

## Styresak

---

Dato dok.:	15.03.2017	Administrerende direktør
Møtedato:	22.03.2017	
Vår ref.:	17/02906-2	Postadresse: 1478 LØRENSKOG
		Telefon: +47 02900
Vedlegg:	Styresak Helse Sør-Øst 021-2017 Økonomisk langtidsplan 2018-21. Planforutsetninger	Telefaks: +47 67968861

### Sak 14/17 Økonomisk langtidsplan 2018-21

#### Bakgrunn

Økonomisk langtidsplan (ØLP) er første trinn i budsjettprosessen for 2018 og beskriver foretakets forventede rammer knyttet til kapasitet, aktivitet, driftsøkonomi og investeringer de neste fire årene. I denne saken redegjøres det for den overordnede økonomiske utviklingen for Akershus universitetssykehus HF (Ahus) i perioden 2018-21, basert på foreløpige rammer gitt fra Helse Sør-Øst 10. mars 2017 og overordnede framskrivninger av foretakets rammebetingelser og økonomi. Etter avtale med Helse Sør-Øst, er det i framskrivningene ikke inkludert endringer i foretakets opptaksområde. Eventuelle beslutninger knyttet til tidspunktet for slike endringer, vil kunne endre framskrivningene vesentlig.

#### Videre fremdrift

Helse Sør-Øst RHF (HSØ) har satt som krav at helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan 2018-21 skal styrebehandles senest før 31.mai 2017. Samtidig har HSØ bedt foretakene om å rapportere sin økonomiske langtidsplan innen 18.april. Akershus universitetssykehus sitt innspill til økonomisk langtidsplan vil oversendes HSØ etter styrets behandling i møtet 26.april.

Innspill fra alle helseforetak vil sammenstilles av HSØ, og etter dialog med helseforetakene vil det fremlegges en regional ØLP for styret i det regionale foretaket på møtet i juni. På bakgrunn av tilbakemeldinger fra HSØ til helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan, vil styret ved Akershus universitetssykehus få fremlagt en sak om endelig økonomisk langtidsplan for perioden 2018-21.

#### **Administrerende direktør innstiller til følgende vedtak:**

Styret tar saken til orientering og ber om at administrerende direktør om å fremlegge foretakets innspill til økonomisk langtidsplan til behandling i styremøtet 26.april.

Øystein Mæland  
Administrerende direktør

*Dokumentet er elektronisk godkjent*

## Innholdsfortegnelse

<b>INNLEDNING .....</b>	<b>3</b>
<b>STATUS OG UTFORDRINGSBILDE .....</b>	<b>4</b>
AKTIVITET OG KAPASITET .....	4
<i>Befolkningsutvikling og opptaksområde.....</i>	<i>4</i>
<i>Forventet aktivitetsutvikling innen somatikk.....</i>	<i>5</i>
FORVENTET ØKONOMISK UTVIKLING I 2017 .....	5
<b>NASJONALE OG REGIONALE MÅL .....</b>	<b>7</b>
NASJONALE OG REGIONALE MÅL .....	7
KVALITET OG TRYGGHET I TJENESTENE .....	7
PSYKISK HELSEVERN OG TSB PRIORITERES .....	7
VENTETIDER .....	7
<b>ØKONOMISK UTVIKLING I PERIODEN 2018-21.....</b>	<b>8</b>
ØKONOMISKE AMBISJONER FOR 2018-21 .....	8
ØKONOMISK UTVIKLING OG OMSTILLINGSKRAV .....	8
NÆRMERE OM FREMSKRIVNINGENE .....	9
<i>Faste og variable inntekter 2018-21.....</i>	<i>9</i>
<i>Økte kostnader av forventet aktivitetsvekst 2018-21.....</i>	<i>10</i>
<i>Økte tjenestepreiser Sykehuspartner 2018-21.....</i>	<i>10</i>
<i>Økte medikamentkostnader 2018-21.....</i>	<i>11</i>

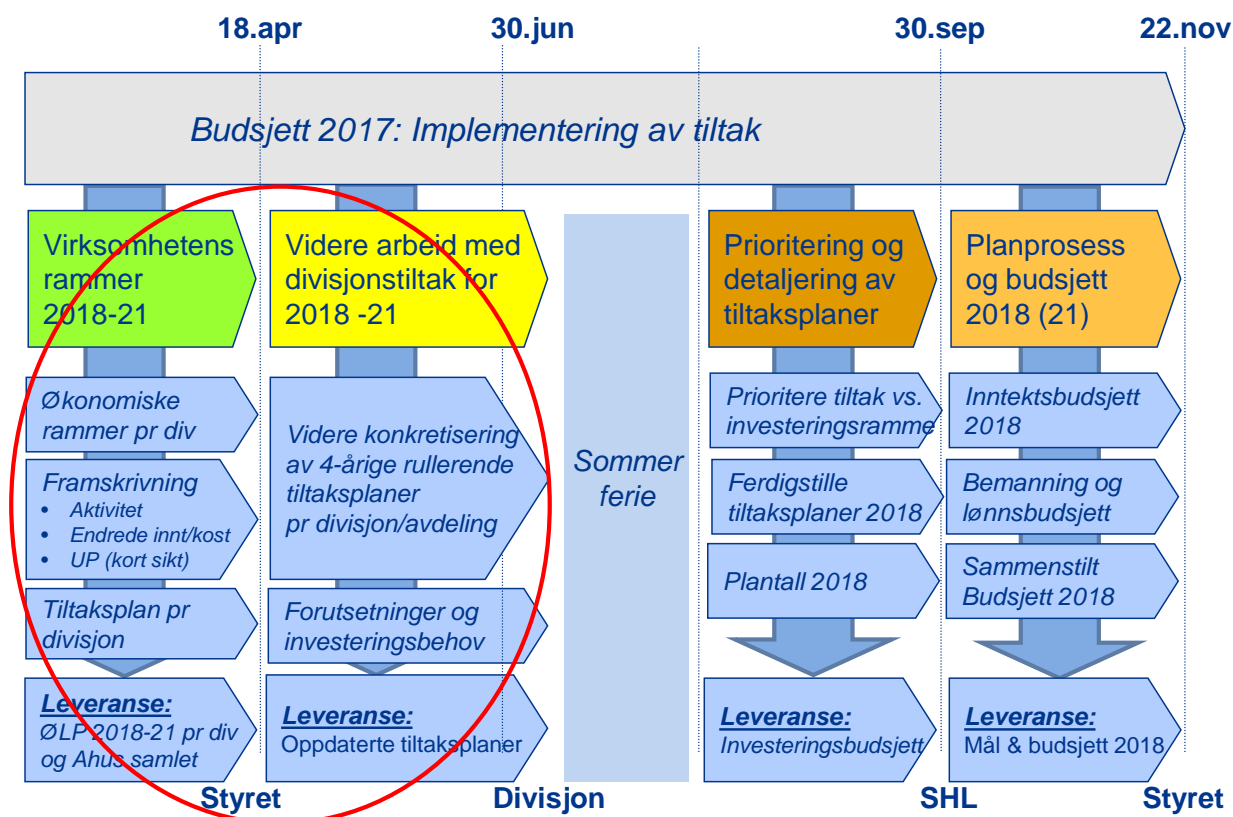
## INNLEDNING

Det vises til styresak 64-16 om økonomisk langtidsplan 2017-20, og sak 94-16 om utviklingsplan for Akershus universitetssykehus 2017-30.

Økonomisk langtidsplan utgjør en konkretisering og konsekvensvurdering av ønsket utvikling av foretaket i forhold til økonomiske rammebetingelser. Hensikten er å planlegge for ønsket utvikling gjennom prioriteringer i tråd med målsettingene i Utviklingsplanen, og økonomisk langtidsplan 2018-21 representerer de fire første årene av perioden frem mot 2030.

For å kunne realisere den ønskede utviklingen må Ahus skape årlige overskudd til nødvendige investeringer i eksisterende bygg og anlegg, medisinsk teknisk utstyr og annet utstyr (IKT), samt til nyinvesteringer i strålebygg, psykiatribygg m.v. I tillegg vil utvikling av tematiske sentra for eldremedisin, kreft, psykisk helsevern og utvidet diagnostisk tilbud kreve omstillinger av dagens løpende drift.

Økonomisk langtidsplan er første trinn i plan- og budsjettprosessen for 2018 og beskriver foretakets forventede rammer knyttet til kapasitet, aktivitet, driftsøkonomi og investeringer de neste fire årene.



Foretakets innspill til økonomisk langtidsplan 2018-21 vil sendes HSØ i henhold til fristen 18.april, med forbehold om styrets behandling. Foretakets innspill vil være grunnlaget i dialogen med eier om rammebetingelsene for kommende 4-års periode.

# STATUS OG UTFORDRINGSBILDE

I Styrets plandokument (del III i årlig melding 2016) og i vedtatt utviklingsplan for Akershus universitetssykehus 2017-30 beskrives hovedtrekkene i nåsituasjonen og forventede utviklingstrekk for foretaket i årene fremover.

## AKTIVITET OG KAPASITET

### Befolkningsutvikling og opptaksområde

Befolkningen vokser betydelig i hele Akershus sykehusområde, og ventes å gjøre det i årene fremover. Statistisk sentralbyrås befolkningsfremskrivninger (MMMM) viser en vekst på ca. 6 prosent i planperioden 2018-21, og nær 20 % frem mot 2030. Andelen eldre over 67 år vil øke med 0,7 prosentpoeng i planperioden 2018-21.

Område	S 2017	S 2018	S 2019	S 2020	S 2021	S 2022	S 2023	S 2024	S 2025	S 2026	S 2027	S 2028	S 2029	S 2030	S 17-21 %	S 17-30 %
Follo	129 872	131 684	133 396	134 997	136 552	138 110	139 685	141 275	142 871	144 455	146 017	147 554	149 069	150 554	5,1 %	15,9 %
Oslo	111 190	112 852	114 496	116 092	117 682	119 258	120 798	122 314	123 826	125 300	126 730	128 139	129 526	130 872	5,8 %	17,7 %
Nedre romerike	189 780	193 053	196 152	199 066	201 871	204 622	207 378	210 136	212 881	215 597	218 279	220 922	223 527	226 083	6,4 %	19,1 %
Øvre romerike	82 699	84 718	86 576	88 255	89 804	91 303	92 788	94 243	95 673	97 090	98 484	99 849	101 176	102 467	8,6 %	23,9 %
Østfold	672	670	671	674	675	674	674	678	683	683	680	680	684	684	0,4 %	1,8 %
<b>Totalsum</b>	<b>514 212</b>	<b>522 975</b>	<b>531 289</b>	<b>539 084</b>	<b>546 582</b>	<b>553 966</b>	<b>561 322</b>	<b>568 644</b>	<b>575 934</b>	<b>583 125</b>	<b>590 188</b>	<b>597 142</b>	<b>603 981</b>	<b>610 660</b>	<b>6,3 %</b>	<b>18,8 %</b>

Aldersgrp	S 2017	S 2018	S 2019	S 2020	S 2021	S 2022	S 2023	S 2024	S 2025	S 2026	S 2027	S 2028	S 2029	S 2030	S 17-21 %	S 17-30 %
0-17	118 813	120 057	121 359	122 687	123 869	124 981	126 158	127 268	128 279	129 183	129 950	130 698	131 580	132 580	4,3 %	11,6 %
18-66	327 334	332 923	338 059	342 554	346 837	351 028	355 024	359 011	363 035	367 052	371 084	375 002	378 583	381 783	6,0 %	16,6 %
67+	68 065	69 996	71 871	73 843	75 876	77 957	80 141	82 366	84 621	86 890	89 154	91 443	93 818	96 298	11,5 %	41,5 %
<b>Totalsum</b>	<b>514 212</b>	<b>522 975</b>	<b>531 289</b>	<b>539 084</b>	<b>546 582</b>	<b>553 966</b>	<b>561 322</b>	<b>568 644</b>	<b>575 934</b>	<b>583 125</b>	<b>590 188</b>	<b>597 142</b>	<b>603 981</b>	<b>610 660</b>	<b>6,3 %</b>	<b>18,8 %</b>

Aktivitetsveksten vil derfor kunne bli noe høyere enn befolkningsveksten. I økonomisk langtidsplan ble det lagt til grunn en forventning om samlet aktivitetsvekst på om lag 7 prosent i perioden.

