

Årsregnskap 2009 - Helse Midt-Norge RHF

Resultatregnskap

Helse Midt-Norge RHF					Foretaksgruppen	
2008	2009	NOTE	(Beløp i hele 1.000)		2009	2008
9 024 076	10 158 684	1,2	Basisramme	1,2	10 158 684	9 024 076
2 827 089	3 045 045	1,2	Aktivitetsbasert inntekt	1,2	3 467 285	3 246 882
1 261 122	853 118	1,2	Andre driftsinntekter	1,2	1 061 289	1 407 018
13 112 287	14 056 847		Sum driftsinntekter		14 687 258	13 677 975
12 368 630	13 316 033	1,3	Kjøp av helsetjenester	1,3	1 748 079	1 613 766
120	0	1,3	Varekostnad	1,3	1 608 471	1 547 991
139 047	140 594	1,4,17	Lønn og annen personalkostnad	1,4,17	8 418 628	8 015 205
53 252	59 618	1,8,9	Ordinære avskrivninger	1,8,9	717 765	687 187
0	3 775	1,8,9	Nedskrivning	1,8,9	12 079	4 723
552 186	496 964	1,5	Annen driftskostnad	1,5	1 880 178	1 697 816
13 113 236	14 016 985		Sum driftskostnader		14 385 201	13 566 687
-949	39 862		DRIFTSRESULTAT		302 057	111 288
133 211	148 506	6	Finansinntekter	6	8 883	19 411
45 225	-140 259	10	Nedskrivning av finansielle anleggsmidler		0	0
90 076	117 218	6	Annen finanskostnad	6	96 585	133 068
-2 090	171 547		Netto finansposter		-87 702	-113 657
-3 039	211 409		RESULTAT FØR SKATT		214 354	-2 369
0	0		Skattekostnad på ordinært resultat	7	757	216
-3 039	211 409		ÅRSRESULTAT	16	213 598	-2 585
			OVERFØRINGER			
0	0	15	Overført fra annen innskutt egenkapital			
1 766	475	15	Overført til/fra fond for vurderingsforskjeller	15	-131	1 668
-4 804	210 934	15	Overført til/fra annen egenkapital	15	213 728	-4 253
-3 039	211 409		Sum overføringer		213 598	-2 585

Balanse

Helse Midt-Norge RHF				Foretaksgruppen		
31.12.2008	31.12.2009	Note nr	(Beløp i hele 1.000)	Note nr	31.12.2009	31.12.2008
			EIENDELER			
			Anleggsmidler			
			Immaterielle driftsmidler			
175 173	175 812	8	Immaterielle eiendeler	8	188 825	189 099
0	0		Utsatt skattefordel	7	1 243	1 054
175 173	175 812		Sum immaterielle eiendeler		190 068	190 152
			Varige driftsmidler			
0	0	9	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	9	9 732 294	8 805 438
39 989	35 286	9	Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler o	9	1 415 557	1 288 238
3 653 682	3 328 482	9	Anlegg under utførelse	9	3 647 266	4 072 038
3 693 671	3 363 767		Sum varige driftsmidler		14 795 117	14 165 714
3 033 375	3 150 616	10,11	Investering i datterselskap/-foretak	10,11	0	0
1 454 737	2 039 464	11	Andre finansielle anleggsmidler	11	379 218	352 203
0	0	17	Pensjonsmidler	17	437 963	537 139
4 488 111	5 190 079		Sum finansielle anleggsmidler		817 180	889 341
8 356 955	8 729 658		Sum anleggsmidler		15 802 365	15 245 208
			Omløpsmidler			
0	501		Varer	12	203 689	189 859
289 291	304 722	13	Fordringer	13	537 731	512 649
700 545	1 703 329	14	Bankinnskudd, kontanter og lignende	14	282 739	276 283
989 836	2 008 553		Omløpsmidler		1 024 159	978 792
9 346 791	10 738 211		SUM EIENDELER		16 826 524	16 223 999

Helse Midt-Norge RHF					Foretaksgruppen	
31.12.2008	31.12.2009	Note nr	(Beløp i hele 1.000)	Note nr	31.12.2009	31.12.2008
			EGENKAPITAL OG GJELD			
			Innskutt egenkapital			
100	100	15	Foretakskapital	15	100	100
0	0	15	Strukturfond	15	0	0
6 519 617	6 519 617	15	Annen innskutt egenkapital	15	6 485 285	6 485 285
6 519 717	6 519 717		Sum innskutt egenkapital		6 485 385	6 485 385
			Opptjent egenkapital			
6 992	4 871	15	Fond for vurderingsforskjeller	15	4 871	7 598
-3 433 922	-3 233 488	15	Annen egenkapital	15	-3 151 340	-3 354 569
-3 426 931	-3 228 618		Sum opptjent egenkapital		-3 146 469	-3 346 971
3 092 787	3 291 099		Sum egenkapital		3 338 916	3 138 413
39 602	46 332	17	Pensjonsforpliktelser	17	819 113	710 543
0	0		Utsatt skatt	7	0	0
2 204 398	2 409 707	18	Andre avsetninger for forpliktelser	18	5 604 222	5 373 776
2 244 000	2 456 039		Sum avsetninger for forpliktelser		6 423 335	6 084 319
			Annen langsiktig gjeld			
2 892 540	3 695 099	19	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	19	3 695 098	2 892 540
670 938	550 495	19	Øvrig langsiktig gjeld	19	25 922	25 922
3 563 478	4 245 593		Sum annen langsiktig gjeld		3 721 020	2 918 462
			Kortsiktig gjeld			
0	0		Driftskreditt		594 740	1 758 356
0	0		Betalbar skatt	7	944	387
16 081	21 268		Skyldig offentlige avgifter		559 983	512 786
430 445	724 210	20	Annen kortsiktig gjeld	20	2 187 587	1 811 276
446 526	745 479		Sum kortsiktig gjeld		3 343 253	4 082 804
6 254 004	7 447 111		Sum gjeld		13 487 608	13 085 586
9 346 791	10 738 211		EGENKAPITAL OG GJELD		16 826 524	16 223 999

Stjørdal 12.4.2010


Kolbjørn Almlid
styreleder


Toril Hovdenak
nestleder


Kirsti Leitrø


Merethe
Storødegård

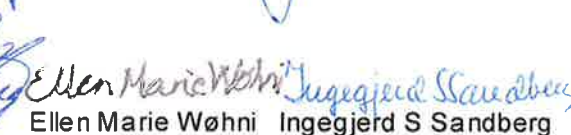

Olav Georg Huseby


Perny Ann Nilsen


Jan Magne Dahle


Asmund Sverre
Kristoffersen

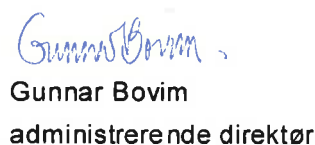

Joar Olav Grøtting


Ellen Marie Wøhni


Ingegjerd S Sandberg


Ivar Golaas


Bjørg Henriksen


Gunnar Bovim
administrerende direktør

Kontantstrømoppstilling

Helse Midt-Norge RHF		KONTANTSTRØMOPPSTILLING	Foretaksgruppen	
2008	2009		2009	2008
		(Beløp i hele 1.000)		
		KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE		
-3 039	211 409	Årsresultat etter betalt skatt	213 967	-2 775
53 252	59 618	Ordinære avskrivninger	717 765	687 187
0	3 775	Nedskrivninger varige driftsmidler	12 079	4 723
8 083	6 730	Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn- /utbetalinger i pensjonsordninger	207 746	111 551
0	0	Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler	-8 805	-25 708
43 388	-162 139	Øvrige resultatposter uten kontanteffekt	-183 840	-189 176
-179 365	283 020	Endring i omløpsmidler og kortsiktig gjeld	401 678	-164 284
-77 680	402 414	Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	1 360 590	421 517
		KONTANTSTRØMMER FRA		
551 913	1 599 954	9 Innbetalinger ved salg driftsmidler	44 127	44 957
126 895	327 095	9 Overføring av varige driftsmidler til NTNU	327 095	126 895
-1 555 273	-1 322 468	9 Utbetalinger ved kjøp driftsmidler	-1 651 393	-1 961 309
40 464	-595 458	Inn-/utbetalinger ved utlån	-3 365	704
-320	-1 889	Inn-/utbetalinger ved salg/kjøp av finansielle eiendeler	-36 270	-32 321
-836 321	7 234	Netto kontantstrømmer fra investeringsaktiviteter	-1 319 806	-1 821 074
		KONTANTSTRØMMER FRA		
1 519 363	1 449 305	Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	1 499 638	1 481 902
-557 161	-163 698	Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	-43 254	-92 042
0	-365 374	Overført investeringstilskudd til HF	0	0
-126 895	-327 095	Overført investeringstilskudd til NTNU	-327 095	-126 895
835 307	593 137	Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	1 129 289	1 262 965
-78 694	1 002 785	Netto endring i likviditetsbeholdning	1 170 073	-136 592
779 239	700 545	Likviditetsbeholdning 01.01	-1 482 073	-1 345 481
700 545	1 703 330	Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12.	-312 000	-1 482 073
		Limit på driftskonto pr 31.12.	1 740 000	1 950 000

Noter til årsregnskapet for 2009

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 17.8.2001. Staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene den 1.1.2002, og på dette tidspunkt ble foretaksgruppen etablert.

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. 1.1.2002 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.

Sammenligningstall for 2008

Enkelte sammenligningstall for 2008 er endret der den nye klassifiseringen er mer korrekt.

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. Transaksjoner og mellomværende mellom foretakene i gruppen er eliminert. Alle bevilgninger fra Helse- og omsorgsdepartementet føres via det regionale helseforetaket. Kostpris på andel i helseforetakene elimineres mot egenkapitalen.

Datterselskaper

Datterselskap vurderes etter kostmetoden i foretakets regnskap. Investeringen er vurdert til anskaffelseskost med mindre nedskrivning har vært nødvendig. Det er foretatt nedskrivning til virkelig verdi når det har oppstått verdifall som skyldes årsaker som ikke kan antas å være forbigående og det må anses nødvendig etter god regnskapsskikk. Nedskrivninger er reversert når grunnlaget for nedskrivning ikke lenger er til stede.

Felleskontrollert virksomhet

Helse Midt-Norge RHF har en eierandel på 20 % 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.

Tilknyttede virksomheter

Helse Midt-Norge RHF hadde sammen med St. Olavs Hospital HF en eierandel på 1/3 i MedTech Trondheim AS. Denne eierandelen ble solgt i 2009. Eierandelen i det tilknyttede selskapet er presentert etter egenkapitalmetoden i fortaksgruppens regnskap. Videre har Helse Midt-Norge RHF en eierandel i HUNT Biosciences AS som også presenteres etter egenkapitalmetoden.

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. Første års avdrag på langsiktig gjeld vises som langsiktig gjeld.

Prinsipper for inntektsføring

Driftsinntektene kan hovedsakelig deles i tre: fast grunnfinansiering (basis) fra eier, aktivitetsbaserte inntekter og andre driftsinntekter.

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

Aktivitetsbaserte inntekter, herunder ISF-refusjon, kurdøgn, egenandeler, refusjon fra NAV, er knyttet til pasientbehandlingen, og inntektsføringen skjer i den perioden aktiviteten er utført.

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-refusjon. Videre er refusjoner fra NAV som går via 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. Dette gjelder først og fremst ved behandling av pasienter som er bosatt i Midt-Norge, men innenfor et annet helseforetaks geografiske opptaksområde (gjestepasientoppgjør i regionen).

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, anses som ytelsesplaner.

Ordningen gir rett til definerte framtidige ytelser etter sluttlønnsprinsippet. Disse er i hovedsak avhengige av antall opptjeningsår, stillingsfaktor og lønnsnivå ved oppnådd pensjonsalder. Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Foretakets pensjonsansvar er dekket gjennom pensjonsordninger hos KLP (Kommunal Landspensjon) og SPK (Statens Pensjonskasse). I tillegg til den ordinære tjenstepensjonsordningen kommer ytelser i form av avtalefestet pensjon (AFP) til aldersgruppen 62 til 66 år. AFP etter 65 er dekket med tilskudd og utjevnet på risikofelleskapet i den enkelte flerforetaksordningen. AFP før 65 år dekkes direkte for egen regning.

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 aktuarmessige forutsetninger om dødelighet, frivillig avgang osv. Pensjonsmidlene vurderes til virkelig verdi. Netto pensjonsforpliktelse består av brutto pensjonsforpliktelse fratrukket virkelig verdi av pensjonsmidler. Netto pensjonsforpliktelser balanseføres som langsiktig gjeld, mens overfinansiert pensjonsordning er klassifisert som langsiktig eiendel i balansen.

Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i pensjonsplaner fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid. 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).

Arbeidsgiveravgift beregnes både på overfinansierte og underfinansierte ordninger så lenge kravet til balanseføring er tilfredsstillt.

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 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 skattefordel 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/driftskreditt.

Valuta

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

Konsernregnskapet kan fås utlevert hos Helse Midt-Norge RHF, Strandvn 1, Stjørdal eller kan lastes ned elektronisk fra www.helse-midt.no.

Årsregnskap 2009 - Helse Midt-Norge RHF

Noter

Alle beløp i hele tusen kroner

Note 1 Driftsinntekter- og kostnader pr virksomhetsområde

Driftsinntekter pr virksomhetsområde	Foretaksgruppen	
	2009	2008
Somatikk	10 453 880	9 894 710
Psykisk helsevern	2 433 286	2 303 444
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	350 718	299 462
Annet	2 462 592	2 238 430
Elimineringer	-1 013 219	-1 058 071
Sum driftsinntekter	14 687 258	13 677 975

Driftsinntekter fordelt på geografi	2009		2008	
	Helse Midt-Norge RHF sitt opptaksområde	14 432 246	13 428 045	
Resten av landet	236 686	229 101		
Utlandet	18 325	20 831		
Sum driftsinntekter	14 687 258	13 677 975		

Driftskostnader pr virksomhetsområde	2009		2008	
	Somatikk	10 395 025	9 887 226	
Psykisk helsevern VOP	1 928 602	1 840 236		
Psykisk helsevern BUP	371 847	351 387		
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	325 876	286 222		
Annet	2 374 934	2 258 025		
Elimineringer	-1 011 083	-1 056 408		
Sum driftskostnader	14 385 201	13 666 687		

Note 2 Driftsinntekter

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
2008	2009	2009	2008
9 024 076	10 158 684	10 158 684	9 024 076
Basisramme			
Basisramme 6)			
Aktivitetbasert inntekt			
2 315 946	2 506 835	2 506 835	2 315 946
113 251	114 766	114 766	113 251
6 456	16 400	236 686	231 057
353 294	371 700	524 433	498 497
38 142	35 345	84 565	88 130
Annen driftsinntekt			
308 312	10 319	10 319	308 312
84 579	50 640	50 641	84 579
106 402	118 177	120 931	111 117
194 672	183 366	183 366	194 672
		221 037	219 576
		474 995	488 762
567 157	490 615	14 687 258	13 677 975
13 112 287	14 056 847	Sum driftsinntekter	Sum driftsinntekter

- ISF inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i egen helseregion av pasienter innenfor Helse Midt-Norge RHF sitt "sørge for"-ansvar
- ISF inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i andre helseregioner av pasienter innenfor Helse Midt-Norge RHF sitt "sørge for"-ansvar
- Inntekter for diagnostikk og behandling av pasienter tilhørende andre regionale helseforetak (gjestepasienter)
- Inntektsføring av del av balanseført investeringstilskudd
- I regnskapet for foretaksgruppen er salg fra Sykehusapoteket i Midt-Norge HF til andre foretak i Helse Midt-Norge eliminert. Totale driftsinntekter for Sykehusapoteket i Midt-Norge HF er tkr 575 039 i 2009 og tkr 549 507 i 2008.
- Psykisk helsevern har vært omfattet av en opptrappingsplan som har pågått i flere år. Deler av den økte aktiviteten har vært finansiert av et eget øremerket tilskudd. Opptrappingsplanen ble avsluttet i 2008 og tilhørende tilskudd inngår fra og med 2009 i basisrammen. Inntektsført beløp i 2009 på tkr 10 319 er gjenstående midler for knyttet til aktiviteter innen opptrappingsplan som ble gjennomført i 2009.

