

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 8/2016
Dato møte:	15. desember 2016
Møtetid:	Klokken 8.00 - 14.00
Møtested:	Radiumhospitalet, Forskningsbygget, seminarrom 1 og 2.

72/2016	Beslutning:	Godkjenning av innkalling og sakliste
73/2016	Beslutning:	Godkjenning av protokoll styremøte 27. oktober 2016
74/2016	Orientering:	Rapport per november 2016
75/2016	Beslutning:	Budsjett 2017
76/2016	Beslutning	Storbylegevakten
77/2016	Beslutning:	Oppnevning av valgstyre
78/2016	Beslutning:	Leie i Forskningsveien 2
79/2016	Orientering:	Digital pasientkommunikasjon
80/2016	Beslutning	Plan for styrets arbeid
81/2016	Orientering:	Administrerende direktørs orienteringer

Gunnar Bovim
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. desember 2016

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Sakliste

SAK 72/2016 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 8. desember 2016

Gunnar Bovim
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

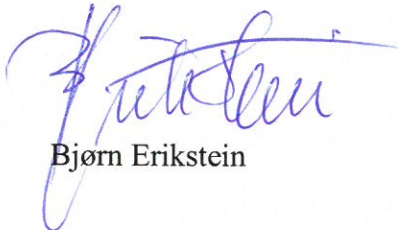
Dato møte: 15. desember 2016
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Protokoll fra styremøte 27. oktober 2016

**SAK 73/2016 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 27. OKTOBER 2016**

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 27. oktober 2016.

Oslo, den 8. desember 2016


Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	27. oktober 2016
Dato møte:	27. oktober 2016 kl 8.00 – 13.00 på Radiumhospitalet i Oslo
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Anne Carine Tanum, Bjørg Månum Andersson, Else Lise Skjæret-Larsen, Svein Erik Urstrømmen, Berit Kjøll, Aasmund Magnus Bredeli

Forfall: Ole Petter Ottersen, Stener Kvinnsland har fratrudd.

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Morten Reymert, Lisbeth Sommervoll, Sølvi Andersen, Morten Meyer, Annelene Foss Svingen, Erlend Smeland m.fl.

Tilstede ellers: observatør fra brukerutvalget, konsernrevisjon og publikum

Sak 61/2016 Godkjenning av innkalling og sakliste

Nestleder og fungerende styreleder Anne Carine Tanum ledet møte.

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Sak 62/2016 Godkjenning av protokoll styremøte 29. september 2016

Vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 29. september 2016.

Sak 63/2016 Ledelsens gjennomgang per 2. tertial 2016

Vedtak:

Styret tar ledelsens gjennomgang fra 2. tertial 2016 til etterretning.

Sak 64/2016 Rapport per september 2016

Vedtak:

Styret tar rapporteringen av resultat per september 2016 til orientering.

Sak 65/2016 Budsjett 2017

Vedtak:

Styret tar sak om budsjett 2017 til orientering.

Sak 66/2016 Kjøp av vaskeritjenester

Vedtak:

Styret tar saken til etterretning, og ber om at det gjøres en reell vurdering av nytt vaskeri i egen regi inn mot videre utviklingsplaner for Oslo universitetssykehus.

Sak 67/2016 Virksomhetsoverdragelse av Rettsmedisinske fag

Vedtak:

1. Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av området Rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Oslo universitetssykehus HF.
2. Styret ber administrerende direktør avklare risikoforhold i forbindelse med økonomi og IKT.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og signere avtalen om virksomhetsoverdragelse.

Sak 68/2016 Plan for styrets arbeid

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Styret vil ikke benytte reservemøte i november 2016.

Sak 69/2016 Administrerende direktørs orienteringer

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 70/2016 Presentasjon av IKT-området

Vedtak:

Styret tar presentasjonen til orientering.

Sak 71/2016 Lønnsregulering 2016 for administrerende direktør

Vedtak:

Med virkning fra 1. januar 2016 økes administrerende direktør Bjørn Eriksteins årslønn med 50 556 kroner til en ny samlet årslønn per 1. januar 2016 på 2 157 071 kroner.

Stener Kvinnsland
styreleder
(fratrådt)

Anne Carine Tanum
nestleder
(fungerende styreleder)

Berit Kjøll

Björg Månum Andersson

Ole Petter Ottersen
(ikke tilstede)

Aasmund Magnus Bredeli

Svein Erik Urstrømmen

Else Lise Skjæret-Larsen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. desember 2016

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

SAK 74/2016 RAPPORT PER NOVEMBER 2016

Endelige resultater for november foreligger ikke ved utsendelse av styresakene og vil bli ettersendt styret elektronisk på mandag 12. desember.

Oslo, den 8. desember 2016


Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. desember 2016

Saksbehandler: Visadministrerende direktør økonomi og finans
Visadministrerende direktør medisin, helsefag og utvikling

Vedlegg: Rapportvedlegg

SAK 74/2016 RAPPORT PER NOVEMBER 2016

Resultat etter november forelå ikke ved ordinær utsendelse av styresaker. Som varslet ettersendes derfor en kortfattet rapporteringssak som beskriver status etter november.

Forslag til vedtak:

Styret tar rapportering per november 2016 til orientering.

Oslo den 12. desember 2016



Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Gjennomgangen av status og resultater per november 2016 viser kortfattet følgende:

- Registert aktivitet innenfor somatikken er hittil i år 0,5 prosent lavere enn periodisert budsjett.
- Innenfor psykisk helsevern for voksne er den rapporterte aktiviteten hittil i 2016 høyere enn planlagt.
- Innenfor psykisk helsevern for barn og unge er den rapporterte aktiviteten høyere enn planlagt for antall utskrevne pasienter. Antall polikliniske konsultasjoner er som budsjettet mens antall liggedøgn innenfor døgnbehandling og antall dagopphold er lavere enn budsjettet.
- Den polikliniske aktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er høyere enn planlagt. Det samme gjelder for antall liggedøgn, mens antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling er lavere enn budsjettet.
- Antall fristbrudd av ventende pasienter var per utgangen av november 40. Dette er på samme nivå som ved utgangen av samme periode i 2015.
- Antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer var per utgangen av november 106 mot 558 ved utgangen av samme periode i 2015.
- Rapportert økonomisk resultat etter november 2016 viser et overskudd på 72 millioner kroner, men et negativt avvik fra budsjettet på om lag 134 millioner kroner.
- Gjennomsnittlig antall brutto månedsverk til og med desember 2016 er 18 510. Dette er en økning på 161 fra samme periode i 2015, herav 35 månedsverk med ekstern finansiering (øremerkede midler).
- Sykefraværet hittil i 2016 (per oktober) er 7,1 prosent og er redusert fra 7,3 prosent i samme periode 2015.

2. Administrerende direktørs vurdering

Hovedmålene for virksomheten i Oslo universitetssykehus i 2016 er å unngå fristbrudd, redusere ventetid, innfri krav til pakkeforløp og sikre et økonomisk resultat som budsjettet eller bedre.

For å sikre målene innenfor tilgjengelige helsetjenester er det over lengre tid arbeidet målrettet med oppfølging av ventende, ventetider og frister for start helsehjelp. Dette har etter administrerende direktørs vurdering gitt gode resultater. Gjennom 2016 er oppmerksomheten i økende grad rettet mot oppfølging av «interne ventelister», dvs. videre pasientforløp etter at initial rett til utredning eller behandling er innfridd. Dette måles blant annet med antall pasienter hvor planlagt tidspunkt for videre oppfølging i sykehuset (tentativ dato) er passert og antall pasienter med åpen henvisningsperiode uten ny kontakt. Etter administrerende direktørs vurdering har dette arbeidet gitt resultater gjennom 2016 og arbeidet vil fortsette i 2017 hvor også tilgjengeligheten av ledelsesinformasjon på dette området skal bedres.

Så langt i 2016 har det vært god aktivitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, hvor særlig den polikliniske aktiviteten er økt betydelig fra 2015 til 2016.

Den samlede aktiviteten innenfor somatikken, målt i antall DRG-poeng, er om lag som budsjettet hittil i år og aktiviteten er økt med 1,5 - 2 prosent fra 2015. For å effektivisere driften og redusere de samlede ventelistene arbeides det fortsatt med å bedre kapasitetsutnyttelsen både på poliklinikker og innenfor operasjonsområdet. Det

har vært en større vekst i aktivitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn innenfor somatikken.

Selv om det økonomiske resultatet for november isolert viser et resultat ikke så langt unna budsjett, er det økonomiske resultatet så langt i år ikke tilfredsstillende. Etter november 2016 er det rapportert et negativt økonomisk avvik på 134 millioner kroner.

Bemanningsstallene fra de siste månedene kan tyde på at tiltak for å tilpasse bemanningen til budsjett gjennom strammere styring har hatt ønsket effekt. Antall månedsverk er de siste månedene av 2016 på nivå med samme periode i 2015, men fortsatt høyere enn nivået i 1. halvår 2016. Bemanningskontroll og bedre drift vil fortsatt være hovedområder i planlegging av virksomheten for 2017.

3. Tilgjengelige helsetjenester

Det arbeides kontinuerlig med å sikre god tilgjengelighet av helsetjenester med god kvalitet. En viktig del av dette er kvalitetssikring av ventelistedata og å sikre at alle pasienter får time innen fastsatt tid. Etter en betydelig bedring av fristbrudd og langtidsventende gjennom 2015, har foretaket i 2016 forsterket oppfølgingen av de pasientene som venter på å få innfridd tentativ dato etter at frist til utredning eller behandling er innfridd.

Status fristbrudd

Per utgangen av november var det 40 fristbrudd for ventende pasienter. Dette er om lag på samme nivå som i 2015. Årsaken til at fristbrudd for ventende ikke er null skyldes i hovedsak at time er avtalt og tildelt pasient kort tid etter frist, forsinkelser i oppretting av ikke registrerte rettighetsopplysninger fra andre helseforetak og manglende registrering av utsattkode eller av ventetid slutt. Pasienter som ble utsatt for fristbrudd i forbindelse med streiken er alle ivaretatt med ny time.

I november var det en andel på 1,0 prosent (74 pasienter) som ble avviklet etter frist start helsehjelp. Dette omfatter både pasienter som har ønsket eller samtykket i å vente kort tid utover frist, i stedet for å vurdere behandling et annet sted, pasienter som er viderehenvist fra andre helseforetak hvor det har vært vanskelig for Oslo universitetssykehus HF å imøtekomme den fristen som er satt, noe etter registrering av ventetid slutt, samt avvikling av fristbrudd som følge av streiken.

Status langtidsventende (ventet 12 måneder eller mer)

Per utgangen av november var antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer 106. Sammenlignet med samme periode i 2015 er det en reduksjon på om lag 450 langtidsventende. Det er nå flest langtidsventende innenfor fagområdet ortopedi. 60 av disse er pasienter som gikk inn med status "uten rett" den 01.11.15. Det er lagt en plan for avvikling av disse pasientene primo 2017.

Status ventetider

I november var gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 67 dager. Dette er en reduksjon på 16 dager sammenlignet med samme periode i 2015. Reduksjon av antall åpne henvisningsperioder uten planlagt kontakt og avvikling av pasienter med passert tentativ dato, påvirker og forlenger gjennomsnittlig ventetid til avvikling for uavklarte tilstander i alle klinikker. For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av november 62 dager, hvorav 59 dager for

pasienter som venter med rett til helsehjelp og 684 dager for den gjenværende mindre gruppen av pasienter (64) fra før 1. nov 2015 uten rett. Gjennomsnittlig ventetid for alle ventende er redusert med 23 dager fra utgangen av november 2015.

4. Pasientbehandling

4.1. Aktivitet somatikk

For hele 2016 er det budsjettet med 233 014 DRG-poeng. Dette inkluderte forventet positiv effekt på 659 DRG-poeng som følge av at flere yrkesgrupper gir ISF-refusjon i 2016 enn i tidligere år (flytting av midler fra basisramme til ISF). Endringene i ISF-regelverk/-vekter fra 2015 til 2016 utover dette ble i budsjettet forventet å være nøytrale for Oslo universitetssykehus HF, dvs at aktiviteten i 2015 skulle gi om lag samme antall DRG-poeng med 2016-regelverk som det som er registrert for 2015 med 2015-regelverk. Interne beregninger viser imidlertid en negativ effekt på 830 DRG-poeng for 2016 som følge av endringene i DRG-systemet. Sammenlignet med forutsetningene i budsjettet er dette et bortfall av DRG-poeng på om lag 1 500 (sum av 659 og 830 poeng). Dette tilsvarer en inntektsreduksjon på om lag 35-45 millioner kroner.

Til og med november er det rapportert et negativt avvik i forhold til periodisert budsjett på vel 1 000 DRG-poeng, tilsvarende 0,5 prosent. Aktiviteten i oktober var betydelig lavere enn budsjettet i flere av klinikkene, mens aktiviteten i november har vært høyere enn budsjettet i de fleste klinikker. Sammenlignet med samme periode i 2015 er det en økning i antall DRG-poeng med om lag 1,6 prosent.

4.2. Aktivitet psykisk helsevern for voksne

Innenfor voksenpsykiatrien er det i hittil i år skrevet ut 233 flere pasienter (14,5 prosent) enn plantall mens antall liggedøgn er 1 062 (1,6 prosent) høyere enn budsjettet. Sammenlignet med 2015 er antall utskrevne pasienter økt med 187 (11,3 prosent), mens antall liggedøgn for døgnbehandling er økt med 1 985 (3,0 pst). Døgnaktiviteten er høyere enn forutsatt i budsjettet. Noe av årsaken til dette er samlokalisering av behandlingsplasser ved Nydalen DPS og Søndre Oslo DPS, som har medført bedre drift i nye lokaler.

Antall polikliniske konsultasjoner er 10,2 prosent (8 868) høyere enn plantall og 12,8 prosent (10 938 konsultasjoner) høyere enn i samme periode i 2015. Økningen i antall konsultasjoner er blant annet en effekt av bedret organisering etter samlokalisering ved DPS'ene og at en økt andel av behandlerstillingene nå arbeider på poliklinikkene mens de tidligere arbeidet mer ambulant (gjelder Nydalen DPS).

4.3. Aktivitet psykisk helsevern for barn og unge

Antall utskrivninger innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er hittil i år 10 høyere enn budsjettet og økt med 21 fra 2015. Antall liggedøgn er 124 (2,5 prosent) lavere enn plantall hittil i år og 252 (4,9 prosent) lavere enn i 2015. Reduksjon i liggedøgn fra 2015 knyttes i stor grad til en enhet med midlertidig redusert behandlerkapasitet pga sykefravær. For andre enheter er det stor pågang av pasienter pasienter med behov for døgnplass og enkelte enheter har overbelegg og flere som venter på døgnplass.

Antall oppholdsdager dagbehandling er hittil i år 388 (11,2 prosent) lavere enn plantall og redusert med 153 (4,7 prosent) fra 2015. Budsjettet antall dagopphold er noe for

høyt, samtidig medfører høyt døgnbelegg at det ikke er kapasitet til den budsjetterte dagbehandlingen.

Den registrerte polikliniske aktiviteten hittil i år om lag som budsjettert (positivt avik på 0,2 prosent / 77 konsultasjoner). Sammenlignet med 2015 er antall polikliniske konsultasjoner økt med 2 646 (6,7 prosent). Det har over lengre tid vært arbeidet med tiltak på flere områder for å øke antall polikliniske konsultasjoner innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Dette har så langt gitt gode resultater. De siste månedene har det likevel vært færre polikliniske konsultasjoner enn budsjettert. Dette skyldes blant annet ledige stillinger, sykefravær og permisjoner. Det arbeides for å besette ledige stillinger, og noen er ansatt og vil tiltre i løpet av de nærmeste månedene. Dette forventes å gi en økning i antall poliklinisk konsultasjoner fremover. I det periodiserte budsjettet er det planlagt med økt aktivitet mot slutten av året. På nåværende tidspunkt er det usikkert om aktivitetsmålet for 2016 nås for antall polikliniske konsultasjoner.

4.4. Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Innenfor TSB er det hittil i 2016 skrevet ut 677 færre pasienter (24,2 pst) fra døgnbehandling enn plantall. Dette er en reduksjon på 542 utskrivninger (20,3 pst) fra 2015. Avvik relateres først og fremst til at det ikke er justert for endring i registreringspraksis for internoverføringer fra seksjon rusakutt og avgiftning, samt en omlegging av driften ved en av seksjonene som medfører noe lengre liggetid.

Antall liggedøgn viser et positivt avvik i forhold til plantall på 5,2 pst (1 153 liggedøgn). Sammenlignet med 2015 er antall liggedøgn økt med 891 (3,9 pst). Dette er et resultat av at klinikken i lengre tid har arbeidet med tiltak for å sikre at pasientene gjennomfører behandlingen.

Antall polikliniske konsultasjoner innenfor TSB er hittil i 2016 12,1 pst (2 370 konsultasjoner) høyere enn budsjettert, hvilket er en økning på 15,1 pst (2 886 konsultasjoner) fra 2015. Det arbeides aktivt med mer effektiv drift ved poliklinikkene og den polikliniske aktiviteten er god.

5. Økonomi

Budsjettert overskudd

Oslo universitetssykehus HF har budsjettert med et overskudd for 2016 på 225 millioner kroner, det vil si 18,7 millioner kroner per måned. Forventet budsjettert overskudd til og med november var derfor 206,2 millioner kroner.

Rapportert resultat for november 2016

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter november 2016 et regnskapoverskudd på 72 millioner kroner mot et budsjettert overskudd på 206,2 millioner kroner. Det gir et negativt avvik i forhold til budsjett på 134,3 millioner kroner. Det negative avviket er økt med 3,3 millioner kroner siste måned. Klinikkenes negative avvik er imidlertid økt med om lag 20 millioner kroner. Klinikken har i november hatt høyere aktivitet enn budsjettert, men også høyere kostnader til varer, lønn og innleie enn budsjettert. Avvik på andre områder bidrar netto positivt. Dette gjelder først og fremst innenfor IKT-området hvor det positive avviket øker med ytterligere 15 millioner. Dette skyldes blant annet forskyvninger i levanser fra Sykehuspartner og reduksjon i lokale prosjektkostnader. Enhetsprisen per DRG-poeng

for hele 2016 økes med 0,3 pst. (følger av Stortingets budsjettbehandling). Dette gir et positivt avvik i for Oslo universitetssykehus HF på 15-16 millioner kroner i november.

Tabellen under (høyre kolonne) viser avvik hittil i år for ulike inntekts- og kostnadstyper, som er knyttet til ordinær drift, dvs. når avvik som gjelder øremerkede prosjekter mv. er holdt utenom.

Tall i hele mnok	Avvik per november 2016		Kommentarer til avvik justert for avvik innenfor øremerkede prosjekter mv
	Rapportert	Justert ØM	
Basisramme	0	0	Basisramme er inntektsført som budsjettert
Aktivitetsbaserte inntekter	-37	-41	Lav aktivitet ISF/Grupper (-17). Inkluderer effekt av økt enhetspris med 15 mnok bokført i november. Lavere gjestepasientinntekter enn budsjettert
Andre inntekter	173	67	Utleie av personell utgjør (30 mnok). Salg av varer og tjenester (28 mnok).
Sum driftsinntekter	136	26	
Lønn -og innleiekostnader	-189	-113	Kostnader til innleie er 33 mnok høyere enn budsjettert. Øvrig avvik (80 mnok) skyldes høyere lønnskostnader/ flere årsverk enn budsjettert
Varekostnader mv	-152	-128	Avviket omfatter merkostnad til nye legemidler overført fra folketrygden med 4 mnok. Øvrig avvik skyldes blant annet høy intensivaktivitet, instrumenter, dyre implantater (CI-vedlikehold, LVAD/TAVI/hjerteklaffer), kreftlegemidler, LAR-medikamenter mv.
Andre driftskostnader	54	64	I avviket inngår merkostnader til pasientreiser (-11), energi (-7), tap sykehotell (-11) og reduserte IKT-kostnader til Sykehuspartner og lokale prosjekter IKT mv.
Sum driftskostnader	-286	-176	
Driftsresultat	-150	-150	
Netto finans	15	15	Avviket gjelder bidrag fra datterselskapene og lavere rentekostnader/-inntekter.
Resultat OUS	-134	-134	

I vedlegg 1 gis det en nærmere redegjørelse for avvik per ØBAK-linje (rapporteringsformatet til Helse Sør-Øst RHF)

6. Bemanning og sykefravær

I hele 2016 (januar – desember) var gjennomsnittlig antall brutto månedsverk 18 510. Dette er 161 brutto månedsverk flere enn i 2015, en prosentvis økning på 0,9 prosent. I denne differansen er 126 brutto månedsverk knyttet til internt finansierte månedsverk og 35 til eksternt finansierte. Desember måned 2016 øker med 21 brutto månedsverk sammenlignet med desember 2015. Antall internt finansierte månedsverk i desember 2016 er imidlertid 20 lavere enn i desember 2015, mens antall månedsverk med eksternt finansiering er økt med 41 i desember 2016.

Antall fast ansatte i 2016 har økt med 184 sammenlignet med 2015, hvilket tilsvarer 1,3 prosent økning. I desember måned er det 59 flere faste månedsverk, eller 0,4 prosent flere, enn i desember 2015.

Variabellønnede månedsverk (overtid mv.) har i 2016 minket med 50 månedsverk sammenlignet med 2015, en nedgang på 3,8 prosent. For desember måned 2016 har

variabellønnede gått ned 62 månedsværk eller 4,4 prosent sammenlignet med desember 2015.

Tiltak for å sikre god bemanningsstyring

Det er siste halvår arbeidet med å få redusert antall månedsværk som en del av arbeidet for å gjennomføre driften innenfor budsjettet for 2016. Dette er tiltak som ikke vises i klinikkens bemanningsstatistikk umiddelbart, men som det legges til grunn at har virkning over tid.

- Rekruttering og ansettelse
 - Klinikkene utfører streng bemanningskontroll ved nyansettelser gjennom sine stillingsutvalg (som utfører ukentlige vurderinger av ansettelser i hver klinikk)
 - Ledighold av stillinger der driftssituasjonen tilsier at det kan gjennomføres
 - Økt bistand fra HR-støttefunksjoner til klinikker knyttet til turnus og bemanningsplaner
 - Kostnadskontroll ved ferieavvikling; kontroll med ferievikarer og reduksjon av innleie av helsepersonell

- Kompetanseheving
 - Kontinuerlig kompetanseheving innen rekruttering, arbeidstid og GAT gjennom faste kurs som tilbys ved OUS
 - Obligatoriske lederkurs innen de samme temaer
 - Målrettet opplæring ved klinikker med behov

- Styringsinformasjon og sentral kontroll
 - HR-data i ledelsesinformasjonssystemet (LIS) og i «intern månedsrapport»; styringsdata skal være anvendbare og lett tilgjengelig
 - Bemanningsutviklingen er fast punkt i direktørens ledermøter og i avdelingsledermøter i klinikkene

- Prosjekt reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk (fra oktober 2016)
 - Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk
 - Forbedret bruk av GAT Bemanningsplanlegging
 - Beslutninger knyttet til bruk av variabel lønn- praktisering/fullmakter

Ut over disse tiltakene er det i hver klinikk iverksatt målrettede tiltak knyttet til organisatoriske tilpasninger til drift, økt kostnadskontroll ved rekruttering, omlegging i arbeidstidsordninger samt ledighold av stillinger og redusert innleie.

Sykefravær

Sykefraværet per oktober 2016 er i gjennomsnitt 7,1 prosent, fordelt på 2,5 prosent korttidsfravær og 4,6 prosent langtidsfravær. Sykefraværet følger naturlig og sesongbasert fravær som kommer til uttrykk gjennom høyt sykefravær vintermånedene og et lavt nivå sommermånedene.

I oktober måned var korttidsfraværet 2,7 prosent og det totale sykefraværet var 7 prosent. Langtidsfraværet er 4,3 prosent per september, 0,3 prosentpoeng lavere enn oktober 2015. Det ser ikke ut til at bemanningskontrollen påvirker sykefraværet i klinikkene på negativ måte, tvert om fortsetter den gode trenden.

Styresak 74/2016 Tabellvedlegg

Oslo universitetssykehus HF

Månedsrappport november 2016

Bemanningstall for desember

2.1 Aktivitet somatikk (DRG-poeng)

Oppdatert per 5/12

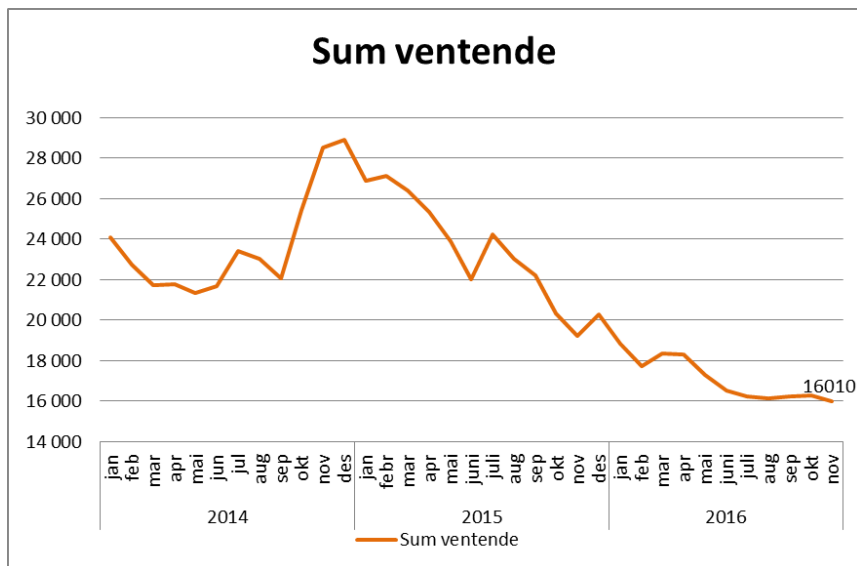
Periode: NOVEMBER 2016	Periodens tall		HITTLIL I ÅR		Sammenligning 2015	
	Avvik	Avvik i %	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Klinikk						
Medisinsk klinikk	105	4,5 %	-274	-1,1 %	-49	-0,2 %
Hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	109	5,8 %	669	3,6 %	1 315	7,4 %
Nevroklinikken	67	2,8 %	-598	-2,4 %	-214	-0,9 %
Ortopedisk klinikk	29	1,6 %	-66	-0,3 %	823	5,1 %
Barne- og ungdomsklinikken	81	6,0 %	-523	-3,7 %	-28	-0,2 %
Kvinneklinikken	-48	-2,8 %	397	2,1 %	533	2,8 %
Kirurgi, inflammasjonsmedisin og transpl	1	0,0 %	-509	-1,6 %	855	2,9 %
Kreftklinikken	246	9,2 %	1 252	4,4 %	632	2,2 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	147	5,5 %	1 383	5,1 %	410	1,4 %
Akuttklinikken	25	6,7 %	-1 560	-36,6 %	-963	-26,3 %
Laboratoriemedisin	1	7,7 %	-6	-4,3 %	-1	-0,8 %
SUM TOTALT	566	2,8 %	-991	-0,5 %	3 196	1,6 %

- Estimat for forventet etterregistrering er inkludert med 285 DRG-poeng.
- Ved sammenligning med 2015 er 2015-data fremstilt med vektorer og logikk for 2016.

2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapporteringsperiode: NOVEMBER 2016 Oslo universitetssykehus HF	Denne periode				Hittil i år				2016 mot 2015	
	Resultat	Budsjett	Awik	%	Hittil i år	Budsjett	Awik	%	Endring	%
Psykisk helsevern - voksen										
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	175	149	26	17,4 %	1 835	1 602	233	14,5 %	187	11,3 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	6 288	6 247	41	0,7 %	67 465	66 403	1 062	1,6 %	1 985	3,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner	9 591	9 235	356	3,9 %	96 086	87 218	8 868	10,2 %	10 938	12,8 %
Psykisk helsevern - barn og unge										
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	11	11	0	0,0 %	138	128	10	7,8 %	21	17,9 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	478	484	-6	-1,2 %	4 841	4 965	-124	-2,5 %	-252	-4,9 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	367	341	26	7,6 %	3 084	3 472	-388	-11,2 %	-153	-4,7 %
Antall polikliniske konsultasjoner	4 860	5 250	-390	-7,4 %	42 420	42 343	77	0,2 %	2 646	6,7 %
TSB										
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	193	249	-56	-22,5 %	2 125	2 802	-677	-24,2 %	-542	-20,3 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	2 207	2 037	170	8,3 %	23 537	22 384	1 153	5,2 %	891	3,9 %
Antall polikliniske konsultasjoner	2 276	1 937	339	17,5 %	21 973	19 603	2 370	12,1 %	2 886	15,1 %

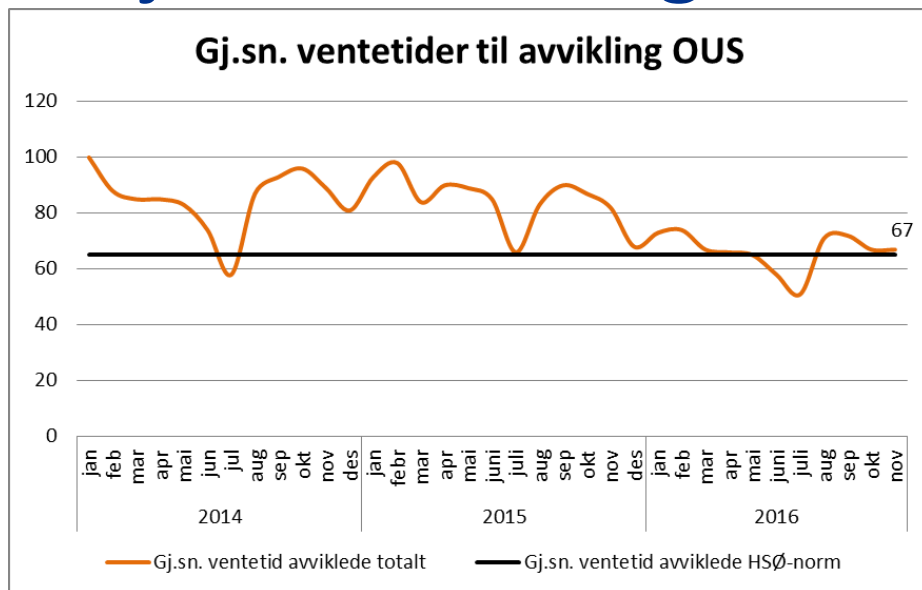
2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende



Antall ventende	2015				2016				Utvikling
	aug	sep	okt	nov	aug	sep	okt	nov	
PHA	441	427	479	485	495	476	490	585	
MED	2 530	2 368	2 336	2 213	2 236	2 244	2 171	2 061	
HHA	3 965	3 739	3 513	3 099	2 370	2 351	2 383	2 352	
NVR	2 361	2 215	2 013	1 734	1 706	1 754	1 863	1 890	
OPK	3 039	2 932	2 489	2 247	1 883	1 956	1 972	1 901	
BAR	817	785	744	772	742	675	683	672	
KVI	1 484	1 349	1 403	1 447	1 244	1 225	1 182	1 124	
KIT	3 582	3 554	3 552	4 067	3 141	3 276	3 241	3 292	
KRE	361	332	361	365	311	297	288	329	
HLK	1 672	1 618	1 524	1 436	1 392	1 311	1 296	1 136	
AKU	126	121	115	98	121	141	143	108	
KLM	533	629	627	586	501	523	575	560	
Sum klinikker	20 911	20 069	19 157	18 550	16 142	16 229	16 298	16 010	
Diff vs. 2015								-2 540	
Diff %								-14 %	

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

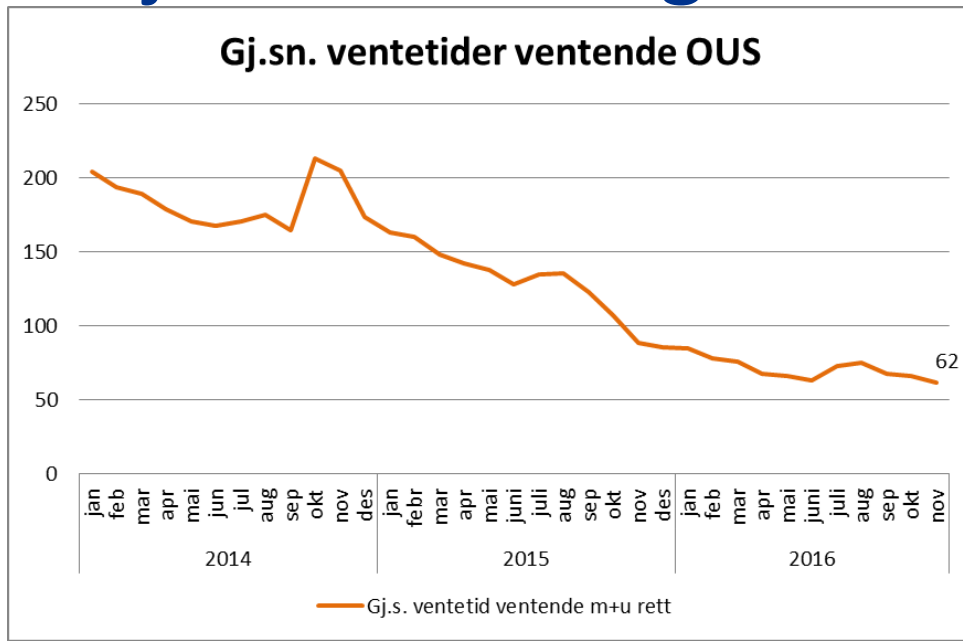
2.2 Gjennomsnittlige ventetider til avvikling



Gj.sn. v.tid til avvikling	2015				2016				Utvikling
	aug	sep	okt	nov	aug	sep	okt	nov	
PHA	63	46	38	44	53	45	40	43	
MED	70	66	62	71	71	65	59	65	
HHA	112	147	133	117	82	69	60	61	
NVR	102	91	85	70	73	76	72	65	
OPK	128	133	138	119	92	90	107	107	
BAR	104	92	84	71	92	88	74	66	
KVI	58	70	67	73	69	90	66	63	
KIT	88	87	83	82	68	75	83	76	
KRE	32	34	26	27	34	37	23	21	
HLK	113	126	118	123	113	115	116	107	
AKU	65	83	69	60	76	72	56	53	
KLM	32	33	27	28	35	36	33	34	
OUS	86	91	88	83	71	72	67	67	
Diff vs. 2015								-16	
Diff %								-19 %	

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

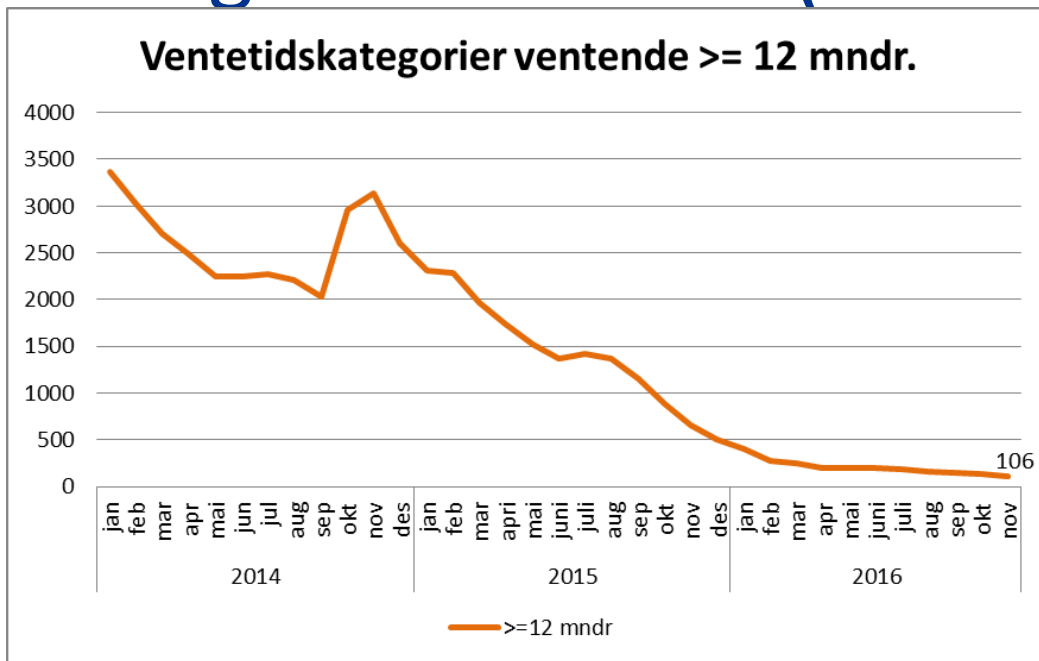
2.2 Gjennomsnittlige ventetider ventende



Gj.sn. v.tid ventende	2015				2016				Utvikling
	aug	sep	okt	nov	aug	sep	okt	nov	
PHA	50	34	37	37	41	33	30	30	
MED	76	72	69	60	60	56	57	55	
HHA	266	224	199	162	84	71	69	65	
NVR	86	78	65	60	54	47	46	47	
OPK	176	167	140	127	112	112	113	105	
BAR	82	73	67	64	80	64	59	54	
KVI	86	75	63	60	67	55	51	47	
KIT	77	72	72	60	77	70	63	55	
KRE	45	35	36	36	53	44	56	48	
HLK	104	97	91	83	92	92	89	91	
AKU	61	60	55	57	51	35	35	39	
KLM	45	37	31	34	38	32	31	31	
OUS	129	91	101	85	75	68	66	62	
Diff vs. 2015								-23	
Diff %								-27 %	

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd)



Antall ventet ≥ 1 år	2015				2016				Utvikling
	aug	sep	okt	nov	aug	sep	okt	nov	
PHA	2	1	2	2	1	1	-	-	
MED	83	90	84	50	2	1	-	3	
HHA	757	563	448	311	38	16	8	4	
NVR	14	9	8	7	3	5	1	3	
OPK	316	262	196	170	76	86	92	70	
BAR	-	1	1	-	1	-	-	-	
KVI	11	5	1	-	-	1	3	3	
KIT	15	12	19	12	33	35	22	14	
KRE	2	1	1	2	2	3	5	7	
HLK	2	4	6	3	-	4	5	2	
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	
KLM	2	-	1	-	-	-	-	-	
Sum	1 204	948	768	558	156	152	137	106	
Diff vs. 2015								-452	
Diff %								-81 %	

2.3 Fristbrudd

Fristbrudd ordinært avviklede	2015									2016									Utvikling
	Antall									Andel									
	aug	sep	okt	nov	aug	sep	okt	nov	nov	aug	sep	okt	nov	nov					
PHA	6	3	-	3	-	3	-	1	0,3%										
MED	20	24	17	11	5	4	7	3	0,3%										
HHA	102	50	37	20	8	11	3	2	0,2%										
NVR	182	170	210	101	3	9	23	15	1,8%										
OPK	61	83	106	49	1	5	7	23	3,9%										
BAR	4	16	12	-	13	17	1	2	0,7%										
KVI	9	3	5	7	7	6	9	3	0,6%										
KIT	69	53	27	16	11	14	13	14	1,1%										
KRE	50	22	17	19	10	17	7	6	1,5%										
HLK	11	31	33	6	5	4	-	2	0,5%										
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0%										
KLM	0	0	0	0	-	-	-	3	0,7%										
Sum	514	455	464	232	63	90	70	74	1,0%										
Endr fra 2015										-158									
Endr i %										-68%									

Fristbrudd ventende	2015									2016									Utvikling
	Antall									Andel									
	aug	sep	okt	nov	aug	sep	okt	nov	nov	aug	sep	okt	nov	nov					
PHA	4	1	2	2	2	2	2	3	0,5%										
MED	7	5	8	1	1	-	1	-	0,0%										
HHA	31	20	7	1	1	-	3	1	0,0%										
NVR	331	232	114	12	2	7	11	4	0,2%										
OPK	145	137	37	8	1	-	5	9	0,5%										
BAR	10	6	-	-	4	-	-	-	0,0%										
KVI	4	3	4	1	-	-	1	1	0,1%										
KIT	50	17	8	8	9	9	12	20	0,6%										
KRE	10	11	5	2	1	9	13	1	0,3%										
HLK	7	13	2	3	2	3	-	1	0,1%										
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0%										
KLM	1	0	0	0	-	-	-	-	0,0%										
Sum	600	445	187	38	23	30	48	40	0,3%										
Endr fra 2015										2									
Endr i %										5%									

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

Fristbrudd ventende: Antall ventende ved utgangen av perioden med fristbrudd.

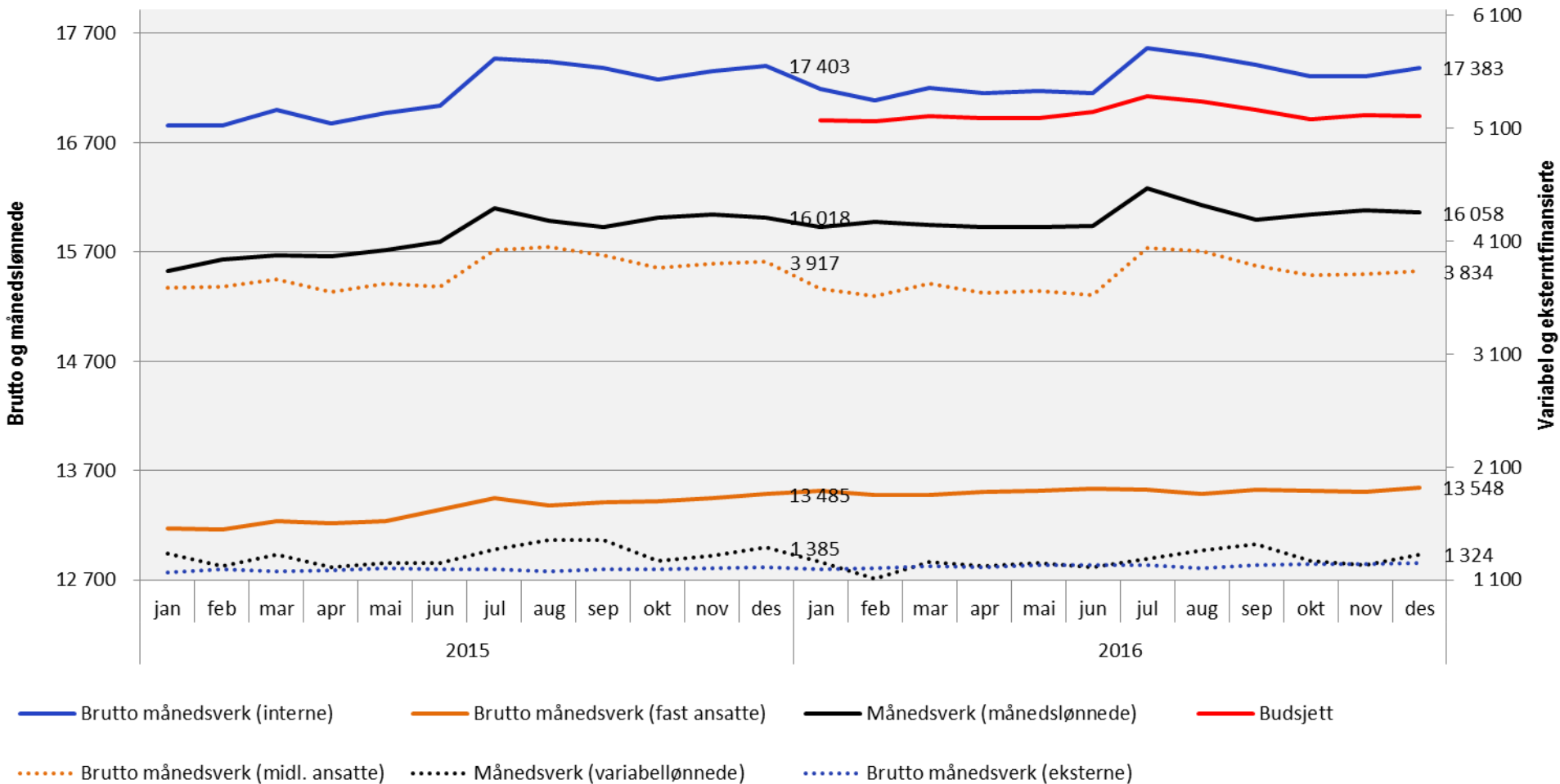
3.1 Økonomisk resultat

Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2016	November				Hittil i 2016			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	12 593 036	1 031 862	1 031 862	0	0,0 %	10 845 240	10 845 240	0	0,0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	7 856 484	718 868	699 155	19 714	2,8 %	7 199 067	7 235 762	-36 695	-0,5 %
Andre inntekter	2 105 919	220 938	183 748	37 191	20,2 %	2 097 412	1 924 656	172 756	9,0 %
Sum driftsinntekter	22 555 439	1 971 669	1 914 764	56 904	3,0 %	20 141 720	20 005 658	136 062	0,7 %
Lønn -og innleiekostnader	15 393 509	1 342 435	1 294 131	-48 304	-3,7 %	13 647 438	13 458 889	-188 549	-1,4 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	3 032 312	276 389	267 695	-8 694	-3,2 %	2 935 687	2 784 149	-151 538	-5,4 %
Andre driftskostnader	3 906 423	332 805	334 468	1 664	0,5 %	3 502 803	3 557 208	54 405	1,5 %
Sum driftskostnader	22 332 244	1 951 628	1 896 294	-55 334	-2,9 %	20 085 928	19 800 246	-285 682	-1,4 %
Driftsresultat	223 195	20 040	18 470	1 570	0,1 %	55 792	205 412	-149 620	-0,8 %
Netto finans	1 805	-4 547	280	-4 827	-1723,9 %	16 162	838	15 324	1828,6 %
Resultat OUS	225 000	15 493	18 750	-3 257	-0,2 %	71 954	206 250	-134 296	-0,7 %



4.1 Bemanningsutvikling

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF



4.2 Bemanningsindikatorer

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Denne måned			Hittil i 2016				2016 mot 2015			
	DESEMBER 2016	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr DESEMBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ DESEMBER 2016 mot DESEMBER 2015	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Brutto månedsværk, herav:	18 634	18 086	548	18 510	18 111	399	2,2 %	21	0,1 %	161	0,9 %
- internt finansierte	17 383	16 941	442	17 286	16 966	320	1,9 %	-20	-0,1 %	126	0,7 %
- eksternt finansierte	1 251	1 145	106	1 225	1 145	79	6,9 %	41	3,4 %	35	2,9 %
- månedslønnede	17 292			17 228				83	0,5 %	211	1,2 %
- variabellønnede	1 341			1 282				-62	-4,4 %	-50	-3,8 %
- fast ansatte	14 032			13 996				59	0,4 %	184	1,3 %
- midlertidig ansatte	4 602			4 513				-36	-0,8 %	-21	-0,5 %
Øvrige indikatorer											
Innleie fra vikarbyrå (201611)											
Netto månedsværk nasj. ind. (201610)	15 418			14 817				25	0,2 %	130	0,9 %
Sykefraværspersent (201610)	7,0			7,1				-0,2	-2,6 %	-0,2	-2,4 %

Fra ProClarity. De grå feltene representerer ulike måter å bryte ned det overordnede tallet for brutto månedsværk. Oppdaterte standardsatser for innleie er ikke klare, og omregning av fakturabeløp blir derfor misvisende.

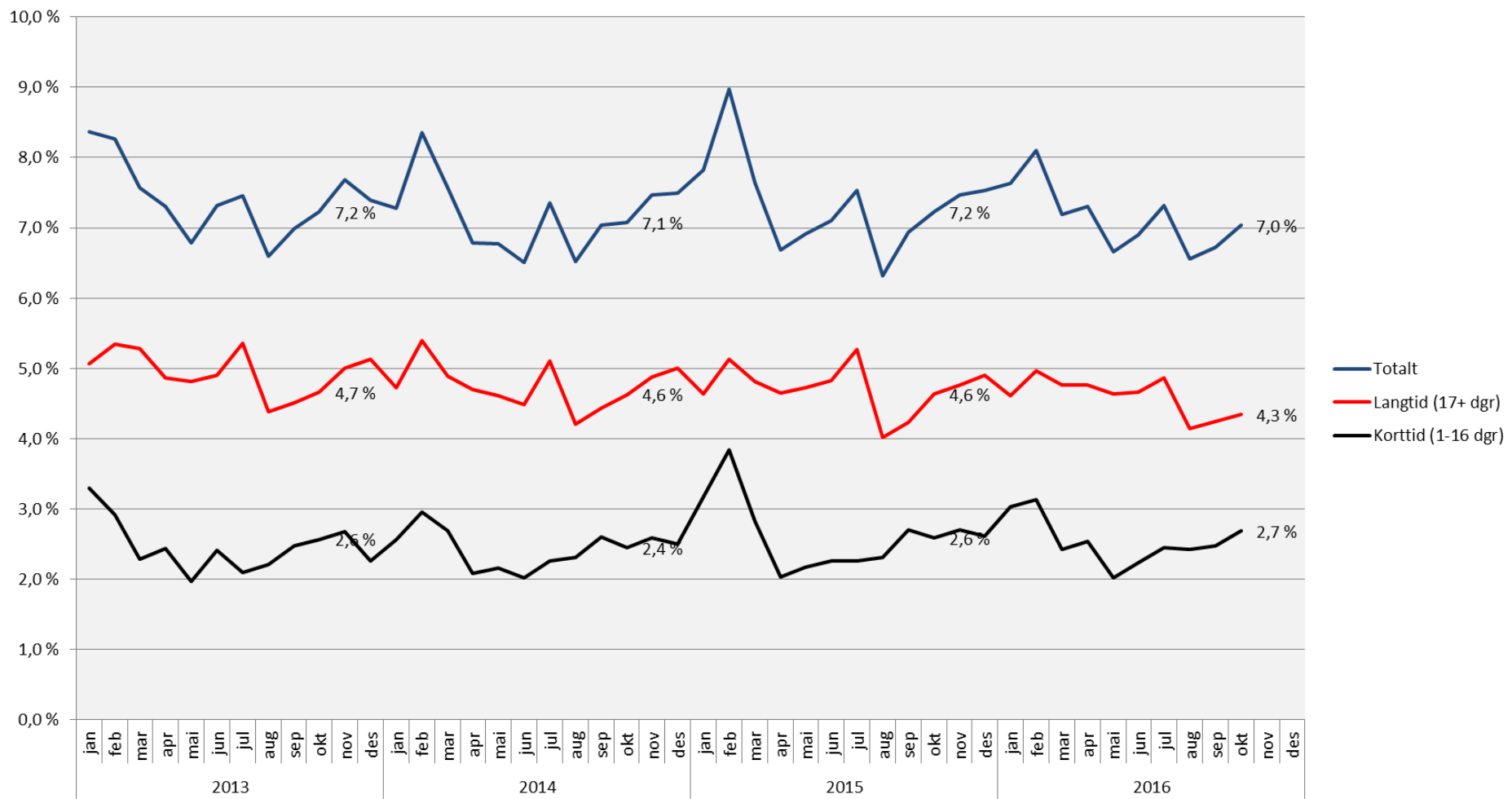
4.2 Bemanningsindikatorer internt finansierte

INTERNT FINANSIERTE	Denne måned			Hittil i 2016				2016 mot 2015			
	DESEMBER 2016	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr DESEMBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ DESEMBER 2016 mot DESEMBER 2015	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Psykisk helse og rus	2 217	2 137	80	2 172	2 166	7	0,3 %	32	1,4 %	-17	-0,8 %
Somatiske kliniske klinikker	8 419	8 034	385	8 356	8 061	295	3,7 %	-39	-0,5 %	26	0,3 %
Medisinske støttefunksjoner	4 621	4 606	15	4 613	4 564	49	1,1 %	18	0,4 %	91	2,0 %
Stab og OSS	2 125	2 091	34	2 144	2 109	35	1,7 %	-30	-1,4 %	26	1,2 %
OUS	17 383	16 941	442	17 286	16 966	320	0	-20	0	126	0

INTERNT FINANSIERTE	Denne måned			Hittil i 2016				2016 mot 2015			
	DESEMBER 2016	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr DESEMBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ DESEMBER 2016 mot DESEMBER 2015	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
AKU	1 739	1 728	12	1 735	1 708	26	1,5 %	6	0,3 %	15	0,9 %
PRE	772	785	-12	771	762	9	1,2 %	4	0,6 %	34	4,7 %
PHA	2 217	2 137	80	2 172	2 166	7	0,3 %	32	1,4 %	-17	-0,8 %
MED	1 303	1 236	67	1 287	1 244	42	3,4 %	12	1,0 %	11	0,9 %
HLK	845	788	56	836	796	40	5,0 %	-8	-1,0 %	-5	-0,6 %
KIT	1 025	929	96	1 008	934	74	7,9 %	33	3,4 %	24	2,4 %
KLM	1 369	1 357	13	1 363	1 356	7	0,5 %	10	0,7 %	33	2,5 %
KRE	1 353	1 356	-3	1 362	1 356	6	0,4 %	-44	-3,1 %	-28	-2,0 %
KRN	740	738	3	744	738	6	0,9 %	-3	-0,4 %	9	1,2 %
KVI	663	640	23	667	645	22	3,5 %	-13	-1,9 %	-7	-1,0 %
NVR	894	864	30	875	863	13	1,5 %	-8	-0,8 %	4	0,5 %
OPK	608	567	41	613	566	47	8,3 %	-16	-2,6 %	7	1,1 %
HHA	755	721	34	751	720	31	4,3 %	0	0,0 %	11	1,4 %
BAR	973	933	41	957	937	20	2,2 %	4	0,4 %	10	1,0 %
OSS	1 908	1 870	38	1 930	1 888	42	2,2 %	-28	-1,5 %	26	1,4 %
DST	217	221	-4	214	221	-7	-3,0 %	-2	-0,8 %	0	0,1 %
OUS	17 383	16 941	442	17 286	16 966	320	1,9 %	-20	-0,1 %	126	0,7 %

4.6 Sykefravær

Utvikling sykefraværsprosent 2013-2016



Oslo universitetssykehus HF

Styresak

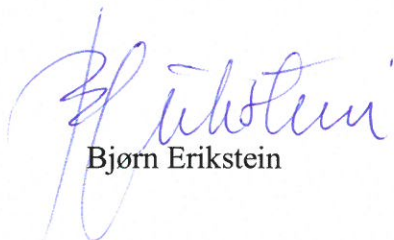
Dato møte:	15. desember 2016
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør økonomi og finans
Vedlegg:	<ol style="list-style-type: none">1. Budsjettdokument2. Områdeplan IKT3. Investeringsplan bygg4. Investeringsplan MTU5. Investeringsplan andre investeringer6. Drøftingsprotokoll

SAK 75/2016 BUDSJETT 2017

Forslag til vedtak:

1. *Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2017 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 75/2016. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere budsjettet i samsvar med beslutninger i foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF, vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF og gitte fullmakter. Styret ber administrerende direktør legge de vedlagte investeringsplanene til grunn for investeringene i 2017.*
2. *Administrerende direktør gis fullmakt til å ta opp langsiktige lån fra Helse Sør-Øst RHF og inngå nødvendige leieavtaler for å finansiere investeringer i samsvar med tabell 3.*
3. *Administrerende direktør gis fullmakt til å avtale lånebetingelser innenfor alternativene som tilbys av Helse Sør-Øst RHF.*
4. *Administrerende direktør gis fullmakt til å replasere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.*

Oslo den 8. desember 2016



Bjørn Erikstein

1. NNLEDNING

Denne styresaken med vedlegg gir grunnlag for styrets beslutning om budsjett for 2017 for Oslo universitetssykehus HF. De eksterne rammebetingelser i form av rammetildelinger, aktivitetskrav og andre forutsetninger fra Helse Sør-Øst RHF er innarbeidet i de foreslåtte budsjettene.

Saken inneholder tabeller som viser de budsjetter som foreslås gjort gjeldende for styring av virksomheten i 2017 (tabellene 1-3) og som dermed foreslås vedtatt av styret.

Saken inneholder videre et mer omfattende budsjettokument (vedlegg 1) som redegjør nærmere for forutsetningene og oppbyggingen av driftsbudsjettet. Videre gis det en gjennomgang av arbeidet med effektiviseringstiltak i dette vedlegget. I tabelldelen av dette vedlegget er budsjettforslagene i tabellene 1-3 sammenliknet med budsjett for 2016, estimat for 2016 og tallgrunlaget fra Økonomisk langtidsplan 2017-2020 som ble behandlet av styret i april i år.

Vedlegg 2, 3, 4, 5 inneholder henholdsvis områdeplan for IKT for Oslo universitetssykehus HF og investeringsplaner for bygg, Medisinsk teknisk utstyr og annet.

Vedlegg 6 er protokoll fra drøftingsmøte med foretakstillitsvalgte mandag 5. desember.

2. TIDLIGERE VEDTAK

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 65/2016 Budsjett 2017 den 27. oktober 2016:

Styret tar sak om budsjett 2017 til orientering.

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 53/2016 Budsjett 2017 den 29. september 2016:

Styret tar saken til orientering.

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 46/2016 Økonomisk langtidsplan 2017-2020 og budsjett 2017 den 23. juni 2016:

Styret tar redegjørelsen om det videre arbeidet med oppfølging av økonomisk langtidsplan 2017-2020 til orientering. Styret ber om å bli orientert om fremdrift i møtet 27. oktober.

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

Styret behandlet første gang budsjett for 2017 i april i år ved behandling av Økonomisk langtidsplan 2017-2020 (styresak 27/2016). Styret besluttet på dette tidspunktet en plan for investeringer i 2017 som skulle finansieres dels ved egen likviditet og låneopptak, dels ved finansiell leie og overskudd fra drift.

Oslo universitetssykehus HF står fortsatt overfor store utfordringer som følge av nødvendige oppgraderinger av gammel bygningsmasse. Videre er det behov for omfattende satsning på fornyelse av MTU og IKT. Dette krever omstillinger av driften både i det kommende året og i årene framover. Hovedtrekkene i det flerårige utfordringsbildet som ble tegnet i økonomisk langtidsplan står derfor fortsatt ved lag: Foretaket må effektivisere driften vesentlig for å kunne frigjøre midler til nødvendige investeringer i bygninger, MTU og IKT. Investeringene i bygninger, MTU og IKT vil reelt sett være finansiert av lån (eller reduserte fordringer på Helse Sør-Øst RHF) og vil medføre økte kapitalkostnader i årene framover.

Administrerende direktør konstaterer at de økonomiske forutsetningene for drift av Oslo universitetssykehus HF i 2017 er noe svekket etter behandling av økonomisk langtidsplan 2017-2020. Inntektene vil øke mer enn forventet, men foretaket har gjennom 2016 ikke klart å redusere kostnadene som forutsatt i budsjettet for 2016.

Gjennomføring av driften i 2017 med samme økonomiske resultatmål som forutsatt i økonomisk langtidsplan er derfor mer krevende enn tidligere lagt til grunn. Administrerende direktør vil understreke at det er en betydelig risiko knyttet til resultatkravet i driftsbudsjettet. Resultatkravet krever gjennomføring av resultatforbedrende tiltak for om lag 4 pst av påvirkbare kostnader i klinikkene. På dette tidspunkt foreligger det ikke tiltak i tilstrekkelig grad for å kunne ha rimelig grad av sikkerhet for gjennomføring av driftsbudsjettet. Det er derfor nødvendig med ytterligere konkretisering av tiltak for gjennomføring av drift både innenfor de enkelte klinikkene og gjennom arbeidet som nå pågår innenfor programmet «Forbedring av drift i OUS HF 2017-2020».

Administrerende direktør vil ha en tett oppfølging av både planlegging og gjennomføring av drift for 2017 med den enkelte klinikk og med klinikkene samlet. Dette vil inngå som del av oppfølging av klinikkene fra og med januar 2017. Det vil hver måned bli etterspurt prognose for drift med korrektive tiltak.

Administrerende direktør vil disponere foretakets likviditet slik at samlet forbruk er innenfor Oslo universitetssykehus HF rammer. Den store utfordringen driftsbudsjettet representerer med tilhørende resultatrisiko gjør det trolig nødvendig å holde igjen noe av investeringsbudsjettet ved årets start.

Oslo universitetssykehus HF driver en virksomhet ved flere lokalisasjoner og med ulikt innhold. Utvikling i de ulike enhetene i Oslo universitetssykehus HF kan over tid medføre forskjeller i både arbeidspress og mulighetsrom for faglig utvikling. Forholdene er tatt opp av sykehusets arbeidsmiljøutvalg, og administrerende direktør vil ha særlig oppmerksomhet på dette i 2017.

Administrerende direktør understreker at budsjettet for 2017 er meget krevende og det er nødvendig å forbedre driften og ha god kostnadskontroll. Administrerende direktør understreker derfor viktigheten av at det flerårige arbeidet med forbedringer i driften må fortsette. Samtidig må det arbeides for å øke inntektene til Oslo universitetssykehus HF ytterligere på varig basis.

Administrerende direktør anbefaler at styret vedtar drifts- og investeringsbudsjettet slik det nå foreligger.

4. BUDSJETT FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF 2017

Sykehusene har et totalt økonomisk ansvar for disponering av tilgjengelig likviditet til drift og investeringer. Ved behandling av økonomisk langtidsplan er det sykehusenes oppgave å veie de kortsiktige hensyn opp mot de langsiktige. Dette innebærer at behovene for å sikre likviditet til investeringer må sees opp mot behovene innenfor den løpende drift med vare- og lønnskostnader. I en slik vurdering står også mulighetene sykehusene har for å forbedre driftsøkonomien sentralt.

Hovedstrategien i Økonomisk langtidsplan (ØLP) for perioden 2017-2020 var rettet inn mot å sette helseforetaket i stand til å kunne finansiere de investeringene i MTU, bygg mv som det er behov for på både kort og lengre sikt. For å realisere dette ble det forutsatt en forbedring i det økonomiske resultatet i årene fremover (jf tabellen nedenfor). Denne utviklingen krever en betydelig effektivisering av virksomheten både på kort og lang sikt. Sammen med den budsjetterte resultatutviklingen ble finansiell leie budsjettert som finansiering for å dekke deler av de kortsiktige investeringsbehovene.

År	Estimert resultat 2016 og planlagt resultat 2017-2020 (fra Økonomisk langtidsplan 2017-2020)
2016	+ 225 millioner kroner
2017	+ 250 millioner kroner
2018	+ 300 millioner kroner
2019	+ 350 millioner kroner
2020	+ 400 millioner kroner

4.1 Overordnet om oppdrag og bestilling

Oppdrag og bestilling 2017 planlegges vedtatt på foretaksmøte tidlig i 2017. Dokumentet vil inneholde det formelle oppdraget til Oslo universitetssykehus HF om gjennomføring av virksomheten i 2017 samt tildele midler for å gjennomføre dette. Styret i Helse Sør-Øst RHF vil til møtet 15. desember bli forelagt forslag til resultatkrav for helseforetakene for 2017.