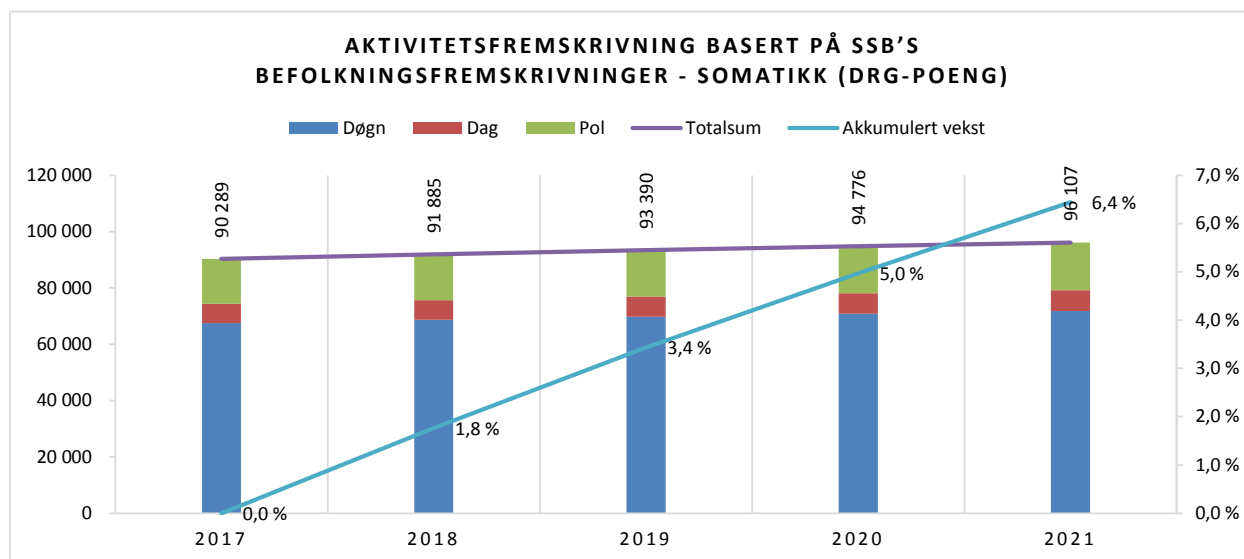
Omregnet i kapasitet tilsvarer veksten et økt behov for somatiske senger i størrelsesorden 15 per år i de neste fire årene. Innen psykisk helsevern og rusbehandling vil befolkningsveksten først og fremst påvirke den polikliniske aktiviteten, der det vil bli et behov for i overkant av 20 flere konsultasjonsrom i perioden. Samlet vurderes kapasiteten ved Ahus i løpet av perioden frem til 2020 gitt en videreføring av avlastningsavtalen med Diakonhjemmet og dagens opptaksområde å kunne bli presset.

Utfasing av Vestby kommune fra opptaksområdet, tentativt i 2018, vil bidra til å begrense veksten i kapasitetsbehovet for lokalbasert psykisk helsevern og rusbehandling i Follo med omtrent fire senger og åtte konsultasjonsrom, men vil også redusere behovet innen sykehusbasert psykisk helsevern og somatikk med henholdsvis 5 og 20 senger. Basert på føringer fra Helse Sør-Øst er slike endringer imidlertid ikke lagt til grunn i innspill til økonomisk langtidsplan.

Delvis utfasing av Alna bydel, tentativt i 2020, vil gi redusert kapasitetsbehov tilsvarende ca. 50 somatiske senger. Samtidig vil avlastningsavtalen med Diakonhjemmet opphøre, noe som øker behovet tilsvarende ca. 25 senger. Psykisk helsevern og rusbehandling vil ikke påvirkes, ettersom disse funksjonene i første omgang vil forbli i Akershus sykehusområde. En eventuell innfasing av Glåmdalskommunene i opptaksområdet vil skape behov for ytterligere kapasitet både i somatikk og psykisk helsevern på Nordbyhagen for å ivareta områdefunksjoner som nå håndteres av Sykehuset Innlandet

## Forventet aktivitetsutvikling innen somatikk

I ØLP-perioden er det lagt til grunn en forventet aktivitetsvekst på om lag 6 % i perioden. Tabellen under viser vekstanslagene målt i DRG-poeng.



Med denne tilnærmingen forventes en årlig aktivitetsvekst for Ahus på ca. 2 %.

Gitt dagens behandlingsmønster og et uendret opptaksområde representerer dette en årlig økning på ca. 5.000 liggedøgn tilsvarende ca. 10-15 senger. Frem til 2020 vil forventet demografiutvikling øke antall liggedøgn med ca. 20.000 tilsvarende ca. 50 senger.

Videre legges det til grunn at avtalen med Diakonhjemmet om avlastning av ø-hjelpspasienter fra Grorud, Stovner og Alna fortsetter i perioden. I 2017 har avlastningen omfattet en gjennomsnittlig kapasitetsavlastning på ca. 30 senger. I perioden 2018-21 forventes avlastningen samlet for Ahus å fortsette på dagens avlastningsnivå.

Antall kommunale akutte døgnplasser innen somatikken vil være på vel 50 senger i ØLP-perioden. Omfanget av avlastningseffekt for Ahus er krevende å kvantifisere, men det forventes å være stabil på 2017-nivå i hele perioden.

## FORVENTET ØKONOMISK UTVIKLING I 2017

Det økonomiske resultatet i 2016 viste etter årsoppgjørseffekter et regnskapsmessig overskudd på 57,4 mill. kroner, med et underliggende driftsresultat på ca. 9 mill. kroner (tilsvarende resultat etter ordinær avslutning av desember måned). For 2017 er det budsjettet med et overskudd på 144 mill. kroner. Overskuddsmålene er begrunnet i behovet for å reinvestere som er betydelig allerede i dag, og vil øke i årene fremover. Hovedkilden til finansiering av disse investeringene er overskudd fra egen drift, med andre ord at pengebruken flyttes fra drift til investeringer.

Regnskapsmessig resultat de første 2 måneder i 2017 er et overskudd på 9,2 mill. kroner (justert for mindrekostnader pensjon). En teknisk framskrivning av dette resultatet for hele 2017 tilsier et årsresultat i størrelsesorden 55 mill. kroner. Inngangsfarten i 2017 er dermed bedret sammenlignet med 2016. Ytterligere effekt av igangsatte forbedringstiltak vil kunne styrke denne trenden og bidra til et årsresultat bedre enn en slik teknisk framskrivning.

De mest kritiske forhold for oppnåelse av budsjettbalanse i 2017 vil være styringsfarten i den somatiske delen av virksomheten. Organisasjonen har gjennomført en god budsjettprosess for 2017 og identifisert betydelige omstillingstiltak. Gjennomføringen av tiltakene har likevel en vesentlig risiko, både når det gjelder forventet tidspunkt for realisering og omfanget av de økonomiske effekter.

Foretaket har en stor økonomisk eksponering i forhold til svingninger i gjestepasientkostnader. De seneste årene er det igangsatt en rekke prosjekter for å øke egendekningen, herunder etablering av PCI, etablering av tilbud pasientgrupper som i dag behandles ved SSE, samt økt elektiv aktivitet innen ortopedi og innen noen kirurgiske fag. I budsjett 2017 er det lagt opp til en fullårseffekt av disse tiltakene, med unntak av elektiv ortopedi hvor plantallene er noe redusert sammenlignet med 2016. I tillegg har vi i 2016 sett en uventet økning av gjestepasientkostnader innen TSB, her legges det i budsjett 2017 planer for en reduksjon.

I statsbudsjettet for 2017 ble det lagt til grunn en videre overføring av finansieringsansvar for nye legemidler fra Folketrygden til helseforetakene (63 mill. kroner). Dette omfatter kreftlegemidler og legemidler mot pulmonal arteriell hypertensjon (PAH-legemidler). I tillegg er de legemidler som ble overført i 2016 lagt inn i ISF-ordningen (estimert til 50 % av kostnaden). Disse legemidlene har historisk vist seg å ha en vekst som er betydelig høyere enn den årlige kompensasjonen for kostnadsvekst som ligger i basis- og ISF-inntektene. Selv om det er tatt høyde for en viss kostnadsvekst i budsjettet, vil en økning i kostbare legemidler finansiert av helseforetakene innebærer en økt økonomisk risiko for foretaket.

Det er innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene fra 1. januar 2017. Dette innebærer at helseforetakene vil få tilbakebetalt utgifter til merverdiavgift på merverdiavgiftspliktige varer og tjenester som inngår i driften i virksomheten, men at det samtidig trekkes ut basisinntekter tilsvarende estimert merverdiavgift for 2015, justert for prisvekst, aktivitetsvekst, nye legemidler, samt sjablonmessige beregninger. Innføringen vil medføre en økt økonomisk risiko, både i form av usikkerhet knyttet til størrelsen på uttrekket og innføring av nye rutiner for regnskapsføring. Samtidig åpner innføringen for en mulig reduksjon av kostnader på lengre sikt.

## **NASJONALE OG REGIONALE MÅL**

Planforutsetningene fra Helse Sør-Øst for perioden 2018-21 er beskrevet i vedlagte styresak fra Helse Sør-Øst, sak 021-2017.

### **NASJONALE OG REGIONALE MÅL**

Nasjonale mål for utviklingen av spesialisthelsetjenesten er følgende:

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

Helse Sør-Øst har videreført de fem målene fra forrige planperiode. Disse er:

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

### **KVALITET OG TRYGGHET I TJENESTENE**

For videreutvikling av pasientbehandlingen er følgende kvalitetsmål fastsatt:

- Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet skal styres
- Det skal drives forbedringsarbeid for å redusere uønsket variasjon i forbruksmønster, klinisk praksis og kvalitet
- Det skal drives infeksjonsforebygging og smittevern
- Korridorpasienter skal ikke forekomme

### **PSYKISK HELSEVERN OG TSB PRIORITERES**

Hvert helseforetak og sykehus skal ha høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Veksten skal måles i aktivitet (polikliniske konsultasjoner) og reduksjon i ventetid.

Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.

### **VENTETIDER**

Ventetidene skal reduseres hvert år. Det legges opp til en differensiering i krav til reduksjon i ventetider:

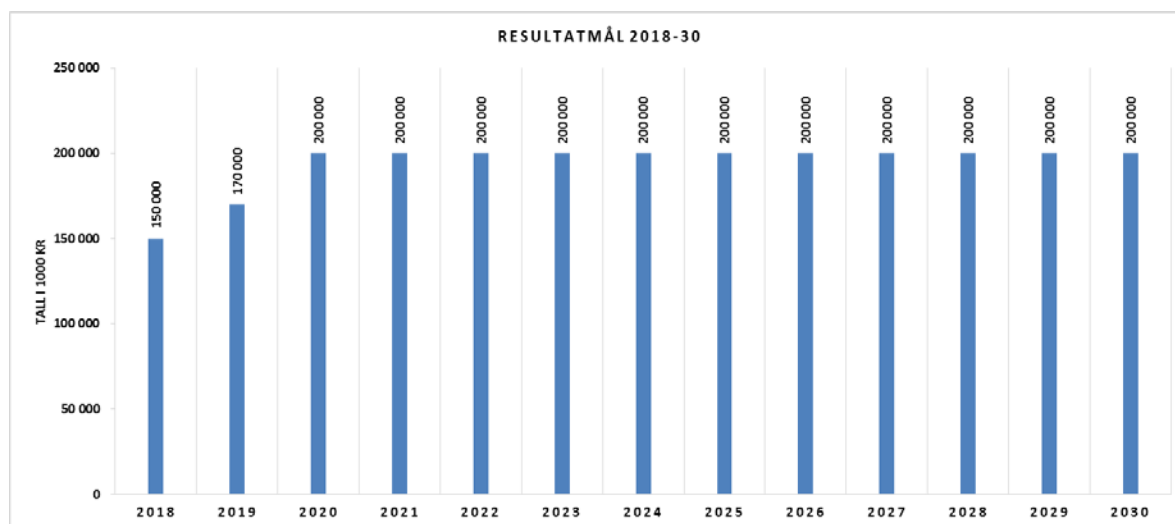
- Maksimalt 60 dagers ventetid for tjenestetilbud innen somatikk
- Maksimalt 45 dager for tjenestetilbud innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

## ØKONOMISK UTVIKLING I PERIODEN 2018-21

### ØKONOMISKE AMBISJONER FOR 2018-21

Det økonomiske resultatet i 2016 viste etter årsoppgjørseffekter et regnskapsmessig overskudd på 57,4 mill. kroner. For 2017 er det budsjettert med et overskudd på 144 mill. kroner. Overskuddsmålene er begrunnet i behovet for å reinvestere som er betydelig allerede i dag, og vil øke i årene fremover. Hovedkilden til finansiering av disse investeringene er overskudd fra egen drift, med andre ord at pengebruken flyttes fra drift til investeringer.

Det er derfor lagt opp til en ambisjon om å øke overskuddsmålet trinnvis fra 144 mill. kroner i 2017 til 200 mill. kroner årlig mot slutten av perioden. Ved oppnåelse av dette resultatmålet vil det i løpet av 2020 opparbeides en investeringsevne på ca. 300 mill. kroner, noe som i stor grad vil tilfredsstille det årlige reanskaffelsesbehovet, planer for utvikling behandling (nytt utstyr) samt oppsparing av egenkapital til fremtidige bygningsmessige utvidelser.



### ØKONOMISK UTVIKLING OG OMSTILLINGSKRAV

Framskrivningene viser en forventet inntekts- og kostnadsvekst perioden. Det er imidlertid særlig usikkerhet knyttet til:

- Vedtatte, men ikke tidfestede, endringer i foretakets opptaksområde. Disse er etter føringer fra Helse Sør-Øst ikke inkludert i framskrivningene.
- Det er ikke mottatt estimater for veksten i tjenestepriene fra Sykehuspartner. Foreløpig er det lagt til grunn fjorårets anslag.

Inntekter er foreløpig framskrevet i tråd med regional inntektsmodell og estimert aktivitetsvekst. For de kliniske divisjonene er det å forvente at de variable kostnadene vil øke når aktiviteten vokser i perioden. Videre har det erfaringsmessig vært en økende etterspørsel etter laboratorieanalyser og røntgenundersøkelser. Det er videre lagt til grunn en forventet kostnadsvekst innen de ikke-medisinske støttefunksjoner (DFM) som følge av den generelle aktivitetsveksten ellers i virksomheten.

Samlet sett er det for de foreløpige framskrivninger lagt til grunn en videreføring av dagens kostnadsnivå pr. pasient. Dette for å synliggjøre de reelle omstillingskrav for klinikker og divisjoner.



Hovedtallene i innspillet til foretakets foreløpige framskrivninger for 2018-21 blir da som følger:

Område	E2018	E2019	E2020	E2021
Faste inntekter	84 302	79 560	72 729	72 140
Akt.vekst	-38 891	-36 298	-33 091	-31 501
Service og vedlikeholdskost	-4 500	-4 500	-4 500	-4 500
Medikamenter	-36 013	-38 126	-40 274	-43 342
<b>Endr variable forhold</b>	<b>4 897</b>	<b>636</b>	<b>-5 136</b>	<b>-7 203</b>
Kapital	16 273	11 324	-1 243	-5 197
Finans	6 992	14 715	-4 227	-3 069
<b>Endr kap og fin</b>	<b>23 265</b>	<b>26 039</b>	<b>-5 471</b>	<b>-8 267</b>
Tjenester fra SP	-29 228	-10 172	-6 267	-44 844
Annet (lønn og pensjon)	32 173	-3 000	-3 000	-3 000
UP stråle og leie	0	0	-49 500	-37 500
UP ufordelt	-25 000	-25 000	0	0
Økt overskudd	-6 000	-20 000	-30 000	-15 000
<b>Endr andre forhold</b>	<b>-28 055</b>	<b>-58 172</b>	<b>-88 767</b>	<b>-100 344</b>
<b>Sum endr før omstilling</b>	<b>107</b>	<b>-31 497</b>	<b>-99 374</b>	<b>-115 813</b>
<b>Omstilling</b>	<b>-100</b>	<b>31 497</b>	<b>99 374</b>	<b>115 813</b>
<b>i % av omsetning</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,4 %</b>	<b>1,1 %</b>	<b>1,3 %</b>

Endringer og oppdateringer i inntektsmodellen viser at det foreløpig ikke gis noen nye omstillingskrav i 2018. Med utgangspunkt i økonomisk risiko for 2017, og krav til løsning av disse med nye tiltak gjennom året vil dette i så fall gi foretaket nødvendig tid til å nå dagens resultatkrav. Det understrekes at en eventuell beslutning knyttet til endring i foretakets opptaksområde vil kunne gi vesentlige endring i forhold forutsetningen om ingen nye omstillingskrav inn mot budsjett 2018.

Foreløpige framskrivninger viser et omstillingskrav gradvis økende fra 0,4 % i 2019 til 1,3 % i 2021. Gitt en årlig aktivitetsvekst på ca. 2% vurderes et årlig omstillingsuttak i størrelsesorden 1-1,5 % av påvirkbare kostnader årlig, å være et realistisk men krevende målbilde. En vesentlig andel av dette omstillingsmålet forventes realisert gjennom økt produktivitet, dvs en vekst i aktiviteten med ca. 2 % parallelt med en langt lavere vekst på kostnadssiden. Et omstillingsbehov høyere enn dette vurderes som urealistisk uten større strukturelle grep og vesentlige endringer i pasienttilbudet.

## **NÆRMERE OM FREMSKRIVNINGENE**

### **Faste og variable inntekter 2018-21**

De faste inntektene som Ahus mottar fra Helse Sør-Øst viser en årlig vekst på ca. 1,5 % eller med ca. 80 mill. kroner årlig. Veksten skyldes en oppdatering av den regionale inntektsmodellen og midler for å understøtte aktivitetsvekst.

AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Budsjett	Økonomiplan 2018-2021			
Beregning av foreløpig inntektsramme	2017	2018	2019	2020	2021
Basisramme forrige periode	5 890 697	5 510 039	5 595 317	5 674 869	5 747 590
<b>Endringer</b>					
Omfordeling inntektsmodell	6 011	83 166	34 266	27 217	26 417
Pensjon	-310 816	-42 956			
Økt aktivitet	83 472	45 067	45 286	45 504	45 715
<b>Foreløpig basisramme</b>	<b>5 510 039</b>	<b>5 595 317</b>	<b>5 674 869</b>	<b>5 747 590</b>	<b>5 819 723</b>
Tilskudd HOD, post 78	23 635	23 635	23 635	23 635	23 635
Strategiske forskningsmidler, fra post 72	17 138	17 138	17 138	17 138	17 138
Nasjonale kompetansetjenester	-	-	-	-	-
Turnustjeneste	1 543	1 543	1 543	1 543	1 543
<b>Andre faste inntekter</b>	<b>42 316</b>	<b>42 316</b>	<b>42 316</b>	<b>42 316</b>	<b>42 316</b>
<b>Sum faste inntekter</b>	<b>5 552 356</b>	<b>5 637 633</b>	<b>5 717 185</b>	<b>5 789 907</b>	<b>5 862 039</b>

<b>Sum basis inkl KBF og forskning</b>	<b>5 527 177</b>	<b>5 612 455</b>	<b>5 692 007</b>	<b>5 764 728</b>	<b>5 836 861</b>
herav; KBF	36 256	36 256	36 256	36 256	36 256
herav basis	5 490 921	5 576 199	5 655 751	5 728 472	5 800 605
<b>Årlig endr #</b>		<b>85 278</b>	<b>79 552</b>	<b>72 721</b>	<b>72 132</b>
<b>Årlig endr # korr pensjon</b>		<b>128 234</b>	<b>79 552</b>	<b>72 721</b>	<b>72 132</b>
<b>Årlig endr % korr pensjon</b>		<b>2,3 %</b>	<b>1,4 %</b>	<b>1,3 %</b>	<b>1,3 %</b>

Med aktivitetsforutsetningene i perioden forventes de variable inntektene å øke med ca. 40 mill. kroner årlig eller ca 1,5 % årlig.

I tillegg vil andre inntekter reduseres noe i perioden som følge av inntektsføring av statstilskuddet fra Nye Ahus (utsatt inntekt), parallelt i takt med fallende avskrivningskostnader.