Aktivitetstall	2009	2008
Aktivitetstall somatikk		
Antall DRG poeng iht. "sørge for" - ansvaret	163 112	163 016
Antall DRG poeng iht. "eier"rollen - total produksjon ved HF-et	155 495	158 004
Antall polikliniske konsultasjoner	644 059	662 386
Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge		
Antall utskrevne pasienter fra døgntil behandling	505	423
Antall polikliniske konsultasjoner	86 032	99 120
Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne		
Antall utskrevne pasienter fra døgntil behandling	6 968	7 106
Antall polikliniske konsultasjoner	169 468	147 499
Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere		
Antall utskrevne pasienter fra døgntil behandling	1 804	1 735
Antall polikliniske konsultasjoner	11 662	12 267

I antall DRG-poeng i henhold til "sørge-for"-ansvaret, det vil si behandling av pasienter med bostedsadresse i Midt-Norge, inngår 4 395 DRG-poeng utført av private sykehus i 2009 mot 4 137 DRG-poeng i 2008.

I 2007 ble prosjektet "raskere tilbake" igangsatt. Formålet er å få sykemeldte raskere tilbake til jobb. Aktivitet/behandling knyttet til dette prosjektet kommer i tillegg til annen aktivitet i foretakene og er særskilt finansiert. Antall DRG-poeng innen "raskere tilbake" utgjorde 1 174 poeng i 2007, herav 634 utført av private sykehus. I 2008 var tilsvarende aktivitet på henholdsvis 1 627 DRG-poeng, inkludert 752 utført av private sykehus. I 2009 har det ikke vært utført behandling som har gitt DRG-poeng.

Antall polikliniske konsultasjoner innen raskere tilbake utgjorde 7283 innen somatikk i 2008 og 493 innen psykisk helsevern. I 2009 er det gjennomført 6 579 polikliniske konsultasjoner innen somatikk og 688 innen rusbehandling. Det har ikke vært aktivitet innen psykisk helsevern innenfor prosjektet raskere tilbake i 2009.

Note 3 Varekostnad

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen		
2008	2009	2009	2008	
	0	Kjøp av medisinsk forbruksmaterieill	1 316 102	1 292 019
120	0	Andre varekostnader	292 369	255 972
120	0	Sum varekostnad	1 608 471	1 547 991

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen		
2008	2009	2009	2008	
Sum kjøp av helsetjenester består av følgende:				
336 157	370 308	Kjøp fra offentlige og private helseinstitusjoner somatikk	707 523	666 838
111	133	Kjøp fra utlandet somatikk	11 958	6 475
19 444	20 993	Kjøp fra offentlige og private helseinstitusjoner psykiatri	52 304	64 368
		Kjøp fra offentlige og private helseinstitusjoner rus	145 902	129 387
355 712	391 434	Sum gjestepasientkostnader	917 687	867 069
		Innleie av vikarer	75 566	75 160
94 048	84 577	Kjøp av ambulansetjenester	494 035	453 527
11 918 869	12 840 022	Andre kjøp av helsetjenester	260 791	218 010
12 368 630	13 316 033	Sum kjøp av helsetjenester	1 748 079	1 613 766

Note 4 Lønn og andre personalkostnader

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen		
2008	2009	2009	2008	
139 678	154 826	Lønnskostnader	6 144 693	5 781 966
21 435	23 397	Arbeidsgiveravgift	902 259	846 679
28 520	28 875	Pensjonskostnader inkl arbeidsgiveravgift	1 327 101	1 323 874
17 431	10 486	Andre ytelser	127 077	131 374
-68 018	-76 990	Balanseføring eget arbeid	-82 502	-68 689
139 047	140 594	Sum lønn og andre personalkostnader	8 418 628	8 015 205

Godtgjørelse til styret i Helse Midt-Norge RHF	1 928
herav honorar og godtgjørelser til styrets leder i Helse Midt-Norge RHF	271

Ved balanseføring av eget arbeid reduseres lønnskostnadene. Dette gjelder i hovedsak Helse Midt-Norge RHF hvor lønns- og driftskostnader i prosjektorganisasjonen Helsebygg inngår som en del av kostprisen til bygging av nytt universitetssykehus i Trondheim. Videre blir lønnskostnader knyttet til utvikling av edb-program i IKT-enheten Hemit balanseført.

Helse Midt-Norge RHF		Revisjonshonorar fordeler seg på følgende:		Foretaksgruppen	
2008	2009			2009	2008
391	249	Lovpålagt revisjon		1 131	1 334
111		Utvidet revisjon			248
165	16	Andre attestasjonstjenester		170	288
		Skatte- og avgiftsrådgivning		45	30
240		Andre tjenester utenfor revisjon		23	240
906	265	Sum revisjonshonorar		1 369	2 140

I tillegg til lovpålagt revisjon i 2009 er det utført attestasjoner og rådgivning for totalt tkr 238 inkl merverdiavgift.

Alle beløp er inkludert merverdiavgift.

2008	2009	2009	2008	
313	330	Gjennomsnittlig antall ansatte	17 209	15 654
292	305	Gjennomsnittlig antall årsverk	13 785	13 321

Gjennomsnittlig antall årsverk i Helsebygg Midt-Norge og Helse Midt-Norge IT utgjør henholdsvis 69 og 181 i 2009 mot 78 og 167 i 2008.

Lønn og andre ytelser til adm dir.:	Bjørn Erikstein		Gunnar Bovim	
Lønn	677		788	
Pensjon	63		93	
Andre ytelser	2		57	
Sum	741		937	

Godtgjørelse til styrets medlemmer utgjør samlet tkr 1 928. Det ble i tillegg ytet en godtgjørelse til Helsebygg sitt prosjektstyre på tkr 357. I tillegg til styrehonorar er det utbetalt kontorgodtgjørelse på tkr 27 til styreleder, samt totalt tapt arbeidsfortjeneste på tkr 67 til to av styremedlemmene. Videre er et av styremedlemmene ansatt som konsernillitsvalgt og mottar lønn i tillegg til styrehonorar fra Helse Midt-Norge RHF. Det er ikke yti lån eller stilt sikkerhet til fordel for medlemmer av styret. Administrerende direktør G Bovim har i regnskapsperioden 2009 mottatt tkr 788 i lønn og andre ytelser på 57. Tidligere administrerende direktør B Erikstein har i regnskapsperioden 2009 mottatt tkr 677 i lønn og andre direkte ytelser på tkr 2. Pensjonskostnadene er i sin helhet knyttet til kollektiv pensjonsordning i KLP for begge direktørene. Øvrige direktører i Helse Midt-Norge RHF, inkl daglig leder av Helsebygg Midt-Norge og Helse Midt-Norge IT, i alt 9 personer har totalt mottatt tkr 11 012 i lønn og andre ytelser.

Bjørn Erikstein ble konstituert som administrerende direktør fra og med 10. november 2008 og fungerte i stillingen fram til 18. mai 2009 da ny administrerende direktør Gunnar Bovim tiltrådte stillingen.

Ved fratredelse etter anmodning fra styret har administrerende direktør krav på lønn i oppsigelsestiden som er 6 måneder. Ved fylte 60 år kan det inngås en avtale mellom Gunnar Bovim og styret om fratredelse av stillingen som administrerende direktør. Ved fratredelse etter denne bestemmelse, skal det regionale foretaket arbeide for å tilby arbeidstakeren annen relevant stilling i foretaksgruppen. Lønn og andre betingelser vil bli videreført ved fratredelse.

Administrerende direktør har ikke krav på lønn med tilleggsytelser dersom det foreligger saklig grunn til avskjed etter AMLs § 66. Rett til sluttlønn og tilleggsytelser faller også bort dersom arbeidstager etter å ha mottatt anmodning om å fratre, bestrider denne eller krever forhandlinger, eventuelt reiser søksmål. Det betales full lønn i suspensjonstiden, dersom det skulle foreligge grunnlag for avskjedigelse etter arbeidsmiljølovens regler, og arbeidsgiver velger å suspendere administrerende direktør.

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

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2008	2009		2009	2008
326 640	255 216	Konsulentonorar og andre fremmedtjenster	373 774	318 314
14 226	12 190	Kostnader bygninger og kontorlokaler	240 978	236 006
42 936	39 168	Kjøp og leie av utstyr, maskiner mv	179 090	173 481
90 495	110 389	Reparasjoner, vedlikehold og service	394 734	288 829
		Pasienttransport	292 608	273 427
13 613	12 758	Reisekostnader	73 754	78 910
301	361	Forsikringskostnader	92 588	77 450
63 974	66 882	Andre driftskostnader	232 653	251 398
562 186	496 964	Sum andre driftskostnader	1 880 178	1 697 816

Note 6 Finansposter

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2008	2009		2009	2008
1 766	475	Inntekter TS og FKV	475	1 668
126 362	146 257	Konserninterne renteinntekter	0	0
5 045	1 740	Andre renteinntekter	7 903	17 564
39	33	Andre finansinntekter	504	179
133 211	148 506	Sum finansinntekter	8 883	19 411
18 509	6 205	Konserninterne rentekostnader	0	0
71 360	110 973	Andre rentekostnader	96 370	132 497
208	41	Andre finanskostnader	214	571
90 076	117 218	Sum finanskostnader	96 585	133 068

Note 7 Skatter

Årets skattekostnad

	2009	2008
Resultatført skatt på ordinært resultat:		
Betalbar skatt	945	387
Endring i utsatt skatt / utsatt skattefordel	-189	-171
Skattekostnad ordinært resultat	757	216
Betalbar skatt i årets skattekostnad:		
Ordinært resultat før skatt	2 683	764
Endring i midlertidige forskjeller	675	611
Permanente forskjeller	19	8
Grunnlag betalbar skatt	3 377	1 383
Betalbar skatt i årets skattekostnad	945	387
Betalbar skatt i balansen:		
Betalbar skatt på årets resultat	945	387
Skyldig ilignet skatt fra tidligere år		
Sum betalbar skatt i balansen	945	387

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

	IB	2009	Endring
Driftsmidler inkl. forr. verdi	378	353	25
Utestående fordringer	-86	-89	4
Pensjonspremie/- forpliktelser	-4 056	-4 701	645
Grunnlag for beregning av utsatt skatt	-3 763	-4 438	675
Anvendt skattesats:	28 %		
Utsatt skattefordel:	-1 054	-1 243	189

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

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2008	31.12.2009	31.12.2009	31.12.2008
92 082	98 888 EDB programvare	111 902	106 008
83 092	76 923 Prosjekt under utvikling	76 923	83 092
175 173	175 812 Sum	188 825	189 099

Helse Midt-Norge RHF	EDB programvare	Prosjekt under utvikling	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2009	253 438	83 092	336 530
Tilgang	840	47 924	48 764
Tilgang virksomhetsoverdragelse			
Avgang			
Fra prosjekt under utvikling til EDB-programvare	54 092	-54 092	0
Anskaffelseskost 31.12.2009	308 370	76 923	385 294
Akk avskrivninger 31.12.2009	205 707		205 707
Akk nedskrivninger 31.12.2009	3 775		3 775
Balansført verdi 31.12.2009	98 888	76 923	175 812
Årets ordinære avskrivninger	44 350		44 350
Årets nedskrivninger	3 775		3 775

Balansførte lånekostnader

Levetid	3-6 år		
Avskrivningsplan	lineær		

Foretaksgruppen	EDB programvare	Prosjekt under utvikling	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2009	283 545	83 092	366 637
Tilgang	3 492	47 924	51 416
Avgang			
Fra prosjekt under utvikling til EDB-programvare	54 092	-54 092	0
Anskaffelseskost 31.12.2009	341 129	76 923	418 053
Akk avskrivninger 31.12.2009	225 453		225 453
Akk nedskrivninger 31.12.2009	3 775		3 775
Balansført verdi 31.12.2009	111 902	76 923	188 825
Årets ordinære avskrivninger	47 915		47 915
Årets nedskrivninger	3 775		3 775

Balansførte lånekostnader

Levetid	5-10 år		
Avskrivningsplan	lineær		

Note 9 Varige driftsmidler

Helse Midt-Norge RHF	Bygninger	Anlegg under utførelse	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2009		3 653 682	106 702	3 760 384
Tilgang		1 263 140	10 564	1 273 704
Tilgang - periodisering kostnader *1)		338 709		338 709
Avgang				
Fra anlegg under utførelse til St Olavs Hospital HF og NTNU		-1 927 049		-1 927 049
Anskaffelseskost 31.12.2009		3 328 482	117 267	3 445 749
Akk avskrivninger 31.12.2009			80 965	80 965
Akk nedskrivninger 31.12.2009			1 016	1 016
Balansført verdi 31.12.2009		3 328 482	35 286	3 363 767
Årets ordinære avskrivninger			15 268	15 268
Årets nedskrivninger				
Balansførte lånekostnader		7 876		7 876

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

Operasjonell leasing og leie

	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	MTU	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Operasjonell leasing - leiebeløp		3 831			1 862	5 693
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 1.1.2009	614 143	10 591 182	4 072 038	1 775 156	893 982	17 946 502
Tilgang		19 435	1 430 877	95 743	53 988	1 600 043
Tilgang - periodisering kostnader *1)			70 000			70 000
Avgang	5 253	76 286		35 841	2 027	119 407
Fra anlegg under utførelse ferdigstilte driftsmidler		1 343 195	-1 925 650	145 634	109 726	-327 095
Anskaffelseskost 31.12.2009	608 890	11 877 527	3 647 266	1 980 692	1 055 669	19 170 043
Akk avskrivninger 31.12.2009		2 656 086		1 045 304	573 955	4 275 345
Akk nedskrivninger 31.12.2009	10 285	87 751		528	1 016	99 580
Balansført verdi 31.12.2009	598 604	9 133 690	3 647 266	934 880	480 698	14 795 117
Årets ordinære avskrivninger		395 060		170 767	104 024	669 851
Årets nedskrivninger		6 865		1 439		8 304
herav avskrivninger som knytter seg til åpningsbalansen 1.1.2002		221 182		28 605	4 072	253 859
Balansførte lånekostnader			7 876			7 876
Levetider		dekomponert 10-60 år		3-15 år	3-15 år	
Avskrivningsplan		lineær		lineær	lineær	

Leieavtaler

	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	MTU	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Operasjonell leasing - leiebeløp		50 494		16 598	76 467	143 558
Operasjonell leasing - varighet		1-10 år		2-10 år	1-10 år	

*1) To av byggene i byggefase 2 er overlevert og tatt i bruk av St. Olavs Hospital HF og NTNU. Overføring av byggene har skjedd til beregnet kostnad ved endelig avslutning av byggefase 2. Det er periodisert kostnader med ialt kr. 338 709 og som er lagt som tilgang under anlegg under utførelse og ført opp som en avsetning under Andre avsetninger for forpliktelser. I regnskapet til Foretaksgruppen er den tilsvarende periodiseringen på kr. 70 000 og gjelder periodiserte kostnader til den delen av de overleverte bygg som tilordnes NTNU. De totale kostnader vedr NTNU sin andel av overlevering av bygg utgjør kr 327 095,-.

Finansiering av byggeprosjekter i regi av Helsebygg Midt-Norge er delvis finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet og delvis av Kunnskapsdepartementet (KD). KDs andel av finansiering i fase 1 utgjorde ca 24 % og i fase 2 ca 20 %. Dette representerer også NTNUs framtidige eierandel i byggene ut fra de foreliggende planer ved utgangen av 2009. Inntil de enkelte bygningene er ferdigstilt blir all finansiering og kostnader ført i Helse Midt-Norge RHF's regnskap (v/Helsebygg Midt-Norge).

Balansførte 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. Overtakelse skjer med regnskapsmessig effekt etterhvert som byggene tas i bruk. Fase 1 ble ferdigstilt i 2006. Deler av fase 2 ble ferdigstilt og overført i 2008. I 2009 ble Bevegelsessenteret overdratt til en verdi på tkr 799 497 for bygg og tkr 108 721 for MTU og inventar/utstyr. Videre ble Gastrosenteret (nord og øst) overdratt tkr 558 127 på bygg og tkr 182 291 på MTU og inventar/utstyr. Samtidig er det foretatt korrigering av opprinnelig anskaffelseskost for deler av overførte verdier i 2008; 1902-bygget (reduksjon) tkr 15 263 og Forsyningscenteret (reduksjon) tkr 33 363. Reduserte avskrivninger som gjelder tidligere år er på tkr 819.

For flere bygg er det knyttet tilbakeføringsklausuler.

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 2009 med en totalt kostnadsramme som overstiger 50 millioner kroner.

Investeringsprosjekt	Foretak	Akkumulert	Akkumulert	Total kostnadsramme	Prognose sluttsum	Avvik fra budsjett
		regnskap pr 31.12.09	regnskap pr 31.12.08			
DPS Molde, Knausensenteret	Helse Nordmøre og Romsdal HF	180 216	172 116	182 203	182 400	-197
Nye Molde sjukehus	Helse Nordmøre og Romsdal HF	41 479	7 777	2 515 000	2 515 000	
Nytt sykehus Trondheim fase 2	Helse Midt-Norge RHF, Helsebygg	2 989 773	3 653 682	7 648 542	7 556 608	91 934
Nidaros DPS	St. Olavs Hospital HF		186 537	188 000	202 350	-14 350
Sikkerhetsavdeling Østmarka	St. Olavs Hospital HF	4 875	4 875	267 000	273 000	-6 000
Ny barneavdeling Ålesund sjukehus	Helse Sunnmøre HF	36 578	7 249	267 240	267 240	
Sum		3 252 921	4 032 236	11 067 985	10 996 598	71 387

DPS = Distriktpsikiatriske senter

Knausensenteret (Molde DPS) ble tatt i bruk i desember 2008. Investeringsprosjektet avsluttes våren 2010.

Nye Molde sjukehus er under planlegging. Konseptrapporten er godkjent av styret i Helse Midt-Norge RHF. Helse- og omsorgsdepartementet har etter dette bedt om nye vurderinger til revidert konseptrapport. Det er idag uklart når planleggingsarbeidet kan avsluttes. Så langt er det planlagt med byggestart i 2012 og ferdigstilling i 2015. Videre framdrift avklares i dialog med eier.

Byggefase 1 av nytt sykehus i Trondheim ble i hovedsak avsluttet i 2006. Etter at diverse etterarbeid, herunder knyttet til garantier i det ble endelig avsluttet i 2008 er byggefase 1 tkr 39 411 rimeligere enn påløpte kostnader enn påløpt pr 31.12.2006. Byggefase 2 har kommet langt og nye bygg ble tatt i bruk både i 2008 og 2009.

Ny barneavdeling ved Ålesund sjukehus er planlagt ferdig i 2011. Det vesentligste av byggearbeidet er planlagt gjennomført i 2010.

Note 10 Eierandeler i datterforetak, felleskontrollert virksomhet og tilknyttet selskap

Andeler i datterforetak	Hovedkontor	Eierandeler	Stemmeandel	Balansført verdi	Egenkapital	Årets resultat	Årets
							reversering av nedskrivning
Helse Nord-Trøndelag HF	Levanger	100	100	1 072 196	1 072 197	49 936	-49 936
St Olavs Hospital HF	Trondheim	100	100		-241 250	23 018	-23 018
Helse Sunnmøre HF	Alesund	100	100	1 400 326	1 400 326	25 735	-25 735
Helse Nordmøre og Romsdal HF	Molde	100	100	616 570	616 571	26 832	-26 832
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Trondheim	100	100	21 854	55 300	2 399	
Rusbehandling Midt-Norge HF	Stjørdal	100	100	39 670	39 671	14 738	-14 738
Sum eierandeler i datterforetak				3 160 616	2 942 815	142 658	-140 259
Andeler i felleskontrollert virksomhet							
Luftambulansetjenesten ANS	Bodø	20	20	8 054	40 271	4 146	
Helseforetakenes innkjøpservice AS	Vadsø	20	20	1 554	7 831	2 473	
Helseforetakenes senter for pasientreise	Skien	20	20	1 500	7 500		
Sum eierandeler i FKV				11 108	55 602	6 619	
Andeler i tilknyttede selskaper							
HUNT Biosciences AS	Verdal	33	33	2 888	8 646	-2 553	
Sum eierandeler i TS				2 888	8 646	-2 553	
Andeler i selskap eid av datterforetak i Helse Midt-Norge RHF							
Trøndelag Ortopediske Verksted AS	Trondheim	100	100	7 100	8 699	1 926	
HMS Tjenesten Orkladal AS	Orkanger	19	19	70			
Orkdal Boligbyggelag AL	Orkanger			2			
Sum eierandeler i andre foretak				7 172	8 699	1 926	

Investeringer i datterforetakene er vurdert til bokført kostpris. Datterforetakene hadde i perioden 2002-2007 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 til bokført egenkapital ved underskudd. I 2009 har alle datterforetakene overskudd og tidligere års nedskrivning av verdien i datterforetakene reversert med tkr 140 259. Ved utgangen av 2009 er egenkapitalen til datterforetaket St. Olavs Hospital HF negativ og Helse Midt-Norge RHF's verdi i datterforetaket er nedskrevet til null. I nedskrivning av verdien på datterforetakene inngår kostnadsføring av forpliktelse på tkr 241 250, jf note 18.

Tidligere eierandel i Norsk Helsenett AS ble i 2009 overtatt av eier ved at aksjene ble overført til Norsk Helsenett SF. Det vises for øvrig til note 15 Egenkapital.

Eierandelen i MedTech AS er solgt til Sør-Trøndelag Fylkeskommune for kr 1 pr aksje. Gavesalget er kostnadsført med tkr 644 i 2009.

Note 11 Andre finansielle anleggsmidler

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2008	31.12.2009	31.12.2009	31.12.2008
1 429 923	2 022 701	0	0
2 377	2 786	339 569	304 193
22 117	13 996	13 996	22 057
19		72	72
300		25 580	25 890
1 454 737	2 039 464	379 218	352 203

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 omorganisering eller annen omorganisering av KLP antas det at medlemmene får tildeelt aksjer.

Note 12 Varebeholdning

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2008	31.12.2009	31.12.2009	31.12.2008
0	501 Ferdigvarer	29 934	25 339
0	0 Råvarer	4 667	5 170
0	0 Varer i arbeid	608	416
0	0 Medisinsk forbruksmaterieil (eget bruk)	137 046	135 574
0	0 Andre varebeholdninger (eget bruk)	31 434	23 361
0	501 Sum varebeholdning	203 689	189 859
0	501 Kostpris	203 689	189 859
0	0 Nedskrivning for verdifall	0	0
0	501 Bokført verdi 31.12	203 689	189 859

Note 13 Kundefordringer og andre fordringer

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2008	31.12.2009	31.12.2009	31.12.2008
21 389	49 594	205 656	191 593
150 220	111 845	0	0
68 885	98 717	98 717	68 885
23 760	25 265	118 118	125 401
25 037	19 301	115 239	126 770
289 291	304 722	537 731	512 649

1) Helse Midt-Norge RHF's fordring på Helse- og omsorgsdepartementet er knyttet til overheng/etterslep når det gjelder finansiering av nye oppgaver overtatt fra andre statlige virksomheter i de senere årene. Årets økning skyldes i hovedsak krav vedrørende manglende utbetalte polikliniske inntekter for 1,5 måned vedrørende ISF - oppgjøret for 2008.

Note 14 Bankinnskudd - bundne midler

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2008	31.12.2009	31.12.2009	31.12.2008
7 915	8 324	281 596	275 097
0	0	261	270
7 915	8 324	281 857	275 367

Note 15 Egenkapital

Helse Midt-Norge RHF					
	Foretaks-kapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderingsforskjeller	Annen egenkapital	Total egenkapital
Egenkapital 31.12.2008	100	6 519 617	6 992	-3 433 922	3 092 787
Egenkapital 1.1.2009	100	6 519 617	6 992	-3 433 922	3 092 787
Egenkapitaltransaksjoner *1			-2 596	-10 500	-13 096
Årets resultat			475	210 934	211 409
Egenkapital 31.12.2009	100	6 519 617	4 871	-3 233 488	3 291 099

Foretaks kapital består av 1 andel pålydende kr 100 000

Foretaksgruppen					
	Foretaks-kapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderingsforskjeller	Annen egenkapital	Total egenkapital
Egenkapital 31.12.2008	100	6 485 285	7 598	-3 354 569	3 138 413
Egenkapital 1.1.2009	100	6 485 285	7 598	-3 354 569	3 138 413
Egenkapitaltransaksjoner *1			-2 596	-10 500	-13 096
Årets resultat			-131	213 728	213 598
Egenkapital 31.12.2009	100	6 485 285	4 871	-3 161 340	3 338 916

Foretaks kapital består av 1 andel pålydende kr 100 000

*1 Tidligere eierandel i Norsk Helsenett AS ble i 2009 overtatt av eier ved at aksjene ble overført til Norsk Helsenett SF. Overdragelsen er eiers uttak og er ført som egenkapitaltransaksjon med lkr 13 096.

Note 16 Eiers styringsmål

	2009	2008	2002-2009
Årsresultat	213 598	-2 584	-3 316 407
Overført fra strukturfond			201 752
Korrigerings for endrende løvetider			407 951
Korrigert resultat	213 598	-2 584	-2 706 704
Økte pensjonskostnader grunnet endrede økonomiske forutsetninger		89 000	693 397
Resultat if økonomisk krav fra HOD	213 598	86 416	-2 013 307
Resultatkrav fra HOD if foretaksmøte januar 2008			-85 000
Avvik fra resultatkrav fra HOD	213 598	86 416	-1 928 307

Som følge av bevilgningssøkingen i gjennom St.prp. nr. 1 (2007-2008) ble de regionale helseforetakene satt i stand til å opprettholde den fulle verdien av varige driftsmidler. For første gang ble det derfor stilt krav om et ordinært regnskapsmessig resultat i balanse i 2008 i foretaksmøtene i januar 2008. Behovet for det opprinnelige strukturfondet falt med dette bort, og restverdien ble overført til Annen innskutt egenkapital pr. 31.12.07.

Imidlertid økte pensjonskostnadene for 2008 med om lag 3 800 mill. kroner for de regionale helseforetakene. Gjennom St.prp. nr. 59 (2007-2008) ble det bevilget 3 200 mill. kroner til dekning av denne kostnadsøkningen. De resterende 600 mill. kroner ble unntatt fra resultatkravet i foretaksmøtet i juni 2008. Helse Midt-Norges andel av bevilgningen på 3 200 millioner kroner utgjorde 444 millioner kroner. For Helse Midt-Norge innebar dette at 89 mill kroner ble unntatt fra resultatkravet i 2008.

Det økonomiske opplegget for 2009 presentert i St.prp. nr. 1 (2008-2009) la til grunn at de samlede pensjonskostnadene for de regionale helseforetakene ville bli på samme nivå som i 2008, dvs. 9,2 mrd. kroner. Dette kostnadsnivået ble også lagt til grunn ved fastsettelsen av de regionale helseforetakenes basisramme for 2009. Beregninger med oppdatert sett av økonomiske forutsetninger viste at pensjonskostnadene for 2009 er i tråd med forutsetningene i St.prp. nr. 1 (2008-2009), og det ble følgelig stilt krav om et ordinært regnskapsmessig resultat i balanse i 2009.

Note 17 Pensjon

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2008	31.12.2009	31.12.2008	31.12.2008
183 557	210 737	16 853 682	16 074 211
121 049	140 333	12 987 480	12 259 097
62 508	70 404	3 866 202	3 815 114
8 737	9 844	524 275	515 075
-31 643	-33 916	-4 009 325	-4 156 785
39 602	46 332	381 152	173 404
39 602	46 332	819 113	710 543
		437 983	537 139
2008	2009	2009	2008
20 194	20 018	771 337	786 870
9 450	10 679	866 503	824 866
29 644	30 698	1 637 840	1 611 736
-6 403	-7 426	-691 282	-648 340
910	1 089	53 715	49 254
944	1 053	186 750	169 303
3 425	3 462	140 080	141 919
28 520	28 875	1 327 103	1 323 872
2008	2009	2009	2008
5,30 %	5,50 %	5,50 %	5,30 %
5,60 %	5,70 %	5,70 %	5,60 %
20-60%	20-60%	20-60%	20-60%
4,50 %	4,25 %	4,25 %	4,50 %
4,25 %	4,00 %	4,00 %	4,25 %
402	433	29 048	27 820

Helse Midt-Norge RHF har pensjonsordning som omfatter i alt 433 personer, hvorav 320 er yrkesaktive, 99 er oppsatte og 14 pensjonister. Foretaksgruppen har pensjonsordninger som omfatter i alt 29 048, hvorav 15 842 er yrkesaktive, 4 559 er oppsatte og 8647 pensjonister. Pensjonskostnader for 2009 er basert på noe endrede forutsetninger i forhold til de som ble lagt til grunn ved utgangen av 2008 og som er vurdert å være rimelige forutsetninger pr. 1.1.2009. Som følge av endringer i markedet gjennom 2009 er det foretatt en ny vurdering av de økonomiske forutsetningene pr. 31.12.2009. I forhold til 2008 har diskonteringsrenten økt med 0,2%, forventet avkastning har økt med 0,1%, mens forventet lønnsvekst og G-regulering er redusert med 0,25%. Pensjonskostnaden for 2009 er med visse modifikasjoner basert på forutsetninger i veiledningen om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Modifikasjonene går ut på at diskonteringsrenten er 0,1% høyere og lønnsveksten og G-regulering er 0,25% lavere enn Norsk regnskapsstiftelses forslag. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr. 31.12.2009 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2009. Basert på avkastningen i KLP/SPK for 2009 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2009. Estimativviket som oppstår på slutten av 2009 amortiseres fra og med 2010. Pensjonsordningen tilfredsstiller kravene i Lov om Obligatorisk tjenestepensjon.

Demografiske forutsetninger

Med hensyn på dødelighet og uførhet mv. er det i beregningene benyttet forutsetninger slik dette er oppgitt i pensjonsleverandørens forsikringstekniske beregningsgrunnlag.

Note 18 Avsetning for forpliktelser

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2008	31.12.2009	31.12.2008	31.12.2008
		108 127	104 718
1 940 130	1 829 748	5 308 239	5 215 208
264 268	579 959	187 855	53 849
2 204 398	2 409 707	5 604 221	5 373 776
	Antall leger som er omfattet av ordningen med overlegepermisjoner	936	905

Overordnede leger og spesialister har avtalefestet rett til 4 måneder studiepermisjon hvert 5. år. Under permisjonen mottar overlegene lønn. Lønnen kostnadsføres og avsettes som langsiktig forpliktelse etter hvert som retten opparbeides. Uttakstilbøyelighet varierer fra 25 % til 80 % mellom foretakene. Variasjonene mellom de enkelte avdelinger hos foretakene er også stor.

Investeringsstilskudd er i hovedsak knyttet til finansiering av nytt sykehus i Trondheim og kreftbygg i Ålesund.

I henhold til helseforetakslovens § 7 hefter eier ubegrenset for foretakets forpliktelser. Konkurs eller gjeldsforhandlinger etter konkursloven kan ikke åpnes i foretaket, jf helseforetakslovens § 5, 4 ledd. På bakgrunn av disse bestemmelsene er det foretatt en kostnadsføring tilsvarende St. Olavs Hospital HF's økte negative egenkapital og balanseført som avsetning for andre forpliktelser i Helse Midt-Norge RHF sitt regnskap pr 31.12.2009. Det vises før øvrig til note 10.

Helse Midt-Norge overtok ansvaret for innbetalingene til Norsk Pasientskadeerstatning fra 1.1.2006. Det er ikke foretatt noen avsetning til forpliktelse pr 31.12.09 i Helse Midt-Norge RHF med bakgrunn i at forsikringsfondet er fullt ut dekket. Helseforetakene har avsatt for framtidige forpliktelser knyttet til egenandeler. Ulike øremerkede tilskudd til langsiktige formål inngår også i andre avsetninger for forpliktelser.

Tilskudd gitt til særskilte prosjekt, som pandemi og tiltak for arbeid og som er benyttet til investeringer er ført som utsatt inntekt og inngår i Andre avsetninger for forpliktelser. Tilskuddet innektsføres i takt ned avskrivningene på den tilhørende investeringen.

Det er periodisert kostnader vedr. overleverte bygg til St. Olavs Hospital HF og NTNU på henholdsvis tkr 268 709 og tkr 70 000, til sammen tkr 338 709. Dette er en fremtidig forpliktelse for Helse Midt-Norge RHF, i foretaksgruppens regnskap er kun forpliktelsen ovenfor NTNU ført opp.

Note 19 Annen langsiktig gjeld

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2008	31.12.2009	31.12.2009	31.12.2008
2 892 540	3 695 099	3 695 099	2 892 540
645 017	524 573	0	0
25 922	25 922	25 922	25 922
3 563 478	4 245 593	3 721 020	2 918 462
2 362 195	2 973 903	2 973 903	2 362 195

Annen langsiktig gjeld er Kunnskapsdepartementets overfinansiering av byggefase 1 ved St. Olavs Hospital. Gjelden vil bli avregnet mot Kunnskapsdepartementets finansiering av byggefase 2.

Note 20 Annen kortsiktig gjeld

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
31.12.2008	31.12.2009	31.12.2009	31.12.2008
89 296	140 716	553 665	479 773
233 326	150 112	0	0
16 356	18 220	713 659	670 101
1 314	911	105 336	122 530
12 500	1 875	4 656	15 567
77 653	412 376	810 272	523 305
430 445	724 210	2 187 587	1 811 276

Note 21 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 pr 31.12.2009 er på 52,2 millioner kroner. Herav gjelder 46,8 millioner kroner Lukas Stiftelsen. Restgjeld på disse lånene var pr 31.12.2009 på 20,3 millioner kroner mot 22,1 millioner kroner pr 31.12.2008. Renter og avdrag på Lukas Stiftelsens lån blir dekket av Helse Midt-Norge RHF. Pr 31.12.2009 gjenstår 19,3 millioner kroner av dette lånet.

Note 22 Nærstående parter

Helse Midt-Norge RHF er 100 % eid av Helse- og omsorgsdepartementet. Transaksjoner med andre regionale helseforetak er i hovedsak knyttet til oppgjør for gjestepasienter. Det vil si pasienter bosatt i Midt-Norge og som på grunn av midlertidig opphold, fritt sykehusvalg eller bruk manglende kompetanse eller kapasitet i egne foretak får behandling i helseforetak utenfor Midt-Norge eller private sykehus andre helseregioner har avtale med. Helse Midt-Norges kjøp fra andre regioner innen dette området utgjorde 291 mill kroner i 2009 mot 273 mill kroner i 2008, tilsvarende salg utgjorde 237 mill kroner i 2009 mot 231 mill kroner i 2008. Andre transaksjoner med de andre helseregionene er i hovedsak knyttet til felles prosjekter, delvis initiert av eier, og utgjør mindre beløp.

Det vesentligste av transaksjoner i foretaksgruppen Helse Midt-Norge er Helse Midt-Norge RHF's overføringer av tilskudd og aktivitetsbaserte inntekter til datterforetakene. Ordinært kjøp og salg mellom foretak i Helse Midt-Norge i 2009 utgjorde om lag 1 030 mill kroner. Sykehusapotekene i Midt-Norge sitt salg til øvrige helseforetak utgjør om lag 34 % av dette, mens den regionale IKT-enhet (Hemit) sitt salg til øvrige enheter utgjorde om lag 37 %. St. Olavs Hospital sitt salg av blant annet lab-tjenester og behandlingshjelpemidler utgjør også en forholdsvis stor andel av det konsernminterne salget. Videre har Helse Midt-Norge RHF ved Helsebygg hatt forholdsvis stor omsetning i 2009 knyttet til leveranser i forbindelse med store byggeprosjekter hos Helse Nordmøre og Romsdal HF, Helse Sunnmøre HF og St. Olavs Hospital HF.

Et av formålene med etablering av virksomheten til de felleskontrollerte virksomhetene, jf note 10 var å samle og gi gode og effektive tjenester innen denne delen av spesialisthelsetjenesten. Driften av Nasjonal Luftambulansetjeneste ANS dekkes av helseregionene ut fra forbruk. Helse Midt-Norges kjøp fra Luftambulansetjenesten i 2009 utgjorde tkr 84 948 mot tkr 68 790 i 2008. Kjøp fra Hinas og Norsk Helsenett utgjorde henholdsvis tkr 157 og tkr 22 947 i 2009. I 2008 utgjorde kjøp fra Hinas og Norsk Helsenett henholdsvis tkr 218 og tkr 29 052. Det vises for øvrig til note 10 og 15 for nærmere omtale av Norsk Helsenett.

I 2009 ble Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS etablert. Foretaket behandler og utbetaler godtgjørelse for dekning av reiser mv til pasienter som har slike rettigheter. Kostnadene viderefaktureres den enkelte region og foretak ut fra pasientenes bostedskommune, dvs opptaksområde. Disse kostnadene betraktes ikke som kjøp fra Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS. Det er kjøpt andre tjenester fra Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS i 2009 for tkr 4 820.

Medikamenter utgjør en stor andel av helseforetakenes kostnader. I forskning og utvikling av forekommer det samarbeid mellom legemiddelindustrien og sykehusene. Det regionale helseforetaket har inngått gjensidig forpliktende avtale med Legemiddelindustrien omkring etikk knyttet til avtaler.

I noen av helseforetakene er det etablert rutiner som skal bidra til å sikre at styremedlemmer og ledende ansatte ikke sitter med verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretakene har til andre aktører. Det er ikke etablert gjennomgående rutiner og retningslinjer for kartlegging, vurderinger, dokumentasjon mv av dette i foretaksgruppen.

Note 23 Betingede utfall

Helse Midt-Norge har mottatt krav om erstatning fra flere tilbydere i forbindelse med en større anbudskonkurranse vedrørende kjøp av ambulansetjenester. Kravene er begrunnet i påstand om saksbehandlingsfeil under og etter anbudskonkurransen. Det er siste år inngått ytterligere forlik med flere av tilbyderne der erstatningsbeløpene er fastsatt. Det er avsaugt dom og tilkjent erstatning på tkr 10 000 inkl dekning av saksomkostninger i en sak vedrørende en av tilbyderne der det ble framsatt erstatningskrav var på tkr 19 000. Dommen er anket av Helse Midt-Norge.

Alle erstatningskrav er gjennomgått og vurdert med tanke på sannsynlig utfall for medhold for positiv og negativ kontraktsinteresse, samt sannsynlig størrelse på eventuell erstatning. Det konkludert med at en må påregne å måle utbetale erstatninger til tilbydere med negativ og positiv kontraktsinteresse. Det er også fremmet erstatningskrav mot Helse Midt-Norge der en mener det ikke er grunnlag for verken negativ eller positiv kontraktsinteresse. Ut fra de vurderingene som er gjort er det i regnskapet for 2009 gjort avsetning for mulige erstatninger og saksomkostninger. Det er imidlertid knyttet stor usikkerhet til utfallet og endelig fastsettelse av erstatningsbeløp knyttet til de enkelte kravene.

Helse Midt-Norge RHF er ikke kjent med andre forhold, herunder rettsaker, potensielle offentlige pålegg eller lignende ut over forannevnte som har vesentlig innvirkning på regnskapet for det regionale helseforetaket eller foretaksgruppen.

Note 24 Universiteter og høyskoleers rettigheter til arealer i helseforetak

Undervisning er en sentral del av helseforetakenes virksomhet. Dette innebærer blant annet at Helse Midt-Norge plikter å stille nødvendig arealer mv til disposisjon for universiteter og høyskoler. En forholdsvis stor andel av helseforetakenes faste eiendom, utstyr og andre formuesgjenstander blir disponert til undervisningsformål. Universiteter og høyskoler disponerer foretakenes formuesgjenstander vederlagsfritt. I henhold til instruks gitt av Helse Midt-Norge RHF's foretaksmøte 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 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. Dette utgjør ca 25 % av den samlede bygningsmassen ved St. Olavs Hospital. St. Olavs Hospital HF og staten ved NTNU har oppnevnt et styre som skal ha ansvar for forvaltning, drift, vedlikehold, utvikling og service av all bygningsmasse som eies av partene i fellesskap. Styrets oppgave er å skape optimale vilkår for kjernevirksomheten ved sykehuset, samt å legge til rette for at klinisk virksomhet, forskning og undervisning kan drives integrert. Videre skal styret legge til rette for en kostnadseffektiv og lønnsom forvaltning av bygningsmassen.

Universitet og høyskoler disponerte 5636 kvm i 2009 mot 7312 kvm i 2008 hos St. Olavs Hospital HF. Arealene i nytt Universitetssykehus deles i følgende kategorier:

- Eksklusive arealer for NTNU
- Eksklusive arealer for St. Olavs Hospital
- Arealer som partene benytter i fellesskap - bruksarealer
- Fellesarealer

Note 25 Forskning og Utvikling

Foretaksgruppen

Ressursbruk innen FoU 2009

	Kostnader til			
	Kostnader til FoU - somatikk	FoU - psykisk helsevern	Kostnader til FoU - rus	Kostnader til FoU - annet
Lønnskostnader til forskning	71 184	27 902	4 237	20
Andre driftskostnader til forskning	57 172	22 150	2 510	28
Balansførte anskaffelser til forskning				
Lønnskostnader til utvikling	14 018	1 119	1 829	6 082
Andre driftskostnader til utvikling	11 652	939	920	1 889
Balansførte anskaffelser til utvikling	30			15 686
Sum	164 056	52 110	9 496	23 907

Totale regnskapsførte og beregnede ressursbruk innen Forskning og Utvikling utført i og av helseforetakene utgjorde tkr 239 589 i 2009. Helse Midt-Norge RHF's kostnader vedrørende tilskudd til stipendiater o.l. som driver sin forskning utenfor foretaksgruppen er ikke tatt med i tallene.

Til Foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF

Revisjonsberetning for 2009

Vi har revidert årsregnskapet for Helse Midt-Norge RHF for regnskapsåret 2009, som viser et overskudd på kr 211 409 000 for morselskapet og et overskudd på kr 213 598 000 for konsernet. Vi har også revidert opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til anvendelse av overskuddet. Årsregnskapet består av selskapsregnskap og konsernregnskap. Selskapsregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømoppstilling og noteopplysninger. Konsernregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømoppstilling og noteopplysninger. Regnskapslovens regler og norsk god regnskapsskikk er anvendt ved utarbeidelsen av regnskapet. Årsregnskapet og årsberetningen er avgitt av foretakets styre og daglig leder. Vår oppgave er å uttale oss om årsregnskapet og øvrige forhold i henhold til revisorlovens krav.

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 kontroll-systemer. Vi mener at vår revisjon gir et forsvarlig grunnlag for vår uttalelse.

Vi mener at

- årsregnskapet er avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir et rettviseende bilde av foretakets og konsernets økonomiske stilling 31. desember 2009 og av resultatet og kontantstrømmene i regnskapsåret i overensstemmelse med norsk god regnskapsskikk
- ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av selskapets regnskapsopplysninger i samsvar med norsk lov og god bokførings-skikk
- opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til anvendelse av overskuddet er konsistente med årsregnskapet og er i samsvar med lov og forskrifter.

Trondheim, 12. april 2010

PricewaterhouseCoopers AS



Per Hansen

Statsautorisert revisor

Styrets årsberetning 2009

Helse Midt-Norge

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

Helse Midt-Norges visjon er ”På lag med deg for din helse” og våre kjerneverdier er trygghet, respekt og kvalitet. Våre hovedoppgaver er pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende.

Helse Midt-Norges virksomhet i 2009

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

Sammen med de andre regionale helseforetakene er Helse Midt-Norge RHF medeier i Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS, Helseforetakenes innkjøpsservice AS og Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS.

Helse Midt-Norge RHF's hovedkontor ligger i Stjørdal. Helse Midt-Norge IT (Hemit) og Helsebygg Midt-Norge er avdelinger i Helse Midt-Norge RHF, og er begge lokalisert i Trondheim. Helse Midt-Norge legger stor vekt på å utvikle organisasjonen gjennom utvikling av framtidsrettede IKT-løsninger. Prosjektorganisasjonen Helsebygg Midt-Norge står for planlegging, gjennomføring og oppfølging av utbyggingen ved St. Olavs Hospital i Trondheim. I de siste par årene har prosjektorganisasjonens omfang av bistand til St. Olavs Hospital HF og andre helseforetak i regionene i forbindelse med andre større byggeprosjekter økt.

Organisering

Styret i Helse Midt-Norge består av 13 medlemmer. I foretaksmøtet 25. januar 2008 ble det oppnevnt følgende ni representanter til styret fra eier: Kolbjørn Almlid (leder), Tove Røsstad (nestleder), Ellen Engdahl, Olav Georg Huseby, Oskar J. Grimstad, Joar Olav Grøtting, Merethe Storødegård, Jan Magne Dahle og Kirsti Leitrø. Oskar Grimstads styreverv opphørte i november i forbindelse med at han ble valgt inn i Stortinget. Styret har videre bestått av de fire ansatterepresentantene: Ellen Marie Wøhni, Ingegjerd Sandberg, Karl Wesenberg og Bjørg Henriksen satt i styret t.o.m. 30.04.09. Nye ansatterepresentanter, - Ellen Wøhni, Ingegjerd Sandberg, Bjørg Henriksen og Ivar Gotaas ble valgt med virkning fra 01.05.09.

I løpet av 2009 ble det avholdt 14 styremøter, hvorav 3 ekstraordinære styremøter. Det ble behandlet 126 styresaker i Helse Midt-Norge RHF. Styremøtene er åpne, med de unntak som følger av lov. Ved utgangen av 2009 er det utarbeidet et årshjul og en felles møtekalender for Helse Midt-Norge RHF og underliggende enheter for 2010. Dette skal bidra til økt

forutsigbarhet, bedre forutsetning for medvirkning og felles forståelse, samt å sikre mer langsiktig planlegging og god forankring for budsjettprosess.

Styrets revisjonskomité/internrevisjonen

Styret i Helse Midt-Norge etablerte en revisjonskomité og internrevisjon i 2005.

Revisjonskomiteen og internrevisjonen skal på vegne av styret påse at Helse Midt-Norge har etablert en tilfredsstillende internkontroll, og at virksomheten er underlagt betryggende styring og kontroll.

Internrevisjonens og revisjonskomiteens fokusområder i 2009 har vært etterlevelse av kvalitetsindikatoren strykninger av planlagte operasjoner, offentlige anskaffelser i helseforetak med særlig fokus på kompetanse, system og organisering, system og rutiner for å sikre kontroll med bemanningsutviklingen i Helse Midt-Norge, private avtalespesialister med særlig fokus på prioriteringspraksis, ventelisteregistrering, praksis for viderehenvisning og universell utforming. I tillegg ble brukerundersøkelse av tjenester fra Helse Midt-Norge IT ferdigstilt i 2009.

Endringer i ledelses- og organisasjonsforhold

Bjørn K. Erikstein ble konstituert som administrerende direktør fra 10.11.2008 og fungerte i stillingen til Gunnar Bovim tiltrådte stillingen 18.05.09.

I forbindelse ved omorganisering ved Helse Midt-Norge RHF ble Daniel Haga 26.06.09 ansatt i nyopprettet stilling som direktør for Samhandling.

Det har ikke skjedd gjennomgripende endringer i ledelses- og organisasjonsforhold i foretaksgruppen. Fokuset har vært på kontinuerlig forbedringsarbeid. Likevel er det grunn til å trekke fram noen krevende prosesser i eller mellom foretak.

Psykisk helsevern i Møre og Romsdal har vært i gjennom vesentlige endringer de siste årene med en oppbygging i Helse Sunnmøre og en omorganisering i Helse Nordmøre og Romsdal. Bakgrunnen er at døgnbehandlingskapasiteten historisk har vært knyttet til norddelen av fylket. For å styrke behandlingen av denne pasientgruppa, skal behandlingsskapasitet flyttes nærmere pasientenes bosted. Dette omfatter et tettere samarbeid med kommunene, ambulante team og opprettelsen av distriktspyskiatriske sentra, parallelt med at tradisjonelle institusjoner bygges ned.

Lederutvikling

Helseforetakene har etablert og gjennomført lederutviklingsprogrammer for sine operative ledere. Det er under planlegging regionalt lederutviklingsprogram for toppledelsen i helseforetakene. Dette vil bli igangsatt våren 2010. Helse Midt-Norge bidrar dessuten aktivt i gjennomføring av Nasjonalt topplederprogram, hvor målgruppen er lederkandidater på høyt nivå i spesialisthelsetjenesten. Lederutvikling vil også fremover være et viktig satsingsområde for å møte utfordringene og krav til omstillinger.

Helse Midt-Norges arbeid med å utvikle et godt arbeidsmiljø skal være basert på å styrke leders og medarbeiders kompetanse gjennom systematisk opplæring i hvordan utvikle et godt arbeidsmiljø. Gjennom lederutviklingsprogram på alle nivå søkes det å forsterke lederes fokus og kompetanse på flere ulike faktorer som har innflytelse på de ansattes opplevde arbeidsmiljø.

Pasientbehandling

Samhandling

Helse Midt-Norge RHF har i flere år arbeidet for å utvikle modeller for en desentralisert spesialisthelsetjeneste i samarbeid med kommuner. Hvert helseforetak har oppnevnt en person i foretaksledelsen med ansvar for samhandling med kommunene.

Det er etablert Distriktsmedisinske (DMS) og -psykiatriske sentra (DPS) i ulike deler av regionen. Ny DMS på Steinkjer har vært planlagt i løpet av 2009 og vil åpne i 2010. Det er inngått avtaler med ulike kommuner om integreringstiltak innenfor rusfeltet.

Helse Sunnmøre HF har etablert etterbehandlingsavdeling sammen med Ålesund kommune. I dette området er det også startet opp samarbeid med enkelte kommuner om kompetanseheving innen geriatri.

St. Olavs hospital HF har etablert etterbehandlingstilbud til pasienter med psykiske lidelser sammen med Trondheim kommune.

Arbeidet med standardiserte behandlingsforløp fortsatte i 2009. I forbindelse med dette har samarbeidet med Kommunenes Sentralforbund (KS) blitt ytterligere styrket.

Helse Midt-Norge RHF arbeider målbevisst for å styrke samhandlingen med avtalespesialistene, private sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner en har avtale med. På denne måten ønsker en å få et best mulig tilbud ut mot publikum.

Kvalitet

Helse Midt-Norge RHF arbeider aktivt for å oppfylle eiers krav om at tjenestene skal være helhetlige og sammenhengende.

Det ble i 2009 etablert egne regionale fagnettverk innen 15 ulike somatiske fagområder. Disse nettverkene skal styrke fagutviklingen og det faglige samarbeidet mellom de ulike helseforetakene med tanke på å etablere felles beste praksis i pasientbehandlingen.

Det har vært gjennomført et opplegg for å implementere nasjonale faglige retningslinjer og prioriteringsveiledere i alle helseforetakene.

Helse Midt-Norge har en regional plan for kreftkirurgi. Kirurgisk behandling av kreft i spiserør, magesekk, lunge, bukspyttkjertel og lever er sentralisert til St. Olavs Hospital HF.

Brystkreftkirurgien og endetarmskreftkirurgien foregår på fire sykehus (Sykehuset Levanger, St. Olavs Hospital HF, Molde sykehus og Ålesund sykehus). Kirurgien av tykktarmskreft er ikke sentralisert. Kirurgien av prostatakreft vil bli sett i forhold til nylig utviklet nasjonal handlingsplan, og vil bli gjennomgått i 2010.

Det er etablert kliniske etikk-komiteer i alle helseforetak.

Kroniske sykdommer

Helseregionen arbeider med å implementere nasjonale strategier på kreft, diabetes, KOLS, smertebehandling og spesialisthelsetjeneste for eldre. Dette skjer gjennom tiltak internt i helseforetakene og i samarbeid med kommuner og private rehabiliteringsinstitusjoner.

Prosjektet "Samhandlingskjeden for kroniske syke" ble videreført i 2009. Dette er en del av EU-prosjektet NEXES, og har som målsetting å utvikle og ta i bruk en samhandlingskjede mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Parter i dette samarbeidet er St. Olavs hospital HF, Helse Nordmøre og Romsdal HF, og kommunene Hitra, Fræna, Sunndal, Surnadal, Orkdal og Trondheim.

KOLS Heim er et prosjekt der en har som mål å utarbeide et system for hjemmebasert behandling, overvåking, omsorg og rehabilitering av pasienter med KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom). Prosjektet er et samarbeid mellom St. Olavs hospital HF og Trondheim kommune.

Forekomsten av diabetes har økt og man forventer at økningen vil fortsette. Helse Midt-Norge har startet arbeidet med en regional handlingsplan basert på den regionale strategien for diabetesområdet.

Økningen av overvekt og fedme i befolkningen har store konsekvenser for folkehelsen og gir nye utfordringer i spesialisthelsetjenesten. Helse Midt-Norge har videreført satsingen fra styrets vedtak fra 2008, noe som innebærer:

- Tverrfaglige overvektspoliklinikker i helseforetakene
- Forsknings- og utviklingsarbeid knyttes til behandling
- Bidra til tiltak som fremmer forebygging og behandling i kommunehelsetjenesten
- Økt bruk av kirurgi som supplement til endring av levevaner

Det er etablert et regionalt kunnskapssenter innen overvekt og fedme.

Lands- flerregionale og overnasjonale funksjoner

Helse Midt-Norge har pr. i dag landsdekkende funksjoner innen Spinale lidelser, Fotofereesebehandling og Avansert invasiv fostermedisin.

Helseregionen har flerregionale funksjoner innen Avansert ortopediteknikk, Neonatal kirurgi og Sædbank. Det bør bemerkes at Sædbanken har utviklet seg til å bli en ren regional funksjon.

Nasjonale kompetansesentra

Helse Midt-Norge har pr. i dag elleve nasjonale kompetansesentra. Disse er Fostermedisin, Klinisk NMR spektroskopi, Avansert laparoskopisk kirurgi, Ortopedisk implantater, Hodepine, S sammensatte lidelser, 3-D ultralyd i neurokirurgi, 3-D ved laparaskopi, 3-D ved endovaskulære aneurismer, Sikkerhets-, fengsels og rettspsykiatri, samt funksjonell MRI (sammen med Haukeland sykehus).

Helseregionen har sammen med de andre helseregionene, gjennomgått organiseringen av lands-, flerregionale og overnasjonale funksjoner, samt nasjonale kompetansesentra. Det er så langt ikke tatt noen beslutninger om endringer i strukturen.

Psykisk helsevern og rusbehandling

Opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet i 2008. I 2009 har en prioritert målrettede forskningsprosjekter, kompetanseoppbyggingsprogram og rekrutteringstiltak. Ressursinnsatsen i 2009 har økt noe mer innen psykisk helsevern og rusbehandling enn innen somatikk. Planen forutsetter ytterligere ressursøkning til psykisk helsevern og rus, og en styrking av tjenestetilbudenes faglige innhold.

Både for VOP (psykisk helsevern for voksne) og BUP (psykisk helsevern for barn og unge) har det vært en positiv utvikling i ventetid. Den gjennomsnittlige ventetiden innen VOP har sunket med 3 dager til 61 dager. For BUP viser tilsvarende tall en nedgang på 10 dager til 81 dager. Antallet som venter på behandling har holdt seg stabilt innen BUP, men har innen VOP blitt redusert med omkring 13 % fra 3. tertial 2008 til 3. tertial 2009.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Satsingen innenfor TSB er basert på nasjonale og regionale strategier og koordineres av Rusbehandling Midt-Norge HF (RMN) i nær dialog med Helse Midt-Norge og foretaksgruppen som helhet. Tjenestene gis av RMNs klinikker, avdelinger innenfor øvrige HF og av private driftsavtaleenheter. Helse Midt-Norge er den eneste regionen i landet som kan vise til aktivitetsvekst innen rusbehandling for perioden 2006-2008 (Sektorrapport rusbehandling 2008 fra SAMDATA). Fortsatt ligger Midt-Norge lavt i forhold til resten av landet når det gjelder omfang, men opptrappingen innen rusfeltet skal fortsette. Dette innebærer videreutvikling og etablering av gode og tilgjengelige polikliniske og ambulante tjenester, dag- og døgnbehandling nært der pasientene bor, sammen med regionaliserte tilbud når kvalitet og innretning er viktigere enn nærhet. Da ventetiden for TSB dessverre har vært noe økende i 2009, vil ventetidsreducerende tiltak ha høy prioritet framover.

Rehabilitering/habilitering

Helse Midt-Norge RHF utarbeidet i 2009 en egen plan angående rehabilitering/habilitering av hørselshemmede. Planen skal iverksettes i løpet av 2010. Samtidig ble det sammen med de andre regionale helseforetak inngått avtale med NAV angående hørselsrehabilitering, og formidling og tilpasning av høreapparater.

Det ble inngått nye avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner. Avtalene har en varighet på fire år. Første avtaleår er 2010.

Alle helseforetak, i tillegg til helseregionen, har etablert koordinerende enheter for rehabilitering og habilitering. Enhetene skal ha oversikt over det samlede tilbudet i regionen. Det er videre opprettet en egen informasjonstelefontjeneste for fagområdet, 800 300 61.

Beredskap/smittevern

Det ble gjennomført oppdatering av hele eller relevante deler av HF-enes og RHF-ets planverk for å imøtekomme kravene i ny Nasjonal strategi for smittevern.

I 2009 har det vært spesielt fokus på håndteringen av influensa A (N1H1). Helse Midt-Norge RHF og underliggende HF har fulgt opp alle nasjonale anbefalinger og i tillegg jobbet spesielt med kontinuitetsplanlegging i tilfelle et større antall ansatte ble syke samtidig.

Raskere tilbake

I 2007 ble ordningen "Raskere tilbake" igangsatt. Prosjektet har som hensikt å skape tilbud som bringer sykemeldte raskere tilbake til arbeidslivet. "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til ordinær kapasitet, ikke erstatte den.

I tillegg er det innenfor ordningen mottatt øremerkede midler til Hysnes helsefort (ca 36 millioner kroner), og arbeidsmedisinsk avdeling ved St. Olavs Hospital HF. Hysnes helsefort vil få øremerkede midler i fem år fra 2009.

Utdanning av helsepersonell

Samarbeidsorganer og praksisplasser

Utdanning av helsepersonell er et sentralt virkemiddel for å sikre riktig kompetanse og tilstrekkelig antall helsepersonell i helsetjenesten, både på kort og lang sikt. Utdanningsoppgavene omfatter tiltak knyttet til grunnutdanning, turnustjeneste, videreutdanning, etterutdanning og spesialistutdanning.

Helse Midt-Norge har etablert samarbeidsorganer med både høyskoler og universitet og som legger rammer for utdanningsoppgavene og de tjenester som skal ytes. Det er særlig rettet oppmerksomhet mot nye temaer i grunnutdanningen som oppfølging av nasjonale strategier og føringer jfr samhandlingsreformen og Helse Midt-Norges strategi 2020.

Kunnskapsdepartementet fastsetter årlige aktivitetskrav for enkelte studier ved utdanningsinstitusjonene (www.ssb.no). Følgende aktivitetskrav er fastsatt Helse Midt-Norge for 2009/10:

Helse region	Høgskole/Universitet	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIØK-sykepleie	Jordmor*
		Sykepleie	Radio grafi	Bioingeniør	Fysio terapi	Ergo terapi	Verne pleie		
Helse Midt-Norge	Molde	99					23		
	Nord-Trøndelag	191					26		
	Sør-Trøndelag	197	34	39	57	48	59	55	—
	Ålesund	105		30				24	

Legestillinger

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 4-2 kan departementet årlig fastsette antall nye legestillinger og fordele disse på de ulike spesialitetene. Innenfor denne rammetildelingen har de regionale helseforetakene et ansvar i å bidra til at det utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene. God lokal, regional og nasjonal fordeling av leger og mellom spesialiteter skal legges til grunn. For 2009 ble Helse Midt-Norge RHF tildelt totalt 10 nye overlegestillinger (overlege/avtalespesialist).

Helse Midt-Norge RHF skal i tillegg til å etablere utdanningsstillinger, også bidra til effektive utdanningsløp. De regionale foretakene skal i samarbeid sørge for at det utdannes minst 10 geriater årlig i planperioden, jf. oppfølging av Omsorgsplan 2015 og Verdighetsgarantien. Helse Midt-Norge RHF skal i sin fordeling av nye stillinger forøvrig prioritere psykiatri fordi dette feltet fortsatt er i en oppbyggingsfase. Utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene er styrket med til sammen 20 mill pr år til overlegestillinger og utdanningsstillinger. Disse stillingene kommer i tillegg til den årlige fordelingen av nye stillinger. Det skal rapporteres særskilt for bruk av midlene.

Helse Midt-Norge RHF vil vurdere omdisponering av ubesatte stillinger, før det tildeles nye stillinger. Dette gjelder også for utdanningsstillinger, for ikke å svekke utdanningskapasiteten i regionen. Helse Midt-Norge RHF skal bidra til en avvikling av legestillinger opprettet utenfor legefordelingssystemet i 2009, til den nye NR-databasen (Nasjonalt råd - database) tas i bruk i fra 2010.

Kompetanse

Foretaksgruppen brukte betydelige ressurser på kompetanseheving av egne ansatte også i 2009. Dette omfatter både etter- og videreutdanning og kurs- og andre kompetanshevende tiltak. Fortsatt er det en utfordring å utvikle og styre kompetansen ut fra et overordnet strategisk behov og ut fra kompetansebehovet i arbeidsprosessene og pasientforløpet.

Forskning og innovasjon

Forskning

I 2009 ble Regional strategiplan for forskning og utvikling vedtatt. En av målsetningene i planen er å styrke områder der det tidligere ikke har vært noen sterk forskningstradisjon. Dette gjøres

blant annet gjennom å bygge opp infrastruktur rundt forskere som jobber i disse feltene. Deltakelse i nasjonalt forskningssamarbeid videreføres.

Planen legger også opp til styrking av pasientrettet klinisk forskning. Et ledd i denne styrkingen er å klargjøre kvalitetskravene til forskningsprosjektene, og det er innført fagfellevurderinger som kvalitetssikring.

Resultatene fra 2009 viser at Helse Midt-Norge ivaretar de føringene som ligger i Helse- og omsorgsdepartementets Oppdragsdokument, men at forskningsaktiviteten målt i antall artikler og doktorgrader fortsatt ligger lavt sammenlignet med andre helseregioner. I 2009 ble det i regi av Helse Midt-Norge publisert 253 artikler mot 363 i 2008. Antall doktorgrader var 22 i 2009 mot 26 i 2008. Fagrapportene for forskningsprosjekter og strategiske tiltak som er finansiert av regionale forskningsmidler gjøres tilgjengelig i nasjonalt forskningsregistre. Den offisielle rapporteringen på den totale forskningsproduksjonen skjer gjennom NIFU-STEP

Innovasjon

Helse Midt-Norge deltar i en nasjonal koordineringsgruppe for innovasjon, bestående av representanter fra de regionale helseforetakene, Innovasjon Norge, Forskningsrådet, Innomed og Helsedirektoratet. Gruppen arbeider med å etablere en nasjonal handlingsplan for innovasjon i helsetjenesten.

Det er innrapportert relativt liten aktivitet på innovasjonsområdet i Helse Midt-Norge. St. Olavs Hospital HF arbeider med prosjekt for å få lett oversikt og optimere koordinering, kommunikasjon og arbeidsmiljø på operasjonsavdelinger og samarbeidende avdelinger. Det arbeides også med et prosjekt for å måle pasientsikkerhet.

Rusbehandling Midt-Norge HF arbeider med et prosjekt for utvikling av elektronisk kartleggingsverktøy, samt et prosjekt for "matching" av pasienter inn/gjennom behandlingen.

Opplæring av pasienter og pårørende

Lærings- og mestringssentra (LMS) i helseforetakene er pedagogiske ressurser i opplæringsarbeidet. LMS-ene har de siste årene lagt vekt på undervisning av helsepersonell i tillegg til å arbeide for at brukerne skal kunne medvirke systematisk til planlegging og gjennomføring av opplæringstilbud.

Helse Midt-Norge finansierer en forskerstilling for å øke kunnskapen på opplæringsfeltet. Ut fra denne stillingen er det bygd opp et forskningsmiljø på bl.a. 5 PhD-stipendiater og 1 post doc. Det pågår også et samarbeid mellom NTNU og LMS om et regionalt kvalitetsutviklingsprosjekt. I 2009 forelå resultater som dokumenterte en signifikant bedring av mestringsevne hos deltakere på opplæringstiltak i regionen, og at denne effekten også holder seg etter 12 måneder.

Brukermedvirkning

Helse Midt-Norge vil legge til rette for at brukerne medvirker i egen helsehjelp og i utviklingen av helsetjenestene. For å styrke brukermedvirkningen vedtok styret for Helse Midt-Norge i 2007 en strategi for brukermedvirkning. På bakgrunn av strategien er det utformet en Handlingsplan for Helse Midt-Norge (2010-2015). Planen ble vedtatt i desember 2009 og angir delmål og tiltak som skal legge til rette for at spesialisthelsetjenesten utformes i samarbeid med brukerne og at helsetjenesten nyttiggjør seg resultater av brukermedvirkningen.

Regionalt brukerutvalg er viktig for brukermedvirkningen i Helse Midt-Norge RHF. Utvalget er bredt sammensatt av medlemmer med forskjellig bakgrunn, bosted og alder. I Helseforetakene er

det etablert tilsvarende brukerutvalg. Felles for alle brukerutvalgene er at de har et godt kontaktnett til frivillige organisasjoner.

I november 2009 ble det oppnevnt et nytt Regionalt brukerutvalg for periode 2010/2011. Regionalt brukerutvalg har møte- og talerett i styremøter og stiller med representanter i hvert styremøte. Videre deltar Regionalt brukerutvalg selv eller anbefaler brukerrepresentanter til en rekke andre prosjekt og arbeidsgrupper i Helse Midt- Norge.

Regionalt brukerutvalg er blant annet opptatt av å bidra til gode behandlingsforløp, pasientens egen medvirkning i behandlingen i tillegg til god informasjon og mestring av egen sykdom. Riktig legemiddelbruk er et annet område utvalget holder fokus på. Utvalgets engasjement for samhandling har gitt konkrete innspill til Samhandlingsreformen og i 2009 har regionalt brukerutvalg deltatt aktivt i utforming av Strategi 2020. Helse Midt-Norge utarbeider nå en strategi for utvikling av spesialisthelsetjenesten i foretaksgruppen fram mot 2020. For mer informasjon, se <http://www.helse-midt.no/strategi-2020>

Det er opprettet et forskningsmiljø innen brukermidvirkning; ”Regionalt forskningsnettverk for brukermidvirkning og pasientopplæring” som bidrar til å styrke kunnskapsgrunnlaget på feltet. Det trengs kunnskap om hvilken form for brukermidvirkning som passer i hvilken situasjon; hvordan brukermidvirkning skal organiseres og hvordan resultatene av brukermidvirkning kan måles. Her kan det spesielt nevnes at det pågår en større forskningsstudie ved Nidaros DPS vedrørende implementering av brukermidvirkning. Dette er et samarbeid mellom ansatte i St. Olavs Hospital (psykisk helsevern) og NTNU.

Kommunikasjon og åpenhet

16. oktober 2009 ble Statens kommunikasjonspolitikk fastsatt av Fornyings- og administrasjonsdepartementet. Helse Midt-Norge legger denne politikken til grunn for sitt kommunikasjonsarbeide.

Det legges vekt på at utviklings- og omstillingsprosesser skal bygge på prinsipper om åpenhet, involvering og medvirkning. Styremøter og styreseminarer er åpne og styret utøver meroffentlighet i alle saker som ikke er unntatt offentlighet.

Det gjennomføres jevnlig møter med fylkesordførerne og med Kommunenes Sentralforbund i Midt-Norge. Kontakten med kommunene i regionen skjer hovedsakelig i regi av det lokale helseforetaket, og det regionale foretaket deltar i noen av møtene. I tillegg er det gjennomført dialogmøter sammen med det lokale helseforetaket og kommuner/næringsforeninger. Kontakten med lokale politiske myndigheter er videreutviklet og styrket. Minst en gang i året blir stortingspolitikere fra Midt-Norge orientert om status og utfordringer i regionen.

Det er etablert faste møtepunkter med brukerne, tilsynsmyndigheter, pasientombudene, primærhelsetjenesten og i tillegg deltar Helse Midt-Norge i regelmessige nettverksmøter med de andre regionene.

Alle nettstedet i regionen er tilpasset HODs Felles rammeverk for nettbasert kommunikasjon. Nettsted, nyhetsbrev, magasinet Helse og pressemeldinger brukes jevnlig i kommunikasjonsarbeidet.

Helse Midt-Norges ekstrasnett ble i 2009 brukt systematisk i beredskapsarbeid ifm. Influensa A(H1N1). Tilbakemeldinger og erfaringer med dette har vært svært positive. Ekstrasnett har også i flere år vært brukt til elektronisk styreadministrasjon. Styrene i alle helseforetakene, og brukerutvalgene i de store HF-ene bruker nå kun ekstrasnett til styreadministrative oppgaver. Arbeidet med å etablere samhandlingsarenaer i ekstrasnett ble påbegynt i 2009.

Nasjonalt samarbeid

Helse Midt-Norge samarbeider med andre helseregioner om felles utvikling av IKT- systemer. Slik utvikling prioriteres og følges opp gjennom en styringsgruppe med navn Nasjonal IKT (NIKT). Hovedfokus er på kliniske IT-systemer, herunder oppfølging av pålagte oppgaver fra HOD. Det er etablert felles nasjonal løsning for pasienttransport, og det arbeides med å få på plass nasjonale løsninger for tilgang til folkeregister, adresseregister for helsetjenesten, felles plattform for nasjonale kvalitetsregistre, felles tilnærming til e-resept, felles arkitekturplattform og bruk av standarder. For nasjonale kvalitetsregistre er det et pågående arbeid med å spesifisere aktuelle registre, innhold, rapportering etc.

Nasjonalt Meldingsløft er et samarbeid mellom Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, NAV, KS, legeföreningen og sykepleierforbundet for å få på plass elektroniske meldinger som henvisning, epikrise, rekvisisjon og svar, sykmelding og refusjon mellom helsetjenestens aktører. Arbeidet ledes fra Helsedirektoratet gjennom en styringsgruppe bestående av representanter fra aktørene.

De regionale helseforetakene er pålagt å satse på innovasjon, og det er bl.a. etablert en nasjonal koordineringsgruppe bestående av representanter for de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet, Innovasjon Norge Forskningsrådet og Innomed. Målet er å lage en felles handlingsplan med felles tiltaksområder.

Nasjonalt Program for Stabs- og Støttefunksjoner (NPSS) er de regionale helseforetakenes felles arbeid med å etablere løsninger og arbeidsprosesser innen administrative støttetjenester. Programmet, som ledes av Helse Sør-Øst RHF, er et ledd i å møte Helse- og omsorgsdepartementets krav om mer hensiktsmessige samordningsgrep på tvers av regionene, med tanke på både effektiviseringsgevinster og å oppnå et bedre grunnlag for styring og kontroll. Programmet består av tre prosjekter innenfor HR, Økonomi/logistikk samt Nasjonalt kontor for gjestepasientoppgjør.