Oslo universitetssykehus HF skal i 2017 gjennomføre forventede oppgaver innenfor pasientbehandling, forskning, pasientopplæring og undervisning med høy kvalitet og innenfor det nevnte økonomiske styringsmålet. Helse Sør-Øst RHF stiller krav om at helseforetakene må ta ansvar for finansiering av egne investeringer og dermed realisere positive økonomiske resultater for å kunne finansiere disse. Positive økonomiske resultater for Oslo universitetssykehus HF i 2017 og i årene framover vil dermed være av vesentlig betydning for foretakets mulighet til å gjennomføre egne arealplaner for utvikling av eiendomsmassen og planer for utskifting av medisinskteknisk utstyr med videre på kort og lengre sikt.

Styret i Helse Sør-Øst RHF har ved planlegging av det økonomiske opplegget for 2017 tatt utgangspunkt i Plan for strategisk utvikling 2013-2020 i Helse Sør-Øst med den flerårige satsningen på kvalitet og pasientsikkerhet samt digital fornying.

Styret i Helse Sør-Øst RHF besluttet følgende mål for helseforetakene for 2017:

- Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd
- Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent
- Pasienten får timeavtale sammen med svar på henvisningen
- Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet
- Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer

4.1. Aktivitet

Statsbudsjettet for 2016 legger til rette for en økning i pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF) på om lag 1,5 pst. fra aktivitetsnivået i 2016. Fra 2017 omfatter dette også poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og rusbehandling. Det er ikke satt et tak for finansiering av aktivitet i 2017.

Oslo universitetssykehus HF planlegger med en reell vekst i den somatiske aktiviteten på omlag 2-2 ½ prosent fra estimert aktivitetsnivå i 2016. Bedre utnyttelse av eksisterende operasjonsstuer skal legge til rette for en vekst i aktivitet innen somatikken. Etter en vurdering av de driftsøkonomiske konsekvensene blir det også satt i drift flere operasjonsstuer på Aker. Budsjettet skal legge til rette for redusert svartid for patologiske undersøkelser. For psykisk helsevern for voksne planlegges det med en vekst i antall polikliniske konsultasjoner på om lag 3 pst fra estimat 2016, innenfor psykisk helsevern for barn og unge er det planlagt med en vekst fra estimat 2016 på 3 pst og innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det planlagt med en vekst på 3,5 pst. Helse Sør-Øst RHF vil foreta en samlet vurdering av aktiviteten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette kan medføre endringer i aktivitetsmålene for Oslo universitetssykehus HF.

4.2. Ventelister og fristbrudd

Oslo universitetssykehus HF har kontinuerlig fokus på å redusere antall ventende og ventetider, samt forebygge fristbrudd. Med aktivitetsmålene for 2017 og de tiltak som er beskrevet er det forventet at ventetidene fortsatt skal kunne reduseres og at Oslo universitetssykehus HF ikke skal ha pasienter som venter over ett år (langtidsventende) før helsehjelpen starter. Samtidig videreføres målet om at pasientene ikke skal oppleve fristbrudd. Oppfølgingen av avdelingene baserer seg på nasjonale indikatorer for henvisningsprosessen. Det er tilgjengelige styringsdata med rapporter som oppdateres fortløpende slik at utviklingen følges nøye. Fra og med 2017 utvides fremstilling av ventelistedata til å omfatte alle ventende (nyhenviste og ventelisteavklarte). Dette innebærer en mer helhetlig oppfølging av pasientforløpet, hvor et av målene er å sikre bedre kontinuitet i pasientenes behandlingstilbud.

For tiden pågår det stor innsats i å redusere antall pasienter som ikke har mottatt enten utredning, behandling, kontroll mv innenfor den tid det er planlagt for (tentativ dato). Det arbeides også med å redusere antall ventende der det ikke er innkalt til neste oppmøte. Dette arbeidet strekker seg inn i 2017, og det skal settes mål for forbedring i de enkelte klinikker/avdelinger.

Det er nedlagt et betydelig arbeid for at organisasjonen skal være oppdatert på lovverk og regler samt bruk av pasientadministrativt system. Det er vektlagt at prioriteringsveilederne skal legges til grunn for enhetlig vurdering av rettighetstildeling og fristfastsettelse. Det arbeides for at ventelistene fortløpende skal være ajourførte slik at de representerer et godt verktøy i planleggingen av driften opp mot tilgjengelig kapasitet. Det arbeides i tillegg med å bedre langtidsplanleggingen med etablering av timebøker minst 6 mnd frem i tid. Forbedringsarbeidet er fra 2016 understøttet av tilsendte ukerapporter til alle ledere.

Sykehuset vil også arbeide videre med driftsendringer som bedrer kapasitet, inkl oppgavedeling med andre sykehus, samarbeid med avtalespesialister og andre private aktører med tilpasning av kapasitet til behov ved overordnet prioritering.

4.3. Pakkeforeløp i kreftbehandlingen

Oslo universitetssykehus HF har innført pakkeforløp i henhold til nasjonale retningslinjer. God registreringspraksis av målepunktene i pakkeforløp er viktig for å gi korrekte styringsdata og underlag for forbedringsarbeid. I DIPS Arena er det utviklet funksjonalitet som forenkler registrering av pakkeforløp. Denne funksjonaliteten ble implementert i OUS 30. mai 2016. Det er nå mulig å registrere dato for "start pakkeforløp" fra et annet sykehus for et forløp der OUS skal innfri forløpstiden frem til behandling. Pasientlisten gir oversikt over estimerte forløpstider, hvilke som nærmer seg frist eller er over frist. Rapportfunksjonalitet for pakkeforløpsmodulen i DIPS Arena er planlagt implementert i Oslo universitetssykehus HF i 2017. Det vil da bli mulig å ta ut rapporter for oppfølging av måloppnåelse for pakkeforløp i OUS til bruk internt i forbedringsarbeid i ledergrupper og forløpsteam.

4.4. Driftsbudsjett

Under behandling av Økonomisk langtidsplan 2017-2020 mottok Oslo universitetssykehus HF en foreløpig tildeling av inntektsrammer for 2017 der det var innarbeidet en reduksjon i laboratorietakstene. Oslo universitetssykehus HF har hatt en dialog med Helse Sør-Øst RHF om endringer i modellene som ikke var innarbeidet da inntektsrammer for økonomisk langtidsplan forelå. Det viktigste elementet er en økning i kompensasjon for aktivitet utført for andre sykehusområder og som ikke er omfattet av finansieringen av lands- og regionfunksjoner. Dette utgjør 75 millioner kroner. I tillegg har Oslo universitetssykehus HF økt rammen med om lag 25 millioner kroner innen den kvalitetsbaserte finansieringen etter innføringen av DIPS. Helse Sør-Øst RHF deler ut mer midler til vekst enn det som ble beregnet ved behandling av økonomisk langtidsplan. Dette utgjør om lag 40 mill kroner for Oslo universitetssykehus HF. Totalt innebærer dette en reell økning i basisrammen på om lag 150 millioner kroner fra 2016.

Ut over endringen i basisrammen er det i hovedsak to forhold som har endret utfordringsbildet for 2017 etter behandling av økonomisk langtidsplan 2017-2020:

- Aktivitetsbaserte inntekter: Pris per DRG-poeng er for 2017 underregulert med 0,5 prosent ut fra en forventning om bedring i koding i 2017. Prisen er i tillegg redusert med 0,8 prosent som følge av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (0,5 prosent i forslaget til budsjett, endret til 0,8 prosent i nytt forslag til budsjett den 5. desember, jf omtale nedenfor).
- Resultat 2016: Ved utarbeidelse av økonomisk langtidsplan var det lagt til grunn at Oslo universitetssykehus HF vil kunne oppnå et økonomisk resultat i 2016 i samsvar med vedtatt budsjett (pluss 225 mill kroner). Foretaket har gjennom 2016 ikke klart å redusere kostnadene som forutsatt i budsjettet for 2016. Derimot har salg av eiendom, lavere IKT-kostnader og kortsiktige tiltak gitt engangsgevinster i 2016 slik at selv om det økonomiske resultatet kan bli om lag i henhold til budsjett for 2016 er den underliggende driften kanskje om lag 250 millioner kroner svakere enn budsjettet.

Etter at Helse Sør-Øst RHF tildelte budsjettstrammer til sykehusene er forslag til statsbudsjett endret for sykehussektoren. Basisrammen til Helse Sør-Øst RHF blir redusert med 162 millioner kroner, og DRG-prisen reduseres med ytterligere 0,3 prosent. Helse Sør-Øst RHF har foreløpig kommunisert at sykehusets basisramme ikke blir endret. Redusert DRG-pris på 0,3 prosent må derimot håndteres innenfor sykehusenes budsjett. For Oslo universitetssykehus HF utgjør dette om lag 20 millioner kroner i tapte inntekter.

Det er enkelte endringer i andre utgiftsposter sammenliknet med det som ble lagt til grunn i økonomisk langtidsplan. Blant annet forventes noe reduserte avskrivninger.

Vurderingen av utfordringsbildet under behandlingen av Økonomisk langtidsplan 2017-2020 tilsa et krav til effektivisering av drift fra 2016 til 2017 med om lag 3 pst. Med de nye driftsforutsetningene for budsjett 2017 er det i foreliggende forslag til budsjett et anslått krav til resultatforbedring på om lag 4 prosent. Klinikkene har drøftet tiltak som imøtekommer en betydelig del av dette kravet til resultatforbedring, men ikke alt. Det vil dermed være nødvendig med ytterligere tiltak for å oppnå et resultat i henhold til budsjett for 2017. Kravet til klinikkene innebærer at de i tillegg til å levere høyere aktivitet med eksisterende bemanning også må finne områder innenfor virksomheten der bemanning reduseres. Det forventes av støtteklinikene at de bidrar til effektiv drift ved å fjerne/reducere flaskehals for å øke muligheten for gjennomføring av rasjonell drift i de kliniske klinikkene.

4.5. Investeringsbudsjett

Sammendrag

Det har vært en dialog mellom Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF om finansieringen av investeringer i 2017 med utgangspunkt i det investeringsbudsjettet som ble besluttet ved behandling av økonomisk langtidsplan. Som det fremgår av vedlagt tabell 3 legges det til grunn et samlet investeringsbudsjett på 1 526 millioner kroner for Oslo universitetssykehus HF for 2017. I tillegg forventes det regional finansiering av felles regionale IKT-prosjekter hvor Oslo universitetssykehus HF andel utgjør om lag 450 millioner kroner. Det understrekes at dette er et anslag og at rammen for IKT-investeringer ikke er endelig besluttet i Helse Sør-Øst RHF. Denne delen av investeringene legges heller ikke fram til formell beslutning i styret i Oslo universitetssykehus HF siden beslutningene fattes på regionalt nivå.

Styret vedtok i Økonomisk langtidsplan 2017-2020 et investeringsbudsjett på 1 648 millioner kroner for 2017 (utenom regionalt finansiert investeringsprosjekter innenfor IKT). Budsjettet inneholdt plan for omfattende utskifting av medisinsk teknisk utstyr og en plan for utbedring av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF. Det er innvilget et 4 års lån på 1 260 millioner kroner (315 mill kroner per år) til å lukke de største og mest alvorlige avvikene i bygningsmassen ved OUS. Dette er finansiering ut over den ordinære likviditetstildeling fra Helse Sør-Øst RHF. Det var videre forutsatt en egenfinansiering for disse vedlikeholdsinvesteringene på 135 millioner kroner (30 pst) slik at totalrammen for disse investeringene vil utgjøre 450 millioner kroner, hvorav nevnte lån utgjør 315 millioner kroner for 2017. I tillegg foreslås langsiktig leie til finansiering av investeringer av medisinsk teknisk utstyr og ambulanser for i alt om lag 311 millioner kroner. Nytt modulbygg på Ullevål inngår ikke i investeringsplanene for 2017.

Bygginvesteringer

Bygningsmassens samlede tilstandsgrad er en betydelig utfordring både for Oslo universitetssykehus HF og foretaksgruppen. Bygningenes tilstand reflekteres også i avvik fra ulike tilsyn (brann, elektro og arbeidstilsyn i hovedsak). Det arbeides derfor videre med konseptfaser for å finansiere og realisere nye bygg.

Investeringer i gamle bygg på Ullevål, Radiumhospitalet og Aker

Etter behandling og godkjenning i Oslo universitetssykehus HF styresak 67/2014 og Helse Sør-Øst RHF styresak 045-2015 ble det søkt om, og siden bevilget av Stortinget et lån på 1 260 millioner kroner over fire år til å lukke de mest alvorlige avvikene i bygningsmassen ved Ullevål, Radiumhospitalet og Aker. Oppdraget omfatter lukking av tilsynsavvik og de tiltak som inngikk i søknaden. Oppdraget omfatter ikke ordinære vedlikeholdskostnader og forebyggende vedlikehold.

Det vil for 2017 budsjettet foreslås prioritering av investeringsmidler til særskilt tre hovedområder:

- Elektrotilsyn: Det er et stort investeringsbehov innenfor elektro og lukking av avvik innenfor tilsyn fra DSB.
- Oppgradering av sengeposter, som lukker avvik innen HMS, brann og elektro primært
- Må-tiltak som knytter seg til HMS avvik.

I tillegg vil det også disponeres midler til særskilte tiltak innenfor avvik brann, men av et mindre omfang enn tidligere år.

Det er utarbeidet detaljerte oversikter over enkeltprosjekter som skal gjennomføres for å lukke avvik i tråd med bevilgningen. Gjennomføringen av enkeltprosjektene avklares med Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med Sykehusbygg HF.

Omstillingsinvesteringer i bygg

Det planlegges med gjennomføring av omstillingsinvesteringer i bygg også for 2017 budsjettet. De største prosjektene som nå pågår innen denne kategorien er overflytting av inneliggende karkirurgi til Rikshospitalet, overflytting og samling av enkelte funksjoner i psykisk helsevern samt understøttelse av allerede overflyttet virksomhet til Rikshospitalet (Generell intensiv m.fl.). Det er i tillegg lagt til grunn bruk av midler til nødvendig utvidelse av kapasitet for Regional sikkerhetsavdeling (RSA).

Investeringsnivået er forventet til om lag 170 millioner kroner for 2017 budsjettet inklusive en andel medisinsk teknisk utstyr.

Andre investeringer i bygg

Det er utover de investeringene som er omtalt over også nødvendig å planlegge for uforutsette havarier og nødvendige oppgraderinger på Rikshospitalet og andre lokaliseringer. I tillegg er det nødvendig å tilrettelegge byggene ved flere av anskaffelsene av medisinsk teknisk utstyr (MTU).

Medisinsk teknisk utstyr

Det er i forslag til investeringsbudsjett 2017 samlet sett disponert midler til investeringer og leie av medisinsk teknisk utstyr (MTU) for 501 millioner kroner i anskaffelseskostnad. Dette er høyere enn det som var planlagt som del av økonomisk langtidsplan. Dette skyldes at gjennomføring av 68 mill kroner av investeringsbudsjett i 2016 ble utsatt som følge av risiko for resultatavvik dette året. Et investeringsnivå på om lag 450 mill kroner per år framover er forutsatt

gjennomført i takt med forbedring av driftsresultatene i Oslo universitetssykehus HF.

For å finansiere investeringsbudsjettet legges det opp til at om lag 60 pst innenfor MTU må anskaffes som finansiell leie. Det vil i 2017 budsjettet bli prioritert elektive investeringsmidler til spesielt monitorprosjektet (utskiftning av pasientmonitører på Rikshospitalet/Radiumhospitalet), 2 LINAC'er på Radiumhospitalet, 2 PET-CT'er på Rikshospitalet/Radiumhospitalet, 2 CT'er på Ullevål og utstyr til Sterilsentralen på Aker/Ullevål/Radiumhospitalet.

IKT

Områdeplan IKT skal brukes som underlag for IKT prioriteringene i Oslo universitetssykehus HF. Vedlagt følger områdeplan for IKT 2017-2021. Dokumentet legger også grunnlag for kommunikasjonen med Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner om Oslo universitetssykehus HFs planer og behov for perioden.

Det er i områdeplanen gjort en prioritering av nye lokale investeringsmidler som summeres opp til 38 millioner kroner. Omfanget av IKT-prosjekter rettet mot Oslo universitetssykehus HF er betydelig høyere enn de lokale investeringsmidlene. Flere større regionale prosjekter i 2017 forventes å bli finansiert med regionalt tilført likviditet (se vedlegg 1 tabell 7). Det legges til grunn at Oslo universitetssykehus HF andel i 2017 vil utgjøre om lag 450 millioner kroner av regionale investeringsmidler. Investeringene er nærmere beskrevet i vedlagte områdeplan-IKT.

Andre investeringer

Midler til investeringer i annet utstyr inkluderer i hovedsak investeringer i ambulanser, behandlingshjelpemidler og kjøkken. Andre mindre investeringer som inngår er biler, lastebiler, trucker, vogner, vaskemaskiner, inventar etc. Det foreslås at sykehuset for 2017 anskaffer ambulanser ved bruk av finansiell leie.

4.6. Finansiering av investeringsaktiviteten i 2017

Oslo universitetssykehus HF har fire hovedkilder til investeringer for budsjett 2017:

- Årlig fast likviditetstildeling fra Helse Sør-Øst RHF.
- Overskudd fra driftsbudsjettet.
- Lån fra Helse og omsorgsdepartementet.
- Finansiell leie

Finansieringskilder med beløp er også vist i tabell 3.

En stor del av finansieringen av investeringsbudsjettet for 2017 er avhengig av resultatoppnåelsen i 2016 og 2017. Oslo universitetssykehus HF kan derfor ikke fullt ut disponere det foreslåtte investeringsbudsjettet for 2017 før det er tilstrekkelig sikkerhet for oppnåelse både av budsjettert resultat for 2016 og 2017.

4.7. Fullmakter

Utover fullmakt til å gjennomføre drift og investeringer i samsvar med vedtatt budsjett foreslås det følgende eksplisitte fullmakter til administrerende direktør:

Fullmakt til å ta opp lån fra Helse Sør-Øst RHF.

Som nevnt ovenfor må Oslo universitetssykehus HF ta opp lån i Helse Sør-Øst RHF for å finansiere investeringer for å håndtere tilsynsavvik.

Helse Sør-Øst RHF tilbyr låneavtaler med flytende rente og med fast rente med ulik bindingsperiode. For å ha en god forvaltning av foretakets låneportefølje foreslås det at administrerende direktør gis fullmakt til å avtale lånebetingelser innenfor de alternativene Helse Sør- Øst RHF til enhver tid tilbyr, herunder endre rentebetingelser, avdragsbetingelser og nedbetalingsperiode.

Fullmakt til å relassere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.

Ansatte i Oslo universitetssykehus HF er tilsluttet fire pensjonskasser. Statens pensjonskasse er den eneste av disse pensjonskassene der Oslo universitetssykehus HF tar stilling til plassering av pensjonsmidlene. Plasseringsalternativene er statsobligasjoner av ulik varighet og plassering som Statens pensjonsfond utland. I styresak 131/2011 fattet styret vedtak om at plassering av pensjonsmidler i Statens pensjonskasse skal ha som intensjon at man på sikt skal ha en sammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene.

I forbindelse med plassering av pensjonsmidler innhenter Oslo universitetssykehus HF råd fra KLP Kapitalforvaltning AS, og basert på disse vurderingene foreslår viseadministrerende direktør for økonomi og finans en plassering overfor administrerende direktør. Styret har lagt føringer for relassering av pensjonsmidler i Statens pensjonskasse, og styret informeres to ganger i året om avkastningen på pensjonsmidlene. Det foreslås at administrerende direktør gis fullmakt til å beslutte plassering pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.

4.8. Risikovurdering av gjennomføring av budsjett 2017

Ledelsens gjennomgang 2. tertial inneholdt en risikovurdering for sykehuset samlet. Det er som del av utarbeidelsen av budsjett 2017 vurdert om det enkelte risikomoment blir påvirket av gjennomføringen av budsjett 2017 slik det nå foreligger. Nedenfor kommenteres de enkelte risikomomentene som antas å bli påvirket.

Økonomisk resultat 2017 og gjennomføring av planlagte investeringer

Det er betydelig økonomisk resultatrisiko knyttet til å gjennomføre 2017-budsjettet når krav til effektivisering med endrede inntektsforutsetninger er på om lag 4 prosent. Samtidig er investeringsbudsjettet basert på oppnådde driftsresultater både for 2016 og 2017. Det er derfor også en risiko for at planlagte investeringer i 2017 ikke kan gjennomføres fullt ut i henhold til plan.

Ventelister, fristbrudd- og behandlingskapasitet

Fristbruddsituasjonen ble forbedret ved utgangen av 2015 og har ligget på et akseptabelt nivå i 2016. Klinikkene er for budsjett 2017 bedt om å planlegge for ytterligere økning i aktivitet. Klinikk for laboratoriemedisin er tildelt midler for å håndtere raskere svartider innen patologi. Risikoen for at tjenester innen radiologi kan bli en flaskehals er til stede og må vurderes fortløpende i 2017.

Akuttklinikken skal foreløpig planlegge for bedre utnyttelse av eksisterende operasjonsstuer og en økning av stuer på Aker. Det vil gjennom 2017 bli vurdert bemanning av flere stueøkter ut fra en vurdering av kapasitetsutnyttelse og behov. Med planlagt vekst i klinikkene skal det være mulig å redusere ventelister og tid fra henvisning mottas til behandling blir gitt. Antallet fristbrudd skal også holdes lavt med disse planene (forløpstiden).

Sykehusinfeksjoner – resistens

Det ble i 2016 budsjettet tildelt særskilte budsjettmidler til styrking innen dette området. Medisinsk klinikk ble tildelt en overlegestilling på Infeksjonsmedisinsk avdeling for å sikre og styrke infeksjonsmedisinsk tilsynsservice på Ullevål. Dette vil erfaringsmessig bidra til riktigere og mindre resistensfremmende bruk av antimikrobielle midler. Dette kan isolert sett bidra til noe redusert risiko.

Ressurser til sykehusets støttetjenester er redusert i forslaget til budsjett. Forekomst av smitte og sykehusinfeksjoner må inngå i vurderingen av ressurser som disponeres til renhold og hvordan disse ressursene anvendes for i størst mulig grad å redusere risikoen.

Forløpstider og pakkeforløp kreft

Indikatorer knyttet til pakkeforløp for kreft inngår i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet og blir publisert for hvert enkelt helseforetak. OUS innførte 28 pakkeforløp i løpet av 2015 og i løpet av 2016 er det arbeidet for å forbedre pasientforløpene med god koordinering og ledelse av disse. Sykehuset vil i 2017 bli fulgt opp med hensyn til måloppnåelse for andel kreftpasienter som inngår i pakkeforløp. I tillegg vil sykehuset bli målt på måloppnåelse vedrørende forløpstider samlet og spesifikt for ulike pakkeforløp.

OUS har totalt sett i 2016 hatt god måloppnåelse i forhold til nasjonal standard når det gjelder andel kreftpasienter som inngår i pakkeforløp, omtrent som nasjonal målsetning. Når det gjelder andel pasienter med forløpstid innen nasjonal norm, er måloppnåelsen totalt sett svakere, med god måloppnåelse for noen forløp, men dårligere for andre. Sykehuset har fortsatt klare utfordringer når det gjelder spesielt pakkeforløp for prostatakreft, brystkreft og pakkeforløpene innen gynekologisk kreft. Det er iverksatt flere tiltak for å håndtere disse utfordringene, som økning av operasjonskapasitet, styrking av forløpskoordinator-funksjoner, økning av antall MR-undersøkelser, samt økt kapasitet i noen poliklinikker og i Brystdiagnostisk senter. Det er imidlertid fortsatt viktig med et stort fokus på resultatforbedring innen pakkeforløpene. Det er særskilte utfordringer når pasienter i pakkeforløp overføres mellom andre helseforetak og OUS, og det arbeides med å få til raskere overganger mellom sykehusene, bl.a. ved innføring av elektroniske henvisninger og etablering av regionale videobaserte multidisiplinære team-møter. Det arbeides også med å få bedre interne rapporter i

det pasientadministrative system for til enhver tid å kunne ha bedre oversikt over status for de enkelte pasienter i ulike forløp.

Svartider patologi

Svartider patologi har ikke vært tilfredsstillende i 2016. Det vil derfor bli en styrket ressurstilgang for drift av avdelingen med flere bioingeniørstillinger. Det vil også vurderes ledelsestiltak med sikte på å styrke styring og oppfølging av aktiviteten på de tre driftsstedene for histologi samt for spesiallaboratoriene.

Innenfor investeringsbudsjettet til medisinsk teknisk utstyr vil det prioriteres anskaffelse av «automatisert prøveflytlinje». Dette er ny teknologi som vil gi arbeidsbesparelse og økt pasientsikkerhet. Innenfor investeringsbudsjettet til IKT vil det prioriteres anskaffelse av system for strekkodemerking og elektronisk overføring av pasient ID på pasientprøver.

Bygg- og brannteknisk standard

Stortinget har bevilget et flerårig lån for utbedring av tilsynsavvik. De mest kritiske avvikene innen brannteknisk standard blir håndtert. Spesielt el-teknisk standard er kritisk i flere bygg og det er planlagt med flere elektro-tiltak i 2017. I tillegg er det budsjettet med noen oppgraderinger av bygg for 2017, og innen alle kategorier er det planlagt med flere tiltak enn det som ble gjennomført i 2016. De forhold som er kategorisert som de mest alvorlige utbedres først. Risikoen innenfor dette område er derfor i ferd med å bli redusert.

Det er likevel slik at Oslo universitetssykehus HF i mange år framover vil drifte sin virksomhet i meget gamle bygg som fremdeles fremstår som utdaterte. Det er under etablering fire konseptfaseprosjekter for å se på mulig langsiktig løsning for drift av sykehuset i adekvate bygg.

Vedlikeholdsetterslep bygningsmassen

Det planlagte investeringsnivået vil bidra til noe redusert etterslep i vedlikehold av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF. Omfanget av etterslep er imidlertid så omfattende at det totalt sett blir relativt lite påvirket av ett års investeringsbudsjett.

Kapasitet og standard MTU

Det planlegges gjennomført betydelige investeringer i medisinsk teknisk utstyr også i 2017 (501 millioner kroner). Samtidig er utstyrsporteføljen i Oslo universitetssykehus HF meget stor. Investeringsnivået i 2017 vil ikke være tilstrekkelig til å redusere vesentlig gjennomsnittsalderen for sykehusets MTU. Hyppigheten av kassasjoner med påfølgende hasteanskaffelser forventes imidlertid å bli noe redusert. Det forventes likevel ingen vesentlig endring i risikobildet for medisinsk teknisk utstyr som følge av ett års budsjett, men omfanget av anskaffelsene er med å bidra til en reduksjon i risikoen.

Spesialistutdanning leger

Nye krav til spesialistutdanning av leger innebærer betydelig planlegging i 2017 og en økning av den ressursmessige innsats fra 2018. Oslo universitetssykehus HF er tildelt rollen som kompetansesenter i regionen. Det er satt av lite midler til en

stor kvalitetsreform, og det er derfor en risiko for ikke å oppnå god gjennomføring.

Bemanningsplanlegging og kompetanse

Stabsapparatet skal videreføre arbeidet med i større grad å bidra til å understøtte lederlinjen i bemanningsstyringen i form av opplæring og støtte. Det vil samtidig stilles større krav til lederlinjens utøvelse av dette ansvaret. Initiativene er ment å bidra til en reduksjon i denne risikoen.

Oslo universitetssykehus HF har ikke et fungerende pleiekategoriseringssystem og mangler dermed en viktig kilde til mer objektiv vurdering av den faktiske bemanning på sengepostene. Oslo universitetssykehus plan er å implementere dette gjennom bruk av DIPS arena, men det ligger noe fram i tid.

Arbeidsbelastninger

Økt aktivitet i 2017 må i hovedsak løses med et bemanningsnivå som er lik, eller lavere enn nivået fra 2016. Budsjettet stiller derfor krav til mer effektiv drift. Arbeidsbelastningen for den enkelte vil kunne øke dersom man ikke finner gode virkemidler for å bedre arbeidsflyten.

Pasientbehandling(kvalitet og pasientsikkerhet), fagutvikling og forskning

Økt pasientrettet aktivitet med lik eller lavere bemanning kan gå ut over hvordan pasientbehandlingen gjennomføres. Deler av det tilbud pasienten tilbys vil kunne svekkes med en økende arbeidsbelastning for de ansatte. Økt belastning vil også kunne gå ut over muligheten til å gjennomføre fagutvikling og prioritere arbeidstid til forskning.

Økonomisk bærekraft

Den langsiktige økonomiske bærekraft for Oslo universitetssykehus HF er noe svekket som følge av at budsjettforutsetningene for 2017 er mer krevende enn forutsatt i økonomisk langtidsplan og må forutsettes å bli det i årene framover med den kunnskapen vi nå har. Dette medfører et større krav til effektivisering både for 2017 og for årene framover enn forutsatt i økonomisk langtidsplan dersom målene om positive økonomisk resultater skal nås.

Oslo universitetssykehus HFs arbeidsmiljøutvalg (AMU)

Forslag til innhold i budsjett 2017 er lagt frem for arbeidsmiljøutvalget som har følgende vurdering av hvordan budsjett 2017 vil påvirke arbeidsmiljøet:

Driftsbudsjettet for 2017 er stramt og med et betydelig krav til effektivisering på 4 prosent. AMU er derfor bekymret for at gjennomføringen av driftsbudsjett 2017 vil kunne påvirke arbeidsbelastning og arbeidsmiljø i negativ retning.

AMU vil i 2017 sette fokus på de arbeidsmiljømessige konsekvensene av budsjettet. Erfaringsmessig er det ofte de siste gjenstående tiltaksutfordringer i klinikkene som kan bli de mest merkbare arbeidsmiljømessig sett. AMU ønsker gjennom året 2017 å drøfte sentrale tiltak som kan avhjelpe de avdelinger som utsettes for et betydelig og risikopreget arbeidspress og/eller andre konsekvenser av budsjettssituasjonen.

Det bes om at Arbeidsmiljøavdelingen sammen med hovedverneombud, tillitsvalgte og sentrale arbeidsgiverrepresentanter, fremmer et forslag til systematikk for hvordan arbeidsmiljømessige forhold kan følges opp, og at dette legges frem for AMU på nyåret.

4.9.Drøfting

Det ble gjennomført drøfting av budsjett med sentrale tillitsvalgte og verneombud den 5. desember. De forhold som ble tatt opp i møtet er forsøkt hensyntatt i styresaken og/eller vedlagt budsjettdokument.

Protokoll fra drøfting med tillitsvalgte følger som vedlegg 6.

TABELL 1 - Aktivitetsmål

Pasientbehandling	Budsjett 2017
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	106 221
Antall liggedøgn - døgnbehandling	479 908
Antall dagbehandlinger	85 309
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	833 105

DRG-poeng	Budsjett 2017
DRG-poeng for pasienter fra Helse Sør-Øst	221 989
DRG-poeng for pasienter fra andre regioner mv	16 068
DRG-poeng totalt	238 057

Psykisk helsevern	Budsjett 2017

Psykisk helsevern for voksne (VOP)	
Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus	
Antall liggedøgn døgnbehandling	68 258
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	1 715
Antall oppholdsdager dagbehandling	0
Antall polikliniske konsultasjoner	104 790

Barne - og ungdomspsykiatri	
Antall liggedøgn døgnbehandling	5 394
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	142
Antall oppholdsdager dagbehandling	3 108
Antall polikliniske konsultasjoner	46 731

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere (TSB)	
Antall liggedøgn døgnbehandling	25 552
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	2 259
Antall oppholdsdager dagbehandling	0
Antall polikliniske konsultasjoner	22 824

**TABELL 2 - Resultatbudsjett
(ØBAK - grunnlag for rapportering)**

Beløp i tusen kroner

Resultatbudsjett	Budsjett 2017
Basisramme	11 490 859
Kvalitetsbasert finansiering	75 823
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	3 887 007
ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	796 582
ISF-refusjon pasientadm biologiske legemidler	0
ISF-refusjon pasientadm kreftlegemidler	75 855
Utskrivningsklare pasienter	2 011
Gjestepasienter	633 397
Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	2 042 095
Polikliniske inntekter	749 241
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	60 068
Andre øremerkede tilskudd	1 344 540
Andre driftsinntekter	1 037 582
Sum driftsinntekter	22 195 060
Kjøp av offentlige helsetjenester	43 956
Kjøp av private helsetjenester	352 103
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 399 032
Innleid arbeidskraft	157 099
Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	65 795
Lønn til fast ansatte	10 691 314
Overtid og ekstrahjelp	1 084 803
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	2 194 866
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-673 628
Annen lønn	1 898 257
Avskrivninger	874 200
Nedskrivninger	0
Andre driftskostnader	2 865 111
Sum driftskostnader	21 952 908
Driftsresultat	242 152
Finansinntekter	71 148
Finanskostnader	63 300
Finansresultat	7 848
Ordinært resultat	250 000

Merknad: Det vil bli endringer mellom ØBAK-linjene som følge av tekniske forhold knyttet til MVA-reformen, konsernavstemming, ny ISF-pris somatikk og ISF psykisk helse og TSB.

TABELL 3 - Investeringsbudsjett

Investeringer (ekskl. byggelånsrenter)		Budsjett 2017
(Beløp i millioner kroner)		
Ordinære investeringer	MTU	467
	Bygg	235
	Annet	76
	Egenkapital pensjon	43
	IKT ¹⁾	38
	Ufordelt	30
	SUM	890
Øremerkede investeringer	MTU	8
	Bygg	0
	Annet	0
	IKT ¹⁾	0
	SUM	8
Fase 1 Omstilling	MTU	18
	Bygg	152
	Annet	0
	SUM	170
Fase 2 Tilsynsavvik og oppgraderinger	MTU	0
	Bygg	450
	Annet	0
	SUM	450
Investeringer Rettsmedisin	MTU	9
	IKT ¹⁾	0
	SUM	9
TOTALT	MTU	501
	Bygg	837
	Annet	76
	Egenkapital pensjon	43
	IKT ¹⁾	38
	Ufordelt	30
	SUM	1 526
Finansiert med	Ordinær likviditet	373
	Driftsresultat	350
	Fordring på HSØ RHF	0
	Lån	485
	Øremerkede tilskudd	8
	Finansiell leie	311
	SUM	1 526

1) Investeringer i IKT regnskapsføres i Sykehuspartners regnskap.

VEDLEGG 1

Budsjettdokument:

Resultatbudsjett 2017 for Oslo universitetssykehus HF – forutsetninger og detaljer

Budsjettdokumentet omfatter følgende hoveddeler:

1. Hovedprioriteringer fra økonomisk langtidsplan 2017
2. Rammeforutsetninger for budsjett 2017 for Oslo universitetssykehus HF
3. Prinsipper for intern rammefordeling
4. Interne faglige prioriteringer
5. Tverrgående resultatforbedrende tiltak 2017
6. Resultatforbedrende tiltak 2017
7. Omtale av budsjett i den enkelte klinikk

I tabellvedlegg til slutt i dette budsjettdokumentet ligger følgende tabeller:

1. Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF
2. Økonomiske forutsetninger
- 3.1 Aktivitetsmål for somatikk
- 3.2 Aktivitetsmål for aktivitet innen psykisk helsevern og TSB
4. Resultatbudsjett – ØBAK-linjer
5. Rammetildeling til klinikkene
6. Bemanningsbudsjett
7. Investeringsbudsjett

I mange av tabellene sammenliknes budsjett-tall for 2017 med tall for budsjett 2016, estimat 2016 og tall for 2017 fra Økonomisk langtidsplan 2017-2020. Det gjøres oppmerksom på at alle økonomi-tallene fra Økonomisk langtidsplan 2017-2020 var i 2016-priser.

1. Hovedprioriteringer fra økonomisk langtidsplan 2017

Hovedstrategien i økonomisk langtidsplan 2017-2020 var rettet inn mot å sette helseforetaket i stand til å kunne finansiere de investeringene i MTU, bygg mv det er behov for både på kort og lang sikt.

For å realisere økte investeringer var det i Økonomisk langtidsplan 2017-2020 (ØLP) lagt til grunn et positivt resultatkrav i 2017 med 250 millioner kroner. Det var videre lagt til grunn en økning i resultatkrav på 50 millioner kroner hvert av de neste årene slik at positivt resultatkrav i 2020 er 400 millioner kroner.

Virksomheten må samtidig håndtere økte kostnader spesielt innenfor IKT og medikamenter. Den samlede vurdering av kravet til resultatforbedring/effektivisering var på om lag 3 prosent per år. Vekst i aktivitet uten tilsvarende vekst i bemanning er Oslo universitetssykehus HF viktigste virkemiddel for å oppnå effektivisering.

Med det krav Oslo universitetssykehus HF ble stilt overfor ble det i oppfølgingen av økonomisk langtidsplan etablert et felles program for «forbedring av drift i OUS HF 2017-2020».

2. Rammeforutsetninger for budsjett 2017 for Oslo universitetssykehus HF

2.1. Totale driftsinntekter

2.1.1. Rammetildeling fra Helse Sør-Øst RHF

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i sak nr 085-2016 - Budsjett 2017, fordeling av midler til drift og investering. Styret sluttet seg til premisser, mål og prioriteringer for budsjett 2017 slik det var lagt frem i administrerende direktørs saksfremstilling. Helseforetakenes og sykehusenes endelige inntektsrammer for 2017, herunder forskningsmidler, vilkår for bevilgningen, øvrige styringskrav og rammebetingelser vil bli fastsatt i Oppdrag og bestilling 2017 (forventes vedtatt på foretaksmøte i januar/februar 2017).

Inntektssiden i budsjett 2017 for Oslo universitetssykehus HF er basert på inntektsramme mottatt fra Helse Sør-Øst RHF (siste versjon mottatt 03.11.2016). Eventuelle endringer i foretakets inntekter som kommer i forbindelse med beslutning av Oppdrag og bestilling 2017 i foretaksmøtet vil måtte innarbeides når dette er kjent.

Alle elementer i tildelingen fra Helse Sør-Øst RHF fremkommer i tabellvedlegget. Som følge av reduksjon i pensjonskostnader og innføring av nøytral merverdiavgift, reduseres basisrammen med over en milliard kroner fra 2016 til 2017.

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Beløp i TNOK
Basisramme 2016	12 526 463
Basisramme 2017	11 449 200

I tabellen nedenfor gis en oversikt over de viktigste reelle endringene fra opprinnelig budsjett 2016 til 2017:

	Endringer / Nye forhold inn mot 2017	Beløp i mnok
1	Pris- og lønnsvekst	261 930
2	Korrigeringer fra ØLP	-40 653
3	Kvalitetsbasert finansiering	23 762
4	PET, omdisponering av 2016 tildeling	1 800
5	OUS- nasjonale behandlingstjenester fra 2016, justering	4 275
6	Uttrekk avbyråkratiseringsreformen	-62 246
6	Avbyråkratiseringsreform- tilbakelegging av midler	74 658
7	Pensjon, reduserte kostnader	-663 709
8	Midler til økt aktivitet	88 513
9	MVA- reform, uttrekk	-890 128
10	Legemidler fra folketrygden i 2016, overført ISF	-25 480
11	Finansieringsansvar for nye legemidler 2017	31 751
12	Uttrekk Ø-hjelp sfa samhandlingsreformen psykisk helsevern og TSB	-7 401
13	ISF- psyk. helsevern og TSB- økt basis	17 629
14	Endret apotekavanse	-1 572
16	Komp. for manglende prisjustering av egenandeler	4 733
16	Mammografiprogrammet- kvalitets sikring	400
17	OUS- kompensasjon for aktivitet gjestepasienter	75 000
18	OUS:Økt kapasitet regional sikkerhetsavdeling psykisk helsevern RSA	13 649
19	OUS- økte kostnader til skjerming RSA	2 155
20	OUS:Nasjonal beredskapsfunksjon legemidler, videreført tilskudd fra 2016	2 668

Lønns- og prisvekst:

Det er budsjettert med en vekst i priser og lønninger på 2,6 pst, hvorav lønn er forventet å øke med 2,7 pst og pris med 2,5 pst. Pensjonsgrunnlaget i basisrammen er holdt utenfor beregningen av kompensasjon for pris- og lønnsvekst da dette håndteres særskilt. Basisrammen er derfor pris- og lønnsregulert kun med 2,1 pst.

ISF-enhetsprisen er regulert med 1,9 pst fra 2016 til 2017. Dette innebærer en underregulering av justering for lønns- og prisvekst på 0,7 pst fra 2016 som følge av at enhetsprisen er underregulert med 0,5 pst knyttet til forventet kodeforbedring og ytterligere reduksjon med 0,5 pst som følge av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Det er lagt til grunn at enhetsprisen for 2016 skal øke med 0,3 pst.

Refusjonstakstene for laboratorieanalyser og poliklinisk virksomhet justeres med 0,6 pst. Øvrige inntekter er i hovedsak prisjustert med 2,6 pst.

Egenandelene øker ikke i 2017. Helse Sør-Øst RHF har fått 30 millioner kroner som kompensasjon for manglende prisjustering av egenandelene. Dette beløpet er fordelt i henhold til behovsandel, og 4,7 millioner kroner er overført til Oslo universitetssykehus HF.

Korrigeringer fra ØLP:

For 2017 gir ikke den årlige oppdateringen av inntektsfordelingsmodellene i Helse Sør-Øst en omfordeling til Oslo universitetssykehus HF. Oppdateringer skal i utgangspunktet gi Oslo universitetssykehus HF en økning i rammen med 40 til 50 millioner kroner per år.

Reduksjonen for 2017 budsjettet med 40,7 millioner kroner skyldes to forhold:

- Det er gjort endringer i finansiering av laboratorieaktivitet slik den inngår i inntektsmodellen i tråd med hvordan fakturering av laboratorietakster praktiseres mellom foretakene. Dette gjelder medisinsk genetikk der det kun faktureres 1 gang per HELFO takst, men der dette frem til 2016 er blitt inkludert med en høyere takst i inntektsmodellen.
- Pensjonselementet i inntektsmodellen er oppdatert med nye kostnader for pensjon. Når pensjon reduseres fra ett budsjettår til et annet blir dette beregnet med ett års forsinkelse i pensjonsmodellen.

Kvalitetsbasert finansiering (KBF):

Ordningen med kvalitetsbasert finansiering videreføres på nasjonalt nivå med om lag samme beløp som i 2016. Ordningen innebærer at en del av inntektene gjøres avhengig av tidligere måloppnåelse på kvalitetsindikatorer som beregnes av Helsedirektoratet. For 2017 er Helse Sør-Øst RHF trukket 285 millioner kroner i basisbevilgningen, men får tilbakeført 287 millioner kroner i henhold til resultatoppnåelse på de ulike indikatorene i KBF-ordningen. Det tilsvarende tallene for finansieringen for i 2016 var et netto tap på 36 millioner kroner på ordningen. Sammenlignet med 2016 scorer Helse Sør-Øst bedre på alle tre indikatorgrupper, dvs. resultatindikatorer, prosessindikatorer og brukererfaringsindikatorer. Regionen blir ikke lenger trukket som følge av systembegrunnet manglende rapportering fra Oslo universitetssykehus HF (OUS kunne tidligere ikke rapportere epikriser på det formatet som var forutsatt, men ved innføring av DIPS er dette problemet løst).

Sammenlignet med budsjett 2016 får Oslo universitetssykehus HF en inntektsøkning på vel 24 millioner kroner som følge av bedre resultater for kvalitetsbasert finansiering.

OUS-nasjonale behandlingstjenester, justering av bevilgning fra 2016:

Justering av bevilgningen fra 2016 innebærer en økt rammetildeling til Oslo universitetssykehus HF i 2017 på 4,3 millioner kroner.

Mammografiprogrammet – kvalitetssikring av fysiske og tekniske forhold:

De regionale helseforetakene får fra 2017 overført ansvaret for kvalitetssikring av fysiske og teknisk forhold i Mammografiprogrammet. Det overføres 0,4 millioner kroner i økt basisbevilgningen og et tilskudd på 0,8 millioner kroner øremerket Kreftregisteret, svarende til én stilling, for å ivareta nasjonal koordinering og kvalitetssikring av kvalitetskontrollene som utføres i Mammografiprogrammet. Midlene er innarbeidet i inntektsrammene til Oslo universitetssykehus HF. Overførte midler er betydelig mindre enn det som faglig er vurdert som nødvendig for å ivareta de overførte oppgavene.

Gjestepasientoppgjør innenfor regionen:

Det er et betydelig omfang av kjøp og salg mellom helseforetakene i regionen. For 2017 omfatter dette blant annet at:

- Pasientbehandling innenfor somatikk, psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) faktureres pasientens bostedsforetak via

- gjestepasientfakturering.
- Gjestepasientordning ved Sunnaas sykehus HF som ble innført i 2014 fortsetter ved at helseforetakene betaler 30 % av enhetspris DRG til Helse Sør Øst RHF.
 - Oslo universitetssykehus HF fastsetter priser for kurdøgn ved SSE, Geilomo, PET, nyfødtscreening, morsmelk mv. Prisene fremkommer av tabell 2 Økonomiske forutsetninger i tabellvedlegget.
 - Fra 2017 skal det ikke være internhandel i Helse Sør-Øst for legemidler som inngår i ISF-ordningen. Dette innebærer at ordning med viderefakturering av nye kreftlegemidler og dyre biologiske legemidler gitt på sykehus opphører i 2017. Dette innebærer et inntektsbortfall for Oslo universitetssykehus HF på om lag 29 millioner kroner. Ordning internt i Oslo sykehusområde er til vurdering av Helse Sør-Øst RHF.
 - Oslo universitetssykehus HF kan viderefakturere kostnader til vedlikehold av cochleaimplantater. Fra 2016 inngår dette i hovedsak i ordinært gjestepasientoppgjør og faktureres derfor ikke særskilt.
 - Fakturering av lab-analyser for inneliggende pasienter i annet sykehus i egen region i 2017 harmoniseres med prisen som er fastsatt for fakturering mellom helseregionene slik det fra 1.1.2017 skal faktureres 3,8 ganger Helfotakst mot tidligere 4,6 ganger Helfotakst. Dette innebærer et inntektsbortfall for Oslo universitetssykehus HF på om lag 12,5 millioner kroner.

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen:

Som en del av regjeringens avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform (innført i 2015) er de regionale helseforetakene trukket med 0,5 pst av faste og variable inntekter. For Oslo universitetssykehus HF utgjør dette et trekk i basisrammen på 62,2 millioner kroner. For å gi rom til blant annet investeringer og anskaffelser er det lagt tilbake 74,7 millioner kroner i basisrammen til helseforetaket. Midlene er lagt tilbake ut fra foretakets andel av sum driftsinntekter. Reformen innebærer også andre poster på statsbudsjettet får en reduksjon (underregulering) på 0,5 pst, jfr omtale ovenfor, herunder ISF, poliklinikk og de ulike tilskuddspostene. Denne underreguleringen gir et bortfall av aktivitetsbaserte inntekter på om lag 38 millioner kroner for 2017.

Reduserte pensjonskostnader:

Pensjonskostnadene ble redusert i 2016 og forventes ytterligere redusert i 2017. I forslag til statsbudsjett for 2017 er det nasjonale bevilgningsnivået 4 950 millioner kroner lavere enn i budsjett 2016, hvorav Helse Sør-Øst sin (Magnussen-)andel er 2 665 millioner kroner. For 2017 er det, jf. Prop. 1 S forventet en ytterligere reduksjon i pensjonskostnaden tilsvarende 216 millioner kroner for Helse Sør-Øst. Reduksjonen i inntekt til å finansiere endrede pensjonskostnader foreslås fordelt mellom helseforetakene etter andel kostnadsreduksjon mellom budsjett 2017 (NRS juni 2016) og RNB 2016. For Oslo universitetssykehus HF er det en reduksjon i basisramme til finansiering av pensjon på nærmere 714 millioner kroner fra opprinnelig budsjett 2016 til budsjett 2017. Pensjonskostnadene reduseres i samme periode med 709 millioner kroner.

Midler til økt aktivitet:

På regionalt nivå skal det også i 2017 være større vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk. Distriktpsikiatriske sentre (DPS) og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.

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

Det er i statsbudsjettet foreslått å tildele Helse Sør-Øst RHF 709 millioner kroner til å finansiere økt aktivitet. Helse Sør-Øst foreslår å tildele Oslo universitetssykehus HF 88,5 millioner kroner.

MVA-reform – innføring av nøytral merverdiavgift for helseforetakene:

Helseforetak er i dag unntatt fra merverdiavgiftsplikt. Ved valg om å anskaffe varer og tjenester fra eksterne eller produsere/utvikle selv, vil eksterne anskaffelser i dag være 25 pst dyrere fordi helseforetakene ikke har fradrag for inngående mva. Regjeringen vil på bakgrunn av dette innføre en ordning med nøytral merverdiavgift fra 1. januar 2017, finansiert ved basis/inntektsstrekk, som gjør dette nøytralt for Helse Sør-Øst RHF (staten). Investeringer er ikke omfattet av endringen. Innføring av nøytral merverdiavgift innebærer at helseforetakene vil få tilbakebetalt utgifter til merverdiavgift på merverdiavgiftspliktige varer og tjenester som inngår i driften i virksomheten. Ordningen håndteres av Helse- og omsorgsdepartementet og forvaltes av Helsedirektoratet.

På bakgrunn av regnskapstall for kjøp av varer og tjenester til driften i foretakene for 2015 er det gjort et trekk i basisbevilgningene til de regionale helseforetakene i 2017, justert for prisvekst, aktivitetsvekst, nye legemidler samt sjablonmessige beregninger.

Fra basisrammen til Helse Sør-Øst RHF er det trukket i alt 3,468 milliarder kroner knyttet til MVA-reformen. I etterkant av Prop1S (2016-2017) er det avdekket en feil ved at grunnlaget for H-resept er trukket dobbelt. Helse Sør-Øst RHF har derfor lagt til grunn at trekket reduseres med 259 millioner kroner til 3,209 milliarder kroner.

Av trekket til Helse Sør-Øst RHF er 890 millioner kroner trukket fra basisrammen til Oslo universitetssykehus HF.

Merverdiavgift for alle merverdiavgiftspliktige kjøp ved sykehuset er inkludert i grunnlaget for trekket. Det finnes noen få unntak som f.eks kostnader til leasing. Dette innebærer at merverdiavgift for prosjekter / aktiviteter finansiert over andre poster i statsbudsjettet og fra andre givere som for eksempel Norges forskningsråd, Kreftforeningen mv er inkludert i grunnlaget for uttrekket.

Det legges til grunn at andre finansieringskilder ikke kan redusere tildelingene som følge av redusert merverdiavgift da foretaket allerede er trukket i inntekt for dette, gjennom redusert basisramme. Forskningsmiljøer mv vil gis informasjon om dette og må innarbeide dette i søknadsskjemaer mv.

Helse Sør-Øst RHF har presisert at det er vesentlig usikkerhet mht. beregningsgrunnlaget for uttrekket og konsekvensene av ordningen med innføring av nøytral merverdiavgift. Uttrekket er basert på faktisk merverdiavgift på kostnader i 2015- regnskapene. Siden uttrekket utgjør et stort beløp kan relativt små endringer eller feil i uttrekket få store økonomiske utslag.

Det er noe risiko forbundet med registrering av merverdiavgiften som er kompensasjonsberettiget i 2017. Oslo universitetssykehus HF har planlagt nødvendige

tilpasninger i Basware (fakturabehandlingsystemet) og Oracle (økonomisystemet) for å sikre at fakturabeløpene i 2017 fordeles på kjøpspris og merverdiavgift.

I budsjettarbeidet i sykehuset har alle klinikkene utarbeidet sine budsjetter for 2017 som om endringen i merverdiavgift ikke kommer. I slutfasen av budsjettarbeidet vil imidlertid beregnet merverdiavgift trekkes ut fra disse budsjettene. Sykehuset vil i tillegg forsøke å fremstille regnskap 2017 både brutto og netto. Det må etableres ekstra kontrollrutiner for å sikre at den nye ordningen blir korrekt håndtert i 2017 og at ny ordning ikke forstyrrer forståelsen av eget resultat for ledere på ulike nivåer.

Overføring av finansieringsansvaret for enkelte legemidler fra folketrygden:

Helseforetakene ble i 2016 tillagt finansieringsansvaret for legemidler til behandling av hepatitt C, veksthormoner, blodkoagulasjonsfaktorer, immunstimulerende legemidler og anemilegemidler, samt alle legemidler til bruk ved våt makuladegenerasjon (øyesykdom). Legemidlene inngår i H-reseptordningen, dvs at resepten foreskrives av et helseforetak, pasientene henter ut legemiddelet på apotek, og apoteket sender faktura til pasientens hjemstedsforetak. Oslo universitetssykehus HF ble tildelt 51,5 millioner kroner til dette i 2016. Fra 2017 vil disse legemidlene inngå i ISF- ordningen, og i basisrammen for 2017 er det således trukket ut 25,5 millioner kroner som er overført ISF- posten på statsbudsjettet. For 2017 er det budsjettert med 1 188 DRG-poeng med 50 pst ISF-refusjon. Det er slik sett forutsatt at endringen er økonomisk nøytral.

Fra 2017 er de regionale helseforetakene tillagt finansieringsansvaret for ytterligere legemidler. Dette gjelder flere kreftlegemidler og legemidler mot pulmonal arteriell hypertensjon (PAH-legemidler). PAH er en alvorlig hjerte- og lungesykdom. Oslo universitetssykehus HF er tildelt i alt 31,8 millioner kroner i økt basisramme for dette.

Både uttrekket til de enkelte sykehusområder knyttet til 2016- tildelingen og 2017- bevilgningen til nye legemidler er foretatt i henhold til behovsandel i somatikk-elementet i inntektsmodellen, med unntak av fordelingen internt i Oslo sykehusområde som for 2016 ble gjort etter folketal.

Det er ingen endringer når det gjelder finansiering av pasientadministrert legemiddelbehandling (H-resepter). Det vil si at opptaksområdeforetaket skal dekke disse kostnadene i 2017 som for tidligere år.

Dyre legemidler: Omlegging av finansieringsansvar:

Etablert praksis i Helse Sør-Øst for dyre legemidler (biologiske legemidler og noen kreftlegemidler) som gis på sykehus og er inkludert i ISF-ordningen er at opptaksområdesykehuset dekker kostnaden til legemidler, mens behandlende helseforetak/sykehus får ISF-refusjon og helseforetakene får gjestepasientoppgjør. Fra 2017 legges det opp til en endring, slik at behandlende helseforetak/sykehus skal dekke kostnaden. Det skal etableres et opplegg for oppgjør internt i Oslo sykehusområde vedrørende de aktuelle legemiddelkostnadene, da det ikke er etablert ordinært gjestepasientoppgjør mellom Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus. De totale konsekvensene av omleggingen for Oslo universitetssykehus HF og Oslo sykehusområde skal vurderes nærmere. Opplegget for oppgjør internt i Oslo sykehusområde skal etableres, og en slik ordning vil innebære en viss omfordeling mellom Lovisenberg

Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus og Oslo universitetssykehus HF. Endelig ordning og beløp vil bli innarbeidet i oppdrag og bestilling 2017.

Det legges videre opp til at kostnadskrevende legemidler som ikke inngår i ISF-ordningen fortsatt skal dekkes av opptaksområdeforetaket/-sykehuset. Dette vil i hovedsak omfatte legemidler som er godkjent av Beslutningsforum etter 1. oktober 2016. Disse legemidlene skal faktureres pasientens opptaksområdeforetak/-sykehus fra behandlende foretak/sykehus når legemiddelet er tatt i bruk på godkjent indikasjon.

Etablering av kommunale øyeblikkeligjelpstilbud innen psykisk helsevern og TSB:

Fra 1. januar 2017 er det en lovpålagt plikt for kommunene å ha tilbud innen øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen psykisk helsevern og TSB. Plikten til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. Helse Sør-Øst RHF er som følge av dette trukket i alt 46,6 millioner kroner i basis. Trekket er videreført til helseforetakene i henhold til behovsandelene i inntektsmodellene for psykisk helsevern og TSB. Til sammen er det trukket 7,4 millioner kroner fra Oslo universitetssykehus HF, hvorav 5,9 millioner kroner gjelder psykisk helsevern og 1,5 millioner kroner gjelder TSB. Det er ennå ikke kjent hvilket døgntilbud Oslo kommune vil etablere for å ivareta den lovpålagte plikten til å ha et døgntilbud innen øyeblikkelig hjelp, og det er således uklart hvilken del av sykehusets tilbud som skal reduseres.

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

Fritt behandlingsvalg:

Fritt behandlingsvalg innebærer at alle private virksomheter som oppfyller visse krav, kan levere definerte helsetjenester til en pris fastsatt av staten. For pasientene vil det innebære en mulighet til å velge å motta helsehjelp hos en virksomhet som leverer helsetjenester gjennom det frie behandlingsvalget. Fritt behandlingsvalg trådte i kraft 1. november 2015. Det er helseforetakene og sykehusene som har ansvaret for oppfølging av ordningen og det økonomiske oppgjøret med HELFO. Oslo universitetssykehus HF ble i 2016 tildelt 15,8 millioner kroner til ordningen med Fritt behandlingsvalg i 2016. Midlene er videreført i budsjett 2017.

Finansiering av pasientbehandling fra andre sykehusområder i regionen:

Oslo universitetssykehus HF behandler et stort antall pasienter fra andre sykehusområder i regionen (gjestepasienter). Som en del av inntektsmodellen er det etablert en abonnementsordning knyttet til særlig ressurskrevende pasienter (lands- og regionfunksjoner) som behandles ved dette helseforetaket. For et gitt volum finansieres disse pasientene med 123 pst av ISF- prisen. I tillegg til pasienter omfattet av abonnementsordningen, behandler Oslo universitetssykehus HF et stort antall gjestepasienter med ordinær gjestepasientfinansiering, dvs. 80 pst av ISF- prisen. Korrigert for områder omfattet av bilaterale avtaler, områder hvor det faktureres 100 % ISF eller det som må kunne forventes som et normalt nivå på gjestepasienttrafikk, utgjør dette volumet om lag 12 000 DRG-poeng. Oslo universitetssykehus HF tildeles 75 millioner kroner for 2017 som en midlertidig inntektsstøtte knyttet til denne meraktiviteten. Det vil bli igangsatt et arbeid for å vurdere om det foreligger ny informasjon vedrørende grunnlaget for enkelte elementer i regional inntektsmodell.

Regional sikkerhetsavdeling (RSA) ved Oslo universitetssykehus HF:

På bakgrunn av søknad foreslås det at Oslo universitetssykehus får 13,4 millioner kroner til utvidelse med to plasser ved RSA. Det gis i tillegg 2,1 millioner kroner som følge av økt behov for skjerming. Etableringen av to nye langtidsplasser ved Sikkerhetspsykiatrisk enhet ved RSA, innebærer at enheten utvides fra sju til ni plasser. Etter dette vil RSA ha en samlet kapasitet på 22 plasser, hvorav fire langtidsplasser.

RSA har pasienter med alvorlige psykiske problemer med stor risiko for voldelig adferd og enheten har et skjermingsbehov utover det som det er tilrettelagt for. Skjermingen må gjennomføres på ordinære pasientrom, og dette utløser ytterligere krav til ekstra bemanning. Bevilgningen på 2,2 millioner kroner går til å dekke deler av de allerede økte personalkostandene knyttet til skjermingsbehovet.

2.1.2. Øremerkede inntekter / tilskudd

Forskningsprosjekter finansiert av Helse Sør-Øst RHF, Forskningsrådet og EU, Krefregisteret, behandlingsreiser til utlandet, nasjonale kompetansesentre mv er aktiviteter som er finansiert av øremerkede inntekter.

Øremerkede inntekter er inntekter som kun kan anvendes til gitte formål bestemt av tilskuddsgiver. Det forutsettes at aktiviteten styres innenfor tildelte inntekter. Eventuelle innbetalinger utover registrerte kostnader vil bli ført mot balansen som en tilsvarende forpliktelse slik at virksomhet basert på øremerkede inntekter isolert sett ikke skal påvirke det økonomiske utfordringsbildet. Oslo universitetssykehus HF belaster dekningsbidrag på en stor del av virksomheten som finansieres av øremerkede inntekter. Hensikten med dekningsbidrag (overhead) er å sikre at den delen av virksomheten ved Oslo universitetssykehus HF som finansieres med øremerkede tilskudd fra ulike eksterne kilder, herunder øremerkede midler fra Helse Sør-Øst RHF og nasjonale kompetansetjenester, også må dekke sin andel av felleskostnader/indirekte kostnader. I felleskostnader inngår blant annet deler av pensjonskostnader, avskrivninger, energi, kommunale avgifter, forsikringer, IKT, regnskapsfunksjon, andre administrative ressurser mv. Dekningsbidrag ut fra gjeldende satser dekker deler av disse kostnadene. Dette er kostnader som knyttes til driften, men som helseforetaket i dag ikke har systemer for å internfakturere. Ordningen med internt dekningsbidrag er derfor valgt for å synliggjøre og belaste denne type kostnader på det enkelte prosjekt mv.

Av budsjetterte driftsinntekter på om lag 22 000 millioner kroner er om lag 1 600 millioner kroner, tilsvarende om lag 7 pst, definert som øremerkede (salderes i løpende rapportering). Dette omfatter både tilskudd over statsbudsjettet og midler fra andre.

Erfaringsmessig har inntekter og kostnader definert som øremerkede blitt noe høyere enn budsjettert. Dette skyldes at det er vanskelig på forhånd å angi hvilke oppdrag Oslo universitetssykehus HF vil bli tildelt, og mange av sykehusets enheter har valgt en forsiktig budsjettering av aktiviteten for kommende år. Styret i Helse Sør-Øst RHF tildeler midler til forskningsprosjekter i styremøte 15. desember. I driftsbudsjettet er dette imidlertid tatt inn basert på tildelingene for 2016. Eventuelle endringer innarbeides når de er kjente.