### **Økte kostnader av forventet aktivitetsvekst 2018-21**

For de kliniske divisjonene er det forventet at de variable kostnadene øker når aktiviteten vokser i perioden. Videre har det erfaringsmessig vært en økende etterspørsel etter laboratorieanalyser og røntgenundersøkelser. Det er videre lagt til grunn en forventet kostnadsvekst innen de ikke-medisinske støttefunksjoner (DFM) som følge av den generelle aktivitetsveksten ellers i virksomheten. Innenfor de sentrale stabsfunksjonene er det ikke forventet økte kostnader i perioden som følge av aktivitetsveksten generelt. Det legges til grunn en vekst i de variable kostnadene lik aktivitetsveksten innen somatikk i perioden.

Dette innebærer at det vurderes som realistisk å forvente at kostnadsveksten som følge av økt aktivitet kan løses gjennom økte variable inntekter og en produktivitetsforbedring.

### **Økte tjenestepreiser Sykehuspartner 2018-21**

Ahus har ikke mottatt tjenestepreiser fra Sykehuspartner for perioden 2018-21. Foreløpig legges det til grunn fjorårets estimater som viser betydelig vekst i perioden. Samlet utgjør kostnadsøkningen 90 mill kr for Ahus i perioden.

Ahus vurderer det som krevende å forsvare en vekst i IKT-kostnadene i den størrelsesorden det er lagt opp til fra Sykehuspartner og Helse Sør-Øst. En årlig kostnadsvekst utover om lag 2% er ikke mulig å håndtere uten å senke resultatmålene eller redusere omfanget av pasienttilbudet.

### ***Økte medikamentkostnader 2018-21***

Kostnadene legemidler forventes å øke kraftig i perioden. Sykehusapotekene HF estimerer en kostnadsutvikling opp til et nivå på ca. 700 mill. kr i 2021. Kostnadene til nye kreftmedikamenter forutsettes å øke særlig kraftig i perioden. Som følge av dette er det lagt til grunn en årlig vekst i legemidlene på 40-50 mill kroner.

## Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	9. mars 2017

### SAK NR 021-2017

#### ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2018-2021. PLANFORUTSETNINGER

##### *Forslag til vedtak:*

- Helseforetakene skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede mål:
  - Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
  - Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
  - Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Følgende regionale mål legges til grunn for planleggingen i perioden:
  - Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd
  - Sykehusinfeksjoner er redusert til 3%
  - Pasienten får timeavtale sammen med svar på henvisningen
  - Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet
  - Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer
- Krav med hensyn på innretning av og vekst i pasientbehandlingen, herunder aktivitet målt i ISF-poeng, settes på bakgrunn av føringer i statsbudsjettet det enkelte år.

Følgende planforutsetninger skal legges til grunn angående aktivitet og prioritering for perioden:

- Samlet vekst i pasientbehandlingen skal være i overkant av 2 % i 2018.
  - Vekst i aktiviteten innen somatikk skal være om lag 7 % i planperioden.
  - Veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal hver for seg være høyere enn for somatikk. Det enkelte helseforetak og sykehus skal i sine aktivitetsbudsjetter legge til rette for at dette innfris for foretaksgruppen hvert år i perioden.
- Det skal planlegges for at gjennomsnittlig ventetid skal reduseres hvert år, og være under 60 dager for somatikk og under 45 dager for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

5. Målet om at ressursbruk til forskning over tid skal utgjøre 5 % av samlet ressursbruk, søkes primært ivaretatt gjennom økt forskning med ekstern finansiering.
6. Helseforetakene må gjennomføre egne analyser av bemanningsbehov innen aktuelle fagområder og knytte dette til egne utviklingsplaner. Analysene må følges opp av tiltak i perioden som bidrar til å sikre at utdanning og kompetanse er i samsvar med helseforetakets behov.
7. Helseforetakenes innspill til økonomisk resultat i perioden skal baseres på realistiske forutsetninger om kostnads- og inntektsutvikling i helseforetaket, og tiltak for å oppnå det planlagte resultat skal i størst mulig grad beskrives og tallfestes. Dette arbeidet skal skje i nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.
8. Foretaksgruppens samlede resultat bør mot slutten av økonomiplanperioden minst utgjøre 2,5 % av samlede inntekter.
9. Det forutsettes at økonomiske gevinster som følge av store investeringsprosjekter og felles regionale satsninger, herunder nytt sykehus på Kalnes og avtale med ekstern leverandør av infrastrukturmodernisering innen IKT, realiseres i henhold til plan.
10. Helseforetakene skal bidra med egenfinansiering, herunder likviditet fra egne positive resultater, ved finansiering av regionalt prioriterte investeringsprosjekter i eget helseforetak. Forutsetning 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.
11. For perioden 2018-2021 skal helseforetakene benytte sine kartlegginger av status og behov for medisinsk teknisk utstyr, foreta prioriteringer og innarbeide anskaffelsesplaner i innspillet til økonomisk langtidsplan. Det skal også vises hvilke effekter dette får på gjennomsnittlig alder på det medisinsk- tekniske utstyret.
12. Helseforetakene skal vedlikeholde sin bygningsmasse i tråd med vedtatt strategi for eiendomsområdet. Økonomisk langtidsplan skal inkludere plan for forbedring av de dårligste byggene som skal brukes videre. Helseforetakene må sette av midler til både løpende og ekstraordinært vedlikehold. I gjennomsnitt bør dette ligge på 250 kr/kvm for hele bygningsmassen.

Hamar, 2. mars 2017

Cathrine M. Lofthus  
administrerende direktør

## 1. Hva saken gjelder

Som tidligere år inviteres styret til å legge føringer knyttet til sentrale parametere som helseforetakene skal legge til grunn for det videre arbeidet med økonomisk langtidsplan for perioden 2018 til 2021. Sentralt i dette står de medisinske og helsefaglige vurderingene av utviklingen i behovet for spesialisthelsetjenester og pasientbehandling i perioden, samt forutsetninger knyttet til ressurstilgang og økonomisk handlingsrom for å realisere nødvendige investeringer.

Referansesakene til denne saken er i første rekke sak 051-2016 *Økonomisk langtidsplan 2017-2020* og sak 085-2016 *Budsjett 2017. Fordeling av midler til drift og investering*.

## 2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

### 2.1 Det strategiske grunnlaget for økonomisk bæreevne

Det strategiske grunnlaget for arbeidet med økonomisk langtidsplan fremgår av *Plan for strategisk utvikling 2013-2020*, samt de overordnede målene som foreslås for perioden 2017-2020. Økonomisk langtidsplan representerer en konsekvensvurdering av etablerte strategier og planer.

Økonomisk langtidsplan skal gi et samlet grunnlag for vurdering av økonomisk bæreevne for investeringer i foretaksgruppen i et lengre perspektiv enn det enkelte budsjettår. Følgende strategier er valgt i *Plan for strategisk utvikling*:

- Varig økonomisk bæreevne skal skapes gjennom økt økonomisk handlingsrom, ved gode prioriteringer og realisering av gevinster av utviklingsarbeid og investeringer
- Pågående endringsprosesser skal gi bedre behandlingskvalitet og bedre ressurs- og kapasitetsutnyttelse
- Ressursfordelingen mellom sykehusområdene i regionen skal gi mulighet for å tilby likeverdige helsetjenester til befolkningen
- Helseforetaksgruppen skal levere økonomiske resultater som sikrer et nødvendig investeringsnivå

Økonomisk langtidsplan er et sentralt virkemiddel for å gjennomføre denne strategien.

Alle helseforetakene utarbeider egne økonomiske langtidsplaner på grunnlag av planforutsetninger som Helse Sør-Øst RHF gir gjennom denne saken. Helseforetakenes planer vil være innspill til den regionale økonomiske langtidsplanen. Det er et krav at disse planene behandles i helseforetaksstyrene, noe som sikrer en formalisert forankring av de vurderinger som gjøres i det enkelte helseforetak.

Det er lagt opp til at økonomiplanen i størst mulig grad skal være førende for planperioden, med størst binding mot utarbeidelse av årsbudsjett første året.

Økonomisk langtidsplan 2018-2021 vil bli forelagt styret for behandling 15. juni 2017.

## 2.2 Regional og lokale utviklingsplaner

Som en oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan ble det i foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 4. mai 2016 lagt til grunn at alle helseforetak skal utarbeide utviklingsplaner som må ses samlet og sikre det totale helsetilbudet i regionen. I protokollen fra foretaksmøtet 10. januar 2017 er det videre presisert at alle regioner innen 31. desember 2018 skal utarbeide regionale utviklingsplaner i tråd med veilederen for utviklingsplaner med en tidshorisont fram mot 2035.

Det er utarbeidet regionale føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner med utgangspunkt i eksisterende regionale strategier. Det vises til styrets behandling av sak 008-2017 *Regionale føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner*. Som omtalt i sak 008-2017 vil en i forbindelse med regional utviklingsplan ta stilling til revisjon av gjeldende strategi "*Plan for strategisk utvikling 2013-2020*".

## 2.3 Mål for perioden 2018-2021

I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2017 framgår det at de regionale helseforetakene i 2017 skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede mål:

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

Det legges til grunn at disse målene også vil være førende for økonomiplanperioden.

I sak 018-2016 *Økonomisk langtidspan 2017-2020. Planforutsetninger* vedtok styret følgende mål for perioden 2017-2020:

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

Disse målene uttrykker organisasjonens ambisjoner om tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet, og administrerende direktør foreslår at de samme målene gjøres gjeldende også for perioden 2018-2021.

Nylig er det lagt fram stortingsmeldinger og andre sentrale dokumenter som er relevante og styrende for utvikling av spesialisthelsetjenesten, herunder:

- Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering
- Meld. St. 13 (2016-2017) Kvalitet og pasientsikkerhet 2015
- Nasjonal strategi for arbeidet mot virale leverbetennelser (hepatitter). Helse- og omsorgsdepartementet 2016
- Nasjonal strategi for persontilpasset medisin. Helsedirektoratet 2016
- #Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse 2016-2021
- Prop. 1 S (2016-2017) Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)
- Prop. 12 S (2016-2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021)

## 2.4 Det generelle utfordringsbildet i foretaksgruppen

Helse Sør-Øst skal gi et godt spesialisthelsetilbud til den enkelte pasient, med god kvalitet. Samtidig skal de store samfunnsmessige verdier i spesialisthelsetjenesten; personell, kompetanse, utstyr og bygg, forvaltes på en god og fremtidsrettet måte. Dette er uttrykt i visjonen: *“Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av, alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.”*

### **Befolkningsutvikling**

Helse Sør-Øst leverer i dag spesialisthelsetjenester til ca. 2,98 millioner innbyggere og vil i 2018 ha passert tre millioner innbyggere. Befolkningen i Helse Sør-Øst utgjør 56 % av befolkningen i Norge og regionen ivaretar i tillegg nasjonale funksjoner innen flere områder.

Statistisk sentralbyrå (SSB) oppdaterer sine befolkningsframskrivninger annen hvert år, siste gang var i juni 2016. De oppdaterte framskrivingene har endret seg noe siden framskrivingene som lå til grunn for ØLP 2017-2020. Endringene skyldes nye prognoser som viser

- et noe lavere barnetall framover
- en litt høyere levealder for menn
- et endret flyttemønster, mer sentralisering
- en høyere langsiktig innvandring og et kortsiktig tillegg knyttet til asylsituasjonen i Europa

De nye forutsetningene gir en noe høyere befolkningsvekst i Oslo og Akershus sykehusområder sammenliknet med øvrige sykehusområder i forhold til tidligere prognoser. Den økte veksten er i første rekke knyttet til den yngre delen av befolkningen.

Tabell 1 under viser fremskrevet antall innbyggere.

Sykehusområde	2018	2019	2020	2021	2018-2021	2018-2021
Akershus	522 975	531 289	539 084	546 582	23 607	4,5 %
Innlandet	403 207	405 318	407 390	409 485	6 279	1,6 %
Oslo	578 217	587 564	595 362	602 505	24 288	4,2 %
Sørlandet	307 682	311 252	314 633	317 956	10 274	3,3 %
Telemark - Vestfold	409 364	412 369	415 157	417 914	8 550	2,1 %
Vestre Viken	495 632	500 678	505 436	510 076	14 445	2,9 %
Østfold	296 910	299 913	302 759	305 532	8 623	2,9 %
Sum	3 013 986	3 048 382	3 079 820	3 110 049	96 063	3,2 %

Tabell 1. Befolkningsutvikling pr. sykehusområde. Kilde SSB

Samlet sett forventes befolkningen i Helse Sør-Øst å øke med 3,2 % i perioden 2018-2021.



Sykehusområdene har ulik befolknings sammensetning. Innlandet sykehusområde har størst andel innbyggere over 70 år. Denne andelen vil øke for alle sykehusområder i fireårsperioden. Oslo og Akershus sykehusområder har færrest andel eldre over 70 år, jf. Tabell 2 under.

Sykehusområde	Total befolkning		Andel over 70 år	
	2018	2021	2018	2021
Akershus	522 975	546 582	10,7 %	11,3 %
Innlandet	403 207	409 485	15,0 %	16,0 %
Oslo	578 217	602 505	8,3 %	8,7 %
Sørlandet	307 682	317 956	11,8 %	12,5 %
Telemark - Vestfold	409 364	417 914	13,6 %	14,5 %
Vestre Viken	495 632	510 076	12,2 %	12,9 %
Østfold	296 910	305 532	13,2 %	14,0 %
Sum	3 013 986	3 110 049	11,8 %	12,5 %

Tabell 2. Andel over 70 år. Kilde SSB

Utslagene av en aldrende befolkning blir mest synlig fra 2020, men et slikt utviklingsbilde krever at spesialisthelsetjenesten forbereder seg. Det må i planperioden tas høyde for at antallet eldre som lever med kreft, kroniske sykdommer og livsstilssykdommer øker jevnt. Det vises til omtale av medisinske og helsefaglige prioriteringer under.

#### **Mer effektiv bruk av ressursene**

Det forventes fortsatt krav fra eier til økt effektivisering av spesialisthelsetjenesten, bl.a. gjennom videreføring av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen i de årlige statsbudsjettene. Det forventes derfor ikke realvekst i ressurstilgangen til spesialisthelsetjenesten de kommende årene ut over kompensasjon for økte kostnader som følge av aktivitetsvekst. Vekst i aktivitet er dels begrunnet i endring i befolkningens størrelse og sammensetning, dels begrunnet i medisinsk utvikling inklusive ny diagnostikk og nye behandlingsmetoder/legemidler, ny teknologi og krav og forventning om kortere ventetid.

Fremover vil det også være behov for økt innsats innen forskning og utvikling samt et behov for økte investeringer i IKT- løsninger, bygg, vedlikehold og medisinskteknisk utstyr. Når det innenfor de gitte rammene skal genereres positive resultater for å skape handlingsrom for investeringer, betinger dette i sum mer effektiv bruk av ressursene.

I sak 018-2016 vedtok styret at foretaksgruppens resultat mot slutten av økonomiplanperioden 2017-2020 minst burde utgjøre 2,5 % av samlede inntekter (resultatgrad), for å styrke foretaksgruppens økonomiske handlingsrom. Selv om det er store variasjoner mellom helseforetakene, ble det samlet for foretaksgruppen lagt opp til en resultatgrad i 2020 på 1,8 %, jf. omtale i sak 051-2016.

Foreløpige tall viser at helseforetaksgruppen samlet sett fremviste et positivt regnskapsmessig resultat på om lag 1,1 milliard kroner både i 2015 og i 2016. Det er store variasjoner knyttet til måloppnåelse med hensyn på økonomisk resultat i foretaksgruppen, og flere helseforetak har utfordringer med å innfri de årlige resultatkravene.

Samlet for foretaksgruppen legges det til grunn at målet om 2,5 % resultatgrad mot slutten av planperioden opprettholdes.

### **Kapasitetstilpasninger i perioden**

Operasjonalisering av “sørge for”-ansvaret innebærer at det løpende må foretas analyser av kapasitet og behov. Dette for eventuelt å gjøre korrigerende tiltak for å sikre at befolkningen i regionen til enhver tid har tilgang til nødvendige spesialisthelsetjenester. Befolkningsveksten i Oslo og Akershus gjør det nødvendig med særskilt oppmerksomhet på dette området. Det vises her bl.a. til styrebehandling av sak 052-2016 *Kapasitetsutfordringer Oslo og Akershus sykehusområder* behandlet 16. juni 2016.

Det arbeides på denne bakgrunnen videre med kapasitetstilpasninger i hovedstadsområdet, herunder oppgavefordeling mellom Oslo universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus. Oppgavefordelingen vil samlet gi kapasitetstilpasninger som vil legge til rette for tilbakeføring av deler av Akershus universitetssykehus sitt opptaksområde til Oslo sykehusområde.

En eventuell overføring av Kongsvinger sykehus fra Innlandet sykehusområde til Akershus sykehusområde er utredet og rapport fra arbeidet blir sendt på høring.

Styret har tidligere vedtatt å overføre spesialisthelsetjenesteansvaret for befolkningen i Vestby kommune fra Akershus sykehusområde til Østfold sykehusområde, jf. sak 090-2014. Overføring av Vestby kommune er ikke innarbeidet i planforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2018-2021, da tidspunkt for overføringen ikke er besluttet. Det pågår nå et utredningsarbeid for å fastsette overføringstidspunkt, og dette arbeidet vil bli sluttført i løpet av våren 2017.

## **2.5 Krav og føringer innen medisin og helsefag**

### **Aktivitetsvekst, ventetider og uønsket variasjon**

For å bidra til et forbruksmønster som er i samsvar med målet om likeverdige helsetjenester skal helseforetakene, på basis av tilgjengelige data for forbruksrater, vurdere om det er behov for å justere kapasitet og ressursbruk.

Vekst innen de ulike tjenesteområdene kan variere mellom sykehusområdene, men følgende føringer gjelder alle helseforetak:

- Aktivitetsvekst i pasientbehandlingen på i overkant av 2 % i 2018. Vekst omfatter tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk.
- Vekst i aktiviteten innen somatikk på om lag 7 % i planperioden.
- Veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal hver for seg være høyere enn for somatikk. Det enkelte helseforetak og sykehus skal i sine aktivitetsbudsjetter planlegge for dette. Aktivitetsveksten skal måles i antall polikliniske konsultasjoner.

Helseforetakene kan budsjettere med høyere vekst forutsatt at krav om prioritering mellom tjenesteområder oppfylles og det skjer innen rammene av en bærekraftig økonomi.

Krav med hensyn på innretning av og vekst i pasientbehandlingen, herunder aktivitet målt i ISF-poeng, settes på bakgrunn av føringer i statsbudsjettet det enkelte år.

Ventetidene skal reduseres hvert år, og det legges opp til differensiering mellom tjenesteområdene:

- Gjennomsnittlig ventetid skal være under 60 dager for somatikk og under 45 dager for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

### **Kvalitet og trygghet i tjenestene**

Det skal være god styring, herunder solid forankring i styre og linjeledelse knyttet arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Det skal rettes særskilt oppmerksomhet mot følgende:

- Nulltoleranse for korridorpasienter
- Reduksjon av sykehusinfeksjoner
- Videreutvikling av antibiotikastyringsprogram og reduksjon av bruken av bredspektret antibiotika. Nasjonal strategi- og handlingsplan mot antibiotikaresistens er førende
- Måling av resultater og åpenhet rundt disse
- Analyser av uønskede hendelser for å finne årsaker med sikte på forbedring
- Redusere uønsket variasjon i forbruksmønster, klinisk praksis og kvalitet
- Oppfølging av innsatsområder i pasientsikkerhetsprogrammet

Helse Sør-Øst RHF vil også vurdere behovet for økt poliklinisk aktivitet innen enkelte områder, som følge av kortere liggetid, for å sikre trygg oppfølging etter utskriving.

### **Samhandling mellom tjenestenivåene og brukervedvirkning**

I planperioden legges det følgende føringer for samhandling og brukervedvirkning:

- Helseforetakene skal sammen med kommunene gjennomgå den akuttmedisinske beredskapen i sitt ansvarsområde
- Helseforetakene skal bidra til desentraliserte og/eller ambulante spesialisthelsetjenester i samarbeid med kommunene
- Samarbeidsavtalene skal videreutvikles og kvaliteten på informasjonsutvekslingen bør bedres
- Nasjonale og lokale brukererfaringsundersøkelser skal benyttes som grunnlag for forbedringsarbeid. Undersøkelsene vil vektlegges i den statlige ordningen kvalitetsbasert finansiering
- Helseforetakene skal legge til rette for at pasienter som ønsker en aktiv rolle i valg av behandlingsmetode gjennom god informasjon og kommunikasjon får anledning til dette
- Pasienter skal kunne ha tilgang til og bruke personlig helseinformasjon og kommunisere med sykehuset på nett
- Det bør tilrettelegges for arealfleksible tjenestetilbud og elektronisk kommunikasjon til erstatning for fysisk oppmøte

Omstilling av tjenester innen somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling og rehabilitering som berører kommunene skal ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene.

Når det gjelder de kommunale øyeblikkelig hjelp-plassene er det foreløpig stor usikkerhet knyttet til hvorvidt disse avlaster helseforetakene slik det er ment. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp-døgntilbud ble utvidet i 2017 til også å omfatte pasienter innen psykisk helsevern og rusbehandling/TSB. Spesialisthelsetjenesten må fortsatt bidra i utviklingen av disse tilbudene slik at de får den ønskede effekten.

### **Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er nasjonale satsingsområder. Pasienter med alvorlig rus- og psykisk sykdom har betydelig overdødelighet, bl.a. som følge av kronisk eller uoppdaget somatisk sykdom. Det forventes at alle sykehus vier denne co-morbiditeten særlig oppmerksomhet, for å ivareta enkeltpasientene og pasientgruppen bedre og koordinert. Samarbeid med førstelinjetjenesten, herunder ambulante tjenester, omkring enkeltpasienter er her avgjørende.

