

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 11/2018
Dato møte:	14. desember 2018
Møtetid:	Klokken 8.00 – ca. 12.30
Møtested:	Radiumhospitalet, seminarrom 1 og 2.

79/2018	Godkjenning av innkalling og sakliste
80/2018	Rapport per november 2018
81/2018	Budsjett 2019
82/2018	Bortfeste til oppføring av modulbygg på Lørenskog
83/2018	Valgkomite for valg av ansattevalgte til styret
84/2018	Plan for styrets arbeid
85/2018	Administrerende direktørs orienteringer
86/2018	Protokoll fra møtet 14. desember 2018

Det er lagt inn en pause mot slutten av møtet der styret vil gjennomføre sin årlige evaluering av eget arbeid.

Gunnar Bovim
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 14. desember 2018
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Sakliste
Protokoll fra styremøte 6. desember 2018

SAK 79/2018 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 7. desember 2018

Gunnar Bovim
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	6. desember 2018
Dato møte:	6. desember 2018 kl. 16.00 – 18.00 på Radiumhospitalet i Oslo
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Gunnar Bovim (møteleder) Else Lise Skjæret-Larsen, Svein Erik Urstrømmen, Aasmund Magnus Bredeli, Tore Eriksen, Anne Carine Tanum, Berit Kjøll

Forfall: Svein Stølen

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Morten Reymert, Kjell Magne Tveit, Susanne Flølo, Børge Einrem, Einar Hysing m.fl.

Tilstede ellers: Tove Nakken fra brukerutvalget, publikum

Sak 76/2018 Godkjenning av innkalling og sakliste

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Sak 77/2018 Videreutvikling av Aker og Gaustad - konseptrapport

Vedtak:

1. Styret tar konseptrapporten Aker og Gaustad til etterretning og anbefaler Helse Sør-Øst RHF å legge rapporten til grunn for videre arbeid med forprosjekt for utbygging på Aker og Gaustad.
2. Styret gir sin tilslutning til oppdatert økonomisk langtidsplan 2019-2062 for Oslo universitetssykehus HF.
3. Styret mener at en utbygging som også inkluderer gynekologi, barn og føde i tillegg til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i etappe 1, vil gi sikrest og mest effektiv drift samt best driftsøkonomi. Styret konstaterer imidlertid at disse områdene bør utredes noe mer før forprosjekt og at finansielle hensyn også tilsier en forskyvning i tid.
4. Styret mener imidlertid at utbyggingen for gynekologi, føde og barn i tillegg til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling må søkes gjennomført i forlengelsen av etappe 1.

Styremedlemmene Svein Erik Urstrømmen, Else Lise Skjæret-Larsen og Aasmund M. Bredeli ønsket følgende ført i protokollen til sak 77/2018:

"Protokoll til sak 77/2018 fra styrerepresentantene Aasmund Magnus Bredeli, Svein Erik Urstrømmen og Else Lise Skjæret-Larsen

I den fremlagte konseptfaserapporten er det stadig sentrale uavklarte forhold som bidrar til betydelig risiko i prosjektet. Representantene er bekymret for at det ikke har latt seg gjøre å redusere usikkerhetene i løsningsalternativet. Vi vil særlig peke på følgende forhold;

Virksomhetsmessig risiko

Driftskonsept ved Aker og Gaustad er ikke tilstrekkelig detaljert i rapporten. I fokusgruppearbeidet har det fremkommet at pasientunderlaget for traumeorganiseringen er for lite til å vedlikeholde og videreutvikle kvaliteten i pasientbehandlingen, og et samlet akutt-miljø har utarbeidet en rapport hvor det reises bekymring for svekkede forutsetninger for drift og videreutvikling av sykehusets akuttfunksjoner. Fremtidig ivaretagelse av kreftbehandling er ikke ivare tatt. Det er faglig bekymring knyttet til at all aktivitet innen kvinne-barn og nyfødtdisin ikke samlokaliseres. Det er videre uavklart hvilken del av virksomheten som ikke vil prioriteres i første etappe, og ved tilleggsutredningen er det reist spørsmål om psykisk helse og rus ikke vil prioriteres i første fase, men etterlates i gamle og uhensiktsmessig bygg. Virksomheten drives i dag spredt, og det vil ikke være forsvarlig å utsette flytting til nye bygg. I konseptfaserapporten er det heller ikke skissert tilstrekkelig areal og forsvarlige driftsmessige løsninger for laboratorievirksomheten og andre støttefunksjoner for driften.

Kapasitetsproblematikk

I Oslo og Akershus sykehusområder vil det i perioden være en betydelig oppgave-vekst, denne synes ikke å være håndtert på mellom-lang sikt (fram til

2029), og heller ikke etter avslutning av 1. etappe. Oppgave-vekst i Akershus universitetssykehus opptaksområdet vil alene utløse behov for mer enn 200 senger fram til 2030. Dette er ikke håndtert i planforslaget. Det legges i tillegg til grunn forutsetninger, som oppgave-overføring til kommunen, og en betydelig overføring til de private ideelle sykehusene. Dette fremstår som usikre forutsetninger. Det vil være behov for utvidelser av sykehusene også etter ferdigstilling av 2. etappe, men høy utnyttelsesgrad av de valgte tomtene vanskeliggjør dette.

Reguleringsrisiko

Det foreligger areal og reguleringsutfordringer både for Gaustad og Aker. Begge steder i forhold til høyde på bygg og vernemessige forhold.

Aksept for forslaget på Gaustad og framtidige utvidelsesmuligheter synes uavklart. I Oslo kommunes høringsinnspill er det presisert at programmet må nedskaleres "slik at skala og volumstørrelser på nye bygg ikke ødelegger de arkitektoniske kvalitetene i Rikshospitalet og gamle Gaustad sykehus". I etterkant av uttalelsen er omfanget på utbyggingsplanene på Rikshospitalet ikke redusert, men økt. Også Byantikvarens anbeførler synes å legge sterke begrensninger på mulighetene både i første fase og senere.

Utbyggingspotensialet mot nord på Gaustad fremstår som svært begrenset. Byantikvaren uttaler; Prosjektet slik det nå er presentert er tyngre enn det omgivelsene tåler, og er også kritiske til senere utbyggingsmuligheter; «Når det gjelder en eventuell utvikling mot nord, anser vi utbyggingspotensialet som svært lite.»

Riksantikvaren har også uttalt at de vil vurdere innsigelser på de fremlagte planene. I Plan- og bygningsetatens siste uttalelse datert 28/11-2018 anføres det at «området som foreslås for ny bebyggelse er for lite i forhold til HSØs planlagte bruksareal for sykehuset»

Økonomisk risiko

Ved konseptfasens oppstart var rammen for planlegging om lag 19 milliarder kroner. Kostnadene som fremkommer i konseptfaserapporten er 32,5 milliarder kroner for 1. etappe, og ytterligere 13,1 milliarder kroner for fase 2. I den økonomiske langtidsplanen som dannet underlag for vedtaket i 2016 forventet Oslo universitetssykehus en betydelig resultatforbedring som ikke har latt seg realisere. I 2016 anslo OUS at samlet resultatet for årene 2018-21 ville beløpe seg til 1,8 milliarder. I økonomiske langtidsplan utarbeidet to år senere i 2018 var resultatforventningen for de samme årene redusert til under ¼ av dette.

I fremlagte oppjusterte ØLP 2019-2062 er årsresultatene oppjustert for å etablere økonomisk bærekraft for planene. Premissene som er lagt til grunn for dette synes å være svært urealistiske. Det legges til grunn at produktivitetsforbedringer i perioden 2019-2028 tas ut som ressurs sparende produktivitetsvekst på bekostning av kvalitetsheving og standardhevinger i planperioden.

Øvrig økonomisk risiko er blant annet knyttet til manglende finansering knyttet til usikre forutsetninger for oppgaveoverføringer til kommune og private ideelle sykehus. Det er også økonomisk risiko knyttet til forutsetningene for generell driftseffektivisering og vedlikehold av eksisterende bygningsmasse i perioden frem til nybygg kan tas i bruk.

Avhengighet mellom etappe 1 og etappe 2

I utredningen er det avdekket høy risiko for virksomheten som blir liggende igjen på Ullevål mellom etappe 1 og 2. Etter gjennomføring av etappe 1 vil det være nødvendig å gå raskt videre med etappe 2. Det er bekymringsfullt at plangrunnlaget for etappe 2 ikke er utviklet. Det foreligger ingen helhetlig plan for den samlede virksomheten i sykehuset. Det er derfor krevende å gjøre vurderinger av reguleringsrisiko og økonomisk risiko i den samlede løsningen.

Samlet vil de påpekte risikoforhold kunne føre til ytterligere utsettelse av sykehusutbyggingen. Det må derfor gjennomføres en alternativ lokaliseringsutredning så snart som mulig for å unngå dette."

Sak 78/2018 Godkjenning av protokoll fra møte 6. desember 2018

Vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 6. desember 2018.



Gunnar Bovim
styreleder



Anne Carine Tanum
nestleder



Berit Kjöll



Else Lise Skjæret-Larsen

Svein Stølen
(Sett)



Aasmund Magnus Bredeli



Svein Erik Urstrømmen



Tore Eriksen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 14. desember 2018

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans
Viseadministrerende direktør fag, pasientsikkerhet og
samhandling

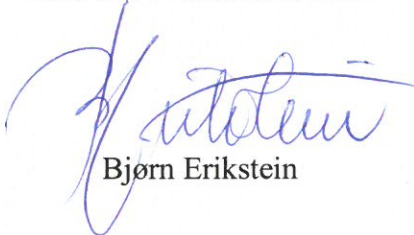
Vedlegg: Tabellvedlegg – forenklet månedsrapport oktober 2018

SAK 80/2018 RAPPORT PER OKTOBER OG NOVEMBER

Forslag til vedtak:

Styret tar rapporteringen til orientering.

Oslo den 7. desember 2018



Bjørn Erikstein

1. Innledning

Resultat for november 2018 rapporteres til Helse Sør-Øst RHF tirsdag 11. desember 2018. Resultat for november vil derfor først bli presentert for styret i møtet 14. desember. I denne saken gis kun en kort beskrivelse av hovedresultatene fra oktober for pasientbehandling, økonomi og bemanning (november).

2. Pasientbehandling

2.1. Aktivitet somatikk

For perioden januar til og med oktober er det rapportert 199 418 ISF-poeng for Oslo universitetssykehus HF, mens det er budsjettert med 201 377. Dette gir et negativt avvik på nærmere 1 960 ISF-poeng, tilsvarende 1,0 prosent. I rapportert antall ISF-poeng inngår både økt negativ gruppereffekt, forsinket effekt av tiltak, periodisering av budsjettet, endret pasientsammensetning på enkelte områder og økning i antall ISF-poeng for legemidler som gis utenfor sykehus (H-resepter). Sammenlignet med samme periode i 2017 viser tallene at aktiviteten innenfor somatikken er om lag uendret samlet sett. Dette innebærer at de somatiske klinikkene så langt i 2018 ikke har levert den forventede aktivitetsveksten i årets budsjett på om lag 2 prosent. De viktigste forklaringene til dette er reduksjon i pasienter som er tracheostomert (intensivområdet), reduksjon i organtransplantasjoner, noe manglende tiltaksgjennomføring og noe dårligere utnyttelse av operasjonsstuene enkelte steder.

2.2. Aktivitet psykisk helsevern for voksne

Innenfor voksenpsykiatrien er det hittil i år skrevet ut 1 881 pasienter, en reduksjon på 1,6 prosent sammenlignet med tilsvarende periode i fjor og 4,6 (80 pasienter) færre enn budsjettert. Antall polikliniske konsultasjoner hittil i år 2,1 prosent (1 430) lavere enn budsjettert og 1,8 prosent (1 2018) polikliniske konsultasjoner lavere enn i samme periode i 2017. Hovedårsakene til lav poliklinisk aktivitet er fravær, satsing på omfattende opplæring i ny behandlingsmetode og tid brukt til å utvikle samarbeid med bydelene.

2.3. Aktivitet psykisk helsevern for barn og unge

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er det hittil i år skrevet ut 164 pasienter, 28 flere enn budsjettert og 18,8 prosent (26) flere enn i samme periode i fjor. Antall liggedøgn hittil i år 36,1 prosent (2 361) høyere enn budsjettert. Det er i hovedsak Front Ungdom hjemmesykehus som generer økt døgnaktivitet. Antall polikliniske konsultasjoner hittil i år er 4,0 prosent (1 474) høyere enn plantall og økt med 4,9 prosent (1 789) fra samme periode i 2017. Det er over lang tid arbeidet med flere tiltak for å effektivisere driften og sørge for behandling i forventet omfang på årsbasis. Det har vært en stor vekst i antall konsultasjoner innenfor psykosomatisk poliklinikk for barn og unge.

2.4. Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innenfor TSB er det hittil i år skrevet ut 5,2 prosent (104) færre pasienter enn plantall mens antall liggedøgn er 2,6 prosent (527) høyere enn plantall. Prosjekt «Mens vi venter» er pågående for å identifisere årsaker til at pasienter ikke møter til behandling, samt forhindre drop-out. Kontinuerlig arbeid fra forløpskoordinator, herunder frem skynding av inntak og avklaring av inntak skal sørge for god

aktivitet. Antall polikliniske konsultasjoner hittil i år er 5,5 prosent (1 087) høyere enn budsjettet.

3. Økonomisk resultat

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter oktober 2018 et regnskapsmessig overskudd på 171 millioner kroner, mot et budsjettet overskudd på 146 millioner kroner. Dette gir et positivt avvik hittil i år på 25 millioner kroner. Etter september rapporterte Oslo universitetssykehus HF et negativt budsjettavvik på 50 millioner kroner, slik at resultatet for oktober isolert sett er 75 millioner kroner bedre enn budsjettet. Resultatforbedringen i oktober er en konsekvens av endret finansiering av poliklinisk laboratorievirksomhet. Fra 2019 etableres det løpende fakturering etter grunnlag fra HELFO og oppgjøret flyttes fra Helse Sør-Øst RHF til de respektive foretak. Helse Sør-Øst RHF har besluttet at foretak med netto salg i 2018 skal få nettooppgjøret overført allerede innværende år. For Oslo universitetssykehus HF er det på bakgrunn av dette inntektsført 83 millioner kroner i oktober. Beløpet gjelder perioden januar – oktober 2018.

Dersom effekten av endret laboratoriefinansiering holdes utenom ville rapportert økonomisk resultat for oktober vist en svekkelse på om lag 8 millioner kroner. Aktiviteten innenfor somatikken var i perioden nær budsjettet nivå samlet for klinikkene, samtidig var kostnadene både til lønn og andre kostnader høyere enn budsjettet. Klinikkenes negative avvik er dermed svekket også siste måned. Periodens resultat inkluderer også noen ekstraordinære forholdt som delvis balanserer økonomisk samlet sett. Dette gjelder blant annet korrigerings av bokføringsfeil fra tidligere år i ett av datterselskapene og korrigerings (fra Sykehusapoteket) av finansieringsgrunnlag for nye legemidler på H-resept i 2018.

4. Bemanningsutvikling og sykefravær

Gjennomsnittlig brutto månedsverk hittil i år (januar til og med november) er 19 097. Dette er en økning på 233 brutto månedsverk (tilsvarende 1,2 prosent) sammenlignet med tilsvarende periode i 2017. Internt finansierte månedsverk er hittil i år 17 596. Dette er 1,1 prosent (190) høyere enn budsjettet, og en økning på 240 (1,4 prosent) sammenlignet med tilsvarende periode i 2017.

Sykefraværet i september måned er beregnet til 6,4 prosent (hvorav 2,7 prosent er korttidsfravær og 4,1 prosent er langtidsfravær). Korttidsfraværet, som særlig er et uttrykk for sesongbasert sykefravær, viser nå en marginal oppgang fra august måned. Det samme gjelder for langtidsfraværet men man ser en nedgang i begge fraværskategorier sammenlignet med september 2017. Gjennomsnittlig sykefravær etter årets ni første måneder er 7,3 prosent (hvorav 2,7 prosent er korttidsfravær og 4,7 prosent er langtidsfravær, avrundet).

Oslo universitetssykehus har et godt samarbeid med NAV Arbeidslivssenter Oslo om sykefraværprosjekter. Det kan fremheves at dette samarbeidet har gitt gode resultater i enheter i Oslo sykehusservice og Barne- og ungdomsklinikken med et høyt sykefravær, etter implementering av tiltak i form av økt lederstøtte og nye rutiner for sykefraværsoppfølging.

Styresak 80/2018 Tabellvedlegg – forenklet månedsrapport oktober 2018

Oslo universitetssykehus HF
OUS HF

Rapporteringsperiode: Oktober 2018
(Bemanningstall til og med november 2018)

Aktivitet somatikk (DRG-poeng)

Periode: OKTOBER 2018	Periodens tall				Rapportert per oktober				Sammenligning 2017	
Klinikk	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Medisinsk klinikk	2 536	2 385	-151	-6,0 %	23 129	22 828	-301	-1,3 %	48	0,2 %
Hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	1 679	1 644	-35	-2,1 %	16 129	15 402	-727	-4,5 %	-556	-3,5 %
Nevrologikk	2 230	2 297	67	3,0 %	21 930	21 447	-483	-2,2 %	-252	-1,2 %
Ortopedisk klinikk	1 936	1 877	-59	-3,0 %	18 439	18 749	310	1,7 %	226	1,3 %
Barne- og ungdomsklinikken	1 366	1 325	-41	-3,0 %	13 034	13 129	95	0,7 %	498	3,9 %
Kvinneklinikken	1 781	1 726	-55	-3,1 %	17 460	17 359	-101	-0,6 %	186	1,1 %
Kirurgi, inflammasjonsmedisin og transpl	3 327	3 133	-194	-5,8 %	31 882	30 884	-998	-3,1 %	-676	-2,1 %
Kreftklinikken	2 528	2 730	202	8,0 %	26 319	26 066	-253	-1,0 %	347	1,4 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	2 951	3 056	105	3,6 %	27 918	27 403	-515	-1,8 %	183	0,7 %
Akuttklinikken	155	150	-5	-3,2 %	1 465	1 334	-131	-8,9 %	-82	-5,8 %
Laboratoriemedisin	19	20	1	5,3 %	158	169	11	7,0 %	15	9,7 %
SUM TOTALT	20 886	20 695	-191	-0,9 %	201 377	199 418	-1 959	-1,0 %	-174	-0,1 %

Aktivitet – psykisk helsevern

Rapporteringsperiode: OKTOBER 2018	Denne periode				Hittil i år				2018 mot 2017	
Oslo universitetssykehus HF	Resultat	Budsjett	Awik	%	Hittil i år	Budsjett	Awik	%	Endring	%
Psykisk helsevern - voksen										
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	217	201	16	8,0 %	1 881	1 945	-64	-3,3 %	-31	-1,6 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	5 928	6 161	-233	-3,8 %	58 230	59 179	-949	-1,6 %	-725	-1,2 %
Antall polikliniske konsultasjoner	8 962	9 225	-263	-2,8 %	75 654	77 346	-1 692	-2,2 %	-658	-0,9 %
Psykisk helsevern - barn og unge										
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	14	15	-1	-3,9 %	164	136	28	20,3 %	26	18,8 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	985	689	296	43,1 %	8 907	6 546	2 361	36,1 %	2 140	31,6 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	411	316	95	30,3 %	2 999	3 031	-32	-1,0 %	-589	-16,4 %
Antall polikliniske konsultasjoner	4 418	4 230	188	4,4 %	38 061	36 587	1 474	4,0 %	1 789	4,9 %
Antall polikliniske konsultasjoner PHA	3 564	3 705	-141	-3,8 %	30 814	31 137	-323	-1,0 %	3 230	11,7 %
Antall polikliniske konsultasjoner BAR	854	525	329	62,6 %	7 247	5 452	1 795	32,9 %	2 417	50,0 %
TSB										
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	208	198	10	5,0 %	1 887	1 973	-86	-4,4 %	-104	-5,2 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	2 339	2 109	230	10,9 %	21 114	20 587	527	2,6 %	580	2,8 %
Antall polikliniske konsultasjoner	2 480	2 231	249	11,1 %	20 778	19 691	1 087	5,5 %	3 569	20,7 %

Økonomisk resultat

Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2018	Oktober				Hittil i 2018			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	11 889 309	991 529	1 003 019	-11 490	-1,1 %	9 692 863	9 806 861	-113 998	-1,2 %
Aktivitetsbaserte inntekter	8 447 259	820 529	737 066	83 462	11,3 %	7 055 540	7 023 538	32 002	0,5 %
Andre inntekter	2 714 720	299 344	242 273	57 071	23,6 %	2 307 472	2 232 866	74 605	3,3 %
Sum driftsinntekter	23 051 288	2 111 401	1 982 358	129 043	6,5 %	19 055 874	19 063 265	-7 391	0,0 %
Lønn -og innleiekostnader	15 828 574	1 399 076	1 370 595	-28 482	-2,1 %	13 106 252	13 068 766	-37 486	-0,3 %
Kjøp av helsetjenester	492 303	38 939	40 712	1 773	4,4 %	398 532	409 557	11 025	2,7 %
Varekostnader mv	2 622 546	247 217	224 850	-22 367	-9,9 %	2 157 805	2 179 440	21 636	1,0 %
Andre driftskostnader	3 965 783	331 902	334 494	2 593	0,8 %	3 243 126	3 288 699	45 573	1,4 %
Sum driftskostnader	22 909 206	2 017 134	1 970 651	-46 483	-2,4 %	18 905 715	18 946 462	40 747	0,2 %
Driftsresultat	142 082	94 267	11 707	82 560	4,2 %	150 159	116 803	33 356	0,2 %
Netto finans	32 918	-4 925	2 876	-7 801	-271,2 %	20 812	29 030	-8 218	-28,3 %
Resultat OUS	175 000	89 342	14 583	74 759	3,7 %	170 971	145 833	25 138	0,1 %

Kommentar: Nye pensjonskostnadsberegninger for 2018 viser en reduksjon på 141 millioner kroner sammenlignet med budsjett. Dette gir redusert basisramme og redusert lønnskostnad sammenlignet med budsjett gjennom året.



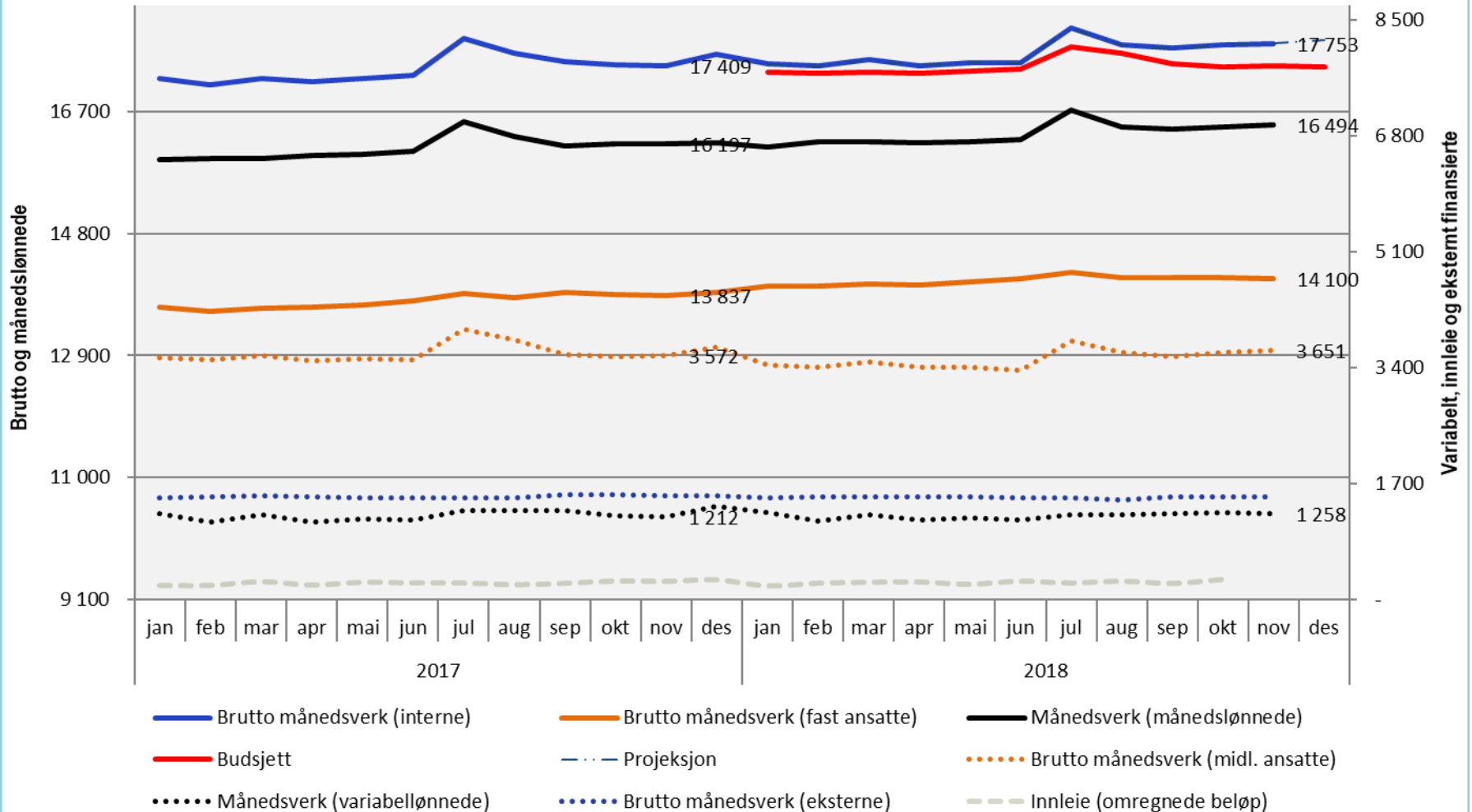
Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering Oktober 2018 tall i hele 1000 kr	Oktober				Hittil i år			
Økonomisk resultat	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-2 603	0	-2 603	-1,4 %	-12 113	0	-12 113	-0,7 %
Medisinsk klinikk	-6 528	0	-6 528	-5,4 %	-15 112	0	-15 112	-1,3 %
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-6 063	0	-6 063	-7,9 %	-48 027	0	-48 027	-6,7 %
Nevroklubnikken	-2 810	0	-2 810	-3,0 %	-34 291	0	-34 291	-3,9 %
Ortopedisk klinikk	-6 416	0	-6 416	-10,6 %	-19 914	0	-19 914	-3,4 %
Barne- og ungdomsklubnikken	-1 478	0	-1 478	-1,3 %	-292	0	-292	0,0 %
Kvinneklubnikken	-2 479	0	-2 479	-4,2 %	-15 069	0	-15 069	-2,6 %
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-6 425	0	-6 425	-6,2 %	-44 001	0	-44 001	-4,4 %
Kreftklubnikken	169	0	169	0,1 %	20 324	0	20 324	1,3 %
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	-1 428	0	-1 428	-1,3 %	-47 699	0	-47 699	-4,6 %
Akuttklubnikken	81	0	81	0,0 %	-16 668	0	-16 668	-1,0 %
Prehospital klinikk	-1 386	0	-1 386	-1,5 %	-5 778	0	-5 778	-0,7 %
Klinikk for laboratoriemedisin	-1 830	0	-1 830	-1,0 %	-417	0	-417	0,0 %
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	-1 670	0	-1 670	-2,1 %	-3 621	0	-3 621	-0,5 %
Oslo sykehuservice	5 329	0	5 329	2,6 %	-905	0	-905	0,0 %
Direktørens stab	6 686	0	6 686	5,1 %	73 424	0	73 424	5,7 %
Fellesposter	124 372	11 133	113 239	166,3 %	325 908	113 143	212 765	36,3 %
Konsern	-6 176	3 448	-9 624		15 222	32 673	-17 451	
Sum OUS	89 342	14 583	74 759	3,6 %	170 971	145 833	25 138	0,1 %



Bemanningsutvikling

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF



Bemanningsindikatorer

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Denne måned			Hittil i 2018				2018 mot 2017			
	NOVEMBER 2018	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr NOVEMBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ NOVEMBER 2018 mot NOVEMBER 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Brutto månedsverk, herav:	19 263	18 949	314	19 097	18 945	152	0,8 %	323	1,7 %	233	1,2 %
- internt finansierte	17 753	17 414	339	17 596	17 405	190	1,1 %	343	2,0 %	240	1,4 %
- eksternt finansierte	1 510	1 535	-25	1 502	1 540	-38	-2,5 %	-21	-1,3 %	-7	-0,5 %
- månedslønnede	17 983	17 809	173	17 832	17 811	21	0,1 %	277	1,6 %	214	1,2 %
- variabelønnede	1 280	1 140	140	1 250	1 135	115	10,2 %	45	3,7 %	4	0,3 %
- fast ansatte	14 779			14 747				260	1,8 %	327	2,3 %
- midlertidig ansatte	4 482			4 348				61	1,4 %	-95	-2,1 %

Fra ProClarity. De grå feltene representerer ulike måter å bryte ned det overordnede tallet for brutto månedsverk.

Detalj internt finansierte

INTERNT FINANSIERTE	Denne måned			Hittil i 2018				2018 mot 2017			
	NOVEMBER 2018	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr NOVEMBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ NOVEMBER 2018 mot NOVEMBER 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Funksjonsområde											
Psykisk helse og rus	2 261	2 292	-31	2 271	2 291	-20	-0,9 %	28	1,3 %	45	2,0 %
Somatiske kliniske klinikker	8 580	8 293	287	8 491	8 293	198	2,4 %	173	2,1 %	127	1,5 %
Medisinske støttefunksjoner	4 815	4 760	55	4 758	4 749	9	0,2 %	119	2,5 %	80	1,7 %
Stab og OSS	2 097	2 069	28	2 071	2 072	-1	-0,1 %	24	1,1 %	-16	-0,8 %
OUS	17 753	17 414	339	17 596	17 405	190	0	343	0	240	0

INTERNT FINANSIERTE	Denne måned			Hittil i 2018				2018 mot 2017			
	NOVEMBER 2018	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr NOVEMBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ NOVEMBER 2018 mot NOVEMBER 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Klinikk											
AKU	1 833	1 812	21	1 818	1 808	10	0,5 %	41	2,3 %	31	1,8 %
PRE	819	807	12	807	801	6	0,8 %	31	4,0 %	27	3,4 %
PHA	2 261	2 292	-31	2 271	2 291	-20	-0,9 %	28	1,3 %	45	2,0 %
MED	1 314	1 262	52	1 297	1 272	25	2,0 %	11	0,8 %	4	0,3 %
HLK	885	860	25	871	847	23	2,8 %	14	1,6 %	22	2,5 %
KIT	1 012	983	30	1 015	984	31	3,2 %	11	1,1 %	18	1,8 %
KLM	1 355	1 344	11	1 337	1 347	-9	-0,7 %	15	1,1 %	0	0,0 %
KRE	1 383	1 379	3	1 374	1 368	6	0,4 %	20	1,5 %	22	1,6 %
KRN	808	798	11	796	794	2	0,2 %	32	4,1 %	22	2,9 %
KVI	666	649	16	672	660	12	1,8 %	7	1,0 %	3	0,5 %
NVR	928	863	65	915	859	56	6,5 %	21	2,3 %	24	2,7 %
OPK	620	597	23	608	599	8	1,4 %	10	1,6 %	-2	-0,4 %
HHA	793	762	31	778	759	20	2,6 %	25	3,2 %	25	3,3 %
BAR	980	938	42	962	945	17	1,8 %	55	6,0 %	11	1,2 %
OSS	1 886	1 852	35	1 868	1 855	14	0,7 %	20	1,1 %	-11	-0,6 %
DST	211	217	-6	202	217	-15	-6,8 %	3	1,6 %	-6	-2,7 %
OUS	17 753	17 414	339	17 596	17 405	190	1,1 %	343	2,0 %	240	1,4 %

Månedsværk fordelt på stillingskategorier

Alle ansvarsteder												
Brutto månedsværk ekskl eksternt finansiert	Forrige periode	Denne periode	Hittil 2017	Hittil 2018	2018 mot 2017				Stillingskategoriernes gjennomsnittlige andel			
	OKT 2017	NOV 2018	Pr. NOV 2017	Pr. NOV 2018	Δ NOV 2018 mot NOV 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel 2017	Andel 2018	Relativ endring	
(1) Administrasjon/Ledelse	2 899	2 891	2 862	2 891	21	0,7 %	29	1,0 %	16,5 %	16,4 %	-0,4 %	
(2) Pasientrettede stillinger	1 482	1 486	1 494	1 512	18	1,2 %	18	1,2 %	8,6 %	8,6 %	-0,2 %	
(3) Leger	2 610	2 594	2 475	2 551	91	3,6 %	76	3,1 %	14,3 %	14,5 %	1,7 %	
(3a) Overleger	1 616	1 618	1 525	1 582	70	4,5 %	56	3,7 %	8,8 %	9,0 %	2,3 %	
(3b) LIS-leger	942	926	898	918	26	2,8 %	20	2,2 %	5,2 %	5,2 %	0,8 %	
(3c) Turnusleger	-	-	-	-	-	0,0 %	-	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	
(4) Psykologer	310	308	286	304	15	5,2 %	18	6,4 %	1,6 %	1,7 %	4,9 %	
(5) Sykepleier	6 073	6 084	5 921	6 011	135	2,3 %	90	1,5 %	34,1 %	34,2 %	0,1 %	
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	495	493	510	499	-18	-3,6 %	-11	-2,2 %	2,9 %	2,8 %	-3,5 %	
(7) Diagnostisk personell	1 503	1 517	1 472	1 490	46	3,2 %	18	1,2 %	8,5 %	8,5 %	-0,1 %	
(8) Apotekstillinger	2	2	2	2	-	0,0 %	0	15,6 %	0,0 %	0,0 %	14,0 %	
(9) Drifts/teknisk personell	1 429	1 433	1 449	1 427	7	0,5 %	-22	-1,5 %	8,4 %	8,1 %	-2,9 %	
(10) Ambulansepersonell	560	568	536	560	23	4,3 %	24	4,4 %	3,1 %	3,2 %	3,0 %	
(11) Forskning	371	375	347	348	5	1,4 %	1	0,3 %	2,0 %	2,0 %	-1,1 %	
(99) Ukjente	-	-	1	0	-1	-100,0 %	-1	-93,5 %	0,0 %	0,0 %	-93,6 %	
Alle stillingsgrupper	17 734	17 753	17 355	17 596	343	2,0 %	240	1,4 %	100,0 %	100 %	0,0 %	

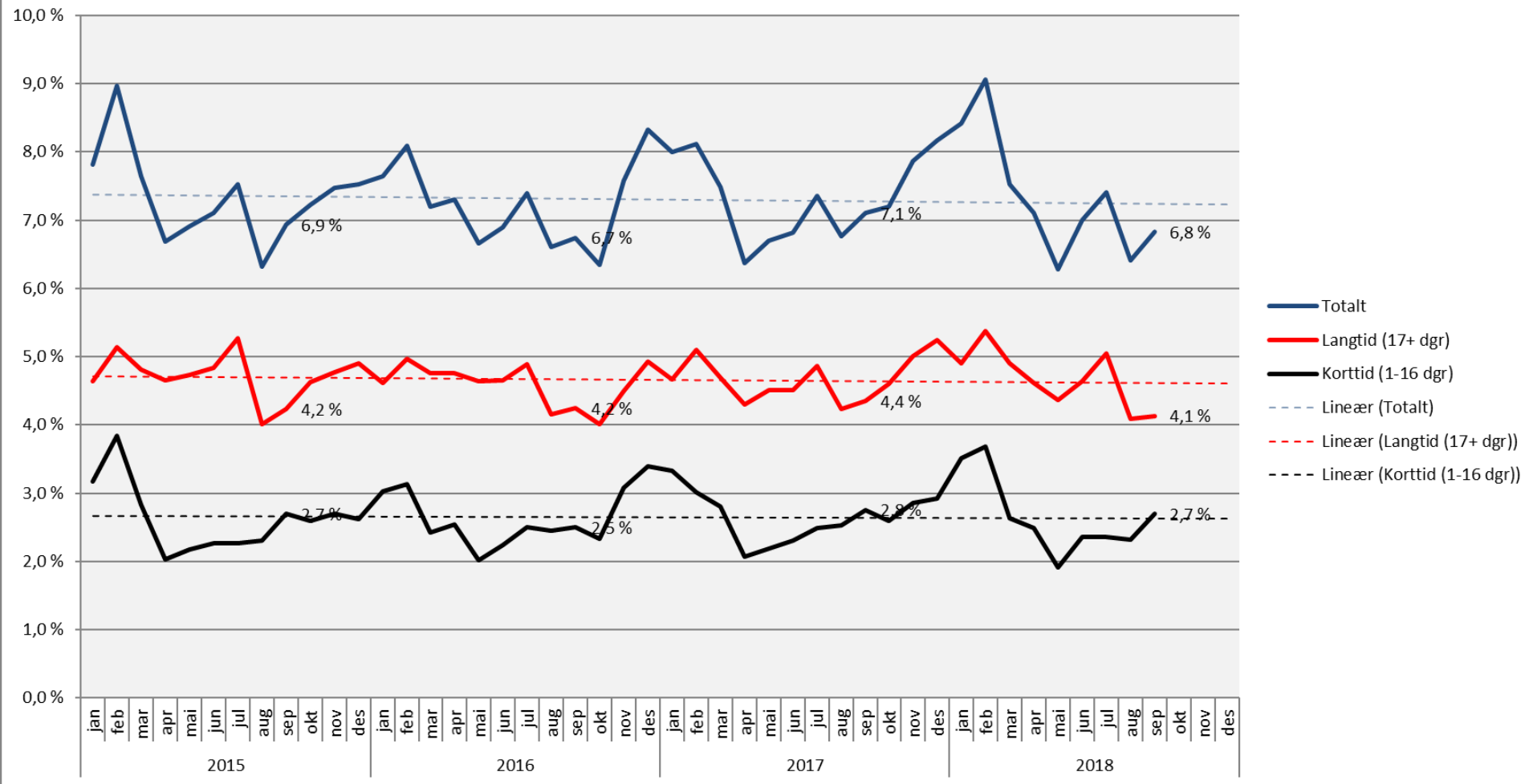
Månedsværk fordelt på klinikk

(11) Forskning

Brutto månedsværk ekskl eksternt finansiert	Forrige periode	Denne periode	Hittil 2017	Hittil 2018	2018 mot 2017				Klinikkenes gjennomsnittlige andel		
	OKT 2017	NOV 2018	Pr. NOV 2017	Pr. NOV 2018	Δ NOV 2018 mot NOV 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel 2017	Andel 2018	Relativ endring
AKU	24	25	13	17	14	120,1 %	4	27,8 %	3,8 %	4,9 %	27,5 %
PRE	27	26	30	29	-4	-13,2 %	-1	-3,0 %	8,6 %	8,4 %	-3,3 %
PHA	19	21	19	19	-3	-11,2 %	-1	-4,0 %	5,6 %	5,3 %	-4,2 %
MED	15	14	15	13	-4	-22,7 %	-2	-10,2 %	4,3 %	3,9 %	-10,4 %
HLK	10	11	10	11	-2	-14,9 %	1	15,1 %	2,8 %	3,3 %	14,8 %
KIT	5	3	5	6	-4	-58,7 %	1	13,2 %	1,5 %	1,7 %	12,9 %
KLM	41	44	46	43	-2	-4,5 %	-3	-6,1 %	13,2 %	12,4 %	-6,3 %
KRE	46	45	43	42	-5	-9,3 %	-1	-2,5 %	12,5 %	12,2 %	-2,8 %
KRN	8	9	7	8	2	36,6 %	1	19,0 %	1,9 %	2,3 %	18,7 %
KVI	2	2	7	3	-4	-67,8 %	-4	-52,7 %	2,0 %	1,0 %	-52,8 %
NVR	20	20	14	19	7	54,3 %	5	34,9 %	4,0 %	5,3 %	34,6 %
OPK	6	6	5	6	1	10,2 %	1	12,8 %	1,6 %	1,8 %	12,5 %
HHA	11	12	7	9	4	51,5 %	3	39,8 %	1,9 %	2,7 %	39,5 %
BAR	9	9	6	7	0	2,8 %	1	10,6 %	1,9 %	2,1 %	10,4 %
OSS	128	129	118	114	4	3,5 %	-4	-3,7 %	34,0 %	32,6 %	-4,0 %
DST	1	1	1	0	-0	-44,4 %	-0	-35,3 %	0,2 %	0,1 %	-35,4 %
OUS	371	375	347	348	5	1,4 %	1	0,3 %	100,0 %	100 %	0,0 %

Sykefravær OUS

Utvikling sykefraværsprosent 2015-2018



Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per september 2018

Hittil	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Korttid	17-56 dager	> 56 dager	Langtid	
AKU	1,4	1,4	2,9	1,3	3,3	4,6	7,4
PRE	1,2	1,2	2,4	1,4	3,3	4,8	7,2
PHA	1,4	1,4	2,9	1,5	3,6	5,1	7,9
MED	1,3	1,2	2,6	1,4	3,3	4,7	7,2
HLK	1,3	1,1	2,4	1,5	3,1	4,6	7,0
KIT	1,4	1,2	2,5	1,3	3,0	4,4	6,9
KLM	1,5	1,2	2,7	1,3	3,3	4,6	7,3
KRE	1,2	1,1	2,3	1,2	2,7	3,9	6,2
KRN	1,8	1,4	3,2	1,6	2,6	4,2	7,4
KVI	1,0	1,3	2,3	1,6	4,3	5,9	8,2
NVR	1,2	1,2	2,4	1,2	3,2	4,4	6,8
OPK	1,3	1,2	2,5	1,1	2,2	3,3	5,8
HHA	1,6	1,5	3,1	1,6	3,4	5,1	8,1
BAR	1,2	1,4	2,6	1,4	3,6	5,0	7,6
OSS	1,4	1,8	3,2	1,5	4,0	5,5	8,7
DST	0,5	0,5	1,0	0,8	1,8	2,5	3,5
OUS	1,3	1,3	2,7	1,4	3,3	4,7	7,3

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 14. desember 2018

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

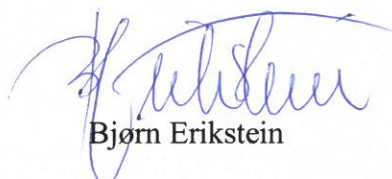
Vedlegg: 1. Budsjettdokument drift og investering
2. Klinikkvise tekstdokumenter
3. Risikovurdering
4. Drøftingsprotokoll

SAK 81/2018 BUDSJETT 2019

Forslag til vedtak:

- 1. Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2019 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 81/2018. 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 2019.*
- 2. Styret gir administrerende direktør 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. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å anskaffe elektronisk logistikk og kvalitetssystem for Sterilavdelingen, en linac og to computertomografer som, inkludert utgifter til ombygging, har estimert anskaffelseskostnad på om lag 20 millioner kroner for hver anskaffelse. Fullmakten forutsetter at administrerende direktør først har fått godkjent anskaffelsene fra Helse Sør-Øst RHF dersom det er nødvendig.*

Oslo den 7. desember 2018


Bjørn Erikstein

1. INNLEDNING

Denne styresaken med vedlegg gir grunnlag for styrets beslutning om budsjett for 2019 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 2019 (tabellene 1-3) og som dermed foreslås vedtatt av styret.

Saken inneholder videre et mer omfattende budsjettdokument (vedlegg 1) som redegjør nærmere for forutsetningene og oppbyggingen av både drifts- og investeringsbudsjettet. Videre gis det i dette vedlegget en gjennomgang av arbeidet med effektiviseringstiltak. I tabelldelen av dette vedlegget er budsjettforslagene i tabellene 1-3 sammenliknet med budsjett 2018, estimat 2018 og tallgrunnlaget fra opprinnelig Økonomisk langtidsplan 2019-2022 som ble behandlet av styret i april i år.

Styresak 77/2018 Konseptrapport Aker og Gaustad behandles av styret i møte 6. desember 2018. Saken omfatter en revidert Økonomisk langtidsplan for perioden 2019-2022 hvor resultatet foreslås økt med 100 millioner kroner i hvert av årene. Dette er i samsvar med budsjettert resultat for 2019 slik det legges frem i denne saken.

Vedlegg 2 inneholder beskrivelser av klinikkens budsjetter for 2019 og vedlegg 3 risikovurdering. Vedlegg 4 er protokoll fra drøftingsmøte med foretakstillitsvalgte tirsdag 5. desember.

2. TIDLIGERE VEDTAK

Ved behandling av sak 36/2018 om Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2019-2022 (38) den 15. mai 2018 ble det fattet følgende vedtak:

1. *Styret gir sin tilslutning til forslaget til Økonomisk langtidsplan 2019 – 2022 (38).*
2. *Styret anbefaler foreløpig et styringsmål for 2019 på 100 millioner kroner i overskudd. Styret understreker at vurderingen av styringsmålet er betinget av de planforutsetningene som er mottatt fra Helse Sør-Øst RHF når det gjelder utvikling i basisramme og kostnader for 2019 knyttet til medikamenter og IKT.*
3. *Styret ber administrerende direktør følge opp arbeidet med nye inntektsmodeller, både regionalt og nasjonalt, for å sikre at Oslo universitetssykehus' særskilte utfordringer knyttet til finansiering av regionale og nasjonale oppgaver blir ivaretatt.*

Helse Sør-Øst RHF behandlet økonomisk langtidsplan 2019-2022 i møte 14. juni. Styret i Helse Sør-Øst RHF la til grunn det foreslåtte styringsmålet fra Oslo universitetssykehus HF.

Ved behandling av sak 54/2018 den 27. september 2018, ble styret orientert om status i arbeidet med budsjett 2019 og krav til klinikkene sendt ut i budsjettsskriv 20. juni. Hovedinnholdet i det interne budsjettsskrivet var:

1. Klinikkerne må gjøre egne vurderinger knyttet til behovet for vekst i pasientbehandlingen fra 2018 til 2019
2. Produktivitetsforbedring på 2,5 % fra budsjett 2018 til budsjett 2019 for alle klinikkene
 - deler av dette må løses ved kostnadsreduksjoner
 - klinikker som har underskudd i 2018 vil få et større krav til produktivitetsforbedring i 2019
3. Samlet bemanning i OUS skal ikke øke fra 2018 til 2019. Klinikkerne må derfor finne tiltak for å redusere bemanningen på enkelte områder, slik at det blir rom for økt bemanning på prioriterte områder. Behov for økt kapasitet (økt bemanning) skal legges frem for ledermøtet og besluttes av administrerende direktør.
4. Det etableres klinikkvise forbedringsprogrammer med et flerårig perspektiv hvor hovedoppgaven høsten 2018 er å finne nødvendige tiltak for å nå kravet om økonomisk balanse i 2019 i klinikkene

Ved behandling av sak 68/2018 den 25. oktober fikk styret en kort orientering om arbeidet med budsjett 2019. Styret tok saken til orientering.

Styresak 77/2018 Konseptrapport Aker og Gaustad behandles av styret i møte 6. desember 2018. Saken omfatter en revidert Økonomisk langtidspan for perioden 2019-2022 hvor resultatet foreslås økt med 100 millioner kroner i hvert av årene.

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

Basert på resultatregnskapet etter oktober ser det ut som om helseforetakets samlede resultat for 2018 vil kunne bli om lag 275 millioner kroner, det vil si 100 millioner kroner bedre enn budsjettet. Klinikkenes prognoser for 2018 viser et betydelig underskudd, men dette motvirkes av nytt gjestepasientoppgjør fra andre regioner for poliklinisk laboratorie- og radiologi, lavere kostnader innenfor administrerende direktørs stab og IKT-området, budsjettet reserve, midler som overføres fra Inven2 for kliniske studier mv. Dette medfører imidlertid at klinikkene også i 2019 står overfor krevende økonomiske omstillinger for å oppnå drift i balanse.

Styret behandlet første gang budsjett for 2019 i juni i år ved behandling av Økonomisk langtidspan 2019-2022. Styret gav da sin tilslutning til forslag til økonomisk langtidspan og anbefalte et foreløpig styringsmål for 2019 på 100 millioner kroner. Det ble understreket at vurderingen av styringsmålet var betinget av planforutsetninger mottatt fra Helse Sør-Øst RHF mht utvikling i basisramme og kostnader til medikamenter og IKT. Som en del av arbeidet med budsjett 2019 har inntektene fra Helse Sør-Øst RHF økt marginalt samtidig som det er besluttet innført et nytt gjestepasientoppgjør som innebærer økte inntekter på om lag 100 millioner kroner. Veksten i

medikamentkostnader og IKT-kostnader er noe mindre enn lagt til grunn ved behandling av økonomisk langtidsplan i juni. På den annen side gir Helse Sør-Øst RHF's beslutning om etablering av endret slagorganisering i Oslo sykehusområdet og overføring av hjertekirurgi fra LHL-sykehuset Gardermoen økte kostnader som så langt ikke er fullt ut finansiert. Videre har foretaket over tid behov for å levere større positive resultater og foreslår derfor å øke det budsjetterte resultatet fra 100 til 200 millioner kroner. Dette er lagt inn som forutsetning ved behandling av styresak 77/2018
Konseptfase Aker og Gaustad.

Til tross for at det er gjennomført betydelige investeringer i bygningsmassen de siste årene, blant annet for å ivareta pålegg fra tilsynsmyndighetene, har Oslo universitetssykehus HF store uløste oppgraderingsbehov i en gammel bygningsmasse. Det er fortsatt behov for omfattende fornyelse av medisinskteknisk utstyr og IKT. Foretaket må derfor effektivisere driften vesentlig for å kunne frigjøre midler til nødvendige investeringer i bygninger, medisinskteknisk utstyr og IKT. Investeringene i bygninger, medisinskteknisk utstyr 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. Til tross for at planer om nye sykehusbygg er kommet mye lengre vil det ta mange år før nye bygg står klare til bruk, og sykehuset må i disse årene drifte i gamle bygg. Disse krever betydelig investeringer for å sikre forsvarlig drift.

Ved intern rammefordeling er det stilt krav til produktivetsforbedring i alle klinikkene på 2,5 prosent. Ved tildeling av klinikkvise rammer er det videre forsøkt å sikre at alle klinikkene skal få økonomiske rammer som gjør det mulig å gjennomføre driften innenfor budsjett. Klinikk psykisk helse og avhengighet er i noen grad skjermet ved at klinikken har fått tilbakeført mer midler enn de øvrige klinikkene. Klinikk psykisk helse og avhengighet er også tildelt ekstra midler til å øke antall behandlerstillinger med 6 innenfor voksenpsykiatrien (DPS). Men også denne klinikken er stilt overfor krav til forbedringer i 2018. For å øke den polikliniske kapasiteten innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er Barne- og ungdomsklinikken gitt anledning til å øke antall årsverk med 4,3 innenfor psykosomatikk for barn og unge. Administrerende direktør mener med dette å ha fulgt opp krav om prioritering av psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling både i forhold til økt pasientbehandling og økonomiske rammer for å ivareta prioriteringsregelen.

Selv om klinikkene har planlagt resultatforbedrende tiltak for om lag 300 millioner kroner, foreligger det på dette tidspunkt ikke tilstrekkelig med tiltak for å kunne ha rimelig grad av sikkerhet for gjennomføring av driftsbudsjettet. Flere av klinikkene har uløste budsjettutfordringer, og det er 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 Oslo universitetssykehus HF. Administrerende direktør vil ha en tett oppfølging gjennom året av både planlegging og gjennomføring av drift for 2019 med den enkelte klinikk og med klinikkene samlet. Klinikkene vil allerede i januar 2019 bli bedt om å levere årsprognose for drift med eventuelle korrektive tiltak for 2019.

Administrerende direktør vil disponere foretakets likviditet slik at samlet forbruk er innenfor Oslo universitetssykehus HF rammer. Det foreslås et samlet investeringsbudsjett på 1,351 millioner kroner.

Styret vil i februar i sak om Oppdrag og bestilling 2019 bli orientert om oppdraget fra eier for 2019, som forventes fastsatt i foretaksmøte medio februar 2019.

Administrerende direktør erkjenner at budsjettet for 2019 er stramt og i tillegg er ikke alle forutsetninger på inntektssiden avklart.

Administrerende direktør har lagt opp til bred medvirkning og involvering i budsjettprosessen for 2019. Likevel viser dessverre tilbakemeldingen fra tillitsvalgte at medvirkning og involvering fortsatt kan bli bedre i store deler av organisasjonen. Tillitsvalgte vil tidlig i 2019 bli invitert med i evaluering av årets budsjettprosess og involvert i planleggingen av budsjettprosessen for 2020. Fra enkelte av klinikkene fremkommer at arbeidet med budsjett 2019 har vært ekstra krevende når det samtidig har pågått andre store prosjekter som også krever mye tidsbruk og involvering.

Det er gjennomført en risikovurdering av gjennomføringen av foretakets oppgaver ut fra budsjett 2019 basert på de overordnede styringsmålene:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Styringsmålene skal nås innenfor budsjett og økonomisk bærekraft er derfor inkludert som et område for risikovurdering. Det er planlagt tiltak for å redusere risikoen for at identifiserte uønskede hendelser skal inntreffe. Etter tiltak vurderes restrisikoen å være akseptabel. Risikovurderingen følger vedlagt og vil bli fulgt opp gjennom året.

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

4. BUDSJETT FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF 2019

4.1. Innledning

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 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 i det kommende budsjettåret.

Oslo universitetssykehus HF skal i 2019 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 må realisere positive økonomiske resultater for å kunne finansiere disse. Positive økonomiske resultater for Oslo universitetssykehus HF i

2019 og i årene framover er 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 lang sikt.

Hovedstrategien i Økonomisk langtidsplan (ØLP) for perioden 2019-2022 var rettet inn mot å sette helseforetaket i stand til å kunne finansiere de investeringene i MTU, bygg mv som det er behov for. For å realisere dette innenfor tilgjengelig likviditet er det forutsatt en forbedring i det økonomiske resultatet i årene fremover (jf tabellen nedenfor). Denne utviklingen krever en betydelig effektivisering av virksomheten. For å dekke deler av de kortsiktige investeringsbehovene er det også vurdert at det er nødvendig med finansiell leie av utstyr mv.

Tabellen under viser årlige resultat slik det er lagt frem i revidert ØLP 2019-2022 som ble presentert på styremøtet 6. desember:

År	Estimert resultat 2018 og planlagt resultat 2019-2022 (ekskl. gevinst fra salg av eiendom)
2018	+ 275 millioner kroner (estimat)
2019	+ 200 millioner kroner
2020	+ 250 millioner kroner
2021	+ 350 millioner kroner
2022	+ 450 millioner kroner

For 2019 budsjetteres det med et resultatmål på 200 millioner kroner. Dette innebærer en økning på 100 millioner kroner fra opprinnelig ØLP 2019-2022. Hovedårsaken til dette er økte inntekter som følge av nytt gjestepasientoppgjør innenfor laboratorie- og radiologiområdet og foretakets eget behov for over tid levere større positive resultater for å bedre den økonomiske bæreevnen.

4.2. Overordnet om oppdrag og bestilling

Oppdrag og bestilling 2019 planlegges vedtatt på foretaksmøte 13. februar i 2019. Dokumentet vil inneholde det formelle oppdraget til Oslo universitetssykehus HF om gjennomføring av virksomheten i 2019 samt tildele midler for å gjennomføre dette. Styret i Helse Sør-Øst RHF vil til sitt møte 13. desember bli forelagt forslag til resultatkrav for helseforetakene for 2019.

4.3. Aktivitet

Statsbudsjettet for 2019 legger i til rette for en økning i pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering på 1,6 pst. fra aktivitetsnivået i 2018. Hoveddelen av den somatiske pasientbehandlingen som utføres i Oslo universitetssykehus HF finansieres innenfor innsatsstyrt finansiering. Det samme gjelder fra 2017 også for poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og rusbehandling.

Oslo universitetssykehus HF planlegger med en reell vekst i den somatiske aktiviteten på om lag 2,8 prosent fra estimert aktivitetsnivå i 2018. Dette

inkluderer forventet økning for pasientbehandling som tidligere er utført på LHL Gardermoen. Dersom denne veksten holdes utenom er veksten på 1,9 prosent. For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling planlegges det med en større vekst i antall polikliniske konsultasjoner enn innenfor somatikken.

4.4. Ventelister og fristbrudd

Oslo universitetssykehus HF arbeider kontinuerlig med å redusere ventetider og forebygge fristbrudd. Med aktivitetsmålene for 2019 og de tiltak som er beskrevet er det forventet at ventetidene skal kunne reduseres ytterligere 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 eller brudd på avtalte tidspunkter for pasienter som er ventelisteavklart.

Oppfølgingen av klinikkene og avdelingene gjennom 2019 vil basere seg på nasjonale indikatorer for henvisningsprosessen, rutiner for håndtering av fritt behandlingsvalg, riktig bruk av pasientadministrativt system, ajourhold av venteliste og oppretting av de avvik som NPR tilbakemelder. Det foreligger tilgjengelige styringsdata med rapporter som oppdateres fortløpende slik at utviklingen kan følges nøye. Blant annet vil en følge antall pasienter med passert planlagt tid. Planlagt tid er styrende for kontinuitet i alle deler av et behandlingsløp (dvs. både for nyhenviste og ventelisteavklarte). For 2019 skal det settes mål for reduksjon av andel henvisninger med passert planlagt tid på fagområdenivå, i de enkelte klinikker/avdelinger.

Det legges ned et betydelig arbeid for at organisasjonen skal etterleve lovverket og ha kunnskap om de styrende dokumenter som regulerer bruk av pasientadministrative system. I 2019 vil ventelisteoppfølgingen ha særlig oppmerksomhet på at planlagt tid til neste oppmøte er medisinskfaglig vurdert, og at fristen for den tid som er bestemt overholdes. Det implementeres blant annet tiltak som skal bedre tilgjengelighet og ressursstyring av poliklinisk virksomhet slik at kapasiteten i sykehusets poliklinikker kan utnyttes bedre.

4.5. Pakkeforeløp for kreft

Det er en nasjonal målsetting at andel kreftpasienter som inkluderes i pakkeforløp skal være på 70 prosent. Det samme gjelder for behandling startet innen normert forløpstid. Oslo universitetssykehus HF har ikke tilfredsstillende resultater for disse indikatorene. Andel kreftpasienter som har startet behandling innen normert forløpstid hittil i 2018 er 59 prosent (nasjonal målsetting er 70 prosent). Måloppnåelsen varierer betydelig fra pasientforløp til pasientforløp, der noen forløp har tilfredsstillende måloppnåelse, mens andre ikke har det. Noen forløp for store pasientgrupper (prostatakreft, hode-halskreft, brystkreft, lungekreft og gynekologisk kreft) har lav måloppnåelse og trekker gjennomsnittet ned. I mange av forløpene er det spesielt første del av forløpet (fra henvisning er mottatt til pasienten møter i sykehuset) som er forlenget. Hovedutfordringen er logistikk. Tiltak for å bedre resultatene er høyt prioritert. Under gis en beskrivelse av de viktigste tiltakene:

- For alle pakkeforløp er det etablert forløpsteam bestående av ansvarlige for de ulike avdelinger som inngår i pakkeforløpet, med forløpsleder og forløpskoordinatorer. Forløpsteamene skal framover fortløpende og i faste møter vurdere utfordringer knyttet til daglig drift og resultater i de månedlige rapporter fra Norsk pasientregister (NPR). Utfordringer som ikke kan løses innad i forløpsteamet, skal løftes til den aktuelle avdelingsleder/klinikkleder og evt. til driftsstyret for kreft og administrerende direktør.
- Sentral stab vil framover bistå linjeledelsen og Driftsstyret for kreft i oppfølging av forløpsleder og forløpsteam i arbeidet med å bedre måloppnåelsen i pakkeforløp for kreft, gjennom konkret oppfølgings- og forbedringsarbeid.
- Det vil bli arbeidet med å styrke funksjonen som forløpskoordinator og etablering av et forløpskoordinatorforum.
- Det arbeides med forbedring av interne rapporter for daglig oppfølging av pakkeforløpsspasienter, samt å gjøre NPR-rapportene lettere tilgjengelige for forløpsteamene.
- Særskilt oppfølging av forløp med lav måloppnåelse.
- Særskilt fokus på å redusere forløpstiden i første del av pakkeforløpet: Tiden fra henvisning mottatt til første frammøte i sykehuset.
- Overføring av pasienter fra andre HF representerer en stor utfordring som det må arbeides med i samarbeid med andre helseforetak. Her er det særdeles viktig å få på plass bedre elektronisk kommunikasjon mellom helseforetakene, bruk av regionale MDT-møter, reduksjon av regranskinger og nye undersøkelser innen radiologi og patologi.

4.6. Driftsbudsjett

Under behandling av Økonomisk langtidsplan 2019-2022 mottok Oslo universitetssykehus HF en foreløpig tildeling av inntektsrammer for 2019. Inntektsforutsetningene fra økonomisk langtidsplan er marginalt bedret i årsbudsjettet for 2019 gjennom noe økte inntekter til aktivitet som følge av oppdatering av nasjonal inntektsmodell.

Ved behandling av styresak 36/2018 om økonomisk langtidsplan understreket styret i sitt vedtak at styringsmålet for 2019 er betinget av de planforutsetningene som er mottatt fra Helse Sør-Øst RHF når det gjelder utvikling i basisramme og kostnader for 2019 knyttet til medikamenter og IKT.

Nytt gjestepasientoppgjør innenfor poliklinisk laboratorie- og radiologi har økt de aktivitetsbaserte inntektene med om lag 100 millioner kroner. Dette har gjort det mulig å øke resultatkravet tilsvarende.

På noen områder øker kostnadene mer enn lagt til grunn ved behandling av økonomisk langtidsplan. Dette gjelder områder hvor det er behov for økt kapasitet og økt ressursbruk for å sikre forsvarlige helsetjenester og unngå avvik av arbeidsmiljømessig karakter. Det er også tildelt ekstra midler til Klinikk for psykisk helse og avhengighet for å ivareta prioriteringsregelen.

Vurderingen av utfordringsbildet under behandlingen av Økonomisk langtidsplan 2019-2022 tilsa et krav til effektivisering av drift fra 2018 til 2019 med om lag 2,5 prosent. Oppdaterte driftsforutsetningene for budsjett 2019 har ikke endret denne

vurderingen. Klinikkene har drøftet tiltak som imøtekommer en betydelig del av kravet til resultatforbedring, men ikke alt. Det er dermed nødvendig med ytterligere tiltak for å oppnå et resultat i henhold til budsjett for 2019. Kravet til klinikkene innebærer at de i tillegg til å levere en aktivitet som budsjettert må finne ytterligere områder hvor kostnader og årsverk kan reduseres. Dette arbeidet vil primært organiseres gjennom klinikkens forbedringsprogrammer.

4.7. Prioriteringsregelen

Det fremkommer av Helse Sør-Øst RHF's styresak nr 102-2018 om Budsjett 2019 at veksten i pasientbehandlingen og kostnadsutviklingen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere hver for seg enn innen somatikk. Det enkelte helseforetak og sykehus skal i sine aktivitets- og kostnadsbudsjetter legge til rette for at dette kravet innfris. Det skal også planlegges med en reduksjon i ventetider innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som er større hver for seg enn innen somatikk. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.