Oslo universitetssykehus HF mottar følgende øremerkede statlige tilskudd som utbetales via Helse Sør-Øst RHF:

<i>Statlige tilskudd</i>	<i>Beløp i mnok</i>
Kreftregistret	110,0
Behandlingsreiser til utlandet	125,1
Rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til OUS- virksomhetsoverdragelse	143,3
Kvalsikring mammmø	0,8
Narkolepsi hos barn	3,4
Særreaksjon, dømt til behandling	1,6
Biobank CFS/ME	1,0
Turnustilskudd, foreløpig beregnet	1,3
Skadelig bruk av doping	4,4
Arbeidsmedisinske avdelinger*	5,1
Forsøksordning tannhelse*	1,2

Særskilt om Rettsmedisinske fag – virksomhetsoverdragelse:

Regjeringen har besluttet å gjennomføre en virksomhetsoverdragelse av fagområdet rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus HF. Det tas sikte på at den nye organiseringen av rettsmedisinske fag skal tre i kraft fra 1. januar 2017.

Som følge av virksomhetsoverdragelsen er det overført 143,3 millioner kroner til Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF. Rettsmedisinske fag har i tillegg inntekter fra salg av tjenester til andre etater som politiet mv Helse Sør-Øst RHF er i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende kompensasjon knyttet til forhold som ikke er hensyntatt i nevnte rammeoverføring, blant annet pensjonskostnader, lønnsoppgjør og feriepenger..

Av foreløpig tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Folkehelseinstituttet fremkommer det at bevilgningen til Folkehelseinstituttet inkluderer pensjonspremie og kompensasjon for lønnsoppgjøret 2016 til ansatte ved rettsmedisinske fag som overføres fra Folkehelseinstituttet til Universitetssykehuset i Oslo per 1. januar 2017. Helse- og omsorgsdepartementet varsler at de vil komme tilbake til dette i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2017. Oslo universitetssykehus HF har budsjettet med kostnad til pensjon og lønnsoppgjør og forutsetter at midlene blir overført fra Folkehelseinstituttet som en del av revidert nasjonalbudsjett. Det er budsjettet med et forventet tilskudd til å dekke disse kostnadene med noe over 20 millioner kroner. I tillegg er det dialog med Folkehelseinstituttet om enkelte andre poster i budsjettet.

Virksomhetsoverdragelsen medfører behov for investeringer knyttet til IKT med tilhørende driftskostnader som Oslo universitetssykehus HF må håndtere. Drift av IKT for Rettsmedisinske fag skal overføres fra Folkehelseinstituttet til Sykehuspartner. Det er fortsatt dialog om hva tjenestepreisen fra Sykehuspartner vil bli. Foreløpige signaler tyder på at de samlede IKT-kostnadene kan bli vesentlig høyere enn det dette tidligere har kostet. Det er foreløpig ikke tatt høyde for dette i budsjettet.

Rammen til Rettsmedisinske fag er øremerket. Det er lagt til grunn at alle kostnader og inntekter knyttet til Rettsmedisinske fag etter virksomhetsoverdragelsen blir belastet

avdelingen og salderes, slik at helseforetaket for øvrig ikke må dekke de økte kostnadene som følger av virksomhetsoverdragelsen.

For avskrivninger er det foreløpig lagt til grunn at beløp til investeringer er lik midler til å finansiere investeringer. Det er en dialog med revisor om verdsettingen av anleggsmidlene som overføres.

2.1.3. Raskere tilbake

For Raskere tilbake er det budsjettert med 61,4 millioner kroner. Dette er basert på innsendte søknader for 2017 og omfatter midler til følgende prosjekter:

PROSJEKT/ TILTAK/ TILSKUDD	TOPPFINANS	AKTIVITETS- RAMME	TILSKUDD
TOPPFINANSIERTE PROSJEKT			EVALUERING
<i>Klinikk Psykisk helse og avhengighet:</i>			
Nydalen DPS.	3 374 974	748 164	200 000
<i>Radiumhospitalet:</i>			
Dagrehabilitering kreft	7 705 440	2 352 008	750 000
Psykososial poliklinikk kreft	215 930	1 880 158	150 000
<i>Ullevål- Fysikalsk medisin:</i>			
Den vanskelige nakken og ryggen	2 802 860	280 000	25 000
Traumatisk hjerneskade	4 796 800	560 000	25 000
SUM	18 896 004	5 820 330	1 150 000
AKTIVITETSBASERTE TILTAK			EVALUERING
Akutt rygg ved Neurologisk avdeling		9 224 919	100 000
Nevrokirurgi		11 580 074	
Smerter i nakke, rygg og skuldre Fysikalskmedisin		5 740 000	100 000
SUM		26 544 993	200 000
PROSJEKTKOORDINATORFUNKSJON			KOORDINATOR
Aker			233 700
Radiumhospitalet			779 000
Ullevål			779 000
SUM			1 791 700
TRANSPORTKOSTNADER			TRANSPORT
Ullevål			7 020 000
SUM			7 020 000
TOTALSUMMER	18 896 004	32 365 323	10 161 700

Aktivitetsbaserte tiltak er behandlingstilbud som finansielt dekkes av standard refusjonsordninger gjennom ISF-finansiering og DRG vekting. Refusjonen er dobbel poliklinisk takst og 80 pst ISF-finansiering (samt ordinære egenandeler). All aktivitet rapporteres til NPR som annen aktivitet ved foretaket og alle pasienter merkes med Debitor 20 som er ”sykemeldingsprosjektet”. Toppfinansierte prosjekt er behandlingstilbud som er så kostbare at de ikke kan realiseres uten ekstra finansiering ut over det ovennevnte.

2.1.4. Innsatsstyrt finansiering i somatikken (ISF)

Enhetsprisen for innsatsstyrt finansiering for 2017 er satt til kr 42 897. Enhetsprisen er prisomregnet med 1,9 pst fra 2016 til 2017. Den statlige refusjonssatsen videreføres med 50 pst av enhetsprisen.

Som følge av budsjettforliket på Stortinget er uttrekk knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen økt fra 0,5 pst til 0,8 pst. Dette får også effekt på DRG-prisen innen somatikken for 2017 som blir redusert fra kroner 42 879 til kroner 42 750. Helse Sør-Øst RHF har varslet at foretakene vil måtte hensynta effekten av dette i sine budsjetter uten at det skal ha noen innvirkning på de resultater som skal vedtas av styret i Helse Sør-Øst RHF. Dette vil innarbeides i resultatbudsjettet før levering av periodisert budsjett til Helse Sør-Øst RHF 6. januar 2017.

Hvert år justeres DRG-vektene, og det gjøres andre endringer i ISF-regelverket mv. Basert på foreløpig informasjon om oppdaterte DRG-vekter og andre regelverksendringer er det foreløpig lagt til grunn at omfordelingseffekten fra 2016 til 2017 vil være nær null for Oslo universitetssykehus HF, gitt samme reelle aktivitet som i 2016. Erfaringsmessig kan det komme endringer i det foreløpige regelverket, og det knytter seg på denne bakgrunn noe usikkerhet til den økonomiske effekten av ISF-regelverket for neste år. Klinikkenes DRG-budsjetter vil bli justert når endelig ISF-regelverk foreligger og når endelig aktivitet for 2016 er kjent.

I 2015 ble systemet med styringsmål fra eier for antall DRG-poeng avvirket. For 2017 er det lagt til grunn at meraktivitet finansieres med 50 pst ISF-refusjon og de til enhver tid gjeldende satser for gjestepasientoppgjør for pasienter fra andre opptaksområder og andre regioner.

Noen av endringene i ISF-systemet fra 2016 til 2017:

- Incentivordningen for dagkirurgi økes fra 10 pst til 15 pst. Siden ordningen er budsjettneøytral reduseres utvalgte døgn-DRG'er tilsvarende.
- Det innføres særtjenestegrupper (STG). STG er tjenester spesialisthelsetjenesten har ansvar for, men som faller utenfor rammen av tradisjonelle sykehustjenester som pasientadministrert legemiddelbehandling og hjemmedialyse. STG-systemet bygger på samme rammeverk som DRG-systemet. Den nye håndteringen av særtjenester er ikke forutsatt å medføre vesentlige endringer i poengberegningresultat fra 2016 til 2017.
- Det er ikke innarbeidet en korreksjon for endringer i momskompensasjon for andre områder enn DRG-er og STG-er der legemiddelkostnader er en vesentlig del av kostnadene.

Finansiering av legemidler overført fra Folketrygden i 2017 er overført til ISF-systemet i 2017. Basisrammen til Oslo universitetssykehus HF er redusert med 25,480 millioner kroner. Det er samtidig budsjettert med 1 188 DRG-poeng og tilsvarende ISF-inntekt for 2017. Det er slik sett forutsatt at endringen er økonomisk nøytral.

2.1.5. Innsatsstyrt finansiering psykisk helse/TSB (ISF)

Fra 2017 vil poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og TSB inngå i den innsatsstyrte finansieringen. I den forbindelse er 969 millioner kroner av dagens HELFO – refusjoner overført til ISF- posten på statsbudsjettet. De resterende midlene, i alt 206 millioner kroner, er overført til de regionale helseforetakenes basisrammer og gjelder deler av timeverkbaserte refusjonsansettene. Av dette beløpet er Helse Sør-Øst er tildelt 111 millioner kroner i økt basis. Disse midlene er fordelt ut i henhold til behovsandel innen psykisk helsevern og TSB. Basert på dette er Oslo universitetssykehus HF tildelt 17,6 millioner kroner i økt basisramme for 2017.

Fra foreløpig ISF- regelverk for 2017 fremkommer det at:

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

Nærmere beskrivelse av regelverket og informasjon om ordningen fremkommer av dokumentet «*ISF PHV&TSB – Grunnlagsdokument for regelverk m.v.*» som ligger på Helsedirektoratets hjemmeside.

Det er lagt til grunn at innføring av ISF innen psykisk helsevern og TSB er økonomisk nøytral på endringstidspunktet. Oslo universitetssykehus HF har vurdert nivå på inntekter fra dagens HELFO-refusjoner.

2.2. Lønnskostnader og pensjon

Resultatbudsjett	Budsjett 2016	Estimat 2016 Rapportert pr. oktober 2016	Budsjett 2017
Innleid arbeidskraft	160 560	195 560	157 099
Lønn til fast ansatte	10 128 552	10 178 552	10 691 314
Overtid og ekstrahjelp	1 067 640	1 180 475	1 084 803
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	2 242 565	2 242 565	2 194 866
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-638 605	-718 605	-673 628
Annen lønn	1 792 159	1 792 159	1 898 257
SUM LØNN OG INNLEIE	14 752 871	14 870 706	15 352 711

Totalt budsjett for lønn og innleie i 2017 er 15 353 millioner kroner. Dette er en økning på 599 millioner kroner fra budsjett 2015 og 482 millioner kroner fra estimat 2016. I endringen inngår lønnskostnader knyttet til Rettmedisinske fag som blir virksomhetsoverdratt fra Folkehelseinstituttet fra 1.1.2017 med 206 millioner kroner og reduserte pensjonskostnader med 70 millioner kroner.

Tabellen ovenfor viser budsjett 2016, estimat 2016 og budsjett 2017 fordelt på innleie, lønn til fast ansatte og overtid/ekstrahjelp. Av totalt budsjett til lønn og innleie er 157 millioner kroner innleie. Innleie utgjør dermed 1 pst av samlet lønnsbudsjett.

Budsjett 2017 inkluderer forventet gjennomsnittlig lønnsvekst per årsverk på 2,7 pst. Denne

er sentralt budsjettert og vil bli fordelt til klinikkene når lønnsoppgjøret er gjennomført og ny lønn utbetalt.

For 2017 budsjetterer Oslo universitetssykehus HF med en pensjonskostnad på 2 175 millioner kroner eksklusive Rettsmedisinske fag. Pensjonskostnaden for Rettsmedisinske fag er beregnet til om lag 20 millioner kroner.

Budsjettert pensjonskostnad for 2017 (eksklusive rettsmedisinske fag) er om lag 70 millioner kroner lavere enn pensjonskostnaden for 2016. Reduksjonen forklares med redusert kostnadsføring av tidligere års estimatavvik og bortfall av kostnader knyttet til planendringer i 2016.

Budsjettert pensjonskostnad for 2017 er basert på beregninger fra pensjonskassene fra juni 2016, og det forventes at endelig pensjonskostnad, som skal regnskapsføres for 2017, vil bli annerledes som følge av nye økonomiske forutsetninger. Ved vesentlige endringer i pensjonskostnaden som følge av dette legges det til grunn at Helse- og omsorgsdepartementet vil håndtere dette med justerte bevilgninger. Helseforetakene bærer risiko for kostnadsendringer som ikke vurderes å være vesentlige.

2.3. Varekostnader og andre driftskostnader

Ny løsning for refusjon av merverdiavgift (MVA), som er beskrevet i pkt 2.1.1 medfører at foretakets kostnader til kjøp av varer og tjenester forventes redusert med 890 millioner kroner i 2017.

I budsjettarbeidet i sykehuset har alle klinikkene utarbeidet sine budsjetter for 2017 som om endringen i merverdiavgift ikke kommer. I slutfasen av budsjettarbeidet vil imidlertid beregnet merverdiavgift trekkes ut fra disse budsjettene. Den budsjetterte reduksjonen er foreløpig plassert på et fåtall kostnadsarter, og vil bli fordelt til aktuelle arter og klinikker (kostnadssteder) de nærmeste ukene. Det legges til grunn at endringen skal være økonomisk nøytral for alle klinikkene, og ikke påvirke utfordringsbildet for 2017. Dette vil imidlertid påvirke fordelingen av budsjett 2017 mellom de enkelte utgiftsartene. Av denne grunn presenteres det ikke artsfordelt budsjett for 2017 her.

Det er budsjettert med 2 399 millioner kroner til varekostnader i 2017. Dette er en reduksjon på vel 376 millioner kroner fra estimat 2016. Uten uttrekk av budsjetterte kostnader knyttet til MVA-endring er og Rettsmedisinske fag som er virksomhetsoverdratt til Oslo universitetssykehus HF fra Folkehelseinstituttet fra årsskiftet, er det en økning på 187 millioner kroner (7 pst). Dette skal dekke både økt aktivitet og prisjustering samt kostnader til legemidlersom overført fra folketrygden.

Andre driftskostnader er budsjettert med 2 865 millioner kroner til i 2017. Budsjettet innebærer en betydelig økning i underliggende IKT-kostnader (Sykehuspartner) og Rettsmedisinske fag inngår i budsjettet med 35 millioner kroner. Korrigert for MVA-endringen og Rettsmedisin er det en økning i andre driftskostnader på 156 millioner kroner (5 pst).

Kostnader til pasientadministrerte legemidler (H-resept), gjestepasientkostnader og andre

kostnader som ikke er knyttet til aktivitet som utføres på sykehuset er i stor grad sentralt budsjettert (ikke fordelt til klinikk).

Særskilt om dyre (kreft)legemidler:

Sykehuset har i løpet av 2015 og 2016 hatt en stor økning i kostnadene til flere medikamenter, blant annet innenfor kreftbehandling og transplantasjonsmedisin. Det gjelder for eksempel ipilimumab, nivolumab og pembrolizumab for føflekkkreft med spredning, pertuzumab for brystkreft med spredning og immunglobuliner som brukes ved stamcelletransplantasjoner. Det har også vært store kostnadsøkninger til dyre legemidler innenfor andre områder, for eksempel innenfor øyesykdommer. Den beslutningen fra Beslutningsforum som forventes å ha størst økonomisk effekt i 2017 er godkjenningen av pembrolizumab (Keytruda) til bruk for lungekreft. Det er tatt høyde for økte medikamentkostnader i planleggingen av driften for 2017, men omfang og tidspunkt for ibruktakelse er vanskelig å forutsi.

I tillegg til økte kostnader knyttet til nye medikamenter, som er godkjent av Beslutningsforum, har sykehuset i 2016 hatt høye kostnader til legemidler på grunn av leveransesvikt og andre markedsforhold. Det er beregnet at slike forhold har gitt sykehuset ekstrakostnader på om lag 10 millioner kroner i 2016. Selv om sykehuset arbeider med tiltak for å begrense effektene av manglende leveranser av viktige legemidler, antas det at tilsvarende forhold vil gjøre seg gjeldende også i 2017.

På kreftområdet er det en rekke nye medikamenter som er til metodevurdering og hvor det kan bli fattet beslutninger i Beslutningsforum for nye metoder innen utgangen av 2017. De nye medikamentene som nylig er godkjent og som er under vurdering representerer i stor grad nye behandlingsmuligheter og vil derfor i liten grad erstatte andre medikamenter. Kostnader til nye medikamenter reflekteres i hovedsak ikke i ISF-systemet for 2017.

For Oslo universitetssykehus HF er det budsjettert med en økning i kreftlegemidler i 2017 på om lag 30 millioner kroner. Sykehuset har i budsjett 2017 lagt inn de kostnadene som følger av allerede fattede vedtak i Beslutningsforum. Det er da kun tatt høyde for de legemidlene som er godkjent og med den forutsetning at Oslo universitetssykehus HF kun skal dekke kostnadene til befolkningen i Oslo sykehusområde.

Utvikling i kostnader til leie bygg:

De siste årene har det vært en betydelig vekst i kostnader til leide lokaler i Oslo universitetssykehus HF. Tabellene nedenfor viser utviklingen i helseforetakets husleiekostnader de siste årene og gir en kort beskrivelse av hovedårsakene til endring i leide lokaler.

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Beløp i mnok	158	132	152	158	165	205	248	276

Merknad: 2010-2015- tall er fra regnskap, 2016 er estimat, 2017 er budsjett.

Tidspunkt	Hovedårsak til endring
2010-2011	Reduksjon i innleiekostnader er innenfor Klinikk psykisk helse og avhengighet.
2011-2012	Økt leie av arealer i Forskningsveien for å kunne samlokalisere administrative funksjoner.
2012-2013	Avtale med Universitetet i Oslo om leie av laboratoriearealer i Domus Medica som ligger i tilknytning til Rikshospitalet.
2013-2014	Leie av kontorarealer ved Sogn Arena ("Bertil O. Steen bygget").
2014-2015	Leie av arealer fra OCCI på Montebello for å kunne flytte ut av arealer på Radiumhospitalet som ikke lenger er egnet til bruk på grunn av betydelig vedlikeholdsetterslep med tilhørende registrerte avvik og pålegg fra flere tilsyn. I tillegg er det leid arealer fra OBOS på Mortensrud for å kunne samlokalisere virksomhet innenfor Klinikk for psykisk helse og avhengighet.
2015-2016	Helårseffekt av leieavtaler inngått i 2015 knyttet til OCCI, Mortensrud og arealer i Storgata 40 (Legevakten).
2016-2017	Brystdiagnostikk samles midlertidig i OCCI-bygget på Montebello. Klinikk psykisk helse og avhengighet utvider noe i Nydalen. Ny ambulansestasjon i Asker. Overtagelsen av rettsmedisinske fag (RMF) mvf 1/1.

Den viktigste årsaken til inngåelse av nye leieavtaler er knyttet enten til behovet for å flytte ut av uegnede arealer eller nødvendigheten av å realisere samlokaliseringsevner (økonomiske og/eller kvalitative) som ikke er gjennomførbare i egen bygningsmasse. Oslo universitetssykehus i dag 93 000 kvm som ikke er i bruk. Mye av dette er gammelt og krever en så omfattende rehabilitering at det ikke vurderes å være økonomisk forsvarlig å sette dette i stand til nåværende krav. Spesielt utfordrende er dette i vernede bygg, både når det gjelder å finne funksjonelle løsninger og økonomi til gjennomføring. I noen tilfeller har det vært behov for å flytte ut av arealer som var i en slik forfatning at det ikke var forsvarlig, verken økonomisk eller med tanke på pasient- og ansattssikkerhet, å benytte lokalitetene i den stand de fremstår i. Et eksempel ved dette er bygg H på Radiumhospitalet, hvor det var store HMS avvik, som gjorde at kostnaden ved å totalrenovere bygget for å tilfredsstille alle avvikene, ville beløpet seg til over 300 mill. Her tok styret beslutningen om å leie i OCCI bygget og heller la bygg H stå tomt.

Sykehuset gjør en nøye vurdering av behovet for arealer før det inngås kontrakter om leie av arealer. I tilfeller med usikkerhet knyttet til fremtidig lokalisering på kort sikt, vurderes det som fornuftig å leie fremfor å gjøre større investeringer. Bruk av leide vs. eide arealer vil måtte vurderes fortløpende etter hvert som behov for nye arealer dukker opp.

Det er igangsatt overordnede prosjekter for forbedring av driften, hvorav ett av fem delprosjekter er rettet mot reduksjon av arealkostnader. Prosjektet er i gang med å vurdere konkrete forslag til reduserte leiekostnader ved å flytte virksomhet ut fra leide til eide lokaler samt konkrete forslag til revisjon av eksisterende leiekontrakter som skal videreføres, med det formål å redusere årlig kostnad. Prosjektet ser også på virksomhets- og pasientbehov, krav til investering i eid areal samt planer for strategisk utvikling mm. Prosjektleveransen er forventet i mai 2017 og vil inkludere tiltak med kostnadsreducerende effekter.

2.4. Avskrivninger

Det er budsjettert med 874 millioner kroner i avskrivninger på bygninger og utstyr i 2017. Dette er om lag samme nivå som budsjett 2016.

Anleggsmidler Oslo universitetssykehus HF	Balanse 1.1.2016	Estimat investeringer 2016	Budsjetterte avskrivninger 2016	Estimert balanse 31.12.2016	Budsjetterte investeringer 2017	Budsjetterte avskrivninger 2017	Estimert balanse 31.12.2017
<i>(Beløp i millioner kroner)</i>							
Medisinskteknisk utstyr	1 347	325	273	1 399	501	291	1 610
Bygg og eiendom (inkl anlegg under utførelse)	10 033	431	557	9 906	837	535	10 208
Annet	196	77	54	219	107	49	277
SUM	11 576	833	884	11 525	1 445	874	12 095

Budsjettet inkluderer avskrivningskostnader for medisinskteknisk utstyr og ambulanser som finansieres med finansielle leieavtaler, samt utstyr overtatt i forbindelse med virksomhetsoverdragelsen av Rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet. Budsjetterte avskrivninger tar hensyn til avskrivninger på anlegg som er i drift, anlegg under utførelse og planlagte investeringer. De budsjetterte avskrivningene er basert på en forutsetning om jevnt investeringspådrag gjennom 2017.

Det gjøres oppmerksom på at hoveddelen av IKT-investeringene gjennomføres i regi av Sykehuspartner for helseforetakene i Helse Sør-Øst. Avskrivninger innen IKT kommer derfor ikke til uttrykk i Oslo universitetssykehus HF sitt regnskap som avskrivninger, men inngår i driftskostnader via tjenestepreis fra Sykehuspartner og regnskapsføres under Andre driftskostnader.

Oslo universitetssykehus HF har gjennomført investeringer som er helt eller delvis finansiert av investeringstilskudd (blant annet Forskningsbygget på Radiumhospitalet og noen mindre investeringer finansiert av regjeringens tiltakspakke i 2008/2009). Regnskapsmessig ble investeringstilskuddene bokført som utsatt inntekt, og dette inntektsføres i takt med at investeringene avskrives. Det er budsjettert med inntektsføring av tidligere års investeringstilskudd (utsatt inntekt) på om lag 51 millioner kroner i 2017.

2.5. Salg og behov for nedskrivning av eiendom

Det er ikke budsjettert med hverken gevinst fra salg av eiendom eller kostnader til nedskrivning av eiendom i 2017.

Tabellen under viser regnskapsmessig gevinst knyttet til gjennomførte salg de siste årene og estimat for 2016.

Regnskapsmessig gevinst eiendom i mnok	Kort beskrivelse
2014	55 Bl.a. Barnehagebygg
2015	123 Pilestredet 77, Josefinegt 30
2016 (estimat)	147 Bogerudveien, Totengata og Sognsveien 9 A/B

Det er ikke budsjettert med kostnader til nedskrivning av eiendom i 2017. Tabellen under viser kostnadsførte nedskrivninger de siste årene. For 2016 viser foreløpig vurdering at det ikke vil være behov for nedskrivning av anleggsmidler.

Bokførte nedskrivninger i mnok		Kort beskrivelse
2014	43	Arealer på Dikemark
2015	24	Arealer på Dikemark
2016 (estimat)	-	Foreløpig vurdering

2.6. Finansinntekter og –kostnader

For 2017 er det budsjettert med 52 millioner kroner i renteinntekter og 63 millioner kroner i rentekostnader, dvs. netto rentekostnader på 11 millioner kroner. Det er budsjettert med 11 millioner kroner i rentekostnader knyttet til finansielle leieavtaler for medisinskteknisk utstyr og ambulanser. Tabellen nedenfor viser nærmere detaljer.

Rentebærende finansielle eiendeler (ekskl. pensjonsmidler) og gjeld		Balanse 1.1.2016	Estimat renter 2016	Budsjetterte renter 2017
<i>(Beløp i millioner kroner)</i>				
Rentebærende finansielle eiendeler (renteinntekter)	Bankinnskudd bundne midler	567	11,7	8,3
	Fordring på Helse Sør-Øst RHF (basisfordring)	3 330	33,9	43,4
Rentebærende gjeld (rentekostnader)	Kassekreditt	2 351	-19,8	-26,4
	Langsiktig gjeld til Helse Sør-Øst RHF	2 033	-24,8	-25,6
	Annen langsiktig gjeld (finansielle leieavtaler)	54	-1,9	-11,0

2.7. Datterselskaper og majoritetsandeler

Resultatbudsjett 2017 for foretaksgruppen Oslo universitetssykehus HF inneholder også budsjettert resultat for datterselskapene (konsernbudsjett). I årsregnskapet vil det bli laget regnskap både for Oslo universitetssykehus HF (helseforetaket) og for foretaksgruppen Oslo universitetssykehus HF.

Oslo universitetssykehus HF eier helt eller delvis selskapene som fremkommer av tabellen under. For 2017 er det budsjettert med positive resultater i aksjeselskapene på til sammen 19 millioner kroner.

Navn	Budsjettert resultat i millioner kroner	
	2016	2017
Sophies Minde Ortopedi AS	13,3	20,7
Radiumhospitalets parkeringsselskap AS	2,8	3,1
Norsk medisinsk syklotronsenter AS	2,0	-5,5
Sykehotell AS	0,7	0,9
Inven2 AS	0,6	0,0
SUM	19,4	19,1

2.8. IKT-kostnader

IKT-kostnadene har økt jevnt etter at Oslo universitetssykehus HF ble etablert og leveranse av IKT-driftstjenester ble overført til Sykehuspartner. I 2010 var de samlede IKT kostnadene ved Oslo universitetssykehus HF 575,0 millioner kroner. Tilsvarende kostnader vil i 2017 være 1 209,9 millioner kroner.

IKT-budsjettet inkluderer tjenestekjøp fra Sykehuspartner (1 113 millioner kroner), tjenestekjøp utenfor Sykehuspartner (16,9 millioner kroner), driftskostnader til gjennomføring av prosjekter (40 millioner kroner) og drift av sykehusets IKT stab (40 millioner kroner). I tjenestekjøp fra Sykehuspartner inngår avskrivninger innenfor IKT-området på 338 millioner kroner.

I disse budsjettallene inngår ikke IKT kostnader i forbindelse med overtakelse av Rettsmedisinske fag (RMF) fra Folkehelseinstituttet (FHI).

Tabellen under viser utvikling i IKT-kostnader fra 2016 til 2017:

Utvikling i kostnader	Budsjett 2016	Prognose 2016	Budsjett 2017
Sykehuspartner	1 009,8	965,0	1 113,0
Prosjekt driftskostnader	50,1	42,0	40,0
Lokale IKT	56,6	54,0	56,9
SUM IKT	1 116,5	1 061,0	1 209,9

Merknad: Tabellen viser kostnader inkl merverdiavgift.

Budsjettet for 2017 innebærer en netto økning på om lag 148 millioner kroner fra prognose for 2016. Inkludert i dette inngår betalinger til Sykehuspartner HF med en budsjettøkning på om lag 142 millioner kroner. Denne økningen kan i hovedsak knyttes til økte avskrivningskostnader på ferdigstilte prosjekter (118 millioner kroner), mindre endringer i driftspris og vedlikeholdskostnader på eksisterende applikasjonsportefølje. Stab IKT har i 2016 gjennomført betydelige innsparingstiltak som har gjort at etterslepet på vedlikehold og investeringer har økt, samt avsluttet pågående saker hvor det har vært uenighet med SP rundt betalte kostnader.

Driftsrelaterte prosjektkostnader går ned fra 2016 til 2017. Dette skyldes i hovedsak ferdigstilling av Infrastrukturmoderniseringsprosjektet.

For 2016 er det satt av 38 millioner kroner til finansiering IKT-prosjekter fra lokale investeringsmidler. Øvrige investeringsprosjekter innenfor IKT finansieres av regionale investeringsmidler.

For mer informasjon om de ulike prosjektene vises til vedlegg 2 til styresaken "Områdeplan IKT".

3. Prinsipper for intern rammefordeling

Som start for klinikkens budsjetter for 2017 er det tatt utgangspunkt i klinikkens prognoser for aktivitetsbaserte inntekter, andre inntekter og totale kostnader i klinikk i 2016. Det er

deretter justert for eventuelle viktige forhold som medfører at 2016 ikke er representativt for inngangsfarten til 2017 budsjettet. Eksempler på dette er særskilt opprydding i prosjekter i 2016 og tiltak vedtatt sommeren 2016 og som var ment å ha en engangseffekt i 2016. Klinikkerne er på denne måten først tildelt rammer som reflekterer en vurderingen av inngangsfart til 2017.

Det er deretter stilt et krav til effektivisering per klinikk for å kunne oppfylle resultatkravet for sykehuset på 250 millioner kroner i overskudd for 2017. Kravet til resultatforbedring er differensiert mellom klinikkene ut fra resultatoppnåelse i 2016, utvikling i bemanning fra 2014 til 2016 og til en viss grad utvikling i produktivitet fra 2014-2016. Det er i tillegg tatt hensyn til ”prioriteringsregelen” for psykisk helsevern og rus ved at kravet til resultatforbedring er satt lavere til Klinikk for psykisk helse og avhengighet. Det er også satt et noe lavere krav til resultatforbedring for støtteklinikkerne ut fra en vurdering av at disse ikke skal være en flaskehals for gjennomføring av aktivitet.

Differensieringen av kravet til resultatforbedring (forskjellen mellom høyt krav og lavt krav) er relativt liten sett opp mot de store ulikhetene i avlagt resultat opp mot budsjett for 2016. Kravet til resultatforbedring er fra 2 pst (klinikk psykisk helse og avhengighet) til 5 pst (Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon) som det høyeste. Gjennomsnitt for somatiske klinikker er 4 prosent. Rammetildelingen for 2017 innebærer dermed et betydelig krav til resultatforbedring for alle klinikkene. Dette fremgår også under kapittel 6 med egen beskrivelse per klinikk.

Klinikkerne kan løse kravet til resultatforbedring ved å redusere kostnadene og øke aktiviteten.

Rammene til enkelte klinikker er også justert som følge av tildelinger til prioriterte områder. Dette gjelder for eksempel ambulanseberedskap og leie av arealer (jfr omtale under pkt 5.5 andre prioriteringer).

4. Interne faglige prioriteringer

4.1. Somatikk

I Økonomisk langtidsplan 2017-2020 ble det lagt til grunn en aktivitetsvekst for Oslo universitetssykehus HF i 2016 på 2,1 pst. Vekstforutsetningen var blant annet basert på følgende:

- Oppnådd reduksjon i antallet fristbrudd skal videreføres og ytterligere reduksjon i ventelister forventes
- Oslo universitetssykehus gir helsetjenester på nasjonalt-, regions-, flerområde-, område- og lokalsykehusnivå – og forutsetter vekst ihht demografisk utvikling både i Oslo og i regionen
- Oslo sykehusområde har meget høy befolkningsvekst og et stort innslag av 1. og 2. generasjons innvandrere. I dag har 30 pst av befolkningen i Oslo innvandrerbakgrunn (23 pst direkte innvandrere og 7 pst barn av to direkte innvandrere). Samme tall for Norge som helhet er 14 pst (12 + 2 pst).

- Innen noen fagområder forventes det en vekst som går utover befolkningsveksten. Viktige eksempler på dette er kreft, øye (flerområdefunksjon også for A-hus), nevrologi og dialyse.

I 2017 er det budsjettert med en samlet aktivitet tilsvarende 238 057 DRG-poeng. Budsjettert aktivitetsnivå er ment å ivareta endringer i behov (demografi og ventelister) og bedret utnyttelse av intern kapasitet innen for eksempel poliklinikk og operativ kapasitet. Det er lagt til grunn at eventuell meraktivitet finansieres med de til enhver tid gjeldende satser for ISF-refusjon og satser for gjestepasienter.

Klinikkens DRG-budsjetter vil bli justert når endelig ISF-regelverk foreligger primo 2017 og når endelig aktivitet for 2016 er kjent.

Tabellen under viser budsjettert aktivitet i antall DRG-poeng per klinikk for 2016 og 2017 samt estimat for 2016:

Klinikk	B2016	E2016	B2017	Endring 2017 fra	
				B2016	E2016
Medisinsk klinikk	26 635	26 409	27 193	2,1 %	3,0 %
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	20 000	20 870	21 675	8,4 %	3,9 %
Nevrologi	26 721	26 088	26 619	-0,4 %	2,0 %
Ortopedisk klinikk	20 529	20 400	21 250	3,5 %	4,2 %
Barne- og ungdomsklinikken	15 534	15 108	15 520	-0,1 %	2,7 %
Kvinneklinikken	20 513	20 943	21 293	3,8 %	1,7 %
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	33 752	33 288	33 956	0,6 %	2,0 %
Kreftklinikken	30 879	32 004	32 538	5,4 %	1,7 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	29 832	30 718	31 182	4,5 %	1,5 %
Klinikk for laboratoriemedisin	150	150	150	0,0 %	0,0 %
Akuttklinikk	4 552	2 970	3 094	-32,0 %	4,2 %
Fellesposter (overordnet - utenom klinikkene)	3 931	2 557	3 587	-8,8 %	40,3 %
SUM TOTALT	233 028	231 505	238 057	2,2 %	2,8 %

Deler av veksten fra estimat skyldes at finansiering av legemidler overført fra Folketrygden i 2017 er overført til ISF-systemet i 2017. Dette er innarbeidet i DRG-budsjettet under Fellesposter (sykehusnivå, utenom klinikkene) med 1 188 DRG-poeng. I klinikkene er det budsjettert med en vekst på 2,3 pst fra estimat 2016, dvs marginalt høyere enn det som ble lagt til grunn i økonomisk langtidsplan.

4.2. Laboratoriefag

Det er gitt et aktivitetskrav til Klinikk for laboratoriemedisin på 2,5 pst for å kunne håndtere forventet somatisk aktivitetsvekst i 2017. For å gjennomføre dette er klinikken tilført 23 millioner kroner. Aktivitetsutvikling de siste årene viser imidlertid at laboratoriene øker mer i aktivitet enn sykehusets DRG-aktivitet. Det gjøres flere laboratorieundersøkelser per pasientkontakt, og kompleksiteten i metodene øker. Denne aktivitetsutviklingen, samt kravet til resultatforbedring, fører til at klinikken i stor grad må effektivisere inn forventet aktivitetsvekst. Ved hjelp av klinikkens tiltakspakke og forventet poliklinisk inntektsøkning har det likevel vært mulig å fristille noe midler til økt bemanning. Det har vært lagt vekt på områder som vil være viktig for sykehusets aktivitet og spesielt betydningen av kortere svartider på patologi. Avdeling for patologi skal dermed styrkes med 11 stillinger fordelt på molekylær patologi og histologi.

4.3. Radiologi og nukleærmedisin

Det er gitt et aktivitetskrav til Klinikken for radiologi og nukleærmedisin på 3 pst for å kunne håndtere forventet somatisk aktivitetsvekst i 2017. For dette er klinikken tilført 12 millioner kroner. Krav til resultatforbedring fører til at klinikken må effektivisere inn forventet aktivitetsvekst uten å øke bemanningen. Klinikken har oppnådd full effekt av oppbemanningen som er gjennomført i perioden 2013-2015 og samtlige avdelinger, med unntak av Nukleærmedisin som har noe kapasitet innenfor PET, rapporterer om utfordringer med å øke kapasiteten i 2017 uten å øke bemanningen. Kapasitet på eksisterende maskinpark er under press og klinikken er avhengig av kontinuerlig utskifting av tungt utstyr. Maskinkapasitet utnyttes der det er mulig på kveldstid samtidig som pasientgrupper flyttes mellom lokalisasjoner der det er hensiktsmessig. Klinikken arbeider nå med en handlingsplan for bedring av bildediagnostisk kapasitet og logistikk, men det blir vurdert å være svært krevende å innfri et generelt krav om 3 prosent aktivitetsøkning i 2017.

4.4. Kirurgisk virksomhet: Anestesi, operasjon og PO/Intensiv i Akuttklinikken

Akuttklinikken er en serviceklinikk på anestesi, operasjon og PO/Intensiv, hovedsakelig for de kirurgiske klinikkene. I 2016 har det vært økt aktivitet innen anestesi på nærmere 4 pst og for intensiv på rundt 10 pst.

I 2017-budsjettet er det forutsatt en vekst på 2,5 pst for Akuttklinikken uten bemanningsøkning og økt ramme. For Akuttklinikken er dette en stor utfordring på operativ virksomhet da varekostnader og medikamenter er en variabel kostnad med antall og type inngrep. Det er bestillinger/signaler om behov for økt kapasitet i en rekke kirurgiske områder inn i 2017. Grovt beregnet vil 1 pst vekst være om lag 400 inngrep som er drift på en operasjonsstue. Det vil være utfordrende for Akuttklinikken å klare vekst på 2,5 pst som tilsvarer 1 000 nye inngrep med dagens bemanning. På sykehusnivå er det derfor satt av 10 millioner kroner for å dekke nye operasjonsøkter.

Som nevnt ovenfor er intensivaktiviteten økt betydelig fra 2015 til 2016. Antall intensivpasienter har økt med 9 pst, antall intensivdøgn med 12 pst og respiratordøgn med 6-7 pst. Økningen tilsvarer 3 intensivsenger. Det var i 2016 betydelig høyere intensivaktivitet enn det har vært i årene tidligere. I budsjettet for 2017 er det lagt til grunn at intensivaktiviteten neste år blir noe lavere enn i 2016. Dette betyr at det er budsjettet med bemanning og ressurser til 2 færre senger enn det som faktisk er brukt i 2016.

4.5. Aktivitet psykisk helsevern

Innenfor psykisk helsevern for voksne har aktiviteten i 2016 økt betydelig fra 2015 og vært høyere enn budsjettet for både utskrivninger og polikliniske konsultasjoner.

For 2017 er det budsjettet med en reduksjon i antall utskrivninger fra døgnvirksomheten på 202 (10,5 pst) fra estimat 2016. Dette er en reduksjon fra budsjett 2016 med 29 (1,7 pst). Antall liggedøgn budsjetteres med en nedgang på 2 887 (4,1 pst) i forhold til estimatet for 2016 og 4.371 (6,0 pst) fra budsjett 2016. Endringene fra 2016 til budsjett 2017 inkluderer en

økning i antall senger ved Regional sikkerhetsavdeling med 2. Det er for øvrig tatt høyde for kostnadsreduserende tiltak innenfor flere sengeposter for å gjennomføre driften innenfor tildelt budsjett. Dette inkluderer planer for redusert døgnkapasitet ved flere avdelinger i sommerferieperioden. Ved Nydalen DPS har det i 2016 vært særlig høyt belegg i 2016 som ikke er forutsatt videreført i 2017.

Den polikliniske aktiviteten innenfor voksenpsykiatrien er til og med oktober 2016 økt med 10 281 (13,5 pst) konsultasjoner fra samme periode i 2015 og er 8 512 (10,9 pst) høyere enn budsjettet. Økningen i antall konsultasjoner er blant annet en effekt av bedret organisering etter samlokalisering ved DPS'ene og at en økt andel av behandlerstillingene nå arbeider på poliklinikkene mens de tidligere arbeidet mer ambulant (gjelder Nydalen DPS). Økningen i antall polikliniske konsultasjoner er planlagt å øke også i 2017, men ikke i samme omfang som i 2016. Sammenlignet med estimat etter november 2016 forventes en økning i 2017 på om lag 3 000 konsultasjoner, tilsvarende 3 pst.

Innenfor psykisk helsevern for barn og unge er aktiviteten til og med oktober 2016 økt fra 2015, og høyere enn budsjettet, når det gjelder antall utskrevne pasienter og antall refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner. På årsbasis forventes det imidlertid at antall polikliniske konsultasjoner blir noe lavere enn budsjettet. Dette skyldes særskilte problemstillinger knyttet til drift gjennom høsten. Antall liggedøgn og antall dagopphold forventes også å bli lavere enn budsjettet.

For 2017 er det budsjettet med en videreføring av døgnkapasiteten, både for antall utskrevne pasienter og antall liggedøgn. Det har over lengre tid vært arbeidet med tiltak for å øke antall polikliniske konsultasjoner innenfor barne- og ungdomspsykiatrien og dette forventes sammen med en økning av antall behandlerstillinger å gi en ytterligere økning i antall refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner i 2017. For 2017 er det planlagt med en økning i antall konsultasjoner på 1 548, tilsvarende 3,5 pst, fra estimat 2016.

4.6. Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har det i 2016 vært flere liggedøgn enn budsjettet, mens antall pasienter utskrevet fra døgnbehandling har vært lavere enn budsjettet. Færre utskrivninger enn budsjettet i 2016 skyldes i stor grad endring i registreringspraksis for internoverføringer og omlegging av drift som medfører noe lengre liggetid. Det arbeides med effektiv drift ved poliklinikkene og den polikliniske aktiviteten har økt gjennom 2016 og forventes på årsbasis å bli noe høyere enn budsjettet.

I 2017 forventes noe reduksjon i liggetid for døgnopphold. Dette gir en reduksjon i antall liggedøgn fra prognose 2016 til budsjett 2017 på om lag 2 pst. For antall utskrevne pasienter forventes planlegges med en reduksjon på 1 pst fra estimat 2016.

Den polikliniske aktiviteten innenfor TSB har i lengre tid vært sterkt økende. Per oktober 2016 er antall refusjonsberettigede konsultasjoner økt med om lag 2 500 (15 pst) fra samme periode i 2015. Det forventes en ytterligere økning i 2017 med 2,5 pst slik at totalt antall budsjetterte konsultasjoner i 2017 er 22 824.

Det vises for øvrig til tabeller med måltall for aktivitet for 2017.

4.7. Forskning og utvikling

Oslo universitetssykehus HF er en stor aktør innen forskning, utvikling og innovasjon. Sykehuset bruker om lag 1,7 milliarder kroner årlig til forskning, inkludert ekstern finansiering og beregnede kostnader ved støttefunksjoner og infrastruktur. Tabellen under viser hvordan ressursbruken ble finansiert i 2015:

FRA OUS Forskning (2015-tall)	Totalt OUS
Beløp i 1000 kr	
Internt finansiert	955 384
HSØ/HOD	408 749
Norges Forskningsråd	178 174
EU og annet internasjonalt	26 967
Andre	152 977
Alle kilder 2015	1 722 252

Det har vært en moderat vekst i ressursbruken til forskning de siste årene og en klar økning i aktivitet målt i antall artikler. Sykehusets andel av nasjonal og regional forskningsproduksjon, målt i poeng for artikler og doktorgrader, er imidlertid noe redusert sammenliknet med situasjonen for 8-10 år siden som følge av betydelig vekst i andre helseforetak.

Hoveddelen av veksten i ressursbruk kommer fra en økning i eksternt finansierte prosjekter. Helse Sør-Øst RHF forventer at Oslo universitetssykehus HF i økende grad søker ekstern finansiering til store nasjonale og internasjonale forskningsprosjekter og ikke minst at EU-finansiert forskning øker i omfang. Slike prosjekter er ressurskrevende å delta i. Det kreves både tilstrekkelig avsatt tid og støttepersonell dersom en skal lykkes med større, multinasjonale, EU-finansierte prosjekter. Prosjektene gir imidlertid tilgang til svært viktige nettverk, teknologi og internasjonal kompetanseutveksling. Eksternt finansierte forskning krever både infrastruktur og annen tilrettelegging og prioritering i sykehusets virksomhet. I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet har det de siste årene vært stilt krav om styrking av infrastruktur for utprøving av legemidler og testing av nytt medisinskteknisk utstyr og teknologi. Det følger ikke ekstra midler med dette kravet, og Oslo universitetssykehus HF har bare i begrenset grad kunnet følge opp kravet. Ett av Helse- og omsorgsdepartementets langsiktige mål er økt kvalitet, omfang og implementering av klinisk pasientrettet forskning, og det forventes at et økt antall pasienter får tilbud om å delta i kliniske studier.

Klinikkene må innenfor sine rammer prioritere hvordan en best kan utnytte basisrammen til sin totale virksomhet, herunder forskning og innovasjon. Det er lagt inn et krav til klinikkene om særskilt vurdering av dette området i budsjettprosessen for 2017. Klinikkene er spesielt bedt om å planlegge ressursbruken slik at den styrker infrastruktur og støttefunksjoner for kliniske studier.

Som det fremkommer av tabellen ovenfor er den største delen av forskningsaktiviteten internt finansiert. Dette innebærer at klinikkene prioriterer en betydelig ressursbruk til forskning

finansiert via de ordinære driftsbudsjettene. Klinikkenes forventede ressursbruk til forskning er ikke spesifisert særskilt i budsjettene, men måles/beregnes i ettertid. Det er lagt til grunn at klinikkenes prioritering av ressursbruk til forskning vil være omtrent på samme nivå i 2016 og 2017 som i 2015.

Sentralt tildelte forskningsmidler i Oslo universitetssykehus er i 2017 budsjettert med tilsvarende beløp som i 2016, dvs om lag 20 millioner kroner. De sentrale midlene går til stimuleringsmidler til klinikkene for å understøtte deres handlingsplaner for forskning, biobanker og registre, fokuserte forskningsområder, helsefaglig forskning og forskningspriser. Det tildeles videre 1,5 millioner kroner i innovasjonsmidler.

Helse Sør-Øst RHF har foreslått å tildele Oslo universitetssykehus HF 393 millioner kroner til forskningsformål i 2017 (behandles av styret for Helse Sør-Øst RHF 15. desember). Flere av de øremerkede tilskuddene fra Helse Sør-Øst er ikke lønns- og prisjustert for 2017. Dette gjelder blant annet tilskuddet for å drive regionale forskningsstøttefunksjoner, som også inkluderer innovasjonsstøtte til regionen. Dette skaper ekstra utfordringer, all den tid det meste av bevilgningen benyttes til faste lønnsmidler i Oslo universitetssykehus. Det samme gjelder øremerkede tilskudd til kvalitetsregistre.

4.8. Utdanning

Det tildeles ikke øremerkede midler fra Helse- og omsorgsdepartementet eller Helse Sør-Øst RHF til utdanningsformål. Dette er lovpålagte aktiviteter som klinikkene må ivareta ut fra de krav som stilles fra utdanningsinstitusjonene og myndighetene, og utdanningsoppgaver må i all hovedsak planlegges innenfor klinikkens ordinære budsjett. I Økonomisk langtidsplan er det påpekt at det vil være et økende behov for å prioritere midler til videreutdanning av spesialsykepleiere til fagområder som er kritisk viktige for driften. Dette fremgår også av sykehusets risikoanalyser. I budsjettet for 2017 er rammen til videreutdanning av spesialsykepleiere 49 millioner kroner. Det er avsatt 1 million kroner internt i utdanningsmidler til utvalgte prosjekter og til utdanningspriser.

Fra og med 2017 innføres gradvis en ny struktur for spesialistutdanning av leger, der regionsykehusene får betydelige koordineringsoppgaver gjennom etablering av regionale utdanningssentre. Oslo universitetssykehus er avhengig av tilførsel av midler fra Helse Sør-Øst til dette formålet dersom et regionalt utdanningssenter skal kunne etableres etter intensjonen og er i tett dialog med Helse Sør-Øst om dette.

5. Tverrgående resultatforbedrende tiltak 2017

Oslo universitetssykehus HF står overfor store økonomiske utfordringer for 2017, samt årene fram mot 2020 (jfr. styresak 45/2016 økonomisk langtidsplan). Ledelsen i Oslo universitetssykehus HF har i flere år arbeidet med tiltak for god og effektiv sykehusdrift. De seneste årene har det derfor blitt gjennomført flere prosjekter og tiltak som har hatt til hensikt å forbedre det økonomiske resultatet.

I løpet av 2014-2015 foregikk det prosjekter innenfor driftsområdene poliklinikk, operasjon og sengepost. Disse prosjektene identifiserte flere viktige forbedringsområder og tiltak som Oslo universitetssykehus HF kan foreta for å bedre det økonomiske resultatet.

Ettersom flere av forbedringsområdene er av en generisk karakter så ledelsen behov for å opprette et program som kunne ivareta og følge opp prosjektene i gjennomføringen. Dette programmet har fått navnet «Forbedring av driften 2017-20» og har som hensikt å etablere en bedre struktur for oppfølging av sykehusets felles tiltak.

Driftsforbedrende prosjekter etablert høsten 2016

Initiativet «Forbedring av driften 2017-20» administreres av sentral økonomistab og ledes gjennom en styringsgruppe. En av styringsgruppens viktigste oppgaver er å velge prosjekter som har et godt økonomisk potensial og har god sannsynlighet for å lykkes. Styringsgruppen består av administrerende direktør (leder), viseadministrerende direktører, HR-direktør, tre tillitsvalgte, verneombud, to klinikkledere, to avdelingsledere og brukerrepresentant.

Prosjektens hovedoppgave er å identifisere endringsforslag og tiltak som kan forbedre det økonomiske resultatet. Forslagene forelegges deretter ledermøtet til Oslo universitetssykehus HF hvor eventuelle vedtak om gjennomføring fattes.

Som en del av prosjektbestillingen og gjennomførelsen må prosjektene legge en plan for implementering og gevinstrealisering. For å innføre en vellykket endring må prosjektet foreslå metode for gjennomføringen av tiltakene i klinikk og prosjektene får også ansvaret for på vegne av sykehusledelsen å følge opp klinikkens etterlevelse av de forslag som vedtas i ledermøtet.

Så langt er det etablert fem driftsforbedrende prosjekter som er organisert under «Forbedring av driften i OUS 2017-2020»:

PROSJEKT	PROSJEKTLEDER	PROSJEKTEIER
1. Tiltak for bedre gjennomføring av poliklinisk drift	Klinikksjef, Kvinneklinikken	Viseadministrerende direktør, Stab medisin, helsefag og utvikling
2. Effektivisere operasjonsdriften	Klinikksjef, Akutt klinikken	Viseadministrerende direktør, Stab medisin, helsefag og utvikling
3. Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk	Seksjonsleder, HR stab	HR direktør
4. Reduksjon i arealkostnader	Rådgiver, OSS stab	Viseadministrerende direktør, Stab økonomi, juridisk og IKT
5. Begrense medikamentkostnadene	Seksjonsleder, Klinikk for laboratoriemedisin (Leder av legemiddelkomiteen)	Viseadministrerende direktør, Stab medisin, helsefag og utvikling

1. Tiltak for bedre gjennomføring av poliklinisk drift

Prosjektet skal innenfor dagens organisering bidra til flere polikliniske konsultasjoner innenfor eksisterende kapasitet/ressurser. Prosjektet har satt seg mål om å vurdere en rekke virkemidler og forbedringsområder som vil forbedre driften på poliklinikkene: unngå avbestillinger / ikke møtt pasienter, koordinert oppstart og avslutning av ulikt helsepersonell, jevn aktivitet i arbeidstiden, bedre planlegging og strengere regler for avlysning av planlagt aktivitet fra personellet side.

2. Effektivisere operasjonsdriften

Hensikten med prosjektet er å øke antallet operasjoner med gitt ressursinnsats / kapasitet. Prosjektet skal gjennomføre tiltak innenfor forskjellige områder i planlegging og drift av operasjonsdriften. Et område som er viktig å jobbe med er reduksjon i stryk/unngå unødvendig innleggelse og oppføring i operasjons-program. Det er viktig å sette opp realistiske operasjonsprogrammer som reflekterer forventet behov for knivtid og stuetid. Et annet forbedringsområde omhandler presis oppstart av operasjonsstuene hver morgen. for å oppnå dette er synkronisering av bemanningsressurser/ arbeidsplaner døgn/uke, inkl. helg nøkkeltiltak. Dersom man skal få til en mer effektiv bruk av operasjonsstuene må arbeidsoppgavene standardiseres i tillegg til at det må etableres godt samarbeid blant de ansatte.

3. Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk

Formålet ved prosjektet er reduserte kostnader til bemanning og/eller økt aktivitet gjennomført uten økning i bemanning (lønn). Det er særlig ønskelig å redusere den høye innleiekostnaden. For å løse dette oppdraget er prosjektet delt inn i tre delprosjektet med hver sin prosjektgruppe:

1. Beslutninger knyttet til bruk av variabel lønn praktisering-fullmakter
2. Forbedret bruk av Gat
3. Bemanningsplanlegging

4. Reduksjon i arealkostnader

Prosjektet skal levere konkrete forslag om reduserte leiekostnader ved å flytte ut virksomhet fra leide til eide lokaler (fra-til) og konkrete forslag til nye leieavtaler for eksisterende leiekontrakter som skal videreføres, men med redusert årlig kostnad.

5. Begrense medikamentkostnadene

Hensikten med prosjektet er å utnytte Oslo universitetssykehus HF sine ressurser på best mulig måte slik at legemiddelkostnadene ikke øker mer enn nødvendig. Befolkningen har store forventninger til moderne medisinsk behandling, og det kommer stadig nye legemidler på markedet til behandling av alvorlige sykdommer.

Oslo universitetssykehus HF må prioritere de rette pasienter til den rette behandling i tråd med overordnede føringer i nasjonale retningslinjer og i overensstemmelse med beslutninger om innføring av nye metoder. Samtidig er det nødvendig å ha stort fokus på legemidler som er i bruk, både mht. klinisk riktig bruk og oppfølging av legemiddelavtaler.

Ytterligere driftsforbedringsprosjekter blir etablert ved årsskifte

I tillegg til de igangsatte prosjektene som ble gjennomgått ovenfor ble det på Styringsgruppemøtet 21.november 2016 godkjent fire nye prosjektbestillinger:

PROSJEKT	PROSJEKTLEDER	PROSJEKTEIER
6. Reduserte ikt-kostnader	Seksjonsleder, IKT	Viseadministrerende direktør, Stab økonomi, juridisk og IKT
7. Samling av onkologisk lungekreftbehandling på Ullevål og onkologisk behandling av prostatakreft på Radiumhospitalet	Avdelingsleder, Kreftklinikken	Viseadministrerende direktør, Stab medisin, helsefag og utvikling
8. Inntektskilder	Assisterende økonomidirektør, Stab økonomi, juridisk og IKT	Viseadministrerende direktør, Stab økonomi, juridisk og IKT
9. Bedre innkrevingsrutiner	Leder budsjettering, rapportering og analyse, Stab økonomi, juridisk og IKT	Viseadministrerende direktør, Stab økonomi, juridisk og IKT

Prosjektet «Fordelaktig reorganisering og sammenslåing av driftsenheter» blir etablert som et paraplyprosjekt som vil inneholde reorganiseringsprosjekter i sykehuset. I første omgang er det Samling av onkologisk lungekreftbehandling på Ullevål og onkologisk behandling av prostatakreft på Radiumhospitalet som vil bli prioritert.

Oppfølgingen av prosjektene gjennom 2017 skjer hovedsakelig gjennom tett dialog med sekretariatet i økonomistaben. Prosjektlederne rapporterer jevnlig gjennom en rapporterings mal samt direkte i møtene til Styringsgruppen. Prosjektene vil fremover jobbe seg gjennom prosjektfasene. Når de er i mål med selve gjennomføringen, vil de legge frem sine forslag til driftsforbedrende tiltak for styringsgruppen. Styringsgruppen vil deretter vurdere forslagene før de eventuelt tar anbefalingene videre til ledermøtet som fatter endelige beslutning for driftsendringer.

Dersom ledermøtet beslutter å vedta driftsendringer starter prosjektene selve implementeringsfasen i klinikkene. I denne fasen vil prosjektene være spesielt opptatt av gevinstrealisering. Som et utgangspunkt skal prosjektene være ferdigstilt før sommeren, men det tas høyde for at noen prosjekter kan ta lengre tid, for eksempel har milepælsplanen til «Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk» mål frem til desember 2017.

6. Resultatforbedrende tiltak 2017

Klinikkene mottok primo juli beskjed fra sykehusledelsen om å utarbeide tiltak for forbedring av resultatene (effektivisering av virksomheten) i størrelsesorden 3-4 prosent. Klinikkene har

som tidligere år jobbet med tiltak for å bedre driften i egen klinikk som en del av budsjettprosessen og har konkretisert tiltak i de fleste avdelinger. På dette tidspunkt foreligger det 344 tiltak med en anslått effekt på 315 millioner kroner. Hvert enkelt tiltak er beskrevet og ansvarlig for oppfølging er definert. Det er stor variasjon i innhold og omfang av tiltakene. Nedenfor vises oversikt over sum tiltak per klinikk.

KLINIKK	PHA	MED	HHA	NVR	OPK	BAR	KVI	KIT	HLK	AKU	KLM	KRE	KRN	OSS	Totalsum
SUM	9	27	17	17	16	31	7	33	15	28	38	28	10	40	315

Tabellen viser tiltak per klinikk i millioner kroner.

I tabellen under er tiltakene gruppert inn i generelle typer.

Type tiltak	Mill kroner
Reduserte kostnader	74
Bedret drift	68
Permanent reduksjon bemanning	44
Økte inntekter	42
Økt aktivitet	25
Andre tiltak	22
Reduserte innkjøpskostnader	17
Midlertidig ledighold av stillinger	14
Gevinster som følge av nye IT løsninger (GAT, RIS PACS, ERPJ, DIPS)	8
Reduserte varekostnader	2
Totalsum	315

Tabellen viser millioner kroner i tiltak fordelt på type tiltak

Den største gruppen tiltak er knyttet til reduserte kostnader med 74 millioner kroner. Dette inkluderer redusert service på interne tjenester, vedlikehold og utbedringer innen bygg, VVS og elektro, avvikling av avtaler for medisinteknisk utstyr og redusert innleie mv. Bedret drift med 68 millioner kroner inkluderer tiltak knyttet til utnyttelse av operativ kapasitet, samdrift og sammenslåing sengeposter, strukturering av pasientflyt, prøvetaking, øvrige LEAN prosjekter mv. Permanente reduksjoner i kostnader til bemanning med 44 millioner kroner er knyttet til nye turnusavtaler, endret sammensetning av personell, tilpasninger i arbeidstiden og reduksjoner i antall årsverk.

Det er som del av budsjettarbeidet vurdert hvor mye den økte aktivitet på om lag 2 ½ prosent vil bidra til resultatforbedringen i Oslo universitetssykehus HF. Direkte vil dette bidra til om lag 200 millioner i økte inntekter på sykehusnivå. På den annen side vil også økte aktivitet medføre økte varekostnader mv. Aktivitetsvekst som tiltak inngår med om lag 60 millioner kroner av i tabellene over (Sum av økte inntekter og økt aktivitet). Målene om vekst er imidlertid tydelig fastlagt i klinikkens budsjetter og måltall.

Risiko for gjennomføring

Hver klinikk har foretatt en vurdering av risikoen for gjennomføring av de enkelte tiltakene. De fleste tiltak faller i kategorien medium eller lavere risiko for gjennomføring og effekt. Det er flere grunner til at tiltak kan klassifiseres med høy risiko, i noen tilfeller innebærer tiltaket en risiko for omdømme og arbeidsmiljø. I noen tilfelle må eksisterende avtaler med eksterne

reforhandles, og dette kan innebære en betydelig risiko for oppnåelse av effekt.

Risiko for gjennomføring	Risiko for effekt				
		L	M	H	Totalsum
	L	71	23	2	96
	M	27	127	17	171
	H	13	15	21	48
Totalsum	111	164	40	315	

Tabellen viser vurdering av risiko ved både gjennomføring og effekt av tiltak. Liten, Medium, Høy.

Erfaringsmessig vil det være tiltak i klinikk også ut over de som er klassifisert med høy risiko som gjennomføres med lavere effekt enn forventet. Oslo universitetssykehus HF må derfor arbeide videre med tiltak både for å sikre gjennomføringen av de som er meldt og for å identifisere nye områder for tiltak.

7. Omtale av budsjett i den enkelte klinikk

Under gis det en kort omtale av den enkelte klinikkens budsjett for 2017 med fokus på vurdering av krav til økonomisk resultatforbedring i 2017, tiltak, risiko og medvirkning i budsjettprosessen.

Helt først i omtalen av hver klinikk er det gjengitt en tabell som viser utvalgte hovedtall for klinikkens budsjett for 2017 sammenliknet med status i 2016 (estimat 2016). Tabellen nedenfor viser en tilsvarende oversikt for alle klinikkene sett under ett.

Tabellen nedenfor (og klinikktabellene nedenfor) må leses med utgangspunkt i følgende:

- For varekostnader og andre driftskostnader er det innarbeidet prisvekst i 2017-tallene (anslått til 2,7 pst), men effekt av MVA-reformen er holdt utenom. Det medfører altså at økning på 2,7 pst i varekostnader fra 2016 til 2017 innebærer reelt samme nivå på varekostnader i begge årene.
- For lønn (alle komponenter) er virkningene av lønnsoppgjørene i 2016 og anslag for lønnsoppgjør 2017 ikke innarbeidet. Det vil si at prisen per timeverk/årsverk er den samme i 2017 som i 2016 (altså før nevnte lønnsoppgjør).