Helse Midt-Norge RHF leder delprosjekt for felles anskaffelse og forvaltning av et integrert system for økonomi og logistikk. Alle fire regioner deltar i arbeidet. Et forprosjekt starter i 2010, og Helse Midt-Norge planlegger å ta i bruk nasjonal økonomi- og logistikk-løsning i løpet av 2011. Helse Sør-Øst har tilsvarende ledet en nasjonal systemanskaffelse innen HR. Helse Midt-Norge vil anskaffe deler av systemløsningen.

Økonomi og økonomistyring

Foretaksgruppens resultat ble et overskudd på 213,6 millioner kr. Dette er 213,6 millioner kroner bedre enn eiers resultatkrav. Styret er meget tilfreds med det arbeidet som er gjort for å få til omstilling og bedret økonomisk styring. Resultatet har stor betydning for at en skal sikre befolkningen et godt og forutsigbart helsetilbud framover. Selv om regionen de siste årene har hatt økonomisk balanse finnes det fortsatt utfordringer i årene fremover når det gjelder betjening av kapitalkostnader som en konsekvens av nye store byggeprosjekter.

Det har også i 2009 vært betydelig fokus på kostnadskontroll og at en i regionen ikke bruker mer penger enn det som er til rådighet. Store underskudd gjennom flere år sammen med store låneopptak, blant annet som følge av bygging av nytt universitetssykehus i Trondheim, har bidratt til at rentebærende gjeld er svært høy. Foretaket er av den grunn eksponert for endringer i rentenivået. Arbeidet med langtidsbudsjett viser at Helse Midt-Norge også i tiden framover må jobbe systematisk med omstilling og effektivisering for å håndtere kapitalkostnader og planlagte investeringer i årene fremover. Kapitalkostnadene er en utfordring i årene som kommer, men det

er også slik at foretaksgruppen skal høste av milliardinvesteringen i form av bedre kvalitet for pasienter og pårørende.

Opplegget med strammere styring og tettere oppfølging har hatt positiv effekt, og fokus på økonomi har blitt en mer naturlig del i alle ledd i organisasjonen. Helse Midt-Norge vil fortsette å videreutvikle styringsdialogen mellom den regionale ledelsen og foretaksledelsen.

Årsregnskapet

Årsregnskapet er avlagt etter regnskapsloven og norske regnskapsprinsipper. Styret og administrerende direktør bekrefter at forutsetningene for videre drift er til stede, jf regnskapslovens paragraf 3-3. Årsregnskapet for 2009 er utarbeidet i samsvar med dette.

Foretaksgruppens økonomiske utvikling

Årsoverskuddet for foretaksgruppen for 2009 ble 213 598 mill kr. Dette er 213 598 millioner kroner bedre enn eiers resultatkrav for 2009.

Helse Midt-Norge hadde brutto driftsinntekter på 14 687 millioner kroner i 2009 mot 13 678 millioner kroner året før. Den generelle basisfinansieringen fra staten økte fra 9 024 millioner kroner fra 2008 til 10 159 millioner kroner i 2009. Økningen i basisrammen har i hovedsak sammenheng med økt finansiering til dekning av pensjonskostnader, krav om aktivitetsvekst og utjevning av inntekt mellom regionene med bakgrunn i Magnussen-utvalgets utredning. Videre inngår tidligere øremerket tilskudd til drift av opptrappingsplan for psykisk helsevern i basisrammen som ordinær finansiering fra og med 2009.

Lønn og personalkostnader utgjorde 58,5 prosent av foretaksgruppens totale driftskostnader i 2009 mot 59,1 prosent i 2008. Totale lønnskostnader har økt fra 8 015 mill kroner til 8 419 millioner kroner i 2009. Økningen på 403 millioner kroner tilsvarer en økning på 5,0 prosent.

Kostnader til medisinsk forbruksmateriell økte med 24 millioner kroner, det vil si 1,9 prosent fra 2008 til 2009. Øvrige varekostnader har økt noe sammenlignet med fjoråret. Kjøp av helsetjenester utgjorde 1 748 mill kroner i 2009 mot 1 614 millioner kroner i 2008. I dette inngår kostnader til kjøp av behandling utført av avtalespesialister, private sykehus, sykehus i andre regioner, opptreningsinstitusjoner og ambulansetjenester.

Ordinære avskrivninger er økt fra 687 mill kroner i 2008 til 718 mill kroner i 2009. Deler av avskrivningskostnadene er finansiert ved særskilte investeringstilskudd. I 2009 utgjorde inntektsføring av slike tilskudd 183 mill kroner, som er en reduksjon på 11 mill kr fra 2008.

Netto finanskostnader for foretaksgruppen er redusert med 26 millioner kroner fra 2008 til 2009. Dette skyldes i hovedsak den positive utviklingen i rentenivået. Det er balanseført lånekostnader med 7,9 millioner kroner knyttet til byggelån i forbindelse med finansiering av nytt universitetssykehus i Trondheim, jf note 9.

Ved utgangen av 2009 er det påløpt 3 253 millioner kroner knyttet til pågående større byggeprosjekter. Det er totalt investert for 1688 millioner kroner i 2009. Påløpte kostnader vedrørende utbygging av nytt universitetssykehus i Trondheim utgjør 2 990 millioner kroner. Av større byggeprosjekter er byggefase 2 i utbyggingen ved St. Olavs Hospital HF det største prosjektet som videreføres i 2010.

Kortsiktig gjeld er redusert med 740 millioner kroner. Trekk på driftskontoen har blitt redusert med 1 163 millioner kroner, men samtidig har annen kortsiktig gjeld, offentlige avgifter og lignende blitt økt med 424 millioner kroner.

Helse Midt-Norge har konsernkontoordning. Kontantstrømmen for foretaksgruppen i 2009 var positiv med 1 170 millioner kroner. Foretaksgruppen hadde en kredittramme på 1 740 millioner kroner i 2009. Ved utgangen av året var trekket på 594 millioner kroner mot 1 758 millioner kroner ved utgangen av 2008. Rentebærende langsiktige lån har økt med 802 mill kr i 2009 i forhold til 2008. Totalt gir dette en nedgang i rentebærende gjeld ved årsskiftet på 361 millioner kroner. Tilsvarende tall fra 2007 til 2008 viste en økning på 870 millioner kroner.

Foretaksgruppen har ved utgangen av 2009 en samlet pensjonsforpliktelse på 16,8 milliarder kroner. Av denne forpliktelsen er 4,0 milliarder kroner en ikke regnskapsført forpliktelse, i tråd med regnskapsreglene, jf note 17. Disse betydelige forpliktelsene vil påvirke foretaksgruppens framtidige likviditet i form av innbetalinger til pensjonsordningen.

Helse Midt-Norge RHF

Årsresultatet for Helse Midt-Norge RHF viser et overskudd på 211,4 millioner kroner. Resultatet framkommer etter netto reversering av tidligere nedskrivninger knyttet til verdier av investeringer i datterforetak med 140 millioner kroner. I 2008 ble det foretatt nedskrivning av datterforetak med 45 millioner. Tilsvarende nedskrivning utgjorde 978 millioner kroner i 2007.

Lønns- og personalkostnadene i Helse Midt-Norge RHF har økt med 1,1 % i 2009.

Det har i 2009 vært økt aktivitet og bemanning hos konsernledelsen og i IKT-enheten Hemit mens det har vært en nedbemanning i Helsebygg. De senere års økning i investeringer innen IKT er årsaken til de økte avskrivningskostnadene. Videre har andre driftskostnader blitt redusert med 55 millioner kroner, fra 552 millioner kroner i 2008 til 497 millioner kroner i 2009. Reduksjonen har i all hovedsak sammenheng med Helsebyggs reduksjon fra 224,6 mill kroner i 2008 til 111,7 mill kroner i 2009.

Finansiell risiko

Tidligere underskudd sammen med store langsiktig låneopptak til blant annet bygging av nytt universitetssykehus i Trondheim har bidratt til at rentebærende gjeld er svært høy. Foretaket er av den grunn eksponert for endringer i rentenivået. For å redusere noe av denne risikoen har en bundet renten for inntil 10 år for deler av lånene fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Ved utgangen av 2009 hadde Helse Midt-Norge en gjeld til eier på 3 695 millioner kroner. I takt med utbyggingen i Trondheim vil gjeldsgraden samt risikoen knyttet til utviklingen i rentenivået øke. Gjennomføring av de store investeringsprosjektene ved St. Olavs Hospital HF (nytt universitetssykehus) gir også en utfordring på driftssiden for å skape framtidig handlingsrom for nye og presserende investeringsbehov. I tillegg vil tilbakebetaling av lån øke regionens likviditetsmessige utfordringer. Dette vil kreve økt fokus på tiltak som kan bedre foretaksgruppens likviditet.

Helse Midt-Norge RHF har en egenkapital ved utgangen av 2009 på 3 291 mill kroner. Foretaksgruppens egenkapital ved utgangen av 2009 er på 3 338 millioner kroner mot 3 138 millioner kroner ved utgangen av 2008. Etter flere år med store underskudd har egenkapitalen blitt kraftig redusert, mens regnskapsåret 2009 bidro til en økning av egenkapitalen. Et av datterforetakene, St. Olavs Hospital HF, har ved utgangen av 2009 en negativ egenkapital på 241 millioner kroner mot 264 millioner kroner ved utgangen av 2008. Styrking av egenkapitalen til St.

Olavs Hospital HF og foretaksgruppen for øvrig vil i hovedsak måtte skje gjennom krav om positivt resultat.

Helse Midt-Norge må forholde seg til lov om offentlige anskaffelser. Ambulansesaken førte til at Helse Midt-Norge endrer sine rutiner for innkjøp både internt i det regionale helseforetaket og gjennom et nettverkssamarbeid med helseforetakene i regionen. Ambulansetjenesten i Helse Midt-Norge er generelt av god kvalitet og uroen rundt denne saken har ikke påvirket kvaliteten i 2009. Det er meldt inn krav i forhold til anskaffelsen, som representerer en finansiell risiko for det regionale foretaket.

Arbeidsmiljø

Et godt arbeidsmiljø er en forutsetning for at Helse Midt-Norge skal nå sine målsettinger. I den Regionale handlingsplanen for strategisk HR er arbeidsmiljø ett av tre fokusområder. Det legges vekt på viktigheten av lederrollen for å bygge opp og ivareta et godt arbeidsmiljø på mange områder.

Sykefravær

Alle helseforetak har etablert handlingsplaner for reduksjon av sykefraværet. Det gjennomsnittlige sykefraværet for hele foretaksgruppen i 2009 er 8,6 %. Dette er samme nivå som det gjennomsnittlige sykefraværet i 2008 (i disse tallene inngår ikke Helsebygg, Hemit og TOV). Det har vært et mål å redusere sykefraværet med 10 %, og dette målet er ikke nådd. Det egenmeldte sykefraværet er lavt i alle foretak, aldre og stillingsgrupper. Arbeidet med handlingsplaner for reduksjon av sykefraværet vil bli videreført i 2010.

Sykefraværet ved Helse Midt-Norge RHF er i 2009 gjennomsnittlig på 4,9 %. Dette er fordelt mellom konsernledelsen med 3,4 %, Hemit 6,3 % og Helsebygg 2,5 %. Helse Midt-Norge har implementert nasjonale definisjoner knyttet til sykefravær fra og med 01.01.2010. Alle tall er regenerert med disse definisjonene tilbake fra 2005. Dette medfører at sykefraværet rapporteres noe lavere enn tidligere (i snitt 0,1 % til 0,2 %).

Arbeidsmiljøundersøkelser

Helse Midt-Norges arbeid med å utvikle et godt arbeidsmiljø skal være basert på kunnskap som kontinuerlig erverves gjennom systematisk kartlegging og evaluering av hvilke faktorer som påvirker arbeidsmiljøet. Helse Midt-Norge har helt siden 2004 gjennomført regionale medarbeiderundersøkelser hver annet år, sist i 2008.

Oppfølging av resultatene fra arbeidsmiljøundersøkelsen i 2008 pågår fortsatt. Alle foretak har etablert handlingsplaner og interne veiledere har gjennomgått opplæring for å bistå i oppfølgingen av handlingsplanene. Oppfølging av arbeidsmiljø i tråd med resultatene fra AMUS 2008 inngår også i de foretaksvise lederutviklingsprogrammene.

Mobbing

Arbeidsmiljøundersøkelsen 2008 avdekket mange positive forhold, men også mange ledelsesutfordringer. Bl.a. ble det avdekket et omfang av oppfattet mobbing som er høyt i forhold til en referansegruppe som består av bl.a. sammenlignbare store organisasjoner.

I tillegg er det på overordnet nivå igangsatt arbeid med kulturbygging hvor nulltoleranse for mobbing er et viktig element. Det oppfordres til varsling av mobbetilfeller og det er laget prosedyrer for håndtering av dette. I enkelte foretak er forhold rundt forebygging av mobbing tatt med i revisjon av arbeidsreglement eller etikkreglement.

God Vakt

I Arbeidstilsynets God Vakt-kampanje fikk tre av fire HF i 2009 pålegg om å ”bedre balansen mellom oppgaver og ressurser”. Påleggene gikk i hovedsak ut på å sikre samsvar mellom de oppgaver som skal løses og de ressurser som er tilgjengelige for å løse dem, slik at ansatte og ledere ikke utsettes for uheldige fysiske og/eller psykiske belastninger og bruk av hjelpemidler. Utfordringen består i å planlegge, utvikle og styre disse på en god måte. Dette stiller store krav til ressursstyring og bemanningsplanlegging. Arbeidet med lukking av pålegg vil fortsette i foretakene gjennom hele 2010.

Nasjonale styringsindikatorer HMS

Sammen med øvrige regioner har Helse Midt-Norge i 2009 utviklet nasjonale styringsindikatorer innen HMS. Disse vil bli implementert i 2010.

Likestilling

Likestilling i styrer og utvalg

Helse Midt Norge har som mål å praktisere likestilling mellom kjønn, alder, kulturell bakgrunn og faglig profesjon. Dette ligger til grunn både for rekruttering og i karriereutvikling i Helse Midt-Norge.

Likestilling i styrer og utvalg	Totalt		Kvinner		Menn	
	2009	2008	2009	2008	2009	2008
Styremedlemmer i HMN RHF	13	13	54 %	54 %	46 %	46 %
Styremedlemmer i foretaksgruppen	76	76	45 %	45 %	55 %	55 %
Brukerutvalg u/vara i foretaksgruppen	49	49	47 %	47 %	53 %	53 %

Som det fremgår av tabellen over har Helse Midt - Norge RHF en overvekt av kvinner i styret (54 %). Dette er uendret sammenlignet med 2008. I foretaksgruppens styre utgjør samlet kvinneandel 45 % som er uendret fra 2008. For brukerutvalgene i foretaksgruppen er det i 2009 en kvinnelig representasjon med 47 % mot 53 % mannlig.

