

Styrets årsberetning
og årsregnskap
for
Helse Midt-Norge RHF
2017

Styret i Helse Midt-Norge RHF



Tina Steinsvik Sund,
styreleder



Paul Steinar Valle,
nestleder



Liv Stette,
styremedlem



Beate Skillingstad,
styremedlem



Bjørn Gustafsson,
styremedlem



Kristian Dahlberg
Hauge,
styremedlem



Anita Solberg,
styremedlem



Lindy Jarosch von
Schweder,
styremedlem



Ivar Østrem,
styremedlem

Ledelse Helse Midt-Norge RHF



Stig A. Slørdahl,
administrerende direktør



Henrik Sandbu,
fagdirektør



Anne-Marie Barane,
økonomidirektør



Ingerid Gunnerrød,
direktør for stab og
prosjektstyring



Nils Kvernmo,
eierdirektør



Anne-Katarina
Cartfjord,
HR direktør



Tor Harald Haukås,
kommunikasjonsdirektør



Daniel Haga,
samhandlingsdirektør

Styrets årsberetning for 2017 for Helse Midt-Norge RHF

Visjon, virksomhet og strategi

Virksomheten i Helse Midt-Norge skal baseres på verdiene trygghet, respekt og kvalitet. Helse Midt-Norge RHF har det overordna ansvaret for spesialisthelsetjenesten i Møre og Romsdal og Trøndelag. Dette omfatter spesialiserte helsetjenester innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Formålet med virksomheten er å sørge for at befolkningen har tilgang til gode og likeverdige spesialist-helsetjenester uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi eller etnisk bakgrunn.

Helse Midt-Norge RHF sitt ansvar blir ivaretatt gjennom våre heleide datterforetak, andre helseregioner og kjøp av tjenester fra ulike private aktører. Helse Midt-Norge RHF har 147 driftsavtaler med privatpraktiserende avtalespesialister innen psykisk helsevern og somatikk. Driftsavtalene er fordelt med henholdsvis 59 avtaler innenfor psykisk helsevern og 88 avtaler innenfor somatikk.

Foretaksgruppen omfatter om lag 21 600 medarbeidere og en årlig omsetning på om lag 21 milliarder kroner. Helse Midt-Norge RHF er lokalisert i Stjørdal.

Strategi 2030 gir en felles ambisjon for alle helseforetakene; Helse Midt-Norge skal bygge en fremragende helsetjeneste til det beste for pasientene og befolkningen.

Strategien definerer fire strategiske mål for hvordan en fremragende helsetjeneste i Midt-Norge skal videreutvikles:

- Vi skaper pasientenes helsetjeneste.
- Vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell.
- Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse.



Fremragende helsetjeneste

Helse Midt-Norge RHF arbeider målrettet med å tilby en trygg og effektiv spesialisthelsetjeneste gjennom hele behandlingskjeden ved våre sykehusforetak. Det jobbes kontinuerlig med forbedring og omstilling for å nå visjonen om å skape pasientens helsetjeneste. Dette er et langsiktig arbeid og resultater av arbeidet må sees over tid. I 2017 er det jobbet målrettet videre med de tre hovedsatsingsområdene i oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Foretaksgruppen leverer positive økonomiske resultater og de økonomiske krav som er stilt til Helse Midt-Norge i 2017 er innfridd. Dette gir gode forutsetninger for å følge opp regionens planer til beste for pasientene i Midt-Norge.

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Ventetidene i Helse Midt-Norge har aldri vært så kort som i 2017. Den gjennomsnittlige ventetiden for pasienter som har fått påbegynt behandlingen var 56 dager, noe som er en reduksjon på to dager fra 2016. Alle sykehusforetakene hadde en gjennomsnittlig ventetid under måltallet på 60 dager, og en nedgang i ventetiden fra 2016 til 2017. Helse Midt-Norge RHF har satt differensierte krav til ventetider for de ulike fagområdene. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det området med størst nedgang i ventetidene i 2017. Spesielt gledelig er nedgangen i ventetider innen psykisk helsevern for barn og unge.

Helseforetakene har gjort en betydelig innsats for å redusere både ventetider og fristbrudd. På tross for dette har alle helseforetakene hatt en økning i fristbrudd i 2017, men med en positiv utvikling på slutten av året.

Foretaksgruppa har gjennom 2017 arbeidet aktivt med å redusere variasjon i ventetider og kapasitet og det er utviklet 30 regionale pasientforløp som et virkemiddel i dette arbeidet.

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Helse Midt-Norge har i 2017 ikke lyktes med å nå målet om høyere vekst innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn i somatikk på alle måleindikatorene. Regionen når målene for ventetider innen TSB og psykisk helsevern barn og unge. Målet innen aktivitet nås for TSB og psykisk helsevern voksne, mens målet innen bemanning nås kun for psykisk helsevern barn og unge. Det er stort behov for å jobbe videre med systematisk endring og styrking av psykisk helsevern, og Helse Midt-Norge RHF vil ha tett oppfølging på dette området framover for å sikre bedre måloppnåelse i 2018.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Helseforetakene i regionen har fortsatt utfordringer knyttet til pasientsikkerhet, til tross for at det jobbes godt med dette. Å redusere antall sykehusinfeksjoner er utfordrende og foretaksgruppen har ikke nådd målet knyttet til reduksjon i andel sykehusinfeksjoner. Pasientsikkerhet og kvalitet er et viktig område og høsten 2017 ble det startet 19 pasientsikkerhetsprosjekter i regionen. Videre jobber alle helseforetakene med å redusere forbruket av bredspektret antibiotika, men en styrket innsats må til for å oppnå måltallet på 30 prosent reduksjon i år 2020 sammenlignet med 2012.

Selskapsstruktur og organisering

Staten ved Helse og omsorgsdepartementet eier 100 prosent av Helse Midt-Norge RHF, som igjen er eier av følgende foretak:

- St. Olavs Hospital HF
- Helse Nord-Trøndelag HF
- Helse Møre og Romsdal HF

- Sykehusapotekene i Midt-Norge HF
- Trøndelag Ortopediske Verksted AS (datter av St. Olavs Hospital HF)

I det regionale helseforetaket har Helse Midt-Norge følgende avdelinger i tillegg til administrasjonen:

- Helse Midt-Norge IKT (Hemit)
- Helse Midt-Norge RHF
Helseplattformen,
prosjektorganisasjon for
anskaffelse og innføring av felles
pasientjournal ved sykehus og
kommuner i hele Midt-Norge
- Helse Midt-Norge RHF Driftssenter
Logistikk og Økonomi

Helse Midt-Norge RHF er sammen med de tre andre regionale helseforetakene eier av følgende selskap:

- Sykehusbygg HF
- Nasjonal IKT HF
- Helseforetakenes
driftsorganisasjon for Nødnett HF
- Sykehusinnkjøp HF
- Pasientreiser HF
- Luftambulansetjenesten HF
- Helseforetakenes Nasjonale
Luftambulansetjeneste ANS

Luftambulansetjenesten HF ble etablert 24. april 2017 og har som følge av tingsinnskudd fra eiere overtatt virksomheten som tidligere lå i Helseforetakenes nasjonale Luftambulansetjeneste ANS.

Virksomheten i Helseforetakenes nasjonale Luftambulansetjeneste ANS ble avviklet med virkning fra 1. mai 2017 og besluttet oppløst. Det ansvarlige selskapet er pr årsslutt ikke slettet i foretaksregistret.

Alle helseforetak i Midt-Norge har oppnevnt egne brukerutvalg.

Brukerutvalgene er oppnevnt av styret etter forslag fra pasient- og pårørende-organisasjonene. Brukerutvalgenes skal være et rådgivende organ for styret og administrerende direktør i saker av strategisk karakter som angår tilbudet til pasienter og pårørende i virksomhetsområdet.

Risikostyring

Helse Midt-Norge RHF er gjennom eierkrav fra Helse- og omsorgsdepartementet pålagt å etablere systemer for risikostyring. Det er etablert et rammeverk for risikostyring i foretaksgruppen. Formålet med rammeverket er å sikre styrenes og ledelsens involvering i utvikling av risikostyring som en del av virksomhetsstyringen i Helse Midt-Norge. Det rapporteres til styret på risiko-reducerende tiltak og vurdering av restrisiko.

Vår virksomhet i 2017

Helse Midt-Norges lovpålagte oppgaver er pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Innsatsen når det gjelder å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen er videreført i 2017. Det nasjonale målet om en gjennomsnittlig ventetid under 60 dager er nådd. Samlet ventetid for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet i 2017 var 56 dager, hvilket er fire dager lavere enn målkravet for 2017. I regionen var det ved utgangen

av 2017 registrert 164 ventende pasienter med fristbrudd, mot 86 i 2016 (NPR).

Helseforetakene har gjort en betydelig innsats for å redusere både ventetider og fristbrudd. På tross av dette har alle helseforetakene hatt en økning i fristbrudd i 2017, men med en positiv utvikling på slutten av året. De fleste fristbruddene var innen somatikk.

Arbeidet med å redusere ventetidene ytterligere og unngå fristbrudd, slik at pasientene ikke får ventetid ut over det som er medisinsk riktig og nødvendig, vil fortsatt ha stor oppmerksomhet. For noen fagområder vil en krevende rekrutterings-situasjon, og sårbare miljø med få spesialister, kunne medføre at en i perioder vil kunne få utfordringer med å nå disse målene.

Måltall ventetider og fristbrudd		2017	2016	2015	2014	2013
Helse Møre og Romsdal HF	Gj.sn. v.tid avviklet	56	59	71	70	73
	Antall fristbrudd	890	828	1 332	1 711	1 471
	Andel fristbrudd (%)	2,5	1,8	3,8	4,9	4,3
Helse Nord-Trøndelag HF	Gj.sn. v.tid avviklet	53	59	73	74	72
	Antall fristbrudd	176	57	318	607	687
	Andel fristbrudd	0,9	0,3	1,9	3,6	4,2
St. Olavs Hospital HF	Gj.sn. v.tid avviklet	55	57	60	72	73
	Antall fristbrudd	423	415	710	1 081	2 382
	Andel fristbrudd	1,1	0,8	2	3,0	6,3
Helse Midt-Norge RHF	Gj.sn. v.tid avviklet	56	58	67	72	73
	Antall fristbrudd	1492	1301	2 380	3 431	4 592
	Andel fristbrudd	1,6	1,1	2,7	3,9	5,2

Foretaksgruppa har gjennom 2017 arbeidet aktivt med å redusere variasjon i ventetider og kapasitet. Helse Midt-Norge RHF ledet i 2017 det interregionale samarbeidet for indikator og metode-utvikling. Helse Midt-Norges foretrukne metodikk i arbeidet med å redusere uønsket variasjon er utvikling og implementering av standardiserte pasientforløp.

Arbeidet med standardiserte pasientforløp har hatt stort fokus også i 2017, og regionen når målet om at 70 prosent av nye kreftpasienter skal inngå i pakkeforløp. Dette er et viktig tiltak for å redusere uønsket variasjon i helse-tjenesten.

Kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten

Kvalitet i helsetjenesten er et gjennomgående begrep som omfatter sentrale

områder som ventetider, aktivitet, bemanning, pasientrettigheter og en rekke kvalitetsindikatorer som døgnbehandling, sykehusinfeksjoner, bruk av antibiotika, korridorpasienter mv. Helseforetakene i regionen har fortsatt utfordringer knyttet til pasientsikkerhet, til tross for at det jobbes godt med dette. Å redusere antall sykehusinfeksjoner er utfordrende. Det er spesielt St. Olavs Hospital HF som, til tross for flere tiltak, ikke når målet knyttet til reduksjon i andel sykehusinfeksjoner. Det ble i 2017 gitt støtte til i alt 19 pasientsikkerhetsprosjekter i regionen. Prosjektene med mål om regional samhandling ble prioritert og samtlige prosjekter hadde oppstart høsten 2017.

Alle helseforetakene i regionen jobber med å redusere forbruket av bredspektrede antibiotika, men en styrket innsats må til for å oppnå måltallet på 30 prosent reduksjon i år 2020 sammenlignet med 2012. Helseforetakene har etablert antibiotikastyringsprogram i tråd med Nasjonal handlingsplan mot antibiotikaresistens, samt jobber kontinuerlig med kartlegging og rapportering, og iverksetting av kompetansehevende tiltak for å øke bevisstheten og redusere forbruket av antibiotika i klinikkene.

Regionen har hatt en liten nedgang i andel korridorpasienter og hadde per 2. tertial 2017 lavest andel i landet med 0,5 prosent. Andelen varierer imidlertid mellom sykehusforetakene i regionen.

De fire helseregionene har i 2017 utviklet en ny undersøkelse for en samordnet kartlegging av pasientsikkerhetskultur, HMS og arbeidsmiljø kalt ForBedring. Den ble for første gang gjennomført i februar/mars 2018. Analyser av

resultatene skal gi beslutningsgrunnlag for kontinuerlig forbedringsarbeid.

[Psykisk helsevern og rusbehandling – den gylne regel](#)

Helse Midt-Norge har heller ikke i 2017 lyktes med å nå målet om høyere vekst innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn i somatikk på alle måleindikatorerne. Dette omtales også som den gylne regel. Regionen når målene for ventetider innen TSB og psykisk helsevern barn og unge. Målet innen aktivitet nås for TSB og psykisk helsevern voksne, mens målet innen bemanning nås kun for psykisk helsevern barn og unge.

Det er stort behov for å jobbe videre med systematisk endring og styrking av psykisk helsevern, og dette er understreket i styringsdokumentene til sykehusforetakene i 2018.

Poliklinisk aktivitet har økt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), både ved de private og offentlige klinikkene, og døgnkapasiteten er opprettholdt. Antall liggedøgn har gått ned fra 2016 til 2017 med om lag 5000 liggedøgn. Det kan forklares med at behandlingsforløpene har blitt kortere, og at en større andel pasienter har fått tilbud om poliklinisk behandling som alternativ til døgnbehandling.

Samarbeidet mellom somatikk, psykisk helsevern og TSB i helseforetakene utvikles kontinuerlig etter at rus ble integrert i sykehusforetakene i 2014. Standardisert regionalt pasientforløp innen rusakutt er etablert.

Dreiningen fra døgninnleggelser til dag- og poliklinisk behandling samt ambulant virksomhet innen psykisk helsevern har

fortsatt i 2017. Helse Midt-Norge har utviklet standardisert pasientforløp for spiseforstyrrelser, noe som er et viktig steg i riktig retning for å tilby pasientene et likeverdig tilbud av høy kvalitet. Det er etablert rutiner for oppfølging av somatiske sykdommer hos pasienter innen psykisk helsevern. Det er også etablert et strukturert samarbeid, slik at pasienter som legges inn i ved somatiske sykehus-avdelinger får hjelp fra TSB og psykisk helsevern ved behov.

Når det gjelder tvungent psykisk helsevern, er det i 2017 arbeidet systematisk med å bedre registreringen på området for å få pålitelige tall fra våre helseforetak. Helseforetakene har i 2017 utarbeidet planer for å bedre registrering, samt riktig og redusert bruk av tvang, og har fulgt opp egne planer.

[Habilitering/rehabilitering](#)

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i helseregion Midt-Norge besto i 2017 av rehabiliteringsavdelingene og andre kliniske avdelinger i de tre helseforetakene, samt 13 private leverandører som har avtale med Helse

Midt-Norge RHF. Som følge av økt befolkningsvekst og endring i alders-sammensetning er det et økt behov for rehabilitering i regionen. Det økte behovet er dekket gjennom nye avtaler med private leverandører. De nye avtalene har også gitt en kompetanseheving og økning av kvalitet, samt bidratt til å innfri målet om å øke antallet dagplasser.

Foretaksgruppa har gjennom 2017 arbeidet aktivt med å redusere variasjon i ventetider og kapasitet. Helse Midt-Norge RHF ledet i 2017 det interregionale samarbeidet for indikator og metode-utvikling. Helse Midt-Norges foretrukne metodikk i arbeidet med å redusere uønsket variasjon er utvikling og implementering av standardiserte pasientforløp.

Arbeidet med standardiserte pasientforløp har hatt stort fokus også i 2017, og regionen når målet om at 70 prosent av nye kreftpasienter skal inngå i pakkeforløp. Dette er et viktig tiltak for å redusere uønsket variasjon i helsetjenesten.



Etter at Helseplattformen i 2016 ble utpekt som regional utprøvingsarena for det nasjonale målbildet «Én innbygger – én journal», har det nasjonale fokuset økt gjennom dialog og samarbeid. I februar 2017 ble konkurransegrunnlaget for anskaffelsen offentliggjort.

Med sterkt fokus på pasientens reise gjennom hele helsetjenesten ønsker Helse Midt-Norge en framtidig løsning som gir pasienten enklere innsyn i egen journal. Samtidig skal helsepersonell i kommune, hos fastlegen og spesialisthelsetjenesten få mulighet til å dele informasjon i sanntid.

I desember 2017 vedtok styret i Helse Midt-Norge RHF å søke til Helse og omsorgsdepartementet om lån for å finansiere anskaffelsen av Helseplattformen.

Standardisering

Standardisering er et nødvendig virkemiddel for å realisere nødvendig tjenesteutvikling, og skal bidra til å redusere uønsket variasjon, gi en mer helhetlig tjeneste, og utnytte potensialet i store datamengder. Høsten 2017 ble det fra Helse Midt-Norge RHF initiert et forprosjekt om standardisering i helsetjenesten, med bakgrunn i relevante strategiske føringer og utfordringsbildet for helsetjenesten. Det vil si en aldrende befolkning med flere kronisk syke, teknologiske og medisinske fremskritt, tilgang til store mengder informasjon og data samt økte forventninger fra befolkningen. Dette arbeidet er viktig som et ledd i forberedelsen til innføring av Helseplattformen.

Opplæring av pasienter og pårørende

Spesialisthelsetjenesten tilbyr tilrettelagt opplæring til pasienter og pårørende som

har behov for informasjon, undervisning og/eller veiledning.

Hovedmålet med opplæring av pasienter og pårørende er å bidra til selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Strukturerte opplæringstilbud skal være integrert i pasientforløpene for pasienter og pårørende som har behov for informasjon, undervisning og veiledning.

Helseforetakene arrangerer flere typer kurs, fra diagnosespesifikke gruppetilbud til tilbud for barn som har en mor eller far med alvorlig skade, alvorlig somatisk sykdom, psykiske og/eller rusrelaterte problemer.

Helseforetakenes evalueringsarbeid for å utvikle og drive kunnskapsbaserte opplæringstilbud, pågår kontinuerlig.

Utdanning

Spesialisthelsetjenesten deltar i stor grad i både den teoretiske og den praktiske delen av de helsefaglige utdanningene. Ansatte i spesialisthelsetjenesten bidrar til relevant teoriundervisning, som timelærere og i kombinerte stillinger. Spesialistutdanning for leger og psykologer medfører omfattende internundervisning og veiledningsoppgaver. Praksisstudier er en sentral del av utdanningen innen helse- og sosialfag.

Det har over tid vært en nedgang i antall lærlinger innen helsefag i sykehusforetakene. Det jobbes nå målrettet med å finne løsninger for å øke antallet lærlinger, i tråd med Samfunnskontrakten for flere læreplasser.

Helseforetakene i Helse Midt-Norge implementerte høsten 2017 del 1 i ny spesialistordning for leger (LIS1) i henhold til ny forskrift. Helseforetakene er også i gang med å forberede implementeringen

av del 2 og del 3 i den nye LIS-ordningen. Dette er en kvalitets- og ansvarsreform med store endringer knyttet til innhold og oppgaver i utdanningen, samt endringer i ansvar og roller.

Kunnskapsdepartementet startet i 2017 opp et nasjonalt prosjekt som tar sikte på å etablere nye faglige retningslinjer for alle helse- og sosialfaglige utdanninger i Norge. Dette er et viktig arbeid som vil pågå over flere år, og som etablerer en ny styringsstruktur for utdanningene som bedre ivaretar spesialisthelsetjenestens mulighet til å sikre at det utdannes kandidater i tråd med tjenestens behov.

Forskning

Forskning og innovasjon er satsingsområder i Helse Midt-Norge. Forskningsinnsatsen kanaliseres både gjennom helseforetakene og gjennom Regionalt samarbeidsorgan for utdanning, forskning og innovasjon (heretter Samarbeidsorganet).

Samarbeidsorganet forvaltet i 2017 214,3 millioner til forskning og innovasjon, og 5 millioner til utlysning for å styrke kvalitet og relevans i praksisstudier, totalt 219 millioner. Helseforetakene disponerer ressurser til forskning og nasjonalt kompetansetjenester, fordelt gjennom styrings-dokumentene, med totalt 187 millioner kroner.