Resultatbudsjett 2017, utvalgte ØBAK linjer Ordinær drift (Alle tall i TNOK)	E2016	B2017	Diff B17-E16	Endring (% av E16)
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 522 975	2 650 567	127 592	5,1 %
Innleid arbeidskraft	196 777	157 099	-39 678	-20,2 %
Fast lønn	9 605 885	9 624 121	18 237	0,2 %
Overtid og ekstrahjelp	914 784	787 047	-127 736	-14,0 %
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-673 831	-654 916	18 914	-2,8 %
Annen lønn	1 632 059	1 648 911	16 852	1,0 %
Andre driftskostnader	2 711 429	2 886 259	174 829	6,4 %
Brutto månedsverk drift	18 127	17 938	-190	-1,0 %
Vekst i DRG- aktivitet				2,5 %

Tabellen viser: Endring i utvalgte budsjettlinjer for klinikkene samlet fra prognose 2016 til budsjett 2017(eksklusive øremerkede midler)

Tabellen ovenfor – for alle klinikkene samlet - viser følgende:

- Varekostnader er anslått å øke med 5.1 pst. Dette må sees på bakgrunn av en forventet prisvekst på 2.7 pst og forventet aktivitetsvekst på 2-2.5 pst samt noe vekst i medikamentkostnader.
- Innleie forventes kraftig redusert.
- Fastlønn vil være om lag uendret for alle klinikkene sett under ett, mens variabel lønn forventes betydelig redusert.
- Andre driftskostnader forventes å øke betydelig mer enn den økte aktiviteten (2-2.5 pst). Dette må sees på bakgrunn av betydelig økte ikt-kostnader og økte leiekostnader.
- Antall årsverk samlet (både fastlønnede og variabelønnede) skal reduseres med i underkant av 200 (om lag 1 pst). Reduksjon i innleide timeverk kommer i tillegg.

Som det vil fremgår av tabellene nedenfor vil utviklingen i de nevnte størrelsene variere betydelig mellom de ulike klinikkene.

Resultatbudsjett 2017, utvalgte ØBAK linjer Ordinær drift (Alle tall i TNOK)	Estimat 2016	Budsjett 2017	Diff B17-E16	Endring (% av E16)
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	68 884	64 909	-3 975	-5,8 %
Innleid arbeidskraft	3 643	644	-2 999	-82,3 %
Fast lønn	1 183 098	1 241 732	58 634	5,0 %
Overtid og ekstrahjelp	145 859	105 367	-40 492	-27,8 %
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-81 457	-83 160	-1 703	2,1 %
Annen lønn	212 820	221 635	8 815	4,1 %
Andre driftskostnader	87 980	86 299	-1 681	-1,9 %
Brutto månedsverk drift	2 233	2 250	17	0,7 %
Vekst aktivitet				

1. Vurdering av inngangsfart til 2017 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Økonomisk resultat for klinikken ved utgangen av oktober er et positivt budsjettavvik med 13,7 mill. kr. Klinikken fikk i juni då.et nytt styringsmål for 2016 med en redusert kostnadsramme og dermed et krav om et regnskapsmessig overskudd på 10,0 mill. kr. Avdelingene er tildelt et resultatkrav for 2017 med en kostnadsramme i henhold til budsjettet for 2016, med enkelte justeringer som er gjennomført i løpet av året. Noen av avdelingene har pr. oktober kostnader i henhold til foreløpig tildelt kostnadsramme for budsjettåret 2017, og er dermed i økonomisk balanse.

For andre avdelinger, med et negativt avvik mot budsjett i 2016, fortsetter utfordringsbildet inn i 2017 der det forventes fortsatt høyt ressursforbruk pga økt antall pasienter med mer alvorlig symptombelastning og økt pleietyngde for flere pasientgrupper. Dette gjelder flere seksjoner og enheter, bl. a. Akuttpsykiatrisk seksjon i Døgnavdelingen, hvor det har vært et høyt belegg over lang tid, samt at seksjonen har måttet behandle svært krevende pasienter over en lengre periode enn forutsatt i faglige retningslinjer. Behov for 6 nye stillinger til en budsjettkostnad på 6,9 mill. kr for å gå driftsmessig i balanse, må avdelingen finne løsning på innenfor eksisterende kostnadsramme.

Det er også store utfordringer knyttet til finansieringen av klinikkens ulike seksjoner som er tildelt Nasjonalt og/eller Regionalt ansvar; avdeling Nasjonale og Regionale tjenester (NoR). Pasientbehandlingen og generell drift, utfra oppdrag fra nasjonale myndigheter og det regionale foretaket, samt klinikkens forståelse av og gjennomføring av de ulike oppdrag, er i varierende grad derfor ikke mulig å gjennomføre med dagens tildelte finansiering.

Med unntak av regnskapsmessig resultat i 2015, har klinikken siden 2012 levert aktivitet, drift og regnskap i henhold til krav og forventninger som er stilt. Best mulig effektiv pasientbehandling til flest mulig på riktig behandlingsnivå har vært målsettingen for klinikken, samtidig som det er gjort driftsmessige endringer med kostnadsreduserende tiltak for å oppnå tildelt kostnadsramme. Klinikken har forholdt seg til overordnet oppdragsdokument, der det er gitt prioriteringer av fagområder, behandlingsnivå og pasientgrupper, som i etterkant skal måles mot økt ressursbruk og

økt aktivitet. Dette er i henhold til forståelsen av prioriteringsregelen (tidligere den gyldne regel) innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengighet (TSB).

Med gjennomførte kostnadsreducerende tiltak over flere år, er listen for nye tiltak etter hvert blitt sterkt redusert. Det vanligste tiltaket for å holde tildelt kostnadsramme, er en kortere eller lengre periode med ledighold av stillinger. Dette er, av flere årsaker, ikke et gunstig eller ønskelig tiltak.

Bruk av «ostehøvelkutt» utover det som allerede er gjennomført, er det ikke rom for lenger. Nye kostnadsreducerende tiltak for klinikken, vil hovedsakelig innebære langt mer strukturelle og omfattende endringer. Det vil gi utslag i behandlingstilbudet, for eksempel redusert døgnbehandling i rus- og avhengighetsmedisin. Klinikken sine muligheter, samtidig som det er klinikken sine utfordringer, ligger i endringene i døgnbehandlingen av pasientene fra tyngre sykehusdrift til mindre kostnadskrevede DPS døgnplasser og poliklinisk behandling. Dette vil imidlertid kreve en omstillingsprosess der den kostnadsreducerende effekten først kan hentes ut etter en tid.

a. Nye forhold som påvirker drift i 2017

Det er flere forhold som påvirker utfordringsbildet for 2017:

- Klinikken har fått et krav på 39,4 mill. kr i kostnadsreducerende tiltak i 2017. I tillegg har klinikken fått 32 mill. kr i vekstfinansiering. I tillegg er det gitt en balansert økning i diverse inntekter på 7,7 mill. kr., som også gir en tilsvarende økning i kostnadsrammen. Netto blir dette en reduksjon i kostnadsrammen på 7,4 mill. kr. Dette kravet er foreløpig lagt på klinikknivå. Det må i løpet av året identifiseres områder som kan redusere kostnader tilsvarende kravet.
- Klinikken er tilført finansiering på 4,0 mill., halvårseffekt, i 2017 for opprettelse av et Front-team for ungdom.
- Klinikken er tilført finansiering på 13,6 mill. kr for å dekke drift av to nye sengeplasser på Regional sikkerhetsavdeling. Disse ferdigstilles i første kvartal 2017.
- Klinikken er tilført finansiering på 2,2 mill. kr til Regional sikkerhetsavdeling for å kompensere for økte personalkostnader knyttet til øket skjerming av pasienter i behandling.
- Innsatsstyrt finansiering (ISF) for poliklinisk behandling er foreslått vedtatt gjennomført fra 1. januar 2017. Eksisterende variable inntekter fra poliklinisk virksomhet vil bli fordelt til de regionale helseforetakene og videre fordelt ut på helseforetakene. Klinikken har fått tilført basisfinansieringen med 14,0 mill. kr for psykisk helsevern og 3,6 mill. kr for TSB. Det er samtidig trukket tilsvarende beløp i eksterne inntekter i form av en balansert endring.
- I forbindelse med samhandlingsreformen opp mot den kommunale helsetjeneste ved at det vil bli bygget opp Kommunal Akutt Døgnbehandling (KAD). Finansiering av KAD vil skje med midler fra spesialisthelsetjenesten og vil da medføre en reduksjon i klinikken sine kostnadsramme. Klinikken er trukket 5,9 mill. kr til KAD fra spesialisthelsetjenesten psykisk helsevern og 1,5 mill. kr fra TSB.

Det er ikke kjent hvilke deler av spesialisthelsetjenestens pasientbehandling som nå er planlagt skal overtas av KAD. Klinikken har derfor lagt dette nedtrekket på klinikknivå og ikke fordelt det ut på avdelinger.

- Søndre Oslo DPS skal etablere planlagt en tredje døgnenhet på 10 senger. Oppbygging av selve døgnenheten vil på årsbasis kreve en finansiering på 10 mill. kr. Klinikken må dekke dette innenfor nåværende kostnadsramme.
- Klinikken er av det regionale foretaket pålagt å bygge et medikamentfritt døgntilbud for pasienter med psykoselidelser. I tillegg kreves finansiering av døgntilbud til pasienter med potensiell risiko for selvskading og utagering, uten å bruke legemidler i døgnbehandlingen og uten å oppbemanne. Dette krever kompetent og erfarent personale. Det er foreløpig avsatt et beløp på sentrale poster i OUS tilsvarende en foreløpig estimert års effekt på 10 mill. kr for dette formålet.
- Ved ferdigstillingen av bygningsmessige endringer på Regional Sikkerhetsavdeling vil det være mulig å gjennomføre flere juridiske døgnobservasjoner (§167), som bestilles av domstolene og/eller politiet. Denne forbedringen vil bidra til å kunne øke klinikkens omdømme, øke motivasjonen blant de ansatte, ha faglig positiv effekt og øke inntektene.
- Avdeling rus og avhengighetsbehandling (ARA) med Seksjon analyse, rådgivning og pasientstrøm har gjennom en årrekke utført et oppdrag på vegne av HSØ med å koordinere rapportering og analysevirksomhet for pasientstrøm hos de private avtaleparter for TSB i regionen. ARA/OUS har fått tildelt en årlig ramme på kr 2.1mnok for å løse dette oppdraget. HSØ har varslet at oppdraget er trukket tilbake med virkning fra 1.7.2016. Finansiering er videreført ut 2016.

b. Fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

Avdelingene er tildelt et foreløpig resultatkrav for 2017, med en kostnadsramme i henhold til budsjettet for 2016, med enkelte justeringer som er gjennomført i løpet av 2016. Se punkt 1.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

Det er ikke gitt ytterligere krav fra klinikken til avdelinger om kostnadsreducerende tiltak utover kravet om å holde kostnadsrammen tilsvarende ramme gitt i 2016, inkludert kompensasjon for tariffmessige lønnsøkninger i 2016, samt justeringer av kostnadsrammen som er gjennomført i 2016.

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

Avdelinger har foreløpig fått et felles krav om å øke sin polikliniske aktivitet med 2,5 pst fra 2016 til 2017. Det har i flere år vært en god vekst i pasientbehandlingen, spesielt fra 2014 til 2015 og videre inn i 2016, med tilnærmet like stor økning for hvert år. Denne økningen er i det vesentlige oppnådd ved en bedret organisering og drift ved poliklinikkene, samt effekt av en stadig bedret registreringspraksis og gode effektive pasientforløp. Med en høy aktivitet, langt utover budsjett, blir det stadig vanskeligere å øke ytterligere uten en økning i behandlerressursene.

Det er meldt inn et foreløpig budsjett med en vekst på 2,9 pst ift estimat 2016. Årsestimat for aktivitet i 2016 vil bli månedlig revidert. Det endelige budsjettet vil bli fastsatt utfra aktivitetsnivå 2016, samt tildelt aktivitetsfinansiering for 2017.

For dag- og døgntjenestene er det ingen større endringer i resultatkravet.

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

Klinikken arbeider løpende med ulike tiltak for optimalisering av egen drift. OUS har etablert en styringsgruppe og definert ulike prosjektområder med formål å forbedre driften i OUS i perioden 2017 – 2020. Klinikken ledergruppe er orientert om dette.

Klinikken utgifter er i all hovedsak personalkostnader. De fleste av tiltakene medfører reduksjon i antall årsverk, med den effekt at krav om aktivitetsøkning vanskelig kan oppnås.

LAR- legemidler og utleveringskostnader er den største kostnaden innenfor medisinskostnader. For å redusere kostnadene og for å kunne allokere ressurser fra legemiddelkostnader til å legge om deler av tjenestetilbudet/heve kvalitet i tjenestene jobbes det med flere ulike tilnærminger, bla:

- Samhandlingsprosjekt om utvikling av nye arbeidsmodeller for samhandling og utlevering av legemidler. Prosjektet vil gjennomføres i samarbeid med Oslo kommune.
- Deltagelse i nasjonalt arbeid i regi av Helsedirektoratet, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, bl.a knyttet til spørsmål om standardisering av takster for utlevering av substitusjonslegemidler fra apotek

3. Inntekts- og kostnadsramme for budsjett 2017

Klinikken er gitt oppdrag innenfor pasientbehandling, der ansvaret er lokalt for opptaksområdet, men også betydelig utvidet ansvar for oppgaver knyttet til utvidet opptaksområde for alle Oslo bydeler (områdefunksjoner), samt regionalt og nasjonalt ansvar. I tillegg har klinikken ansvar for ulike regionale og nasjonale kompetansenettverk, nasjonale og regionale behandlingstjenester, forskning, utdanning og fagutvikling.

Det vesentlige av disse oppgavene og ansvaret er finansiert gjennom grunnbevilgning. Nåværende budsjettføringer og forutsetninger inkluderer ikke vekstfinansiering eller finansiering av nye oppgaver.

4. Risikovurdering

Klinikken står overfor store utfordringer knyttet til kravet om økt aktivitet på poliklinisk behandling, samtidig som behovet for opprettholdelse av kostbare døgnplasser er nødvendig. Det er krevende å gjennomføre dreining i pasientbehandling fra døgn til dag og poliklinikk som oppdragsdokumentet forutsetter, samtidig som det er forventet at klinikken overholder vedtatte kostnadsrammer uten at dette får negative konsekvenser for pasientbehandlingen.

Avdelingene vil løpende gjennom 2017 bli driftsmessig styrt og evaluert opp mot sitt økonomiske budsjett og aktivitetskrav. Ved negative avvik fra mål og budsjett, vil det bli gjennomført tiltak for å gjenopprette drift og aktivitet i henhold til tildelt kostnadsramme. Ledighold av stillinger er det mest vanlige kostnadsreduserende tiltaket. På poliklinikkene vil det medføre lavere aktivitet, reduserte inntekter, lengre ventetid, fare for fristbrudd, økt arbeidsbelastning og uønskede effekter på arbeidsmiljø

a. Gjennomføringsrisiko

Hvis det i løpet av året blir nødvendig å gjennomføre ytterlige kostnadsreducerende tiltak, vil dette kvalitetssikres med analyse av gjennomføringsrisiko.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Hvis det i løpet av året blir nødvendig å gjennomføre ytterlige kostnadsreducerende tiltak, vil det gjennomføres risikovurdering for pasientbehandlingens kvalitet og omfang, samt omdømme og arbeidsmiljø.

5. Medvirkning

Involvering i budsjettarbeidet fra ansatte, tillitsvalgte og verneombud er en viktig forutsetning for en god prosess. Klinikkledeledelsen har uttrykt et klart ønske og ambisjon om deltakelse og involvering fra alle nivå i arbeidet med vurdering av eventuelle endringer, samt risiko- og konsekvensvurderinger.

Klinikken har drøftet forslaget til budsjett med tillitsvalgte på klinikknivå, og budsjettet er behandlet i klinikkens arbeidsmiljøutvalg.

Informasjon om status i budsjettarbeidet skjer fortløpende med klinikktiltitsvalgte og vernetjenesten i Klinikforum og klinikkens arbeidsmiljøutvalg.

Avdelingene i PHA har videre gitt tilbakemelding om medvirkning og involvering i budsjett-prosessen av ledere på alle nivåer ned til enhetsnivå.

Konflikten med Akademikerne høsten 2016 har i varierende grad påvirket involvering og deltakelse fra tillitsvalgte utover i linjen i de ulike avdelingene.

Resultatbudsjett 2017, utvalgte ØBAK linjer Ordinær drift (Alle tall i TNOK)	E2016	B2017	Diff B17-E16	Endring (% av E16)
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	129 403	133 592	4 189	3,2 %
Innleid arbeidskraft	15 038	14 465	-573	-3,8 %
Fast lønn	697 315	689 842	-7 473	-1,1 %
Overtid og ekstrahjelp	74 853	69 660	-5 193	-6,9 %
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-54 143	-52 635	1 508	-2,8 %
Annen lønn	119 231	119 052	-179	-0,2 %
Andre driftskostnader	21 133	26 694	5 561	26,3 %
Brutto månedsverk drift	1 286	1 247	-39	-3,0 %
Vekst aktivitet				3,0 %

Vurdering av inngangsfart til 2017 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

a. Nye forhold som påvirker drift i 2017

Under detaljbudsjettering har avdelingene synliggjort prioriteringer og endringer i kommende periode. Prioriteringene og endringer eies av avdelingene og må løses innenfor gjeldende rammer, med mindre det er helt eksplisitte forhold som i hovedsak løftes via prioriterte satsningsområder. For 2017 løfter vi særskilt frem disse områdene:

- Endringer i varekost som følge av relativt høyere økning i antall pasienter samt vridning mot mer kompleksitet (-5,8).
- Håndtering av økning Ekko (cancer) (1,0)
- Økning tolkekostnad 15 % (-1,0)
- Belegg og aktivitetsnivå som forutsettes i budsjett reduserer mulighet for ledighold (-7,5)
- Opphør fakturering av biologiske legemidler (-21). Det er satt av midler utenfor klinikken for å håndtere dette.

b. Fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

For 2017 har vi valgt å fordele uløst utfordring 2016 pro rata etter lønnsmasse til avdelingsnivå.

Effekten av rammefordeling kan oppsummeres ved at Medisinsk klinikk får redusert 13,0 mill. i ramme, samtidig med en forventning om en aktivitetsøkning fra krav 2016 på 558 DRG poeng. Med dagens DRG- sats tilsvarer det en netto redusert ramme på 25,7 mill.

Før tiltak vil budsjettert restutfordring til Medisinsk klinikk være -47 mill.

Status for utarbeidelse av tiltak

Medisinsk klinikk starter budsjettprosess med å legge forventningsrett detaljert budsjett med bakgrunn i dagens drift. Enhetene gjør et grundig arbeid, og det er blant annet budsjettering med lønnsinformasjon ned på den enkelte ansattes lønnsnivå. Med

utgangspunkt i budsjett sett opp mot tildelt ramme identifiseres tiltaksbehov pr. avdeling.

15. september ble det avholdt budsjettseminar hvor hovedfokus var utarbeidelse av tiltak i avdelingene. Arbeidet ble gjennomgått i etterkant i et møte mellom klinikkleder og avdelingsleder med støtte fra stabsledere.

c. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

Det er betydelige tiltak på økt DRG-aktivitet definert fra avdelingene.

d. Beskrivelse av alle andre tiltak

Høy risiko for gjennomføring og effekt

Det er fire tiltak som er vurdert med både høy risiko for gjennomføring og effekt:

- Samlokalisering MI og HIO (Hjertemedisinsk- og Akuttmedisinsk avdeling)
- Felles skopienhet (Lunge- og Gastromedisinsk avdeling)
- Flytte Geriatrisk poliklinikk til Ullevål og samlokalisere daghospital med rehab på Aker
- Få inn takst/DRG for telefonkonsultasjoner

Øvrige tiltak

De øvrige tiltak ansees å ha fra lav til medium risiko for gjennomføring og effekt.

3. Inntekts- og kostnadsramme for budsjett 2017

Inntekter

I 2016 har Medisinsk klinikk et DRG krav på 26 635 poeng. Inngangsfart for 2017 før tiltak er estimert til 26 331 poeng (-304 poeng). Generell aktivitetsvekst og tiltak gir et forventet aktivitetsnivå på 27 193 poeng (en vekst på 3,3 pst).

Kostnader

Med de rammer som er tildelt 15. november 2016 så er Medisinsk klinikk budsjetterte utfordringsbilde på -31 mill. Av dette er 10 mill krav uten definerte tiltak på avdelingene og 21 mill. ligger sentralt i klinikk. Vi mener at metoden å legge utfordring som det ikke er etablert løsning på sentralt i klinikken gir mulighet for en bedre oppfølging og dialog med enhetene.

Medisinsk klinikk har p.t. ingen løsninger på gjenværende utfordring og vil måtte arbeide videre med dette. Vi forventer drahjelp til å se ytterligere forbedring for OUS i det sykehusovergripende programmet som iverksettes høst 2016. På nåværende tidspunkt har vi ikke estimert hva disse prosjektene vil medføre av økonomiske endringer for Medisinsk klinikk.

Høsten 2016 har Medisinsk klinikk hatt fokus på å oppdatere produksjonplaner for poliklinikk. Dette vil bidra til bedre planlegging samt være et grunnlag på det tidspunkt klinikken blir involvert i delprosjekt poliklinikk.

4. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

For 2017 har Medisinsk klinikk en høyere risikoprofil enn tidligere. De med høyest

risiko er omtalt særskilt i punkt 2b.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Pasientbehandling

Det er klart at en aktivitetsvekst, uten økning i øvrig infrastruktur og bemanning, vil generere ytterligere press og prioriteringsutfordringer i klinikken. I tillegg ligger klinikken over terskelen for effektiv flyt på sengeposter pga. høyt belegg. En ytterligere økning uten å øke antall senger, vil trolig forårsake ytterligere flytproblematikk. Dette kan føre til lengre liggetid med påfølgende økt risiko for uønskede hendelser i pasientbehandling. Det vil også kunne gå utover øvrig virksomhet som mottak i Akuttklinikken med økt risiko for uønskede hendelser.

Omdømme

Liten tid til faglig utvikling, forskning og veiledning vil på sikt medføre lavere kvalitet i pasientbehandlingen og vil kunne gi redusert omdømme hos pasienter og medarbeidere. Forskning, fagutvikling og veiledning bidrar i høy grad til behandlingskvalitet og motivasjon hos medarbeiderne.

Høyere belegg og mindre oppfølging rundt pasientene kan medføre omdømmeutfordring.

Arbeidsmiljø

Klinikken ser begrensede muligheter til ytterligere nedbemanning. Bemanningsnorm har allerede medført høy arbeidsbelastning. Marginal bemanning medfører at innleie av ekstravakter, overtid og fastvakter er nødvendig ved fravær, og når sengepostene har dårlige og krevende pasienter. Bemanning etter bemanningsnorm medfører at den enkelte sengepost har delte stillinger hvor en del jobber i avdeling mens resterende brøk er i klinikkens bemanningsenhet. Dette er en løsning som har hatt positiv økonomisk effekt, men selv med optimal utnyttelse av klinikkens bemanningsenhet har høyt belegg og krav til fastvakter gjort det krevende å holde seg til normert bemanning.

Det er en spesiell utfordring å jobbe i Bygg 3 som er under oppussing. Ansatte jobber med stadige flyttinger og midlertidige sammenslåinger, og klinikken har fremdeles utfordringer med mange uhensiktsmessige arealer.

5. Medvirkning

Medisinsk klinikk startet budsjettprosess i juni 2016 for å få god tid til prosessen inkl. budsjettforståelse, involvering og medvirkning.

Det ble gjennomført budsjettseminar 15. september hvor tillitsvalgte og verneombud var invitert. Som følge av streik ble ikke deltagelse og medvirkning på et nivå som er ønskelig. Derfor ble det gjort en spesifikk tilbakemelding fra avdelingene på hvordan de har tenkt å koble tillitsvalgte på budsjettprosess når streik er avsluttet.

Den 12. oktober ble det gjennomført informasjonsmøte mellom klinikk tillitsvalgte og klinikkleder.

Budsjettprosess, økonomisk status og tiltak er jevnlig diskutert i klinikkens ledermøte.

Resultatbudsjett 2017, utvalgte ØBAK linjer Ordinær drift (Alle tall i TNOK)	E2016	B2017	Diff B17-E16	Endring (% av E16)
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	173 000	183 945	10 945	6,3 %
Innleid arbeidskraft	2 700	1 170	-1 530	-56,7 %
Fast lønn	418 626	417 629	-997	-0,2 %
Overtid og ekstrahjelp	37 000	33 020	-3 980	-10,8 %
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-32 500	-31 692	808	-2,5 %
Annen lønn	69 500	67 098	-2 402	-3,5 %
Andre driftskostnader	15 500	14 040	-1 460	-9,4 %
Brutto månedsverk drift	754	744	-11	-1,4 %
Vekst aktivitet				3,9 %

1. Vurdering av inngangsfart til 2017 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Budsjettkravet til resultatforbedring for HHA er på 4,2 pst. HHA sin vurdering er at det er lite å hente på kostnadssiden. Klinikken har hverken veldig store kostnader knyttet til innleie eller overtid, med unntak av prosjektaktiviteten på Øye, som vi per i dag ikke ser noe kortsiktig løsning for å redusere. Klinikken vil fortsette å holde stillinger ledig der vi ser det er mulig, men ledighold av stillinger kan ofte få en aktivitetskonsekvens som ofte er større enn innsparingen. Derfor har klinikken hatt som hovedstrategi å løse utfordringene ved å øke aktiviteten uten tilsvarende bemanningsøkning.

a. Nye forhold som påvirker drift i 2017

Det er ikke forventet vesentlig endringer internt i klinikken på kostnadssiden i forhold til den driften som har vært i 2016 med unntak av økninger knyttet til CI-oppggraderinger. Dette vil kreve ½-1 audiofysiker samt at det medfører økte varekostnader. Men inntektene denne aktiviteten genererer vil uansett være vesentlig høyere.

b. Fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

Klinikken har fortsatt en uløst utfordring på kostnadssiden. Det jobbes med forskjellige tiltak for å få ned kostnadene knyttet til prosjektvirksomhet på Øyeavdelingen, for eksempel ved å lage en AMD-satellitt på enten Aker eller A-hus, men dette er arbeid som krever en del utredning og man forventer ikke effekt av dette før tidligst andre halvår 2017. I tillegg så forventer klinikken å få en del drahjelp av de store klinikkovergripende prosjektene som er iverksatt på sykehuset høsten 2016. Utover det så vil det viktigste tiltaket være å ledigholde stillinger der det er mulig å fortsatt ha et lavt forbruk av overtid/ekstrahjelp og innleie.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

ØNH mener det er realistisk å øke ytterligere antall CI-oppggraderinger i 2017. Dette krever noe økt innsats på personalsiden, men vil med dagens DRG-vekter gi en vesentlig netto merinntekt. I tillegg så fortsetter arbeidet med en bedre utnyttelse både av den operative og av den polikliniske virksomheten.

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

Se avsnitt over.

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

-Få ordnet refusjonsordning for HELFO-takster (PLA/ØNH/KJEVE). Dette kan utgjøre om lag 3 millioner kroner per år.

-Avtale med Oslo kommune på tannbehandling i narkose ved kjevekirurgisk avdeling.

-Implementering av tiltak diskutert i kirurgisk driftsstyre – «effektiv drift».

3. Risikovurdering

De skisserte tiltakene vil ha liten eller ingen risiko for pasientbehandlingen. Høyere aktivitet vil kunne føre til økt arbeidspress, men klinikken forventer å klare inntektskravene først og fremst på bedre planlegging og koordinering av ressursene.

a. Gjennomføringsrisiko

Effektiviseringen av driften på Rikshospitalet forutsetter frigjøring av stue 2 eller 3 ved OPR3. For å klare å gjennomføre en mer effektiv drift er det også en forutsetning at mål og endringer blir kjent og gjennomført på alle ledernivå og av alle arbeidstagere, samt samarbeidende avdelinger/klinikker (AKU/KLM/KLR).

Lav gjennomføringsrisiko knyttet til CI-aktiviteten.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Det vil være liten risiko for pasientbehandling/omdømme knyttet til disse tiltakene. Når det gjelder arbeidsmiljøet vil det potensielt både kunne være positive og negative effekter av tiltakene. Det er tilfredsstillende for de ansatte å få behandlet flere pasienter, men det vil også, i hvert fall i perioder, kunne være arbeidsgrupper som opplever en ekstra tung belastning. Det blir viktig for klinikken å kunne øke kapasiteten så mye i takt som mulig, slik at særskilte områder unngår å bli flaskehals over tid.

4. Medvirkning

Tiltak og budsjettsskriv tas opp med TV/VT 23.11.

Resultatbudsjett 2017, utvalgte ØBAK linjer Ordinær drift (Alle tall i TNOK)	E2016	B2017	Diff B17-E16	Endring (% av E16)
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	147 200	157 667	10 467	7,1 %
Innleid arbeidskraft	28 000	24 668	-3 332	-11,9 %
Fast lønn	521 214	514 966	-6 248	-1,2 %
Overtid og ekstrahjelp	49 000	43 584	-5 416	-11,1 %
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-30 000	-30 976	-976	3,3 %
Annen lønn	87 000	83 475	-3 525	-4,1 %
Andre driftskostnader	21 000	20 134	-866	-4,1 %
Brutto månedsverk drift	881	850	-31	-3,5 %
Vekst aktivitet				2,0 %

1. Vurdering av inngangsfart til 2017 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

a. Nye forhold som påvirker drift i 2017

Det er engangsforhold som ikke ble tatt hensyn til ved vurdering av inngangsfarten og rammetildeling til klinikken, men som har hatt positiv innvirkning i 2016. De samme forholdene kan vi ikke forvente i 2017. Disse utgjør 8,2 MNOK, og vil påvirke klinikkens utfordringsbilde.

b. Fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

Klinikken er usikker på om avdelingens rammer for 2016 representerer den enkelte avdelings mulighetsrom. Vi bruker derfor deler av metodikken som ved rammefordeling til klinikkene. Det betyr at vi nullstiller rammene avdelingen har hatt i 2016. Utgangspunktet for rammen 2017 er prognosen for 2016, korrigert for engangsforhold, kompensasjon for aktivitetsvekst og prisøkning. Klinikken har med utgangspunkt i estimert inngangsfart for 2017 bedt avdelingene om å redusere utgiftsnivået med 1,5 pst. Vi er opptatt av å gi avdelingen en realistisk ramme, samt et resultatkrav til forbedring som er mulig å gjennomføre. Erfaringer viser at innmelding av urealistiske tiltak med høy risiko mtp gjennomføring ikke gavner god styring. Vi mener metodikken som anvendes vil bidra til å gi linjeledere større motivasjon og engasjement for å styre driften innenfor rammene.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

Klinikken vurderer at det er mulig å øke aktiviteten med 2 pst fra 2016 nivå. Aktivitetsveksten muliggjøres ved aktivitetsplanlegging innen poliklinikk, sengepost, operasjoner, samt en ekstra operasjons økt i uken som nevrokirurgisk avdeling får. Vi mener det er noe risiko knyttet til aktivitetsøkning innen nevrokirurgi grunnet allerede høye beleggstall (>100 pst). Nevrokirurgi står for 75 pst av DRG aktiviteten i klinikken. Vi vurderer at det er mulig å frigjøre noe kapasitet ved å redusere omsorgsnivå og å bedre koordinering av hele operasjonsforløpet. I dag er sengepost kapasitet og pre-/per/ og postoperativ aktivitet ikke avstemt godt nok, dermed heller ikke

kostnadseffektivt. Innen poliklinikk mener vi det er rom for å øke aktiviteten gjennom bedret planlegging, større bevissthet om hvilke type pasienter som krever hvilken type oppfølging, og ved å redusere ikke-møtt andel.

Aktivitetsøkningen bidrar til å løse 7,6 MNOK av klinikkens utfordring.

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

Klinikken skal arbeide med aktivitetsplanlegging innen poliklinikk, sengepost og operasjonsaktivitet. Arbeidet vil komme i gang i desember 2016. Vi mener en mer tilpasset bemanningsplan opp mot variasjon i aktivitetsbildet vil kunne resultere i reduksjon i variable lønnskostnader. Nevrokirurgisk sengepost innfører 12,5 timers vakter fra februar 2017. Det forventes redusert behov for ekstravakter og innleie i helgene. Klinikken har i dag to intermediær enheter på Rikshospitalet. Vi ser på mulighet for å etablere én felles nevro-intermediær enhet. Klinikken skal også ha større fokus innen styring av eksternfinansierte prosjekter, bestillingsrutiner for varer, vri kapasitet fra rehabilitering til medisinske pasienter på SSE, og viderefakturere ansatte med høye telefonutgifter.

Vi estimerer effekter av tiltakene beskrevet over å være på 9,4 MNOK. Klinikken arbeider videre med å identifisere ytterligere kostnadsreduserende tiltak. Vi ser på dette som en kontinuerlig prosess.

3. Innteks- og kostnadsramme for budsjett 2017

Klinikken har fått et krav til effektivisering på 4 pst fra årets utgiftsnivå, tilsvarende 38,7 MNOK. Klinikken får kompensasjon på 12,6 MNOK for meldt aktivitetsvekst. Effekten av dette er allerede innarbeidet i tildelte rammer til klinikkene. Men aktivitetsøkningen vil påføre utgifter på 5 MNOK. Netto effekt av aktivitetsøkning er derfor 7,6 MNOK (se 2.a). I tillegg vil engangsforhold som det ikke er tatt hensyn til i rammetildelingen øke utfordringen med 8,2 MNOK (se 1. a.). Klinikken har kostnadsreduserende tiltak på 9,4 MNOK (se 2.b.). Det gir et resterende utfordringsbilde på 29 MNOK. Klinikken arbeider videre med ytterligere tiltak som reduserer kostnadsnivået i 2017.

4. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

Klinikken vurderer risiko for gjennomføring av budsjett 2017 innen tildelte rammer for å være meget høy. De største tiltakene i klinikken er innen aktivitetsøkning og forbedring av driften. Det vil være noe risiko med en aktivitetsøkning, men dette varierer mellom avdelingene. Vi vurderer risiko for gjennomføringen av aktivitetsøkningen for å være lav til medium. Klinikken skal i gang med aktivitetsplanleggingsprosjektet innen sengepost, poliklinikk og operasjonsaktivitet i desember 2016. Vi er usikre på potensialet i disse prosjektene, derfor vurderes gjennomføring av tiltakene for å være medium til høy risiko.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Aktivitetsvekst og forbedringer i pasientlogistikken vil bidra til at flere pasienter får behandling og noe reduserte ventetider. Dette vil oppleves som positivt av pasientene. Ingen av tiltakene som meldes inn vil ha negativ effekt for pasientene. Vi anser derfor

risiko for pasientbehandling og omdømme for å være lav. Samtidig kan endringsprosesser påvirke den enkelte ansatte, vi vurderer derfor risiko innen arbeidsmiljøet som moderat. AMU i klinikken har gitt tilslutning til risikovurderingen av arbeidsmiljøet, og vil følge dette tett opp.

5. Medvirkning

Informasjon om budsjettprosessen er gitt fortløpende i dialogmøtene, i AMU, samt ledersamlinger. Klinikken har fokus på å involvere ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten for å sikre god planlegging av driften for 2017. Drøfting med partene på klinikknivå ble gjennomført den 23/11.

Resultatbudsjett 2017, utvalgte ØBAK linjer Ordinær drift (Alle tall i TNOK)	E2016	B2017	Diff B17-E16	Endring (% av E16)
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	115 000	120 682	5 682	4,9 %
Innleid arbeidskraft	8 700	8 670	-30	-0,3 %
Fast lønn	347 537	343 221	-4 316	-1,2 %
Overtid og ekstrahjelp	30 000	26 560	-3 440	-11,5 %
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-27 000	-26 100	900	-3,3 %
Annen lønn	55 500	55 298	-202	-0,4 %
Andre driftskostnader	11 000	10 614	-386	-3,5 %
Brutto månedsverk drift	611	589	-22	-3,6 %
Vekst aktivitet				4,2 %

1. Vurdering av inngangsfart til 2017 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Klinikken er pålagt et krav om innsparing tilsvarende 4,3 pst, eller 27 millioner kroner.

a. Nye forhold som påvirker drift i 2017

Klinikken vil fra 01.12.2016 samle all protesekirurgi ved US. Dette tiltaket er helt nødvendig for å frigjøre kapasitet på RH for å kunne tilby behandling til barneortopediske pasienter og pasienter med skolioser. Dette er pasienter med lange ventetider og risiko for prognosetap. OPK vil i 2017 etablere en ryggvakt på US og avvikle et etterslep på overlegepermisjoner.

b. Fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

Klinikken jobber for å få implementert den nye avdelingsstrukturen i DIPS fra 01.05.2017, Først da vil det være hensiktsmessig å fordele kravet om DRG på avdeling og seksjon. Det er imidlertid forventet at alle seksjoner med DRG-aktivitet øker aktiviteten tilsvarende 2 pst, seksjon for protese forventes noe redusert aktivitet – 150 DRG poeng og seksjon for barn på Rikshospitalet og rygg får en forventet positiv effekt på 456 DRG poeng. Forskningen er organisert som en egen avdeling og er blitt skjermet i budsjettprosessen.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

Klinikken vil jobbe aktivt i den nye organisasjonsmodellen for å følge opp utviklingen i aktivitet og kostnader.

Ortopedisk avdeling Ullevål: For å kunne håndtere økningen i antallet liggedøgn som følge av flyttingen av protesepasientene er det helt nødvendig å korte liggetidene og vurdere utnyttelsen av sengepostene og hotellsengene på Ullevål. Klinikken vil jobbe videre med å bedre utnyttelsen av poliklinikken på Ullevål.

Ortopedisk avdeling Rikshospitalet: Langdagene med økt operasjonsaktivitet som ble

innført høsten 2016 og forventes å ha en helårseffekt i 2017. Klinikken vil i tillegg jobbe for bedre utnyttelse av kirurgisk dagavdeling.

Avdeling for skadelegevakten: Avdelingen har i stor grad øyeblikkelig hjelp og kontroller. Det er stor naturlig variasjon behovet, en selvbetalingsautomat vil kunne frigjøre noe kapasitet.

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

I tillegg til tiltakene for å øke aktiviteten vil klinikken reforhandle avtaler knyttet til varekostnader, og øke bevisstheten knyttet til kostnader til implantater og utstyr. Samlet er dette forventet å gi en effekt på ca 5 millioner kroner. Klinikken håper også det skal være mulig å få implementert en selvbetalingautomat på skadelegevakten 2. halvår 2017.

Ut over dette vil klinikken fortsette praksisen med vurdering av ledighold av stillinger.

3. Inntekts- og kostnadsramme for budsjett 2017

Klinikken planlegger i 2017 å øke i aktivitet tilsvarende 4,2 pst DRG. Klinikken forventer noe økte kostnader til hhv lønn og varer, men aktivitetsvekst uten tilsvarende vekst i kostnader vil være klinikkens viktigste tiltak for å håndtere utfordringen for 2017.

4. Risikovurdering

Tiltakene som er konkretisert over skal kunne la seg gjennomføre uten risiko for pasienter eller omdømme. Det legges opp til en betydelig aktivitetsvekst i klinikken samtidig som det blir sterk fokus på kostnadskontroll. Dette medfører en gjennomføringsrisiko.

a. Gjennomføringsrisiko

Det er flere risikomomenter knyttet til den forventede veksten i aktivitet for de barneortopediske pasientene og skoliosene. Dette forutsetter blant annet at de største barna på RH vil bli behandlet på en ungdomspost. For å klare aktiviteten på protesepasientene vil lageret på sentraloperasjon på US bygges om, det vil trolig bli noe økt behov for senger på US og sykehusets rokadesenger er tenkt brukt i perioder der disse ellers er ledige.

Flere av seksjonene ved OPK opplever daglig å ha lavere bemanning enn det de vurderer er nødvendig for å drifte godt. Stillingsutvalget i klinikken har i 2016 jobbet hardt for å holde stillinger ledig der det har vært mulig. Det er en risiko for at videre ledighold blir krevende.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Klinikken vil presisere at det er en risiko ved over tid å øke aktivitet uten tilsvarende vekst i bemanning. For at dette skal la seg realisere betinger det at arbeidsprosesser forenkles og enkelte oppgaver nedprioriteres. Klinikken har avvirket kveldspoliklinikkene i 2016 og dersom dette gir økte fristbrudd vil praksisen måtte vurderes.

5. Medvirkning

Klinikken etterstreber en god medvirkning i budsjettprosessen.

Resultatbudsjett 2017, utvalgte ØBAK linjer Ordinær drift (Alle tall i TNOK)	E2016	B2017	Diff B17-E16	Endring (% av E16)
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	76 000	78 977	2 977	3,9 %
Innleid arbeidskraft	28 500	21 350	-7 150	-25,1 %
Fast lønn	548 168	545 193	-2 975	-0,5 %
Overtid og ekstrahjelp	40 000	37 733	-2 267	-5,7 %
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-50 000	-50 965	-965	1,9 %
Annen lønn	88 000	88 631	631	0,7 %
Andre driftskostnader	25 200	25 867	667	2,6 %
Brutto månedsverk drift	956	945	-11	-1,2 %
Vekst aktivitet				3,1 %

1. Vurdering av inngangsfart til 2017 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

For å dekke klinikkens underskudd og for å bidra til at OUS oppnår bl.a. økte investeringer, har BAR fått et effektiviseringskrav på 3,9 pst, som innebærer at klinikken trenger tiltak for kr 36 mill for å gå i økonomisk balanse i 2017.

Videre forventer klinikken, jf levert økonomisk langtidsplan (ØLP), økte kostnader i 2017. Bl.a. trenger klinikken økte ressurser for å følge opp nye behandlingslinjer for barn og ungdom med ervervet hjerneskade, samt å utvide tilbudet til Avansert hjemmesykehus. Samlet har BAR meldt inn i ØLP at disse behovene utgjør rundt kr 23 mill i økte kostnader for klinikken f.o.m. 2017. I 2017 vil vi jobbe videre med å innhente finansiering av disse økte kostnadene, men inntil finansieringen er på plass kan vi ikke utvide behandlingen.

Våren 2016 besluttet klinikken en omorganisering av avdelingene med effekt fra 1.januar 2017. Spesielt BAM går fra å være klinikkens største avdeling til å bli delt opp i 7 avdelinger. Målsettingen med budsjettarbeidet denne høsten har vært at avdelingene for 2017 vil ha effektiviseringskrav som er krevende, men som samtidig gir avdelingene realistiske muligheter for å oppnå budsjettbalanse.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

Klinikken har aktivitetstiltak på om lag kr 17 mill hvor vi øker aktiviteten (DRG og kurdøgn) uten tilsvarende ressursøkning. F.eks. Nyfødt har i 2016 hatt færre nyfødte med vekt under 1000 gram enn vi har sett tidligere år. Vi forventer et mer normalt år i 2017 for denne pasientgruppen, uten økning i personalkostnader. Et annet eksempel er at det er mulig å behandle flere benmargstransplanterte og andre kreftpasienter i 2017 enn i 2016 med bedre planlegging, uten bemanningsøkning.

Avdelingene har meldt inn tiltak på kostnadsreduksjoner og andre tiltak på inntekter (enn økt aktivitet) på ca kr 14 mill til sammen. Tiltakene med størst innsparing er redusert innleie fra vikarbyrå og variabel lønn hos Nyfødt og BAM på til sammen ca kr 10 mill.

Holder vi økte kostnader jf ØLP utenom, har BAR en økonomisk utfordring på kr –36 mill i 2017. Klinikken har tiltak for om lag kr 31 mill til sammen, som innebærer at klinikken mangler tiltak for kr 5 mill for å gå i budsjettbalanse i 2017. Noen av tiltakene som er identifisert har imidlertid noe høy risiko i forhold til gjennomføring og/eller effektoppnåelse, slik at klinikken har behov for ytterligere tiltak. BAR vil løpende gjennom 2017 vurdere om stillinger kan holdes ledig. I tillegg vil klinikken delta aktivt i prosjektet «Utvikling av drift i OUS 2017-2020» for å identifisere og iverksette nye tiltak.

3. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

Flere avdelinger melder om tiltak med høy risiko knyttet til gjennomføring. De tiltakene som det knytter seg størst risiko til er:

- Barneintensiv har tiltak på reduksjon av innleie fra vikarbyrå og økt aktivitet. Samtidig er Barneintensiv en del av et større pågående omorganiseringsprosjekt som kan bidra til høyere turnover, som igjen gjør det vanskelig å redusere innleie og øke aktiviteten.
- Økt aktivitet uten tilsvarende ressursøkning for alle avdelinger blir krevende å få til.
- Sengepostbemanningsprosjektet: Noen sengepostledere melder om behov for økt bemanning for å håndtere flere og mer komplekse pasienter. Det blir et krevende prosjekt, og vi må få til gode prosesser og danne et tilfredsstillende beslutningsgrunnlag for reduksjoner i samlede lønns- og innleiekostnader.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Kvaliteten i pasientbehandlingen må opprettholdes og styrkes, og ingen av tiltakene som foreslås vurderes til å ha betydelig negativ effekt på vår pasientbehandling. Ingen av tiltakene som foreslås bør heller ha store konsekvenser for omdømmet vårt. Det kan være en risiko for dårligere arbeidsmiljø hvis man reduserer bemanning, men tiltakene angår i all hovedsak reduksjon i bruk av variabel lønn og innleie, og vi anser derfor det som lite sannsynlig. Økt aktivitet fører til flere arbeidsoppgaver og økt arbeidspress, og kan dermed påvirke arbeidsmiljøet. Vår erfaring er imidlertid at prosesser der medarbeidere og ledere sammen yter en innsats for bedre flyt, driftsoptimalisering og daglige forbedringer, bidrar til større engasjement, økt eierskap til løsninger, og er dermed like mye et bidrag til forbedret arbeidsmiljø. Økt arbeidspress kan føre til fortsatte problemer med å få til fagutviklings- og prosedyrearbeid. Manglende mulighet for å oppbemanne områder med lange ventelister øker risikoen for at vi ikke behandler alle pasienter innen planlagt tid.

Barneintensiv inngår som et eget omorganiseringsprosjekt. Mens prosjektet pågår er det betydelig uro i miljøet som påvirker arbeidsmiljøet. Utfallet av prosjektet kan også påvirke arbeidsmiljøet uheldig i en periode.

Den viktigste ressursen i klinikken er de ansattes kompetanse. Det foreslås ingen tiltak i budsjettet som reduserer tilgjengelige midler til kurs og kompetanseutviklingstiltak. Drift og bemanning 24/7 må imidlertid dekkes, og det blir fortsatt utfordrende for alle avdelinger å gi kurs og kompetanseutvikling tilstrekkelig prioritet i 2017. Det er viktig å

legge til rette for kurs og kompetanseutvikling også for de erfarne ansatte (og for en større bredde enn i dag), og ikke bare for de nyansatte. Kurs og kompetanseutvikling krever god planlegging fra lederne side. Klinikken er sårbar dersom flere erfarne ansatte enn normalt slutter i 2017.

4. Medvirkning

Klinikken omorganiseres med virkning fra 1.januar 2017. Alle de nye avdelingslederne er nå utnevnt, men flere har ikke deltatt i budsjettprosessen da de ikke har tiltrådt enda. Avdelingslederne for de gamle avdelingene før omorganiseringen har derfor tatt ansvar for budsjettprosessen for de nye avdelingene. Alle de gamle avdelingene har gjennomført møter med tillitsvalgte og verneombud der budsjett har vært tema. Møtene er referatført. På seksjonsnivå har involveringen vært variabel. Det arbeides med å utvikle en kultur for medvirkning for ansatte og ansattes representanter. Budsjettsaken har vært oppe i to dialogmøter med tillitsvalgte og verneombud (12.oktober og 7.november 2016), men med begrenset deltakelse fra tillitsvalgte og verneombud. Budsjettsaken ble drøftet med tillitsvalgte og verneombud 21.november 2016.

Resultatbudsjett 2017, utvalgte ØBAK linjer Ordinær drift (Alle tall i TNOK)	E2016	B2017	Diff B17-E16	Endring (% av E16)
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	42 100	44 965	2 865	6,8 %
Innleid arbeidskraft	7 700	7 740	40	0,5 %
Fast lønn	401 713	395 085	-6 628	-1,6 %
Overtid og ekstrahjelp	32 500	32 193	-307	-0,9 %
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-33 000	-33 309	-309	0,9 %
Annen lønn	65 000	64 415	-585	-0,9 %
Andre driftskostnader	12 500	12 550	50	0,4 %
Brutto månedsværk drift	668	657	-11	-1,7 %
Vekst aktivitet				1,7 %

1. Vurdering av inngangsfart til 2017 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

a. Nye forhold som påvirker drift i 2017

I 2017 vil klinikken vil få helårseffekt av kostnader ifb med drift av behandlingstjenesten for hjertesyke gravide og nasjonal behandlingstjenesten for IVF til pasienter med hepatitt og HIV, som begge var nye i 2016. Det forventes også noe høyere utgifter til posten andre driftskostnader (reduisert i år ifb med opprettelsen nye, midlertidige tiltak). Til sammen er klinikken tilført 2 mill i ramme i 2017 for dekke disse nye kostnadene.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

Klinikken har fått et innsparingskrav på 3 pst i forhold til drift 2016.

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

Gynekologisk avdeling planlegger to ekstra/nye stuer med dagkirurgi på Aker. Samtidig kan avdelingen da erstatte noe dagkirurgi med tyngre kirurgi på operasjonsstuene på Ullevål. Dette vil medføre noe økte kostnader først og fremst på Aker (varekost, anestesi, operasjon, po), men også noe på Ullevåls sengepost som får flere liggedøgn. Nettoeffekt av dette i 2017 etter fratrukk av oppstartskostnader er foreløpig beregnet til om lag 3 mill for KVI. Reproduksjonsmedisinsk avdeling vil øke sin drift ifb med sommerferieavvikling ift i år, og dette er beregnet til å ha en nettoeffekt på om lag 1 mill. Videre ser avdelingen en mulighet til å øke antall behandlinger ved å samle en større andel av ICSI og IVF-forsøk på RH. Dette er estimert til å gi en økonomisk effekt på om lag 1,8 mill i 2017.

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

Klinikken vil arbeide med riktigere registrering ved bestilling av sykehotell. Det er flere pasienter som registreres der som inneliggende ved OUS ved opphold der enn hva som faktisk er tilfelle. Akkumulert for klinikken anslår vi at dette vil ha effekt på om lag 0,5 mill. Det er også meldt andre mindre tiltak fra Fostermedisinsk, Gynekologisk og Kontorfaglig avdeling som vil redusere varekost, variabel lønn og innleie og øke polikliniske inntekter.

c. Videre utfordringsbilde i 2017

Den estimerte, samlede effekten av avdelingenes meldte tiltak for klinikken er netto ca 6,5 mill, vesentlig lavere enn effektiviseringskravet på 3 pst.

Det er en stor budsjettmessig utfordring for klinikken at fødeavdelingen ikke har identifisert vesentlige tiltak med økonomisk effekt for 2017. Fødeavdelingen er i en krevende faglig og økonomisk situasjon med henblikk på fordelingen av fødsler gjennom året, krav fra publikum (jfr krav om familiebasert fødselsomsorg), kvalitetskrav fra Helsedirektoratet og generelle krav fra ansatte ifb med det de opplever som en svært travel arbeidssituasjon. Fødeavdelingens kostnader utgjør en så stor andel av totale kostnader at det er umulig for de andre avdelingene å løse fødens effektiviseringskrav i tillegg til egne. Gynekologisk avdeling og Reproduksjonsmedisinsk avdeling har allerede med eksisterende plantall for 2017 en planlagt aktivitetsøkning på 6,5 pst.

Det jobbes kontinuerlig med å identifisere muligheter for endringer på føden som kan redusere behovet for bemanning. Et tiltak med stor effekt vil være å redusere liggetiden for de friskeste barselkvinnene. Over tid bør primærhelsetjenesten kunne overta mer av denne omsorgen.

3. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

Generelt er budsjettforutsetningene stramme, og allerede før nye tiltak vil det i flere avdelinger være krevende å opprettholde samme aktivitet som i 2016. Det er derfor en risiko for at klinikken vil levere aktivitetsresultater under plan. Det er usikkert om klinikken vil ha samme tilstrømning av fødende i 2017 som i 2016.

Konkret ift tiltak er planleggingen av gynekologisk dagkirurgi på Aker godt i gang, og alt ser ut til at man kan starte to med dagkirurgi der som planlagt 06.01.17. Risikoen for gjennomføring av aktivitetsplan hos reproduksjonsmedisinsk avdeling er middels stor. Det er fremdeles noe usikkert hvor mye den planlagte ombyggingen av avdelingen ifb med opprettelse av smittelab vil påvirke driften. Reduksjon i variabel lønn og innleie hos kontorfaglig avdeling forutsetter at talegjenkjenning benyttes i vesentlig grad, både på RH og Ullevål, både i Partus og DIPS.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Kvaliteten i pasientbehandlingen må opprettholdes, og ingen av tiltakene som foreslås vurderes å ha negativ effekt på KVI's pasientbehandling eller for omdømme.

Dersom vi ikke får til planlagt aktivitetsøkning kan dette tvert i mot svekke vårt omdømme på grunn av lange ventetider for assistert befruktning.

Økt aktivitet kan imidlertid føre både til flere og noe endrede arbeidsoppgaver, og dermed oppleves belastende for noen ansatte. Vår erfaring er imidlertid at prosesser der medarbeidere og ledere sammen yter en innsats for bedre flyt, driftsoptimalisering og daglige forbedringer, bidrar til større engasjement, økt eierskap til løsninger, og er dermed like mye et bidrag til forbedret arbeidsmiljø. Det er imidlertid alltid en risiko for forringelse av arbeidsmiljøet når man øker aktiviteten uten tilsvarende økning i

ressurser. Arbeidspresset oppleves allerede høyt. Dette gjelder spesielt på fødeavdelingen, men også hos gynekologisk og reproduksjonsmedisinsk avdeling.

4. Medvirkning

Alle avdelingene har invitert til møter med tillitsvalgte og verneombud om budsjett, og dette er forsøkt gjennomført. Dialogen har imidlertid vært noe mer utfordrende enn normalt pga streik i begynnelsen av prosessen. De største tiltakene er imidlertid på områder som det har vært arbeidet med lenge, og kontakt med tillitsvalgte og verneombud er dermed også opprettet uavhengig av budsjett. Budsjettet er lagt frem i AMU i oktober og drøftet med tillitsvalgte 22. november.

Resultatbudsjett 2017, utvalgte ØBAK linjer Ordinær drift (Alle tall i TNOK)	E2016	B2017	Diff B17-E16	Endring (% av E16)
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	164 050	172 108	8 058	4,9 %
Innleid arbeidskraft	8 714	6 717	-1 997	-22,9 %
Fast lønn	591 287	569 457	-21 830	-3,7 %
Overtid og ekstrahjelp	58 156	46 431	-11 725	-20,2 %
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-40 844	-37 941	2 903	-7,1 %
Annen lønn	97 245	92 715	-4 530	-4,7 %
Andre driftskostnader	30 511	29 097	-1 414	-4,6 %
Brutto månedsverk drift	1 004	967	-38	-3,7 %
Vekst aktivitet				2,7 %

1. Vurdering av inngangsfart til 2017 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

a. Nye forhold som påvirker drift i 2017

Det er kommet et nytt medikament for immunsuppresjon ved nyretransplantasjon som vil gi økte kostnader, men vi har foreløpig ikke anslag over hvor mange pasienter som vil være aktuelle.

I tråd med Oslos befolkningsøkning vil opptaksområdet for øyeblikkelig hjelp-virksomheten på Ullevål øke med ca. 8 000 innbyggere hvert år. Det må derfor forventes økt ressursinnsats fordi økningen er større enn det vi kan ta innen effektivisering og bedret drift. Det er lagt inn økning på tre stillinger i sengepostbemanning hvor mye av kostnaden kompenseres ved reduserte ekstravakter og overtid. Flytting av urologisk sengepost og inneliggende operasjonsaktivitet til Ullevål i 2017 eller 2018 vil bidra til en nødvendig styrking av tilstedevaktskiktet, men det er usikkert hvor mye effekt dette vil få i 2017.

Vi har landsfunksjon for behandling av peritoneal carcinomatose med HIPEC ved Radiumhospitalet. Denne virksomheten har hatt en stor økning de siste 3-4 årene og ved å ha fått en maskin til administrering av cellegift i gave fra Radiumhospitalets legater, klarer vi nå dette uten innleie av perfusjonist, men må øke egen bemanning.

b. Fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

Krav til forbedring er for KIT satt til 5,1 pst. På inntektssiden er det satt et økt DRG-krav knyttet til befolkningsvekst og insidens på samlet 2,7 pst for klinikken. Rammen er videre justert med en kompensasjon for negativ inngangsfart og korrigert for andre mindre forhold. Klinikken har fordelt kravene til forbedring basert på modellen som ble brukt på sykehusnivå mellom de kliniske avdelingene. IMF som forskningsinstitutt og med svært lite budsjett er holdt utenfor. Budsjettet for 2017 er meget krevende for klinikken, og det er en betydelig resultatrisiko med eksisterende tiltak. På dette tidspunktet har ikke klinikken tilstrekkelige tiltak i forhold til neste års utfordring, og

klinikken må derfor jobbe videre med dette inn i 2017.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

Klinikken har meldt inn en økning i aktivitet på 2,7 pst i forhold til årets aktivitet. Økningen er noe forskjellig mellom avdelingene, høyest er den forventede økning på Avdeling for transplantasjonsmedisin. For denne avdelingen er det organtilgangen som er begrensende for aktivitet og effekten av tiltak på dette området kommer langsomt. Imidlertid er ISF-satsene høye, slik at økningen på 260 DRG-poeng anses realistisk. Vi mener det vil være mulig for URO og RHI å gjennomføre en aktivitetsøkning på i overkant av 2,5 pst uten vesentlige økninger i bemanning, for Avdeling for gastrokirurgi er det lagt inn en liten bemanningsøkning for å klare samme vekst. Dette øker, isolert sett, klinikkens utfordring og klinikken må vurdere hvordan dette skal håndteres innenfor tildelte rammer.

Operasjonsaktivitet. Arbeidet med tidligere oppstart og kortere skiftetider på operasjon fortsetter. Det arbeides også med justeringer og tilpasninger av operasjonsprogrammet for å sikre optimal ressursutnyttelse slik at flere operasjoner kan gjennomføres.

Poliklinikk. Poliklinisk aktivitet er en intern flaskehals for flere avdelinger i klinikken. Bedre utnyttelse av polikliniske timer samt bedret ressursutnyttelse er viktige faktorer dersom klinikken skal klare økte aktivitetskrav, og også en forutsetning for å innfri forløpstidene i pakkeforløp. Bedre planlegging og utrulling av timebøker for mer enn et halvt år av gangen skal gjennomføres på de stedene som ikke har dette i dag.

Innlagte pasienter. Vi har gjennomført endringer i Avdeling for gastrokirurgi på Rikshospitalet med betydelig reduksjon i liggetider og bedret logistikk. Dersom dette skal utvides og kunne videreføres i andre enheter, er vi avhengige av en økt tilgang på poliklinikkarealer på Rikshospitalet.

Tilgang på organer. Avdeling for transplantasjonskirurgi arbeider kontinuerlig med opplysning og kompetansebygging innenfor organdonasjon og transplantasjon fra levende giver. Det er store regionale forskjeller i Norge, og dersom flere av landets nyresenter forbedret arbeidet vil man kunne øke antallet planlagte nyretransplantasjoner. Avdelingen starter i 2017 er program for donasjon etter hjertestans (DCD) som vil kunne øke antallet organer.

b. Beskrivelse av andre tiltak

Nye retningslinjer for bruk av sykehotell og viderefakturering av denne kostnaden til pasientens hjemkommune og pasientreiser vil føre til reduserte kostnader for klinikken. Når det gjelder varekostnader og standardisering av operasjonsutstyr har Avdeling for gastrokirurgi reaktivert utstyrsutvalget i avdelingen. Utvalget skal ha en rådgivende funksjon mot seksjonsleder og avdelingsledelsen for å bedre kontrollen på innkjøp av utstyr til operasjonen. Kartlegging er påbegynt i samarbeid med økonomene, men avdelingen har foreløpig ikke estimert økonomisk effekt av dette.

Vi arbeider kontinuerlig med tiltak for reduksjon i variabel lønn for klinikkens

avdelinger. Ordningen med 12-timers vakter testes ut ved en av sengepostene i AGK høsten 2016 etter gode erfaringer fra Avdeling for blodsykdommer i Kreftklinikken. Ordningen forventes å gi gode resultater også i Avdeling for gastrokirurgi. I tillegg jobbes det med å se på muligheten av opprettelse av egen ressurspool i klinikken. Klinikken jobber nå med analyse av økonomisk gevinst samtidig som det sees på gevinst for arbeidsmiljøet og avtalemessige hensyn før et evt. mandat foreligger til drøfting.

Sommeravviklingen for leger ble heller ikke i 2016 gjennomført på en god måte på grunn av uklarhet i praktisering av den administrative ordningen. Dette medførte sen utbetaling av sommerlønn og også for noen enheter større utbetaling enn tidligere år for samme innsats. Det er lagt inn en forventet reduksjon i utbetaling sommerlønn for 2017.

Klinikken legger til grunn at døgnvirksomheten i urologi flyttes fra Aker til Ullevål i løpet av 2017. Helårseffekten av tiltaket er tidligere beregnet til 6,4 MNOK.

3. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

Gjennomføring av økt aktivitet uten tilsvarende økning i bemanning også i 2017 vil være krevende. Økt behov grunnet økt befolkningsgrunnlag og insidens økning innen kreft tilsier at aktivitetsøkningen er både realistisk og nødvendig. Utfordringen vil ligge i å tilpasse drift med sparsom økning i personalressurser.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Fremlagte tiltak vurderes som å gi lav risiko for pasientbehandlingen og omdømme. Pasientbehandlingen vil bli prioritert og sikret ved innføring av tiltak. Det vil kunne være en risiko for arbeidsmiljø knyttet til belastning for arbeidstakere med lang arbeidstid og arbeidspres. Gamle uhensiktsmessige bygg utgjør arbeidsmiljø risiko i dag. Risikoreducerende tiltak må vurderes igangsatt.

4. Medvirkning

Grunnet konflikt mellom Akademikerne og Spekter har det ikke vært dialog med arbeidstakerorganisasjonene i tiden 7. september til 11. oktober. Avdelingsvise budsjettmøter har vært avholdt etter streikens slutt. Status for arbeid med budsjettleveransen har også vært gitt i klinikkens informasjons- og dialogmøter.