Kostnadsutvikling

Alle klinikkene har fått et produktivetskrav på 2,5 prosent i budsjettet for 2019. Klinikkene er deretter tildelt midler til prioriterte områder og midler tildelt spesifikke formål fra Helse Sør-Øst RHF er overført til aktuelle klinikker. Ved interne rammetildeling er det tildelt noe midler etter skjønsmessige vurderinger av klinikkens samlede utfordringsbilde for 2019. Klinikken psykisk helse og avhengighet er videre tildelt midler for å sikre at foretaket ivaretar prioriteringsregelen. Samlet innebærer tildelt budsjetttramme for 2019 et mindre krav til effektivisering og redusert ressursbruk for Klinikken psykisk helse og avhengighet enn for de somatiske klinikkene.

Aktivitetsutvikling

For 2019 er det budsjettert med en større vekst i antall polikliniske konsultasjoner for både VOP, BUP og TSB enn for somatikken.

Antall polikliniske konsultasjoner	Somatikk	VOP	BUP	TSB
Endring fra budsjett 2018	2,2 %	2,7 %	7,0 %	7,6 %
Endring fra estimat 2018	1,6 %	5,0 %	3,5 %	2,0 %

Innenfor voksenpsykiatrien er veksten fra estimat 2018 til budsjett 2019 spesielt stor fordi aktiviteten gjennom 2018 har vært lavere enn budsjettert. For å sikre en årlig vekst, målt over flere år, er det derfor planlagt med en større økning fra estimat 2018 enn fra budsjett 2018 til budsjett 2019.

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er det i 2018 flere konsultasjoner enn budsjettert, og veksten fra estimat 2018 blir dermed lavere enn veksten fra budsjett 2018. En stor del av økningen innenfor dette området er innenfor Barne- og ungdomsklinikkens psykosomatiske virksomhet for barn og unge.

Ventetider

For å sikre større reduksjon i ventetid innenfor VOP, BUP og TSB er det budsjettert med betydelig aktivitetsvekst. Det vil i tillegg bli tettere oppfølging av

ventetider og fristbrudd innenfor disse områdene i 2019 for å sikre at kravet om reduserte ventetider nås.

4.8. Årsverksbudsjett

Klinikken forventes å ha kontroll på samlet ressursbruk. Planlagt bruk av personell skal fremkomme av klinikkens årlige bemanningsbudsjett. Der det ikke er samsvar mellom budsjettet og faktisk bemanning har klinikken et selvstendig ansvar for å gjøre nødvendige avklaringer slik at driften kan gjennomføres innenfor den tildelte økonomiske utgiftsrammen for budsjettet.

Klinikkene har budsjettet med om lag 17 800 årsverk innenfor ordinær drift i 2019. Dette innebærer en økning på nærmere 200 årsverk (1,1 prosent) fra faktisk nivå i 2018. Årsverk som finansieres av øremerkede midler kommer i tillegg med nærmere 1 500. For årsverk finansiert av øremerkede midler er det kun små endringer fra 2018. Bruk av ekstern innleie er planlagt redusert tilsvarende 37 årsverk.

De viktigste årsakene til økningen på nærmere 200 årsverk er beskrevet i punktene under, og er noe mer detaljert beskrevet i budsjettokumentet (vedlegg 1):

- Konsekvens av regionale beslutninger knyttet til virksomhetsoverdragelse av Prehospitaltjenester for Kongsvinger opptaksområde, ny slagorganisering i Oslo sykehusområde, overføring av pasientbehandling fra LHL-sykehuset Gardermoen og andre tildelinger i budsjettet for 2019 (+ 130).
- Tekniske forhold knyttet til at foretaket overtar økonomiforvaltningen for kliniske studier som frem til nå har vært ivaretatt av Inven2 (+ 50)
- Interne prioriteringer for å ivareta pasientsikkerhet og unngå avvik av arbeidsmiljømessig karakter (+ 115)
- Reduksjon i årsverk som følge av planlagte tiltak (- 125)
- Restutfordring i klinikkene vurderes å være i størrelsesorden 50-150 årsverk. Det er budsjettet med en reserve i totalbudsjettet som reduserer den samlede restutfordringen, dvs. behovet for å redusere antall årsverk i 2019 til 50 til 100.
- Helårseffekt av ansettelser mv innenfor prioriterte områder mv i 2018 (+ 80)

Det vil bli vurdert ulike tiltak for å sikre både at planlagte tiltak for å redusere antall årsverk blir gjennomført og at det identifiseres og besluttes ytterligere tiltak for å løse den gjenstående budsjettutfordringen (restutfordringen) som vurderes å være i størrelsesorden 50 til 100 årsverk.

4.9. Investeringsbudsjett

Styret vedtok i økonomisk langtidsplan 2019-2022 et investeringsbudsjett på 1 368 millioner kroner for 2019. Budsjettet inneholdt en plan for omfattende utskifting av medisinskteknisk utstyr og en plan for utbedring av bygningsmassen samt noen andre investeringer, budsjett for lokale IKT-investeringer og egenkapitalinnskudd til pensjonskassene. I tillegg var investeringer knyttet til ny regional sikkerhetsavdeling inkludert. Sistnevnte gjennomføres i regi av Helse

Sør-Øst RHF og inngår derfor ikke i Oslo universitetssykehus HF sitt investeringsbudsjett. Det foreslås et investeringsbudsjett på 1 351 millioner kroner for Oslo universitetssykehus HF for 2019.

Investeringsbudsjettet for 2018 blir ikke benyttet fullt ut ved utgangen av 2018. Vedtatte investeringer som ikke er gjennomført ved utgangen av 2018 (såkalt overheng) planlegges gjennomført i 2019 i tillegg til investeringsbudsjettet for 2019. Fordi det tar tid å gjennomføre anskaffelser påregnes det også at det blir et overheng fra 2019 til 2020. Administrerende direktør kommer tilbake til planlagt gjennomføring av investeringer i 2019 i styremøtet i februar.

Styret i Helse Sør-Øst RHF har lagt til grunn at allerede iverksatte byggeprosjekter videreføres i 2019. Investeringsprosjektene nedenfor, som omfatter Oslo universitetssykehus HF, gjennomføres i regi av Helse Sør-Øst RHF og inngår derfor ikke i Oslo universitetssykehus HF sitt investeringsbudsjett:

1. Ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 10 millioner kroner, hvorav 7 millioner kroner utgjør ekstern lånefinansiering.
2. Nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 205 millioner kroner, hvorav 144 millioner kroner utgjør ekstern lånefinansiering.
3. Nytt Protonterapisenter ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 145 millioner kroner, hvorav 102 millioner kroner utgjør ekstern lånefinansiering og 43 millioner utgjør tilskudd.
4. Investeringsmidler til planlegging av videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF.

I forslaget til investeringsbudsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2019 foreslås det foreslås 249 millioner kroner for lukking av tilsynsavvik, 23 millioner kroner i omstillingsinvesteringer og til såkalte ordinære investeringer foreslås det om lag 1 079 millioner kroner.

For å finansiere investeringsbudsjettet legges det opp til at om lag 85 prosent av anskaffelsene av medisinskteknisk utstyr og alle ambulansene finansieres med nye finansielle leieavtaler.

4.10. Finansiering av investeringsaktiviteten i 2019

Oslo universitetssykehus HF har fire hovedkilder til investeringer for budsjett 2019:

- Årlig fast likviditetstildeling fra Helse Sør-Øst RHF
- Akkumulert overskudd fra driftsbudsjettet
- Lån fra Helse og omsorgsdepartementet
- Finansiell leie

Alle finansieringskilder med beløp er også vist i tabell 3.

En stor del av finansieringen av investeringsbudsjettet for 2019 er avhengig av resultatoppnåelsen i 2018 og 2019. Investeringsbudsjettet forutsettes finansiert med om lag 60 millioner kroner av budsjettert positivt driftsresultat for 2019. Dette er innenfor det budsjetterte resultatmålet for 2019.

Helse Sør-Øst RHF har bekreftet at Oslo universitetssykehus HF kan benytte driftsresultat for 2019 til å finansiere investeringer i 2019.

4.11. Fullmakter

Ut over fullmakt til å gjennomføre drift og investeringer foreslås det følgende eksplisitte fullmakter til administrerende direktør:

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

Oslo universitetssykehus HF må ta opp lån fra Helse Sør-Øst RHF for å finansiere lukking av tilsynsavvik (Fase 2).

Fullmakt til å inngå nye finansielle leieavtaler

For å finansiere såkalte ordinære investeringer i 2019 må Oslo universitetssykehus HF inngå nye finansielle leieavtaler for 403 millioner kroner.

Fullmakt til å anskaffe utstyr med estimert anskaffelseskostnad på 20 millioner kroner eller mer

Budsjett for investeringer i medisinskteknisk utstyr inneholder tre anskaffelser som, inkludert utgifter til ombygging, har estimert anskaffelseskostnad på 20 millioner kroner eller mer for hver anskaffelse. Alle enkeltinvesteringer over 20 millioner kroner skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF. De tre enhetene det bes om fullmakt til er følgende:

- En strålemaskin (linac) til Ullevål sykehus med en estimert anskaffelseskostnad på 30 millioner kroner og 3 millioner kroner til ombygging, dvs. en estimert total kostnad på 33 millioner kroner.
- En Computertomograf (CT) til Rikshospitalet med en estimert anskaffelseskostnad på 16 millioner kroner og 4 millioner kroner til ombygging, dvs. en estimert total kostnad på 20 millioner kroner.
- En Computertomograf (CT) til Ullevål sykehus med en estimert anskaffelseskostnad på 16 millioner kroner og 4 millioner kroner til ombygging, dvs. en estimert total kostnad på 20 millioner kroner.

Nytt logistikk- og kvalitetssystem for Sterilavdelingen har en estimert anskaffelseskostnad på 31 millioner kroner, hvorav 20 millioner kroner gjelder fase 1 som omfatter utskifting av eksisterende løsning (OUSDOC) og implementering av løsning for sporing av kirurgiske instrumenter på Sterilavdelingen og operasjonsavdelingene. Fase 1 er prioritert i investeringsplanen for IKT-området for 2018 og 2019 og vil bli fullfinansiert i 2020. Fase 2 som omfatter ytterligere utvidelser av løsningen har en estimert anskaffelseskostnad på 11 millioner kroner. Det bes om fullmakt til å finansiere hele prosjektet slik at anskaffelsesprosessen kan starte.

4.12. Risikovurdering av gjennomføring av budsjett 2019

En helhetlig risikovurdering per 3. tertial 2018 ble lagt frem for styret i sak 67/2018. I forbindelse med utarbeidelsen av budsjett 2019 er klinikkene spesifikt bedt om å basere risikovurderingene på de omstillingstiltakene som klinikkens budsjettleveranser vil innebære. Mer konkret er klinikkene bedt om å beskrive:

- Gjennomføringsrisiko (måloppnåelse/økonomi)
- Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø
- Tiltak for å redusere risiko på disse områdene

I sak 022-2018 *Økonomisk langtidspan 2019-2022. Planforutsetninger* legger styret i Helse Sør-Øst RHF en videreføring av de overordnede styringsmålene i oppdragsdokumentet for 2018. Dette innebærer at virksomheten i helseforetaket også i 2019 skal innrettes for å nå følgende overordnede styringsmål:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Risikovurderingen av Oppdrag og bestilling for 2019 og budsjett 2019 er gjort ut fra disse tre overordnede styringsmålene. Disse målene skal nås innenfor vedtatt budsjett, samtidig som foretaket er nødt til å sikre økonomisk bærekraft for å sikre god drift og for å kunne gjennomføre investeringer i bygg og utstyr. På denne bakgrunn er også økonomisk bærekraft lagt til som et område for risikovurdering.

Innenfor de fire overordnede styringsmålene beskrevet ovenfor er det identifisert mulige uønskede hendelser med en kort beskrivelse av årsak til «Mulig uønsket hendelse». Det er deretter vurdert sannsynlighet og konsekvens, samt samlet risiko før tiltak. Deretter er de viktigste tiltakene beskrevet før det er gitt en ny vurdering av sannsynlighet, konsekvens og samlet risiko etter tiltak.

Risikovurderinger følger som vedlegg 3 til denne saken.

4.13. Oslo universitetssykehus HF's arbeidsmiljøutvalg (AMU)

Forslag til innhold i budsjett 2019 ble lagt frem for arbeidsmiljøutvalget i møte 3. desember. Arbeidsmiljøutvalgets vedtak i saken fremkommer i teksten under.

Forslag til budsjett for OUS for 2019 ble presentert for sentralt Arbeidsmiljøutvalg i OUS (AMU) 3. desember 2019. AMU er bekymret for at gjennomføringen av driftsbudsjettet vil påvirke arbeidsmiljøet for de ansatte i OUS i negativ retning. Det er betydelig økte krav til effektivisering som har vært gjentakende i flere år. Økt arbeidsbelastning kan føre til forhøyet risiko når det gjelder pasientsikkerhet, som igjen kan føre til forverret arbeidsmiljø.

AMU vil i 2019 følge opp de arbeidsmiljømessige konsekvensene av budsjettet. AMU ber om at det arbeides videre med å utvikle metode for å monitorere og vurdere utviklingen av arbeidsmiljøet på avdelingsnivå i sykehuset. Ledere bes om å overvåke arbeidsmiljø i sin enhet, samt dokumentere utfordringer og behov i

form av registreringer av HMS-avvik og bruk av det grønne korset for systematisk oppfølging av tiltak. Klinikk-AMU må følge opp utviklingen i egen klinikk.

Sykehuset har et betydelig etterslep på vedlikehold av bygningsmasse, elektro og MTU. På tross av store investeringer de siste årene, så samsvarer ikke deler av sykehusets bygningsmasse og infrastruktur til kravet om en moderne og effektiv sykehusdrift. Det er derfor svært viktig at gjennomføringsevnen for lukking av avvik og pålegg fra tilsynsmyndighetene opprettholdes.

Høy arbeidsbelastning kan vanskeliggjøre mulighetene for kompetanseutvikling for de ansatte, som igjen kan gå utover kvalitet og arbeidsmiljø. Tidspress er også noe som kan gå utover videre utvikling og veiledning av studenter, som vil være fremtidens ansatte i OUS.

Forbedringsprosjekter i de enkelte klinikker med god involvering er viktige for å kunne gjennomføre prosjekter som effektiviserer driften. Tydelig oppmerksomhet på kliniske IKT systemer er viktig for effektiv arbeidsflyt og pasientbehandling.

Oppsummert mener AMU at det vil være driftsbudsjettet som vil gi de største utfordringene i 2019 og er beheftet med størst risiko, og som er godt beskrevet i de risikovurderingene for gjennomføring av budsjett 2019 som er utarbeidet. Sentralt og klinikkvise AMU bør følge opp utviklingen av arbeidsmiljø fremover.

4.14. Ansatte - involvering og medvirkning

Krav til involvering og medvirkning ble tydelig beskrevet i budsjettskriv 1 om budsjett 2019 fra 20. juni.

Det ble her tydeliggjort at det er behov for tilpasning av virksomheten fra dagens kostnadsnivå til en drift i overensstemmelse med budsjettforutsetningene for 2019 og at dette vil stille store krav til foretakets ansatte. Det ble presisert at god involvering og behandling av budsjett med ansatte, tillitsvalgte og verneombud var en forutsetning for å lykkes med prosessen.

Utover å gjennomføre de formelle drøftingene er det stilt krav om at tillitsvalgte og verneombud på alle nivåer skal inviteres til å delta i budsjettprosessen. Arbeidsmiljøloven, Hovedavtalen og de tolv prinsipper for medvirkning i HSØ skal være førende for arbeidet i klinikkene.¹

Gjennom de klinikkvise forbedringsprogrammene er det bedre struktur og systematikk på forbedringsarbeidet og denne organiseringen medfører også at tillitsvalgte og vernetjeneste involveres i arbeidet på en mer systematisk måte enn for tidligere år. Dette forventes å øke klinikkenes gjennomføringsevne fremover.

Tidlig i 2019 vil det bli gjennomført en evaluering av budsjettprosessen, herunder vurdering av hvordan involvering og medvirkning har vært.

¹ Aml §§ 8-2, 6-2 (4), Hovedavtalen kap. VII

4.15. Drøfting

Det er gjennomført drøfting av budsjett med sentrale tillitsvalgte den 4. desember.

Protokoll fra drøfting følger som vedlegg 5.

Tabell 1 – Aktivitetsmål

Somatikk	
Pasientbehandling	Budsjett 2019
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	112 412
Antall liggedøgn - døgnbehandling	471 977
Antall dagbehandlinger	84 475
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	864 929
DRG-poeng	Budsjett 2019
DRG-poeng for pasienter fra Helse Sør-Øst	222 249
DRG-poeng for pasienter fra andre regioner mv	18 368
DRG-poeng for biologiske legemidler	5 260
DRG-poeng totalt	245 877
Psykisk helsevern	
Psykisk helsevern for voksne	Budsjett 2019
Antall liggedøgn døgnbehandling	71 335
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	2 160
Antall polikliniske konsultasjoner	95 989
Barne - og ungdomspsykiatri	Budsjett 2019
Antall liggedøgn døgnbehandling	9 612
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	201
Antall oppholdsdager dagbehandling	3 575
Antall polikliniske konsultasjoner	47 628
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere	Budsjett 2019
Antall liggedøgn døgnbehandling	25 655
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	2 320
Antall polikliniske konsultasjoner	25 652
DRG-poeng (PHV og TSB)	Budsjett 2019
DRG-poeng totalt	32 377

Tabell 2 – Resultatbudsjett

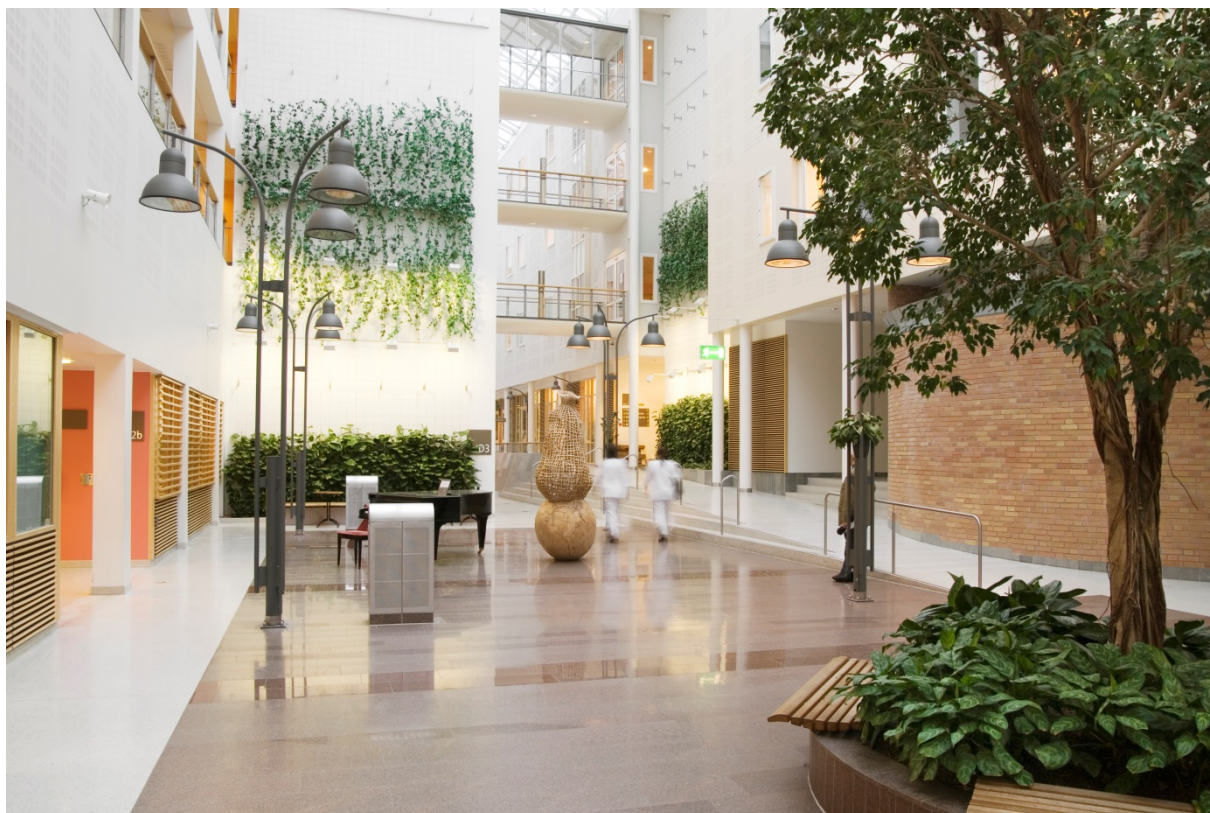
Resultatbudsjett Beløp i tusen kroner	Budsjett 2019
Basisramme	11 823 163
Kvalitetsbasert finansiering	83 871
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	4 070 212
ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	891 941
ISF-refusjon poliklinisk PVH/TSB	86 962
ISF-refusjon pasientadm kreftlegemidler (H-resept)	117 440
Utskrivningsklare pasienter	24 516
Gjestepasienter	750 180
Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	2 662 567
Polikliniske inntekter	565 882
Andre øremerkede tilskudd	1 578 441
Andre driftsinntekter	1 468 847
Sum driftsinntekter	24 124 022
Kjøp av offentlige helsetjenester	47 246
Kjøp av private helsetjenester	385 427
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 736 627
Innleid arbeidskraft	163 750
Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	88 384
Lønn til fast ansatte	11 826 285
Overtid og ekstrahjelp	1 179 068
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	1 986 443
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-717 719
Annen lønn	2 040 039
Avskrivninger	963 800
Nedskrivninger	0
Andre driftskostnader	3 249 051
Sum driftskostnader	23 948 401
Driftsresultat	175 621
Finansinntekter	90 874
Finanskostnader	66 495
Finansresultat	24 379
Ordinært resultat	200 000

Merknad: Det kan bli endringer mellom ØBAK-linjene som følge av tekniske forhold knyttet til konsernavstemming- og kvalitetssikring.

Tabell 3 – Investeringsbudsjett

Investeringer (ekskl. byggelånsrenter)		Budsjett 2019
(Beløp i millioner kroner)		
Ordinære investeringer	MTU	442
	Bygg	422
	Annet	80
	Egenkapital pensjon	65
	IKT ¹⁾	49
	Ufordelt	20
	SUM	1 079
Fase 1 Omstilling	MTU	
	Bygg	23
	Annet	
	SUM	23
Fase 2 Tilsynsavvik og oppgraderinger	MTU	
	Bygg	249
	Annet	
	SUM	249
TOTALT	MTU	442
	Bygg	694
	Annet	80
	Egenkapital pensjon	65
	IKT ¹⁾	49
	Ufordelt	20
	SUM	1 351
Finansiert med	Ordinær likviditet	338
	Driftsresultat	374
	Fordring på HSØ RHF	0
	Lån	197
	Øremerkede tilskudd	0
	Finansiell leie	403
	Annen finansiering	38
	SUM	1 351

1) Investeringer i IKT regnskapsføres i Sykehuspartners regnskap.



BUDSJETT 2019

Budsjettdokument drift og investeringer
Vedlegg 1 til Styresak 81/2018

Innhold

1	Kort om økonomisk langtidsplan 2019-2022	3
2	Inntekter og utgifter i budsjett 2019.....	3
2.1	Totale driftsinntekter	3
2.1.1	Rammetildeling fra Helse Sør-Øst RHF	4
2.1.2	Nasjonale kompetansetjenester	12
2.1.3	Øremerkede inntekter / tilskudd.....	14
2.1.4	Helse og arbeid (tidligere Raskere tilbake).....	16
2.1.5	Innsatsstyrt finansiering i somatikken (ISF).....	16
2.1.6	Innsatsstyrt finansiering psykisk helse/TSB (ISF).....	17
2.1.7	Gjestepasientoppgjør innenfor regionen	18
2.1.8	Gjestepasientoppgjør andre regioner	18
2.2	Utgifter	18
2.2.1	Lønnskostnader og pensjon	18
2.2.2	Varekostnader og andre driftskostnader	19
2.2.3	Avskrivninger	21
2.3.4	IKT- kostnader.....	22
2.3	Salg av eiendom.....	23
2.4	Finansinntekter og – kostnader.....	23
2.5	Datterselskaper og majoritetsandeler	24
2.6	Midler budsjettet sentralt på sykehuset – til senere fordeling	24
3	Intern rammefordelingsmodell	24
4	Produktivitetskrav i budsjettet.....	25
5	Interne faglige prioriteringer.....	26
5.1	Somatikk	26
5.2	Aktivitet psykisk helsevern	28
5.3	Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling.....	28
5.4	Forskning og utvikling.....	28
5.5	Utdanning	30
5.6	Nasjonale behandlingstjenester	31
6	Bemanningsbudsjett.....	31
7	Investeringsbudsjett	34
7.1	Medisinskteknisk utstyr.....	35
7.1.1	Innledning	35

7.1.2	Definisjoner og kort status	35
7.1.3	Overordnede strategiske valg	36
7.1.4	Investeringsstabell 2019 med forklaring.....	37
7.1.5	Fullmakt til å anskaffe medisinskteknisk utstyr.....	38
7.2	Bygg	39
7.2.1	Innledning.....	39
7.2.2	Bygningsmessige investeringer finansiert av ordinære midler	40
7.2.3	Investeringer som lukker avvik – finansiert av lånepakke	40
7.2.4	Investeringer finansiert av omstillingsmidler	41
7.2.5	Fordeling av byggeinvesteringer mellom lokalisasjoner	41
7.3	Øvrige investeringer	42
7.3.1	Innledning.....	42
7.3.2	Utfordringsbildet	43
7.3.3	Forutsetninger for investeringene i 2019.....	43
7.4	IKT.....	43
7.4.1	Innledning.....	43
7.4.2	Aktiviteter på teknologi og infrastruktur 2019.....	44
7.4.3	Aktiviteter på klinisk område 2019	44
7.4.4	Aktiviteter innen administrative løsninger 2019.....	44
7.4.5	Aktiviteter innen forskning og innovasjon 2019	44
7	Forbedring av driften.....	45
8	Tiltak budsjett 2019.....	48
9	Tabellvedlegg.....	50

I mange av tabellene sammenlignes budsjett-tall for 2019 med tall for budsjett 2018, estimat 2018 og tall for 2019 fra Økonomisk langtidsplan 2019-2022. Det gjøres oppmerksom på at alle økonomitallene fra Økonomisk langtidsplan 2019-2022 er i 2018-priser.

I styremøte 7. desember 2018 behandles en revidert Økonomisk langtidsplan 2019-2022. Siden den ikke var vedtatt når denne budsjettsaken ble utarbeidet er det i tabellene brukt tall fra opprinnelig Økonomisk langtidsplan 2019-2022.

1 Kort om økonomisk langtidsplan 2019-2022

Økonomisk langtidsplan skal gi et samlet grunnlag for vurdering av økonomisk bæreevne for investeringer i Oslo universitetssykehus HF i et lengre perspektiv enn det enkelte budsjettår. Planen bygger på forutsetninger om inntektsutvikling og aktivitetsutvikling fra Helse Sør-Øst RHF, samt innspill fra Sykehuspartner og Sykehusapoteket knyttet til kostnadsutvikling for IKT og medikamentkostnader for planperioden.

Oslo universitetssykehus HF står overfor store økonomiske utfordringer de kommende årene. Tilstanden for bygningsmasse og medisinsk teknisk utstyr og status for IKT-systemene medfører et omfattende behov for investeringer. Pågående regionale investeringsprosjekter i IKT viser at det er betydelige investeringsbehov i teknisk infrastruktur i Oslo universitetssykehus HF. Sparing i forkant av store investeringer er nødvendig for å bygge opp foretakets egenfinansiering i fremtidige byggeprosjekter. Et positivt resultat fra driften i forkant av at nye bygg tas i bruk vil også gi foretaket økonomisk bæreevne for økte kapitalkostnader knyttet til nye bygg.

Ved rullering av ØLP 2019-2022 ble resultatmålene for planperioden ved styrebehandling i juni 2018 redusert i forhold til tidligere økonomisk langtidsplan. Dette var en følge av nullvekst i inntektsrammen fra Helse Sør-Øst RHF fra 2018 til 2019 og store forventede kostnadspådrag knyttet til IKT, medikamenter mv. Resultatmål for 2019 ble på denne bakgrunn satt til 100 millioner kroner eksklusive gevinst fra salg av eiendom i ØLP 2019-2022. Styresak 77/2018 Konseptrapport Aker og Gaustad behandles av styret i møte 6. desember 2018. Saken omfatter en revidert økonomisk langtidsplan for perioden 2019-2022 hvor resultatet foreslås økt med 100 millioner kroner i hvert av årene. Dette er i samsvar med budsjettet resultat for 2019 slik det legges frem i denne saken. Det er økte inntekter knyttet til nytt gjestepasientoppgjør innenfor laboratorie- og radiologiområdet fra 2019 som har gjort det mulig å øke resultatmålet i budsjett 2019 økt til 200 millioner kroner. Sammenlignet med budsjett 2018 vurderes resultatmålet å medføre et krav til omstilling i 2019 på om lag 2,5 prosent i forhold til budsjett 2018. Dette må i hovedsak realiseres gjennom de klinikkvise tiltakene i programmet «Forbedret drift».

2 Inntekter og utgifter i budsjett 2019

2.1 Totale driftsinntekter

Det er budsjettet med 24 124 millioner kroner i totale driftsinntekter for 2019. De viktigste elementene er:

- Rammetildeling fra Helse Sør-Øst RHF
- Øremerkede tilskudd
- Aktivitetsbaserte inntekter
 - ISF somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- Gjestepasientinntekter
- Refusjoner fra Helfo og egenandeler
- Andre inntekter

De viktigste inntektspostene er beskrevet i de neste punktene.

2.1.1 Rammetildeling fra Helse Sør-Øst RHF

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i sak nr. 102-2018 15. november 2018 - Budsjett 2019, fordeling av midler til drift og investering. Styret sluttet seg til premisser, mål og prioriteringer slik det var lagt frem i administrerende direktørs saksfremstilling. Helseforetakenes og sykehusenes endelige inntektsrammer for 2019, herunder forskningsmidler, vilkår for bevilgningen, øvrige styringskrav og rammebetingelser vil bli fastsatt i Oppdrag og bestilling 2019 (forventes vedtatt på foretaksmøte i januar/februar 2019).

Inntektssiden i budsjett 2019 for Oslo universitetssykehus HF er basert på inntektsramme mottatt fra Helse Sør-Øst RHF (siste versjon mottatt 4.12.2018). Eventuelle endringer i foretakets inntekter som kommer i forbindelse med beslutning av Oppdrag og bestilling 2019 i foretaksmøtet vil måtte innarbeides når dette blir kjent.

Alle elementer i basisrammetildelingen fra Helse Sør-Øst RHF fremkommer i tabellvedlegget. Basisrammen øker med 41,5 millioner kroner, tilsvarende 0,4 prosent, fra 2018 til 2019. Dette er en økning som er betydelig mindre enn forventet lønns- og prisvekst i perioden. Dette skyldes i stor grad at basisrammen er redusert på områder som erstattes med andre inntekter. Dette gjelder økning i andel ISF-finansiering innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, utvidelse av oppgjørsordning for utskrivningsklare pasienter til også å omfatte psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt endringer knyttet til etablering av nytt gjestepasientoppgjør innenfor laboratorie- og radiologiområdet. Justert for disse forholdene er basisrammen økt med om lag 3 prosent. Dette inkluderer også økte inntekter knyttet til overtakelse av prehospitale tjenester for Kongsvingerområdet.

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	2019
Basisramme 2018	11 735
Basisramme 2019	11 777

I tabellen nedenfor gis en oversikt over de viktigste reelle endringene fra opprinnelig basisramme 2018 til 2019:

Nr.	Endringer fra budsjett 2018 til budsjett 2019	
1	Prisomregning	279,8
2	Inntektsmodell 2019, fra ØLP 2019-2022	1,7
3	Kompensasjon for pensjonseffekt OUS	30,0
4	RNB 2018 - pensjon, som i ØLP 2019-22	-137,5
5	Ervervet hjerneskade barn og unge	1,3
6	Økt bemanning luftambulans OUS	-3,4
7	Økt aktivitet, alle tjenestoområder	70,3
8	Avbyråkratiseringsreformen; uttrekk basisramme	-48,1
9	Avbyråkratiseringsreformen lagt tilbake	76,1
10	Kvalitetsbasert finansiering (netto)	-1,2
11	Legemidler i basis 2018, gjenstående basis	25,9
12	Overføring fra basis til ISF- PHV og TSB	-13,0
13	Utskrivingsklare pasienter - PHV og TSB	-15,6
14	Komp. for manglende prisjustering av egenandeler	5,8
15	Nasjonal inntektsmodell	15,8
16	Barn som pårørende mot økt egenandel	2,0
17	Inntektsmodellen - innføring av nye elementer	-21,1
18	1/12 effekt tilbakeføring basis Kongsvinger	5,7
19	11/12 effekt overføring mva-effekt Kongsvinger	-0,6
20	Studenthelsetjeneste i psykisk helsevern	-11,2
21	PET - legestillinger ved OUS	3,0
22	PET - netto fordeling av 20 mnok	-14,1
23	Endret fin.ordning lab/rad-fordeling av 215 mnok	32,3
24	Endret fin.ordning lab/rad-tilbakeføring av IM effekt	-253,9
25	Dyre legemidler-aktivitetsavhengig del private ideelle	0,2
26	Økt kapasitet PUA - OUS	6,0
27	Barnepalliativt team OUS	2,2
28	Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme	2,0
29	Økte ressurser Eidvoll fengsel - RSA OUS	1,0
	Basisramme 2019 inkl. KBF	11 776,9

Tabell 1: Budsjettsendringer fra 2018 til 2019

I teksten under er det satt inn referanser til endringene i basisramme ut fra nummereringen i tabellen ovenfor.

Lønns- og prisvekst (1 og 14)

Basisrammen fra Helse Sør-Øst RHF er justert ut fra forutsetningene i statsbudsjettet. Det forventes en generell, gjennomsnittlig lønns- og prisvekst på 2,9 prosent. Lønn er forventet å øke med 3,3 prosent, mens prisveksten for øvrig er anslått til 2,0 prosent. 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 om lag 2,4 prosent.

Enhetsprisen per DRG-poeng for 2019 er 44.654 kroner. Dette er en økning på 2,82 prosent fra 2018. Den er justert opp med 0,8 prosent pga for lav pris i 2018, dernest prisomregnet med 2,9 prosent for 2019, redusert med 0,5 prosent knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen, underregulert med 0,3 prosent pga. endret registreringspraksis og redusert med 0,1 prosent knyttet til medisinske kvalitetsregistre. Dersom omfanget av endret registreringspraksis i ettertid avviker fra det som er lagt til grunn i enhetsprisen, vil dette på vanlig måte bli håndtert i forbindelse med den endelige avregningen for 2019.

Enhetsprisen for poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er 2.743 kroner.

Refusjonstakstene for radiologi- og laboratorievirksomheten justeres i gjennomsnitt med 1,4 prosent.

Egenandelene for helsetjenester justeres i tråd med forventet prisvekst ut over helårseffekten av vedtatte egenandelsøkninger fra 1. juli 2018. Dette innebærer samlet sett om lag reelt uendret nivå på egenandeler for helsetjenester gjennom 2019.

Inntektsmodell 2019, fra ØLP 2019-2022(2)

Justering for inntektsmodelleffekter for 2019 i ØLP 2019-2022 ga en netto inntektsøkning for Oslo universitetssykehus HF på 1,7 millioner kroner.

Endringen er altså samlet nær null, men bestod av flere store positive og negative beløp:

- Redusert tildeling til pensjon (-59 millioner kroner)
- Redusert tildeling til forskning (-24 millioner kroner)
- Økt tildeling somatikk (14 millioner kroner)
- Økt tildeling PHV (2,4 millioner kroner)
- Økt tildeling TSB (1,4 millioner kroner)
- Økt tildeling kapital (0,8 millioner kroner)
- Økt tildeling prehospitale tjenester (66 millioner kroner) relatert til virksomhetsoverdragelsen for prehospitale tjenester i Kongsvingerområdet og at tildeling til luftambulansetjenester er flyttet fra særskilt tildeling i 2018)

Kompensasjon for pensjonseffekt OUS (3)

Oslo universitetssykehus HF fikk legge til grunn en inntektsstøtte på 30 millioner kroner som en planforutsetning i økonomisk langtidsplan 2019-2022. Budsjettforutsetningene for pensjon viser at pensjonskostnaden ved Oslo universitetssykehus HF øker med om lag ti millioner kroner fra 2018. Helse Sør-Øst RHF har i basisrammetildelingen for 2019 opprettholdt inntektsstøtten fra økonomisk langtidsplan.

RNB 2018 – pensjon som i ØLP 2019-2022 mv (4)

I revidert nasjonalbudsjett for 2018 fikk Helse Sør-Øst RHF redusert sin basisramme med 592 millioner kroner grunnet reduserte pensjonskostnader sammenlignet med opprinnelig budsjett 2018. Trekket i basisramme ble fordelt mellom helseforetakene og Oslo universitetssykehus HF sin basisramme for 2018 ble redusert med 137 millioner kroner. I forslag til statsbudsjettet for 2019 er det lagt til grunn en uendret pensjonskostnad fra 2018

og bevilgningsnivået er derfor uendret fra det som ble lagt til grunn i revidert nasjonalbudsjett. Beregninger fra pensjonskassene viser at budsjettet pensjonskostnad for 2019 for Oslo universitetssykehus HF øker med om lag 10 millioner kroner i forhold pensjonskostnaden som regnskapsføres for 2018. Av dette forklares om lag 4 millioner kroner med at prehospitale tjenester for opptaksområdet til Kongsvinger sykehus overføres til Oslo universitetssykehus HF.

Ervervet hjerneskade for barn og unge (5)

I økonomisk langtidsplan ble det gitt en bevilgning på 1,3 millioner kroner til ervervet hjerneskade for barn og unge.

Økt bemanning luftambulanse (6)

Økt tildeling til bemanning luftambulanse fra 2018 er videreført med helårseffekt i 2019. Tildeling er i budsjett 2019 inkludert i inntektsmodelleffekt.

Økt aktivitet, alle tjenesteområder (7)

På regionalt nivå skal det også i 2019 være større vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk.

Statsbudsjettet for 2019 legger til rette for en generell aktivitetsvekst på 1,7 prosent fra anslått aktivitetsnivå 2018 til 2019 for alle tjenesteområder. Dette omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene og kjøp fra private aktører. Det er videre lagt til grunn en vekst på 2,9 prosent innenfor offentlige laboratorie- og radiologiske undersøkelser.

Det er i statsbudsjettet foreslått å tildele Helse Sør-Øst RHF 582,1 millioner kroner til å finansiere økt aktivitet. Av dette tildeler Helse Sør-Øst 70,3 millioner kroner til vekst innenfor alle områder ved Oslo universitetssykehus HF.

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (8 og 9)

Som en del av regjeringens avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform (innført i 2015) er de regionale helseforetakene trukket med 0,5 prosent av både faste og variable inntekter. Trekket i den regionale basisbevilgningen videreføres til helseforetakene ved at basisrammer reduseres med 0,5 prosent. For Oslo universitetssykehus HF reduseres basisrammen med 48,1 millioner kroner. For å gi rom til blant annet investeringer og anskaffelser er det lagt tilbake 76,1 millioner kroner i basisrammen til helseforetaket. Midlene er lagt tilbake ut fra foretakets andel av sum driftsinntekter. Reformen innebærer også at andre poster på statsbudsjettet får en reduksjon (underregulering) på 0,5 prosent, jfr omtale ovenfor, herunder ISF, poliklinikk og de ulike tilskuddspostene. Denne underreguleringen gir et bortfall av aktivitetsbaserte inntekter på om lag 36 millioner kroner for 2018. Dette er i stor grad kompensert gjennom at midlene som blir trukket fra helseforetakene legges tilbake ut fra andel driftsinntekter og ikke bare ut fra andel basisramme. For Oslo universitetssykehus HF som har stor andel gjestepasientinntekter er dette med på å redusere den negative økonomiske effekten.

Kvalitetsbasert finansiering (10)

Ordningen med kvalitetsbasert finansiering innebærer at en del av inntektene gjøres avhengig av tidligere måloppnåelse på kvalitetsindikatorer som beregnes av Helsedirektoratet. Den nasjonale modellen er betydelig endret i år ved at tolv indikatorer er tatt ut og ni nye er tatt inn. Til sammen består finansieringsmodellen nå av 38 indikatorer gruppert i indikatorer for resultat, prosess og brukererfaringer.

For 2019 er Helse Sør-Øst RHF trukket 298 millioner kroner i basisbevilgningen, men får tilbakeført 318 millioner kroner i henhold til resultatoppnåelse på de ulike indikatorene i KBF-ordningen slik at regionen samlet får en netto inntekt som følge av kvalitetsbasert finansiering på 20 millioner kroner. Dette er fire millioner kroner lavere enn i 2018.

Sammenlignet med budsjett 2018 får Oslo universitetssykehus HF en netto inntektsreduksjon på om lag 1 million kroner som følge av resultater for kvalitetsbasert finansiering.

Legemidler i basis 2018, gjenstående basis (11)

De regionale helseforetakene har de siste årene fått overført finansieringsansvaret for ulike legemiddelgrupper fra Folketrygden. I 2018 økte basisrammen netto med tilnærmet 267 millioner kroner som følge av dette. Etablert praksis er at legemidler som overføres til spesialisthelsetjenesten i sin helhet finansieres gjennom basisrammen i overføringsåret og inkluderes i ISF-ordningen det påfølgende året. Deler av basisrammen som fulgte med overføringen av legemidler fra Folketrygden i 2018 overføres derfor til ISF-ordningen i 2019. For Helse Sør-Øst RHF innebærer dette at basisrammen reduseres med 167,1 millioner kroner.

Overførte midler i 2018 ble budsjettet i Helse Sør-Øst RHF og er gjennom 2018 fordelt løpende til helseforetakene/sykehusene basert på faktiske kostnader. Dette gjaldt følgende sykdomsgrupper:

- Hepatitt B
- HIV
- Alvorlig astma
- Mastocytose (sjelden blodsykdom)
- Gjenværende legemidler til behandling av hepatitt C

Prinsippet ble valgt for å redusere risiko og ta tilstrekkelig hensyn til variasjon i forbruk mellom sykehusområdene. Gjennom 2018 har foretakene fått utbetalt 80 prosent av faktiske kostnader til disse legemidlene fra Helse Sør-Øst RHF. Overføring til ISF-ordningen innebærer en risikodeling av finansieringen. I 2018 fordeles basisrammen til helseforetakene etter inntektsmodellens behovsandeler i TSB som følge av høy prevalens blant rusmiddelavhengige. Av dette tildeles Oslo universitetssykehus HF 25,9 millioner kroner. Sammen med forventede ISF-inntekt for de aktuelle legemidlene på om lag samme beløp finansieres kostnadene til legemidler hvor finansieringsansvaret ble overført fra folketrygden i 2018.

Fra 1. februar 2019 overføres finansieringsansvaret for legemidler til behandling av sjeldne sykdommer og veksthormoner fra Folketrygden. Som følge av at den overførte

legemiddelgruppen er lite homogen og kjennetegnes av å ha få brukere budsjetteres dette sentralt hos Helse Sør-Øst RHF for fordeling til helseforetakene løpende etter faktiske kostnader. Prinsippet er valgt for å redusere risiko for utilsiktede økonomiske effekter mellom sykehusområdene.

Det er ingen endringer når det gjelder prinsippene for finansiering av pasientadministrert legemiddelbehandling (H-reseptor). Det vil si at opptaksområdeforetaket skal dekke disse kostnadene i 2019 som for tidligere år.

Overføring fra basis til ISF- psyk /TSB (12)

Poliklinisk aktivitet innen PHV og TSB ble inkludert i ISF i 2017. Andelen ISF i forhold til basisramme er lavere innenfor disse gruppene enn innenfor somatikken, hvor andelen er om lag 50 prosent. Det tas sikte på å øke andelen ISF innen PHV/TSB, og det er overført midler fra helseforetakenes basisrammer til ISF. For Helse Sør-Øst RHF er det trukket 108 millioner kroner i basisramme, hvorav 13 millioner kroner er trukket fra Oslo universitetssykehus HF. Trekket er fordelt på helseforetak og sykehus i henhold til behovsandel innen psykisk helsevern og TSB. Innenfor Oslo sykehusområde er imidlertid uttrekket fordelt etter kostnadsandeler mellom sykehusene. Endringen innebærer tilsvarende økte aktivitetsbaserte inntekter i budsjettet for 2019.

Oppgjørsordning utskrivningsklare pasienter, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (13)

Gjennom flere år har kommunene hatt en betalingsplikt til helseforetakene for liggedøgn for utskrivningsklare pasienter. Denne betalingsplikten utvides fra 2019 til også å gjelde utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og TSB. De regionale helseforetakenes basisramme er som en følge av dette redusert med 185 millioner kroner, hvorav reduksjonene i Helse Sør-Øst RHF sin basisramme utgjør 99,6 millioner kroner. Det foreslås at reduksjonen fordeles etter den regionale inntektsmodellen og at noe av reduksjonen budsjetteres sentralt knyttet til anslag på utskrivningsklare pasienter hos private institusjoner Helse Sør-Øst RHF har avtale med. For Oslo universitetssykehus HF utgjør rammereduksjon 15,6 millioner kroner.

Selv om helseforetakenes inntekt reduseres som følge av innføringen av ordningen, fremkommer det av Helse Sør-Øst RHF's styresak 102-2018 om budsjett 2019 at kapasiteten skal opprettholdes fram til det over tid kan vises til at kommunene kan ivareta utskrivningsklare pasienters behov for helsetjenester. Dette vil bli tett fulgt opp i 2019.

Betalingsplikten vil i 2019 følge pasientenes oppholdskommune, også for somatiske pasienter, hvor betalingsplikten fram til nå har fulgt pasientens folkeregisterkommune. Det er folkeregistrert kommune som registreres i de pasientadministrative system i dag. Helse Sør-Øst RHF må avvente forskrift fra departementet før endelig konsekvens av denne omleggingen kan konkretiseres.

Nasjonal inntektsmodell (15)

Oppdatering av nasjonal inntektsmodell for 2019 innebar en økt basisramme til Helse Sør-Øst RHF på 98 millioner kroner. Basert på behovskomponenten i den regionale

inntektsmodellen er Oslo universitetssykehus HF tildelt 15,8 millioner kroner av den økte bevilgningen.

Barn som pårørende (16)

Regjeringen forslår å endre pasientreiseforskriften slik at barn som pårørende får dekket reiseutgifter. Basisrammen til foretaket er økt med 2 millioner kroner som følge av dette. Dette innebærer at pårørende som er barn vil få refundert utgifter ved reise og opphold.

Inntektsmodellen – innføring av nye elementer (17)

Ved behandling av Økonomisk langtidsplan 2019-2022 viste Helse Sør-Øst RHF til pågående prosjekt for videreutvikling av den regionale inntektsmodellen. Innen somatikk er det blant annet gjort nye vurderinger av:

- Volum og pris i abonnementet for nasjonale og regionale tjenester ved Oslo universitetssykehus HF. Volumet for inneliggende pasienter foreslås redusert fra 40,5 til 39,5 ISF-poeng per 1000 innbygger. Volum for polikliniske konsultasjoner foreslås økt fra 2 til 3 ISF-poeng per 1000 innbygger.
- Finansiering av aktivitet utover etablerte finansieringsordninger. Prosjektet anbefaler at det omforderes inntekt for aktivitet utover etablerte finansieringsordninger ved Oslo universitetssykehus HF fra sykehusområdene Akershus, Vestre Viken og Østfold til Oslo sykehusområde.

Det var i planforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2019-2022 ikke innarbeidet endringer i inntektsmodellen knyttet til disse forholdene. Det er nå besluttet å innføre endringene. For Oslo universitetssykehus HF innebærer endringen en netto redusert basisramme på 21,1 millioner kroner.

Basis prehospitale tjenester for opptaksområdet til Kongsvinger (18 og 19)

Det ble i juni 2017 besluttet at spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen tilknyttet Kongsvinger sykehus skulle overføres fra Sykehuset Innlandet HF til Akershus universitetssykehus HF den 1. januar 2019. Prehospitale tjenester for opptaksområdet til Kongsvinger sykehus ble samtidig besluttet virksomhetsoverdratt til Oslo universitetssykehus HF.

Økonomiske effekter av overføring ble innarbeidet i forbindelse med planforutsetningene for økonomiske langtidsplan 2019-2022. Det er siden planforutsetningene ble gitt, besluttet at tidspunktet for overføringen er flyttet til 1. februar 2019. 1/12 av den økonomiske effekten er derfor reversert i budsjett 2019 sammenlignet med økonomisk langtidsplan.

Studenthelsetjeneste innen psykisk helsevern (20)

Sykehuset fikk i 2018 tildelt 10,9 millioner kroner i basisrammen for å kunne overføre til studenthelsetjenesten ved Studentsamskipnaden i Oslo. Fra 2019 trekkes disse midlene ut av foretakets basisramme. Oppgaven vil bli ivaretatt regionalt fra 2019.

PET - legestillinger (21)

Oslo universitetssykehus HF innehar funksjon som regional henvisningsinstans for den høyspesialiserte tjenesten PET-CT. For å utvide og bygge opp PET-tilbudet og PET-kompetansen i regionen er det utarbeidet regionale føringer for PET som skal legges til grunn for tjenesten. Oslo universitetssykehus HF bevilges 3 millioner kroner for å finansiere to legestillinger i to år, i 2019 og 2020, slik at helseforetaket kan bistå de andre helseforetakene i opplæring, regranskning etc.

Finansiering av laboratorie- og radiologiundersøkelser (22, 23 og 24)

I 2018 ble det innført ny finansieringsordning for poliklinisk laboratorievirksomhet. Helse Sør-Øst RHF holdt igjen midler regionalt for å håndtere effekter som følge av omleggingen. Midlene (215 millioner kroner) er i 2018 i stor grad benyttet som kompensasjon for manglende gjestepasientoppgjør internt i regionen innen fagområdet medisinsk genetikk.

Gjestepasientoppgjør for poliklinisk laboratorie- og radiologivirksomhet er frem til nå håndtert gjennom omfordeling i den regionale inntektsmodellen basert på et gjennomsnitt for tre år. Innføringen av nytt kodeverk medfører at historiske refusjoner ikke nødvendigvis gir et godt bilde av den polikliniske aktiviteten mellom opptaksområder i regionen. Fra 2019 vil det innføres løpende oppgjør, og helseforetakene blir ansvarlige for fakturering ut fra månedlig faktureringsgrunnlag som utarbeides fra Helsedirektoratet basert på utbetalte refusjoner. Midler som er omfordelt i inntektsmodellen for 2019 i forbindelse med økonomisk langtidsplan vil følgelig bli reversert.

Midler som ble tildelt i 2018, blant annet for å utjevne forskjeller, vil bli fordelt til sykehusområdene etter den regionale inntektsmodellen. Løpende fakturering vil ivareta regionens effekter også innen medisinsk genetikk.

Når finansieringen av poliklinisk aktiviteten innen laboratorie- og radiologivirksomheten fra 2019 skal håndteres gjennom løpende oppgjør og ikke gjennom omfordeling i inntektsmodellen, vil dette gi økonomiske effekter internt i Oslo sykehusområde som må håndteres særskilt. Dette skyldes den oppgavedelingen som er i sykehusområdet. Inntektsrammene til Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus vil derfor bli korrigert på en slik måte at de samlede økonomiske effektene av omleggingen blir begrenset for de to sykehusene.

De økonomiske effektene av endringene i finansiering av laboratorie- og radiologiundersøkelser for Oslo universitetssykehus HF er kort oppsummert i punktene under:

- Netto effekt av nytt gjestepasientoppgjør gir en inntekt på om lag 550 millioner kroner
- Reversering av inntekter tidligere finansiert i basisrammen utgjør 225 millioner kroner
- Redusert stykkpris PET utgjør om lag 32 millioner kroner
- Bortfall av inntektskompensasjon i 2018 knyttet til medisinsk genetikk med 180 millioner kroner

Samlet er det beregnet at endringene i finansiering på dette området bidrar positivt med om lag 100 millioner kroner på årsbasis. Det er noe usikkerhet knyttet til effekten av nytt gjestpasientoppgjør da det foreligger erfaringstall kun for en del av 2018 og at gjestepasientoppjøret påvirkes direkte av endringer i Helfo-takster på området.

Kapasitet ved regional seksjon psykiatri, utviklingshemming/autisme (26):

Det er økt behov for plasser ved regional seksjon psykiatri, utviklingshemming / autisme ved Oslo universitetssykehus HF. Det er bevilget 6 millioner kroner i økt basisramme for å dekke et halvt års effekt av en økt kapasitet på fire plasser ved regional seksjon psykiatri, utviklingshemming / autisme. Midlene gis under forutsetning om at det samlet er en kapasitet på minimum tolv plasser.

Barnepalliativt team (27)

Det er bevilget 2,2 millioner kroner i økt basisramme knyttet til aktivitet mot andre helseforetak i regionen. Midlene vil bli trukket tilbake når det vurderes at det regionale teamet har bidratt til kompetanse om barnepalliasjon i hele regionen og innen tre år.

Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (28)

Det er bevilget ytterligere 2 million kroner (utover 4,5 millioner kroner) for å styrke utredningskapasiteten.

Økte ressurser Regional sikkerhetsavdeling og ungdomsenhet Øst i Eidsvoll fengsel (29)

Fengselspsykiatrisk poliklinikk får 1 million kroner i økt basisramme knyttet til behovet for å utvide med en psykologstilling.

2.1.2 Nasjonale kompetansetjenester

Oslo universitetssykehus HF har ansvar for mange nasjonale kompetansetjenester. Av totalt 32 godkjente nasjonale kompetansetjenester er 27 lokalisert ved Oslo universitetssykehus HF. For 2019 er det tildelt 83,4 millioner kroner til nasjonale kompetansetjenester for sjeldne diagnoser og 101,6 millioner kroner til øvrige nasjonale kompetansetjenester. For 2019 er det tildelt 4,4 millioner kroner til to nye nasjonale kompetansetjenester, Kirurgi ved fot- og ankeldeformiteter og Nasjonal kompetansetjeneste for psykiatri og utviklingshemming.

Tabellene under gir en oversikt over nasjonale kompetansetjenester (beløp i tabellene under er i 1000 kroner):

Nasjonale kompetansetjenester, post 78	Tilskudd 2019
Læring og mestring innen helse	10 010
Prehospital akuttmedisin(NAKOS)	3 829
Kvinnehelse	14 330
Amming	4 757
Seneffekter etter kreftbehandling	3 511
Blodtypeserologi	2 246
Sarkomer	3 573
Gynekologisk onkologi	4 421
Medfødte muskelsykdommer	3 089
Barne- og ungdomsrevmatologi	2 605
Medfødte stoffskiftesykdommer	2 673
Solide svulster hos barn	5 112
Dysmeli	960
Habilitering av barn med spise- og ernæringsvansker	4 757
Dekontaminering	2 901
Personlighetspsykiatri	2 609
Traumatologi	4 641
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige	4 641
Seksuelt overførte infeksjoner	2 814
CFS/ ME	2 358
Familiær hyperkolestrolemi	2 288
Komplekse, alvorlige psykosomatiske tilstander hos barn/unge	2 288
Sykdomsrelatert underernæring	2 280
Nevropatisk smerte	2 332
Albuekirurgi	2 149
Kirurgi ved fot- og ankeldeformiteter NY	2 200
Nasjonal kompetansetjeneste for psykiatri og utviklingshemming NY	2 200
I alt	101 574

Tabell 2: Nasjonale kompetansetjenester

Sjeldne diagnoser	Tilskudd 2019
Døvblindesystemet, NTT og kvalitetsregisteret	1 732
Cystisk fibrose	13 348
NEVSOM	19 757
Senter for sjeldne diagnoser	25 016
NK sjeldne epilepsirelaterte diagnoser	6 969
Sentral ledelse for sjeldensentrene og prosjektmidler	16 593
I alt	83 415

Tabell 3: Sjeldne diagnoser

2.1.3 Øremerkede inntekter / tilskudd

Øremerkede inntekter er inntekter som kun kan anvendes til gitte formål bestemt av tilskuddsgiver. Det forutsettes at aktiviteten og ressursbruken 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 eller det økonomiske resultatet. Tilsvarende blir for lite innbetalinger avsatt for ut fra fremdrift så fremt det er grunnlag for det i avtalen med tilskuddsgiver.

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, dekker 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 24 124 millioner kroner er om lag 1 952 millioner kroner, tilsvarende om lag 8,1 prosent, definert som øremerkede. Dette inkluderer blant annet forskningsprosjekter finansiert av Helse Sør-Øst RHF, Forskningsrådet og EU; Kreftregisteret; behandlingsreiser til utlandet; nasjonale kompetansesentre mv.

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 13. desember. I det foreliggende driftsbudsjettet for 2019 er det innarbeidet foreløpig tildeling av forskningsmidler basert på administrasjonens forslag til fordeling. Eventuelle endringer innarbeides når beslutning om tildeling fra Helse Sør-Øst RHF for 2019 foreligger.

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

<i>Statlige tilskudd, post 70</i>	Beløp i mnok
Rettsmedisinsk institutt	173,9
Kreftregisteret	115,9
Behandlingsreiser til utlandet	128,0
Biobank CFS/ME	1,0
Narkolepsi på barn	3,6
Koordenhet for dom til behandling	1,7
Turnustjeneste	1,6
Doping	4,6
Tannhelse	5,7
Medisinsk undersøkelse på barnehusene	3,2
Sum statlige tilskudd	439,2

Tabell 4: Statlige tilskudd

I teksten under gis omtale av de største tilskuddene:

Rettsmedisinske fag

Rettsmedisinske fag (Avdeling for rettsmedisin (RMF)), ble virksomhetsoverdratt fra Folkehelseinstituttet til Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus HF fra 1.1.2017. Det statlige tilskuddet er økt fra 169,8 millioner kroner i 2018 til 173,9 millioner kroner i 2019.

Rammen til RMF er øremerket. Det er lagt til grunn at alle kostnader og inntekter knyttet til RMF etter virksomhetsoverdragelsen blir belastet avdelingen og salderes, slik at helseforetaket for øvrig ikke må dekke de økte kostnadene som følger av virksomhetsoverdragelsen. Dette betyr at også kostnader til husleie, avskrivninger, tjenester fra Oslo sykehuservice og IKT-kostnader belastes avdelingens budsjett. Avdelingen har i tillegg inntekter fra salg av tjenester til andre etater som politiet mv. og utfører også noe medisinske helsetjenester som mottar refusjoner fra HELFO.

RMF har i 2018 hatt en betydelig merinntekt som følge av omleggingen av den polikliniske finansieringsordningen for laboratorieanalyser. Omleggingen innebærer at noen fagområder har fått høyere refusjonssatser, mens andre fagområder har fått reduserte refusjonssatser. For budsjett 2019 er dette nøytralisert ved at inntektene er omfordelt mellom fagområdene, og som konsekvens av dette avgir RMF 4,57 millioner kroner til øvrige laboratorieområder i Oslo universitetssykehus HF.

Kreftregisteret

Tilskuddet inkludert kvalitetssikring av mammografiprogrammet er innarbeidet i inntektsrammen til Oslo universitetssykehus HF med 115,9 millioner kroner. Dette representerer en vekst på 2,4 prosent fra 2018.

Kreftregisteret samler inn data og utarbeider statistikk om kreftforekomsten i Norge og har også en utstrakt forskningsaktivitet. Registeret har det administrative ansvaret for de offentlige screeningprogrammene i landet, Mammografiprogrammet og Livmorhalsprogrammet, samt et pilotprosjekt på tarmkreftscreening. Kreftregisteret ble opprettet i

1951 og er et av de eldste nasjonale kreftregistre i verden. Dette, kombinert med det unike personnummersystemet i Norge, gjør at Kreftregisterets materiale, også i et internasjonalt perspektiv, er særdeles godt egnet til å etablere ny viten gjennom forskning, og å spre kunnskap om kreftsykdom.

Staben i Kreftregisteret består av cirka 150 personer og er organisert i tre fagavdelinger og en stabs-/støtteavdeling. Kreftregisteret har rundt 40 forskere i staben, med ulike typer faglig bakgrunn, blant annet medisin, statistikk, informatikk og psykologi.

Kreftregisteret er organisert som selvstendig enhet i Oslo universitetssykehus HF, med eget styre.

Behandlingsreiser til utlandet

Tilskuddet er innarbeidet i inntektsrammen til Oslo universitetssykehus HF med 128 millioner kroner.

Formålet med tilbudet er å gi bedre funksjon og livskvalitet for pasientgruppene som omfattes av ordningen, samt redusere symptomer forårsaket av sykdommen. Ordningen innebærer diagnosespesifikke behandlingstilbud i varmt og solrikt klima. Tilbudet skal oppfylle faglige krav og gi dokumentert nytte.

2.1.4 Helse og arbeid (tidligere Raskere tilbake)

Ordningen med Raskere tilbake (RTB) ble lagt om fra 1.1.2018. For å kunne gjennomføre følgeforskning og annen evaluering til og med 2021, som er igangsatt etter krav i oppdragsdokumentet for 2018 skal det imidlertid fortsatt rapporteres særskilt på denne pasientbehandlingen. Oslo universitetssykehus HF har følgende tilbud videreført fra tidligere Raskere tilbake:

- Klinikk psykisk helse og avhengighet: Raskere tilbake, Nydalen DPS
- Kreftklinikken: Dagrehabilitering kreft og Psykososial poliklinikk kreft

2.1.5 Innsatsstyrt finansiering i somatikken (ISF)

Enhetsprisen for innsatsstyrt finansiering somatikk for 2019 er satt til kr 44 654. Den statlige refusjonssatsen videreføres med 50 prosent av enhetsprisen.

Hvert år justeres DRG-vektene og det gjøres endringer i ISF-regelverket mv. Det knytter seg fortsatt usikkerhet til effektene av endringer i ISF-regelverket innenfor somatikken for 2019. På denne bakgrunn er det foreløpig lagt til grunn en nøytral omfordelingseffekt, dvs gitt samme aktivitetsnivå for Oslo universitetssykehus HF blir det ingen endring fra 2018 til 2019.

Fra foreløpig ISF- regelverk for 2019 fremkommer det at:

- Kostnadsvektene er beregnet med basis i KPP-data (KPP er kostnad per pasient) fra alle helseforetak for 2017

- Incentivordningen for dagkirurgi på dagkirurgiske DRG-er videreføres. Vekten på utvalgte DRG-er ble satt likt for døgn og dag DRG-ene
- Det gjøres i hovedsak endringer i logikken særtjenestegrupper (STG) for 2019 for følgende områder;
 - Legemiddelbehandling (nye indikasjonsgrupper)
 - Flere STG-er for digital oppfølging av pasienter
 - STG for registrering i medisinske kvalitetsregister
- Særtjenestegrupper (STG) er tjenester spesialisthelsetjenesten har ansvar for, men som faller utenfor rammen av tradisjonelle sykehustjenester som pasientadministrert legemiddelbehandling og hjemmedialyse
- Innføring av Tjenesteforløpsgrupper (TFG) som pilot på enkelte områder

2.1.6 Innsatsstyrt finansiering psykisk helse/TSB (ISF)

Poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble innlemmet i finansieringsordningen innsatsstyrt finansiering fra 2017. Beregning av ISF-refusjonen skal følge samme hovedregler som innenfor ISF ordningen for somatikken. Refusjonsandelen er imidlertid ikke den samme, da det ved oppstart av ordningen ikke forelå et tilstrekkelig kostnadsgrunnlag til å kunne angi hvor stor andel av de samlede kostnadene som kom til å bli dekket av ISF-refusjonen. Utgangspunktet var takstrefusjonsgrunnlaget (P-takstene) hvor midlene ble overført til ISF fra 2017. Refusjonsandelen ble i 2017 antatt å være om lag 20 prosent, og ble noe oppjustert for 2018 hvor det på nasjonalt nivå er overført 200 millioner kroner fra basis til ISF.