I tillegg kommer midler til innovasjon og forskningsinfrastruktur, som bl.a. inkluderer midler til Helse undersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) 4 og psykisk helsevern. Totale midler stilt til disposisjon til forskning, innovasjon og utvikling i regionen var 432 millioner.

I 2017 er det benyttet 275 millioner kroner til forskning i foretaksgruppen mot 262 millioner kroner i 2016.

Forskningsmidlene blir i stor utstrekning benyttet til klinisk pasientnær forskning, men også til translasjonsforskning, forskning på kvalitet og pasientsikkerhet, helsetjenesteforskning, mm. Mesteparten av de regionale forskningsmidlene er konkurranseutsatt og benyttes til forskerutdanning og forskningsprosjekter. Fordelt på fagområder er det kreftforskning som får høyest andel av forskningsmidlene i vår region, sammen med forskning på hjerte- og karsykdommer, nevrologiske sykdommer og inflammasjon. Den regionale satsingen på forskning innen psykisk helsevern og rusbehandling er videreført i 2017.

Helse Midt-Norge har, i likhet med de andre helseregionene, deltatt aktivt i arbeidet med nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning (KLINBEFORSK). Høsten 2017 fikk flere prosjekter fra St. Olavs Hospital HF tildelt midler fra KLINBEFORSK etter utlysning og vurdering av en internasjonal komité.

Utviklingsarbeid

Ressursbruk til utviklingsarbeid rapporteres på samme måte som forskning til NIFU, og tallene inngår i den nasjonale FoU-statistikken. Totale ressurser benyttet til utvikling i 2017 er beregnet til 70 millioner kroner. Tilsvarende ressursbruk i 2016 var 81 millioner kroner. Se også tabellen nedenfor.

Forskning (beløp i millioner kroner)	2017	2016	2015	% endring 2016-2017	% endring 2015- 2016
Forskning					
Somatikk	195,9	187,9	167,8	4,26 %	12,00 %
Psykisk helsevern	66,7	56,4	54	18,26 %	4,30 %
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	11	16	14	-31,25 %	14,60 %
Annet	1,4	1,8	2,2	-22,22 %	-17,90 %
Sum forskning	275	262	238	4,96 %	10,00 %
Utvikling					
Somatikk	43,7	50,7	47,2	-13,81 %	7,30 %
Psykisk helsevern	23,4	17,6	19,4	32,95 %	-9,40 %
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	2,9	3,5	2,4	-17,14 %	43,70 %
Annet	0	9,7	8,5	-100,00 %	14,90 %
Sum utvikling	70	81,5	77,5	-14,11 %	5,10 %

Innovasjon

Helse Midt-Norge har i 2017 jobbet systematisk med å styrke innovasjons-samarbeidet mellom spesialisthelse-tjenesten og næringslivet. 18 innovasjons-prosjekter i regionen fikk tildelt i alt 13,5 millioner kroner fra Helse Midt-Norge RHF i 2017. Prosjektene dekker tjeneste- og produktinnovasjon som skal styrke klinisk praksis.

Det er etablert et regionalt innovasjons-nettverk for å bidra til en mer helhetlig innsats innen innovasjon i hele helse-regionen. Nettverket vil også forenkle implementering og spredning av gode innovasjonsprosjekter mellom helse-foretakene.

Helse Midt-Norge RHF har i 2017 videreført samarbeidet med NTNU Technology Transfer AS (TTO) og kompetansenettverket InnoMed om å være pådrivere for innovasjonsarbeid i

regionen. Samarbeidet er et ledd i å stimulere til mer innovasjonsaktivitet, henholdsvis produktinnovasjon og tjenesteinnovasjon, i alle helseforetakene i regionen.

Årsregnskap

Fortsatt drift

Styret og administrerende direktør bekrefter i samsvar med regnskapslovens § 3-3 at årsregnskapet for 2017 er utarbeidet på grunnlag av forutsetningen om fortsatt drift. Årsregnskapet er avlagt etter regnskapsloven og norske regnskaps-prinsipper.

Regnskapsanalyse

Helse Midt-Norge leverte et økonomisk resultat for foretaksgruppen på 307,0 millioner kroner i 2017, mot 363,6 millioner kroner i 2016.

Resultat i mill kroner				
Foretak	Resultat 2017	Resultatkrav 2017	Avvik	Resultat 2016
St. Olavs Hospital HF	203,6	163,3	40,3	222,7
Helse Møre og Romsdal HF	-112,1	12,2	-124,3	-30,4
Helse Nord-Trøndelag HF	10,9	58,0	-47,1	-5,9
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	12,3	4,5	7,8	15,4
Trøndelag Ortopediske Verksted AS	5,3	2,8	2,5	4,3
Helse Midt-Norge RHF	111,4	2,0	109,4	385,1
Helse Midt-Norge konsern	307,0	242,8	64,2	363,6

Helse- og omsorgsdepartementets resultatkrav for 2017 er at helseregionen samlet sett skal ha et resultat i balanse. Styrets resultatkrav var et overskudd for foretaksgruppen på 242,82 millioner kroner. Foretaksgruppen hadde et positivt resultat på 64,1 millioner kroner i forhold til målsetting.

Foretaksgruppen total leverer i henhold til målsetting, men det er flere av datterforetakene som har en utfordrende driftssituasjon og ikke har klart sine økonomiske målsettinger. Størst utfordringer har Helse Møre og Romsdal HF som hadde et større underskudd tredje året på rad.

Fra og med 1.1.2017 ble det innført en egen ordning med merverdiavgifts-kompensasjon (nøytral merverdiavgift) for helseforetakene. Ordningen er regulert gjennom et eget regelverk og omfatter utvalgte deler av driftskostnadene, men ikke investeringer. Formålet med ordningen er redusere foretakenes insentiv til egenproduksjon av tjenester framfor eksterne kjøp. Hensikten med ordningen er å bidra til bedre ressursutnyttelse, og dermed lavere samlede kostnader i utføringen av statlige oppgaver. I forbindelse med innføring av nøytral merverdiavgift mottok Helse Midt-

Norge 142 millioner kroner i januar 2017 for å kompensere redusert likviditet på grunn av samtidig reduksjon i basisrammen fra samme tidspunkt. Tilsvarende løsninger er etablert for å sikre tilstrekkelig likviditet til løpende drift når helseregionen står overfor ekstraordinære utbetalinger.

Helse Midt-Norges inntekter er vesentlig endret på to områder fra og med 2017. Basisrammen i 2017 er blant annet redusert med 855 millioner kroner på grunn av innføring av merverdiavgifts-kompensasjon. Innsatsstyrt finansiering økt med 376 millioner kroner fra 2016 til 2017. Deler av inntektsøkningen skyldes økt aktivitet og generell prisjustering, men en vesentlig del av økningen gjelder innføring av innsatsstyrt finansiering av poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og TSB. Denne endringen er hovedårsaken til reduksjon i refusjoner på 93 millioner kroner innen poliklinikk.

Konsernresultatregnskap (i millioner kroner)	2017	2016	Endring 2017/2016
Driftsinntekter			
Basisramme	13 256	13 773	-517
Aktivitetsbasert inntekt	6 275	5 962	313
Andre driftsinntekter	1 441	1 528	87
Sum driftsinntekter	20 972	21 264	-292
Driftskostnader			
Kjøp av helsetjenester	1 942	2 009	-67
Varekostnad	2 356	2 643	-287
Lønn og annen personalkostnad	12 950	12 620	330
Avskrivninger og nedskrivninger	931	940	-9
Annen driftskostnad	2 448	2 668	-220
Sum driftskostnader	20 628	20 879	-252
Driftsresultat	345	384	-39
Netto finansposter	-36	-17	-19
Skattekostnad	2	3	-1
Årets resultat	307	364	-57
Resultatmål internt i Helse Midt-Norge	243	258	
Avvik i forhold til styrets resultatmål	64	106	

Ser en bort fra reduserte kostnader på grunn av innføring av merverdiavgifts-kompensasjon har det vært en økning på om lag 6,7 % på varekostnader og 22,4 % på andre driftskostnader fra 2016 til 2017. Kostnader vedrørende legemidler har økt med nærmere 26 % og er delvis knyttet til prisøkning, men også nye oppgaver innenfor H-reseptordningen. Ved overtakelse av nye oppgaver og finansieringsansvar økes inntektene tilsvarende i overtakelsesåret. Økte driftskostnader har bl.a. sammenheng med tidligfasearbeid i ulike prosjekter og kjøp av tjenester fra felleskontrollerte foretak.

Nedskrivningskostnader er i hovedsak knyttet til ordinære utrangeringer.

Foretaksgruppen har pr 31.12.2017 en samlet brutto pensjonsforpliktelse på 33 112 millioner kroner mot 30 750 millioner kroner pr 31.12.2016. Netto balanseførte pensjonsmidler var på henholdsvis 483 millioner kroner og 1 398 millioner kroner i 2017 og 2016. Pensjonsforpliktelsene vil påvirke foretaksgruppens framtidige likviditet i form av innbetalinger til pensjonsordninger. Per 31.12.2017 utgjør ikke resultatført estimat- og planendringer 6 507 millioner kroner mot 7 021 millioner kroner pr 31.12.2016. Foretaksgruppens egenkapital er på 9 118 millioner kroner pr 31.12.2017.

Kontantstrømmer

Kontantstrøm fra driften var på 2 111 millioner kroner i 2017, sammenlignet med 1 638 millioner kroner i 2016.

Forskjellen mellom pensjonskostnader og premie er vesentlig større i 2017 enn i 2016 og utgjorde i 2017 en vesentlig positiv forskjell under bidrag fra driften. På grunn av eiers finansiering av pensjonskostnader og -premie har den positive effekten liten eller ingen innvirkning på likviditetsreserven da driftskredittrammen for helseregionene justeres tilsvarende.

Kontantstrøm benyttet til investeringer var på netto 840 millioner kroner i 2017 mot 813 millioner kroner i 2016.

Anskaffelse immaterielle eiendeler og varige driftsmidler utgjorde totalt 768 millioner kroner i 2017, det vil si 28 millioner kroner mer enn i 2016.

Foretaksgruppens kontantstrøm knyttet til finansieringsaktiviteter gjelder i hovedsak nedbetaling av langsiktige lån og driftskreditt fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Kontantbeholdningen ved utgangen av 2017 var på 3 454 mot 2 974 millioner kroner ved utgangen av 2016.

Likviditet og kapitalforhold

Rammen for driftskreditten for 2017 ble i utgangspunktet satt til 858 millioner kroner med en nedjustering til 4 millioner kroner i løpet av året.

Helse Midt-Norges likviditet for øvrig har hatt en positiv utvikling. Økt likviditetsreserve er nødvendig for å sikre framtidige investeringer i nye store byggeprosjekter som nytt sykehus i Møre og Romsdal HF og nytt pasient og journalsystem i foretaksgruppen. Det er ikke tatt opp nye lån i 2017. Avdrag på eksisterende lån utgjør 244 millioner kroner pr år.

Årsresultat Helse Midt-Norge RHF

Årsresultatet for Helse Midt-Norge RHF

viser et overskudd på 111 millioner kroner. Ut over dette er det ikke vesentlige endringer i 2017 sammenlignet med 2016.

Lønns- og personalkostnader eksklusive pensjon og balanseførte lønnskostnader har økt med 2,6 % fra 2016 til 2017.

Lønns- og personalkostnadene i Helse Midt-Norge RHF økte med 1,4 % fra 2016 til 2017. Balanseført lønn har økt i 2017 sammenlignet med 2016. Balanseført lønn og merverdiavgiftskompensasjon forklarer den lave økningen i kostnadene.

Finansiell risiko

Finansstrategien for konsernet har som formål å tydeliggjøre prinsipper for finansielle rammer og retningslinjer og tydeliggjøre Helse Midt-Norge RHF og helseforetakenes roller og ansvar knyttet til finansieringsaktivitet og likviditetsstyring i regionen.

Helse Midt-Norges finansielle risiko er i utgangspunktet begrenset.

Helseforetakene kan ikke begjæres konkurs, og det er etablert løsninger som sikrer nødvendig likviditet til løpende drift, men svakere resultater enn forventet i deler av konsernet øker imidlertid risikoen for ikke å kunne gjennomføre alle planlagte investeringene som skal skje i nær framtid.

Markedsrisiko

Helse Midt-Norge er lite eksponert for endringer i valutakurser, fordi det vesentligste av foretaksgruppens inntekter er i norske kroner. Helse Midt-Norge har en strategi knyttet til innkjøp av energi bygger på foretaksgruppens prinsipp om forutsigbare kostnader.

Helse Midt-Norge har ikke anledning til å anvende andre finansielle instrumenter enn de som følger direkte av konsernets ordinære virksomhet.

Foretaksgruppen har en rentebærende gjeld til investeringer på 2,8 milliarder kroner. Av de langsiktige lånene fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helse Midt-Norge om lag 90 prosent til fast rente. Av porteføljens rentebinding forfaller 74 prosent fra null til fem år.

Innskuddsrenten i gjeldende bankavtale er basert på flytende rente. Det samme er renten på driftskreditt. Helse Midt-Norge vil ha en ramme for driftskreditt på 26 millioner kroner ved utgangen av 2018.

Helseregionene fikk i 2018 en ny modell for beregning av rente på langsiktige lån. Dette betyr en noe høyere rente på lån bevilget fra og med 2018. Samlet sett vurderes renterisikoen som akseptabel.

Med unntak av finansiell leie har datterforetak i Helse Midt-Norge ikke anledning til å ta opp langsiktige lån fra andre enn mor. Videre har datterforetakene ikke anledning til å inngå avtale om driftskreditt.

Kredittrisiko

Helse Midt-Norges inntekter er i all hovedsak overføringer fra Staten. Kredittrisikoen anses derfor som lav.

Økte tapsføringer i 2017 gjelder i hovedsak tapte krav overfor kommuner og gjelder krav vedrørende utskrivningsklare pasienter. Øvrige tap gjelder i det vesentligste egenandeler og andre egenbetalinger fra pasienter.

Likviditetsrisiko

Styret vurderer likviditeten i foretaket som tilfredsstillende pr 31. desember 2017.

Likviditeten vil bli utfordret på flere tidspunkt i årene framover da det planlegges omfattende investeringer i regionen. En sentral forutsetning for å ha en god likviditet i årene som kommer er at alle foretak oppnår planlagt effektivisering og resultatmål.

Framtidsutsikter

Styret har i årlig melding for 2017 gitt en presentasjon av framtidige utfordringer og mål, og hvilke strategiske valg som Helse Midt-Norge planlegger for å nå disse målene.

Spesialisthelsetjenesten er i stor endring og framtiden vil by på store muligheter for bedre og mer effektiv behandling. Vår evne til å fortløpende tilpasse våre strukturer til utviklingen og å ta i bruk ny teknologi vil være viktige for å kunne utnytte de mulighetene framtiden vil gi oss.

Helse Midt-Norge planlegger store investeringer de neste årene. Det er nødvendig for å kunne utvikle et godt og moderne spesialisthelsetjenestetilbud til befolkningen i regionen. Et fortsatt sterkt fokus på utviklingen av god og effektiv drift er avgjørende for at regionen skal greie å betjene et slikt høyt investeringsnivå. Helseforetakene viser til at de allerede i dag er i en krevende driftssituasjon. Dette utfordringsbildet vil bli forsterket, og vil kreve økt evne til omstilling og forbedring for å lykkes med å skape pasientenes helsetjeneste. Helsetjenesten må tenke, handle og organiseres annerledes.

Standardisering er et av virkemidlene som er nødvendig for å realisere den

nødvendige tjeneste-utviklingen. Innføring av nytt pasient- og journalsystem vil blant annet kreve standardisering av kliniske prosedyrer og omlegging av en rekke arbeidsprosesser for å sette organisasjonen i stand til å dra nytte av den nye teknologien – nettopp for å kunne bidra til å skape pasientenes helsetjeneste.

Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal og Helseplattformen er fortsatt Helse Midt-Norges prioriterte prosjekter. Ny teknologi og ny infrastruktur vil legge til rette for både økt kvalitet og bedre ressursutnyttelse gjennom nye samarbeidsmønstre og nye organisasjonsformer. Den regionale utviklingsplanen, som skal legges fram til beslutning høsten 2018, vil tydeliggjøre hvordan regionen skal arbeide videre med slik virksomhetsutvikling.

Helsetjenesten i Midt-Norge har ambisiøse mål for virksomheten. Ambisjonen om en framragende helsetjeneste krever endringer. Det er sentralt at foretaksgruppa har tilstrekkelig kraft til omstilling og fornyelse. I dette ligger det å utvikle tjenester som dekker befolkningens behov, å ta i bruk nye legemidler og behandlingsformer, å investere målrettet i IKT og medisinsk teknisk utstyr samt vedlikeholde og utvikle bygningsmassen.

Samtidig skal det bygges kompetanse og videreføres satsing på forskning, innovasjon og faglig utvikling. Riktig kompetanse skal møte pasienten i hele forløpet. Det betyr at kompetansen må organiseres og styres i forhold til pasientforløp og pasientbehandling.



Arbeidsmiljø

Et godt arbeidsmiljø der både pasienter og medarbeidere er trygge og sikre er avgjørende for en fremragende helsetjeneste.

I 2017 ble det utviklet en felles nasjonal undersøkelse som er en årlig samordnet og forenklet kartlegging av arbeidsmiljøet og pasientsikkerhetskulturen (ForBedring). Undersøkelsen ble for første gang gjennomført i februar 2018. Oppfølging av ForBedring vil være en del av det kontinuerlige forbedringsarbeidet. Dette arbeidet vil være et viktig bidrag for å se Helse, miljø og sikkerhet (HMS) og kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i sammenheng.

Arbeidet med å sikre bred involvering og medvirkning i etableringen av regionalt rammeverk for HMS-arbeid i Helse Midt-Norge har pågått i hele 2017 og er i slutfasen. Rammeverket vil gi overordnede føringer for hvordan vi jobber med HMS i hele foretaksgruppen.

Fra 1.1 2017 ble det innført tre nye måleindikatorer for etterlevelse av arbeidstidsbestemmelser for å skape mer oppmerksomhet på de mest risikofylte avvikene: Andel vakter med mulig avvik, antall avvik på grunn av mer enn 19 timers samlet arbeidstid for leger og antall avvik på grunn av mindre enn seks timers hviletid for helsepersonell.

Det har vært en svak positiv utvikling i andel vakter med avvik, andelen var 0,1 prosent lavere i 2017 enn i 2016.

Antall avvik på grunn av mer enn 19 timers samlet arbeidstid for leger er redusert fra 4 471 til 4 048 (9 prosent) siden 2016.

Det har i 2017 vært 1 169 avvik på grunn av mindre enn seks timers hviletid for helsepersonell. Denne indikator ble etablert i 2017.

Helseforetakene jobber kontinuerlig med å skape en heltidskultur gjennom å øke andel faste stillinger, øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og tilby flere heltidsstillinger. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse for fast ansatte har økt med 0,2 prosent hatt en liten økning fra 2016 til 2017 og var ved utgangen av 2017 på 90,81 prosent, en økning med 0,2 prosentpoeng fra i fjor. Andel fast ansatte som arbeider deltid viser en svak positiv utvikling fra i fjor og er 29,5 prosent i 2017.

De tre sykehusforetakene har som mål at arbeidstakerne i størst mulig grad skal ha fast ansettelse i hele stillinger. På St. Olavs Hospital HF følges dette opp av Bemanningssenteret som er en strategisk satsing.

I 2017 var det i gjennomsnitt 21 603 ansatte i Helse Midt-Norge. I 2016 ble det rapportert 22.550, som etter kartlegging i 2017 er justert til 21 053 ansatte. Sammenlignet med 2017 gir dette en økning på 383 ansatte.

Helse Midt-Norge RHF hadde gjennomsnittlig 457 ansatte i 2017 mot 416 i 2016. Av disse var 84 ansatt i foretaksadministrasjonen i Stjørdal, 13 ansatt i Helseplattformen, 21 ansatt i driftssenter logistikk og økonomi (DS LØ) og 339 ansatt i Hemit. Økningen på 41 ansatte fordeler seg på foretaksadministrasjonen med 8, DS LØ med 7, Hemit med 13 og Helseplattformen med 13.

Helse Midt-Norge RHF har i 2017 fokusert på arbeidsmiljøet blant annet gjennom oppfølgingstiltak basert på resultater av arbeidsmiljøundersøkelsen AMUS 2016. Utover dette arbeidet er det igangsatt flere viktige tiltak knyttet til lederutvikling og generell kompetanseheving. Innføringen av kompetanseportalen i 2017 har vært et sentralt virkemiddel både i forbindelse med kompetanse-utvikling og til forbedring og oppfølging av medarbeidersamtaler. Dette er viktige steg på veien mot målsettingen om bedre samsvar mellom dagens arbeidsoppgaver, roller og ansvar og den kompetanse som kreves i et framtidig perspektiv.

Sykefravær, skader og ulykker

Sykefraværet er fremdeles en stor utfordring for foretaksgruppen og det jobbes kontinuerlig med oppgaven.

I 2017 ble en ny sykefraværsindikator tatt i bruk. Denne måler antall enheter med sykefravær over 10 prosent. Målet med indikatoren er å rette oppmerksomheten

på enheter med høyest sykefravær og størst potensiell risiko.

I 2017 hadde 246 enheter et sykefravær over 10 prosent. Sammenlignet med 2016 er dette 6 enheter lavere, som tilsvarer en reduksjon på 2,4 prosent. Måltallet for 2017 var å redusere andelen med 10 prosent. Foretaksgruppen har i 2017 arbeidet med å få gode rapporteringsrutiner knyttet til indikatoren.

Det totale sykefraværet i foretaksgruppen viser en svak positiv utvikling og er på 7,8 prosent i 2017, noe som er en reduksjon på 0,1 prosentpoeng fra 2016. Måltall for hele foretaksgruppen var en reduksjon på 0,5 prosentpoeng i forhold til 2016. Bortsett fra Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF har alle foretakene hatt en marginal positiv utvikling i sykefraværet.



individuelle måltall for sykefravær som følge av at foretakene er IA virksomheter. Det er fortsatt et stykke igjen før full måloppnåelse på dette området. Oppfølging av gravide arbeidstakere er videreført som satsingsområde for å redusere sykefraværet blant denne gruppen.

Det er fortsatt store variasjoner i sykefraværet mellom stillingsgrupper,

alder og kjønn. Sykefraværet blant kvinner er på 8,8 prosent mens det er 5,1 prosent blant menn. Dette tilsvarer ca. samme fordeling som i 2016.

Gjennomsnittlig sykefravær i Helse Midt-Norge RHF var i 2017 5,5 prosent mot 4,8 prosent i 2016. Gjennomsnittlig sykefravær vurderes som tilfredsstillende.

Oversikt over sykefravær per HF i Helse Midt-Norge

Foretak	2017	2016	2015	Endring 2016-2017
Helse Midt-Norge RHF	5,5 %	4,8 %	4,8 %	0,7
St. Olavs Hospital HF	7,8 %	8,0 %	8,1 %	-0,2
Helse Møre og Romsdal HF	7,8 %	7,9 %	7,8 %	-0,1
Helse Nord-Trøndelag HF	8,1 %	7,9 %	7,3 %	0,2
Sykehusapotekene HF	6,8 %	7,3 %	7,3 %	-0,5
Trondheim Ortopediske Verksted AS	5,3 %	6,2 %	8,8 %	-0,9
Totalt	7,8 %	7,9 %	7,9 %	-

Helse Midt-Norge RHF har i 2017 hatt et godt samarbeid både med bedriftshelsetjenesten og NAV Arbeidslivssenter knyttet til forebygging og oppfølging av sykefravær. Arbeidet med AMUS, og tilknytningen til bedriftshelsetjenesten og NAV erfares som positive bidrag sett opp imot målet om et godt arbeidsmiljø og fortsatt lavt sykefravær.

Som i 2016 er det ikke registrert ulykker med alvorlige personskade eller alvorlige materielle skader i 2017.

For foretaksgruppa ble registrert 57 personskader med fravær i 2017 mot 73 i

2016. Dette er en reduksjon på 22 prosent. Derimot er antall personskader uten fravær økt fra 1 553 til 1 926. Det er grunn til å tro at det har vært underrapportering tidligere og at det ikke er blitt flere reelle yrkesrelaterte skader blant ansatte.

Type hendelse som forårsaker personskader er fortsatt knyttet til trusler og vold mot medarbeidere og da særlig innen psykisk helsevern. Her har antallet økt fra 334 hendelser i 2016 til 448 hendelser i 2017, noe som tilsvarer en økning på 34 prosent. Helseforetakene følger og overvåker utviklingen av vold og

trusler mot ansatte, og har fokus på forebygging innenfor alle tjeneste-områder. Kategorien blodsmitteuhell ligger på ca. samme nivå som tidligere år. Det jobbes jevnlig med informasjon om prosedyrer og rutiner for å forebygge stikkskader. Andre årsaker til personskader er i hovedsak løft, klemskader, kutt og fall.

Sykehusforetakene har aktive AKAN-utvalg og prosedyrer for forebygging og oppfølging av rus- og avhengighetsproblematikk. Intern opplæring i prosedyrene gjennomføres jevnlig. I forbindelse med «Arbeidsmiljøuka 2017» på St. Olavs Hospital var medikamentbruk blant helsepersonell tema.

Helse Midt-Norge RHF har i 2017 gjennomført en egen HMS-dag for ledere med AKAN som eget tema, og et AKAN-utvalg er under etablering.

Likestilling og diskriminering

Toppledelsen i Helse Midt-Norge bestod i 2017 samlet av flere menn enn kvinner. I 2017 var tre av seks styreledere kvinner. Alle fire helseforetak hadde menn som administrerende direktør.

Fem av seks administrerende direktører i Helse Midt-Norge er menn. Toppledelsen (de to øverste nivåene i foretakene) i foretakene består av totalt 79 ledere ved utgangen av 2017, hvor 44 prosent er kvinner, en økning i kvinneandelen på tre prosentpoeng fra inngangen av året. I foretaksgruppen er det totalt 935 ledere hvor 62 prosent er kvinner, en nedgang fra inngangen av året på ett prosentpoeng. Styrene i foretakene har fortsatt en god likevekt mellom kjønnene.

Kjønnsfordelingen blant legene i Helse Midt-Norge er 51 prosent menn og 49 prosent kvinner, som er samme fordeling som i fjor. For sykepleiergruppen er 8 prosent menn og 92 prosent kvinner. I fjor var kvinneandelen på 90 prosent.

Arbeidet med å redusere deltid er viktig i et likestillingsperspektiv siden de fleste i deltidsstillinger er kvinner. Godt over tre fjerdedeler av de ansatte i foretaksgruppen er kvinner.

Det er generelt ikke lønnsforskjeller i foretakene basert på kjønn. Derimot er det store lønnsforskjeller mellom de ulike yrkesgruppene i foretaksgruppen. Det er overvekt av kvinner de yrkesgruppene med laveste lønn.

Foretakene er opptatt av å ivareta plikten til å bidra til et inkluderende arbeidsliv og til å legge til rette for tilpasninger i arbeidsforholdet knyttet til den enkelte arbeidstakers forutsetninger og livssituasjon. I 2017 ble det gjennomført kartlegging av behov for tiltak for ansatte med funksjonshemming for bedre å tilrettelegge. Det er tett kontakt mellom foretakene og NAV som bidrar med tilretteleggingstilskudd og kompetanse. Tilskudd fra NAV er gitt til både system- og gruppetiltak og individtiltak for at ansatte kan være i arbeid til tross for helseproblemer.

Det foreligger felles prosedyrer i helseregionen for utlysning av ledige stillinger, og for å fremme mangfold og variasjon blant våre tilsatte ønsker vi kvalifiserte søkere, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn eller alder.

Styret i Helse Midt-Norge RHF har en god balanse mellom kvinner og menn. Av de seks eieroppnevnte medlemmene er tre

kvinner og tre menn. Etter valg i 2017 fordeler de ansattvalgte styremedlemmene seg på en mann og to kvinner. Ledergruppen i Helse Midt-Norge RHF har fra 1. april 2017 bestått av fire kvinner og fire menn.

Helse Midt-Norge RHF har samlet sett en relativt jevn kjønnsfordeling mellom menn og kvinner med en svak overvekt av kvinner for enhetene ved RHF sentralt, Driftssenter for logistikk og økonomi og Helseplattformen. Ved Hemet er det en sterk overvekt av menn med en fordeling på 73 prosent menn og 27 prosent kvinner.

Brukerutvalget i Helse Midt-Norge RHF består av åtte kvinner og fem menn, med mannlig leder.

Ytre miljø

Samarbeidsutvalget for grønt sykehus har som formål å kartlegge etablerte miljøtiltak i sektoren, og å utrede nye klimatiltak innenfor spesialisthelsetjenesten.

Miljøledelse

Helse Midt-Norge ønsker å kontinuerlig forbedre sine miljøprestasjoner, og være i forkant når det gjelder nye myndighetskrav.

Helse Midt-Norge RHF har vedtatt følgende miljøpolitikk:

- Helse Midt-Norge RHF skal i sin daglige drift bidra til en bærekraftig utvikling og kontinuerlig redusere sin påvirkning på det ytre miljø.
- Gjeldende lovverk for helse, miljø, sikkerhet og øvrige samsvarsforpliktelser skal overholdes, og det skal arbeides kontinuerlig med å forebygge og redusere miljøpåvirkningene på det ytre miljø fra vår egen virksomhet og tjenestene vi leverer. Miljøavvik skal rapporteres og tiltak skal iverksettes hurtig.
- Leverandører, kunder og samarbeidspartnere skal kjenne til Helse Midt-Norge sin miljøprofil.

Alle helseforetakene i Midt-Norge er i løpet av 2016 og 2017 blitt sertifisert etter standarden NS-EN ISO 14001:2015 Ledelsessystemer for miljø.

Klimaregnskap

Som tabellen under viser slapp Helse Midt-Norge ut 52 219 tonn CO₂ i 2017 – mot 51 603 tonn i 2016.

Klimaregnskap	Faktor	Forbruk 2016	Forbruk 2017	Utslipp CO2
Aggregat				
Diesel (liter)	2,68	18 000	18 000	48
Ambulanse				
Bensin (liter)	2,34	40 000	38 189	89
Diesel (liter)	2,68	651 648	643 269	1 724
Ansattes kjøring med egne kjøretøy på tjeneste				
El-bil (km)	0	7 751	41 112	-
Bil (km)	0,17	2 252 713	3 068 542	522
Eide eller leide kjøretøy				
Bensin (liter)	2,34	27 396	49 633	116
Diesel (liter)	2,68	218 507	210 717	565
Uspesifisert drivstoff (liter)	2,51	5 879	5 512	14
Fyring				
Fyringsolje (liter)	2,66	53 500	50 300	134
Gasser				
Lystgass (kg)	289	2 260	2 200	636
El-forbruk				
Elkjele (kwt)	0,28	1 370 000	1 397 000	391
Fast elkraft (kwt)	0,28	128 286 277	131 278 460	36 758
Fjernkjøling (kwt)	0,13	13 851 300	11 894 000	1 546
Fjernvarme (kwt)	0,13	63 418 328	62 081 066	8 071
Flyreiser				
Innenlands (km)	0,17	7 487 590	7 559 088	1 285
Utenlands (km)	0,1	2 746 455	3 200 792	320
Sum CO2 utslipp (tonn)				52 219

Energi

Klimaregnskapet over viser hvordan energiforbruket fordeler seg på bruk av fyringsolje, elkjele, fast elkraft, fjernkjøling og -varme.

I 2017 har det vært en nedgang i bruk av elektrisk energi sammenlignet med 2016. Tiltak for redusert forbruk har vært holdningsskapende arbeid, installasjon av driftstider, tidsstyrt lys og temperaturstyring på bygg samt innstallering av varmepumper. Erstatning av eldre bygningsmasse samt fokus på optimalisering og tilpasninger av eldre

bygningmasse har også bidratt til redusert elforbruk.

Avfall

Helseregionen håndterer et stort antall avfallsfraksjoner, og foretakene har etablerte rutiner for avfallshåndtering. Målsettingen er å bedre kildesorteringen ytterligere og øke andelen avfall som sendes til gjenvinning. Det er bare sykehusene som har utstyr til å veie avfallet før levering. Øvrige deler av virksomheten leverer avfall til kommunal/interkommunal renovasjon.

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF har prosedyrer for håndtering og sortering av legemiddel - og risikoavfall. Det er inngått avtale med helseforetakene og Norsk Medisinaldepot om levering av risikoavfall til forbrenning.

Mobiltelefoner og datamaskiner blir returnert til leverandør eller lokal renovatør som EE avfall.

Avfall i tonn	2017	2016
Avfall med lovpålagte krav		
EE-avfall	109	102
Farlig avfall	105	103
Avfall med energigjenvinning		
Restavfall	3 195	3 046
Smitte	590	581
Avfall til gjenvinning		
Glass	11	7
Makulering	47	46
Metall	116	76
Papp/papir	733	677
Plast	36	53
Våtorganisk	191	246
Annet avfall		
Annet avfall	326	331
Sum avfall (tonn)	5 459	5 268

Transport

Transport av pasienter er ett av områdene hvor det er potensiale for å redusere miljøpåvirkningen. Samkjøringsverktøyet og reiseplanleggerne på Pasientreisekontorene vil sørge for at kjøretøyene er best mulig utnyttet. Det stilles også Euro-krav til kjøretøyene for å sikre reduserte utslipp. Det kreves miljøregnskap fra leverandørene.

Helse Nord-Trøndelag HF rapporterer at de kjøper klimavoter knyttet opp mot sitt forbruk av bensin og diesel. Der har de en andel på 100 prosent i 2017. Helse Møre og Romsdal HF har iverksatt flere miljøtiltak, som å investere i elbiler og motivere til mer bruk av sykkel. De har som mål å erstatte 15 fossilt drevne tjenestebiler med el-biler eller ladbare hybrider innen 2018. St. Olavs Hospital HF har som mål å bli bedre på samkjøring og vurderer Lync-/videokonferanse i stedet for fysiske møter, og mer kollektiv reise eller bruk av sykkel når man kan.



Disponering av årsresultatet

Styret foreslår at årets overskudd på 111,2 millioner kroner i Helse Midt-Norge RHF overføres til annen egenkapital med 112,4 millioner kroner og 1,176 millioner kroner disponeres av fond for vurderingsforskjeller. Etter dette har Helse Midt-Norge RHF en egenkapital på 8 497 millioner kroner.

Trondheim, 26. april 2018



Tina Steinsvik Sund
styreleder



Kristian Dahlberg Hauge
styremedlem



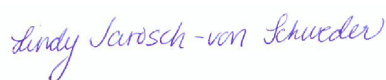
Ivar Østrem
styremedlem



Paul Steinar Valle
nestleder



Liv Stette
styremedlem



Lindy Jarosch-von Schweder
styremedlem



Stig Slørdahl
administrerende direktør



Bjørnar Gustafsson
styremedlem



Beate Skillingstad
styremedlem



Anita Solberg
styremedlem

ÅRSREGNSKAP 2017

RESULTATREGNSKAP

Helse Midt-Norge RHF		(Beløp i hele 1 000)		Foretaksgruppen	
2016	2017	DRIFTSINNTEKTER OG DRIFTSKOSTNADER	Noter	2017	2016
13 773 336	13 256 477	Basisramme	3	13 256 477	13 773 336
5 309 401	5 630 612	Aktivitetsbasert inntekt	3	6 275 350	5 962 080
1 571 070	1 451 713	Andre driftsinntekter	3	1 440 559	1 528 241
20 653 807	20 338 802	Sum driftsinntekter		20 972 386	21 263 657
19 145 661	18 855 669	Kjøp av helsetjenester	4	1 942 273	2 008 960
1 731	4 293	Varekostnad	5	2 355 689	2 642 804
357 099	362 282	Lønn og annen personalkostnad	6, 19	12 950 377	12 619 745
191 619	187 306	Ordinære avskrivninger	10, 11	916 433	928 012
16	0	Nedskrivning	10, 11	14 362	11 730
828 132	787 933	Annen driftskostnad	6, 7	2 448 485	2 668 172
20 524 257	20 197 484	Sum driftskostnader		20 627 620	20 879 423
129 550	141 318	DRIFTSRESULTAT		344 766	384 234
FINANSINNTEKTER OG FINANSKOSTNADER					
221 117	154 695	Finansinntekter	8	61 279	99 789
-192 268	59 591	Nedskrivning/reversering av tidligere nedskrivning av finansielle anleggsmidler	12	0	51
157 884	125 173	Annen finanskostnad	8	96 929	116 964
255 501	-30 069	Netto finansposter		-35 650	-17 225
385 051	111 249	RESULTAT FØR SKATT		309 116	367 008
0	0	Skattekostnad på ordinært resultat	9	2 163	3 444
385 051	111 249	ÅRSRESULTAT	18	306 954	363 564
OVERFØRINGER					
0		Overført fra annen innskutt egenkapital			
9 674	-1 176	Overført til/fra fond for vurderingsforskjeller	18	-1 176	9 674
375 378	112 425	Overført til/fra annen egenkapital	18	308 130	353 890
385 051	111 249	Sum overføringer		306 954	363 564

BALANSE

Helse Midt-Norge RHF		(Beløp i hele 1 000)		Foretaksgruppen	
31.12.2016	31.12.2017	EIENDELER	Noter	31.12.2017	31.12.2016
		Anleggsmidler			
		Immaterielle driftsmidler			
461 037	443 057	Immaterielle eiendeler	10	449 737	467 872
0	0	Utsatt skattefordel	9	622	341
461 037	443 057	Sum immaterielle eiendeler		450 359	468 213
		Varige driftsmidler			
0	0	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	11	10 879 753	11 236 361
212 642	207 898	Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler og lignende	11	1 388 266	1 519 139
0	0	Anlegg under utførelse	11	647 356	304 371
212 642	207 898	Sum varige driftsmidler		12 915 375	13 059 871
		Finansielle anleggsmidler			
6 522 126	6 462 535	Investering i datterselskap/-foretak	12	0	0
52 599	49 945	Investering i FKV og TS	13	49 945	52 599
16 071	17 045	Investering i andre aksjer og andeler	13	756 043	683 722
3 049 386	4 582 902	Andre finansielle anleggsmidler	14	33 553	31 688
1 725	839	Pensjonsmidler	19	693 057	1 502 771
9 641 907	11 113 265	Sum finansielle anleggsmidler		1 532 597	2 270 780
10 315 586	11 764 221	Sum anleggsmidler		14 898 331	15 798 863
		Omløpsmidler			
684	1 747	Varer	15	226 711	258 406
2 202 933	541 903	Fordringer	16	688 406	684 530
2 576 978	3 043 304	Bankinnskudd, kontanter og lignende	17	3 454 262	2 974 476
4 780 594	3 586 954	Omløpsmidler		4 369 379	3 917 412
15 096 180	15 351 174	SUM EIENDELER		19 267 710	19 716 275

Helse Midt-Norge RHF		(Beløp i hele 1 000)	Foretaksgruppen		
31.12.2016	31.12.2017	EGENKAPITAL OG GJELD	Noter	31.12.2017	31.12.2016
		Egenkapital			
		Innskutt egenkapital			
100	100	Foretakskapital	18	100	100
6 519 617	6 519 617	Annen innskutt egenkapital	18	6 485 285	6 485 285
6 519 717	6 519 717	Sum innskutt egenkapital		6 485 385	6 485 385
		Opptjent egenkapital			
32 867	31 691	Fond for vurderingsforskjeller	18	31 691	32 867
1 833 121	1 945 546	Annen egenkapital	18	2 601 536	2 293 407
1 865 989	1 977 238	Sum opptjent egenkapital		2 633 228	2 326 274
8 385 706	8 496 955	Sum egenkapital		9 118 612	8 811 659
		Gjeld			
		Avsetning for forpliktelser			
68 729	82 973	Pensjonsforpliktelser	19	210 313	104 897
0	0	Utsatt skatt	9	0	0
0	0	Andre avsetninger for forpliktelser	20	3 491 920	3 642 514
68 729	82 973	Sum avsetninger for forpliktelser		3 702 233	3 747 411
		Annen langsiktig gjeld			
3 030 407	2 786 259	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	21	2 786 259	3 030 407
2 210 456	3 169 560	Øvrig langsiktig gjeld	21	0	0
5 240 863	5 955 819	Sum annen langsiktig gjeld		2 786 259	3 030 407
		Kortsiktig gjeld			
555 224	1 581	Driftskreditt		1 581	555 224
0	0	Betalbar skatt	9	2 445	3 356
27 507	29 281	Skyldig offentlige avgifter		727 540	811 335
818 151	784 566	Annen kortsiktig gjeld	22	2 929 041	2 756 882
1 400 882	815 427	Sum kortsiktig gjeld		3 660 606	4 126 798
6 710 474	6 854 219	Sum gjeld		10 149 098	10 904 616
15 096 180	15 351 174	EGENKAPITAL OG GJELD		19 267 710	19 716 275