Resultatbudsjett 2017, utvalgte ØBAK linjer Ordinær drift (Alle tall i TNOK)	E2016	B2017	Diff B17-E16	Endring (% av E16)
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	328 633	372 338	43 705	13,3 %
Innleid arbeidskraft	1 055	1 190	135	12,8 %
Fast lønn	761 701	748 338	-13 363	-1,8 %
Overtid og ekstrahjelp	51 888	34 065	-17 823	-34,3 %
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-56 963	-50 606	6 357	-11,2 %
Annen lønn	125 296	124 250	-1 046	-0,8 %
Andre driftskostnader	50 850	50 798	-52	-0,1 %
Brutto månedsverk drift	1 363	1 334	-29	-2,1 %
Vekst aktivitet				2,0 %

1. Vurdering av inngangsfart til 2017 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Samlet sett er den økonomiske rammene for Kreftklinikken for 2017 svært krevende. Klinikken skal øke aktiviteten med 2 prosent samtidig som kostnadene skal reduseres med om lag 28 millioner kroner. Klinikken har så langt ikke identifisert tilstrekkelige tiltak for å møte hele denne utfordringen og vil måtte arbeide videre med tiltak og forbedringer for å kunne drive innenfor tildelte rammer.

Det er lagt opp til en moderat aktivitetsøkning som er i tråd med insidensutviklingen for kreft. Bildet når det gjelder forventet aktivitetsutvikling er sammensatt. Det er fortsatt en fagutvikling innenfor medikamentell behandling som tilsier aktivitetsøkning utover insidensen. Motsatt ser vi at strålebehandling ikke har økt siste år med et uendret antall behandlingsserier og færre pasientframmøter på grunn av mer bruk av hypofraksjonert behandling. Vi ser også en oppbygging av kompetanse og kapasitet innenfor medikamentell kreftbehandling i sykehus i andre sykehusområder i HSØ.

a. Fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

Kreftklinikken er i henhold til tildelte budsjettammer for 2017 pålagt et forbedringskrav på 3,2 prosent av samlet utgiftsramme. Forskningen i klinikken er skjermet ved gjennom differensiering av kravet til avdelingene.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

Det er så langt lagt til grunn av klinikken kan øke aktiviteten, målt i DRG-poeng, med 2,0 prosent i 2017 innenfor dagens bemanning.

For å kunne gjennomføre planlagt aktivitetsvekst og sikre måloppnåelse i forhold til normerte forløpstider for kreftpasienter er klinikken avhengig av et noen forutsetninger innfris. De viktigste av disse er økt areal for Avdeling for blodsykdommer, noe økt operasjonsstue-aktivitet for Avdeling for gynekologisk kreft og for Avdeling for kreftbehandling.

For å kunne gjennomføre økt aktivitet uten økt bemanning vil klinikken jobbe videre med blant andre følgende punkter:

- Planlegging av drift av sengepostene i klinikken i henhold til opplegget for «sengepostprosjektet».
- Planlegging av poliklinikk i henhold til poliklinikkprosjektet. Sikre at arbeidstid for ulike yrkesgrupper er tilpasset. Sikre at arealkapasitet er fornuftig disponert i forhold til arbeids- og åpningstider.
- Bidra til at operasjonsressursene i sykehuset utnyttes best mulig.
- Videre samlokalisering av ikke-kirurgisk kreftbehandling i Avdeling for kreftbehandling.
- Klinikken jobber videre med effektivisering av stråleterapi, blant annet gjennom økt bruk av tidsbesparende teknikker som VMAT og innføring av nye verktøy for pasientflyt.

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

Klinikken vil innføre talegjekjenning for de avdelingene/stedene som ikke bruker dette ennå (dvs. på Radiumhospitalet og Rikshospitalet). Talegjekjenning vil medføre redusert ressursbruk i kontortjenesten i klinikken. I første omgang i form av redusert innleie/ekstern skriving og i form av redusert bruk av overtid. På litt lengre sikt vil innføring av talegjekjenning medføre redusert bemanningsbehov i kontortjenesten. Klinikken tar sikte på å etablere et eget prosjekt for å følge opp innføring av talegjekjenning og for å håndtere konsekvensene av redusert bemanningsbehov. Det er foreløpig lagt til grunn av klinikken kan redusere bemanning med 5 årsverk i kontortjenesten samlet med virkning fra høsten 2017. Hvordan dette skal håndteres i praksis må følges opp i et eget prosjektarbeid i klinikken.

Klinikken har gjennomført mange tiltak for å redusere medikamentbruk som kan unngås. Dette arbeidet vil fortsette i 2017. Så langt er det lagt til grunn av medikamentkostnadene i Avdeling for kreftbehandling kan reduseres med 7,5 millioner i 2017 gitt samme aktivitet som i 2016.

De identifiserte tiltakene i klinikken er beregnet til å redusere kostnadene med 12,9 millioner kroner, altså snaut halvparten av innsparingskravet på 28 millioner kroner. I tillegg er det identifisert noen tiltak som vil gi økte inntekter for klinikken med en effekt på 0,5 millioner kroner utover de økte DRG-inntektene.

3. Inntekts- og kostnadsramme for budsjett 2017

Klinikken legger til grunn av aktiviteten i klinikken kan økes med om lag 2 prosent fra 2016 til 2017 uten økt bemanning. Det utgjør i overkant av 600 DRG-poeng. Klinikken har behov for en generell økning i varekostnadene knyttet til aktivitetsveksten på om lag 5 millioner kroner.

4. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

Gjennomføring av økt aktivitet uten økt bemanning i 2017 vil være krevende. Klinikken mener at pasientgrunlaget tilsier at økningen er realistisk. Gjennomføringen vil imidlertid kreve ytterligere forbedringer i pasientforløpene som stiller store krav til omstilling for klinikkens medarbeidere.

Anslagene knyttet til utgifter for nye medikamenter er usikre. Innføring av nye

medikamenter i pasientbehandlinger er forankret i nasjonale beslutningsorganer. Klinikken har etablert retningslinjer for hvordan beslutninger om bruk av medikamenter som ikke følger av de nasjonale beslutningsprosessene skal håndteres.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Klinikken har identifisert en rekke tiltak for å håndtere forbedringskravet. Mange av tiltakene vil være krevende å gjennomføre, men er så langt ikke vurdert til å ha høy risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø. Det er imidlertid nødvendig å gjøre ytterligere risikovurderinger i den videre detaljeringen av en del av tiltakene for klinikken. I gjennomføring av driften i 2017 må det løpende gjøres vurderinger og avveininger i forhold til forsvarlig pasientbehandling.

5. Medvirkning

Kravene til medvirkning og involvering er formidlet tydelig i klinikken. Klinikken gjennomførte et budsjettseminar ultimo august der alle ledere samt tillitsvalgte på klinikk og avdelingsnivå var invitert. Det er gjennomført drøftingsmøte med klinikktilitsvalgte og klinikkvernetjeneste i forkant av denne budsjettleveransen. På grunn av streik i Akademikerne har det ikke vært gjennomført informasjonsmøter som planlagt gjennom september. Klinikken ser behovet for å arbeide sammen med tillitsvalgte og vernetjeneste for å bedre involvering og medvirkning i budsjettarbeidet på alle nivåer i klinikken. Klinikken og avdelingene vil arbeide målrettet for å sikre medvirkning og involvering også i gjennomføring av virksomheten i 2017.

Resultatbudsjett 2017, utvalgte ØBAK linjer Ordinær drift (Alle tall i TNOK)	E2016	B2017	Diff B17-E16	Endring (% av E16)
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	330 793	347 256	16 463	5,0 %
Innleid arbeidskraft	31 687	27 940	-3 747	-11,8 %
Fast lønn	535 948	521 528	-14 420	-2,7 %
Overtid og ekstrahjelp	46 666	41 935	-4 731	-10,1 %
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-35 282	-34 816	466	-1,3 %
Annen lønn	84 842	87 486	2 644	3,1 %
Andre driftskostnader	21 632	18 852	-2 780	-12,9 %
Brutto månedsverk drift	836	811	-25	-3,0 %
Vekst aktivitet				1,5 %

1. Vurdering av krav til økonomisk resultatforbedring i 2017

HJERTE-, LUNGE- og KARKLINIKKEN (HLK)				
Budsjett ramme 2017 (inkl. ØMI)(i 1000 kr)	Prognose for resultat 2016 (i 1000 kr)	% krav til resultatforbedring i 2017 budsjettet	% aktivitetsvekst i DRG bud 2017	Tiltak meldt fra klinikk 23. nov 2016 (i 1000 kr)
1.176 mill	-6 mill	3,8%	+291 poeng	-15,3 mill

2. Tiltak

Budsjettert økonomisk effekt i 2017 (1000 kr)	
Tiltakskategori	HLK
Midlertidig ledighold av årsverk	0
Sengeposter; Norm og planlegging	13.569 mill
Permanent reduksjon av årsverk	1.350 mill
Innkjøp	350 mill
Totalt	15.269 mill

Klinikken har hatt tre budsjettseminar med fokus på budsjettansvar og tiltak for å komme i budsjettbalanse. Tiltak som det fokuseres på er knyttet til driftsendringer. Her inngår bedre planlegging av bemanning ved bruk av GAT både for sykepleiere og leger. Noen av disse tiltakene vil det kunne være vanskelig å beregne effekten av, men vil føre til mer hensiktsmessig drift. Resultatet i 2016 viser at klinikken drifter mer hensiktsmessig enn tidligere år.

Flyttingen av Karavdelingen ut av Aker sykehus og inn på Rikshospitalet i løpet av 2017, vil føre til mer effektiv drift av sykehustjenester levert av Akuttklinikken og Oslo

sykehusservice (OSS).

Økt TAVI behandling:

HLK ser at det er et økende behov for behandling av pasienter med aortastenose med TAVI. Det er 2 måneders ventetid for TAVI-behandling, og det er for lenge. Kardiologisk avdeling har et potensiale for å øke antall TAVI behandlinger med 25 pst, som tilsvarer ca 45 flere TAVI pasienter ved RH og 30 flere ved angiologab US/TKA3.

Økningen på 45 TAVI på Rikshospitalet gir økt samarbeid på tvers av avdelinger i klinikken. Dette er en ønsket og nødvendig for å gi et riktig pasienttilbud til hjertesyrke pasienter.

Klinikken har meldt inn en ombygging av TKAs (Thoraxkirurgisk avdeling)intermediær og sengepost ved RH som vil kunne gi økt intermediærkapasitet i klinikken. Dette vil medføre at TKA intensiv blir avlastet i større grad, noe som vil bidra til at antall strykninger reduseres. Klinikken melder om en bemanningsbesparelse på ca. 3,3 mill, samt økt ablasjonsaktivitet tilsvarende 4,5mill, til sammen en positiv økonomisk effekt på 7,8 mill Vedtaket om sengeposten skal ombygges skal besluttes før årsskifte av Adm. dir. ved OUS.

Økt stabilitet på laboratorier :

Kardiologisk avdeling har noe ustabil drift i 2016 på grunn av driftsproblemer og utskiftning ved to laboratorier. Disse problemene regner klinikken vil være løst ved inngangen til 2017, noe som gir et potensiale for noe økt aktivitet innenfor ablasjonsbehandling av hjertearytmier.

Økt poliklinikk- og dag behandling:

Klinikken arbeider med samdrift av sengerressurser mellom avdelinger på Rikshospitalet. Ved Rikshospitalet er TKA sin intermediær og sengepost delt mellom en større enhet i 4. etasje og en mindre enhet i 3. etasje. Klinikken ønsker å samle pasientene i en enkelt enhet i 4. etasje. Det forutsetter ombygging av pasientrom i 4. etasje til intermediærstandard. Ombyggingen er meldt MTA og et forprosjekt har ferdigstilt rapport med kostnadsestimater. Prioriteringsutvalget (PRU)ved OUS vil avgjør om det skal foretas en ombygging eller ikke. De frigjorte sengerom i 3. etasje vil kunne brukes til dagbehandling.

3. Risiko

Klinikken har en økonomisk utfordring for budsjettåret 2017 på -30 mill. I dette ligger det et effektiviseringskrav på- 33 mill.(3,8 pst). Effektiviseringskravet er i hovedsak basert på prognosen i 2016. Nødvendige driftsendringer for 2017 som ikke ligger i prognosen er innarbeidet i budsjettet og utgjør -12 mill. Klinikken har utgiftreducerende tiltak tilsvarende +15 mill. Oppsummert har klinikken en uløst økonomisk utfordring på -30 mill. ved inngangen til driftsåret 2017. Ytterligere effektivisering av driften tilsvarende 30 mill. jobber klinikken systematisk med, men er ikke i mål når det gjelder driftstiltak for komme i budsjettbalanse. De skisserte tiltakene for budsjett 2017 hittil i prosessen er gjennomførbare, uten at tiltakene vil resultere i svekket pasienttilbud, verken kvalitativt eller kvantitativt. Tiltakene svekker ikke

pasientsikkerhetsarbeidet eller forskningen. Klinikken jobber kontinuerlig med å imøtekomme effektiviseringskravet med stadig å se på driftsforbedrende tiltak. Det er likevel knyttet betydelig usikkerhet til om klinikken vil kunne klare hele effektiviseringskravet i 2017 uten at det vil kunne ha negativ innvirkning på driften i klinikken.

4. Medvirkning

Klinikken startet i forbindelse med budsjettleveransen med et budsjettseminar 12. mai 2016, samt et oppfølgingsseminar den 21. september 2016 med fokus på drift, tiltak og brukermedvirkning. Det tredje og siste budsjettseminaret ble avholdt 10. nov der tiltak, risikovurderinger var i fokus. Budsjettseminarene var for alle ledere på nivå 3,4 og 5, samt tillitsvalgte og verneombud på klinikknivå. I seminaret ble sykehusets økonomiske utfordring presentert. Hovedfokus har vært at den enkelte leder skal ha eieforhold til eget budsjett og tiltak for driftsåret 2017.

Alle avdelingsledere jobber med forslag til tiltak. Det har vært stort fokus og krav til involvering av ledere på nivå 4 og 5.

Klinikkens økonomi og skisserte budsjettendringer er presentert for tillitsvalgte og verneombud i møte den 6. oktober. Det er skrevet referat fra møtet. Informasjonsmøte for tillitsvalgte og verneombud ble holdt 15. november. Budsjettet for 2017 ble drøftet den 22. november 2016. Det lages drøftingsprotokoll fra møtet.

Resultatbudsjett 2017, utvalgte ØBAK linjer Ordinær drift (Alle tall i TNOK)	E2016	B2017	Diff B17-E16	Endring (% av E16)
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	229 442	230 555	1 113	0,5 %
Innleid arbeidskraft	59 588	41 517	-18 071	-30,3 %
Fast lønn	1 080 080	1 090 556	10 476	1,0 %
Overtid og ekstrahjelp	90 803	80 313	-10 490	-11,6 %
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-65 924	-63 658	2 266	-3,4 %
Annen lønn	173 188	174 912	1 724	1,0 %
Andre driftskostnader	27 888	27 992	104	0,4 %
Brutto månedsverk drift	1 759	1 749	-10	-0,6 %
Vekst aktivitet				

1. Vurdering av inngangsfart til 2017 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

a. Nye forhold som påvirker drift i 2017

- Det er forutsatt at klinikken øker aktiviteten med 2,5 pst uten bemanningsøkning. I tillegg er det satt av 10 mnok i sentralt i OUS til økt kirurgisk aktivitet. De aktivitetsbaserte inntektene tilfaller de kirurgiske klinikkene fremfor intensivområdet
- Utdanningscenteret har fått ansvaret for Hjertelungeredningskurs for OUS HF.
- Intervensjonscenteret – budsjettet er overført fra Klinikk for laboratoriemedisin til Akuttklinikken i 2017.

b. Fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

Klinikken har fått et krav totalt på 3 pst. Klinikken har prioritert operativ virksomhet i rammefordelingen. Kravet til resultatforbedring er på denne bakgrunn fordelt på avdelingene etter egne vurderinger og etter størrelse. Kravet til resultatforbedring er utfordrende i lys av årets drift og økonomiske resultater.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

Avdelingene har levert inn konkrete tiltak på 2 pst totalt. I tillegg er det budsjettert lavere kostnader på en rekke poster uten konkretisering av tiltak. Tiltakene er meldt inn med utgangspunkt i prognosen for 2016 for den enkelte enhet. Det er meldt inn tiltak på 28 mnok og en økt aktivitet på DRG tilsvarende 6,5 mnok i økte inntekter.

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

Avdeling for smertebehandling leverer et aktivitetsbudsjett på 1279 DRG. Dette er det samme som fjorårets budsjett 2016, men samtidig 210 DRG høyere enn prognose 2016.

Både Operasjonsavdelingen og Avdeling for anestesisykepleie har synliggjort en rekke områder der de vil kunne bidra til en mer effektiv drift. Dette vil gi sykehuset mulighet

til å øke aktivitet og følgelig økte inntekter for sykehuset. Dette vil kun medføre økte kostnader for Akuttklinikken. Områder som er spilt inn er «fast track» på kjeve og nakkeprolaps og bedre utnyttelse av beredskap/bemannings på helg.

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

Klinikkens største utfordring er å få styrt ressursbruken optimalt gjennom uken i forhold til aktiviteten og spesielt på natt og helg på den døgnbemannede driften (24/7/365). De fleste tiltak er knyttet til reduksjon av variabel lønn (5 mnok) og innleie (11,9 mnok). Det er en positiv utvikling på rekrutteringen av operasjonssykepleiere og på intensivområdet gjennom traineeordningen som bidrar til redusert innleie. Turnuser og overlapp mellom vaktskifter er meldt og vurderes løpende framover. Totalt har Akuttklinikken tiltak på fast lønn på 6,5 mnok. Dette er for det meste midlertidig ledigholdelse. Det er også meldt inn 3 mnok kr i tiltak på reduksjon av medikamentkostnader. Tiltakene er basert på at den høye intensivaktiviteten ikke vedvarer i 2017.

3. Innteks- og kostnadsramme for budsjett 2017

Innteksramme: Avdeling for smertebehandling planlegger å øke antall operasjoner i forhold til inneværende år med 210 DRG. Ingen endring på eksterne inntekter fra budsjett 2016.

Kostnadsramme: Tildelt kostnadsramme er 1830,5. I forhold til inngangsfart, nye kostnader 2017 og tiltak har klinikken en utfordring inn i 2017. Det er forventet i rammetildelingen at AKU øker aktivitet med 2,5 pst, beregnet til 25 mnok, men kostnadsnivået i budsjettet dekker ikke 2016-aktivitet. Det er budsjettert økt bemanning tilsvarende 1 intensivseng i forhold til budsjett 2016. PO/Intensiv har fortsatt en stor underdekning dersom 2017-aktiviteten er like høy som i 2016. I tillegg kommer nye operasjonsøker hvor sykehuset har øremerket 10 mnok sentralt. Det vil være utfordrende for AKU å klare vekst på 2,5 pst som tilsvarer 1000 nye inngrep med dagens bemanning. Klinikken har saldert budsjettet 2017.

4. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

Akuttklinikken har valgt mellom å plassere budsjettrisikoen i operativ virksomhet eller intensiv. Det vil være helt ødeleggende for sykehusets drift om den operative virksomheten bærer denne risikoen i altfor stor grad. Intensivvirksomheten har kapasitetsutfordringer med kostnader og rammevilkår som er uforutsigbare. Det er viktige ø- hjelpfunksjoner og tung beredskap. Det har vært et stort tosifret millionbeløp i underskudd de siste årene.

Budsjettet til PO/Intensiv har en gjennomføringsrisiko dersom aktiviteten fortsetter på samme nivå som i 2016. Gjennomføringen av innmeldte tiltak på dette er vurdert til middels. Det vil fortsatt være fokus på samsvar mellom driftsplaner, bemanningsplaner og arbeidsplaner.

Det er meldt inn noen tiltak knyttet til reduserte innkjøpskostnader på medisinske forbruksvarer og medikamenter. Medikamentbudsjettet kan ha høy risiko ved økte priser. Avdelingene vil arbeide med reduksjon av bruk, redusere svinn, øke

avtaledekning og bedre priser ved anbud. Det vil være økt fokus på raskt medikamentbytte ved overgang til billigere varianter. Ved vekst i aktivitet vil effekten av evt. besparelser «maskeres» og være mer krevende å synliggjøre. Det vil alltid ligge en risiko ved nye anbud.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Pasientsikkerhet og kvalitet

Akuttklinikken har ikke spilt inn tiltak knyttet til bemanningsreduksjon utover det som er knyttet til reduksjon av innleie, variabel lønn og midlertidig ledigholdelse. Tiltak med bemanningsreduksjon i Akuttklinikken vil kunne bety en generell risiko for kvalitet i pasientbehandlingen. Dette kan føre til forsinkelser og strykninger i operativ virksomhet, sekundært utsettelse eller forlenget ventetid. En fortsatt økning av intensivaktiviteten uten økte ressurser i form av fast bemanning vil kunne medføre negative konsekvenser for pasientsikkerhet og kvalitet.

Omdømme

Det meldes om avvik i pasientbehandlingen. Lange ventelister og forskyvning av ø-hjelp utfordrer operasjonskapasiteten og PO/Intensiv til tider.

Arbeidsmiljø

God lederrekruttering og større kompetanse gir bedre mulighet til styring. Fortsatt en del ikke-funksjonelle arealer og lange byggeprosjekter påvirker arbeidsmiljø. Sykefraværet i Akuttklinikken er imidlertid stabilt.

5. Medvirkning

Klinikken har gitt informasjon til tillitsvalgte (TV)/verneombud (VO) på klinikknivå om budsjettprosessen 2017. Klinikktillitsvalgte/VO har deltatt på ledermøter/samlinger i klinikken hvor budsjettprosessen og budsjettet 2016 er behandlet. Prosessen og dialogen med TV/VO og ansatte er noe ulikt håndtert i seksjonene og avdelingene i år.

Budsjettet er drøftet med TV/VO 21.11.2016 og behandlet i AMU samme dag.

Resultatbudsjett 2017, utvalgte ØBAK linjer Ordinær drift (Alle tall i TNOK)	E2016	B2017	Diff B17-E16	Endring (% av E16)
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	13 052	13 218	166	1,3 %
Innleid arbeidskraft	-	-	-	
Fast lønn	400 782	404 571	3 789	0,9 %
Overtid og ekstrahjelp	56 533	57 058	525	0,9 %
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-27 202	-26 461	741	-2,7 %
Annen lønn	72 272	72 488	216	0,3 %
Andre driftskostnader	272 337	278 514	6 177	2,3 %
Brutto månedsverk drift	773	776	3	0,5 %
Vekst aktivitet				

1. Vurdering av inngangsfart til 2017 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

a. Nye forhold som påvirker drift i 2017

- Det er satt av midler til 1 døgnbil høsten 2017. Klinikken vurderer dette etter behov.
- Regelverkendringer innenfor Pasientreiser
- Nye tilbud på de største områdene innenfor Pasientreiser
- Generell vekst og pris økning Ambulanse og Pasientreiser
- Økt husleie Asker pga. ny ambulansestasjon
- Risiko ved stengte tunneler for Pasientreiser og Ambulansetjenesten er ikke innarbeidet

b. Fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

Kravet utgjør 9 mnok er håndtert i tiltak og driftseffektiviseringer.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

Aktivitetsvekst innebærer en risiko for ikke å kunne ivareta responstidskrav, nødvendig beredskap og økt risiko for samtidighetskonflikter. Klinikken har i 2016 prøvd ut utplassering av ambulanser som et tiltak for å redusere responstiden uten å sette inn flere biler. I 2016 er veksten innen pasientreiser 4 prosent målt opp mot 2015 og for ambulansetransport 5 prosent økning pr november, hvorav røde turer har økt med 8,5 prosent.

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

- Investering i nye ambulanser gir en reduksjon i vedlikeholdskostnadene på 0,8 mnok.
- Pasientreiser har forventning om reduksjon i kjøp fra eksterne på 1,6 mnok.
- Reduksjon i bruk av ekstrahjelp på 0,4 mnok på Pasientreiser.
- Forventning om 1 mnok lavere kostnader knyttet til refusjon ved enkeltoppgjør bl.a. etter endring i krav til reisestrekning fra 3 til 10 km.

- Det er lagt inn en forventning om at klinikken skal redusere mobilkostnader på 0,5 mnok ved en gjennomgang av behov for tjenestetelefon og «ryddig» i lister.
- Reduksjon i bruk av sommeravtaler i Ambulanseavdelingen med 0,5 mnok som følge av oppstart av «bemanningpool».

Klinikkens utfordring er å få styrt ressursbruken optimalt gjennom uken i forhold til aktiviteten. Dette gjelder spesielt på natt og helg i Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og Ambulansetjenesten. AMK arbeider med å bemanne opp. Dette vil redusere sykefravær og overtidskostnadene. Mulig ikke effekt før slutten av 2017 eller inn i 2018.

3. Inntekts- og kostnadsramme for budsjett 2017

Inntektsrammen reduseres med 0,1 mnok. Det er justert for avtale Ambulanse har med Høgskolen i Lillehammer (HIL) som utgår, i tillegg til at budsjettet er justert opp i forhold til prognose og vekst.

Klinikken er tildelt vekst på 2,5 pst, hvorav om lag en tredel må tas innenfor eksisterende ramme. Det er også påført et effektiviseringskrav på 3 pst. Pasientreiser er holdt utenfor vekst og effektiviseringskravet. Kravet er dekket ved vekstmidler, driftseffektivisering og tiltak.

4. Risikovurdering

Viktigste momentene for klinikken i 2017:

- Rekruttering
- IKT-verktøy - Flåtestyringsverktøy/Elektronisk pasientjournal (EPJ)
- Oppdragsmengde (Økt aktivitet/responstider)

a. Gjennomføringsrisiko

Reduksjon av vedlikeholdskostnader på biler har lav risiko. Det er usikkerhet knyttet til tunnelstenging i Oslo. Regelverksendringer kan resultere at Pasientreiser ikke klarer forventet kostnadsreduksjon. Reduksjon i kostnader på tjenestetelefoner har middels risiko. Reduksjon i bruk av sommeravtaler avhenger av at «bemanningpool» kommer i gang før sommerferien. Stor risiko for at AMK ikke klarer å bemanne opp til nødvendig antall faste stillinger

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Pasientbehandling

- Avvik mellom hva som forventes av tjenesten og hva det er kapasitet/midler til å dekke, dette gjelder bl.a. intensivambulanse
- Økende oppdragsmengde og krav til responstider øker risikoen for samtidighetskonflikter. For å kunne utnytte dagens ressurser best mulig er det behov for flåtestyring

Omdømme

- Krav til effektivisering kan ha negative konsekvenser for tjenesten som leveres, hvis ikke klinikken klarer å imøtekomme aktivitetsveksten innenfor dagens ressurser

- Økende oppdragsmengde som dekkes innenfor dagens bemanning vil kunne ha negativ konsekvens hvis det går utover responstidene i Ambulanse

Arbeidsmiljø

- Det er ikke-funksjonelle arealer og lange byggeprosjekter som påvirker arbeidsmiljøet
- Behov ny AMK-sentral pga. manglende plass i eksisterende AMK, her kan IKT-verktøy bidra til å redusere/avlaste plass behov
- Manglende verktøy i AMK og Ambulanse (EPJ) utfordringer for effektiv drift og påvirker arbeidsmiljø negativt.
- Effektiviseringskravet ender opp hos den enkelte ansatte og kan være belastende
- Økt oppdragsmengde med dagens bemanning gir press på personell og lite mulighet til hvile, kan medføre slitasje på ansatte over tid og fare for økt sykefravær. Risikoen kan reduseres ved IKT-verktøy

5. Medvirkning

Klinikken har gitt informasjon til tillitsvalgte (TV) / verneombud (VO) på klinikknivå om budsjettprosessen 2017. Ingen av representantene fra de tillitsvalgtes organisasjoner møtte på Dialogmøtet om budsjett 2017.

Resultatbudsjett 2017, utvalgte ØBAK linjer Ordinær drift (Alle tall i TNOK)	E2016	B2017	Diff B17-E16	Endring (% av E16)
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	386 197	403 992	17 795	4,6 %
Innleid arbeidskraft	43	-	-43	-100,0 %
Fast lønn	704 609	725 166	20 557	2,9 %
Overtid og ekstrahjelp	35 128	24 810	-10 318	-29,4 %
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-47 830	-46 304	1 526	-3,2 %
Annen lønn	112 621	117 034	4 413	3,9 %
Andre driftskostnader	49 619	48 856	-763	-1,5 %
Brutto månedsverk drift	1 312	1 340	27	2,1 %
Vekst aktivitet				

1. Vurdering av inngangsfart til 2017 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

KLM har fått et krav til forbedring på 3,2 pst av kostnadsrammen for 2016, tilsvarende ca 45 mnok. Det er forutsatt at KLM skal håndtere en aktivitetsvekst på 2,5 pst i 2017. Kompensasjonen for dette utgjør 23 mnok, tilsvarende 1,6 pst av kostnadsrammen.

Med klinikkens tiltakspakke er kravet til resultatforbedring dekket, men det er minimalt med midler fristilt til aktivitetsvekst. Balanserte endringer knyttet til forventet aktivitetsvekst muliggjør å dekke opp for økte varekostnader, men aktivitetsveksten må i hovedsak håndteres innenfor eksisterende bemanning. Bemanningsvekst er prioritert inn for Avdeling for patologi, samt helårseffekter av tidligere oppbemanning på Avdeling for medisinsk genetik.

a. Nye forhold i 2017

KLM vil i 2017 få tilført Rettsmedisin fra Folkehelseinstituttet. Finansiering er gitt i statsbudsjettet som øremerkede midler. Endelige rammer for Rettsmedisin er p.t. ikke avklart. (Det vises til nærmere omtale tidligere i dette dokumentet.)

b. Fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

Alle avdelinger har fått et krav til forbedring på 3,2 pst av kostnadsrammen for 2016. Aktivitetsvekstmidler er fordelt etter en modell som veier avdelingene opp mot tre kriterier: Pasientrisiko, diagnostikk inneliggende og ø-hjelp. De to første kriteriene er vektet høyest. Justering av inngangsfart er basert på avdelingenes andel av resultatavvik pr oktober, men er korrigert skjønnsmessig i etterkant.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

Avdelingene har foreløpig meldt inn tiltak for om lag 38 mnok. Av disse er om lag 16 mnok angitt med høy risiko for gjennomføring og er basert på forutsetninger om investeringer både på IKT siden og MTU siden. Forventet effektoppnåelse har tidligere ikke vært bedre enn 65 pst.

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

Generelt er tiltakene i KLM i stor grad rettet mot å øke aktiviteten med bemanning gitt i budsjett 2016. Dette skal gi positive effekter på inntektene, svartider og andre kvalitetsparametere.

Overordnet handler også flere av tiltakene om å utnytte utstyrskapasitet og ta ut gevinster der vi faktisk har fått innvilget nytt MTU (primært via breakdown). KLM vil påpeke at en koordinert utstyrssatsing i KLM vil kunne gi rask og vesentlig forbedring av effektivitet, kapasitet, kvalitet og arbeidsmiljø med tiltakseffekter ut over det som er identifisert så langt.

På sikt vil KLM jobbe for økt aktivitet fra ekstern poliklinikk for å øke inntektene. Vi tror at innføring av elektronisk rekvirering via IHR-løsningen i andre HF og primærhelsetjenesten, vil gi oss et større tilfang av analyser. En omlegging av takstsystemet i 2018 vil trolig gi en bedre økonomisk inndekning av slik virksomhet enn i dag.

Et av de viktigste tiltakene, er rettet mot reduksjon i unødvendig analysevirksomhet knyttet til inneliggende pasienter. Et viktig virkemiddel her vil være implementering av pop-up vinduer i DIPS ved rekvirering av analyser. Dette er også et tiltak som er knyttet til investeringer og prioriteringer på IKT siden. Dette vil kunne frigjøre kapasitet til å håndtere poliklinisk aktivitet som er økende.

Arbeid med kontinuerlig forbedringsarbeid knyttet til prøveflyt og organisering pågår i alle avdelinger og bidrar til mange mindre tiltak som til sammen utgjør store effekter på produktiviteten.

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

Det jobbes kontinuerlig med innkjøp for å redusere varekostnader. Et større tiltak er knyttet til nye avtaler på plasmaprodukter fra 2017.

For øvrig vil det også i 2017 være noe behov for midlertidig ledighold av stillinger. Primært vil årsaken til ledighold være at det naturlig vil være opphold mellom ansettelses.

3. Inntekts- og kostnadsramme for budsjett 2017

Det lagt opp til balanserte endringer på 45 mnok.

4. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

42 pst av tiltakene er angitt med høy gjennomføringsrisiko. Usikkerhetsfaktorer er i stor grad knyttet til manglende MTU- og IKT investeringer og servicekapasitet på Sykehuspartner. Dersom et allerede knapt investeringsbudsjett for OUS blir redusert, vil gjennomføringsrisikoen øke betraktelig for KLM sin evne til å levere tjenester på et nivå som er nødvendig for å nå OUS sine aktivitetsmål.

Klinikkens tiltaksoppnåelse har de siste årene i gjennomsnitt ligget på om lag 65 pst av opprinnelig budsjettverdi.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Tiltakene skal gi positive utslag på aktivitetsvekst, svartider og andre kvalitetsindikatorer. Risiko for negative effekter på pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø vurderes som lav til medium i de aller fleste tiltakene. Det er imidlertid stor bekymring fra AMU knyttet til at kravet om å øke aktivitet uten tilstrekkelig bemanningsøkning vil føre til negative effekter for arbeidsmiljøet. Spesielt understrekes mangelen på tilstrekkelig med investeringer og IKT-løsninger. Dette kunne bidratt til å kompensere for manglende økt bemanning, men siden det ikke er midler til dette vil belastningen på arbeidsmiljøet bli høyt.

5. Medvirkning

Tillitsvalgte og verneombud skal være involvert på det nivået tiltakene får effekter/konsekvenser.

Det er gjennomført drøfting på klinikknivå 21.november.

Resultatbudsjett 2017, utvalgte ØBAK linjer Ordinær drift (Alle tall i TNOK)	E2016	B2017	Diff B17-E16	Endring (% av E16)
foretaksgruppen	141 453	149 971	8 518	6,0 %
Innleid arbeidskraft	1 409	1 028	-381	-27,0 %
Fast lønn	472 895	481 335	8 440	1,8 %
Overtid og ekstrahjelp	33 211	28 457	-4 754	-14,3 %
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-27 725	-24 947	2 778	-10,0 %
Annen lønn	75 853	79 342	3 489	4,6 %
Andre driftskostnader	33 171	25 567	-7 604	-22,9 %
Brutto månedsverk drift	774	776	3	0,3 %
Vekst aktivitet				

1. Vurdering av inngangsfart til 2017 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Det forventes at KRN øker med 3 pst i aktivitet neste år. Med denne aktivitetsøkningen følger det aktivitetsvekstmidler da KRN ikke får aktivitetsbaserte inntekter for store deler av virksomheten. KRN har fått et effektivitetskrav på 3 pst. Summen av disse forholdene gir KRN en utfordring på 11 mnok for 2017. KRN har tiltak for tilsvarende beløp hvilket innebærer at klinikken har et budsjett som er tilpasset inngangsfarten.

a. Nye forhold som påvirker drift i 2017

Billediagnostikk spiller en stadig viktigere rolle i utredning og kontroll av sykdom, ikke minst innen kreftområdet. Oppstart av immunterapi av utvalgte pasienter med lungekreft vil kreve økt kapasitet pga den tette CT-oppfølgingen.

Andre forhold som endres fra 2016 til 2017 er blant annet:

- Mer komplekse og tidskrevende undersøkelser, økende bruk av biopsi i kreftkontroller.
- Økt bruk av MDT-møter i pakkeforløpene gir økt tidsbruk for radiologer og nukleærmedisinere.
- Innføring av pakkeforløp for prostatakreft har gitt en betydelig økning av antall henvisninger til MR-prostata.
- Avvikling av ekstraordinær betaling til ansatte for eksternt finansiert forskning kan ytterligere redusere kapasiteten til å delta i sykehusets forskningsprosjekter.
- Økning av ortopedisk kirurgi inkl. flytting av protesekirurgi fra RH til Ullevål øker belastningen på Ullevål uten å redusere belastningen for RH.
- «Fast track»-hoftefrakturer Ullevål øker fra 5 til 7 dager per uke.

Det er en generell trend at kirurgiske invasive prosedyrer konverteres til intervensjonsradiologiske prosedyrer. Det er vanskelig å angi merutgiftene dette vil føre med seg de nærmeste årene; I årene 2014 og 2015 var kostnadsøkningen i størrelsesorden 4-5 mill per år, men i 2016 har utgiftene flatet ut på grunn av reduserte varekostnader til nevro- intervensjon. På grunn av stadig nye metoder som tas i bruk,

må det likevel forventes ytterligere økning i kostnader de nærmeste årene. Denne økningen bør imidlertid føre til mindre åpen kirurgi og dermed besparelser i andre klinikker.

En hovedutfordring for KRN i 2017 blir å møte den økte etterspørselen etter bildediagnostikk med en bemanning som opplever at dagens etterspørsel er mer enn klinikken makter å innfri.

b. Fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

KRN har tatt utgangspunkt i dagens bemanning med tilhørende oppgaver og har i første omgang hatt som mål å sikre finansiering av denne. Alle seksjoner er bedt om å budsjettere forventningsrett og med tiltak som synes å være realistiske å gjennomføre i budsjettåret 2017.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

Klinikken opplever først nå at oppbemanningen fra 2015 får full effekt. Vi tar derfor utgangspunkt i at bemanningen ikke skal være lavere i 2017 sammenlignet med nåværende nivå. Seksjonene har dermed fått i oppgave å levere tiltak som kan redusere kostnadene uten at det går utover aktiviteten, øke aktiviteten uten å øke kostnadene, eller øke inntektene uten at kostnadene øker mer enn inntektene.

Seksjonene i klinikken har levert tiltak for om lag 10,5 mnok.

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

Samlingen av Brystdiagnostisk senter på Radiumhospitalet vil muliggjøre en bedre utnyttelse av ressursene og kan øke aktiviteten uten tilsvarende økning i kostnader. Nye og raskere PET-skannere hos nukleærmedisin gjør det mulig å øke antall pasienter innenfor dagens arbeidstid da tid per pasient går ned. En mindre økning kan inntil videre absorberes av legene hos nukleærmedisin, men for full utnyttelse kreves en oppbemanning.

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

Klinikken største tiltak avhenger av sykehusets gjennomføring av kjøp av to nye PET/CTer. Det forventes at den første er i drift på RH i løpet av første tertial 2017. Den andre er forventet i drift i starten av tredje tertial, men det er stor usikkerhet knyttet til begge anskaffelsene. I dag betaler OUS betydelig leiekostnader til NMS for leie av skannere. Ved å gå til anskaffelse av egne skannere vil deler av kostnadene falle bort. I tillegg til dette vil de nye skannerne redusere varekostnadene fordi de er raskere, og man kan dermed utnytte radiofarmaka bedre. Det forventes også en økt inntekt som følge av økt aktivitet.

Avdelingene jobber med å redusere varekostnader generelt, kontrastmidler spesielt.

Klinikkens finansiering er sammensatt. Vi vil i løpet av 2017 gå systematisk gjennom virksomheten for å sikre at vi krever rett betaling av våre tjenester. Eksempler på områder som kan forbedres er innkreving av egenandeler, klarhet i fakturering til andre HF og rett registrering av vår aktivitet da den har betydning for den aktivitetsbaserte inntekten i andre deler av OUS.

3. Inntekts- og kostnadsramme for budsjett 2017

Inntektskravet til klinikken reduseres med avviket hittil i år. Klinikken øker det noe på grunn av økt aktivitet. Da seksjonene ikke melder om kapasitet til å øke ytterligere har vi ikke økt inntektskravet vesentlig.

Kostnadsrammen er tilpasset inngangsfarten etter at et realistisk nivå på gevinst av tiltak er lagt inn. I kostnadsrammen er det ikke midler til å øke bemanningen utover dagens nivå. Klinikken planlegger samme nivå på vikar for overleger i overlegepermisjon som i 2016 (7,5 årsverk mot et meldt behov på 12,9 årsverk).

Klinikken jobber stadig med forbedringer, men seksjonene melder om at grensen er nådd for hva man klarer av aktivitetsvekst fremover uten økt bemanning. Det vil bli krevende å øke aktiviteten uten økt bemanning.

4. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

De fleste av tiltakene vil la seg gjennomføre med lav til middels risiko i 2017, men det er knyttet usikkerhet til gjennomføringsgrad og gevinster. Det er alltid en usikkerhet knyttet til utskifting av MTU, herunder bytte av PET-skannere. Utsatt oppstart av tiltaket medfører reduserte besparelser for klinikken og OUS.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Risiko for negative effekter på pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø vurderes som lav til medium.

Det vil være stor risiko for at klinikken ikke klarer aktivitetsvekst innenfor budsjettet bemanning. Dagens bemanning har ikke maktet å ta i bruk ny 3T MR ved IVS, RH, til klinisk drift. Det er en bekymring at driften allerede er presset med aktivitetsnivået for 2016.

5. Medvirkning

Tillitsvalgte og verneombud skal være involvert på det nivået tiltakene får effekter/konsekvenser.

Det ble gjennomført drøfting av tiltak på klinikknivå 28. september, og budsjettet ble drøftet med klinikktilitsvalgte og verneombud 23. november. Budsjettet ble også behandlet av klinikk-AMU samme dag.

Resultatbudsjett 2017, utvalgte ØBAK linjer Ordinær drift (Alle tall i TNOK)	E2016	B2017	Diff B17-E16	Endring (% av E16)
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	177 000	176 392	-608	-0,3 %
Innleid arbeidskraft	-	-	-	
Fast lønn	754 042	761 657	7 615	1,0 %
Overtid og ekstrahjelp	118 000	113 628	-4 372	-3,7 %
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-60 000	-58 576	1 424	-2,4 %
Annen lønn	141 000	139 060	-1 940	-1,4 %
Andre driftskostnader	974 000	981 526	7 526	0,8 %
Brutto månedsverk drift	1 938	1 905	-33	-1,7 %
Vekst aktivitet				

1. Vurdering av inngangsfart til 2017 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

OSS anslår den samlede utfordringen, med tilhørende behov for resultatforbedring, til å være drøye 60 millioner kroner. Samtidig skal OSS understøtte en planlagt vekst i aktivitet i klinikkene med 2,5 %.

OSS vil begrense ressursbruken til de samlede rammene sykehuset har avsatt. 2017 blir således et krevende år, men OSS ledelse har tro på at OSS vil støtte opp under sykehusets kjerneaktivitet på en tilfredsstillende måte også i 2017.

Det er utarbeidet en omfattende tiltakspakke som er drøftet med klinikktilitsvalgte, og det er meldt inn tiltak til sykehusledelsen. Tiltakene innebærer mindre ressurser avsatt også til oppgaver som renhold, vedlikehold, logistikk etc. OSS vil tilstrebe å bruke tilgjengelige ressurser bedre og prioritere bedre slik at viktige områder i minst mulig grad påvirkes vesentlig negativt.

Intern fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

Det har vært dialog med OSS-ledergruppe og klinikktilitsvalgte forut for fordeling av krav til resultatforbedring med tanke på å identifisere mulighet for ikke å fordele reduksjon i rammer flatt. Det ble forsøkt å identifisere «objektive kakestykker», dvs større områder OSS kunne slutte med for å redusere utfordringen som skulle fordeles. OSS har ikke identifisert slike områder og planlegger med en prosentuell flat fordeling av kostnadsreduksjonen.

2. Beskrivelse av tiltak

Tiltak innen eiendomsområdet går i stor grad ut på å redusere vedlikehold, service og tilsyn innen bygg og tekniske anlegg. Dette kan f.eks. innebære å redusere frekvens på service fra 2 ganger per år til 1 gang per år.

Innen medisinsk teknologi går også tiltak ut på å redusere service og vedlikehold, men

for medisinsk-teknisk utstyr så utarter dette seg annerledes enn det gjør for bygg. Det lar seg ikke gjøre å redusere frekvens på vedlikehold for medisinskteknisk utstyr som er i bruk. Dagens frekvens på service og vedlikehold for utstyr i bruk er på laveste nivå som er i henhold til lover og regler. For å kunne vesentlig redusere service- og vedlikeholdskostnader så må medisinsk teknisk utstyr tas ut av drift.

Innen renhold vil 3-4 pst innebære en reduksjon på rundt 15 årsverk.
Innen portør og transport vil 3-4 pst innebære en reduksjon på rundt 10 årsverk.
Innen administrative tjenester som er en arbeidsintensiv organisasjon vil 4 pst innebære behov for nedbemanning innen arbeidskontrakter, ressursstyring (GAT), regnskap, LIS, etc. Dette vil ha negativ påvirkning på blant annet styringsdata til og ressursbruk på sykehuset

Nøytral merverdiavgift innføres for helseforetakene 1.1.2017. Endelig regelverk foreligger ikke. OSS vil utforske hvilke muligheter som følger av ny ordning.

a. Risikovurdering - gjennomføring

Tiltakene lar seg i stor grad gjennomføre dersom risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø aksepteres.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Tiltakene i OSS vil påvirke pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø. OSS vil i størst mulig grad forsøke å begrense de negative konsensene. Vi oppsummerer likevel det vi opplever som de potensielt mest negative konsekvensene nedenfor til orientering:

Redusert vedlikehold av bygg og tekniske anlegg svekker isolert sett vår mulighet til å ta vare på våre eiendeler.. Det vil øke risiko for havari/sammenbrudd og nedetid og kan påvirke pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø negativt.

Redusert renhold bidrar ytterligere negativt til forfallet på våre eiendeler. Det påvirker også negativt med tanke på hygiene og infeksjoner. Dette kan påvirke pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø negativt.

Portørene smører maskineriet, og portørkapasitet påvirker pasientflyten i sykehuset. Ytterligere redusert portørkapasitet kan påvirke pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø negativt.

Nedbemanning innen flere administrative områder innen regnskap, LIS, GAT, arbeidskontrakter, etc. vil påvirke styringsdata og ressursbruk på sykehuset negativt. Som konsekvens vil omdømme kunne påvirkes negativt.

3. Medvirkning

Det har vært dialog med klinikktiltitsvalgte på hvordan ansatte skal involveres og sikres mulighet for medvirkning i budsjettprosessen. OSS har fulgt samme prosess som de siste årene.

Tabeller til budsjettdokument 2017	
1.	Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF
2.	Økonomiske forutsetninger
3.1	Aktivitetsmål for somatikk
3.2	Aktivitetsmål for aktivitet innen psykisk helsevern og TSB
4.	Resultatbudsjett - ØBAK-linjer
5.	Rammetildeling til klinikkene
6.	Bemanning
7.	Investeringsbudsjett

TABELL 1 - Inntektsramme	
Beløp i tusen kroner	
	Ramme mottatt fra Helse Sør-Øst 03.11.2016
Basisramme til drift og investering foregående år	12 526 463
Nye forhold inn mot 2017:	
Fra ØLP: Inntektsmodell- korrigeringer	-40 653
KBF: Tilbakelegging av uttrekk basis 2016	76 220
KBF: Uttrekk av bevilgning kvalitetsbasert finansiering 2016	-54 003
PET, omdisponering av 2016 tildeling	1 800
OUS, Nasjonale behandlingstjenester fra 2016, justering	4 275
Sum endring	-12 361
Basisramme 2017 før statsbudsjettet	12 514 102
Pris- og lønnsvekst	261 930
Andre endringer fra Prop 1S (2016-2017):	
0,5% uttrekk sfa avbyråkratiseringsreformen	-62 246
Økt basis sfa avbyråkratiseringsreformen	74 658
Reduserte pensjonskostnader	-663 709
Legemidler fra folketrygden i 2016, overført ISF	-25 480
Finansieringsansvar for nye legemidler 2017	31 751
Uttrekk Ø-hjelp sfa samh.reformen: Psykisk helsevern	-5 885
Uttrekk Ø-hjelp sfa samh.reformen: TSB	-1 516
KBF: Uttrekk basis til kvalitetsbasert finansiering 2017	-75 823
KBF: Ny bevilgning til kvalitetsbasert finansiering 2017 (post 71)	77 367
Midler til økt aktivitet	88 513
MVA- reform, uttrekk	-890 128
Egenandeler, komp. for manglende prisjustering	4 733
ISF: Psyk. helsevern - økt basis	14 018
ISF: TSB - økt basis	3 611
Mammografiprogrammet - kvalitetssikring	400
Ett institusjonsnummer	11 600
Redusert apotekavanse	-1 572
Dyre biologiske legemidler- ny oppgjørsordning	-594
OUS: Kompensasjon for aktivitet gjestepasienter	75 000
OUS: Økt kapasitet regional sikkerhetsavdeling psykisk helsevern RSA	13 649
OUS: Økte kostnader til skjerming RSA	2 155
OUS: Nasjonal beredskapsfunksjon legemidler, videreført tilskudd fra 2016	2 668
Avrunding (wmn 03.11.2016)	-2
Sum endring	-1 064 902
Basisramme 2017	11 449 200
Fra post 78, øremerket fra HOD	252 817
Strategiske midler, post 72 (Basisramme)	120 576
Sum forskning	373 393
Nasjonale kompetansetjenester for sjeldne diagnoser, post 78	80 087
Øvrige nasjonale kompetansetjenester, post 78	91 240
Sum nasjonale kompetansetjenester	171 327
Skadelig bruk av doping	4 400
Arbeidsmedisinske avdelinger*	5 130
Tilskudd til tumustjeneste	1 264
Kreftregistret	110 000
Behandlingsreiser til utlandet	125 057
Biobank CFS/ME	1 000
Særreaksjonsordning, dømte til behandling	1 600
Forsøksordning tannhelsetjenester i tverrfaglig miljø*	1 200
Narkolepsi hos barn (Nasjonalt forskningsprosjekt)	3 400
Virksomhetsoverdragelse	143 270
Mammografiprogrammet - kvalitetssikring	800
Sum statlige tilskudd	397 121
Sum faste inntekter 2017	12 413 541
ISF- refusjoner (221.989 DRG-poeng x (kr. 42.879,00 x 50%))	4 759 444
Avrunding	0
Sum ISF- refusjoner	4 759 444
Sum inntekter 2017	17 172 985

TABELL 2 - Økonomiske forutsetninger

Økonomiske forutsetninger 2017		
Enhetspris ISF 2017 (100% DRG, HSØ-skriv nr. 7)		kr 42.879
(Enhetsprisen vil bli redusert som følge av budsjettforliket på Stortinget)		
Refusjonssats ISF for aktivitet utført for pasienter fra HSØ		50 %
Enhetspris ISF 2017 for psykisk helsevern og TSB		kr 2.000
Refusjonssats ISF for psykisk helsevern og TSB		100 %
Tilleggsrefusjonssats ISF konserninternt gjestepasientoppgjør eksklusiv stråleterapi (innenfor Helse Sør-Øst RHF - utenfor Oslo sykehusområde)		30 %
Tilleggsrefusjonssats ISF konserninternt gjestepasientoppgjør, kun stråleterapi (innenfor Helse Sør-Øst RHF - utenfor Oslo sykehusområde)		50 %
Gjestepasientoppgjør fra andre helseregioner		80 %
Døgnpris utskrivningsklare pasienter		kr 4.622
Gjennomsnittlig lønns- og prisvekst (fra statsbudsjettet)		2,6 %
Herunder lønnsvekst		2,7 %
Herunder prisvekst andre kostnader		2,5 %
Konserninterne gjestepasientpriser voksenpsykiatri 2017:		
Kurdøgn / oppholdsdøgn (HSØ-skriv nr.6)		kr 6.516
Dagopphold og poliklinisk konsultasjon (HSØ-skriv nr.6)		kr 1.626
Konserninterne gjestepasientpriser TSB 2017:		
Avgiftning/utredning, tvang og dobbeltdiagnoseproblematikk (HSØ-skriv nr.6)		kr 7.838
Øvrig døgnbehandling (HSØ-skriv nr.6)		kr 3.918
Priser somatikk 2017:		
Kurdøgn / SSE Voksne		kr 9.410
Kurdøgn / SSE Voksne, psykisk utviklingshemmede		kr 11.188
Kurdøgn / SSE Barn		kr 10.789
Kurdøgn / Solbergtoppen Rehabilitering		kr 6.150
Kurdøgn / Geilomo barnesykehus		kr 4.986
PET-scanning		kr 14.373
Beregning av pensjonskostnad: (ref NRS)		
Diskonteringsrente		2,70 %
Lønnsvekst		2,50 %
G-regulering		2,25 %
Pensjonsregulering		1,48 %
Forventet avkastning		3,30 %
Renteforutsetninger: (HSØ-skriv nr.6)		
Driftskreditt		1,20 %
Bundne bankkonti (renteinntekt)		2,40 % - 1,40 %
Fordring på HSØ vedr. basisfordring		1,20 %
Langsiktige lån med flytende rente		1,20 %
Langsiktige lån med fast rente		1,03 % - 2,27 %

TABELL 3.1 - Aktivitetsmål for somatikk

Pasientbehandling	Budsjett 2016	Estimat 2016	ØLP 2017	Budsjett 2017
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	108 211	105 711	110 592	106 221
Antall liggedøgn - døgnbehandling	478 383	471 883	488 908	479 908
Antall dagbehandlinger	78 662	84 162	80 393	85 309
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	788 795	818 795	806 149	833 105

DRG-poeng	Budsjett 2016	Estimat 2016	ØLP 2017	Budsjett 2017
DRG-poeng for pasienter fra Helse Sør-Øst	216 968	215 366	221 739	221 989
DRG-poeng for pasienter fra andre regioner mv	16 048	16 648	16 048	16 068
DRG-poeng totalt	233 016	232 014	237 787	238 057
Merknad: Estimat 2016 er fra november 2016.				

TABELL 3.2 - Aktivitetsmål for aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Psykisk helsevern	Budsjett 2016	Estimat 2016	ØLP 2017	Budsjett 2017
--------------------------	----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

Psykisk helsevern for voksne (VOP)				
Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus				
Antall liggedøgn døgntbehandling	72 629	71 145	72 629	68 258
Antall utskrevne pasienter døgntbehandling	1 744	1 917	1 744	1 715
Antall oppholdsdager dagbehandling	0	0	0	0
Antall polikliniske konsultasjoner	94 988	101 756	97 742	104 790

Barne - og ungdomspsykiatri				
Antall liggedøgn døgntbehandling	5 394	5 166	5 394	5 394
Antall utskrevne pasienter - døgntbehandling	142	142	142	142
Antall oppholdsdager dagbehandling	3 796	3 111	3 796	3 108
Antall polikliniske konsultasjoner	46 365	45 153	47 710	46 731

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere (TSB)				
Antall liggedøgn døgntbehandling	24 361	26 187	24 361	25 552
Antall utskrevne pasienter - døgntbehandling	3 052	2 282	3 052	2 259
Antall oppholdsdager dagbehandling	0	0	0	0
Antall polikliniske konsultasjoner	21 278	22 272	21 895	22 824

Merknad: Estimat 2016 er fra november 2016.

TABELL 4 - Resultatbudsjett (ØBAK - grunnlag for rapportering)

Beløp i tusen kroner

Resultatbudsjett	Budsjett 2016	Estimat 2016 Rapportert pr. oktober 2016	ØLP 2017 (2016-priser)	Budsjett 2017	Kommentarer til endringer fra estimat 2016 til budsjett 2017
Basisramme	11 937 036	11 937 036	11 921 746	11 490 859	Iht tabell 1 - Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF.
Kvalitetsbasert finansiering	54 002	54 002	54 002	75 823	Iht tabell 1 - Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF.
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	3 740 243	3 714 957	3 822 528	3 887 007	50 % ISF-refusjon for pasienter fra regionen. Totalt 221.989 DRG-poeng, inkl budsjettet aktivitetsvekst fra 2016 og effekt av nye vektør 2017.
ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	771 113	764 801	788 077	796 582	
ISF-refusjon pasientadm biologiske legemidler	41 492	45 342	42 405	0	
ISF-refusjon pasientadm kreftlegemidler	12 267	6 312	12 537	75 855	
Utskrivningsklare pasienter	1 903	2 500	1 945	2 011	
Gjeste pasienter	624 367	624 367	638 103	633 397	Inntekter fra kommunen for utskrivningsklare pasienter basert på forventet nivå og pris for 2017.
Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	1 963 208	1 963 208	2 006 399	2 042 095	Inntekter fra aktivitet for pasienter fra andre regioner og fra foretak innen HSØ. For priser innen regionen se tabell 2 - økonomiske forutsetninger. Salg avstemt mot andre HF.
Polikliniske inntekter	701 891	701 891	719 438	749 241	Det er budsjettet med en vekst i 2017 særlig innenfor laboratorie/medisinsk genetik. Deler av inntektene budsjettet på denne linje gjelder forventede ISF-refusjoner psykisk helse / TSB.
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	55 271	55 271	56 487	60 068	Inntekter fra Raskere tilbake er budsjettet ut fra sendte søknader for 2017.
Andre øremerkede tilskudd	1 109 974	1 109 974	1 134 393	1 344 540	Tilskudd til forskn.prosjekter fra regionen, Kreftregisteret, Rettsmedisin, kjøp av behandling i utlandet mv
Andre driftsinntekter	886 672	1 171 007	906 386	1 037 582	Det er ikke budsjettet med gevinst fra salg av eiendom i 2017 (utgjør vel 130 mnok i esimat 2016).
Sum driftsinntekter	21 899 439	22 150 668	22 104 446	22 195 060	
Kjøp av offentlige helsetjenester	35 863	35 863	35 863	43 956	Endringen knyttet til forventet kjøp av helsetjenester fra kommuner og private i 2017.
Kjøp av private helsetjenester	254 632	314 632	254 632	352 103	Økningen fra estimat 2016 knyttes i hovedsak til forventet nivå for kjøp av behandling fra utlandet. Sum varekostnader er budsjettet med en reduksjon på vel 376 mnok fra estimat 2016. Korrigert for MVA- endring og Rettsmedisin er det en økning på 187 mnok (7 %). Dette skal dekke både økt aktivitet og prisjustering samt kostnader til legemidlersom overført fra folketrygden.
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 673 899	2 776 030	2 848 807	2 399 032	Det er budsjettet med en reduksjon i bruk av innleid helsepersonell.
Innleid arbeidskraft	160 560	195 560	126 288	157 099	Kjøp av helsetjenester fra andre helseforetak i regionen.
Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	67 918	67 918	67 918	65 795	Samlet endring skyldes budsjettet lønnsvekst (2,7 %) og tiltak innenfor lønnsområdet. I endringen inngår lønnskostnader knyttet til Rettsmedisinske fag som blir virksomhetsoverdratt fra Folkehelseinstituttet fra 1.1.2017 med 130 mnok.
Lønn til fast ansatte	10 128 552	10 178 552	10 042 065	10 691 314	Pensjon er budsjettet ut fra pensjonskassenes budsjettberegninger for 2016.
Overtid og ekstrahjelp	1 067 640	1 180 475	1 058 523	1 084 803	Budsjettet ut fra en forventning om noe redusert sykefravær.
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	2 242 565	2 242 565	2 186 440	2 194 866	Budsjettet ut fra en forventning om noe redusert sykefravær.
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-638 605	-718 605	-633 152	-673 628	Omfatter i hovedsak arbeidsgiveravgift, gruppevelforsikringer, opplæring mv.
Annen lønn	1 792 159	1 792 159	1 776 856	1 898 257	Budsjettete avskrivninger for eksisterende anlegg, anlegg under utførelse og planlagte investeringer.
Avskrivninger	884 000	884 000	867 744	874 200	Det er ikke budsjettet med nedskrivninger.
Nedskrivninger	0	17 000	0	0	mnok. Korrigert for MVA-endr. og rettsmedisin er det en økning i andre driftskostnader på 156 mnok (5 %).
Andre driftskostnader	3 007 061	2 976 324	3 213 397	2 865 111	
Sum driftskostnader	21 676 244	21 942 473	21 845 382	21 952 908	
Driftsresultat	223 195	208 195	259 064	242 152	
Finansinntekter	67 805	67 805	56 965	71 148	Omfatter utgang fra HSØ med renter, samt renter, mer på bankinnskott og besparelser på HSØ.
Finanskostnader	66 000	51 000	66 029	63 300	Omfatter rentekostnader på langsiktige lån overfor Helse Sør-Øst RHF, driftskreditt og finansiell leie.
Finansresultat	1 805	16 805	-9 064	7 848	
Ordinært resultat	225 000	225 000	250 000	250 000	

Merknad: Det vil bli endringer mellom ØBAK-linjene som følge av tekniske forhold knyttet til MVA-reformen, konsernavstemming, ny ISF-pris somatisk og ISF psykisk helse og TSB.