I 2019 videreføres ISF-regelverket og metoden for beregning av kostnadsvekter fra 2018. Etter to år med omfattende endringer i regelverket blir 2019 et år uten endringer, slik at rapporterings- og registreringsrutiner får satt seg. Dette legger til rette for at ytterligere videreutvikling av ISF-ordningen kan støtte seg på et mer stabilt datagrunnlag. Samtidig pågår utviklingsarbeid i tjenesten for å utvikle kostnadsberegningsmodeller (KPP) også for poliklinisk psykisk helsevern og TSB, slik at vi fra 2021 forventer å ha kostnadsbaserte vekter per DRG også for poliklinisk psykisk helsevern og TSB

Fra foreløpig ISF- regelverk for 2019 fremkommer det at:

- Enhetsprisen er justert opp ut over normal prisjustering i 2019, som et ledd i forsiktig justering mot felles enhetspris i ISF
- Enhetspris for ISF psykisk helsevern og TSB i 2019 er 2 743 kroner
- Kostnadsvekten er i 2019 en satt størrelse, og er ikke relatert til antatt faktisk gjennomsnittskostnad for en gitt type tjeneste. Kostnadsvektene for 2019 er beregnet med basis i samme datagrunnlag som for 2017

Helsedirektoratet har videre informert om at det kommer ytterligere endringer i ISF 2019 for å støtte opp om bruk av digitale tjenester og medisinsk avstandsoppfølging til erstatning for ordinære tjenester. Dette gjelder:

- Videokonsultasjoner innen somatikk gjøres til tellende aktivitet også for andre enn leger
- Ny refusjonskategori (STG) for "Annen medisinsk avstandsoppfølging"

Forutsetningen om at dette er aktivitet som kommer til erstatning for ordinære konsultasjoner.

2.1.7 Gjestepasientoppgjør innenfor regionen

Som følge av pasientmobilitet og fordeling av ansvar mellom foretakene er det et stort omfang av kjøp og salg mellom helseforetakene i regionen. For 2019 omfatter dette blant annet at:

- Pasientbehandling innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) faktureres pasientens bostedsforetak via gjestepasientfakturering. Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er det kun gjestepasientoppgjør for poliklinisk aktivitet
- Gjestepasientordning ved Sunnaas sykehus HF fortsetter ved at helseforetakene betaler 30 prosent av enhetspris DRG til Helse Sør Øst RHF
- Gjeldende priser for 2019 fremkommer av tabell 2 Økonomiske forutsetninger i tabellvedlegget. Stykkpris for nyfødtscreening er økt med fra 2018 til 2019 som følge av utvidelse av antall analyser mv, ref. besluttede utvidelser av analyser samt varig lagring av blodprøver i nyfødtscreeningen. Stykkpris for PET er noe redusert som følge av nytt gjestepasientoppgjør innenfor radiologi fra 2019
- Fakturering av lab-analyser for inneliggende pasienter i annet sykehus i egen region faktureres med et påslag på gjeldende Helfotakst. For 2019 faktureres 2,879 ganger Helfotakst
- For polikliniske laboratorie- og radiologiundersøkelser er det etablert gjestepasientoppgjør for polikliniske analyser fra 1.1.2019. Dette har tidligere vært finansiert av basisrammen basert på beregninger i den regionale inntektsmodellen.

2.1.8 Gjestepasientoppgjør andre regioner

Priser for salg mellom regionene fastsettes av nasjonalt økonomidirektørmøte. Prisene er uten merverdiavgift. Som følge av at basisrammen til Oslo universitetssykehus HF i ble redusert med beregnet merverdiavgift for alle tjenester som utføres ved foretaket ved innføring av nøytral merverdiavgift i 2017 gir dette en dobbelt negativ effekt for foretaket. Denne effekten kompenseres årlig av Helse Sør-Øst RHF. I 2017 utgjorde dette vel 4 millioner kroner.

2.2 Utgifter

2.2.1 Lønnskostnader og pensjon

Tabellen nedenfor viser hovedtall for lønn og innleie.

Resultatbudsjett Beløp i tusen kroner	Budsjett 2018	Estimat 2018 Rapportert pr. oktober 2018	Budsjett 2019
Innleid arbeidskraft	163 703	223 703	163 750
Lønn til fast ansatte	11 167 476	11 167 476	11 826 285
Overtid og ekstrahjelp	1 165 246	1 282 754	1 179 068
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	2 131 949	1 972 229	1 986 443
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-711 920	-741 920	-717 719
Annen lønn	1 912 120	1 912 120	2 040 039
Sum lønn og innleie	15 828 574	15 816 362	16 477 866

Tabell 5: Hovedtall for lønn og innleie

Totalt budsjett for lønn og innleie i 2019 er 16 478 millioner kroner. Dette er en økning på 649 millioner kroner fra budsjett 2018 og 662 millioner kroner fra estimat 2018.

Tabellen ovenfor viser budsjett 2018, estimat 2018 og budsjett 2019 fordelt på innleie, lønn til fast ansatte og overtid/ekstrahjelp. Av totalt budsjett til lønn og innleie er 164 millioner kroner innleie. Innleie utgjør dermed 1,0 prosent av samlet lønnsbudsjett.

Budsjett 2018 inkluderer forventet gjennomsnittlig lønnsvekst på 3,3 prosent. Denne er sentralt budsjettert og vil bli fordelt til klinikkene når lønnsoppjøret er gjennomført og ny lønn utbetalt.

For 2019 budsjetterer Oslo universitetssykehus HF med en pensjonskostnad på 1 986 millioner kroner. Dette er en økning på om lag 14 millioner kroner fra estimat 2018. Budsjettert pensjonskostnad for 2019 er basert på beregninger fra pensjonskassene fra juni 2018. Det forventes at endelig pensjonskostnad som skal regnskapsføres for 2019 vil bli annerledes som følge av nye økonomiske forutsetninger, nye samordningsregler og ny offentlig tjenstepensjon. 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.

2.2.2 Varekostnader og andre driftskostnader

Det er budsjettert med 2 736 millioner kroner til varekostnader i 2019. Dette er en økning på vel 134 millioner kroner (5,2 prosent) fra estimat 2018. Dette skal dekke både prisjustering, økt aktivitet, kostnader til nye legemidler godkjent tatt i bruk av beslutningsforum og nye legemidler hvor finansieringsansvaret overføres fra Folketrygden til helseforetakene.

Andre driftskostnader er budsjettert med 3 249 millioner kroner i 2019. Dette er en økning på 212 millioner kroner (7,0 prosent) fra estimat 2018. Om lag halvparten av økningen er knyttet til økte kostnader til innenfor IKT-området.

Særskilt om dyre (kreft)legemidler

Sykehuset har fra 2014 hatt en stor økning i kostnadene til medikamenter, blant annet innenfor kreftbehandling. I perioden 2014 til 2018 er kostnadene akkumulert økt med 63 prosent eller 340 millioner kroner. En vesentlig del av kostnadsøkningen fra 2014 gjelder legemidler der finansieringsansvaret er overført fra Folketrygden til de regionale helseforetakene gjennom H-resept-ordningen. På dette området har kostnadene økt med 86 prosent eller 90 millioner kroner. Disse medikamentene administreres av pasientene. For bruk i sykehuset er det spesielt stor økning innen immunterapi mot kreft og immunglobuliner som brukes ved stamcelletransplantasjoner. Et annet eksempel er legemiddelet nusinersen (Spinraza) til behandling av spinal muskelatrofi som alene representerer en kostnadsøkning på 83 millioner kroner i perioden.

På kreftområdet er det en rekke nye medikamenter som er til metodevurdering, og hvor det kan bli tatt beslutninger i Beslutningsforum for nye metoder i løpet av 2019. Den viktigste av disse er såkalt CAR-T (chimeric antigen receptor for T-celler) som i første omgang metodevurderes for behandling av akutt lymfatisk leukemi. Her forventes det beslutning i Beslutningsforum enten i desember 2018 eller januar 2019. Eventuell innføring av CAR-T-behandling vil medføre en stor økning i medikamentkostnader, i tillegg til økte kostnader i sykehuset for øvrig gjennom flere liggedøgn både i sengepostene og intensivene. Generelt er det slik at de nye medikamentene som nylig er godkjent og som er under vurdering representerer nye behandlingsmuligheter og vil derfor i liten grad erstatte andre medikamenter. Kostnader til nye medikamenter vil i hovedsak ikke reflekteres i ISF-systemet for 2019.

For Oslo universitetssykehus HF er det budsjettet med en økning i legemidler i 2019 på om lag 50 millioner kroner. Sykehuset har i budsjett 2019 lagt inn de kostnadene som følger av allerede fattede vedtak i Beslutningsforum og noe for eventuelle nye beslutninger. 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. Det er også gjort vurderinger av om nye medikamenter erstatter andre dyre medikamenter.

Dyre legemidler finansiert via basisramme

Finansieringsansvaret for legemidler gitt på sykehus ble endret fra 2017 slik at det nå som hovedregel er behandlende sykehus som dekker kostnadene. Dette skal sikre at inntekter og tilhørende kostnader vedrørende sykehusadministrerte legemidler skal tilfalle samme helseforetak/sykehus. Legemidler som ikke omfattes av ISF-ordningen, men som er godkjent i Beslutningsforum, og tatt i bruk på godkjent indikasjon skal imidlertid dekkes av pasientens opptaksområdesykehus. Legemiddelkostnaden for dette skal derfor faktureres særskilt til pasientens opptaksområdesykehus.

De samme retningslinjene gjelder også internt i Oslo sykehusområde. I 2017 etablerte Helse

Sør-Øst RHF et legemiddeloppgjør for H-koder og for nye kreftlegemidler som benyttes i poliklinisk behandling (som en overgangsordning fram til inntektsmodell i Oslo sykehusområde er implementert). Med nye kreftlegemidler, menes kreftlegemidler som er godkjent i beslutningsforum fra og med 2015, samt de kreftlegemidler som godkjennes mens overgangsordningen er i kraft. Ordningen innebærer at 50 prosent av legemiddelkostnadene for disse områdene blir viderefakturert fra behandlende sykehus til pasientens opptaksområdesykehus.

Økte kostnader store byggeprosjekter

Det er i budsjettet tatt høyde for noe økte kostnader knyttet til arbeid med konseptfase for Aker/Gaustad, nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og ny Storbylegevakt på Aker.

2.2.3 Avskrivninger

Det er budsjettet med 964 millioner kroner i avskrivninger på bygg og utstyr i 2019. Dette er om lag 60 millioner kroner mer enn budsjett 2018. Avskrivninger av medisinskteknisk utstyr øker mest og det forklares med økte investeringer de senere årene. For investeringer i bygg/eiendom og annet forventes et noe lavere investeringsnivå i 2018 enn 2017. Beslutningen om nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet innebærer at restverdiene for enkelte bygg der må avskrives over kortere tid enn tidligere lagt til grunn. For 2018 økte dette avskrivningene med om lag 60 millioner kroner og for 2019 er det budsjettet med om lag 55 millioner kroner i forserte avskrivninger.

Avskrivninger Oslo universitetssykehus HF	Faktiske avskrivninger 2016	Faktiske avskrivninger 2017	Budsjetterte avskrivninger 2018	Budsjetterte avskrivninger 2019
<i>(Beløp i millioner kroner)</i>				
Medisinskteknisk utstyr	259	299	296	338
Bygg og eiendom	581	539	546	570
Annet	50	65	61	56
SUM	890	904	902	964

Tabell 6: Avskrivninger

Budsjettet inkluderer også avskrivningskostnader for medisinskteknisk utstyr og ambulanser som finansieres med finansielle leieavtaler. Budsjetterte avskrivninger tar hensyn til avskrivninger på bygg og utstyr som er i drift, anlegg under utførelse og investeringer som planlegges gjennomført innen utgangen av 2019.

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 tjenestepriis 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 69 millioner kroner i 2019.

2.3.4 IKT-kostnader

IKT avdelingens driftsbudsjett er sammensatt av fire hoveddeler; 1) Sykehuspartner (tjenestekjøp), 2) kostnader til IKT for RMF, 3) driftskostnader til gjennomføring av lokale IKT-prosjekter og 4) lokal IKT-avdeling.

Utvikling i IKT-kostnader (beløp i mnok)	Budsjett 2018	Prognose 2018	Budsjett 2019
1) Sykehuspartner	1 025	1 006	1 105
2) Kostnader til IKT for Rettsmedisinske fag (inngår i pkt 1)	-10	-10	-15
3) Driftskostnader til lokale IKT-prosjekter	50	35	46
4) Lokal IKT-avdeling	57	42	56
SUM IKT	1 122	1 073	1 192

Tabell 7: Utvikling i IKT kostnader

Manglende kapasitet og dermed leveranser fra Sykehuspartner har medført store forsinkelser i gjennomføring av regionale og lokale prosjekter i 2018, samt at nødvendige endringer i sykehusets IKT systemer ikke blir gjennomført. Planlagte og budsjetterte kostnader til prosjekter og tjenesteendringer som ikke er gjennomført i henhold til plan, har derfor uteblitt. Budsjetterte midler er derfor ikke brukt, noe som har fremkommet i regnskapene som et overskudd gjennom 2018.

Basert på en vurdering av forventede leveranser fra Sykehuspartner i 2019 er det lagt til grunn at kostnadene til Sykehuspartner blir om lag 12 millioner kroner lavere enn det Sykehuspartner selv planlegger å levere til Oslo universitetssykehus HF i 2019. IKT-kostnader til Avdeling for rettsmedisinske fag (RMF) dekkes av avdelingen og ikke av øvrig IKT-budsjett. Dette fremkommer som egen linje i tabellen ovenfor kun for å vise hvilken andel av kostnadene til Sykehuspartner dette utgjør.

Tjenestekjøp fra Sykehuspartner HF (1 105 millioner kroner)

Dette budsjettet skal dekke basistjenester, avskrivninger, leverandøravtaler, utstyrskjøp og tjenesteendringer. Ved budsjettering for 2019 har Sykehuspartner tatt utgangspunkt i økonomisk langtidsplan for 2019 men innarbeidet justeringer som følge av fremdrift i regionale prosjekter. Inkludert lønns- og prisvekst øker sykehusets kostnader til Sykehuspartner med om lag 100 millioner kroner og mesteparten av denne endringen kommer av de planlagte infrastrukturinvesteringene.

Driftskostnader til lokale IKT-prosjekter

Det er budsjettert med 46 millioner kroner til prosjekterrelaterte driftskostnader i 2019. Dette

skal dekke behovet til pågående prosjekter og prioriterte nye prosjekter. Etablering av ny løsning for sterilsentral og innføring av Windows 10 er de største enkeltpostene.

Investeringsmidler til lokale IKT-prosjekter tildelt, men ikke brukt i 2018, vil bli også bli benyttet i 2019. Øvrige investeringsprosjekter innenfor IKT finansieres av regionale investeringsmidler. For mer informasjon om de ulike prosjektene vises til Kap 7.4 om IKT-investeringer.

Lokal IKT avdeling

Det er budsjettert med 56 millioner kroner til drift av lokal IKT-avdeling i 2019. Dette er på samme nivå som i 2017 og dekker lønnskostnadene til IKT ansatte, forvaltning av administrative systemer, fasttelefoni, vedlikeholdskostnader til Nødnett og noe andre mindre poster.

2.3 Salg av eiendom

Det er så langt ikke budsjettert med gevinst fra salg av eiendom i 2019. Det arbeides imidlertid med å forberede salg i 2019. Dette gjelder eiendom på Aker i forbindelse med nytt bygg til storbylegevakt og deler av sykehusets eiendom på Dikemark i Asker.

2.4 Finansinntekter og -kostnader

For 2019 er det budsjettert med 64,7 millioner kroner i renteinntekter og 66,5 millioner kroner i rentekostnader, dvs. netto rentekostnader på 1,8 millioner kroner. I den budsjetterte rentekostnaden inngår om lag 25 millioner kroner knyttet til finansielle leieavtaler for medisinskteknisk utstyr og ambulanser.

De store endringene i forhold til budsjett 2018 er knyttet til renteinntekt på basisfordring og rentekostnad ved finansiell leie. Renteinntekt på basisfordring øker både som følge av at benyttet rentesats i budsjett 2019 er høyere enn benyttet rentesats i budsjett 2018 og økt basisfordring gjennom 2018. Rentekostnad ved finansiell leie øker som følge av økt omfang av finansielle leieavtaler. Tabellen nedenfor viser nærmere detaljer:

Rentebærende finansielle eiendeler (ekskl. pensjonsmidler) og gjeld		Balanse 1.1.2018	Budsjetterte renter 2018	Budsjetterte renter 2019
<i>(Beløp i millioner kroner)</i>				
Rentebærende finansielle eiendeler (renteinntekter)	Bankinnskudd bundne midler	567	6	8
	Fordring på Helse Sør-Øst RHF (basisfordring)	4 044	40	56
Rentebærende gjeld (rentekostnader)	Kassekreditt	1 664	16	17
	Langsiktig gjeld til Helse Sør-Øst RHF	2 124	21	25
	Annen langsiktig gjeld (finansielle leieavtaler)	364	14	25

Tabell 8: Gjeld

2.5 Datterselskaper og majoritetsandeler

Resultatbudsjett 2019 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 2019 er det budsjettert med positive resultater i aksjeselskapene på til sammen 26,2 millioner kroner.

Navn	Budsjettert resultat i millioner kroner		
	2017	2018	2019
Sophies Minde	20,678	29,162	13,220
Radpark	3,088	4,508	4,568
NMS	-5,500	2,965	2,310
Sykehotell	0,882	1,332	2,355
Inven2	0,000	0,374	3,755
SUM	19,148	38,341	26,208

Tabell 9: Datterselskaper og majoritetsandeler

2.6 Midler budsjettert sentralt på sykehuset – til senere fordeling

I totalbudsjettet er det noe midler som er satt av sentralt og som vil bli fordelt til klinikkene i 2019. Dette gjelder primært:

- Medikamenter (50 millioner kroner)
- Konseptfase/prosjekter (15 millioner kroner)
- Prosjekter tidligere finansiert ved Inven2-midler (15 millioner kroner)
- Ny slagorganisering (40 millioner kroner, hvorav 10 millioner kroners er finansiert via økte ISF-inntekter og ytterligere 10 millioner kroner er forutsatt finansiert fra Helse Sør-Øst RHF/Lovisenberg/Diakonhjemmet)
- Økte kostnader Dossier (SP) (4 millioner kroner)

3 Intern rammefordelingsmodell

Intern rammefordeling (DRG-inntekter, andre inntekter og utgiftsramme) mellom klinikkene er et hovedvirkemiddel i den interne styringen. Det er forsøkt vektlagt at prinsippene skal sikre effektivitet og oppleves rimelig eller rettferdig herunder sikre at klinikkene har budsjetter som skal være mulige å gjennomføre.

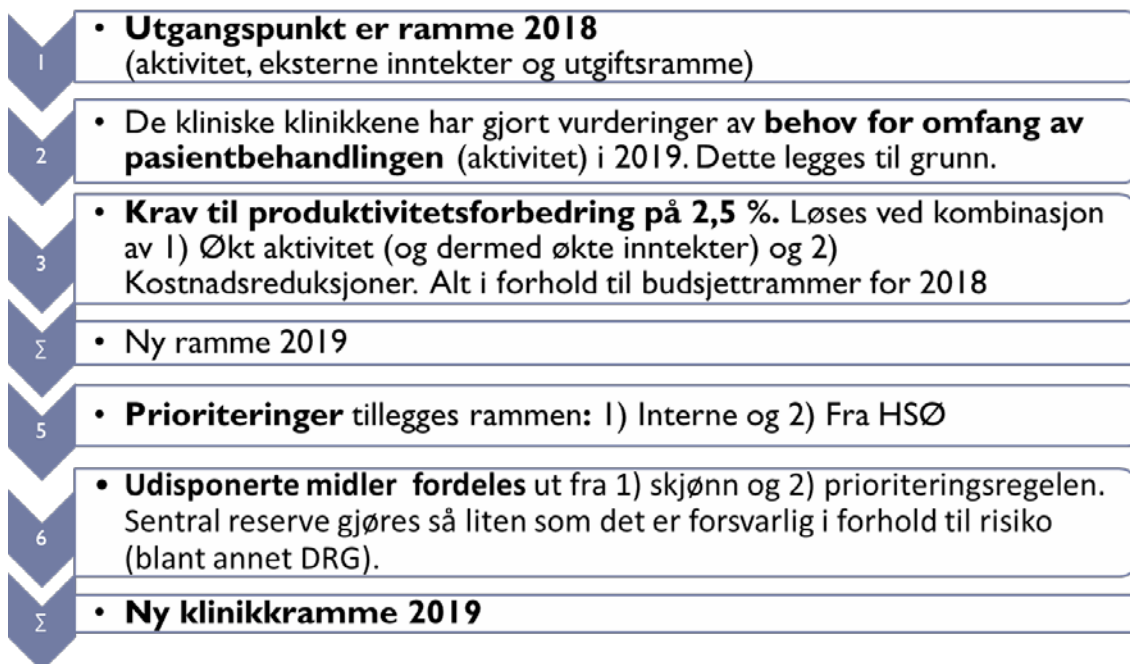
Klinikkvise krav i rammefordelingen ut over kompensasjon for lønn- og prisvekst er i budsjett 2019 begrunnet i forhold til:

- Ulik styringsfart fra 2018
- Skjønn knyttet til:

- Variasjoner i kapasitet og kapasitetsutnyttelse
- Ulikheter knyttet til nye behov

Klinikkenes rammer for 2019 er i utgangspunktet fastsatt ut fra gjeldende rammer for 2018. Dette er en justering fra 2018 hvor rammene i større grad ble fastsatt ut fra faktisk kostnadsnivå for foregående år.

Denne endringen er gjort for å skape noe mer forutsigbarhet i intern rammetildeling. Når et av målene med rammetildelingen er å skape en mer rettferdig fordeling for å gi alle klinikkene rammer som er krevende, men fortsatt vurderes som mulige å nå, er det benyttet stor grad av skjønn for å omfordele midler mellom klinikkene. Nedenfor er det gitt en skjematisk fremstilling av prosessen med rammefordeling.



Figur 1: Skjematisk fremstilling av prinsippene lagt til grunn for fordeling rammer til klinikkene for 2019

4 Produktivitetskrav i budsjettet

Med svært liten vekst i faste inntekter og stor reell vekst i kostnader blant annet til IKT og medikamenter, samt nye pålagte oppgaver uten tilstrekkelig medfølgende finansiering har foretaket et stort krav til produktivetsvekst i budsjettet for 2019. Behovet for et økt overskudd til finansiering av fremtidige investeringer forsterker dette.

Behovet for produktivetsforbedring ble i sommer vurdert til å være 2,5 prosent. Alle klinikkene har på denne bakgrunn fått et krav til produktivetsforbedring på 2,5 prosent i budsjett 2019. Dette kan løses ved en kombinasjon av økt aktivitet og dermed økte inntekter og kostnadsreduksjoner.

For å ivareta det overordnede målet om at alle klinikkene skal ha krevende, men gjennomførbare budsjetter for 2019, og prioriteringsregelen, er det deretter tilbakeført noe

midler til flere av klinikkene. Etter dette viser overordnede beregninger at de somatiske klinikkene i gjennomsnitt har fått et krav til kostnadsreduksjoner på 1,5 prosent fra prognose 2018 til budsjett 2019, mens Klinikk psykisk helse og avhengighet har fått et krav til kostnadsreduksjon på 0,8 prosent. Klinikk psykisk helse og avhengighet er da tildelt 35 millioner kroner med bakgrunn i prioriteringsregelen.

Økte ressurser til ivaretagelse av endrede pasientstrømmer innenfor hjerteområdet (fra Feiring til Oslo universitetssykehus), etablering av «En dør inn» på slagområdet, andre satsninger og regionale prioriteringer er da holdt utenom.

Tildeling midler for nye behov – budsjett 2019

Klinikkene er tilført midler til å dekke noen prioriterte behov i 2019. De viktigste er listet opp under:

- PHA: Implementering pakkeforløp (3 millioner kroner)
- PHA: Økt kapasitet psykosomatikk (5 millioner kroner)
- PHA: Økt poliklinisk kapasitet (10 millioner kroner)
- KLM: HPV-screening (3 millioner kroner)
- MED: Hjertemedisin (5 millioner kroner)
- OSS: Behandlingshjelpemidler (10 millioner kroner)
- MED: Bytte av legemidler (3,2 millioner kroner)
- PRE: Økt kapasitet ambulansetjenesten (16 millioner kroner)
- PRE: Økt kapasitet AMK (4 millioner kroner)
- OSS: Økte energikostnader (35 millioner kroner)
- AKU: Drift hybridstue (2,6 millioner kroner)
- AKU: Økte ressurser til gastrokirurgi (11,2 millioner kroner)
- HHA: Økte medikamentkostnader sfa silikonfrie sprøyter (7 millioner kroner)
- KIT: Økt ressurser til gastrokirurgi (7,7 millioner kroner)
- BAR: Økt sengekapasitet barnekreft (3 millioner kroner)
- KVI: Ressurser til automatisk fødselsnummertildeling (1 millioner kroner)

For noen av prioriteringene ovenfor motsvares økte kostnader av økte inntekter. Det vil kunne bli justeringer i tallene gjennom budsjettåret.

Økte tildelinger fra Helse Sør-Øst RHF er omtalt i pkt 2.1.1. Disse er videreført til de aktuelle klinikkene.

5 Interne faglige prioriteringer

5.1 Somatikk

I 2019 er det budsjettert med en samlet aktivitet tilsvarende 245 877 ISF-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. Budsjettet

for Hjerter-, lunge- og karklinikken omfatter også en økning på 2 100 DRG-poeng for aktivitet tidligere utført ved LHL-sykehuset på Gardermoen (tidligere Feiring). Under Fellesposter er det videre budsjettert med 450 DRG-poeng knyttet til aktivitet innenfor slagområdet som tidligere er utført ved Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus. Dette er et foreløpig estimat på forventet effekt av endrede pasientstrømmer i 2019, men aktivitetskravet er foreløpig ikke fordelt til klinikken.

Det er lagt til grunn at eventuell meraktivitet finansieres med de til enhver tid gjeldende satser for ISF-refusjon og satser for gjestepasienter. Budsjettert antall DRG-poeng inkluderer finansiering av legemidler på H-resept/pasientadministrerte legemidler.

Klinikkens DRG-budsjetter vil bli justert når endelig ISF-regelverk foreligger primo 2019 og når endelig aktivitet for 2018 er kjent.

Tabellen under viser budsjettert aktivitet i antall DRG-poeng per klinikk for 2018 og 2019 samt estimat for 2018. Deler av veksten fra estimat 2018 skyldes at finansiering av legemidler overført fra Folketrygden i 2018 er overført til ISF-systemet i 2019. Dette er innarbeidet i DRG-budsjettet under Fellesposter (sykehusnivå, utenom klinikkene).

DRG-budsjett 2019 for klinikkene			B2019 - endring fra		B2019 - endring fra		
Klinikk	Budsjett 2018	Estimat 2018	Budsjett 2019	B2018	E2018	B2018	E2018
Medisinsk klinikk	27 882	27 568	28 384	502	816	1,8 %	3,0 %
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	19 416	18 545	19 308	-108	763	-0,6 %	4,1 %
Nevrologiklinikken	26 432	25 690	25 750	-682	60	-2,6 %	0,2 %
Ortopedisk klinikk	22 342	22 698	23 029	687	331	3,1 %	1,5 %
Barne- og ungdomsklinikken	15 744	15 927	16 038	294	111	1,9 %	0,7 %
Kvinneklinikken	20 595	20 388	20 691	96	303	0,5 %	1,5 %
Klinikk for kirurgi, infl.med og transplantasjon	38 500	37 222	38 727	227	1 505	0,6 %	4,0 %
Kreftklinikken	31 504	31 308	31 819	315	511	1,0 %	1,6 %
Hjerter-, lung- og karklinikken	33 529	32 829	34 901	1 372	2 072	4,1 %	6,3 %
Akuttklinikken	1 771	1 545	1 530	-241	-15	-13,6 %	-1,0 %
Klinikk for lab.medisin	187	200	205	18	5	9,4 %	2,5 %
Sum somatiske klinikker	237 902	233 920	240 382	2 480	6 462	1,0 %	2,8 %
<i>Sum somatiske klinikker ekskl overføring fra Feiring</i>	<i>237 902</i>	<i>233 920</i>	<i>238 273</i>	<i>371</i>	<i>4 353</i>	<i>0,2 %</i>	<i>1,9 %</i>
Fellesposter	4 154	5 185	5 495	1 341	310	32,3 %	6,0 %
SUM TOTALT	242 056	239 105	245 877	3 821	6 772	1,6 %	2,8 %

Tabell 10: DRG budsjett

I klinikkene er det budsjettert med en samlet vekst på 2,8 prosent fra estimat 2018, dvs. noe høyere enn det som ble lagt til grunn i økonomisk langtidsplan. Dersom pasientbehandling tidligere utført ved Feiring holdes utenom, er veksten på 1,9 prosent fra estimat 2018, og kun 0,2 prosent fra budsjett 2018. Det er gjort vurderinger av vekstbehovet i hver av klinikkene ut fra en vurdering av befolkningens behov. Ved planlegging for 2019 er det lagt til grunn at transplantasjonsvirksomheten vil være høyere enn i 2018 ved at det er antatt et nivå tilsvarende gjennomsnittet for de tre siste år.

5.2 Aktivitet psykisk helsevern

Innenfor psykisk helsevern for voksne har aktiviteten i 2018 vist en nedgang fra 2017 og vært lavere enn budsjettet for alle indikatorer. For 2019 er det budsjettet med en nedgang i utskrivninger fra døgnvirksomheten, men en økning i liggedøgn fra døgnvirksomheten i forhold til 2018. Antall polikliniske konsultasjoner er planlagt å øke i 2019.

Innen psykisk helsevern for barn og unge er aktiviteten til og med oktober 2018 i hovedsak økt fra 2017 med unntak av en nedgang i antall oppholdsdager dagbehandling. På årsbasis for 2018 forventes det at oppholdsdager dagbehandling blir noe lavere enn budsjettet, mens utskrivninger fra døgnbehandling, liggedøgn og polikliniske konsultasjoner blir som, eller høyere enn budsjett. For 2019 er det budsjettet med en noe lavere døgnbehandling enn i 2018, men fortsatt høyere enn budsjett 2018.

Innenfor fagområdet psykisk helsevern for barn og unge er det planlagt med vekst i antall polikliniske konsultasjoner fra både budsjett og estimat 2018. Dette inkluderer også økt poliklinisk aktivitet i Barne- og ungdomsklinikken (Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus), da denne også inngår i foretakets samlede aktivitet innenfor psykisk helse for barn og unge.

5.3 Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling har det i 2018 vært færre utskrivninger fra døgnvirksomheten, mens liggedøgn i døgnbehandling har vært høyere enn budsjettet. Avdelingen arbeider hele tiden med tiltak for å forhindre drop-out og avbrudd i behandlingen.

For 2018 er det en reduksjon i antall utskrivninger og en økning i antall liggedøgn i forhold til 2017. Prognosen for utskrivninger er lavere enn for budsjett 2018 og antall liggedøgn er høyere enn budsjett for 2017.

For 2019 er det budsjettet med liggedøgn tilsvarende budsjett 2018, med en fortsatt nedgang i antall utskrivninger fra døgnvirksomheten. Antall polikliniske konsultasjoner er ved utgangen av oktober høyere enn budsjett og det forventes en ytterligere vekst i 2019.

5.4 Forskning og utvikling

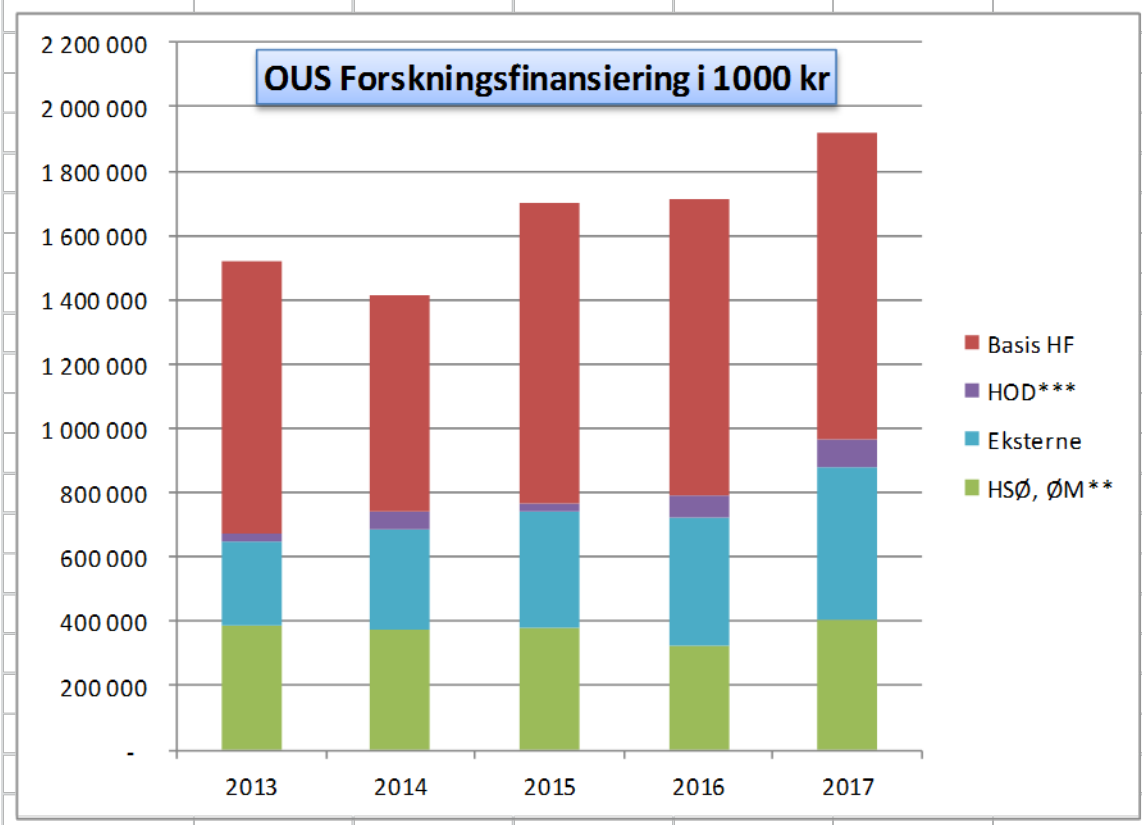
Oslo universitetssykehus HF er en stor aktør innen forskning, utdanning og innovasjon. Sykehuset bruker om lag 1,9 milliarder kroner årlig til forskning, inkludert ekstern finansiering og beregnede kostnader ved støttefunksjoner og infrastruktur, men eksklusive Kreftregisteret. Tabellen under viser hvordan ressursbruken ble finansiert i 2017, samt utvikling 2013-2017:

OUS HF*	2013	2014	2015	2016	2017	Andel 2017
Basis HF	850 289	667 459	936 424	916 226	952 037	50 %
HOD***	23 375	60 758	27 387	71 796	89 812	5 %
HSØ, ØM**	386 217	371 670	381 367	325 026	405 601	21 %
Eksterne	262 384	311 396	358 119	397 353	472 972	25 %
Totalt	1 522 266	1 411 284	1 703 297	1 710 401	1 920 422	100 %

*Ekskl. Kreftregisteret, datterselskaper og andeler i selskaper (f.eks. Inven2).

**Øremerkede midler, fra 2016 kun det som er tildelt som forskningsmidler.

***Helse- og omsorgsdepartementet/direktorater. Omfatter fra 2016 Midler til nasjonale medisinske kompetansetjenester brukt til forskning.



Tabell 11: Finansiering av ressursbruken i 2017 med utvikling 2013-2017

Det har vært en 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. Fra 2016 til 2017 er igjen OUS-andelen internt i HSØ redusert, mens er andelen av totalen for alle helseforetak er uendret (39,3 prosent).

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 eksternt 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. Tidvis stilles også eksplisitte krav til utstyr. Oslo universitetssykehus HF og Det medisinske fakultet, UiO, samarbeider om administrativ støtte til søkerne, og i 2017 var det en foreløpig topp i det samlede antall søknader og innvilgede prosjekter. Eksternt finansiert forskning krever både infrastruktur og annen tilrettelegging og prioritering i sykehusets virksomhet.

Helse Sør-Øst RHF har gjennom de siste årene stilt krav om styrking av infrastruktur for utprøving av legemidler og testing av nytt medisinsk teknologi. Det følger ikke ekstra midler med dette kravet, og Oslo universitetssykehus HF har bare i noen grad kunnet følge opp med økt satsing. Ett av Helse- og omsorgsdepartementets langsiktige mål er økt kvalitet, omfang og implementering av klinisk pasientrettet forskning, og HOD har forventninger om 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 også i budsjettprosessen for 2019. Klinikkene er spesielt bedt om å planlegge ressursbruken slik at den styrker infrastruktur og støttefunksjoner for kliniske studier. Ny ordning for administrasjon av oppdragsstudier vil kreve ekstra planleggingsinnsats.

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 i tråd med at forskningsaktivitet er et vesentlig element i rammefinansieringen. 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 2019 som i 2018.

Sentralt tildelte forskningsmidler i Oslo universitetssykehus er i 2019 budsjettert med tilsvarende beløp som i 2018, 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 tildeler betydelige, øremerkede prosjektmidler til helseforetakene, etter årlig søknadsrunde (jf tabell ovenfor). I tillegg tildeles midler til regionale forskningsstøtte- og innovasjonsstøttefunksjoner (tildelinger for 2019 behandles av styret for Helse Sør-Øst RHF 13. desember 2018).

5.5 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, og det gjennomføres flere tiltak. I budsjettet for 2019 er rammen til videreutdanning av spesialsykepleiere 42,7 millioner kroner. Det er avsatt om lag 1 million kroner internt i utdanningsmidler til utvalgte prosjekter og til utdanningspriser.

Ny struktur for spesialistutdanning av leger er under implementering, der regionsykehusene har fått betydelige koordineringsoppgaver gjennom etablering av regionale utdanningsentre. Den største kostnaden ved innføring av ny spesialistutdanning ligger imidlertid på klinikkene, som gjennom de nasjonale kravene pålegges betydelig økt ressursbruk i form av tid til veiledning og supervisjon av leger i spesialisering. Både overleger og leger i spesialisering får isolert sett mindre tid til ordinær pasientbehandling gjennom disse økte utdanningskravene.

5.6 Nasjonale behandlingstjenester

Oslo universitetssykehus HF har i dag 30 nasjonale behandlingstjenester. 10 av disse er kommet til etter etableringen av Oslo universitetssykehus HF i 2010. Felles for disse 10 nye nasjonale behandlingstjenestene er at Oslo universitetssykehus HF har mottatt 1,7 millioner kroner for hver av disse. Midlene, som har kommet i form av ordinær basisramme, har blitt overført til de aktuelle klinikkens budsjetter i hhv 2012 og 2016. 20 av de 30 nasjonale behandlingstjenestene var etablert på Aker, Ullevål og RH før fusjonen i 2010.

Eventuelle tilskudd som har vært gitt til disse 20 nasjonale behandlingstjenestene lå i de tre sykehusenes budsjetter på fusjonstidspunktet. Alle midlene tildelt til nasjonale behandlingstjenester er således inkludert i klinikkens budsjetter. Fra 2020 vil det ikke bli øremerkede midler over nasjonal budsjettet.

Det påligger klinikkleders ansvar å planlegge og å budsjettere for de nasjonale behandlingstjenestenes oppgaver for 2019.

Planlegging og budsjettering gjennomføres i linjen og i samarbeid med ledere av de nasjonale tjenestene.

6 Bemanningsbudsjett

Klinikkens har budsjettert med om lag 17 800 årsverk innenfor ordinær drift i 2019. Dette innebærer en økning på nærmere 200 (1,1 prosent) fra faktisk nivå i 2018. Årsverk som finansieres av øremerkede midler kommer i tillegg med nærmere 1 500 (kun små endringer fra 2018). Bruk av ekstern innleie er forutsatt redusert tilsvarende 37 årsverk.

Den relativt store nedgangen for Klinikk psykisk helsevern og avhengighet skyldes en planlagt større endring i sammensetningen av personellgruppen.

Tabellen under viser budsjetterte årsverk innenfor ordinær drift i 2019, sammen med budsjett og estimat for 2018. Årsverk finansiert av øremerkede midler, dvs. årsverk som har ekstern finansiering kommer i tillegg.

Klinikk	Brutto månedsverk				
	DRIFT			Endring fra estimat 2018	
	B2018	E2018	B2019	Antall	%
PHA	2 289	2 271	2 240	-30,7	-1,3 %
MED	1 272	1 298	1 288	-10,2	-0,8 %
HHA	759	778	771	-7,9	-1,0 %
NVR	859	918	898	-20,0	-2,2 %
OPK	606	608	600	-7,7	-1,3 %
BAR	944	964	995	31,2	3,2 %
KVI	659	671	666	-5,0	-0,8 %
KIT	985	1 015	998	-16,2	-1,6 %
KRE	1 351	1 373	1 388	15,4	1,1 %
HLK	851	870	889	18,9	2,2 %
AKU	1 808	1 818	1 821	3,4	0,2 %
PRE	801	807	873	65,6	8,1 %
KLM	1 346	1 337	1 359	21,9	1,6 %
KRN	794	796	802	6,4	0,8 %
OSS	1 855	1 870	1 880	10,0	0,5 %
STAB	217	208	224	16,4	7,9 %
SPO	0	0	100	100,0	-
SUM	17 395	17 601	17 793	191,5	1,1 %

Tabell 12: Klinikkenes budsjetterte årsverk for 2019

Det er viktig å være oppmerksom på at i antall brutto månedsverk inngår flere årsverk enn det antall personer som er til sted i daglig drift. Dette gjelder for eksempel vikarer som finansieres av sykelønnsrefusjoner eller fødselspenger. Disse kommer i tillegg til de ansatte som er ansatt i stillingen. Forskjeller i endring i antall årsverk fra budsjett og estimat for 2018 til budsjett 2019 trenger derfor ikke være et uttrykk for ulike prioriteringer mellom klinikkene.

Tabellen under gir en oversikt over hvilke forhold som bidrar til den budsjetterte veksten på nærmere 200 antall årsverk fra 2018 til 2019.

Hovedårsak	Detaljer	Antall årsverk i 2019
Konsekvens av regionale beslutninger	<ul style="list-style-type: none"> ○ Virksomhetsoverdragelse Prehospitale tjenester for Kongsvinger opptaksområde. ○ Ny slagorgansiering i Oslo. ○ Overføring av pasientbehandling innenfor hjertekirurgi fra LHL-sykehuset Gardermoen. ○ Andre regionale prioriteringer (økt kapasitet PUA, økning PET, barnepalliativt team mv). 	Om lag + 130
Interne prioriteringer for å ivareta pasientsikkerhet og unngå avvik av arbeidsmiljømessig karakter	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pakkeforløp PHV/TSB ○ Psykosomatikk ○ Økt kapasitet poliklinikk DPS ○ Økt kapasitet psykosomatikk barn og unge ○ Økt kapasitet hjertemedisin ○ Økt kapasitet store barn (barnekreft) ○ Økt kapasitet gastrokirurgi ○ Økt kapasitet AMK og ambulansetjeneste ○ Oppstart HPV-screening ○ Utdanningskoordinerende leger ○ Andre forhold 	Om lag + 115
Tekniske forhold	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ny ordning for økonomiforvaltning av kliniske studier (har tidligere vært definert som øremerket finansiering) 	Om lag + 50
Planlagte tiltak	<ul style="list-style-type: none"> ○ Beregnet årsverkseffekt av planlagte tiltak 	Om lag - 125
Helårseffekt av prioriteringer fra 2018	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dette gjelder i hovedsak ansettelse innenfor prioriterte områder foretatt i 2018 som får helårseffekt i 2019. Også noen vurderinger av omfang av permisjoner med lønn og vikarer ifm sykefravær mv. 	Om lag + 80
Restutfordring	<ul style="list-style-type: none"> ○ Klinikken har i sine budsjetter behov for å redusere antall årsverk med ytterligere 100-150 for å sikre at driften kan gjennomføres innenfor budsjett. Hensyntatt budsjettert reserve reduseres dette til 50-100 på foretaksnivå. 	Om lag - 50 til - 100

7 Investeringsbudsjett

Styret vedtok i økonomisk langtidsplan 2019-2022 et investeringsbudsjett på 1 368 mill. kr. for 2019. Budsjettet inneholdt plan for omfattende utskifting av medisinskteknisk utstyr og en plan for utbedring av bygningsmassen samt noen andre investeringer, budsjett for lokale IKT-investeringer og egenkapitalinnskudd i pensjonskassene. I tillegg var investeringer til lokal sikkerhet og PUA knyttet til Regional sikkerhetsavdeling inkludert.

Det foreslås et samlet investeringsbudsjett på 1 351 mill. kr. for Oslo universitetssykehus HF for 2019, jf tabellen nedenfor.

Investeringer (ekskl. byggelånsrenter)		Budsjett 2019
(Beløp i millioner kroner)		
Ordinære investeringer	MTU	442
	Bygg	422
	Annet	80
	Egenkapital pensjon	65
	IKT ¹⁾	49
	Ufordelt	20
	SUM	1 079
Fase 1 Omstilling	MTU	
	Bygg	23
	Annet	
	SUM	23
Fase 2 Tilsynsavvik og oppgraderinger	MTU	
	Bygg	249
	Annet	
	SUM	249
TOTALT	MTU	442
	Bygg	694
	Annet	80
	Egenkapital pensjon	65
	IKT ¹⁾	49
	Ufordelt	20
	SUM	1 351

Tabell 13: Investeringsbudsjett 2019

Det foreslås 249 mill. kr. for lukking av tilsynsavvik og 23 mill. kr. i omstillingsinvesteringer. Til såkalte ordinære investeringer foreslås det 1 079 mill. kr. Herav foreslås det en ufordelt reserve på 20 mill. kr. som besluttes av administrerende direktør ved behov. Investeringer i medisinskteknisk utstyr er i all hovedsak (85 prosent) forutsatt finansiert med nye finansielle leieavtaler. Investeringer finansiert av tidligere års budsjetter vil delvis bokføres i 2019.

Det tar noe tid fra en anskaffelse initieres til utstyret tas i bruk. Noen av investeringene som finansieres av rammen for 2019 vil derfor først bli regnskapsført i 2020. Hvor mye dette forventes å utgjøre vurderes i forbindelse med periodiseringen av investeringsbudsjettet og kontantstrømbudsjettet for 2019.

7.1 Medisinskteknisk utstyr

7.1.1 Innledning

Medisinskteknisk utstyr (MTU) er på mange måter motoren i den spesialiserte pasientbehandlingen og det å ha en oppdatert utstyrspark som er godt tilpasset til sykehusets behov er derfor avgjørende for om sykehuset skal lykkes med å nå sine mål. Den medisinsk-tekniske utstyrsparken ved Oslo universitetssykehus HF har høy gjennomsnittsalder sammenlignet med andre sykehus, og dette har gjort at sykehuset har prioritert investeringer i medisinskteknisk utstyr de siste årene. Resultatene av denne satsingen begynner å manifestere seg, for eksempel er situasjonen for deler av det radiologiske utstyret nå betydelig bedre enn for bare få år siden. Dette er i hovedsak på grunn av bevisste prioriteringer av utstyr som vi erfaringsmessig vet kan skape begrensninger for pasientbehandlingen og utfordringer for pasientene.

Investeringsnivået er den viktigste enkeltfaktoren for utstyrsparkens tilstand, men det er langt fra den eneste faktoren av betydning. Langs hele kjeden fra utstyrbehovet identifiseres til utstyret en dag kasseres finnes faktorer som har påvirkning på kvaliteten og omfanget av utstyrsparken. Oslo universitetssykehus HF har derfor jobbet mot en metodikk for å optimalisere alle ledd i denne utstyrskjeden og dermed få mest og best mulig pasientbehandling igjen for de tilgjengelige midlene.

7.1.2 Definisjoner og kort status

I vanlig norsk praksis og språkdrakt omfatter begrepet medisinskteknisk utstyr (MTU) alt av elektromedisinsk utstyr (drevet av strøm eller batteri) og alt laboratorieutstyr som brukes i diagnostikk og pasientbehandling.

- Det var ved årsskiftet (1.1.2018) registrert om lag 44.000 aktive MTU-enheter ved Oslo universitetssykehus HF (status normal, dvs. i drift).
- Disse MTU-enhetene hadde en registrert akkumulert (historisk) anskaffelseskostnad på i overkant av 4 MRD kr. inkl. mva. Det er fortsatt noen utfordringer med datakvaliteten fra ulike registreringer på ulike lokasjoner.
- Utstyrsparkens gjennomsnittsalder var per 1.1.2018 på 11,36 år når alle MTU-enheter teller likt. Fremstilt med gjennomsnittsalder per krone, eller verdivektet gjennomsnittsalder (VVGA) der de dyreste utstyrsenhetene veier mer enn de billigste, var VVGA-gjennomsnittsalderen for MTU-parken i Oslo universitetssykehus HF på 9 år.
- Mer enn 40 % av alle MTU-enhetene var eldre enn gjennomsnittlig levetid (10 år).

7.1.3 Overordnede strategiske valg

Dreining av investeringer fra sammenbrudd til elektiv prosess

Den forholdsvis gamle MTU-parken gir en høy andel sammenbrudd av utstyr med påfølgende sammenbruddsanskaffelser. I 2018 er det estimert at nesten halvparten av utstyrsinvesteringene vil komme i form av erstatning for sammenbrutt utstyr. Dette har i hovedsak to ulemper; det er dyrt å gjøre enkeltanskaffelser under tidspress, og det låser utstyrsparken til den eksisterende konfigurasjon istedenfor å velge konfigurasjon etter behov. Det er derfor viktig å få dreid mer av anskaffelsene fra sammenbrudd til elektiv prosess.

For å få til dette vurderes dagens interne investeringsrammeverk endret. Det vurderes å utvide elektiv prosess fra å skje en gang i året til to ganger i året. Alle innmeldinger fra klinikkene i hovedprosessen i elektiv prosess på høsten tas vare på og revideres av klinikken i samarbeid med Medisinsk-teknologisk virksomhetsområde (MTV) og brukes i en elektiv prosess del 2 på våren. Dette vil gjøre det mulig å kutte betydelig i sammenbruddsinvesteringene til fordel for elektive anskaffelser. Fremdeles vil det være nødvendig å bruke en stor del av midlene på det utstyret som truer med å bryte sammen, men det kan gjøres i forkant og på en mer hensiktsmessig måte. Tabell 2 viser oppdeling av midlene til de 2 delene av prosessen.

SUM elektiv del 1 inkl. IKT (405,24 MNOK + 4,71 MNOK IKT)	409,95
SUM elektiv del 2 inkl. IKT (31,9 MNOK + 0,63 MNOK IKT)	32,53
SUM elektiv 2019	442,48

Tabell 14: Summering av del 1 og 2 MTU-investeringer 2019

Optimalisering av prioriteringsprosessen

Det er en krevende oppgave å gjøre helhetlige prioriteringer på tvers av klinikker, enheter og seksjoner. Det er i hovedsak klinikkens egne prioriteringer som ligger til grunn. I tillegg til primærinvesteringsbehovet til klinikkene er det lagt til insentiver for å sikre bedre prioriteringer av MTU-investeringene på tvers:

- Større investeringer som får betydning for flere klinikker trekkes ut av klinikkens egen prioritet til en egen kategori.
- Utstyr som kan erstatte gammelt medisinskteknisk utstyr i et mindre antall får høyere prioritet.
- Utstyrsønsker der klinikker som går sammen om å søke om medisinskteknisk utstyr de skal drifte i fellesskap får høyere prioritet.
- Utvidet bruk av businesscase-anskaffelser der investeringer som tjenes inn på driftsbudsjettet i løpet av 2 år blir prioritert.

7.1.4 Investeringsstabell 2019 med forklaring

Nedenfor gis en samlet oversikt over de viktigste planlagte anskaffelser i 2019:

Nr.	Saker/anskaffelser	MTU (MNOK)	MTU-bygg	MTU-IKT	Kommentarer
1	Inven2 AS	5,00			
2	Lønnsomme investeringer (BC)	3,66	0,08		
3	Forskningsrelaterte investeringer	6,58	3,25		
4	Innovative anskaffelser	1,80		0,20	
5	Reservepott	0,00			
6	Aktivering (interne ressurser MTV)	22,50			
7	Havari/sammenbrudd	134,50	20,00		Forskuttering 100 MNOK til MTU og 20 MNOK til bygg
8	Sentrale elektive prosjekter	125,40	16,05	0,19	
9	Klinikkenes investeringsbehov	134,40	18,70	4,95	
10	KLM-RMS Avd. for rettsmedisinsk avdeling	3,30			
SUM		437,14	58,08	5,34	
SUM elektive 2019 MTU (inkl. IKT)					442,48

Tabell 15: MTU-investeringsstabell for 2019

1. Inven2 AS. Det legges inn en økning på 5 mill. kr. knyttet til midler fra Inven2 AS som skal finansiere investeringer i medisinskteknisk utstyr.
2. Lønnsomme investeringer/ businesscase er sykehusets mulighet til å effektivisere driften ved hjelp av ny teknologi, anbefalt forsiktig økning. Vedtatte investeringer for 2019 er intensivseng RH, UVA-1 kabinett til behandling av sklerodermipasienter, massespektrometer og PDE-kamera.
3. Forskningsrelaterte investeringer er prioritert av Fagråd MTU-forskning.
4. Innovative anskaffelser er produkt/tjeneste som utvikles i samarbeid med privat aktør innenfor aktuelle markedssegment. På liste for 2019 er det satt opp barnetilpasset dialysemaskin, ny behandling av synstap/blindhet og virtuell simulator for laparoskopisk kirurgi.

5. Reservepotten for uforutsette hendelser, er for 2019 fjernet. Denne potten disponeres av PRU (Prioriteringsutvalget for medisinsk-teknisk utstyr).
6. Aktivering er potten for ressursbruk internt fra MTV for gjennomføring av vedtatte anskaffelser.
7. Ufordelt pott er en konto for å kunne håndtere viktige investeringer som ikke er kjent ved årets start og ikke faller inn under kategorien sammenbrudd eller står på elektiv liste. Denne posten disponeres av administrerende direktør.
8. Sammenbruddspotten for medisinskteknisk utstyr som bryter sammen i løpet av året. Antatt stabilisering av sammenbruddsraten etter hvert som mer penger får ut det dårligste utstyret.
9. Under sentrale elektive prosjekter ligger pålagte føringer (Feiring, Slagenhet, etc.), investeringer som går på tvers av klinikkene og større investeringer som har betydning for flere klinikker. Investeringer knyttet til overtakelse av Feiring er hjertelungemaskin, telemetri og ultralydapparat. Investeringer til Slagenheten er monitorering, ny CT og angio/intervensjonslab N5 (US). Andre investeringer på sentrale elektive er Linac SB7U, utskifting av respiratorer, anesthesiapparater, operasjonsbord og -lamper, routingsystem, uttakssentraler, ERCP-røntgenlab (RH), monitorering, pacemakere, mikroskop, kuvøser og angio lab 8 (RAD).
10. Klinikkenes investeringsbehov er prioritert med bl.a. ferdigstillelse av operasjonsstue 20 (eventuelt 15) med ønske om en O-arm, utskifting av c-pap, funduskamera og OCT, angio 3 (RH), serologiinstrumenter, hematologiinstrument, LCMSMS, digital patologi (pilotprosjekt for å kunne gi raskere og riktigere svar gjennom), CT SIM2R (RAD), CT1 (RH), oppgradering av MR S2 (US) og ekkokardiografimaskin. Det vil også prioriteres å bytte pasientovervåkning ved flere lokasjoner, i tillegg til utskifting av generelt mye ultralydapparat, av pumper og en benmineralmåler.

7.1.5 Fullmakt til å anskaffe medisinskteknisk utstyr

Budsjett for investeringer i medisinskteknisk utstyr inneholder tre anskaffelser som, inkludert utgifter til ombygging, har estimert anskaffelseskostnad på 20 millioner kroner eller mer for hver anskaffelse. Alle enkeltinvesteringer over 20 millioner kroner skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF. De tre enhetene det bes om fullmakt til er følgende:

- En strålemaskin (linac) til Ullevål sykehus med en estimert anskaffelseskostnad på 30 millioner kroner og 3 millioner kroner til ombygging, dvs. en estimert total kostnad på 33 millioner kroner. Dette er et ledd i en langsiktig utskiftningsplan for å erstatte de eldste linacene. Den som skal skiftes ut er installert i 2001 og oppgradert i 2007, og har passert forventet levetid. Anskaffelsen er en utskifting av behandlingsmaskin med utstyr, samt nødvendig oppgradering av rom og infrastruktur. Erstatningen sikrer kapasitet og tilbud innen stråleterapi innenfor pålagte tidsfrister for

behandling. Anskaffelsen erstatter en linac som er slitt, utdatert og mangler funksjonalitet som VMAT og cone-beam.

- En Computertomograf (CT) til Rikshospitalet med en estimert anskaffelseskostnad på 16 millioner kroner og 4 millioner kroner til ombygging, dvs. en estimert total kostnad på 20 millioner kroner. CT1 (GE LightSpeed VCT) ble installert i 2005, og har siden vært i full drift. En 13 år gammel maskin er imidlertid utdatert i forhold til dagens teknologi, og den er ustabil i forhold til nedetid. Maskinen har alltid vært brukt svært meget, og den er både den eldste og temmelig sikkert den mest brukte maskinen av sin type i Norge. Ustabilitet og stans er påregnelig etter slik bruk. Tatt hensyn til dagens teknologi, og til de to andre CT-maskinene er det begrenset hvilke typer undersøkelser som kan gjøres på maskinen, noe som vanskeliggjør driften og fleksibiliteten. Anskaffelsen gir bedre undersøkelses kvalitet, med lavere dose ioniserende stråling til pasienter og personell, bedre fleksibilitet med mer oppdatert utstyr og større mulighet til å skreddersy undersøkelsene også maskinelt etter klinisk problemstilling. Dermed generelt bedre diagnostikk.
- En Computertomograf (CT) til Ullevål sykehus med en estimert anskaffelseskostnad på 16 millioner kroner og 4 millioner kroner til ombygging, dvs. en estimert total kostnad på 20 millioner kroner. Alle pasienter med mistanke om hjerneslag som blir henvist til OUS blir diagnostisert og behandlet på Ullevål. Dette for å sikre en rask behandling av hjerneslag uten logistikk utfordringer. I Oslo universitetssykehus er det vedtatt at alle pasienter med mistanke om hjerneslag skal transporteres til Ullevål for diagnostikk og behandling, inklusiv pasienter fra Lovisenberg og Diakonhjemmet. I den forbindelse er det behov for å etablere ett nytt CT laboratorium med «high end» CT. I tillegg har Ullevål hatt en stor økning i CT de siste årene, så en ny maskin er nødvendig for å håndtere volumet.

7.2 Bygg

7.2.1 Innledning

Det planlegges investeringer i bygg og teknisk infrastruktur for vel 700 mill. kr. i 2019. I hovedsak dreier investeringsprosjektene i bygg i Oslo universitetssykehus HF seg om tre typer:

- Bygningmessige investeringer finansiert av ordinære midler
- Investeringer som lukker avvik – finansiert av lånepakke
- Investeringer finansiert av omstillingsmidler

Under følger en kort redegjørelse for hver av disse.

7.2.2 Bygningsmessige investeringer finansiert av ordinære midler

Sykehuset benytter ordinære midler til utskiftning og oppgradering av bygg og infrastruktur som er utgått på levetid. Det er en kjent situasjon at ordinært vedlikehold i store deler av bygningsmassen har vært nedprioritert slik at store deler av byggene og anleggene nå må byttes ut da det ikke lenger lar seg reparere.

De siste årene har det vært en utvikling hvor større andel av ordinære investeringer i bygg går til å understøtte IKT og medisinskteknisk utstyr. For 2019 budsjetteres det med 422 mill. kr. til ordinære investeringer bygg hvorav omkring 90 mill. kr. går med til infrastruktur til IKT og bygningsmessig tilpasninger til medisinskteknisk utstyr. 15 mill. kr. er satt av til virksomhetstilpasninger, men det er også satt av 95 mill. kr. til sentrale prioriteringer.

Tabellen nedenfor viser tentativ fordeling av ordinære investeringsmidler:

Fordeling av ordinære investeringsmidler - tentativ/ikke bundet fordeling (ordinære midler kommer i tillegg til midler fra lånepakke for lukking av avvik - budsjettet med 250mnok i 2019)	Budsjett 2019
Produksjonsstøtteutstyr og nødvendige oppgraderinger alle lokalisasjoner:	211
- Aker - har i tillegg midler fra lånepakke	15
- Rikshospitalet - har ikke midler fra lånepakke. Må prioritere å skifte ut/oppgradere rundt 20 år gamle driftsanlegg.	93
- Gaustad	13
- Ullevål - har i tillegg midler fra lånepakke	20
- Radiumhospitalet - har i tillegg midler fra lånepakke. Avsettes til rokade mm. ifm nytt klinikkbygg	40
<i>Kostnadssplitt - gjennomførte prosjekter over fase 2 midler. Ref infrastruktur</i>	30
Havari/sammenbrudd	15
Byggkostnader ifm MTU anskaffelser	57,58
Byggkostnader ifm IKT anskaffelser - trådløst nett - kurve - kommunikasjonsrom	37,5
Sentrale elektive prosjekter -prioritert av ledelsen	85,8
Virksomhetstilpasninger klinikker	15,3
SUM	422

Tabell 16: Fordeling av ordinære investeringsmidler

7.2.3 Investeringer som lukker avvik – finansiert av lånepakke

Bygningsmassens samlede tilstandsgrad er en utfordring for Oslo universitetssykehus HF. 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 mrd. kr. Utfordringsbildet er større enn sykehuset selv ønsker 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 4 års lån på inntil 1,3 mrd. kr. for å lukke de største og mest alvorlige avvikene i bygningsmassen.

Vedtaket i Helse Sør-Øst RHF styresak 045-2015 forutsetter i tillegg en rekke forhold som foretaket har forholdt seg til eller arbeidet med å nå i tett dialog med Helse Sør-Øst RHF. Det er videre en forutsetning om at foretaket skal benytte Sykehusbygg HF i planlegging og gjennomføring av arbeidet. Helse Sør-Øst RHF har lagt til grunn at de skal godkjenne hvert enkelt prosjekt.