Det er en overvekt av mannlige ledere i foretaksgruppen. Denne overvekten har vært stabil over tid. Styret har som målsetting å øke andelen kvinnelige ledere.

Diskriminering

Arbeidet for å motvirke diskriminering av språklige minoriteter er først og fremst bygget på informasjon og holdningsarbeid. Synliggjøring av språklige minoriteter, særlig samisk språk, kultur og samfunnsliv på den offentlige arena er viktig i denne sammenhengen.

Det er satt i gang et arbeid i samarbeid med NTNU for å motvirke diskriminering av språklige minoriteter gjennom styrking av medarbeideres språk- og kulturkompetanse. Dette arbeidet vil bli videreført i helseforetakene i 2010.

Helse Midt-Norge samarbeider med sine brukerutvalg for å legge til rette helsetjenestene best mulig for funksjonshemmede og personer med kroniske sykdommer. Helse Midt-Norge har utviklet et eget opplæringsprogram knyttet til Individuell Plan som er gjennomført i alle helseforetak.

Når det gjelder rekruttering har Helse Midt-Norge satt som krav at der det er kvalifiserte søkere med minoritetsbakgrunn skal minst én av disse innkalles til intervju.

Deltid og midlertidig ansatte

For å øke stillingsandelen til de som går i deltidsstillinger, er det gjennom felles prosedyrer for rekruttering i foretaksgruppen lagt vekt på at ved ledig stilling skal deltidsansatte ved intern utlysning tilbys utvidelse av sitt arbeidsforhold inntil hel stilling, dersom vedkommende er kvalifisert for stillingen. Det er for foretakene en prioritert oppgave å redusere bruk av uønsket deltid. Andelen deltid i foretakene er marginalt redusert i 2009.

Arbeidsmiljø i Helse Midt-Norge RHF

Helse Midt-Norge RHF har eget arbeidsmiljøutvalg som har hatt seks møter i løpet av året. Arbeidsmiljøutvalget har deltatt i planlegging av verne- og miljøarbeidet ved blant annet å utarbeide egen HMS-plan og følge opp resultatene av arbeidsmiljøundersøkelsen i 2008. Det er gjennomført opplæring av verneombud. Arbeidsmiljøutvalget har ikke mottatt rapporter om yrkessykdommer, arbeidsulykker eller tilfeller til ulykker i løpet av året. I løpet av 2009 har Helse Midt-Norge RHF blitt omorganisert. Denne prosessen er blitt gjennomført i nært samarbeid med arbeidsmiljøutvalget.

Antall ansatte i helseregionen

Helse Midt-Norge RHF hadde 305 årsverk i 2009 mot 292 i 2008. Årsverk i foretaksgruppen var på 13.785 i 2009 mot 13.321 i 2008.

Nedenstående tabell gir oversikter over gjennomsnittlig antall ansatte og årsverk for 2009.

	Gjennomsnittlig antall ansatte		Gjennomsnittlig årsverk	
	2009	2008	2009	2008
Helse Midt-Norge RHF konsernledelse	60	50	55	46
Helse Midt-Norge RHF	330	313	305	292
Totalt Helse Midt-Norge	17 209	15 654	13 785	13 321

Ytre miljø

Hovedmål og policy for innføring av miljøledelse i Helse Midt-Norge ble fastsatt høsten 2005. I strategien fokuseres det på fire indikatorer som det skal rapporteres på; energi, transport, avfall og innkjøp. Det ble sommeren 2006 vedtatt handlingsplaner for reduksjon av energiforbruket og avfallsmengden. Helse Midt-Norge RHF deltok i 2008 i det nasjonale arbeidet for å kartlegge miljøtiltak i helsesektoren med overføringsverdi og å utrede mulige nye klimatiltak innenfor spesialisthelsetjenesten.

Energi

Energibruken har i de senere år vært jevnt synkende fra 2002 til et nivå på ca 203 GWh i 2009 Gwh (ekskl fjernkjøling). Energien er basert på elektrisitet med 64,5 %, olje 4,9 % og fjernvarme 29,5 %. Andelen av oljeforbruket er synkende.

Det er med støtte fra ENOVA gjennomført et regionalt samarbeidsprosjekt innenfor programmet "Energiledelse - større byggeiere" som ble igangsatt våren 2005. I prosjektperioden (2005 - 2007) er energibruken i bygningsmassen redusert fra 356 kWh/m² til 295 kWh/m², noe som tilsvarer en effektivisering på 17 %. Konkrete enøktiltak i prosjektet førte til 8,8 Gwh i redusert energiforbruk. Det er i tiltaksloggen registrert tiltak som ikke er realisert med et potensial på 13,3 GWh. Ved å utnytte erfaringen sykehusene imellom og ibruktakelse av ny teknologi, bør man ha et ytterligere enøk-potensiale i størrelsesorden 20 GWh.

Helse Midt-Norge har vedtatt Strategisk plan for energibruk og det er lagt opp til at Helse Midt-Norge samlet skal opptre som langsiktig og profesjonell eier, bygge moderne areal- og energieffektive bygg som er miljøvennlige og har god energifleksibilitet.

I tråd med Strategisk plan ble det avsatt 10 mill. kr. i investeringsbudsjettet til enøk- tiltak i 2009. Videre er det under forberedelse en søknad til ENOVA om støtte til et energiprogram som skal løpe over 4 år og med en egenandel på 40 mill. kr.

Avfall

Det ble i 2004 gjennomført kartlegging av avfall fra sykehus. Avfallsmengden var på 4 985 tonn, volumet på 6.891 kbm og årlige kostnader på 2,771 mill kr eller 556 kr pr tonn.

Avfallsmengden var i 2009 4 173,6 tonn.

Avfallsmengden til destruksjon synes reduseres noe raskere enn avfallsmengden til gjenvinning.

Det forutsettes at foretakene i Helse Midt-Norge reduserer den totale avfallsmengden til et minimum, og at en minimaliserer andelen av generert avfall til forbrenning og deponi, restavfallet. En har som mål å redusere restavfallet til å utgjøre 25 % av totalt avfall innen 2010. Det er utarbeidet egen handlingsplan med dette for øye. Det er på initiativ fra Helse- og omsorgsdepartementet etablert et interregionalt miljø- og klimaprojekt der spørsmål om håndtering av avfall også vil bli fulgt opp i et eget delprosjekt. Dette arbeidet forutsettes avsluttet i 2010.

Innkjøp

Helse Midt-Norge skal etterleve regelverk for offentlige anskaffelser der paragraf 6 sier at offentlige oppdragsgivere "skal under planleggingen av den enkelte anskaffelse ta hensyn til livssyklus-kostnader og miljømessige konsekvenser av anskaffelsen". Myndighetene planlegger nå et nytt rapporteringssystem for å måle i hvor stor grad miljøkrav benyttes i offentlige anskaffelser, og det må forventes en ytterligere vektlegging av dette området etter hvert.

Regjeringens Handlingsplan 2007-2010 Miljø- og samfunnsansvar i offentlige anskaffelser skal bidra til at offentlige virksomheter går foran som ansvarlig forbruker og etterspørter av miljøvennlige varer og tjenester som er tilvirket etter høye etiske og sosiale standarder. Eier forutsetter at helseforetakene med sitt betydelige forbruk tar et miljøansvar. Foretakene har gjennom sine omfattende anskaffelser også en "innkjøpsmakt" som kan bidra til å påvirke både produsent- og leverandørsiden på en positiv måte. Det er et krav om at offentlige anskaffelser skal gjennomføres slik at miljøhensyn integreres i anskaffelsesprosessen ved at det identifiseres og velges løsninger som har lav negativ påvirkning på miljøet. Helse Midt-Norge deltar aktivt i interregionalt arbeid ledet av Helse Vest RHF der det jobbes for å imøtekomme disse kravene.

Helse Midt-Norge stiller krav til miljø i de anskaffelsene der dette er aktuelt, og samarbeidet i 2008 med Stiftelsen GRIP – Grønt i praksis - om vurdering av miljøkravene i en regional anskaffelse av risikoavfalls-, desinfeksjons- og hygieneprodukter.

Den interregionale styringsgruppen for miljø- og klimaforumet har tatt opp innkjøp som eget delprosjekt. Arbeidet forutsettes slutført i løpet av 2010.

Transport

Transportbruk innen helsesektoren er relativt stor. Det fraktes varer og tjenester til og fra virksomhetene, de ansatte reiser til og fra jobb og på tjenestereiser, det benyttes budtjenester, og noen virksomheter har egen bilpark, pasienter transporteres og sykehusene genererer besøkstrafikk.

Det foreligger ingen systematisk og fullstendig kartlegging av reiseaktiviteten, men det foreligger en del informasjon når det gjelder omfanget av tjenestereiser, herunder flyreiser, tjeneste- og pasientreiser og bruk av videokonferanse/telefon. Det er fastsatt følgende mål for dette arbeidet:

- Økt bruk av kollektivtransport for våre pasienter og tilsatte
- Redusere flyreiser med 15 %
- Økt bruk av telefonmøter og videokonferanser med 20 %

Fast bruk av videokonferanser er innført på flere områder, og bruk av videokonferanser og ikke minst telefonmøter, har økt i omfang de senere årene. Det finnes imidlertid ingen tall som viser at omfang av reisevirksomheten har blitt redusert som følge av dette.

Innenfor pasienttransport er transporttilbudet forsøkt effektivisert gjennom samkjøring av pasienter som skal til eller fra behandling. Gjennom kjørekontorene koordineres pasienttransporten på mest mulig kostnadseffektiv måte.

Den interregionale styringsgruppen for miljø- og klimaforumet har tatt opp transport som eget delprosjekt. Arbeidet forutsettes slutført i løpet av 2010.

Foretaksgruppens framtidsutsikter og utfordringer

Høsten 2009 iverksatte styret for Helse Midt-Norge RHF arbeidet med å fornye og videreutvikle en langsiktig strategisk plan for spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. Strategien ”Strategi 2020” sendes på bred ekstern høring våren 2010 før den etter planen legges fram for endelig behandling og vedtak i juni 2010.

I strategiarbeidet er det lagt til grunn at helsetjenesten må utvikles innenfor et helhetlig samfunnsperspektiv der samhandling med primærhelsetjeneste, mellom helseforetak, innad i den enkelte institusjon og i forhold til private aktører, kommer til å være sentralt. Prosessen har vært åpen med drøfting underveis i styremøter og med innspill fra både en referansegruppe utgått fra Kommunenes Sentralforbund i Midt-Norge, fra brukerutvalg, fra fagnettverk og andre ansatte.

Det er identifisert fire hovedutfordringer som grunnlaget for Strategi 2020. Den yrkesaktive delen av befolkningen reduseres og vi blir flere eldre i årene som kommer. Dette påvirker framtidig sykdomspanorama og gir begrensninger i forhold til rekruttering. Ny kunnskap og teknologi påvirker både diagnostikk, behandling og organisering av helsetjenester. Samtidig forventes den sterke veksten i de økonomiske rammene for spesialisthelsetjenesten å avta og tjenesten må vise samfunnsansvar gjennom å ikke legge beslag på en unødige stor andel av de samlede samfunnsressursene.

Helse Midt-Norge RHF har i løpet av få år snudd en situasjon med betydelige underskudd til å gå med overskudd. Dette er nødvendig for å kunne innfri planlagte investeringer og sikre en bærekraftig økonomi i foretaksgruppen, men det vil fortsatt være behov for betydelig omstilling og effektivisering for å møte framtidige kapitalkostnader. Tett oppfølging av omstillingstiltak og ansvarlig ledelse på alle nivå i foretaksgruppen er en forutsetning for å kunne lykkes.

I løpet av 2008 og 2009 ble det gjennomført en omlegging av inntektsfordelingssystemet i tråd med anbefalingene fra Magnussen-utvalget som Regjeringen nedsatte i 2006. De dokumenterte skjevheter mellom regionen skulle utjevnes og konsekvensen har vært at Helse Midt-Norge har fått økt sin økonomiske ramme i tråd med dette. Det økonomiske handlingsrommet har gitt rom for oppstart for bygging av ny barneavdeling ved Ålesund sjukehus og det er gitt grønt lys for et

nytt tilbygg ved Namsos sykehus som gjør det mulig å samle og styrke tilbudet innen psykisk helsevern. Byggefase 2 for det nye universitetssykehuset i Trondheim er på plan både i forhold til framdrift og budsjett og prosjektorganisasjonen Helsebygg Midt-Norge er under nedbemanning i takt med at byggeprosjektet er i ferd med å slutføres. Konseptrapport for nye Molde sjukehus ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet for myndighetsvurdering i 2009. Videre arbeid og framdrift for prosjektet vil avklares i dialog med overordnet myndighet.

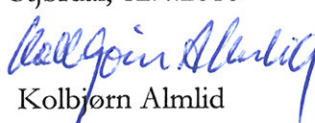
Gjennom lansering av felles nasjonale prioriteringsveiledere, har helsetjenesten fått et verktøy som skal bidra til bedre prioritering og et mer likeverdig behandlingstilbud. Praksis for tildeling av rett til nødvendig helsehjelp i Midt-Norge avviker fra resten av landet, gjennom at langt flere har fått slik rett hos oss. Det gjøres nå et arbeid for å sikre en prioritering av de pasientene som har størst behov og at praksis blir mer lik resten av landet. Prioritering av dette arbeidet må også ses i sammenheng med at ventetiden i Midt-Norge i snitt ligger høyere enn resten av landet. I 2009 nådde ikke helseforetakene sitt mål om å øke antallet behandlede pasienter. Det er en utfordring å omstille virksomheten for å øke kapasiteten innen det poliklinisk tilbudet og for dagbehandling. Framover er det derfor et hovedmål å redusere ventetiden og sikre en styrking av tjenestetilbudet innen tverrfaglig rusbehandling og psykisk helsevern.


Disponering av årsresultat 2009


Styret foreslår at årets overskudd på 211,4 millioner kroner i Helse Midt-Norge RHF anvendes til dekning av tidligere års udekket tap med 210,9 millioner og 0,5 millioner overføres til fond for vurderingsforskjeller. Total egenkapital etter dette er på 3.291 millioner 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.


Stjørdal, 12.4.2010

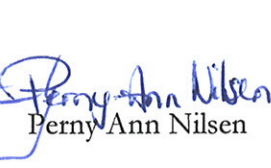

Kolbjørn Almlid
styreleder



Toril Hovdenak
Nestleder


Kirsti Leitrop


Merethe Storødegård


Olav Georg Huseby


Perny Ann Nilsen


Jan Magne Dahle



Asmund Sverre
Kristoffersen



Joar Olav Grøtting


Ellen Marie Wøhni


Ingegjerd S Sandberg


Ivar Gotaas


Bjørg Henriksen


Gunnar Bovim
administrerende direktør