TABELL 5 - Rammetildeling til klinikkene

Beløp i tusen kroner

Klinikk 1)		Eksterne inntekter 2017			Utgiftsramme 2017			DRG-poeng 2017 2)		
		Ordinær drift	Øremerket	Totalt budsjett	Ordinær drift	Øremerket	Totalt budsjett	Ordinær drift	Øremerket	Totalt budsjett
PHA	Klinikk psykisk helse og avhengighet	278 419	71 368	349 787	1 983 711	71 368	2 055 079	0	0	0
MED	Medisinsk klinikk	41 868	78 182	120 050	1 184 862	78 182	1 263 044	27 193	0	27 193
HHA	Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	44 104	9 200	53 304	789 768	9 200	798 968	21 675	0	21 675
NVR	Nevroklinikken	286 921	36 404	323 325	947 936	36 404	984 340	26 619	0	26 619
OPK	Ortopedisk klinikk	63 185	17 017	80 202	622 169	17 017	639 186	21 250	0	21 250
BAR	Barne- og ungdomsklinikken	62 537	129 157	191 694	909 134	129 157	1 038 291	15 520	0	15 520
KVI	Kvinneklinikken	37 367	29 727	67 094	623 109	29 727	652 836	21 293	0	21 293
KIT	Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmed.og transpla	39 838	42 293	82 131	1 032 394	42 293	1 074 687	33 956	0	33 956
KRE	Kreftklinikken	54 893	261 473	316 366	1 481 971	261 473	1 743 444	32 538	0	32 538
HLK	Hjerte-, lunge- og karklinikken	13 049	46 500	59 549	1 129 566	46 500	1 176 066	31 182	0	31 182
AKU	Akuttklinikken	7 901	34 457	42 358	1 830 519	34 457	1 864 976	3 094	0	3 094
PRE	Prehospital klinikk	15 322	8 580	23 902	881 028	8 580	889 608	0	0	0
KLM	Klinikk for laboratoriemedisin	628 964	479 404	1 108 368	1 382 226	479 404	1 861 630	150	0	150
KRN	Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	176 777	13 599	190 376	852 518	13 599	866 117	0	0	0
OSS	Oslo sykehuservice	266 739	30 419	297 158	2 262 528	30 419	2 292 947	0	0	0
DST-1	Staben - Ordinær drift	75 385	146 460	221 845	386 931	146 460	533 391	0	0	0
DST-2	Staben - IKT	16 650	0	16 650	1 209 902	0	1 209 902	0	0	0
KRG	Kreftregisteret	0	179 458	179 458	0	179 458	179 458	0	0	0
FPO-1	Fellesposter u/finans 3) 4) 5)	18 471 443	0	18 471 443	828 938	0	828 938	2 050	0	2 050
FPO-2	Fellesposter, grupper, pol.kons.samme dag mv	0	0	0	0	0	0	1 537	0	1 537
Sum Klinikker mv		20 581 362	1 613 698	22 195 060	20 339 210	1 613 698	21 952 908	238 057	0	238 057

Noter:

- Budsjettene er basert på eksisterende organisasjonsstruktur. Endringer i denne vil medføre endringer i klinikkenes budsjetter.
- Antall DRG-poeng og den klinikkvise fordelingen av DRG-poeng vil kunne bli endret som følge av endringer i intern fordeling, nye DRG-vektorer / ny grupper mv.
- Inntektene på Fellesposter er i hovedsak Basisramme og DRG-inntekter.
- Utgiftene på Fellesposter er i hovedsak avsetning til lønnsoppgjør, pensjon (mye av pensjonskost.ligger hos klinikkene), overlegepermisjoner, pasientadministrerte legemidler (H-resept), gjestepasienter, avskrivninger og risikoavsetning mv
- Forventet kostnadsreduksjon knyttet til MVA-reformen er i sin helhet foreløpig plassert på fellesposter

TABELL 6 - Bemanning (årsverk)

Klinikk		Brutto årsverk 2016 1) 3)			Brutto årsverk 2017 1) 3)		
		Budsjett 2016	Faktisk i november 2016	Gjennomsnitt pr november 2016	Øremerkede midler	Ordinær drift	Budsjett 2017
PHA	Klinikk psykisk helse og avhengighet	2 216	2 250	2 231	58	2 250	2 308
MED	Medisinsk klinikk	1 306	1 373	1 361	75	1 247	1 322
HHA	Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	720	756	762	10	744	754
NVR	Nevroklinikken	863	932	913	38	850	888
OPK	Ortopedisk klinikk	566	611	623	13	589	602
BAR	Barn- og ungdomsklinikken	1 037	1 078	1 068	115	945	1 060
KVI	Kvinneklinikken	679	697	699	31	657	688
KIT	Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	1 015	1 064	1 052	49	967	1 016
KRE	Kreftklinikken	1 671	1 657	1 660	309	1 334	1 643
HLK	Hjerte-, lunge- og karklinikken	832	890	874	38	811	849
AKU	Akuttklinikken	1 697	1 777	1 791	27	1 749	1 776
PRE	Prehospital klinikk	762	776	780	9	776	786
KLM	Klinikk for laboratoriemedisin 2)	1 573	1 529	1 515	427	1 340	1 767
KRN	Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	740	779	774	9	776	785
OSS	Oslo sykehusservice	1 928	1 952	1 968	34	1 905	1 940
DST-1	Staben - Ordinær drift	217	221	226	44	163	207
DST-2	Staben - IKT	45	48	46		53	53
KRG	Kreftregisteret	174	163	161	173		173
FPO	Ufordelt	71	1	0			0
OUS Totalt		18 112	18 554	18 503	1 461	17 155	18 616

Noter:

1) Brutto månedsværk, inkl eksternt finansierte

2) Budsjetterte årsverk i 2017 inkluderer 217 årsverk knyttet til Rettsmedisinske fag

3) Tabellen over er ikke direkte sammenlignbar med klinikkvise tabeller i budsjettokumentets punkt 6 fordi denne tabellen også inneholder årsverk knyttet til øremerkede midler

TABELL 7 - Investeringsbudsjett

Investeringer (ekskl. byggelånsrenter)		Revidert budsjett 2016	Estimat 2016	Budsjett 2017
(Beløp i millioner kroner)				
Ordinære investeringer	MTU	272	241	467
	Bygg	89	74	235
	Annet	70	77	76
	Egenkapital pensjon	45	45	43
	IKT ¹⁾	25	28	38
	Ufordelt	0	0	30
	SUM	500	464	890
Øremerkede investeringer	MTU	0	81	8
	Bygg	0	0	0
	Annet	0	0	0
	IKT ¹⁾	0	0	0
	SUM	0	81	8
Fase 1 Omstilling	MTU	35	3	18
	Bygg	128	117	152
	Annet	0	0	0
	SUM	163	120	170
Fase 2 Tilsynsavvik og oppgraderinger	MTU	0	0	0
	Bygg	450	240	450
	Annet	0	0	0
	SUM	450	240	450
Investeringer Rettsmedisin	MTU	0	0	9
	IKT ¹⁾	0	0	0
	SUM	0	0	9
TOTALT	MTU	307	325	501
	Bygg	667	431	837
	Annet	70	77	76
	Egenkapital pensjon	45	45	43
	IKT ¹⁾	25	28	38
	Ufordelt	0	0	30
	SUM	1 113	906	1 526
Finansiert med	Ordinær likviditet	385	385	373
	Driftsresultat	95	1	350
	Fordring på HSØ RHF	0	0	0
	Lån	478	288	485
	Øremerkede tilskudd	0	81	8
	Finansiell leie	156	151	311
	SUM	1 113	906	1 526

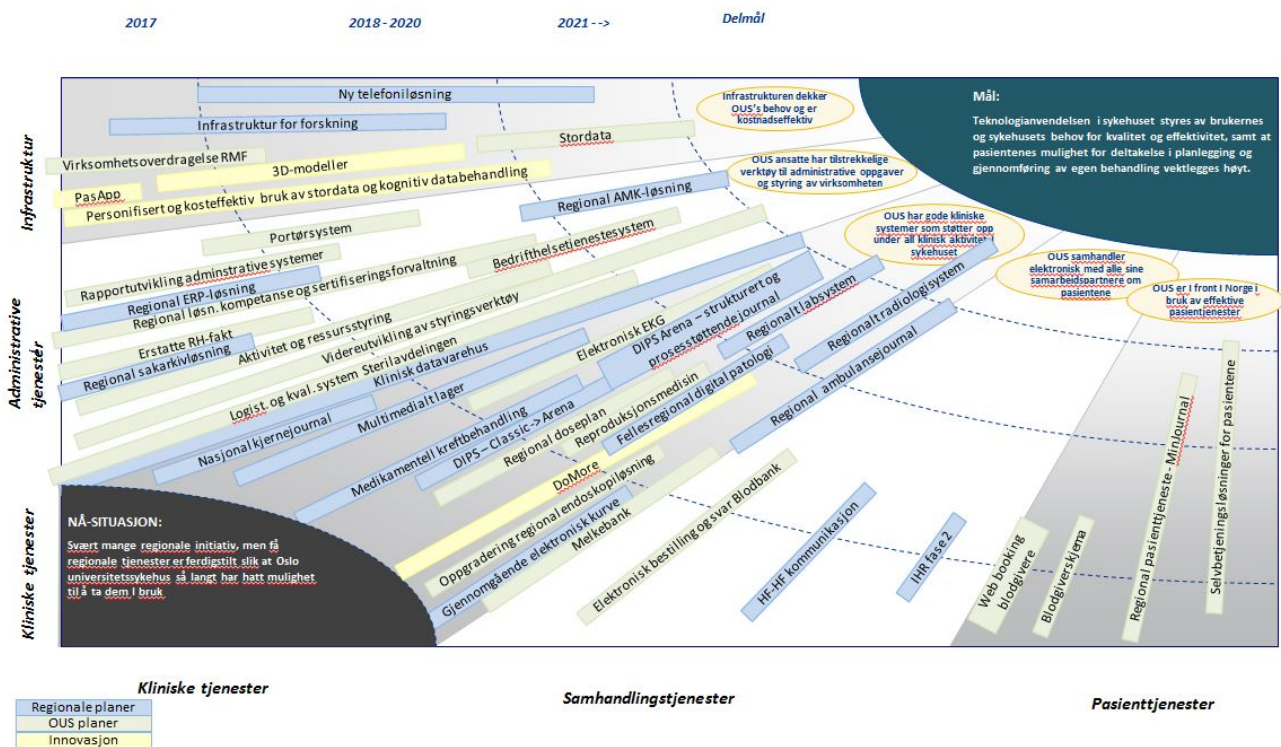
1) Investeringer i IKT regnskapsføres i Sykehuspartners regnskap.

Områdeplan IKT for OUS HF 2017-2021

Områdeplan for informasjons- og kommunikasjonsteknologi i

Oslo universitetssykehus HF

2017 - 2021



Navn	Rolle	Stilling	Dato
		Administrerende direktør	

**Områdeplan IKT for OUS HF
2017-2021****1. INNLEDNING/FORMÅL**

De neste 10 årene vil det være investeringer i, og riktig bruk av, teknologi, som utgjør de store forskjellene i helsesektoren. Teknologien vil gjennomsyre alt vi gjør og arbeider med innen pasientbehandling, forskning og undervisning, og vil fremstå som et grunnleggende premiss med tanke på kvalitet og effektivitet i arbeidet med å oppfylle sykehusets mandat. Derfor er det av avgjørende betydning at sykehuset har et avklart forhold til *hva, hvorfor, hvordan, og når* på teknologiområdet.

Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF for 2017 – 2021 viser hvordan bruk av, og investeringer i teknologi understøtter sykehuset visjon. I tillegg viser dokumentet sentrale drivere for teknologiutviklingen i perioden, samt konkrete planer og leveranser på teknologiområdet for 2017.

Områdeplan IKT skal brukes som underlag for plan- og budsjettprosesser (årlige budsjetter og økonomisk langtidsplan) i Oslo universitetssykehus. Den legger også grunnlag for kommunikasjonen med Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner HF rundt teknologibehov og planer, og hvilke implikasjoner dette har for Oslo universitetssykehus i perioden.

Prinsipper for prioritering av prosjekter

De prioriteringene som er gjort i arbeidet med denne planen, er i tråd med de regionale prinsipper for prioritering som ble vedtatt 21. august 2013 av Fornyingsstyret i Helse Sør-Øst. Det er lagt vekt på følgende forhold:

- Reduserte kostnader for sykehuset
- Ferdigstille pågående prosjekter.
- Effektivitet i sykehuset, og optimaliserte arbeidsprosesser
- Pasientmedvirkning
- Kvalitet i pasientbehandlingen
- Sikker og stabil drift
- Understøttelse av regionens målbilde
- Kvalitet i styringsinformasjon
- Understøtte forskning i sykehuset

««Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling».

**Områdeplan IKT for OUS HF
2017-2021**

2. OVERORDNET MÅLBILDE

Målbildet for teknologiområdet i Oslo universitetssykehus frem mot 2021¹:

Standardisering og beste praksis

I 2015 etablerte Oslo Universitetssykehus HF, på oppdrag fra HSØ, Regionalt senter for kliniske IKT løsninger (RSKI). Senteret skal være tverrfaglig, og ivareta et helhetlig perspektiv for kliniske arbeidsprosesser gjennom standardiserte IKT-løsninger, i samarbeid med helseforetakene (inkludert Sykehuspartner og Helse Sør-Øst RHF). Senteret har ansvar for de felles regionale løsningene som er overlevert til regional forvaltning, og for videre utvikling av disse. Omfanget kan utvides etter avtale med Helse Sør-Øst RHF.

Det er en målsetning at arbeidsprosessene i regionen standardiseres, med basis i beste praksis. Oslo universitetssykehus vil, i tråd med føringer fra RSKI, bidra til å utvikle og tilslutte oss de standardene som er etablert både regionalt og nasjonalt. Fremfor å ta i bruk enda et nytt system, vil vi prioritere gjenbruk av eksisterende løsninger.

Pasienttjenester

I 2021 deltar pasientene i egen behandling på en helt annen måte enn i dag. De har innsyn i egen journal, deltar i behandlingsvalg, setter dagsorden for oppfølgingen, gir tilbakemeldinger, kommuniserer og oppdaterer egne data. De utfører selvbetjenings oppgaver og deltar aktivt i e-konsultasjoner, både som forberedelse til, under, og i oppfølgingen etter behandling. Noen pasientforløp er gjort digitale. Blodgivere registrerer selv avtale for blodgivning via Webbooking, og blodgiverinformasjon på elektroniske spørreskjemaer før konsultasjonen. Nye pasienttjenester utvikles i samarbeid med andre regioner og Direktoratet for e-helse.

Pasientbehandling og teknologi

I 2021 har Oslo universitetssykehus en gjennomgående kurve i alle pasientbehandlernde avdelinger. Kurveløsningen håndterer store datamengder fra medisinskteknisk utstyr (MTU) og sensorer. All legemiddelhåndtering foregår her. Forordningene er generiske slik at legene får ferdige doseringsforslag og varsles ved medikamentallergier, eller uheldige medikamentkombinasjoner. OUS bruker lukket medikamentsløyfe, der nøkkelinformasjon skannes og overføres elektronisk til kurveløsningen. Arbeidet med doseveiledning basert på pasienters farmakogenetiske egenskaper er startet. Dette gir økt pasientsikkerhet og kvalitet, samtidig som det gir unike muligheter for gjennomføring av kvalitetsstudier og forskning.

I 2021 vil strukturert EPJ basert på DIPS Arena være innført, og tett integrert med kurvesystemet. Registreringsarbeidet er mer automatisert, og det er mindre behov for dobbeltregistreringer. Datakvaliteten øker, og Oslo universitetssykehus kan håndtere store datamengder både til primær- og sekundærbruk. IKT-løsningene støtter opp under enhetlig pasientbehandling basert på pakkeforløp

«Vårt felles verdigrunnlag er de nasjonale verdiene for helsetjenesten: Kvalitet, trygghet og respekt»

«Oslo universitetssykehus skal ta utgangspunkt i pasientenes perspektiv»

«Pasientene skal oppleve at vi samarbeider tett med andre i helsetjenestene»

**Områdeplan IKT for OUS HF
2017-2021**

og nasjonale retningslinjer. Utveksling av data til samarbeidende helseinstitusjoner og pasienter forenkles, fordi innholdet er mer standardisert. Dette bidrar til mer effektive pasientforløp. Tett samarbeid med DIPS ASA har gitt bedre støtte til det pasientadministrative arbeidet, som, sammen med gode arbeidsrutiner, har ført til færre fristbrudd. OUS oppfyller dermed kvalitetsindikatorerne beskrevet av prosjektet «Glemt av sykehuset».

Et felles multimedialt lager med stor kapasitet er innført, slik at det er enkelt å legge til bilder i journal, finne frem multimedia innhold av alle typer, redigere, merke innhold og håndtere veksten i datamengdene. God billedkvalitet som tillater sammenligning med tidligere undersøkelser bidrar til økt kvalitet i pasientbehandlingen og, i akutte tilfeller, til raskere oppstart av riktig behandling. Samtidig vil sikkerheten øke. Et slikt lager reduserer behovet for spesialistsystemer.

Klinisk datavarehus inneholder strukturerte data fra relevante kliniske systemer, som demografi, opphold, diagnoser/prosedyrer og kurve/medisineringsdata, laboratedata, patologi- og radiologidata med mer. Løsningen er skalert for å håndtere store datamengder. Uthenting av data til kvalitets- og forskningsregistre håndteres her, slik at produksjonsmiljøer som EPJ avlastes, og personvernet ivaretas. I tillegg gir klinisk datavarehus mulighet for beslutningsstøtte og analyse på tvers av alle data, for eksempel for smittevern og antibiotikabruk.

Frem mot 2021 skal sykehuset ha gjennomført prosjekter for utvikling og etablering av løsninger for klinisk beslutningsstøtte basert på stordata. Det er etablert et nasjonalt system for Prehospitaltjenester, med sammenhengende journal, beslutningsstøtte og flåtestyring av ambulanser og helikoptre. Økt samhandling og krav til høyere effektivitet medfører behov for bedre logistikk-løsninger, samt bedre løsninger for ledelsesinformasjon, planlegging og styring av virksomheten. Styringsverktøy er videreutviklet, og lederne kan fatte løpende operative og strategiske beslutninger på bakgrunn av akkumulert informasjon fra kliniske og administrative produksjonssystemer.

Oslo universitetssykehus har en infrastruktur som understøtter forskning gjennom tilgang til kliniske data (klinisk datavarehus), standardiserte registerløsninger (eReg og MedInsight), dokumentasjon og gjenfinning av biologisk materiale (biobank). Viktige verktøy er også elektronisk samtykkeløsning, lagring og håndtering av store datamengder, utprøving av ny teknologi i medisinsk bruk, samt strukturert, fleksibel og sikker deling av elektroniske ressurser mellom forskere og forskningsgrupper internt og eksternt.

**Områdeplan IKT for OUS HF
2017-2021***Utvikling av OUS - Muligheter gjennom god bruk av teknologi*

Det er vedtatt en plan for OUS som omfatter endring og utvikling av både bygningsmasse, arbeidsprosesser og teknologisk infrastruktur.

HSØ RHF uttrykker i styresak 053-2016 følgende:

Det må som del av konseptfasen gjøres en samlet vurdering innenfor IKT- og teknologiområdet, hvor også de økonomiske effekter av det regionale IKT-moderniseringsprogrammet inkluderes i vurderingene av investeringsprosjektene. Den samlede vurderingen må belyse hvordan gjennomføring av hvert enkelt prosjekt eventuelt utløser teknologikostnader innenfor både prosjektets egne kostnadsrammer, for regionens IKT satsning for øvrig og for helseforetaket i form av mottaksprosjekter.

Det er krevende å etablere koordinerte og realistiske planer for nye bygg. De må ta hensyn til samspillet mellom nye arbeidsprosesser, som vil være nødvendig å utarbeide for nye bygg, og nye (og etablerte) tekniske og systemmessige løsninger.

«Oslo universitetssykehus skal være et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon»

Gartner, et av de fremste analyseselskapene innenfor teknologiområdet, hevder følgende:

Healthcare providers are facing profound societal and industry changes that bring into question the continued dominance and viability of the in-person care delivery model. Healthcare [leaders] need to help their organizations more fully incorporate virtual care into the care delivery mix.

Behovet for kompetanse innen utvikling av organisasjoner har, i andre sammenlignbare programmer i HSØ, i betydelig grad vært forsøkt dekket ved ekstern innleie. Erfaringen så langt tilsier at det er uheldig å ikke ha en større andel av denne typen kompetanse i egen organisasjon. OUS vil legge betydelig vekt på å videreutvikle og etablere intern kompetanse på dette området. Det skal gjøres ved en større grad av samordning av dagens kompetanse på teknologiområdet, samt gjennom å vektlegge at rekrutteringsprosesser og kompetanseutvikling fremmer kompetanse innen organisasjonsutvikling der teknologianvendelse er et vesentlig virkemiddel.

Regionale sentre og oppdrag

Oslo universitetssykehus HF er tildelt flere oppdrag fra regionen om å opprette og drifte regionale sentre. Regionalt servicemiljø for nasjonale kvalitetsregistre er etablert ved Oslo universitetssykehus, og understøtter nasjonale registre basert på nasjonale standardplattformer (eReg og MRS).

Servicemiljøet for Helse Sør-Øst tilbyr:

- Bistand til fagmiljøer i forbindelse med etablering av nye registre
- Bistand i søknadsprosessen om nasjonal status og finansiering
- Rådgivning til eksisterende registre
- Veiledning i valg av nasjonale IKT-løsninger
- Bistand knyttet til valg av analysemetoder, rapportering og utarbeidelse av årsrapporter
- Bistand ved bruk av kvalitetsregistrene i kvalitetsforbedringsarbeid

**Områdeplan IKT for OUS HF
2017-2021**

Kvalitetsregistre er nyttig for å forbedre pasientbehandling og effektivisere bruk av ressurser, gjennom kontinuerlig monitorering av helsetrender. I tillegg kan data fra kvalitetsregistre benyttes til forskning.

For Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger vil arbeidet med utvikling av arketyper² og standardisering av kliniske arbeidsprosesser være en sentral oppgave. Samarbeidet med regionens fagmiljøer vil bidra til et helhetlig perspektiv på tvers av de enkelte løsninger, og gjør det mulig å hente ut gevinster. Innen feltet digitale pasienttjenester vil senteret være en spyspiss. Oslo universitetssykehus arbeider med å effektivisere og kvalitetssikre arbeidsprosesser, med fokus på regionale og nasjonale kvalitetsindikatorer. I dette ligger også arbeid med tilrettelegging av PAS/EPJ. I tillegg arbeides det for regional forvaltning av mobile enheter (MDM - Mobile Device Management), hvor senteret (RSKI) vil ha en sentral rolle. For å sikre at forvaltningen er operativ ved overleveringer av aktuelle pågående prosjekter i RKL, må det være et nært samarbeid mellom RSKI og programledelsen i RKL. Fra 2017 og 2018 vil dette, i tillegg til DIPS, Partus og Digitale innbyggertjenester (MinJournal), gjelde regional kurve, radiologi og lab. Det forutsetter en utvidelse av dagens oppdrag gitt fra HSØ RHF. I tråd med føringer fra eier, skal også flere sentre knyttet til bruk av ny teknologi etableres.

«Oslo universitetssykehus skal være en god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør»

Gevinstrealisering

I langtidsplanperioden er det forutsatt et resultat med overskudd i 2017 på 250 millioner kroner, 300 millioner kroner i 2018, 350 millioner kroner i 2019 og 400 millioner kroner i 2020. Et betydelig bidrag til dette skal realiseres gjennom effektivisering ved å ta i bruk digitale verktøy på nye områder, samt å forbedre utnyttelsesgraden i eksisterende systemer.

3. RAMMEFAKTORER

I perioden frem mot 2021 vil flere forhold påvirke behovet for, og prioriteringene innen, teknologi og IKT ved Oslo universitetssykehus. Føringer fra det politiske miljø, eierstyring, eksisterende strategier på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, samt endringer innen medisin og teknologi er rammefaktorer vi må ta hensyn til.

3.1 Eierstyring og lovverk

Helse Sør-Øst forutsetter at lokale områdeplaner for IKT skal bygge på vedtatt regional "IKT strategi og Gjennomføringsplan", slik at planverkene henger sammen. I den regionale IKT-strategien legges det vekt på regional standardisering, samt, over tid, nasjonale standarder og løsninger. Dette skal bidra til å realisere Helse Sør-Østs overordnede strategiske mål innenfor rammene i økonomisk langtidsplan. I den grad nye systemer kan etableres på

2

Nasjonalt pågår det et løp for å definere kliniske informasjonsmodeller. Metoden som er valgt er å definere arketyper, som er modeller av kliniske konsepter. Kodeverk som f.eks. ICD10 eller SNOMED CT kan brukes sammen med slike informasjonsmodeller.

**Områdeplan IKT for OUS HF
2017-2021**

regionalt og eventuelt nasjonalt nivå, skal Oslo universitetssykehus understøtte dette. For de områdene hvor Oslo universitetssykehus har oppgaver som krever spesielle systemer, eller der vi er alene om å utføre oppgaven (regions- eller landsfunksjon), skal sykehuset ta høyde for dette og ha kompetanse på området.

Det er spesielt fem områder som representerer betydelige utfordringer for OUS, knyttet til regional strategi på teknologiområdet:

- 1) Arbeidet med å etablere regional løsning for radiologiområdet ligger bak plan, og det er vesentlige utfordringer knyttet til den løsningen som er valgt. Konsekvensen for OUS er at vi fortsatt må basere oss på å drive radiologiområdet med en uhensiktsmessig portefølje av systemer frem mot 2020. I påvente av et regionalt radiologisystem som dekker de behovene OUS har, er det gitt begrensede muligheter for å gjøre en lokal konsolidering mot ett hovedsystem for radiologiområdet i sykehuset.
- 2) Mange av de samme utfordringene som vi ser innenfor radiologiområdet, er også gjeldende for laboratorieområdet. Å få på plass en felles løsning i regional regi, har vist seg mer utfordrende enn antatt ved oppstart av dette prosjektet. Igjen er konsekvensen i OUS å måtte jobbe med å vedlikeholde en uhensiktsmessig portefølje av systemer.
- 3) Stråleterapiområdet, og mer spesifikt et system for doseplanlegging, er, slik OUS ser det, hensiktsmessig å håndtere på et regionalt nivå da dette er vedtatt breddet fra i dag 3 HF til etter hvert 7. I dagens regionale planverk er ikke dette et prioritert område. Dagens system på OUS Radiumhospitalet er utdatert og OUS må oppgradere. Hvis ikke dette gjøres regionalt nå, vil en senere regional standardisering ytterligere vanskeliggjøres. Dessuten vil en stor andel av de lokale investeringsmidler i OUS måtte prioriteres inn mot dette området. Det reduserer vår evne til å prioritere de små lokale, men viktige, prosjektene, som gjør hverdagen enklere ute i klinikken.
- 4) Arbeidet med digitale innbyggertjenester har vært et satsningsområde for OUS over flere år. Satsningen har resultert i MinJournal, som i dag leverer en rekke tjenester ut til våre pasienter. Løsningen benyttes også av flere andre sykehus i regionen. For fremtiden er det besluttet at Helsenorge.no skal være plattformen for pasienttjenester. OUS stiller seg fullt ut bak denne beslutningen, men ser at det er langt frem til at nivået på pasienttjenestene vi leverer i dag også kan leveres nasjonalt. Det er derfor viktig at MinJournal driftes og forvaltes på en god måte, frem til Helsenorge.no fremstår som et tilnærmet like godt tjenestetilbud for våre pasienter.
- 5) Oslo universitetssykehus har en omfattende aktivitet innen forskning og innovasjon, men forskningen har ikke tilstrekkelig IKT støtte. Forskernett, som ble etablert på OUS i 2006, har ikke blitt driftet og oppgradert i tråd med beste praksis i påvente av en ny regional løsning. OUS målsetting var at etablering av en nytt forskernett burde ses i sammenheng med Infrastrukturmodernisering (IMP) uten at det har blitt prioritert. Det er derfor viktig at det nye prosjektet for å etablere ny

Områdeplan IKT for OUS HF 2017-2021

teknisk driftsleverandør (iMod) prioriterer dette høyt slik at forskningens behov kan ivaretas.

Det er en helsepolitisk målsetning at pasienter må få mer makt, og i større grad ansvarliggjøres i egen helse- og behandlingsoppfølging (St.meld 9 og 10 (2012-2013)).

1.1-2016 ble direktoratet for e-helse etablert med følgende formål:

- Å sørge for nasjonal styring og koordinering i samarbeid med helseforetak, kommuner, fagmiljøer og interesseorganisasjoner
- Å realisere og forvalte digitale løsninger som forbedrer og forenkler helse- og omsorgssektoren

Som nasjonal myndighet og fagorgan, har direktoratet blant annet ansvaret for å

- Iverksette politikk på e-helseområdet
- Sørge for at nasjonale styringsmodeller fungerer
- Utarbeide og følge opp nasjonale handlingsplaner for e-helse
- Etablere standarder og normer

I flere år har det vært arbeidet med å tilpasse lovverket for behandling av pasientopplysninger til dagens digitale hverdag, for dermed å kunne ta i bruk mulighetene som digitalisering gir, og samtidig ivareta personvernet.

3.2 Langtidsplanen for Oslo universitetssykehus

Langtidsplanen for Oslo universitetssykehus (Fremtidens OUS) peker på en rekke områder der teknologi er en vesentlig faktor for suksess. Økt bruk av telemedisin og nye, interaktive e-helseløsninger. Frammøte til kontroll som erstattes av elektronisk kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, og pasientens perspektiv vil bli stadig viktigere. Det forventes effekter av gjennomgående nye IKT-løsninger, som gir enkel og sikker tilgang til nødvendige opplysninger knyttet til det aktuelle pasientforløp. Informasjonen skal være tilgjengelig uavhengig av hvor i landet pasienten blir syk, eller på hvilket nivå i helsetjenesten han eller hun blir utredet og behandlet.

I fremtidens OUS vil nye forskningsresultater og ny klinisk kunnskap bli omsatt og integrert som en del av medisinsk praksis. Det vil bli gjennomført kliniske behandlingsstudier, både i hvert HF og på tvers av helseforetak. Det betyr å ta i bruk ny teknologi, drive aktiv kunnskapsoverføring og dele erfaringer nasjonalt. Sykehuset kan utvikle et "laboratorium" for uttesting og kunnskapsdeling på tvers av fagområder, tjenestenivåer og yrkesgrupper, og i samspill med næringslivet.

3.3 konvergens mot et samlet teknologiperspektiv innenfor helse

Befolkningsutviklingen endrer seg både med tanke på alderssammensetning og demografi, og den kommende mangelen på helsearbeidere vil føre til et behov for å digitalisere helsetjenester på alle nivåer. Stor befolkningsvekst og krav til

Områdeplan IKT for OUS HF 2017-2021

effektivisering, sammen med bruk ny teknologi, fører til en forskyvning av pasientene til lettere omsorgsnivåer: Fra innleggelse til dagbehandling, fra dagbehandling til poliklinikk og fra poliklinikk til fjernbehandling (behandling av pasienten i primærhelsetjenesten, kommunehelsetjenesten eller i hjemmet, med kommunikasjon mot spesialist i sykehuset). Eksempler på dette kan være cytotatika i sensorer som måler fysiologiske eller biokjemiske parametre, eller screeninger i form av piller som sender signaler/data til sykehusets fagsystemer via apper på mobiltelefonen og i MinJournal.

Dette krever samhandling og samarbeid innad i organisasjonen, og mellom ulike helseaktører, på et helt annet nivå enn i dag. I takt med at grensen mellom ulike typer teknologi endrer seg, stilles det krav om at teknologien henger sammen og er integrert.

3.4 Sikkerhetstrender frem mot 2021

Utviklingen i trussel- og sårbarhetsbildet for teknologi og infrastruktur viser at antall avanserte angrep følger en oppadgående kurve. I det illegale markedet for handel med identitet, og informasjon knyttet til dette, er det en økende interesse for helseopplysninger. Vi kan forvente at sykehusets informasjonssystemer i stadig større grad vil bli utsatt for forsøk på inntrengning og uthenting av opplysninger. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) påpeker i "Nasjonalt risikobilde 2015" at bortfall av IKT-tjenester er en av hendelsene med størst konsekvenser for samfunnet. Den omfattende digitaliseringen av utstyr og arbeidsprosesser, kombinert med en formidabel vekst av antall enheter knyttet sammen i datanettet, gjør at både muligheten for avanserte angrep, og sårbarheten ved bortfall av IKT-tjenester, er tiltakende. Gode beskyttelsesmekanismer må vurderes og implementeres fortløpende.

3.5 Utvikling i medisin

De siste tiårene har gitt en betydelig utvikling innen medisinsk teknologi, som har åpnet for nye metoder innen diagnostikk og behandling. Bruken av bildediagnostikk og bildeveiledet behandling fører til mer bruk av minimalt invasive prosedyrer, som erstatning for større operative inngrep. For tradisjonelle modaliteter som MR, CT og PET/CT vil datamengden per undersøkelse bli større med økende romoppløsning, større anatomisk dekning og flere 3D-opptak. Hybridteknologi som PET/CT, PET/MR øker i omfang, og får større utbredelse. Utveksling av bilder og annen pasientrettet informasjon (radiologi/nukleærmedisin, endoskopi, patologi, labdata osv osv) vil øke. Fremskrittene innen bioteknologi og medisinsk genetikk materialiserer seg i form av nye diagnostiske undersøkelser og behandlingsmetoder. Genetisk farmakologi gjør persontilpasset behandling mulig, og nanoteknologi vil gi nye muligheter for bruk av implantater og trådløse biosensorer in vivo.

Utviklingen fører til en økning i datamengdene som genereres og prosesseres i helseforetaket, og det forventes en stigning med faktor på 1000 i forhold til dagens datamengde. Dette stiller store krav til IKT-systemene og infrastrukturen (nettverk, servere og lagringsløsninger). Slike datamengder er menneskelig umulig å navigere i, og krever en overgang fra ustrukturert til strukturert journal med mulighet for beslutningsstøtte.

**Områdeplan IKT for OUS HF
2017-2021**

Flere av disse trendene utløser behov for en IKT infrastruktur som krever kompetanse som i dag ikke er tilgjengelig, verken på Oslo universitetssykehus, i Helse Sør-Øst eller nasjonalt innenfor helseområdet. Det er spesielt behovene for kompetanse innen tungregning og tunglagring som peker seg ut. Et videre samarbeid med Universitetet i Oslo vil være viktig på dette området.

3.6 Utvikling i teknologi

Løsninger som tidligere var forbeholdt store datasentre med supercomputere er nå tilgjengelig som en app på smarttelefon eller som webtjenester på internett. Små datamaskiner er innebygd i alle mulige slags forbruksartikler. Medisinsk teknisk utstyr leveres nå med innebygde datamaskiner i alt fra infusjonspumper til røntgenapparater. Innbyggere vil ha en forventning om at helsetjenesten kan ta imot og behandle de helsedata som de sender inn. utfordringen for klinikerne vil være å skille mellom relevant og irrelevant informasjon. Krav til dataenes integritet og kvalitet vil også bidra til å innskjerpe kravene til god registreringspraksis, og god bruk av eksisterende løsninger. De følgende avsnittene gjennomgår de elementer som ventes å prege den teknologiske utviklingen i de kommende år.

Tingenes internett

Den teknologiske utviklingen med utstyr med innebygde datamaskiner gjør det etter hvert mulig å koble alt utstyr i nett. I følge konsulentselskapet Gartners analyser, vil over 20 milliarder utstyrsenheter være koblet på nett i 2020. Denne utviklingen vil berøre alle typer utstyr, fra kontor- og byggteknisk til medisinsk teknisk utstyr.

Alt kan digitaliseres

Digitalisering av alt utstyr vil i sin tur gjøre det mulig å digitalisere store deler av de arbeidsprosessene som benytter dette utstyret, og som i dag i stor grad utføres manuelt. Det blir for eksempel ikke nødvendig å manuelt avlese pasientmonitører eller analyseapparater, for så å føre dette inn i kurven. I stedet blir signalene automatisk sendt fra utstyret til kurvesystemet.

Lærende systemer

Økt digitalisering av både utstyr og prosesser, fører til et behov for å utvikle nye algoritmer for å håndtere de store datamengdene. Her vil systemer som er selvlærende kunne gi bedre beslutningsstøtte for brukerne. Eksempler her er systemer for mønstergjenkjenning i bilder, og analyse av tekst.

Skytjenester

Skytjenester (engelsk: cloud computing) er betegnelsen på en IT-infrastruktur, hvor store grupper av servere er koblet sammen i nettverk for å tillate sentralisert datalagring og elektronisk tilgang til datatjenester. Det finnes ulike modeller for tjenesteleveranser via skyen, fra enkle apper på smarttelefoner til hele datarom (Infrastructure as a Service (IaaS) og Platform as a Service (PaaS)). Ideen er at bedrifter eller personer skal kunne benytte seg av avanserte IKT-løsninger uten å måtte investere i all nødvendig maskinvare og programvare, men leie det som en tjeneste. Denne teknologien kommer til å gjøre seg gjeldende også i helsesektoren. IT-funksjonen vil i stor grad gå fra å være en produsent av produksjonsmidler til en konsument av tjenester. Den norske

Områdeplan IKT for OUS HF 2017-2021

personvernlovgivningen vil gi utfordringer for framveksten av offentlige skytjenester, men det vil med stor grad av sikkerhet utvikles private (les: lukkede og sikre) løsninger.

Stordata

Big data er et begrep for enhver samling av data som er så stor og kompleks, at det blir vanskelig å behandle den ved hjelp av tradisjonelle metoder. Den store veksten i data som produseres har ført til behov for ny teknologi for analyse, fangst, søk, deling, lagring, overføring og visualisering. Formålet er å lage IKT-baserte verktøy slik at sammenhenger kan bli funnet i datamengdene for å oppdage trender, forebygge sykdommer, bekjempe kriminalitet (eksempelvis kompromittering av sensitive helseopplysninger) og så videre.

Mobilitet

Fremtidens helsemedarbeidere, pasienter og publikum vil forvente tilgang til IKT-tjenester uavhengig av tid og sted. Denne utviklingen er allerede til stede gjennom stadig større tilbud av tjenester for mobile enheter (smarttelefoner og nettbrett) innenfor alle deler av samfunnet, også helsesektoren. Det er allerede mulig å kjøpe sensorer for måling av ulike biokjemiske og fysiologiske parametre som enkelt kan knyttes til mobiltelefonen. Samtidig fører dette til behov for sikre løsninger som både helsepersonell og publikum kan ha tillit til.

Sosiale medier

Helserelaterte emner er blant de hyppigste søkene i Google. En utfordring for både helsepersonell, pasienter og pårørende, er å finne medier som har kvalitetssikret og pålitelig informasjon. Det vil i årene framover bli en betydelig etterspørsel etter medier som kan garantere pålitelig informasjon. For Oslo universitetssykehus, er MinJournal et stort skritt videre når det gjelder tilstedeværelse på internett, og gir pasient direkte tilgang til egne helseopplysninger, og tjenester som gjør det mulig å ha en aktiv medvirkning i egen behandling.

3.7 Sykehuspartner som felles tjenesteleverandør

Helse Sør-Øst RHF har i dag en tilnærming hvor helseregionen i hovedsak eier, opererer og forvalter sin IKT-infrastruktur og sine IKT-tjenester i egen regi gjennom Sykehuspartner. Sykehuspartners leveransekapasitet har satt klare rammer for hvilken utvikling det har vært mulig å oppnå innenfor teknologiområdet. Etter å ha vurdert ulike alternativer, fant Helse Sør-Øst RHF det riktig å etablere et eksternt partnerskap med en leverandør innen modernisering og drift av IKT-infrastruktur. Dette innebærer kjøp av infrastruktur-tjenester, der leverandøren vil ta ansvar for drift, kontinuerlig vedlikehold og modernisering til en samordnet og standardisert IKT-infrastruktur. Med dette som utgangspunkt må vi frem mot 2021 forvente at Sykehuspartner vil endre fokus fra å være en tjenesteprodusent til å bli en tjenesteleverandør.

Etableringen av dette partnerskapet har resultert i et uttalt mål for Sykehuspartner om å bli mer sykehus-nær i sin virksomhetsprofil og kompetanse. Det påhviler OUS et betydelig ansvar i forhold til å hjelpe Sykehuspartner med å realisere denne målsetningen, gjennom en god og

Områdeplan IKT for OUS HF 2017-2021

konstruktiv dialog omkring det å bygge industrialiserte og standardiserte tjenester som støtter sykehuset i å levere på sitt oppdrag.

4. RESULTATER FREM MOT 2021

For å realisere målbildet vil det i neste femårsperiode være nødvendig med en betydelig mengde aktivitet både i form av regionale og lokale prosjekter. I tillegg vil nye, mindre behov i klinikkene, som understøtter målbildet, eller som bidrar til redusert risiko knyttet til stabil og sikker drift, prioriteres ved inngangen av hvert år.

Medisinske kvalitetsregistre er viktige verktøy for oppfølging av kvalitetsmål og kvalitetsindikatorer. Dette gjelder både tilgang til styrende dokumenter, løsninger for håndtering av avvik og oppfølging av tiltak. Kvalitetsløsningene må gjøre det enklere å dele kunnskap mellom avdelinger og klinikker, samt ta i bruk internasjonale og nasjonale kodeverk for diagnoser, prosedyrekoder og legemidler. Sikker vareflyt for medisinske forbruksvarer må sørge for at de riktige produktene leveres på rett sted til avtalt tid. Dette håndteres ved å videreutvikle eksisterende løsninger og prosesser.

Økt kvalitet i styringsinformasjonen oppnås ved systematisk forbedring av styringsverktøyene. Utvikling av gode indikatorer skal gjøre det mulig for ledere på ulike nivåer i virksomheten å gjennomføre styring på både taktisk og strategisk nivå. En annen forutsetning for å øke kvaliteten i styringsinformasjonen, er at kvaliteten på grunndata og kodeverk er så god at dataene i løsningene representerer det som faktisk skjer i virksomheten. Dette løses ved å arbeide videre med forvaltningsløsninger for organisasjonsstruktur og andre typer kodeverk, samt ved å ha fokus på hvordan løsningene faktisk brukes og hvordan bruken kan forbedres.

4.1 Klinisk område

De store prosjektene med foreslått tidsplan i tråd med regionale planer vises nedenfor.

Område	2017	2018	2019	2020	2021
Klinisk datavarehus					
Strukturert og prosesstøttende journal					
Gjennomgående kurve					
Multimedialt lager					
Infrastruktur for forskning					
Felles lab.system inkl. digital patologi					
Felles radiologisystem					
Pasienttjenester					
Prehospitaltjenester					

4.2 Administrativt område

For å realisere målbildet, vil det i neste femårsperiode være nødvendig med omfattende aktivitet innen det administrative området, vist i tabellen under:

**Områdeplan IKT for OUS HF
2017-2021**

Område	2017	2018	2019	2020	2021
Kvalitetsløsninger					
Kvalitetsindikatorer					
Forbedring av styringsverktøy					
Automatisering av prosesser					
Forvaltning av kodeverk					
Bedre bruk av eksisterende løsninger					
Regional ERP-løsning					

4.3 Forskning og innovasjon

Helse Sør-Øst har etablert et eget program med fokus på IKT for forskning. Oslo universitetssykehus vil spille inn forslag til prosjekter som vil understøtte den omfattende forskningsvirksomheten.

Sykehuset trenger erfaring med ulike måter å understøtte arbeidsprosesser som involverer pasienten direkte. Pasientene forventer å kunne ha en dialog med sykehuset via sikre elektroniske løsninger. Dette betyr det må utvikles løsninger i MinJournal for innovasjon og utprøving, før en eventuell bredding til nasjonale tjenester i helsenorge.no kan gjennomføres. Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger vil være en sentral bidragsyter i dette arbeidet, i det Helse Sør-Øst RHF ønsker å videreføre kompetansen og erfaringene i miljøet rundt MinJournal i et nasjonalt perspektiv. Opparbeidet kompetanse på digitale pasienttjenester skal benyttes til å øke kvaliteten på den nasjonale løsningen og øke takten på ibruktakelse i Helse Sør-Øst.

4.4 Infrastruktur

For å sikre at Oslo universitetssykehus har en teknologisk plattform som kan understøtte den utviklingen og trendene som er identifisert, må det fremdeles gjennomføres store løft i perioden frem til 2021.

Når den planlagte aktiviteten for 2016 er gjennomført, vil Oslo universitetssykehus ha en oppgradert og moderne teknologisk plattform, som kan tilby mulighet for mobilitet i klinikken. Den nye infrastrukturen vil være vesentlig lettere å holde oppgradert og forsvarlig over tid, og gjør sykehuset i stand til å håndtere nye krav og tjenester innen administrative, medisinske og diagnostiske tjenester.

Neste versjon av operativsystem på klientsiden (Windows 10) skal etter planen bli tatt i bruk på sykehuset i løpet av 2017. I tillegg vil det bli startet opp, og gjennomført, prosjekter innen neste generasjons nettverk (IPv6), tilpasning til nye telefoniløsninger og implementering av nye sikkerhetsløsninger.

I løpet av planperioden vil det gjennomføres et prosjekt for å implementere tungregne- og tunglagringskapasitet for brukerne på Oslo universitetssykehus. Et spesielt fokus på infrastruktur for forskning er viktig for å sikre at den store forskningsvirksomheten ved sykehuset understøttes.

**Områdeplan IKT for OUS HF
2017-2021**

Det er viktig å merke seg at behovene innen strøm og kjøling øker etter som kravene til IKT infrastruktur øker. Dette vil fremover stille krav til at eiendomsinvesteringer, for å sikre at behovet blir prioritert. Uten en slik prioritering, vil det ikke være mulig å levere den IKT infrastrukturen fremtidig medisinsk og diagnostisk virksomhet krever.

5. SAMLET OVERSIKT OVER ØKONOMISKE KONSEKVENSER

I perioden frem til 2021 vil det avhengig av ambisjonsnivå være behov for ytterligere investeringer i størrelsesorden 400 til 800 millioner i IKT infrastruktur. Den største enkeltfaktoren som påvirker dette investeringsbehovet er behovet for tungregning og tilhørende lagring.

Tabellene under oppsummerer de viktigste økonomitall for IKT området for 2017.

5.1 Bruk av lokale investeringsmidler i 2017

Prosjektområder	Investeringsmidler 2017
Prosjekter innenfor området klinisk, forskningsstøtte og samhandling	17 325 000
Prosjekter innenfor området lab og radiologi med forskningsstøtte og samhandling	8 325 000
Prosjektområde administrative tjenester og LIS	2 950 000
Nødvendige tjenesteendringer (driftsendringer)	9 400 000
Sum investeringer i lokale finansierte prosjekter	38 000 000

5.2 Bruk av lokale driftsmidler i 2017

Driftsbudsjett til prosjekter, lokale prosjekter og regional andel regionale prosjekter	23 350 000
Driftsbudsjett OUS Stab IKT	56 679 000
Total driftskostnad til Sykehuspartner IKT	1 112 971 000
Sum investeringer i lokale finansierte prosjekter	1 193 000 000

Tallene under viser til investeringstakten i de regionalt finansierte prosjektene og er av en foreløpig karakter basert på tall fra programmene i digital fornying og vurderinger gjort av IKT stab i Oslo universitetssykehus.

**Områdeplan IKT for OUS HF
2017-2021****5.3 Estimert bruk av investeringsmidler i 2017 – 2021 (Tall i MNOK)**

	2017	2018	2019	2020
Lokale investeringer	35	35	35	35
Regionale investeringer	450	440	430	300
Totalt IKT investeringer OUS	485	475	465	335

IKT langtidsbudsjettet er i stor grad en videreføring av budsjettet fra 2016

Behovene innen persontilpasset medisin vil øke, og med det behovene for tungregning og lagring av svært store datamengder, som også innebærer en kostnad på investeringssiden. IKT-langtidsbudsjettet har usikkerhet knyttet til omfang og fremdrift av regionaliseringen av IKT-løsningene og usikkerhet knyttet til hastighet og volum på persontilpasset medisin. I tallene over er det ikke tatt høyde for at volum på persontilpasset medisin øker eksponentielt innenfor denne planperioden.

5.4 Estimert bruk av lokale driftsmidler i 2017 – 2021 (Tall i MNOK)

	2017	2018	2019	2020
Driftsbudsjett til prosjekter	25	50	50	50
Total driftskostnad IKT, utenom prosjekt	1168	1215	1301	1347
Totalt IKT investeringer OUS	1193	1265	1351	1397

**Områdeplan IKT for OUS HF
2017-2021**

6. RISIKOBILDE

1. Kortsiktig risikobilde

Risiko	Konsekvens	Tiltak
Manglende leveranseevne hos tjenesteleverandør (Sykehuspartner (SP))	Påvirker leveranseevnen til det enkelte prosjekt Påvirker leveranseevnen og kvaliteten på daglig drift Hindrer utvikling, effektiv drift og kvalitetsforbedringer Kostnadsdrivende	SP deltar på foranalyser SP kundeansvarlig involveres i planlegging av hvordan leveransekapasiteten kan sikres SP oppfordres til virksomhetsnær forvaltning SP oppfordres til å skalere aktivitet etter oppgavens størrelse og kompleksitet
Manglende økonomiske ressurser	Stanser pågående og planlagte prosjekter (midlertidig eller permanent) Regionale anskaffelser gjøres ikke og prosjekter som er avhengige av anskaffelsen kan ikke ferdigstilles. Hindrer mulighet for effektivisering og etablering av mer kostnadseffektiv drift	Sikre realistiske planer og nyttige leveranser også om omfanget må nedskaleres og forankre dette hos prosjektets eier Sikre helhetlig og langsiktig planlegging
Avhengigheter til løsning eller ressurser mellom prosjekter eller fagområder løses ikke	Prosjekter forsinkes, fordyres eller leveres med redusert kvalitet om ikke <ul style="list-style-type: none"> • Riktige ressurser er tilgjengelige • Fysisk IKT-infrastruktur ikke blir bygd ut raskt nok til å understøtte IKT-behov • Løsninger som prosjektet er avhengige av kommer på plass 	Etablerer avhengighetsmatrise både på prosjekt og porteføljnivå. Klare mandater, forankring og reell fristilling av ressurser. Realisme!
Manglende avklaringer av finansieringen av prosjekter som involverer regionale løsninger	Regionale løsninger skal finansieres regionalt. Hvis regionen ikke ønsker å prioritere videreutvikling av regionale løsninger i tråd med OUS' behov vil det være vanskelig å finansiere disse utviklingsbehovene lokalt.	Sikre realistiske planer definere tydelige leveranser som kan forankres hos HSØ RHF og foretaksgruppen for øvrig.
Manglende avklaringer av hvilke regionale løsninger som skal tas i bruk, samt hvilke konsekvenser en ibrukstagelse medfører.	Enkelte regionale prosjekter medfører så store økonomiske, organisatoriske og praktiske konsekvenser at ibruktagelse vil få svært store konsekvenser for resten av aktiviteten i sykehuset	Gjennomføre realistiske konsekvensanalyser av hva prosjektgjennomføring/ ibruktagelse vil innebære for resten av foretaket.

**Områdeplan IKT for OUS HF
2017-2021**

	(eksempelvis regional ERP). Dette inkluderer også hvilke andre prosjekter i områdeplanen som kan gjennomføres i 2017.	Vurdere og hensynta samtlige konsekvenser ifm. beslutning om gjennomføring
Manglende evne til å etablere gode og effektive rutiner i samarbeid med ny strategisk samarbeidspartner	Redusert kvalitet og kvantitet på leveransene. Redusert motivasjon hos alle parter til å finne fram til gode løsninger	Ha stort fokus på å etablere effektive rutiner Høyt ledelsesmessig fokus på utviklingen
Manglende regional prioritering av forskernett (oppgradere/erstatte)	Forskerne ved OUS har i dag en uholdbar arbeidssituasjon som da vil vedvare	Vurdere å iverksette egne lokale prosjekter for å avhjelpe en uholdbar situasjon for forskerne i OUS
Regionale løsninger innenfor laboratorie- og radiologiområdet blir ikke implementert ved regionssykehuset før i 2021-2022.	Stadig ingen mulighet for samhandling, funksjonsfordeling og effektiv drift som ett HF. Ressurskrevende og kostbart med mange integrasjoner til andre systemer/aktører (DIPS, PHT, KHT, andre HF, IHR etc). Utfordringer knyttet til pasientsikkerhet. Utfordrende forhold til eksisterende leverandører pga sterkt forsinkede planer noe som vanskeliggjør prioritet og support fra leverandørene.	Regionssykehuset vurderer konsekvens av og mulighet ved en evt. regional beslutning om utsatt implementasjon ved regionssykehuset.

2. Langsiktig risikobilde

Risiko	Konsekvens	Tiltak
Manglende evne til å tilpasse seg endring i OUS	Klarer ikke å hente ut planlagte effekter	En sterk ledelsesmessig vilje til å drive gjennom endring

**Områdeplan IKT for OUS HF
2017-2021**

Manglende økonomiske ressurser	Stanser pågående og planlagte prosjekter (midlertidig eller permanent) OUS får ikke konsolidert til et system innenfor en rekke fagområder Flere utrangerte IKT-løsninger (bl.a. EndOfLife problematikk) Ineffektiv drift med dårligere kvalitet, kostnadsdrivende. Makter ikke å oppfylle regionale og nasjonale oppgaver på en god måte	Sikre realistiske planer og nyttige leveranser også om omfanget må nedskaleres og forankre dette hos prosjektets/ programmets eier Sette i verk tiltak som gir mer kostnadseffektiv drift
Manglende koordinering av fagområder i OUS som totalt sett skal understøtte teknologiutvikling i sykehuset	Suboptimalisering innen hvert fagområde i stedet for at 1 + 1 er mer enn 2 Redusert læring på tvers av fagområdene	Ses på i pågående organiseringsprosjekt i OUS Ta frem rapporten etter delprosjekt 2 (organisering av IKT og teknologiområdet)
Høy kompleksitet i det regionale målbildet gjør at løsninger ikke realiseres	Prosjekter igangsettes uten at avhengigheter er kartlagt og forstått/ håndtert Prosjekter igangsettes uten at behov eller ønskede effekter er tilstrekkelig utredet/kartlagt Urealistiske fremdriftplaner Dårlig forankring i brukermiljøer som gir utfordringer for ibrutakelse	Foranalyser gjennomføres regionalt på programnivå Regionale løsninger må utvikles og implementeres ved regionssykehuset OUS og breddes ut til resterende HF. (Se til andre RHF.) Involvere rett kompetanse, ikke lage for store og komplekse prosjekter.
Regionssykehuset prioriteres ikke høyt nok i arbeidet med å realisere regionale løsninger	Regionale løsninger dekker ikke behovene til alle sykehusene i regionen (feil løsning velges ved anskaffelser; standardisering tar ikke hensyn til alle behovene) Feil bruk av ressurser, kostnadsdrivende	Regionale løsninger utvikles og realiseres først ved regionssykehuset for å sikre at de mest komplekse behovene også er dekket Ikke spre samme oppgaver utover flere HF når det faglig og kostnadseffektive er at oppgaver utføres ved regionssykehuset, samlet. (Se til andre RHF som lykkes)
Manglende kompetanse til å håndtere ny teknologi og nye krav Manglende forståelse og til å håndtere teknologiperspektivet i utvikling av fremtidens sykehus	Ny teknologi blir ikke tatt i bruk på en hensiktsmessig måte i behandling og diagnostikk Muligheter i og krav fra (ny) teknologi blir ikke kommunisert ved utvikling av fremtidens sykehus	Et faglig sterkt og samlet kompetansemiljø tilknyttet regionssykehuset som også omfavner forsknings-/innovasjonsaspektet

Bygginvesteringer 2017

Det planlegges investeringer i bygg for vel 800 millioner kroner i 2017. I hovedsak dreier investeringsprosjektene i bygg i Oslo universitetssykehus HF seg om tre typer; omstillingsprosjekter, prosjekter som lukker avvik fra lov og forskrift, samt ordinære investeringer. Under følger en kort redegjørelse for hver a disse.

Omstillingsprosjekter

Omstillingsinvesteringer er oppfølging av etableringen av Oslo universitetssykehus HF i 2009. I hovedsak knyttes prosjektene til samling av funksjoner på færre steder enn tidligere. Intensjonen har vært å flytte døgn og akuttfunksjoner fra Aker i hovedsak til Ullevål, og om å samle regionale funksjoner til Rikshospitalet fra henholdsvis Radiumhospitalet og Ullevål og konsekvenser av flyttingene. Det gjenstår ca. 200 millioner kroner av de såkalte omstillingsmidlene og av disse er ca. 170 millioner kroner forventet benyttet i 2017 og resten i 2018 hvis fremdriften går som forventet (samlet 1 575 millioner 2012-kroner). De største prosjektene som nå pågår innen denne kategorien er overflytting av inneliggende karkirurgi til Rikshospitalet, overflytting og samling av enkelte funksjoner i psykisk helsevern samt understøttelse av allerede overflyttet virksomhet til Rikshospitalet (blant annet Generell intensiv). Det er i tillegg lagt til grunn bruk av midler til nødvendig utvidelse av kapasitet for Regional sikkerhetsavdeling(RSA). Innen Samhandlingsarena Aker gjenstår det ca. 9 millioner kroner som ikke er bundet opp i vedtatte prosjekter, men der det nå legges nye planer for å realisere gode og nødvendige samhandlingsprosjekter.

Prosjekter knyttet til lukking av bygningsmessige avvik og tilpasninger til virksomhet

Det er en erkjent situasjon at det over årtier har vært underinvestert i ordinært vedlikehold av bygg. Også på relativt nyere bygg som Rikshospitalet er det ikke løpende satt av tilstrekkelig midler til vedlikehold. Nå som dette sykehuset er over 20 år, er det behov for å skifte ut anlegg og system som det ikke lenger lar seg skaffe reservedeler til.

Det har i tillegg vært en utvikling der en relativt større andel av de ordinære bygginvesteringene går med til å understøtte andre investeringsområder som IKT og MTU. For 2017 planlegges det med 235 millioner kroner totalt til bygg hvorav 103 millioner kroner til tilpasning av MTU og 40 millioner kroner til IKT. Kun 20 millioner kroner er satt av til virksomhetstilpasninger for klinisk drift og virksomhet. Ordinære investeringer deles inn i ulike grupper av tiltak som skissert under;

- MÅ tiltak
 - tiltak man ikke kan la være å utføre. Eksempel på dette er reparasjoner av tak/fasader, styringsanlegg med mer (spesielt Rikshospitalet)
- Havarier og sammenbrudd
- Byggtilpasninger som følge av investeringer i MTU eks (Linac, MR og CT uskiftinger o.l)
- Byggtipasning som følge av investeringer i IKT (kommunikasjonsrom, spredernet m.m)
- Byggtilpasning som følge av virksomhetsendringer i klinikkene (eks nye krav eller endret sammensetning)

Avviksprosjekter

Bygningsmassens samlede tilstandsgrad er en betydelig utfordring for Oslo universitetssykehus HF. Det arbeides derfor med en videreføring fra idefase for å realisere nye bygg. Det vil imidlertid ta mange år før eventuelle nybygg av vesentlig omfang vil kunne være tilgjengelig for driften av sykehuset.

Bygningenes tilstand reflekteres blant annet i avvik fra lov og forskrift og ulike tilsyn påpeker dette (brann, elektro og arbeidstilsyn i hovedsak). Bare for ventilasjon er det samlede avviket på 1,5 milliarder kroner. Utfordringsbildet er større enn sykehuset selv klarer å finansiere med egne disponible midler.

Etter behandling og godkjenning i Oslo universitetssykehus HF styresak 67/2014 og Helse Sør-Øst RHF styresak 045-2015 ble det søkt om, og foreslått i St. prop 1 2015/2016, et fire års lån på inntil 1,3 milliarder kroner for å lukke de største og mest alvorlige avvikene i bygningsmassen.

Fra Oslo universitetssykehus HFs styresak 67/2014: Modifisert konseptrapport

”Oppdraget omfatter lukking av tilsynsavvik og andre helt nødvendige tiltak for å ivareta pasientsikkerheten før nybygg eller rehabilitering (0-alternativet)er ferdigstilt. Forventet gjennomføringsperiode er maksimum 8-10 år. Kostnaden knyttet til nødvendig infrastruktur og rokeringsareal for å kunne gjennomføre tiltak/oppgradering skal inkluderes.

Oppdraget omfatter ikke ordinære vedlikeholdskostnader, forebyggende vedlikehold, tiltak for å forbedre kvalitet, levetid eller funksjonalitet eller tiltak for å bedre eller øke pasientbehandlingen.”

I Helse Sør-Øst RHF styresak 045-2015 sto blant annet følgende:

”For å lukke gjenstående pålegg og fornye virksomhetskritisk infrastruktur, framkommer det i konseptrapporten at det er behov for investeringer på om lag 3,35 milliarder 2012 kroner, hvorav 1,67 milliarder kroner i den omsøkte tiltakspakken, som tilsvarer i overkant av 1,8 milliarder kroner i 2015-priser. Den omsøkte tiltakspakken omfatter de mest kritiske tiltakene som haster mest og som også er mest krevende å gjennomføre. Disse tiltakene må gjennomføres uavhengig av fremtidige nye bygg, og omfatter bygg på Ullevål (bygg 3,6,7 og 8) og Radiumhospitalet (bygg A, B og C), samt noe på Aker (bygg 4). I disse byggene er det omfattende klinisk aktivitet, med mange pasienter og ansatte.

Ca 200 millioner kroner av den omsøkte tiltakspakken er avsatt til virksomhetskritisk infrastruktur.”

Vedtak i HSØ styresak 045-2015:

1. Basert på Oslo universitetssykehus HFs konseptrapport ”Ekstraordinær avvikssituasjon i OUS bygningsmasse – midler til å lukke myndighetspålagte tiltak” fra 20.10.14 søkes det i Helse og omsorgsdepartementet om lån på i alt 1 265 millioner kroner for tiltakspakken som er forutsatt gjennomført i perioden 2016-2019. Lånet tilsvarer 70 % av kostnadene for tiltakspakken. Den resterende del av tiltakspakken finansieres av egne midler fra Oslo universitetssykehus HF. Det legges videre til grunn at eventuelle økte likviditetsbehov i prosjektet finansieres av Oslo universitetssykehus HF.

2. *Styret forutsetter at enkelttiltakene i tiltakspakken blir tydelig identifisert og avgrenset, og at igangsetting godkjennes av Helse Sør-Øst RHF. Videre skal enkelttiltakene rapporteres i et avtalt format med Helse Sør-Øst RHF. Hvert enkelttiltak vil inngå i investeringsporteføljen til Oslo universitetssykehus HF.*
3. *Styret forutsetter videre at Oslo universitetssykehus HF følger opp kravet til utarbeidelse av tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner for sitt ordinære vedlikehold i tråd med den regionale eiendomsstrategien. Disse må samordnes med den ekstraordinære tiltakspakken.*
4. *Låneutbetalinger vil skje i henhold til utførte arbeider og ut fra avtalt dokumentasjon og rapportering.*
5. *Styret tar til etterretning at den økonomiske bæreevnen er basert på fremtidig resultatforbedring i Oslo universitetssykehus HF.*
6. *Styret forutsetter at Oslo universitetssykehus HF benytter Sykehusbygg HF i planlegging og gjennomføring av prosjektet, og samarbeider tett med Helse Sør-Øst RHF i gjennomføring av investeringsprogrammet.*

Forutsetning for lånet er at sykehuset egenfinansierer 30 prosent av investeringsbehovet. Lån og egenfinansiering utgjør en ramme på 451 millioner kroner årlig. For 2016 er det likevel kun gjennomført prosjekter for vel 200 millioner kroner innen denne kategorien. Nivået skyldes i hovedsak at det tar tid å iverksette gjennomføring av en så vidt stor portefølje. Spesielt på elektroområdet ligger flere prosjekter bak opprinnelig plan. Dette er omfattende og kostnadskrevenne prosjekter som fordrer svært nøyaktig planlegging. En rekke sengeposter er oppgradert og satt i forsvarlig stand som en del av en langsiktig plan, i hovedsak på Ullevål. I 2016 gjelder dette Hjertemedisinsk sengepost og Thorax kirurgisk sengepost i bygg 3 og Nevrokirurgisk avdeling i bygg 7. Det er også startet forprosjekter for videre utbedring av disse byggene. For 2017 planlegges oppgradering av blant andre Akuttgeriatrisk sengepost, Infeksjonsmedisinsk poliklinikk og Lungemedisinsk poliklinikk. Opprinnelig var det også planlagt oppgradering av sengeposter i A- og B-bygget på Radiumhospitalet, men realisering av et nytt klinikkbygg vil kunne huse sengepostene. Det planlegges derfor kun utbedringer for å kunne opprettholde forsvarlig drift i perioden frem til nytt bygg er realisert.