Forutsetning for lånet er at sykehuset egenfinansierer 30 %. Totalen skal prisjusteres fra det tidspunktet lånet ble gitt, dvs. 2015. Arbeidet med planlegging av konkrete tiltak startet september 2015 med faste møter med Helse Sør-Øst RHF. Det ble videre utarbeidet et årsprogram for 2016 og for 2017 som ble sendt Helse Sør-Øst RHF til godkjenning. I januar 2017 mottok sykehuset et mandat for tiltakene som begrenset arbeidet til et langt færre bygg enn det var lagt planer for og utført arbeid i. Dette er imidlertid senere frafalt og flere bygg er nå godkjent. Helse Sør-Øst RHF har hele tiden forutsatt at sykehuset selv skal dekke kostnader utover det som er nødvendig for å lukke avvik ved hjelp av andre finansieringskilder, såkalt kostnadssplitt.

I 2018 har man jobbet med å endringsstyre prosjekter inn og ut av porteføljen. Dette tar lang tid, og har gjort at gjennomføringsomfanget er redusert og prognosen for 2018 er nedjustert. 2019 budsjettet er også justert en del ned ift. opprinnelig plan.

For 2019 vil det trolig gjennomføres tiltak for vel 250 mill. kr. Disse knytter seg til avvik på Aker, Radiumhospitalet og Ullevål. Lånepakken til lukking av avvik kan ikke benyttes til Rikshospitalet.

7.2.4 Investeringer finansiert av omstillingsmidler

Omstillingsinvesteringer er oppfølging av investerings- og tilpasningsbehov ifb. med etableringen av Oslo universitetssykehus HF i 2009. I hovedsak knyttes prosjektene seg til samling av funksjoner på færre steder enn tidligere. Intensjonen har vært å flytte døgn og akuttfunksjoner fra Aker i hovedsak til Ullevål, og å samle regionale funksjoner til Rikshospitalet fra hhv Radiumhospitalet og Ullevål og konsekvenser av dette. I 2019 gjenstår det 23 mill. kr, som knytter seg til Sterilsentralen på Rikshospitalet og Aker.

7.2.5 Fordeling av byggeinvesteringer mellom lokalisasjoner

Radiumhospitalet

Radiumhospitalet vil i 2019 prioritere rokadeprojektene og avviksprosjekter. Det er lagt inn 40 mill. kr. i ordinære midler for å dekke opp det som måtte ligge mellom rokadeprojektene og avviksprosjektene. Til sammen er dette ca. 12 prosjekter i rokadene, av midlertidig eller varige løsninger for virksomheten, som må være ferdige innen riving av byggene E, G, H mv kan påbegynnes. Avviksprosjektene er eksempelvis kontorisering av bygg F, samt etablering av hvite garderober i BU3.

Rikshospitalet

Selv om det er et relativt nytt sykehus begynner vedlikeholdsetterslepet å bli tydelig. Av det ordinære budsjettet til bygg er det allokert i overkant av 90 mill. kr. til Rikshospitalet. I dette ligger blant annet brannvarsling, kjøleanlegg samt utskifting av SD-anlegg. Det satt av midler for å kunne ta imot pasienter fra Feiring klinikken.

Ullevål

Ved Ullevål legges til grunn bruk av lånepakken til å lukke avvik. Her er det da kun lagt inn 30 mill. kr. av de ordinære midlene for å dekke opp kostnadssplitt mot lånepakken. Det er satt av midler til nye satsingsområder som slagenheten.

Aker

Aker vil i 2019 benytte lånepakken til å lukke avvik, i tillegg er det lagt inn noe på ordinære midler til utskifting av utstyr, eks. adgangskontroll. Det ligger også inne midler til å klargjøre bygg 27 slik at prosjekt ny Storbylegevakt kan starte opp. I klinikkenes virksomhetstilpasning er det satt av omkring 5 mill. kr. for å flytte brystkirurgi fra Ullevål til Aker.

Andre lokasjoner

I 2019 er det lagt inn oppgradering av bygg 19 på Gaustad for å ta imot pasienter som i dag er på Vardåsen. Det er også lagt inn noe på generell oppgradering av bygg på Gaustad under ordinære investeringer. Under sentrale poster er det lagt inn 10 mill. kr. på SSE, voksenpost 1.

7.3 Øvrige investeringer

7.3.1 Innledning

Øvrige investeringer omfatter investeringer i senger, vaskeri, behandlingshjelpemidler (BHM), kjøkken, ambulanser og andre kjøretøyer, dvs. investeringer utenom IKT, MTU og bygg. Nedenfor er tentativt forslag til prioritering innenfor øvrige investeringer for 2019:

Fordeling av ordinære investeringsmidler - tentativ/ikke bundet fordeling	Budsjett 2019
Produksjonsstøtteutstyr, havari og utskiftninger (kjøkken, transport, renhold, etc.)	8
Trestrøms videokonferanseutstyr - utskifting	2
AV utstyr auditorier - utskifting	2
Simulering/trening i klinikk.	4
Senger	5
Frysere forskning - utskifting	1
Ambulanser - utskifting 15 stk med elektiske bårer	28
Behandlingshjelpemidler 2019	26
Behandlingshjelpemidler 2018 - underbudsjett	4
SUM	80

Tabell 17: Fordeling av ordinære investeringsmidler

7.3.2 Utfordringsbildet

I hovedsak vil tilgjengelig ramme gå til utskifting av ambulanser og utlevering av utstyr til hjemmebehandling.

Resten må prioriteres til lastebiler, senger, sengevaskemaskiner, tøytraller etc. Mye av dette utstyret er gammelt, og den relativt begrensede rammen som er disponibel for Annet for 2019 må i stor grad håndtere sammenbrudd. Det innebærer at det er mindre handlingsrom til planlagte utskiftninger i budsjettåret 2019. Det vil likevel bli prioritert planlagt utskifting av senger, ambulanser, etc.

7.3.3 Forutsetninger for investeringene i 2019

Utstyr til hjemmebehandling er blitt en mer aktuell behandlingsform ettersom pasienter sendes hjem tidligere fra sykehus. Den teknologiske utviklingen innenfor medisinskteknisk utstyr til hjemmebehandling forventes å fortsette i årene som kommer. Leverandører kan i dag tilby stadig mer avansert/kostbart medisinskteknisk utstyr, og forskning på området vil føre til at nye utstyrstyper blir utviklet, som igjen vil medføre mer utlevering av utstyr fra sykehuset. For 2019 estimerer sykehuset et investeringsbehov til om lag 26 mill. kr. i overforbruk i 2018 hvor budsjettet var for optimistisk ved at det var redusert til 20 mill. kr. pga. svært stramme rammer for 2018.

Ambulanser er en stor post innenfor kategorien Annet og finansieres av finansiell leie. I 2018 anskaffes 14 nye ambulanser for 26 mill. kr. Sykehuset er ved utgangen av 2018 a-jour med investeringstakten og vil ved utgangen av året være fullt operativt oppsatt med ambulanser. For 2019 avsettes det samlet anskaffelseskostnad for 28 mill. kr. som vil gi en utskiftning av ca. 15 nye ambulanser.

7.4 IKT

7.4.1 Innledning

Investeringsplanen for IKT i Oslo universitetssykehus HF bygger på vedtatt Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF 2018-2022 (Styremøte 15. desember 2017, sak 73/2017), Økonomisk langtidsplan 2019 – 2022 (Styremøte 25. april 2018, sak 29/2018), innmeldte behov fra klinikker og stabsenheter i Oslo universitetssykehus HF og planlagte leveranser fra de regionale prosjektene i 2019.

Klinikkene og stabsenhetene i Oslo universitetssykehus HF ble i vår invitert til å melde inn IKT investeringsbehov. Totalt ble det meldt inn 110 IKT-behov. Innmeldte behov for lokale investeringsmidler er behandlet i de respektive IKT-fagutvalgene og Koordineringsgruppen for investeringer (KGI).

Oslo universitetssykehus HF planlegger å oppdatere Områdeplan IKT med behandling i interne fora vinteren 2019 og deretter styrebehandle denne som del av Økonomisk langtidsplan 2020 – 2023.

7.4.2 Aktiviteter på teknologi og infrastruktur 2019

Oslo universitetssykehus HF og foretaksgruppen er avhengige av en standardisert, modernisert og sikker lokal og regional IKT-infrastruktur både for å produsere fleksible, effektive tjenester og legge til rette for innovasjon på en sikker og kostnadseffektiv måte. Arbeid for å støtte opp under dette er prioritert.

7.4.3 Aktiviteter på klinisk område 2019

De viktigste aktivitetene i 2019 er å ferdigstille arbeidet med og bredde kurvesystemet (Metavision) til alle sengeposter, arbeide videre med ibruktakelse av DIPS Arena med strukturert journal og sammen med klinisk datavarehus levere data til lokale og nasjonale kvalitetsregistre. Med bakgrunn i det nye personvernloververket inklusive den europeiske personvernforordningen (GDPR), har foretaket besluttet at et fåtall godkjente registerløsninger skal benyttes og arbeid for å forbedre disse i tråd med personvernforordningen startes. Anskaffelse av et nytt doseplanleggingssystem til stråleterapien på Radiumhospitalet og nytt logistikk og kvalitetssystem for Sterilavdelingen videreføres. Arbeidet med å forberede en anskaffelse av et laboratorieinformasjonssystem for genetikkområdet vil startes.

7.4.4 Aktiviteter innen administrative løsninger 2019

Et viktig område i tiden fremover vil være å bruke de eksisterende løsningene til å arbeide mer effektivt, det vil si å redusere tidsbruk og/eller øke kvaliteten i arbeidet. Dette gjøres som en kombinasjon av forbedringsprosjekter basert på kartlagte og forventede effekter, samt ved å ta i bruk eksisterende løsninger på delområder som i dag mangler god systemstøtte. I tillegg pågår arbeid med å oppgradere eller erstatte eldre systemer som i dag mangler grunnleggende funksjonalitet, er teknologisk utdatert eller det ikke er mulig å få service på lenger.

7.4.5 Aktiviteter innen forskning og innovasjon 2019

Oslo universitetssykehus HF er hovedpartner i to nasjonale fyrtårnprosjekter i regi av Norges Forskningsråd som tar i bruk kunstig intelligens og maskinlæring for automatisk tolking og diagnostisering av patologibilder (DoMore-prosjektet) og beslutningsstøtte for presisjonsmedisin (BigMed-prosjektet). Etablering av elektronisk samtykkeløsning er fremdeles prioritert. Forskere ved er hovedpartner i to nasjonale fyrtårnprosjekter i regi av Norges Forskningsråd gis midlertidig tilgang til tjenester i universitetets nettverk i påvente av at Sykehuspartner HF og Helse Sør-Øst RHF etablerer de tjenestene som forskerne etterspør og er avhengige av.

IKT prosjektprioritering 2019		
Investeringsområde	Investering	Driftskostnad
Prosjekter innenfor klinisk område	30,2	19
Prosjekter innenfor laboratorie- og radiologiområdet	6,2	4,2
Prosjekter innenfor administrativt område	0,4	12,8
Prosjekter innenfor infrastrukturområdet	7	10
Tjenesteendringer	5	0
Totalt	48,8	46

Tabell 18: Investeringsbudsjett for IKT 2019

7 Forbedring av driften

Som følge av at Oslo universitetssykehus HF er i en krevende økonomisk situasjon etablerte administrerende direktør i løpet av høsten 2016 et sykehusovergripende program kalt Forbedring av driften i OUS. Programmet forvalter en portefølje med forbedringsprosjekter som gjennomgår ulike drifts-, kostnads- og inntektsområder med sikte på å finne virkemidler som kan etableres generisk i linjeorganisasjonen, med mål om å ta ut arbeidsbesparende produktivetsforbedringer.

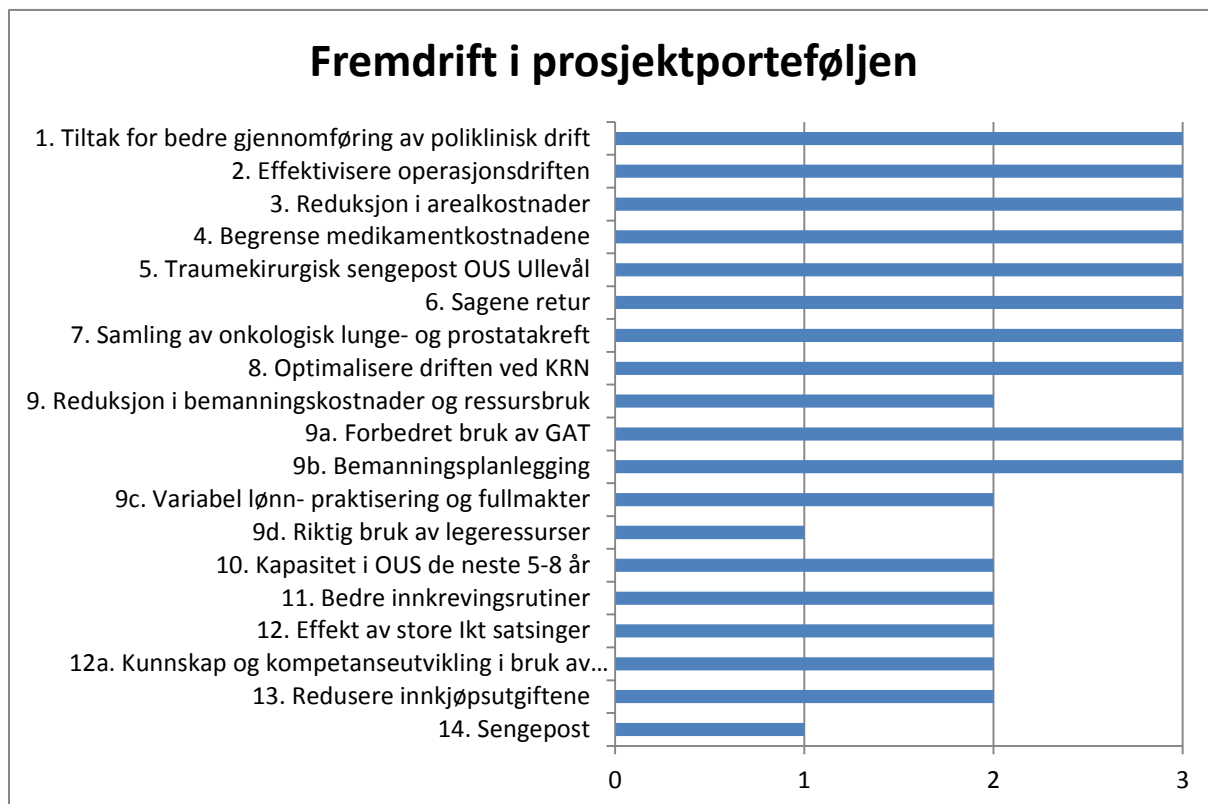
Organisering

Programmet administreres av sentral økonomistab og ledes av administrerende direktør gjennom en styringsgruppe bestående av representanter fra klinikk- og avdelingsledelsen, tillitsvalgte, verneombud og brukerrepresentant. Prosjektenes resultater og foreslåtte forbedringstiltak legges frem for programmets styringsgruppe og videre for Oslo universitetssykehus HF ledermøte for vedtak om implementering.

Fremdrift i prosjektporteføljen

Siden høsten 2016 er det etablert 14 forbedringsprosjekter¹ innenfor varierte driftsområder. Programmet har holdt jevn progresjon, og det nyeste prosjektene ble etablert i juni 2018. Ti av prosjektene er ferdigstilt og flere av disse har tiltak som følges opp og implementeres i aktuelle deler av linjen. Syv av prosjektene er i gjennomføringsfasen, hvorav tre prosjekter har planlagt ferdigstillelse i løpet av første kvartal 2019: Delprosjekt 9b «Bemanningsplanlegging», 11 «Bedre innkrevingsrutiner» og 13 «Redusere innkjøpsutgiftene». Rett før sommeren 2018 ble delprosjekt 9d. «Riktig bruk av legeressurser» etablert. Prosjektet skal følge opp hver enkelt klinikk og utarbeide en standard metode/mal som hjelper klinikkene sette opp vaktordninger som bedre ivaretar planlegging av legenes arbeidstid ift aktivitetsbehovet .

¹ Hvorav to av prosjektene har egne delprosjekter, se figur 1



Figur 2: Illustrerer hvilke prosjekter som befinner seg i: 1) Etableringsfasen 2) Gjennomføringsfasen 3) Gevinstrealiseringsfasen

I 2019 vil forbedringsprogrammet jobbe vurdere et samarbeid med forskingsmiljøene i Sintef Digital og Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse ved NTNU. Disse fagfeltene har god erfaring med forbedringsarbeid og kompetanse til å hjelpe Oslo universitetssykehus HF utvikle styringsverktøy, metoder og andre tiltak som bidrag til driftsforbedringer.

Klinikkvise forbedringsprogrammer

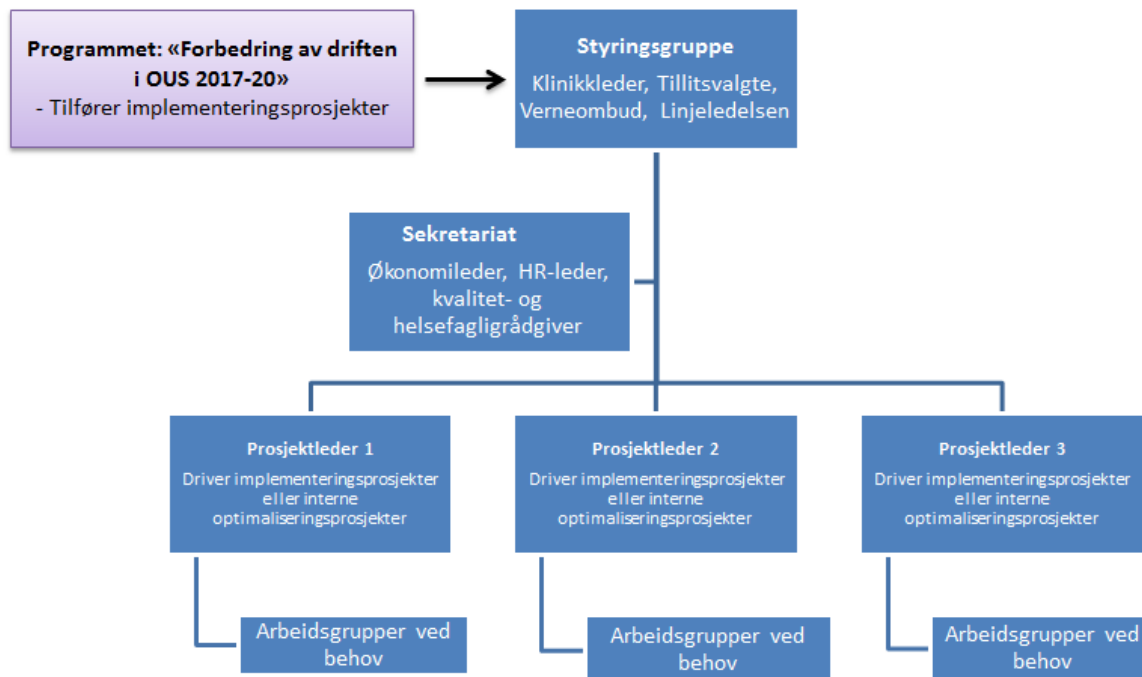
For å øke realiseringsgraden av programmets anbefalinger og tiltak er det nå etablert klinikkvise forbedringsprogram ved alle klinikkene. Programmet skal hjelpe klinikkene med å systematisere tiltak- og forbedringsarbeidet internt. Tiltaksarbeidet skal foregå langs to linjer:

- Klinikkene skal gjennomføre tiltak fra de relevante prosjektene i det sykehusovergripende programmet «Forbedring av driften i OUS»
- Klinikkene skal initiere og gjennomføre egne klinikkspesifikke forbedringsprosjekter

Klinikkleder er eier og leder av forbedringsprogrammet i klinikken. Klinikkene har høsten 2018 etablert egne styringsgrupper bestående av klinikkens avdelingsledere, tillitsvalgte og vernetjeneste. Klinikkenes økonomileder og HR-leder er sekretariat som følger opp gjennomføringen av prosjektene².

² Se organisasjonskart i figur 3

Klinikkledere rapporterer månedlig til administrerende direktør på status i klinikkens forbedringsprogram gjennom etablert oppfølgingsregime. Gjennom oppfølgingsmøtene for september og oktober har klinikkene redegjort for status av etableringen av de klinikkvise forbedringsprogrammene. Alle klinikkene har nå utformet et mandat og en oversikt over hvilke prosjekter som skal gjennomføres. Tilbakemeldingene fra klinikkene er så langt positive. Klinikkene har fått eierskap til de nye programmene gjennom lokal tilpasning og en god intern etableringsprosess. Mandatene som er utarbeidet i klinikkene er forankret med linjeledelsen, de tillitsvalgte og vernetjenesten.



Figur 3 Organisasjonskart for de klinikkvise forbedringsprogrammene

Flerårig perspektiv

Klinikkvise forbedringsprogram vil ha et flerårig perspektiv. Høsten 2018 har primært fokus vært på klinikkens behov for å iverksette tiltak for å klare kravet om økonomisk balanse i 2019. Arbeidet med forbedringstiltak i driften vil uavhengig av budsjettprosessen som gjennomføres videreføres gjennom klinikkens forbedringsprogram løpende gjennom året.

Det har også i evaluering av tidligere budsjettprosesser vært en gjennomgående tilbakemelding fra tillitsvalgte at de i for liten grad har vært involvert i klinikkens tiltaksarbeid i budsjettprosessen. Gjennom å organisere klinikkvise forbedringsprogrammer hvor man systematisk planlegger og gjennomfører tiltak som er initiert gjennom foretakets forbedringsprogram er ett av målene å sikre at gevinstrealisering blir gjennomført som forutsatt. Klinikkvise omstillingstiltak som utarbeides i forbindelse budsjettprosessen vil også inngå som en del av porteføljen i klinikkens forbedringsprogram.

Hovedformålet med de klinikkvise forbedringsprogrammene er å drive klinikkene i økonomisk balanse gjennom uttak av ressursbesparende produktivitetsvekst.

8 Tiltak budsjett 2019

For å kunne følge effekten av prosjekter i programmet «Forbedret drift» har klinikkene i budsjettprosessen for 2019 kategorisert tiltakene i samsvar med prosjekter som gjennomføres i programmet forbedret drift 2017 - 2021.

Klinikkenes rapporterte status for planlagte tiltak i 2019 viser at hovedfokus i omstillingsarbeidet for budsjett 2019 vil være innenfor områder som omhandler styring og kontroll av bemanningsressurser. Det har i budsjettprosessen for øvrig vært fokus på prosjektene knyttet til poliklinikk, operasjon, medikamenter, lønnsomme investeringer og innkjøp. Samlet har planlagte tiltak i 2019 en økonomisk verdi på om lag 300 millioner kroner.

Summer av Budsjettert øk. effekt	
Type tiltak	Totalt
Bedre innkrevningsrutiner	7 514
Begrense medikamentkostnadene	16 310
Effektivisering av operasjonsdriften	2 300
Klinikkvise tiltak	24 270
Lønnsomme investeringer	6 035
Midlertidig ledighold av stillinger	250
Reduksjon av arealkostnader	100
Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk	148 843
Redusere innkjøpsutgiftene	76 842
Tiltak for bedre gjennomføring av poliklinisk drift	3 256
Økt aktivitet / redusere kostnader	14 084
Totalsum	299 803

Tabell 19: Tiltak i budsjett 2019

Klinikkene er bedt å vektlegge følgende i forbindelse med kvalitetssikring av tiltak i budsjett 2019:

- Tiltaket bør ha høy sannsynlighet for å lykkes
- Tiltaket bør vurderes til å ha et godt økonomisk potensiale (dokumentert økonomisk effekt)
- Tiltaket som krever organisatoriske endringer på tvers av klinikker må være «avstemt med nabo»
- Alle tiltakene må være konkretisert med en eier i lederlinjen som er ansvarlig for gjennomføring
- Det er ingen grunn til at ikke målet skal være 100 prosent gjennomføring

Den klinikkvise fordelingen av tiltak fremkommer i budsjett 2019 slik:

Summer av Budsjettert øk. effekt	
Klinikk	Totalt
PHA	16 601
MED	31 021
HHA	13 500
NVR	12 490
OPK	9 380
BAR	27 600
KVI	4 870
KIT	5 000
KRE	14 821
HLK	27 846
AKU	31 560
PRE	15 900
KLM	33 645
KRN	5 410
OSS	50 160
Totalsum	299 803

Tabell 20: klinikkvise tiltak

9 Tabellvedlegg

Tabeller til budsjettdokument 2019	
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 fra Helse Sør-Øst 04.12.2018
Basisramme til drift og investering foregående år	11 735 442
Nye forhold inn mot 2019:	
KBF 2018 tilbakelegging av uttrekk basis	77 121
KBF 2018 uttrekk av KBF- bevilgning	-83 535
RNB 2018 - pensjon, som i ØLP 2019-2022	-137 529
Inntektsmodell 2019, fra ØLP 2019-2022	1 670
Kompensasjon for pensjonseffekt OUS	30 000
Ervervet hjemmeskade barn og unge	1 270
Økt bemanning luftambulans OUS	-3 400
Avrunding (wmm 05.11.2018)	0
Sum endring	-114 403
Basisramme 2019 før statsbudsjettet	11 621 039
Pris- og lønnsvekst: 2,4078% (grunnlag 11.621,039 mill.kr)	279 815
Andre endringer fra Prop 1S (2018-2019):	
0,5% uttrekk sfa avbråkratiseringsreformen	-48 091
Økt basis sfa avbråkratiseringsreformen	76 127
Legemidler i basis 2018, gjestående basis	25 934
KBF 2019: Uttrekk basisramme	-78 619
KBF 2019: Bevilget sfa score på kvalitetsparametere	83 871
Økt aktivitet, alle tjenesteområder	70 321
Overføring fra basis til ISF - PHV	-10 356
Overføring fra basis til ISF - TSB	-2 664
Utskrivningsklare pasienter - PHV	-12 422
Utskrivningsklare pasienter - TSB	-3 196
Komp. for manglende prisjustering av egenandeler	5 819
Nasjonal inntektsmodell	15 801
Barn som pårørende mot økt egenandel	2 044
Inntektsmodellen - innføring av nye elementer	-21 095
1/12 effekt tilbakeføring basis Kongsvinger	5 723
11/12 effekt overføring mva-effekt Kongsvinger	-597
Studenthelsetjeneste i psykisk helsevern	-11 234
PET - legestillinger ved OUS	3 000
PET - netto fordeling av 20 mnok	-14 056
Endret fin.ordning lab/rad-fordeling av 215 mnok	32 265
Endret fin.ordning lab/rad-tilbakeføring av IM effekt	-253 867
Dyre legemidler-aktivitetsavhengig del private ideelle	155
Økt kapasitet PUA - OUS	6 000
Barnepalliativ team OUS	2 200
Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme	2 000
Økte ressurser Eidvoll fengsel - RSA OUS	1 000
Avrunding (wmm 05.11.2018)	-2
Sum endring	155 876
Basisramme 2019 inkl. KBF	11 776 915
Fra post 78, øremerket fra HOD	259 444
Strategiske midler, post 72 (basistilskudd)	130 119
Sum forskning	389 563
Nasjonale kompetansetjenester for sjeldne diagnoser, post 78	83 415
Øvrige nasjonale kompetansetjenester, post 78	101 574
Sum nasjonale kompetansetjenester	184 989
Skadelig bruk av doping	4 600
Tilskudd til turnustjeneste	1 554
Kreftregistret	115 900
Behandlingsreiser til utlandet	128 000
Biobank CFS/ME	1 000
Særreaksjonsordning, dømte til behandling	1 700
Forsøksordning tannhelsetjenester i tverrfaglig miljø*	5 700
Narkolepsi hos barn (Nasjonalt forskningsprosjekt)	3 600
Rettsmedisinsk institutt	173 900
Med. undersøkelse på barnehusene	3 217
Mammografiprogrammet - kvalitetssikring	0
Sum statlige tilskudd	439 171
Sum faste inntekter 2019	12 790 638

TABELL 2 - Økonomiske forutsetninger

Økonomiske forutsetninger 2019	2019
Enhetspris ISF 2019	kr 44.654
Refusjonssats ISF for aktivitet utført for pasienter fra HSØ	50 %
Enhetspris ISF 2019 for PHV og TSB	kr 2.743
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 4.885
Gjennomsnittlig lønns- og prisvekst (fra statsbudsjettet)	2,9 %
Herunder lønnsvekst	3,3 %
Herunder prisvekst andre kostnader	2,0 %
Konserninterne gjestepasientpriser voksenpsykiatri 2019:	
Kurdøgn / oppholdsdøgn (HSØ-skriv nr.5)	kr 6.860
Dagopphold og poliklinisk konsultasjon (HSØ-skriv nr.5)	kr 1.710
Konserninterne gjestepasientpriser TSB 2019:	
Avgiftning/utredning, tvang og dobbeltdiagnoseproblematikk (HSØ-skriv nr.5)	kr 8.250
Øvrig døgnbehandling (HSØ-skriv nr.5)	kr 4.125
Priser somatikk 2019:	
Kurdøgn / SSE Voksne	kr 9.944
Kurdøgn / SSE Voksne, psykisk utviklingshemmede	kr 11.823
Kurdøgn / SSE Barn	kr 11.401
Kurdøgn / Solbergtoppen Rehabilitering	kr 6.499
Kurdøgn / Geilomo bamesykehus	kr 5.270
PET-scanning (HSØ-skriv nr.5)	kr 10.400
Andre priser 2019:	
Nyfødscreening (HSØ-skriv nr.5)	kr 473
Utreisekurdøgn (SSE)	kr 43.857
Sykehotell, pr. døgn dersom det bor en på rommet	kr 1.267
Sykehotell, tillegg pr. person pr. døgn dersom det bor fler på rommet	kr 1.170
Morsmelk pr. liter	kr 856
Lab/Rad, analyse for inneliggende pasienter ved andre sykehus	2,879 x Helfo
Polikliniske laboratorieprøver	1,879 x Helfo
Kurs i regi av regionalt utdanningscenter: Faktureres HF'ene	
Beregning av pensjonskostnad: (ref NRS)	Benyttet i Budsjett 2019
Diskonteringsrente	2,40 %
Lønnsvekst (St.prp.nr. 1)	2,50 %
G-regulering	2,25 %
Pensjonsregulering	1,48 %
Førentet avkastning	4,10 %
Renteforutsetninger: (HSØ-skriv nr.4)	
Driftskreditt	1,30 %
Bundne bankkonti (renteinntekt)	1,60 %
Fordring på HSØ vedr. basisfordring	1,30 %
Langsiktige lån med flytende rente	1,30 %
Langsiktige lån med fast rente	1,24 % - 2,27 %

TABELL 3.1 - Aktivitetsmål for somatikk

Somatikk				
Pasientbehandling	Budsjett 2018	Estimat 2018	ØLP 2019	Budsjett 2019
Antall utskrevne pasienter - døgntbehandling	109 590	111 590	111 509	112 412
Antall liggedøgn - døgntbehandling	472 900	472 900	481 176	471 977
Antall dagbehandlinger	84 087	84 087	85 559	84 475
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	846 597	851 597	861 413	864 929
DRG-poeng	Budsjett 2018	Estimat 2018	ØLP 2019	Budsjett 2019
DRG-poeng for pasienter fra Helse Sør-Øst	222 838	216 738	223 873	222 249
DRG-poeng for pasienter fra andre regioner mv	16 368	18 418	16 201	18 368
DRG-poeng for biologiske legemidler	2 850	5 400	2 850	5 260
DRG-poeng totalt	242 056	240 556	242 924	245 877

Merknad: Estimat 2018 er fra oktober 2018

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

Psykisk helsevern	Budsjett 2018	Estimat 2018	ØLP 2019	Budsjett 2019
Psykisk helsevern for voksne (VOP)				
Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus				
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	71 310	70 202	72 736	71 335
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt	2 341	2 265	2 388	2 160
Antall polikliniske konsultasjoner	93 449	91 404	95 318	95 989
Barne - og ungdomspsykiatri				
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	7 943	10 759	8 102	9 612
Antall utskrevne pasienter - døgntilrettelagt	167	201	170	201
Antall oppholdsdager dagbehandling	3 698	3 589	3 772	3 575
Antall polikliniske konsultasjoner	44 507	46 032	45 397	47 628
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere (TSB)				
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	24 686	25 318	25 180	25 655
Antall utskrevne pasienter - døgntilrettelagt	2 367	2 264	2 414	2 320
Antall polikliniske konsultasjoner	23 831	25 146	24 308	25 652
DRG-poeng (PHV og TSB)	Budsjett 2018	Estimat 2018	ØLP 2019	Budsjett 2019
DRG-poeng totalt	28 271	31 508		32 377

Merknad: Estimat 2018 er fra oktober 2018.

TABELL 4 - Resultatbudsjett (ØBAK - grunnlag for rapportering)

Beløp i tusen kroner

Resultatbudsjett	Budsjett 2018	Estimat 2018 Rapportert pr. oktober 2018	ØLP 2019 (2018-priser)	Budsjett 2019	Kommentarer til endringer fra estimat 2018 til budsjett 2019
Basisramme	11 805 774	11 668 658	11 946 612	11 823 163	Iht tabell 1 - Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF.
Kvalitetsbasert finansiering	83 535	83 535	83 535	83 871	Iht tabell 1 - Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF.
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	3 974 313	3 835 950	4 043 863	4 070 212	
ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	864 391	870 579	879 518	891 941	50 % ISF-refusjon for pasienter fra regionen. Totalt 227.509 DRG-poeng, inkl budsjettet aktivitetvekst fra 2018, men uten effekt av nye vekter 2019.
ISF-refusjon poliklinisk PVH/TSB	65 554	72 781	66 865	86 962	
ISF-refusjon pasientadm kreftlegemidler (H-resept)	61 885	117 256	68 074	117 440	
Utskrivningsklare pasienter	3 369	9 369	3 369	24 516	Inntekter fra kommunen for utskrivningsklare pasienter basert på forventet nivå og pris for 2019.
Gjestepasienter	656 515	722 292	668 004	750 180	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. Her ligger også effekten av nytt gjestepasientoppgjør for poliklinisk Lab og Rad.
Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	2 131 257	2 076 257	2 168 554	2 662 567	
Polikliniske inntekter	689 936	828 681	702 010	565 882	
Andre øremerkede tilskudd	1 500 577	1 500 577	1 526 837	1 578 441	Tilskudd til forskn.prosjekter fra regionen, Kreftregisteret, Rettsmedisin, kjøp av behandling i utlandet mv.
Andre driftsinntekter	1 214 182	1 306 641	1 063 368	1 468 847	Det er ikke budsjettet med gevinst fra salg av eiendom i 2019.
Sum driftsinntekter	23 051 288	23 092 576	23 220 609	24 124 022	
Kjøp av offentlige helsetjenester	43 504	58 504	69 339	47 246	Endringen knyttes til forventet kjøp av helsetjenester fra kommuner og private i 2019.
Kjøp av private helsetjenester	371 727	356 727	345 892	385 427	Kjøp av private helsetjenester omfatter behandling i utlandet, rehabiliteringstjenester, lab/rad-tjenester, drift av pasient- og sykehoteller mv.
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 622 536	2 602 536	2 772 145	2 736 627	Økningen skal dekke både prisjustering, økt aktivitet, kostnader til nye legemidler godkjent tatt i bruk av beslutningsforum og nye legemidler hvor finansieringsansvaret overføres fra Folketrygden til HF'ene.
Innleid arbeidskraft	163 703	223 703	163 703	163 750	Flere klinikker har tiltak for å redusere bruk av innleid arbeidskraft.
Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	77 082	77 082	77 082	88 384	Kjøp av helsetjenester fra andre helseforetak i regionen.
Lønn til fast ansatte	11 167 476	11 167 476	11 219 155	11 826 285	Samlet endring skyldes budsjettet lønnsvekst (3,3 %), tiltak innenfor lønnsområdet, overtakelse av Feiring, overtakelse av PHT fra Kongsvinger, ny slag-organisering og økning på prioriterte områder.
Overtid og ekstrahjelp	1 165 246	1 282 754	1 166 517	1 179 068	
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	2 131 949	1 972 229	1 999 284	1 986 443	Pensjon er budsjettet ut fra pensjonskassenes budsjettberegninger for 2019.
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-711 920	-741 920	-712 696	-717 719	Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft er budsjettet noe forsiktig.
Annen lønn	1 912 120	1 912 120	1 914 205	2 040 039	Omfatter i hovedsak arbeidsgiveravgift, gruppelevsforikringer, opplæring mv.
Avskrivninger	901 800	901 800	937 122	963 800	Budsjettete avskrivninger for eksisterende anlegg, anlegg under utførelse og planlagte investeringer.
Nedskrivninger	26 500	0	0	0	Det er ikke budsjettet med nedskrivninger i 2019.
Andre driftskostnader	3 037 483	3 037 483	3 141 191	3 249 051	Andre driftskostnader øker hovedsakelig pga. økte IKT og energi-kostnader.
Sum driftskostnader	22 909 206	22 850 494	23 092 938	23 948 401	
Driftsresultat	142 082	242 082	127 671	175 621	
Finansinntekter	84 309	84 309	65 649	90 874	Bidrag fra AS'ene med 26 mnok, samt renteinntekter på skattetrekkkonto og basisfordring på HSØ.
Finanskostnader	51 391	51 391	62 320	66 495	Rentekostnader på langsiktige lån overfor Helse Sør-Øst RHF, driftskreditt og rentedel av finansiell leie.
Finansresultat	32 918	32 918	3 329	24 379	
Ordinært resultat	175 000	275 000	131 000	200 000	
"Driftsmargin" (EBITDA)	4,60 %	4,95 %	4,59 %	4,72 %	

Merknad: Det kan bli endringer mellom ØBAK-linjene som følge av tekniske forhold knyttet til konsernavstemning- og kvalitetssikring

TABELL 5 - Rammetildeling til klinikkene

Beløp i tusen kroner

Klinikk 1)		Eksterne inntekter 2019			Utgiftsramme 2019			DRG-poeng 2019 2)		
		Ordinær drift	Øremerket	Totalt budsjett	Ordinær drift	Øremerket	Totalt budsjett	Ordinær drift	Øremerket	Totalt budsjett
PHA	Klinikk psykisk helse og avhengighet	348 080	89 299	437 379	1 800 743	89 299	1 890 042	0	0	0
MED	Medisinsk klinikk	58 082	69 119	127 201	1 131 551	69 119	1 200 670	28 384	0	28 384
HHA	Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	56 648	13 700	70 348	733 411	13 700	747 111	19 308	0	19 308
NVR	Nevroklubben	274 532	38 411	312 943	845 955	38 411	884 366	25 750	0	25 750
OPK	Ortopedisk klinikk	76 269	21 795	98 064	588 926	21 795	610 721	23 029	0	23 029
BAR	Barne- og ungdomsklinikken	147 841	149 277	297 118	918 273	149 277	1 067 550	16 038	0	16 038
KVI	Kvinneklinikken	39 688	32 487	72 175	565 276	32 487	597 763	20 691	0	20 691
KIT	Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmed.og transplanta	46 347	55 136	101 483	973 604	55 136	1 028 740	38 727	0	38 727
KRE	Kreftklinikken	125 141	295 321	420 462	1 343 413	295 321	1 638 734	31 819	0	31 819
HLK	Hjerte-, lunge- og karklinikken	15 967	60 000	75 967	1 092 897	60 000	1 152 897	34 901	0	34 901
AKU	Akuttklubben	11 437	61 000	72 437	1 671 144	61 000	1 732 144	1 530	0	1 530
PRE	Prehospital klinikk	130 849	11 028	141 877	960 894	11 028	971 922	0	0	0
KLM	Klinikk for laboratoriemedisin	1 004 673	544 748	1 549 421	1 224 303	544 748	1 769 051	205	0	205
KRN	Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	216 255	16 464	232 719	762 448	16 464	778 912	0	0	0
OSS	Oslo sykehuservice 3)	280 301	42 820	323 121	2 120 614	42 820	2 163 434	0	0	0
DST-1	Staben - Ordinær drift	22 524	240 496	263 020	299 029	240 496	539 525	0	0	0
DST-2	Staben - IKT	22 500	5 085	27 585	1 206 417	5 085	1 211 502	0	0	0
KRG	Kreftregisteret	0	205 404	205 404	0	205 404	205 404	0	0	0
FPO-1	Fellesposter u/finans 4) 5)	19 295 298	0	19 295 298	3 782 713	0	3 782 713	0	0	0
FPO-2	Fellesposter, biol.legem, "slag-org", pol.kons.sa	0	0	0	0	0	0	5 495	0	5 495
Sum Klinikker mv		22 172 432	1 951 590	24 124 022	22 021 611	1 951 590	23 973 201	245 877	0	245 877

Noter:

- Budsjettene er basert på eksisterende organisasjonsstruktur. Endringer i denne vil medføre endringer i klinikkens budsjetter.
- Antall DRG-poeng og den klinikkvise fordelingen av DRG-poeng vil kunne bli endret som følge av endringer i intern fordeling, nye DRG-vekter / ny grupper mv.
- Finansiell leie, som i tabell 4 er en finanskostnad, ligger inne i OSS's utgiftsramme med 24,8 mill.kr. Totalt utgiftsbudsjett er derfor i denne tabellen 24,8 mill.kr høyere enn Sum driftskostnader i tabell 4.
- Inntektene på Fellesposter er i hovedsak Basisramme og DRG-inntekter.
- Utgiftene på Fellesposter er i hovedsak avsetning til lønnsoppgjør, pensjon, overlegepermisjoner, pasientadministrerte legemidler (H-resept), gjestepasienter, avskrivninger og risikoavsetning mv. Avsetningene til lønnsoppgjør og pensjon vil bli fordelt på klinikkene utover i 2019 gjennom interne budsjettrevisjoner.

TABELL 6 - Bemanning (årsverk)

Klinikk		Brutto årsverk 2018		Brutto årsverk 2019 1) 2)		
		Budsjett 2018	Estimat 2018	Øremerkede midler	Ordinær drift	Budsjett 2019
PHA	Klinikk psykisk helse og avhengighet	2 348	2 335	59	2 240	2 299
MED	Medisinsk klinikk	1 331	1 352	54	1 288	1 342
HHA	Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	767	791	13	771	784
NVR	Nevroklippen	895	956	38	898	936
OPK	Ortopedisk klinikk	611	621	14	600	614
BAR	Barn- og ungdomsklinikken	1 063	1 089	123	995	1 118
KVI	Kvinneklippen	690	699	30	666	697
KIT	Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	1 036	1 070	54	998	1 052
KRE	Kreftklippen	1 734	1 687	281	1 388	1 669
HLK	Hjerte-, lunge- og karklinikken	891	911	42	889	931
AKU	Akuttklippen	1 848	1 857	39	1 821	1 860
PRE	Prehospital klinikk	811	807	9	873	882
KLM	Klinikk for laboratoriemedisin	1 781	1 746	425	1 359	1 784
KRN	Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	811	813	15	802	817
OSS	Oslo sykehuservice	1 902	1 919	50	1 880	1 930
DST	Staben - Ordinær drift	210	227	48	167	215
DST-2	Staben - IKT	57	49	4	57	61
KRG	Kreftregisteret	159	159	178	0	178
FPO	Fellesposter (ufordelt)	0	0	0	100	100
OUS Totalt		18 945	19 089	1 476	17 793	19 268

Noter:

- 1) Brutto månedsverk, inkl eksternt finansierte
- 2) Tabellen over er ikke direkte sammenlignbar med klinikkvise tabeller i budsjettdokumentets punkt 6 fordi denne tabellen også inneholder årsverk knyttet til øremerkede midler

TABELL 7 - Investeringsbudsjett

Investeringer (ekskl. byggelånsrenter)		Budsjett 2018	Estimat 2018 (inkludert overheng og forskudd)	Budsjett 2019
(Beløp i millioner kroner)				
Ordinære investeringer	MTU	378	507	442
	Bygg	193	225	422
	Annet	58	58	80
	Egenkapital pensjon	55	56	65
	IKT ¹⁾	36	41	49
	Ufordelt			20
	SUM	720	887	1 079
Fase 1 Omstilling	MTU		20	
	Bygg	66	84	23
	Annet			
	SUM	66	104	23
Fase 2 Tilsynsavvik og oppgraderinger	MTU			
	Bygg	420	180	249
	Annet			
	SUM	420	180	249
TOTALT	MTU	388	554	442
	Bygg	684	490	694
	Annet	58	58	80
	Egenkapital pensjon	55	56	65
	IKT ¹⁾	36	41	49
	Ufordelt	0	0	20
	SUM	1 221	1 199	1 351
Finansiert med	Ordinær likviditet	326	326	338
	Driftsresultat	178	193	374
	Fordring på HSØ RHF	7	7	0
	Lån	346	230	197
	Øremerkede tilskudd	15	19	0
	Finansiell leie	313	392	403
	Annen finansiering	36	31	38
	SUM	1 221	1 199	1 351

1) Investeringer i IKT regnskapsføres i Sykehuspartners regnskap.



KLINIKKWISE TEKSTDOKUMENTER

Vedlegg 2 til Styresak 81/2018

Innholdsfortegnelse

Klinikk psykisk helse og avhengighet (PHA)	4
1. Oppsummering.....	4
2. Klinikkens økonomiske utfordringsbilde 2019.....	4
3. Status for utarbeidelse av tiltak.....	5
4. Risikovurdering.....	7
5. Prosess og medvirkning	7
Medisinsk klinikk (MED)	9
1. Oppsummering.....	9
2. Klinikkens økonomiske utfordringsbilde 2019.....	9
3. Tiltak som er innarbeidet i budsjett 2019	11
4. Risikovurdering.....	12
5. Prosess og medvirkning	13
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi (HHA)	14
1. Oppsummering.....	14
2. Klinikkens økonomiske utfordringsbilde 2019.....	14
3. Status for utarbeidelse av tiltak.....	15
4. Risikovurdering.....	15
5. Prosess og medvirkning	16
Nevroklinikken (NVR).....	17
1. Oppsummering.....	17
2. Klinikkens økonomiske utfordringsbilde 2019.....	17
3. Status for utarbeidelse av tiltak.....	18
4. Risikovurdering.....	20
5. Prosess og medvirkning	21
Ortopedisk klinikk (OPK)	22
1. Oppsummering.....	22
2. Klinikkens økonomiske utfordringsbilde 2019.....	22
3. Status for utarbeidelse av tiltak.....	23
4. Risikovurdering.....	24
5. Prosess og medvirkning	27
Barne- og ungdomsklinikken (BAR)	29
1. Oppsummering.....	29
2. Klinikkens økonomiske utfordringsbilde 2019.....	30
3. Status for utarbeidelse av tiltak.....	32
4. Risikovurdering.....	33
5. Prosess og medvirkning	34
Kvinneklinikken (KVI)	35
1. Oppsummering.....	35
2. Klinikkens økonomiske utfordringsbilde 2019.....	35
3. Status for utarbeidelse av tiltak.....	36
4. Risikovurdering.....	37
5. Prosess og medvirkning	37
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon (KIT)	38
1. Oppsummering.....	38
2. Klinikkens økonomiske utfordringsbilde 2019.....	38
3. Status for utarbeidelse av tiltak.....	39
4. Risikovurdering.....	39
5. Prosess og medvirkning	40
Kreftklinikken (KRE).....	41
1. Oppsummering.....	41

2.	Klinikkens økonomiske utfordringsbilde 2019.....	41
3.	Status for utarbeidelse av tiltak.....	41
4.	Risikovurdering.....	43
5.	Prosess og medvirkning	45
	Hjerte-, lunge- og karklinikken (HLK)	46
1.	Oppsummering.....	46
2.	Klinikkens økonomiske utfordringsbilde 2019.....	46
3.	Status for utarbeidelse av tiltak.....	47
4.	Risikovurdering.....	47
5.	Prosess og medvirkning	48
	Akuttklinikken (AKU)	49
1.	Oppsummering.....	49
2.	Klinikkens økonomiske utfordringsbilde 2019.....	49
3.	Status for utarbeidelse av tiltak.....	50
4.	Risikovurdering.....	52
5.	Prosess og medvirkning	54
	Prehospital klinikk (PRE).....	55
1.	Oppsummering.....	55
2.	Klinikkens økonomiske utfordringsbilde 2019.....	55
3.	Status for utarbeidelse av tiltak.....	56
4.	Risikovurdering.....	57
5.	Prosess og medvirkning	58
	Klinikk for laboratoriemedisin (KLM)	59
1.	Oppsummering.....	59
2.	Klinikkens økonomiske utfordringsbilde 2019.....	59
3.	Status for utarbeidelse av tiltak.....	60
4.	Risikovurdering.....	61
5.	Prosess og medvirkning	62
	Klinikk for radiologi og nukleærmedisin (KRN).....	63
1.	Oppsummering.....	63
2.	Klinikkens økonomiske utfordringsbilde 2019.....	64
3.	Status for utarbeidelse av tiltak.....	64
4.	Risikovurdering.....	64
5.	Prosess og medvirkning	65
	Oslo sykehusservice (OSS)	66
1.	Oppsummering.....	66
2.	Klinikkens økonomiske utfordringsbilde 2019.....	66
3.	Status for utarbeidelse av tiltak.....	66
4.	Risikovurdering.....	67
5.	Prosess og medvirkning	67

Klinikk psykisk helse og avhengighet (PHA)

1. Oppsummering

Klinikken har et totalbudsjett på 2,1 mrd. kr. Det akkumulerte resultatet ved utgangen av oktober 2018 er et negativt budsjettavvik med 12,1 mill. kr. Klinikken har estimert et negativt årsresultat 2018 på 20,0 mill. kr., dette avviket utgjør ca. 1 % av klinikkens totalbudsjett. Det økonomiske utfordringsbildet for 2019 er høyere; anslått til ca. 34 mill. kr

91,4 % av klinikkens driftskostnader i budsjett 2018, er personalkostnader og en stor del av utfordringsbildet ligger derfor her. Avviket på personalkostnader skyldes hovedsakelig økt bruk av overtid og ekstrahjelp.

Klinikkens budsjettleveranse baseres på kostnadsrammen tildelt 28.11.18. Produktivitetskravet til klinikken er på 2,5 %, tilsvarende ca. 42 mill. kr. Det er tildelt midler opp mot forventet aktivitetsvekst fra 2018 til 2019 med 20 mill. kr. og midler opp mot prioriteringsregelen med 25 mill. kr., samt 10 mill. kr. til økning av poliklinisk kapasitet innenfor VOP (DPS).

Klinikken har budsjettert en aktivitetsvekst på minimum 2 % for alle fagområder.

Klinikken har budsjettert med en netto nedgang på 31 årsverk fra estimat 2018 til budsjett 2019. Dette skyldes først og fremst at klinikken vil dreie ressursbruken fra variabel lønn til faste årsverk samt nettoeffekt av kostnadsreducerende tiltak og ny finansiering. Hovedutfordringen for klinikken i 2019 er å redusere bruken av variabel lønn som genererer variable årsverk.

Klinikkens økonomiske utfordringer fortsetter i 2019. Avdelingene har foreslått gjennomførbare kostnadsreducerende tiltak på ca. 17 mill. kr. av utfordringsbildet på ca. 34 mill. kr. Disse tiltakene er vurdert på en risiko, inkludert en gjennomføringsrisiko, på gult og grønt. Det ikke er funnet kostnadsreducerende tiltak til å dekke ca. 17 mill. kr. og ligger i budsjettleveransen som et usaldert kostnadsreducerende tiltak.

2. Klinikken økonomiske utfordringsbilde 2019

Klinikken har budsjettert en aktivitetsvekst på minimum 2 % for alle tre fagområder. Administrerende direktør har satt et produktivitetskrav for klinikken på 2,5 %.

Produktivitetskravet beregnes ut fra budsjettert kostnadsramme for 2018 fratrukket budsjetterte pensjonskostnader og kostnader til forskning.

Ordningen med kommunenes betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter utvides fra 2019 til også å gjelde utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og TSB. Basisrammen er som en følge av dette redusert med 15,6 mill. kr. Det legges til grunn at dette er en

budsjettnøytral endring. Reduksjon i basisrammen skal oppveies av økte inntekter fra kommunene. Betalingsplikten vil fra 2019 følge pasientens oppholdskommune, også for somatiske pasienter, hvor betalingsplikten fram til nå har fulgt pasientens folkeregistrert kommune. Det er folkeregistrert kommune som registreres i de pasientadministrative systemene i dag.

Innsatsstyrt finansiering (ISF) for poliklinisk virksomhet endres i 2019. Basisrammen reduseres med 12,1 mill. kr. på grunn av en økning i enhetsprisen ISF fra kr 2 354 til kr 2 743. Endringen forutsettes å være budsjettnøytral.

Administrerende direktør har tildelt 5 mill. kr. til styrking av psykosomatisk enhet.

Klinikken innfører pakkeforløp for alle tre fagområdene, rus- og avhengighetsbehandling, barne-, ungdoms- og voksenpsykiatri, fra 1. januar 2019. Pakkeforløpene stiller krav til en ytterligere strukturert og enhetlig kvalitet i pasientbehandlingen. Koding og registrering endres til DIPS Arena, som innebærer akkumulering av data fra første registreringsdag av pasientforløpene. Dette vil medføre økt ressursbehov. Oslo universitetssykehus HF har bevilget 3,0 mill. kr. til dette.

Klinikken har fått tildelt ny finansiering til Nasjonale og regionale funksjoner:

Seksjon	Mill kr	Kommentar
Regional seksjon psykiatri, utviklingshemming/autisme (PUA)	6,0	Halvt års effekt på økt kapasitet på fire behandlingsplasser
Regional seksjon psykiatri, utviklingshemming/autisme (PUA)	2,2	Ny Nasjonal kompetansetjeneste. Finansiert utenfor ordinær drift
Regional sikkerhetsseksjon og ungdomsenheten Øst i Eidsvoll fengsel	1,0	Utvidelse med en ny psykologstilling

Det økonomiske utfordringsbildet til klinikken er i det vesentlige knyttet til personalkostnader. Dette skyldes hovedsakelig merforbruk av overtid og ekstrahjelp. Klinikken har god kontroll på faste årsverk og forsterker arbeidet med å få redusert variable årsverk.

3. Status for utarbeidelse av tiltak

Klinikken ønsker å se det økonomiske utfordringsbildet i sammenheng med øvrige fokusområder i klinikken; deriblant faglige- og ledelsesmessige fokusområder samt HMS og pasientsikkerhet. Klinikken understreker viktigheten av involvering fra Brukerråd, tillitsvalgte, vernetjeneste, lederlinjen og øvrige medarbeidere.

Formålet med de klinikkvise forbedringsprogrammene er gjennom fokus på fag, ledelse og optimalisering av driften i klinikken å drive klinikken i økonomisk balanse.

Følgende to mål skal settes for de klinikkvise forbedringsprogrammene:

1. Klinikken skal gjennomføre tiltak fra det sykehusovergripende programmet «Forbedring av driften i Oslo universitetssykehus HF 2017-20»
2. Klinikken skal initiere og beslutte gjennomføring av egne klinikkspesifikke forbedringsprosjekter

De viktigste områdene i klinikkens forbedringsprogram:

- Bedre pasientforløp
- Bedre gjennomføring av poliklinisk drift
- Reduksjon i personalkostnader
- Daglig risikostyring – «Det grønne korset».
- Begrense medikamentkostnadene
- Bedre innkrevningsrutiner
- Redusere innkjøpsutgiftene
- Lederopplæring og lederutvikling

a. Tiltak som er innarbeidet i budsjett 2019

Klinikken har innarbeidet kostnadsreducerende tiltak for gjennomføring av tiltak med en effekt på 16,6 mill. kr., tilsvarende en reduksjon på 16,3 årsverk. Det gjenstår for klinikken å finne kostnadsreducerende tiltak for å levere et totalt kostnadsbudsjett i henhold til tildelt kostnadsramme. Dette er inkludert i budsjettet som et usaldert tiltak på 17,1 mill. kr.

Klinikkens utfordringsbilde knyttes til avdelingene Avdeling Psykisk helsevern døgnbehandling, Avdeling Akuttpsykiatri og Barne- og ungdomspsykiatriske avdeling. Det planlegges flere tiltak for å redusere kostnader på ulike områder, se i punktet ovenfor. Kort beskrivelse av avdelingene:

Nydalen DPS har et utfordringsbilde knyttet til døgnsesjonen på 7,4 mill. kr. og poliklinikk på 1,5 mill. kr. Avdelingen har mottatt bekymringsmeldinger for sin, til tider, lave bemanning i sin døgndrift. Klinikken har vurdert den samlede bemanningssituasjonen i døgndriften og har økt rammen med 7,4 mill. kr. for å dekke opp med nødvendig bemanning for å drifte forsvarlig.

Avdelingen har over tid hatt den høyeste økningen i antall henvisninger ved klinikken, samtidig som avdelingen har holdt avvisningsraten på et akseptabelt lavt nivå. Klinikken har også økt rammen med 8,7 mill. kr. for å møte det økte volum av henviste pasienter til poliklinikkene.

Søndre Oslo DPS har gjennomførbare kostnadsreducerende tiltak på 2,0 mill. kr. Klinikken har økt rammen med 2,8 mill. kr. for å møte det økte volum av henviste pasienter til poliklinikkene.

Avdeling Psykisk helsevern døgnbehandling har en økonomisk utfordring inn i budsjett 2019 med ca. 7,5 mill. kr. og får et krav om å gjennomføre kostnadsreducerende tiltak på 5,0 mill.

kr. Dette gjøres ved å redusere bemanningen ved døgnenheten i seksjon for alderspsykiatri med tre årsverk for sykepleiere / hjelpepleiere og med ett årsverk på høyskoleutdannede på poliklinikk. Avdelingen har en restutfordring på 2,5 mill. kr.

Avdeling Akuttpsykiatri har et estimert merforbruk for inneværende år på ca. 16 mill. kr. Det er foreslått gjennomførbare kostnadsreduserende tiltak 7,5 mill. kr.. Avdelingen sitter igjen med et usaldert tiltak på ca 8,8 mill. kr. Det er klinikkleders målsetting å gjennomføre ytterligere kostnadsreduserende tiltak for å dekke dette.

Barne- og ungdomspsykiatriske avdeling har en restutfordring på 3 mill. kr. Klinikkleder har bedt avdelingsleder om å løse utfordringen innenfor egen ramme, med organisasjonsmessige endringer der pasienten og deres familier får et bedre tilrettelagt tilbud for flere. Dette er gjennomførbart og vurdert på risiko grønn og gul.

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling har levert et budsjett i balanse. Avdelingsleder er senere pålagt å gjøre tilpasninger for å frigjøre 2,1 mill. kr. Det er klinikkleders vurdering at dette kan gjennomføres innenfor tildelt kostnadsramme.

Avdeling Forskning og utvikling har levert budsjett i balanse. Opprettelsen av ny seksjon for RusForskning, som har et behov for kostnadsdekning på 2,3 mill. kr., er senere lagt til avdelingen og finansieres fra klinikk.

Avdeling Nasjonale og regionale funksjoner er tildelt ny finansiering fra Helse Sør-Øst RHF, se ovenfor og tilpasser sin virksomhet med en effektiv drift opp mot tildelt kostnadsramme.

4. Risikovurdering

Klinikkens økonomiske utfordring fortsetter i 2019. Avdelingene har foreslått gjennomførbare kostnadsreduserende tiltak på ca. 17 mill. kr. av utfordringsbildet på ca. 34 mill. kr. Disse tiltakene er vurdert i en risikomatrix, inkludert en gjennomføringsrisiko, på gult og grønt. Det ikke er funnet kostnadsreduserende tiltak til å dekke ca. 17 mill. kr. og ligger i budsjettleveransen som et usaldert tiltak. Klinikken arbeider videre med andre kostnadsreduserende tiltak som kan gjennomføres i 2019.

Den mest uttalte risiko er at konsekvensene av tiltakene kan være uheldige i pasientbehandlingen eller at tiltakene vil innebære reduserte tilbud til pasientene. Ledighold av stillinger har vært et hyppig kostnadsreduserende tiltak. Det vil medføre lavere behandlingsaktivitet, lengre ventetid, fare for fristbrudd, økt arbeidsbelastning, uønskede effekter på arbeidsmiljøet og reduserte polikliniske inntekter.

5. Prosess og medvirkning

Klinikken har videreført krav i Oslo universitetssykehus HF Budsjettskriv nr. 1 - 2019 inn i klinikkens budsjettskriv 2019 fra august 2018.

Klinikkens avdelinger har levert budsjett, inkludert en redegjørelse fra hver avdeling på involvering av tillitsvalgte og vernetjeneste utover i linjen. Klinikken har løpende informert klinikkens tillitsvalgte og vernetjeneste om status i arbeidet. Klinikken har gjennomført drøfting på klinikknivå. Det vises til egne ettersendte merknader fra klinikktilitsvalgte og klinikkens vernetjeneste.

Drøftingsmøtet er gjennomført 19. november 2018. Det vises til oversendt protokoll og merknader fra tillitsvalgte og vernetjenesten.

Medisinsk klinikk (MED)

1. Oppsummering

Medisinsk klinikk vurderer sitt utfordringsbilde til å være ca. 32 mill. kr. Dette fremkommer av 2,5 % effektiviseringskrav som tilsvarer 27 mill. kr., skjønnsmessig tildeling på 9 mill. kr., 17 mill. kr. i prognose pr. oktober og 3 mill. kr. i sikre økte kostnader for 2019.

13 mill. kr. av dette skal løses ved å øke aktivitet uten økt ressursbruk. Den økte aktiviteten vil, med samme liggetid som i dag, føre at belegg går fra 93 % til 96 %. For at belegg skal være uendret må hver 9'ende pasient skrives ut en dag tidligere. Medisinsk klinikk har en stor andel ø-hjelp.

15 mill. kr. løses ved kostnadsreduserende tiltak på vare- og lønnskostnader. Gjenværende utfordringsbilde mot prognose 2018 blir da ca. 4 mill. kr.

Utfordring inngang 2019

A	Kostnadsramme JIT-fil mai 2018:	1 257 664	
B	PRODUKTIVITETSKRAV 2,5% AV KORRIGERT UTGIFTSRAMME:	-26 467	
C	PRIORITERING OG SKJØNN (12.11.2019) FORDELT IHT. SNITT UTFORDRING SOMATIKK:	8 779	
D	Prognose / fart 2018 basert på prognose oktober:	-17 500	
E	Kjente økninger i kostnader 2019:	2 800	
F = SUM(B til E)	Total utfordring i budsjett 2019:	-32 388	2,6 %

Tiltak og restutfordring

H	Økt aktivitet (+1,8%) uten økt bemanning (509 DRG a 25.000,-) :	12 725	1,8 %
I	Kostnadsreduserende tiltak (justert for risiko):	15 412	1,2 %
J = G - (H + I)	Restutfordring i Medisinsk klinikk:	-4 251	0,3 %
	Krav til produktivitetsendring som målt i produktivitesanalyser:		3,4 %

2. Klinikkenes økonomiske utfordringsbilde 2019

a. Utfordringer 2018 som påvirker 2019

Tracheostomier (11,5 mill. kr.)