Det skal være særskilt oppmerksomhet knyttet til de alvorligste psykisk syke og voldsrisikovurderinger, samt at det skal sikres tilstrekkelige ressurser og kapasitet innen akutt- og sikkerhetspsykiatri "nivå 2" i alle helseforetak/sykehus. Kapasiteten ved regional sikkerhetsavdeling (RSA) ved Oslo universitetssykehus HF, med egen enhet for langtidsbehandling av særlig farlige pasienter, vil følges opp fra det regionale helseforetaket. For øvrig skal helseforetakene hensynta følgende i utarbeidelsen av sine økonomiske langtidsplaner:

- Arbeidet med forebygging av selvmord og reduksjon i bruken av tvang skal intensiveres
- Det skal være en fortsatt styrking av polikliniske og ambulante funksjoner, inklusiv ambulante akutt-tea
- Det må utvises forsiktighet ved eventuell ytterligere omstilling knyttet til døgnkapasitet, sett i lys av sykkelighet, samfunnsutviklingen og økningen i antall dømte til behandling
- Det skal være god poliklinisk tilgjengelighet og døgnbehandlingstilbud innen psykisk helsevern for voksne (VOP) og for barne- og unge (BUP) i alle sykehusområder
- Pasienter med alvorlige psykiske lidelser/psykoser og tilbakevendende symptomatologi skal sikres god tilgjengelighet og helhetlige pasientforløp med mulighet for langtidsrettet poliklinisk behandling i DPS, i kombinasjon med innleggelse i spesialisert døgnbehandling når dette er påkrevet
- Det skal legges til rette for økt frivillighet, brukerstyrte tilbud og legemiddelfrie behandlingstilbud for pasienter som ønsker det
- Behandling av tvangslidelser som en spesialisert, poliklinisk områdefunksjon innen BUP og VOP skal sikres i alle sykehusområder i henhold til føringer, gjennomført opplæringsprogram og etablerte funksjoner
- Det skal det være god tilgjengelighet til både poliklinisk og døgnbasert behandling for spiseforstyrrelser

Utviklingen av tjenestetilbudet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er ikke kommet like langt i alle helseforetak. Det må sikres at alle helseforetakene har grunnleggende basistjenester i tverrfaglig spesialisert rusbehandling til pasienter i sykehusområdet. Dette gjelder akutt- og avrusningstilbud, poliklinikk og ambulant tjeneste, samt døgnbehandling for pasienter med behov for omfattende og sammensatte spesialisthelsetjenester.

- Behandlingstilbudene skal videreutvikles med særlig vekt på å sikre helhetlige behandlingstilbud, herunder økt ambulant virksomhet
- Fagutvikling og forskning skal vektlegges i planperioden

### **Utredning, behandling og oppfølging av kreft**

Pakkeforløp for kreft skal prioriteres slik at forløpstidene nås. Det er et overordnet mål at alle kreftpasienter får vurdert sitt behov for rehabilitering slik det er beskrevet i pakkeforløpene.

Styrevedtak om oppfølgingen av stråleterapikapasiteten i sak nr. 30-2016, herunder rekkefølge for videre utbygging av stråleenheter desentralt i regionen, gir føringer for planperioden:

- Det må sikres en helhetlig kreftomsorg i sykehusområdet
- Helseforetakene som skal etablere egne stråleenheter skal planlegge kapasiteten basert på behovet for denne områdefunksjonen for eget sykehusområde<sup>1</sup>.

Funksjons- og oppgavefordelingen for kreftbehandlingen, jf. sak 85-2010, videreføres.

### **Habilitering og rehabilitering**

I planperioden må følgende forhold hensyntas:

- Det skal være et mer likeverdig tilbud for personer med autismspekterforstyrrelser
- Regional behandlingslinje for barn og unge med ervervet hjerneskade skal implementeres
- Det skal etableres et faglig tyngdepunkt for rehabilitering i alle helseforetak med tilstrekkelig døgncapasitet, og prioritering av ambulant virksomhet skal sikres

Det forventes en nedtrapping/justering av avtalene med rehabiliteringsinstitusjoner etter hvert som kommunale tilbud bygges opp:

- Helseforetakene må i større grad skille mellom pasienter som har behov for spesialiserte rehabiliteringstjenester og pasienter som kan skrives ut til kommunale tilbud.

Regjeringen vedtok i 2016 at retten til fritt behandlingsvalg skal omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak. Endringen innebærer at rehabilitering senere kan fases inn i den nye godkjenningsordningen, som er en del av fritt behandlingsvalg.

### **Finansieringsansvar for legemidler**

Overføring av finansieringsansvaret for legemidler fra folketrygden til regionale helseforetak vil representere en økonomisk utfordring i perioden. Det må i tråd med anbefalingene i Legemiddel-meldingen og Prioriteringsmeldingen forventes at de regionale helseforetakene vil få utvidet finansieringsansvar for et betydelig antall legemidler som folketrygden finansierer i dag. Utover selve volumøkningen er det usikkert hvilke økonomiske konsekvenser som evt. følger av dette.

Innføring av nye kreftlegemidler og indikasjonsutvidelser, som i første tiden (opptil ett år og fire måneder) skal finansieres over rammen, vil være en utfordring det må planlegges for i perioden. De største kostnadsøkningene ser i perioden ut til å komme fra nye kreftlegemidler, hepatitt C-legemidler og MS-legemidler.

---

<sup>1</sup> Det legges til grunn at gjeldende funksjons- og oppgavedeling i sykehusområdet Vestfold-Telemark ikke endres som følge av etablering av stråleterapitilbud ved Sykehuset Telemark HF.

Det er fortsatt knyttet usikkerhet til kostnadsutviklingen for legemidlene hvor finansieringsansvaret ble overført i statsbudsjettet for 2016, særlig hepatitt C-legemidlene. Betydelig flere pasienter enn de som behandles i dag er aktuelle for behandling med nye hepatitt C-legemidler. Anbudskonkurranse gir reduserte priser, mens endringer i intervensjonsnivået som konsekvens av endrede retningslinjer kan potensielt gi betydelig kostnadsøkning.

Helseforetakene må ta høyde for økonomisk risiko knyttet til legemidler i sine økonomiske langtidsplaner. Sykehusapotekene utarbeider prognoser for legemiddelkostnader for hvert år i perioden på helseforetaks-/sykehusnivå. Disse prognosene oversendes helseforetak og sykehus som et planleggingsgrunnlag. Det er imidlertid opp til det enkelte helseforetak/det enkelte sykehus selv å budsjettere sine medikamentkostnader.

### ***Kravene i planperioden utfordrer intern organisering, drift og logistikk***

De samlede kravene til økt aktivitet, reduserte ventetider, dokumenterbar kvalitet og aktiv brukermedvirkning, samt økonomisk handlingsrom for å legge til rette for investeringer er utfordrende.

- Helseforetakene skal i sine økonomiplaner vise til hvilke grep de gjør eller planlegger med for å tilrettelegge driften slik at medarbeidernes ressurser kan brukes målrettet og koordinert
- Det er et lederansvar på alle nivå å få til en planleggingshorisont på minimum seks måneder i alle poliklinikker
- Det forutsettes en systematisk erfaringsutveksling med/læring av helseforetak som har effektive pasientforløp med korte liggetider, god utnyttelse av operasjonsstuer og medisinsk teknisk utstyr, samt god tilgjengelighet

Det har vært betydelig utvikling i rettighetslovgivningen de siste årene, og dette øker omfanget av administrative oppgaver knyttet til pasientoppfølgingen. Det er avgjørende for pasientsikkerheten at medarbeidere som håndterer pasientinformasjon, herunder henvisninger, settes i stand til å gjøre dette på korrekt måte.

- Helseforetakene må ta i bruk regionalt elektronisk verktøy for det elektive henvisningsforløpet. Verktøyet gir både prosess- og beslutningsstøtte, herunder direkte tilgang til oppdaterte og regionalt godkjente standarder
- Kompetansen til medarbeidere som håndterer henvisninger bør kunne dokumenteres gjennom regional sertifiseringsordning

For å nå målene om standard forløpstid i flere av pakkeforløpene for kreft, skal oppmerksomhet rettes mot prosessforbedring knyttet til pasienter som utredes og behandles ved flere helseforetak. Elektroniske 3-strøms MDT-møter (multidisciplinære team-møter) mellom helseforetak skal tas i bruk for å korte utredningstiden og igangsette behandlingen raskere.

### ***Avtalespesialister, private leverandører og fritt behandlingsvalg***

Nye rammeavtaler for avtalespesialistene fra 2016 åpner for et tettere samarbeid mellom helseforetakene og avtalespesialistene, og det arbeides i denne sammenheng med en regional plan for avtalespesialistområdet med god geografisk fordeling og per spesialitet, samt en hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom avtalespesialistene og sykehusenes poliklinikker. Det forutsettes også en økning av antallet driftsavtaler i planperioden.

Når det gjelder private leverandører, vil det for planperioden gjennomføres behovsvurderinger innen kirurgi og laboratoriefag med tanke på nye anskaffelser/justeringer av eksisterende avtaler. For radiologi ble det i 2015 gjennomført en ny anskaffelse etter en omfattende behovsvurdering. Innen rehabilitering, psykisk helsevern og TSB er det løpende avtaler og her vil det først og fremst vurderes justeringer som følge av befolkningsutvikling, behovsendringer og endringer i oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det gis mulighet for helseforetakene til selv å inngå tidsbegrensede avtaler med private leverandører for å avhjelpe særskilte utfordringer knyttet til kapasitet og ventetider.

Ordningen med fritt behandlingsvalg har fortsatt begrenset omfang både med hensyn til antall leverandører som har søkt om og har fått godkjenning, men også med hensyn til volum i pasientbehandling gjennom ordningen. Det er likevel grunn til å tro at ordningen etter hvert vil få større omfang, blant annet fordi flere tjenester blir innlemmet. Helseforetakene må ta høyde for denne usikkerheten i sine planer.

## 2.6 Krav og føringer innen bemanning og kompetanse

### *Langsiktig behovsutvikling innen fagområder*

Som ledd i arbeidet med strategisk kompetanseutvikling i Helse Sør-Øst, er det i 2016 utarbeidet en overordnet behovsanalyse på regionalt nivå i samarbeid med de øvrige regioner. Analysen er dels basert på helseforetakenes tilbakemelding vedrørende sårbare fagområder, data fra Personalportalen, utvikling beskrevet i Legestillingsregisteret og bruk av Nasjonal bemanningsmodell. I forbindelse med analyser i Nasjonal bemanningsmodell er regionene blitt enige om kriterier som legges til grunn for vurdering av om en spesialitet bør ha strategisk fokus i kommende planperiode. I tillegg er det utarbeidet ulike nasjonale og regionale rapporter og framskrivninger, herunder blant annet Statistisk sentralbyrå sine framskrivninger av behovet for arbeidskraft og SINTEF sin aktivitets- og kapasitetsanalyse for Helse Sør-Øst frem mot 2030.

Disse analysene indikerer et langsiktig behov for styrking av kompetansebeholdningen i foretakene og behov for endret kompetansesammensetning innen følgende områder:

- Økt behov for sykepleiere med grunnutdanning. Dette innebærer at utdanningskapasitet i høyskolene må tilpasses sammen med antall praksisplasser
- Økt behov for spesialisykepleiere. Den medisinsk-teknologiske utviklingen påvirker også behovet for spesialisykepleiere. Ved flere av helseforetakene er det i dag mangel på intensiv- og operasjonssykepleiere
- Økt behov for bioingeniører
- Økt behov for legespesialister innen utvalgte områder som for eksempel psykisk helsevern, radiologi, patologi, geriatri, endokrinkirurgi, lungemedisin og gastroenterologi
- Det kan også bli en økt generell etterspørsel etter legespesialister som følge av ny modell for utdanning av legespesialister

Også innen andre fagområder vil foretakenes kapasitet måtte vurderes. Behovsanalysen peker spesielt på:

- Behov for stråleterapeuter. Dette krever bl.a. at utdanningskapasiteten for disse gruppene bygges ut
- Behov for styrking av helsesekretærrollen. Dette anses som et virkemiddel for å avlaste klinikerne og for å sikre trygg oppfølging av det pasientadministrative arbeidet

- Vurderinger av dagens modell for utdanning av bemanning i ambulansetjenesten, herunder paramedic-utdanning

Videre må det foretas analyser av behovet for masterutdanning innen sykepleie.

Helseforetakene må gjennomføre egne analyser innen aktuelle fagområder som knyttes til foretakenes utviklingsplaner. Analysene bør understøttes av Nasjonal/regional bemanningsmodell, og særskilte utdanningsutfordringer må følges opp lokalt/regionalt og nasjonalt i samarbeid med utdanningsinstitusjonene.

Analysene må følges opp av tiltak i økonomiplanperioden for å sikre at det er bemanningsressurser med tilstrekkelig kapasitet, utdanning og kompetanse i helseforetaket til å dekke fremtidige behov.

### **Føringer for økonomisk langtidsplan**

Det forventes at alle foretak øker innsatsen for å sikre bedre ressursstyring med mer helhetlig og langsiktig bemanningsplanlegging ved at det legges vekt på følgende forhold:

- Arbeidet med aktivitetsstyrte bemanningsplaner gjennomføres med fokus på å sikre gode og forutsigbare pasientforløp samt trygt og sikkert arbeidsmiljø
- Ny diagnostikk og nye behandlingsformer, jobb- og oppgavedeling, samt endret og ny teknologi, stiller krav til nye arbeidsprosesser, organisering og arbeidskompetanse som må hensyntas i planleggingen
- Det stilles krav til produktivitetsvekst og effektivisering som må følges opp ved at bemanningsressurser og kompetanse (ansatte) benyttes riktig og er i samsvar med ressurstilgangen
- Foretakene må sikre at organisering av legetjenesten ivaretar ny struktur og modell for utdanning av legespesialister
- Overtid og innleie skal være realistisk budsjettert, basert på tidligere års faktiske tall

## **2.7 Ny utdanningsstruktur for leger i spesialisering**

Ny organisering av utdanningsløpene for leger i spesialisering (LiS) starter opp fra september 2017, med gradvis innføring frem mot 2019. Planene for ny spesialistutdanning kan innebære at bidrag fra LiS- legene i pasientrettete aktiviteter blir mindre.

Helseforetakene må forberede endringer i organisering av utdanningsaktiviteter og se på organisatoriske grep og oppgavedeling for å sikre at endringen ikke svekker operativ klinisk virksomhet. Det vil kreve mye ledelsesoppmerksomhet og organisasjonsmessig utviklingsarbeid for å tilpasse klinisk virksomhet til nye utdanningsoppgaver.

Utdanningsaktivitetene er forutsatt å skje innenfor ordinære budsjetttrammer.

Det vil påløpe kostnader knyttet til etablering og utvikling av regionalt utdanningscenter. I tillegg kommer eventuelle merutgifter knyttet til opplæring og veiledning, samt læringsaktiviteter, herunder digital læring, simulering og ferdighetstrening.



## 2.8 Vurdering av og utfordringer knyttet til forskning og innovasjon

### Lovpålagt oppgave

Forskning er en av fire lovpålagte oppgaver for helseforetakene og er en sentral premisse for helsetjenestens kvalitet og utvikling

Forskningen skal frembringe kunnskapsgrunnlag for forebygging, diagnostikk, behandling, habilitering og rehabilitering, opplæring og mestring, samt for innovasjon og næringsutvikling. Dette kunnskapsgrunnlaget skal bidra til høyere kvalitet og sikkerhet i pasientbehandling og mer effektiv ressursutnyttelse. Det er et mål at 5 % av pasientene skal være inkludert i klinisk forskning.

Innovasjon bidrar til forbedringer av tjenestetilbudet gjennom ny diagnostikk og nye behandlingsmetoder, bedre prosesser og ny teknologi.

Helse Sør-Øst har de senere årene opprettholdt og styrket sin stilling som ledende region innen forskning, jf. tabell 3 under som viser andel forskningspoeng i helseregionene som gjennomsnitt over tre-årsperioder.

	2013-2015	2012-2014	2011-2013
Helse Sør-Øst	61,8	61,6	61,5
Helse Vest	19,8	20,3	20,6
Helse Midt-Norge	9,7	9,7	9,5
Helse Nord	8,7	8,4	8,4
I alt	100,0	100,0	100,0

Tabell 3. Andel forskningspoeng i RHF'ene. Kilde: Prop.1S (2016-2017)

### Målsetting om 5 % av ressursbruken til forskning

I plan for strategisk utvikling 2013-2020 er det målsatt å øke ressursinnsatsen til forskning på lengre sikt fra dagens cirka 3,1 % (cirka 2,5 milliarder kroner) til 5 % av totalkostnadene i Helse Sør-Øst samlet sett. Økningen i ressursbruken til forskning i Helse Sør-Øst både i absolutt nivå og relativt til totale kostnader har bidratt til en tydelig økning i forskningsproduksjon. Videre har det de siste årene vært satset spesielt på innovasjon for å bidra til at forskningsresultater og erfaring fra helsetjenesten omsettes til forbedret pasientbehandling og utforming av tjenestetilbudet.

Viktige utfordringer er fortsatt

- Sikre veksttempo for ressursbruk til forskning som andel av totalkostnad
- Opprettholde tematisk bredde i forskningen og samtidig styrke spissforskningen

En egen regional delstrategi for forskning og innovasjon som kompletterer og konkretiserer målene for forskning og innovasjon for perioden 2013-2016 ble vedtatt av styret i april 2013. Delstrategien er nå under revisjon og vil bli delt i en regional strategi for forskning og en regional strategi for innovasjon.

Det er videre viktig at forskning ved andre helseforetak enn universitetssykehusene styrkes.

Oslo universitetssykehus sto i 2014 for 64,7 % av forskningspoengene i regionen. Denne andelen er falt til 63,8 % i 2015, dvs. at relativt mer av forskningen skjer ved andre helseforetak og sykehus enn ved Oslo universitetssykehus, jf. tabell 4.

	2014		2015	
	Poeng	Andel	Poeng	Andel
Oslo universitetssykehus	1774	64,7 %	1883	63,8 %
Øvrig Helse Sør-Øst	968	35,3 %	1068	36,2 %
Sum Helse Sør-Øst	2742	100,0 %	2951	100,0 %

Tabell 4 Andelen av forskningen i regionen som skjer ved Oslo universitetssykehus 2014 og 2015. Kilde: NIFU

Forskningsproduksjonen har også økt ved Oslo universitetssykehus, men økningen har vært sterkere i regionen for øvrig.

### Finansiering av forskning

Forskning i helseforetak finansieres av følgende kilder

- Midler fra helseforetakenes egne basisrammer
- Øremerkede forskningsmidler fra det regionale helseforetaket, strategiske forskningsmidler, og fra Helse- og omsorgsdepartementet over statsbudsjettet
- Eksterne midler fra for eksempel Forskningsrådet, Kreftforeningen, EU, private givere m.fl.
- Midler fra utlandet, dvs. EU mv.

Den største delen av forskningsfinansieringen skjer i dag fra helseforetakenes basisrammer.

De regionale, strategiske forskningsmidlene utgjør om lag 270 millioner kroner. Dette tilsvarer om lag beløpet som gis over statsbudsjettet som øremerket tilskudd. Nivået på disse midlene fastsettes hvert år i den ordinære budsjettprosessen og avhenger av den generelle økonomiske situasjonen inn mot kommende budsjettår. Fra 2016 til 2017 økte tildelingen til strategiske forskningsmidler med om lag 5 millioner kroner ut over pris- og lønnsvekst. Det legges inn en beskjeden økning som planforutsetning for kommende økonomiplanperiode.

For å nå målet om 5 % av ressursbruken til forskning, vil en betydelig vekst i de eksterne midlene til forskning være nødvendig. Forskningsmiljøene i helseforetakene må være i stand til å tiltrekke seg eksterne midler både fra nasjonale og internasjonale kilder. I hovedsak vil dette dreie seg om Norges forskningsråd og ikke minst EU. Støtte til EU-søknader forutsetter sterke lokale fagmiljøer, i tillegg til en velutviklet infrastruktur for forskning, samt administrativ kapasitet for å drive multinasjonale prosjekter. Internasjonal nettverksbyggingen er avgjørende, etter som EU-støtte til forskning i all hovedsak forutsetter samarbeid mellom flere land. En bedre samordning med Universitetet i Oslo er viktig, ikke minst for å oppnå et tilstrekkelig støtteapparat for utforming av slike søknader. Gode stimuleringsordninger for forskningsmiljøer har også vist seg som et effektivt virkemiddel.

## 2.9 Økonomiske rammeforutsetninger i perioden

### *Inntektsmodellen i Helse Sør-Øst*

Formålet med inntektsmodellen er å fordele inntekter til sykehusområdene slik at de økonomisk settes i stand til å levere likeverdige helsetjenester som er tilpasset befolkningens ulike behov og helseforetakenes forskjellige kostnadmessige forutsetninger. For å ta hensyn til pasientflyt mellom sykehusområdene har modellen også en mobilitetskomponent.

Inntektsmodellen fordeler basisrammer til sykehusområdene. Enkelte definerte forhold finansieres på siden av inntektsmodellen, men inngår like fullt i helseforetakenes basisrammer. Dette gjelder inntekter til finansiering av regionale behandlingstilbud innen psykisk helsevern og TSB, definerte regionale kompetansetjenester, samt øvrige regionale og nasjonale funksjoner.

I sak 085-2016 *Budsjett 2017* ble det orientert om at det igangsettes et arbeid for å vurdere om det foreligger ny informasjon vedrørende grunnlaget for enkelte elementer i regional inntektsmodell. Det skal gjøres analyser og vurderinger vedrørende storbykriteriet innen psykisk helsevern og TSB, samt abonnementsordningen i somatikk til Oslo sykehusområde. Denne videreutviklingen vil ikke få innvirkning på inntektsrammene for 2018, i og med at forutsetningene for disse legges allerede i premissene for økonomisk langtidsplan.