Prosjekter og grupperinger av disse

Sammensetningen av prosjekter for å lukke avvik er delt inn i ulike grupper som beskrevet under;

- Sengeposter og klinikkarealer (brann, elektro og ventilasjon)
- Rene brannreducerende tiltak (sikring og varsling)
- Rene HMS tiltak (avtrekksbenker, ventilasjon)
- Elektro (avvik DSB, i hovedsak gruppe 2 rom, (rom der pasienter får strøm direkte eller indirekte i kropp) og nødstrøm)

Alle overnevnte er knyttet til avvik og avvikshåndtering

Planlegging og gjennomføring

Prosjektene knyttet til tilsynsavvik planlegges og skal gjennomføres i tråd med forutsetningene for bevilgningen fra Stortinget.

I årene som kommer og i 2017 antas en årlig samlet portefølje på vel 150 prosjekter litt avhengig av størrelse og gruppering. Alle prosjektene vil følge tidligfaseveileder og der det ikke allerede er gjort,

vil det utarbeides forprosjekter. Hensikten med forprosjekter er å få større sikkerhet for kostnader og for omfang av selve prosjektgjennomføringen. Det er derfor etablert godkjenningsstrukturer som tar stilling til forprosjekt før endelig godkjenning av investeringene. Oslo universitetssykehus HF har utarbeidet lister over enkeltprosjekter innen hver kategori som vil behandles i tråd med fullmaksstrukturen og Helse Sør-Øst RHF sine krav. Listen over prosjekter for det enkelte år sendes også til HSØ for godkjenning samlet. Større endringer vil også avklares med HSØ, som eksempelvis omprioritering av prosjekter ved Radiumhospitalet.

Prosjektene er sortert i relevante grupperinger i tråd med lånesøknaden og skal planlegges, gjennomføres og rapporteres i samarbeid med Sykehusbygg HF. Rapporteringen av prosjektene vil gjøres per prosjekt og kilden vil være utgangspunkt for grupperinger. På denne måten vil det komme tydelig frem hvilke prosjekter som er finansiert av lånemidler samt egenandel (30 prosent) og hvilke som er finansiert av sykehusets øvrige investeringsmidler.

Krav til dokumentasjon, metodikk og rapportering

Hvert prosjekt vil være underlagt dokumentasjonskrav og følge vedtatte standarder i henhold til tidligfaseveileder for byggprosjekter. All dokumentasjon om beslutninger om hvert prosjekt skal kunne gjenfinnes på en tydelig og forutsigbar måte.

I utgangspunktet legges det til grunn at rapportering skal følge dagens ordinære rapportering av investeringsprosjekter; en samlet rapport over alle investeringer i Oslo universitetssykehus HF, enten det er bygg, MTU eller IKT. Rapporten er dessuten inndelt etter kilder.

Bruk av Sykehusbygg HF

Helse Sør-Øst RHF sin styrebehandling forutsetter involvering av Sykehusbygg HF i planlegging og gjennomføring av prosjektene. Gjennom hele 2016 har det derfor vært et utstrakt samarbeid med Sykehusbygg. Spesielt på to områder er bidraget betydelig; i kartleggingen av avvik og koblingen av disse opp mot enkeltprosjekter og tilstandsgraden i byggene (som er et av flere krav) og i selve planleggingen og porteføljestylingen av prosjektene, og dermed også prioriteringen av enkeltprosjekter. Så mange prosjekter av ulik kategori på så mange lokalisasjoner fordrer kontroll og styring, for å sikre gjennomføringsevne og samtidig ta hensyn til at det er full drift i byggene.

Det har vært og vil være jevnlig dialog med Helse Sør-Øst RHF om porteføljen og oppbyggingen gjennom hele 2016, og dette samarbeidet fortsetter i 2017.

Prioriteringer mellom bygg og lokalisasjoner

At behovet for investeringsmidler er større enn tilfanget fører til prioriteringer mellom grupper og mellom lokalisasjoner. Samtidig må det skues til planlegging av nye bygg slik at man investerer i rett bygg til rett tid så godt som det er mulig. Det er derfor ønskelig med tett koordinering med de som viderefører og beslutter idéfasearbeidet for Oslo universitetssykehus HF.

Ikke prioriterte områder

I lånesøknaden er det investeringer på Radiumhospitalet, Ullevål sykehus og Aker sykehus som er eksplisitt omtalt. Investeringer på andre lokalisasjoner må derfor finansieres med andre midler enn det aktuelle lånet og tilhørende egenandel.

Prioriteringer mellom år og forskyvning av tiltak fra ett år til et annet

I deler av bygningsmassen gjøres det systematiske prioriteringer over år. Det er mange eksempler på dette, men oppgradering av sengeposter i sentrale bygg, så er det laget flerårige planer for en rekke bygg. Bygg 3 og 7 på Ullevål har vært og vil bli systematisk oppgradert med formål å lukke de største og mest alvorlige avvikene. I begge disse byggene har det vært planlagt oppgraderinger av 1-2 sengeposter per år.

Omfattende underinvestering i bygg gjennom flere år, har medført at man har skjøvet investeringsutfordringen foran seg. En konsekvens av underinvesteringen er at sannsynligheten for havarier øker. Det vil derfor kunne inntreffe havarier innen bygningsdeler hvor det er planlagt investeringer fram i tid, men hvor prosjektene må framskyndes. Innen gruppen strømprosjekter (DSB avvik) foreligger det også flerårige planer og en streng prioritering mellom de ulike lokalisasjonene, men havarier og eller andre hensyn vil kunne endre på rekkefølgen. Endringer i forutsetningene dokumenteres, skal være transparente og tåle revisjon.



Investeringsplan for MTU anskaffelser ved OUS HF 2017

Medisinsk-teknologisk virksomhetsområde
Oslo sykehusservice



Innledning, formål og bakgrunn

Formålet med denne investeringsplanen er å beskrive forutsetninger for å få kontroll over forholdet mellom anskaffelser etter sammenbrudd av utstyr, og elektive (planlagte) anskaffelser i 2017. Perspektivet er underliggende også årene frem til 2019. Sannsynlig utvikling innenfor noen sentrale utstyrsområder i de nærmeste årene er beskrevet.

OUS har en MTU-utstyrsark på ca 45.000 aktive enheter (status «normal») til en akkumulert anskaffelseskostnad på ca 3,8 mrd kr inkl MVA der gjennomsnittsalder uvektet for pris er 10,9 år og prisvektet gjennomsnittsalder er 8,9 år (datasett fra 1.1.2016). Dette er det høyeste aldersgjennomsnitt i HSØ RHF. Avhengig av registreringspraksis anser vi at det foreligger en usikkerhet på +/- 10 % i gjennomsnittsalderen.

Senere års investeringsbudsjetter for MTU (gjennomsnittlig 350 MNOK), har vært dominert av en stor mengde MTU-sammenbrudd, så langt i 2016 utgjør sammenbrudd om lag 85% av verdien på alle MTU-anskaffelsene.

Konklusjonen i områdeplanen 17. april 2015 er at de årlige MTU-investeringene må økes opp til minst 500 MNOK for å gi en tilsiktet nedgang i utstyrsarkens gjennomsnittsalder til et målbilde på 7,4 år, innen år 2025. I dette perspektivet er det derfor viktig å gjennomføre det planlagte investeringsbudsjettet for MTU som er det høyeste som er foreslått på mange år.

1.0 Overordnet målbilde

Overordnet ligger en forutsetning om å ha tilgjengelig nok - og kvalitativt tilstrekkelig godt MTU - for å sikre en faglig fundert produksjon og pasientsikkerhet i sykehuset.

- *Å få kontroll over utstyrs-situasjonen ved å gjøre planlagte anskaffelser iht. faktiske behov. Dette betinger en økning av de årlige investeringsrammene for MTU.*
- *Å optimalisere anskaffelsesprosessene.*
- *Å gjennomføre «business-caser» der investeringene i nytt utstyr tjenes inn på kort tid.*

Dette målbildet er i tråd med Helse Sør-Øst RHF: «I perioden 2015-2018 bør helseforetakene forsterke sin prioritering av midler i medisinskteknisk utstyr... samt dokumentere hvilke effekter dette får på gjennomsnittlig alder på utstyrsarken». ¹ I samme dokument omtales effekten av de totale innmeldte MTU-investeringer i HSØ, ved at gjennomsnittsalderen for MTU i foretaksgruppen da vil gå ned til 7,4 år.

2.0 Avgrensninger

- Forskningsutstyr (MTU som brukes i forskning) er av historiske årsaker i hovedsak med noen unntak *ikke* registrert i FDV-databasen. ² Det pågår en prosess mellom OUS og UiO med sikte på å få på plass en avtale om registrering av forskningsutstyr.
- Behovet for introduksjon av systemer for omsorgsteknologi er ikke analysert i denne sammenhengen.
- Behandlingshjelpemidler (BHM) er for tiden ikke en del av MTV, og BHM er derfor ikke omfattet av denne analysen.
- Telemedisin og videokonferanse-utstyr (TVK) er ikke direkte omfattet av denne rapporten. Dette området er behandlet i en egen områdeplan for TVK-området.

¹ Meddelelse fra Steinar Marthinsen; Referat fra direktørmøte i Helse Sør-Øst RHF avholdt 3. mars 2014.

² FDV: Forvaltning, Drift og Vedlikehold. Ved OUS MTV er det i dag programsystemet *Medusa* som er tatt i bruk som FDV-system

- Kostnader ved ombygning av eksisterende arealer ved nyanskaffelser er ikke medtatt i kostnadsbildet.
- Virkningen av fortsatt svak krone mot valutaene euro og dollar er ikke analysert i detaljer.
- Virkninger av arbeidet med idfase OUS er ikke forsøkt innkalkulert i MTU-behovene.

3.0 Rammebetingelser

3.1 Medisinsk og teknologisk utvikling

Vi gir her noen få eksempler på områder der vi kan forvente at nytt utstyr må anskaffes i løpet av få år.

En velkjent og dokumentert utvikling av veksten i MTU-behov er mengden av infusjonsutstyr som i dag benyttes ved behandling av kritisk syke. For ti år siden var det normalt med sprøytepumper med én infusjon (væskeløp). I dag benyttes ofte hele rack med typisk 10 pumper, for presise infusjoner av potente medikamenter.

Innenfor transplantasjonskirurgi har man i de seneste år tatt i bruk maskiner som er i stand til å holde hjerte, lunger og lever viable (levende) utenfor kroppen i mye lenger tid enn tidligere. Disse maskinene er allerede kommersielt tilgjengelige, men de faktiske kostnadene for de nærmeste årene er ennå ikke beregnet.

3D-printing av materialer er i veldig rask utvikling (gradvis oppbygning av 3D-komponenter av tynne segmenter i ulike materialer). Det brukes allerede aktivt innenfor tilpassing av proteser, og det her blitt gjort vellykkede forsøk med å erstatte deler av skjelettet. I løpet av de neste årene forventer man også at man vil bruke disse til å lage «stativ» for biologisk vev som kan erstatte organer i kroppen. Det vil kreves utstyr både for CT-scanning, 3D-avbildning, modellering og printing. Det pågår allerede nå ved OUS og IVS pilotforsøk der barnehjarter i plastmateriale skrives ut 3-dimensjonalt³, og der kirurgene kan trene på å sy de små strukturene. Intervensjonscenteret (IVS) har fått en bevilgning på 0,5 MNOK fra Helse Sør-Øst for oppstart av et prosjekt, med total kostnadsramme er trolig mer enn 4 MNOK (ikke finansiert ennå). Basert på dagens utviklingstakt vil 3D-printing trolig være klart for regulær klinisk bruk i løpet av perioden frem til 2019.

Implanterbar teknologi. Det gjøres stadig fremskritt med teknologi som enten blir en del av eller en forlengelse av menneskekroppen. Proteser som styres av nervesignaler, øyeimplantater som festes på netthinnen og kunstige hjerter kan bli de nye standardene.

Vi vil med all sannsynlighet oppleve økt bruk av det som blir kalt for «personalized medicine». Dette innebærer behandling tilpasset den enkelte pasient basert på analyser av gener eller celler. Veldig mange medisingrupper (medikamenter) virker i realiteten bare på en mindre gruppe av pasienter. Å identifisere de pasientene som vil kunne ha nytte av medisinen vil kunne spare andre pasienter for unødige bivirkninger, og samfunnet for kostnader til medisinbruk. Behovet for maskiner (laboratorieutstyr) som gjør mange og raske gensekvenseringer og andre biokjemiske analyser vil formodentlig øke sterkt.

Utviklingen i medisin og medisinsk teknologi er nå i det tredje millennium spesielt rask innenfor områdene:

- videre utvikling av minimal- eller non-invasiv kirurgisk intervensjon, inklusive skopi-teknikker
- 3-D og høyoppløselig avbildning og visualisering (UHD, ultra high definition 4 K, se også kap.3.3.2)
- utvikling av nye materialer og nye typer engangsutstyr, nye sensorteknologier
- bioteknologi, nanoteknologi og medisinsk genetikk gir nye metoder for diagnose og behandling
- rask global utvikling av informasjonsteknologi
- videreutvikling av funksjonell avbildning, for eksempel av cellenes stoffomsetning
- større og større grad av automatisering av laboratorieutstyr

³ I piloten blir konstruksjonen sendt til en leverandør for printing til en pris av typisk 15.000 kr for et komplett barnehjerte.

Et typisk trekk ved medisinsk og teknologisk utvikling er at utstyret blir faglig utdatert før det teknisk er klart for utrangering eller kassasjon. Eksempler er bl.a. billeddannende ultralyd og DNA-sekvens analyser (PCR), der generasjonslevetiden for utstyret (faglig sett) er mye kortere enn den tekniske levetiden. Til og med strålemaskiner (Linac) som lenge har hatt en avskrivningstid på 12 år, har et faglig fundert press mot en kortere levetid på 10 år (se kommentarer i kap.3.3.4).

3.2 Regionale forhold Helse Sør-Øst RHF og Sykehusinnkjøp HF

I tidsrommet 2013 – 2015 ble det gjennomført en pilot innen samarbeid i anskaffelse mellom HSØ RHF, OUS MTV og brukergrupper ved RAD Montebello og Sykehuset Sørlandet Kristiansand. Målet var en felles anskaffelse av strålemaskiner (Linac'er). Det ble på vegne av HSØ anskaffet 4 maskiner med en opsjon på ytterligere 2 maskiner ved Strategi- og anskaffelsesavdelingen ved MTV. Resultatene var i utgangspunktet entydig positive både med hensyn til prosess og økonomi for sykehusene.

OUS ved MTV fikk derfor i 2015 i oppdrag å etablere et Regionalt senter for samordning av anskaffelser av MTU finansiert av HSØ. Det arbeides nå med en områdeplan og kategoribasert innkjøp for MTU i HSØ.

Det er i løpet av 2016 etablert et nytt nasjonalt senter for anskaffelser i spesialisthelsetjenesten, Sykehusinnkjøp HF (SIHF). Det er for tiden uklart hva dette vil medføre i praksis for OUS, prosessen for virksomhetsoverdragelse og oppgavefordeling pågår med leveringsfrist 15.01.2017.

MTVs aktiviteter på vegne av OUS vil uansett bli tett samkjørt med SIHF når løsningen kommer på plass, trolig i mai 2017.

3.3 Utvalgte MTU-typer, status og antatt utvikling

I dette kapitlet presenteres en del utvalgte utstyrstyper som MTV har analysert status til, og som det påregnes til dels betydelige nødvendige utskiftninger med kort horisont (1 – 3 år). Dette er imidlertid langt i fra en komplett oversikt over alt MTU i OUS sitt eie.

3.3.1 Billeddannende utstyr, oversikt radiologisk og nukleærmedisinsk utstyr

OUS har et stort behov for høyteknologisk medisinsk-teknisk utstyr for å kunne gi den service som er forventet lokalt, regionalt og nasjonalt. Det er et stort spekter av billeddannende utstyr (modaliteter):

- Radiologi: Digital radiografi, Gjennomlysning, Angiografi/intervensjon, CT, MR og Ultralyd
- Nukleærmedisin: PET/CT og Spect/CT (bildeopptak ved bruk av radioaktive isotoper i kombinasjon med røntgenstråler), Gamma-kamera (radioaktive isotoper)

Deler av utstyrsparken er foreldet, og det benyttes modaliteter på flere lokasjoner som er EOL (End-of-life). Eksempelvis kan nevnes at 3 stk gjennomlysningslaboratorier som ble anskaffet i forbindelse med innflytting til nytt Rikshospital i år 2000 fortsatt er i drift.

Avskrivningstid for billeddannende utstyr (radiologi og nukleærmedisin) er 10 år, ultralyd har kun 7 år⁴. Det er faktisk teknisk tilstand og felles faglige vurderinger fra fagavdeling og ingeniører fra Medisinsk-teknologisk virksomhetsområde som ligger til grunn for analysene, i tillegg til alder. Billeddannende utstyr forvaltes i et samspill mellom MTVs serviceingeniører og kontraktsbasert vedlikehold fra leverandørene.

Tilstanden for utstyrsparken i KRN, som har ca 70 % av det billeddannende utstyret ved OUS, karakteriseres av følgende grunndata innmeldt Prioriteringsutvalget (PRU):

Tilstanden for utstyrsparken i ARN, som har ca 70 % av det billeddannende utstyret ved OUS, karakteriseres av følgende grunndata innmeldt Prioriteringsutvalget (PRU):

⁴ SHD-grupper. Da kodene og levetidene ble dannet i 1998, ble betegnelsen røntgenutstyr benyttet.

1. Per november 2016 er det innmeldt 6 havarisøknader og truende sammenbrudd, kostnad ca. 49 mill (Mobilt røntgenapparat RH – 2 mill, MR Barn US – 16 mill, SPECT/CT US – 9 mill), Gjennomlysningslab 9 RH – 8 mill, Gjennomlysningslab 11 RH – 8 mill, Røntgenlab 3 RH – 6 mill.
2. Ut over dette har ytterligere 2 CT-maskiner status som utdatert (CT1 RH og CT N2 UL) og 2 MR-maskiner (MR1 RH og MR S2 UL). Videre har 2 angioloabber status som udatert (alder over 10år) samt et betydelig antall generell røntgen labber og noe gjennomlysningslabber.
3. Leiekontrakt for 2 stk PET/CT er forlenget ut 2016. Avhengig av elektiv prosess og forprosjekt vil disse forlenges inntil nye PET/CT kan anskaffes. Disse eies av NMS, Norsk medisinsk syklotronsenter. For reanskaffelse av utstyret er kostnaden ca. 43 MNOK.
4. Leiekontrakt for 2 stk CT utløper april 2017. For reanskaffelse av utstyret er kostnaden ca. 30 MNOK.

Effekten av stadig flere utstyrssvikt og press på det eksisterende utstyret forsterkes av nye behandlingsforløp, dvs. *pakkeforløp* som definerer rekkefølge av diagnostikk, biopsi med ultralyd med mer. Trender viser at en stor del av pakkeforløpene må utføres i KRN. Dette viser viktigheten av å unngå ikke-planlagt driftsstans.

Det er ett dokumentert tilfelle av at alle 3 CT-maskiner på Rikshospitalet ⁵ stoppet p.g.a. en ikke-planlagt driftsstans. Det foreligger også et behov for økning av maskinparken (for eksempel nytt MR og angio/intervensjons-laboratorium på Rikshospitalet).

Ingen av Angio/intervensjons-laboratoriene har avbruddsfri strømforsyning (UPS), estimert kostnad ca. 50 MNOK.

3.3.2 Skopi-utstyr

Skopi-utstyr omfatter både stive og fleksible skop (også kalt optikker), og systemrack (videoprosessor og kontrollenhet). Standard levetider (SHD-gruppe) for skopi-utstyr er satt til 4 år. Modellutviklingen av for eksempel fleksible skop forutsetter ofte at også at rackene skiftes fordi nye skop-modeller ikke nødvendigvis er kompatible med tidligere rack. Typiske fleksible skop har en kostnad på 50.000 kr til 200.000 kr, komplette rack fra typisk 200.000 kr til 400.000 kr. Temaet vil bli belyst i områdeplanen som planlegges ferdigstilt i april 2016.

Skjermoppløsning med såkalt UHD – ultra high definition - eller 4K - har fire ganger så høy oppløsning som Full HD⁶. Teknologien har en tid vært i modning i TV-systemer, og kommer nå også inn i endoskopmarkedet. Det antas en samlet kostnad på 4K fleksibelt skop, 4K kamerabrikke og nye rack på minst 800.000 kr per enhet. Kostnadsøkning skyldes både bedre og dyrere bildebrikke, og at system-rackene er mer avanserte og ikke kompatible med gamle, konvensjonelle rack.

3.3.3 Laboratorieutstyr

Laboratorieutstyr består av mange typer instrumentering. Vi har i denne områdeplanen tatt for oss de største gruppene innenfor laboratorieutstyr i forhold til anskaffelseskostnad. Gjennomsnittlig levetid for analyse og laboratorieutstyr er 9 år i følge SHD-gruppene som benyttes.

⁵ CT'ene ble levert i årene 2004, 2005 og 2010), dvs. to av tre på normert EOL.

⁶ HD er 1920 x 1080 piksler (full HD). Minimumskravet til UHD er en oppløsning på 3840 x 2160 piksler. 4K refererer til en avrunding av antall horisontale piksler (3840).

Gjennomgangen i dette kapitlet omfatter utstyrsgupper for en samlet akkumulert anskaffelseskostnad på 316 MNOK inkl MVA. For mange av utstyrsguppene er gjennomsnittsalder høy, eller utstyret utdatert. Utskiftninger vil være påkrevet innen de nærmeste årene.

3.3.3.1 Mikroskoper (90 MNOK)

Det er registrert 930 ulike typer mikroskoper i OUS med en gjennomsnittlig levetid på 23,2 år. Antall mikroskoper som er mer enn 9 år er 830. Det vil si at 89 % av det registrerte utstyret er over 9 år. Gjennomsnittspris er 32.000 kr, total anskaffelseskostnad er ca 90 MNOK. Det vil bli behov for innkjøp av nye mikroskop som kan kobles opp mot digital patologi for å redusere tid fra en biopsi til prøvesvaret foreligger.

3.3.3.2 Pipetteringsroboter (49 MNOK)

Det er registrert 47 pipetteringsroboter med en anskaffelseskostnad mellom 200.000 kr til 2,7 MNOK, totalt 49 MNOK. Gjennomsnittsalderen på dette utstyret er 5,1 år. 9 av disse 47 enhetene, eller 19 %, er over 9 år gammel utstyr. Dette er utstyr som har sin hovedfunksjon i å fordele prøvemateriale, og således har utstyret mange bevegelige deler. Mye av dette utstyret vil derfor ha en kortere levetid enn de 9 år som er normert.

3.3.3.3 Sekvenseringsutstyr DNA/RNA (39 MNOK)

I OUS er det registrert 25 forskjellige sekvenseringsutstyr. Dette er viktig utstyr for å analysere DNA og RNA. Det er 12 utstyr som er over 9 år. Det vil si at 48 % av utstyret har da en levetid på over 9 år. Det totale antall utstyr har en gjennomsnittlig levealder på 8,9 år. Gjennomsnittlig anskaffelseskostnad er ca 1,6 MNOK totalt. Anskaffelseskostnad for utstyr til DAN/RNA-sekvensering er på ca 39 mill.

Mye av det sekvenseringsutstyret som er i bruk i dag i OUS er basert på gammel teknologi. Ny teknologi som «Next generation sequencing (NGS)» er viktig for det videre arbeid i OUS.

3.3.3.4 UHPLC MS/MS - Massespektrometri (38 MNOK)

I OUS er det registrert 22 ulike UHPLC MS/MS-systemer. Dette er viktig utstyr for å analysere medikamenter, proteiner, peptider osv. Det er 6 utstyr som er over 9 år. Det vil si at 27 % av utstyret har en levealder på over 9 år. Gjennomsnittlig levealder på det registrerte utstyret er over 5,3 år. Gjennomsnittlig anskaffelseskostnad er ca 2,0 MNOK og den totale utstyrsgruppen har en anskaffelseskostnad på ca 38 MNOK. Væskekromatografi tandem - massespektrometri (LC-MS / MS) har hatt enorm vekst i kliniske laboratorier i løpet av de siste 10-15 årene. Det gir analytisk spesifisitet som er overlegen i forhold til konvensjonelle immunoassays eller høy ytelse / trykk-væskekromatografi (HPLC) for lavmolekylære analytter, og har høyere gjennomstrømning enn gasskromatografi-massespektrometri (GC-MS).

3.3.3.5 Laboratorieautomasjon (8 + 10 MNOK)

I OUS er det registrert 4 systemer, et på hvert av de 4 lokasjonene. Disse er igjen oppdelt i totalt 21 underenheter og det er kun på Ullevål det er etablert en fullautomatisert laboratorielinje. I denne utstyrskategorien er det 43 % av utstyret er over 9 år. Gjennomsnittlig levealder for det totale registrerte utstyret er 10,7 år. Gjennomsnittlig anskaffelseskostnad er ca 312.000 og det totale utstyret har en anskaffelseskostnad på ca 8,0 MNOK. I 2015/2016 ble en ny Lab-automasjonslinje installert på Rikshospitalet.

3.3.3.6 realtime-PCR (21 MNOK)

I OUS er det registrert 44 enheter for realtime-PCR for DNA/RNA-analyse. 50 % av utstyret er over 9 år. Gjennomsnittlig levealder for det totale registrerte utstyret er 9,1 år. Gjennomsnittlig anskaffelseskostnad er ca 335.000 kr og det totale utstyret har en anskaffelseskostnad på ca 21 MNOK.

3.3.3.7 HPLC (20 MNOK)

I OUS er det registrert 44 HPLC systemer. Det er 73 utstyr som er over 9 år. Det vil si at 74 % av utstyret er over 9 år. Gjennomsnittlig levealder for det totale registrerte utstyret er 15,2 år. Gjennomsnittlig anskaffelseskostnad er ca 90.000 kr og det totale utstyret har en anskaffelseskostnad på ca 20 MNOK.

3.3.3.8 Fargemaskiner (19 MNOK)

I OUS er det registrert 42 fargemaskiner, 40 % av utstyret er over 9 år. Gjennomsnittlig levealder for det totale registrerte utstyret er 10,1 år. Gjennomsnittlig anskaffelseskostnad er ca 320.000 kr og det totale utstyret har en anskaffelseskostnad på ca 18,5 MNOK.

3.3.3.9 CO₂ inkubatorer (14 MNOK)

I OUS er det registrert 159 CO₂ inkubatorer for celledyrkning, 70 % av utstyret er over 9 år. Gjennomsnittlig levealder for det totale registrerte utstyret er 12,9 år. Total reanskaffelseskostnad er på ca 14,4 MNOK.

3.3.3.10 Blodgass analysatorer (8 MNOK)

I OUS er det registrert 76 blodgassanalysatorer, 30 % av utstyret er over 9 år. Gjennomsnittlig levealder for det totale registrerte utstyret er 8,0 år. Total reanskaffelseskostnad er på ca 8,0 MNOK.

3.3.4 Stråleterapi

I dette kapittelet brukes betegnelsen stråleterapiapparat om: Linac'er, MR/CT-maskiner til doseplanlegging og brachyterapi, etterladningsapparater for brachyterapi (strålekilden plasseres internt i pasienten) og datasystemer for stråleterapiplanlegging og prosessstyring.

OUS har 18 rom (såkalte bunkere, STRB) for ekstern terapi (Linac), hvorav 7 på US (6 Linac i drift) og 11 på RAD (11 Linac i drift). I tillegg er det ved RAD to rom for brachyterapi og ett for lavenergi røntgen. OUS har fem CT-maskiner (3 RAD/2 US) og to MR-maskiner (1 RAD/1 US) dedikert til stråleterapi. Den tradisjonelle teknologiutviklingen for stråleterapiutstyr har vært nokså stabil, og iht. nasjonal og internasjonal praksis har SHD-levetiden (lik EOL/EOS, med påfølgende anbefalt utrangering) for Linac'er vært fastlagt til 12 år, trenden i Vest-Europa nå er en kortere utrangeringsalder på 10 år ⁷. Årsaken til en kortere utrangeringsalder er i hovedsak ikke teknisk slitasje, men en raskere teknologisk utvikling enn tidligere. Nye metoder og nye behandlingsalgoritmer i strålenhetene er mye mer effektive enn tidligere, og de eldste Linac'ene lar seg ikke oppdatere adekvat. Eldre utstyr lar seg ofte enten ikke oppgradere til ny teknologi, eller oppgradering vil være uforholdsmessig kostbart sammenlignet med nyinnkjøp av apparatur.

Det gjøres årlig 105.000 pasientbehandlinger i OUS (opp til 470 behandlinger per dag). Gamle strålemaskiner med tekniske problemer får umiddelbare virkninger på produksjonslinjene.

MR/CT (eventuelt PET/CT) -maskiner og datasystemer for simulering og doseplanlegging har med analogi i radiologisk MTU en antatt levetid/utrangeringstid på 10 år. Fysisk simulering av behandlingene på stråleterapisimulatorer er på vei ut som planleggingsverktøy, da nye Linac'er integrerer denne funksjonen med bildeopptak direkte i Linac'en. Gjenværende simulatorutstyr vil ikke bli erstattet når det fases ut (OUS har to slike simulatorer i dag). Den ene CT-maskinen tilknyttet brachyterapi i STRB 7 RAD er fra 2001, og den er fra stråleterapimiljøet foreslått byttet til en MR.

På budsjett i 2016 er det vedtatt 1 Linac, som ennå ikke er montert ferdig.

⁷ Ref, f.eks: «Radiotherapy: developing a world class service for England. Report to Ministers from National Radiotherapy Advisory Group, 2007» og «Rapport fra Dansk Selskap for Onkologis Acceleratorudvalg, 2004».

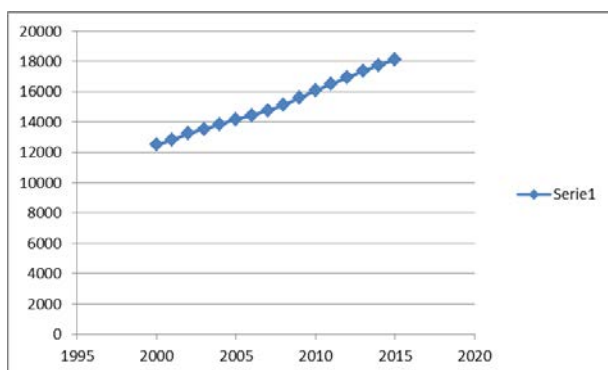
Insidensen av kreft i befolkningen øker. Bare bidraget fra insidens økningen svarer for OUS sitt dekningsområde av stråleterapi til om lag 0,5 Linac per år. Innen planens nære horisont vil denne økningen kunne håndteres ved bruk av en ledig strålebunker og ved utnytting av skiftkapasitet.

Stråleterapimiljøet ved OUS har fremlagt detaljerte utredninger som viser nødvendigheten av å skifte 2 Linac'er per år, pluss 1 CT/MR for stråleterapiplanlegging. En slik utskiftningstakt vil i 2023 eller tidligere lede til en faktisk alder i utstyrsparken av stråleterapiapparat som ikke overstiger 12 år. Utredningsgruppen tiltrer denne begrunnelsen ut i fra det eksisterende utstyrets alder og tekniske stand. I den siste områdeplanen og forslag til ØLP lå det inne 6 Linac'er i årene 2015 – 2019, til sammen 177 MNOK, dvs. 35,6 MNOK per år.

Det er 6 linac'er på UUS og 5 linac'er på RAD som er i «gul» eller «rød» klasse, dvs. bør skiftes innen 1 – 2 år fra 2016. Dette beskriver til fulle omfanget: 13 stk linac'er til en antatt kostnad på $13 \times 30 = 390$ MNOK er i kritisk gul fase og må skiftes innen 2 år. Byggkostnader estimeres til $13 \times 5 = 65$ MNOK avhengig av den faktiske tilstanden i bunkerne.

Vår målvurdering er at det i perioden 2016 – 2019 anskaffes to Linac per år og en CT/MR for stråleterapiplanlegging per år, dvs. estimert 70 MNOK per år pluss ombygningssomkostninger.

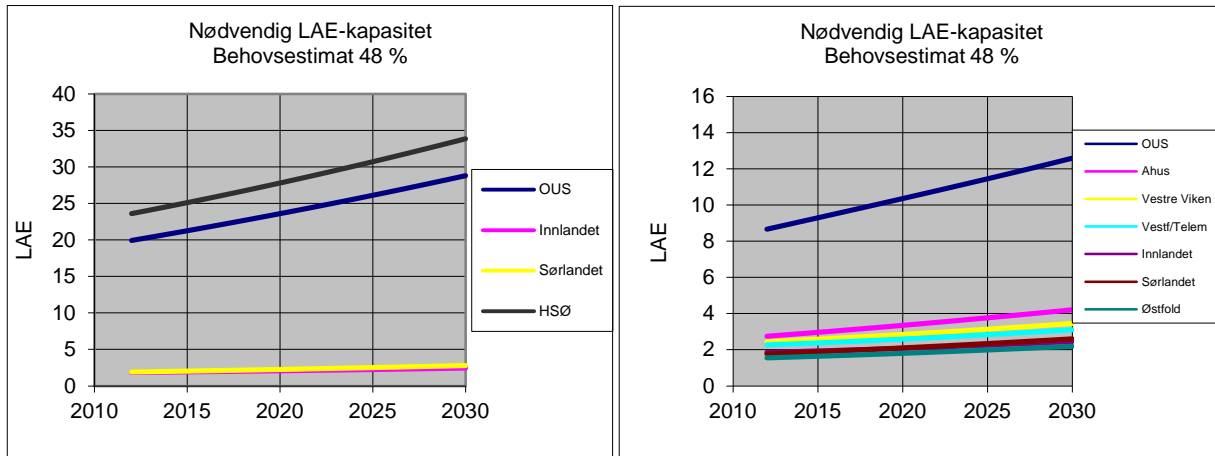
Insidensdata fra Kreftregisteret tom. 2015 viser en gjennomsnittlig insidensøkning på 2,4 % i HSØ, og ingen avtagende tendens siste år, se figuren nedenfor. Vi kan derfor ikke vente nedgang i bruken av stråleterapi som følge av insidensendringer de nærmeste årene.



Det har vært en endring i behandlingsopplegget for brystkreftpasienter i 2013 til 2015. Dette har ført til at bruken av stråleterapi har vært tilnærmet konstant disse tre årene, og sammen med naturlige svingninger for andre diagnosegrupper ligger det an til en nedgang i frammøtetallet på ca. 3,6 %/0,7 LAE i 2016. Vi regner med at effekten av denne endringen nå er implementert, slik at frammøtetallet igjen vil øke i 2017. Med tanke på det store etterslepet i utskifting av stråleterapiutstyret i OUS som er beskrevet ovenfor, vil imidlertid ikke nedgangen i stråleterapibruken på 0,7 LAE siste år ha noen betydning for utskiftningsbehovet de nærmeste årene.

Sammen med øvrige stråleterapisenter i regionen leverte OUS i 2014 en rapport til HSØ om stråleterapikapasiteten fram mot 2030. Framskrivning av kreftinsidens og befolkningsøkning ga en utvikling i kapasitetsbehovet i OUS (blå kurve) og HSØ (svart kurve) som vist i figuren til venstre nedenfor. Etter hvert som kapasiteten bygges opp med nye senter andre steder i HSØ, vil kapasiteten i OUS kunne reduseres tilsvarende. En situasjon med full utbygging i øvrige sykehusområder er vist i figuren til høyre.

En reduksjon i kapasiteten eller kapasitetsøkningen i OUS vil imidlertid ikke være mulig før annen kapasitet er etablert annet sted i regionen i form av nye stråleterapisenter og protonsenters. Det foreligger foreløpig ikke byggeplaner som viser når dette vil være på plass, og vi kan ikke forvente konkretisering av dette før etter 2019. På lang sikt kan vi se for oss en utfasing av eldre stråleterapiutstyr som følge av dette, men det kortsiktige behovet for utskifting av stråleterapiutstyr påvirkes ikke.



3.3.5 Partikkelsenter

Det pågår utredninger av et nasjonalt enhetlig eller delt partikkelsenter for stråling. Utredning, lokaliseringalternativer og finansiering er fortsatt på et tidlig stadium, og er ikke tatt med i analysene.

3.3.6 Monitorering (Pasientovervåking)

Det ble i budsjettet 2016 satt av 35 MNOK for utskifting av pasientmonitører på RH og RAD, for 2017 er restbehovet på 30 MNOK for å slutføre anskaffelsen på utstyrssiden, 2 MNOK til bygg og 0,5 MNOK for IKT-kostnader.

3.4 IKT og MTU

MTV har analysert tilknytning av dagens MTU til datanett eller IKT-systemer, og vekselvirkning mellom disse. I dag har bare om lag 10 % av MTU-enhetene kontakt med IKT-systemer. I fremtiden vil mange flere MTU-enheter være tilknyttet IKT-systemer som avgivere av pasientnære data til kurvesystemer eller lignende. Selv om innsiden av mange MTU i dag har prosessorer eller små datamaskiner, er IT/IKT og MTU forskjellige fagområder, lovverket beskrevet i kap. 3.7 skiller klart mellom MTU og IKT-utstyr. Det pågår et samarbeid mellom MTV, IKT/Sykehuspartner og Helse Sør-Øst RHF for å inkludere IKT-perspektivene i utstyrsanskaffelser.

3.5 Informasjonssikkerhet

Medisinsk teknisk utstyr blir i større og større omfang koblet inn i sykehusets IT nettverks- infrastruktur. Dette stiller blant annet krav til mer standardiserte kommunikasjonsprotokoller for enklere integrasjon og samhandling mellom modaliteter og applikasjoner, eksempelvis RIS/PACS. (Referansene under er aktive klikkbare i det elektroniske dokumentet). En annen dimensjon er kravet til personvern og informasjonssikkerheten som også må ivaretas. For et behandlingsrettet helseregister vil kravene i pasientjournalloven, samt person-opplysningsloven og forskrift være sentrale. Dette innebærer krav til identifisering og autentisering/tilgangskontroll, logging og mulighet for å etterkomme krav om sperring.

Et nytt regime for MTU-anskaffelser innføres av MTV i 2017 i samarbeid med OUS-IKT og seksjon for Informasjonssikkerhet og personvern. Dette vil omfatte avsjekking av at informasjonssikkerheten ivaretas.

3.6 Sporing av MTU ved hjelp av RFID-teknologi

I sykehusene medgår daglig mye tid for å finne ledig utstyr som for eksempel pumper og overvåkningsmonitører. Et system som gir oversikt over hvor utstyret befinner seg vil ha umiddelbare effekter på en mer effektiv og smidigere pasientbehandling (og trolig redusert nødvendig mengde MTU). RFID (Radio Frekvens Identifikasjon) er en teknologi som nå har blitt modnet og som er tatt i bruk i ulike store forsyningsystemer, også i sykehus i Europa. Det pågår et pilotprosjekt med RFID-merking av MTU ved St. Olavs hospital, og det jobbes med å undersøke muligheten ved OUS i eksisterende IKT-infrastruktur.

3.7 Lovverk medisinsk utstyr

Det foreligger et omfattende lovverk og forskrifter om medisinsk utstyr, som regulerer produksjon, merking, anskaffelse og vedlikehold gjennomført av eier. Norsk lovgivning forvaltes av Helsedirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og Beredskap (DSB).

4.0 Nåsituasjon, analyse

Detaljer for status i viktige deler av utstyrsparken er beskrevet i kap. 3.3. Det presiseres at dette *ikke* er en fullstendig analyse av utstyrsparkens tilstand, men et utvalg der MTV vet at det oppstår forsinkelser hvis utstyret bryter sammen eller der mangel på utstyr medfører forverring av pasientforløpene.

I denne investeringsplanen med *perspektiv* for utviklingen de nærmeste årene 2017 og 2018, er det gjennomgått «tunge» utstyrsområder med status som vi vurderer innenfor hovedkategorier havari, kritisk og utdatert, til en estimert kostnad 873 MNOK.

5.0 Behov

Summeres de akutte behovene opp fra hovedkategoriene av utstyr fra kapittel 3 som nærmer seg sammenbrudd, beløper det seg til 873 MNOK. I tillegg er det en rekke innmeldte behov innenfor andre utstyrsgupper som ikke er dekket av de nevnte hovedgruppene, disse er enn så lenge ikke summert. Det er antatt at MTU som betjener pasienter på tvers av avdelinger er særlig viktig, ettersom stans i dette utstyret vil kunne bli en flaskehals for ulike pasientforløp. Av den grunn vil det være viktig å prioritere disse flaskehalsene for å sikre en effektiv produksjon, særlig vil dette gjelde laboratorie-, radiologiområdene og tverrgående utstyr som pasientmonitorering.

6.0 Anskaffelses-strategi

MTV sin overordnede strategi er at det skal anskaffes best – mest – og riktigst MTU for hver utstyrskrone tilgjengelig.

- OUS MTV sin strategi er dermed som beskrevet i kap. 2, å klare å komme i en situasjon der OUS er proaktive og planmessig skifter ut MTU før det bryter sammen.
- Alle anskaffelser må ha forutsigbare prosesser og frister for beslutning som alle aktører i OUS må slutte opp om, jfr. ekstrakostnader ved anskaffelse av siste Linac i 2015.
- Alle større planlagte anskaffelser skal samordnes med det regionale kompetansesenteret for anskaffelser og andre konkrete større regionale anskaffelser, hvis mulig og praktisk gjennomførbart.
- Ved anskaffelser (spesielt av større radiologiske og laboratorieenheter) utformes kontraktene med opsjoner som gjør det enkel og raskt å reanskaffe utstyr ved nye sammenbrudd.

- Monitorer og mange andre typer MTU har en stadig økende grad av integrasjon og IKT-kontakt. Ved anskaffelsen av nytt MTU som kan tenkes «å komme på nett» blir kompatibiliteten mellom MTU og IKT sjekket spesielt av MTVs «Strategi- og anskaffelsesavdeling» sammen med IKT-organisasjonen.
- Enkelte utstyr som vi forventer skal bryte sammen i nær fremtid løftes inn i elektiv prosess for å få en bedre og mer effektiv anskaffelse. Dette gjør at vi reduserer sammenbruddsrammen noe.
- En del av elektiv ramme settes av til store og dyre anskaffelser som for eksempel Linac. Dette gjør det lettere å ha en styrt utskiftning av kostbare elementer.

7.0 Økonomiske konsekvenser

De økonomiske konsekvenser av stadig eldre MTU er beskrevet i tidligere utredninger fra MTV. MTU er selve drivkraften i pasientbehandlingen i spesialisthelsetjenesten, og en forutsetning for stadig forbedring av produktivitet i de kliniske avdelingene.

8.0 Risikobilde

Å behandle sammenbrudd og reanskaffelse av disse er i dagens utstysforvaltning dominert av prosesser som er defensive og reaktive. Sykehuset klarer ikke å møte utfordringene i forkant ved for eksempel store planlagte utskiftninger før utstyret er medisinsk utdatert eller teknisk bryter sammen. Det er vanskeligere å ta ut synergieffekter av slike kriseaktige utstysanskaffelser og forbedringer i pasientforløp når prosessene er reaktive. OUS oppnår ikke de beste prisene når MTU-anskaffelsene i stor utstrekning skjer enkeltvis, og selve anskaffelsene blir unødvendig tungvinte å gjennomføre. Hyppige sammenbrudd av gammelt utstyr medfører store kostnader for reparasjoner. Gjennomsnittsalderen for MTU er nå den høyeste i HSØ, rundt 11 år.

Kort sammenfatning: En reaktiv behandling av sammenbrudd betyr dårligere og dyrere anskaffelser, mulig stans i pasientbehandling, med mulige fristbrudd og mulig dårligere behandlingskvalitet. En oppdatert utstyspark gir færre fristbrudd og en bedre HMS-situasjon. Den gjennomsnittlige MTU-enhet i hele utstysparken til OUS er fremdeles mer enn 10 år, og er derfor statistisk sett i en alderskategori hvor den snarlig bør skiftes ut. Det er ikke mulig å nå målbildene beskrevet i kap. 1 og kap. 2 og for viktige utstysgrupper beskrevet i kap. 3 med kontroll av forholdet mellom sammenbrudd og elektive anskaffelser innenfor eksisterende budsjetter. Dette forutsetter en betydelig styrking av de årlige investeringsbudsjettene for utstyr. Dette er den største risiko for gjennomføring av prosessen.

9.0 Oversikt/konklusjon

Det legges opp til å dele opp rammen på 409 MNOK i 6 deler:

1. Omstillingsprosjekter (17,8 MNOK)
2. Investeringer for god og effektiv drift (5 MNOK, tidligere Business Case)
3. Sentrale elektive prosjekter for store og dyre MTU-grupper (160,5 MNOK)
4. Havari/Sammenbrudd (139 MNOK)
5. Øvrige elektive behov (84,6 MNOK MNOK, inkl Reservepott og aktivering)
6. Forskningsutstyr (6,5 MNOK)

Omstillingsprosjekter er knyttet til MTU-investeringer på grunn av flytting av aktiviteter, *investeringer for god og effektiv drift* brukes for MTU-anskaffelser som gir en betydelig effektiviseringsgevinst på kort tid, *sentrale elektive prosjekter* er store og dyre MTU-anskaffelser som for eksempel Linac som må ha et eget behandlingsløp. *Havari* er utstyr som bryter sammen, *øvrige elektive behov* er klinikkenes egne prioriterte ønsker, og *forskningsutstyr* er to linjer MTU en til KRE og en til HLK.

Innenfor rammen av *Sentrale elektive prosjekter* prioriteres

- Monitorprosjektet, utskifting av pasientmonitører på Rikshospitalet. Deles på 2016/2017 (30,5 MNOK i 2017)
- 2 stk Linac Radiumhospitalet (68 MNOK)
- 2 PET/CT'er RAD/RH (42,5 MNOK samlet)
- Operasjonsbord og operasjonslamper (20 MNOK)

Øvrige elektive behov følger slavisk klinikkens innmeldte behov og fyller opp til deres andel av denne rammen. Andelen beregnes på grunnlag av klinikkens prosentvise andel av den totale utstyrsparken.

Gjennom å velge denne tilnærmingen oppfylles deler av målsetningen gjennom å prioritere strategiske flaskehalsar som rammer flere klinikker (som monitorprosjektet), dekke noe av etterspørselen etter stort og dyrt utstyr, prioritere forskningsutstyr og driftseffektiviserende tiltak, samt å ta høyde for klinikkens egne innmeldte og prioriterte behov. Etter vår mening er dette den mest balanserte tilnærmingen vi kan ha til utfordringen med gapet mellom avdekkede behov og tildelt investeringsramme, som på en best mulig måte ivaretar sykehusets samlede behov for nytt MTU til pasientbehandling i tiden framover.

Investeringsplan Annet 2017 (dvs investeringer utenom MTU, bygg og IKT)

1. Innledning

Dette notatet gir grunnlag for valg og prioritering av investeringstiltak innenfor området Annet for budsjett 2017. Dokumentet omhandler investeringer i senger, maskiner/utstyr (kjøkken/vaskeri mfl), behandlingshjelpemidler(BHM), ambulanser og andre kjøretøyer, dvs investeringer utenom IKT, MTU og bygg.

Nedenfor gis en tentativ oversikt over de investeringene som planlegges for 2017. Det understrekes at vurderingene og prioriteringene ikke er endelig besluttet og kan bli endret på bakgrunn av ny informasjon.

2. Referansedokumenter:

OUS' styresak 27/2016 Økonomisk langtidsplan 2017-2020 (36).

3. utfordringsbildet:

Bygningsmassens samlede tilstandsgrad er en betydelig utfordring for Oslo universitetssykehus HF også når det gjelder investeringer i kategorien Annet. Frem til nye bygg er på plass, så er det laget oversikter som estimerer investeringsbehovet i dagens bygg uavhengig av fremtidig løsning. Investeringer i havarier må uansett foretas i et kortsiktig perspektiv slik at produksjonen kan holde tritt med sykehusets produksjon for øvrig.

Utskifting av ambulanser er også en utfordring for sykehuset der vi betjener både Oslo og Akershus sykehusområder. Lang kjørelengde på vår ambulanseflåte fører til hyppigere reparasjoner og usikkerhet ift driftstans.

4. Forutsetninger for investeringene i 2016:

Arbeidet med å kartlegge investeringsbehovene innenfor kategorien Annet ble i stor grad gjort i forbindelse med utarbeidelsen av Økonomisk langtidsplan. Det er senere foretatt noen tilpasninger basert på ny informasjon.

Vaskeriet er planlagt faset ut ilt første halvår 2017. Dette skjer i to hovedsakelige faser der fase 1 allerede er startet. Det er kun lagt in et mindre investeringsbeløp som skal dekke helt nødvendige erstatninger ved sammenbrudd.

Utstyr til hjemmebehandling er blitt en mer aktuell behandlingsform ettersom pasienter sendes hjem tidligere fra sykehus. Den teknologiske utviklingen innenfor medisinsk teknisk utstyr til hjemmebehandling forventes å fortsette i årene som kommer. Leverandører kan i dag tilby stadig mer avansert/kostbart MTU, og forskning på området vil føre til at nye utstyrstyper blir utviklet, som igjen vil medføre mer utlevering av utstyr fra sykehuset. I 2017 estimerer sykehuset et investeringsbehov til om lag 23,5 mnok knyttet til behandlingshjelpemidler.

Styresak 75/2016 vedlegg 5 Investeringsplan annet 2017

Hovedkjøkken på Ullevål har store avvik og mangler innen en rekke områder, bygg, ventilasjon, mangel på forsvarlig kjøling, behov for nye dører etc. For 2017 legges det opp til en total gjennomgang og oppgradering av kjøkkenet på Ullevål. Utgiftene til dette dekkes av investeringer for å lukke avvik (se sak om bygg). I sammenhengen vurderes det også å endre produksjon fra damp til elektrisk og dette vil kreve en betydelig reinvestering i kjøkkenutstyr (kjeler etc) som er lagt inn i denne kategorien.

Ambulanser er en stor post innenfor kategorien Annet. Det legges opp til at investeringsbehovet for ambulanser dekkes innenfor finansiell leie. For dette formål er det tegnet en avtale med Siemens Financial Services AB. Det legges opp til utskiftning for om lag 27 mill kroner, om lag 16 nye kjøretøy.

PROTOKOLL

Det er avholdt drøftingsmøte i henhold til hovedavtalen kap. 7, jf arbeidsmiljøloven kap. 8

<i>Dato:</i>	05.12.2016
<i>Sted:</i>	Oslo universitetssykehus
<i>Sak:</i>	Budsjett 2017
<i>Tilstede fra arbeidsgiver:</i>	Morten Meyer (Stab HR), Morten Reymert (Stab ØK), Øyvind Wøllo (Stab ØK), Lisbeth Sommervoll (VAD), Bjørn Erikstein (AD) Referent Mari Torset (Stab HR)
<i>Tilstede fra arbeidstaker:</i>	Svein Erik Urstrømmen (NSF), Veronica Kollevåg (NSF), Ståle Ølberg (Tekna), Per Oddvar Synnes (Foretaksverneombud), Aasmund Bredeli (Dnlf), Nina Bøe (Delta), Bjørn Wølstad-Knudsen (Fagforbundet), Knut Sandli (Fagforbundet), Are Hugo Pripp (Forskerforbundet), Julie Dybvik (NITO)

Sak 1 Budsjett 2017

Øyvind Wøllo presenterte budsjett 2017 slik det skal presenteres i kommende styremøte og redegjorde for budsjettprosessen i klinikkene. Styresaken omhandler punktene nedenfor.

- Investeringsbudsjett
- Driftsbudsjett
 - Utfordring sykehuset
 - Utfordring i klinikk
- Risikovurdering

Det skal planlegges for en aktivitetsvekst på 2,5 prosent for OUS samlet. Faste lønnskostnader vil være om lag uendret, mens innleid arbeidskraft og overtid/ekstrahjelp reduseres betydelig. Ventelister og fristbrudd, pakkeforløp og svartider, bygningsmessige forhold, standard MTU, bemanningsstyring og arbeidsbelastning er noen tema under den overordnede risikovurderingen.

Arbeidstakersidens kommentarer

Arbeidstakersiden ser positivt på at investeringsbudsjettet er styrket, noe som kan føre til at en del pålegg vil kunne lukkes. Imidlertid er det bekymring knyttet til følgende temaer:

- Investeringene i MTU vil ikke være tilstrekkelig for å få ned gjennomsnittlig levealder på utstyret i vesentlig grad. Dette er en stor risiko i pasientbehandling og diagnostikk, dessuten er oppdatert medisinsk-teknisk utstyr en forutsetning for effektivisering.
- Bemanningssituasjonen er krevende for flere enheter. Aktivitetsveksten skal håndteres samtidig med en reduksjon i bemanningsressurser. Det kan medføre et redusert tilbud til pasienter og risiko for dårligere behandlingskvalitet, i tillegg til en arbeidsbelastning som kan føre til negative miljømessige konsekvenser.
- OSS har over lang tid hatt betydelige effektiviseringskrav og det ble bedt om en skjerming av OSS for flere budsjettkutt. Renhold, vedlikehold og portørtjenester ble trukket frem som kritiske områder som ikke bør reduseres ytterligere.
- Det ble bedt om at faglig utvikling og kompetanseheving ikke lenger blir underlagt

- begrensninger.
- Det er meldt fra om at kommunikasjon og reell medvirkning fra tillitsvalgte og fagområder underveis i budsjettarbeidet ikke ble ivaretatt i alle klinikker.
 - Det ble stilt spørsmål om OUS er underfinansiert slik budsjettet for 2017 er lagt frem.

Det vises til vedlagte protokolltilførsler fra arbeidstakersiden.

Arbeidsgivers kommentarer

Arbeidsgiver bekrefter at budsjettsituasjonen for OUS fortsatt er utfordrende, som den har vært de senere år. Det ble gjort presiseringer etter spørsmål fra tillitsvalgte underveis, blant annet når det gjelder risikovurderingene som er gjort.

Det vil blant annet være en krevende situasjon for OSS. Pålegg fra DSB er prioritert i investeringsplanene. Eventuelle ekstraordinære bygningsmessige forhold som avdekkes i gjennomføringen i 2017 vil måtte håndteres med «buffermidler» og omdisponeringer i budsjettet.

Det ble bekreftet det så langt ikke er lagt særskilte restriksjoner for kompetanseutvikling for 2017. Det presiseres samtidig at fravær må planlegges godt.

Det bekreftes at arbeidsgiver må monitorere både arbeidsmiljømessige konsekvenser og fortløpende vurdere risiko for svekkelse i kvalitet i pasientbehandling og -diagnostikk.

Konklusjon

- *Det innarbeides utfyllende kommentarer i styresaken med utgangspunkt i denne drøftingen*
- *Drøftingsprotokoll med protokolltilførsler blir vedlagt styresaken*

Arbeidsgivers signatur
(godkjent per e-post)

Arbeidstakers signatur
(godkjent per e-post)

Vedlegg til protokoll av 05.12.16

Det vises til protokolltilførsler fra følgende arbeidstakerorganisasjoner

1. Vernetjenesten
2. Norsk radiografforbund, med støtte fra Dnlf, Tekna, NITO, NJF
3. Tekna, med støtte fra Dnlf, NITO, NJF
4. Den norske legeforening, med støtte fra NRF, Tekna, NFF, NITO, NJF, Econa, FO
5. Delta, med støtte fra Dnlf, NITO
6. Norsk sykepleierforbund, med støtte fra Dnlf, Nrf, Tekna, NITO, NJF
7. Fagforbundet, med støtte fra Dnlf, Tekna, NITO, NJF
8. NITO, med støtte fra NRF, NJF

Budsjett 2017

Innspill fra vernetjenesten:

Utkast til budsjett 2017, styresak 75/2016, vurderes som todelt. Med dette menes at budsjettutkastet er offensivt ift investeringer (1.538 mrd.), men derimot svært krevende ift drift.

Investeringsbudsjettet vil kunne imøtekomme behovet for tiltak og lukking av pålegg gitt av ulike tilsynsmyndigheter på HMS-området. Dette er positivt. Driftsbudsjettets krav til produktivitetsvekst samt reduksjon i innleie og annen variabel lønn tilsvarende ca. 200 årsverk vil kunne medføre vesentlig økning i arbeidsbelastningen for ansatte. Dette fremkommer også som bekymring fra ansattes representanter i klinikkens drøftinger. Sykehuset må derfor monitorere situasjonen knyttet til arbeidsbelastning og arbeidsmiljø i 2017 slik at tiltak kan iverksettes tidligst mulig ved negativ utvikling.

Konkret plan for ovennevnte bør springe ut av AMUs behandling av budsjettet.

Oslo sykehusservice (OSS) pålegges betydelig rasjonaliseringskrav for 2017. Vernetjenesten ber sykehuset verne deler av OSS' tjenesteområder for ytterligere kutt. Situasjonen knyttet til renhold og portørtjenester er gjentatte ganger, over år, påpekt som kritiske og bør derfor unntas krav til ytterligere rasjonalisering. Eiendomsavdelingens avsatte midler til å håndtere havari bør økes vesentlig utover 15 mill. gjengitt i budsjettutkastet.

Direktoratet for sivil beredskap (DSB) har varslet pålegg ift situasjonen knyttet til elektriske anlegg (og MTU) ved OUS. Svikt i elektriske anlegg representerer en risiko både i et pasientsikkerhets- og arbeidsmiljøperspektiv. Sykehusets gjennomføringsevne for lukking av pålegg/gjennomføring av tiltak må styrkes på dette området i 2017. Dette vil kunne få vesentlige budsjettmessige konsekvenser.

Vernetjenesten er videre bekymret for arbeidsmiljøet ved sykehusets kjente flaskehalser innen radiologi og laboratorievirksomhet. Det meldes om allerede økte arbeidsrelaterte sykemeldinger og økt konfliktnivå blant de ansatte.

Vernetjenesten forventer at sykehusets ressursbruk inn mot kompetanse og faglig utvikling blir normalisert i 2017. Faglig utvikling er vesentlig for ansattes motivasjon og jobbegasjement.

Mvh
Per Oddvar Synnes
Foretakshovedverneombud

Drøfting av budsjett Oslo universitetssykehus

5.12.2016

Protokolltilførsel

I saksgrunnlaget for styresak 7/2016 er det beskrevet at det er betydelig økonomisk risiko knyttet til å gjennomføre 2017- budsjett. Etter det vi har kunnskap om og erfaringer fra, må vi si oss ening i det.

Vi må få påpeke at saksgrunnlaget for drøftingsprosessen budsjett 2017 har etter vår oppfatning vært dårlig tilgjengelig formulert. Det er ikke drøftet hva kravet om aktivitetsøkning vil innebære eller hva reduksjon av innleie og ekstravakter vil innebære for kapasiteten i Ous. Vår oppfatning er at det økonomiske aspektet ved vår virksomhet er frakoblet samfunnsoppdraget, og budsjettprosessen fremstår som en ren talløvelse uten at den henger fast i vår virksomhet. Hvis samfunnsoppdraget hadde vært grunnlaget for de økonomiske planene, ville det synliggjort hva som trengs av ressurser eller eventuelt omdisponeres. Slik det fremlegges i dette saksdokumentet kan vi ikke drøfte betydningen av 4 % aktivitetsøkning da det ikke på noen som helst nivå er beskrevet hva denne aktivitetsøkningen reelt vil beså av. Gjelder det aktivitet der det kan være mulig for å arbeide mer effektivt, bedre pasientlogistikk, burde dette vært synliggjort. Dersom det er kunnskap om økt behov for sykehustjenestene som sykehuset i dag ikke kan ivareta, så burde kravene til ressurser for å ivareta disse behovene bli beskrevet.

Det er i budsjett 2017 lagt inn en økning av midler til Medisinskteknisk utstyr, MTU. Dette handler om pasientsikkerhet siden nytt utstyr har høyere diagnostisk kvalitet og det vil være bedre strålehygienisk. I tillegg vil det effektivisere arbeidet siden nytt utstyr i flere tilfeller reduserer tidsbruken ved hver undersøkelse/behandling.

I Klinikk for radiologi og nukleærmedisin, KRN, er 33 % av MTU eldre enn 10 år. Internasjonal anbefaling er at 10 % kan være eldre enn 10 år. Videre setter Helse Sør-Øst krav i anbudene til de private radiologiske instituttene at ingen av deres MTU skal være eldre enn 7 år. Kostnadene for å kunne opprettholde en slik utstyrspark i de private blir nødvendigvis påført det offentlige gjennom takstene de tar for de tjenestene de leverer.

KRN sitt estimat for å få en MTU park som over tid vil kunne møte et akseptabelt nivå, er 300 millioner kr pr år i de kommende år. Listen over MTU som er lagt ved styredokumentene er langt fra fullstendig liste over det som faktisk trengs.

Videre så er det 5 stråleterapiapparat i Kreftklinikken på Ullevål som er 10 år i år, et som er 15 år og et nytt. Kostnad pr stråleterapiapparat er 30 millioner, totalt trengs 180 millioner for å fornye her. Det er også stråleterapiapparat på Radiumhospitalet som bør fornyes.

På bakgrunn av dette kan man fort se at et budsjett på 467 millioner ikke kan imøtekomme behovet for investeringer i MTU totalt sett i Oslo universitetssykehus.

Vi kan ikke se at det er rom for økt aktivitet i KRN eller ved stråleterapiseksjonen uten økt bemanning og/eller økt fornying av utstyrsparken. Samtidig kan vi ikke utrede hva dette konkret begrunnes i da vi ikke har fått innsikt i hva økt aktivitet innebærer. Vi vet at MR kapasiteten på Rikshospitalet er for lav pr i dag, og det må bygges ny MR lab for å kunne imøtekomme behovet.

Med vennlig hilsen

Eli Skorpen
Foretakstillitsvalgt,
Norsk Radiografforbund
Oslo universitetssykehus

Drøftingsnotat

Vedr. forslag til budsjett for 2017 i styresak 75/2016:

Vi i Tekna er bekymret for at budsjettforslaget ikke er gjennomførbart uten betydelig risiko for kvaliteten på pasientbehandlingen og de ansattes arbeidsmiljø.

For å sikre god og forsvarlig drift ber vi om at ledelsen underveis i 2017, i tett samarbeid med de tillitsvalgte og vernetjenesten, sørger for grundige risikovurderinger og konsekvensanalyser av tiltakene som er iverksatt. Konsekvensene for pasientsikkerheten og arbeidsmiljøet bør særlig vurderes.