Hovedutfordringen for Medisinsk klinikk i 2018 er endring i behandling bort fra Tracheostomi som gir en uforholdsmessig høy DRG sats. For Medisinsk klinikk har dette betydd et prognostisert bortfall på 457 DRG-poeng, tilsvarende 11,5 mill. kr. i inntekter. Utfordring er inkludert i tabell over og fremkommer i prognose (D).

Styrket vaktlag Hjertemedisinsk avdeling (5 mill. kr.)

Ved hjertemedisinsk avdeling har vaktlag blitt styrket med 5 LIS for å imøtekomme tilsynssak. Denne satsningen imøtekommer krav i hjertekompetanse 24/7 i vaktlag. Tildeling er allerede vedtatt og utfordring knyttet til dette er derfor ikke hensyntatt i tabell over.

b. De tre viktigste nye utfordringene i 2019

LIS 2 – 3

Innføring av ny utdanningsplan for LIS vil med stor sannsynlighet føre til behov for ekstra ressurser i Medisinsk klinikk. Det arbeides iherdig med å få til god og ressurseffektiv håndtering av endret plan, men omfanget av endringer vil for en så stor utdanningsinstitusjon som Medisinsk klinikk være krevende. På nåværende tidspunkt har vi ikke klart å beregne hva dette vil innebære. Effekten blir også dempet ved at det er relativt få som vil gå inn i ny ordning 2019. Slik vil vi få en gradvis opptrapping av innføringen som vil hjelpe oss med å finne gode løsninger på sikt. Effekten er ikke innarbeidet i tabell over eller i budsjett 2019 for Medisinsk klinikk. Signaler om begrensning i mulighet for å gå i gammel ordning vil trolig øke andelen som velger ny ordning og dermed øke utfordringen knyttet til dette.

Økt varekost på PM/ICD som følge av endring i HINAS-avtale (2,8 mill. kr.)

Basert på utstyr og innleiekostnader for alle programmerere iht ny Hinas avtale og en 11 % kostnadsøkning for medikamenter, vil det til sammen utgjøre en økning i kostnader på ca. 2,8 mill. kr. for Hjertemedisinsk avdeling. Dette er en kostnad vi vet kommer og er derfor synliggjort i tabell over (E).

Overføring av seksjon for slag til NVR og endret forløp for slagpasienter i Oslo

Styrking av slag vil påvirke Medisinsk klinikk på flere måter. Økonomisk kan det oppsummeres i to hovedendringer:

- Overføring av seksjon for Slag til NVR vil føre til en redusert kapasitet på ca. 3 senger for pasienter som i dag er behandlet i Slagenheten som etter overføring vil være igjen i MED. Gitt at rammeoverføring følger aktivitet vil ramme for disse 3 sengene ikke overføres til NVR slik at det i prinsippet ikke vil bli en økonomisk utfordring for MED. Det vil bli en utfordring for NVR siden det overføres fysisk areal og bemanning som tilsvarer en større kostnad enn ramme overført. Denne effekten har en verdi på ca. 4,4 mill. kr.
- Endret pasientflyt fra Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) og Diakonhjemmet sykehus (DS) vil med stor sannsynlighet føre til økt behov for senge- og behandlingsskapasitet i Medisinsk klinikk. Årsaken til dette er at når pasienten først har kommet inn gjennom mottak på Ullevål og slag er avkreftet, kan pasient ha andre lidelser som innebærer at transport til lokalsykehus (LDS eller DS) ikke er mulig. Dette er et nivå vi i dag ikke har klart å fremskaffe tall på.

For budsjett 2019 har Medisinsk klinikk kun budsjettet dagens drift med dagens pasientstrøm.

a. Status for utarbeidelse av tiltak

Medisinsk klinikk har etablert en styringsgruppe som består av ledergruppen, klinikktillitsvalgte, klinikkverneombud og brukerrepresentant. Styringsgruppen skal ha ett møte pr. måned som sammenfaller med rapportering til administrerende direktør. Det er viktig at programmet blir gjennomført på en god måte. Av den grunn vil vi sakte fase inn nye prosjekter og ha en begrensning på maks tre prosjekter løpende samtidig.

Det er orientert om, med vedtak neste møte, prosjekt «Redusere ikke møtt til poliklinisk konsultasjon». Neste møte vil også ha orienteringer om to ny prosjekt; «Prosjekt indremedisinsk sengepost» hvor vi i samarbeid med innovasjonsavdelingen skal se på bruk av helsefagarbeidere på sengepost og «Prosjekt for implementering av retningslinje poliklinikk».

På lengre sikt har klinikken planlagt en gjennomgang av pasientlogistikk, organisering av senger og liggetid. Dette vil være et mer omfattende prosjekt som vil startes opp først når ett av de tre første er gjennomført.

3. Tiltak som er innarbeidet i budsjett 2019

Medisinsk klinikk har jobbet godt med tiltak ned på enhetsnivå. Dette har resultert i 38 tiltak av ulik størrelse. Mange av tiltakene er generisk like og vil bli bolket sammen til rapportering.

Tabellen under viser de fem største tiltakene:

Avdeling	Tiltak navn	Type tiltak	Risiko for effekt	Risiko for gjennomføring	Økonomisk effekt (mill. kr.)
Infeksjon. Avd	Etablere rutine for raskt bytte og oppfølging av biosimilære legemidler	Begrense medikamentkostnadene	M	L	13,00
Flere avd	Samlet tiltak: Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk	Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk	M	M	11,98
Gastro. Avd	Etablere rutine for raskt bytte og oppfølging av biosimilære legemidler	Begrense medikamentkostnadene	M	M	3,00
Lunge. avd	Pasientflyt og logistikk i sengepost - Etablere avansert hjemmesykehus LTMV pasienter	Klinikkvise tiltak	M	M	2,70
Flere avd	Samletiltak for bedre gjennomføring av poliklinisk drift	Tiltak for bedre gjennomføring av poliklinisk drift	M	M	2,02

Risikovurdering knyttet til alle tiltakene ser dere nedenfor, og samlet sett har tiltakene en relativ lav risikoprofil for gjennomføring og effekt.

Finansiell effekt av alle tiltak				DRG effekt av alle tiltak				Årsverks effekt av alle tiltak						
		Gjennomføringsrisiko					Gjennomføringsrisiko					Gjennomføringsrisiko		
		L	M	H			L	M	H			L	M	H
Effektrisiko	H	50 (1)	0 ()	250 (1)	Effektrisiko	H	0 (1)	0 ()	10 (1)	Effektrisiko	H	0 (1)	0 ()	0 (1)
	M	14715 (3)	14801 (12)	185 (1)		M	0 (3)	215 (12)	0 (1)		M	1 (3)	9 (12)	0 (1)
	L	4652 (13)	3967 (7)	0 ()		L	42 (13)	38 (7)	0 ()		L	3 (13)	4 (7)	0 ()

I hver firkant er det angitt et kronebeløp i tusen og antall tiltak i parentes.

Medikamentbytte Gastro medisinsk- og Infeksjonsmedisinsk avdeling (16 mill. kr.)

To avdelinger har skissert tiltak hvor effekt tilfaller sentrale poster i Oslo universitetssykehus HF. Det største av disse er innenfor HIV-medikamenter hvor det er skissert en helårseffekt på 13 mill. kr. Det er en viss usikkerhet i dette siden møte med «Legemiddelkomite og – sikkerhet» viser at faktiske kostnader til Oslo universitetssykehus HF er mindre enn de beregninger som er gjort i klinikk.

Etablering av hjemmebaserte sykehustjenester ved Lungemedisinsk avdeling (2,0 mill. kr.)

Tiltaket vil benytte eksisterende ressurser slik at pasient kan få gjennomført undersøkelse hjemme. Dette gjelder elektive pasienter som trenger langtidsmekanisk ventilasjon (LTMV) og tilbudet vil være det samme. Tiltaket vil frigjøre sengekapasitet som kan avhjelpe med Medisinsk klinikk sitt høye belegg og indirekte redusere variable kostnader og/eller øke aktivitet. Tiltakets effekt er beregnet under forutsetning av økt aktivitet.

4. Risikovurdering

Siden Medisinsk klinikk fortsatt har høyest andel deltid, gjennomsnittlig belegg på 93 % og en lite fleksibel bygningsmasse er det krevende å gjøre de store grep som skal til uten at dette har en høy risikoprofil, både for Medisinsk klinikk, men også for andre klinikker. Flyt ut av mottak er en pågående utfordring som vil bli forverret ved f.eks. en nedskalering av senger.

a. Gjennomføringsrisiko (måloppnåelse/økonomi)

Hovedtyngden av tiltak fra Medisinsk klinikk er angitt med lav eller medium risiko. Tiltakene vurderes i sin helhet som gjennomførbare, men det kan være oppdukkende hendelser som gjør enkelte tiltak mer krevende å gjennomføre enn gjeldende risikovurdering.

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. Hittil 2018 har Medisinsk klinikk et belegg på 93 %¹. Med en aktivitetsvekst på døgn tilsvarende 1,8 % for 2019 må hver 9 pasient skrives ut en dag tidligere enn i dag for å ha uendret belegg i %. Dette vurderes å være på grensen til hva som er mulig å få til pga. det høye belegget i seg selv gir et betydelig innskrenket handlingsrom.

Ved særskilt høyt belegg vil det bli utfordringer med pasient- og administrativ logistikk som kan medføre uønskede effekter som lengre liggetid. Det vil også kunne gå utover øvrig virksomhet som mottak i Akuttklinikken.

Omdømme

For liten tid til faglig utvikling, forskning, utdanning og veiledning vil på sikt medføre lavere kvalitet i pasientbehandlingen og gi redusert omdømme fra pasienter og medarbeidere. Forskning, fagutvikling og veiledning bidrar i høy grad til behandlingskvalitet og motivasjon hos medarbeiderne. Omdømme er et vesentlig virkemiddel for rekruttering til Medisinsk klinikk. En svekkelse vil kunne ha negative konsekvenser med få mottiltak.

¹ Belegg er beregnet fra Belegg klokken 7 og justert for Medisinsk intensiv, Hjertemedisinsk intensiv og Rehabilitering.

Arbeidsmiljø

Klinikken ser ingen mulighet til ytterligere nedbemanning utover innmeldte tiltak. 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. Det er fortsatt et krevende belegg som krever ekstraordinær innsats og kostnader når variasjon i belegg ofte gir presset kapasitet. I tidligere analyser er det kommet frem at Medisinsk klinikk er den klinikk med størst andel deltidsstillinger i Oslo universitetssykehus HF.

c. Tiltak for å redusere risiko

Det er et bredt spekter tiltak og dermed forskjellige typer risiko som krever egne risikoreducerende tiltak. På overordnet nivå understøttes dette med etablerte fora hvor klinikkledelsen møter ulike deler av virksomheten. Eksempler på dette er N4/N5- møtet hvor klinikkledelsen møter nivå 4 og 5 direkte eller jevnlig møter med legegruppen. Klinikks ledermøte har også etter et fast mønster deltakere for ledere for poliklinikk, sengepost og legeledere. I disse fora diskuteres oppdukkende problemstillinger også knyttet til gjennomføring av tiltak.

5. Prosess og medvirkning

Medisinsk klinikk startet budsjettprosess i juni 2018 for å få god tid til prosessen inkl. budsjettforståelse, involvering og medvirkning.

Den 13. september 2018 ble det avholdt møte med stabsledere og avdelingsledere hvor de skulle presentere sitt budsjettforslag for klinikkleder.

Den 19-20. september 2018 ble det gjennomført budsjettseminar med ledergruppen, klinikkstab, klinikktilitsvalgte, klinikkhovedverneombud og brukerrepresentant. Hovedfokus for budsjettseminaret var program for forbedring, hvor deltakerne jobbet systematisk med å finne forbedringsområder som kan hjelpe klinikken med å nå økonomisk balanse i 2019.

Tillitsvalgte og vernetjeneste har gjennom deltakelse i klinikks styringsgruppe for forbedringsprogrammet vært involvert i utarbeidelsen av de overordnede prosjektene i Medisinsk klinikk. De har også blitt informert løpende om budsjettprosessen, samt deltatt på budsjettseminar. Budsjettdokumentet ble drøftet 19. november 2018.

Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi (HHA)

1. Oppsummering

HHA har en prognose per september på et underskudd på 52 mill. kr. I tillegg har klinikken fått et effektiviseringskrav på 17 mill. kr. Det innebærer at klinikkens totale utfordring er på 69 mill. kr. før tiltak. Klinikken har levert tiltak på 18 mill. kr. I tillegg er klinikkens utgiftsramme styrket med 26 mill. kr. Det vil si at klinikkens restutfordring er på 25 mill. kr. Av dette er noe knyttet til aktivitet, men mesteparten, ca. 15 mill. kr., må løses på kostnadssiden.

For å håndtere denne kostnadsreduksjonen er klinikken nødt til å redusere årsverk, presumptivt på variable årsverk og innleie. Det må også vurderes om man kan erstatte alle vikariater som blir ledige. Spesielt vikariater som ikke er direkte knyttet opp i turnus eller vaktplan må vurderes kritisk.

2. Klinikken økonomiske utfordringsbilde 2019

Mesteparten av klinikkens utfordring er knyttet til det svake resultatet klinikken leverer i 2018. Resultatet består både av et avvik knyttet til ISF-finansiert virksomhet samt høyere kostnader enn budsjettet. På kostnadssiden er det særlig lønn, og da særlig variabel lønn det er avvik på. Dette er både knyttet til manglende effekt av tiltak samt reelt økende nivå utover i løpet av året. I tillegg hadde klinikken udefinert tiltak på lønn som man i løpet ikke har klart å finne løsning på. Dette avviket utgjør hovedvekten av kostnadsutfordringen for klinikken for 2019. I midten av oktober innviet Øyeavdelingen AMD-klinikken. Denne har vært etterlengtet i forhold til pasientbehandling av denne pasientgruppen, men ikke minst også økonomisk. Man forventer at avdelingen vil kunne øke dagkapasiteten vesentlig og dermed redusere bruk av prosjektaktivitet. Allerede nå i november ses effekt av dette tiltaket og reduksjon av variabel lønn er klinikkens viktigste enkelttiltak for neste års budsjett.

Utover dette så vil klinikken ha behov ytterligere kostnadsreduksjoner i størrelsesorden 7 mill. kr. som vi per dags dato ikke har konkrete tiltak for. Det vil være naturlig å se på områder som innleie, ferieavvikling og kritisk vurdering av alle vikariater ikke knyttet til turnus i den forbindelse. I 2019 innføres ny LIS-utdanning for LIS 2 og 3. Nye læringsmål og ikke minst økt krav til dokumentasjon av disse vil medføre økt press både på LIS-leger og overleger. Dette kommer som en stor tilleggs utfordring til allerede nevnte krav om kostnadsutt. Per nå ligger det ikke inne midler til å håndtere dette økte ressursbehovet.

På inntektssiden er det to hovedforhold som har ført til det store avviket inneværende år. For det første har klinikken fått lavere effekt av tiltak enn budsjettet. Dette skyldes at vi ikke har fått etablert ØNH-virksomhet på Aker slik klinikken forutså. I tillegg har man måttet stryke flere økter på Operasjon 3, på Rikshospitalet, som følge av mangel på operasjonssykepleiere. Det er en forutsetning for klinikkens aktivitetsbudsjett at man i 2019 får fylt øktene på Operasjon 3. I tillegg er det forutsatt at man klarer å etablere en fast-track

sløyfe på KDA som erstatning for Akervirksomheten. Utover dette forventer klinikken noe effekt ift. Klinikkenes forbedringsprogram som forhåpentligvis skal klare å løse noen hverdagsutfordringer knyttet til driften og dermed klare å få flere pasienter gjennom uten å øke ressursene.

3. Status for utarbeidelse av tiltak

b. Klinikkenes forbedringsprogram – beskriv de viktigste aktivitetene

Klinikken har i løpet av høsten besluttet å nedsette 6 arbeidsgrupper som i all hovedsak skal gå gjennom klinikkenes polikliniske og operative drift. Hver enkelt gruppe har fått tre områder de mener de er de viktigste hindre for god drift og som de prioriterer å jobbe videre med.

Det er for noen av gruppene skissert konkrete tiltaksmuligheter. Noen av disse vil kunne gi relativt raskt effekt, mens andre må det jobbes med og kan ikke forvente effekt før senere.

b. Tiltak som er innarbeidet i budsjett 2019

Tiltak navn	Type tiltak	Når effekt av tiltak	Budsjettert øk. effekt
Redusere variabel lønn AMD	Reduksjon i bemanningskostnader og	Nye tiltak 2019 - varig effekt	-9 000
Øke andel Avastin	Begrense medikamentkostnadene	Nye tiltak 2019 - varig effekt	-3 000
Fordele arbeidsoppgaver bedre inn mot drift	Reduksjon i bemanningskostnader og	Nye tiltak 2019 - varig effekt	-1 000
Øke inntekter via bedre innkrevningsrutiner	Bedre innkrevningsrutiner	Nye tiltak 2019 - varig effekt	-500
Øke aktivitet som en del av klinikkenes forbedringsprogram	Effektivisering av operasjonsdriften	Nye tiltak 2019 - varig effekt	-5 000

4. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko (måloppnåelse/økonomi)

Det største enkelttiltaket går på redusert variabel lønn ifm AMD-klinikk. Dette har vi god tro på at vi vil få til nå som vi har etablert egen AMD-klinikk. Det er fortsatt noe som mangler på MTU-siden ift en optimal drift, men vi ser allerede i oktober at vi har klart å øke dagkapasiteten en god del og forventer dermed at vi skal klare å innfri dette tiltaket. I forhold til medikamenttiltaket på Øye er det en klar forventning om at man skal klare å redusere Lucentisforbruket.

Målet om Avastin er ambisiøst og det er en risiko for at man ikke når hele den forutsatte effekten. Effekten av tiltaket rundt innleie vil avhenge av tilgjengeligheten av og muligheten for å skaffe operasjonssykepleiere. Det innebærer at det er en risiko for at man ikke når full

tiltaksoppnåelse her. Tiltaket rundt innkrevingsrutiner er vurdert til å ha lav risiko knyttet til tiltaksoppnåelsen.

Det siste tiltaket knytte til forbedringsprogrammet er egentlig et samletiltak som inneholder mange mindre tiltak. Derfor innebærer at det er en risiko for at man ikke oppnår full tiltaksoppnåelse, men det er også en mulighet for at dette tiltaket kan gi enda større avkastning enn det som er beregnet her dersom man kommer opp med gode tiltak for forbedret drift.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Disse tiltakene isolert sett er ikke forventet å gi noe risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø. AMD-gruppen har lenge medført til et stort arbeidspress på Øyeavdelingen og større kapasitet på dagtid og dermed redusert behov for arbeid kveld og helg vil utelukkende være positivt.

c. Tiltak for å redusere risiko

Ytterligere tiltak er ikke identifisert på nåværende tidspunkt. Tett oppfølging av disse tiltakene vil derfor være viktig. Det følges opp både i styringsgruppen for klinikkvise forbedringsprogram samt respektivt med aktuelle avdelinger.

5. Prosess og medvirkning

Klinikken har informert i TV-møte rundt budsjettutfordringer og krav i løpet av høsten og har drøftet budsjettet med tilhørende tiltak 21. november 2018.

Nevroklinikken (NVR)

1. Oppsummering

Nevroklinikken har per oktober økt antall dagopphold med 13 %, antall polikliniske konsultasjoner med 4 %, antall kurdøgn på SSE har økt med 3 % og uendret nivå på antall døgnopphold og operasjoner sammenliknet med samme periode i fjor. Klinikken har en aktivitetsvekst korrigert for nedgang i antall tracheostomier på 1 %. Klinikken har per oktober et underskudd på 34 mill. kr., og estimert resultat for 2018 er -43 mill. kr.

Klinikkens krav til effektivisering i 2019 består av det generelle forbedringskrav på 2,5 %, deler av årets underskudd på kostnadssiden, samt forventede kostnadsøkninger i 2019 som må løses innenfor tildelte rammer. Klinikken planlegger en aktivitetsvekst på 0,2 % med dagens ressurser. Dette tiltaket har en økonomisk verdi på 2 mill. kr. Krav til kostnadsreduserende tiltak estimeres til 40 mill. kr.. Klinikken har p.t identifisert kostnadsreduserende tiltak i størrelsesorden 15 mill. kr. Det er behov for ytterligere kostnadsreduserende tiltak for om lag 25 mill. kr. Det arbeides kontinuerlig med å identifisere ytterligere tiltaksområder for å møte utfordringen.

2. Klinikken økonomiske utfordringsbilde 2019

Klinikkens kostnadsramme for 2019 er om lag 35 mill. kr. lavere enn estimert forbruk i 2018. I tillegg er det usikkerhet knyttet til noen forhold i 2019 som kan øke utfordringen med størrelsesorden 5 mill. kr. Dette må løses innenfor tildelte rammer. Krav til kostnadsreduksjon i 2019 er estimert til om lag 40 mill. kr.

Det forutsettes at klinikken blir tilført økt ramme tilsvarende estimerte kostnader til etablering av «Én dør inn», for Oslos slagpasienter.

Det er knyttet usikkerhet til følgende nye forhold som kan øke klinikkens utfordring ytterligere med 5 mill. kr.:

- Klinikken har hatt en økning på 90 % i antall trombektomier etter at Beslutningsforum kom med nye retningslinjer i 2017. For 2019 forventes en ytterligere økning innen denne pasientgruppen. Dette krever kapasitet på nevrologisk sengepost på RH, både hos leger og sykepleiere, samt anesthesi- og radiologiske ressurser.
- Endring i medikamentutgifter innen MS. NVR ser at forekomsten og behandlingsmuligheter for pasienter med MS er økende. Klinikken har en økning på medikamentkostnader innen MS på ca. 15 % fra 2017 til 2018. NVR etablerer derfor protokoll for å gjøre et observasjonsstudium av rituximab mot annen høyeffektiv behandling med oppstart 2019.
- Manglende konkurrenter til enkelte implantat typer innen Nevrokirurgi gjør at leverandør dikterer prisen på utstyr. Sykehuset har gjennom mange år forsøkt å

inngå avtale med leverandører uten å lykkes. Klinikken ser derfor en stadig økning i pris på disse produktene.

- EEG vakt og økte UTA kostnader for leger på SSE.
- Endring i utdanning av legespesialister. Det vil medføre engangskostnader i 2019 i forbindelse med arbeid med innføring av ordningen. Endringen vil innebære høyere tilstedeværelse for LIS på dagtid, noe som vil øke både kostnadsnivået og ha påvirkning på aktivitetsnivået.

Forbedringskravet er i hovedsak fordelt til avdelingene basert på samme prinsipper som rammen til klinikken. Alle avdelinger er bedt om et forbedringskrav på 2,5 % fra 2018 kostnadsramme og i tillegg bære underskuddet fra 2018. Tabellen under viser krav til forbedring på avdelingsnivå.

STED	Aktivitetsvekst i %	Krav til kost.reduksjon i %
Nevrologi	0,2 %	-6,9 %
Fysikalsk medisin og rehabilitering	2,0 %	-3,6 %
Nevrokirurgi	0,0 %	-5,7 %
NBTS	0,0 %	-4,0 %
FOU	0,0 %	0,0 %
Stab	0,0 %	-3,8 %
Nevrohabilitering	5,5 %	0,0 %
Spesialsykehuset for epilepsi(SSE)	0,0 %	-2,2 %
Nevroklinikk	0,2 %	4,8 %

3. Status for utarbeidelse av tiltak

Klinikken har valgt å fokusere på tre hovedområder for å løse budsjettutfordringen i 2019:

- Øke aktivitet uten å øke bemanning. Klinikken vurderer at det er mulig å øke DRG-aktiviteten med 0,2 % fra 2018- nivå. 75 % av DRG i klinikken er innen Nevrokirurgi (NKI). Avdelingen melder om uendret aktivitetsnivå til neste år, noe som vil påvirke klinikkens aktivitetsvekst målt i DRG. Innen poliklinikk er det 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. Samtidig vil endringer i omsorgsnivåer (Døgn->Dag->Polk) påvirke DRG negativt. Døgn til dag gir en reduksjon på 85 % og dag til poliklinikk gir en reduksjon på 50 % per opphold. Aktivitetsøkning bidrar til å løse klinikkens utfordring med 2 mill. kr.
- Redusere kostnadsnivået gjennom klinikkens program for forbedret drift
- Andre mindre tiltak som øker klinikkens inntaksgrunnlag og reduserer utgifter.

a. Klinikkens forbedringsprogram – beskriv de viktigste aktivitetene

Klinikkens utvikling etter etablering 01.01.2016 er analysert og vurdert, videre er analyser og utviklingstrekk av dagens drift, utviklingsplan 2035, konseptfasearbeid 2017 og

hjernehelseterapien (2017) lagt til grunn for de områder ledergruppen og tillitsvalgte har definert for klinikkens forbedringsprogram: *En Nevroklinikk for morgendagens behov*. Gjennom fire utvalgte områder skal klinikken sikre at pasientene blir behandlet på riktig behandlingsnivå, med tilpasset kompetanse og ved hensiktsmessig organisering og drift. En godt organisert og ledet drift med tilpasset kompetanse skal sikre pasientene god kvalitet i behandlingen. Klinikkleder er eier og leder av forbedringsprogrammet, og styringsgruppe er etablert bestående av avdelingsledere, tillitsvalgte, vernetjeneste og brukerrepresentant. Prosjektkoordinator, klinikkens økonomileder og HR-leder danner sekretariatet, som følger opp gjennomføringen av prosjektene.

Forbedringsområder på kort sikt – budsjett 2019

Klinikken skal gjennomføre de fire områdene som er identifisert i forbedringsprogrammet:

- **Slag.** Implementering av «Én dør inn» for alle slagpasienter i Oslo område.
- **Dimensjonering.** Sikre at alle pasienter blir behandlet på korrekt omsorgsnivå, med riktig dimensjonert kapasitet for morgendagens behov. Tiltak klinikken arbeider med er:
 - Koordinere sengeareal på RH mellom NEV og NKI.
 - Etablere felles Nevro dag og poliklinikk på RH. Det vil gi mulighet for å flytte deler av pasientforløpene fra døgn til dag og poliklinikk.
 - Gjennomgang av tjenesteplan for leger.
 - Bruk av variabel lønn på sengeposter og lavaktivitetsperioder.
- **Operasjon.** Videre implementering av nivå 1 prosedyre som er utarbeidet av Oslo universitetssykehus HF innen god operasjonsdrift.
- **Poliklinikk, dagbehandling og ambulante tjenester.** Videre implementering av nivå 1 prosedyre som er utarbeidet av Oslo universitetssykehus HF for god poliklinisk drift.

Største kostnadsreducerende tiltak vil være knyttet til dimensjoneringsprosjektet. Klinikken har, ved hjelp av pasientstrømsanalyse, kartlagt alle innlagte pasienter over tre uker. Denne viser at noen pasientgrupper i sengeposter kunne vært behandlet på lavere omsorgsnivå (dag eller poliklinikk) dersom et slikt tilbud etableres. Klinikken har som mål å sikre at alle våre pasienter blir behandlet på korrekt omsorgsnivå, med riktig kompetanse, noe som vil frigjøre sengekapasitet, samt at behovet for dag-/poliklinisk behandling vil øke. Samtidig vil det påvirke DRG-inntekten negativt, da et døgnopphold er priset betydelig høyere enn et poliklinikk eller dagopphold.

Forbedringsområder på lengre sikt – Økonomisk langtidsplan 2020 – 2024

Klinikken anser alle prosjektene under forbedringsprogrammet som flerårige, og vil derfor ha hovedfokus på disse områdene også mot 2024, samt fokusere på å organisere driften i tråd med forelagte planer for nye Aker og Gaustad.

b. Tiltak som er innarbeidet i budsjett 2019

Klinikken har p.t identifisert tiltak i størrelsesorden 15 mill. kr. fordelt etter følgende tiltakskategorier:

Type tiltak	Beløp i 1000 kr
Bedre innkrevningsrutiner	100
Effektivisering av operasjonsdriften	1 000
Klinikkvise tiltak	11 970
Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk	1 920
Tiltak for bedre gjennomføring av poliklinisk drift	500
Sum tiltak	15 490

Hoveddelen av tiltakene inngår i klinikkens program for forbedret drift. I tillegg har klinikken identifisert andre mindre områder, som enten øker inntekter eller reduserer kostnader:

- Reduksjon i variabel lønn. Dette sikres ved enda bedre tilpasset bemanningsplan opp mot variasjon i aktivitetsbildet innen poliklinikk, sengepost og operasjonsaktivitet
- Reduksjon av vare -og andre driftsutgifter gjennom stram styring på bestillingsrutiner
- Midlertidig ledighold av stillinger
- Reduksjon i kostnader til pasienthotell
- Reduksjon i vektertjenester
- Reduksjon i bruken av dyre biologiske legemidler
- Reduksjon i bruken av blodprodukter
- Øke egenandelsinntekter på dagpasienter og fakturering av ikke møtt
- Bedre kodepraksis
- Oppfølging av pasienter innen enkelte pasientgrupper skjer i større grad på lokalsykehus

Endelig rammetildeling til klinikk tilsier at det er behov for ytterligere kostnadsreducerende tiltak på 25 mill. kr. Det arbeides kontinuerlig med å identifisere ytterligere tiltaksområder, for å møte utfordringen.

4. Risikovurdering

Risikovurderingene er basert på de omstillingstiltakene i klinikkens budsjettleveranse.

a. Gjennomføringsrisiko (måloppnåelse/økonomi)

Klinikken har som mål å ha høy gjennomføringsgrad på tiltakene som meldes inn. Dette sikres ved å utarbeide handlingsplaner for gjennomføring på laveste nivå.

Aktivitetsokning uten endring i bemanning medfører risiko. Samtidig er veksten som er meldt i 2019 beskjedent. De største tiltakene i klinikken er innen effektivisering av driften gjennom program for forbedret drift. Dette innebærer store endringer for dagens organisering av driften. Krav til effektivisering i 2019 er svært høyt og klinikken vurderer

derfor den økonomiske risiko for gjennomføring av budsjett 2019 innen tildelte rammer for å være svært høy.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Aktivitetsvekst og forbedringer i pasientlogistikken vil bidra til at flere pasienter får behandling og noe redusert ventetid. Dette vil for pasienten oppleves positivt. NVR anser derfor risiko i pasientbehandling og omdømme for å være lav. Endringsprosesser påvirker den enkelte ansatte og kan medføre noe høyere belastning. Risiko innen arbeidsmiljø er derfor vurdert som moderat på klinikknivå, men det vil variere ut fra tiltakets omfang på avdeling og seksjonsnivå.

c. Tiltak for å redusere risiko

Klinikken arbeider kontinuerlig med risikoreducerende tiltak i tett dialog med de involverte enheter, tillitsvalgte og vernetjenesten.

5. Prosess og medvirkning

Informasjon om budsjettprosessen er gitt fortløpende i dialogmøter og AMU. Klinikken har også hatt dialog med brukerrådet og gjennomført eget seminar om budsjettprosessen for sine tillitsvalgte og vernetjenesten. Klinikken har hatt fokus på å involvere ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten for å sikre god forståelse og planlegging av driften. Involveringen på klinikknivå er god, men dialogen på avdeling og seksjonsnivå kan bli enda bedre. Denne leveransen er drøftet med partene på klinikknivå den 14/11.

Ortopedisk klinikk (OPK)

1. Oppsummering

Oppsummering av økonomisk utfordring, tiltak, aktivitet og årsverk for 2019.

Aktivitetsutvikling:

Venter befolkningsøkning som vil gi 1,5 % økt pasientbehandling gjennom antall DRG-poeng fra 22.698 (Prognose-2018) til 23.029 DRG-poeng B2019.

Bemanningsutviklingen:

Forventning om lavere bemanning er innarbeidet i budsjettet.

Med økt aktivitetsnivå og redusert bemanning vil løsningen være å gå via innleide ressurser som vil øke fleksibiliteten og redusere fremtidige forpliktelser i noen grad. Klinikken er opptatt av å ivareta pasientsikkerheten, kvalitet og reduserte ventelister, og jobber systematisk med forbedringstiltak for å øke effektivitet og måloppnåelse. Gjennom økt fokus på ledelse, samarbeid, oppfølging og økt ansvarliggjøring av lederne på alle nivåer, mener klinikken at man møter utfordringene på en måte som kan bidra til økt produktivitet.

En riktig balanse mellom kompetente innleide ressurser (pga. økt samarbeid med Personalfordeling internt i Oslo universitetssykehus HF) og kompetent personell vil i noen grad bidra til dette. Dog er det grunn til å hevde at redusert bemanning som innrapportert og innarbeidet i budsjettet fortsatt er utfordrende for klinikken.

2. Klinikken økonomiske utfordringsbilde 2019

Klinikken ser ut til å møte et underskudd på 31-40 mill. kr. i 2018 avhengig av hvordan man klarer å beholde forspranget på DRG-aktiviteten per oktober (8 mill. kr.) mot årets slutt. Det er stort fokus på aktivitetsnivået og utfordringene med sykehusets IKT-satsinger sett opp mot nødvendig pasientbehandling. Dette mener klinikken utfordrer effektivitet og dynamikk.

Klinikken har lavere operasjonsaktivitet enn budsjettet, men 1,1 % høyere DRG enn budsjett. Dette kan tyde på mer komplekse operasjoner.

Behovet for innleid arbeidskraft er begrunnet med huller i turnusplaner på sengepostene og i noen grad inndekning for operasjonssykepleiere. Kostnadene ligger høyere enn budsjettet for 2018 og ventet merforbruk er på rundt 38-40 mill. kr.

Det er klinikken forventning å møte befolkningsveksten med en DRG-nivået på 3,1 % sammenlignet med budsjett 2018:

- Det forventes 2 % økning i antall polikliniske konsultasjoner og utbedre rutinene for å øke kapasiteten. Klinikken vurderer blant annet å utvide samarbeidet med Sophies

Minde Ortopedi AS for å øke tilbudet på andre områder (utover fot og ankel på Ullevål/Storgata ORU).

- Det er planlagt å øke antall LIS-leger på Skadelegevakten med +2 stillinger for å redusere den lange ventetiden (4 timer)
- Klinikken vil få nytt pasienttilbud til brystkreft-rammede som skyldes innkjøp av nytt PDE-kamera til hånd- og underarm seksjonen på Rikshospitalet.
- Det jobbes med tiltak for å øke pasientbehandling på operasjon for å redusere ventelistene som i snitt ligger 30 dager over målet om 65 dager (pr 30.09.2018)

Utfordringen handler om økt operasjonsaktivitet i alle avdelingene med lavere grad av innleie enn i 2018. Utfordringen handler også om å øke poliklinikk-aktiviteten i eksisterende lokaler med samme bemanning. Kostnadene for implantater er en økende utfordring og økt fokus på gode innkjøpsrutiner er tatt inn i tiltakene i prosjektporteføljen.

Budsjettet er saldert med følgende mål for prioritering:

- Tap på krav reduseres
- Vedlikehold og anskaffelser reduseres og holdes igjen
- Redusert innleie, overtid og ekstrahjelp reduseres som følge av faste op. stillinger er fylt og økt fokus på planlegging
- Reduserte bemanningskostnader generelt

3. Status for utarbeidelse av tiltak

a. Klinikkenes forbedringsprogram – beskrivelse av de viktigste aktivitetene

Forbedringsprogrammet ble etablert i tråd med forventningene som beskrevet i mandatet, og man har kommet i gang med rapportering om prosjektoppfølgningen. Involveringsgraden fra tillitsvalgte er svakere enn ønsket, men dette jobbes det med å utvikle.

Forbedringsområder det jobbes med:

- Evaluering av organiseringen av klinikken (etter 2 år) for å videreutvikle organisasjonen mht målene som ble satt – og klinikken selv er opptatt av å optimalisere driftsmodellen med økt linjeansvar, optimalisere arbeidsprosesser og øke kvalitet i leveransene
- Økt fokus på planlegging av bemanningsressurser med mål om redusert innleie
- Økt fokus på kartlegging av unødvendig bruk av IKT-ressurser for å definere tidstyver

Forbedringsområder på lengre sikt – Økonomisk langtidsplan 2020 – 2024

- Organisering av klinikkens kjerneområder vil også være et fokusområde på lang sikt
- Økt driftsfokus med faste oppfølgingsmøter i avdelingen mellom klinikkledelse og avdelingsledelse i alle seksjonsledere

- Økt prosjektledelse og regelmessige oppfølgingsmøter av alle ØM, kvalitetsregistre, behandlingstjenester o.l.
- Bakvaksordningen: diskutere med andre sykehus hvordan man som helsevesen skal jobbe sammen for å definere samarbeidsløsning for Oslo universitetssykehus HF som er skansen og bakvakt for andre. Klinikken oppfatter at man er unødvendig bakvakt i gitte situasjoner som skaper økte kostnader. For å komme videre i dette er det behov for en kartlegging som klinikken vil jobbe med.
- IKT-systemene er en utfordring – hvordan påvirke til at DIPS kan forenkles for å redusere ressursbruk? Dette er et område som klinikken må se på fremover for å redusere bruk av tid til koding / registreringer.
- Analyse av pengestrømmer med små prosjektgrupper for å sikre kvalitet i økonomiske styringsdata

b. Tiltak som er innarbeidet i budsjett 2019

Klinikken har kostnadsreducerende tiltak for konkretisert til helårseffekt på ca. 7 mill. kr. Det er også planlagt en rekke programmer som påbegynnes etter budsjettleveransen. Disse er nevnt uten å spesifisert beløp da dette knytter seg til forhandlinger og større avhengigheter enn øvrige tiltak i listen. Dog er det disse programmene som kan være løsningen for å møte budsjettutfordringene i årene fremover:

- Økt planlegging og tilrettelegging av operasjonelle aktiviteter (operasjon, sengeposter, poliklinikk, visitt o.l.)
- Økt fokus på merkantile prosesser (inndrivelse av fordringer, betalingsautomater, gjennomgang av pengestrømmer o.l.)
- Økt fokus på ledelse og oppfølging, involvering og eierskap

Hovedutfordringen er økt tid på administrative oppgaver og økt ressursbruk på dagens IKT løsninger. Klinikken er også særdeles opptatt av å finne praktiske løsninger for ansattes arbeidssituasjon. Videre, om at pasientene kan være mest mulig selvhjulpne, ref. Selvbetjeningsautomaten som lar vente på seg. En selvbetjeningsautomat vil redusere belastningen på administrativt personell og kan generere andre inntekter og redusert belastning på helsepersonell.

4. Risikovurdering

Tiltakene som klinikken iverksetter er oppfattet som ligger innenfor lav-risiko området. Hovedutfordringen klinikken ser handler i hovedsak om:

1. Dyrere implantatkostnader som blir tyngre å bære for klinikken uten at dette blir kompensert for gjennom ISF-systemet. Dette er prosjekter som klinikken vil jobbe med fremover for å få økt fokus på rett finansiering. Det er innarbeidet økte implantatkostnader basert på nivå i 2018.
2. Det er også en utfordring for klinikken å skaffe kompetent personell. Det er økende behov for kompetente ressurser for komplekse pasientgrupper og klinikken opplever

og erfarer at kompleksiteten i oppgavene blir bredere og bredere og miksen av tverrfaglighet øker. Dette utfordrer forventningen om at klinikken skal klare oppgavene med reduserte bemanningsressurser og reduserte kostnader.

Klinikken har i 2018 et overforbruk av innleie. Det er en krevende situasjon som man drar med seg inn i 2019:

- Skadelegevakten har utfordringer med lang ventetid, og behovet for økt bemanning av LIS-leger er særlig stort.
- Lederkabalens på Ullevål er i endring og det er behov for ny overlege
- Sengeposter på Ullevål har huller i turnusen som generer fast innleie fra Personalfordelingen
- Skadelegevakten ønsker mottaksassistenter. Oslo universitetssykehus HF deler i dag denne med Oslo Kommune, det er viktig med en egen rolle som har informasjon om aktiviteten til klinikken
- Klinikken leverer 41 % Ø-hjelp-operasjoner (pr oktober) og et økende antall konsultasjoner hvor det er avgjørende å ha kompetent personell tilgjengelig (både i helger og ferier)

Bemanningstallene for september og oktober viser en økning som skyldes bemanning av nødvendig personell for å redusere innleie. Behovet for regelmessig innleie på sengepostene grunnet manglende dekning i turnusen utfordrer inngangsfarten på kostnadssiden i 2019 og truer gjennomføringen av de økonomiske målene satt i budsjettet. Innleie på andre områder (operasjon & merkantil) er i mindre grad akseptabelt og tiltak er iverksatt for dette.

Klinikken prioriterer å levere god og trygg pasientbehandling. Samtidig forventes det av lederne på alle nivåer at man tar gode valg for å sikre forsvarlig økonomisk drift. I dette ligger det plan om tettere oppfølging av ledere hvor tydeligere forventninger til leder-rollen vil være en naturlig samtale og oppfølgingspunkt.

a. Gjennomføringsrisiko (måloppnåelse/økonomi)

Klinikken ser at de økonomiske målene gir store utfordringer og en ikke ubetydelig risiko for gjennomføringen av budsjettet. Dette er hovedsakelig begrunnet i følgende faktorer:

- Økt behov for areal til mottaksrom, poliklinikk og tilgjengelige rom før og etter operasjon, lagerrom
- Bedre betalingsløsninger og selvbetjeningsautomater (eKiosk)
- Brukertilpasset IKT-systemer for å redusere ressursbruk både på pasientsiden og merkantil/admin/ledelse
- Organisering av HR og behov for økt nærhet til datainput og personal-systemer

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Pasientbehandlingen:

Å levere trygg og kvalitetssikker pasientbehandlingen er klinikkens oppgave. Klinikken mener at dette er ivaretatt i 2018. For å sikre dette også i 2019 med økte krav til produktivitet, vil man gjennomføre tiltak og programmer for å finne de rette tiltakene for å møte produktivetskravene som er gitt. Man vil kartlegge organiseringen av klinikken, ha tettere lederoppfølging med økt fokus på økonomi, aktivitetsvekst og bemanningssituasjon og søke økt involvering av lokale tillitsvalgte.

Klinikken er av den oppfatning at kvalitet og fag må prioriteres og at økt bemanning på natt og helg har vært avgjørende viktig for å ivareta samfunnsansvaret klinikken har.

Driftsmodellen vi søker etter gjennom planlagte prosesser (f.eks. evaluering av organiseringen og tettere lederstøtte) vil måtte sikre trygg og langsiktig pasientbehandling til en lavere kostnad enn vi har i dag. utfordringene som ligger i budsjettet for 2019 vil likevel være meget stor. Pasientbehandlingen ansees som trygg.

Omdømme:

Klinikken er opptatt av omdømme og renommé og jobber med å styrke sin identitet. Klinikken legger strategier for hvordan klinikken skal være for pasientene, oppleves av ansatte og oppfattes av omgivelsene. Utskillelsen i 2016 med etablering av egen klinikk har lettet dette arbeidet. Det er i økende grad fokus på faglig oppdateringer og utvikling av fagmiljøene på tvers i klinikken, og man jobber i økende grad for synliggjøring av dette (gjennom konferanser, seminarer og intranett). Klinikken opplever p.t. å få respons på stillingsannonser i noe sterkere grad enn tidligere og har p.t. ansatte i alle operasjons-sykepleierstillinger.

Omdømme ansees som tilfredsstillende.

Arbeidsmiljø:

Klinikken er opptatt av mangfold, respekt og kvalitet i arbeidsmiljøet og jobber systematisk med dette.

Aktivitetsnivået som er lagt til grunn i budsjettet viser økt pasientbehandling i dagens lokaler og med samme IKT-systemer. Klinikken erfarer at arealene og IKT-systemene ikke bidrar til økt effektivitet og at effektiviteten således må hentes gjennom forbedrede arbeidsprosesser som medarbeiderne og klinikken selv utvikler. Behovet for bedre arealer og IKT-systemer er svært viktig for en trygg og sikker pasientbehandling. Utviklingen man ser i dag oppleves at ikke bidrar til godt arbeidsmiljø fordi det øker arbeidsbelastningen uten tilsvarende bemanning.

Klinikkledelsen rapporterer til sykehusledelsen om dette gjennom sine kanaler. Arealløsningen og IKT-situasjonen klinikken opplever og daglig erfarer er ikke tilstrekkelig i 2018 og viser ikke en ønsket utvikling. Klinikken mener at bedre lokaler og bedre IKT-systemer er fremtidens måte å hente effektivitet på og oppfordrer Oslo universitetssykehus

HF til å orientere seg sterkere den veien for å nå foretakets mål om økt aktivitet til en lavere kostnad.

Sykefraværet i klinikken bekrefter likevel inntrykket av høy motivasjon, godt samarbeidsklima og indre motivasjon blant klinikkens medarbeidere som er avgjørende for at man kan ta det samfunnsansvaret klinikken har. Sykefraværet kan uttrykke dette da rapportert sykefravær per 30.09.2018 er 0,3 % lavere enn samme periode i fjor (fra 6,0 % til 5,7 %).

c. Tiltak for å redusere risiko

Klinikken er opptatt av å leve ideen om å gi økt pasientbehandling med reduserte ressurser basert på kontinuerlig læring. I dette ligger det daglig fokus på tiltak for å få dette til. Klinikken sine tiltak 2019 handler om justeringer og tilpasninger, og Forbedringsprogrammene handler om tyngre prosjekter som trekker betydelige ressurser til prosjektene.

5. Prosess og medvirkning

Klinikken har gjennomført møter fra mai-november for å informere, engasjere og forberede organisasjonen på budsjettprosessen og hva man møter av forventninger og krav til effektivisering og produktivitet.

I klinikkens ledermøte 31/5-2018 ble overordnet plan for budsjettprosessen skissert. I løpet av august ble det avholdt avdelingsledermøter med avdelingsledere, HR-leder og ØK-leder for gjennomgang av aktivitetsnivå, utfordringer, bemanningssituasjon og budsjettprosessen. I august avholdt klinikken budsjettseminar for Ledernet i klinikken (ledere innenfor pleietjenesten og legeseksjoner) hvor gjennomgang av budsjettprosessen, forventninger til egen tallforståelse og eierskap var temaet.

I begynnelsen av september ble det avholdt lokal- og klinikktiltitsvalgtemøter (3/9-2018) hvor budsjett, medvirkning, involvering og utfordringer ble diskutert og forslag på tiltak for mer effektiv drift var vektlagt. Medio september ble konkrete tiltak rapportert fra avdelingslederne. Det ble gjennomført flere budsjettmøter med seksjonsledere, avdelingslederne og tiltitsvalgte (20/9-2018) for å diskutere og avklare nivå og tiltak inn mot budsjettmålene.

I klinikkens ledermøte 27/9-2018 ble de konkrete forventningene og skisse til måloppnåelse fremlagt og behandlet. Der ble også aktivitetsmålet og skisse til løsning på kostnadsbesparelse fremlagt. Forslag på mer effektiv drift var tema og behov for involvering på alle nivåer, i alle faggrupper ble løftet. Medio gjennomførte oktober klinikken avdelingsvise budsjettmøter for å gjennomgå tallene og for å øke eierskap, ansvarsfølelse og engasjement for aktivitetsnivå, bemanningsutfordring og kostnadsbase.

I klinikkens utvidede ledermøte 8/11-2018 ble utfordringsbilde som klinikken anser som sannsynlig, skissert. Klinikken økonomi og skisserte budsjettendringer ble drøftet med tillitsvalgte og verneombud 14/11-2018. Det er laget drøftingsprotokoll basert på drøftingsmøtet.

Planen for 2019 er å jobbe tettere sammen inn mot de økonomiske målene og øke fokus på eierskap innover i klinikken. Man har planlagt å implementere månedsmøter med avdelingslederne og seksjonslederne hvor man har fokus på samarbeid, drift og effektiviseringsområder.

Barne- og ungdomsklinikken (BAR)

1. Oppsummering

Til tross for svært høye innleie- og variabelønsutgifter har Barne- og ungdomsklinikken (BAR) et prognostisert resultat i balanse for 2018. De viktigste grunnene til at BAR hittil har klart å levere et resultat i balanse i 2018 er følgende:

- Aktiviteten ved Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus (ABU-BUP) er sterkt voksende og gir merinntekter på gjestepasientoppgjør med om lag 8 mill. kr. for 2018.
- DRG-aktiviteten i klinikken er samlet sett over plantall. Det er anslått at klinikken vil være ca. 183 DRG over plantall for 2018. Det er stor usikkerhet til endelig DRG-resultat ettersom Nyfødtintensiv DRG svinger betydelig ut fra pasientsammensetning. Nyfødtintensiv DRG utgjør 40 % av samlet DRG aktivitet i BAR og påvirker derfor samlet resultat mye.
- Klinikken har hatt færre Spinraza-pasienter enn forutsatt i budsjettet og dermed lavere netto-kostnader knyttet til dette.

Det stilles effektiviseringskrav på 2,5 % til alle klinikkene i sykehuset. De klinikkene som i tillegg går med underskudd får et enda større effektiviseringskrav basert på resultatprognose for 2018. Ettersom BAR sitt budsjett er i balanse utgjør effektiviseringskravet på 2,5 % en utfordring på om lag 21 mill. kr. i budsjett 2019. Denne utfordringen kan løses gjennom i hovedsak to komponenter: Kostnadsreducerende tiltak og økt pasientbehandling målt i DRG.

Klinikken har meldt en aktivitetsvekst tilsvarende 294 DRG-poeng fra DRG-plantall 2018 til DRG-plantall 2019. DRG-plantall innbefatter pasientaktivitet som: Poliklinikkaktivitet, dagopphold og døgnopphold innenfor somatikken. BAR øker dermed fra 15.744 DRG-plantall i 2018 til 16.038 DRG i 2019. Dette reduserer effektiviseringskravet med ca. 8,6 mill. kr. Klinikken har dermed en restutfordring på om lag 12,5 mill. kr som skal løses ved reduserte kostnader.

Det er planlagt netto kostnadsreducerende tiltak for ca. 25,6 mill. kr. Kun 11,8 mill. kr. av disse er konkret identifisert tiltak for reduserte kostnader. Ca. 13,6 mill. kr. består i å redusere innleie på Nyfødtintensiv til nivået for budsjett 2018 (tilsvarende omtrent faktisk nivå i 2017, men er da 13,6 mill. kr. lavere enn prognose for 2018).

Et av de viktigste tiltakene som klinikken vil jobbe med i 2019 er å redusere sykefraværet. Sykefraværsprosjektet er et langsiktig prosjekt i samarbeid med NAV-arbeidslivssenter. Prosjektet har arbeidet godt gjennom høsten 2018, og planlegger å innføre ny rutine for håndtering av sykefraværet ved årsskiftet.

2. Klinikken økonomiske utfordringsbilde 2019

Med utgangspunkt i ovenstående utfordring ser klinikken det som mulig å komme i budsjettbalanse også i 2019. Det er dog en del viktige premisser for at klinikken skal klare dette. Gjennom budsjettprosessen har det vært en del forutsetninger som krevde avklaring fra sykehusets ledelse. De viktigste forutsetningene som nå anses som avklarte, er:

- **Oppbemanning på ABU-BUP**

Den 14.11.18 ble det innvilget en oppbemanning på ABU-BUP for å ivareta de kirurgiske klinikker på Oslo universitetssykehus HF som behandler barn. Dette vil også bidra til at Oslo universitetssykehus HF etterkommer «prioriteringsregelen» ettersom enheten bidrar betydelig til aktivitetsveksten innen Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Bemanningsbehovet inkluderer en ekstra overlege og en halv psykolog på Ullevålteamet, samt to stillinger for hhv. sosionom, kontoransatt Rikshospitalet (RH) og musikkterapeut.

- **5-døgnspost på Avdeling for barnekreft og blodsykdommer**

Situasjonen på Avdeling for barnekreft og blodsykdommer er svært krevende og klinikken har i høst mottatt en rekke avviksmeldinger. Klinikken har gjennom høsten 2018 arbeidet for å få etablere en 5-døgnspost i egnede lokaler på Rikshospitalet som bedrer kapasiteten på sengepost 1-3. Det er søkt om en styrking av virksomheten med ni årsverk. Uten økningen vil ikke BAR kunne ivareta vårt oppdrag og aktivitetsbehov, siden mange pasienter vil måtte avvises. Dersom sengepost 1-3 ikke driftes effektivt forplanter problemene seg til Thoraxkir. avd. i Hjerne, lunge- og karklinikken, som ikke får overført sine pasienter til barnepost 2 så raskt som de ønsker. Dette vil sannsynligvis påvirke når de skal ta i mot hjertepasienter fra «Feiring».

14.11.18 ble det avklart at BAR vil få tildelt 3 mill. kr. i budsjett for å etablere en 5-døgnspost. Klinikken foreslår i budsjettet å omdisponere ytterligere et tilsvarende nivå av interne midler slik at tiltaket med 5-døgnspost kan gjennomføres med 9 sykepleieårsverk. Det pågår dialog med sykehusledelsen om hvor og hvordan dette praktisk kan gjennomføres.

- **Reduksjon av ekstern innleie på nyfødtintensiv**

På bakgrunn av den vanskelige situasjonen på Nyfødtintensiv er det nedsatt en prosjektgruppe. Tidlig i 2018 fremla Oslo universitetssykehus HF en rapport som redegjorde for utviklingen innen aktivitet og pasientsammensetningen de siste årene samt foreslo nødvendige tiltak. Rapporten konkluderte med at det er behov for en styrking av antall intensivsenger med 62 sykepleieårsverk og fem legeårsverk.

Klinikken har allerede tilført avdelingen 11,5 mill. kr. i budsjett 2018 for å ansette 12 flere sykepleiere og fire overleger. Ullevål har fått godkjent oppbemanning av seks sykepleiere og når Rikshospitalet har kapasitet vil det tilføres seks nye sykepleiere. Det er også godkjent ansettelse av en ny overlege.

I løpet av 2019 vil klinikken forsøke rekruttere ytterligere to overleger til Rikshospitalet og én til Ullevål. Disse stillingene er finansiert gjennom tildelingen på 11,5 mill. kr. i budsjett 2018.

Klinikken har ikke fått ekstra tildeling til videre oppbemanning av Nyfødtintensiv. Økningen av ekstern innleie har fortsatt til tross for økt bemanning. Dette tyder på et ytterligere behov for å øke antall ansatte. Klinikken vil jobbe videre å redusere ekstern innleie i 2019.

- **Rammefinansiering av DRG-kravet til Nyfødtintensiv**

Gjennom hele 2018 har klinikken arbeidet for at DRG-kravet til Nyfødtintensiv skal tas ut av klinikkens samlede DRG-krav og heller være rammefinansiert. Endringen vil gjøre at aktiviteten på Nyfødtintensiv i langt mindre grad vil påvirke klinikkens resultat.

14.11.18 avklarte Oslo universitetssykehus HF ledelse at man vil følge denne modellen som en prøveordning i 2019.

- **Videreutdanning**

Klinikken anser videreutdanning til spesialsykepleiere som viktig. Åtte sykepleiere begynte videreutdanning ila høsten 2018 og etter planen vil ytterligere 15 stykker starte i januar 2019. Utover dette er det begrenset hvor mange flere som kan starte videreutdanning i løpet av 2019.

Forhold som øker klinikkens utfordring i 2019

- Situasjonen på Nyfødtintensiv er krevende, særlig med tanke på det svært høye innleieforbruket, se over.
- Oslo universitetssykehus HF bestemt å ikke tilføre særskilte midler til klinikkene i forbindelse med innføring av ny LIS-utdanning (LIS 2/3) fra 1.mars 2019. Klinikken forventes derfor å prioritere dette innenfor gitte rammer. LIS 2/3 vil isolert sett øke klinikkens utfordring med ca. 1,1 mill. kr. i 2019. Klinikken har behov for 3 x 40 % stilling som utdanningsansvarlige overleger (store barn Ullevål, store barn Rikshospitalet og Nyfødtintensiv). Klinikken mener med denne prioriteringen å ivareta et godt opplegg med de ressursene vi har prioritert til formålet, selv om vi kan få en redusert tilgjengelighet av LIS til klinisk arbeid som nytt budsjett ikke tar hensyn til. ABU-BUP dekker 0,1 stilling innenfor oppbemanningen som er omtalt over.
- Med tilførsel på 3 mill. kr. til ny 5-døgnspost på Rikshospitalet er den nye posten ikke fullfinansiert. For å sikre bemanning og drift øker klinikkens utfordring med ca. 3,175 mill. kr. i 2019. Klinikken ønsker likevel å prioritere dette. Tiltaket vil være sentralt i å sikre at klinikken når sitt samlede aktivitetskrav. For de avdelingene som skal bruke 5-døgnsposten, vil tiltaket bidra til at man klarer å redusere variabel lønn, overtid og innleie.

I foreløpige rammer fra Helse Sør-Øst RHF er det tre forhold som omtales og som spesielt påvirker BAR;

- Helse Sør-Øst RHF tildeler 2,2 mill. kr til Oslo universitetssykehus HF for barnepalliativt team. Av dette skal 1,92 mill. kr. til Barne- og ungdomsklinikken for etablering av et midlertidig team på to årsverk i en tidsperiode på inntil 3 år for å sikre kompetanseoppbygging i regionen. Dette skal dekke lege (60 %), barneanestesilege på Akuttklinikken (20 %), sykepleie (2x50 %), psykolog (20 %) og sosionom (20 %) og må ses i sammenheng med oppbemanningen innen ABU-BUP omtalt over.
- Ervervet hjerneskade fikk i 2018 en særskilt tildeling på 1,270 mill.kr. for å starte med styrking av tilbudet innen pasientgruppen. Fra og med 2019 får klinikken tilført dette beløpet over ordinær ramme.
- Klinikken har gjennom 2018 arbeidet med sentral stab for å få til nødvendige endringer gjeldende for Nyfødtscreeningen. Dette følger bl. a av at St.prp.nr. 26 L om ny biobanklov pålegger Nyfødtscreeningen evigvarende lagring av blodprøver. Oslo universitetssykehus HF har fått aksept for å få endret prisen på screeningprøven slik at vi kan ivareta loven, dog gjenstår det å sikre kapital for å ivareta nødvendige investeringer, personal og ikke minst flytting og ombygging i egnede lokaler. Arbeidet med å avklare disse forholdene vil fortsette høst 2018 og trolig inn i 2019.

3. Status for utarbeidelse av tiltak

a. Klinikkenes forbedringsprogram – beskriv de viktigste aktivitetene

Klinikken har etablert et program med en styringsgruppe bestående av klinikkens ledergruppe sammen med klinikk tillitsvalgte (TV) og klinikk verneombud (VO). Som del av ledermøtet ca. en gang per mnd. gjennomgås status for de ulike prosjektene. BAR har i stor grad lagt de sykehusovergripende forbedringsaktivitetene inn i programmet og i mindre grad valgt egne nye områder gjennom budsjettprosessen. Vi har også inkludert oppfølging av relevante generiske prosjekter i vårt program.

Forbedringsområder på kort sikt – budsjett 2019:

- Bedret poliklinisk drift; etterleve nivå 1 prosedyre
- Avansert hjemmesykehus går over til døgndrift fra 1.1.19 og skal avlaste sengepostene slik at pasientbelegg i større grad harmoniserer med bemanningen
- Sykefraværprosjektet – klinikken har som ambisjon å senke gjennomsnittlig sykefraværnivå med 0,5 prosentpoeng fra 2018 til 2019.
- Redusert bruk av ekstern innleie og variabel lønn
- Riktig bruk av PLO-meldinger. Dette omhandler korrekt håndtering av utskrivningsklare pasienter for overføring til kommunehelsetjenesten
- Klinikkenes sengepostprosjekt går hvert år gjennom bemanning, belegg og aktivitet på alle sengeposter. Prosjektet bruker en standardisert og tallbasert mal for å sikre best

mulig og rimelig lik gjennomføring og ressursutnyttelse på tvers av klinikken. Ambisjonen er hvert år å ha bedre bemanningsplaner, med redusert bruk av innleie og variabel lønn.

- Henvisningsveileder til fastlegene. Klinikken får mange mangelfulle henvisninger som fører til suboptimal drift. Henvisningsveiledere innen de store pasientpopulasjonene vil vise fastlegene hva klinikerne ønsker skal være utredet før henvisning vurderes hos oss

Forbedringsområder på lengre sikt

- Effektiv bruk av legerressurser. Sentral HR-stab kommer til klinikken i slutten av november for å starte prosjektet
- Implementering av pakkeforløp for anoreksipasienter. Dette er tett knyttet til PHA samt nasjonalt pakkeforløp som lanseres av Hdir. 15. desember 2018. Formålet er at pakkeforløpene skal redusere liggetiden for pasientene i vår klinikk
- Redusere variasjoner i bruk av døgn, dag og permisjoner. Prosjektet har også som mål å sikre raskere oppstart til full drift etter lavaktivitetsperioder

b. Tiltak som er innarbeidet i budsjett 2019

Avd	Kort beskrivelse av tiltaket	Summer av Budjettert øk. effekt
▣ BNE	Streng bemanningsstyring/ ressursplanlegging	250
	BNE - Begrense innleie av konsulenter	100
	Reduksjon på andre varekostnader (6-serien)	100
	Klarere differensiering av utgifter mellom klinisk virksomhet og komp tjeneste	100
	Prøver til utlandet	100
Totalt BNE		650
▣ Alle	Alle - Samarbeid med NAV arbeidslivssenter. Mål, reduksjon 0,5% -poeng sykefravær i 2019	3 100
	Alle - Se på arbeidsflyt, henvisninger, ventelister, raskere opstart etter lavaktivitet mm.	1 000
	Alle - Videreføre internt sengepostprosjekt. Reduksjon i variabel lønn og innleie	1 000
	Alle - Bedre rutiner for å melde utskrivningsklare pasienter samt kartlegge opplæringsbehov i kommun	150
Totalt Alle		5 250
▣ NIN	NIN - Reduksjon av innleie til budsjett 2018 nivå	13 800
	NIN - Øke bruk av AHS for å sikre bedret drift av høykostnadsenger	200
	Oppbemanne årsværk for spl og overleger	0
Totalt NIN		14 000
▣ ABU	Reduksjon reise ved økt telemetri, bedre kontering utgifter kompetansetjenesten	100
Totalt ABU		100
▣ BAMIX	BAMIX - Faste stillinger besettes, mer realistisk bemanningsplan ift aktivitet, stabilitet ved ny leder	1 500
	BAMIX - Redusere sykefravær spes på Bams1 og kontor ved tettere oppfølging av leder og HR	500
	Enda bedre koordinering og strukturering av driften	300
	Forbedre aktiviteten slik at forventet aktivitetsvekst fra 2017 kan oppnås i 2019	
Totalt BAMIX		2 300
▣ Kardiologi	Nye avtaler sentralt skal føre til lavere kostnader	500
Totalt Kardiologi		500
▣ BAMUL	BAMUL - Bemanningsplan/turnus som stemmer overens	1 500
	BAMUL - Drifte mer effektiv ved innstallering av Telemetri	500
	BAMUL - Utøke driften ved AHS, flere pasienter får behandling hjemme	500
	BAMUL - Redusere sykefraværet, spes korttidsykefravær	300
	BAMUL - Pasientsløye for anoreksi pasienter skal korte liggetiden og øke antall pasienter	
Totalt BAMUL		2 800
▣ BAL	Økt poliklinisk aktivitet ved bedret bemanning	200
Totalt BAL		200
Totalsum		25 800

4. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko (måloppnåelse/økonomi)

Det er størst gjennomføringsrisiko knyttet til tiltakene som går på reduksjon av bemanningskostnader og ressursbruk. Dette inkluderer reduksjon i bruk av ekstern innleie. Utover dette er tiltakene vurdert som lav eller moderat gjennomføringsrisiko.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Tiltakene er ikke vurdert å gå utover pasientbehandling, omdømme eller arbeidsmiljø.

c. Tiltak for å redusere risiko

Se punkt 2 over.