Trondheim 26. april 2018

Tina Steinsvik Sund

Tina Steinsvik Sund
styreleder

Paul Steinar Valle

Paul Steinar Valle
nestleder

Bjørnar Gustafsson

Bjørnar Gustafsson
styremedlem

Kristian Dahlberg Hauge

Kristian Dahlberg Hauge
styremedlem

Liv Stette

Liv Stette
styremedlem

Beate Skillingstad

Beate Skillingstad
styremedlem

Ivar Østrem

Ivar Østrem
styremedlem

Lindy Jarosch-von Schweder

Lindy Jarosch-von Schweder
styremedlem

Anita Solberg

Anita Solberg
styremedlem

Stig A. Slørdahl

Stig Slørdahl
administrerende direktør

KONTANTSTRØMOPPSTILLING

Helse Midt-Norge RHF		(Beløp i hele 1 000)		Foretaksgruppen	
2016	2017		Noter	2017	2016
		KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER			
385 051	111 249	Årsresultat før skatt		309 116	367 008
	0	Skatteutbetaling	9	-3 356	-3 062
-1 150	-523	Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler		-523	-1 016
191 619	187 306	Ordinære avskrivninger	10,11	916 433	928 012
16	0	Nedskrivninger anleggsmidler	10,11	14 362	11 730
-196 925	60 761	Øvrige resultatposter uten kontanteffekt		-3 510	7 033
-104 953	39 655	Endring i omløpsmidler		27 819	51 971
170 193	-31 812	Endring i kortsiktig gjeld		88 364	309 602
		Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i pensjonsordninger	19	915 130	129 907
7 639	15 131	Inntektsføring av investeringstilskudd		-152 403	-162 879
0	0				
451 491	381 767	Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter		2 111 431	1 638 306
		KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER			
1 039	690	Innbetalinger ved salg av driftsmidler		690	1 996
-200 116	-164 749	Utbetaling ved kjøp av driftsmidler		-768 331	-740 038
339 041	256 740	Innbetalinger ved avdrag på utlån		2 995	1 182
-134 081	-169 944	Utbetalinger ved utlån		-4 860	-5 400
		Innbetaling ved salg og opphør av andre finansielle eiendeler		1 524	49
49	1 524	Utbetaling ved kjøp av andre finansielle eiendeler		-72 360	-70 547
-4 155	-1 014				
1 777	-76 753	Netto kontantstrømmer fra investeringsaktiviteter		-840 342	-812 758
		KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER			
369 916	959 104	Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld		0	0
-244 148	-244 148	Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld		-244 148	-244 148
-254 367	-553 644	Endring driftskreditt		-553 644	-254 367
0		Innbetaling av investeringstilskudd		4 537	25 264
		Endring øvrige langsiktige forpliktelser		1 953	-5 524
-128 599	161 313	Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter		-791 302	-478 775
324 669	466 326	Netto endring i likviditetsbeholdning		479 787	346 774
2 252 309	2 576 978	Likviditetsbeholdning 01.01		2 974 476	2 627 702
2 576 978	3 043 304	Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12.		3 454 263	2 974 476
302 776	2 419	Ubenyttet trekkramme i Norges Bank pr 31.12.		2 419	302 776
2 879 753	3 045 723	Likviditetsreserve 31.12		3 456 682	3 277 251
858 000	4 000	Innvilget kredittramme i Norges Bank pr 31.12.		4 000	858 000

NOTER TIL ÅRSREGNSKAPET

Note: 1 Regnskapsprinsipper

Generelt om regnskapet og etablering av Helse Midt-Norge RHF

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

Helse Midt-Norge RHF er etablert som et regionalt helseforetak, og virksomheten reguleres særskilt gjennom helseforetaksloven. Helse Midt-Norge RHF ble stiftet 17.8.2001. Staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene den 1.1.2002, og på dette tidspunkt ble foretaksgruppen etablert.

Åpningsbalansen

I forbindelse med sykehusreformen og etablering av helseregionene ble det utarbeidet åpningsbalanse for helseforetakene.

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

I åpningsbalansen er bruksverdien satt til gjenanskaffelseskost. For bygg og tomter er gjenanskaffelsesverdi basert på takster utarbeidet av uavhengige tekniske miljøer høsten 2001. I gjenanskaffelsesverdien er det tatt hensyn til slit og elde, teknisk og funksjonell standard etc. Også for andre anleggsmidler er gjenanskaffelseskost beregnet. For overførte anleggsmidler der det pr. 1.1.2002 var kjent at disse ikke ville være i bruk eller kun ville være i bruk en begrenset periode i framtiden, er det gjort fradrag i åpningsbalansen. Tilsvarende ble gjennomført i 2004 i forbindelse med overføring av rusbehandling.

Prinsipper for konsolidering

Helse Midt-Norge RHF består av konsernets administrasjon og Driftssenteret logistikk og økonomi som begge er plassert på Stjørdal og IKT-avdelingen Hemit og prosjektorganisasjonen Helseplattformen i Trondheim. Hemit ble etablert i 2003, og er en samordning av IT-tjenestene i regionene. Driftssenteret LØ skal forvalte og drifte ny økonomi- og logistikk-løsning som ble tatt i bruk i 2016. I løpet av 2017 har hele konsernet tatt i bruk ny løsning.

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

Konsernregnskapet viser det samlede økonomiske resultatet og den samlede finansielle stillingen når morselskapet Helse Midt-Norge RHF og dets eierandeler i datterforetak og andre kontrollerte foretak presenteres som én økonomisk enhet. Alle foretakene har benyttet konsistente prinsipper, og de vesentligste interne forhold mellom foretakene er eliminert.

Regnskapet for foretaksgruppen er utarbeidet som om gruppen var en økonomisk enhet. Transaksjoner og mellomværende mellom foretakene i gruppen er eliminert. Alle bevilgninger fra Helse- og omsorgsdepartementet føres via det regionale helseforetaket. Kostpris på andel i helseforetakene elimineres mot egenkapitalen.

Grunnleggende prinsipper - vurdering og klassifisering - Andre forhold

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

Prinsipper for inntektsføring

Driftsinntektene kan hovedsakelig deles i fire:

- fast grunnfinansiering (basis) fra eier
- kvalitetsbasert finansiering

- aktivitetsbaserte inntekter og
- andre driftsinntekter, inkludert øremerkede tilskudd

Inntekter fra Helse- og omsorgsdepartementet som går via det regionale helseforetaket er bruttoført i Helse Midt-Norge RHF.

Grunnfinansiering

Grunnfinansieringen består av basisramme som er rammetilskudd fra Staten. Grunnfinansieringen tildeles foretakene fra Helse Midt-Norge RHF som fast bevilgning til drift av foretakene.

Grunnfinansieringen inntektsføres i det regnskapsåret midlene tildeles, og inntektsføring av basisramme gjennom året skjer i henhold til aktivitet.

Kvalitetsbasert finansiering periodiseres på samme måte som basisrammen, men presenteres i regnskapet sammen med andre driftsinntekter.

Ved overtakelse av nye oppgaver der departementet har holdt igjen midler for deler av året, er tilsvarende beløp avsatt som en inntekt i resultatregnskapet og en fordring på Helse- og omsorgsdepartementet. Samtidig med innføring av nøytral merverdiavgift for helseforetakene ble fordring på Helse- og omsorgsdepartementet pr 1.1.2017 innfridd.

Aktivitetsbaserte inntekter

Aktivitetsbaserte inntekter består av ISF-refusjon (ISF = innsatsstyrt finansiering), polikliniske inntekter (refusjoner fra Helfo og egenandeler), gjestepasientinntekter, inntekter fra selvbetalende pasienter og salg av laboratorie- og røntgentjenester. Inntektsføringen skjer i den perioden aktiviteten er utført.

Øremerkede tilskudd

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

Andre inntekter

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

Andre inntekter knyttet til kjernevirksomheten er inntekter fra apotekene og fra kommuner for utskrivningsklare pasienter. I tillegg har helseforetakene inntekter fra kantiner og leieinntekter fra personalboliger. Salg av varer og andre tjenester inntektsføres i den perioden varen/tjenesten er levert.

Salg av varer og tjenester mellom foretak i helseforetaksgruppen skjer i utgangspunktet til ordinær pris. Flere tjenester faktureres ikke, men er regulert gjennom tildeling av basisrammen. Dette gjelder først og fremst ved behandling av pasienter som er bosatt i Midt-Norge, men innenfor et annet helseforetaks geografiske opptaksområde (gjestepasientoppgjør i regionen).

Kostnadsføringstidspunkt / sammenstilling

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

Klassifisering og vurdering av eiendeler og gjeld

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

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

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

Langsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet. Første års avdrag på langsiktig gjeld vises som langsiktig gjeld.

Immaterielle eiendeler

Utgifter til forskning og utvikling (FoU) er kostnadsført, ut fra det forhold at sammenhengen mellom utgifter til forskning og eventuelle framtidige inntekter er uklare. Utgifter til andre immaterielle eiendeler er balanseført i den utstrekning kriteriene for balanseføring er oppfylt, det vil si at det forventes at de vil gi framtidige inntekter eller vesentlige reduksjoner i framtidige kostnader. Dette gjelder i hovedsak utgifter til lisenser og programvare. Immaterielle eiendeler som er balanseført avskrives lineært over antatt økonomisk levetid fra det tidspunktet eiendelen blir tatt i bruk.

Varige driftsmidler

Varige driftsmidler omfatter eiendom, anlegg og utstyr som er beregnet for produksjon, levering av varer eller administrative formål og som har varig levetid. Disse balanseføres til kost fratrukket eventuelle akkumulerte av- og nedskrivninger.

Et driftsmiddel anses som varig dersom det har en utnyttbar levetid på over 3 år, samt en kostpris på over kr 100 000.

Varige driftsmidler avskrives hovedsakelig lineært over utnyttbar levetid fra det tidspunktet driftsmidlet blir tatt i bruk. Det tas hensyn til utrangeringsverdi når avskrivningsplanene gjennomgås. Dersom det finnes indikasjoner på at et driftsmiddel har falt i verdi, blir driftsmiddelet nedskrevet til gjenvinnbar verdi dersom denne er lavere enn regnskapsført verdi.

Balanseføring blir foretatt løpende gjennom året av investeringer på nybygg. Ved balanseføring av bygg legges det til grunn reelle kostnader for ulike bygningsdeler ved dekomponering. Finansieringsutgifter ved tilvirkning av egne driftsmidler balanseføres.

I tillegg balanseføres ombygninger/påkostninger på eksisterende bygningsmasse hvor det skjer en verdøkning eller vesentlig forlengelse av gjenværende levetid.

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

Utgifter til periodisk vedlikehold og reparasjoner på produksjonsutstyr periodiseres. Utgifter til løpende vedlikehold av driftsmidler for øvrig kostnadsføres løpende som driftskostnader.

Det følger av Helseforetakslovens §§ 31- 33 at det er restriksjoner med hensyn til foretakets muligheter til å avhende faste eiendommer, avhende sykehusvirksomhet, samt mulighet for opptak av lån, garantier og pantstillelser. Restriksjonene har betydning for hvordan foretakets anleggsverdier ble vurdert ved etablering av åpningsbalansen

Datterselskaper

Med datterselskap menes blant annet foretak som eies med mer enn 50 %, hvor investeringen er av langvarig karakter og hvor foretaket har bestemmende innflytelse.

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

Felleskontrollerte virksomheter

Helse Midt-Norge RHF har en eierandel på 20 % i fire foretak og 25 % i tre foretak som eies sammen med de andre tre regionale helseforetakene. Eierandelene er å betrakte som felleskontrollerte virksomheter og er tatt inn i regnskapet etter egenkapitalmetoden.

Tilknyttede virksomheter

Tilknyttede foretak eid av Helse Midt-Norge RHF presenteres etter egenkapitalmetoden. Helse Midt-Norge HF er avviklet.

Egenkapitalinnskudd pensjonskasser og andre aksjer og andeler

Egenkapitalinnskudd i KLP er verdsatt etter kostprinsippet. Det vil si at det normalt er inn- og utbetalinger som påvirker størrelsen på innskuddet. Andre aksjer og andeler er verdsatt etter kostprinsippet.

Pensjon

Pensjonsordningen behandles regnskapsmessig i overensstemmelse med Norsk Regnskapsstandard for Pensjonskostnader. Foretaksgruppen følger oppdatert veiledning om pensjonsforutsetninger fra Norsk Regnskapsstiftelse, justert for foretaksspesifikke forhold. Benyttede parametre framgår av note om pensjoner. Helseregionens pensjonsordninger, inkludert AFP, anses som ytelsesplaner.

Pensjonsforpliktelser beregnes etter lineær opptjening på basis av forutsetninger om antall opptjeningsår, diskonteringsrente, framtidig avkastning på pensjonsmidler, framtidig regulering av lønn, pensjoner og ytelser fra folketrygden og aktuarmessige forutsetninger om dødelighet og frivillig avgang. Pensjonsmidlene vurderes til virkelig verdi. Netto pensjonsforpliktelse består av brutto pensjonsforpliktelse fratrasket virkelig verdi av pensjonsmidler. Netto pensjonsforpliktelser balanseføres som avsetning for forpliktelser, mens overfinansiert pensjonsordning er klassifisert som langsiktig fordringer i balansen.

Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i pensjonsplaner fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid. Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i og avvik mot forutsetninger i beregningene (estimatendringer) fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid for den del av avvikene som overstiger 10 prosent av det høyeste av brutto pensjonsforpliktelse eller brutto pensjonsmidler (korridor). Antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid er satt til 12 år.

Periodens netto pensjonskostnad er inkludert i lønn og andre personalkostnader, og består av summen av periodens pensjonsopptjening, rentekostnad på den beregnede forpliktelsen og forventet avkastning på pensjonsmidlene, resultatført virkning av endringer i estimater og pensjonsplaner, resultatført virkning av avvik mellom faktisk og forventet avkastning, samt periodisert arbeidsgiveravgift.

Usikkerheten er i stor grad knyttet til bruttoforpliktelsen og ikke til den nettoforpliktelsen som framkommer i balansen. Estimatendringer som følge av endringer i nevnte parametere vil i stor utstrekning periodiseres over gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid og ikke belaste resultatregnskapet umiddelbart slik som andre estimatendringer.

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

Arbeidstakers andel av pensjonspremien er kommet til fradrag i lønnskostnaden.

Varebeholdninger

Lager av innkjøpte varer er verdsatt til laveste av anskaffelseskost etter FIFO-prinsippet og virkelig verdi. Ferdigvarer og varer under tilvirkning er vurdert til tilvirkningskost. Gjennomsnittlig gjenanskaffelseskost er benyttet der FIFO ikke lar seg anvende. Gjennomsnittlig gjenanskaffelseskost er fra og med 2017 tatt i bruk for alle beholdninger som lagerstyres ved hjelp av nytt økonomi- og logistikksystem for konsernet. Sammenligningstall er ikke utarbeidet for de lagerbeholdningene som omfattes av denne prinsippendringen.

Det foretas nedskrivning for ukurans. Reservedeler klassifiseres som varelager.

Fordringer

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

Gjeld

Helse- og omsorgsdepartementet er eneste långiver til Helse Midt-Norge RHF. Dette gjelder både langsiktige lån og driftskreditt. Kapitaliserte renter er inkludert i lånebeløpet.

Usikre forpliktelser

Dersom det etter foretakets oppfatning er sannsynlig at en usikker forpliktelse vil komme til oppgjør, og verdien av oppgjøret skal estimeres pålitelig, kostnadsføres forpliktelsen i resultatregnskapet og tas inn som en avsetning for forpliktelser i balansen.

Skatt

Foretakenes hovedvirksomhet, sykehusdrift er ikke skattepliktig. Sykehusapotekene i Midt-Norge HF er skattepliktig for overskudd fra publikumssalg fra og med 2015.

Skatter kostnadsføres når de påløper og er knyttet til det regnskapsmessige resultatet før skatt. Netto utsatt skattefordel er beregnet med 24 % på grunnlag av midlertidige forskjeller som eksisterer mellom regnskapsmessige og skattemessige verdier. Skatteøkende og skattereduserende midlertidige forskjeller, som reverserer eller kan reverseres i samme periode er utlignet og nettoført. Årets skattekostnad omfatter betalbar skatt for inntektsåret og endring i utsatt skatt/ utsatt skattefordel.

Virksomhetsrapportering

Helse Midt-Norge RHF har funksjon, eller virksomhetsområde som driftssegment, og er i hovedsak basert på hovedgrupper av pasienter/pasientbehandling.

I tillegg er driftsinntektene fordelt på geografi med utgangspunkt i hovedkundernes, det vil si pasientenes bosted. Regnskapsprinsippene for virksomhetsrapportering er de samme som for konsernregnskapet for øvrig.

Prising av transaksjoner mellom ulike virksomhetsområder er ikke standardisert, men baserer seg i hovedsak på kostnadsfordelingsmodeller der foretakets reelle kostnader /inntekter skal belastes / godskrives den enkelte funksjon.

I forbindelse med innføring av nytt økonomi- og logistikk-løsning var Helse Midt-Norge ikke vært i stand til å avlegge regnskap med virksomhetsrapportering for 2016, jf. note 2 og 4.

Kontantstrømoppstilling

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

Konsernkontoordning

Det er etablert konsernkontoordning med Danske Bank. Innskudd / gjeld på konsernkonto er klassifisert som kortsiktig fordring/gjeld mot Helse Midt-Norge RHF i det enkelte datterforetakets selskapsregnskap. I regnskapet til foretaksgruppen er dette klassifisert som ordinært bankinnskudd/driftskreditt.

Renteinntekter og rentekostnader er behandlet som konserninterne renter i datterforetakene.

Valuta

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

Sammenligningstall for 2016

Enkelte sammenligningstall for 2016 er endret der den nye klassifiseringen er mer korrekt.

Med virkning fra 1. januar 2017 ble det innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene. Endret finansiering av foretakene innebærer en generell reduksjon både av inntekter og kostnader i regnskapet for 2017 sammenlignet med 2016. Endringen har ikke ført til noen prinsippendringer i regnskapsavleggelsen og det er derfor ikke utarbeidet regnskapstall som viser inntekter og kostnader som om ordningen hadde vært innført i 2016. Effekten på overordnet nivå er likevel synliggjort i egen note, jf. note 28. Nærmere omtale av ordningen framgår også av samme note.

Konsernregnskapet kan fås utlevert hos Helse Midt-Norge RHF, Wessels veg 75, Stjørdal eller kan lastes ned elektronisk fra www.helse-midt.no

(Beløp i hele 1000)

Note 2 Driftsinntekter og -kostnader pr virksomhetsområde

Driftsinntekter per virksomhetsområde

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
	1 129 075	Somatikk	14 659 607	
	76 837	Psykisk helsevern VOP	2 609 656	
	12 761	Psykisk helsevern BUP	391 699	
	3 738	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	656 481	
	1 598 443	Annet	2 654 944	
	17 517 949	Overføring til datterforetak		
0	20 338 803	Sum driftsinntekter	20 972 386	0

Driftskostnader per virksomhetsområde

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
	1 136 887	Somatikk	13 289 334	
	67 477	Psykisk helsevern VOP	2 502 549	
	10 885	Psykisk helsevern BUP	490 560	
	7 800	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	574 192	
	1 456 487	Annet	3 770 985	
	17 517 949	Kjøp av helsetjenester fra datterforetak		
0	20 197 484	Sum driftskostnader	20 627 620	0

I forbindelse med innføring av nytt økonomi- og logistikkssystem har Helse Midt-Norge RHF ikke vært i stand til å rapportere for 2016.

Driftsinntekter benevnt Overføring til datterforetak tilsvarer det regionale helseforetakets andel av inntekter fra eier (Staten) som benyttes til finansiering av datterforetakenes oppgaver innenfor spesialisthelsetjenesten. RHF-ets overføring til datterforetakene kostnadsføres som kjøp av helsetjenester fra datterforetak. Andre ordinære kjøp fra datterforetakene inngår ikke i denne posten.

Virksomhetsområdet benevnt Annet omfatter i hovedsak kostnader og inntekter knyttet til ambulanse, pasienttransport, administrativ virksomhet ved Helse Midt-Norge RHF, samt kostnader vedrørende aktivitet som ikke er en del av spesialisthelsetjenesten, eksempelvis virksomheten i Sykehusapotekene i Midt-Norge HF og Trøndelag Ortopediske Verksted AS. I regnskapet for Helse Midt-Norge RHF inngår blant annet helseregionens inntekter og kostnader vedrørende IKT som Annet, mens helseforetakenes kjøp av IKT-tjenester fra Helse Midt-Norge RHF vil i regnskapet for foretaksgruppen være henført til ulike virksomhetsområder.

Driftsinntekter fordelt på geografi

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
20 599 146	20 207 926	Helse Midt-Norge RHF sitt opptaksområde	20 486 822	20 878 164
54 661	115 394	Resten av landet	437 328	354 451
	0	Utlendet	48 236	31 042
20 653 807	20 323 320	Sum driftsinntekter	20 972 386	21 263 657

Note 3 Driftsinntekter

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
13 773 336	13 256 477	Basisramme		
		Basisramme	13 256 477	13 773 336
		Aktivitetsbasert inntekt		
4 259 866	4 635 120	Behandling av egne pasienter i egen region	4 635 120	4 259 866
197 748	198 736	Behandling av egne pasienter i andre regioner	198 736	197 748
54 661	115 394	Behandling av andre sine pasienter i egen region	437 328	366 682
733 621	613 354	Poliklinikk, laboratoriet og radiologi	908 894	1 001 976
0	0	Utskrivningsklare pasienter	51 609	57 232
63 506	68 008	Andre aktivitetsbaserte inntekter	43 663	78 576
		Annen driftsinntekt		
104 500	87 246	Kvalitetsbasert finansiering	87 246	104 500
124 601	83 159	Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	83 159	124 601
310 929	287 869	Øremerkede tilskudd til andre formål	323 856	345 835
148 659	139 728	Inntektsføring av investeringstilskudd	152 403	162 879
0		Driftsinntekter fra apotekene	264 001	302 047
882 381	853 712	Andre driftsinntekter	529 894	488 379
20 653 807	20 338 802	Sum driftsinntekter	20 972 386	21 263 657

Basisrammen i 2017 er redusert med tkr 855 000 på grunn av innføring av nøytral merverdiavgift, jf. note 28.

Inntekter omtalt som Behandling av egne pasienter i egen region og egne pasienter i andre regioner består av ISF-refusjon.

I regnskapet for foretaksgruppen er salg fra Sykehusapoteket i Midt-Norge HF til andre foretak i Helse Midt-Norge eliminert. Totale driftsinntekter for Sykehusapoteket i Midt-Norge HF er tkr 1 050 467 i 2017 og tkr 956 099 i 2016.

Aktivitetstall

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
2016	2017	2017	2016
		Aktivitetstall somatikk	
4 614	5 795	Antall DRG poeng iht. sørge-for-ansvaret	218 774
0	0	Antall DRG poeng iht. eieransvaret	211 648
107 480	111 584	Antall polikliniske konsultasjoner	209 872
			911 884
		Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge	
0	0	Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling	538
0	0	Antall polikliniske konsultasjoner	543
0	0	Antall DRG-poeng iht. eieransvaret	121 742
			125 798
		Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne	
0	0	Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling	29 882
0	0	Antall polikliniske konsultasjoner	8 449
0	0	Antall DRG-poeng iht. eieransvaret	7 926
			246 457
		Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	
0	0	Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling	35 297
0	8 950	Antall polikliniske konsultasjoner	1 894
0	896	Antall DRG-poeng iht. eieransvaret	1 895
			48 258
			37 306
			3 972
			0

Aktivitetstall inkluderer ikke aktivitet finansiert av prosjektet Raskere tilbake og eventuelle andre øremerkede midler.

Aktivitetstall registrert i Helse Midt-Norge RHF er utført hos private aktører. Tallene inkluderer ikke aktivitet innenfor ordningen fritt behandlingsvalg.

Fra og med 2017 er den aktivitetsbaserte finansieringen av poliklinisk psykisk helsevern (PH) og poliklinisk tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) overført til ISF-ordningen. I antall polikliniske konsultasjoner for TSB og PH for 2017 inngår også de konsultasjonene som er finansiert gjennom ISF (antall DRG-poeng).

Ved innføring av ISF-refusjon er det samtidig endret tellemåte når det gjelder antall konsultasjoner.

Note 4 Kjøp av helsetjenester

Helse Midt-Norge RHF		Foretaksgruppen	
2016	2017	2017	2016
		Sum kjøp av helsetjenester består av følgende:	
	179 968	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner somatikk	427 765
	534 193	Kjøp fra private helseinstitusjoner somatikk	575 191
	5 362	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner psykiatri	84 412
	24 677	Kjøp fra private helseinstitusjoner psykiatri	31 517
	789	Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner rus	9 475
	3 333	Kjøp fra private helseinstitusjoner rus	210 442
	2 601	Kjøp fra utlandet	14 225
	750 922	Sum gjestepasientkostnader	1 353 027
	0	Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå	81 048
	157 162	Luftambulanse	157 550
	0	Kjøp av andre ambulansetjenester	43 278
	429 636	Andre kjøp av helsetjenester (herunder avtalespesialister)	307 371
	586 797	Sum kjøp av andre helsetjenester	589 247
	17 517 949	RHF-ets kjøp av helsetjenester fra datterforetak	0
	18 855 669	Sum kjøp av helsetjenester	1 942 273

I forbindelse med innføring av nytt økonomi- og logistikkssystem var Helse Midt-Norge RHF ikke i stand til å rapportere regnskapstall for 2016.

Note 5 Varekostnad

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
0	805	Legemidler	1 063 963	1 058 375
0	0	Medisinske forbruksvarer	909 038	1 138 428
0	0	Andre varekostnader til eget forbruk	192 865	218 760
1 731	3 486	Innkjøpte varer for videresalg	189 823	227 361
0	0	Beholdningsendring varer i arbeid og ferdig tilvirkede varer	0	-120
1 731	4 292	Sum varekostnader	2 355 689	2 642 804

Reduserte varekostnader i 2017 sammenlignet med 2016 har sammenheng med innføring av nøytral merverdiavgift, jf. note 28.

Note 6 Lønn og andre personalkostnader

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
264 975	279 916	Lønnskostnader	9 536 473	9 105 252
36 975	39 816	Arbeidsgiveravgift	1 310 816	1 241 278
52 179	55 236	Pensjonskostnader inkl. arbeidsgiveravgift	2 000 299	2 142 849
13 059	7 904	Andre ytelser	127 351	140 455
-10 088	-20 590	Balanseføring eget arbeid	-24 562	-10 088
357 100	362 282	Sum lønn og andre personalkostnader	12 950 377	12 619 746

Ved balanseføring av eget arbeid reduseres lønnskostnadene. Balanseføring av eget arbeid i 2016 bestod i hovedsak av utvikling av programvare i IKT-enheten Hemit. For 2017 foreligger det også balanseføring i Helse Møre og Romsdal HF knyttet til nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal. Lønnskostnader knyttet til eget arbeid inngår som en del av kostprisen i balanseføringen.

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
416	457	Gjennomsnittlig antall ansatte	21 603	22 503
406	430	Gjennomsnittlig antall årsverk	16 794	16 746

*) Reduksjon i antall ansatte fra 2016 til 2017 er knyttet til endret tellemåte. Endringen er knyttet til registrering av personer som ikke er ansatte og innebærer alene en reduksjon på ca 1700.

Helse Midt-Norge RHF forestår den overordnede ledelsen i foretaksgruppen. I tillegg består Helse Midt-Norge RHF av enhetene Helse Midt-Norge IT (Hemit), Helse Midt-Norge Driftssenter logistikk og økonomi (DS LØ) og Helse Midt-Norge Helseplattformen.

Hemit forestår foretaksgruppens fellestjenester innenfor IKT generelt og DS LØ skal ha tilsvarende oppgaver for drift og forvaltning av nytt økonomi- og logistikksystem. Helseplattformen har i oppgave å anskaffe, utvikle og implementere nytt pasientadministrativt system.

Helseplattformen ble etablert i 2017 og gjennomsnittlig 13,3 ansatte og 13 årsverk. DS LØ gjennomsnittlig 20,6 ansatte og 21,6 årsverk i 2017 mot gjennomsnittlig 14 ansatte og 13,8 årsverk i 2016. Hemit hadde gjennomsnittlig 339 ansatte og 326 årsverk i 2016, mens tilsvarende tall i 2016 for ansatte var på 327 og for årsverk 319.

Administrasjonen i Helse Midt-Norge RHF på Stjørdal hadde gjennomsnittlig 84, ansatte og 69 årsverk i 2017, mens tilsvarende tall i 2016 var 75 ansatte og 73,8 årsverk.

Godtgjørelse til styret

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
3 723	4 421	Styrehonorar og godtgjørelse til styremedlemmer	7 334	6 727
251	261	Herav honorar og godtgjørelse til styrets ledere	1 041	1 034

Ansattrepresentanter mottar lønn i tillegg til styrehonorar. Det framgår av det enkelte foretaks noter hvilke styrerepresentanter dette gjelder.

Godtgjørelse til styrets medlemmer i Helse Midt-Norge RHF

Navn	Tittel	Styrehonorar	Honorar til revisjonsutvalget og godtgjøringsutvalget	Lønn	Annen godtgjørelse	Sum	Tjeneste-periode 1)	Ytelser fra andre foretak i foretaksgruppen	
								Honorar/ lønn	Pensjon og andre godtgjørelser
Ola H. Strand	styrets leder/leder godtgj. utv	251	10	-	-	261	01.01.-31.12	0	0
Paul Steinar Valle	nestleder/leder revisjonsutvalget	168	48	-	-	216	01.01.-31.12	0	0
Brit Tove Welde	styremedlem	122	-	-	-	122	01.01.-31.12	0	0
Liv Stette	styremedlem/medl godtgj. utv	122	10	-	-	132	01.01.-31.12	0	0
Vigdis Harsvik	styremedlem/revisjonsutv	122	24	-	-	146	01.01.-31.12	0	0
Tore Kristiansen	styremedlem	122	-	-	-	122	01.01.-31.12	0	0
Ivar Torleif Østrem	styremedlem/medl godtgj. utv	122	10	-	-	132	01.01.-31.12	502	5
Ellen Marie Wøhni	styremedlem /godtgj. utv./konserntillitsvalgt	20	11	230	1	262	01.01.-28.02	0	0
Lindy Jarosch von Schweder	styremedlem /revisjonsutv./konserntillitsvalgt	102	16	-	-	118	01.03.-31.12	1118	1
Randulf Haslund Søberg	styremedlem/konserntillitsvalgt	20	-	1 237	5	1 262	01.01.-28.02	0	0
Anita Solberg	styremedlem/konserntillitsvalgt	102	-	487	4	593	01.03.-31.12	188	5
Kristian Børstad	varamedlem	14	-	-	-	14	01.01.-31.12	636	0
John Olav Berdahl	varamedlem/konsernverneombud	9	-	565	1	576	01.01.-31.12	0	0
Frank Grydland	varamedlem/ konserntillitsvalgt	5	-	457	4	465	01.01.-31.12	154	0
Sum		1 301	129	2 976	15	4 421		2 599	11

1) Tjenestetid/-periode angir perioden i regnskapsåret vedkommende har sittet i styret.

Ansattrepresentanter som også er konserntillitsvalgt eller konsernverneombud mottar lønn fra Helse Midt-Norge RHF, mens andre anattrepresentanter mottar lønn fra det foretaket de er ansatt i.

Manglende utbetaling til godtgjøringsutvalget i 2016 er etterbetalt og inngår i utbetalte honorarer i 2017.

Det er ikke ytt lån eller stilt sikkerhet til fordel for medlemmer av styret.

Lønn og andre godtgjørelser til ledende personell

Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Annen godtgjørelse	Sum	Tjeneste-periode 1)	Ansettelse-periode 2)	Ytelser fra andre foretak i foretaksgruppen	
								Lønn	Pensjon og andre godtgjørelser
Stig Slørdahl	administrerende direktør	1 919	338	158	2 415	01.01-31.12	01.01-31.12	-	-
Daniel Martin Haga	samhandlingsdirektør	1 420	150	5	1 575	01.01-31.12	01.01-31.12	-	-
Anne-Marie Barane	økonomidirektør	1 329	284	3	1 616	01.01-31.12	01.01-31.12	-	-
Tor Harald Haukås	kommunikasjonsdirektør	1 254	278	5	1 538	01.01-31.12	01.01-31.12	-	-
Jan Erik Thoresen	kst. direktør for eierstyring	1 503	232	5	1 741	01.01-14.03	01.01-31.12	-	-
Gunn Fredriksen	kst. direktør for eierstyring	1 194	366	5	1 565	15.03-31.12	01.01-31.12	-	-
Ingerid Gunnerød	direktør for stab og prosjektstyring	1 144	281	5	1 430	01.01-29.01	01.01-31.12	-	-
Rita Bjørgan Holand	kst direktør for stab og prosjektstyring	914	213	5	1 133	01.05-31.12	01.01-31.12	-	-
Inger Mette Nilstad	kst direktør for stab og prosjektstyring	1 025	306	5	1 336	30.01-30.04	01.01-31.12	-	-
Anne Katarina Cartfjord	HR-direktør	1 213	384	5	1 602	30.01-30.04	01.01-31.12	-	-
Henrik A Sandbu	kst. Fagdirektør /fagdirektør	1 382	266	5	1 653	01.01-31.12	01.01-31.12	-	-
Paul M Gundersen	direktør HEMIT	1 180	282	3	1 466	01.01-31.12	01.01-31.12	-	-
Torbjørge Vanvik	programdirektør Helseplattformen	1 310	348	5	1 664	01.01-31.12	01.01-31.12	-	-
Bente Sollie	leder driftssenteret logistikk og økonomi	1 046	321	4	1 371	01.01-31.12	01.01-31.12	-	-
Sum		17 835	4 050	220	22 105			-	-

1) Tjenestetid/-periode angir perioden i regnskapsåret vedkommende har vært deltaker i foretakets ledergruppe.

2) Ansettelsesperiode angir perioden vedkommende har vært ansatt i foretaket og eventuelt andre foretak i foretaksgruppen.

Stig Slørdahl har avtale om fast lønn på tkr 1 888. I tillegg har Stig Slørdahl hatt fri bil, avis, mobil og internett. Arbeidsavtale med Stig Slørdahl innebærer at hvis det oppstår en situasjon der partene erkjenner at det vil være vanskelig å videreføre ansettelsesforholdet som administrerende direktør, skal retningslinjer for fastsettelse av lønn og godtgjørelse for ledende ansatte i Helse Midt-Norge RHF, fastsatt av foretaksmøte, legges til grunn for sluttvederlagsordningen. Sluttvederlaget skal ikke benyttes dersom administrerende direktør selv tar initiativ til oppsigelsen, eller dersom at han selv fraskriver seg bestemmelsene om oppsigelsesvern i AML § 15-16, 2.ledd.

Sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden skal ikke overstige 12 månedslønner. Ved ansettelse i ny stilling eller ved næringsinntekt, skal sluttvederlaget reduseres med et forholdsmessig beløp beregnet på grunnlag av ny årsinntekt. Reduksjonen skjer etter at vanlig oppsigelsestid for stillingen er ute. Pensjons- og forsikringsordninger opprettholdes i perioden med etterlønn i den grad det er adgang til dette, etter de gjeldende bestemmelser i de aktuelle pensjons- og forsikringsordninger. Sluttvederlag kan holdes tilbake hvis vilkårene for avskjed foreligger, eller hvis det i perioden hvor det ytes sluttvederlag oppdages uregelmessigheter eller forsømmelser som kan lede til erstatningsansvar eller at vedkommende blir tiltalt for lovbrudd.

Det foreligger ikke avtale om sluttvederlag mellom Helse Midt-Norge RHF og noen av de øvrige ledende ansatte i foretaket.

Lån til ansatte dreier seg om kortsiktige likviditetslån. Det kreves ikke renter eller sikkerhet for disse lånene. Lånene er begrenset til en månedslønn, og tilbakebetales over maksimalt 12 måneder. Det er ikke gitt lønns lån til noen ansatte i Helse Midt-Norge RHF.

Godtgjørelse til revisor

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
441	345	Lovpålagt revisjon	1 583	1 715
0	0	Utvidet revisjon	60	79
0	0	Andre attestasjonstjenester	52	23
5	0	Skatte- og avgiftsrådgivning	73	36
43	82	Andre tjenester utenfor revisjon	82	84
488	427	Sum godtgjørelse	1 850	1 937
450	360	Honorar til revisor i henhold til inngått avtale	1 445	1 806

Beløp for 2016 er inkludert merverdiavgift, mens beløp i 2017 er eksklusive merverdiavgift, jf. note 28 om innføring av nøytral merverdiavgift.

Andre tjenester utenfor revisjon er knyttet til vurderinger i forhold til overholdelse av bokføringsregelverket i forbindelse med innføring av nytt økonomi- og logistikkssystem, samt kostnader knyttet til møtedeltakelse.

Spesifikasjon av andre tjenester utenfor revisjon

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
0	12	Deltakelse i møter utenfor avtaler	12	0
0	0	Teknisk bistand	0	25
41	70	Vurdering av regnskapsposter	70	57
2	0	Bistand ifbm fisjon Helse Midt-Norge Helsebygg	0	2
43	82	Sum godtgjørelse andre tjenester utenfor revisjon	82	84

Erklæring om fastsettelse av lønn og godtgjørelse for daglig leder og andre ledende ansatte**Lønn og andre godtgjørelser for ledende ansatte i 2017**

Helse Midt-Norge RHF definerer personer som inngår i administrerende direktørs ledergruppe som ledende ansatt. Det innebærer følgende stillinger: Administrerende direktør, direktør for helsefag, forskning og utdanning, direktør for eierstyring, direktør for samhandling, kommunikasjonsdirektør, HR-direktør, økonomidirektør og direktør for stab og prosjektstyring. I tillegg anses direktørene i virksomhetene Hemit og leder for driftssenteret logistikk og økonomi som ledende ansatt. Helseplattformen skilles ut som egen virksomhet fra og med 1.1.2017. Leder for virksomheten har også vært ledende ansatt i 2016.

Det er utarbeidet egne erklæringer for ledende ansatte i datterforetakene som framgår av deres årsregnskap. Det vises til det enkelte foretaks årsregnskap for nærmere detaljer.

Lønn og godtgjørelse til administrerende direktør Stig Slørdahl ble behandlet og fastsatt av styret i styresak 90/2017.

Tidligere direktør for helsefag, forskning og utdanning Nils Hermann Eriksson fratrådte sin stilling i Helse Midt-Norge RHF 31.8.2013 da han gikk over i ny stilling i Helse Nord-Trøndelag. Helse Midt-Norge forpliktet seg den gang å dekke differansen mellom lønnen i overlegetstillingen ved Helse Nord-Trøndelag HF og lønnen Nils Hermann Eriksson hadde ved fratrede som fagdirektør ved Helse Midt-Norge RHF. Forpliktelsen gjelder fram til Nils Hermann Eriksson fyller 67 år og reguleres årlig tilsvarende gjennomsnittlig lønnsutvikling i % for overleger i Spekterområdet. Gjenstående forpliktelse pr. 31.12.2017 er estimert til omlag tkr 679.

Tidligere administrerende direktør Paul A Hellandsvik gikk av med pensjon i løpet av 2015. Paul Hellandsvik hadde en avtale som innebar at han får utbetalt et tillegg i pensjon slik at pensjonsnivået utgjør 66 % av startlønn november 2001 på tkr 1 100 årlig oppjustert med konsumprisindeksen. Tilleggs pensjonen skal samordnes med ytelse fra Folketrygden og alle andre pensjonsytelser som er opparbeidet gjennom tidligere ansettelsesforhold. Det er ingen tidsbegrensning på ytelsen. Forpliktelsen knyttet til Paul A Hellandsviks tilleggsavtale på pensjon inngår i balanseført pensjonsforpliktelse, jf. også note 19 Pensjon. Utbetalt pensjon iht. avtalen utgjorde tkr 241 i 2017.

Lønn og godtgjørelse til øvrige ledende ansatte er gjort administrativt. Helse Midt-Norge RHF har i 2017 lagt til grunn de generelle retningslinjene fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015 sammen med retningslinjene for Helse Midt-Norge RHF. Retningslinjene fastsatt av Helse Midt-Norge RHF's styre 29. mai 2017 er forelagt foretaksmøte 19. juni 2017 med innstilling om godkjenning.

Lønningene til ledergruppens medlemmer ble i 2017 justert som følger:

Navn	Tittel	Beløp forrige år	Beløp i år	Tilsvarer	Prosent - endring
Stig Slørdahl	administrerende direktør samhandlingsdirekt	1 825	til kr	1 888	tilsvarer 3,4 %
Daniel Martin Haga	ør	1 391	til kr	1 421	tilsvarer 2,2 %
Anne-Marie Barane	økonomidirektør	1 277	til kr	1 317	tilsvarer 3,1 %
Tor Harald Haukås	kommunikasjonsdirektør	1 194	til kr	1 249	tilsvarer 4,6 %
Jan Erik Thoresen	kst. direktør for eierstyring	1 367	til kr	1 487	tilsvarer 8,8 %
Gunn Fredriksen	kst. direktør for eierstyring	1 066	til kr	1 183	tilsvarer 10,9 %
Ingerid Gunnerød	direktør for stab og prosjektstyring	1 099	til kr	1 134	tilsvarer 3,2 %
Rita Bjørgan Holand	kst direktør for stab og prosjektstyring	831	til kr	894	tilsvarer 7,6 %
Inger Mette Nilstad	kst direktør for stab og prosjektstyring	949	til kr	1 009	tilsvarer 6,3 %
Anne Katarina					
Cartfjord	HR-direktør	1 176	til kr	1 201	tilsvarer 2,1 %
Henrik Andreas					
Sandbu	kst. fagdirektør/fagdirektør	1 265	til kr	1 400	tilsvarer 10,7 %
Paul M Gundersen	direktør HEMIT	1 154	til kr	1 181	tilsvarer 2,4 %
Torbjørge Vanvik	programdirektør Helseplattformen	1 211	til kr	1 300	tilsvarer 7,3 %
Bente Sollie	leder driftssenteret logistikk og økonomi	1 014	til kr	1 035	tilsvarer 2,1 %

I tillegg til lønn har alle medlemmene i ledergruppen fri mobiltelefon og internett. Administrerende direktør Stig Slørdahl har også firmabil og avisabonnement i tillegg til lønn. Lønnsjusteringer gjennomføres etter øvrige lønnsforhandlinger i helseregionen, men er gjort gjeldende fra 1. januar 2017 for ledende ansatte.

Alle konstituerende gis et månedlig tillegg på tkr 10 som kommer i tillegg til avtalt årslønn.

Helse Midt-Norge RHF har i foregående år hatt som målsetting å tilby ledende ansatte konkurransedyktige arbeidsvilkår, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende foretak.

Helse Midt-Norge RHF etablerte i 2015 et eget godtgjøringsutvalg for hele foretaksgruppen. Utvalget består av tre medlemmer fra styret, to oppnevnt av eier og en ansattrepresentant. Utvalgets oppgaver er blant annet å:

- Påse at det foreligger retningslinjer for godtgjørelse til ledende ansatte i Helse Midt- Norge
- Sikre korrekt gjennomføring i foretaksgruppen på området, samt påse at erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse er utarbeidet og behandles av styret og senere foretaksmøte
- Påse at foretakene har etablert rutiner for å sikre at styremedlemmer og ledende ansatte ikke sitter med verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretakene har til andre aktører
- Behandle relevante saker av prinsipiell karakter om lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i Helse Midt-Norge RHF.

Det er vedtatt egen instruks for utvalgets arbeid i styresak 37/2015.

I oppfølging av underliggende foretak i 2015 la en vekt på å tydeliggjøre rammene, inkludert endringer i blant annet regler for sluttvederlag. Det ble presisert at fastsettelsen av lønn og godtgjørelse for ledende ansatte i 2016 skal skje etter at hovedoppgjøret for 2016 er ferdig. Godtgjøringsutvalget har i 2016 og 2017 fått seg forelagt informasjon om nyansettelser av ledende ansatte i Helse Midt-Norge RHF og helseforetakene.

Retningslinjer for 2018

Til grunn for Helse Midt-Norge RHF retningslinjer ligger blant annet generelle retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper, fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet med virkning fra 13.2.2015. Retningslinjene erstatter retningslinjene fastsatt av Regjeringen Stoltenberg II 31.3.2011. Hovedprinsippet er at lederlønningene i foretaket skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende er videreført. Staten som eier legger til grunn at det skal legges vekt på moderasjon. Retningslinjene har ikke tilbakevirkende kraft. Eier v/Helse- og omsorgsdepartementet presiserer at retningslinjene skal følges, og at styret og administrerende direktør ikke har anledning til å inngå avtaler ut over retningslinjenes rammer.

Fastsettelse av basislønn

Ved fastsettelse av basislønn skal følgende kriterier legges til grunn:

- Lønnsutviklingen i Helse Midt-Norge generelt
- Lønnsutviklingen i sammenlignbare stillinger
- Resultatvurderinger i forhold til de mål og krav styret har satt

Dette innebærer at årlige lederlønnjusteringer ikke skal skje før de årlige tariffoppgjørene i spesialisthelsetjenesten er avsluttet.

Lønnjusteringene gjelder fra 1. januar 2017 for hele ledergruppen.

Naturalytelser

Ytelser vurderes med utgangspunkt i hva som er behovet for utøvelsen av stillingen, dog begrenset til å gjelde:

- Mobiltelefonordning i henhold til foretakets bestemmelse
- Hjemmekontor i tråd med virksomhetens bestemmelser
- Ordinære forsikringsordninger i henhold til lov og avtaler
- Eventuelt avisabonnement

Videre vurderes firmabil basert på behov og som en del av de totale lønnsvilkårene.

Pensjonsordning

- Ledende ansatte skal være omfattet av offentlig tjenestepensjon på lik linje med andre ansattes vilkår i foretaket. Det vil si gjennom ordinær løsning i KLP. Det er ikke anledning til å inngå avtale om pensjon ut over ordinære vilkår gjennom KLP, det vil si inntil 12 G.
- Når en leder ikke lenger er ansatt i foretaket skal det ikke lenger påløpe pensjonskostnader ut over hva som følger av en eventuell skattefavorisert ytelsesordning.

Sluttvederlag

Ved fastsettelse av sluttvederlag gjelder følgende prinsipper:

- Det kan ikke inngås forhåndsavtale om sluttvederlag for andre ledende ansatte enn administrerende direktør. Avtale om sluttvederlag er betinget av at den ledende ansatte fraskriver seg bestemmelsene om oppsigelsesvern. Sluttvederlag bør ikke benyttes når lederen har tatt initiativ til oppsigelsen.
- For øvrig ledende ansatte kan det inngås forhåndsavtale om rimelig sluttvederlag som får virkning dersom den ledende ansatte ikke bestrider oppsigelsen. Slik avtale kan inngås i forbindelse med en oppsigelse.
- Sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden skal i sum ikke overstige 12 måneder og til fradrag i sluttvederlag kommer andre inntekter oppebåret i perioden.

Ledende ansatte i Helse Midt-Norge har i tillegg samme rettigheter til sluttvederlag som øvrige ansatte ved omstilling ved overtallighet. Ved oppsigelse av den ansatte kan de i slike tilfeller gis et sluttvederlag som tilsvarer lønn for seks måneder, inkl. lønn i oppsigelsestiden.

Variable godtgjørelser eller særskilte ytelser som kommer i tillegg til basislønn

Det finnes ikke variable elementer i foretakets godtgjørelse til ledende ansatte.

Andre bestemmelser

Personer i ledelsen skal ikke ha særskilt godtgjørelse for styreverv i andre foretak i samme konsern.

Note 7 Andre driftskostnader

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
1 359	1 420	Transport av pasienter	422 310	427 832
35 762	38 966	Bygninger og kontorlokaler inkl. energi og brensel	314 755	350 523
28 864	26 565	Kjøp og leie av utstyr, maskiner m.v.	178 130	187 872
255 302	195 646	Reparasjoner, vedlikehold og service	424 458	538 038
339 670	266 207	Konsulenttjenester	234 837	348 802
86 892	144 263	Annen ekstern tjeneste	315 664	273 841
38 792	36 540	Kontor- og kommunikasjonskostnader	124 445	139 840
19 212	20 412	Kostnader forbundet med transportmidler	32 426	31 388
16 480	17 557	Reisekostnader	118 924	119 915
665	519	Forsikringskostnader	10 481	8 876
0	0	Pasientskadeerstatning	95 920	110 249
5 133	39 843	Øvrige driftskostnader	176 135	130 996
828 132	787 939	Sum andre driftskostnader	2 448 485	2 668 172

Reduserte driftskostnader i 2017 sammenlignet med 2016 har sammenheng med innføring av nøytral merverdiavgift, jf. note 28.

Note 8 Finansposter

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
10 490	2 449	Resultatandel TS og FKV	2 449	10 490
113 681	99 659	Konserninterne renteinntekter	0	0
96 566	52 411	Andre renteinntekter	58 423	88 771
380	173	Andre finansinntekter	406	528
221 117	154 692	Sum finansinntekter	61 279	99 789
2 776	3 619	Resultatandel TS og FKV	3 619	2 776
41 963	30 578	Konserninterne rentekostnader	0	0
112 946	90 821	Andre rentekostnader	91 568	113 641
199	155	Andre finanskostnader	1 741	547
157 884	125 173	Sum finanskostnader	96 929	116 964

Note 9 Skatt

Foretaksgruppen	2017	2016
-----------------	------	------

Sykehusapotekene ble fra og med 2015 skattepliktig for sin publikumsaktivitet.

Beregning av betalbar skatt

Resultat før skattekostnad i publikumsaktiviteten	8 586	13 722
Permanente forskjeller	313	0
Grunnlag for årets skattekostnad	8 899	13 722
Endring midlertidige forskjeller	1 287	-297
Skattepliktig inntekt	10 186	13 425
Betalbar skatt	2 445	3 356
Skattekostnad		
Betalbar inntektsskatt for året	2 445	3 356
Endring utsatt skatt	-309	74
Effekt av endret skattestatus utsatt skattefordel	27	34
Sum skattekostnad	2 163	3 464

Oversikt over midlertidige forskjeller

	Endring	2016	2015
Anleggsmidler	96	2 045	1 949
Omløpsmidler	0	-490	-490
Pensjonsforpliktelser	-1 249	-4 678	-3 429
Pensjonsmidler	-133	417	550
Grunnlag utsatt skattefordel (-)/utsatt skatt (+)	-1 288	-2 706	-1 418
Bokført utsatt skattefordel		-622	-340
Skattesats		23 %	24 %

Avstemming av skattekostnad

24 % (25 % i 2016) skatt av resultat før skatt	2 061	3 430
1 % endring av skattesats utsatt skattefordel	75	13
Permanente forskjeller (24 %)	27	0
Skattekostnad i henhold til resultatregnskapet	2 163	3 444

Note 10 Immaterielle eiendeler

Helse Midt-Norge RHF	Lisenser og programvare	Prosjekt under utvikling	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2017	736 333	82 967	819 300
Tilgang	26 397	60 025	86 422
Avgang		0	0
Fra prosjekt under utvikling	52 669	-52 669	0
Anskaffelseskost 31.12.2017	815 400	90 323	905 722
Akkumulerte avskrivninger 31.12.2017	426 239	0	426 239
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.2017	36 425	0	36 425
Balanseført verdi 31.12.2017	352 736	90 323	443 058
Årets ordinære avskrivninger	104 402	0	104 402
Årets nedskrivninger	0	0	0
Levetid	3 - 13 år		
Avskrivningsplan	lineær		

Foretaksgruppen	Lisenser og programvare	Prosjekt under utvikling	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2017	779 731	82 967	862 698
Tilgang	28 591	60 025	88 616
Avgang	0	0	0
Fra prosjekt under utvikling	52 669	-52 669	0
Anskaffelseskost 31.12.2017	860 991	90 323	951 314
Akkumulerte avskrivninger 31.12.2017	465 151	0	465 151
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.2017	36 425	0	36 425
Balanseført verdi 31.12.2017	359 414	90 323	449 738
Årets ordinære avskrivninger	106 751	0	106 751
Årets nedskrivninger	0	0	0
Levetid	3 - 13 år		
Avskrivningsplan	lineær		

Note 11 Varige driftsmidler

Helse Midt-Norge RHF	Anlegg under utførelse	MTU	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2017	0	43 024	428 393	471 417
Tilgang	0	2 235	76 091	78 327
Avgang	0	172	2 855	3 027
Anskaffelseskost 31.12.2017	0	45 088	501 629	546 717
Akkumulerte avskrivninger 31.12.2017	0	23 333	315 330	338 662
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.2017	0	0	156	156
Balanseført verdi 31.12.2017	0	21 755	186 143	207 898
Årets ordinære avskrivninger	0	6 042	76 862	82 904
Årets nedskrivninger	0	0	0	0
Levetider			3-15 år	
Avskrivningsplan			lineær	

Leieavtaler	Bygninger	Anlegg under utførelse	MTU	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Operasjonell leie - leiebeløp	34 336		0	3 520	37 856
Operasjonell leie - varighet	3-10 år			6 mnd-3 år	

Foretaksgruppen						
	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	MTU	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2017	543 481	15 919 448	304 371	2 970 121	1 657 271	21 394 692
Tilgang	2 051	25 670	421 943	136 338	94 238	680 239
Avgang	0	2 170	0	70 113	4 805	77 088
Fra anlegg under utførelse overført til bygninger og annet utstyr	0	73 780	-78 958	0	5 178	0
Anskaffelseskost 31.12.2017	545 531	16 016 727	647 356	3 036 346	1 751 881	21 997 842
Akkumulerte avskrivninger 31.12.2017	0	5 609 147	0	2 146 362	1 240 016	8 995 525
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.2017	6 085	67 273	0	12 349	710	86 418
Balanseført verdi 31.12.2017	539 446	10 340 307	647 356	877 635	511 155	12 915 900
Årets ordinære avskrivninger	0	453 975	0	211 334	144 372	809 682
Årets nedskrivninger	0	4 133	0	10 229	0	14 362
Levetider	dekomponert					
Avskrivningsplan	10-80 år lineær			3-15 år lineær	3-15 år lineær	

Leieavtaler						
	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	MTU	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Operasjonell leie - leiebeløp	3 522	128 841	0	29 116	38 574	200 052
Operasjonell leie - varighet	1-80 år	1-11 år		1-10 år	6 mnd. -15 år	

St. Olavs Hospital HFs eiendommer Østmarka i Trondheim er eid med hver sin ideelle halvpart av Trondheim Kommune og St. Olavs Hospital HF. Det er i 2017 inngått en avtale om sletting av tilbakeføringsklausuler og overføring av eiendommer og verdier mellom St. Olavs Hospital HF og Trondheim Kommune. Avtalen gjelder både kjøp og salg av ideelle halvparter, men de endelige tomtegrenser blir ikke fastsatt før i 2018, og salgstransaksjonene er derfor ikke tatt inn i regnskapet for 2017. Trondheim Kommune har imidlertid betalt kr 120 mill. for boligene, boligtomt og deler av andre bygg og tomt. Beløpet er i regnskapet klassifisert som kortsiktig gjeld, jf. note 24.

Langsiktige byggeprosjekter

Foretaksgruppen har i 2017 hatt flere store byggeprosjekt. Nedenfor følger en oppstilling over prosjekt i 2017 med en total kostnadsramme som overstiger 50 millioner kroner.

Investeringsprosjekt	Foretak	Akkumulert regnskap pr 31.12.17	Akkumulert regnskap pr 31.12.16	Total kostnads-ramme	Prognose sluttsum	Planlagt tidspunkt for ferdigstillelse
Akuttbygg Østmarka	St. Olavs Hospital HF	211 790	151 763	245 000	245 000	2018
PET-senter Trondheim	St. Olavs Hospital HF	103 318	30 476	118 100	116 023	2018
Sikkerhetsbygg Østmarka	St. Olavs Hospital HF	6 384	0	415 000	395 000	2022
Sjukehuset Møre og Romsdal	Helse Møre og Romsdal HF	103 135	14 806	4 221 000	4 221 000	2022
Psykiatrisk sykehus Levanger	Helse Nord-Trøndelag HF	120 633	16 454	224 500	224 500	2019
Sum		545 259	213 499	5 223 600	5 201 523	

Note 12 Eierandeler i datterforetak

Andeler i datterforetak

Foretakets navn	Hovedkontor	Eierandeler	Stemmeandel	Balanseført verdi	Egenkapital	Årets resultat	Årets ned-skrivning	Årets reversering av nedskrivning
Helse Nord-Trøndelag HF	Levanger	100	100	1 449 932	1 807 289	10 912	0	0
St. Olavs Hospital HF	Trondheim	100	100	2 117 464	2 268 523	203 586	0	-52 526
Helse Møre og Romsdal HF	Ålesund	100	100	2 873 286	2 875 287	-112 117	112 117	0
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Trondheim	100	100	21 854	108 219	12 272	0	0
Sum eierandeler i datterforetak				6 462 536	7 059 319	114 653	112 117	-52 526

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

Foretakets navn	Hovedkontor	Eierandeler	Stemmeandel	Balanseført verdi	Egenkapital	Årets resultat	Årets nedskrivning	Årets reversering av nedskrivning
Trøndelag Ortopediske Verksted AS	Trondheim	100	100	7 100	34 339	5 330	0	0
Sum eierandeler i selskap eid av datterforetak				7 100	34 339	5 330	0	0

Investeringer i datterforetakene er vurdert til bokført kostpris. Datterforetakene hadde i perioden 2002-2007 store underskudd. Det er knyttet stor usikkerhet til om og når disse underskuddene vil bli dekket med tilsvarende overskudd. Investeringen til Helse Midt-Norge RHF i helseforetakene er derfor skrevet ned til bokført egenkapital ved underskudd. I 2017 har Helse Møre og Romsdal HF et underskudd på tkr 112 117. Tidligere års nedskrivning av verdien i St. Olavs Hospital HF er reversert med tkr 52 526.

Note 13 Eierandeler felleskontrollert virksomhet, tilknyttet selskap og andre aksjer og andeler

Foretakets navn	Hovedkontor	Eierandeler	Stemmeandel	Kostpris	Balanseført egenkapital på kjøpstidspunktet	Balanseført verdi 1.1	Balanseført verdi 31.12	Andre endringer i året	Årets resultatandel	Årets resultat
Andeler i felleskontrollerte virksomheter										
Luftambulansetjenesten ANS	Bodø	20	20	3 495	1 000	13 031	0	-14 557	1 526	7 629
Helseforetakenes innkjøpsservice AS	Vadsø	20	20	400	500	3 447	0	-2 924	-523	-927
Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS	Skien	20	20	3 500	7 500	17 771	0	-17 534	-238	-1 190
Helsetjenestens driftsorganisasjon for Nødnett HF	Gjøvik	20	20	10 600	53 000	10 757	10 798		42	209
Nasjonal IKT HF	Bergen	25	25	1 250	5 000	7 121	5 723		-1 398	-5 591
Sykehusbygg HF	Trondheim	25	25	1 250	5 000	1 244	1 387		143	573
Sykehusinnkjøp HF	Vadsø	25	25	1 250	5 000	-772	1 096	1 400	469	-599
Luftambulansetjenesten HF	Bodø	20	20	20	100		13 116	14 557	-1 461	-7 304
Pasientreiser HF	Skien	20	20	20	100		17 823	17 534	270	1 348
Sum eierandeler i felleskontrollerte virksomheter				21 785	77 200	52 599	49 945	-1 524	-1 170	-5 852

Andeler i felleskontrollert virksomhet blir innarbeidet etter egenkapitalmetoden. I 2017 er Luftambulansen HF og Pasientreiser HF etablert. Foretakene eies med 40 % av Helse Sør-Øst RHF og 20 % av de øvrige regionale helseforetakene.

Samtlige eierandeler i de felleskontrollerte virksomhetene eies av Helse Midt-Norge RHF.

I 2017 er foretakene Luftambulansetjenesten ANS, Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS og Helseforetakenes Innkjøpsservice AS avviklet. Tilbakeførte verdier fra Luftambulansetjenesten ANS og Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS er videreført som tingsinnskudd i henholdsvis Luftambulansetjenesten HF og Pasientreiser HF.

Aktiviteten i Helseforetakenes Innkjøpsservice AS ble overført til Sykehusinnkjøp HF med virkning fra 30.11.2016 og foretaket er avviklet i 2017.

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2016	31.12.2017		31.12.2017	31.12.2016
52 599	49 945	Sum eiendeler i felleskontrollerte virksomheter	49 945	52 599
0	0	Sum eiendeler i tilknyttede selskaper		0
52 599	49 945	Sum investeringer i TS og FKV	49 945	52 599
10 958	10 958	Andre aksjer og andeler	10 958	10 958
5 112	6 086	Egenkapitalinnskudd i pensjonskasse - KLP	745 084	672 764
16 070	17 045	Sum investeringer i andre aksjer og andeler	756 043	683 722

Som gjensidig selskap har KLP dekket hoveddelen av sitt egenkapitalbehov gjennom egenkapitalinnskudd fra kundene. Bortsett fra det oppsamlede egenkapitalinnskuddet finnes det egenkapital i form av et egenkapitalfond. Egenkapitalfondet er opptjent egenkapital. Det samlede egenkapitalinnskuddet i KLP kan endre seg noe fra år til år selv om det verken er tapt egenkapital eller innbetalt nye egenkapitalinnskudd. Dersom en kunde flytter sin pensjonsordning fra KLP til en annen pensjonsinnretning, vil kundens andel av egenkapitalinnskuddet bli tilbakebetalt. Dette er den eneste situasjonen der kunden faktisk kan disponere sitt egenkapitalinnskudd.

Note 14 Andre finansielle anleggsmidler

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2016	31.12.2017		31.12.2017	31.12.2016
3 017 768	4 549 419	Lån til foretak i samme konsern	0	0
31 618	33 483	Lån til tilknyttede selskaper og felleskontrollerte virksomheter	33 483	31 618
0	0	Andre langsiktige lån og fordringer	70	70
3 049 386	4 582 902	Andre finansielle anleggsmidler	33 553	31 688

Note 15 Varebeholdning

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2016	31.12.2017		31.12.2017	31.12.2016
0	0	Råvarer	5 374	4 884
0	0	Varer i arbeid	587	999
0	0	Ferdigvarer	0	0
684	1 747	Handelsvarer	47 897	43 136
684	1 747	Sum lager til videresalg	53 858	49 019
0	0	Varebeholdninger til eget bruk	172 853	209 386
0	0	Sum lager til eget bruk	172 853	209 386
684	1 747	Sum varebeholdning	226 711	258 406
684	1 747	Kostpris	226 712	258 406
0	0	Nedskrivning for verdifall	0	0
684	1 747	Bokført verdi 31.12	226 712	258 406

Reduserte varekostnader i 2017 sammenlignet med 2016 har sammenheng med innføring av nøytral merverdiavgift, jf. note 28.

Note 16 Kundefordringer og andre fordringer

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2016	31.12.2017		31.12.2017	31.12.2016
53 792	14 653	Kundefordringer	242 082	253 110
1 906 942	172 831	Fordring på foretak i foretaksgruppen	0	0
122 231	0	Fordring på Helse- og omsorgsdepartementet	0	122 231
55 249	124 298	Påløpte inntekter	159 262	145 846
64 718	230 121	Øvrige kortsiktige fordringer	287 062	163 349
2 202 933	541 903	Sum fordringer	688 406	684 536

Helse Midt-Norge RHF fordring på Helse- og omsorgsdepartementet er knyttet til overheng/etterslep når det gjelder finansiering av nye oppgaver overtatt fra andre statlige virksomheter. Det vises for øvrig til note 22 Kortsiktig gjeld.

I redusert kortsiktig fordring på datterforetak inngår en fordring på St. Olavs Hospital HF på tkr 1 620 312 som er konvertert til langsiktig fordring. Denne endringer har ingen likviditetsmessig effekt, jf. kontantstrømoppstillingen for Helse Midt-Norge RHF.

Avsetning for tap på kundefordringer har hatt følgende bevegelse:

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2016	31.12.2017		31.12.2017	31.12.2016
0	0	Avsetning for tap på kundefordringer pr. 1.1.	15 940	17 009
0	0	Årets avsetning til tap på krav kunder	22 111	-1 069
0	0	Avsetning for tap på kundefordringer pr. 31.12.	38 051	15 940
61	105	Årets konstaterte tap	5 388	20 332

Årets konstaterte tap bokføres som en reduksjon av fordringer. Endring i tapsavsetning og konstaterte tap er totalt kostnadsført med tkr 27 999 i 2017 mot tkr 19 261 i 2016. Tap på fordringer er klassifisert som andre driftskostnader i resultatregnskapet.

Kundefordringer har følgende forfallsfordeling:

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2016	31.12.2017		31.12.2017	31.12.2016
47 708	11 722	Ikke forfalte fordringer	185 115	
1 102	1 944	Forfalte fordringer 1-30 dager	12 714	
963	739	Forfalte fordringer 30-60 dager	6 122	
649	-2 347	Forfalte fordringer 60-90 dager	2 430	
3 369	2 595	Forfalte fordringer over 90 dager	35 700	
53 792	14 653	Kundefordringer pålydende pr. 31.12.	242 082	0

Helse Midt-Norge ikke vært i stand til å rapportere aldersfordeling av kundefordringer i 2016 og tidligere år. Det foreligger tall for 2016 for de foretakene som tok i bruk ny økonomiløsning i 2016, herunder Helse Midt-Norge RHF.

Kundefordringer på foretak i samme konsern inngår ikke.

Note 17 Bankinnskudd - bundne midler

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2016	31.12.2017		31.12.2017	31.12.2016
13 096	13 487	Innestående skattetrekksmidler	423 593	409 880
0	0	Andre bundne konti	284	16
13 096	13 487	Sum bundne konti	423 877	409 896
2 563 882	3 029 816	Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	3 030 386	2 564 580
2 576 978	3 043 304	Sum kontanter og bankinnskudd	3 454 262	2 974 476

Trekk på konsernkontoordningen er klassifisert som kortsiktig gjeld i Helse Midt-Norge RHF.

Note 18 Egenkapital

Helse Midt-Norge RHF					
	Foretakskapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderingsforskjeller	Annen egenkapital	Total egenkapital
Egenkapital 31.12.2016	100	6 519 617	32 867	1 833 120	8 385 704
Korrigeringer av feil i tidligere års regnskap					0
Egenkapital 1.1.2017	100	6 519 617	32 867	1 833 120	8 385 704
Egenkapitaltransaksjoner					
Årets resultat	0	0	-1 176	112 425	111 249
Egenkapital 31.12.2017	100	6 519 617	31 691	1 945 545	8 496 953

Foretakskapital består av 1 andel pålydende kr 100 000. Andelen eies av Staten v/Helse- og omsorgsdepartementet.

Foretaksgruppen					
	Foretakskapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderingsforskjeller	Annen egenkapital	Total egenkapital
Egenkapital 31.12.2016	100	6 485 285	32 867	2 293 408	8 811 660
Egenkapitaltransaksjoner					0
Korrigeringer av feil i tidligere års regnskap					0
Egenkapital 1.1.2017	100	6 485 285	32 867	2 293 408	8 811 660
Egenkapitaltransaksjoner					0
Årets resultat			-1 176	308 130	306 954
Egenkapital 31.12.2017	100	6 485 285	31 690	2 601 538	9 118 613

Eiers styringsmål

	2017	2016	2002-2017
Årsresultat	306 954	363 564	2 463 138
Korrigeringer i forhold til HODs resultatkrav			
Overføring fra strukturfond	0	0	201 752
Korrigerings for endrende levetider	0	0	407 951
Korrigert resultat	306 954	363 564	3 072 841
Endrede pensjonskostnader som er tatt hensyn til i resultatkravet	0	0	3 397
Resultat jf. økonomisk krav fra HOD	306 954	363 564	3 076 238
Resultatkrav fra HOD	-	0	1 364 400
Avvik fra resultatkrav fra HOD	306 954	363 564	1 711 838

I perioden 2002-2010 har det vært ulike korrigeringer mellom regnskapsmessig årsresultat og det årsresultatet Helse- og omsorgsdepartementet har stilt krav til. Bevilgningsnivået fram til og med 2007 dekket ikke fulle regnskapsmessige avskrivninger, og i perioden 2002-2006 ble denne underfinansieringen håndtert gjennom å stille krav til et "korrigert årsresultat". For 2007 ble det stilt krav om et maksimalt negativt regnskapsmessig årsresultat som tilsvarte de årlige korrigeringene. I perioden 2006-2008 ble økte pensjonskostnader på 4,8 mrd. kroner samlet sett for helseregionene unntatt fra resultatkravet. Gjennom håndteringen av reduserte pensjonskostnader i 2010 ble dette i sin helhet kompensert, men av fordelingsmessige årsaker ga dette regionale ulikheter. For Helse Midt-Norge RHF innebærer dette at det er en akkumulert differanse på 3,4 mill. kroner mellom tidligere års udekkede pensjonskostnader og kompensasjonen i 2010.

I 2014 ble pensjonskostnadene redusert betydelig på grunn av innføring av levealdersjustering for offentlige tjenestepensjonsordninger for personer født i 1954 eller senere. Ved behandling av Prop. 23 S (2014–2015) ble basisrammen til de regionale helseforetakene for 2014 satt ned med 5 040 mill. kroner, mens den øvrige kostnadsreduksjonen ble satt til å styrke foretakenes egenkapital, tilsvarende 10 100 mill. kroner. Resultatkravet for 2014 ble derfor endret til et samlet positivt resultat på 10 100 mill. kroner. Helse Midt-Norges andel av dette utgjorde 1 449,4 mill. kroner.

I øvrige år har eier stilt krav om at foretaksgruppen skal gå i økonomisk balanse. Dette innebærer at foretaksgruppens samlede ressursbruk til både drift og investeringer skal holdes innenfor de rammer som følger av Stortingets vedtak. Det er følgelig ikke anledning til verken regnskapsmessig underskudd eller bruk av driftskreditt utover de rammene som Stortinget bevilget.

Note 19 Pensjon

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2016	31.12.2017	Pensjonsforpliktelse	31.12.2017	31.12.2016
409 628	477 300	Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	33 111 591	30 749 909
313 676	367 284	Pensjonsmidler	27 803 987	25 795 647
95 952	110 016	Netto pensjonsforpliktelse	5 307 605	4 954 262
13 347	15 309	Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	716 425	668 831
-42 295	-43 190	Ikke resultatført aktuarielt tap/gevinst inkl. aga	-6 507 462	-7 020 967
0	0	Ikke resultatført planendringer	0	0
67 004	82 135	Netto balanseført forpliktelse inkl. arbeidsgiveravgift	-483 432	-1 397 874
68 729	82 973	herav balanseført netto pensjonsforpliktelser inkl. aga	210 313	104 897
1 725	839	herav balanseført netto pensjonsmidler inkl. aga	693 057	1 502 771

2016	2017	Spesifikasjon av pensjonskostnad	2017	2016
40 636	45 809	Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	1 484 564	1 343 408
10 574	11 656	Rentekostnad på pensjonsforpliktelser	828 417	800 504
51 210	57 465	Årets brutto pensjonskostnad	2 312 981	2 143 912
-9 164	-11 748	Forventet avkastning på pensjonsmidler	-931 137	-778 398
1 882	2 090	Administrasjonskostnad	92 136	87 148
43 928	47 807	Netto pensjonskostnader inkl. adm.kostn.	1 473 980	1 452 662
6 104	6 645	Arbeidsgiveravgift netto pensjonskostn inkl. adm	199 127	196 291
780	425	Resultatført aktuarielt tap (gevinst)	268 389	338 389
212	164	Resultatført aga av aktuarielt tap (gevinst)	54 350	62 214
978	0	Resultatført planendring	0	89 817
52 002	55 041	Årets netto pensjonskostnad	1 995 846	2 139 373
193	194	Andre pensjonskostnader	4 437	3 494
52 195	55 235	Sum pensjonskostnader	2 000 283	2 142 867

Pensjonsmidler - Premiefond

Brutto pensjonsmidler inkluderer premiefond med følgende beløp og bevegelser i løpet av regnskapsåret:

2016	2017	Spesifikasjon av premiefond	2017	2016
9 908	11 332	Saldo pr 1.1	1 509 095	1 081 176
3 708	8 228	Tilført premiefond	337 143	430 204
1	5 487	Uttak fra premiefond	730 937	1
13 615	14 073	Saldo pr 31.12.	1 115 302	1 511 378

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017	Økonomiske forutsetninger	2017	2016
2,60 %	2,40 %	Diskonteringsrente	2,40 %	2,60 %
3,60 %	4,10 %	Forventet avkastning på pensjonsmidler	4,10 %	3,60 %
2,50 %	2,50 %	Årlig lønnsregulering	2,50 %	2,50 %
1,48 %	1,48 %	Årlig pensjonsregulering	1,48 %	1,48 %
2,25 %	2,25 %	Regulering av folketrygdens grunnbeløp	2,25 %	2,25 %
413	442	Antall aktive personer med i ordningen	17 959	17 701
196	223	Antall oppsatte personer med i ordningen	20 226	19 452
69	72	Antall pensjonister med i ordningen	11 478	10 883

Foretaksgruppen har en ytelsesbasert tjenstepensjonsordning i KLP og SPK. Disse pensjonsordningene tilfredsstiller kravene i Lov om offentlig tjenstepensjon.

Ytelsesbaserte pensjonsordninger

Foretaket har en offentlig kollektiv pensjonsordning (sikrede pensjoner) for sine ansatte, som gir en bestemt framtidig pensjonsytelse basert på antall opptjeningsår og lønnsnivået ved pensjonsalder. Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Pensjonsordningen dekker AFP, alderspensjon, uførepensjon, ektefellepensjon og barnepensjon. Alderspensjonen samordnes med folketrygdens ytelser.

Opptjeningstiden for full alderspensjon er 30 år. Sammen med folketrygden gir full opptjening en alderspensjon på omkring 66 % av sluttlønn. Det opptjenes ikke pensjon for lønn over 12 G (folketrygdens grunnbeløp), det vil si at det er et tak på 12 G. Alle vedtatte endringer i den offentlige tjenstepensjonsordningen er innarbeidet i beregningene.

Pensjonskostnaden for 2017 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr. 31.12.2017 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for per 31.12.2017. Basert på avkastningen i KLP/SPK for 2017 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2017.

1. desember 2015 ble en forskriftsendring av reglene for beregning av den løpende ytelsen for uføre i perioden mellom særaldersgrense og pensjonsalder, vedtatt med virkning for 2015. Endringen medfører økte utbetalinger for arbeidsgiver hovedsakelig for perioden mellom 65 og 67 år for de som har særaldersgrenser på 65 år. Av hensyn til sammenstillingsprinsippet ble effekten av planendringen i helseregionenes regnskaper, forskjøvet til 2016. Endret forpliktelse som følge av denne endringen ble innarbeidet i beregnet pensjonsforpliktelse pr 31.12.2015 og lagt i posten ikke resultatført estimatavvik. I 2016 ble denne virkningen resultatført.

Pensjon over 12 G og andre usikrede pensjoner

Foretaksgruppen har i 2017 hatt en personer som har hatt tilleggsordning for pensjon som innebærer dekning av pensjon ut over 12 G, vedkommende har tidligere vært ansatte som direktør hos Helse Midt-Norge RHF. Pensjonsforpliktelsen pr 31.12.2017 estimert til tkr 3 644. I 2016 ble det gitt tillegg for direktør som gikk av med pensjon i 2016 og som ikke hadde full opptjening gjennom ordinære pensjonsregler i KLP. Dette gjelder tidligere direktør Arne Flaatt ved Helse Nord-Trøndelag HF. Avtalen ble kostnadsført med tkr 695 i 2016 og gjenstående forpliktelse pr 31.12.2017 er estimert til tkr 688. Disse pensjonsordningene er finansiert over driften. Ingen av avtalene er tidsbegrenset.

Demografiske forutsetninger

Dødelighetsforutsetninger

KLP har valgt tabell for dødelighet, K203BE. Videre er KLP sin uføretabell nytta.

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2016	31.12.2017		31.12.2017	31.12.2016
K2013 BE	K2013 BE	Anvendt dødelighetstabell	K2013 BE	K2013 BE
15-45 %	15-45 %	Forventet uttakshyppighet AFP	15-45 %	15-45 %

Frivillig avgang

Frivillig avgang for Sykepleiere (i %)

Alder (i år)	< 20	20-23	24-25	26-30	31-45	46-50	>50
Sykepleiere	25	15	10	6	4	3	0

Frivillig avgang for Sykehusleger og Fellesordning (i %)

Alder (i år)	< 24	24-29	30-39	40-50	51-55	>55
Sykehusleger og fellesordningen	25	15	7,5	5	3	0

AFP-førtidspensjoner

Foretaksgruppen har i tillegg til ordinær offentlig tjenstepensjon også avtalefestet førtidspensjon (AFP) etter reglene for offentlig sektor. Ordningen er 100 % egenfinansiert av foretakene, men blir administrert av KLP/SPK. Siden offentlig AFP er tett integrert med ordinær tjenstepensjon, inngår forpliktelsen for AFP som del av beregningen av pensjonsforpliktelsen.

Ikke resultatførte estimatavvik

I samsvar med god regnskapsskikk, benytter Helse Midt-Norge reglene om "korridor" og fordeling over gjenværende opptjeningstid ved behandling av estimatavvik knyttet til pensjonsordningen. Estimatavvik utover "korridoren" resultatføres med 1/15-del.

Note 20 Andre avsetning for forpliktelser

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2016	31.12.2017		31.12.2017	31.12.2016
0	0	Tariffestet utdanningspermisjon	165 299	159 574
0	0	Investeringsstilskudd	3 280 497	3 430 089
0	0	Avsetning til pasientskadeerstatning	29 751	40 156
0	0	Andre avsetninger for forpliktelser	16 373	12 695
0	0	Sum avsetning for forpliktelser	3 491 920	3 642 514
0	0	Antall leger som er omfattet av ordningen med overlegepermisjoner	1 373	1 315

Overordnede leger og spesialister har avtalefestet rett til 4 måneder studiepermisjon hvert 5. år. Under permisjonen mottar overlegene lønn. Lønnen kostnadsføres og avsettes som langsiktig forpliktelse etter hvert som retten opparbeides. Gjennomsnittlig uttakstilbøyelighet varierer mellom 33 % til 75 % hos foretakene i Helse Midt-Norge i 2017. Variasjonene mellom de enkelte avdelinger hos foretakene er også stor.

Investeringsstilskudd er i hovedsak knyttet til finansiering av nytt sykehus i Trondheim og kreftbygg i Ålesund. Andre mindre investeringsstilskudd gjelder eksempelvis "Tiltak for arbeid", et særskilt tilskudd som ble bevilget i 2009, samt tilskudd til "Pandemi" som også ble bevilget av HOD i 2009. Det vesentligste av disse tilskuddene dekket særskilte driftskostnader i 2009, men deler av tilskuddene ble også benyttet til investeringer. Tilskudd gitt til særskilte prosjekt, herunder investeringer er ført som utsatt inntekt. Tilskuddene inntektsføres i takt ned avskrivningene på den tilhørende investeringen.

Helse Midt-Norge overtok ansvaret for innbetalingene til Norsk pasientskadeerstatning fra 1.1.2006. Det er ikke foretatt noen avsetning til slik forpliktelse pr 31.12.17 i Helse Midt-Norge RHF. Årlig tilskudd utgjør en andel av årets utbetalinger av erstatninger til Norsk Pasientskadeerstatning. Helseforetakene har avsatt for framtidige forpliktelser knyttet til egenandeler med tkr 29 751 pr 31.12.2017 mot tkr 40 156 pr 31.12.2016.

Avsetninger til andre studiepermisjoner mv, ulike øremerkede tilskudd til langsiktige formål o.l. inngår også i andre avsetninger for forpliktelser.

Note 21 Annen langsiktig gjeld

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2016	31.12.2017		31.12.2017	31.12.2016
3 030 407	2 786 259	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	2 786 259	3 030 407
2 210 456	3 169 560	Gjeld til foretak i samme foretaksgruppe	0	0
5 240 863	5 955 819	Sum annen langsiktig gjeld	2 786 259	3 030 407
1 809 668	1 565 520	Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år	1 565 520	1 809 668

Note 22 Annen kortsiktig gjeld

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
31.12.2016	31.12.2017		31.12.2017	31.12.2016
301 626	250 371	Leverandørgjeld	997 937	943 511
388 365	330 805	Gjeld til foretak i samme foretaksgruppe	0	0
29 348	31 789	Påløpte feriepenge	1 094 785	1 047 649
8 483	10 452	Påløpte lønnskostnader	181 317	184 198
0	0	Forskudd fra kunder	136 363	20 891
0	8 033	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet 1)	8 033	0
90 329	153 116	Diverse kortsiktig gjeld	492 111	560 633
818 151	784 566	Sum annen kortsiktig gjeld	2 910 546	2 756 882

1) Helse- og omsorgsdepartementet har i 2017 gjort opp gjeld til Helse Midt-Norge RHF vedrørende overheng/etterslep når det gjelder finansiering av nye oppgaver overtatt fra andre statlige virksomheter i etter sykehusreformen 2002. Oppgjøret ble gjennomført i forbindelse med innføring av merverdiavgiftskompensasjon og utgjorde tkr 20 433 mer enn Helse Midt-Norge RHF sin fordring mot HOD. I forbindelse med innføring av ISF-refusjon som ny finansieringsordning av poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere fra 1.1.2017 har Helse Midt-Norge RHF en ny fordring mot Helse- og omsorgsdepartementet på tkr 12 400.

Note 23 Bruksrettigheter for Universitet og Høgskoler

Undervisning er en sentral del av helseforetakenes virksomhet. Dette innebærer blant annet at Helse Midt-Norge plikter å stille nødvendig arealer mv til disposisjon for universiteter og høyskoler. En forholdsvis stor andel av helseforetakenes faste eiendom, utstyr og andre formuesgjenstander blir disponert til undervisningsformål. Universiteter og høyskoler disponerer foretakenes formuesgjenstander vederlagsfritt. I henhold til instruks gitt av Helse Midt-Norge RHF's foretaksmøte kan foretakene ikke selge, pantsette eller på annen måte disponere over faste eiendommer hvor universitet eller høyskoler har rettigheter, uten skriftlig samtykke fra Kunnskapsdepartementet.