Vi er også bekymret for at planlagte investeringer til MTU (medisinskteknisk utstyr) ikke er tilstrekkelig for å få ned den relativt høye gjennomsnittsalderen til MTU ved OUS. Gammelt MTU kan enkeltvis medføre betydelig risiko for suboptimal kvalitet på pasientbehandlingen, økte driftskostnader og havarisituasjoner som er en belastning for både ansatte og organisasjonen.

Mvh,

Ståle Ølberg

for Even S. Røst

Foretakstillitsvalgt for Tekna v/OUS

Legeforeningens drøftingsprotokoll til budsjettforslag 2017 Oslo universitetssykehus

Legeforeningen er svært bekymret for om budsjettforslaget for 2017 er gjennomførbart i henhold til sykehusets oppgaver som gis i oppdragsdokumentet. Effektiviseringskravet og det tilhørende økonomiske resultatkravet synes urealistisk.

Investeringsbudsjettet er styrket. Imidlertid er deler av de foreslåtte investeringene avhengig av effektivisering og resultatkrav gitt i driftsbudsjettet. Dermed blir det stor risiko for at viktige og nødvendige investeringer må utsettes.

Sykehuset er i en vanskelig situasjon med store økonomiske utfordringer, for lav kapasitet innen en rekke fagområder, og behov for store investeringer. Samlet synes både drift og investeringer å være underfinansiert slik at den økonomiske bærekraften for sykehusets fremtidsplaner settes på prøve.

Sykehusets klinikker har gjennom flere år arbeidet med å løse disse utfordringene ved bruk av liknende tiltak som foreslås i budsjettforelegget. Legeforeningen har dessverre liten tro på at dette arbeidet har bedre forutsetninger for å lykkes i 2017. Vi stiller oss derfor tvilende til om sykehuset er i stand til å håndtere aktivitetsveksten og tilhørende effektiviseringskrav innenfor budsjetttrammene.

Driftsbudsjettet innebærer en effektivisering av driften fra om lag 3% i 2016 til ca 4 % i 2017. Økt krav til effektivisering skyldes blant annet etterslep fra inneværende budsjettår. Budsjettforslaget mangler fremdeles konkrete tiltak og planer for å nå dette målet. Erfaringen de siste årene viser at sykehuset klarer å gjennomføre knapt 2/3 av planlagte innsparingstiltak.

Budsjettforelegget forutsetter i praksis en nedbemanning på om lag 200 årsverk på grunn av nedtrekk i innleid arbeidskraft, overtid og ekstrahjelp. Det foreligger ingen konkrete planer for hvordan denne arbeidskraften skal erstattes. Aktiviteten og aktivitetsveksten må dermed håndteres av færre ansatte. Legeforeningen er bekymret for at nedbemanningen i driften vil medføre redusert tilbud for pasientene med fare for redusert kvalitet i pasientbehandlingen og økt arbeidsbelastning med arbeidsmiljømessige negative konsekvenser.

Det er forutsatt at tillitsvalgte på alle nivå i sykehuset skal involveres i arbeidet med budsjett. Fra enkelte klinikker meldes det dessverre om overflatiske presentasjoner og medvirkningsprosesser. Dette er uheldig da involvering, informasjon og diskusjon med de tillitsvalgte vil kunne bidra til at de ansatte får større eierskap til beslutning og gjennomføring av de foreslåtte endringene i budsjettet.

Legeforeningen viser for øvrig til drøftingsprotokollene fra klinikkene.

Legeforeningen
Aasmund M. Bredeli (sign)

Protokolltilførsel budsjett 2017 fra Delta

Delta er bekymret for at neste års budsjettsituasjon kan på lang sikt føre til mistriivsel og dårligere arbeidsmiljø. Konsekvensene kan være fare for konflikter, mindre stabilitet, økt gjennomtrekk og svikt i rutinene.

Delta er også bekymret for ledighold av stillinger og reduksjon av innleie tilsvarende betydelig antall årsverk. Dette vil medføre ekstra belastning på de ansatte og vil i stor grad gå ut over fagutvikling.

Delta er også bekymret for aktivitetsøkningen i klinikkene som må dekkes innenfor dagens bemanning og i tillegg ett krav om effektivisering. Som en konsekvens kan det føre til lengre responstid for pasientene, som på sikt vil gå utover behandlingen og utover pleiepersonalet som har det daglige ansvaret for pasienten.

I psykiatrien kan ledighold av stillinger føre til mindre kapasitet for oppfølging av pasienter, økt fare for svikt i rutiner, økning av HMS-avvik og økt sykefravær som igjen vil ha store konsekvenser for i det systematiske arbeidet med f.eks vold og trusler.

Sentrale punkter i dette arbeidet er kommunikasjon, samarbeid og enhetlig holdning. Delta registrerer også at OSS må bære en stor andel av innsparingene, dette på tross av at de i flere år har hatt de største kuttene. Ledere og ansatte er bekymret over at det er vanskelig å redusere ytterligere uten at det vil gå utover vedlikehold, renhold, erstatning av personell ved sykefravær, portørtransport mm.

Delta viser også til drøfteprotokoll fra klinikkene.

Nina Bøe
Foretakstillitsvalgt Delta
Oslo universitetssykehus HF

Drøfting budsjett 2017

Protokolltilførsel fra NSF:

NSF ser med stor bekymring på konsekvenser av budsjett 2017.

Med et effektiviseringskrav på rundt 4 % for å nå målsettingen i Økonomisk langtidsplan, synes det umulig for klinikkene å innfri budsjettkravet uten at det får konsekvenser for kvalitet og forsvarlighet i pasientbehandlingen.

Det legges opp til reduksjon i bemanningsressurser i en allerede svært presset organisasjon, noe som vil føre til økt arbeidspress for de ansatte. For NSF's medlemmer vil dette mange steder bety et økende gap mellom pasientenes behov for sykepleie og tilgjengelig bemanning. Dette er en situasjon som forverres år for år som følge av trange budsjetttrammer og effektiviseringskrav, og som gjør det svært utfordrende å sikre behandlingsskapitet og god drift ved sykehuset.

Videre er det en bekymring at en marginal bemanningssituasjon vil redusere muligheten til kompetanseutvikling. OUS kan komme i en situasjon der det blir mer og mer krevende å rekruttere og beholde kompetanse.

Budsjettet bærer preg av at OUS er underfinansiert i forhold til oppdrag og oppgaver.

OUS, 07.12.16

Svein Erik Urstrømmen, FTV - NSF



Fagforbundet sykehus og helse, Oslo, avd.028

Oslo 7

des. 16

Protokoll til drøftingsmøte 5 desember 2016 vedrørende budsjett 2017

Fagforbundet vil her komme med sine bemerkninger til budsjett 2017. Fagforbundet er sterkt kritisk til det fremlagte budsjettforslaget. Driftsbudsjettet er så marginalisert at det svekker ansattes mulighet for å gi god faglig forsvarlig pleie og omsorg. Det har under hele høsten vært meldt inn fra tillitsvalgte til oss om dette.

Fagforbundet mener at stor bruk av innleie kontra faste ansatte i kombinasjon med økende antall pasienter utgjør en fare for det psykososiale og fysiske arbeidsmiljøet. Det store nedtrekket i antall stillinger vil øke belastningene på de gjenværende ansatte.

Budsjettforslaget foreslår å redusere budsjettet i OSS med 53 millioner, hvorav noe av dette skal være å redusere antall renholdere og portører. Fagforbundet mener dette vil være uansvarlig og vil skyve arbeidsoppgaver over til andre yrkesgrupper noe vi på det sterkeste vil advare mot.

Fagforbundet ber om at det rettes et spesielt fokus på KPHA. Eksempelvis pålegges klinikken å åpne en ny avdeling innenfor nåværende kostnadsramme. I tillegg til dette er klinikken pålagt å spare 7 millioner kroner. Samlet vil dette gå utover kapasiteten og kvaliteten i pasientbehandlingen.

Klinikkhovedtillitsvalgte i klinikkene melder tilbake om god prosess på klinikknivå. Men at prosessene ute i avdelinger og seksjoner nærmest har vært fraværende.

Bjørn Wølsted-Knudsen
Foretakstillitsvalgt
Fagforbundet

Drøfteprotokoll Budsjett 2017 05.12.16

NITO er bekymret for utviklingen i Oslo universitetssykehus. Det jobbes hardt og det gjennomføres mange tiltak som er meget krevende, og man opplever at incentiver er fraværende og det må foretaket ta på alvor.

Vi mener et effektiviseringskrav på 4 % for 2017 er svært bekymringsfullt med tanke på gjennomføringsevne og stiller spørsmål ved forsvarlighet av neste års budsjett med tanke på gamle bygg, MTU, utdaterte elektriske anlegg og mangel på adekvate IKT løsninger blant annet i diagnostikken.

Det positive er at investeringsbudsjettet er styrket, men de foreslåtte investeringene er avhengig av effektivisering og resultatkrav gitt i driftsbudsjettet.

Det er igjen risiko for at man holder tilbake nødvendig investeringer for nytt medisinsk teknisk utstyr (MTU). Vi mener foretaket må satse tungt på dette området med tanke på pasientbehandlingen.

Det er svært bekymringsfullt at vi så langt ikke har klart å redusere gjennomsnittlig levealder på MTU i foretaket. For å oppnå målbildet på 7,4 år for MTU må det investeres for 500 millioner i året og vi er langt fra målet. I 2016 investerte man for 239 mill i MTU, og 2/3 av investeringsmidlene går til reanskaffelse av sammenbrudd. Det er svært bekymringsfullt at den gjennomsnittlige MTU-enhet i hele utstyrsparken til OUS er statistisk i en alderskategori hvor den snarlig bør skiftes ut. En realitet er at MTU ofte er faglig utdatert før det teknisk er klart for utrangering eller kassasjon.

At man velger å fortsette med tiltak som går ut på å redusere vedlikehold på bygningsområdet med tanke på utfordringene OUS har på området er uforsvarlig. Manglende vedlikehold over flere tiår er grunnen til at man fikk en tiltakspakke som er sårt tiltrengt. Det er positivt at vi har fått midler til å investere, men dette medfører økte driftskostnader i bygg og tekniske anlegg. NITO er svært bekymret for at vi i 2016 ikke har klart å bruke de midlene som var avsatt i inneværende år til dette formålet, og stiller spørsmål om det er realistisk at OUS skal klare å oppnå dette i 2017 med budsjettet som ligger til grunn.

NITO er bekymret for den enkelte arbeidsbelastning med tanke på den marginale bemanningssituasjon. Det kan bli utfordrende å beholde og rekruttere fagfolk OUS har behov for.

På generelt grunnlag oppleves drøfting av budsjett som dels mangelfull, da man ikke har hatt medvirkning nedover i organisasjonen. Noe som er uheldig da informasjon og involvering av tillitsvalgte vil kunne få de ansatte til å føle mer eierskap til gjennomføring av de beslutningene som blir tatt i budsjettprosessen.

Foretakstillitsvalgt
Julie Dybvik

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. desember 2016

Saksbehandler: Medisinsk direktør

Vedlegg:

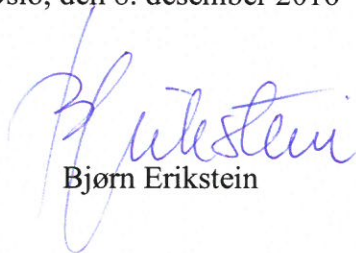
SAK 76/2016

STORBYLEGEVAKT

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering og støtter at det beskrevne ønske om areal i Storbylegevakten legges til grunn for planleggingen i prosjektfasen.

Oslo, den 8. desember 2016


Bjørn Erikstein

Bakgrunn

Oslo kommune har siden år 1900 hatt en sentral legevakt i Storgaten 40. Virksomheten består av et bredt tverrfaglig tilbud som ytes delvis av Oslo kommune og delvis av Oslo universitetssykehus HF. Virksomheten omfatter tradisjonell allmennlegevakt, observasjonspost, overgrepsmottak, psykiatrisk legevakt, skadelegevakt med en operativ virksomhet og akutte psykososiale tjenester, inkludert døgnåpent sosialkontor og et ambulant team. Oslo universitetssykehus har ortopedisk poliklinikk og ortopedisk operasjonsavdeling i lokalene. Det ligger et døgnåpent apotek i tilknytning til lokalene. Oslo universitetssykehus HF betaler leie til Oslo kommune for sin arealbruk.

Det har siden 2006 pågått en utredning av en ny storbylegevakt i Oslo kommune til erstatning for dagens allmennlegevakt og skadelegevakt som er i gamle og uegnede bygninger. Storbylegevakten ble først planlagt lagt nær Ullevål sykehus, deretter ble den planlagt generisk med mulighet for flere lokalisasjoner, deriblant nær Aker sykehus. Konseptrapporten ble ferdigstilt i vår. Det er dimensjonert for forventet aktivitet i 2035. Oslo universitetssykehus var i konseptrapporten tiltenkt omtrent halvparten av arealet i ny storbylegevakt (halvparten av ca. 11500 netto kvm) som leietaker.

Etter at Helse Sør-Øst RHF i juni 2016 bestemte utbygging av et lokalsykehus på Aker sykehus samlet Oslo kommune seg om Aker sykehus som plassering for storbylegevakten. Den 8. september i år godkjente byrådet konseptutredningen for videreføring til forprosjektfase. Det er enighet mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF om plassering på Aker sykehus. Oslo kommune ønsker å erverve tomten fra Oslo universitetssykehus HF ved makeskifte med annen tomt.

Oslo kommune planlegger oppstart av forprosjektfase i januar 2017 med sikte på politisk behandling den 24. mai 2019 og ferdig bygg i 2022. Byrådsavdeling for eldre, helse og sosiale tjenester sendte 29. november i år et oppdrag om gjennomføring av forprosjektfasen ny storbylegevakt til Omsorgsbygg Oslo KF.

Oslo kommune har bedt Oslo universitetssykehus HF om å kvalitetssikre arealene som ønskes leiet nå når lokalisasjonen er bestemt til Aker sykehus og det planlegges et lokalsykehus på Aker.

Det er usikkert når et lokalsykehus vil kunne åpnes, men det er sannsynligvis noen år senere enn forventet ferdig storbylegevakt. Det innebærer at dersom noe areal tas ut av storbylegevakten for å legges i lokalsykehuset, så må aktiviteten planlegges i nåværende Aker sykehus eller fortsatt i leide lokaler i Storgaten i mellomperioden fra ferdig storbylegevakt til ferdig lokalsykehus.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Dagens samlokalisering av kommunens allmennlegevakt med Oslo universitetssykehus sin skadelegevakt bidrar til en effektiv ordning for pasienter som kommer til legevakten. Den ordningen bør derfor videreføres i det nye storbylegevaktbygget.

Med plasseringen av storbylegevakten på Aker sykehus er behovet for areal til Oslo universitetssykehus i bygget blitt noe redusert fra tidligere planlegging ved at noen av funksjonene kan ivaretas i det tilliggende lokalsykehuset.

For å sikre en best mulig samordning forutsetter derfor Oslo universitetssykehus at det vil være et nært samarbeid i planleggingen av storbylegevakt med planleggingen av lokalsykehus på Aker.

Kommunen ønsker en avklaring fra Oslo universitetssykehus på hvilket areal som skal legges til grunn i den videre planleggingen av storbylegevaktbygget på Aker sykehus. Det anbefales at styret slutter seg til at det er arealet beskrevet i denne saken som legges til grunn i den videre planleggingen.

Endelig vedtak om bygget skal oppføres, gjøres først i mai 2019.

Innen den tid må tomtespørsmål og leiekontrakt være avklart. Det er Helse Sør-Øst RHF som har fullmakt til å vedta leie i storbylegevaktbygget. Oslo universitetssykehus legger til grunn at leiekostnaden for areal i det nye bygget vil være tilnærmet lik arealkostnaden for å eie bygget.

Oslo universitetssykehus' arealbehov i Storbylegevakten

Utgangspunktet for kvalitetssikringen er dokumentet Storbylegevakt Hovedfunksjonsprogram 13. mai 2016. Arealbehovet i hovedfunksjonsprogrammet er beregnet med fremskrevet aktivitet til 2035.

Oslo universitetssykehus ønsker å opprettholde modellen med samlokalisert allmennelegevakt og skadelegevakt. Plassering på Aker sykehus endrer ikke forventet arealbehov for skadelegevakten, 859 netto kvm. + 41 % av observasjonsposten (= 294 netto kvm.).

Ortopedisk klinikk (som innbefatter skadelegevakten) ønsker å opprettholde en dagkirurgisk ortopedisk enhet og en ortopedisk poliklinikk. Denne er en faglig støtte til skadelegevakten. Ortopedisk poliklinikk planlegges med 469 netto kvm. Operasjonsenheten er planlagt med 8 operasjonsstuer (har nå 5) og 2 skiftstuer, til sammen 818 netto kvm. Akuttklinikken påpeker at skal dersom det skal etableres en dagkirurgisk enhet så bør den være på 8 operasjonsstuer for å få effektiv drift. En dagkirurgisk enhet bør ligge adskilt fra en vanlig operasjonsenhet. Enheten kan også brukes til annen dagkirurgisk aktivitet enn ortopedi. Det vil før lokalsykehuset på Aker er ferdig kunne bli en mangel på operasjonsstuer i Oslo universitetssykehus.

Det er planlagt med 125 netto kvm til sterilenhet. Det bygges nå en sterilsentral på Aker sykehus som bl.a. skal betjene Radiumhospitalet. Det reduseres derfor på dette arealet til 50 netto kvm til vask av utstyr og mottak fra sterilsentralen. Ønske om en 18 sengers 5 døgn sengepost opprettholdes (739 netto kvm.). Videre opprettholdes ønske om treningsrom og konsultasjonsrom for håndterapi fysioterapi på 145 netto kvm.

Radiologiske modaliteter i storbylegevakten:

Med nærhet mellom planlagt storbylegevakt og dagens «gamle Aker sykehus» kan det være hensiktsmessig å planlegge med noe færre modaliteter enn det som tidligere er planlagt. Det foreslås en reduksjon for MR (initialt bare en maskin, men areal for to) og for ultralyd (tidligere foreslått ett apparat), som ivaretas i sykehuset.

Det planlegges drift på 8 modaliteter. 4 konvensjonelle modaliteter (2 stk bør plasseres i akuttsløyfen og 2 stk i nær tilslutning til ortopedisk elektiv pasientbehandling). 2 CT-maskiner (1 bør plasseres i akuttsløyfen og 1 ifm allmennlegevakt). 1 (2) MR-maskiner (1 bør plasseres ifm ortopedisk elektiv pasientbehandling). Det bør planlegges bygningsmessig for 2 MR-maskiner, men kun 1 MR-maskin installeres ved oppstart. Bentetthetsmåler (DXA-maskin) er her ikke medtatt.

Totalt arealbehov 750 netto kvm (justert ned fra 815 netto kvm).

Psykiatrisk legevakt:

Oslo universitetssykehus HF har ansvar for en psykiatrisk legevakt som drives i godt samarbeid med allmennlegevakten, skadelegevakten og sosialt ambulans team. Tilbudet gjelder hele Oslo. Selv om tilbudet på de distriktpsikiatriske sentrene har økt finner en det riktig å opprettholde planene som tidligere med 46 netto kvm.

Spesialisthelsetjeneste:

300 netto kvm er satt av i planene til dette. 50 netto kvm er planlagt til pasientnære laboratorieanalyser. Dette opprettholdes. Resten var planlagt til medisinske spesialister, gynekologer og pediatere. Det er ikke ønskelig. Netto areal minskes dermed med 250 kvm. Det anbefales at det planlegges med areal som kan leie ut til avtalespesialister f.eks. i gynekologi.

Rusakuttmottak:

Oslo universitetssykehus HF har sitt rusakuttmottak på Aker. Det er ikke ønskelig med areal i storbylegevakten. Det vil bli et nært samarbeid og fagfolkene vil medvirke i utformingen av storbylegevakten for å få til gode pasientforløp.

Prehospital:

Prehospital har ikke bruk for egne arealer. De vil medvirke i utformingen av storbylegevakten slik at det blir gode forhold for levering og henting av pasienter.

Øvrige lokaler

Det er satt av 1217 netto kvm til møterom og kontorer klinisk personale (Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF). Dette vil måtte gjennomgå i prosjektfasen. Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF har forskjellig kontornormer. Det er satt av 210 netto kvm samlet til forskning, utdanning og undervisning. Dette må gjennomgå i forprosjektfasen, og det må spesielt ses på hva som er areal forventet brukt av Universitetet i Oslo. Fordelingen av areal til garderobes, kantine, mottaksareal m.m. må gjennomgå i forprosjektfasen.

Storbylegevakten plasseres med gamle Aker sykehus og et nytt lokalsykehus på Aker som nærmeste naboer. Det gir en stor fremtidig fleksibilitet ved endrede behov da arealer i nabohusene kan tas i bruk (evt. leies av Oslo kommune).

Oslo universitetssykehus HF har et ønske om å leie areal i underkant av 5500 netto kvm hvorav halvparten er tiltenkt elektiv spesialisthelsetjeneste og halvparten er direkte koblet til legevaktfunksjoner. Det er ca. 400 netto kvm mindre enn tidligere ønsket. Dette legges til grunn for planleggingen i forprosjektfasen. Det vil da bli ny detaljert gjennomgang av alt areal i forhold til behov.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. desember 2016

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg:

SAK 77/2016 VALG AV ANSATTEVALGTE STYREMEDLEMMER – OPPNEVNING AV VALGSTYRE

Inneværende periode for styremedlemmer valgt av og blant de ansatte løper ut 15. mars 2019. Før utløpet skal det avholdes valg på styremedlemmer for neste toårsperiode.

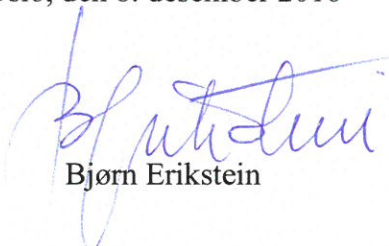
Etter forskrift om valg av styremedlemmer av og blant de ansatte i styret ved helseforetak, skal styret ved Oslo universitetssykehus HF oppnevne et valgstyre som forestår den praktiske gjennomføringen av valget. Valgstyret ved Oslo universitetssykehus skal ha seks medlemmer med varamedlemmer. Fire medlemmer til valgstyret foreslås fra arbeidstagerens organisasjoner og to medlemmer foreslås fra administrasjonen i foretaket. På denne bakgrunn foreslås et valgstyre bestående av medlemmene som fremkommer i vedtaksforslag nedenfor.

Forslag til vedtak:

Styret oppnevner følgende valgstyre til valget av styremedlemmer av og blant de ansatte:

1. *Merete Skaug, vara Line Torkildsen*
2. *Mari Torset, vara Anette Røkholt*
3. *Kjersti Baksaas-Aasen, vara Øystein Undseth*
4. *Brynhild Asperud, vara Kajsa M. Liljefors*
5. *Veronica Kollevåg, vara Berit Averstad*
6. *Tove Røsten, vara Karina Torsæter*

Oslo, den 8. desember 2016



Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. desember 2016

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

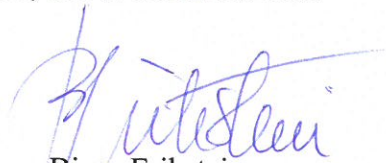
Vedlegg:

SAK 78/2016 LEIE I FORSKNINGSVEIEN 2

Forslag til vedtak:

- 1. Styret slutter seg til at Oslo universitetssykehus forlenger leieavtalene for Forskningsveien 2 fra 31. desember 2021 til 31. desember 2031 ved utøvelse av opsjon i leieavtalene og ber administrerende direktør om å fremme saken til Helse Sør-Øst RHF.*
- 2. Administrerende direktør gis fullmakt til å forlenge leieavtalene for Forskningsveien 2 fra 31. desember 2021 til 31. desember 2031, forutsatt godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.*

Oslo, den 8. desember 2016


Bjørn Erikstein

Sammendrag

Oslo universitetssykehus HF leier i dag hele Forskningsveien 2, et kontorbygg lokalisert på nedsiden av Ringveien i kort gangavstand fra Rikshospitalet. Forskningsveien 2 består av 4 sammenhengende bygninger (A, B, C, og D). Leieforholdet for bygg C/D ble inngått før fusjonsprosessen og løper i hovedsak ut 2021.

Med et ønske om å samordne administrative enheter som er avhengige av fellessystemer vedtok styret i sak 90/2010 å utvide leiearealet i Forskningsveien.

I 2011 ble det inngått en 5-års leieavtale for den andre halvdel av bygget, bygg A/B med adresse Forskningsveien 2A. Etter styrets vedtak i sak 56/2015, og godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF, ble avtalen forlenget med fem år fra 31.12.2016, slik at også denne avtalen løper ut 2021.

I begge disse leieforhold ligger en mulighet for senere utøvelse av opsjoner på ytterlig to ganger fem år. Oslo universitetssykehus HF har mottatt et tilbud om reduksjon i husleien på 50 millioner kroner. For å få utløst dette må foretaket nå utløse disse opsjoner og binde seg til at leiekontraktene løper fast og uoppsigelig fra 31.12.2021 til 31.12.2031. Øvrige betingelser er uendret.

Årlig leie (2016) samt felleskostnader for hele Forskningsveien utgjør 52 millioner kroner. Samlet forpliktelse i opsjonens 10-års periode er forventet i underkant av 500 millioner kroner. Dette overskrider administrerende direktørs fullmakter og må dermed godkjennes av Helse Sør-Øst RHF.

Forskningsveien utgjør om lag 23 000 kvadratmeter og består av moderne effektive cellekontorer og kontorlandskap, møterom og prosjektlokaler, datakursrom, resepsjon samt kantine for hele bygget. Bygget huser i dag blant annet enheter som Regnskap, Innkjøp, Dokumentsenter, IKT, Personalformidling, Biobank, ledelsen og stab i Oslo sykehusservice og Kreftklinikken, ledelse Virksomhetsområde Eiendom, Fagavdeling Renhold, og prosjekter som GAT, DIPS og Metavision, Miljøprosjektet, og prosjekt fremtidens Oslo universitetssykehus.

Samlokalisering i Forskningsveien har gitt gevinster, både stabil kvalitet og økt effektivitet, slik styret la til grunn ved sitt vedtak i 2010. Med den retningen helseforetaket har pekt ut for videre utvikling, er det sannsynlig at behovet for disse kontorarealer også vil være gjeldende ut over de neste fem år. En beslutning om inngåelse av en langsiktig avtale på 10 år med reduksjon i husleien over denne leieperioden, gir forutsigbarhet og reduserer risiko for forhandlinger under fremtidige markedsvilkår.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Det er viktig for driften av Oslo universitetssykehus at de gevinster som er oppnådd, ved samordning av de enheter som er omtalt i denne sak, videreføres. Ved nå å benytte muligheten for utøvelse av opsjon på 10 år til en reduksjon i husleien over leieperioden, vil dette leienivået bli låst frem til 2031. På denne bakgrunn foreslås det at styret slutter seg til at administrerende direktør gis fullmakt til å forlenge leieavtalene for Forskningsveien med 10 år fra 31. desember 2021 ved utøvelse av opsjon i eksisterende leieavtale, forutsatt at dette er godkjent i Helse Sør Øst.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. desember 2016

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

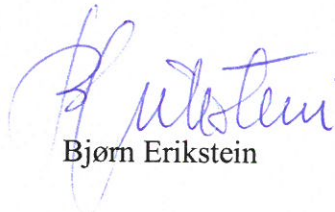
SAK 79/2016 DIGITAL PASIENTKOMMUNIKASJON

I styremøte blir Oslo universitetssykehus' nye internettside presentert. Dette skal være pasientenes nettside med tydeligere vekt på pasientenes helsereise gjennom sykehuset. Nettsidene er en del av felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten.

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 8. desember 2016



Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak


Dato møte: 15. desember 2016
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Årsplan

SAK 80/2016 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak

1. *Styret tar saken til orientering.*
2. *Styret setter opp et styremøte 24. mars 2017.*

Oslo, den 8. desember 2016



Bjørn Erikstein

Årsplan for styret i Oslo universitetssykehus HF

Møte	Vedtaksaker	Orienteringssaker
17. februar 2017 kl 8-14	Årlig melding Konsernrevisjonsrapport	Rapportering Plan for styret Oppfølging styresaker
24. mars 2017 Kl 8-14	Årsrapport Oppdrag fra eier	Rapportering Plan for styret
4. mai 2017 kl 8-14	Økonomisk langtidsplan	Rapportering Plan for styret
24. mai 2017 Kl 8-14 Reservetid		
22. juni 2017 kl 8-14	Økonomisk langtidsplan	Rapportering Plan for styret
29. september kl 8-14	Budsjett 2018 Eierskap i selskaper	Rapportering Plan for styret Oppfølging styresaker Møte med Brukerutvalget
26. oktober 2017 kl 8-14	Ledelsens gjennomgang 2. tertial Budsjett 2018	Rapportering Plan for styret
26. oktober 2017 kl 14-19	Styreseminar	
23. november 2017 Kl 8-14 Reservetid		
15. desember 2017 kl 8-14	Budsjett 2018	Rapportering Plan for styret

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. desember 2016

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

SAK 81/2016 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

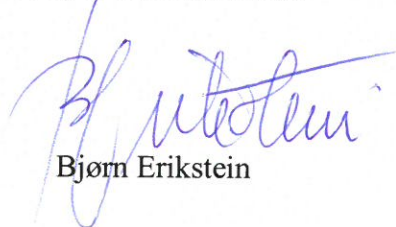
Følgende legges frem til orientering:

1. Drift
2. Samhandling
3. Juridiske forhold – rettsvister
4. Medieomtale 1. august – 30. november 2016
5. Referat og øvrige vedlegg

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 8. desember 2016



Bjørn Erikstein

1. DRIFT

• Ventelister

TV2 har hatt flere reportasjer om at OUS ikke følger retningslinjene for behandling av søknader på nyhenviste pasienter til sykehuset og heller ikke prioriterer riktig i forhold til pasienter som er i et utrednings, behandlings eller kontrollopplegg. Ansatte i sykehuset har uttalt seg om dette.

Det har vært stort fokus på ventelister i lang tid i OUS. Retningslinjene for behandling av søknader er justert regelmessig blant annet ifm innføring av nytt pasientadministrativt system og journalsystem i 2014 (DIPS). Retningslinjene ble videre oppdatert i forbindelse med endringer i pasient- og brukerrettighetsloven i 2015. I forbindelse med endringer i lov og forskrift er retningslinjene for hvordan nye søknader skal håndteres på nytt justert og kommunisert, både med internt opplæringsprogram til leger, kontorpersonell og koordinatorene og ved hjelp av Helsedirektoratets eLæringsprogram i prioritering og rettighetsvurdering i spesialisthelsetjenesten. Flere av prosedyrene som er utarbeidet i OUS er etablert som regional standard i Helse Sør-Øst, og de opplæringstiltak som har vært iverksatt i OUS har vært gjenstand for erfaringsoverføring til andre HF i regionen. Retningslinjene sier at den enkelte pasient skal få en individuell behandling av sin søknad. Valget *Utredning* benyttes når det er uklart om pasienten skal behandles og/eller når tilstanden er uavklart. *Behandling* benyttes når det er bestemt at pasienten skal inn til behandling. I tillegg er det egen retningslinje for å forebygge at fristbrudd oppstår og hvordan man håndterer pasienter som opplever brudd på utrednings- eller behandlingsfristen.

Det er etablert et tverrfaglig ventelistenettverk i sykehuset som har som mandat å arbeide for kontinuerlig forbedring i bruk av det pasientadministrative systemet og med oppfølging av rutiner som sikrer god tilgjengelighet og kapasitetsutnyttelse. Kontorpersonell og pasientkoordinatorer gjennomgår internsertifisering i henvisningsperioden (med eksamen). Det er utarbeidet et betydelig materiale innen opplæring og retningslinjer for hvordan henvisninger skal håndteres.

Korrekt registrering og vurdering har vært diskutert i ledermøtet for sykehuset mange ganger. Ventelistedata kvalitetssikres etter bestemt rutine og etter bestemte rapporter fra DIPS hvor kriterieutvalget er besluttet av ledermøtet. Dette følges opp ukentlig i ledermøtet med fokus på ventetider, fristbrudd og langtidsventende (over 12 mndr), og i tillegg tentativ dato passert, dvs de pasientene som allerede er i et forløp i sykehuset og venter på kontrolltime, ny undersøkelse eller behandling.

Pasienter som venter på videre utredning, behandling eller kontrolltime følges særlig med henblikk på de frister som er angitt for videre oppfølging (såkalt tentativ dato/tid). Datagrunnlaget har frem til nå vært vanskelig å dele opp for denne gruppen, men vi er nå i innspurten for å få på plass mer konkrete data for hva disse pasientene venter på og hvor lenge de har ventet.

Oppfølging av ventelister og fristbrudd er inkludert i vår handlingsplan for 2016. Styret for OUS orienteres i hvert styremøte i Rapporteringssaken om ventelister, ventetid, fristbrudd, tentativ dato passert og åpen henvisningsperiode uten ny kontakt. Styret får også til behandling risikovurderinger hvert tertial som også omfatter henvisninger og ventelister/fristbrudd og andre forhold viktige for behandlingsskapasiteten.

Totalt sett har ventelistearbeid et stort fokus i sykehuset og med spesielt fokus på å gjøre dette riktig. Det er imidlertid signaler om at mange ute i klinikker og avdelinger opplever håndtering av ventelister og vurdering av om pasienten skal settes opp til utredning eller behandling som utfordrende og vanskelig. Det gjøres derfor nå en ekstra gjennomgang av temaet med klinikklederne og ventelistenettverket, og det vil bli igangsatt tiltak blant annet ved opplæring av leger som er ansvarlige for vurdering av søknadene.

2. SAMHANDLING

• Ungdomsrådet

Ungdomsrådet er i ferd med å avslutte nåværende periode og prosessen med å oppnevne et nytt råd er i gang.

Det har vært stor etterspørsel etter ungdomsrådet i høst, og ungdoms-representantene har holdt innlegg på flere seminarer både internt i OUS og eksternt. I forbindelse med lanseringen av de nye nettsidene ble representanter fra ungdomsrådet intervjuet på NRK Østlandssendingen og bidro til en film som promoterte de nye sidene.

Ungdomsrådet blir flittig brukt av klinikkene som rådgivere ved utarbeidelse av tilbud til ungdom på sykehuset.

Ungdomsrådet har vært en pådriver for å få til en overordnet organisering av ungdomshelsearbeidet ved sykehuset og er veldig glad for at Råd for ungdomshelse nå er etablert. Ungdomsrådet har en representant inn i Råd for ungdomshelse og ser frem til å samarbeide for et ungdomsvennlig sykehus. Gode overganger mellom barne- og ungdomsavdelinger og voksenavdelinger anbefales av ungdomsrådet som et av de viktigste innsatsområdene innen ungdomshelse på sykehuset.

• Samvalg og pasientmedvirkning

En viktig del av pasientmedvirkningen er å kunne delta sammen med helsepersonell i beslutninger som angår egen behandling. Denne form for medvirkning omtales som Samvalg. Sykehuset har som mål for 2016 å implementere to samvalgsverktøy i klinikk. Medisinsk klinikk er i gang med å utvikle elektronisk samvalgsverktøy for pasienter med HIV-diagnose. Sykehuset har et tett samarbeid med HSØ om samvalg og utvikling av samvalgsverktøy.

Kunnskap er en viktig forutsetning for medvirkning og samvalg. Sykehuset har fokus på å tilpasse informasjon og opplæring slik at pasienter og deres pårørende forstår og kan tilegne seg kunnskap om egen sykdom/skade og må i tiden fremover fortsette å prioritere områder som Pasient- og pårørendeopplæring og Brukermidvirkning for å nå egne mål (OUS strategi 2013-2018).

• Kvalitetssikring av pasient og pårørendeopplæring

Sykehuset har i høst etablert en overordnet arbeidsgruppe som skal foreslå en modell for mer enhetlig og helhetlig organisering av pasient- og pårørendeopplæring ved sykehuset. Det er bred enighet om at en modell for mer enhetlig og helhetlig organisering kan øke kvaliteten og omfanget av opplæring til pasienter og pårørende, samt bidra til mer systematisk koding og registrering av slik aktivitet.

Som følge av intern revisjon av koding og registrering av pasientopplæring og tiltak i gruppe, gjennomført høsten 2015 og forbedringstiltak som ble vedtatt, har sykehuset startet utarbeidelse av en kunnskapsbasert fagprosedyre for planlegging og gjennomføring av pasient- og pårørendeopplæring i gruppe. Funn fra revisjonen viser liten grad av ledelsesforankring og manglende strukturer for arbeidet. Blant annet mangler det prosedyrer som kvalitetssikrer pasient- og pårørendeopplæring i tilstrekkelig grad.

- **Elektroniske henvisninger**

Siden juni 2015 har det vært mulighet for å sende elektroniske henvisninger (E-henvisninger) til Oslo universitetssykehus. Denne muligheten har nå alle landets legekontorer. Dette er en effektiviserende funksjonalitet som stadig flere leger benytter seg av, og som korter ned tiden betydelig ift normal postgang. Sykehuset følger daglig opp alle mottatte henvisninger og at det sendes applikasjonskvitteringer tilbake. I løpet av september og oktober 2016 har 859 ulike legekantor sendt elektroniske henvisninger til Oslo universitetssykehus HF.

Antallet elektroniske henvisninger øker stadig, og det er fra april t.o.m oktober en økning på 16 %. 60 legekontorer (av de 859) har sendt ca. 50 % av E-henvisningene. I april/mai 2016 mottok OUS 10514 E-Henvisninger, og i september/oktober økte antallet til 12219, noe som er en økning på 16 %.

1. november 2016 ble de tjenestebaserte henvisningsadressene til OUS oppgradert på NHN adresseregister i henhold til ledermøtevedtak fra 24.04.16. Antallet tjenester det nå kan henvises til i OUS er redusert fra 58 til 38. Henvisningsstrukturen baseres på at OUS har et felles henvisningsmottak og kun en postadresse for henvisninger. Informasjon om endringene er gitt i ledermøter i alle klinikker i OUS, samt i Fastlegenytt. Fastlegenytt er også sendt til alle samarbeidende avtalespesialister i HSØ. Det er lagt stor vekt på å utforme veiledning til henvisere og samarbeidende spesialisthelsetjeneste på OUS' nye nettside.

- **Elektroniske epikriser**

Oslo universitetssykehus HF sender ut elektroniske epikriser til fastleger og avtalespesialister over hele landet. Antallet epikriser som er sendt og bekreftet mottatt, har økt betydelig siden innføringen av DIPS, noe som styrker pasientsikkerheten og bidrar til tryggere pasientforløp. Mye arbeid er gjort for å korrigere feilutsendinger av epikriser, spesielt knyttet til feiladressering. Andelen epikriser som avvises hos mottaker ligger stabilt på 1-2 %. Det jobbes med flere tiltak for å redusere antall epikriser som feiler.

- **Elektroniske Pleie og omsorgsmeldinger (PLO)**

Det sendes nå elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger til alle bydelene i Oslo. Innføringen av elektroniske pleie og omsorgsmeldinger har gitt store forbedringer i samhandlingen mellom sykehus og kommunehelsetjeneste, spesielt i forhold til dokumentasjon og logistikk. Det har fra 21.08 – 21.11.2016 blitt sendt og mottatt 24 812 meldinger.

Arbeidet med å gjøre pleie og omsorgsmeldingsutveksling tilgjengelig for alle landets kommuner pågår, og pr. 28. november 2016 er systemet tatt i bruk i 382 av landets 428 kommuner. Det gjenstår i underkant av 50 kommuner igjen før samtlige kommuner i Norge kan samhandle med Oslo universitetssykehus via PLO-meldinger.

- **Kommunal akutt døgnetenhet (KAD):**

Det er fortsatt god utvikling av tjenestetilbudene på KAD. Plassutnyttelsen er god, planlagt kapasitetsutvidelse er i rute. Oslo universitetssykehus har stort fokus på å benytte KAD-sengene som del av de alternative behandlingsarenaer for våre pasienter. Regelmessig påpekes dette for konfereringsvakter og LIS-leger i akuttmottaket. I 2016 har enheten 73 senger i drift og et belegg på ca. 80 %, dette er svært gode resultater sammenlignet med landet for øvrig. Pasientinklusionskriteriene utvides stadig, og enheten vil fra 1/1 2017 ta imot pasienter med rus og psykiatri som primærårsak ved innleggelse. En arbeidsgruppe satt sammen av fagfolk fra spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og legevakt har sammen utformet inklusionskriterier for denne pasientgruppen. Det er utarbeidet en kriterieliste som er tilpasset samme format som kriterier for innleggelse av somatiske pasienter på Kommunal akutt døgnetenhet. Det foreslås at innleggelsesrutiner for pasientgruppene innen rus og psykiatri følger de rutiner som gjelder for andre (somatiske) pasienter som legges inn i Kommunal akutt døgnetenhet. På den måten skiller ikke gruppene seg fra hverandre i håndteringsmåte, og kravet om å unngå diskriminering kan lettere oppfylles. En felles mottaksrutine kan gjøre det enklere for pasienter med rus- og psykisk lidelse å akseptere innleggelse. Arbeidsgruppen har også sett på hvilket kompetansebehov som følger av nye kriterier og tilbudet det planlegges for. Samarbeid og forpliktende kompetanseheving, veiledning og oppfølging i praksis må formaliseres gjennom revidering av samarbeidsavtalene mellom Oslo kommune og helseforetaket.

- **«Årets samhandler 2016»**

Prisen ble tildelt Oslo kommune, Stiftelsen Aktiv mot kreft og Oslo universitetssykehus. Prosjektet har bidratt til gode samhandlingsrutiner mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, og kompetanseoverføring mellom partene. Prosjektet har hatt som mål å få til felles innsats for etablering og drift av lokale trenings-/rehabiliteringstilbud i kommunen, med den hensikt at flere kreftoverlevende kan gjenvinne funksjonsdyktighet og forebygge seneffekter etter kreftbehandling. Prosjektet har lyktes med implementering av fysiske aktivitetstilbud ved to frisklivssentraler i Oslo kommune; Sagene og Oscar/Frogner frisklivssentraler. Det er i tillegg etablert en selvhjelpsgruppe ved Sagene frisklivssentral. Tilbakemeldinger fra deltakere som har benyttet tilbudene tilsier at tilbudet har bedret deres fysiske og/eller psykiske helse.

3. JURIDISKE FORHOLD - RETTSTVISTER

Arbeidsrettssakene – individuelle saker:

Pengekrav mot tidligere ansatt

Sykehuset har tatt ut stevning mot en tidligere ansatt for å ha opptrådt lovstridig og uregelmessig i tilknytning til sin tidligere stilling i sykehuset. Saken har blitt løst ved rettsmekling ved tingretten og partene har kommet til enighet.

Krav om erstatning

Sykehuset er stevnet av en ansatt med krav om dekning av utgifter til advokat og medierådgiver og ikke økonomisk tap. Saken gikk for tingretten i januar 2016 og dom ble avsagt 17. februar. Sykehuset ble frifunnet og tilkjent sakskostnadene. Saken er anket av saksøker til lagmannsretten og berammet til april 2017. Saken er nå trukket idet partene har inngått et utenrettslig forlik.

Avtalebrudd - erstatningskrav

Sykehuset er stevnet for tingretten av en tidligere lis-lege med påstand om avtalebrudd og usaklig saksbehandling i arbeidsforholdet. Det er krav om å gjennomføre spesialisering og erstatning for økonomisk tap. Dom ble avsagt 25 mai og resultatet ble frifinnelse for sykehuset. Saken er anket av saksøker til lagmannsretten. Beramming avvenges.

Varsling - gjengjeldelse

En stipendiat har stevnet sykehuset med krav om oppreisning og erstatning med grunnlag i påstand om varsling av kritikkverdige forhold i virksomheten og gjengjeldelse for dette. Sykehuset har sendt tilsvaret og saken er berammet februar 2017.

Krav om erstatning

Sykehuset er stevnet med påstand om forbigåelse ved ansettelse i stilling (lis) og krav om erstatning. Under arbeidet med saken og utveksling med partens advokat har saken blitt trukket.

Opphør av arbeidsforhold og ulovlig ansettelse

Sykehuset er stevnet av en tidligere midlertidig ansatt med krav om erstatning. Saksøker mener at opphør av arbeidsforholdet var urettmessig/usaklig, videre at avtalen om midlertidig ansettelse var ulovlig.

Arbeidsrettssak - tariff

Sykehusets tjenesteplan – arbeidstid

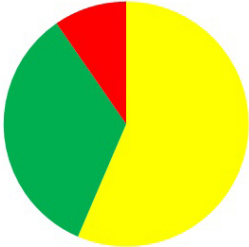
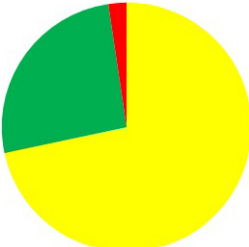
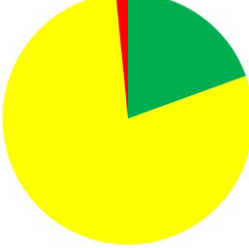
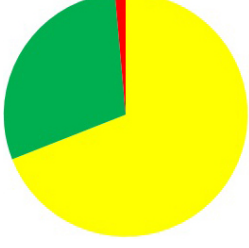
Den Norske Legeforening har tatt ut stevning for Oslo tingrett med påstand om at sykehusets tjenesteplan som gjelder kirurgisk primærvaktteam Radiumhospitalet er ulovlig. Spørsmålet gjelder om omregning av arbeidstid ved passiv tilstedevakt på arbeidsstedet 1:3 er i strid med ufravikelige rettsregler. OUS samarbeider med Spekter i saken.

Straffesak

Sykehuset har vært siktet for overtredelse av helsepersonelloven § 67, jf § 16 (for som virksomhet som yter helsehjelp å ha unnlatt å organisere virksomheten slik at helsepersonellet var i stand til å overholde sine lovpålagte plikter), og har i denne forbindelse blitt ilagt et forelegg på kr 500 000,-. Forelegget har sin bakgrunn i at en transplantasjonskirurg hadde drukket alkohol under arbeidet. I henhold til nevnte bestemmelser kan helseforetak som unnlater å organisere virksomheten slik at helsepersonell er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter ilegges straff. Sykehusets ledelse har vedtatt boten.

6. MEDIEOMTALE 1. AUGUST – 30. NOVEMBER 2016

Antall mediesaker om sykehuset i denne perioden har variert fra 985 i august til 1853 i september. Medievakten har registrert 467 innkomne henvendelser i samme periode.

Periode	Antall saker	Vekting	Vekting prosent	Kommentar
November 2016	1008		Positiv: 34 Nøytral: 56 Negativ: 10	Det er registrert mange positive mediesaker om sykehuset, herunder reportasjer om barn som får hørsel tilbake (cochlear implantat) og åpenhet om spiseforstyrrelser og psykisk helse. Andelen negative saker skyldes bl.a, VGs serie om tvangsbruk i psykiatrien og en tilsynssak om rus.
Oktober 2016	1238		Positiv: 26 Nøytral: 72 Negativ: 2	Andel positive saker kommer av at vi i perioden har hatt flere ekspertuttalelser fra sykehusets ansatte.
September 2016	1853		Positiv: 19 Nøytral: 79 Negativ: 2	Omtale av streik blant Akademikernes medlemmer utgjør den store andelen nøytrale saker.
August 2016	985		Positiv: 30 Nøytral: 69 Negativ: 1	Mange ekspertuttalelser fra sykehuset om bl.a. antibiotikaresistens, medisinmangel og bruk av astmamedisin hos idrettsutøvere skaper et positivt inntrykk av sykehuset i media.

Kommentarer på sentrale saker i denne perioden:

Tvangsbruk innen psykisk helsevern

VG har jobbet med tvang i psykiatrien i snart et år og har blant annet søkt om innsyn i tvangsprotokoller fra samtlige foretak som kan bruke mekanisk tvang. I tillegg til å beskrive systemet, hadde avisen i november en serie med flere sterke historier om bruk av tvang ovenfor pasienter, herunder en historie om en pasient hos OUS. Sykehusets ledelse svarte generelt om tvangsbruk, men ikke på den konkrete saken. Temaet engasjerte til debatt både på kommentarplass og i sosiale medier. I slutten av

november trykket avisen en kronikk fra klinikkleder ved OUS som forklarte tvangsbruk sett fra sykehusets side.

Åpenhet om spiseforstyrrelser og psykiske lidelser

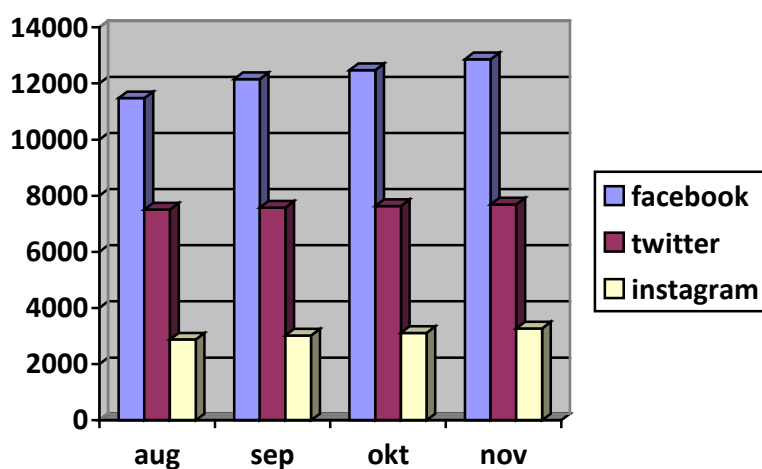
I november viste NRK «Helene sjekker inn» en episode fra Regional avdeling for spiseforstyrrelser (RASP) ved OUS i programserien «Helene sjekker inn». Programleder Helene Sandvik flyttet inn på RASP en uke i januar 2016. Programmet viste på en god og respektfull måte hvordan det er å leve med spiseforstyrrelse, og beskrev den krevende behandlingen sykdommen krever. Formålet var å bidra til å skape åpenhet rundt tema. Ansatte ved sykehuset bidro med sin ekspertise og formidlet et vanskelig tema på en profesjonell måte.

Antibiotikaresistens

Temaet antibiotikaresistens har vært mye omtalt i høst med ulike vinklinger. Vinklingene spenner fra helseturisme, antibiotikabruk i matproduksjon, multiresistente bakterier verden over og antibiotikastyring i sykehusene. I svært mange av disse sakene brukes flere av sykehusets ansatte som eksperter, noe som gir positiv omtale av sykehuset.

Sykehuset i sosiale medier i perioden:

Diagrammet viser antall følgere i sosiale medier i perioden:



7. REFERAT OG ØVRIGE VEDLEGG

- Protokoll fra Brukerutvalgets møte 16.10 2016 (vedlegg)
- Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 17.11.2016 (vedlegg)

PROTOKOLL

Møtetema: **Brukerutvalgsmøte 24. oktober 2016**

Til: Brukerutvalget ved OUS

Kopi: Sølvi Andersen, Kari Skredsvig, Anne Margrethe Svanes

Dato dok: 28.10.2016

Dato møte: 24.10.2016

Referent: Stine Arntzen Selfors

Tilstede: Tove Nakken, Lilli-Ann Stensdal, Kjell Silkoset, Stine Dybvig, Twinkle Dawes, Kristin Borg, Heine Århus, Arne Olav G. Hope, Veslemøy Ruud, Tommy Sjøfjell, Tayyab Chaudri, Mari Ourum og Kim Fangen

Fra OUS: Bjørn Erikstein, Sølvi Andersen, Stine A. Selfors

Forfall:

Sak nr	
51/2016	<p>Godkjenning av innkalling</p> <p>Vedtak Innkalling med saksliste er godkjent</p>
52/2016	<p>Direktørens time Administrerende direktør, Bjørn Erikstein svarte ut innsendte spørsmål (Vedlegg 1)</p> <p>Vedtak Tas til orientering</p>
53/2016	<p>Styremøtesaker Administrerende direktør gjennomgikk av styremøtesakene.</p> <p>Vedtak Leder og nestleder av brukerutvalget stiller på styremøtet.</p>
54/2016	<p>OUS på HelseNorge.no Oslo universitetssykehus får nye nettsider 1. november. Disse er like for alle helseforetak i hele Norge. Da det var tekniske problemer på siden i møtetidspunktet, blir brukerutvalget bedt om å gi innspill til siden på et senere møte. Brukerutvalget oppfordres til å gå inn på de nye nettsidene og komme med tilbakemeldinger fortløpende</p> <p>Vedtak Saken utsettes</p>
55/2016	<p>Orienteringssaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasientsikkerhetskonferansen • Høring på kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter i PHA • Høring Helsedatautvalget: Tove Nakken skriver på vegne av brukerutvalget • Høring Retningslinjer for brukerutvalg: Pål Kjeldsen og Tommy Sjøfjell skriver utkast på vegne av brukerutvalget.

56/2016	<p>Tema: Demens Kristin Borg innledet til diskusjon om demensvennlige sykehus.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget vil være pådrivere for at de nye sykehusbyggene blir demensvennlige.</p>
57/2016	<p>Faggruppe for oppgavefordeling i hovedstadsområdet innen alderspsykiatri Twinkle Dawes er brukerutvalgets representant inn i denne faggruppen. ROS-analyse av en av de aktuelle løsningene på oppgavefordelingene ble lagt frem for brukerutvalget. Se vedlagt ROS-analyse og notat med innspill fra brukerutvalget.</p> <p>Vedtak Twinkle Dawes tar med seg innspillene fra brukerutvalget til faggruppen.</p>
58/2016	<p>Råd/utvalg/konferanser Gjennomgang av aktivitet siden forrige møte.</p> <p>Vedtak Tas til orientering</p>
59/2016	<p>Eventuelt Ingen saker</p>

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo
Dato:	Styremøte 17. november 2016
Tidspunkt:	KI 0830-1445

Følgende medlemmer møtte:

Ann-Kristin Olsen	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Eyolf Bakke	
Kirsten Brubakk	
Terje Bjørn Keyn	
Bernadette Kumar	
Geir Nilsen	
Truls Velgaard	Til kl 13:00
Sigrun E. Vågang	
Svein Øverland	

Fra brukerutvalget møtte:

Øistein Myhre Winje
Rune Kløvtveit

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Direktør medisin og helsefag Alice Beathe Andersgaard, kst. fagdirektør Geir Bøhler, konserndirektør Atle Brynestad, kommunikasjonsdirektør Gunn K. Sande, HR-direktør Anne Biering og konsernrevisor Espen Anderssen

Saker som ble behandlet:

082-2016	GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE
----------	---------------------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

083-2016	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 20. OKTOBER 2016
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Protokoll fra styremøtet 20. oktober 2016 godkjennes.

084-2016	KVALITETS-, AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER OKTOBER 2016
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar kvalitets-, aktivitets- og økonomirapporten per oktober 2016 til etterretning.

085-2016	BUDSJETT 2017 – FORDELING AV MIDLER TIL DRIFT OG INVESTERING
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til de premisser, mål og prioriteringer samt fordeling av faste inntekter for 2017 som fremkommer i administrerende direktørs saksfremstilling. Faste inntekter for 2017 fordeles som følger:

Faste inntekter	2017, mill.kroner
Akershus SO	5 512
Innlandet SO	5 400
Oslo SO	14 667
Sørlandet SO	4 065
Telemark og Vestfold SO	5 205
Vestre Viken SO	5 303
Østfold SO	3 621
Private ideelle sykehus uten def. opptaksområde	264
Sykehuspartner HF	38
Helse Sør-Øst RHF	8 130
I alt	52 206

2. Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.
3. Helseforetakenes og sykehusenes endelige inntektsrammer for 2017, herunder ISF-refusjoner, forskningsmidler, vilkår for bevilgningen, resultatkrav, øvrige styringskrav og rammebetingelser vil bli fastsatt i oppdrag og bestilling for 2017.
4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å:
 - Fordele inntektsrammer
 - mellom de private ideelle sykehusene Betanien Hospital, Martina Hansens Hospital og Revmatismesykehuset
 - internt i Telemark og Vestfold sykehusområde mellom Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF
 - internt i Oslo sykehusområde mellom Oslo universitetssykehus HF, Sunnaas sykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus
 - Foreta eventuelle budsjettkorrigeringer gjennom året, blant annet som følge av nye bevilgninger eller føringer fra eier, styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF, tekniske justeringer som følge av feilbudsjetteringer med videre
 - Inngå avtaler om kjøp av helsetjenester fra private tilbydere i tråd med gjeldende prioriteringer og føringer
 - Oppta investeringslån fra Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til
 - Oppgraderings- og vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 340 millioner kroner
 - Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold HF med inntil 225 millioner kroner
 - Nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus HF med inntil 80 millioner kroner.
5. Styret slutter seg til at følgende allerede iverksatte investeringsprosjekter videreføres i 2017:
 - Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold HF med inntil 339 millioner kroner, hvorav 225 millioner kroner er ekstern lånefinansiering

- Omstillingsinvesteringer (samlokalisering fase I) ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 170 millioner kroner
 - Oppgradering– og vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 450 millioner kroner, hvorav inntil 315 millioner kroner er ekstern lånefinansiering. Resterende finansiering dekkes av foretakets egne midler.
6. Det reserveres regional likviditet for følgende nye prosjekter i 2017:
- Sørlandet sykehus HF: Inntil 62 millioner kroner knyttet til forprosjektfase for Nytt psykiatribygg, jfr. styresak 055-2016
 - Helse Sør-Øst RHF: Inntil 115 millioner kroner i investeringsmidler og 15 millioner i driftsmidler til videre utredninger av følgende prosjekter:
 - Videreføring av arbeidet med nytt sykehus i Drammen, Vestre Viken HF, jfr. styresak 054-2016
 - Konseptfase for Regional sikkerhetsavdeling (RSA), Oslo universitetssykehus HF, jfr. styresak 053-2016
 - Konseptfase for nytt klinikkbygg Radiumhospitalet, Oslo universitetssykehus HF, jfr. styresak 053-2016
 - Videre utredninger og forberedende arbeider Aker/Gaustad ifm videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF, jfr. styresak 053-2016
7. Satsningen på digital fornying videreføres i 2017, ved at det som en planleggingsforutsetning reserveres inntil 706 millioner kroner til investering og inntil 94 millioner kroner inkl. mva. til driftskostnader. Det vil også måtte reserveres likviditet til gjennomføring av eksternt partnerskap i tråd med forutsetningene i sak 069-2016.
8. Det reserveres en regional resultatbuffer på 300 millioner kroner. I tillegg reserveres en sentral risikobuffer for eventuelle økte investeringsbehov på inntil 200 millioner kroner.

086-2016	ÅRLIG MELDING 2016 – INNSPILL TIL STATSBUDDSJETT FOR 2018
-----------------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til den foreliggende vurdering av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere, som innspill til statsbudsjett for 2018.
2. Styret ber videre om at følgende forhold vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2018:
 - Nye kostbare legemidler/behandlingsmetoder
 - Endring i spesialistutdanning og spesialiststruktur for leger
 - Ambulante og digitale tjenester: behov for endring av takstsystemer
 - Finansiering av aktivitet ved omlegging fra døgn- til dagbehandling/poliklinikk
 - Innsats for digital fornying – lånefinansiering av IKT

- Gjennomgang av tredjepartsfinansiering

3. Styret ber om at innspillet oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

087-2016	VALG AV ANSATTVALGTE STYREMEDLEMMER – OPPNEVNING AV VALGSTYRE
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Ny valgperiode for ansattvalgte styremedlemmer tas til orientering.
2. Følgende oppnevnes som valgstyre:
 1. Steinar Marthinsen, leder (vara: Erik Thorshaug)
 2. Svein Tore Valsø (vara: Dag Vatne)
 3. Veronica Kollevåg (vara: Anne Bi Hoffsten)
 4. Karianne Aaboen (vara: Cathrin Snare)
 5. Kjetil Kaasin (vara: Morten Sæheim)
 6. Ola Yttre (vara: Linda Nilsen)
 7. Bryndhild Asperud (vara: Julie Dybvik).
3. Valgstyret konstituerer seg selv med nestleder.
4. Styret legger til grunn at den praktiske valggjennomføringen samordnes innen helseforetaksgruppen.

088-2016	VALGKOMITÉEN – ENDRING I STYRESAMMENSETNING FOR HELSEFORETAK
-----------------	---

Saken ble behandlet i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26 a 1.

Styrets vedtak fremgår av B-protokoll

089-2016	ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ARBEIDSAVTALE - LØNNSREGULERING
-----------------	--

Saken ble behandlet i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26 a 1.

Styrets vedtak fremgår av B-protokoll

090-2016	ORIENTERINGSSAK: STYRESAKER I HELSE SØR-ØST RHF – STATUS OG OPPFØLGING
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak til og med oktober 2016 til orientering.

091-2016	ORIENTERINGSSAK: ETABLERING AV NY MODELL FOR SPESIALISTUTDANNINGEN FOR LEGER - DE REGIONALE HELSEFORETAKENES ROLLE OG ANSVAR
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Saken om etablering av ny modell for spesialistutdanningen for leger – de regionale helseforetakenes rolle og ansvar tas til orientering.

092-2016	ORIENTERINGSSAK: STATUS OVERFØRING AV OPPGAVER OG RESSURSER TIL SYKEHUSINNKJØP HF
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar redegjørelsen om status i arbeidet med overføring av oppgaver og ressurser til Sykehusinnkjøp HF til orientering.

093-2016	ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2016 og 2017
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

094-2016

**ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA
ADMINISTRERENDE DIREKTØR**

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Andre orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 19. oktober 2016
3. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 11 og 12. oktober 2016
4. Brev fra Bærumsforeningen for offentlige pensjonister
5. Brev fra fylkesordfører og åtte ordførere om spesialistfunksjoner ved nytt Drammen sykehus
6. Brev fra Næringsforeningen i Drammenregionen om flytting av øyeavdeling
7. Protokoll datert 16.11.2016 fra drøftinger mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte vedr styresak 085 og 086-2016

Temasak

Bemanningsutvikling v/HR-direktør Anne Biering

Møtet hevet kl 1435

Hamar, 17. november 2016

Ann-Kristin Olsen
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Eyolf Bakke

Kirsten Brubakk

Terje Bjørn Keyn

Bernadette Kumar

Geir Nilsen

Truls Velgaard

Sigrun E. Vågeng

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær