

Styresak

Dato dok.:	13.09.2021	Administrerende direktør
Møtedato:	22.09.2021	
Vår ref.:	19/14967-34	Postadresse: 1478 LØRENSKOG
		Telefon: +47 67 96 00 00
Vedlegg:	HSØ-sak 066-2021: Økonomisk langtidsplan 2022–2025	

Sak 65/21 Endelig økonomisk langtidsplan 2022-25

Styret for Akershus universitetssykehus HF (Ahus) behandlet i sak 31/21 foretakets innspill til økonomisk langtidsplan for 2022-25. I saken ble det fattet følgende vedtak:

1. Styret godkjenner foretakets innspill til Helse Sør-Østs økonomiske langtidsplan for perioden 2022-25.
2. Styret ber administrerende direktør fremlegge en oppdatert økonomisk langtidsplan etter gjennomføring av dialogen med Helse Sør-Øst RHF.

I foretakets innspill til økonomisk langtidsplan for 2022-25 ble det foreslått at overskuddsmålet i 2022 ble redusert til 150 mill. kroner som følge av en tilnærmet nullvekst i inntektsrammene, og som i hovedsak skyldtes et nedtrekk på 78 mill. kroner som følge av endringer i pensjon. Ahus søkte derfor Helse Sør-Øst om inntektsstøtte på 50 mill. kroner i 2022, slik at veksten i inntekter ble harmonert med føringene HSØ har satt til aktivitetsvekst.

Helse Sør-Øst la på bakgrunn av innspillene til økonomisk langtidsplan fra alle foretakene frem en samlet sak for styret i Helse Sør-Øst den 17. juni (sak 066-2021) om regionens økonomiske langtidsplan for 2022-25 (se vedlegg). Styret vedtok at Ahus, som en planleggingsforutsetning for budsjett 2022, tildeles en ekstraordinær inntektsstøtte på 40 mill. kroner basert på en helhetlig vurdering av krav til kostnadstilpasning som følge av endrede inntektsforutsetninger. Nivået vil bli vurdert på nytt og endelig fastsatt i forbindelse med budsjett 2022. Inntektsstøtten må forutsettes å bortfalle fra 2023.

Inntektsstøtten vil medføre at Ahus kan øke overskuddsmålet i budsjettet for 2022 i tråd med resultatambisjonene som er lagt til grunn i økonomisk langtidsplan. Helse Sør-Øst har en målsetting om at helseforetakene skal oppnå en resultatgrad på 2,5 % for over tid å kunne opprettholde verdiene i eiendom, teknologi og utstyr, samt at helseforetakene opprettholder eller bedrer resultatene i forkant av byggeprosjekter, slik at de kan håndtere økte kapitalkostnader etter ferdigstillelse av prosjektene. Ahus kan med dette budsjettere med en resultatgrad på nær 2 % i 2022, og fortsette arbeidet med å øke resultatgraden i tråd med målsettingen frem til 2025.

Når det gjelder vedtatte investeringsprosjekter er samling av sykehusbasert psykisk helsevern omtalt i saken hvor regionen avventer lånefinansiering over statsbudsjettet for 2022 før forprosjektfasen kan påbegynnes. Videre er nytt stråle- og somatikkbygg omtalt i saken, og Ahus avventer videre behandling og vedtak i styret i Helse Sør-Øst før arbeidet

med konseptfasen kan starte. I følge saksframstillingen er også Fellesbygg ved Ahus innarbeidet i regionens investeringsportefølje.

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Øystein Mæland
Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	17. juni 2021

Sak 066-2021

Økonomisk langtidsplan 2022–2025

Forslag til vedtak:

1. Styret forutsetter at helseforetakene i planperioden planlegger og utvikler sin virksomhet i tråd med *Regional utviklingsplan 2035* og at det arbeides målrettet med tiltak innenfor de fem prioriterte satsningsområdene:
 - Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
 - Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester
 - Redusere uønsket variasjon
 - Mer tid til pasientrettet arbeid
 - Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste.
2. Helseforetakenes arbeid med kvalitet i pasientbehandlingen og tilgjengelighet til tjenestene skal gis høy prioritet gjennom hele planperioden, herunder skal kravene fra eier i de årlige oppdragsdokumentene ivaretas.
3. Helseforetakenes budsjetter for 2022 og senere år skal oppfylle prioriteringsregelen innenfor poliklinisk aktivitet og kostnader per tjenestoområde, hvor kravet er høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling hver for seg enn innen somatikk.
4. Helseforetakene skal arbeide videre med analyser av bemanningsbehov og nødvendig kompetansetilpasning for å bedre ressursutnyttelsen og gi et best mulig tilbud til pasientene. Utdanningskapasitet og antall praksisplasser skal øke i tråd med behovet.
5. Styret konstaterer at det i økonomisk langtidsplan er tatt høyde for å fullføre store byggeprosjekter i gjennomføringsfase og satsing på regionale IKT-prosjekter. Styret understreker at oppstart av investeringsprosjekter skal fremmes for styrets behandling i henhold til etablert fullmaktstruktur. Eventuelle ytterligere prioriteringer av investeringsprosjekter i økonomiplanperioden skal være begrunnet i kapasitetsbehov.

6. Styret er tilfreds med at et økt økonomisk handlingsrom gir mulighet til å øke tildelingen av likviditet til lokale investeringsformål med i størrelsesorden 200 millioner kroner årlig i planperioden. Midlene skal brukes til økt vedlikehold basert på tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner i det enkelte helseforetak. Det endelige nivået på tildelingen fastsettes i de årlige budsjettprosessene og tildeling forutsetter at helseforetaket har en hensiktsmessig organisering av eiendomsvirksomheten.
7. Som en planleggingsforutsetning for budsjett 2022, tildeles ekstraordinær inntektsstøtte til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF med henholdsvis 40 millioner kroner og 30 millioner kroner basert på en helhetlig vurdering av krav til kostnadstilpasning som følge av endrede inntektsforutsetninger. Nivået vil bli vurdert på nytt og endelig fastsatt i forbindelse med budsjett 2022.
8. Styret tar analysen av prinsippene for fordeling mellom faste og aktivitetsbaserte inntekter til etterretning og mener det ikke er grunnlag for at Helse Sør-Øst RHF skal ta initiativ til endring av ordningen.
9. Helseforetakene må arbeide videre med realistiske og konkrete risikoreduserende tiltak for å oppnå tilstrekkelig resultatutvikling slik at investeringsplanene kan gjennomføres som forutsatt. Dette innebærer effektivisering i forkant og gevinstrealisering i etterkant av en investering, samt at helseforetakene etablerer organisasjonsutviklingsprosjekter i tilknytning til investeringsprosjektene.
10. I tillegg til de årlige resultatkravene som fastsettes i oppdrag og bestilling for det enkelte helseforetak, skal Helse Sør-Øst RHF ha en særskilt oppfølging av utviklingen i driftsresultat før avskrivninger slik at foretaksgruppens gjeldsbetjeningsevne styrkes i tråd med økonomiplanen. Driftsresultat før avskrivninger skal som hovedregel ikke svekkes som følge av reduserte kapitalkostnader. Helseforetak med svakere utvikling i driftsresultat før avskrivninger enn forutsatt på tidspunkt for beslutning av store byggeprosjekter, forutsettes å iverksette tiltak slik at gjeldsbetjeningsevne styrkes i tråd med forutsetningene.
11. Styret tar til etterretning at koronapandemien medfører usikkerhet i helseforetakenes planlegging for 2022 og dermed for resten av planperioden. Endelige krav til aktivitets- og resultatutvikling som fastsettes i de årlige budsjettene vil måtte ta hensyn til dette.
12. Styret godkjenner økonomisk langtidsplan 2022–2025 for Helse Sør-Øst med de presiseringer og forutsetninger som fremgår av vedtaket.

Hamar, 10. juni 2021

Jan Frich
konstituert administrerende direktør

Innhold

1.	Hva saken gjelder	4
2.	Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer	4
2.1	Planforutsetninger	4
2.2	Regional utviklingsplan	5
2.3	Utvikling av helsetjenesten	5
2.4	Aktivitet	5
2.5	Prioriteringsregelen	7
	Poliklinisk aktivitet	7
	Kostnader	9
2.6	Bemanning og kompetanseplanlegging	10
	Bemanningsplaner	10
	Månedsværk	10
	Månedsværk per tjenesteområde	12
	Månedsværk per stillingskategori	13
2.7	Arbeidsproduktivitet somatikk	14
2.8	Produktivitetsutvikling – psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	17
2.9	Finansielle rammebetingelser – andel innsatsstyrt finansiering	19
2.10	Videreutvikling av den regionale inntektsmodell	19
2.11	Midlertidig inntektsstøtte	19
2.12	Legemidler	19
2.13	Forskning	20
2.14	Felleseide foretak	20
2.15	Tjenestepriser fra Sykehuspartner HF	20
2.16	Resultatutvikling	21
2.17	Investeringer i økonomisk langtidsplan – felles prioriteringer	26
2.18	Regionalt prioriterte investeringsprosjekter for perioden 2022–2025	28
2.19	Bygningsmessig vedlikehold	29
2.20	Medisinsk-teknisk utstyr	31
2.21	Regional IKT	33
	Strategisk retning	33
	Ressursbruk på IKT i Helse Sør-Øst	35
	Økonomisk omfang	35
	Nasjonale og interregionale IKT-tiltak	37
	Samfinansiering forvaltning av nasjonale e-helseløsninger i Norsk Helsenett SF	37
2.22	Investeringsnivå i økonomisk langtidsplan	38
2.23	Økonomisk bæreevne for foretaksgruppen	41
	Behov for mellomfinansiering	42
2.24	Risikomomenter i økonomisk langtidsplan	43
	Bærekraft og buffere	44
	Risiko for ikke å oppnå planlagt driftseffektivisering/gevinstrealisering	45
	Risiko for økning i bemanning som følge av svak produktivitetsvekst i somatikk	46
	Endring i rentebanen	47
	Låneopptak og kostnadsoverskridelser i store byggeprosjekter	47
	Oppsummering	48
2.25	Tiltak for å sørge for økonomisk handlingsrom	48
2.26	Koronapandemien og den økonomiske situasjonen i Norge	49
3.	Administrerende direktørs anbefaling	50

1. Hva saken gjelder

Formålet med økonomisk langtidsplan er å legge til rette for effektiv ressursutnyttelse i foretaksgruppen. Planen skal gi en samlet fremstilling av foretaksgruppens økonomiske bæreevne for investeringer. Den skal også vise forventet utvikling i pasientbehandling og prioriteringer, samt forventet utvikling i ressursbruk og økonomisk resultat. I styresak 024-2021 *Økonomisk langtidsplan 2022–2025 - planforutsetninger*, la styret premisser for helseforetakenes arbeid med innspill til foretaksgruppens økonomiske langtidsplan.

Saken er utarbeidet på grunnlag av helseforetakenes innspill til økonomiske langtidsplaner. Helseforetakene har styrebehandlet sine økonomiske langtidsplaner basert på inntektsforutsetninger og øvrige krav og føringer gitt av styret i styresak 024-2021. Økonomisk langtidsplan for 2022–2025 er preget av mer usikkerhet enn tidligere år grunnet koronapandemien. Saken omtaler disse usikkerhetsmomentene.

I sakens vedlegg 1 omtales innspillene fra helseforetak i regionen og de nasjonale felleseide foretakene nærmere. Forholdet mellom ISF og basisbevilgning omtales i vedlegg 2.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

2.1 Planforutsetninger

Styret la i sak 024-2021 premisser for helseforetakenes arbeid med innspill til foretaksgruppens økonomiske langtidsplan. Boksen under gir en oversikt over viktige planforutsetninger.

Viktige planforutsetninger

- Vekst i bevilgning til økt aktivitet på 730 millioner kroner i 2022, og deretter en årlig vekst på 520 millioner kroner for 2023–2025. Nivået er beregnet med utgangspunkt i historisk bevilgningsnivå for tilsvarende aktivitetsvekst, og videreføring av marginalfinansiering av aktivitetsvekst med 80 prosent.
- Aktivitetsvekst:
 - Samlet vekst i pasientbehandlingen skal være minst 2,1 prosent i 2022 og 1,5 prosent årlig fra 2023 til 2025.
 - Veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal hver for seg være høyere enn for somatikk i hele planperioden.
 - For 2022 skal veksten være minst 2,1 prosent innen somatikk, 2,2 prosent innen psykisk helsevern og 2,3 prosent innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
 - Veksten i ISF-finansiert pasientbehandling skal være minimum 5,7 prosent i planperioden.
 - Det gis spesifikke aktivitetskrav for helseforetakene for 2022.
- Rentebanen for nye lån er gjennomsnittlig 0,4 prosentpoeng lavere enn i økonomisk langtidsplan 2021–2024.
- Det er ikke innarbeidet lønns- og prisvekst i planperioden.
- Økning i legemiddelkostnader for foretaksgruppen på 15 prosent - fra 5,4 milliarder kroner i 2022 til 6,3 milliarder kroner i 2025.
- Veksten i tjenestepreiser fra Sykehuspartner HF utgjør om lag 590 millioner kroner fra budsjett 2021 til 2025. Dette tilsvarer en økning på 16 prosent, og er høyere enn fjorårets økonomiske langtidsplan.

2.2 Regional utviklingsplan

Regional utviklingsplan 2035 er det strategiske grunnlaget for økonomisk langtidsplan 2022–2025. Regional utviklingsplan har fem satsningsområder:

1. Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
2. Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester
3. Redusere uønsket variasjon
4. Mer tid til pasientrettet arbeid
5. Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste

Arbeidet med å oppnå målene innen satsningsområdene skjer primært i helseforetakene og sykehusene. Det regionale helseforetaket skal understøtte utviklingsarbeidet i tråd med regional utviklingsplan. Som et ledd i dette arbeidet utlyser og tildeler Helse Sør-Øst RHF innovasjonsmidler til prosjekter innen satsningsområdene.

Satsingsområdene som beskrives i regional utviklingsplan vil være viktige for å videreutvikle «pasientens helsetjeneste», men også for å oppnå bedre ressursutnyttelse og en økonomisk bærekraftig spesialisthelsetjeneste. Lykkes Helse Sør-Øst innen flere av satsningsområdene i regional utviklingsplan, vil dette også understøtte og bidra til å skape det økonomiske handlingsrommet det planlegges med i økonomisk langtidsplan 2022–2025.

2.3 Utvikling av helsetjenesten

Helsetjenesten står foran betydelige utfordringer i planperioden, og i styresak 024-2021 ble det vedtatt at helseforetakene skal arbeide videre med følgende områder:

- Tilgjengelighet og kapasitetsutnyttelse
- Persontilpasset medisin, laboratorievirksomhet og bildediagnostikk
- Redusere uønsket variasjon
- Forskning og innovasjon
- Teknologi i pasientens helsetjeneste

Styresaken pekte videre på at endringer i bioteknologiloven fører til at helseforetak i regionen må øke kapasiteten for tjenester til gravide. I planperioden skal arbeidet med å fremme kvalitet og pasientsikkerhet prioriteres, herunder reduksjon av uønsket variasjon. Arbeidet med å styrke persontilpasset medisin og presisjonsmedisin blir viktig i årene som kommer og vil legge grunnlag for mer presis diagnostikk og mer virkningsfull behandling til pasientene.

Helseforetakene har i sine innspill til økonomisk langtidsplan 2022–2025 tatt hensyn til at dette arbeidet vil pågå i planperioden.

2.4 Aktivitet

I styresak 024-2021 ble det lagt til grunn at foretaksgruppen samlet skulle fremvise en vekst i pasientbehandlingen fra 2021 til 2022 på minimum 2,1 prosent, og 1,5 prosent årlig fra 2023 til 2025. I saken ble det i planperioden lagt til grunn en vekst i ISF-finansiert somatisk

aktivitet på minimum 5,7 prosent. Det ble i tillegg gitt spesifikke aktivitetskrav for helseforetakene for 2022:

- Akershus universitetssykehus HF skal ligge over gjennomsnittet i Helse Sør-Øst
- Oslo universitetssykehus HF, Sørlandet sykehus HF og Vestre Viken HF skal ligge om lag på gjennomsnittet i Helse Sør-Øst
- Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Østfold HF, Sunnaas sykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF skal ligge under gjennomsnittet i Helse Sør-Øst

Koronapandemien har påvirket den faktiske aktiviteten og derfor sammenlignes aktivitetsutviklingen i planperioden med budsjett for 2021.

Helseforetak og sykehus har formidlet usikkerhet knyttet til hvilken betydning pandemien vil ha for aktiviteten i 2021. Endelige krav til aktivitetsvekst, herunder krav til vekst i ISF-finansiert pasientbehandling, fastsettes på bakgrunn av føringer i statsbudsjettet det enkelte år og Helse Sør-Øst RHF vil følge opp dette inn mot budsjett 2022.

Summen av helseforetakenes og sykehusenes innspill viser at den samlede veksten i aktivitet er noe lavere enn planforutsetningene. Tabell 1 viser at veksten innen somatikk noe lavere enn forutsatt målt i antall ISF-poeng fra budsjett 2021 til 2025. Tabell 2 viser at veksten målt i antall ISF-poeng for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er høyere enn planforutsetningene i perioden fra budsjett 2021 til 2025. Aktivitetsveksten er varierende mellom helseforetak og private ideelle sykehus og i sum noe under kravet på 5,7 prosent som er satt for perioden fra budsjett 2021 til 2025.

Veksten i planperioden viser en ønsket vridning av aktiviteten fra døgn- og dagbehandling til poliklinikk. Målt i antall pasientkontakter for innen somatikk, som vist i tabell 3, er veksten i planperioden på 6,2 prosent, og dermed noe lavere enn aktivitetskravet.

Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	2018	2019	2020	B2021	Økonomisk langtidsplan				Endring B2021 - 2022	Endring B2021 - 2025
					2022	2023	2024	2025		
ISF (døgn, dag og polikl.) sørge-for	821 292	854 358	800 007	892 962	904 160	913 921	923 925	934 400	1,3 %	4,6 %
Legemidler	36 336	52 184	54 194	48 159	49 038	49 515	50 472	51 442	1,8 %	6,8 %
ISF (døgn, dag, poli, legemidler, FBV) sørge-for	869 986	906 542	854 201	941 121	953 274	963 511	974 472	985 917	1,3 %	4,8 %

Tabell 1 ISF-poeng somatikk inklusive legemidler (sørge-for-ansvaret) angitt som faktisk aktivitet i 2018-2020, budsjett for 2021 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2022-2025. Innspill for 2022 og 2025 er sammenliknet med ISF-poeng for budsjett 2021.

ISF sørge-for-ansvaret	2018	2019	2020	B2021	Økonomisk langtidsplan				Endring B2021 - 2022	Endring B2021 - 2025
					2022	2023	2024	2025		
VOP - Psykisk helsevern for voksne	131 894	135 188	133 202	154 666	160 249	163 046	165 799	168 433	3,6 %	8,9 %
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge	138 879	145 928	154 146	163 179	164 144	166 917	169 631	172 192	0,6 %	5,5 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	31 456	33 588	33 753	38 703	42 584	43 289	43 975	44 647	10,0 %	15,4 %
ISF TOTAL sørge-for-ansvaret psykisk helsevern og TSB	302 229	314 704	321 100	356 549	366 977	373 251	379 405	385 271	2,9 %	8,1 %

Tabell 2 ISF-poeng psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling angitt som faktisk aktivitet i 2018-2020, budsjett for 2021 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2022-2025. Innspill for 2022 og 2025 er sammenliknet med ISF-poeng for budsjett 2021.

Pasientkontakter	2020	B2021	Økonomisk langtidsplan				Endring 2020 - 2022	Endring 2020 - 2025	Endring B2021 - 2022	Endring B2021 - 2025
			2022	2023	2024	2025				
Akershus universitetssykehus HF	735 300	797 164	811 961	823 972	835 127	845 928	10,4 %	15,0 %	1,9 %	6,1 %
Oslo universitetssykehus HF	1 184 350	1 261 211	1 280 485	1 303 301	1 327 334	1 350 568	8,1 %	14,0 %	1,5 %	7,1 %
Sunnaas sykehus HF	9 497	12 333	12 878	13 277	13 729	14 165	35,6 %	49,2 %	4,4 %	14,9 %
Sykehuset i Vestfold HF	453 734	489 958	499 752	507 644	515 661	523 805	10,1 %	15,4 %	2,0 %	6,9 %
Sykehuset Innlandet HF	568 434	612 515	619 747	627 072	634 491	642 004	9,0 %	12,9 %	1,2 %	4,8 %
Sykehuset Telemark HF	306 691	335 544	339 257	339 858	340 558	341 359	10,6 %	11,3 %	1,1 %	1,7 %
Sykehuset Østfold HF	504 101	556 401	567 431	575 858	581 576	587 351	12,6 %	16,5 %	2,0 %	5,6 %
Sørlandet sykehus HF	578 993	625 370	622 438	633 946	645 661	657 384	7,5 %	13,5 %	-0,5 %	5,1 %
Vestre Viken HF	760 546	826 741	852 532	866 170	880 028	897 292	12,1 %	18,0 %	3,1 %	8,5 %
Helse Sør-Øst RHF	77 810	85 371	85 371	85 371	85 371	85 371	9,7 %	9,7 %	0,0 %	0,0 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	5 179 456	5 602 608	5 691 852	5 776 470	5 859 536	5 945 228	9,9 %	14,8 %	1,6 %	6,1 %
Betanien Hospital	30 243	33 032	33 633	34 138	34 650	35 170	11,2 %	16,3 %	1,8 %	6,5 %
Diakonhjemmet Sykehus	149 937	173 085	177 050	180 680	184 360	188 000	18,1 %	25,4 %	2,3 %	8,6 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	200 029	231 498	237 539	240 943	244 225	247 482	18,8 %	23,7 %	2,6 %	6,9 %
Martina Hansens Hospital	36 519	40 684	41 539	42 161	42 794	43 436	13,7 %	18,9 %	2,1 %	6,8 %
Revmatisme sykehuset	12 124	16 010	14 775	14 900	15 220	15 450	21,9 %	27,4 %	-7,7 %	-3,5 %
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	5 608 308	6 096 918	6 196 388	6 289 292	6 380 785	6 474 766	10,5 %	15,4 %	1,6 %	6,2 %

Tabell 3 Antall pasientkontakter somatikk (summen av antall utskrivninger, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner).

2.5 Prioriteringsregelen

Prioriteringsregelen innebærer at veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling hver for seg skal være høyere enn i somatikk.

Det er i økonomisk langtidsplan 2022–2025 lagt til grunn at alle helseforetak og sykehus, der det er relevant, skal legge til rette for at kravet innfris i det enkelte budsjettår. Prioriteringsregelen måles innen poliklinisk aktivitet og kostnader, og i tillegg er det fra Helse- og omsorgsdepartementet og fra Helse Sør-Øst RHF satt krav til ventetider innen tjenesteområdet.

Poliklinisk aktivitet

Helseforetakenes innspill til vekst i poliklinisk aktivitet for alle tjenesteområder fremgår av tabell 4. Tallene inklusive de fem private ideelle sykehusene og Helse Sør-Øst RHF's avtaler om kjøp fra private avtaleparter. Tallene omfatter ikke avtalespesialistene. Tabell 5 viser at foretaksgruppen samlet sett innfrir prioriteringsregelen både i 2022 og 2025.

Endring fra budsjett 2021 antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	Økonomisk langtidsplan	
	2022	2025
Somatikk	1,3 %	6,2 %
VOP	2,7 %	7,5 %
BUP	2,4 %	7,1 %
TSB	1,8 %	6,3 %

Tabell 4 Prioriteringsregelen, vekst i antall polikliniske opphold fra budsjett 2021 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2022 og 2025.

Tabell 5 viser vekst for hvert enkelt helseforetak og private ideelle sykehus med opptaksområde.

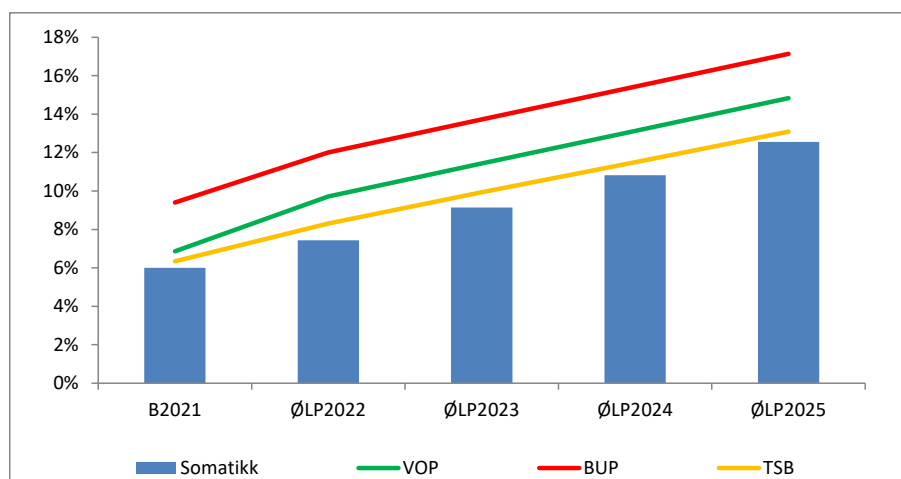
Endring fra budsjett 2021 - antall polikliniske opphold	Økonomisk langtidsplan 2022				Økonomisk langtidsplan 2025			
	Somatikk	VOP	BUP	TSB	Somatikk	VOP	BUP	TSB
Akershus universitetssykehus HF	1,6 %	2,2 %	2,2 %	2,3 %	5,7 %	7,7 %	6,5 %	7,8 %
Oslo universitetssykehus HF	1,5 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %	7,2 %	8,2 %	8,2 %	8,2 %
Sykehuset i Vestfold HF	2,0 %	2,1 %	2,1 %	2,2 %	7,0 %	7,1 %	7,1 %	7,5 %
Sykehuset Innlandet HF	1,2 %	1,3 %	1,3 %	1,4 %	4,9 %	5,3 %	5,3 %	5,7 %
Sykehuset Telemark HF	0,6 %	0,7 %	7,1 %	0,7 %	0,9 %	1,3 %	7,8 %	1,3 %
Sykehuset Østfold HF	2,0 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %	5,6 %	5,6 %	5,6 %	5,6 %
Sørlandet sykehus HF	-1,5 %	2,2 %	2,2 %	2,3 %	4,6 %	7,6 %	7,7 %	7,8 %
Vestre Viken HF	2,2 %	8,3 %	2,2 %	2,3 %	8,1 %	14,5 %	7,8 %	8,0 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	1,3 %	2,8 %	2,4 %	1,8 %	6,1 %	7,4 %	7,0 %	6,2 %
Diakonhjemmet Sykehus	2,1 %	2,3 %	2,2 %	2,3 %	8,9 %	9,3 %	9,0 %	9,5 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	3,4 %	2,2 %	2,2 %	2,3 %	7,3 %	6,9 %	6,9 %	7,3 %
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	1,3 %	2,7 %	2,4 %	1,8 %	6,2 %	7,5 %	7,1 %	6,3 %

Tabell 5 Prioriteringsregelen, vekst i antall polikliniske opphold fra budsjett for 2021 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2022 og 2025.

Ved Vestre Viken HF øker polikliniske opphold innen somatikk mer enn psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som følge av etablering av stråleterapi i nytt sykehus fra og med 2025.

Veksten innen somatikk ved Lovisenberg Diakonale Sykehus AS skyldes helårseffekten av endret oppgavefordeling innen somatikk i Oslo hvor sykehuset får økte oppgaver innen somatiske helsetjenester til befolkningen i opptaksområdet.

Den akkumulerte veksten i antall polikliniske opphold innen tjenesteområdene fra 2019 og ut planperioden er illustrert i figur 1.



Figur 1 Akkumulert vekst i antall polikliniske opphold fra 2019 innen alle tjenesteområder til budsjett 2021 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2022-2025.

Kostnader

Som en del av prioriteringsregelen skal kostnadsveksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling være høyere enn innen somatikk. Helse- og omsorgsdepartementet har presisert at kostnadsutviklingen innen de enkelte tjenesteområdene skal måles eksklusive kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon.

Tabell 6 viser fordelingen av kostnader i budsjett 2021 og i planperioden i henhold til Helse- og omsorgsdepartementets definisjon. Kostnadene er inklusive tall for det regionale helseforetakets kjøp fra private avtaleparter. Tallene inkluderer ikke kostnadene ved de private ideelle sykehusene, da disse kun rapporterer på aktivitet. Tabell 7 viser endringen fra budsjett 2021.

Veksten i kostnadene per tjenesteområde er størst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og prioriteringsregelen er således innfridd også for dette området.

Helse Sør-Øst Foretaksgruppen - kostnader eks. avskrivninger, legemidler og pensjon	2020	B2021	Økonomisk langtidsplan				Endring B2021 - 2022	Endring B2021 - 2025
			2022	2023	2024	2025		
Somatikk	50 685	52 927	53 058	52 985	53 075	53 159	0,2 %	0,4 %
Psykisk helsevern for voksne	10 262	10 952	11 017	11 051	11 116	11 197	0,6 %	2,2 %
Psykisk helsevern for barn og unge	2 503	2 590	2 599	2 608	2 625	2 645	0,4 %	2,1 %
Psykisk helsevern	12 764	13 541	13 616	13 659	13 741	13 842	0,5 %	2,2 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	2 953	3 120	3 132	3 140	3 151	3 164	0,4 %	1,4 %
Annet	4 832	7 468	6 325	6 569	6 739	7 057	-15,3 %	-5,5 %
Sum alle tjenesteområder	71 234	77 057	76 131	76 354	76 706	77 222	-1,2 %	0,2 %

Tabell 6 Kostnader per tjenesteområde i millioner kroner angitt som faktiske kostnader i 2020, budsjett for 2021 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2022–2025. Kostnader for budsjett 2021 er sammenlignet med innspill for 2022 og for 2025.

Kostnader eks. avskrivninger, legemidler og pensjon - endring fra budsjett 2021	Økonomisk langtidsplan 2022				Økonomisk langtidsplan			
	Somatikk	VOP	BUP	TSB	Somatikk	VOP	BUP	TSB
Akershus universitetssykehus HF	0,5 %	0,9 %	0,9 %	0,9 %	-0,3 %	3,6 %	3,6 %	3,6 %
Oslo universitetssykehus HF	0,9 %	1,3 %	1,5 %	1,3 %	2,2 %	3,3 %	3,2 %	2,6 %
Sunnaas sykehus HF	0,1 %				-1,5 %			
Sykehusapotekene HF								
Sykehuset i Vestfold HF	-3,5 %	-2,7 %	-2,8 %	-2,8 %	-3,8 %	0,7 %	1,6 %	1,8 %
Sykehuset Innlandet HF	-0,8 %	0,6 %	0,2 %	2,9 %	-1,9 %	1,0 %	0,6 %	2,5 %
Sykehuset Telemark HF	-1,6 %	-1,4 %	-1,5 %	-1,3 %	-3,9 %	-3,3 %	-3,5 %	-2,7 %
Sykehuset Østfold HF	-0,2 %	-0,1 %	-0,1 %	-0,2 %	1,2 %	1,5 %	1,6 %	1,3 %
Sykehuspartner HF								
Sørlandet sykehus HF	-1,0 %	-0,7 %	1,8 %	1,8 %	-0,5 %	-2,5 %	3,7 %	3,0 %
Vestre Viken HF	-0,5 %	-0,4 %	-0,4 %	-0,4 %	1,6 %	2,1 %	1,9 %	2,1 %
Helse Sør-Øst RHF	13,9 %	3,2 %	1,6 %	0,2 %	14,9 %	5,9 %	2,3 %	0,4 %
Helse Sør-Øst foretaksgruppen	0,2 %	0,6 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	2,2 %	2,1 %	1,4 %

Tabell 7 Endringer i kostnader per tjenesteområde fra budsjetterte kostnader for 2021 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2022–2025. Kostnader for budsjett 2021 er sammenlignet med innspill for 2022 og for 2025.

Sykehuset i Vestfold HF har i 2021 budsjettert midler sentralt og som disponeres for å kompensere klinikkene for merkostnader i forbindelse med Tønsbergprosjektet. Når det ikke lenger er denne typen planlagte tiltak i 2022, reduseres kostnadene på alle områder. Videre har helseforetaket oppbemannet og lagt inn ekstra kostnader innen somatikk i 2021 på grunn av flytting inn i nytt bygg til høsten. Disse forventes tatt ut fra 2022.

For Sykehuset Telemark HF vil det planlagte effektiviseringsprogrammet medføre at driftskostnadene (eksklusiv avskrivning, pensjon og legemidler) reduseres noe i planperioden. Alle tjenesteområdene vil bli berørt av dette, men det er lagt opp til at reduksjonen i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være lavere enn i somatikk.

Sykehuset Østfold HF forklarer reduksjon i kostnader i 2022 med en tilpasning som følge av bortfall av tilleggsbevilgninger knyttet til pandemien de siste to årene. I tillegg er det en generell reduksjon i kostnader ved helseforetaket.

Vestre Viken HF har en redusert kostnad på alle tjenesteområder fra budsjett 2021 til 2022. Det skyldes reduserte lønnskostnader og andre driftskostnader i forbindelse med tilbakeføring av koronaeffekter i tillegg til effekt av gevinstrealiseringsplan i forbindelse med nytt sykehus i Drammen og produktivitetsvekst.

2.6 Bemanning og kompetanseplanlegging

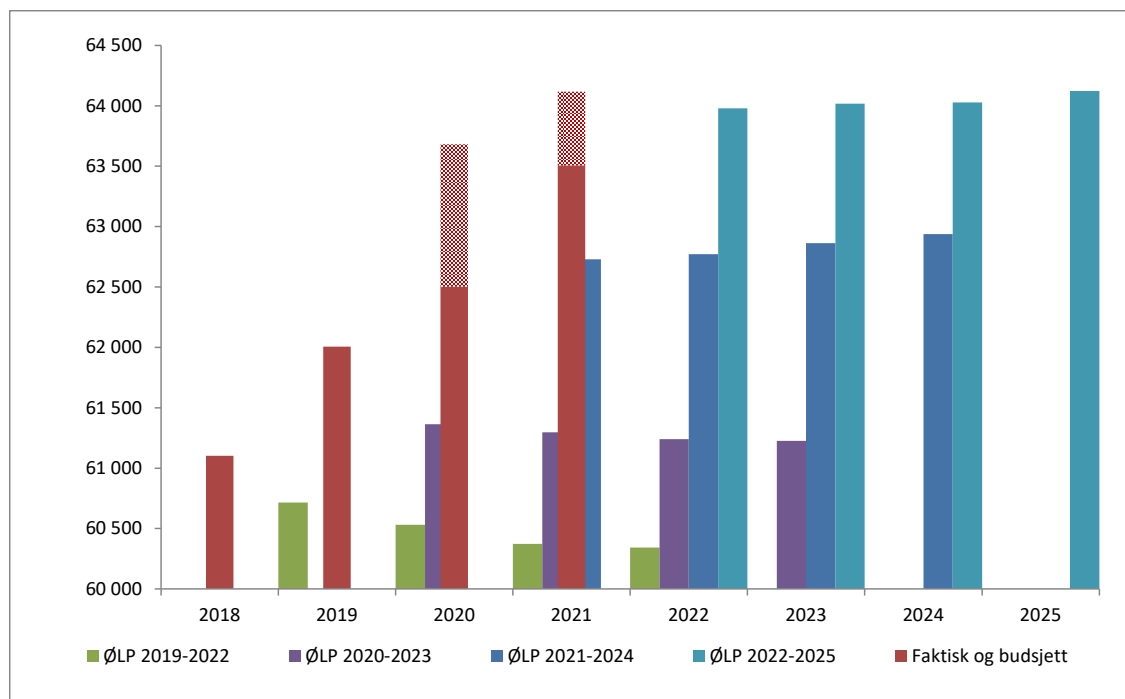
Bemanningsplaner

I styrets vedtak i styresak 024-2021 er det krav om at det skal gjennomføres analyser av fremtidig bemanningsbehov. Helseforetakenes arbeid med å rekruttere, beholde og utvikle kompetanse hos medarbeiderne er avgjørende for å ivareta fremtidig kompetansebehov. I *Regional utviklingsplan 2035* er det særlig pekt på behovet for nye arbeidsformer gjennom bruk av ny teknologi, nye former for oppgavedeling og økt brukerstyrte tjenester.

Enkelte områder vil kreve særskilte tiltak slik at bemanningen skal være tilstrekkelig. Dette gjelder psykisk helsevern generelt. Det er i tillegg utfordringer med utdanningskapasiteten innen flere legespesialiteter og tiltak for å unngå mangel på spesialsykepleiere må prioriteres.

Månedswerk

Figur 2 viser utviklingen i brutto månedswerk i økonomisk langtidsplan 2022-2025 og i tidligere økonomiske langtidsplaner. Figuren viser også tidligere års faktiske bemanning og budsjett 2021.



Figur 2 Brutto månedsværk - økonomisk langtidsplan 2022–2025 og tidligere økonomiske langtidsplaner. De mønstrede feltene på faktisk 2020 og budsjett 2021 viser antall månedsværk knyttet til covid-19 med henholdsvis 1180 og 610 månedsværk.

Tabell 8 viser endring i brutto månedsværk for foretaksgruppen samlet og tabell 9 viser månedsværk for de ulike helseforetakene og RHF-et. Det planlegges med en liten reduksjon i brutto månedsværk på 0,2 prosent fra budsjett 2021 til 2022 og en økning på fem månedsværk fra budsjett 2021 til 2025.

I budsjettet for 2021 anslår helseforetakene at det er ca. 610 ekstra månedsværk som er knyttet til håndteringen av koronapandemien. Den ekstra arbeidskraften brukes blant annet til økt bemanning i akuttinntak og i egne enheter for pasienter med covid-19, økt analysekapasitet ved laboratoriene, forsterket renhold, adgangskontroll og skallsikring av bygg. Dersom disse månedsværkene holdes utenfor vil veksten være på henholdsvis 0,7 og 1,0 prosent fra budsjett 2021 til 2022 og 2025.

Brutto månedsværk	2018	2019	2020	B2021	Økonomisk langtidsplan				Endring B2021 - 2022	Endring B2021 - 2025
					2022	2023	2024	2025		
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	61 102	62 006	63 682	64 117	63 980	64 018	64 028	64 122	-0,2 %	0,0 %
-herav helseforetak med pasientbehandling	58 817	59 579	61 149	61 463	61 210	61 203	61 227	61 307	-0,4 %	-0,3 %
-herav uten pasientbehandling (APO, SP og RHFet)	2 284	2 427	2 533	2 654	2 770	2 815	2 802	2 815	4,3 %	6,0 %

Tabell 8 Brutto månedsværk angitt som faktiske månedsværk i 2018 til 2020, budsjett for 2021 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2022–2025. Brutto månedsværk for budsjett 2021 er sammenlignet med innspill for 2022 og for 2025.

Brutto månedsverk	2018	2019	2020	B2021	Økonomisk langtidsplan				Endring B2021 - 2022	Endring B2021 - 2025
					2022	2023	2024	2025		
Akershus universitetssykehus HF	6 694	7 522	7 946	8 194	8 151	8 166	8 172	8 179	-0,5 %	-0,2 %
Oslo universitetssykehus HF	19 109	19 408	19 765	19 928	20 026	20 034	20 037	20 075	0,5 %	0,7 %
Sunnaas sykehus HF	567	562	585	570	565	561	556	551	-0,9 %	-3,4 %
Sykehusapotekene HF	715	746	774	777	802	836	821	831	3,2 %	6,9 %
Sykehuset i Vestfold HF	4 107	4 123	4 189	4 265	4 148	4 112	4 091	4 095	-2,7 %	-4,0 %
Sykehuset Innlandet HF	7 497	6 751	6 798	6 709	6 627	6 602	6 576	6 549	-1,2 %	-2,4 %
Sykehuset Telemark HF	2 972	2 990	3 057	3 012	2 989	2 982	2 977	2 966	-0,8 %	-1,5 %
Sykehuset Østfold HF	5 003	5 155	5 350	5 317	5 357	5 388	5 396	5 391	0,8 %	1,4 %
Sykehuspartner HF	1 404	1 502	1 574	1 679	1 772	1 783	1 785	1 788	5,6 %	6,5 %
Sørlandet sykehus HF	5 694	5 709	5 822	5 763	5 636	5 610	5 589	5 561	-2,2 %	-3,5 %
Vestre Viken HF	7 176	7 358	7 637	7 705	7 711	7 748	7 833	7 940	0,1 %	3,0 %
Helse Sør-Øst RHF	166	179	185	198	195	195	195	195	-1,5 %	-1,5 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	61 102	62 006	63 682	64 117	63 980	64 018	64 028	64 122	-0,2 %	0,0 %

Tabell 9 Brutto månedsverk per helseforetak angitt som faktiske månedsverk i 2018 til 2020, budsjett for 2021 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2022–2025. Brutto månedsverk for budsjett 2021 er sammenlignet med innspill for 2022 og for 2025.

Tabell 9 viser at Sykehusapotekene HF har lagt til grunn vekst i bemanning med 6,9 prosent mot 2025. Dette skyldes blant annet økte månedsverk i forbindelse med innføring av nye apoteksystemer i 2022, innføring av maskinell dosepakking av legemidler, generell volum-drevet vekst og etablering av nytt sykehusapotek på Aker sykehus i 2024. Apoteket knyttet til dagens legevakst i Oslo sentrum drives av en annen aktør enn Sykehusapotekene HF.

Årsakene til budsjettert bemanningsøkning i Sykehuspartner HF er sammensatt. Innføring av regionale IKT-løsninger krever økt ressursinnsats i drift- og forvaltning, både som følge av økt funksjonalitet og at flere helseforetak tar løsningene i bruk. Gjennomføring av standardiserings- og infrastrukturmoderniseringsprogrammet (STIM) samt ikke-bygg nær IKT i nye sykehusbygg, hvor det forutsettes at 35 prosent av ressursene er interne, gir også et økt behov. I tillegg har Sykehuspartner HF over tid arbeidet for å vri ressursinnsats fra innleide til egne ressurser for å redusere sårbarhet og øke kompetansen i organisasjonen. Endringen vil føre til reduksjon i totalt kostnadsnivå da økt kostnad knyttet til bemanning, mer enn kompenseres av redusert kostnad til ekstern bistand. En konsulent koster som hovedregel fra 30 til 50 prosent mer enn egne ressurser. Reduksjonen i antall konsulenter er høyere enn økningen i egne ressurser, og det forutsettes dermed en betydelig effektivisering av total ressursinnsats. Rekrutteringen er utfordrende innen noen områder og innebærer en risiko. Koronapandemien har forsterket dette utfordringsbildet. Leveransesituasjonen har vært krevende over en lengre periode, med en betydelig mengde avtalte ikke-leverte oppdrag.

Månedsverk per tjenesteområde

I planforutsetningene i styresak 024-2021 ble det lagt til grunn at helseforetakene må øke innsatsen for å oppnå tilstrekkelig bemanning med rett kompetanse innen psykisk helsevern.

Tabell 10 viser at bemanningsutviklingen innen de enkelte tjenesteområdene relativt sett er stabil i perioden, men med en svak relativ reduksjon i bemanning innenfor somatikk og en økning innen psykisk helsevern og «annet» stillinger. «Annet» stillinger består av administrasjon og personell til personalboliger og barnehager.

Andel månedverk per tjenesteområde	2018	2019	2020	B2021	Økonomisk langtidsplan			
					2022	2023	2024	2025
Somatikk	69,0 %	69,0 %	69,4 %	69,3 %	69,0 %	68,9 %	68,8 %	68,8 %
Psykisk helsevern for voksne	15,0 %	14,8 %	14,6 %	14,7 %	14,8 %	14,8 %	14,8 %	14,8 %
Psykisk helsevern for barn og unge	3,9 %	3,9 %	4,0 %	3,9 %	3,9 %	3,9 %	4,0 %	4,0 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	3,2 %	3,1 %	3,1 %	3,1 %	3,1 %	3,1 %	3,1 %	3,1 %
Preshospitale tjenester	4,6 %	4,7 %	4,7 %	4,6 %	4,7 %	4,7 %	4,7 %	4,7 %
Annet	4,2 %	4,4 %	4,2 %	4,3 %	4,5 %	4,6 %	4,6 %	4,6 %
Totalt	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabell 10 Bemanningsandel per tjenesteområde i faktisk 2019 og 2020, budsjett 2021 og i innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2022–2025.

Månedverk per stillingskategori

Tabell 11 viser månedverk per stillingskategori i økonomisk langtidsplan 2022–2025. Helseforetakene har fått krav om å øke antall helsefagarbeiderlæringer og økt utdanningskapasitet i tjenesten.

Helse Sør-Øst Foretaksgruppen - brutto månedverk	2020	Fatisk per mars 2021	Økonomisk langtidsplan				Endring 2020 til 2022	Endring 2020 til 2025
			2022	2023	2024	2025		
Administrasjon/Ledelse	10 038	10 193	10 207	10 212	10 213	10 219	1,7 %	1,8 %
Pasientrettede stillinger	6 922	6 787	6 792	6 788	6 788	6 796	-1,9 %	-1,8 %
Lege	8 834	8 948	8 975	8 975	8 980	9 001	1,6 %	1,9 %
Overlege	5 023	5 117	5 189	5 189	5 193	5 204	3,2 %	3,6 %
LIS-lege	3 048	3 042	3 039	3 039	3 041	3 049	-0,3 %	0,0 %
Turnuslege/LIS 1	580	586	585	585	585	586	0,8 %	1,0 %
Legespesialist	183	202	162	162	162	162	-10,3 %	-11,2 %
Psykolog	1 960	2 002	2 030	2 034	2 040	2 045	3,5 %	4,3 %
Sykepleier	19 861	20 043	19 866	19 845	19 843	19 854	0,0 %	0,0 %
Spesialsykepleier	7 541	7 585	7 874	7 880	7 888	7 899	4,4 %	4,8 %
Sykepleier	11 464	11 595	11 129	11 097	11 085	11 082	-2,9 %	-3,3 %
Jordmor	856	863	863	868	871	873	0,8 %	2,0 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	2 202	2 237	2 217	2 217	2 219	2 226	0,6 %	1,1 %
Diagnostisk personell	3 896	4 009	3 931	3 932	3 932	3 940	0,9 %	1,1 %
Apotekstillinger	574	563	650	683	668	678	13,5 %	18,1 %
Drifts/teknisk personell	5 570	5 558	5 602	5 607	5 612	5 623	0,6 %	1,0 %
Ambulansepersonell	2 067	2 040	2 078	2 091	2 099	2 103	0,5 %	1,7 %
Forskning/utdanning	1 207	1 237	1 355	1 355	1 355	1 357	11,9 %	12,4 %
Øvrige stillinger	551	509	278	278	279	280	-53,7 %	-49,2 %
Total	63 682	64 125	63 980	64 018	64 028	64 122	0,5 %	0,7 %

Tabell 11 Brutto månedverk per stillingskategori angitt som faktiske månedverk i 2020, faktisk hittil i år (per mars 2021) og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2022–2025. Månedverk hittil i år er sammenlignet med innspill for 2022 og for 2025.

Det er budsjettet med en økning av psykologer, apotekstillinger, ambulansepersonell og forskning/utdanning i planperioden. Når det gjelder stillingskategorien forskning skyldes økningen at faktiske tall i 2021 kun representerer forskning, mens innspillene til økonomisk langtidsplan inkluderer både forskning, studenter og læringer.

Helseforetakene har fått krav om å øke utdanningskapasitet i tjenesten og øke antall helsefagarbeiderlæringer noe som i liten grad gjenspeiles i helseforetakenes planer.

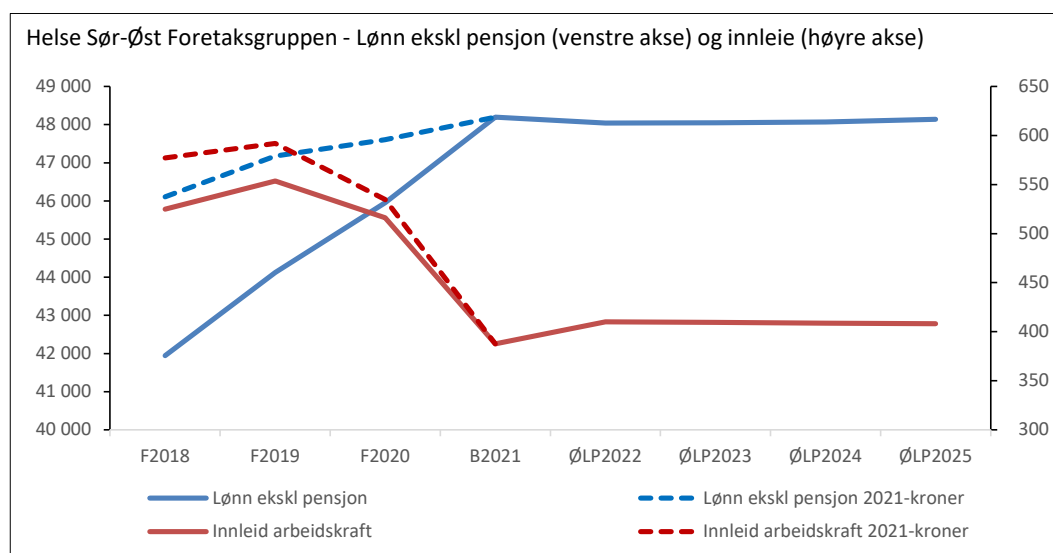
Lønnskostnader

Tabell 12 viser lønnskostnadenes andel av de samlede driftskostnadene. Andelen er svakt fallende gjennom planperioden.

Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	2020	B2021	Økonomisk langtidsplan				Endring B2021 - 2022	Endring B2021 - 2025
			2022	2023	2024	2025		
Lønn ekskl pensjon	45 953	48 197	48 038	48 047	48 067	48 141	-0,3 %	-0,1 %
Sum driftskostnader	85 902	94 002	94 121	94 752	95 785	96 810	0,1 %	3,0 %
Andel lønnskostnader av sum driftskostnader	53,5 %	51,3 %	51,0 %	50,7 %	50,2 %	49,7 %	0,0 %	0,0 %

Tabell 12 Lønnskostnader og driftskostnader i millioner kroner angitt som faktiske kostnader i 2020 (2020-kroner), budsjett for 2021 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2022–2025. Kostnader for budsjett 2021 er sammenlignet med innspill for 2022 og for 2025.

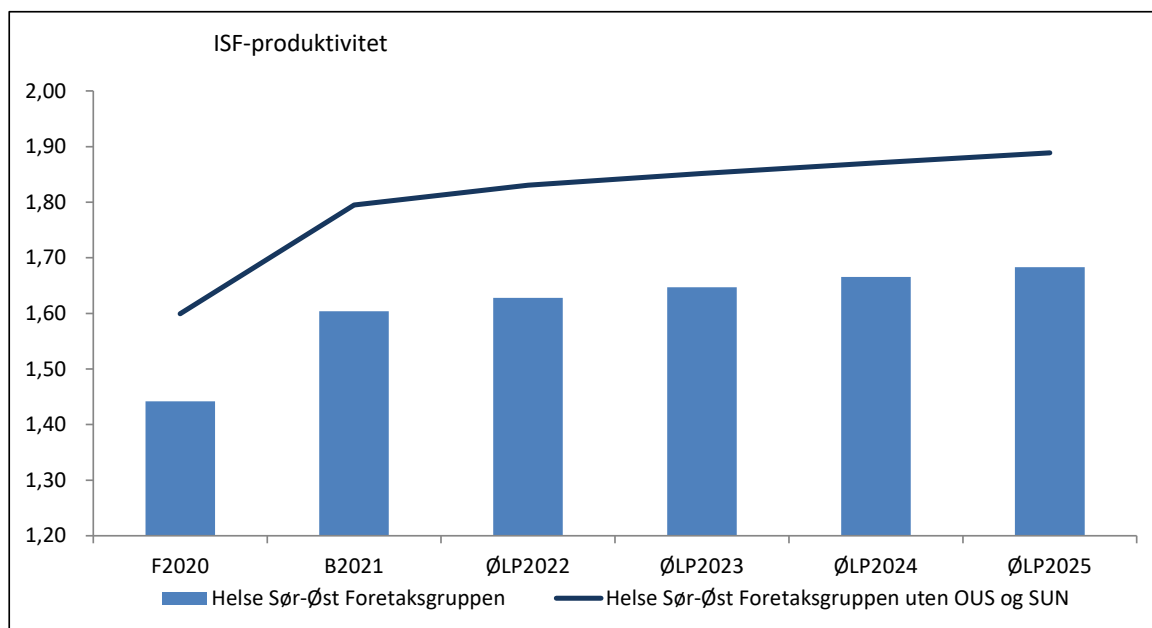
Figur 3 viser utvikling i kostnader til lønn og innleie. Innspillene viser en stabil bruk av innleie i planperioden, men på et lavere nivå enn historiske tall. Helseforetakene har over tid arbeidet med tiltak for å redusere innleie.



Figur 3 Utvikling i kostnader til lønn eksklusive pensjon og innleie av arbeidskraft i millioner kroner angitt som faktiske kostnader i årene 2018–2020, budsjett for 2021 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2022–2025. Prisjusterte kostnader vises som stiplede linjer.

2.7 Arbeidsproduktivitet somatikk

Arbeidsproduktivitet (ISF-produktivitet) viser forholdet mellom aktivitet (ISF-poeng) og ressursbruk (antall brutto månedsverk). ISF-poengene i disse beregningene omfatter behandling av alle pasienter, herunder pasienter fra andre helseregioner (gjestepasienter). ISF-poengene er videre korrigert for ISF-poeng for legemidler, da disse poengene ikke er direkte knyttet til ressursinnsatsen i pasientbehandlingen i og med at det er egen finansiering av legemiddelkostnadene. Utviklingen i ISF-produktivitet for somatikk for alle helseforetak med pasientbehandling er fremstilt i figur 4 og tabell 13. I vedlegg 1 vises detaljer per helseforetak.

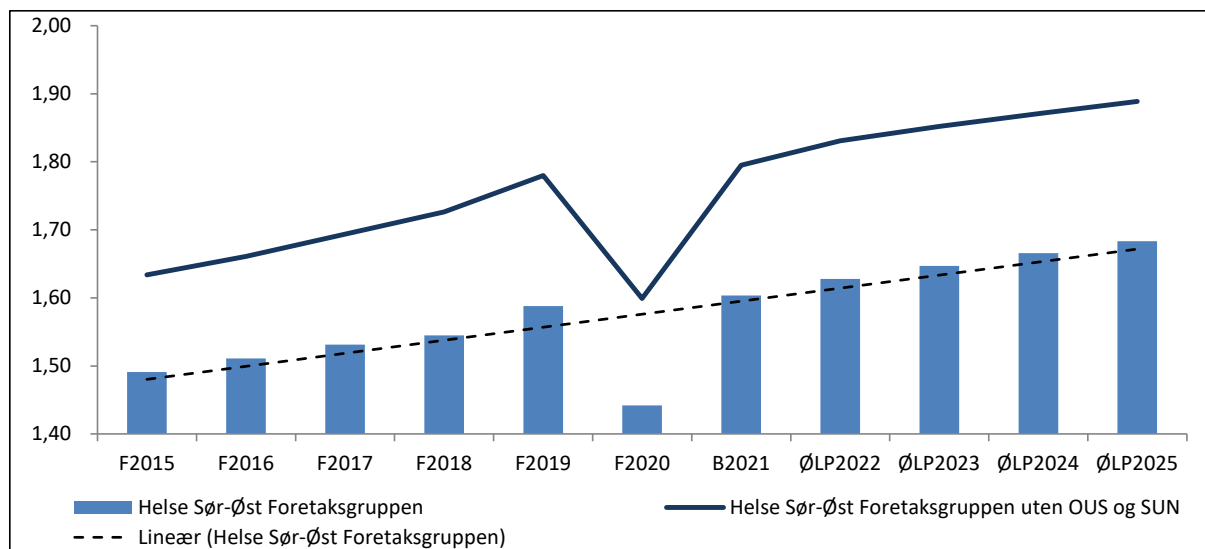


Figur 4 Arbeidsproduktivitet somatikk angitt som faktisk produktivitet i 2020, budsjett for 2021 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2022–2025.

Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	2018	2019	2020	B2021	Økonomisk langtidsplan			
					2022	2023	2024	2025
ISF (døgn, dag og poli) total eget HF - somatikk	782 393	815 778	765 441	855 627	862 378	871 560	881 039	891 021
Brutto månedsverk (utbetalt tid) - somatikk	42 178	42 796	44 221	44 463	44 145	44 103	44 080	44 112
ISF-produktivitet	1,55	1,59	1,44	1,60	1,63	1,65	1,67	1,68
Årlig endring i produktivitet	0,9 %	2,8 %	-9,2 %	11,2 %	1,5 %	1,2 %	1,1 %	1,1 %

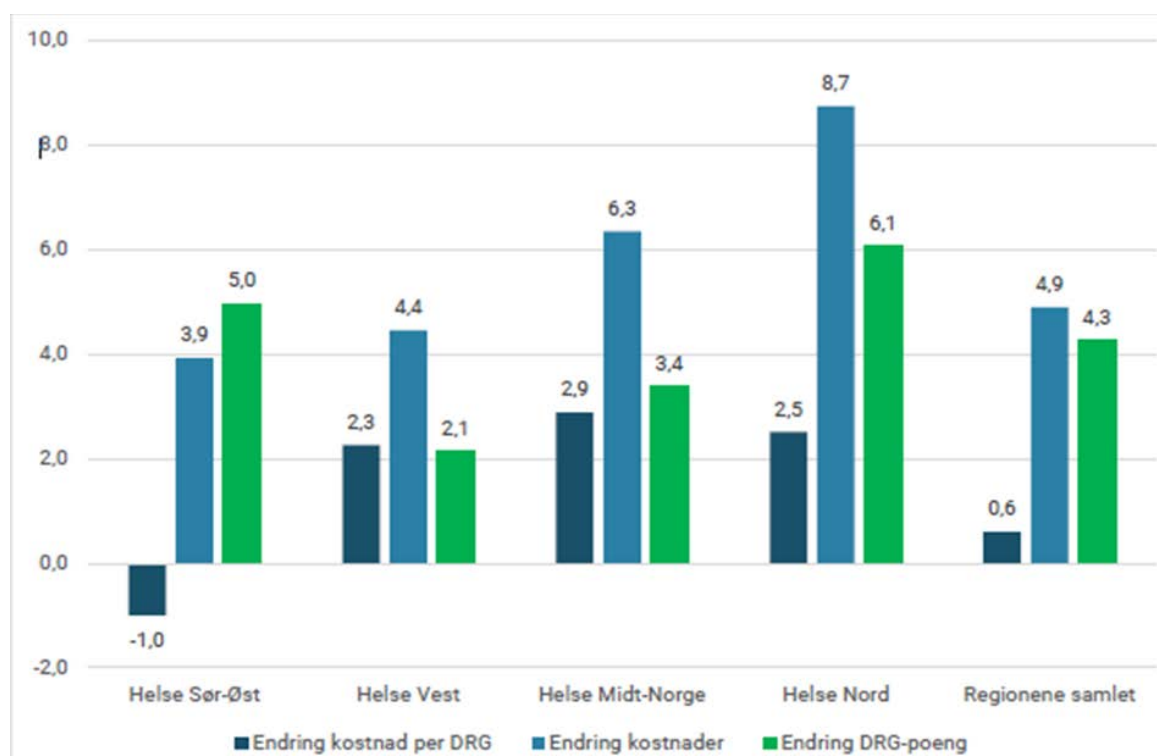
Tabell 13 Arbeidsproduktivitet somatikk (ISF-poeng utført i eget helseforetak, ekskl. legemidler) angitt som faktisk produktivitet i 2018–2020, budsjett for 2021 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2022–2025.

Historikken i figur 5 viser en jevn og positiv utvikling av ISF-produktiviteten, med unntak av 2020 som var preget av koronapandemien, noe som også bidrar til høyere usikkerhet for innværende år.



Figur 5 Produktivitet med faktiske tall i årene 2015–2020, budsjett for 2021 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2022–2025.

Kostnad per DRG-poeng er også et viktig måltall i spesialisthelsetjenesten. Kostnader til pasientbehandling sett i forhold til DRG-poeng er dermed et mål på kostnadsnivå, eller produktivitet. Helse Sør-Øst hadde etter dette måltallet en produktivitetsforbedring i perioden fra 2015 til 2019 målt som kostnad per DRG-poeng (figur 6).



Figur 6 Utvikling i kostnad per DRG-poeng, dekomponert i prosentvis endring i kostnader og DRG-poeng, 2015–2019.

Det er gjort enkeltstående analyser i helseforetak i regionen med utgangspunkt i beregninger av kostnad per DRG og som har fordelt effekten på klinikker eller yrkesgrupper. Dette er tiltak egnet for å belyse større utfordringer, men ikke godt egnet som et løpende mål for produktivitet i driften på tvers av helseforetakene.

I forbindelse med de nye store byggeprosjektene kreves det at helseforetakene utreder gevinst- og effektiviseringsmuligheter som følge av ny bygningsmasse og endrede driftsmodeller. I slike gevinstberegninger fokuseres det på mulighetene endringene gir, slik at pasientbehandlingen kan gjennomføres på et bedre, mer moderne og effektivt vis.

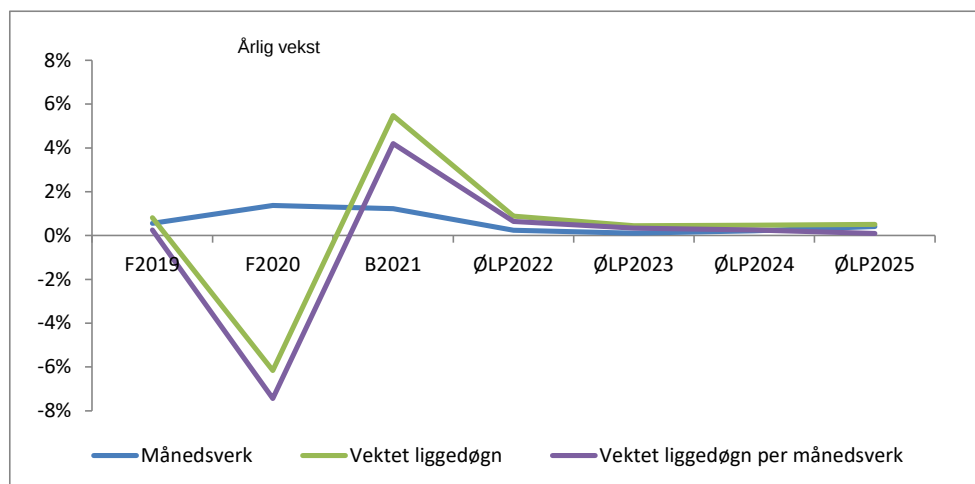
2.8 Produktivitetsutvikling – psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Forventet produktivitetsutvikling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er målt ved å se på aktivitetsutviklingen samlet. Dagbehandling og polikliniske konsultasjoner er omregnet til liggedøgn ved bruk av vektning fra den nasjonale inntektsmodellen. Slike omregninger hviler på forutsetninger det kan stilles spørsmål ved, men i fravær av et pålitelig DRG-system for denne virksomheten er dette en måte å uttrykke aktiviteten gjennom en felles størrelse.

Tabell 14, 15 og 16 viser at veksten fra budsjett 2021 til 2025 er større for aktivitet enn bemanning, og det planlegges dermed med økt produktivitet.

Psykisk helsevern for voksne	2018	2019	2020	B2021	Økonomisk langtidsplan				Endring B2021 _ 2022	Endring B2021- 2025
					2022	2023	2024	2025		
Månedssverk	9 136	9 187	9 313	9 428	9 450	9 461	9 482	9 520	0,2 %	1,0 %
Vektet liggedøgn	644 094	649 357	609 331	642 663	648 388	651 280	654 322	657 618	0,9 %	2,3 %
Vektet liggedøgn per månedssverk	70,5	70,7	65,4	68,2	68,6	68,8	69,0	69,1	0,6 %	1,3 %

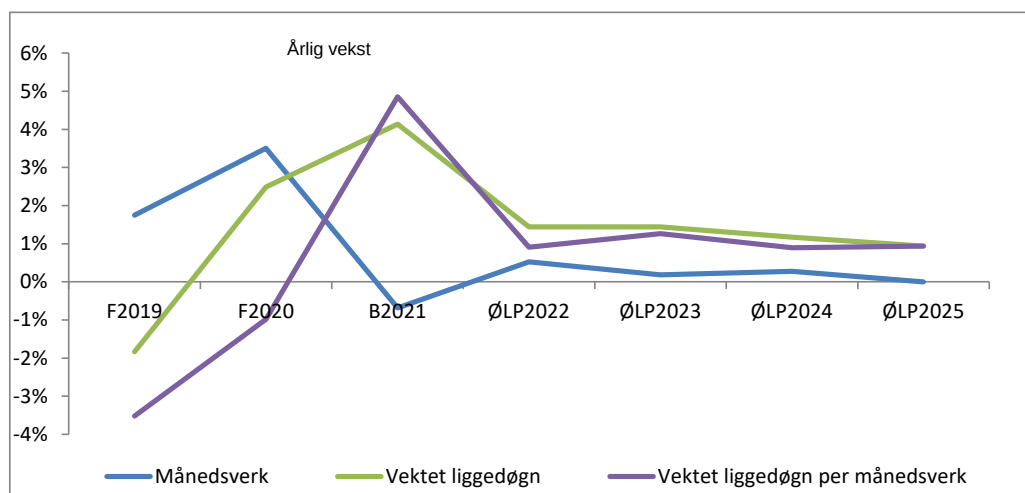
Tabell 14 Utvikling innen psykisk helsevern voksne på månedssverk, ny vektet liggedøgn og vektet liggedøgn per månedssverk.



Figur 7 Årlig vekst psykisk helsevern voksne fra 2019.

Psykisk helsevern for barn og unge	2018	2019	2020	B2021	Økonomisk langtidsplan				Endring B2021 _ 2022	Endring B2021- 2025
					2022	2023	2024	2025		
Månedssverk	2 400	2 442	2 527	2 510	2 523	2 528	2 535	2 535	0,5 %	1,0 %
Vektet liggedøgn	124 559	122 274	125 315	130 503	132 385	134 298	135 877	137 148	1,4 %	5,1 %
Vektet liggedøgn per månedssverk	51,9	50,1	49,6	52,0	52,5	53,1	53,6	54,1	0,9 %	4,1 %

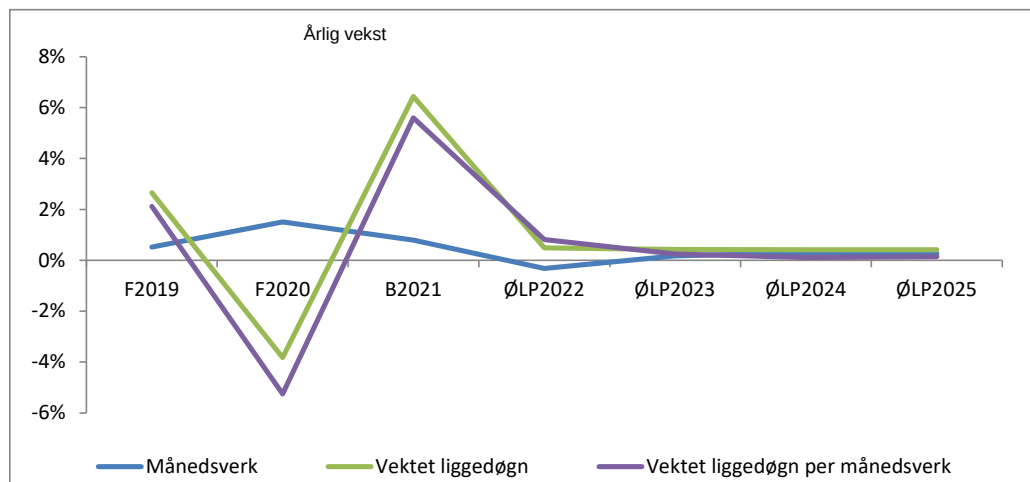
Tabell 15 Utvikling innen psykisk helsevern barn og unge på månedssverk ny vektet liggedøgn og vektet liggedøgn per månedssverk.



Figur 8 Årlig vekst psykisk helsevern barn og unge fra 2019.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	2018	2019	2020	B2021	Økonomisk langtidsplan				Endring B2021 _ 2022	Endring B2021- 2025
					2022	2023	2024	2025		
Månedssverk	1 927	1 937	1 967	1 982	1 976	1 979	1 985	1 990	-0,3 %	0,4 %
Vektet liggedøgn	451 066	463 013	445 314	473 966	476 276	478 280	480 239	482 222	0,5 %	1,7 %
Vektet liggedøgn per månedssverk	234,0	239,0	226,4	239,1	241,1	241,7	241,9	242,3	0,8 %	1,3 %

Tabell 16 Utvikling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling på månedssverk ny vektet liggedøgn og vektet liggedøgn per månedssverk.



Figur 9 Årlig vekst tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra 2019.

2.9 Finansielle rammebetingelser – andel innsatsstyrt finansiering

Ved behandling av styresak 127-2020 *Innspill til statsbudsjett for 2022* ba styret i Helse Sør-Øst RHF om at forholdet mellom innsatsstyrt finansiering (ISF) og basisbevilgning skulle utredes nærmere ved neste rullering av økonomisk langtidsplan. Denne tematikken omtales mer detaljert i vedlegg 2. Konklusjonen omtaler at det allerede stilles høye krav til effektivisering av tjenestene, og det antas at en lavere ISF-andel vil gjøre behovet for effektivisering enda større gjennom at en større andel av inntektene blir marginalfinansiert. Videre at Helsedirektoratet arbeider kontinuerlig for å forbedre finansieringsordningen i dialog med de regionale helseforetakene, inkludert overgang til mer finansiering av tjenesteforløp. De regionale helseforetakene har tett dialog med innspill slik at DRG-vektene er mest mulig oppdatert og tar høyde for ny praksis. Overgangen til kostnader per pasient-data (KPP) tar i større grad hensyn til endringer i kostnader til pasientbehandling.

Med dagens finansieringsopplegg fra Helse- og omsorgsdepartementet vurderer Helse Sør-Øst RHF at en finansieringsordning med lik andel fast- og aktivitetsbasert finansiering gir bedre økonomiske rammebetingelser for finansiering av pasientbehandling enn hva en lavere aktivitetsbasert andel ville gitt.

2.10 Videreutvikling av den regionale inntektsmodell

Det er satt i gang et forberedende arbeid i Helse Sør-Øst RHF for å videreutvikle den regionale inntektsmodellen, eventuelt med utgangspunkt i ny nasjonal inntektsmodell innført i statsbudsjettet for 2021.

2.11 Midlertidig inntektsstøtte

Jf. styresak 024-2021 har Helse Sør-Øst RHF vurdert om det er behov for ekstraordinær inntektsstøtte for helseforetak med store negative omfordelingseffekter ved oppdateringen av den regionale inntektsmodellen for 2022.

Basert på en helhetlig vurdering av krav til kostnadstilpasning som følge av endrede inntektsforutsetninger knyttet til pensjonskostnader, kan Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF som en planforutsetning legge til grunn ekstraordinær inntektsstøtte på henholdsvis 40 millioner kroner og 30 millioner kroner for 2022. Inntektsstøtten må forutsettes å bortfalle fra 2023. Endelig inntektsrammer for 2022 fastsettes av styret i Helse Sør-Øst RHF i november 2021.

2.12 Legemidler

De regionale helseforetakene ble tillagt finansieringsansvaret for flere legemidler fra 1. september 2020 og 1. februar 2021. Til disse overføringene følger det henholdsvis 125,4 millioner kroner og 32,4 millioner kroner i 2021. Midlene er budsjettet hos Helse Sør-Øst RHF. Det er besluttet at disse midlene fordeles til helseforetakene løpende etter faktiske kostnader. Prinsippet er valgt for å redusere risiko for utilsiktede økonomiske effekter mellom helseforetak og private ideelle sykehus med opptaksområde. Disse midlene er dermed ikke fordelt til helseforetakene og sykehusene i økonomisk langtidsplan 2022–2025. Arbeidet med å redusere bruk av antibiotika, særskilt bredspektret antibiotika, er fremdeles forutsatt prioritert i økonomisk langtidsplan.

2.13 Forskning

Som tidligere år er det i styresak 024-2021 et langsiktig mål at forskning skal utgjøre fem prosent av totalkostnadene. De siste årene er det satset spesielt på innovasjon for å bidra til at forskningsresultater og erfaring fra helsetjenesten omsettes til bedre tjenester. Ressurser til forskning er en integrert del av virksomheten i helseforetakene og er ikke spesifisert i innspill til økonomisk langtidsplan.

2.14 Felleseide foretak

Det regionale helseforetaket har innarbeidet sin andel av finansieringen av de felleseide foretakene i økonomisk langtidsplan. I tillegg til kostnadene, vil investeringsbehov bli finansiert gjennom låneopptak hos de fire regionale helseforetakene. Det er kun Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO HF) som legger opp til låneopptak i perioden.

Tabell 17 viser foreløpige tall for finansiering fra Helse Sør-Øst RHF. Det kan bli endringer i beløpene når foretakenes langtidsplaner tas til endelig beslutning.

Tilskudd fra Helse Sør-Øst RHF	B2021	Økonomisk langtidsplan			
		2022	2023	2024	2025
HDO HF	62	62	60	59	58
Luftambulansetjenesten HF	302	304	303	303	303
Pasientreiser HF	86	85	80	77	74
Sykehusbygg HF	18	18	18	18	18
Sykehusinnkjøp HF	89	89	89	88	88
I alt	557	558	550	545	540

Tabell 17 Tilskudd fra Helse Sør-Øst RHF til felleseide foretak, foreløpige tall i millioner kroner.

2.15 Tjenestepriiser fra Sykehuspartner HF

Sykehuspartner HF finansieres i hovedsak ved fakturering av tjenestepriiser til de øvrige helseforetakene i foretaksgruppen. Grunnlaget for IKT-tjenestepriisene er kostnadene i Sykehuspartner HF, som blant annet påvirkes av investeringsnivået til de regionale IKT-prosjektene, jf. avsnitt 2.21. Arbeidet med videreutvikling av prismodellen - hvor en større andel av kostnadene henføres til kundetjenester - innføres ytterligere i planperioden blant annet ved å skille ut flere elementer fra felleskostnader. Kostnader til infrastruktur blir i løpet av planperioden gradvis fordelt etter inntektsfordelingsnøkkel, og mindre applikasjoner blir priset som egne prisobjekt.

Det er knyttet usikkerhet til det endelige omfanget og varigheten av programmet for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM) i regi av Sykehuspartner HF. I økonomisk langtidsplan er det lagt til grunn at programmet avsluttes i 2025. Eventuelle endringer i forutsatt investeringsnivå både i STIM og den regionale IKT-prosjektporteføljen i årene fremover vil påvirke tjenestepriisen.

Veksten i IKT-tjenestepriiser for helseforetakene er på ca. 590 millioner kroner fra budsjett 2021 til 2025. Dette tilsvarer en økning på 16 prosent og er fem prosentpoeng høyere enn fjorårets økonomiske langtidsplan. Årsaken til veksten er STIM, ferdigstillelsen av nye sykehusbygg i siste del av økonomiplanperioden og strategisk satsning på teknologi for bedre helsehjelp i Helse Sør-Øst.

2.16 Resultatutvikling

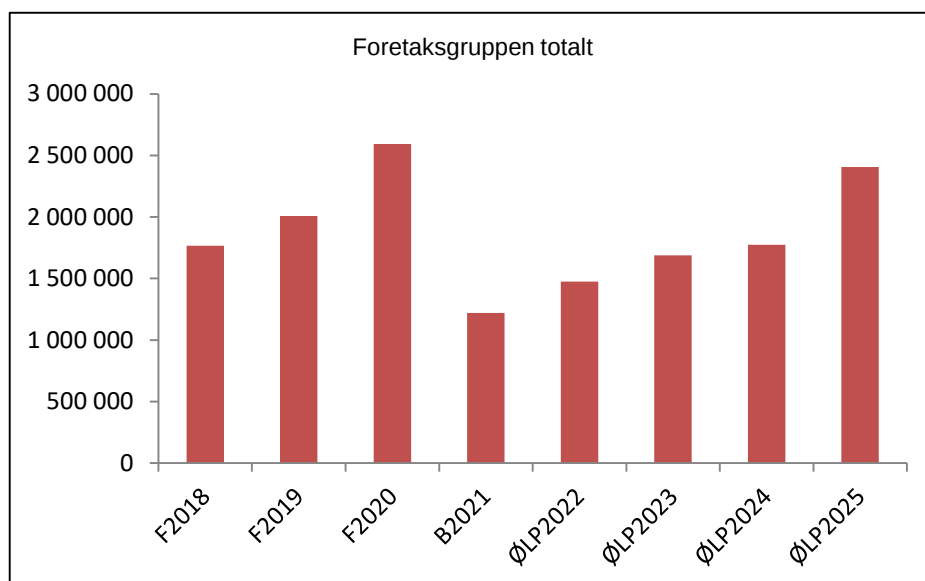
Som beskrevet i planforutsetningene i styresak 024-2021 er det behov for å styrke foretaksgruppens økonomiske handlingsrom for å kunne bære planlagte og nødvendige investeringer i de kommende årene. Målet er å oppnå en resultatgrad på 2,5 prosent for over tid å kunne opprettholde verdiene i eiendom, teknologi og utstyr.

Helseforetakene skal i sine innspill ha lagt til grunn resultatmål som legger til rette for å vedlikeholde bygningsmassen, gjennomføre funksjonelle oppgraderinger og opprettholde eller eventuelt øke investeringer i medisinsk-teknisk utstyr. I tillegg til slike løpende investeringer skal resultatet også bidra til egenfinansiering av større investeringsprosjekter med regional finansiering. Tabell 18 viser hvilken resultatutvikling som er lagt til grunn i økonomisk langtidsplan.

Resultatutvikling	2018	2019	2020	B2021	Økonomisk langtidsplan			
					2022	2023	2024	2025
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	1 703	1 884	2 553	1 221	1 354	1 688	1 769	1 827
Herav helseforetak med pasientbehandling	710	1 040	1 582	913	1 053	1 388	1 473	1 530
Herav helseforetak uten pasientbehandling inkl Helse Sør-Øst RHF	993	844	971	308	301	300	296	297

Tabell 18 Resultatutvikling (korrigert for salgsgvinster) i millioner kroner angitt med faktisk resultat i perioden 2018–2020, budsjett for 2021 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2022–2025.

Figur 10 viser resultatutviklingen for foretaksgruppen totalt. Det regionale helseforetakets positive budsjettavvik de seneste årene er i all hovedsak realisert gjennom inntektsføring av regional resultatbuffer. I planperioden er det lagt opp til et planlagt resultat på 200 millioner kroner i det regionale helseforetaket, med tillegg av en regional resultatbuffer på 600 millioner kroner årlig.



Figur 10 Resultatutvikling for foretaksgruppen totalt i tusen kroner angitt med faktisk resultat i årene 2018–2020, budsjett for 2021 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2022–2025.

Foretakenes resultatmål for 2022 vil ligge til grunn for resultatkrav i oppdrag og bestilling for 2022. Koronapandemien vil kunne medføre behov for endringer inn mot endelig fastsettelse av resultatkrav for 2022.

Justert for månedsverk knyttet til koronapandemien i budsjett 2021 planlegger helseforetakene med en liten økning i bemanning i planperioden. Det planlegges med økt arbeidsproduktivitet gjennom høyere aktivitetsvekst enn bemanningsvekst for å møte pasientenes behov for helsetjenester og skape økonomisk handlingsrom i perioden.

Helseforetakene har i varierende grad angitt konkrete tiltak for å oppnå økt arbeidsproduktivitet. Helseforetakene påpeker imidlertid potensial for bedre kapasitets- og ressursutnyttelse og mer effektive pasientforløp som vil bidra til å nå resultatmålene. Tilpasning til nye og forbedrede driftsløsninger vil kreve ledelse og vil måtte gjennomføres i nært samarbeid og dialog med de ansatte og deres organisasjoner.

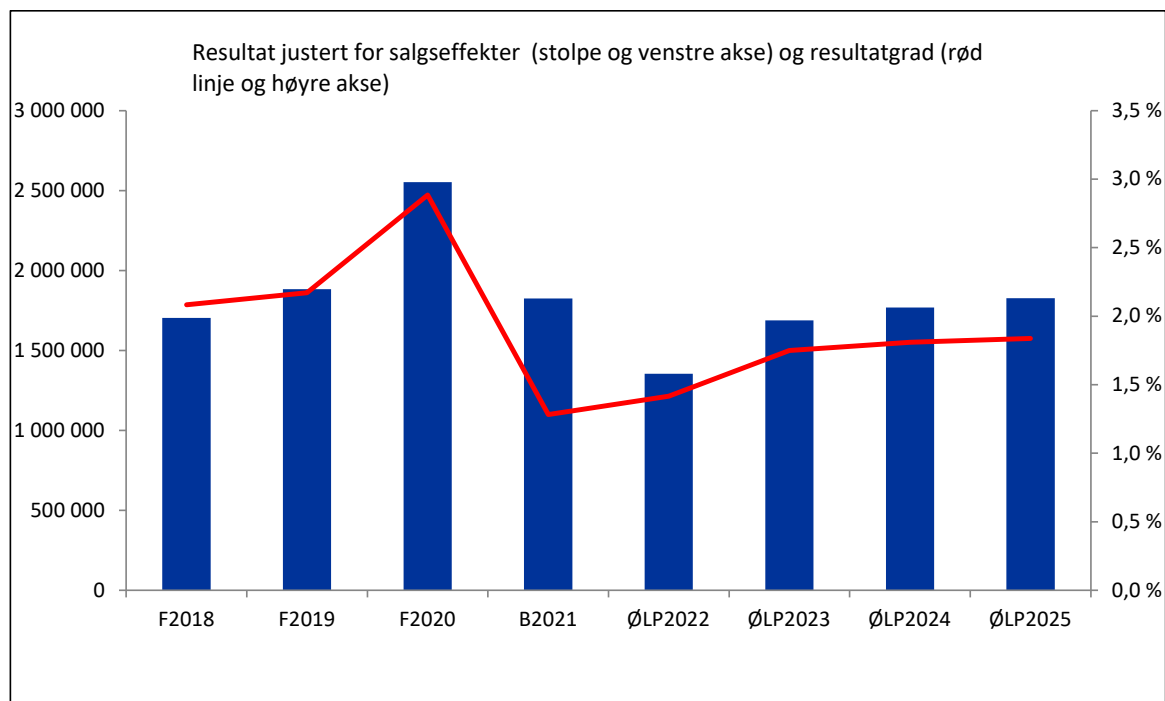
En sammenligning mot de budsjetterte resultatene i økonomisk langtidsplan 2021–2024 viser at resultatambisjonene er noe redusert i 2022, men øker de øvrige sammenlignbare årene (tabell 19). Utvidet omtale av de enkelte helseforetakene finnes i vedlegg 1.

Årsresultat ekskl gevinst salg	Økonomisk langtidsplan			
	2022	2023	2024	2025
Akershus universitetssykehus HF	-50	97	52	93
Oslo universitetssykehus HF	12	14	13	16
Sunnaas sykehus HF	-2	-2	-1	-0
Sykehusapotekene HF	-11	-16	-9	-7
Sykehuset i Vestfold HF	-	-	-	-
Sykehuset Innlandet HF	-	-	-	-1
Sykehuset Telemark HF	-20	-	-	-
Sykehuset Østfold HF	20	9	25	38
Sykehuspartner HF	18	36	53	156
Sørlandet sykehus HF	-0	-22	-36	-36
Vestre Viken HF	-70	-21	-39	-122
Helse Sør-Øst RHF	-	-	-	-47
Helse Sør-Øst foretaksgruppen	-103	94	58	88

Tabell 19 Endring resultatutvikling i millioner kroner (korrigert for salg) økonomisk langtidsplan 2022–2025 sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2021–2024.

Resultatgrad benyttes ofte som et mål på kostnadseffektivitet og lønnsomhet, og er forholdet mellom økonomisk resultat og sum driftsinntekter. I styresak 024-2021 er det uttrykt et mål om en resultatgrad på minst 2,5 prosent mot slutten av økonomiplanperioden for å styrke foretaksgruppens økonomiske handlingsrom.

Figur 11 viser utviklingen i resultatgrad for Helse Sør-Øst samlet. Resultatgraden går opp i perioden og ender på 1,8 prosent i 2025. Ambisjonen om en resultatgrad på 2,5 prosent er gjennom innspillene ikke oppnådd i planperioden. Dersom risikobuffer i Helse Sør-Øst RHF ikke kommer til anvendelse, bedres resultatgraden til 2,4 prosent for periodene 2023 til 2025.



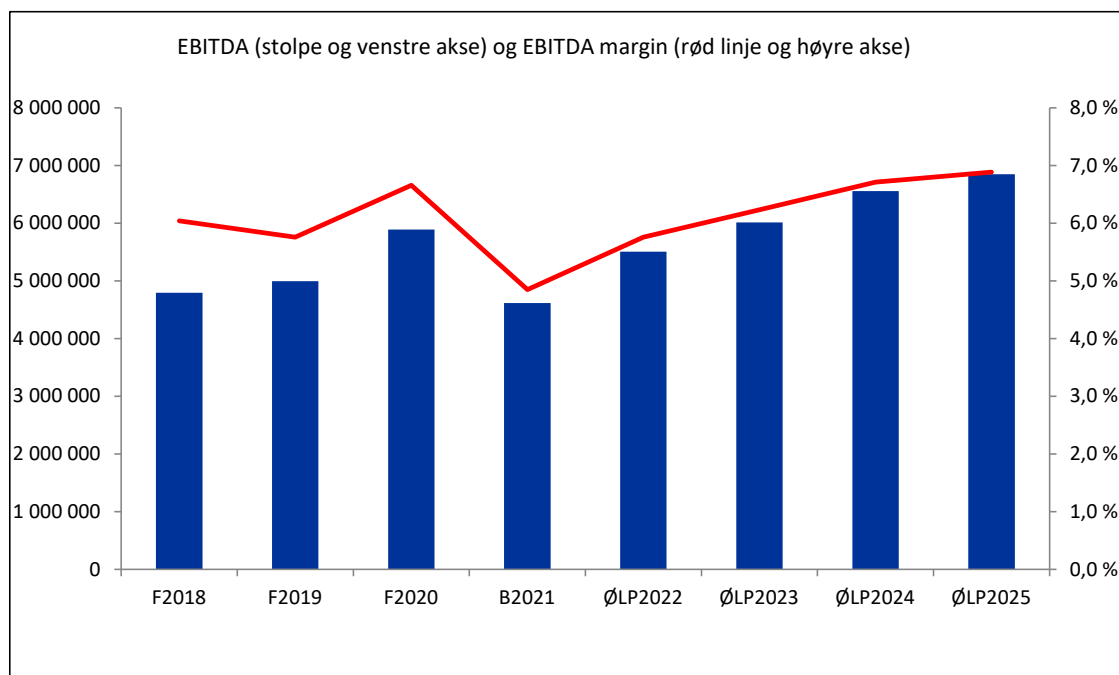
Figur 11 Resultat i tusen kroner (korrigert for salg) og resultatgrad i prosent angitt med faktiske tall i 2018 til 2020, budsjett for 2021 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2022–2025.

Et mål på helseforetakenes evne til å bære investeringene og realisere gevinstplanene er driftsresultat justert for avskrivninger og nedskrivninger (EBITDA). Over tid må driftsresultat før avskrivninger vokse med statsbudsjettets deflator (alternativt byggekostnadsindeks) for ikke å svekke helseforetakenes gjeldsbetjeningsevne.

Driftsresultat før avskrivninger (EBITDA)

- EBITDA står for «earnings before interest, taxes, depreciation and amortization» og er resultat før renter, skatt, avskrivninger og nedskrivninger
- I økonomisk langtidsplan 2022–2025 blir det i tillegg korrigert for salgsgevinster, og måltallet blir forenklet kalt «driftsresultat før avskrivninger»
- Denne måten å måle resultat på er særlig nyttig for helseforetak som har planlagt eller gjennomført store investeringer, for å få et bedre mål på hvor god den underliggende driften er

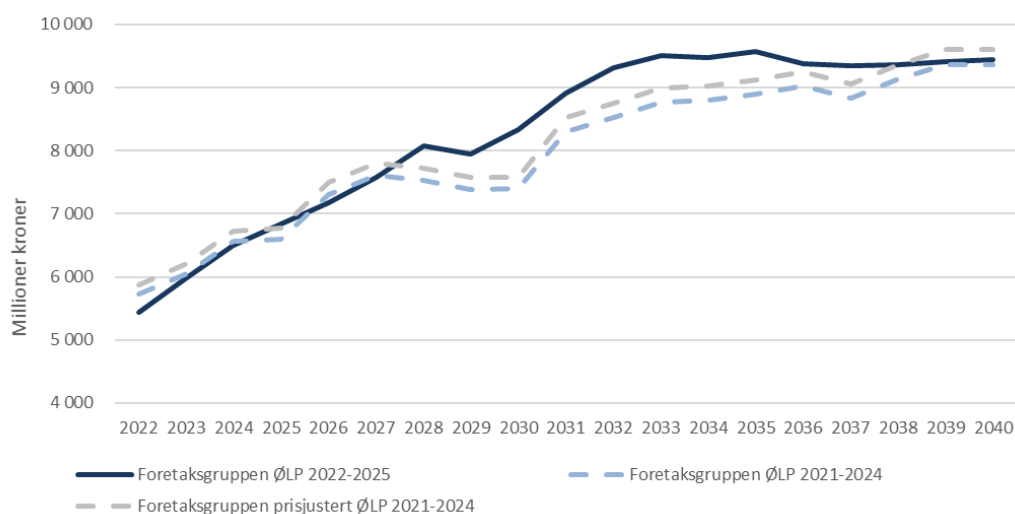
Figur 12 viser driftsresultat før avskrivninger (EBITDA, se faktaboks under).



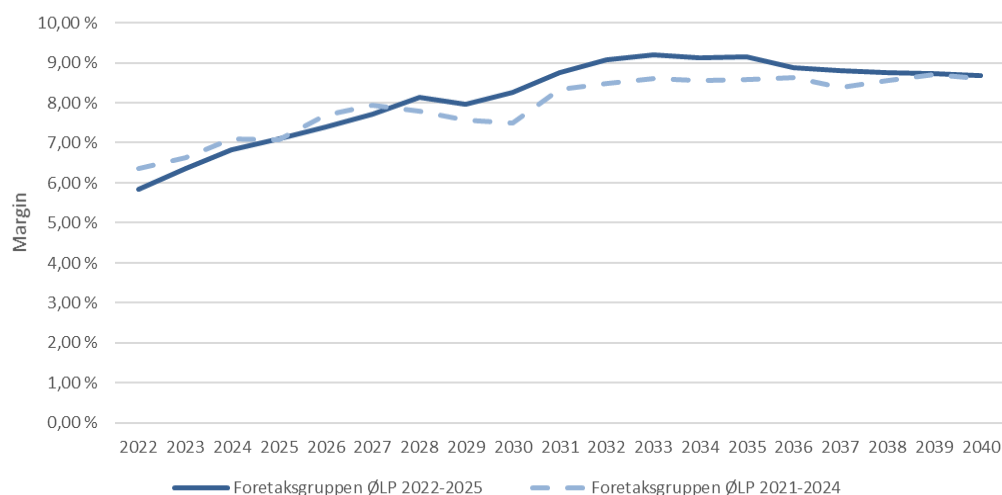
Figur 12 Driftsresultat før avskrivninger i tusen kroner (korrigert for salg) og driftsresultatgrad i prosent angitt med faktiske tall i 2018 til 2020, budsjett for 2021 og innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2022–2025.

En nedgang i rentenivået fra økonomisk langtidsplan 2021–2024 har isolert sett medført at driftsresultat før avskrivninger har kunnet vokse med en lavere takt enn deflator uten å påvirke helseforetakenes resultatutvikling negativt. Det lave rentebildet kan være forbigående. Helseforetakene må derfor planlegge sin drift slik at driftsresultat før avskrivninger minimum følger prisstigningen.

Figur 13 og figur 14 samt tabell 20 viser endring i driftsresultat før avskrivninger i økonomisk langtidsplan for perioden 2021–2024 til økonomisk langtidsplan 2022–2025. Figurene og tabellen sammenligner beløp justert til 2021-kroner. Denne utviklingen øker risikoen og reduserer handlingsrommet i økonomisk langtidsplan. I sum kan det medføre at helseforetakene ikke bygger opp tilstrekkelige midler for å betjene lån. Helseforetakene har i sum økt driftsresultat og driftsresultatmargin for perioden 2022–2023, hvilket gir noe bedre handlingsrom over tid. Indikatoren følges tett i budsjettering og rapportering, i tillegg til økonomisk langtidsplan. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp helseforetak som er i risiko for ikke å oppnå tilstrekkelige resultater til å kunne gjennomføre planlagte investeringer.



Figur 13 Utvikling i driftsresultat justert for avskrivninger, nedskrivninger, gevinst salg og utsatt inntekt økonomisk langtidsplan 2021-2024 og 2022-2025.



Figur 14 Utvikling i driftsresultatmargin justert for avskrivninger og nedskrivninger, gevinst salg og utsatt inntekt økonomisk langtidsplan 2021-2024 og 2022-2025.

Jf. figur 13 reduseres driftsresultat før avskrivninger i de første årene i langtidsplanen. Dette er til dels en effekt av at rentereduksjonen er sterkest i de første årene, slik at resultatkravet allikevel kan opprettholdes. Helseforetakenes innspill viser at driftsresultat før avskrivninger svekkes i perioden frem til 2025, med unntak av for Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Telemark HF. Innspillet fra Vestre Viken HF viser en reduksjon sammenlignet med fjorårets økonomiske langtidsplan på 16 prosent fram mot 2025. I det lengre perspektivet til 2033 bedres utviklingen, og Oslo universitetssykehus HF planlegger for styrket driftsresultat før avskrivninger på 5,1 prosent sammenlignet med fjorårets økonomiske langtidsplan. Vestre Viken HF viser også bedring i de senere årene i perioden. I sum gir det bedret bæreevne for perioden 2022-2033 for foretaksgruppen. Risikoen har økt sammenlignet med forrige økonomiske langtidsplan.

2.17 Investeringer i økonomisk langtidsplan – felles prioriteringer

Det økonomiske handlingsrommet setter rammer for hvor store investeringsprosjekter som kan gjennomføres og tidspunkt for gjennomføringen. Over tid har foretaksgruppen opparbeidet en robust økonomi gjennom sparing og oppbygging av buffere. Egenkapitalen i foretaksgruppen er betydelig, og utgjorde 41,3 milliarder kroner ved utgangen av 2020, tilsvarende 51 prosent av totalkapitalen. Likviditetssituasjonen er tilfredsstillende. Bankbeholdningen er ca. 15,2 milliarder kroner, hvorav ca. 1,9 milliarder kroner er bundet. I tillegg kommer ubenyttet driftskreditt i statskassen på ca. 2,1 milliarder kroner.

Det er omfattende investeringsplaner i foretaksgruppen, og prosjektene underlegges strenge krav til utredninger i forkant som del av beslutningsunderlaget. Det er nødvendig å prioritere mellom investeringsprosjekter ut i fra regionale og foretaksspesifikke behov. Regionens kriterier for prioritering av investeringsprosjekter, herunder store byggeprosjekter, fremgår av styresak 048-2007. Kriteriene omfatter:

- Generelle overordnede kriterier
- Medisinsk- og helsefaglige kriterier, herunder kapasitet og ivaretagelse av «sørge for»-ansvaret
- Bygningsmessige kriterier
- Økonomisk kriterier, herunder prosjektets og helseforetakets bæreevne

Det påpekes i *Regional utviklingsplan 2035* at Helse Sør-Øst RHF vil:

- Ha driftseffektive sykehusbygg som utvikles i tråd med endrede behov i pasientbehandlingen og som understøtter pasientsikkerhet og ansattes arbeidsmiljø
- Ha tydelige mål for miljø- og klimaarbeidet relatert til bygg
- Drive planlagt vedlikehold med krav til tilstand etter standardisert tilstandsklassifisering
- Legge til rette for digitalisering i alle faser av byggets levetid for effektiv bygging og forvaltning
- Standardisere og modernisere infrastrukturen som grunnlag for regionalisering av kjernesystemene og for å understøtte lettvekts-IKT og innovasjon
- Satse mer på innbyggertjenester, lettvekts- IKT og mobile løsninger
- Bidra teknologisk til samarbeid på tvers av omsorgsnivåer
- Sørge for god oversikt over og en plan for fornyelse av medisinsk-teknisk utstyr (MTU)

For å skape økonomisk handlingsrom til nødvendige investeringer er det viktig å nå resultatmålene slik at investeringsprosjekter kan realiseres innenfor de økonomiske rammene som er gitt.

Det regionale helseforetaket har en viktig rolle ved at den etablerte regionale lånemodellen for investeringer gjør at regionen kan gjennomføre større prosjekter tidligere enn om hvert enkelt helseforetak skulle finansiere dette selv. I tillegg bidrar modellen til sentral koordinering og finansiering av regionale, standardiserte prosjekter som for eksempel felles IKT-løsninger. Dette vil over tid bidra til en effektiv regional samhandling som vil ha positive effekter på kvalitet og økonomi.

2.18 Finansiering av investeringer

Helseforetakene får årlig i oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF tildelt en samlet basisramme. Det er opp til helseforetakene å disponere denne basisrammen til drift og investeringer. Investeringsnivået kan økes over tid gjennom at foretaket skaper positive resultater i drift.

Det regionale helseforetaket styrer likviditet til regionalt prioriterte fellessatsninger gjennom den regionale lånemodellen. Også positive resultater i morselskapet er sparing til senere investeringer. Helseforetakene må i større grad bidra med egenfinansiering, herunder likviditet fra egne positive resultater, ved finansiering av regionalt prioriterte investeringsprosjekter i eget helseforetak. Forutsetninger om egenfinansiering av investeringsprosjekter i økonomisk langtidsplan skal avstemmes med Helse Sør-Øst RHF. Endelig finansieringsløsning fastsettes av styret i Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med den enkelte investeringsbeslutning.

Finansstrategien for Helse Sør-Øst, jf. styresak 067-2021 *Revisjon av finansstrategi for Helse Sør-Øst*, regulerer omfanget av finansiell leasing i det enkelte helseforetak. Det er først og fremst Oslo universitetssykehus HF og Sykehuspartner HF som i vesentlig grad fortsatt har benyttet seg av finansiell leasing. Helse Sør-Øst RHF ga i forrige økonomiske langtidsplan Oslo universitetssykehus HF muligheten til en nedtrappingsplan i bruk av finansiell leasing. Utbyggingen av Storbylegevakten i Oslo, og sannsynligvis også det nye Livsvitenskapsbygget, skal finansieres ved finansiell leasing, noe som isolert sett øker helseforetakets bruk av finansiell leasing. Helseforetaket holder seg for øvrig til avtalt nedtrappingsplan. Sykehuspartner HF har forutsatt at periferiutstyr finansieres med regional likviditet fra 1. januar 2023.

Større utbyggings- og vedlikeholdsprosjekter på over 500 millioner kroner kan delfinansieres gjennom lån fra Helse- og omsorgsdepartementet med inntil 70 prosent. Helse- og omsorgsdepartementet tilbyr regionene å søke lån basert på kostnadsrammen (P85-estimat). Styringsrammen for investeringsprosjektene er uavhengig av finansieringen, og investeringsprosjektene i foretaksgruppen styres etter forventet projektkostnad med P50-estimat. Økonomisk langtidsplan er utarbeidet med forutsetning om 70 prosent låneandel av prosjektenes styringsramme (P50-estimat).

Helse Sør-Østs eiendomsstrategi fremgår av styresak 080-2018 *Delstrategi for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst* og er også forankret i *Regional utviklingsplan 2035*. Regionalt prioriterte investeringer omfatter byggeprosjekter over 100 millioner kroner og regionale IKT-satsninger. Dette innebærer at det enkelte helseforetak forutsettes å foreta nødvendige lokale investeringer knyttet til vedlikehold, teknisk og funksjonell oppgradering av bygningsmassen, medisinsk-teknisk utstyr mv. innenfor egen tilgjengelige likviditet.

Foretaksgruppen har årlig ca. minst 4,0 milliarder kroner tilgjengelig i fri likviditet ved et resultat i balanse. Fri likviditet består av ikke-betalbare kostnader og inntekter, dvs. avskrivninger korrigert for utsatt inntektsføring av investeringstilskudd. Nivået er estimert til å øke, og snittet for kommende fire år er nær 4,4 milliarder kroner. Disse midlene disponeres til avdrag på lån, finansiering av regionalt prioriterte prosjekter og til helseforetakenes lokale investeringsformål. Tildeling av regionale midler til

investeringsformål gjøres av styret i Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med det enkelte årsbudsjett. Prinsippene for fordeling av likviditet til helseforetakenes lokale investeringsformål er basert på størrelse målt som andel av faste inntekter.

2.19 Regionalt prioriterte investeringsprosjekter for perioden 2022–2025

I økonomisk langtidsplan 2022–2025 foreslås det å videreføre igangsatte prosjekter og prosjekter som er regionalt prioritert, jf. planforutsetningene i styresak 024-2021 (se også 060-2020 *Økonomisk langtidsplan 2021–2024* og styresak 114-2018 *Regional Utviklingsplan 2035*).

Følgende prosjekter er vedtatt planlagt/gjennomført:

- Vestre Viken HF: Nytt sykehus i Drammen, jf. styresak 017-2019
- Sykehuset i Vestfold HF: Tønsbergprosjektet, jf. styresak 009-2017
- Sørlandet sykehus HF: Nybygg psykisk helsevern i Kristiansand, jf. styresak 038-2020
- Oslo universitetssykehus HF har flere prosjekter i ulike faser basert på målbildet som ble godkjent i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF den 24. juni 2016:
 - Nytt klinikkbygg og protonsenters ved Radiumhospitalet, jf. styresak 097-2019
 - Utviklingen av Nye Aker og Nye Rikshospitalet, jf. styresak 124-2020 og styresak 063-2020
 - For ny regional sikkerhetsavdeling er det innvilget lånefinansiering. Oppstart av forprosjekt planlegges, etter at Helse- og omsorgsdepartementet anmodet om og fikk godkjent statlig reguleringsplan for Ila sør i februar 2021. Se også styresak 010-2018 og 070-2017
- Oslo universitetssykehus HF: Vedlikeholdsinvesteringer knyttet til lukking av tilsynsavvik, jf. styresak 045-2015
- Sykehuset Telemark HF: Utbygging somatikk Skien inkludert strålebygg, jf. styresak 132-2020. Avventer finansiering på statsbudsjettet.
- Akershus universitetssykehus HF: Samling av sykehusbasert psykisk helsevern, jf. styresak 133-2020. Avventer finansiering på statsbudsjettet.
- Sykehuspartner HF: IKT-infrastrukturmodernisering i Helse Sør-Øst, standardisering og IKT-infrastrukturmoderniseringsprogrammet (STIM), jf. styresak 048-2018, styresak 077-2017 og styresak 058-2017
- Regional IKT-prosjektportefølje: Videreføring av regional satsing, hvor omfang vurderes på bakgrunn av gjennomføringsstrategi og tilgjengelig likviditet. Omtalt i flere styresaker, med tertialvis rapportering, jf. blant annet styresak 018-2021 *Status og rapportering for regional IKT-prosjektportefølje per tredje tertial 2020*

Regjeringen har i Prop. 79S (2020-2021) angitt at det skal arbeides med sikte på å innplassere klinikk for laboratoriemedisin ved Oslo universitetssykehus HF i nytt bygg for livsvitenskap ved Universitetet i Oslo. Oslo universitetssykehus HF vil måtte dekke sin del av prosjektet gjennom en kostnadsdekkende husleie. Oslo universitetssykehus HF har innarbeidet dette i sitt innspill til økonomisk langtidsplan. Arbeidet innebærer at samlokaliseringen av laboratoriefunksjoner fremskyndes i tid til 2026, sammenlignet med fremdriftsplanen i etappe 2 i målbildet fra 2016.

Etablering av ny storbylegevakt i Oslo er et samarbeidsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune, jf. styresak 009-2020 og styresak 011-2019. Prosjektet finansieres med langsiktig finansiell leieavtale.

I styremøte 28. mai 2021 ble videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF behandlet, og prosjektet med Mjøssykehuset føres videre til konseptfase etter behandling i foretaksmøte.

Følgende prosjekt er i prosjektinnramming:

- Akershus universitetssykehus HF: Stråle- og somatikkbygg, jf. styresak 096-2019
- Akuttbygg ved Sørlandet sykehus HF, jf. styresak. 042-2021

Helseforetakene har tatt høyde for flere prosjekter som planlegges gjennomført og som er regionalt prioritert, men som avhenger av fremdriften i andre prosjekter og planlagt resultatutvikling. Foretaksgruppen tilpasser investeringsporteføljen løpende til det økonomiske handlingsrommet. Blant disse prosjektene er følgende prioritert:

- Videreutviklingen av Oslo universitetssykehus HF, etappe 2, jf. styresak 114-2018
- Byggetrinn 3 ved Sunnaas sykehus HF, jf. styresak. 114-2018

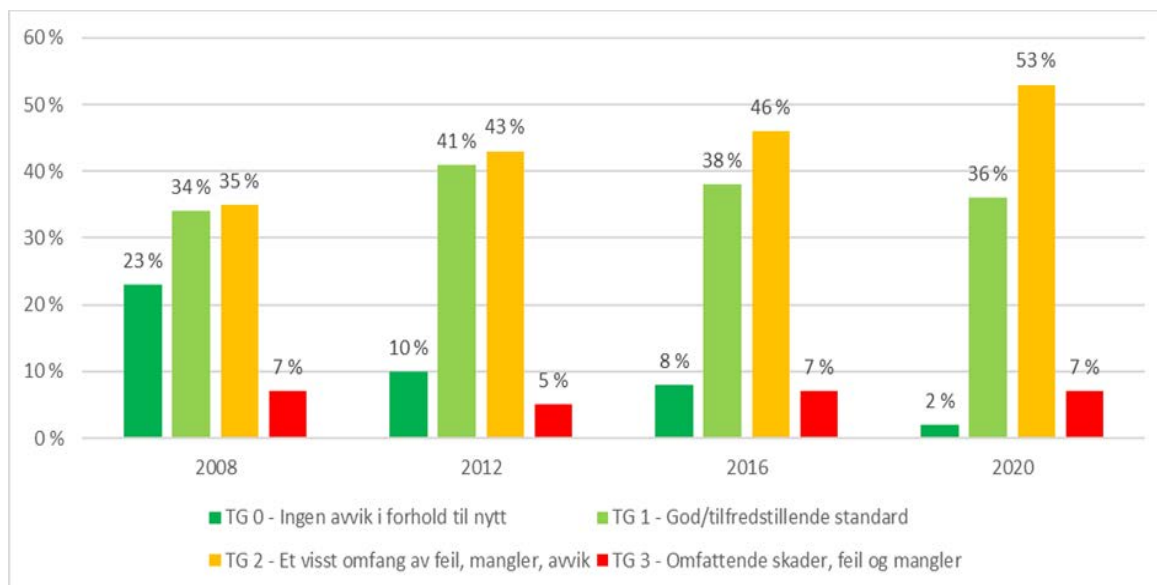
I henhold til styrets vedtak i styresak 030-2016 *Oppfølging av stråleterapikapasiteten i Helse Sør-Øst – etablering av nye stråleterapienheter i sykehusområder som ikke har egen strålestrålebehandlingstilbud i dag*, legges det opp til å etablere nye stråleenheter ved Sykehuset Telemark HF, Akershus universitetssykehus HF, Vestre Viken HF og Sykehuset Østfold HF fram mot 2030. Økonomisk langtidsplan tar høyde for gjennomføring av nødvendige investeringer i stråleterapi.

Sykehuset i Østfold HF skal arbeide videre med helseforetakets langsiktige bæreevne og avgi en omtale av dette til Helse Sør-Øst RHF i 2021. Helseforetaket skal basere vurderingen på innspillet til økonomisk langtidsplan, og inkludere eventuelle investeringsplaner som vurderes nødvendig gitt fremlagte kapasitetsvurderinger mot år 2040.

2.20 Bygningsmessig vedlikehold

Foretaksgruppen forvalter en bygningsmasse på ca. 2,8 millioner kvadratmeter brutto areal (BTA). De samlede regnskapsmessige verdiene av eiendomsmassen er 31,7 milliarder kroner. Funksjonelle bygg og en effektiv eiendomsvirksomhet er en viktig faktor for å kunne drive god pasientbehandling og levere gode helsetjenester. Videre må forvaltning, drift og vedlikehold av eiendomsvirksomheten bidra til god ressursutnyttelse.

De siste årene har helseforetakene hvert fjerde år foretatt en kartlegging av bygningsmassens tilstand som grunnlag for å kunne estimere vedlikeholdsbehov (Figur 15). Kartleggingen er gjort etter metodikk for kartlegging av bygningsporteføljer (Multimap), med hjelpemidler og veiledning fra rådgivningsfirmaet Multiconsult. Basert på registreringen beregnes også et vedlikeholdsetterslep (tabell 27).



Figur 15 Utvikling av samlet vektet teknisk tilstandsgrad for eiendomsporteføljen i Helse Sør-Øst.

Figur 15 viser utvikling av tilstandsgraden for bygningsmassen i Helse Sør-Øst fra 2008 til 2020. Vektet teknisk tilstandsgrad ble beregnet til 1,61, noe som er en forverring fra tidligere. Det har vært en gradvis økning i andelen bygningskomponenter med tilstandsgrad 2, mens bygningskomponenter med tilstandsgrad 3 er stabil. Andelen av bygningsmasse med en tilstandsgrad tilsvarende nybygg er redusert. Multiconsult har i forbindelse med tilstandsrapporteringen beregnet at foretaksgruppen har et vedlikeholdsetterslep i størrelsesorden 30 milliarder kroner, der om lag halvparten ligger i bygningsmassen i Oslo universitetssykehus HF. Se vedlegg 1 for mer detaljer.

De planlagte regionale byggeprosjektene vil innebære at om lag 25 prosent av bygningsmassen fornyes. Dette vil påvirke tilstanden for den samlede bygningsmassen i en positiv retning, forutsatt at man ved et godt vedlikehold unngår at den resterende andel av bygningsmassen forringes ytterligere. De regionale byggeprosjektene vil særskilt løfte tilstanden for bygningsmassen ved de helseforetakene som i dag kommer dårligst ut med hensyn til teknisk tilstand.

Normtallet som benyttes for vedlikehold, og som er lagt til grunn som planforutsetning for helseforetakene, er på 250 kroner per kvadratmeter per år. Dette for å opprettholde teknisk tilstand og verdi på porteføljen av sykehuseiendommer. I tillegg må det settes av midler til ekstraordinært vedlikehold, og evt. vedlikeholdsetterslep. Det er viktig at helseforetakene i sine årlige budsjetter både prioriterer tilstrekkelige midler til løpende vedlikehold, og til planmessig arbeid for å fjerne vedlikeholdsetterslepet.

Helseforetakene har ulik tilstandsgrad for sin bygningsmasse og dermed ulikt behov for investeringer. Det må utarbeides tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner for bygninger i tilstandsgrad 2 og 3. Midler som settes av må gjenspeile behovet. Generelt for alle helseforetakene er det et behov for økte investeringer til vedlikehold. Det vises i denne forbindelse til oppdrag og bestilling til helseforetakene for 2012.

Tabell 20 viser helseforetakenes anslag for planlagte vedlikehold for årene 2022–2025.

Helseforetak	Vedlikehold og utskifting kr/kvm per år				
	B2021	2022	2023	2024	2025
Akershus universitetssykehus HF	254	312	315	319	323
Oslo universitetssykehus HF	52	104	108	108	113
Sunnaas sykehus HF	303	285	285	285	285
Sykehuset i Vestfold HF	265	252	252	252	252
Sykehuset Innlandet HF	262	210	210	210	277
Sykehuset Telemark HF	320	320	256	256	384
Sykehuset Østfold HF	228	228	258	258	258
Sørlandet sykehus HF	537	445	345	253	276
Vestre Viken HF	1042	1071	1099	1129	1160
Vektet gjennomsnitt ekskl OUS HF	397	384	367	356	391
Krav til gjennomsnittlig minimumsnivå	250	250	250	250	250
Vektet gjennomsnitt i Helse Sør-Øst	267	279	270	263	287

Tabell 20 Helseforetakenes planlagte vedlikehold og utskifting pr kvadratmeter, jf NS3454. Kilde: ØLP 2022-2025.

Innspillene viser at midler til vedlikehold og utskifting i løpet av en femårsperiode i gjennomsnitt er ca. 273 kroner per kvadratmeter. Dette er i tråd med anbefaling om å benytte minimum 250 kroner per kvadratmeter, men ikke tilstrekkelig til å dekke opp vedlikeholdsetterslep.

Gjennomsnittlig planlagt budsjett for vedlikehold og utskifting varierer mellom fra 263 til 287 kroner pr. kvm i perioden 2022 til 2025. Nivået er spesielt høyt i Vestre Viken HF grunnet vedlikehold og midler til reduksjon av vedlikeholdsetterslep ved Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus, Vestre Viken HF. I tillegg oppgraderes bygningsmassen ved nybygg og renovering.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å utrede en ordning for helseforetaksintern husleie. Arbeidet er i slutfasen, og skal oversendes til Helse- og omsorgsdepartementet etter behandling i de regionale helseforetakene.

2.21 Medisinsk-teknisk utstyr

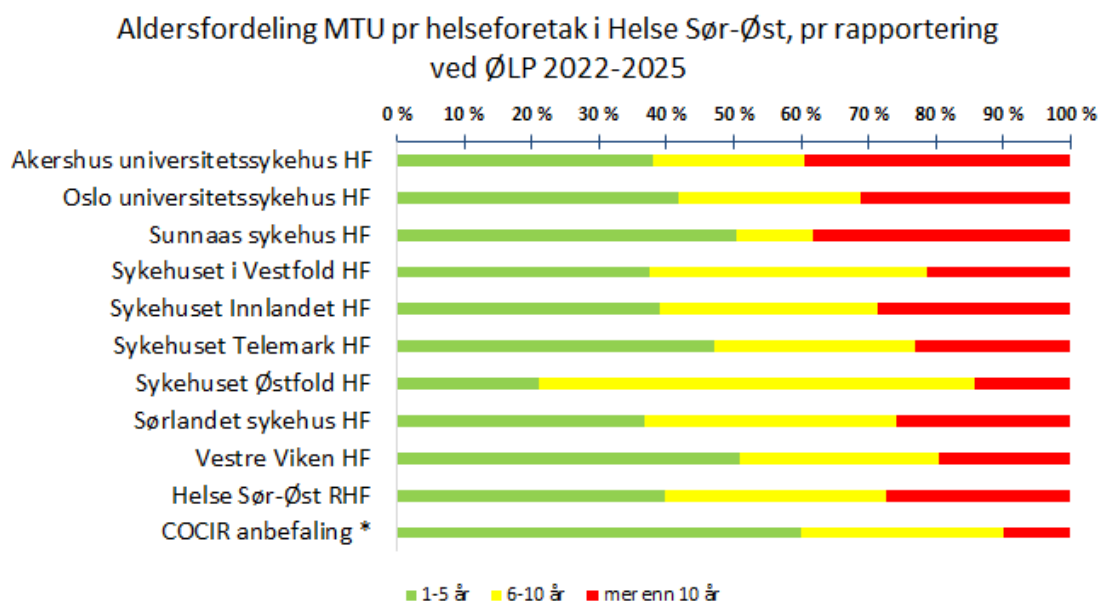
Tilstand på utstyrsparken ved helseforetakene varierer. Gjennomsnittlig alder på medisinsk-teknisk utstyr oppgis å være 8,6 år per 31. desember 2020 for regionen sett under ett. Dette er en reduksjon på 0,1 år sammenlignet med tall per 31. desember 2019.

Tabell 21 viser gjennomsnittsalder på medisinsk-teknisk utstyr per helseforetak i foretaksgruppen (ved inngangen til det aktuelle året). I perioder med store byggeprosjekter øker også investeringsnivået i medisinsk-teknisk utstyr, og helseforetakene som har nyest utstyrspark er hovedsakelig de helseforetakene med nylig ferdigstilte sykehusbygg. Nybyggprosjektene har ofte forholdsvis lav andel gammelt utstyr som flyttes over i nytt bygg (inntil 30 prosent). Investeringer i medisinsk-teknisk utstyr knyttet til nybygg ved Radiumhospitalet og storbylegevakten i Oslo er hovedårsaken til at gjennomsnittsalder for medisinsk-teknisk utstyr reduseres i 2024 og 2025.

Gjennomsnittsalder medisinsk teknisk utstyr	Anskaffelses- kostnad	2019	2020	2021	Endring
Akershus universitetssykehus HF	1 018 303	8,0	8,2	7,7	↑ -0,5 år
Oslo universitetssykehus HF	4 003 246	9,3	9,3	8,9	↑ -0,4 år
Sunnaas sykehus HF	20 433	8,7	8,5	6,4	↑ -2,1 år
Sykehuset i Vestfold HF	480 000	8,7	8,5	8,3	↑ -0,2 år
Sykehuset Innlandet HF	1 299 069	11,9	10,3	9,4	↑ -0,9 år
Sykehuset Telemark HF	530 187	9,1	9,3	8,5	↑ -0,8 år
Sykehuset Østfold HF	1 008 716	4,5	5,3	6,0	↓ 0,7 år
Sørlandet sykehus HF	907 000	8,5	8,5	7,7	↑ -0,8 år
Vestre Viken HF	1 218 036	7,0	6,9	6,7	↑ -0,2 år
Vektet gjennomsnitt HSØ	10 484 991	8,7	8,6	8,1	↑ -0,4 år

Tabell 21 Anskaffelseskostnad pr 01.01.2021 og gjennomsnittsnittalder (år) for medisinsk-teknisk utstyr per inngangen til det aktuelle år.

Helseforetakene oppgir også aldersfordeling, vurdert opp mot internasjonalt anerkjent anbefaling for aldersfordeling (figur 16). COCIR (European Coordination Committee of the Radiological Electromedical and Healthcare IT Industry) anbefaler en fordeling av medisinsk-teknisk utstyr der 60 prosent av utstyret er under fem år gammelt, 30 prosent er mellom seks og ti år gammelt, og ti prosent er eldre enn ti år.

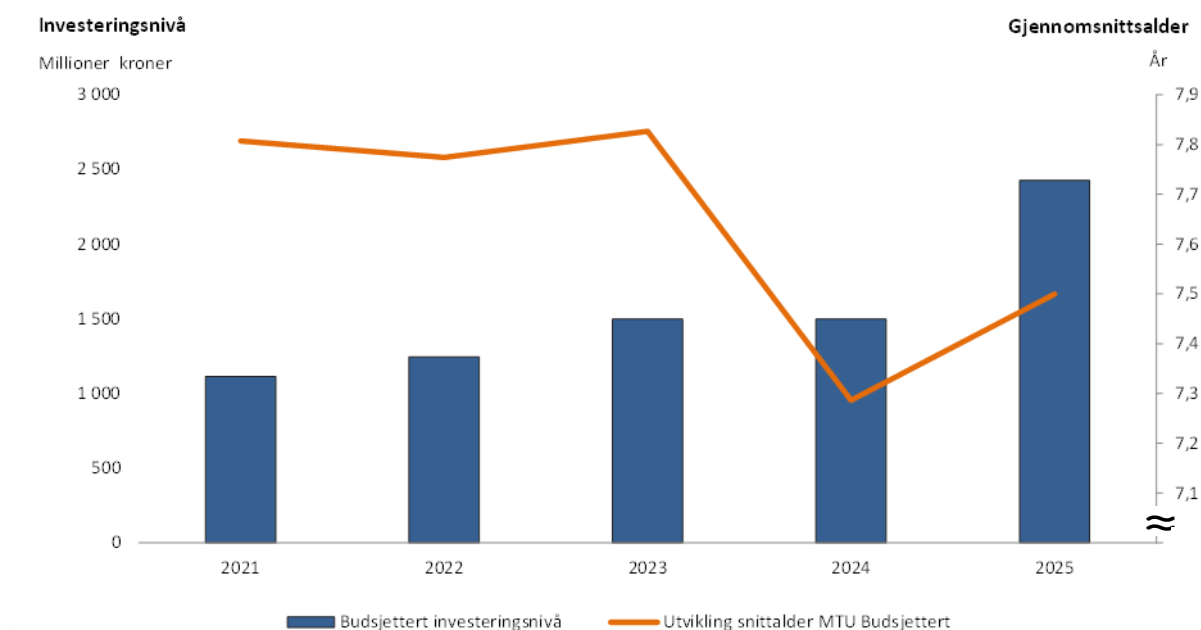


Figur 16 Aldersfordelt medisinsk teknisk utstyr pr 01.01.2021 for helseforetak i Helse Sør-Øst

Fordelingen i Helse Sør-Øst viser en høyere andel eldre utstyr enn anbefalt.

Innspillene til økonomisk langtidsplan viser at helseforetakene planlegger med et samlet investeringsnivå på 6,7 milliarder kroner til medisinsk-teknisk utstyr i perioden 2022–2025. Dette er et høyere nivå enn i fjorårets økonomisk langtidsplan, høyere enn kapitalslitet og vil bidra til en reduksjon i gjennomsnittsalder for utstyret med cirka ett år.

I figur 17 vises utvikling i gjennomsnittsalder slik helseforetakene har planlagt i økonomisk langtidsplan 2022–2025 (ved utgangen av året).



Figur 17 Investeringsnivå i millioner kroner (stolpe og høyre akse) og gjennomsnittsalder i år (linje og venstre akse) for medisinsk-teknisk utstyr (MTU).

Regionalt kompetansesenter for samordning av anskaffelser av medisinsk-teknisk utstyr (RKMTU) ble opprettet i 2015 for å få bedre innsikt i og legge til rette for bedre samordning av investeringer i medisinsk-teknisk utstyr. Senteret gjennomfører regionale anskaffelser av medisinsk-teknisk utstyr i Helse Sør-Øst. I tillegg til å gjennomføre de regionale anskaffelsene, har senterets analyser og rapporter gitt det regionale helseforetaket og helseforetakene strategisk beslutningsstøtte, en beslutningsstøtte som var uvurderlig i arbeidet med koronapandemien. RKMTU har arbeidet med videreutvikling av helseforetakenes mulighetsrom for langsiktig strategisk forvaltning og utskiftning av utstyrsparken.

2.22 Regional IKT

Strategisk retning

Behov og strategiske føringer for IKT-området er basert på føringer fra *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, *Regional utviklingsplan 2035* for Helse Sør-Øst, samt regional delstrategi for teknologiområdet, jf. styresak 049-2020. *Nasjonal helse og sykehusplan 2020–2023* beskriver hvordan pasienttilbud må utvikles i tiden fremover og er særlig tydelig på behovet for ny teknologi.

Den medisinske og teknologiske utviklingen, flere endringer i leveranser og prosjekter de siste årene og *Regional utviklingsplan 2035* har gitt behov for en oppdatert strategi for IKT-området. Delstrategien for teknologiområdet beskriver mål og nye innsatsområder, inkludert satsingsområder som kreves for å kunne realisere tiltakene i regional utviklingsplan. Regional delstrategi for teknologiområdet består av åtte innsatsområder som hver har tre til fire delmål med underliggende tiltak. Innsatsområdene én og to oppsummerer de overordnede målene for perioden, og blir nærmere omtalt under.

- Realisere én innbygger – én journal
For å sørge for gode nasjonale løsninger som ivaretar helsetjenestens behov, er det viktig at Helse Sør-Øst bidrar med sin kunnskap og kompetanse i nasjonal utvikling og realisering av pasientens helsetjeneste i regionen. Hovedmålene for dette innsatsområdet er:
 - o Være en pådriver i videreutvikling av nasjonale e-helseløsninger
 - o Bidra til nasjonal e-helsestrategi gjennom samhandling innen spesialisthelsetjenesten
 - o Etablere felles EPJ-utvikling med øvrige helseregioner
 - o Understøtte sammenhengende helsetjenester med primærhelsetjenesten
- Ta i bruk ny teknologi for bedre helsehjelp
Flere nye teknologier har stort potensial for å understøtte nye typer helsetjenester og effektivisere pasientbehandlingen. For å kunne utnytte dette potensialet, er det nødvendig med faglige mål og rammer for effektiv og forsvarlig bruk av teknologiene. Hovedmålene for dette innsatsområdet er:
 - o Etablere digital hjemmeoppfølging
 - o Understøtte utviklingen av persontilpasset medisin
 - o Etablere analyseverktøy som grunnlag for ny innsikt og kunnskap
 - o Benytte kunstig intelligens både for kliniske og administrative områder

I tillegg til dette vil Helse Sør-Øst RHF videreføre følgende sentrale satsninger:

- Etablering av en felles, moderne og sikker IKT-infrastruktur som understøtter samhandling regionalt og nasjonalt, samt effektiv drift og forvaltning
- Videre innføring av regionale kliniske og administrative løsninger

De regionale fellesløsningene utgjør kjernesystemene i regionen og skal effektivisere utvikling og drift av teknologi i Helse Sør-Øst. Fellesløsningene danner også grunnlaget for arbeidet som gjøres innenfor standardisering og sanering av applikasjonsporteføljen.

Regional delstrategi for teknologiområdet peker både på kjernesystemer som skal utvikles og nye regionale systemer som skal etableres. Kjernesystemene vil blant annet være avgjørende for effektiv etablering av digital hjemmeoppfølging.

Erfaringene fra pandemien, og nye teknologiske muligheter, har medført en økt prioritering av løsninger for digital hjemmeoppfølging. Dette er fulgt opp av Helse- og omsorgsdepartementet som nå setter tydelige krav til økning av andelen poliklinisk behandling via elektroniske løsninger.

Økt digitalisering i helsesektoren er en forutsetning for at regionen skal kunne levere helsetjenester innbyggerne har behov for og forventer. Teknologi vil bli en stadig viktigere innsatsfaktor i helsetjenestene de kommende årene. Helseforetakene må derfor forvente økte lokale kostnader til teknologi, og – over tid – en økning i total tjenestepreis fra Sykehuspartner HF. Samtidig er dette teknologiske løsninger som gir grunnlag for omlegging av driften, og derigjennom en mulighet for gevinstrealisering i helseforetakene.

Ressursbruk på IKT i Helse Sør-Øst

Direktoratet for e-helse utgir årlig i samarbeid med de regionale helseforetakene og nasjonale aktører rapporten «Ressursbruk på IKT i helse- og omsorgstjenesten». Rapporten skal bidra til et kunnskapsgrunnlag om bruk og effekter av IKT på området. Rapporten for 2019 og utviklingen siden 2017 kan oppsummeres slik hva gjelder Helse Sør-Øst:

- IKT-utgifter¹ som andel av helseregionens totale driftsutgifter er 5,3 prosent. Dette er over det internasjonale gjennomsnittet som er 4,5 prosent, og så vidt under gjennomsnittet for alle helseregionene. Helse Sør-Øst har økt sine IKT-utgifter fra 2017 med 0,5 prosentpoeng. Økningen knyttes til standardiserings- og moderniseringsprogrammet.
- IKT-utgifter per ansatt er 53 300 kroner. Dette er lavere enn det internasjonale snittet som er 61 600 kroner, og om lag på gjennomsnittet for alle helseregionene. I 2017 var IKT-utgift per ansatt i Helse Sør-Øst 45 600 kroner. Det har vært en økning i samtlige regioner siden 2017.
- IKT-årsverk som andel av ansatte var i 2019 2,5 prosent og er så vidt under det internasjonale snittet på 2,6 prosent, og på samme nivå som de andre regionene i gjennomsnitt.

Økonomisk omfang

Årlig totale IKT-investeringer forventes å være mellom 2,0 og 2,3 milliarder kroner i økonomisk langtidsplan 2022–2025. Dette inkluderer ikke-byggnær IKT i store byggeprosjekter. Investeringsnivået vil stige noe de første årene, men fra 2025 være tilbake på omtrent samme nivå som i starten av planperioden.

Tabell 22 oppsummerer investeringsnivået på IKT-området for planperioden:

IKT-OMRÅDET INVESTERING		ØLP 2022-2025			
Mill. kroner	B2021	2022	2023	2024	2025
Regionale kjernesystemer	510	490	450	400	340
Teknologi for bedre helsehjelp	80	100	100	100	100
Forvaltning av regionale løsninger	85	100	120	140	160
Sykehuspartner HF	602	665	645	625	625
Programmet STIM, Sykehuspartner HF	373	520	524	485	275
Lokale IKT-investeringer, Sykehuspartner HF	100	115	106	90	80
Tarmkreftscreening	32				
Lokale IKT-investeringer, helseforetakene	46				
Delsum før Ikke-byggnær IKT	1 828	1 990	1 945	1 840	1 580
Ikke-byggnær IKT	142	266	428	511	480
SUM INVESTERINGER	1 970	2 256	2 373	2 351	2 060

Tabell 22 Utvikling i IKT-investeringer fordelt på delområder i millioner kroner

¹ IKT-utgifter er i denne sammenheng definert som betalbare kostnader og investeringer til formålet.

Investeringene på IKT-området kan deles i fire kategorier:

- Regionale investeringer, som utgjør i underkant av 700 millioner i begynnelsen av planperioden og reduseres til 600 millioner i 2025
- Programmet STIM, som utgjør ca. 550 millioner kroner i starten av perioden og reduseres til i underkant av 300 millioner kroner,
- Øvrige investeringer i Sykehuspartner HF, med i gjennomsnitt 650 millioner per år,
- Ikke-byggnær IKT. Ikke-byggnær IKT varierer i takt med byggeprosjektene, og utgjør i gjennomsnitt en femtedel av IKT-investeringene i planperioden.

Arbeidet i STIM i regi av Sykehuspartner HF er en nødvendig og viktig forutsetning for å fremme pasientsikkerhet og kvalitet. En modernisert IKT-infrastruktur vil styrke Sykehuspartner HFs arbeide med å understøtte helseforetakenes behov, leverer kostnadseffektive tjenester og bidrar til økonomisk bærekraftig utvikling av IKT-området. Driftskostnadene i STIM er forutsatt finansiert av basisramme fra Helse Sør-Øst RHF.

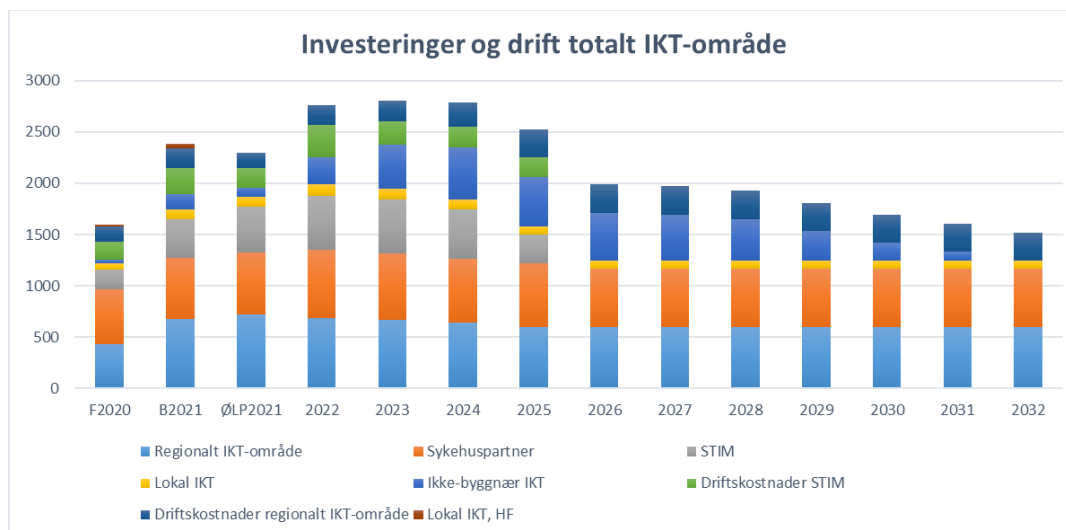
Investeringsnivået innen IKT-området er betydelig i planperioden og stiller krav til effektiv ressursbruk, organisering og riktige prioriteringer. Det økte investeringsnivået vil få konsekvenser for kostnadene til drift- og forvaltning av løsningene. Det forutsettes av Sykehuspartner HF kan omstille driften for å kunne håndtere de nye løsningene som skal innføres samtidig som det vil være et økt behov for digitalisering. Dette innebærer også å organisere seg på en slik måte at stordriftsfordeler tas ut. Det er viktig at Sykehuspartner HF klarer å hente ut driftsgevinster når applikasjoner saneres og fases ut.

I tillegg til investeringene på det regionale IKT-området kommer årlige driftskostnader. De senere årene har dette utgjort i størrelsesorden 140-150 millioner kroner. Etter hvert som flere regionale løsninger tas i bruk, vil behovet for forvaltning av løsningene medføre økt behov for investeringsmidler. De fleste store, viktige kliniske løsningene vil være tatt i bruk ved alle regionens helseforetak i løpet av planperioden. Det blir derfor nødvendig å styrke den regionale forvaltningen av disse løsningene i perioden, samtidig som nye IKT- løsninger for bedre helsehjelp utvikles.

En større andel av midlene forutsettes brukt til forvaltning av eksisterende løsninger og smidig utvikling av nye løsninger. Dette medfører at andelen som resultatføres vil øke. I planperioden er det forutsatt at driftskostnader gradvis øker fra 191 millioner kroner i budsjett 2021 til 276 millioner kroner fra 2025.

Figur 19 oppsummerer det totale drifts- og investeringsbudsjettet fra faktisk 2020 til økonomisk langtidsplan 2022–2025 (2032) fordelt på ulike hovedområder.

Hovedprinsippet er at IKT-investeringer skal skje regionalt, men det vil allikevel fortsatt være et visst behov for lokale IKT-investeringer.



Figur 18 Utvikling i investeringer og drift innen IKT-område i millioner kroner.

Nasjonale og interregionale IKT-tiltak

Nasjonale initiativ og regionale konseptutredninger vil resultere i nye prosjekter i den regionale prosjektporteføljen, samtidig som ferdigstilte prosjekter fases ut. Det forventes en økning i de nasjonale IKT-initiativene i regi av Norsk Helsenett SF og gjennom samfinansiering av interregionale e-helsetiltak. Det er usikkerhet knyttet til i hvilken grad disse initiativene vil erstatte egne planer. Dette må utredes videre.

Samfinansiering IKT går til dekning av utgifter til felles interregionale prosjekter, forvaltningskostnader hos tredjepart og samfinansiering av prosjekter i direktoratet for e-helse (digitale innbyggertjenester for spesialisthelsetjenesten og digitalisering av legemiddelområdet). I tillegg går dette til å dekke kostnader til interregionalt samarbeid på fagforum, nettverk og sekretariat og forvaltningskostnader. Det forventes at nivået på samfinansiering IKT vil bli uendret i årene fremover, jmfør tabell 28.

Det ble budsjettert med medlemsavgifter på til sammen 235,6 millioner kroner i 2021, hvor Helse Sør-Øst RHF's andel utgjør 41,4 millioner kroner. Medlemsavgiften forutsettes uendret i økonomiplanperioden. Det foreslås å videreføre Nasjonale kvalitetsregistre IKT på samme nivå som i budsjett 2021. Dette går til drift av teknisk løsning (IKT-løsning) for nasjonale, medisinske kvalitetsregistre (OpenQreg utviklet av Helse Nord, e-Reg utviklet av Helse Sør-Øst og MRS utviklet av Helse Midt-Norge og Kreftregisterets tekniske løsning, eller løsninger gjennom Norsk Helsenett SF). Kostnaden avhenger av antall registre og eventuell økning i driftskostnadene av registrene.

Samfinansiering forvaltning av nasjonale e-helseløsninger i Norsk Helsenett SF

Norsk Helsenett SF fikk med virkning fra 1. januar 2020 overført oppgaver fra Direktoratet for e-helse som bl.a. skal gi mer effektiv drift, forvaltning og videreutvikling av nasjonale e-helseløsninger. For 2021 har Norsk Helsenett SF fått tildelt ca. 490 millioner kroner over statsbudsjettet og ca. 36 millioner kroner i fakturering, totalt ca. 526 millioner kroner, til dekning av drift og forvaltning av løsningene Kjernejournal, E-resept, Helsenorge, Grunndata og Helse-ID. Som følge av at nye løsninger innenfor de nasjonale e-

helseløsningene blir satt i produksjon vil Norsk Helsenett SF finansiere økte drift- og forvaltningskostnader knyttet til disse gjennom samfinansiering. Helse Sør-Øst RHF sin andel anslås til ca. 27 millioner kroner årlig i planperioden.

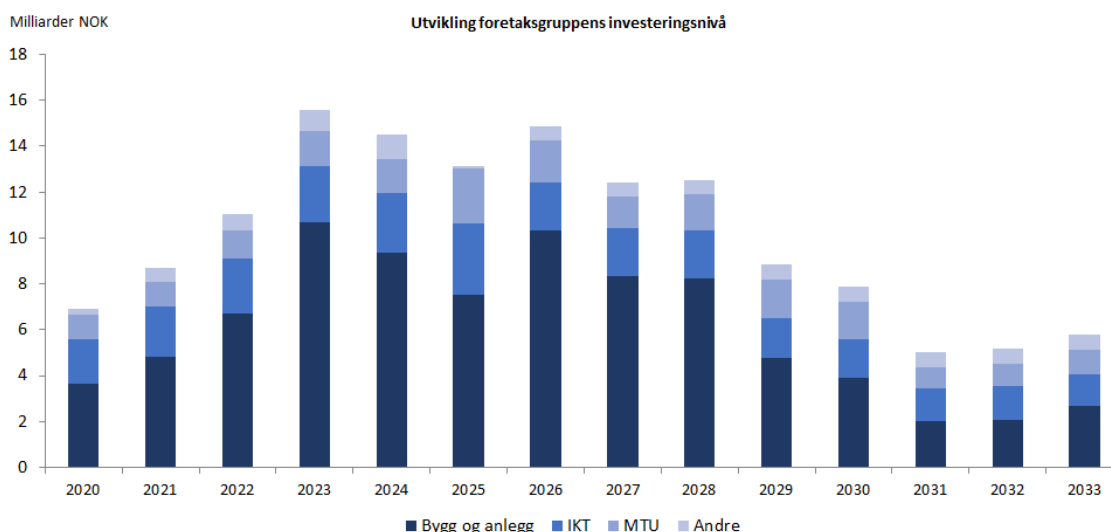
I økonomisk langtidsplan 2022–2025 legges det til grunn samme kostnad i hele perioden for nasjonale og interregionale IKT-tiltak.

	B2021	E2021	Økonomisk langtidsplan			
			2022	2023	2024	2025
Samfinansiering IKT	68,8	65,5	65,5	65,5	65,5	65,5
Norsk Helsenett Medlemsavgift	42,0	41,5	42,0	42,0	42,0	42,0
Nasjonale kvalitetsregistre IKT	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5
Samfinansiering forvaltning av nasjonale e-helseløsninger i NHN	-	-	27,3	27,3	27,3	27,3
Sum	123,3	119,5	147,3	147,3	147,3	147,3

Tabell 23 Forventede kostnader til nasjonale og interregionale IKT-tiltak i millioner kroner angitt med kostnader i budsjett for 2021 og estimerte kostnader for 2021, samt innspill til økonomisk langtidsplan for årene 2022–2025.

2.23 Investeringsnivå i økonomisk langtidsplan

Figur 20 viser samlet investeringsnivå som foreslås prioritert og innarbeidet i perioden fra 2022 til 2033 fordelt på bygg og anlegg, IKT, medisinsk-teknisk utstyr og andre investeringer.

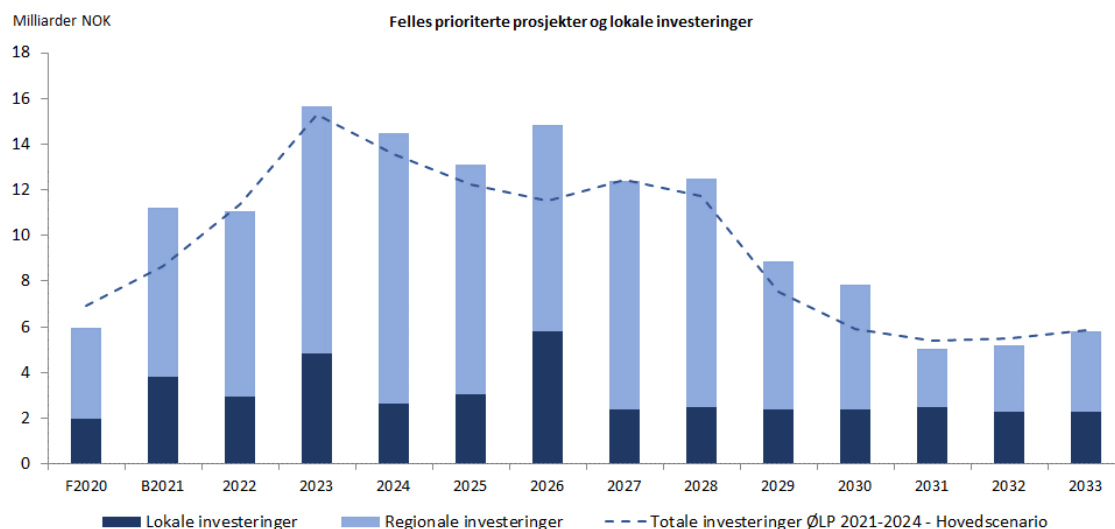


Figur 19 Utvikling i investeringsnivå for foretaksgruppen fordelt på investeringskategori i foreslått scenario for økonomisk langtidsplan (tall i milliarder kroner).

Det legges opp til en vekst i det årlige investeringsnivået i perioden 2022–2023, og et høyt investeringsnivå frem til 2028. Veksten er i hovedsak drevet av investeringer i regionalt prioriterte byggeprosjekter. Det årlige investeringsnivået vil reduseres som følge av at regionalt prioriterte investeringsprosjekter ferdigstilles. Det har vært nødvendig å tilpasse investeringsnivået fra helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan 2022–2025 for at det skal være økonomisk handlingsrom for foretaksgruppen med akseptabel risiko.

Endelig kostnadsomfang for regionalt prioriterte byggeprosjekter vil ikke være avklart før godkjent oppstart av forprosjekt. Det estimerte investeringsnivået og fordeling over år, spesielt etter 2024, er derfor forbundet med usikkerhet.

Figur 21 viser utvikling i investeringsnivå for de regionalt prioriterte prosjektene og investeringer som gjennomføres og finansieres av helseforetakene (lokale investeringer). Det fremgår av figuren at investeringsnivået i hovedsak er knyttet til regionalt prioriterte investeringsprosjekter.



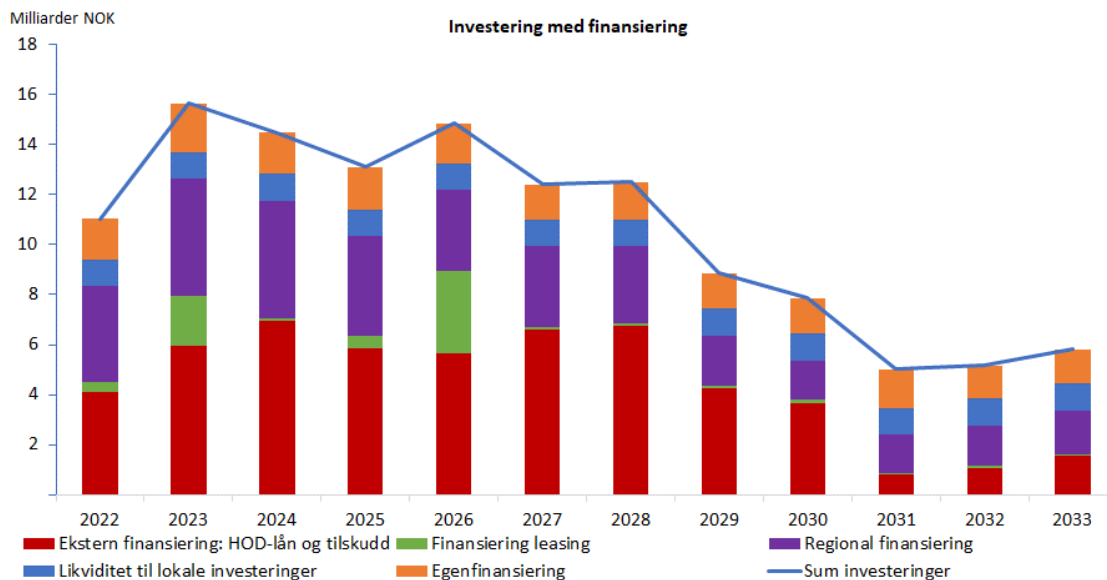
Figur 20 Utvikling i felles prioriterte prosjekter og lokale investeringer i økonomisk langtidsplan 2022–2025, samt totalt investeringsnivå fra økonomisk langtidsplan 2021–2024 (tall i milliarder kroner).

Figuren sammenligner investeringsnivået med styresak 060-2020 Økonomisk langtidsplan 2021–2024. Investeringsnivået er noe høyere enn det som ble lagt til grunn i forrige økonomiske langtidsplan. De vesentligste endringene utover prisjustering er:

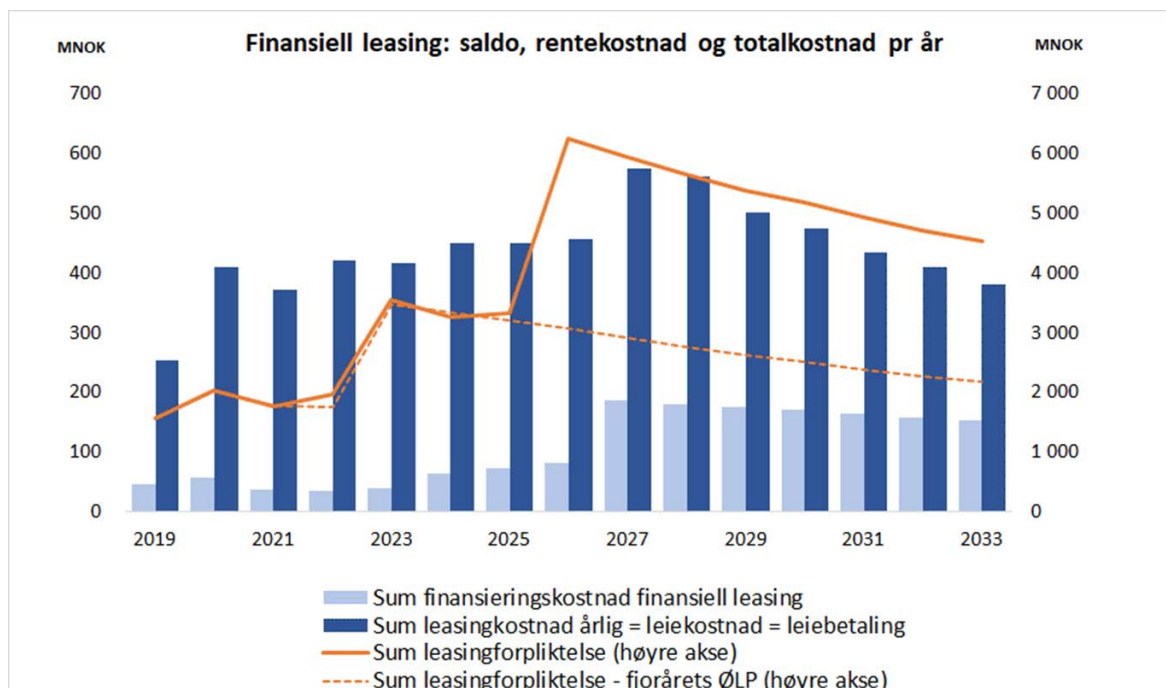
- Korreksjon av investeringsestimat for Mjøssykehuset, knyttet til korrekt indeksregulering av styringsramme, samt estimat for investeringer i akutt- og elektivt sykehus (ca. 3,2 milliarder kroner)
- Livsvitenskapsbygget (ca. 2,6 milliarder kroner tas ut av etappe 2 for Nye Aker og Nye Rikshospitalet, og legges til som en leiekontrakt fra 2026)
- Tønsbergprosjektet reduseres med ca. 0,7 milliarder kroner, da deler av bygningsmassen (psykiatribygget) er tatt i bruk
- Sørlandet sykehus HF har endret investeringsplanene sammenlignet med forrige økonomiske langtidsplan. Helseforetaket har bl.a. lagt til grunn at nytt akuttbygg, som er i prosjektinnramming, skal ha en planleggingsramme på 1,0 milliard kroner.

De lokale investeringene er på et stabilt nivå sett bort fra vekst i egenkapitaltilskudd til pensjonskassene, men med en markant dreining fra finansielle leieavtaler til eget kjøp av medisinsk-teknisk utstyr. Se figur 22 og figur 23 for oversikt over ulike finansieringskilder for investeringer i foretaksgruppen. Figur 22 skiller mellom ekstern finansiering (lån over statsbudsjettet), finansiell leasing (som er finansiering fra private aktører) og finansiering

internt i Helse Sør-Øst der den regionale lånemodellen bidrar med lån og likviditet til helseforetakene ut over helseforetakenes egne midler fra positive resultater og gaver/tilskudd.



Figur 21 Sammensetning av finansiering i foretaksgruppen i økonomisk langtidsplan (tall i milliarder kroner).



Figur 22 Finansiell leasing fremskrevet, inklusive effekten av finansiell leasingavtale for Livsvitenskapsbygget (2026) og Storbylegevakten i Oslo (2023) (tall i millioner kroner).

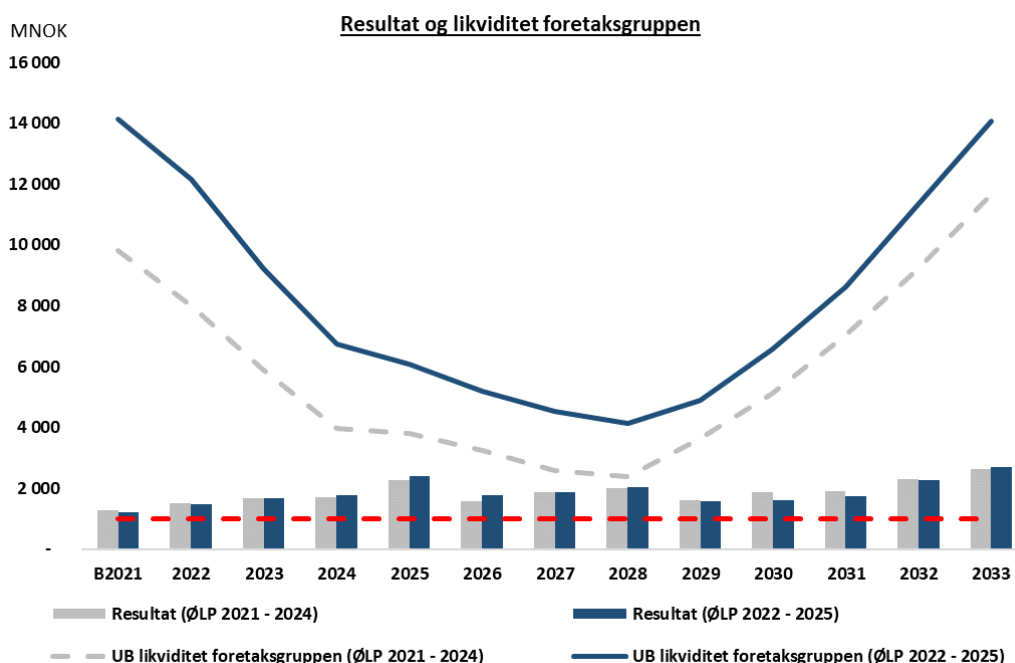
I enkelte store byggeprosjekter benyttes finansiell leie, og medvirker til økningene i 2023 og 2026. Dette gjelder prosjekter ved Oslo universitetssykehus HF der det er valgt en samarbeidsmodell med andre aktører (Storbylegevakten i 2023, samarbeid med Oslo kommune, og Livsvitenskapsbygget i 2026, samarbeid med Kunnskapsdepartementet).

Helseforetakene bidrar med egenfinansiering, herunder likviditet fra egne positive resultater, ved finansiering av regionalt prioriterte investeringsprosjekter i eget helseforetak. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp dette kravet i forbindelse med de enkelte investeringsbeslutningene.

2.24 Økonomisk bæreevne for foretaksgruppen

Foretaksgruppen må tilpasse drift og gjennomføring av planlagte investeringer innenfor sitt økonomiske handlingsrom. Utviklingen i foretaksgruppens likviditetsbeholdning gir et bilde på om forutsetningene som ligger til grunn for økonomisk langtidsplan 2022–2025 er bærekraftig i et økonomisk perspektiv.

Figur 24 illustrerer bæreevnen gjennom foretaksgruppens utvikling i resultater og tilgjengelige likviditetsbeholdning i økonomisk langtidsplan 2022–2025.



Figur 23 Utvikling i resultat og likviditetsbeholdning for foretaksgruppen i økonomisk langtidsplan 2021–2024 sammenlignet med foreslått scenario for økonomisk langtidsplan 2022–2025 (tall i millioner kroner).

Resultatutviklingen i langtidsperioden avviker noe fra summen av helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan 2022–2025. Dette skyldes hovedsakelig at investeringsnivået er tilpasset det økonomiske handlingsrommet basert på prioritering av prosjekter og dermed justert i forhold til helseforetakenes innspill. Dette påvirker resultatutviklingen som følge av at blant annet avskrivninger og rentekostnader endres i perioden 2022–2033.

Den økonomiske langtidsplanen har lagt opp til en nedre likviditetsmessig sikkerhetsgrense på én milliard kroner (rød stiple linje i figur 24). Det økonomiske handlingsrommet er tilpasset denne forutsetningen. I de årlige budsjettprosessene kan det imidlertid være rom for å planlegge med en likviditetsbeholdning lavere enn én milliard kroner, da det er mindre risiko og usikkerhet for neste års økonomiske utvikling.

Foretaksgruppen er i en bedre likviditetssituasjon enn forutsatt i økonomisk langtidsplan 2021-2024. Økningen i likviditetsbeholdning ved utgangen av 2021 skyldes blant annet forsinket fremdrift i investeringer (ca. - 1,0 milliarder kroner) og en positiv resultatutvikling (ca. 1,5 milliarder kroner) i 2020.

Det fremgår av figur 24 at tilgjengelig likviditet (forutsatt at resultat- og investeringsbufferne benyttes fullt ut) vil reduseres fra 2021 til 2027. Dette skyldes blant annet økte investeringer. Tilgjengelige likviditet ligger over sikkerhetsgrensen i hele perioden, og foretaksgruppen har således økonomisk handlingsrom for å planlegge for de felles prioriterte investeringsprosjektene. Tilgjengelig likviditetsbeholdning inkluderer udisponert driftskredittramme på 3 066 millioner kroner.

Likviditetsnivået vil være på det laveste i 2027–2029. Det er usikkerhet knyttet til framskrivningen, omtalt i avsnitt om sensitiviteter og risiko.

Behov for mellomfinansiering

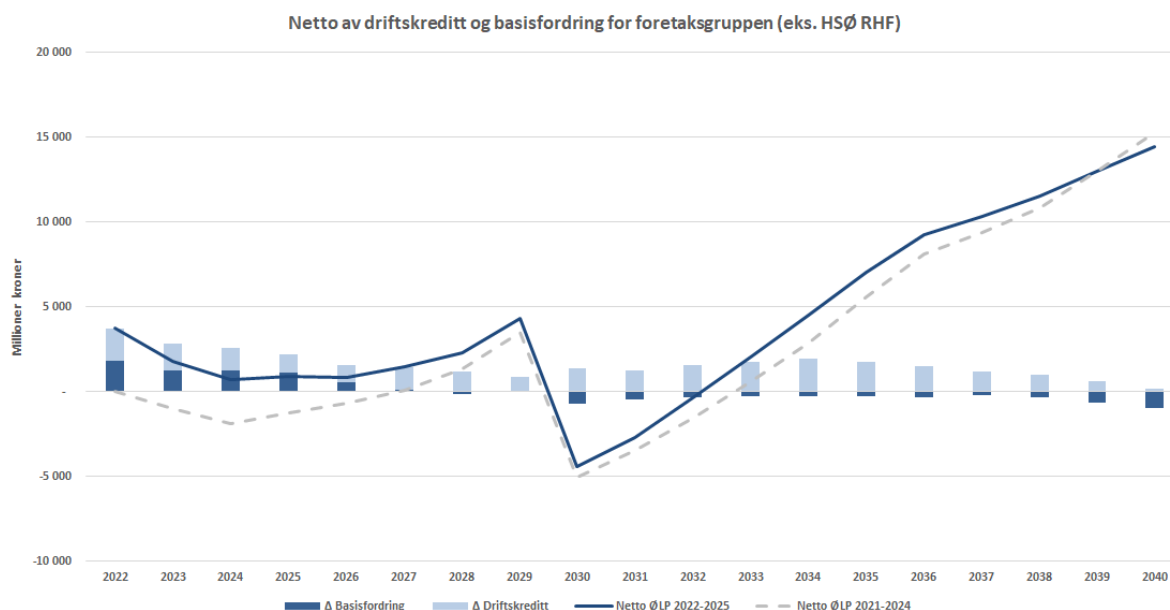
Helseforetakenes behov for mellomfinansiering måles som netto av helseforetakenes fordring på det regionale helseforetaket (basisfordring) og bankbeholdning/driftskreditt. Dette uttrykker om, og i hvor stor grad, helseforetakene har behov for lån fra morselskapet. Mellomfinansiering oppstår enten gjennom den regionale låne-/spare-ordningen (basisfordringen) eller gjennom driftskreditt. Mellomfinansieringen er et mål på likviditetsbehovet til helseforetaket og påvirkes av drifts-, investerings- og finansieringsaktiviteter.

Basisfordring/-gjeld er en opparbeidet rettighet/forpliktelse på likviditet som oppstår mellom helseforetak og Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med den regionale lånemodellen. Det regionale helseforetaket holder tilbake likviditet fra deler av inntektsbevilgningen til helseforetakene. Innestående i ordningen godskrives eller belastes renter. Likviditet fra den lånemodellen brukes til felles regionalt prioriterte formål som store regionale byggeprosjekt, eller satsning på IKT. Det enkelte helseforetak får tilgang til basisfordringen i forbindelse med finansiering av byggeprosjekter.

Driftskreditt er et kortsiktig lån fra Helse Sør-Øst RHF som helseforetaket kan benytte seg av til å dekke likviditetseffekter av pensjon og finansiere den daglig driften. Driftskreditt er regulert i brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 19. desember 2001: *Driftskreditt skal kun benyttes i de tilfeller der de ordinære inntektene ikke er tilstrekkelig til å dekke de løpende utbetalinger, eller det oppstår uforutsette utgifter, og Driftskreditt kan ikke benyttes som finansieringskilde for plassering av overskuddslikviditet.*

Figur 25 viser mellomfinansieringsbehovet for foretaksgruppen. Helseforetakene er i fordringsposisjon mot det regionale helseforetaket frem til og med 2029, og på grunn av økte investeringer reduseres nettoposisjonen i årene 2021–2029. Foretaksgruppen har allikevel tilgjengelig likvide midler i hele perioden, med beregnet minimumsnivå på 4,2 milliarder kroner i 2028.

Flere av helseforetakene har i perioden behov for mellomfinansiering. Dette belyses i vedlegg 1.



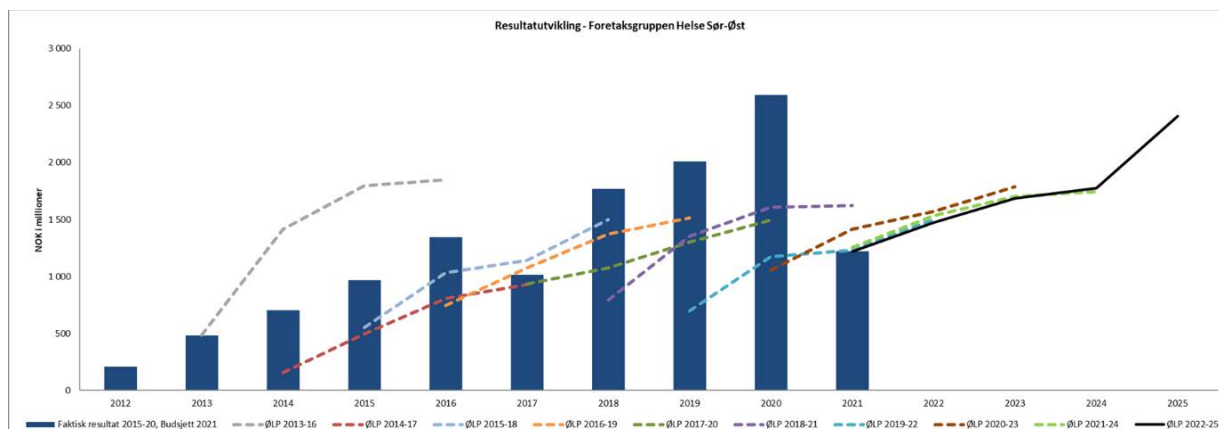
Figur 245 Mellomfinansieringsbehov i foretaksgruppen i økonomisk langtidsplan 2022-2025.

2.25 Risikomomenter i økonomisk langtidsplan

Det er usikkerhet knyttet til økonomisk langtidsplanlegging. Risikoen øker i takt med lengden på tidsperioden. For økonomisk langtidsplan 2022-2025 er det identifisert og vurdert følgende risikoforhold som kan påvirke den økonomiske utviklingen:

- Risiko knyttet til å realisere planlagte resultatnivå (resultatrisiko), ved
 - Endring i rentebildet
 - Endring i driftskostnader og -inntekter, for eksempel bemanning
- Risiko knyttet til å realisere planlagt økonomisk bæreevne for investeringsprosjekter, ved
 - Dårligere resultatutvikling i forkant av investeringsprosjekter
 - Manglende realisering av gevinster/positive økonomiske effekter som er forutsatt i planlegging av investeringsprosjekter
 - Behov for større/mer langvarig regional mellomfinansiering av helseforetak etter ferdigstillelse av store byggeprosjekter
 - Styring og kontroll hvis det gjennomføres flere store investeringsprosjekter samtidig, herunder store byggeprosjekter og IKT-prosjekter

Figur 26 illustrerer utvikling i realisert resultat, planlagt resultatutvikling fra tidligere års økonomiske langtidsplaner, og økonomisk langtidsplan 2022-2025. Estimatenes har vært relativt representative for utviklingen over tid, men på den konservative siden sett i lys av resultatbuffer i Helse Sør-Øst RHF. Resultatutviklingen i økonomisk langtidsplan 2022-2025 vurderes som realistisk gitt innarbeidet resultatbuffer. Det bemerkes imidlertid at koronapandemien medfører økt usikkerhet i de første årene av økonomiplanperioden.

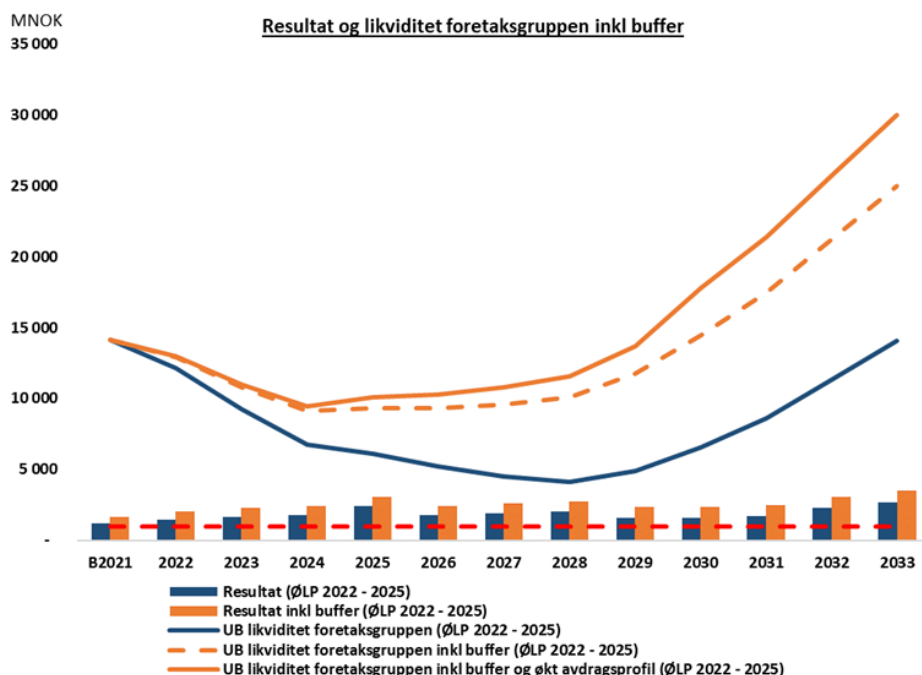


Figur 25 Faktisk resultatutvikling for foretaksgruppen og resultatutvikling fra tidligere økonomisk langtidsplaner og gjeldende økonomisk langtidsplan 2022–2025. Budsjett 2021 er uten resultatbuffer.

Bærekraft og buffere

Som vist av den blå linjen i figur 27 vil investeringsplaner redusere likviditeten i foretaksgruppen frem til 2028 før den igjen øker. Årlig legges det inn 200 millioner kroner i investeringsbuffer. I tillegg kommer resultatbuffer på 419 millioner kroner for 2021, 525 millioner kroner i 2022, og deretter 600 millioner kroner i 2023–2025.

Hvis resultat- og investeringsbuffere ikke anvendes, vil likviditeten forbedres som vist av den oransje stiplede linjen og resultatene forbedres som illustrert av søylene i figur 28. Hvis nedbetalingstiden for nye lån økes fra gjennomsnittlig 25 år slik det er innarbeidet i økonomisk langtidsplan, til 33 år (maksimal avdragstid for gjeldende prosjekter – retningslinjene tillater 35 år, men det er ikke aktuelt for prosjektene i helseforetakene p.t.), vil likviditeten øke ytterligere som vist av den heltrukne oransje linjen i figur 28.



Figur 26 Utvikling i resultat og likviditetsbeholdning for foretaksgruppen i økonomisk langtidsplan 2022–2025, med og uten anvendelse av buffere og økt nedbetalingstid (tall i millioner kroner).

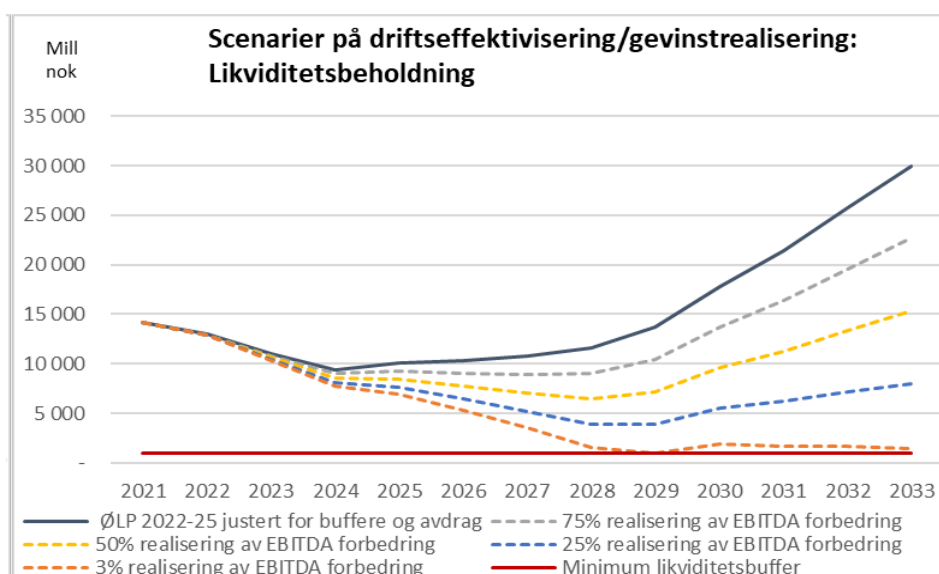
Det er gjennomført analyser for å vurdere hvilke konsekvenser endringer i enkelte forutsetninger vil kunne ha for foretaksgruppens resultat- og likviditetsutvikling. Analysene har tatt utgangspunkt i endringer som kan få negative effekter for utviklingen, men det presiseres at det også kan være sannsynlig med endringer som vil påvirke utviklingen i positiv retning. Det er utført analyser av følgende endringer i forutsetninger:

- Risiko for ikke å oppnå planlagt driftseffektivisering/gevinstrealisering
- Svak produktivitetsvekst i somatikk
- Endring i rentebane
- Låneopptak og kostnadsoverskridelser i store byggeprosjekter

I analysene er det forutsatt at endringene vil påvirke resultat og likviditet, det vil si at det er betalbare kostnader (og eventuelt inntekter med tilhørende likviditet) som berøres av endringene. Analysene viser likviditetsmessige endringer i forhold til økonomisk langtidsplan 2022-2025, forutsatt uten annen anvendelse av buffere og med økt nedbetalingstid på lån. Endret investeringsnivå er også en risiko for foretaksgruppen, men må sees i sammenheng med buffer som følge av lån tilknyttet usikkerhetsavsetning (70 prosent av kostnadsramme, P85).

Risiko for ikke å oppnå planlagt driftseffektivisering/gevinstrealisering

Særlig viktig er realiseringen av driftseffektivisering, og gevinstrealisering fra utbyggingsprosjektene. Dersom helseforetakene ikke klarer å gjennomføre tiltakene som planlagt, reduseres handlingsrommet til investeringer. Manglende gevinstrealisering fra endret drift i forbindelse med gjennomføringen av investeringer gir samme effekt. Risikoen kan vises ved å se på endringer i måltallet driftsresultat før avskrivninger, gevinst salg og utsatt inntekt (EBITDA). Uten anvendelse av årlige buffere og med økt avdragsprofil på lån viser figur 28 at likviditeten holder seg over kravet til minimum likviditet så lenge minst tre prosent av den forutsatte EBITDA-forbedringen realiseres. Denne forbedringen gir et driftsresultat før avskrivninger på 5,5 milliarder kroner i 2033, noe som krever en årlig snittvekst på 0,2 prosent fra 2021.



Figur 27 Likviditetsutvikling i foretaksgruppen ved endringer i realisering av driftseffektivisering og gevinstrealisering i økonomisk langtidsplan 2022-2025 (tall i millioner kroner).

Risiko for økning i bemanning som følge av svak produktivitetsvekst i somatikk

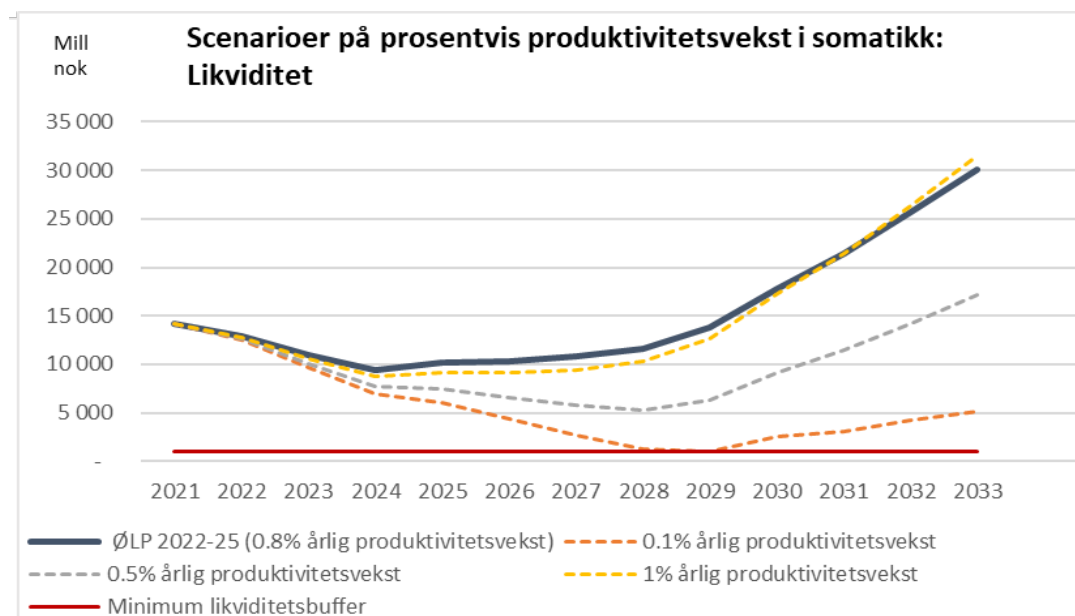
Aktivitet innen somatikk er forventet å øke med 0,9 prosent årlig i perioden 2022–2033 (tabell 24). Denne veksten er forutsatt møtt med en bemanningsvekst på 0,1 prosent. Produktivitet måles her som ISF-poeng per månedsverk innen somatikk. Økonomisk langtidsplan tilsier at produktiviteten vil øke med 0,8 prosent årlig. Produktivitetsveksten er forutsatt sterkest tidlig i perioden.

De videre analysene forutsetter at aktivitetsnivået opprettholdes i henhold til helseforetakenes planer, men at en økt bemanningsvekst forårsaker svekket produktivitet. Analysen viser antatte konsekvenser for resultat og likviditet.

Økonomisk langtidsplan 2022-25 Somatikk	Årlig gjennomsnittsvekst			
	2016-19F	2022-25E	2026-33E	2022-33E
Aktivitet (ISF poeng)	2,7 %	1,0 %	0,9 %	0,9 %
Bemanningsvekst	1,1 %	-0,2 %	0,3 %	0,1 %
Produktivitet (ISF/årsverk)	1,6 %	1,2 %	0,6 %	0,8 %

Tabell 24 Årlig gjennomsnittsvekst i aktivitet og bemanning.

Figur 29 viser likviditetsutviklingen i de forskjellige scenarioene for utvikling i produktivitet i somatikk. Økt bemanning gir lavere produktivitetsvekst og økte lønnskostnader, og mens lavere bemanning gir høyere produktivitetsvekst og reduserte lønnskostnader.

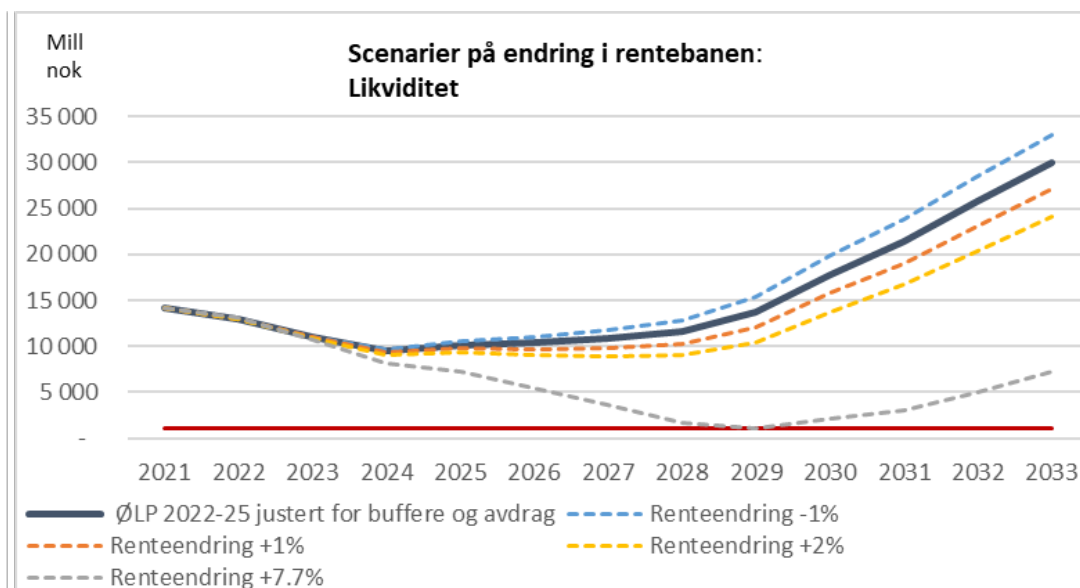


Figur 28 Likviditetsbeholdning for foretaksgruppen basert på innspill til økonomisk langtidsplan 2022–2025 og forskjellige forutsetninger om årlig produktivitetsvekst.

En årlig produktivitetsvekst på 0,1 prosent er den laveste produktivitetsveksten man kan forutsette for å holde seg over nedre likviditetsmessige sikkerhetsgrense på én milliard kroner gjennom hele perioden. Selv om produktivitetsveksten skulle være i tråd med innspillene, altså lavere enn produktivitetsveksten på 1,6 prosent som ble oppnådd i perioden 2016-2019, vil foretaksgruppens likviditetsbeholdning allikevel gi handlingsrom for andre investeringer etter 2030.

Endring i rentebanen

Figur 30 viser hvordan likviditetsutviklingen påvirkes av endringer i rentebanen, her med ett prosentpoengs reduksjon, samt ett, to og 7,7 prosentpoeng økning. Eksisterende fastrentelån reduserer sensitiviteten de første årene. Størrelsen på låneporteføljen i forhold til likviditetsbeholdningen vil også påvirke om netto likviditetseffekt er positiv eller negativ. Økende renter vil redusere likviditet fra og med 2023, med økende påvirkning etter hvert som låneporteføljen øker og fastrentelån må rulleres til høyere lånerenter. Analysen viser at foretaksgruppen kan tåle en økning i rentebanen på inntil 7,7 prosentpoeng og likevel opprettholde likviditeten på over én milliard kroner igjennom perioden.



Figur 29 Likviditetsutvikling i foretaksgruppen ved endring i rentenivået i økonomisk langtidsplan 2022–2025 (tall i millioner kroner).

Låneopptak og kostnadsoverskridelser i store byggeprosjekter

Økonomisk langtidsplan benytter godkjente styringsrammer (P50-estimat) som antatt investeringskostnad i byggeprosjektene. Videre forutsettes det i langtidsplanen at låneopptaket blir 70 prosent av styringsrammen. Med dette beregnes en kontantstrøm fra finansiering i langtidsplanen. Beregningen av kontantstrømmen fra finansiering i økonomisk langtidsplan er et forsiktig anslag, da låneadgangen fra Helse- og omsorgsdepartementet baseres på kostnadsrammen (P85-estimat). I kostnadsrammen (P85-estimat) er usikkerhetsavsetninger, normalt sett på 10-15 prosent, lagt til styringsrammen (P50-estimat).

Ved utgangen av 2021 estimeres tilgjengelige midler fra utbetalinger av lån basert på kostnadsrammen (P85-estimat) til ca. 300 millioner kroner. Denne reserven vil gradvis øke fram til 2033 til over syv milliarder kroner dersom de innmeldte prosjektene realiseres til styringsrammen (P50-estimat).

Selv om kostnadsstyringen i prosjektene er god, er det vanskelig å gardere seg fullstendig mot kostnadsøkninger, og det er derfor hensiktsmessig at reserven øker i en periode der byggeaktiviteten øker.

Oppsummering

Analysene viser at økonomisk handlingsrom for foretaksgruppen i økonomisk langtidsplan 2022-2025 er følsom for endringer i forutsetningene som planen bygger på. Det er derfor nødvendig å arbeide med tiltak for å nå resultatambisjonene som ligger til grunn i økonomisk langtidsplan. I forbindelse med den enkelte investeringsbeslutning som fremmes for styret, må det gjøres gode analyser av driftsøkonomiske konsekvenser og tilhørende risiko.

2.26 Tiltak for å sørge for økonomisk handlingsrom

For å ta hensyn til risiko og usikkerhet i forutsetningene i økonomisk langtidsplan 2022–2025, er det lagt opp til fortsatt oppbygging av sentrale resultat- og likviditetsbuffer i Helse Sør-Øst RHF. Det er flere ulike buffer som sikrer handlingsrommet for årene 2022–2033 (sum for perioden 2022–2025 i parentes):

1. Likviditetsmessig resultatbuffer på 419 millioner kroner i 2021, 525 millioner kroner i 2022 og deretter 600 millioner kroner årlig. Videre likviditetsmessig investeringsbuffer på 200 millioner kroner årlig, tillagt renter på investerings- og resultatbufferen gir dette, til sammen 10,8 milliarder kroner (3,3 milliarder kroner)
2. Likviditetsmessig buffer fra byggeprosjektenes usikkerhetsavsetning: Låneadgangen er basert på kostnadsrammen (P85-estimat) hvilket gir en tilgjengelig buffer på ca. 7,3 milliarder kroner (3,2 milliarder kroner)
3. Lavere likviditetsbelastning ved forlenget avdragstid: Helseforetakene har mulighet for å forlenge avdragstiden til økonomisk levetid for byggeprosjektene. Dette reduserer avdragene (men øker den totale rentekostnaden), og utgjør en likviditetsmessig «buffer» på ca. 5,04 milliarder kroner (0,76 milliarder kroner)

Helseforetakene kan velge annuitetslån i stedet for serielån i regelverket fra Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Sør-Øst RHF har ikke åpnet for dette, da betjening av annuitetslån medfører høyere kostnader enn serielån. Det er derfor ingen «likviditetsbuffer» for annuitetslån i økonomisk langtidsplan.

Videre er økonomisk handlingsrom i langtidsperioden planlagt med en nedre likviditetsmessig sikkerhetsgrense på én milliard kroner. Summen av dette vil gi foretaksgruppen et solid fundament til å håndtere risiko for at den økonomiske utviklingen blir svakere enn det som er forutsatt i økonomisk langtidsplan 2022–2025.

Det arbeides kontinuerlig i foretaksgruppen med å planlegge, beslutte og sette i verk konkrete tiltak for å kunne realisere resultater som er nødvendige for å gjennomføre de omfattende investeringsplanene. Investeringsprosjektene er gjenstand for grundig planlegging og kvalitetssikring for å sørge for at investeringsnivåene og tilhørende driftsøkonomi forutsetninger er realistiske og innenfor rammene til foretaksgruppens økonomiske handlingsrom.

Erfaringene med prosjektering og planlegging av nytt sykehus på Kalnes ved Sykehuset Østfold HF overføres til og gjenbrukes i forbindelse med nye utbyggingsprosjekter i regionen. Sykehusbygg HF er en sentral aktør i dette arbeidet. Forslag til hovedfunksjonsprogrammer og driftskonsept videreutvikles og legges til grunn for arbeid

med organisasjonsutvikling i de aktuelle helseforetakene som skal sette i gang med store byggeprosjekt. De driftsøkonomiske tilpasningene som er nødvendige for å ha bærekraft i nye sykehusbygg konkretiseres i større grad enn tidligere i utredningsarbeidet og legges til grunn i det berørte helseforetakets innspill til økonomisk langtidsplan. Erfaringer deles også mellom prosjektorganisasjonene. På denne måten skapes forutsigbarhet i de økonomiske planforutsetningene for helseforetakene og det muliggjøres en regional styring gjennom differensierte resultatkrav.

Helseforetakene skal rapportere jevnlig på status og endringer i gevinstrealiseringsplaner fra konseptfase og forprosjektfase. Både i budsjett, økonomisk langtidsplan og i tertialvis rapportering viser helseforetakene hvordan de følger opp gevinster og tiltak forutsatt i prosjektutredningen. Endringer vises relatert til driftsresultat før avskrivninger, og det er lagt opp til tett dialog mellom Helse Sør-Øst RHF og det enkelte helseforetak når det registreres endringer. Formålet er å legge til rette for at negative utslag fanges opp på et tidlig tidspunkt, slik at tiltak kan iverksettes.

2.27 Koronapandemien og den økonomiske situasjonen i Norge

En økonomisk langtidsplan vil alltid være usikker. Selv om det finnes kunnskap om trender knyttet til blant annet befolkningsutvikling, medisinsk faglig utvikling og teknologisk utvikling, samt at det i stort kan påregnes hvilke rammebetingelser sektoren vil ha for å møte denne utviklingen, er det naturlig nok knyttet usikkerhet til hvordan situasjonen vil være om fem, ti og tjue år. Økonomisk langtidsplan 2022–2025 er i større grad enn tidligere år preget av usikkerhet grunnet koronapandemien.

Helseforetakene har i sine innspill til økonomisk langtidsplan lagt til grunn en situasjon uten koronapandemien, jf. planforutsetningene i styresak 024-2021. Imidlertid har koronapandemien allerede hatt stor innvirkning på helseforetakene og vil fortsette å ha det fremover. Likevel er økonomisk langtidsplan et viktig virkemiddel, fordi den sier noe om hva helseforetakene skal sikte mot når de beveger seg tilbake til en normaltilstand.

Koronapandemien har påvirket helseforetakene gjennom blant annet økt behandling av koronapasienter, redusert elektiv aktivitet, økt bemanning og omdisponering av arealer. Den elektive aktiviteten er gjenopptatt, men har allerede ledet til bortfall av aktivitetsavhengige inntekter og lengre ventetider for ventende pasienter.

Det vil ta tid før utsatt aktivitet tas igjen, og helseforetakene er avhengige av å få kompensert for merutgiftene og inntektsbortfallet knyttet til koronapandemien. Det kan også vise seg å være vanskelig å få redusert bemanningen igjen etter at pandemien er over, og det kan bli vanskelig å oppfylle prioriteringsregelen. Det kan også tenkes at helseforetakene må øke sine kostnader i overgangen tilbake til normal drift for å klare å ta igjen noe av den utsatte aktiviteten. Pandemien vil påvirke arbeidsproduktiviteten, da bemanningen øker og målbar aktivitet går ned.

Koronapandemien og den økonomiske situasjonen kan også påvirke etterspørselen etter helsetjenester fremover. Økt arbeidsledighet og nedstenging av samfunnet kan lede til mer og endret etterspørsel etter tjenester både innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Helseforetakene uttrykker usikkerhet rundt hvordan de skal få kompensert for inntektsbortfall og merkostnader som følge av koronapandemien. Regjeringen la frem revidert nasjonalbudsjett den 11. mai 2021. Det er foreslått et økt tilskudd til Helse Sør-Øst RHF på 942 millioner kroner som følge av tapte aktivitetsbaserte inntekter i forbindelse med virusutbruddet første halvår 2021.

Regjeringen vil følge den videre utviklingen i helseforetakenes økonomi som følge av virusutbruddet og vil komme tilbake til Stortinget med forslag til ev. bevilgningsendringer på kap. 732, post 76 (innsatsstyrt finansiering) i omgrupperingsproposisjonen høsten 2021, basert på oppdatert prognose for hele året etter andre tertial. Det foreslås videre en økt basisbevilgning på 15,1 millioner kroner til tiltak innen barnehabilitering for å avhjelpe utfordringer som følge av pandemien, samt 3,8 millioner kroner til koronavaksinasjon i helseforetak.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør vil understreke at den årlige rulleringen av økonomisk langtidsplan er et viktig og nyttig virkemiddel i helseforetakenes og det regionale helseforetakets arbeid med å planlegge og utvikle virksomheten.

Selv om det er knyttet større usikkerhet ved årets økonomiske langtidsplan enn tidligere år, vil planen være viktig for å stake ut kursen fremover. En riktig og god utvikling av de driftsmessige forholdene vil gi rom for investeringer som igjen bidrar til å utvikle sykehusdriften på en måte som gir bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen.

Økonomisk langtidsplan gir det regionale helseforetaket et grunnlag for å vurdere mulighetsrommet over tid for regionalt finansierte investeringer, herunder tidsperspektiv og faseinndeling av de store utbyggingsprosjektene og IKT-prosjekter.

Planleggingsforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2022–2025 ble vedtatt av styret i styresak 024-2021. Helseforetakene har i sine innspill lagt disse forutsetningene til grunn. Dette innebærer blant annet at det planlegges med økt tilgjengelighet og reduserte ventetider, økt forskning og innovasjon, redusert uønsket variasjon og persontilpasset medisin. Videre ble det lagt til grunn at helseforetakene i sine innspill skulle planlegge i tråd med prioriteringsregelen, med en større vekst i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn i somatikk. I innspillene viser enkelte helseforetak at de ikke oppfyller prioriteringsregelen i alle år, basert på spesielle forhold som er forbigående.

Administrerende direktør vil påse at prioriteringsregelen oppfylles. Antall henvisninger innen psykisk helsevern for barn og unge har økt markant gjennom pandemien. Spesialisthelsetjenesten må være forberedt på et økt behov innen dette tjenesteområdet.

Helseforetakenes innspill tilsier at foretaksgruppen planlegger med en moderat vekst i det økonomisk resultatet i perioden 2022–2025. De fleste helseforetakene har imidlertid redusert sine ambisjoner fra forrige økonomiske langtidsplan. Resultatveksten skjer gjennom vekst i arbeidsproduktivitet som følge av bedre kapasitets- og ressursutnyttelse.

Administrerende direktør vurderer, med bakgrunn i tidligere års vekst i arbeidsproduktivitet, at det planlegges med en realistisk vekst i arbeidsproduktiviteten i planperioden.

For å oppnå de budsjetterte effektene i driften vil det i planperioden kreves at helseforetakene har god styringsinformasjon, fortløpende foretar analyser og vurderer behov for tiltak, samt har ledelseskraft for å lykkes. Administrerende direktør vil påse at nivået på driftsresultater før avskrivninger ikke reduseres til under nivået som ble lagt til grunn i forprosjekt- og konseptfaserapportene for store byggeprosjekter.

Innen enkelte områder hvor det finnes stordriftsfordeler, eller hvor andre aktører har større kapasitet enn spesialisthelsetjenesten, må eksternt samarbeid vurderes for å oppnå en effektiv ressursutnyttelse og god pasientbehandling.

Administrerende direktør forutsetter at helseforetakene i planperioden planlegger og utvikler sin virksomhet i tråd med *Regional utviklingsplan 2035* og at det arbeides målrettet med tiltak innenfor de fem prioriterte satsningsområdene. Videre legger administrerende direktør til grunn at helseforetakenes arbeid med kvalitet i pasientbehandlingen og tilgjengelighet til tjenestene gis høy prioritet gjennom planperioden, herunder skal kravene fra eier i de årlige oppdragsdokumentene ivaretas.

Administrerende direktør opptatt av at helseforetakene arbeider videre med analyser av bemanningsbehov og nødvendig kompetansetilpasning for å bedre bruken av de samlede ressursene. Utdanningskapasiteten og antall praksisplasser skal tilpasses behovet.

I økonomisk langtidsplan legges det til grunn at investeringer som har fått bevilget lån gjennom statsbudsjettet gjennomføres. Videre legges det til grunn at regionalt prioriterte bygginvesteringer i konseptfase og prosjektinnramming blir gjennomført i henhold til vedtatt planer. Det samme gjelder omtalte IKT-investeringer. I tillegg er det økonomisk handlingsrom til å gjennomføre ytterligere prosjekter som er nevnt i saken, men fremdriften av disse vil avhenge av gjennomføringen av pågående investeringsprosjekter.

Det er innarbeidet investering i påkostninger og oppgraderinger for akutt- og elektivt sykehus i Sykehuset Innlandet HF, Fellesbygg ved Akershus universitetssykehus HF, samt endringer i flere investeringsprosjekter, herunder Livsvitenskapsbygget ved Oslo universitetssykehus HF, i tillegg til investeringsprosjekter som var innarbeidet i forrige økonomiske langtidsplan. Eventuelle ytterligere regional prioritering av investeringsprosjekter i økonomiplanperioden forutsettes begrunnet i kapasitetsbehov. Oppstart av investeringsprosjekter skal fremmes for styret som egne saker for beslutning i henhold til etablert fullmaktstruktur.

Administrerende direktør mener Helse Sør-Øst har en ambisiøs og nødvendig satsing på IKT i planperioden. Infrastrukturmoderniseringsprogrammet STIM i regi av Sykehuspartner HF vil legge til rette for bedre og mer effektive IKT-løsninger. Sammen med gevinstene regionen kan høste fra investeringene i regional IKT-prosjektportefølje vil dette være viktige bidrag i å yte spesialisthelsetjenester av god kvalitet på en ressurseffektiv måte for fremtiden.

Det bygningsmessige vedlikeholdet i foretaksgruppen har over tid ikke vært tilstrekkelig. Selv om helseforetakene planlegger med et økt vedlikeholdsnivå, og det prioriteres nybygg ved helseforetak, vil det ta tid å redusere vedlikeholdsetterslepet. Foretaksgruppen har et økt finansielt handlingsrom sammenlignet med fjorårets økonomiske langtidsplan. Administrerende direktør har derfor funnet det riktig å anbefale en ytterligere prioritering av likviditet til lokale investeringsformål i størrelsesorden 200 millioner kroner årlig i planperioden ved at investeringsbuffer midlertidig omdisponeres. Midlene skal brukes til økt vedlikehold basert på tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner i det enkelte helseforetak. Det endelige nivået på tildelingen fastsettes i de årlige budsjettprosessene og tildeling forutsetter at helseforetaket har en hensiktsmessig organisering av eiendomsvirksomheten. På sikt er det ønskelig at helseforetakene utvikler og innfører enkle modeller for internhusleie.

Inntektsmodellen oppdateres i prosessen med økonomisk langtidsplan, og viste vesentlige samlede omfordelingseffekter for to av helseforetakene. Det er viktig at rammebetingelsene for helseforetakene er forutsigbare, og gir rom for kostnadstilpasningen. Som en planleggingsforutsetning for budsjett 2022, anbefaler derfor administrerende direktør at det tildeles ekstraordinær inntektsstøtte til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF med henholdsvis 40 millioner kroner og 30 millioner kroner. Nivået bør vurderes på nytt og fastsettes endelig i forbindelse med budsjett 2022.

Det er gjort en nærmere vurdering av forholdet mellom innsatsstyrt finansiering (ISF) og basisbevilgning. Konklusjonen er at dagens en finansieringsordning med lik andel fast- og aktivitetsbasert finansiering gir bedre økonomiske rammebetingelser for finansiering av pasientbehandling enn hva en lavere aktivitetsbasert andel ville gitt. Ordningen tilrettelegger for likeverdige helsetjenester, og er forutsigbar for videreutviklingen av pasienttilbudet. Administrerende direktør mener det ikke bør tas initiativ til endring av ordningen.

Det er avgjørende at helseforetakene arbeider videre med realistiske og konkrete tiltak som anses nødvendig for å redusere risiko og oppnå tilstrekkelig resultatutvikling slik at investeringsplanene kan realiseres som forutsatt. Dette innebærer effektivisering i forkant og gevinstrealisering i etterkant av en investering, samt at helseforetakene etablerer organisasjonsutviklingsprosjekter i tilknytning til investeringsprosjektene.

Driftsresultat før avskrivninger er en viktig indikator på foretaksgruppens gjeldsbetjeningsevne. I forbindelse med årets økonomiske langtidsplan er det gjort analyser av utviklingen per helseforetak som oppfølging av bæreevne på helseforetaksnivå i prosjektene. Dette arbeidet er innarbeidet som del av den løpende økonomistyringen av helseforetakene, og det er spesielt viktig at fallende kapitalkostnader ikke medfører unødig vekst i driftskostnader. Enkelte helseforetak viser svakere driftsresultat før avskrivninger enn forutsatt i forbindelse med beslutning om store byggeprosjekter. Administrerende direktør forutsetter at disse helseforetakene iverksetter tiltak slik at gjeldsbetjeningsevne styrkes i tråd med forutsetningene for nybygget.

Koronapandemien medfører et ekstra usikkerhetsmoment i årets rullering av økonomisk langtidsplan. Da første året i økonomisk langtidsplan normalt sett er førende for neste års budsjett, tilrår administrerende direktør at styret tar høyde for kronapandemien ved endelig fastsettelse av resultat- og aktivitetskrav for 2022.

Med presiseringer og forutsetninger som omtalt over, anbefaler administrerende direktør at styret godkjenner økonomisk langtidsplan 2022–2025 for Helse Sør-Øst.

Trykte vedlegg:

1. Økonomisk langtidsplan 2022-2025 – Nærmere om de enkelte helseforetakene.
2. Økonomisk langtidsplan 2022-2025 – Forholdet mellom ISF og basisbevilgning

Utrykte vedlegg:

- Lenker til helseforetakenes vedtatte økonomiske langtidsplaner:
- Akershus universitetssykehus HF – [Sak 31/21 Foretakets innspill til økonomisk langtidsplan 2022-2025](#)
- Oslo universitetssykehus HF – [Sak 42/2021 Økonomisk langtidsplan 2022-2025 \(41\)](#)
- Sunnaas sykehus HF – [Sak 3121 Økonomisk langtidsplan \(ØLP\) 2022-2041](#)
- Sykehuset i Vestfold HF – [Sak 41/21 Økonomisk langtidsplan 2022-2025, inkl. status budsjett 2022](#)
- Sykehuset Innlandet HF – [Sak 047-2021 Økonomisk langtidsplan 2022-2025 for Sykehuset Innlandet HF](#)
- Sykehuset Telemark HF – [Sak 032-2021 Økonomisk langtidsplan 2022-2025](#)
- Sykehuset Østfold HF – [Sak 37-21 Økonomisk langtidsplan for Sykehuset Østfold HF 2022-2025 \(41\)](#)
- Sørlandet sykehus HF – [Sak 034-2021 Økonomisk langtidsplan 2022-2025 \(2041\)](#)
- Vestre Viken HF – [Sak 37/2021 Økonomisk langtidsplan \(ØLP\) 2022 -2025](#)
- Sykehuspartner HF – [Sak Økonomisk langtidsplan 2022 – 2025](#)
- Sykehusapotekene HF – Sak 028/21 Økonomisk langtidsplan 2022-2025 og forutsetning for budsjett 2022 (B) - *Unntatt offentlighet iht helseforetaksloven § 26a og offentleglova §§ 23 (1), 12 og 13.*