaket og foretaksgruppens finansielle stilling 31. desember 2005 og av resultatet og kontantstrømmene i regnskapsåret i overensstemmelse med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk 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 bokføringsskikk i Norge
- opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til dekning av tapet er konsistente med årsregnskapet og er i samsvar med lov og forskrifter.

Trondheim, 21. april 2006

KPMG AS



Hallvard Strømme
Statsautorisert revisor

Offices in:

Oslo	Haugesund	Sandnessjøen
Bodø	Kristiansand	Stavanger
Alta	Larvik	Stord
Arendal	Lillehammer	Tromsø
Bergen	Mo i Rana	Trondheim
Elverum	Molde	Tønsberg
Finnsnes	Røros	Ålesund
Hamar	Sandefjord	

KPMG AS is the Norwegian member firm of KPMG International,
a Swiss cooperative.

Statsautoriserte revisorer - medlemmer av Den norske Revisorforening

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 Kolbjørn Almlid

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

Trøndelag Ortopediske Verksted AS
Besøksadresse: Elgesetergt. 10,
7006 TRONDHEIM
post@tov.no
www.tov.no
Adm. direktør Svein Sivertsen
Styreleder Stein Sundmoen

St. Olavs Hospital HF
Olav Kyrres gate 17,
7006 TRONDHEIM
postmottak.dir@stolav.no
www.stolav.no
Kst. adm. direktør Gunnar Bovim,
Styreleder Nils Kvernmo

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 Flaas
Styreleder Steinar Aspli

Helse Sunnmøre HF
Åse
6026 ÅLESUND
postmottak@helse-sunnmore.no
www.helse-sunnmore.no
Adm. direktør Astrid J Eidsvik
Styreleder Elbjørg Gui Standal

Helse Nordmøre og Romsdal HF
Byfogd Motzfeldts gate 6
6407 MOLDE
postmottak@helsen.no
www.helsen.no
Kst. adm. direktør Asbjørn Hofslie
Styreleder Helge Aarset