Forholdet mellom det enkelte helseforetak og undervisningsinstitusjon reguleres gjennom særskilte avtaler. NTNU har i mange år disponert areal ved St. Olavs Hospital HF. Etter ferdigstillelse av nytt sykehus i Trondheim der hvor NTNU er deleier av sykehusbyggene står St. Olavs Hospital HF ikke som utleier/utlåner av bygningsareal, utstyr mv til NTNU. Derimot vil felles eierskap fortsatt være til hinder for at St. Olavs Hospital HF kan avhende sin del av byggene uten samtykke fra Kunnskapsdepartementet.

Note 24 Garantiansvar

I forbindelse med sykehusreformen overtok Helse Midt-Norge RHF fylkeskommunenes garantiforpliktelser innenfor spesialisthelsetjenesten. Opprinnelig beløp på de lånene Helse Midt-Norge RHF ble stående som garantist for pr 31.12.2001 er på 52,2 millioner kroner. Herav gjaldt 46,8 millioner kroner Lukas Stiftelsen. Renter og avdrag på Lukas Stiftelsens lån ble dekket for 1. halvår 2016 av Helse Midt-Norge RHF. I 2016 inngikk Helse Midt-Norge og Lukas Stiftelsen særskilt avtale der framtidig forpliktelse for Helse Midt-Norge ble slettet. Bakgrunnen er Betanias ønske og behov for nye investeringer på samme eiendom, samt innfrielse av gjenstående lån.

Note 25 Nærstående parter

Helse Midt-Norge RHF er 100 % eid av Helse- og omsorgsdepartementet. Transaksjoner med andre regionale helseforetak er i hovedsak knyttet til oppgjør for gjestepasienter. Det vil si pasienter bosatt i Midt-Norge og som på grunn av midlertidig opphold, fritt sykehusvalg eller manglende kompetanse eller kapasitet i egne foretak får behandling i helseforetak utenfor Midt-Norge eller private sykehus andre helseregioner har avtale med. Helse Midt-Norges kjøp fra andre regioner innen dette området utgjorde 433 mill kroner i 2017 mot 373 mill kroner i 2016, tilsvarende salg utgjorde 437 millioner mill kroner i 2017 mot 367 millioner kroner i 2016. Andre transaksjoner med de andre helseregionene er i hovedsak knyttet til felles prosjekter, delvis initiert av eier.

Det vesentligste av transaksjoner i foretaksgruppen Helse Midt-Norge er Helse Midt-Norge RHF's overføringer av tilskudd og aktivitetsbaserte inntekter til datterforetakene. Ordinært kjøp og salg mellom foretak i Helse Midt-Norge i 2017 utgjorde omlag 1 717 mill kroner mot om lag 1 778 mill kroner i 2016. Sykehusapotekene i Midt-Norge HF sitt salg til øvrige helseforetak utgjør om lag 44 % av dette, en økning fra 34 % i 2016. Det regionale helseforetaket sitt salg til øvrige enheter utgjorde om lag 49 % av det totale konserninterne salget mot 45 % i 2016. I dette beløpet er salg av IKT-tjenester den klart største posten. Helse Midt-Norge RHF's utleie av ambulanser til sykehusforetakene utgjør omlag 60 mill. Andre poster av betydning er St. Olavs Hospital HF sitt salg av blant annet lab-tjenester og behandlingshjelpemidler.

Et av formålene med etablering av virksomheten til de felleskontrollerte virksomhetene, jf. note 13 var å samle og gi gode og effektive tjenester innen denne delen av spesialisthelsetjenesten. Driften av Luftambulanse HF dekkes av helseregionene ut fra forbruk. Helse Midt-Norges kjøp fra Luftambulansetjenesten (gjelder både ANS og HF) i 2017 utgjorde 158 245 tkr mot tkr 155 758 i 2016. Kjøp fra Pasientreiser eks. rene pasientreiser (gjelder både ANS og HF) utgjorde tkr 32 890 i 2017 mens kjøp fra Helseforetakenes driftsorganisasjon for Nødnett HF utgjorde tkr 20 091.

Nasjonal IKT HF har ikke ytet tjenester til Helse Midt-Norge, men Helse Midt-Norge finansierte foretakets virksomhet med tkr 18 487 i 2017 mot tkr 16 878 i 2016. Inntekter fra Nasjonal IKT HF var på til sammen tkr 2 689 i 2017 mot tkr 1 429 i 2016 hvorav deler er Hemits salg av IKT-tjenester. I 2016 hadde Helse Midt-Norge samlet tkr 38 364 i kostnader knyttet til kjøp av tjenester og finansiering av Sykehusbygg HF's kostnader. Tilsvarende kjøp av tjenester i 2017 utgjorde tkr 52 441. Det er samtidig solgt varer og tjenester til foretaket for tkr 4 431 i 2017 og tkr 2 436 i 2016. Salget gjelder i hovedsak Hemits IKT-tjenester. Kjøp fra Helseforetakenes innkjøpsservice AS utgjorde tkr 497 i 2017 mot tkr 245 i 2016. Kjøp fra Sykehusinnkjøp HF, etablert i 2016, utgjorde tkr 25 327 i 2017 mot tkr 2 661 i 2016.

Helse Midt-Norge RHF's kjøp av tjenester og finansiering av de felleskontrollerte foretakene utgjorde tkr 257 586 og foretaksgruppens totale kjøp utgjorde tkr. 397 879

Kjøp fra NTNU Technology Transfer AS utgjorde tkr 5 000 mot tkr 6 933 i 2016. Helse Midt-Norge RHF har et tett samarbeid med foretaket innenfor innovasjon.

Legemidler utgjør en stor andel av helseforetakenes kostnader. I forskning og utvikling av nye legemidler, samt forbedring av slike forekommer det samarbeid mellom legemiddelindustrien og sykehusene. Det regionale helseforetaket har inngått gjensidig forpliktende avtale med legemiddelindustrien omkring etikk knyttet til avtaler. I helseforetakene er det etablert rutiner som skal bidra til å sikre at styremedlemmer og ledende ansatte ikke sitter med verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretakene har til andre aktører.

Det er etablert rutiner for kartlegging av styremedlemmers og ledende ansattes og deres nærstående forhold til leverandører og andre parter som kan ha betydning. Gjennomførte kartlegginger har ikke avdekket uheldige forbindelser.

Foretakets transaksjoner med nærstående parter - salg av varer og tjenester	Helse Midt-Norge RHF	
	31.12.2017	31.12.2016
Datterforetak	943 705	921 173
Felleskontrollerte foretak	7 726	2 180
Sum salg av varer og tjenester	951 431	923 353

Foretakets transaksjoner med nærstående parter - kjøp av varer og tjenester	Helse Midt-Norge RHF	
	31.12.2017	31.12.2016
Datterforetak	245 535	237 857
Felleskontrollerte foretak	257 586	222 535
Sum kjøp av varer og tjenester	503 121	460 392

Note 26 Forskning og utvikling

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
2016	2017		2017	2016
0	0	Øremerkede tilskudd fra eier til forskning	74 386	70 805
0	0	Andre inntekter til forskning	57 626	53 609
207 400	214 300	Basisramme til forskning	143 010	137 612
207 400	214 300	Sum inntekter til forskning	275 022	262 026
0	0	Øremerkede tilskudd fra eier til utvikling	0	0
9 730	0	Andre inntekter til utvikling	3 908	12 498
0	0	Basisramme til utvikling	66 030	68 967
9 730	0	Sum inntekter til utvikling	69 938	81 465
217 130	214 300	Sum inntekter til forskning og utvikling	344 960	343 491
195 303	203 585	Kostnader til forskning - somatikk	195 944	187 853
9 308	9 560	Kostnader til forskning - psykisk helsevern	66 704	56 375
2 790	1 155	Kostnader til forskning - rus	11 048	15 990
0	0	Kostnader til forskning - annet	1 326	1 808
207 400	214 300	Sum kostnader til forskning	275 022	262 026
0	0	Kostnader til utvikling - somatikk	43 654	50 667
0	0	Kostnader til utvikling - psykisk helsevern	23 379	17 555
0	0	Kostnader til utvikling - rus	2 905	3 513
9 730	0	Kostnader til utvikling - annet	0	9 730
9 730	0	Sum kostnader til utvikling	69 938	81 465
217 130	214 300	Sum kostnader til forskning og utvikling	344 960	343 491
0	0	Antall avlagte doktorgrader	50	53
0	0	Antall publiserte artikler	629	639
0	0	Antall årsverk forskning	184	171
0	0	Antall årsverk utvikling	48	46

Store deler av forskningen inngår som en integrert del av den ordinære driften, og det er av den grunn vanskelig å dokumentere totale kostnader knyttet til FoU. Det gjennomføres en årlig kartlegging av ressursbruk innen FoU i spesialisthelsetjenesten som publiseres av NIFU. Ved avleggelse av årsregnskapet for 2017 viser foreløpig kartlegging at Helse Midt-Norge RHF HF har kostnadsført om lag tkr 344 960 knyttet til forskningsaktiviteter og utviklingsaktiviteter mot tkr 343 491 i 2016. Helse Midt-Norge RHF's tilskudd til stipendiater o.l. som driver sin forskning utenfor foretaksgruppen er ikke inkludert i beløpene.

Forskning er en av helseforetakenes lovpålagte oppgaver. Forskningsaktiviteten i foretaksgruppen omfatter i hovedsak klinisk medisinsk forskning. Finansieringen skjer blant annet gjennom eget tilskudd fra Staten. I 2017 er det i tillegg disponert 214,3 millioner kroner av basisrammen til forskning av Samarbeidsorganet HMN – NTNU. Det vesentligste av disse midlene går til finansiering av forskning i regi av andre enn Helse Midt-Norge, inkludert NTNU.

I tillegg til basisramme til helseforetakene inneholder Andre inntekter også mindre gaver, tilskudd og inntekter i forbindelse med oppdragsforskning. Forskning og utvikling innen spesialisthelsetjenesten skal først og fremst bidra til bedre metoder for diagnostisering, samt nye og forbedrede behandlingsmetoder osv, men bidrar i liten grad til økte inntekter og/eller reduserte kostnader. FoU blir derfor løpende kostnadsført. Balanseførte utviklingskostnader framgår av note 9 Immaterielle eiendeler. Helse Midt-Norge har ikke hatt investeringer som defineres som del av FoU-aktiviteten i 2017.

Note 27 Betingede utfall

Helse Midt-Norge RHF er ikke kjent med andre forhold, herunder rettsaker, potensielle offentlige pålegg eller lignende som har vesentlig innvirkning på regnskapet for det regionale helseforetaket eller foretaksgruppen ut over de avsetninger som er foretatt i regnskapet pr 31.12.2017.

Note 28 Nøytral merverdiavgift – ny finansieringsordning for helseforetakene

Gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016-2017) for Helse- og omsorgsdepartementet er det fra 1.januar 2017 innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene. Innføringen innebærer at helseforetakene får kompensert merverdiavgiftsutgifter på en rekke varer og tjenester som inngår i driften av virksomheten. Ordningen skal være budsjettneutrykt for staten i innførsårsåret. Dette innebærer at basisbevilgningen til de regionale helseforetakene er redusert tilsvarende det som forventes å bli refusjonsomfanget for helseregionene sett under ett. Inntektsreduksjonen er fordelt mellom helseregionene i tråd med ordinær inntektsfordelingsmodell. For Helse Midt-Norge RHF innebærer dette at basisrammen for 2017 er redusert med 855 mill. kroner. Samtidig er driftskostnadene redusert tilsvarende faktisk kompensert merverdiavgift etter ordningen. Helse Midt-Norge RHF/HF har for 2017 mottatt 968,8 mill. kroner i merverdiavgiftskompensasjon. I dette beløpet inngår også merverdiavgiftskompensasjon gitt iht. overgangsreglene vedrørende behandling av forskuddsbetalte kostnader og varebeholdning 1.1.2017.

Den endrede finansieringsordningen er ikke å anse som en prinsippendring og endrede sammenlikningstall er derfor ikke presentert i foretakets regnskap.

Helse Midt-Norge RHF			Foretaksgruppen	
Kompensert merverdiavgift	Faktisk kostnad 2017		Faktisk kostnad 2017	Kompensert merverdiavgift
36 384	18 855 669	Kjøp av helsetjenester	1 942 273	50 237
1 493	4 293	Varekostnad	2 355 689	463 978
1 116	362 282	Lønn og annen personalkostnad	12 950 377	4 831
	187 306	Ordinær avskrivning	916 433	0
	0	Nedskrivning	14 362	0
135 648	787 933	Annen driftskostnad	2 448 485	366 650
174 641	20 197 484	Sum driftskostnader	20 627 620	885 696

Tallkolonne viser refusjonsberettiget merverdiavgift for kostnader i regnskapsåret 2017. Kompensert merverdiavgift for innkjøpte varer og andre utgifter som er balanseført inngår ikke (i denne oppstillingen).

Uavhengig revisors beretning

Til foretaksmøtet i Helse Midt-Norge RHF

Uttalelse om revisjonen av årsregnskapet

Konklusjon

Vi har revidert Helse Midt-Norge RHF's årsregnskap som består av:

- foretaksregnskapet, som består av balanse per 31. desember 2017, resultatregnskap og kontantstrømoppstilling for regnskapsåret avsluttet per denne datoen og noter, herunder et sammendrag av viktige regnskapsprinsipper, og
- konsernregnskapet, som består av balanse per 31. desember 2017, resultatregnskap og kontantstrømoppstilling for regnskapsåret avsluttet per denne datoen og noter, herunder et sammendrag av viktige regnskapsprinsipper.

Etter vår mening:

- er årsregnskapet avgitt i samsvar med lov og forskrifter
- gir foretaksregnskapet et rettviseende bilde av den finansielle stillingen til Helse Midt-Norge RHF per 31. desember 2017 og av foretakets resultater og kontantstrømmer for regnskapsåret som ble avsluttet per denne datoen i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge.
- gir konsernregnskapet et rettviseende bilde av den finansielle stillingen til konsernet Helse Midt-Norge RHF per 31. desember 2017 og av konsernets resultater og kontantstrømmer for regnskapsåret som ble avsluttet per denne datoen i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge.

Grunnlag for konklusjonen

Vi har gjennomført revisjonen i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder de internasjonale revisjonsstandardene International Standards on Auditing (ISA-ene). Våre oppgaver og plikter i henhold til disse standardene er beskrevet i Revisors oppgaver og plikter ved revisjon av årsregnskapet. Vi er uavhengige av foretaket slik det kreves i lov og forskrift, og har overholdt våre øvrige etiske forpliktelser i samsvar med disse kravene. Etter vår oppfatning er innhentet revisjonsbevis tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon.

Annen informasjon

Ledelsen er ansvarlig for annen informasjon. Annen informasjon består av årsberetningen.

Vår uttalelse om revisjonen av årsregnskapet dekker ikke annen informasjon, og vi attesterer ikke den andre informasjonen.

I forbindelse med revisjonen av årsregnskapet er det vår oppgave å lese annen informasjon med det formål å vurdere hvorvidt det foreligger vesentlig inkonsistens mellom annen informasjon og årsregnskapet, kunnskap vi har opparbeidet oss under revisjonen, eller hvorvidt den tilsynelatende inneholder vesentlig feilinformasjon.

Dersom vi konkluderer med at den andre informasjonen inneholder vesentlig feilinformasjon er vi pålagt å rapportere det. Vi har ingenting å rapportere i så henseende.

Styrets og daglig leders ansvar for årsregnskapet

Styret og daglig leder (ledelsen) er ansvarlig for å utarbeide årsregnskapet i samsvar med lov og forskrifter, herunder for at det gir et rettviseende bilde i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge. Ledelsen er også ansvarlig for slik intern kontroll som den finner nødvendig for å kunne utarbeide et årsregnskap som ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil.

Ved utarbeidelsen av årsregnskapet er ledelsen ansvarlig for å ta standpunkt til foretakets og konsernets evne til fortsatt drift, og på tilbørlig måte å opplyse om forhold av betydning for fortsatt drift. Forutsetningen om fortsatt drift skal legges til grunn for årsregnskapet så lenge det ikke er sannsynlig at virksomheten vil bli avviklet.

Revisors oppgaver og plikter ved revisjonen av årsregnskapet

Vårt mål med revisjonen er å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet som helhet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil, og å avgi en revisjonsberetning som inneholder vår konklusjon. Betryggende sikkerhet er en høy grad av sikkerhet, men ingen garanti for at en revisjon utført i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder ISA-ene, alltid vil avdekke vesentlig feilinformasjon som eksisterer. Feilinformasjon kan oppstå som følge av misligheter eller utilsiktede feil. Feilinformasjon blir vurdert som vesentlig dersom den enkeltvis eller samlet med rimelighet kan forventes å påvirke økonomiske beslutninger som brukerne foretar basert på årsregnskapet.

Som del av en revisjon i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder ISA-ene, utøver vi profesjonelt skjønn og utviser profesjonell skepsis gjennom hele revisjonen. I tillegg:

- identifiserer og anslår vi risikoen for vesentlig feilinformasjon i regnskapet, enten det skyldes misligheter eller utilsiktede feil. Vi utformer og gjennomfører revisjonshandlinger for å håndtere slike risikoer, og innhenter revisjonsbevis som er tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon. Risikoen for at vesentlig feilinformasjon som følge av misligheter ikke blir avdekket, er høyere enn for feilinformasjon som skyldes utilsiktede feil, siden misligheter kan innebære samarbeid, forfalskning, bevisste utelatelser, uriktige fremstillinger eller overstyring av intern kontroll.
- opparbeider vi oss en forståelse av den interne kontroll som er relevant for revisjonen, for å utforme revisjonshandlinger som er hensiktsmessige etter

omstendighetene, men ikke for å gi uttrykk for en mening om effektiviteten av foretakets og konsernets interne kontroll.

- evaluerer vi om de anvendte regnskapsprinsippene er hensiktsmessige og om regnskapsestimatene og tilhørende noteopplysninger utarbeidet av ledelsen er rimelige.
- konkluderer vi på hensiktsmessigheten av ledelsens bruk av fortsatt drift-forutsetningen ved avleggelsen av regnskapet, basert på innhentede revisjonsbevis, og hvorvidt det foreligger vesentlig usikkerhet knyttet til hendelser eller forhold som kan skape tvil av betydning om foretakets og konsernets evne til fortsatt drift. Dersom vi konkluderer med at det eksisterer vesentlig usikkerhet, kreves det at vi i revisjonsberetningen henleder oppmerksomheten på tilleggsopplysningene i regnskapet, eller, dersom slike tilleggsopplysninger ikke er tilstrekkelige, at vi modifierer vår konklusjon om årsregnskapet og årsberetningen. Våre konklusjoner er basert på revisjonsbevis innhentet inntil datoen for revisjonsberetningen. Etterfølgende hendelser eller forhold kan imidlertid medføre at foretaket og konsernet ikke fortsetter driften.
- evaluerer vi den samlede presentasjonen, strukturen og innholdet, inkludert tilleggsopplysningene, og hvorvidt årsregnskapet representerer de underliggende transaksjonene og hendelsene på en måte som gir et rettviseende bilde.
- innhenter vi tilstrekkelig og hensiktsmessig revisjonsbevis vedrørende den finansielle informasjonen til enhetene eller forretningsområdene i konsernet for å kunne gi uttrykk for en mening om det konsoliderte regnskapet. Vi er ansvarlige for å lede, følge opp og gjennomføre konsernrevisjonen. Vi alene er ansvarlige for vår revisjonskonklusjon.

Vi kommuniserer med styret blant annet om det planlagte omfanget av revisjonen og til hvilken tid revisjonsarbeidet skal utføres. Vi utveksler også informasjon om forhold av betydning som vi har avdekket i løpet av revisjonen, herunder om eventuelle svakheter av betydning i den interne kontrollen.

Uttalelse om øvrige lovmessige krav

Konklusjon om årsberetningen

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, mener vi at opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til anvendelse av overskuddet er konsistente med årsregnskapet og i samsvar med lov og forskrifter.

Konklusjon om registrering og dokumentasjon

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, og kontrollhandlinger vi har funnet nødvendig i henhold til internasjonal standard for attestasjonsoppdrag (ISAE) 3000 «Attestasjonsoppdrag som ikke er revisjon eller forenklet revisorkontroll av historisk finansiell informasjon», mener vi at ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av foretakets og konsernets regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god bokføringsskikk i Norge.

Trondheim, 8. juni 2018
BDO AS



Stein Erik Sæther
Statsautorisert revisor