5. Prosess og medvirkning

Klinikken har tydelig kommunisert til alle avdelingsledere og seksjonsledere at de skal sikre medvirkning fra tillitsvalgte (TV) og verneombud (VO). I tillegg har klinikken jevnlig hatt budsjett som punkt på agendaen med TV, VO og arbeidsmiljøutvalget (AMU) på klinikknivå. BAR har i tillegg hatt møte med TV og VO der man gikk gjennom klinikkens ulike prioriteringsområder for å få tilbakemelding på hvordan de vurderte disse og hva klinikken burde prioritere høyest i budsjettprosessen.

Vurderingen fra klinikkstaben er at vi har hatt et godt samarbeid med tillitsvalgte- og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget. Budsjettet ble drøftet 19.11.2018.

Kvinneklubben (KVI)

1. Oppsummering

Kvinneklubben (KVI) forventer og planlegger en aktivitetsøkning på 1,5 % i 2019 i forhold til prognose for 2018. Totalt ser klinikken, basert på inngangsfart for 2019 og rammetildelingen, et behov for kostnadsreduksjoner på ca. 12 mill. kr.

Gjennomføringen av budsjett 2019 vil bli svært krevende, og det er risiko for kostnadsoverskridelser også i 2019. Det er foreløpig identifisert tiltak for 5 mill. kr. og klinikken har således et resterende uløst tiltaksbehov på ca. 7 mill. kr.

2. Klinikken økonomiske utfordringsbilde 2019

Kvinneklubben hadde per oktober et negativt resultat på -15,2 mill. kr. og en tilhørende prognose for 2018 på - 20,5 mill. kr. hvorav - 5,3 mill. kr. er relatert til ISF-refusjon (-1 % målt i DRG). Basert på ventelister for november og desember er prognosen for fødsler 9515 i 2018. Dette er 136 fødsler mindre, og en reduksjon på -1,4 % i forhold til i fjor.

Klinikken har lagt til grunn en forventet aktivitetsøkning i 2019 på 1,5 % (DRG) i forhold til prognose og 0,4 % i forhold til DRG-budsjett 2018.

Klinikken er i forbindelse med budsjett for 2019 netto tilført 6 mill. kr. i kostnadsramme sammenlignet med 2018. Gitt prognose med kostnadsavvik på 15,2 mill. kr. innebærer dette at klinikken må redusere kostnader med 9,2 mill. kr. i forhold til 2018, tilsvarende 1,6 % av utgiftsrammen for 2018.

Det er identifisert flere forhold uten særskilte tildelte midler, som øker utfordringsbildet ytterligere for klinikken i 2019. De største forholdene er økte varekostnader knyttet til økt aktivitet, medikamentkostnader til Angusta (registrert preparat til induksjoner som vil overta for uregistrert preparat), ledighold av stillinger i 2018 som nå er besatt, innføring av Metavision (andre sykehus har hatt store problemer og merarbeid knyttet til innføringen og den manglende integrasjonen mellom Partus og Metavision) og innføring av LIS 2-3. Samlet er dette forsiktig anslått til å kunne gi nye kostnader på 5 mill. kr i 2019. Samtidig har klinikken imidlertid andre inngående forhold som reduserer utfordringsbildet med ca. 2 mill. kr. (kompensasjon for inntektstap i 2018). Netto økning i utfordringsbildet som følge av disse forholdene er estimert til ca. 3 mill. kr.

Klinikken er tildelt 1 mill. kr. til å dekke kostnader for ekstra arbeid som følger trinn 2 av «Automatisk tildeling av fødselsnummer» til nyfødte, som innebærer merking av alle barn. Klinikken forutsetter at det tilføres ekstra midler til NIPT (Non-Invasiv Prenatal testing), når dette innføres i 2019.

Til sammen trenger dermed klinikken tiltak for ca. 12 mill. kr. (-2 %), for å nå budsjettbalanse i 2019. Dette kommer i tillegg til den planlagte aktivitetsøkningen på 1,5 %.

3. Status for utarbeidelse av tiltak

Ved tidspunkt for innlevering av budsjett har klinikken identifisert kostnadsreducerende tiltak i 2019 for 5 mill. kr. Klinikken mangler dermed fremdeles tiltak for ca. 7 mill. kr.

a. Klinikkenes forbedringsprogram – de viktigste aktivitetene

Klinikken nedsatte styringsgruppen for lokale forbedringsprogram i august. Det er allerede valgt ut fem prosjekter som klinikken skal fokusere på i 2019. For noen av områdene er arbeidet allerede startet. Prosjektledere er utpekt og prosjektmandater er under utarbeidelse. Disse skal vedtas i neste styringsgruppemøte som avholdes i begynnelsen av desember, samtidig som det nedsettes prosjektgrupper som ivaretar nødvendig involvering.

Tre av prosjektene som startes i klinikken i 2019 er oppfølging av sentrale forbedringsprosjekter. De utvalgte områdene er:

- Oppfølging av nivå-1 retningslinje for poliklinisk drift
- Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk
- Bedre innkrevingsrutiner (fakturering av egenandel, ikke-møtt, samt bruk av bankterminal)

Videre har klinikken valgt å fokusere på to lokale prosjekter:

- Kvalitetssikring av koding på fødeavdelingen
- Reduksjon i avvisning av kvinner i fødsel til andre HF

Forbedringsområder på lengre sikt – Økonomisk langtidsplan 2020 – 2024

Over tid vil mer av barselomsorgen kunne overføres til kommunene og bydelene. Dette vil kunne gi reduserte kostnader til barselhotell og reduksjon i bemannings-kostnader.

b. Tiltak som er innarbeidet i budsjett 2019

Det er innarbeidet kostnadsreducerende tiltak for ca. 5 mill. kr. hvorav 1,8 mill. kr er tiltak utenfor forbedringsprogrammet. Dette knytter seg til innkjøpsprosjektet som ble gjennomført i 2018, fakturering av lab aktivitet på androlab på RH og økt poliklinisk aktivitet ved reproduksjonsmedisinsk avdeling. Disse tiltakene ivaretas lokalt i avdelingene.

Type tiltak	Summer av Budsjettert øk. effekt	Summer av Budsjettert red. i årsverk	Summer av Budsjettert effekt DRG- poeng
Klinikkvise tiltak	1 640		293
Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk	2 830	1,60	
Bedre innkrevningsrutiner	100		
Effektivisering av operasjonsdriften			10
Redusere innkjøpsutgiftene	300		
Totalsum	4 870	1,60	303

4. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko (måloppnåelse/økonomi)

Det er lagt til grunn en relativt stor aktivitetsøkning fra 2018 til 2019. Plantall er i hovedsak basert på hovedalternativet til SSBs prognose med 1,3 % økning i antall fødsler i Oslo. Klinikken styrer imidlertid liten grad antall fødsler på sykehuset, og det ligger dermed en risiko som er lite styrbar for klinikken i det totale antall fødende i Oslo. Det er videre lagt til grunn en reduksjon i variabel lønn og innleie ifb. med bemanningsprosjektet. Dette bør være gjennomførbart, men det er alltid en risiko for at det inntreffer andre forhold som motvirker effekten av de tiltak som her iverksettes. KVI er spesielt bekymret for forholdene på føde og barsel på Rikshospitalet, som har hatt en stor økning i sitt belegg av ressurskrevende fødende og (små) barn med utvidet liggetid. I tillegg kommer innføringen av Metavision som har skapt store problemer ift pasientsikkerhet og samtidig forårsaket merarbeid på fødeavdelingene i andre helseforetak.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

KVI anser ikke at noen av tiltakene vil skade vårt omdømme eller vil føre til økt risiko ifb med pasientbehandling. Budsjettet forutsetter imidlertid økt aktivitet, og dermed økt belastning. Generelt er budsjettforutsetningene stramme. Noen av tiltakene forutsetter nye disponeringer av ressurser og pasientflyt enn tidligere (økt poliklinikk hos gynekologisk avdeling og flere keisersnitt på Rikshospitalet). Dette oppleves krevende for deler av personalgruppen, og kan påvirke arbeidsmiljøet negativt.

c. Tiltak for å redusere risiko

De største tiltakene blir kontinuerlig fulgt opp av styringsgruppa for forbedringsprogrammet i klinikken samt i månedlige oppfølgingsmøter mellom klinikkleder og avdelingene. Dersom det avdekkes behov for konkrete tiltak, vil risikoreducerende tiltak bli vurdert og iverksatt i henhold til behov.

5. Prosess og medvirkning

Kravet om medvirkning og involvering av TV, VO og ansatte er formidlet til ledere i organisasjonen. Det er på klinikknivå avholdt innledende møter med TV og VO, dialogmøter i forkant av første innlevering i september og endelig budsjett er drøftet med TV og diskutert i AMU 20/11-18.

Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon (KIT)

1. Oppsummering

Klinikken har en prognose for 2018 på -57,1 mill. kr. Forbedringskravet for 2019 er 20,0 mill. kr. Tildelt rammeøkning er 17,7 mill. kr., i tillegg til dette har klinikken fått godkjente bemanningsøkninger innen gastrokirurgi og forebyggende HIV-behandling med 8,7 mill. kr.

Aktivitet i klinikken i 2019 er planlagt med økning på 4 % i forhold til prognose 2018. Den store økningen skyldes uforklarlig lav transplantasjonsaktivitet i 2018 og som konsekvens en forutsatt økning innen dette området på 11 % for 2019. Planlagt økning innen de andre avdelingene er på 1 % til 1,5 %.

Klinikken har få tiltak for budsjett 2019 som innebærer reduksjon av årsverk.

Det er så langt identifisert tiltak for budsjett 2019 med helårseffekt på 5,0 mill. kr. Ledermøtevedtak om flytt av døgnaktivitet i urologi fra Aker til Ullevål med anslått innsparing 6,4 mill. kr. for KIT er ikke medtatt grunnet stor usikkerhet. Klinikken jobber videre med å identifisere tiltak gjennom det klinikkvise forbedringsprogrammet.

2. Klinikkenes økonomiske utfordringsbilde 2019

KIT har et stort underskudd per oktober og en prognose for 2018 på -57,1 mill. kr. Hovedårsaken til underskuddet er lavere aktivitet enn planlagt, særlig knyttet til transplantasjonsvirksomheten, men også merforbruk på personalkostnader og andre driftskostnader.

De foreløpige rammene til klinikken gir et krav om forbedring i KIT tilsvarende 20 mill. kr. Basert på rammefordeling i Oslo universitetssykehus HF har KIT fått økt sin utgiftsramme med 17,7 mill. kr. I tillegg til denne økningen ligger prioritering av bemanningsøkning til gastrokirurgiske sengeposter og legetjenesten Ullevål for å ivareta drift og pasientsikkerhet. Driften av prosjektet PreEksposisjonsProflakse (PrEP) for HIV-pasienter er for 2019 overført Oslo universitetssykehus HF etter å ha vært finansiert av Helsedirektoratet i to år. Samlet er disse to områdene økt med 8,7 mill. kr.

Klinikken planlegger en aktivitetsøkning sammenlignet med årets prognose på 4,0 % uten vesentlig økning i bemanning. Årsaken er en aktivitetsvekst på 11,1 % i Avdeling for transplantasjonsmedisin, som har uforklarlig lav aktivitet i 2018 grunnet liten organtilgang. Avdelingen er landets eneste senter for organtransplantasjon og ressursituasjonen har derfor vært holdt uendret og er dimensjonert for en høyere aktivitet. Aktivitetsøkningen for de andre avdelingene er moderat. Aktivitetsøkningen vil gi økte kostnader, spesielt knyttet til medikamenter og frakt. Ny robot på Aker gir også økte varekostnader og brukes av flere fagfelt enn tidligere. Klinikken har så langt kostnadsreducerende tiltak tilsvarende 2,2 mill.

kr. Økte eksterne inntekter grunnet bedre innkrevingsrutiner og økt poliklinikk er estimert til 2,8 mill. kr.

Klinikken har hatt flytt av døgnvirksomheten i urologi fra Aker til Ullevål som et tiltak i flere år. Dette er også vedtatt av ledermøtet Oslo universitetssykehus HF juni 2017 som del av «Prosjekt for tilstrekkelig behandlingsskapitet de neste 5-8 år». Helårseffekten av tiltaket er beregnet til 6,4 mill. kr. for KIT og har også gunstige effekter for andre klinikker, spesielt AKU og KRN. Effekten forklares ved kostnader til drift av akuttmottak, beredskap og vaktordninger på Aker. Vedtaket har ikke latt seg gjennomføre grunnet manglende tilgjengelig areal på Ullevål, og det er knyttet stor usikkerhet til om det vil la seg gjennomføre i 2019.

Klinikken estimerer utfordringen i budsjett 2019 med de foreløpige rammene til om lag 20 mill. kr.

3. Status for utarbeidelse av tiltak

a. Klinikkenes forbedringsprogram – beskriv de viktigste aktivitetene

Klinikken har valgt å organisere sitt forbedringsprogram med bred involvering av ledere på alle nivå samt tillitsvalgte og vernetjeneste. Programmet har en «bottom-up» tilnærming med stor vekt på lokale forslag. Prosjektene skal gjennomføres i tre bolker i løpet av to år, innen avgrensede områder og med en tidsfrist på noen måneder, men slik at flere prosjekter samlet kan gi forbedring og overføringseffekt innen et område.

Programmet er i oppstartsfasen og har 25 prosjekter på listen. Klinikken har ikke estimert mulig gevinst per prosjekt på nåværende tidspunkt. Gevinsten vil realiseres gradvis i løpet av perioden 2019-2020, men vi forventer at metodikken vil videreføres også etter dette i nye prosjekter.

b. Tiltak som er innarbeidet i budsjett 2019

Type tiltak	Totalt
Bedre innkrevningsrutiner	2 798
Begrense medikamentkostnadene	432
Klinikkvise tiltak	1 190
Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk	580
Totalsum	5 000

Aktivitetsvekst og Aker-flytt fremkommer ikke i denne tabellen

4. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko (måloppnåelse/økonomi)

Gjennomføring av en betydelig økt aktivitet uten tilsvarende økning i bemanning også i 2019 vil være krevende. Utfordringen vil ligge i å gjennomføre driftsendringer for å tilpasse drift til

større volum med sparsom økning i personalressurser. Tildeling av begrenset økning i bemanning i dette budsjettet gjør at det må være en særlig oppfølging av bruk av innleie og overtid. Det vil også være fortsatt fokus på utnyttelse av tilgjengelige operasjonsressurser.

Aktivetsprognosen er beheftet med stor usikkerhet, spesielt gjelder dette transplantasjonsaktiviteten som i sin helhet er avhengig av tilgang på organer.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Klinikkens økonomiske forutsetning i budsjettet gir en risiko for at det blir streng prioritering av nødvendige tiltak innen pasientbehandling og arbeidsmiljø. I prioriteringen må forsvarlig pasientbehandling sikres først.

Klinikkens største tiltak er økt aktivitet med svært begrenset økning i bemanning. Dette gjør det nødvendig med noe oppbemanning for å ivareta god pasientbehandling og et forsvarlig arbeidsmiljø. Økningen vil forutsette en god gjennomgang i enhetene med sikte på endring av arbeidsprosesser og risikoreducerende tiltak.

Flytt av urologi fra Aker vil innebære en flytteprosess med krevende omstilling av arbeidsforhold og miljø.

For gastrokirurgisk aktivitet på Ullevål har det vært nødvendig å styrke bemanningen i budsjett 2019. Dette forventes å gi en betydelig risikoreduksjon innen både pasientbehandling og arbeidsmiljø.

c. Tiltak for å redusere risiko

Budsjettarbeidet i klinikken har vært gjennomført med detaljerte gjennomganger på avdelings- og seksjonsnivå. Dette gir lederne eierforhold til budsjettet og dermed grunnlag for god budsjettstyring og forhold til eget forbruk. God lederoppfølging og regelmessige møter med drifts- og økonomirapportering mellom klinikken og avdelingene er et viktig verktøy for å følge driften tett. Det er også godt samarbeid og faste møtepunkter mellom tillitsvalgte, verneombud og klinikkledelse.

5. Prosess og medvirkning

Det skal arbeides lokalt på alle nivå med budsjettet og medarbeiderne skal involveres. Det har vært en løpende dialog med TV og VO i avdelingene rundt prosessen og de utfordringer klinikken må håndtere i 2019. Det har vært avholdt en budsjettsamling med N3-5 ledere og TV/VO og budsjettet har også vært regelmessig diskutert i uformelle dialogmøter på klinikknivå. Drøfting av budsjettet blir gjennomført etter Oslo universitetssykehus HF sine retningslinjer. I enkelte enheter er det rapportert om mangler når det gjelder involvering av ansatte og TV/VO, her vil klinikken følge opp og iverksette tiltak før neste budsjettprosess.

Kreftklinikken (KRE)

1. Oppsummering

Klinikken har en prognose for 2018, eksklusive kreftcytogenetikk, på -11 mill. kr. Forbedringskravet for 2019 er 26,4 mill. kr. Etter vurdering av aktivitetsvekst fra budsjett 2018 til budsjett 2019 på 1,3 % forutsettes 9 mill. kr. av forbedringskravet dekket gjennom aktivitetsvekst uten økt bemanning, mens 17,4 mill. kr. skal dekkes gjennom kostnadsreducerende tiltak.

Det er så langt identifisert tiltak for budsjett 2019 med helårseffekt på 21,7 mill. kr. Budsjettert effekt av tiltakene i 2019 er 18,4 mill. kr.

En del av klinikkens tiltak for budsjett 2019 innebærer reduksjon av årsverk. Samlet sett er det budsjettert 8,5 færre årsverk i 2018 enn i 2019 som følge av kapasitetstilpasninger. Omlegging av kliniske studier som så langt har vært regnskapsført i Inven2 medfører imidlertid en økning av interne årsverk i klinikken på om lag 40. Disse har tidligere vært ført som årsverk på øremerkede midler.

2. Klinikken økonomiske utfordringsbilde 2019

Kreftklinikken har en prognose for resultat i 2018 på +21,7 mill. kr. Hovedårsaken til en prognose i pluss er at takstene for laboratorieundersøkelser i kreftcytogenetikk er høyere enn budsjettert etter omlegging av det nasjonale takstsystemet for laboratorier. Samtidig har klinikken hatt en aktivitetsøkning i cytogenetikk på ca. 10 %. Klinikken prognose for driftsresultat eksklusive kreftcytogenetikk er -11 mill. kr. Inntektskravet for klinikken for kreftcytogenetikk økes tilsvarende merinntektene i 2018. Klinikken legger dermed til grunn at resultatet eksklusive cytogenetikk er uttrykk for klinikkens inngangsfart til 2019.

Legemidler utgjør en betydelig og økende andel av kostnadene i Kreftklinikken. Det er ventet at medikamentkostnadene vil øke i 2019. Dette som følge av beslutninger som er fattet i Beslutningsforum for nye metoder så langt i 2018 og kommende beslutninger 2019. I budsjettet for Oslo universitetssykehus HF er det for 2018 satt av en samlet sum til økte medikamentkostnader. De avsatte midlene er foreløpig ikke fordelt mellom klinikkene. Det er flere beslutninger som er fattet av Beslutningsforum som ventes å påvirke medikamentkostnadene i Kreftklinikken vesentlig. Klinikken vurdering basert på beslutninger i Beslutningsforum til og med oktober 2018, er at økte kostnader knyttet til nye medikamenter og nye indikasjoner, vil være om lag 17,5 mill. kr. i 2019.

3. Status for utarbeidelse av tiltak

a. Klinikken forbedringsprogram – beskriv de viktigste aktivitetene

Kreftklinikken forbedringsprogram for 2019-2023 er bredt anlagt med til sammen 19 prosjekter. I tillegg til de klinikkovergrepene prosjektene har klinikken etablert 9

klinikkspesifikke delprosjekter som spenner fra kapasitets- og driftsvurderinger i stråleterapi til bruk av kunstig intelligens i kreftomsorgen i Oslo universitetssykehus HF. Det er etablert en styringsgruppe for forbedringsprogrammet som består av klinikktilitsvalgte, klinikkverneombud samt klinikkens ledergruppe. Styringsgruppen skal ha månedlige møter.

På kort sikt har arbeidet i forbedringsprogrammet vært konsentrert om driftsforbedringer med effekt fra 2019. De viktigste områdene har vært sengeposter, stråleterapi og medikamentkostnader der det er definert forbedringstiltak for budsjett 2019.

På lengre sikt vil klinikken i forbedringsprogrammet arbeide med å forberede driftskonsepter og organisering før innflytting i nytt bygg på Radiumhospitalet fra 2023. Det vil også arbeides med å forbedre forløpstider, utvikle presisjonsmedisin, øke andelen pasienter som inngår i kliniske studier. Klinikken har også lagt inn et prosjekt for å avslutte behandling i rett tid for kreftpasienter. Dette er et langsiktig arbeid som forventes å ha betydning for kvaliteten og kostnadene i pasientbehandlingen i årene som kommer.

b. Tiltak som er innarbeidet i budsjett 2019

	Klinikk	Data
KRE		
Type tiltak	Beregnet helårseffekt	Årsprognose for effekt 2019
Bedre innkrevningsrutiner	300	300
Klinikkvise tiltak		
Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk	12 301	8 950
Redusere innkjøpsutgiftene	9 100	9 100
Totalsum	21 701	18 350

Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk

Den reduksjonen vi har sett i fremmøter til stråleterapi siden 2015 sammen med oppstart av nye maskiner både i 2018 og 2019, legger til rette for en kapasitetsreduksjon og en effektivisering av driften av stråleterapi. Etter en reduksjon i kapasitet i 2018, ved å redusere med ett kveldsskift (fire årsverk), er vurderingen at klinikken kan redusere antall linacer i drift fra 17 til 16 med en tilhørende ytterligere bemanningsreduksjon i stråleterapi.

Klinikken har en klar reduksjon av antall innleggelser og liggedøgn, spesielt på Radiumhospitalet. Utviklingen viser en reduksjon i antall innleggelser og liggedøgn både i 2017 og 2018. Overordnet er klinikkleders vurdering at dette er en dreining som skyldes overgang til poliklinikk/dagbehandling samt en mindre økning de siste årene av kreftinsidensen og lavere dødelighet av kreft. Klinikkens vurdering er at det er rom for å redusere antall senger på Radiumhospitalet med 10, fordelt med 4 senger i Avdeling for gynekologisk kreft og 6 senger i Avdeling for kreftbehandling. Det forventes at antall årsverk i sengepostene reduseres med et tilsvarende antall som sengene.

Klinikken har relativt lave utgifter til variabel lønn og har hatt en reduksjon både av innleie og overtid/ekstravakter. Klinikken ser dog at det er mulighet for en bedre koordinering og gjennom lavaktivitetsperioden som tilsier en ytterligere reduksjon av disse utgiftene (eks stråleterapi).

Bedre innkrevingsrutiner

Klinikken planlegger å utarbeide en retningslinje som slår fast at det skal kreves egenandeler også av pasienter som deltar i kliniske studier. Forventet effekt for klinikken er en økning i egenandelsinntekter på om lag 0,5 mill. kr. Det må også etableres bedre rutiner i klinikken for å fakturere Oslo kommune for utskrivningsklare pasienter.

Redusere innkjøpsutgiftene

Alle de tre kliniske avdelinger i klinikken har systematisk arbeidet for en hensiktsmessig arbeidsdeling innen medikamentell kreftbehandling med de andre helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF. I tråd med en betydelig kompetanse og kapasitetsøkning for medikamentell kreftbehandling i regionen, har pasientgrupper blitt overført til hjemsykehus. Klinikken forventer en fortsatt prisreduksjon ved å følge opp LIS-anbud for legemidler. Dette gjelder også for H-resepter der kostnadene fordeles til sykehuset i pasientens opptaksområde.

Avdeling for blodsykdommer har betydelige kostnader til søk og henting av stamceller fra utlandet. Spesielt stamceller fra USA er kostbare. Avdelingen setter i 2019 i gang en studie for såkalte haploidentiske givere. Denne omleggingen medfører at en større andel av pasientene kan få stamceller fra en slektning. Det antas at klinikken kan redusere kostnadene med om lag 4 mill. kr. som følge av denne omleggingen.

Det legges til grunn at en gjennomgang av klinikkens bruk av innkjøpsavtaler for forbruksmateriell mv. kan gi en mindre besparelse.

4. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

Gjennomføring av en moderat aktivitetsøkning sammen med en redusert bemanning i 2019 vil stille krav til forbedringer i klinikken. Klinikken mener imidlertid økningen er realistisk ut fra den kapasitetsreserven som er innenfor dagens bemanning og den effektiviseringen som er forventet ved å ta i bruk ny teknologi og nye teknikker. Gjennomføringen vil kreve ytterligere prosessforbedringer som stiller krav til omstillingsevne for klinikkens medarbeidere.

For stråleterapi har to nye maskiner på Radiumhospitalet fra mai 2018 lagt til rette for økt aktivitet innenfor dagens ressursbruk. Ytterligere en ny maskin vil være på plass på Radiumhospitalet i 2019 og en på Ullevål sykehus. De nye maskinene medfører større

fleksibilitet for avansert stråleterapi og derfor er muligheten til å fordele behandling mellom apparatene større. Trillingkonseptet med tre like maskiner, som vil bli etablert på Radiumhospitalet, er også driftsmessig svært robust. Ved planlagt eller uventet driftsstans kan behandling overføres til en av de to andre apparatene uten replanlegging eller forsinkelse i behandlingsopplegget.

For sengepostene planlegges det en kapasitetsreduksjon som medfører en liten økning i risiko for kapasitetsutfordringer. Ved tidspunktet for denne budsjettleveransen er det aktivitetsøkning i poliklinikk generelt og poliklinisk medikamentell behandling spesielt, som vurderes som mest krevende.

Klinikken har lagt inn estimat for forventet budsjettmessig effekt av nye medikamenter innført i 2017 og 2018. Det må forventes at det gjennom 2019 vil bli gjort beslutninger i Beslutningsforum som får økonomiske konsekvenser uten at omfang av dette er klart nå. En tydelig og hensiktsmessig oppgavedeling mellom helseforetakene vil sikre en fordeling av utgifter mellom sykehusene i Helse Sør-Øst.

På Radiumhospitalet vil det i 2019 foregå en rekke arealrokinger som følge av riving og ombygging, samtidig som aktiviteten etter planen skal opprettholdes gjennom hele perioden. Dette medfører en belastning på organisasjonen og enkeltmedarbeidere og utgjør en risiko for kapasiteten for pasientbehandling. I tillegg vil prosessene medføre en del ekstra utgifter ved at utstyr og inventar må erstattes eller anskaffes. Samlet sett øker prosessene på Radiumhospitalet den økonomiske risikoen for Kreftklinikken i 2019.

Fra mars 2019 innføres den nye spesialistutdanningen for leger i Oslo universitetssykehus HF. Kreftklinikken vil ha ansvar innen blodsykdommer, kreftbehandling og bryst- og endokrinkirurgi. Utdanningsreformen medfører økt belastning for overlegene i klinikken og det er usikkert hvordan reformen påvirker driften i klinikken. Klinikken tilføres ikke egne midler til gjennomføring av reformen. Klinikken vurderer imidlertid at vi vil måtte prioritere midler i 2019 til dette formålet.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Klinikkenes hovedtiltak for å håndtere forbedringskravet er økt aktivitet samt kapasitetsreduksjoner i sengeposter og stråleterapi. Så langt er dette ikke vurdert til å ha høy risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø. Det gjelder alle kjerneaktivitetene (kirurgi, stråleterapi og medikamentell kreftbehandling) samt gjennomføring av høyspesialisert behandling. Det er imidlertid nødvendig å gjøre løpende risikovurderinger i den videre gjennomføringen av budsjett og tiltak for klinikken og spesielt om aktivitetsutviklingen blir annerledes enn forutsatt i budsjettet.

5. Prosess og medvirkning

I henhold til budsjettsskriv nr. 1 har klinikken arbeidet for å forbedre medvirkning og involvering i budsjettprosessen på alle nivå i klinikken.

Klinikkledelsen har vært tydelig på at det forventes at budsjettansvarlige på laveste ledernivå gjennomfører møter med ansatte i egen avdeling som en del av behandling av budsjett 2019. På klinikknivå har budsjett 2019 vært fast punkt på informasjons- og dialogmøtene, og blitt fulgt opp fortløpende i andre møtearenaer som ledermøter, stabsmøter, klinikk- AMU og HR-Administrasjonsmøter.

Det har og vært avholdt et eget budsjettseminar med ledere på alle nivå, samt tillitsvalgt og verneombud på klinikknivå.

Klinikken avholdt drøftingsmøte vedrørende budsjettleveransen 15. november 2018. På drøftingsmøtet uttrykte de tillitsvalgte en særlig bekymring knyttet til konsekvensene av å redusere antall senger på Radiumhospitalet. Klinikkledelsen tar innspillene til etterretning, men henviser til de vurderingene som ligger til grunn og behovet for å tilpasse antall senger i forhold til aktivitetsendringer, beleggsprosent og liggedøgn. For øvrige innspill fra tillitsvalgte henvises det til protokoll fra drøftingsmøtet.

Budsjett 2019 for Kreftklinikken vil bli behandlet i AMU KRE den 30. november 2018.

Hjerte-, lunge- og karklinikken (HLK)

1. Oppsummering

Akkumulert regnskapsresultat for Hjerte-Lunge og karklinikken (HLK) pr. oktober 2018 er minus 47 mill. kr. Prognosen for HLK er ved budsjettleveransen estimert til minus 52 mill. kr. Klinikken har tiltak for 28 mill. kr. som representerer ca. 2,5 % effektivisering av driften i 2018. For å kunne drifte med et balansert budsjett i 2019 har derfor klinikken behov for tilført kostnadsramme knyttet til endret og mer kostnadskrevende drift i 2019, samt fortsette å jobbe med etablerte forbedringsprosjekter i HLK.

Klinikkens utfordringsbilde etter en innarbeidet produktivetsvekt på 2,5 % er vesentlig, og beregnet til å utgjøre en negativ prognose på minus 15 mill. kr. for 2019-resultatet. Dette er basert på en endret og dyrere pasientbehandling innenfor invasiv kardiologi.

Avviket på -52 mill. kr. skyldes i stor grad et lavere antall transplantasjoner og redusert bruk av annen høykostmedisin som Impella og LVAD.

En annen viktig årsak er at pasientbehandlingen i klinikken i 2018 har endret karakter raskere enn forventet. Tilbudet til pasienter med aortastenose som trenger TAVI-behandling er vesentlig økt i 2018. Dette har vært nødvendig for å svare på nye behov i samfunnet som følge av den medisinske utviklingen. Klinikken ligger an til å gjøre 100 flere TAVI enn planlagt i budsjettåret 2018, og dette fortsetter å øke inn i 2019. En viktig faktor til det negative avviket på 2018-budsjettet er at TAVI-behandling har gått på bekostning av utførte PCI-prosedyrer (som er mer kostnadseffektive og gir bedre inntjening).

TAVI-behandling er mer kostnadskrevende enn den alternative behandling som er åpen kirurgi. Dette skyldes i stor grad implantatkostnaden som for TAVI er 160.000,- eks mva, samt økt bemanning ved de kardiologiske laboratoriene. Selv om TAVI-behandling er resurskrevende for sykehuset, er den i utgangspunktet kostnadseffektiv for samfunnet fordi pasientens rekonvalesens er vesentlig kortere enn ved åpen kirurgi.

2. Klinikken økonomiske utfordringsbilde 2019

HLK har fra oktober 2018 gradvis tatt over pasienter fra Landsforeningen for hjerte og lungesyke (LHL klinikken). Antall pasienter fra LHL i 2019 er estimert til 200 til åpen hjertekirurgi, og 100 til TAVI-behandling. Dette er estimater som er basert på 2017 aktivitet ved LHL med korreksjon for forventede endringer i henvisningspraksis og terapivalg. I tillegg til pasienter fra LHL, estimerer klinikken en videre økning av TAVI-pasienter utover nivået fra LHL.

Utfordringsbildet for klinikken er preget av noe usikkerhet knyttet til antall pasienter fra LHL til hjertekirurgi og TAVI. Det ligger an til at en del pasienter som ville vært operert ved LHL, vil få gjort TAVI ved Oslo universitetssykehus HF. Dette øker kostnadene ved overføring av

pasienter fra LHL til Oslo universitetssykehus HF. For å løse oppgaven med mottak av LHL-pasientene på en god måte forutsettes service fra Akuttklinikken. Særlig viktig er god tilgang til operasjonsstuer tidlig i uken slik at man unngår de høye bemanningskostnadene som følger av operasjon sent i uken. Hjertekirurgi torsdag/fredag innebærer to ganger så høy bemanningsvekst på sengeposten sammenlignet med at operasjonene gjøres tidlig i uken. Sykehuset bør etterstrebe å frigjøre operasjonskapasitet for kirurgi tidlig i uken, slik at nyopererte hjertepasienter ikke blir liggende i helgen.”

3. Status for utarbeidelse av tiltak

Klinikken har hatt en prosess omkring etablering av forbedringsprogram i klinikken. Alle prosjektene fikk et mandat med fokus på prosess, god logistikk og økonomi. Hovedsakelig har det vært seksjonsledere som har ledet prosjektene. Seksjonsledere som prosjektledere er viktig for å sikre god forankring i klinikken, samt kvalitet i forbedringene og gjennomføringen.

Prosjektledere har løpende rapportert om prosjektet i klinikkens ledermøte. Det er viktig at prosjektene ikke stopper opp i forbindelse med budsjettleveransen for 2019, men fortsetter inn i driftsåret 2019, Økonomisk langtidsplan 2020-2014. Alle prosjektene knytter seg til løpende drift, og det er derfor viktig at driften og tiltakene evalueres og at fokus opprettholdes igjennom hele året.

Klinikkens etablerte forbedringsprogram er følgende:

1. Lettpost/dagbehandling
2. Reduserte skiftetider ved operasjon
3. Bedre driftsplanlegging og pasientløp
4. Fraværplanlegging leger/bruk av vakansvakter
5. Kompetanseoppbygging for at sykepleiere skal jobbe på tvers i klinikken
6. Turnus/felles vaktskiftetider/mellomvakter

I tillegg har klinikken hatt to prosjekter som har fokusert på planlegging av overtakelse av pasienter fra LHL. Et prosjekt er knyttet til TAVI-pasienter og et til åpen hjertekirurgi. Dette for å sikre en godt planlagt overtakelse av pasientgrunnet. Prosjektene har fokusert på investeringsbehov, bemanningsbehov i HLK samt i serviceklinikker, først og fremst Akuttklinikken.

Klinikken har tiltak for ca. 2,5 % dvs. ca. -28 mill. kr., men fortsetter kontinuerlig å jobbe med driftsforbedrende tiltak.

4. Risikovurdering

Hvert enkelt tiltak er risikovurdert av avdelingsleder og seksjonsleder som eier tiltaket. Ingen av tiltakene som klinikken skisserer vil i utgangspunktet være vesentlig en risiko for pasientbehandling, omdømme eller arbeidsmiljøet, men noen av tiltakene krever at det

arbeides med risikoreducerende tiltak ved implementering av tiltakene. Det forventes av andre regionssykehus at HLK tar hånd om komplekse pasienter både fra eget og andres opptaksområde. Ivaretagelse av denne forventede oppgaven er meget krevende på grunn av begrensede areal-, økonomi- og personalressurser. Sykehusets omdømme og gode rennomme' er basert på en velfungerende «bakvaksordning» for hele landet.

En vellykket overtakelse av pasienter fra LHL er avhengig av operasjonsstuekapasitet og lab tilgang.

I tillegg er klinikken avhengig av at LHL fortsetter å utrede hjertepasienter med den samme gode kvaliteten på utredningen som tidligere. HLK har ikke kapasitet til å utrede alle pasientene innenfor det utvidede opptaksområdet innenfor dagens etablerte kapasitet.

5. Prosess og medvirkning

Klinikken startet i forbindelse med budsjettleveransen med et budsjettseminar 11. mai 2018, samt oppfølgingsseminar den 31. august 2018 og 7. november 2018, med fokus på drift, tiltak og brukermedvirkning. Budsjettseminaret var for alle ledere på nivå 3,4 og 5, klinikkens brukerrepresentanter, samt tillitsvalgte og verneombud på klinikknivå. I seminaret ble sykehusets økonomiske utfordring presentert, samt forslag til effektivisering av drift innenfor hver avdeling. I budsjettprosessen 2019 har hovedfokus vært å få den enkelte leder til å gå igjennom og jobbe med eksisterende drift knyttet opp mot de etablerte forbedringsprosjekter i klinikken.

Alle avdelingsledere jobber med forslag til tiltak knyttet til klinikkens etablerte forbedringsprogram. Det har vært stort fokus og krav til involvering av ledere på alle nivå.

Klinikkens økonomi og skisserte budsjettendringer er drøftet med tillitsvalgte og verneombud i møte den 17. november 2018. Det er laget drøftingsprotokoll basert på drøftingsmøtet.

Akuttlinikken (AKU)

1. Oppsummering

Tall i TNOK	Akuttlinikken		
Prognose underskudd 2018	-20 000		
Kompensasjon for underskudd 2018	20 000		
Produktivitetskrav 2019 (2,5%)	-40 000		
Økonomisk utfordring 2019 før tiltak	-40 000		
Tiltak 2019	31 560		
Gjenværende økonomisk utfordring 2019	-8 440		
	Prognose 2018	Budsjett 2019	Endring (%)
DRG-aktivitet Smerteavdelingen	700	710	1,5 %
Brutto årsverk (internfinansierte)	1818	1818	0,0 %

2. Klinikens økonomiske utfordringsbilde 2019

Akuttlinikken (AKU) har et underskudd på kr 20 mill. kr. som resultatprognose for 2018. Underskuddet skyldes i hovedsak merforbruk på innleie fra vikarbyrå og merforbruk på lønnskostnader.

I budsjett 2019 har AKU fått en tildeling på kr 20 mill. kr. for dekning av underskudd i 2018.

AKU har fått et produktivitetskrav på 2,5 %, som i sin helhet skal dekkes av kostnadsbesparende tiltak. Det utgjør kr 40 mill. kr. Klinikken har delt ut produktivitetskrav til alle avdelingene, og de avdelingene som har underskudd i 2018 har fått et høyere produktivitetskrav.

Klinikken har tiltak for ca. kr 31,5 mill. kr. i budsjett 2019. Den gjenværende økonomiske utfordringen er på ca. kr 8,5 mill. kr. gitt at klinikk oppnår 100 % tiltaksoppnåelse. Klinikken har derfor ikke tilstrekkelig antall tiltak, og avdelingene skal alene og sammen med klinikkens forbedringsprogram jobbe for å identifisere og implementere nye tiltak.

Det er flere nye forhold som påvirker klinikkens drift i 2019. AKU har fått finansiering for følgende forhold:

- **Øyeblikkelig hjelp Ullevål:** Dagens øyeblikkelighjelp håndtering av operasjoner på Sentral Operasjon på US er ikke forsvarlig. Det har kommet vesentlige avvik på spesielt KITs gastropasienter, som må vente for lenge på ø-hjelp operasjoner. AKUs bemanningssituasjon er en vesentlig flaskehals her. AKU må styrke mellomvaktene på hverdager og helg for operasjonsspl og anestesipl, samt styrke PO hele døgnet hele uken. Til sammen 11,5 årsverk. Ressursforsterkningene planlegges innført i en

tiltaksplan der klinikken adresserer en rekke supplerende tiltak (effektiv kommunikasjon/samarbeid/standardisering etc.) som øker total effekt.

- **Hybridstuer IVS:** Våren 2018 ble to hybridstuer hos Intervensjonscenteret ferdigstilt, og i den forbindelse har Intervensjonscenteret fått lov til å bemanne opp med 3 årsverk. Disse stillingene vil ha helårseffekt i 2019.
- **LHL:** LHL-sykehuset (Feiring) overfører ca. 200 åpne hjerteoperasjoner og ca. 70 TAVI til Oslo universitetssykehus HF. Medfører behov for oppbemanning av 6,7 årsverk i AKU, samt investeringsmidler til innredning av operasjonsstue hos IVS.
- **Trombektomier:** For å håndtere trombektomier uten at det skal gå vesentlig ut over Nevroklinikkens elektive operasjonsprogram, må AKU oppbemanne med 1,35 årsverk.

Etablering av Oslo hjerneslagscenter, med en dør inn, vil medføre at ca. 1500 pasienter overføres fra Lovisenberg og Diakonhjemmet til Oslo universitetssykehus HF. Dette medfører behov for oppbemanning hos Akuttmottak US i AKU. Oslo universitetssykehus HF har behov for å bruke mer tid til å vurdere alle klinikkens kostnader i denne saken, slik at budsjettmidler er foreløpig plassert sentralt i Oslo universitetssykehus HF og ikke delt ut til involverte klinikker.

Det er en omforent forståelse at den nye modellen for LIS-utdanningen blir mer ressurskrevende med tanke på drift, kostnader og årsverk. Dels gjennom at LIS i større grad skal ha supervisjon og veiledning og dermed være noe mindre «produktive» under sin utdanning, dels at utdanningssystemet vil kreve mer formalisert tid av overlegene. Status nå er at den nye LIS-utdanningen må klinikken håndtere innenfor dagens budsjettammer.

3. Status for utarbeidelse av tiltak

a. Klinikkenes forbedringsprogram – beskriv de viktigste aktivitetene

Alle klinikkene har fått i oppdrag å etablere forbedringsprogram. I august hadde klinikkens ledergruppe ledersamling hvor forbedringsprosjekter var hovedtema. I september ble mandatet til forbedringsprogrammet vedtatt.

Lønn og innleie står for til sammen hele 88 % av klinikkens kostnader. AKUs forbedringsprogram har derfor som hovedfokus å se på tiltak som kan redusere og/eller bedre utnytte disse bemanningskostnadene. I tillegg ser AKU på tiltak på optimalisering av pasient- og informasjonsflyt for bl.a. reduksjon av liggetid og mindre sløsing av medarbeidernes tidsbruk.

Pt har AKU etablert følgende ni forbedringsprosjekter:

1. Kommunikasjon, samhandling og ressursstyring på vakttid US
2. Forbedret drift på gastro dagkirurgi Aker
3. Anestesi uteaktivitet RAD
4. Samarbeid postoperativ- og anesthesisykepleiere Aker
5. Optimal ressursutnyttelse av personell ved Postoperativ/Intensivavdelingen RH ved helg og høytid
6. Masterutdanning
7. Bytte ut innleie fra vikarbyrå med timebetalte vikarer hos Postoperativ/Intensivavdelingen ved hjelp av OSS Personalformidling
8. Akuttinntak har behov for hjelp til klargjøring av rom
9. Postoperativ flyt

De fleste prosjektene vil ha gjennomført sine utredninger i løpet av våren 2019. Pt er det vanskelig å vite den økonomiske effekten av disse prosjektene i 2019. I tiltakslisten for 2019 har vi lagt inn innsparing på kr 0,5 mill. kr. som gjelder forbedringsprogrammet. På lengre sikt forventer AKU vesentlig høyere innsparingsbeløp som følge av klinikkens forbedringsprogram.

b. Tiltak som er innarbeidet i budsjett 2019

AKUs aktivitet tilfaller DRG-messig i hovedsak de somatiske klinikkene. Smerteavdelingen har dog DRG-aktivitet som tilfaller AKU. Smerteavdelingen ligger an til ca. 19 % høyere aktivitet enn plan i 2018. Avdelingen ser at det er mulig å øke aktiviteten med 5-10 % p.a. gitt at de får tilført flere ressurser. Det er dog ikke budsjettmidler til oppbemanning, slik at klinikken planlegger at avdelingen øker aktiviteten med ca. 1,5 % fra 2018 til 2019 uten bemanningsøkning.

Samlet har AKU tiltak for ca. kr 31,5 mill. kr. De vesentligste tiltaksområdene følger her:

Type tiltak (tall i TNOK)	Økonomisk Reduksjon i	
	effekt	årsverk
Klinikkvise tiltak	1 265	0,2
Lønnsomme investeringer	335	
Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk	27 425	12,9
Redusere innkjøpsutgiftene	2 535	
Totalsum	31 560	13,1

- **Reduksjon av innleie fra vikarbyrå**

PO/Intensivavdelingen, Operasjonsavdelingen, Avdeling for anesthesisykepleie og Intervensjonscenteret har samlet meldt inn tiltak for reduksjon av innleie fra vikarbyrå på ca. kr 15 mill. kr. PO/Intensivavdelingen planlegger å oppnå innsparing her gjennom samarbeid med Personalformidling og på tvers av alle seksjoner. De ansatte fra vikarbyrå blir heller leid inn som timelønnede. I tillegg vil det i 2019 være flere i videreutdanning (kull 3 deltid) som

vil redusere innleie i helg når de er lært opp. Operasjonsavdelingen skal redusere innleie ved å redusere sykefravær, samt beholde og rekruttere operasjonssykepleiere.

- **Reduksjon av lønnskostnader**

Samlet melder avdelingene inn tiltak på reduksjon av lønnskostnader på ca. kr 13 mill. kr. PO/Intensivavdelingen skal spare ca. kr 6 mill. kr. ved å holde ledig stillinger, redusere variabel lønn og redusere nattbemanning ved samarbeid med Avdeling for anestesisykepleie. Sterilavdelingen skal til sammen spare ca. kr 2 mill. kr. ved reduksjon i sykefravær og mindre bruk av variabel lønn i forbindelse med ombygningene på Rikshospitalet. Avdeling for anesthesiologi vil spare ca. kr 2 mill. kr. når overleger pensjonerer seg og erstattes med nyansatte med lavere lønn. De andre avdelingene har hovedsakelig ledigholdelse av stillinger som tiltak her.

- **Reduksjon av varekostnader**

Til sammen melder avdelingene tiltak på reduksjon av varekostnader på kr 2,5 mill. kr. Avdeling for anesthesiologi har fått en tredobling av prisen på medikamentet Curacit, og jobber nå med alternativ løsning, som kan gi en innsparing på rundt kr 1,6 mill. kr. Avdeling for anestesisykepleiemelder tiltak på reduksjon av varekostnader på kr 0,5 mill. kr. ved standardisering av utstyr i tett samarbeid med Avdeling for anesthesiologi. Akuttmottaket har flere tiltak på reduksjon av varekostnader (f.eks. bedret innkjøpsrutiner), som samlet utgjør kr 0,4 mill. kr.

4. Risikovurdering

Budsjettet for Akuttklinikken har som forutsetning at all økning i operativ drift i hovedsak skjer ved effektivisering og at håndtering av øyeblikkelig hjelp er om lag på uendret nivå. Det er en tydelig risiko i budsjettet dersom intensivvirksomheten øker eller at det settes større krav til aktivitet i Oslo universitetssykehus HF enn det som ligger i budsjettforutsetningene.

a. Gjennomføringsrisiko (måloppnåelse/økonomi)

Det knytter seg størst risiko til tiltakene innenfor reduksjon av innleie fra vikarbyrå og reduksjon av lønnskostnader.

- **Reduksjon av innleie fra vikarbyrå**

Det er vesentlig risiko knyttet til om Operasjonsavdelingen og PO/Intensivavdelingen får tak i nyansatte med rett kompetanse, da det er hard konkurranse om å rekruttere. Økt operasjonsaktivitet vil kunne innebære økning av innleie fra vikarbyrå for å håndtere aktivitetsøkning inntil rekruttering og kompetanseopplæring av nye faste ansatte er ferdigstilt. PO/Intensivavdelingen er også avhengig av å få tak i nok timelønnede vikarer, som kan erstatte dyre fakturaer fra vikarbyrå. Både Operasjonsavdelingen og PO/Intensivavdelingen er avhengig av positiv utvikling i sykefravær for å redusere innleie fra vikarbyrå betraktelig.

- **Reduksjon av lønnskostnader**

Dersom problemene med ombygning av sterilseksjonen på RH fortsetter langt inn i 2019, vil potensialet for reduksjon i variabel lønn hos Sterilavdelingen minskes. Noen av bemanningsendringene som gjennomføres i Operasjonsavdelingen (f.eks. ny arbeidstid på RAD og reduksjon i nattberedskap fra tre til to operasjonssykepleiere tilstede på Rikshospitalet) er omdiskutert og kan sette avdelingen og seksjonene i et dårlig lys. Det kan igjen skape rekrutteringsproblemer.

- 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 de tiltakene som foreslås bør heller ha store konsekvenser for sykehusets omdømme.

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 klinikken anser derfor dette som lite sannsynlig. AKU har et forbedringsprosjekt hvor klinikken skal bytte ut innleie fra vikarbyrå med timelønnede. Ved å etablere en slik ordning der klinikken har uforutsigbar og varierende aktivitet, kan det være risiko for AML-brudd. Økt aktivitet fører til flere arbeidsoppgaver og økt arbeidspress, og kan dermed påvirke arbeidsmiljøet.

Klinikkens erfaring er imidlertid at prosesser der medarbeidere og ledere sammen yter en innsats for å 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.

Den viktigste ressursen i klinikken er de ansattes kompetanse. Det foreslås ingen tiltak i budsjettet som reduserer tilgjengelige midler til forskning, utvikling, 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 2019. Det er viktig å legge til rette for kurs og kompetanseutvikling også for de erfarne ansatte, og ikke bare for de nyansatte. Kurs og kompetanseutvikling krever god planlegging fra ledernes side. Klinikken er sårbar dersom flere erfarne ansatte enn normalt slutter i 2019.

- c. Tiltak for å redusere risiko**

God ledelse og styring av bemanningsressursene er viktige tiltak for løpende å redusere risiko. Endringsprosesser må være basert på grundige analyser av dagens nåsituasjon, se på ulike løsningsforslag med gode risikovurderinger, og ha god involvering av interessentene.

5. Prosess og medvirkning

Økonomienheten i klinikken har hatt gjennomgang av budsjettprosessen og produktivetskravene med alle avdelingslederne og de fleste seksjonslederne. Den samme gjennomgangen har klinikktilitsvalgte og klinikkverneombud fått. De fleste avdelingene har gjennomført møter med tillitsvalgte og verneombud der budsjett har vært tema. Møtene er referatført. På seksjonsnivå har involveringen av de tillitsvalgte, verneombud og ansatte vært noe mer variabel. Klinikken gjennomførte drøftingsmøte om budsjett 2019 med tillitsvalgte og verneombud 15.nov 2018. Samme dag ble også budsjett 2019 behandlet i klinikkens AMU.

Prehospital klinikk (PRE)

1. Oppsummering

Prehospital klinikk har en utfordring på 7 mill. kr. inn i 2019 i tillegg til et effektiviseringskrav på 13,8 mill. kr., hvor pasientreiser er holdt utenfor kravet. Det gir en total utfordring på 20,8 mill. kr. i 2019. Utfordringen er håndtert med 15,9 mill. kr. i tiltak, forskjøvet oppstart av vekst i 2019 på 1,7 mill. kr. og restutfordringen er håndtert ved å holde igjen 3,2 mill. kr. av vekstmidler. Klinikken forventer å gå i balanse i 2019 og mener det er et realistisk budsjett ut ifra kostnadsbildet for 2019. Tiltakene gjelder i stor grad innføring av nye IKT-systemer for bedre ressursutnyttelse og bedre støtteverktøy for ansatte i tillegg til videre arbeid med samarbeidet mellom avdelingene i klinikken.

Prehospital overtar ansvar før Glåmdalen for AMK, Pasientreiser og Ambulanse. Her kan det merkes at området overføres uten behov for flere ansatte på Pasientreiser eller AMK. Dette håndteres innenfor allerede planlagt bemanning.

2018 har hatt en stor vekst innen ambulanseoppdrag og antall 113 telefoner til AMK. Pr oktober er veksten på 7,3 % i antall ambulanseoppdrag og 11,3 % for antall 113 telefoner. Veksten har blitt håndtert og responstider og svartider er opprettholdt og til og med noe forbedret. Veksten har blitt dekket med ressurser utover dagens bemanning ved å benytte variabel lønn. AMK har hatt problemer med å dekke opp vakter store deler av året, som følge av dårlig planlagt turnus. Dette ga utslag i høy bruk av sommeravtaler. Aktivitetsnivået for 2019 er et usikkerhetsmoment.

2. Klinikkenes økonomiske utfordringsbilde 2019

Klinikken forventer ett underskudd på 5 mill. kr. i 2018. Årets resultat justert for engangshendelser eller forhold som tilhører tidligere år gir en utfordring inn i 2019 på ca. 9 mill. kr. Dette skyldes bl.a. eldre trekk på pasientreiser som er blitt avklart i 2018. Det er arbeidet med hyppigere rutiner og kortere etterslepet på uavklarte trekk, så det forventes liten resultatrisiko inn i 2019 tilknyttet dette.

Det har også vært forsinket oppstart på tiltakene til klinikken i 2018. Fakturering av utlandspasienter er igangsatt fire måneder forsinket, her forventes det full effekt i 2019. Bemanningspool er ikke igangsatt, men ansettelse er under arbeid og det forventes at dette er i drift på starten av nyåret og vil settes opp som tiltak for 2019.

Klinikken har fått tilført midler til vekst i 2019 på 20 mill. kr. for å opprettholde svartider i AMK og responstidene til ambulanse. Disse midlene er fordelt til bemanning av ny syke transport, oppbemanning i AMK på kveld/natt med en medisinsk operatør og kompensert underskuddet til ambulanse hvor dekningen av årets aktivitetsvekst er håndtert, i tillegg tilføres avdelingen midler for å endre åpningstiden. Dermed tilføres ambulanse

midler tilsvarende 6 stillinger, hvor de resterende er brukt i inneværende år for å håndtere veksten. Så her ligger det en forventning til effektivisering for halvparten av midlene

Det er forventet et realistisk budsjett inn i 2019. Gitt forutsetningene om kostnadsbildet i 2019, noe usikkerhet rundt kostnadsnivået ved overtakelse av Glåmdalen og aktivitetsveksten for neste år. Usikkerhet rundt hvor mye variabel lønn som kan reduseres selv om det tilføres stillinger. Dette vil kreve endringer i hvordan klinikken jobber og krever mer helhetlig tankegang.

3. Status for utarbeidelse av tiltak

a. Klinikkenes forbedringsprogram – beskriv de viktigste aktivitetene

Klinikken har vært unntatt dette arbeidet i 2018, men klinikken arbeider kontinuerlig med forbedring.

Det er flere pågående prosesser med oppgradering av eksisterende og implementering av nye IKT tjenester i klinikken. Det pågår et nasjonalt prosjekt i regi av Helse Vest for nye IKT tjenester for prehospitale tjenester. I tillegg foregår det flere nasjonale, regionale og lokale prosjekter som vil bidra til bedre prehospitale tjenester. Pasientreiser er inne i forskjellige prosjekter og arbeider med å optimalisere driften ved å gå fra manuell planlegging til IT-systemer som kan pakke turene best mulig. I tillegg benyttes det i AMK et program utviklet av egne ansatte som avlaster arbeidet for den enkelte operatør i AMK og hjelper med å holde styr på ledige ressurser og pauseavvikling mm, her arbeides med videre utvikling for å kunne gi mer beslutningsstøtte til de ansatte. Det arbeides også med å etablere egne rapporter og data i LIS-serveren til sykehuset, som vil gi nødvendig styringsinformasjon og mulighet til å bedre sammenheng mellom aktivitet og bemanning.

b. Tiltak som er innarbeidet i budsjett 2019

På bakgrunn av innføring av nye systemer ligger det en forventning om bedre ressursutnyttelse og bedre støtteverktøy for ansatte. Med prediksjonsverktøy vil klinikken enklere kunne se hvordan ressursene utnyttes mest mulig og til hvilken tid. Det vil også være mulig å kjøre simuleringer på alt fra tunnelstegning til endret pasientstrøm.

#	Tiltak	MNOK
1	Innføring IT-system Pasientreiser (reduerte driftskostnader)	5,0
2	Bedre samarbeid og planlegging (reduert overtid og sommeravtaler)	8,4
3	Bemanningspool	1,5
4	Økt fakturering utlandspasienter	1,0

Innføring IT-systemer går på bedre utnyttelse av timesbiler hos Pasientreiser, som gjør at det er færrest mulig biler som kjører turer tomme turer. Her er det et stort potensiale for å

reduere driftskostnadene og tillegg redusere manuelt arbeid for ansatte som jobber med planlegging. Dette tiltaket avhenger av at klinikken får innført TransCare, som er planlagt anskaffet i løpet av høsten.

Bedre samarbeid og planlegging går i hovedsak på kostnadsbildet i 2018 og forventning om effektivisering i forhold til dette. Her spiller samarbeid mellom avdelingene en viktig rolle, for å utnytte ledigkapasitet på riktig sted til riktig tid. Pasientreiser skal nå inn i AMK ifbm prosjektet for å overta bestillinger på syketransporter (mørkegrønne turer). Legene i AMK er nå også inne i sentralen. Ambulanse er kompensert underskuddet for 2018 hvor kostnaden tilknyttet veksten i 2018 er, dette tilsvarer ca. seks stillinger, avdelingen er i tillegg tildelt midler for seks stillinger. Så dette fordrer en effektivisering av drift da halvparten av midlene allerede er brukt.

Bemanningspool er i startfasen. Etter noen forsinkelser er det forventet oppstart rett etter nyttår. Her forventest det at dette vil gi mer forutsigbar drift for å ta unna ledige vakter i ambulanse uten at disse bemannes med overtid.

Økt fakturering av utlandspasienter som nå registreres med nettbrett, økt opplæring og mer fokus på registrering, pga. forsinket oppstart i år er det forventet at sommeren neste år vil gi høyere inntekter enn i år.

4. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko (måloppnåelse/økonomi)

Det er få overordnende tiltak i klinikken som er enkle å følge opp. Dette vil bidra til bedre muligheten for gjennomføring av tiltakene og for å hente ut en potensiell effekt. Er noe usikkerhet rundt effekt av bemanningspool, men med annet fravær på 14 % er det stort potensiale for å redusere overtid og gi mer fleksibel drift. Ikke endelig avklart at TransCare innføres i Pasientreiser. Desto tidligere dette blir avklart desto tidligere kan det gjøres avtaler om flere timesbiler for å unytte den kapasiteten best mulig.

Det er dårlig sammenligningsgrunnlag for utlandspasienter, men det er en forventning om at det fortsatt er et potensiale her, blir enklere å måle når nettbrettene har vært i drift igjennom et helt år. Da spesielt i ferieperiodene hvor det er stor andel turister.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

De foreslåtte tiltakene skal ikke påvirke pasientbehandling eller omdømme. Dette er tiltak som kan være med å styrke pasientbehandlingen ved å ha en mer stabil bemanning, bedre ressursstyring vil gjøre at personell og biler er tilstede når behovet er der. Det samme gjelder bedre samarbeid internt, som kan gi en mer robust tjeneste.

Effektivisering av aktivitetsvekst, ved å ta vekst uten å øke bemanningen tilsvarende kan være problematisk. Flåtestyring og beslutningsstøtte er verktøy som det arbeides med i

klinikken og vil være med på danne beslutningsgrunnlag og kunne gi bedre pasientbehandling

c. Tiltak for å redusere risiko

Forankring i lederlinjen og definerte målsetninger før igangsetting av prosjekt/tiltak.

5. Prosess og medvirkning

Har informert tillitsvalgte og verneombud i dialogmøte om arbeid med tiltak og utfordringen til klinikken. Økonomi har formidlet hva utfordringen til klinikken er i Ledergruppa. Det har vært holdt drøftingsmøte med tillitsvalgte og verneombud i forkant av budsjettleveranse 2, hvor tillitsvalgte og verneombud har mulighet til å komme med innspill og evt. protokolltilførsler som legges ved leveransen. Informasjon videre ut i avdelingene er et lederansvar. Ledere informerer sine ansatte i sine linjer om budsjett og utfordringen til klinikken og den enkelte avdeling.

Klinikk for laboratoriemedisin (KLM)

1. Oppsummering

Oppsummering av økonomisk utfordring, tiltak, aktivitet og årsverk for 2019 sett ifht 2018.

Budsjett	i tusen kroner
2,5 % produktivetskrav jfr. budsjettskriv 1	26 033
Prognose underskudd 2018	0
Totalt krav til tiltak	26 033
Tiltak KLM (minus Avdeling for rettsmedisin pga egen øremerket ramme)	30 965
Restutfordring	-4 932

Månedsværk drift	B2018	B2019
Månedsværk månedslønnede	1 311	1 324
Månedsværk variabelønnede	35	36
- herav overtid	0	13
- herav ekstrahjelp	0	21
Brutto månedsværk	1 346	1 359

Endring i brutto årsverk skyldes tre nye stillinger knyttet til HPV. Øvrige ti brutto årsverk skyldes endringer i vikarer, variabel lønn og retting av feil budsjettering i en avdeling for 2018.

2. Klinikkenes økonomiske utfordringsbilde 2019

Klinikk for laboratoriemedisin har en prognose for 2018 i balanse, både med tanke på økonomisk resultat og antall årsverk. Kostnadssiden er imidlertid negativ, men veies opp av positive inntektsavvik grunnet aktivitetsvekst. Det er spesielt varekostnadene som har negative avvik og reflekterer en større aktivitetsvekst enn på klinisk side, samt mer komplekse analyser. Lønnskostnadene er samlet sett i balanse, men det er variasjoner mellom avdelingene. Disse variasjonene er en utfordring inn i 2019 da det er et ufrivillig, midlertidig ledighold på de avdelingene som forbruker færre årsverk.

Klinikken har en tiltakspakke som i utgangspunktet overstiger kravet til forbedring. Historisk har det vært en gjennomføringsprosent på tiltak på ca. 65 % og det er derfor nødvendig å ha en tiltakspakke som overstiger kravet. Store deler av tiltakspakka knytter seg til aktivitetsvekst uten vekst i bemanning. Basert på at vekst i laboratorieanalyser øker mer enn klinisk aktivitet, og at veksten primært skjer på poliklinikk, har avdelingene lagt inn en forutsetning for poliklinisk vekst på mellom 3 og 10 prosent, avhengig av fagområde. Dette gir en mulighet for balanserte endringer på 30 mill. kr.

Det er ikke gitt mulighet for nye stillinger i budsjett 2019, bortsett fra på enkelte områder. Endringen i brutto årsverk knytter seg primært til endringer i antall vikarer, samt korrigeringer av feilbudsjettering i 2018.

Klinikken vil i 2019 få midler til å håndtere innføringen av HPV-test som del av Livmorhalsprogrammet (utgjør tre nye årsverk), «En dør inn» - bedring av slagbehandling i Oslo universitetssykehus HF og håndtering av aktivitetsvolumet knyttet til Feiring.

Klinikken har hatt ønske om å få styrket antall årsverk og varekostnader knyttet til sikring av den nye spesialistutdanningen for LIS, molekylær diagnostikk, ny virksomhet knyttet til nasjonal tarmscreening, utvide åpningstider på mikrobiologi for å styrke infeksjonsdiagnostikken, utvide kapasitet på fortolkning av genanalyser, håndtere økningen i utredninger av medfødte metabolske sykdommer, bioinformatikere og øvrige IKT-ressurser. I budsjetttrammene for klinikken pr nå er det ikke innvilget nye midler til disse områdene. Det er heller ikke gitt anledning til bemanningsøkninger, selv om dette kan finansieres over de tilhørende inntektsøkningene. Det er derfor særlig utfordrende å håndtere ny aktivitet og levere tilstrekkelig med tjenester både til eksterne rekvirenter og til egne klinikker på disse områdene.

Klinikken må ha en dialog med sykehusledelsen i 2019 om styrking av årsverk der variable inntekter kan balansere ut økte kostnader, og der det er nødvendig for tilstrekkelig service til alle rekvirenter – både internt i Oslo universitetssykehus HF og eksternt innenfor og utenfor regionen. KLM er også avhengig av å kunne bruke noe av midlene til slagsløyfen og Feiring-pasientene til å sikre tilstrekkelig bemanning for å støtte disse pasientvolumene.

Avdeling for rettsmedisin har en øremerket bevilgning, og fikk via statsbudsjettet en liten styrking av budsjettet for 2019. De har likevel jobbet med å identifisere forbedringstiltak på ca. 4 mill. kr. Budsjetttrammene for 2019 vil være dekkende for å håndtere aktivitetsvekst, samt en økning av IKT kostnader knyttet til tidligere investeringer. Det er omfordelt 4,6 mill. kr. av variable inntekter fra Avdeling for rettsmedisin til øvrige avdelinger i Klinikken for laboratoriemedisin knyttet til effektene av endringene i finansieringsordningen i 2018. Avdelingen har hatt en positiv effekt av endrede refusjonssatser som omfordeles til andre laboratorieavdelinger som har hatt negativ effekt av endrede refusjonssatser.

3. Status for utarbeidelse av tiltak

a. Klinikkenes forbedringsprogram – beskriv de viktigste aktivitetene

Det er etablert en styringsgruppe for klinikkenes forbedringsprogram bestående av et sekretariat fra klinikkstab, klinikkleder, avdelingsledere, tillitsvalgte og verneombud. Styringsgruppen har vedtatt 18 prosjekter det skal jobbes videre med i 2019 og frem i tid.

Forbedringsområder på kort sikt – budsjett 2019

Prosjektene som skal gi effekter i 2019 er i hovedsak med i tiltakspakken til klinikken. En del av prosjektene har imidlertid ikke kommet så langt i arbeidet at tiltakseffektene for 2019 er

implementert, det kan derfor bli identifisert tiltakseffekter utover den tiltakspakken som allerede er levert fra klinikken i 2019.

Forbedringsområder på lengre sikt – Økonomisk langtidsplan 2020 - 2024

På lengre sikt vil det viktigste prosjektet være å få konsolidert laboratoriesystemene (LIMS) i klinikken. Øvrige IKT løsninger vil også være viktig for langsiktige forbedringer. Det jobbes også med omdisponering av arealer slik at deler av virksomheten kan samordnes bedre, både innen den enkelte avdeling og mellom avdelinger for enkelte spesialfunksjoner.

Arbeidsområde	ID	Prosjektnavn
KLM001 - IKT	1A	Konsolidering av LIMS
KLM001 - IKT	1C	Bredning av elektronisk rekvirering og gjøre det obligatorisk der dette er implementert internt i OUS
KLM001 - IKT	1E	Elektronisk bestilling og håndtering av blodprodukter i Interinfo
KLM002 - Eksterne tjenester og samhandling	2A	Ta i bruk IHR for mottak av prøver fra PHT som er oppkoblet til andre HF i HSØ. Hormonlab, Unilab og Swisslab
KLM002 - Eksterne tjenester og samhandling	2B	Fokus på tjenester til eksterne rekvisiter
KLM002 - Eksterne tjenester og samhandling	2D	Bestillingssystem til Emballasjetjenesten
KLM003 - Areal, metodikk og utstyr	3A	Omdisponering/utvidelse av arealer for Avdeling for patologi, RH
KLM003 - Areal, metodikk og utstyr	3B	Implementering av innvilget BC - Malditof og gevinstrealisering
KLM003 - Areal, metodikk og utstyr	3C	Implementering av innvilget sammenbrudd - Serologiinstrumenter
KLM003 - Areal, metodikk og utstyr	3E	Samordning av flowcytometri i IMM og PAT
KLM003 - Areal, metodikk og utstyr	3F	Lokalisering og lokaler for rettsmedisinske fag
KLM004 - Ressursstyring	4A	Driftsseksjon RH, Avdeling for medisinsk biokjemi. Metodikk fra sentralt prosjekt
KLM004 - Ressursstyring	4B	Dossier implementering
KLM005 - Nettverk for kontinuerlig forbedring	5A	Felles ekstemt prøvemottak (FPM), IMM og MIK
KLM005 - Nettverk for kontinuerlig forbedring	5B	Prøveflyt histologi lab RH, Avdeling for patologi
KLM006 - Innkjøp	6A	Øke andelen kjøp på avtale, avtaledekning og reforhandle avtaler med store leverandører
KLM007 - Samhandling og rett bruk av KLM sine tjenester	7A	Desentralisert prøvetaking
KLM007 - Samhandling og rett bruk av KLM sine tjenester	7B	Bredde bruk av pop-up vinduer i DIPS for å redusere rekvirering av analyser som ikke gir ny informasjon til rekvisient

[Liste over prosjekter i forbedringsprogrammet.](#)

a. Tiltak som er innarbeidet i budsjett 2019

Type tiltak	M	L	H	Totalsum
Tiltak for bedre gjennomføring av poliklinisk drift	660	300		960
Klinikkvise tiltak	5 600	3 615	2 000	11 215
Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk	1 300	2 100	500	3 900
Bedre innkrevningsrutiner	1 000			1 000
Lønnsomme investeringer	1 250	180		1 430
Effektivisering av operasjonsdriften	200			200
Redusere innkjøpsutgiftene	9 150	6 330		15 480
Reduksjon av arealkostnader		750		750
Totalsum	19 160	13 275	2 500	34 935

Tabellen inkluderer Avdeling for rettsmedisin.

4. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko (måloppnåelse/økonomi)

15 % av tiltakene er foreløpig angitt med høy gjennomføringsrisiko. Disse knytter seg til reduksjon i ressursbruk og endringer i finansieringssystemet. Dette er tiltak som må revurderes dersom det ikke kan gjennomføres tiltak for å redusere risikoen.

Generelt er usikkerhetsfaktorer i stor grad knyttet til manglende MTU- og IKT investeringer og servicekapasitet på Sykehuspartner. Dersom et allerede knapt investeringsbudsjett for Oslo universitetssykehus HF blir ytterligere redusert, vil gjennomføringsrisikoen øke

betraktelig for KLM sin evne til å levere tjenester på et nivå som er nødvendig for å nå Oslo universitetssykehus HF sine aktivitetsmål.

Klinikkens tiltaksoppnåelse har de siste årene i gjennomsnitt ligget på ca 60 % av opprinnelig budsjettverdi. Klinikken må jobbe for å øke tiltaksoppnåelse gjennom minimering av risiko.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Tiltakene i seg selv har ikke den største risikoen på bemanning og arbeidspress/stress, men totalbelastningen på bemanningen utgjør en risiko. Det er uttrykt bekymring fra både tillitsvalgte og verneombud, samt fra arbeidsmiljøutvalget, at nye oppgaver og vekst ikke kompenseres med nye årsverk. Dette rammer særlig vaktbærende personell og ansatte med spesialkompetanse. K-AMU har bedt klinikken om å foreta en ytterligere risikovurdering av hvordan rammebetingelsene som nå foreligger påvirker arbeidsmiljøet. I denne risikovurderingen skal det også inngå en vurdering av konsekvensene ved eventuelle omprioriteringer av ressurser mellom ulike aktiviteter.

c. Tiltak for å redusere risiko

Det er viktig å fortsette å jobbe med tiltak knyttet til IKT og MTU da dette vil bidra til positive effekter både knyttet til effektivisering og den ansattes fysiske og psykiske arbeidsmiljø. Mange av tiltakene i tiltakslisten og i klinikkens forbedringsprosjekt er knyttet til rekvirentenes adferd. Pop up vinduer, riktig rekvirering, elektronisk rekvirering internt, IHR og desentralisert prøvetaking vil være veldig arbeidsbesparende for medarbeiderne og bør prioriteres for å redusere de negative effektene av aktivitetsøkning og nye oppgaver.

5. Prosess og medvirkning

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

Det ble gjennomført drøfting av foreløpig tiltakspakke i Klinikforum 10. oktober 2018 og dialog i AMU 11. oktober 2018. Både tillitsvalgte og verneombud deltok i drøftingen.

Drøfting av endelig budsjett og rammer ble gjennomført torsdag 15. november 2018 i Klinikforum og i K-AMU.

Klinikk for radiologi og nukleærmedisin (KRN)

1. Oppsummering

Oppsummering av økonomisk utfordring, tiltak, aktivitet og årsverk for 2019 sett i forhold til 2018.

Budsjett	Tall i tusen kroner
Kostnadsramme 2018	860 000
2,5 % produktivitetskrav jfr. budsjettsskriv 1	-18 000
Tilbakeføring av inntektskrav grunnet vekst i 2018	18 000
Kostnadsramme 2019*	860 000
Prognose 2018**	-3 600
Tiltak KRN	5 450
Restutfordring	1 850

*Rammen er før tildeling av midler til områder som Feiring og PET-stillinger fra Helse Sør-Øst RHF

** Utfordringen kan være noe høyere da helårseffekt av forhold i 2018 må håndteres i sin helhet i 2019

KRN fikk i budsjettprosessen for 2018 tilført midler for å styrke kapasiteten. Til tross for den økte kapasiteten, har klinikken utfordringer med å håndtere den stadig økende etterspørselen etter bildediagnostiske tjenester. Etterspørselsveksten skyldes blant annet ny og mer moderne behandling, nye teknologiske muligheter, økt overlevelse, krav til raskere utredning (gjerne parallell CT, MR og ultralyd), flere multidisiplinære møter (MDT) og ikke minst, stadig flere bilder per undersøkelse. Klinikken prioriterer strengt, men vi opplever dessverre at dette ikke strekker til, og henvisninger blir i større grad av den grunn til dels forskjøvet til vakt som øyeblikkelig hjelp og satt ut til lokal sykehus i samråd med klinikerne så fremst det lar seg gjøre.

De somatiske klinikkene fungerer i stor grad som premissleverandør for etterspørselen til støtteklinikken. Sammenlignet med estimatet for 2018 legges det opp til stor vekst i flere klinikker som vi understøtter. De to største henvisende klinikkene, Kreftklinikken og Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon, ser behovet for en vekst på 2,5%. Det vil helt klart være krevende å håndtere denne veksten. 2,5 % økning i CT og MR med det volumet de har sammen, tilsvarer 800 flere henvisninger neste år bare fra disse klinikkene.

Prognosen til KRN har vært null helt frem til oktober hvor den ble endret til 3,6 mill. kr. bak budsjett. Klinikken største tiltak er å redusere varekostnader i forbindelse med anbudsprosess på nevrintervensjonsutstyr. Øvrige tiltak går i all hovedsak på bedre samhandling mellom henvisende instanser og radiologi, for å sikre riktig bruk og prioritering. Forbedringen skal vi få til gjennom brukermøter satt i system, samt økt fokus på standardisering innen det bildediagnostiske forløpet. Begge deler blir fulgt opp i klinikkens forbedringsprogram.

2. Klinikken økonomiske utfordringsbilde 2019

Det er krevende å beregne utfordringsbilde på nåværende tidspunkt. Vi forventer ikke større kostnadsøkninger i budsjett, men utviklingen siste år med økende ø-hjelp og økende etterspørsel på dagtid som forskyves til vakt grunnet kapasitet kan bli fordyrende. I tillegg ser vi særlig at området trombektomi øker betydelig og det området er varekostnadsintensivt. KRN forsøker hele tiden å vurdere hvor ressursene trengs mest, og vurderer omfordelinger mellom avdelingene. Klinikken ser det imidlertid ikke som tilrådelig å redusere bemanningen, idet dette vil være svært krevende uten at tilbudet reduseres tilsvarende.

I november 2018 ble det organisert et prosjekt knyttet til anskaffelse av felles RIS/PACS i Oslo universitetssykehus HF. Dette prosjektet vil kreve ressurser fra klinikken. Dette arbeidet må prioriteres, og etter vår vurdering er det en reell sjanse for at vi må redusere tilbudet i 2019, dersom det ikke kompenseres for ressursbruken til prosjektet.

3. Status for utarbeidelse av tiltak

a. Klinikken forbedringsprogram – beskriv de viktigste aktivitetene

Klinikken etablerte våren 2018 et klinikkprosjekt som hadde til formål å identifisere områder som kunne bidra til bedret pasientsikkerhet og mer effektiv drift, og som krever oppfølging utover avdelingsnivå. Prosjektet identifiserte 16 ulike punkter, som nå blir overvåket regelmessig. Prosjektet er gjennom høsten 2018 videreført inn i et program.

I 2019 vil klinikken jobbe videre med de vedtatte prosjekter i programmet. Blant de vedtatte prosjektene er blant annet utrulling av timebok 6 -12 måneder frem i tid, etablering av brukermøter, bedring av styringsdata (ventelistestatistikk), og økt standardisering av bildediagnostikk i pasientforløp. Flere av disse aktivitetene vil være et kontinuerlig arbeid som må gjøres over flere år.

b. Tiltak som er innarbeidet i budsjett 2019

Type tiltak	Budsjettert effekt i tusen kroner
Klinikkvise tiltak	290
Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk	1 800
Redusere innkjøpsutgiftene	3 100
Tiltak for bedre gjennomføring av poliklinisk drift	220
Totalsum	5 410

4. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko (måloppnåelse/økonomi)

Det foreligger usikkerhet knyttet til kravet om aktivitetsvekst, fordi det ikke foreligger noen konkrete tiltak for å sikre oppnåelse av den ønskede veksten. Når det gjelder tiltakene knyttet til varekostnader og anbud, vil det være usikkerhet rundt faktisk effektoppnåelse, idet anbudet ennå ikke er gjennomført.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Den høyeste risikoen er knyttet til manglende håndtering av den økte etterspørselen av bildediagnostiske tjenester. Gitt en fortsatt stadig økende etterspørsel av slike tjenester, vil det være en risiko for at KRN også i 2019 vil medvirke til ventetider og fristbrudd. Det vil også være en viss risiko for at belastningen blir så stor for de ansatte, slik at det kan innvirke på det generelle arbeidsmiljøet.

c. Tiltak for å redusere risiko

Klinikken jobber kontinuerlig med å redusere etterspørselen etter bildediagnostiske tjenester fra klinikken, blant annet ved løpende dialog med klinikere og ved å kritisk gjennomgå gjeldende henvisningspraksis. Det er et økt fokus på å til enhver tid prioritere bedre, og i tillegg jobbes det med å omdisponere ressurser og oppgaver innad i klinikken for å minimere risiko.

5. Prosess og medvirkning

Tillitsvalgte og verneombud er involvert på det nivået tiltakene får effekt / konsekvens.

Klinikken har hatt regelmessige møter med tillitsvalgte og verneombud fra august og frem til gjennomført drøfting den 14. november 2018.

Oslo sykehusservice (OSS)

1. Oppsummering

Som utgangspunktet for budsjett 2019 forventer OSS et resultat 2018 til samlet sett å være innenfor rammene for 2018. Korrigert for engangseffekter i 2018 er utgangsfart 2018 ca. 10 mill. kr. mer enn 2018 rammer.

For 2019 forutsetter OSS en forventning om effektivisering tilsvarende om lag 40 mill. kr. sett opp mot rammene for 2018. OSS samlet har utarbeidet tiltak for 50 mill. kr. for å kunne håndtere inngangsfart 2019 og ytterligere effektivisering.

Det forventes ikke vesentlig endring i samlede årsverk fra 2018 til 2019. Det innebærer at vekst i aktivitet og oppgaver hovedsak må håndteres innenfor dagens bemanning.

2. Klinikkenes økonomiske utfordringsbilde 2019

Klinikkenes økonomiske utfordringsbilde er beregnet til om lag 40 mill. kr., og det er utarbeidet tiltak i dette området.

OSS anser noen av sine største utfordringer innenfor økonomiske rammer til å være:

- Stor eiendomsmasse, hvor det ikke er avsatt nok til vedlikehold over driftsbudsjettet. Dette gjelder både og nyere bygg.
- Utstyrspark med medisinsk teknisk utstyr hvor det ikke er samsvar mellom størrelse på utstyrspark og størrelse på budsjett til drift og vedlikehold av parken. Oslo universitetssykehus HF bruker påviselig vesentlig mindre til vedlikehold av sin utstyrspark, enn andre sammenlignbare sykehus.
- Smittevern. I forhold til sykehusets størrelse har Oslo universitetssykehus HF få hygienesykepleiere. Flere hygienesykepleiere ville redusert antall infeksjoner, noe som kan gi åpenbare gevinster for pasientbehandlingen med tilhørende økonomiske gevinster.
- Det er krevende at staber og klinikker har et ønske og behov for at OSS leverer økt omfang administrative oppgaver uten tilførsel av midler. Her vil OSS måtte prioritere.
- Det er også krevende at klinikker har et ønske og behov for at OSS leverer økt omfang av pasientnære oppgaver som portør, renhold, etc. ut over det som håndteres av vekstmidler. Her vil OSS sine enheter måtte prioritere innenfor rammene de har til disposisjon.

3. Status for utarbeidelse av tiltak

a. Tiltak som er innarbeidet i budsjett 2019

Summer av Budsjettet øk. effekt	Risiko for effekt			
Type tiltak	L	H	M	Totalsum
Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk	9 782	3 700	1 531	15 013
Redusere innkjøpsutgiftene	16 234	11 471	6 440	34 145
Totalsum	27 016	15 171	7 971	50 158

4. Risikovurdering

OSS ledelse mener OSS vil samlet sett klare budsjettet for 2019 gitt de forutsetninger OSS har lagt til grunn ved beregning av utfordringsbildet. Der hvor budsjettleveransens tiltak ikke lar seg gjennomføre eller er tilstrekkelig må OSS finne alternative tiltak.

Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljøtiltakene for 2019 samlet vil ikke utgjøre en vesentlig endring i risiko for pasientbehandling, omdømme eller arbeidsmiljø.

Tiltak for å redusere risiko OSS må forsøke å prioritere så godt det lar seg gjøre innenfor de rammene som legges til OSS.

5. Prosess og medvirkning

Budsjettprosessen for 2019 har på de fleste områder vært ganske lik øvrige år. Ledergruppen i OSS og klinikktiltalsvalgte blir orientert om kjent informasjon før sommerferien. Budsjettskriv 1 distribueres når dette kommer. Etter sommerferien ble forventet krav om effektivisering på rundt 2,5 % for OSS kommunisert til alle budsjettansvarlige ledere. Budsjettansvarlige ledere har fått beskjed om å innkalle ansatte til møter hvor de ansatte informeres om budsjettprosessen og hvor de ansatte blir bedt om å involvere seg i planlegging av budsjett 2019 innenfor de rammene som vil bli tildelt. Referat er skrevet fra flere møter, men ikke alle.

Nytt for i årets arbeid har vært at ledergruppen i OSS har brukt mye tid og benyttet flere ledermøter til på å oppdatere risikovurdering fra 2.tertial 2018. Klinikktiltalsvalgte har vært involvert i flere av disse møtene.

OSS sin klinikkleder har tatt utgangspunkt i det oppdaterte risikokartet ved fordeling av økonomisk utfordring for 2019. Tilbakemeldinger har vært at oppdatering av risikokartet har vært et nyttig arbeid, hvor ledere og tiltalsvalgte har fått økt innsikt og forståelse for hverandres områder, selv om det ikke resulterte i veldig differensiert fordeling av den økonomiske utfordringen. Resultatet ble at eiendomsdrift fikk et lavere krav på bekostning av økt krav for de øvrige områdene.



RISIKOVURDERING

Vedlegg 3 til Styresak 81/2018

Risikovurdering av gjennomføring av OUS HF sine oppgaver med utgangspunkt i budsjett 2019									
Styringsmål budsjett 2019	Mulig uønsket hendelse	Årsak til mulig uønsket hendelse	Risiko før tiltak (1-5)			Primært tiltak	Risiko etter tiltak		
			Sannsynlighet	Konsekvens	Samlet risiko		Sannsynlighet	Konsekvens	Samlet risiko
Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	Lavere aktivitet enn budsjettet	Aktiviteten skal øke i 2019 og sykehuset klarer ikke å utnytte <u>kapasiteten</u> innenfor poliklinikk, operasjon og sengepost.	4	4	16	1. Ukentlig rapportering og oppfølging av kapasitetsutnyttelse og aktivitet. 2. Iverksetting av korrigerende tiltak for å lukke avvik der disse oppstår. 3. Strykninger og utnyttelse av operasjonskapasitet følges fortløpende av Kirurgisk driftsstyre.	3	4	12
		Ny LIS-utdanning er ressurskrevende.	4	4	16	1. Planlegging av læringsmål og organisasjon for gjennomføring sentralt og i klinikk. 2. God aktivitetsplanlegging.	2	4	8
		Utilstrekkelige leveranser fra støtteklinikene, særlig OSS	4	4	16	Kapasitet og leveranser vil bli fulgt opp løpende gjennom året.	3	4	12
		<u>Utskrivningsklare pasienter får lengre liggetid enn nødvendig</u> pga. mangelfullt tilbud i kommunen. (Oppgjørsordningen for utskrivningsklare pasienter har blitt utvidet til å omfatte pasienter i PHV og TSB).	4	2	8	1. OUS har etablert dialog med Oslo Kommune slik at disse skal være i stand til å motta utskrivningsklare pasienter. 2. Månedlig rapportering og oppfølging.	3	2	6
		<u>Ombygging på DNR</u> begrenser poliklinisk aktivitet til utredning og behandling for kreftpasienter. (Forberedelse bygging av nytt klinikkbygg)	3	3	9	1. Planer for omrokking som ivaretar nødvendig kapasitet. 2. Det er etablert stedlig administrativ ledelse på Radiumhospitalet.	2	3	6
		<u>Mangel på donorer og organer.</u> (Antall tilgjengelige organer har vært særlig lavt i 2018)	4	4	16	1. OUS arbeider med å øke antall tilgjengelige donorer blant annet gjennom holdningsskapende tiltak. 2. OUS vil følge opp mulighetene for å implementere DCD (Donation after Circulatory Death) 3. OUS oppretter egen avdeling for organdonasjon iht tilsynskrav.	3	4	12
		OUS lykkes ikke tilstrekkelig i å etablere ny organisering av <u>behandling av pasienter med mistanke om hjerneslag</u> i Oslo sykehusområde. Pasienter uten slag fortrenger annen aktivitet. (OUS er gitt i oppdrag å etablere en <u>slagsløyfe</u> i Oslo, "En dør inn")	3	4	12	1. Klinikken jobber med å forberede god implementering av slagsløyfen 2. Etableringen av slagsløyfen vil inngå som tema i månedlige oppfølgingsmøter med særlig Nevroklinikken og Medisinsk klinikk.	2	4	8
		<u>Manglende leveranseevne over lengre tid hos Sykehuspartner</u> medfører ineffektiv drift på enkelte områder og vil trolig medføre forsinkelser i driftsforbedringsprosjekter og forsinket ibrukttagelse av nytt MTU.	5	4	20	1. OUS melder feil og mangler til Sykehuspartner og følger opp SLA på faste oppfølgingsmøter.	3	4	12
		OUS lykkes ikke i å etablere tilstrekkelig samlet kapasitet for å kunne ivareta med behov innen hjertekirurgi og hjertemedisin. (Helse Sør-Øst RHF har bedt OUS overta den <u>hjertekirurgiske virksomheten fra LHL</u>).	3	4	12	1. OUS forbereder mottak av tidligere pasienter fra Feiring 2. Etableringen vil inngå som tema i månedlige rapportering og oppfølging med Hjerter- lunge- og karklinikken.	2	4	8

Risikovurdering av gjennomføring av OUS HF sine oppgaver med utgangspunkt i budsjett 2019

Styringsmål budsjett 2019	Mulig uønsket hendelse	Årsak til mulig uønsket hendelse	Risiko før tiltak (1-5)			Primært tiltak	Risiko etter tiltak		
			Sannsynlighet	Konsekvens	Samlet risiko		Sannsynlighet	Konsekvens	Samlet risiko
Prioritere PHV og TSB	Prioriteringsregelen brytes	<u>Polikliniske konsultasjoner</u> øke mindre ved hvert av områdene VOP, BUP og TSB hver for seg enn for somatikken.	4	3	12	1. Måltall for antall polikliniske konsultasjoner i 2019 viser en større vekst i budsjettene innen PHV og TSB enn for somatikken. 2. Det er tildelt økte ressurser til poliklinisk aktivitet på DPS. 3. PHA jobber med en omorganisering av familie nettverksenheten innenfor BUP. 4. Aktiviteten inngår i ukentlig rapportering og oppfølging.	3	3	9
		<u>Ventetidene innen PHV og TSV reduseres</u> mindre ved hvert av områdene VOP, BUP og TSB hver for seg enn for somatikken.	4	3	12	Ventetider og fristbrudd inngår i ukentlig rapportering og oppfølging.	3	3	9
		<u>Kostnadene</u> øker mindre ved hvert av områdene VOP, BUP og TSB hver for seg enn for somatikken.	4	2	8	PHA har fått et lavere effektiviseringskrav enn somatiske klinikker.	3	2	6
	Pakkeforløp etableres ikke	Implementeringen av de 3 planlagte <u>pakkeforløpene</u> for hhv VOP, BUP og TSB lykkes ikke som forutsatt.	4	3	12	1. OUS har prioritert ressurser for å etablere pakkeforløpene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. 2. Gjennomføringen av pakkeforløpene inngår løpende rapportering og oppfølging. 3. PHA jobber for å få en mer enhetlig pasientbehandling og følge nasjonale retningslinjene for koding av pakkeforløp.	3	3	9
Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	Kapasitetsutfordringer hindrer et forsvarlig pasienttilbud	Enkeltområder i virksomheten har for liten kapasitet til at OUS kan gi et forsvarlig pasienttilbud	5	5	25	Det er prioritert økte ressurser til følgende områder: voksenpsykiatri, hjertemedisin, ambulanser, AMK, gastrokirurgi og barnekreft mv.	2	5	10
	Epikrisetider øker evt reduseres ikke	Klinikkene lykkes ikke til å prioritere å sende epikriser innen fristen.	4	2	8	1. Epikrisetider inngår i ukentlig rapportering og oppfølging.	3	2	6
	Infeksjoner øker evt reduseres ikke	Dårlig egnede behandlingsarealer og tilgang av pasienter med <u>infeksjoner</u> og med risiko for infeksjon.	4	4	16	1. Klinikken er bedt om å prioritere arbeid for å redusere infeksjoner. 2. Prevalens av infeksjoner inngår i løpende rapportering og oppfølging. 3. Økt oppfølging av svartider innenfor mikrobiologi.	3	4	12
	Pakkeforløp forløpstider øker evt reduseres ikke	Lav kapasitet og dårlig logistikk på enkelte områder, kan svekke muligheten til å gjennomføre behandling innen standard forløpstid for <u>pakkeforløp</u> for brystkreft, prostatakreft, lungekreft, tykk og endetarmskreft og gynekologi.	5	4	20	1. OUS arbeider med å bedre intern koordinering. 2. OUS har noe økt operativ kapasitet innen ø-hjelpshåndteringen på US som vil kunne bedre situasjonen knyttet til gastrokirurgi og frigjøre noe kapasitet for andre områder. 3. Gjennomføringen av pakkeforløpene vil følges både i linjen og gjennom det driftsstyret for pakkeforløp. 4. Etablere HF-HF kommunikasjon .	3	4	12
	Svekket kompetanse	<u>Liten tid til faglig utvikling, forskning utdanning og undervisning.</u>	3	3	9	Forskning, undervisning og utdanning er holdt utenfor klinikkens krav til effektivisering.	2	3	6
Begrensede muligheter til å prioritere <u>innovasjon.</u>		3	2	6	1. Innovasjonsavdelingen arbeider med å fremme innovasjon i samarbeid med klinikkene.	2	2	4	

Risikovurdering av gjennomføring av OUS HF sine oppgaver med utgangspunkt i budsjett 2019									
Styringsmål budsjett 2019	Mulig uønsket hendelse	Årsak til mulig uønsket hendelse	Risiko før tiltak (1-5)			Primært tiltak	Risiko etter tiltak		
			Sannsynlighet	Konsekvens	Samlet risiko		Sannsynlighet	Konsekvens	Samlet risiko
Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	Mangelfull implementering av ny LIS-utdanning	Ny LIS-utdanning implementeres uten tilstrekkelig kvalitet.	3	4	12	1. Planlegging av læringsmål og organisasjon for gjennomføring sentralt og i klinikk. 2. Etablering av utdanningskoordinerende overleger. 3. Etablering av nyhetsbrev for LIS-utdanningen.	2	4	8
	Økt arbeidsbelastning	Manglende tilgang på <u>nøkkelpersonell</u> som spesialsykepleiere (intensiv- og operasjonssykepleiere, barne- og ungdomspsykiatere innen BUP osv.)	4	3	12	1. OUS vil fortsette å finansiere videreutdanning av sykepleiere. 2. Flere klinikker jobber med klinikkspesifikke tiltak for bedre rekruttering og har oppnådd bedre dekning.	3	3	9
		<u>Høye effektiviseringskrav</u> fører til stor arbeidsbelastning, risiko for brudd på arbeidsmiljøloven og økt sykefravær	4	4	16	1. Arbeidsmiljøbestemmelsene og HMS-henvendelser vil følges opp i linjen. 2. Klinikken og sentral HR jobber systematisk med IA arbeid der oppfølging av sykemeldte og tilrettelegging for ansatte inngår som en sentral del. 3. Rapportering og oppfølging av brudd på arbeidsmiljøloven.	3	4	12
Økonomisk bærekraft	Negativt resultatavvik og manglende likviditet til gjennomføre planlagte investeringer i 2019	<u>OUS er tilført nye oppgaver og er stilt ovenfor et krevende effektiviseringskrav.</u> (Dette skal løses ved aktivitetsvekst, interne prioriteringer og forbedringer i driften. Det er en risiko for at effektiviseringstiltakene ikke er tilstrekkelig til å sikre et resultat som budsjettet).	5	4	20	1. Klinikken har definert tiltak og arbeider videre med å identifisere nye tiltak blant annet gjennom klinikkvise forbedringsprogram. 2. Klinikken arbeider for å sikre gjennomføringsandelen av definerte tiltak. 3. OUS har et oppfølgingsregime av aktivitet, kostnader, tiltak, kvalitet og tilgjengelighet (Månedlig og ukentlig oppfølging).	3	4	12
		<u>Endringer i finansieringen av OUS</u> (Hdir er pt. ikke ferdig med kvalitetssikring av grupperingeffekter for 2019. Dette kan gi OUS færre DRG poeng for gitt aktivitet. Betydelige endringer i gjestepasientoppjøret for lab og rad)	3	3	9	1. OUS arbeider for korrekt registrering av aktivitet 2. OUS følger opp effekter av omleggingen av finansieringen av lab og rad 3. Oppfølging av svartider innenfor laboratorieområdet	2	3	6
		Et vesentlig negativt resultatavvik vil gi <u>svakket likviditet</u> , til investeringer.	3	4	12	1. OUS vil arbeide for å gjennomføre driften uten vesentlig negativt resultatavvik. 2. OUS vil følge gjennomføring av planlagte investeringer tett via Koordineringsgruppen for investeringer (KGI).	2	4	8
		Nye retningslinjer for forvaltning av økonomien i kliniske studier kan i en overgangsperiode medføre mangelfull oversikt over kostnader og inntekter for denne aktiviteten.	3	2	6	Etablere nye retningslinjer og oppfølgingssystem.	2	2	4
	Manglende gjennomføring av finansierte investeringer fremover (ØLP)	<u>Høy gjennomsnittsalder</u> medfører en fortsatt risiko for sammenbrudd av nødvendig MTU. Spesielt sårbar er situasjonen knyttet til kapasitet for radiologi og patologi. Det tar tid å erstatte sammenbrutt utstyr. Antall utstyrsenheter øker fordi gammet utstyr ikke fases ut.	4	3	12	1. OUS vil innenfor eksisterende budsjett rammer foreta nødvendig vedlikehold og gjennomføre investeringer i tråd med områdeplan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr. Klinikk for radiologi har utarbeidet en egen områdeplan for å prioritere investeringer i utstyr. 2. Tidligere års besluttede investeringer vil leveres i 2019. 3. Gammelt utstyr må fases ut av drift når disse erstattes.	3	3	9
		Enkelte deler av <u>OUS sin bygningsmasse er svært dårlig tilpasset moderne sykehusdrift.</u> Det er en risiko for at det kan forekomme hendelser der feks tilsynsavvik gjør at arealer stenges slik at aktiviteten reduseres.	4	4	16	OUS vil innfor det begrensede budsjettet gjennomføre bygningsmessige utbedringer som reduserer sannsynligheten for tilsynsavvik.	3	4	12

PROTOKOLL

Det er avholdt drøftingsmøte i henhold til hovedavtalen kap. 7, jf arbeidsmiljøloven kap. 8

<i>Dato:</i>	04.12.2018
<i>Sted:</i>	Oslo universitetssykehus
<i>Sak:</i>	Budsjett 2019
<i>Tilstede fra arbeidsgiver:</i>	Bjørn Erikstein (AD), Morten Reymert (DST/ØJI), Anne Karlsen (DST/ØJI), Øystein Solheim Lien (DST/HR) Referent: Mari Torset (DSTHR)
<i>Tilstede fra arbeidstaker:</i>	Bjørn Wølstaad-Knudsen (Fagforbundet), Else Lise Skjæret-Larsen (Fagforbundet), Per Oddvar Synnes (Foretaksverneombud), Halgeir Pimentel-Eilersten (Parat), Petter Fjugstad (Delta), Kaja Madelene Liljefors (Delta), Eli Skorpen (NRF), Svein Erik Urstrømmen (NSF), Birgit Aanderaa (NPF), Michael Lensing (Utdanningsforbundet), Elizabeth Holtebekk (NFF), Julie Dybvik (NITO), Aasmund Bredeli (Dnlf), Jonatan Faundez (NITO KLM), Ingrid Rasten (FO)

Budsjett 2019

Anne Karlsen presenterte hovedtrekkene i budsjettsaken, supplert av Bjørn Erikstein og Morten Reymert, i en gjennomgang av følgende områder:

- Aktivitetsøkning 2019
- Resultatkrav 2019
- Prioriteringsregelen – produktivitetskrav 2,5 pst
- Økte kostnader, herunder prioriteringer for å sikre forsvarlige helsetjenester og unngå avvik av arbeidsmiljømessig karakter
- Resultatbudsjett, inkl. budsjetterte årsverk
- Risikovurderinger under områdene: redusere unødig venting og variasjon, kvalitet og pasientsikkerhet, prioritering av PHV og TSB, samt økonomisk bærekraft
- Oppfølging av budsjett 2019 i form av driftsavtaler med klinikkene, ukentlig oppfølging, månedlig rapportering, prognoser for forventet årsresultat oppdateres hver måned.

Det ble gjort avklaringer rundt innholdet i disse punktene. Særlig risikoanalysen ble nøye gjennomgått, og det er enighet om å legge inn noen presiseringer i dokumentet.

Det vises til protokolltilførsler fra arbeidstakersiden på sidene 3-18 i dette dokumentet.

Arbeidstakersidens kommentarer

Arbeidstakersiden er bekymret for sykehusets økonomiske situasjon og kapasitets- og driftsutfordringer.

- Effektiviseringskravet som legges som en forutsetning for en del av sykehusets investeringer fører til risiko for at nødvendige investeringer må utsettes i løpet av budsjettåret.
- Det vil være krevende å ivareta særskilte satsinger i en situasjon hvor det er stort press på å redusere bemanningen, eller balansere klinikkens totale bemanning, når utvalgte områder må øke. Det er også krevende å øke aktiviteten når støttefunksjoner ikke oppbemannes.
- Rekrutteringssituasjonen for enkelte områder er fortsatt vanskelig – en mangler

spesialkompetanse innen sykepleie som gjør driften enkelte enheter utfordrende.

- Laboratorievirksomhet fremheves som et krevende område (svartid på prøver) særlig mtp IKT-utstyr og en strategi for å håndtere en økende aktivitet etterspørres.
- Budsjettprosessen oppleves fortsatt som utfordrende, og viser at det er behov for en mer presis beskrivelse for lokale prosesser i klinikkene. Det fremheves fra klinikktilitsvalgte at enkelte steder er budsjett 2019 behandlet overflatisk og at det dermed ikke legges til rette for medvirkning i særlig grad.
- Det stilles spørsmål om virksomheten som hører til PHA i tilstrekkelig grad er finansiert.

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.

Selve budsjettprosessen er krevende for klinikkene med korte tidsfrister og formalkrav. Det planlegges en evaluering av budsjettarbeidet for hele OUS hvor tillitsvalgte også vil få gi innspill og forslag til forbedring.

Innspill som kommer fra arbeidstakersiden, vil bli vurdert ved den endelige utformingen av saken som skal legges frem for styret 14. desember.

Konklusjon

Drøftingsprotokoll med protokolltilførsler blir vedlagt styresaken 14. desember.

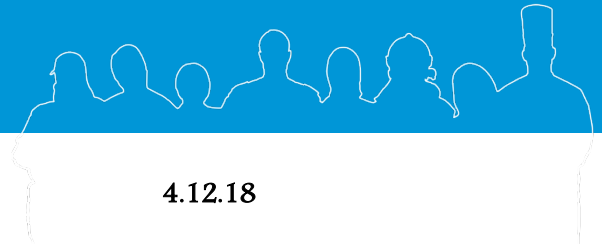
***Arbeidsgivers signatur
(godkjent per e-post)***

***Arbeidstakers signatur
(godkjent per e-post)***

Vedlegg til protokoll

Det vises til protokolltilførsler fra følgende arbeidstakerorganisasjoner:

- | | | |
|----|-------------------------|-------|
| 1. | Delta | s. 4 |
| 2. | NFF, NETF | s. 6 |
| 3. | Parat | s. 7 |
| 4. | NITO | s. 9 |
| 5. | NSF, Fagforbundet, Dnlf | s. 10 |
| 6. | NPF | s. 12 |
| 7. | Fellesorganisasjonen | s. 17 |



Delta ser at bekymringene i forbindelse med budsjett 2019 fortsatt er like kritiske som de var i 2018.

Utviklingen forsetter etter vår mening en trend hvor vi ser en negativ utvikling i forholdet mellom økonomi, arbeidspress og risiko forbundet med pasientsikkerhet.

Vi kan se at dette medfører store konsekvenser både i form av arbeidsmiljø og kvalitet i utførelse av arbeidsoppgaver. Summen av dette er lavere terskel for korttidsfravær og lojalitet overfor arbeidsgiver samt er negativt sett opp mot pasienter og pårørendes opplevelse av sykehuset.

Vi er redd for at dette over tid kan medføre et svekket omdømme på landsbasis for OUS.

Delta er fortsatt bekymret over aktivitetsøkningen som skal dekkes til tross for en nedgang i ressurser. Det er kun et spørsmål om tid før dette vil resultere i alvorlige konsekvenser for pasientbehandlingen.

Alle sykehusets klinikker er presset på ressurser og ingen ønsker at dette skal gå utover deres kjernevirksomhet. En følge av dette er at klinikkene kutter i alle oppgaver som ligger utenfor kjernevirksomheten, noe som medfører en økning av både antall oppgaver og mengde arbeid for Oslo Sykehusservice.

Når man samtidig kutter i ressursene til OSS vil dette medføre at de pasientnære klinikkene ikke får den støtten de behøver for å kunne utføre sin kjernevirksomhet på en god måte. Kort sammenfattet vil dette resultere i nedsatt kvalitet på pasientarbeidet, med påfølgende sykehusinfeksjoner, liggesår, dårligere ernæring, økt press på hjemtransport osv. Dette er bare de umiddelbart åpenbare resultatene av budsjettkutt som etter undertegnede mening vil gjøre seg gjeldende i økende grad.

Konsekvensen på overordnet nivå er at vinningen på innsparinger og kutt går opp i spinningen med økte pasientrelaterte kostnader.

Konkret for Deltas medlemmer betyr dette at renholderne må jobbe raskere og prioritere strengere, ambulansesarbeiderne og AMK operatørene må håndtere en økning i et allerede høyt arbeidstempo og stressnivå, helsesekretærene må utføre flere nye oppgaver og utføre disse raskere, transportavdelingen må kjøre flere og hyppigere oppdrag til en økende mengde hjemmebaserte sykehustjenester uten en økning i tilførsler, portørene må løpe



stadig raskere, og i tillegg til dette skal flere grupper medarbeidere gjøre dette med trusselen om outsourcing av sine arbeidsplasser hengende over seg.

Til sammen kan dette umulig medføre at man som ansatt opplever å møtes med kriteriene satt i sykehusets mantra om åpenhet, trygghet og respekt. Vi håper at de ansvarlige for budsjetttrammene etter hvert innser at man sparer seg til fant og ødelegger arbeidsmiljø og arbeidskvalitet ved å fortsette dagens økonomiske kurs.

Til slutt vil Delta påpeke at budsjett-drøftingen som fant sted den 4/12 2018 på Rikshospitalet ikke opplevdes som en drøfting. Dette var etter vår mening et rent informasjonsmøte. Når dette angivelig er et av årets viktigste møter, og dette er saker som på klinikknivå diskuteres både lengre og i flere omganger så synes dette svært uheldig. Vi forventer at det vies mer tid til en reell medvirkning i viktige drøftinger fremover.

Kajsa Madelene Liljefors
Foretakstillitsvalgt Delta
Oslo universitetssykehus

05.12.18

Protokolltilførsel til drøfting av budsjett 2019

NFF og NETF ser at budsjettet for 2019 er svært stramt. Det er kunngjort ytterligere innstramming etter flere år med budsjettnedgang. Vi kan heller ikke se at det ble tid til reell drøfting da tiden i hovedsak ble brukt til en gjennomgang fra ledelsen. For NFF og NETF er bekymringen spesielt stor for innsparingene i medisinsk klinikk. Vi frykter også at det kan påvirke fysioterapi- og ergoterapiressursene for slagprosjektet «En dør inn» da terapeutene til slagprosjektet skal overføres fra medisinsk klinikk. I rehabiliteringen av slagpasienter er tidlig intervensjon i regi av fysio- og ergoterapeut svært viktig for resultatet.

Elizabeth Holtebekk
Foretakstillitsvalgt NFF
(sign)

Leif Ståle Nævestad
Foretakstillitsvalgt NETF
(sign)



Protokolltilførsel til budsjett-drøfting 2019

Først tilbakemelding på selve møteformen: Dette var i all hovedsak et informasjonsmøte. Det er flott med informasjon fra sykehusledelsen. Men informasjonsbiten kan ikke få overta store deler av møtet. Hele hensikten med denne type arrangement er at tillitsvalgte og vernetjenesten skal bidra med innspill og synspunkter? Jeg mener også at 1 time er alt for lite. I enkelte klinikker har man, sammen med tillitsvalgte og vernetjeneste, brukt hele møteserier for å få budsjettet på plass. Hva er det som tilsier at helheten, nemlig summen av all vår virksomhet, skal avspises med slike trange rammer?

Det burde vært utarbeidet et opplegg der først klinikkledere kort får presentere og redegjøre for sine budsjettprioriteringer, deretter selve foretaket. Hvis dette var årets viktigste møte så burde vi bruke minst en halv dag på en bred og god budsjett-drøfting.

Parat støtter de betraktninger som kom frem rundt situasjonen til støtteklinikkerne. Det er et faktum at over tid vris ressursbruken i sykehuset over på somatisk virksomhet. Grovt sagt skjer dette som et resultat av at mange somatiske klinikker ikke klarer å holde sitt budsjett. Fordi det blir slik får disse klinikkerne delvis kompensert opp dette i neste budsjetttrunde, med økte budsjetttrammer. Det er en «utvikling» som det kan være grunn til å stanse å tenke gjennom. Støtteklinikkerne kan beskrives som oljen i maskineriet som gjør at de ulike delene i vår somatiske virksomhet gjennomføres så effektivt som mulig. Når nivået på olja begynner å bli faretruende lavt vet vi alle hva som kan skje. Jeg er spesielt bekymret for at ressursbruk inn mot renhold og mange av OSS sine øvrige tjenester nærmer seg et nivå vi ikke lenger kan forsvare. Økt misnøye og mindre tilfredshet rundt disse tjenestene legger et grunnlag for outsourcing og privatisering. Vi ønsker vel alle å legge til rette for at dem som gjøre en jobb for og i foretaket også kan være ansatt i OUS? Men da må det gis økonomi til det. Jeg vil påstå på generelt grunnlag at våre erfaringer med og resultatet av å sette ut ulike typer støttetjenester for å si det mildt ikke er de beste.

Det er også et poeng at de tiltakene som iverksettes, spesielt i de somatiske klinikkerne, begynner å få en faretruende lav virkningsgrad. Kanskje så lavt som ned mot 30%. Sitronen er presset gang på gang. Det er ikke mye saft igjen. Det blir stadig mindre å hente på denne måten. Da har jeg mer tro på det mer langsiktige arbeidet gjennom de klinikkvise forbedringsprogrammene.

Er det fortsatt slik at vi kan effektivisere og organisere driften vår enda bedre i fremtiden? Svaret er selvfølgelig ja. Men de årlige kravene om resultatforbedringer på 3,5 – 2,5 %, for å effektivisere og generere overskudd, er ikke bærekraftig i lengden. Spissformulert er det som å skyte seg selv i foten og samtidig forvente full arbeidskapasitet og førlighet.

I tillegg har vi den omstridte «Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen», som i realiteten bare er et budsjettkutt på 0,5 % i tildelte rammer. Uten denne reformen ville OUS hatt 200 millioner mer til pasientbehandling og andre prioriterte formål. Det trenger vi sårt.

Lov om helseforetak (2002) pålegger sykehuset å spare nok penger på driften til egenandeler ved låneopptak for nybygg og andre investeringer og samtidig kunne nedbetale de samme lånene. Det er bred aksept for økonomiske stimuli for effektivisering. Men sykehusdrift er ikke produksjon av sjokolade eller biler, selv om det er en del å lære av slik virksomhet. Vi utfører avanserte kunnskapsbaserte helsetjenester. I tillegg kommer omfattende virksomhet rundt forskning og utdanning. Da blir det feil å drifte et sykehus som om det er snakk om en privat produksjonsbedrift. Her må storting og regjering på banen. Et nytt finansieringssystem må komme som erstatning.

Mvh

Halgeir Pimentel-Eilertsen

Foretakstillitsvalgt i Parat v/Ous

Drøfteprotokoll 04.12.18 Budsjett 2019

NITO ser at budsjett 2019 vil være svært krevende for foretaket, og mener OUS bør vurdere om utgangspunktet for resultatkravet på 100 millioner bør bestå. Det har vært flere år med store effektiviseringstiltak og samtlige steder i foretaket meldes det om økt arbeidsbelastning, som kan påvirke pasientsikkerheten samt arbeidsmiljø.

NITO mener at foretaket må risikovurdere konsekvensene av budsjett for støtteklinikene som KLM, KRN og OSS.

NITO er svært bekymret for foretakets forståelse og prioriteringer av KLMS aktivitetsvekst og behov for utvidelse av kostnadsrammer. KLM har dokumentert aktivitetsvekst og etterspørsel av tjenester, men det tilrettelegges ikke for å håndtere utviklingen i virksomheten. Og det må understrekes at behovet for KLM sine tjenester kommer fra både OUS HF og eksterne aktører. Dette samsvarer med oppdragsdokumentet. NITO mener at foretakets prioriteringer for diagnostisk virksomhet setter klinikkens tjenester, faglig utvikling, svartider, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø i belastende og kritikkverdige forhold.

I OSS organiserer NITO i stor grad ansatte i Eiendom (EIE) og Medisinsk teknologisk virksomhetsområdet (MTV) hvor begge områder sliter med å få gjennomført pålagte oppgaver innenfor budsjetttrammene, dette vil forsterke seg i 2019. For EIE er det positivt at de skjermes noe for ytterligere innsparingskrav, men slik NITO ser det er dagens vedlikeholds nivå på det laveste av det som er mulig og strider også iht. lover og forskrifter på noen områder. MTV er i en situasjon der OUS eier mer medisinsk teknisk utstyr (MTU) enn man er villig til å drifte på en forsvarlig måte. Selv om det jobbes for å finne en annen måte å finansiere denne driften på vil ikke det gjøre seg gjeldene i 2019.

I budsjett 2019 foreligger det nedbemanning med 4 årsverk for stråleterapeuter og utfasing av en Linac (strålemaskin), men NITO kan ikke se at dette er gjennomførbart. En nedbemanning kan ikke gjennomføres før nye strålemaskiner er på plass, lunge/prostata flyttet er gjennomført og nye prosedyrer og riktig kompetanse er opparbeidet blant de ansatte.

NITO er bekymret for hvordan ytterligere krav til effektivisering vil påvirke arbeidsbelastningen og arbeidsmiljø blant våre medlemmer.

Budsjett-drøftingen 04.12.18 opplevdes mer som et informasjonsmøte uten reell medvirkning. Nedover i organisasjonen har det og vært delvis mangelfullt. Det er uheldig at det ble viet svært lite tid til et av årets viktigste møter. NITO har en forventning om at det fremover vil gis tilstrekkelig tid for reell medvirkning i viktige saker for de ansatte, 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 NITO

Julie Dybvik

Protokoll til drøftingsmøte 04.12.2018 fra Norsk sykepleierforbund, Legeforeningen og Fagforbundet, vedrørende budsjett 2019

Undertegnede arbeidstakerorganisasjoner er svært bekymret for om budsjettforslaget for 2019 er gjennomførbart i henhold til sykehusets oppgaver som gis i oppdragsdokumentet. Effektiviseringskravet og det tilhørende økonomiske resultatkravet synes for oss urealistisk. Investeringsbudsjettet er styrket, men imidlertid er deler av de foreslåtte investeringene avhengig av betydelig effektiviseringstiltak og resultatkrav gitt i driftsbudsjettet.

Sykehuset er i en vanskelig økonomisk situasjon med store utfordringer i driftssituasjonen inkludert planlagt økt kapasitet innenfor enkelte fagområder, for eksempel hjerneslagbehandling og overtakelse av aktivitet fra private aktører.

Samlet har klinikkene store negative budsjettavvik ved utgangen av 2018 til tross for at det gjennom flere år har vært arbeidet med effektiviseringstiltak. Effektiviseringskravet for 2019 ligger på omkring 2,5 %. Mange klinikker har usalderte driftsbudsjetter. Budsjettforslaget mangler konkrete tiltak og planer for å nå dette målet og det synes å være liten samordningsgrad av effektiviseringstiltakene mellom klinikkene.

Økte inntekter som følge av nytt gjestepasientoppgjør innenfor laboratorie – og radiologiområdet bør tilføres driften for å redusere usalderte driftsbudsjetter i klinikkene. Organisasjonene stiller seg tvilende til om sykehuset er i stand til å håndtere aktivitetsveksten og tilhørende effektiviseringskrav innenfor den foreslåtte budsjetttrammen. Resultatkravet er økt med 100 mill. til 200 mill. i forhold til resultatkravet i økonomisk langtidsplan.

Til tross for planlagt økt bemanning på grunn av planlagt aktivitetsvekst, bidrar effektiviseringstiltakene til at aktivitetsveksten samlet sett må håndteres av færre ansatte.

Støttetjenestene har blitt redusert over lang tid. Dette medfører feil kompetansebruk og bidrar til å svekke driftseffektiviteten. Organisasjonene er bekymret for at effektiviseringstiltakene i driften vil medføre redusert tilbud for pasientene med fare for redusert kvalitet i pasientbehandlingen, dårligere pasientsikkerhet og økt arbeidsbelastning med arbeidsmiljømessige negative konsekvenser for de ansatte.

Det vil mange steder bety et økende gap mellom pasientenes behov for sykepleie, tilgjengelig bemanning og kompetanse. Samlet vil en marginal bemanningssituasjon redusere muligheten til kompetanseutvikling og utdanning slik at sykehuset kan komme i en situasjon der det blir mer krevende å rekruttere, utvikle og beholde kompetanse. Antall utdanningsstillinger må økes for å bidra til dekning av kompetansebehov og sikre kapasitet. Ny LIS utdanning skal implementeres uten at det er budsjettmessig dekning for dette.

Organisasjonene vil særskilt peke på de økonomiske utfordringene til klinikk PHA. På den ene siden er det tilført friske midler for å ivareta den ønskede utvikling innenfor psykiatrien i tråd med departementets føringer, men krav til effektivisering og usaldert driftsbudsjett

bidrar til bekymring for om klinikken har mulighet til å utøve de lovpålagte oppgavene.

Det er forutsatt at tillitsvalgte på alle nivå i sykehuset skal involveres i arbeidet med budsjett. Fra enkelte klinikker meldes det dessverre om dårlig tilrettelagte 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.

For øvrig vises det til drøftingsprotokoller fra klinikkene og fra de enkelte organisasjonene.

Bjørn Wølstad-Knudsen/sign.

Aasmund Magnus Bredeli/sign.

Svein Erik Urstrømmen/sign.

PROTOKOLL DRØFTEMØTE 2018 12 04 BUDSJETT 2019 OUS

Psykologforeningen støtter samleprotokollen fra Fagforbundet, NSF og DNLF, og vil i denne protokollen konsentrere seg om forholdene for psykisk helsevern og TSB.

Psykologforeningen har siden 14.11 tre ganger etterspurt en tabell med oversikt over totalt budsjett klinikkvis for 2018 og 2019, samt estimert resultat for 2018. Psykologforeningen har fortsatt ikke fått noe svar på henvendelsene.

I prosessen har det vært en ikke-legitim utledning av prioriteringsregelen. Regelen er at man skal sammenligne kostnadsvekst. Det er dette man skal vise og det har man ikke gjort.

Man har lagt frem at siden det ikke rom for vekst i budsjettet, skal alle bare levere på samme ramme som de hadde i 2018 og at man skal sammenligne utfordringer.

Disse tabellene fra Dialogmøtet 14.11 2018 viser hva man har gjort. Man har sammenlignet hvor mye overforbruk de forskjellige klinikkene har hatt, og så sier man at siden klinikk PHA har mindre overforbruk, 0,8%, enn somatikkens samlede overforbruk på 1,5%, da har Klinikk PHA fått et bedre utgangspunkt enn somatikken og dermed er regelen oppfylt.

Utgiftsramme 2019 (foreløpig) og estimert endring fra 2018 – per klinikk

KLINIKK	PHA	MED	HHA	NVR	OPK	BAR	KVI	KIT	KRE	HLK	AKU	PRE	KLM	KRN	OSS
NY foreløpig utgiftsramme 2019	2 051	1 264	804	951	664	990	646	1 096	1 468	1 243	1 890	953	1 346	862	2 206
Endring fra teknisk kostnadsprognose 2018	-17	-2	-15	-29	-7	-7	-8	-12	-9	68	-18	4	-21	2	-35
1%	-0,8%	-0,2%	-1,9%	-3,0%	-1,1%	-0,7%	-1,3%	-1,1%	-0,6%	5,8%	-0,9%	0,5%	-1,5%	0,2%	-1,5%
Endring DRG i % fra estimat 2018		2,1%	3,0%	0,1%	1,5%	0,7%	1,8%	2,6%	2,5%	5,2%					

Vurdering av prioriteringsregelen

VURDERING AV PRIORITERINGSREGELEN	PHA	SOMATIKK
NY foreløpig utgiftsramme 2019	2 051	10 888
Endring fra teknisk kostnadsprognose 2018	-17	-169
Endret ressursbruk i %	-0,8%	-1,5%

Dette er ikke en korrekt måte å gjøre det på. Utfordringsbildet til PHA er annerledes og

fremkommer ikke på tydelig måte i budsjettdokumentene. Siste side i dette dokumentet viser områder som ikke er tatt hensyn til i budsjettprosessen.

Et eksempel på hvorledes denne regnemåten slår feil ut for liggedøgn og poliklinisk aktivitet for psykisk helsevern voksen:

I tabellen står det at poliklinisk aktivitet DPS øker med 5%. Men det er ikke korrekt at budsjettet fra 2018 øker med 5 % i 2019. Fordi det 5% tallet tar utgangspunkt i prognosen for 2018 og der ligger aktiviteten under budsjett. Det relle tallet er 2,7%.

Når man sier at liggedøgn skal opp 1,6%, så er dette også feil fordi den reelle budsjettveksten fra 2018 til 2019 er på 0.035%.

Andre tegn på at budsjettet ikke går i riktig retning:

Driftsinntektene i OUS har økt med 4,6 % fra 23 051 288 til 24 114 022 kr. Klinik PHA har ikke økt sitt budsjett tilsvarende.

Oversikten over bemanning viser at OUS sin bemanning øker med 1,48%, mens Klinik PHA reduserer sin bemanning med 2,34%. Slik har det vært i en årrekke.

Samdata publisert oktober 2018 viste at i siste femårsperiode har somatikken økt med 10% mens psykisk helsevern har økt med 2%. Dette viser at det er grunn til å være skeptisk til foretakenes vilje til å prioritere psykisk helse.

I statsbudsjettet for 2019 blir det gjentatt at psykisk helse og rusbehandling skal prioriteres.

Budsjettdokumentene for Klinik PHA gir ikke en overordnet oversikt over totalrammen til klinikken eller hvorledes denne er fordelt ut på avdelingene. Nivå 1 ved sykehuset har heller ikke forelagt en totalbudsjetttramme for sykehuset og de andre klinikkene. Dette gjør det svært vanskelig å følge opp om denne satsningen på psykisk helsevern og TSB er fulgt opp.

Det er uklart hvilke tildelinger som gjøres. I fremlegg av 14.11 2018 Dialogmøtet OUS står det at de somatiske klinikkene får 110 som fordeles ut fra klinikkens andel av estimert utfordring for somatiske klinikker. Ytterligere 70 mnok tildeles klinikkene med størst estimert utfordring etter dette. Det fremkommer ikke hvorledes disse 180 mnok fordeles eller hvorfra de kommer. Det må svares ut. Det må svares ut om disse midlene medfører at klinikkene kan ytterligere øke sin aktivitet og dermed ytterligere få økt sine inntekter.

Klinikken mangler tiltak på rundt 17 mill. Kr for å komme i budsjettbalanse. Det er svært vanskelig for Psykologforeningen å se at det er mulig å finne tiltak i den størrelsesordenen for å bringe budsjettet i balanse. Dette er knyttet til Avdeling BUPA, Avdeling Psykisk helsevern døgnbehandling og Avdeling Akuttpsykiatri.

Det er uklart hvorledes det er mulig for Avdeling BUPA å komme inn i en god driftssituasjon. Det er uklart hvordan det vil slå ut å redusere med to døgnplasser innen ungdomsomsseksjonen. Det er grunn til alvorlig bekymring for driften ved BUP Oslo Syd og BUP Oslo Nord. Per dags dato foreligger det heller ikke for 2019 en realistisk plan for hvorledes man kan styrke deres budsjett tilstrekkelig eller avlaste dem for deres store arbeidsbyrde.

Den største svakheten ved tildelt ramme for Avdeling rus- og avhengighetsbehandling er knyttet til manglende handlingsrom for videre tjenesteutvikling av avdelingens tjenester særlig relatert til arenafleksibel og ambulant virksomhet slik politiske og faglige føringer tilsier.

I tillegg har klinikken meldt inn behov for økte bevilgninger i forhold til flere områder: Psykosomatisk enhet har behov for finansiering 9,5, her er det bevilget 5 mill. Det betyr at klinikken ikke kan iverksette de regionale oppgavene Psykosomatisk enhet tidligere har ivaretatt. Klinikken innfører pakkeforløp fra 1. januar 2019. Klinikken har meldt et behov på 10,8 mill. for nødvendige ressurser for å kunne implementere pakkeforløpene. Her er det bevilget 3,0 mill kr til dette.

Klinikk PHA blir fortsatt trukket i sin ramme for KAD-plasser samtidig som Oslo kommune ikke har opprettet egne plasser for psykisk helse og rus. I Oslo kommunes strategiplan for psykisk helse står det:

“Hensikten med opprettelse av kommunale døgnplasser for ø-hjelp for pasientgruppen rus og psykisk helse var å forebygge innleggelse i sykehus. Dette kan gjelde for TSB fordi KAD har mulighet for abstinensbehandling og substitusjonsbehandling. I noen tilfeller vil pasienten avklares i spesialisthelsetjenesten, kartlegges og få behandlingsplan, og deretter innlegges på KAD for videreføring av behandling. Når det gjelder psykisk helse vurderes det ofte at pasienter som trenger døgnopphold, er for dårlige for opphold på KAD, de innlegges da i psykiisk helsevern.” (Min understreking.)

Årets budsjettprosess

Årets budsjettprosess bærer preg av at sykehuset har hatt andre tunge prosesser som bl.a. innspurt i konseptfase i samme tidsrom. Det har i liten grad forekommet at tillitsvalgte i klinikkene har fått dokumenter knyttet til budsjettprosess 5 virkedager før møter.

Det har til siste slutt vært uklart hva det konkrete innholdet i budsjett 2019 vil innebære for den enkelte enhet, seksjon, avdeling og klinikken.

Kravet til produktivitetsforbedring på 2,5 pst fra budsjett 2018 som er gått ut likt til alle klinikker, er vanskeligere for Klinikk PHA fordi man har en lavere andel ISF. På samme vis vil de ressursene de somatiske klinikkene får til økt aktivitet i større grad generere mer inntekter.

Det er uklart for de Psykologforeningen hvorvidt de 20 + 25 + 10 millionene som klinikken har mottatt utgjør at prioriteringsregelen er oppfylt. *“Veksten i pasientbehandlingen og kostnadsutviklingen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere hver for seg enn innen somatikk.”*

Krav om tilgjengelige helsetjenester

Psykologforeningen er usikker på om det har vært mulig for Klinikk PHA å følge innholdet i underliggende avsnitt fra budsjettskrivene i budsjettprosessen.

“Pasientbehandling og vekst i aktivitet

Klinikkene skal planlegge med et forventet aktivitetsnivå som tar høyde for krav om tilgjengelige helsetjenester, jfr. Oppdrag og bestilling. Dette betyr at klinikkene må gjøre selvstendige vurdering av eget pasientgrunnlag og hva behovet faktisk er, slik at det sikres samsvar mellom behov og kapasitet på en god måte.”

Aktivitetmessige utfordringer

Døgnkapasiteten innen psykisk helsevern innen psykisk helsevern har vært gjenstand for en omfattende nedbygging i en lang periode. Man må nå vurdere om man har passert en kritisk grense for nedbygging. Det må vurderes om dagens situasjon er at man ikke er i stand til å tilby reell behandling til de som trenger et døgntilbud for å få varig bedring.

Aktivitetsveksten innen poliklinikkene er ikke noe godt mål på om pasientene innen psykisk helsevern får adekvat behandling. Det må reell ressursvekst til for å sikre at poliklinisk aktivitet fortsatt skal bety at pasientene får reell behandling. I dag er det få som får dette. De fleste får en vurdering eller en utredning, noen får behandling som i realiteten kun er symptomlettende og noen få får reell behandling.

Behandlingen i våre poliklinikker følger ikke kunnskapen fra psykoterapiforskningen som viser at optimal lengde på behandlingen er vanskelig å forutsi for den enkelte klient. Det er stor individuell variasjon – noen trenger mange timer, andre trenger få – pasientene forandrer seg med *ulik hastighet*. Det er vanskelig å robust dokumentere *hvilke* typer problemer som forandrer seg *når* (Lambert, 2013). Dette er et viktig argument ift å skulle bestemme behandlingens lengde ut fra diagnose/lidelse.

Gjennomgang av studier av hvor mye terapi som er nødvendig, og hvordan folk endrer seg over tid viser at en del klienter bedrer seg betydelig etter 7 terapitimer, 50% endrer seg betydelig ved rundt 13 timer, men 75 % av klientene oppfyller mer stramme kriterier for bedring *først* etter omtrent 50 terapitimer. Hvis vi begrenser antall behandlingstimer til mindre enn 20 timer vil omtrent 50% av klientene ikke oppnå en særlig bedring av behandlingen. (Lambert, 2013, s. 184-189)

Gruppen unge uføre synliggjør et økt behov for psykisk helsevern

35 % prosent av de som uføretrygdes i dag, blir det på grunn av psykiske lidelser. Det er aldersgruppen 20 – 24 og 25 – 29 år som er den relevante gruppen i denne sammenhengen. ("Utviklingen i uførediagnoser per 30. juni 2015". Notat skrevet av marianne.n.lindbol@nav.no og jostein.ellingsen@nav.no, 22.6.2018.)

Fra 1977 til 2012 var det i gruppen 25 – 29 år en økning i uføretrygdraten for psykiske lidelser unntatt psykisk utviklingshemmede fra 40 til 130 per 100 000. I denne gruppen var ADHD og personlighetsforstyrrelser de to hyppigste diagnosene ved uføretrygd. Angst og depresjonslidelser er også vanlig i denne gruppen, deretter psykoselidelser. (Søren Brage og Ola Thune (2015) "Ung uførhet og psykisk sykdom" *Arbeid og velferd* 1/2015 36-47.)

Sammenhengen mellom psykiske lidelser hos ungdom og senere redusert arbeidsførhet vises i denne artikkelen:

Evensen, Miriam, Torkild Hovde Lyngstad, Ole Melkevik, Anne Reneflot, Arnstein Mykletun (2017) «Adolescent mental health and earnings inequalities in adulthood: evidence from the Young-HUNT Study». *Journal of epidemiology & community health*, 2017; 71:201–206.

Et annet spørsmål er forholder klinikk PHA seg til volumet av ubehandlet depresjon blant eldre?

Det er store utfordringer knyttet til å beregne en forventet behovsvekst ut i fra at man anvender Magnussenutvalgets behovsnøkler for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling på SSBs framskrivning av folkemengden.

Når det gjelder psykisk helsevern er man her inne i en fullstendig sirkulær argumentasjon og man forholder seg ikke til behov i befolkningen.

Aldersnøkkelen for eldre tilsier at de har et marginalt behov for psykisk helsevern. Realiteten er at denne gruppen i svært liten grad får behandlingstilbud innen psykisk helsevern. Andelen deprimerte eldre er høy i den høyeste aldersgruppen. ("Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser" (2011), Ellen Melbye Langballe Miriam Evensen)

Helsedirektoratets anbefalte behandling er samtaleterapi, mens det de får er medikamenter som i liten grad bedrer deres situasjon. TNS Gallups Helsepolitiske barometer 2016 viste at blant de over 75 år ønsket 75% samtaleterapi.

Konklusjon

For å sikre at OUS gir det pasienttilbudet som dekker behovet i befolkningen knyttet til Psykisk helsevern og TSB, så må man ha en annen type prosess knyttet til budsjettbehandlingen.

For å sikre at prioriteringsregelen er fulgt må man ha en helt annen transparens og oversikt i dokumentene enn det som har vært utført i år.

Årets prosess har vært spesielt krevende fordi den har falt sammen i tid med en svært krevende innspurt i konseptfase. Det er behov for at ledere og tillitsvalgte i klinikkene søker å finne enda bedre måter å gjøre dette arbeidet.

Mvh

Birgit Aanderaa

FTV OUS Psykologforeningen

Protokoll til drøfting Budsjett 2019 fra Fellesorganisasjonen - FO

FO er bekymret for om budsjettforslaget som foreligger for 2019 er gjennomførbart i henhold til sykehusets oppdrag. OUS har store utfordringer i driftssituasjonen knyttet til den utfordrerne økonomiske situasjonen sykehuset står i.

FO er bekymret for effektiviseringskravet og økning av aktivitetsveksten som skal dekkes til tross for reell nedgang i ressurser.

Ved årets utgang har flere klinikker negative avvik ved budsjett for 2018, samtidig har flere klinikker usalderte driftsposter i budsjett for 2019.

FO er svært bekymret for hvilke negative konsekvenser et svært presset budsjett vil kunne få for de ansattes arbeidskvalitet og arbeidsmiljø.

Ledigholdelse av stillinger og reduksjon av stillinger vil kunne øke arbeidspresset på ansatte som vil kunne gi økt risiko i pasientbehandling.

Klinikk PHA

FO har sin største del av medlemmer i klinikk PHA, og er svært bekymret for det økonomiske utfordringsbildet som er skissert for klinikken.

I statsbudsjett 2019 skal psykisk helse og rusbehandling prioriteres. FO stiller seg kritisk til vurderingen av at prioriteringsregelen er oppfylt med en tilførsel av 25 mill kr.

Prioriteringsregelen – forslag til vedtak for styret i HSØ 15. november 2018.

«Veksten i pasientbehandlingen og kostnadsutviklingen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere hver for seg enn innen somatikk. Det enkelte helseforetak og sykehus skal i sine aktivitets- og kostnadsbudsjetter legge til rette for at dette kravet innfris. Det skal også planlegges med en reduksjon i ventetider innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som er større hver for seg enn innen somatikk. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.»

Klinikken er tilført friske midler, men mangler opp mot 17 mill kr for å komme i budsjettbalanse. Klinikken står foran store utfordringer.

Klinikken skal starte med pakkeforløp for alle tre fagområder fra 1.1.2019. Klinikken har gjort en samlet vurdering og meldt inn behov for økonomisk tilførsel på 10.8 mill. kr, men er tildelt en ramme på 3 mill. Dette vil ha en stor negativ utfordring på pakkeforløpene. Ledelse av pakkeforløpene er av essensiell karakter, spesielt for poliklinikkene vurderes dette å kunne medføre store utfordringer og til dels ikke gjennomførbart. Bevilgning på 3 mill kr vil kun kunne dekke en forløpsleder og en koordinator.

Sykehusledelsen har risikovurdert en samlet risiko på 12 i gul grad av pakkeforløpene i klinikken, samtidig som det er risikovurdert til rød grad på 20 på somatisk side hvor pakkeforløp allerede er påbegynt. FO ser svært alvorlig på at sykehuset ikke tilfører de midler som er nødvendige for å kunne gjennomføre tilfredsstillende pakkeforløp i PHA.

FO velger å trekke frem BUPA som avdeling hvor budsjettet er svært kritisk. Klinikken har levert at

BUPA har et utfordringsbilde på 5 mill kr, men i realiteten er utfordringsbildet mye høyere. Avdelingen har måttet legge inn nye tiltak i inneværende år som utgjør en antatt kostnad på 13.4 mill kr + 3 mill kr, hovedsakelig utgjør største del av summen på ledigholdelse av stillinger (11.2 mill kr). Aktiviteten innen BUPA har de siste årene gått ned. Målet er å kunne ha et behandlingstilbud til 5% av barnepopulasjonen i opptaksområdet, BUPA ligger i dag knapt over 3%. FO mener at Prioriteringsregelen «*Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.*» blir igjen ikke oppfylt.

Budsjettprosess

FO opplever årets budsjettprosess som kritisk. Budsjettprosessen er lagt samtidig som innspurt av konseptfasene. Det er i liten grad i linjene oppfylt krav om tilsendt dokumenter til budsjettprosessene 5 virkedager før møter. Videre vil FO kommentere at drøftingsmøte av budsjett 04.12.18 ble opplevd som et rent informasjonsmøte, enn en reell drøfting. FO forventer en mer reell medvirkning for fremtiden.

Med vennlig hilsen

Ingrid Rasten

Foretakstillitsvalgt Fellesorganisasjonen - FO

Oslo universitetssykehus HF



Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 14. desember 2018

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

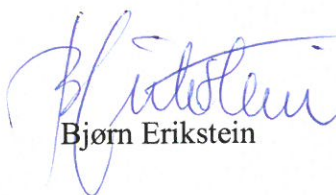
Vedlegg:

**SAK 82/2018 BORTFESTE TIL OPPFØRING AV MODULBYGG
PÅ LØRENSKOG**

Forslag til vedtak:

- 1. Styret godkjenner bortfeste av deler av eiendommen gnr 113 bnr 363, Sykehusveien 19 til oppføring av modulbygg på Lørenskog og ber administrerende direktør om å gjennomføre bortfeste.*
- 2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å fremforhandle og inngå en leieavtale i modulbygget på Lørenskog.*

Oslo, den 7. desember 2018



Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

I denne saken fremmes forslag om bortfeste av 200 m² av Sykehusveien 19 på Lørenskog til oppføring av et modulbygg. Oslo universitetssykehus HF drifter i dag sin luftambulanssevirkosomhet på denne eiendommen i samarbeid med Norsk Luftambulans AS. Modulbygget ønskes oppført da legehelikoptertjenesten i løpet av 2018 er utvidet med et helikoptermannskap, og det er behov for arealer til en forskningsvirkosomhet i samarbeid med Stiftelsen Norsk luftambulans nær tilknyttet dette miljøet. Et datterselskap av Stiftelsen kan stå for oppføringen av et slikt bygg, noe som innebærer at det må feste tomtearealet bygget skal oppføres på. Oslo universitetssykehus har intensjon om å leie en tredjedel av bygget for sin virksomhet.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Etablering av et modulbygg i tilknytning luftambulansestasjonen på Lørenskog er en god løsning både for å sikre planlagt drift, men også for å legge til rette for å styrke klinisk rettet tjenesteutvikling, forskning og innovasjon relatert til luftambulanssevirkosomheten.

Bortfeste av en del av tomten i Lørenskog til oppføring av et modulbygg, vil gi mulighet for å etablere et mer langsiktig samarbeidsforhold som gir forutsigbarhet og trygghet for drift av denne virksomheten. Samtidig vil et tidsbestemt bortfeste av areal til en midlertidig løsning som er det et modulbygg representerer, ikke legge begrensninger på fremtidig bruk og videre utvikling ved denne eiendommen.

Administrerende direktør anbefaler på denne bakgrunn å gjennomføre bortfeste i tråd med dette saksfremlegg. Under forutsetning av at festekontrakt og byggetillatelse foreligger, og at modulbygget oppføres etter plan ber administrerende direktør styret om fullmakt til å fremforhandle og inngå en leieavtale for sykehusets andel av modulbygget i tråd med denne saksutredning.

3. Saksbeskrivelse

Oslo universitetssykehus eier gnr 113, bnr 363 (Sykehusveien 19) i Lørenskog kommune. På denne eiendommen er det oppført et basebygg som huser Luftambulansetjenesten og avdeling for Pasientreiser ved Prehospital klinikk, og en dobbel hangar for basens to ambulanshelikoptre. Utomhus er det etablert landingsplass, drivstoffanlegg, parkeringsplasser.

I tilknytning til eksisterende hangarbygg planlegges det å oppføre et modulbygg på eiendommen, og dette skyldes tre forhold:

I juni 2018 ble det inngått en ny legehelikopterkontrakt med en varighet på 6 pluss 2 pluss 2 år, mellom Luftambulansetjenesten HF og operatøren Norsk luftambulans AS som er et datterselskap av Stiftelsen Norsk Luftambulans. I denne forbindelse økte antall dedikerte helikoptermannskap stasjonert på Lørenskog fra to til tre. Følgen av et ekstra mannskap er at det må etableres basefasiliteter for en tredje pilot samt en tredje redningsmann, noe som Norsk luftambulans AS gjennom kontrakten har forpliktet seg til. Helseforetaket må på sin side sørge for legens fasiliteter. Med etablering av et tredje mannskap på

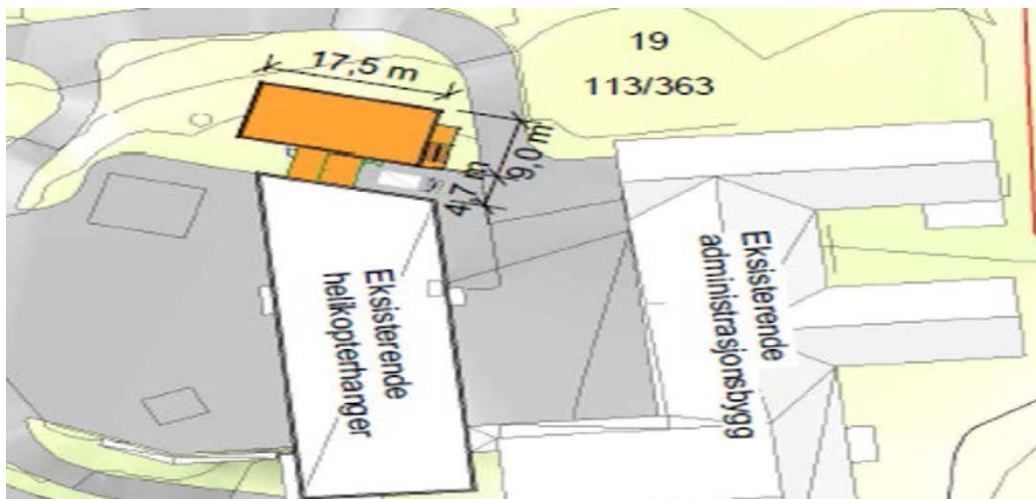
basen utløses dermed et krav til bo, kontor - og oppholds fasiliteter for disse ressursene som per i dag ikke finnes i eksisterende bygningsmasse eller i akseptabel nærhet til helikopterbasen. I denne sammenheng skal lokalene som ønskes oppført dekke både Norsk luftambulans AS og sykehusets behov.

Oslo universitetssykehus HF inngikk i desember 2017 en avtale med forsknings- og utviklingsavdelingen i Stiftelsen Norsk Luftambulans om et samarbeid om forskning og innovasjon innen prehospital akuttmedisin spesielt rettet inn mot luftambulansetjenesten. Intensjonen med samarbeidet er i fellesskap å utvikle den akademiske siden ved Luftambulansavdelingen. Tilstrekkelig nærhet til det operative luftambulansmiljøet, er en forutsetning for dette forskningsarbeidet. I tilknytning til avtalen er det er i løpet av 2018 ansatt 3 leger finansiert av Stiftelsen Norsk Luftambulans som jobber 50 prosent klinisk arbeid og 50 prosent forskning ved Luftambulansavdelingen Oslo universitetssykehus HF og luftambulans basen. Intensjonen er at også forskerne vil kunne få kontor plass i et slikt modulbygg.

Et møte-/undervisningsrom i eksisterende bygningsmasse i Sykehusveien 19 er tidligere bygget om til en reserve akuttmedisinsk kommunikasjonsentral. Det er et stort behov for å reetablere et slikt rom i modulbygget. Dette vil kunne bli benyttet av både Luftambulans-, Pasientreiser og Ambulansavdelingen samt eksterne møte-/kursdeltakere til møter og opplæring.

I forbindelse med manglende oppbevaringsplass for Oslo universitetssykehus' katastrofeutstyr har sykehuset også et behov for et katastrofelager som eventuelt også kan etableres i bygget.

Det foreligger nå skisser som viser muligheten for å oppføre et tilbygg som dekker arealbehovene beskrevet ovenfor. Modulbygget er tenkt plassert på tomten nord for eksisterende hangarbygg, som skisse nedenfor viser:



Norsk Luftambulans Solutions AS, som også er et heleid datterselskap tilknyttet Stiftelsen Norsk Luftambulans, har sagt seg villige å stå for etableringen og investeringen av tilbygget på Lørenskogbasen, mot at Oslo universitetssykehus betaler leie og fellesutgifter for sine respektive arealer. Arealene Oslo

universitetssykehus planlegger å leie utgjør i underkant av 30 prosent av modulbyggets totale arealer på 340 m2 netto. Resterende del av bygget vil leies ut til Stiftelsen Norsk Luftambulans (35 prosent) og Norsk Luftambulans AS (36 prosent).

I denne forbindelse må det inngås en festekontrakt for det tomtearealet bygget skal oppføres på. Under forutsetning av at festekontrakt og byggetillatelse foreligger, og at modulbygget oppføres etter plan, må det også inngås en leieavtale mellom Norsk Luftambulans Solution AS og Oslo universitetssykehus HF. Denne skal regulere leieforholdet for helseforetakets leieandel av modulbygget.

Tomtearealet gjelder til sammen 200 m2 og utgjør en liten del av eiendommen i Sykehusveien 19. Festekontrakten vil inngås på markedsmessige betingelser og vil i utgangspunktet løpe i tilsvarende periode som leieavtalen, men maksimalt 20 år. Oslo universitetssykehus vil ha rett til å kjøpe modulbygget tidligst etter 9 år mot et vederlag. Dersom sykehuset velger å kjøpe ut modulbygget utløper festekontrakten fra utkjøpstidspunktet. Oslo universitetssykehus vil også etter 9 år kunne be om at modulbygget fjernes og tomten leveres tilbake.

Den aktuelle delen av helseforetakets eiendom er vurdert med en verdi på 1,5 millioner kroner, noe som utgjør en årlig festeavgift for Norsk Luftambulans Solution AS på 38 700 kroner. Etersom verdien er under 10 millioner kroner har styret kompetanse til å vedta bortfeste av dette arealet.

Leieperioden vil vurderes ut fra hva som totalt sett vil være mest fordelaktig for Oslo universitetssykehus HF. Det er ikke en finansiell leieavtale og den estimerte årlig leiekostnaden, inkludert andel til forvaltning, drift og vedlikehold, vil være under 500 000 kroner. Dette betyr at Oslo universitetssykehus' totale leieforpliktelse i leieperioden, selv med eventuelle opsjoner for forlengelse ligger innenfor administrerende direktørs fullmakt.

Det er aktuelt å inngå en leieavtale på 9 år. Det kan i prosessen vise seg å være mest hensiktsmessig å inngå en lenger leieavtale, for eksempel i form av opsjoner om forlengelse. Leieavtaler utover 10 år vedtas av styret. For det tilfelle bes det derfor om at fullmakt til å fremforhandle og inngå en leieavtale for sykehusets andel av modulbygget for en mulig avtaleperiode på inntil 20 år.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 14. desember 2018

Saksbehandler: Direktør HR og personal

Vedlegg:

SAK 83/2018 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.

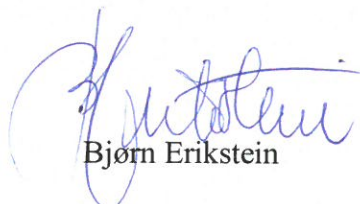
Etter forskrift om valg av styremedlemmer av og blant de ansatte i styret ved helseforetak, skal styret ved Oslo universitetssykehus HF oppnevne et valgstyre for å forestå den praktiske gjennomføringen av valget. Valgstyret ved Oslo universitetssykehus kan ha åtte medlemmer og eventuelt varamedlemmer. Fire medlemmer til valgstyret foreslås fra arbeidstagerne organisasjoner og fire medlemmer foreslås fra administrasjonen i foretaket.

Forslag til vedtak:

Styret oppnevner følgende valgstyre til valget av styremedlemmer av og blant de ansatte:

- 1. Ida Merete Skaug, vara Tone Hagedal Wright*
- 2. Bente Aasen, vara Esther Nygård Norseth*
- 3. Vegard Nøtnes, vara Anette Røkholt*
- 4. Truls Gamnes, vara Line Torkildsen*
- 5. Berit Averstad, vara Mette Neergård*
- 6. Kjersti Baksaas-Aasen, vara Øystein Undseth*
- 7. Tove Røsten, vara Karina Torsæter*
- 8. Brynhild Asperud*

Oslo, den 7. desember 2018



Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 14. desember 2018

Saksbehandler: Direksjonssekretær

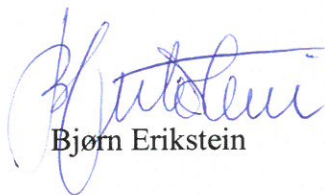
Vedlegg:

SAK 84/2018 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 7. desember 2018


Bjørn Erikstein

Plan for styret i Oslo universitetssykehus HF

Møte	Vedtaksaker	Orienteringssaker
13. februar 2019 Gardermoen	Helse Sør-Øst RHF vil ha møte med HF-styrene i regionen. Nærmere informasjon kommer fra HSØ.	
15. februar 2019 kl 10-16	Årlig melding 2018 Strategi	Rapport per 3. tertial 2018 og resultater per januar 2019 Oppfølging styresaker Plan for styret ADs orienteringer
28. mars 2019 kl 10-16	Oppdrag og bestilling 2019 Årsoppgjør 2018	Rapport per februar Plan for styret Økonomisk langtidsplan ADs orienteringer
10. mai 2019 kl 10-16	Økonomisk langtidsplan 2020-2023	Rapport per mars Plan for styret Årsrapport HMS 2018
29. mai 2019 kl 10-16	<i>Reservetid</i>	
14. juni 2019 kl 10-16	Styremøter i 2020 Risikovurdering for 2019	Rapport per 1. tertial og resultater per mai 2019 Budsjett 2020 ADs orienteringer
26. september 2019 kl 10-16	Plan for internrevisjon 2020	Rapport 2. tertial 2019 Plan for styret Eierskap i selskaper Oppfølging styresaker Budsjett 2020 Møte med Brukerutvalget ADs orienteringer
1. november 2019 kl 10-16		Rapport per september Plan for styret Budsjett 2020 ADs orienteringer
1. november 2019 kl 16-20	Styreseminar	Styreevaluering
28. november 2019 kl 10-16	<i>Reservetid</i>	
13. desember 2019 kl 10-16	Budsjett 2020	Rapport per november Plan for styret ADs orienteringer

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 14. desember 2018

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

SAK 85/2018 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

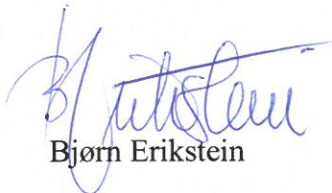
Følgende legges frem til orientering:

1. Finans
2. Tilsyn
3. Juridiske forhold - rettstvister
4. Årlig melding 2018
5. OUS i mediene
6. Referat og øvrige vedlegg

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 7. desember 2018



Bjørn Erikstein

1. FINANS

Replassering av pensjonsmidler

I styresak 131/2011 fattet styret vedtak om at plassering av pensjonsmidler i Statens pensjonskasse (SPK) har som intensjon at man på sikt skal ha en sammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. Basert på vedtaket replaserte foretaket om lag 1,9 mrd. kroner i desember 2011, herav ble om lag 1,4 mrd. kroner plassert i norske statsobligasjoner og det resterende beløpet ble plassert i Statens pensjonsfond utland (SPU).

Ett av foretakets plasseringer i statsobligasjoner har forfalt og om lag 282 millioner kroner ble replasert i desember. I forkant av beslutningen ble det innhentet råd fra Mercer AS. Mercer anbefalte en økning av andelen i SPU. Alternativt anbefalte Mercer at halvparten plasseres i norske statsobligasjoner med ett års løpetid og halvparten i norske statsobligasjoner med tre års løpetid.

Det er ikke avklart med Helse Sør-Øst RHF hvordan økt pensjonspremie som følge av betydelig fall i verdien på SPU skal håndteres. Økt pensjonspremie kan øke rentekostnaden for foretaket og få konsekvenser for investeringsnivået. Andelen i SPU ble derfor heller ikke denne gangen økt. Beløpet på 282 millioner kroner ble replasert med halvparten i statsobligasjoner med ett års løpetid og halvparten i statsobligasjoner med tre års løpetid. Sammen med regelstyrte plasseringer i SPK ble dette vurdert å gi en hensiktsmessig forfallsfordeling og løpetid.

For plassering av pensjonsmidler tilbyr SPK norske statsobligasjoner av ulik varighet og andeler i SPU. Plassering i SPU er eneste alternative plassering av pensjonsmidler for å kunne følge intensjonen om en sammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. Erfaringen med ordningen i SPK er imidlertid at det er vanskelig å nå intensjonen om å ha en sammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. Plasseringen i SPU er ikke sikret mot valutaendringer. Oslo universitetssykehus sendte på bakgrunn av dette et brev til SPK 26. november 2014 der helseforetaket ba om at alternativer til dagens ordning for plassering av pensjonsmidler utredes. Det foreligger ingen avklaring fra SPK.

2. TILSYN

Gjennomgang og revisjon av godkjenningsrutiner variabel lønn

Det er oppdaget avvik i forbindelse med godkjenning av variabel lønn (overtid mv.) Det er derfor iverksatt en gjennomgang og revisjon av praksis og rutiner for godkjenning i alle klinikker.

Styret vil bli orientert om resultatet av gjennomgangen.

3. JURIDISKE FORHOLD - RETTSTVISTER

Arbeidsrettssakene – individuelle saker:

- Midlertidig ansettelse på prosjekt
Sykehuset er stevnet for tingretten av en ansatt på forskningsprosjekt. Saken gjelder spørsmål om det foreligger ulovlig midlertidig ansettelse og krav om fast ansettelse. Det var hovedforhandling 10-11 september og dom ble avsagt 27. september. Retten kom til at den ansattes arbeid ikke er av midlertidig karakter og

vedkommende er å anse som fast ansatt. OUS har anket avgjørelsen til lagmannsretten. Det avventes beramning.

- Usaklig oppsigelse
Sykehuset er stevnet for tingretten av en ansatt med påstand om usaklig oppsigelse og usaklig oppsigelsesgrunn. Spørsmålet gjaldt gyldigheten av en oppsigelse begrunnet i arbeidstakerens forhold. Saken var til behandling 22 og 23 oktober og dom falt 29. oktober. OUS ble frifunnet.
- Midlertidig ansettelse
Sykehuset er stevnet for tingretten av en tidligere ansatt. Saken gjelder spørsmål om det foreligger ulovlig midlertidig ansettelse og usaklig oppsigelse med krav om fast ansettelse. Saken forberedes og det avventes beramning.

Kontraktsforhold

- Sykehuset er stevnet av en leverandør med påstand om at sykehuset har brutt regelverket for offentlige anskaffelser i forbindelse med anskaffelse av medisinsk teknisk utstyr (røntgenapparat til bruk ved operasjon ved hånd- og fotkirurgi). Det er varslet erstatningskrav. Saken ble behandlet ved Oslo tingrett 23-24 april 2018 og dom falt med frifinnelse for sykehuset. Leverandøren har anket saken og det avventes tidspunkt for beramning.
- Sykehuset går til søksmål sammen med IF forsikring mot Gjensidige forsikring. Dette gjelder forsikringsoppgjør og regress. Bakgrunnen er installering av sprinkelanlegg i loft i et bygg på Ullevål i 2012-2013. I 2015 ble det brudd i anlegget på grunn av frost. If har betalt for utbedring av skadene fratrukket egenandelen til OUS. If har i samarbeid med OUS i lang tid vært i dialog med Gjensidige (som er entreprenørens forsikringsselskap). Det er uenighet om hva som er årsaken til skaden, og fra vår side hevdes det utførelsesfeil og derved en mangel ved anlegget.

Pasientforhold – erstatning

- Sykehuset er stevnet av pårørende til tidligere pasient som døde. Det gjelder krav om oppreisning til etterlatte etter dødsfall. Ambulansepersonell fra OUS var på pasientens bopel 2 ganger. Ved første besøk ble det vurdert at pasienten ikke hadde behov for innleggelse ved sykehus. Det er nedlagt påstand om erstatning for ikke økonomisk tap/oppreisning fastsatt etter rettens skjønn med hjemmel i det ulovfestede organansvaret. Det arbeides med tilsvarende. Saken er prinsipiell når det gjelder rammene for organansvaret. Saken er prinsipielt viktig for helseforetak i sin alminnelighet.

Kjernen i saken er anførsler fra saksøker om at OUS har ansvar grunnet manglende rutiner/systemsvikt og at dette utgjør et grovt uaktsomt forhold. I helsetjenesten skjer det feil og ordningen med NPE er opprettet for at det enkelte sykehus ikke skal måtte håndtere erstatningssaker i sin alminnelighet. NPE ordningen omfatter imidlertid ikke krav om oppreisning, slike saker må det enkelte helseforetak håndtere på egen hånd. Det er lite relevant rettspraksis og juridisk teori om rammene for organansvaret. OUS mottar med jevne mellomrom krav om oppreisning på dette grunnlag parallelt med at krav om erstatning for økonomisk tap fremmes for NPE. Da dette ansvaret er ulovfestet og det er lite veiledning i

praksis vil denne saken være med på å belyse hvordan slike saker kan og bør vurderes i fremtidige saker. Saken er i stor utstrekning av teoretisk juridisk art, selv om det også er sentralt å klargjøre hva som har skjedd i saken og grad av klanderverdighet mv. Saken gikk for retten i tiden 26 – 28 november og det avventes dom.

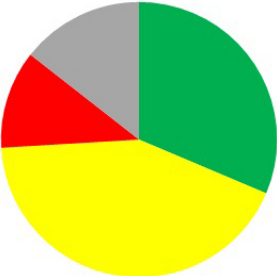
- Sykehuset er stevnet av en pasient med krav om erstatning og oppreisning på grunnlag av arbeidsgiveransvar/organansvar for feildiagnostisering som fikk store konsekvenser for vedkommendes disposisjoner, handleevne m.v. Det pågår en parallell prosess i NPE om erstatning for pasientskade. Det vil ta tid før saken berammes pga parallell prosess i NPE og rettsprosess overfor Oslo kommune.

4. ÅRLIG MELDING 2018

Årlig melding 2018 skal rapporteres til Helse Sør-Øst RHF innen 1. mars 2019, med innsending av rapportkapittelet i forkant innen 20. januar. Tillitsvalgte, Brukerutvalget og Vernetjenesten er orientert om prosessen og vil også videre få anledning til å komme med innspill. Det er ingen krav fra Helse Sør-Øst RHF om styrebehandling av rapportdelen før innsending 20. januar. Årlig melding, inklusive rapportdelen, vil bli fremlagt for behandling i styret i 15. februar 2019.

5. OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS I MEDIENE OKTOBER 2018

I oktober ble det registrert 1638 mediasaker om sykehuset, mot 1590 i september.

Periode	Antall saker	Vekting/etterlatt inntrykk	Vekting prosent	Kommentar
Oktober 2018	1638		Positiv: 31 Nøytral: 43 Negativ: 12 Ikke vektet: 14*	Den økte positive andelen skyldes flere enkeltsaker der sykehusets ansatte utmerker seg positivt.

*) Grått er andelen meldinger om personskade, disse vektet ikke.

Sentrale saker i perioden:

Influensavaksine

Media hadde i oktober fokus på influensa og vaksinerings. Oslo universitetssykehus ble en rekke ganger trukket fram som et godt eksempel på et sykehus som har fått til god dekning av influensavaksinen. Flere fra Avdeling for smittevern har vært i mediene og snakket om både vaksine, arbeidet med vaksinerings ved sykehuset og influensa generelt.

Framtidens OUS

Sykehusplanene har fått mye oppmerksomhet i oktober, særlig på debattplass der det rettes kritikk både mot prosesser og løsninger. Planene ble også diskutert i bystyret i oktober og fikk da en del redaksjonell oppmerksomhet. Debatten har i tillegg flyttet seg til lokalavisene i Innlandet, der kritikere setter planene i Oslo og Innlandet opp mot hverandre.

Sviktende IKT-systemer på AMK

TV2 meldte om sviktende IKT-systemer på AMK. De kunne melde om systemer som går i svart, ikke lar seg oppdatere og har kapasitetsutfordringer. Administrerende direktør kommenterte at det jobbes med å finne en midlertidig løsning til et nasjonalt system kommer på plass. Det er Nasjonal IKT som skal anskaffe nytt system.

HR-direktør på twitter

Flere medier fulgte opp daværende HR-direktørs utfall mot en lege på twitter i begynnelsen av oktober.

Sykehuset i sosiale medier:

Mest leste saker på sykehusets Facebook-side i perioden:

- Fremtidens operasjonsstue på Intervensjonssenteret hvor alt av røntgen og annet utstyr er tilgjengelig, uten å måtte flytte pasienten (ekstern video)
- Historien om Kaja som fikk kreft i hjernen da hun var tre år og prosjektet hun deltar i for å trene opp hjernen igjen (ekstern artikkel)
- PMMA er et mislykket rusmiddel. Det gir nesten ikke rus, bare bivirkninger (ekstern artikkel)
- En internasjonal kommisjon ledet fra Norge har anbefalt et nytt, mer pasientorientert behandlingsløp hvor støttende og lindrende behandling integreres og administreres av tverrfaglige team (egen artikkel)
- Lever du med helseutfordringer på grunn av sykdom? Da kan du være i målgruppen for en app vi har utviklet (ekstern artikkel)

Formidling av fag og forskning i «Ekspertsykehuset»

Akuttmedisin var tema for «Ekspertsykehuset» i oktober og ble presentert gjennom blogginnlegg, videosnutter og annet redaksjonelt innhold.

Kommunikasjon med medarbeidere

Intranett er sykehusets primære kanal for informasjon til ansatte, men instagramkontoen til Oslo universitetssykehus blir stadig mer populær. Instagram er en god kanal for nå ansatte og skape stolthet og engasjement. I en uformell spørreundersøkelse via Instagram sier de fleste av de som svarte at de ønsker å se mer av ansatte ved sykehuset.

6. REFERAT OG ØVRIGE VEDLEGG

- Protokoll fra Brukerutvalgets møte 22. oktober 2018 (vedlegg)
- Protokoll fra Helse Sør-Øst RHF styremøte 18. oktober (vedlegg)
- Foreløpig protokoll fra Helse Sør-Øst RHF styremøte 15. november (vedlegg)

PROTOKOLL

Møtetema: **Brukerutvalgsmøte 22.oktober 2018 kl 13.00-17.00**

Til: Brukerutvalget ved OUS HF

Kopi: Styret ved OUS HF, Brukerutvalget HSØ RHF

Dato dok: 22.10.2018

Dato møte: 22.10.2018

Referent: Stine Arntzen Selfors

Tilstede: Tove Nakken, Kim Fangen, Anne Giertsen, Pål Kjeldsen, Susan Smerkerud, Stine B. Dybvig, Marius Korsell, Twinkle Dawes, Solveig Rostøl Bakken, Kjell Silkoset, Brita Rønnebech Bølgen
Fra OUS: Stine A. Selfors

Forfall: Mari Ourom, Arne Olav G. Hope

Sak nr	
	Godkjenning av innkalling og agenda
53/2018	Vedtak Innkalling og agenda er godkjent
	Styremøtesaker Planlegging av brukerutvalgets møte med styret 25. oktober kl 12.00-12.40
54/2018	Vedtak Tove Nakken, Anne Giertsen og Susan Smerkerud presentere saker. Det settes av tid til spørsmål og samtale.
	Utdanningsstrategien Spesialrådgiver Cathrine Ørehagen fra utdanningsavdelingen presenterte utkast til revidert Utdanningsstrategi for OUS. Innspill ble gitt i møtet.
55/2018	Vedtak Brukerutvalget bifaller utdanningsstrategien og stiller seg til rådighet i utarbeidelse av handlingsplaner og videre arbeid med implementering.
	Konseptfase Aker/Gaustad Nina Fosen presenterte status og svarte på spørsmål. Konseptfaserapport og tilleggsutredninger skal opp i OUS sitt styremøte 6. desember og i HSØ sitt styremøte 13. desember. Diskusjon om hvilke budskap brukerutvalget ønsker å formidle.
56/2018	Vedtak Arbeid med å formulere et budskap fortsetter på mail.

57/2018	<p>PROMiNET Leder for PROMiNET, Cecilie Delphin Amdal, ga en innføring i pasientrapporterte utfallsmålinger og det regionale nettverket som jobber med dette. Ønsker samarbeid om å lage kurs om brukermedvirkning i forskning og om å rekruttere brukerrepresentanter</p> <p>Vedtak PROMiNET og Brukerutvalget fortsetter samarbeidet og kobler seg på avdeling samhandling med tanke på kurs i brukermedvirkning.</p>
58/2018	<p>Erfaringsutveksling En gjennomgang av aktivitet siden forrige møte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasientsikkerhetsutvalg i Prehospital klinikk • Brukerråd i MED, HHA, NEV, HLK, KRE, KPHA (KVI, ORT) • NKLMH – effekten av lærings- og mestringstilbud for barn og unge • Forbedringsprosjekt i NEV • Fokusgrupper Konseptfase Aker/Gaustad • Samhandlingsgruppe Konseptfase Aker/Gaustad • Styringsgruppemøte Konseptfase Aker/Gaustad • PROMiNET • eMestring i Vestfold • Hendelsesanalyse • Driftsstyre KRE Arbeidsgruppe forløpskoordinator kreft • Minimetodeutvalg • Norsman • Nasjonal rutine for forebygging og behandling av underernæring – revisjon • Regionalt forskningsutvalg • Åpning av Jepsensenteret • Oppnevning av nytt ungdomsråd • Brukermedvirkning i ledelsens gjennomgang • Samvalg på fredagsmøtet 26.10.18 <p>Vedtak Til orientering</p>
59/2018	<p>Eventuelt</p> <p>Neste møte i brukerutvalget er Dialogmøte med brukerrådene og ungdomsrådet, 26. oktober kl 16-18.</p>

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo
Dato:	Styremøte 18. oktober 2018
Tidspunkt:	Kl 0915-1500

Følgende medlemmer møtte:

Svein Ingvar Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	Forfall
Vibeke Limi	
Einar Lunde	
Geir Nilsen	
Sigrun E. Vågeng	Til kl 1430
Svein Øverland	

Fra brukerutvalget møtte:

Rune Kløvtveit
Nina Roland

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynestad, direktør for medisin og helsefag Jan Frich, økonomidirektør Hanne Gaaserød og direktør for personal- og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø

Saker som ble behandlet:

086-2018	GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

087-2018	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 13. SEPTEMBER 2018
-----------------	--

I protokollen under sak 083-2018 Orienteringssak – Halvårsrapport 2018 for konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst, ble det gitt en presiserende formulering under *Kommentar i møtet*. Dette fremgår av godkjent protokoll.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Protokoll og B-protokoll fra styremøte 13. september 2018 og godkjennes.

088-2018	VIRKSOMHETSRAPPORT PER SEPTEMBER 2018
-----------------	--

Oppsummering

Saken om kvalitets-, aktivitets- og økonomirapport per september 2018 var ettersendt til styret to dager før møtet. Administrerende direktør presenterte rapporten i møtet.

I september er det noe svakere måloppnåelse isolert sett enn for året som helhet per september. Et eksempel er prosentvis fristbrudd for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet innen somatikk og psykisk helsevern for barn og unge (BUP). I september tas det inn pasienter fra ventelistene i større grad enn hva som er tilfelle i sommermånedene. Resultatet er en økning både i ventetider for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet og for fristbrudd.

De økonomiske resultatene i september er positive. Bemanning totalt sett viser fortsatt bedring, selv om enkelte foretak fortsatt har til dels store negative avvik.

Kommentarer i møtet

Styret merker seg at den økonomiske utviklingen er om lag i tråd med budsjett, men at det fortsatt er utfordringer ved enkelte helseforetak. Styret viser her til den gjennomgangen som ble gjort i dagens styremøte av utfordringsbildet for Sykehuset Innlandet HF.

Styret er tilfreds med den positive utviklingen i sykefraværet.

Styret viser til at det er utfordringer i forhold til å innfri prioriteringsregelen. Styret er urolig for utviklingen innen pakkeforløp og forventer at tiltakene som planlegges gjennomført vil gi forbedrede resultater.

Styret ønsker en egen redegjørelse for arbeidet med tilgang på kvalifisert kompetanse. Dette er satt opp på i årsplanen for styresaker som temasak Styret viste også til at det er nødvendig å videreutvikle rapporteringen av måloppnåelsen i målekortet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per september 2018 til etterretning.

089-2018	VIRKSOMHETSRAPPORT FOR ANDRE TERTIAL 2018
----------	---

Oppsummering

Helse Sør-Øst RHF har for 2018 tre målområder i tillegg til at utviklingsplaner skal ferdigstilles.

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Per andre tertial 2018 var gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter med helsehjelp påstartet 57,6 dager for foretaksgruppen og samlet andel fristbrudd var 1,7 prosent, som er noe svakere enn på samme tid i 2017. Helse Sør-Øst RHF følger opp helseforetakenes egne prognoser og tiltaksplaner knyttet til reduksjon av ventetider, fristbrudd og andel pasienter hvor patientavtaler ikke er overholdt.

Utviklingen innen pakkeforløp kreft er ikke tilfredsstillende. Helse Sør-Øst RHF gjennomfører høsten 2018 en besøksrunde til helseforetakene og erfaringene herfra vil bli gjort kjent gjennom nettverk og møter utover høsten.

Helse Sør-Øst RHF har inngått avtaler med private leverandører innen rehabilitering, TSB og psykisk helsevern, og dette utfyller og kompletterer tilbudene ved helseforetakene. Den regionale planen for avtalespesialistområdet ble behandlet i styret i Helse Sør-Øst RHF i juni 2018 og målet er å utvide antall årsverk fra nåværende 801 til 841.

Helse Sør-Øst hadde per andre tertial et positivt resultat på 529 millioner kroner, med et negativt budsjettavvik på 32 millioner kroner. Den underliggende driften er noe svakere enn resultatet tilsier som følge av eiendomssalg som ikke er budsjettet.

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Innrapporterte tall hittil i år viser at foretaksgruppen ikke innfrir alle krav fra eier om sterkere vekst regionalt innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn innen somatikken.

Helse Sør-Øst RHF planlegger en regional konferanse innen utgangen av 2018 for å utveksle erfaring på tvers av helseforetakene innen psykisk helsevern. Med bakgrunn i innspillene fra denne konferansen, vil Helse Sør-Øst RHF etablere et prosjekt for å samordne og styrke foretakenes arbeid med rekruttering, utdanning og tiltak for å bedre kompetansetilgangen innen psykisk helse med særskilt fokus på psykisk helsevern for barn og unge.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Det nasjonale målet på mindre enn 3,5 prosent sykehusinfeksjoner i 2018 var nådd andre tertial med 3,2 prosent for egne infeksjoner. Imidlertid er målet ikke nådd for alle infeksjoner hvor tall for andre tertial viser 4 prosent sykehusinfeksjoner. Det pågår en rekke tiltak for å redusere sykehusinfeksjoner, blant annet opplæring i basale smittevernrutiner, oppfølging av resistenspasienter, håndhygienekampanjer og handlingsplan for smittevern.

Alle helseforetak/sykehus har etablert antibiotikastyringsprogram (ASP) og arbeider aktivt med å redusere forbruk av bredspektrede antibiotika gjennom opprettelse av antibiotikateam og innføring av restriksjoner gjennom opplæring og rutiner.

Per andre tertial er andel korridorpatienter innen somatikk på 1,4 prosent.

Kommentarer i møtet

Styret er fornøyd med at tertialrapporten for andre tertial 2018 er vesentlig forbedret i forhold til tidligere tertialrapporter. Styret er enig i at tiltaksoversikten i risikovurderingen kan spisses, slik administrerende direktør kommenterte i møtet.

Styret viste til utfordringen i forhold til prioriteringsregelen og vil komme tilbake til dette i arbeidet med budsjett 2019.

Styret konstaterer at det foregår trakassering, herunder seksuell trakassering innen sektoren og forventer at dette følges opp. Styret merker seg også at mange ansatte gir uttrykk for at arbeidsbelastningen er stor.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport for andre tertial 2018 til etterretning.

090-2018	STATUS OG RAPPORTERING REGIONAL IKT-PORTEFØLJE PER ANDRE TERTIAL 2018
----------	--

Oppsummering

Saken omfatter status og rapportering for de styrevedtatte prosjektene i den regionale IKT-prosjektporteføljen. Det rapporteres på fremdrift, økonomi, kvalitet og risiko for hvert prosjekt. Rapporteringen per prosjekt avsluttes når den aktuelle IKT-løsningen er innført ved de helseforetak som omfattes av prosjektet. Oppgraderinger av løsningen etter at den er satt i drift inngår ikke i rapporteringen.

Kommentarer i møtet

Styret ber om at det fremlegges en egen redegjørelse om det regionale laboratoriedataprojektet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status per andre tertial 2018 for gjennomføringen av regional IKT-portefølje til orientering.

091-2018	VESTRE VIKEN HF – AVHENDING AV EIENDOM VED EVJE BARNEHAGER, STANGA 18, 1346 GJETTUM, GNR. 84, DEL AV BNR. 241 I 0219 BÆRUM KOMMUNE
----------	---

Oppsummering

Saken gjelder avhending av eiendom ved Evje barnehager, Stanga 18, 1346 Gjettum, gnr. 84, del av bnr. 241 i 0219 Bærum kommune.

Siden eiendommen vurderes å ha en verdi på mer enn 10 millioner kroner, må sak om avhending i henhold til helseforetakslovens § 31 forelegges foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF før vedtak kan fattes i helseforetakets foretaksmøte.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Vestre Viken HF sin anmodning om samtykke til salg av eiendom ved Evje barnehager, Stanga 18, 1346 Gjettum, gnr. 84, del av bnr. 241 i Bærum kommune til foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF for behandling.
2. I tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, tilbys Bærum kommune å kjøpe eiendommen. Dersom kommunen ikke ønsker å kjøpe eiendommen, eller det ikke oppnås enighet om overdragelse, kan eiendommen legges ut for salg i det åpne markedet.

3. Frigjort likviditet kan benyttes til nedbetaling av gjeld, til investeringer i varige driftsmidler eller til rehabilitering og verdibevarende vedlikehold av bygninger som er nødvendig for klinisk drift.
4. Investeringer, herunder langsiktige leieavtaler, må behandles i henhold til gjeldende fullmaktstruktur.
5. Styret presiserer at Vestre Viken HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

092-2018	TERTIALRAPPORT ANDRE TERTIAL 2018 FOR PROSJEKT NYTT SYKEHUS I DRAMMEN
-----------------	--

Oppsummering

Styret behandlet i sak 054-2016 konseptrapporten for nytt sykehus i Drammen og besluttet å videreføre alternativ 1.1 på Brakerøya, under forutsetning av at prosjektet ble tilpasset tidligere angitt planforutsetning med en kostnadsramme på 8,2 mrd. kroner eksklusive kostnader til stråleterapi, stråleterapibygging, ikke-byggnær IKT og tomteerverv.

Høsten 2016 ble det gjennomført en optimalisering av skisseprosjektet og styret ga i styresak 006-2017 administrerende direktør fullmakt til å utarbeide mandat for forprosjektfasen og etablere et eget prosjektstyre for videreføring av prosjektet.

Tertialrapport for andre tertial 2018 for Prosjekt nytt sykehus i Drammen (NSD) foreligger nå og ble behandlet i prosjektstyret den 26. september 2018.

Administrerende direktør forelegger tertialrapporten for styret for periodisk status for prosjektet.

Kommentarer i møtet

Administrerende direktør orienterte styret om kostnadsutviklingen i prosjektet knyttet til tomteforhold og infrastruktur. Styret er opptatt av at kostnadene holdes innenfor de fastsatte rammene.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Tertialrapport for prosjekt nytt sykehus i Drammen for andre tertial 2018 tas til orientering.

093-2018	STATUS KONSEPTFASE VIDEREUTVIKLING AV AKER OG GAUSTAD
----------	---

Administrerende direktør viste til protokoll fra drøftinger med konserntillitsvalgte datert 17.10.18.

Oppsummering

Foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF vedtok 24.06.16 et fremtidig mål bilde for Oslo universitetssykehus HF med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehus-funksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet.

Styret ved Oslo universitetssykehus HF behandlet i møte 24.05.2017 (sak 039/2017) oppstart av konseptfaseutredning for Aker og Gaustad og anbefalte at Helse Sør-Øst RHF startet opp konseptfaseutredningen for Aker og Gaustad.

I styremøte 15.06.17 i Helse Sør-Øst RHF ble sak om videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus (sak 072-2017) behandlet og styret besluttet oppstart konseptfase for Aker og Gaustad.

Styret i Helse Sør-Øst RHF ble i møte 14.06.18 (sak 053-2018) orientert om status for konseptfase for videreutvikling av Aker og Gaustad, inklusiv risikovurdering pr. juni 2018. Styret tok status for konseptfase videreutvikling av Aker og Gaustad til orientering og ba om at styret ble holdt orientert om det samlede risikobildet.

Styret er videre orientert om status og tilleggsutredninger i driftsorienteringer fra administrerende direktør i styremøte 24.08.18 (styresak 073-2018) og i styremøte 13.09.18 (styresak 085-2017).

I denne saken redegjøres det for status for arbeidet spesielt knyttet til beregning av kapasitet, tomt og reguleringsforhold, arbeid med analyse av økonomisk bærekraft og en orientering om det samlede risikobilde for gjennomføring av prosjektet.

Kommentarer i møtet

Styret ser frem til å få til behandling et endelig beslutningsgrunnlag for konseptfaseutredningene for Aker og Gaustad. Det er nødvendig med en grundigere gjennomgang av det fremtidige behovet for kapasitet i Oslo og styret må forstå de foreliggende analyser og modellen for kapasitetsframskrivinger bedre.

Det forutsettes fremlagt grundige økonomiske analyser der også eventuelle behov for tomteerverv på Aker vurderes opp mot prosjektets økonomiske bærekraft. Det forutsettes at det legges frem økonomiske vurderinger av det enkelte prosjekt på Aker og Gaustad, for Oslo universitetssykehus HF og den samlede effekten for totaløkonomien i Helse Sør-Øst.

Styret ber om å bli løpende orientert om dialogen prosjektet har med vernemyndighetene.

Det forventes at Oslo universitetssykehus bidrar med en vurdering av virksomhetsmodell, herunder vurderinger av ivaretagelse av traumevirksomheten.

Styret viste til at identifiserte risikoområder både i Oslo universitetssykehus og i Helse Sør-Øst RHF's arbeid må gjennomgås. Det forutsettes avklart hva som vil være en akseptabel restrisiko for det videre arbeidet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status for konseptfase videreutvikling av Aker og Gaustad til orientering.

094-2018	HØRINGER – «JURIDISK OPPFØLGING AV FORSLAG I PRIORITERINGSMELDINGEN OG PRESISERINGER AV REGELVERKET OM HELSEHJELP I UTLANDET» OG «RAPPORT OM ALTERNATIVER FOR REGULERING AV PASIENTFORLØP OG REGISTRERING AV VENTETID»
----------	---

Oppsummering

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt et høringsnotat og en rapport, som Helsedirektoratet har utarbeidet for departementet, på høring:

- Juridisk oppfølging av forslag i prioriteringsmeldingen og presiseringer av regelverket om helsehjelp i utlandet
- Rapport om alternativer for regulering av pasientforløp og registrering av ventetid

Helseforetakene i regionen er egne høringsinstanser og sender sine egne hørings svar. Hørings svarene er diskutert med helseforetakene, i interne fora og nettverk, samt med brukere og tillitsvalgte.

Helse Sør-Øst RHF fikk utsatt høringsfristen ad juridisk oppfølging av forslag i prioriteringsmeldingen og presiseringer av regelverket om helsehjelp i utlandet fra 25. september til 27. september 2018 og fristen ad rapport om alternativer for regulering av pasientforløp og registrering av ventetid fra 2. oktober til 10. september 2018. Det har videre vært korrespondanse med departementet om at eventuelle merknader fra styret ettersendes.

Hørings svarene legges med dette frem for styret.

Kommentarer i møtet

Styret viste til administrerende direktørs utkast til høringsuttalelse. Det var enighet om at det er behov for en avgrensning av hvilke metoder systemet for Nye metoder skal omfatte. I forhold til de tre modellene som er presentert i Helsedirektoratets rapport var det ulike syn i styret. Dette meddeles departementet som tillegg til høringsuttalelsen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret slutter seg til administrerende direktørs høringsuttalelser ad «Juridisk oppfølging av forslag i prioriteringsmeldingen og presiseringer av regelverket om helsehjelp i utlandet» og «Rapport om alternativer for regulering av pasientforløp og registrering av ventetid» med de innspill som ble gitt i møtet.

095-2018

ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering

096-2018

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. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 4. september 2018
3. Brev fra Kåre Haugen, Fløkkfjord om sykehussaken på Sørlandet
4. Brev fra Tor Winsnes og Dag Hovland om reguleringsrisiko Gaustadutbygging
5. Brev fra Rolf Kåresen med kommentarer til styresak 093-2018
6. Protokoll fra drøftinger med konserntillitsvalgte datert 17. oktober 2018

Temasak

- Sykehuset Innlandet. Orientering om driftssituasjonen og planlagte tiltak v/styreleder Anne Enger og administrerende direktør Alice Beathe Andersgaard

Det ble gitt en presentasjon av utfordringsbildet og tiltak av styreleder og administrerende direktør i Sykehuset Innlandet HF. De svarte også på spørsmål og kommentarer fra styret i Helse Sør-Øst RHF.

Kommentarer i møtet

Styret i Helse Sør-Øst RHF arbeider denne høsten med det fremtidige målbildet for Sykehuset Innlandet.

Det er nødvendig at helseforetaket arbeider med nødvendige tilpasninger i driften og det forventes at de tiltakene som ble beskrevet følges opp med stor gjennomføringskraft.

Møtet hevet kl 15:25

Oslo, 18. oktober 2018

Svein Ingvar Gjedrem
styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Geir Nilsen

Sigrun E. Vågeng

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato:	Styremøte 15. november 2018
Tidspunkt:	KI 0730-1600

101-2018

VIRKSOMHETSRAPPORT PER OKTOBER 2018
--

Oppsummering

Saken om virksomheten (kvalitet, aktivitet, bemanning og økonomi) per oktober 2018 var ettersendt til styret dagen før møtet. Administrerende direktør presenterte rapporten i styremøtet.

Rapporteringen tar utgangspunkt i målekortet, og saken omhandler i all hovedsak forhold hvor det er vesentlige negative avvik fra målene.

Ventetider for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er isolert sett bedre i oktober i år enn gjennomsnittlig hittil i år, noe som kan tyde på en positiv utvikling.

Når det gjelder økonomi er samlet resultat i oktober positivt, selv om enkelte foretak til dels har store negative budsjettavvik. Det er også flere engangsforhold som påvirker resultatet i oktober. Videre er det et relativt stort merforbruk når det gjelder bemanning ved flere helseforetak i oktober.

Kommentarer i møtet

Styret merker seg at den økonomiske utviklingen er godt i tråd med budsjett, men at det fortsatt er utfordringer ved enkelte helseforetak.

Styret er fortsatt urolig for utviklingen innen pakkeforløp og merker seg det arbeidet som det er redegjort for. Styret ber om en orientering om hvordan Helse Sør-Øst RHF vil understøtte helseforetakenes arbeid med å forbedre måloppnåelsen for pakkeforløpene.

Styret viser også til at det er ønskelig at konsernrevisjonen raskt gjennomfører en revisjon av arbeidet med pakkeforløp i helseforetaksgruppen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per oktober 2018 til etterretning.

102-2018

**BUDSJETT 2019 – FORDELING AV MIDLER TIL DRIFT OG
INVESTERINGER**

Oppsummering

Administrerende direktør fremmer med denne saken forslag til fordeling av faste inntekter for 2019 til sykehusområdene, helseforetak og de private ideelle sykehusene med driftsavtale, samt for det regionale helseforetaket. I saken fremmes videre forslag til reservasjon av likviditet til regionalt prioriterte investeringsprosjekter.

Saken er basert på sak 022-2018 Økonomisk langtidsplan 2019-2022 - planforutsetninger og sak 052-2018 Økonomisk langtidsplan 2019-2022, samt Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon for 2019, Prop. 1 S (2018-2019).

Det tas et generelt forbehold om eventuelle endringer i inntektsforutsetningene som følge av Stortingets budsjettvedtak. Hvis Stortingets budsjettvedtak innebærer betydelige endringer i forhold til Prop. 1 S (2018-2019), vil administrerende direktør vurdere å legge fram en oppdatert budsjettsak i desember.

Kommentarer i møtet

Styret konstaterer at den økonomiske rammen for 2019 er stram. Styret viser i denne forbindelse til etterfølgende sak 103-2018 Innspill til statsbudsjettet 2020.

I senere sak om resultatkrav til helseforetakene ønsker styret en vurdering av alternative tiltak for bedre måloppnåelse for prioriteringsregelen.

Styret understreker at før det kjøpes tjenester fra private leverandører, må kapasiteten i våre egne sykehus utnyttes.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret slutter seg til de premisser, mål og prioriteringer, samt fordeling av faste inntekter for 2019 som fremkommer i administrerende direktørs saksfremstilling.
2. Følgende krav gjelder for helseforetakene/sykehusene i 2019:
 - Samlet vekst i pasientbehandlingen skal være om lag 1,7 % fra 2018 til 2019.
 - Vekst i ISF-finansiert pasientbehandling skal være om lag 1,6 %.
 - Veksten i pasientbehandlingen og kostnadsutviklingen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere hver for seg enn innen somatikk. Det enkelte helseforetak og sykehus skal i sine aktivitets- og kostnadsbudsjetter legge til rette for at dette kravet innfris. Det skal også planlegges med en reduksjon i ventetider innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som er større hver for seg enn innen somatikk. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.

3. Helseforetakenes og sykehusenes inntektsrammer og krav for 2019, herunder ISF- refusjoner, forskningsmidler, vilkår for bevilgningen, resultatkrav, aktivitetskrav, øvrige styringskrav og rammebetingelser, vil bli endelig fastsatt i oppdrag- og bestillingsdokumentene for 2019.
4. Styret forutsetter at effektiviseringskravene i budsjettet ikke går ut over faglig forsvarlighet og arbeidsmiljøet.
5. Styret slutter seg til at den regionale inntektsmodellen endres slik at behandlingsaktiviteten innen lokalsykehusfunksjoner ved Oslo universitetssykehus HF, ut over det som kan betraktes som marginal aktivitet, belastes det helseforetaket pasienten tilhører. Det legges til grunn en pris på 90 % av ISF-pris.
6. Administrerende direktør skal følge opp regional plan for avtalespesialistområdet. Antall avtalehjemler skal øke og det skal iverksettes pilotprosjekt hvor avtalespesialister gis kompetanse til å rettighetsvurdere.
7. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å:
 - Fordele inntektsrammer
 - Til 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.
 - Fatte beslutninger om forlengelse av eksisterende lisensavtaler knyttet til IKT-drift som er innarbeidet i budsjettet.
 - Oppta investeringslån fra Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til:
 - Oppgraderings- og vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 367,1 millioner kroner.
 - Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold HF med inntil 440 millioner kroner.
 - Nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus HF med inntil 260 millioner kroner.
 - Nytt sykehus i Drammen ved Vestre Viken HF med inntil 1 270 millioner kroner.
 - Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 305 millioner kroner.
 - Nytt protonterapisenter Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 163 millioner kroner.
 - Regional sikkerhetsavdeling (RSA) ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 33 millioner kroner.

8. Det legges til grunn at følgende allerede iverksatte investeringsprosjekter videreføres i 2019:
 - Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold HF med inntil 627 millioner kroner, hvorav 439 millioner kroner er ekstern lånefinansiering.
 - Omstillingsinvesteringer (samlokalisering fase I) ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 19,6 millioner kroner.
 - Oppgraderings- og vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 249 millioner kroner, hvorav 174 millioner kroner er ekstern lånefinansiering. Resterende finansiering dekkes av foretakets egne midler.
 - Helse Sør-Øst RHF:
 - Nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus HF med inntil 20 millioner kroner, hvorav 14 millioner kroner er ekstern lånefinansiering.
 - Nytt sykehus i Drammen ved Vestre Viken HF med inntil 1 191 millioner kroner, hvorav 833 millioner kroner utgjør ekstern lånefinansiering. Det er tatt høyde for at anskaffelse av tomt vil skje i 2019.
 - Ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 10 millioner kroner, hvorav 7 millioner kroner utgjør ekstern lånefinansiering.
 - Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 205 millioner kroner, hvorav 144 millioner kroner utgjør ekstern lånefinansiering.
 - Nytt Protonterapisenter ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 145 millioner kroner, hvorav 102 millioner kroner utgjør ekstern lånefinansiering og 43 millioner utgjør tilskudd.
 - Samlet inntil 110 millioner kroner i investeringsmidler til planlegging av videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF, konseptfase samling psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus HF og utvikling somatikk ved Sykehuset Telemark HF.
9. Det reserveres inntil 545 millioner kroner til investering og inntil 175 millioner kroner til driftskostnader til satsingen på regional IKT-prosjektportefølje.
10. Det reserveres likviditet til Sykehuspartner HFs investeringsbudsjett i henhold til foreløpige vurderinger av omfang og beløp, det vil si inntil 405 millioner kroner. Endelig investeringsbudsjett for Sykehuspartner HF fremlegges styret i forbindelse med fastsetting av resultatkrav for Sykehuspartner HF for 2019. Prosjektbudsjettene for infrastrukturmodernisering og informasjonssikkerhet og personvern for 2019 er ikke endelig fastlagt og disse prosjektbudsjettene behandles i henhold til etablerte fullmaktstrukturer.
11. Det reserveres en regional resultatbuffer på 500 millioner kroner, hvorav 100 millioner kroner er øremerket inntektsstøtte til Sykehuset Innlandet HF som følge av overføringen av Kongsvinger sykehus til Akershus universitetssykehus HF. Videre øremerkes 10 millioner kroner i Helse Sør-Øst RHF for å dekke IKT-kostnader som følge av virksomhetsoverdragelsen og 40 millioner kroner for å dekke kostnader for legemidler overført i 2018.

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Brubakk, Øverland og Grimsgaard

Ansatte i foretakene rapporterer ressursknapphet i forhold til arbeidsoppgavene og krav stilt av eier. Ansattes representanter er bekymret for at det i denne situasjonen fortsatt legges til grunn effektivisering. Ansatte forutsetter at budsjettfordelingen og det videre budsjettarbeidet tar hensyn til at enkelte foretak har særlige utfordringer knyttet til å dimensjonere med tilstrekkelig kapasitet, og å ivareta faglig forsvarlig pasientbehandling og gode arbeidsforhold. Ansatte forutsetter også at det iverksettes tiltak for å bidra til at prioriteringsregelen faktisk innfris.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 14. desember 2018

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

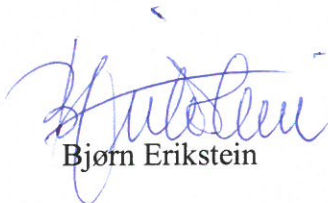
**SAK 86/2018 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 14. DESEMBER 2018**

Protokoll blir lagt frem for vedtak i slutten av styremøtet.

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 14. desember 2018.

Oslo, den 7. desember 2018



Bjørn Erikstein