Det vil videre bli arbeidet med bruk av inntektsmodellen innen Oslo sykehusområde. Innen psykisk helsevern vil det bli sett på om utviklingen innen ambulante tjenester medfører behov for endringer i inntektsmodellen. Det vil også komme til vurdering om helseforetakene skal avregnes direkte for bruk av luftambulansetjenesten, som til nå har vært håndtert av det regionale helseforetaket. For Sunnaas sykehus og de tre private ideelle sykehusene uten eget opptaksområde, blir det årlig besluttet inntektsnivå. Det skal arbeides med å videreutvikle faktagrunnlaget for disse inntektsbeslutningene.

Avregning for luftambulansetjenesten og endringer i forutsetningene for fastlegging av inntektsrammer for Sunnaas sykehus HF og de tre private ideelle sykehusene, kan bli implementert i arbeidet med økonomisk langtidsplan våren 2017 med virkning fra og med 2018.

Med unntak av forholdene nevnt som aktuelle for implementering i 2018, vil det legges opp til en framdrift som gjør at eventuelle endringer kan implementeres i rammeforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2019-2022.

### **Oppdatering av inntektsmodellen for perioden 2018-2021**

Forutsetningene og kriteriene i inntektsmodellen er oppdatert for perioden og tabellen under viser årlige omfordelingseffekter av inntektsmodellen samlet for alle tjenesteområder, inklusive kapital, pensjon og forskning. Tallene for 2018 viser endringen fra 2017 og vil bli lagt til grunn inn mot budsjettet for 2018. De årlige endringene etter 2018 er resultatet av framskrivning av inntektsmodellen, jf. tabell 5.

Omfordelinger sfa inntektsmodellen	2018	2019	2020	2021
Akershus SO	83,2	34,3	27,2	26,4
Innlandet SO	-63,6	-43,0	-36,3	-33,1
Oslo SO	-50,1	62,5	53,0	46,9
Sørlandet SO	-32,4	-0,8	-0,7	-0,8
Telemark og Vestfold SO	-10,7	-36,7	-25,0	-23,4
Vestre Viken SO	73,7	-9,2	-10,9	-9,4
Østfold SO	-0,1	-7,1	-7,3	-6,6
I alt	0,0	0,0	0,0	0,0

Tabell 5. Omfordelingseffekter av inntektsmodellen 2018-2021. Millioner kroner

Som omtalt i avsnitt 2.4 om befolkningsutvikling, har SSB siden forrige oppdatering av inntektsmodellen publisert nye befolkningsframskrivninger. Ny befolkningsframskriving gir utslag i oppdateringen av behovskomponenten ved at Oslo og Akershus sykehusområder har en relativt større vekst enn de andre sykehusområdene. De to sykehusområdene får isolert sett derfor en positiv omfordelingseffekt i modellen av dette.

I inntektsmodellen avregnes sykehusområdene/helseforetakene for befolkningens bruk av tjenester fra private leverandører med avtale med Helse Sør-Øst RHF og for bruk av de private ideelle sykehusene uten definert opptaksområde. I modellen for 2018 er det gjort enkelte justeringer av avregningsprinsippene som gir økonomiske omfordelinger:

- Sykehusområdenes forbruk av tjenester levert fra private avtalepartnere avregnes i modell 2018 for netto budsjettert kostnad (brutto kostnad for kjøp, fratrukket ISF-inntekter), sammenlignet med brutto kostnad i modell 2017
- Sykehusområdenes kjøp fra private sykehus uten definert opptaksområde beregnes i 2018- modellen etter kjøp fra det enkelte sykehus hver for seg, mot tidligere praksis hvor avregningen har skjedd med utgangspunkt i kjøp fra disse sykehusene samlet sett
- For kjøp fra private tilbydere innen TSB, endres prinsippet fra å legge 50% vekt på beregnet behov og 50% vekt på faktisk forbruk, til å legge større vekt på faktisk forbruk. Det innføres en økning i avregning etter andel forbruk fra 50 % til 70 % som vil tilpasses over to år. Sykehusområdene avregnes 60 % etter forbruk og 40 % etter behovsandel i modell 2018

Oppdaterte beregninger fra januar 2017 viser en reduksjon i pensjonskostnaden for 2017 i forhold til tidligere beregninger. Det er derfor forskuttet en reduksjon i basisbevilgningen til Helse Sør-Øst RHF i 2017 på 269 millioner kroner i revidert nasjonalbudsjett 2017. For 2017 vil denne endringen bli fordelt etter andel kostnadsendring, i henhold til etablert praksis. Endringen er innarbeidet i inntektsmodellen fra 2018 og inngår i tallene i tabell 5.

Deler av omfordelingseffektene i tabell 5 skyldes avregning av poliklinisk laboratorieaktivitet i helseforetakene. I avregninger er det benyttet dagens refusjonstakster fra HELFO. Det ble i fjorårets økonomiske langtidsplan varslet at takstsystemet skulle legges om fra 2017 og det ble tatt forbehold om dette i sak 018-2016. Omleggingen er utsatt til 2018 og det tas derfor på nytt forbehold om at omleggingen i 2018 vil innebære andre omfordelingseffekter enn det som ligger inne i tabell 5, jf, også omtale senere i saken.

Som det framgår av tabell 5 får Oslo sykehusområde netto en negativ effekt av inntektsmodelloppdateringene, til tross for en vesentlig positiv effekt gjennom behovskomponenten. Om lag 60 millioner kroner av den negative effekten skyldes pensjon. Oslo universitetssykehus har som eneste helseforetak en økt kostnad i 2017 sammenliknet med budsjett. Dette skyldes blant annet en engangseffekt knyttet til beregningstekniske forhold i Statens pensjonskasse som øker pensjonsforpliktelsen i Oslo universitetssykehus. Siden engangseffekten kun treffer Oslo universitetssykehus gis helseforetaket mulighet til å planlegge med en ekstraordinær inntektsstøtte på 35 millioner kroner i planperioden. Tilsvarende ekstraordinær inntektsstøtte ble gitt i planleggingsrammene til Vestre Viken i økonomisk langtidsplan 2016-2019, da de hadde store negative omfordelingseffekter knyttet til særegne forhold. Det vil i budsjettet for 2018 bli vurdert om det faktisk vil være behov for ekstraordinær inntektsstøtte til Oslo universitetssykehus knyttet til denne effekten sett i lys av utvikling av pensjonskostnad og øvrige budsjettforutsetninger. Videre får Oslo universitetssykehus en negativ effekt av endret avregningsmetodikk som er beskrevet over.

Akershus sykehusområde og Vestre Viken sykehusområde får en vesentlig positiv effekt av modelloppdateringene. I tillegg til positiv effekt fra oppdateringen av behovskomponenten får Akershus sykehusområde en positiv effekt fra endret avregningsmetodikk. Vestre Viken får i første rekke en positiv effekt av endret avregningsmetodikk og pensjon.

#### **Midler til økt aktivitet**

Det bevilges årlig økte midler i statsbudsjettet til å finansiere aktivitetsvekst, blant annet som følge av økt befolkning og endret befolkningssammensetning. De siste årene har denne økningen vært på omlag 700 millioner kroner årlig til Helse Sør-Øst RHF. Deler av disse midlene er benyttet til å finansiere nye oppgaver som overføres til de regionale helseforetakene uten medfølgende finansiering. Som et antatt realistisk og tilstrekkelig konservativt anslag knyttet til økte midler til aktivitetsvekst, foreslås en videreføring av forutsetningen fra forrige økonomiske langtidsplan. Det vil si en økt bevilgning til aktivitetsvekst på 450 millioner kroner hvert år i perioden 2018-2021.

Den faktiske fordelingen av disse midlene mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene/sykehusene avventes til den årlige budsjettbehandlingen, når beløpets størrelse er klart, og det foreligger nærmere vurdering av behov for regionale midler. Inntil videre fordeles, som en planforutsetning, midlene tilsvarende som i økonomisk langtidsplan 2017-2020, det vil si 300 millioner kroner til helseforetakene/sykehusene og 150 millioner kroner til Helse Sør-Øst RHF.

Tabell 6 under viser den faktiske fordelingen i budsjettet for 2017 og forslaget til fordeling av økte midler i økonomiplanperioden.

Midler til økt aktivitet	Fordelt i 2017	Økonomisk langtidsplan			
		2018	2019	2020	2021
Helseforetak og sykehus	559	300	300	300	300
Helse Sør-Øst RHF	150	150	150	150	150
I alt	709	450	450	450	450

Tabell 6. Fordeling i 2017 og forutsatte midler til økt aktivitet 2018- 21. Millioner kroner

De økte midlene til sykehusområdene er fordelt i henhold til oppdaterte behovsandelere innen de enkelte tjenestoområdene.

Økte midler til Helse Sør-Øst RHF vil bli disponert til å bygge opp regionale likviditets- og resultatbuffer for å sikre midler til regionalt prioriterte investeringer, samt til forventede økninger i nasjonale satsninger mm. For 2018 er det som en planforutsetning avsatt 400 millioner kroner i regional buffer, økende til 600 millioner kroner i 2020. Det vil i tillegg budsjetteres med et årlig overskudd på 200 millioner kroner i det regionale helseforetaket.

### **Aktiviteten ved Oslo universitetssykehus**

I tillegg til pasienter omfattet av abonnementsordningen i inntektsmodellen, behandler Oslo universitetssykehus et stort antall gjestepasienter med ordinær gjestepasientfinansiering, dvs. til 80 % av ISF- prisen. Denne aktiviteten har et volum som går ut over det som kan betraktes som utnyttelse av ledig marginalkapasitet, og som igjen er grunnlaget for en gjestepasientpris på bare 80 % av ISF-prisen. Korrigert for det som må kunne forventes som et normalt nivå på gjestepasienttrafikk, utgjør dette volumet ca. 12.000 ISF-poeng, jf. omtale i sak 085-2016, *Budsjett 2017*. For 2017 er Oslo universitetssykehus tildelt 75 millioner kroner som en midlertidig inntektsstøtte knyttet til denne meraktiviteten. Dette beløpet innebærer ikke en full dekning av de beregnede 12 000 ISF-poengene, da dette utgjør om lag 100 millioner kroner.

Inntektsstøtten videreføres inntil videre i økonomisk langtidsplan 2018-2021 og fordeles utenfor inntektsmodellen. Denne tildelingen vil bli sett i sammenheng med det arbeidet som gjennomføres knyttet til oppdatering og revisjon av enkelte elementer i inntektsmodellen.

### **Øvrige endringer i de økonomiske planforutsetningene**

- *Pasientreiser*

Som følge av ny organisering av pasientreiser uten rekvisisjon knyttet til prosjektet "Mine pasientreiser", vil det regionale pasientreisekontoret ved Sykehuset Innlandet avvikles fra 2018 og virksomhetsoverdras til Pasientreiser HF. Fra 2018 vil dermed finansieringen av dette kontoret falle bort, og midlene bli tilbakeført det regionale helseforetaket.

- *Private ideelle sykehus uten opptaksområde- bortfall av faktureringsordning*

Den spesielle faktureringsordningen knyttet til de private ideelle sykehusene uten definert opptaksområde foreslås avviklet fra 2018. Dagens faktureringsordning for disse sykehusene er videreført fra tidligere Helse Sør og Helse Øst. Det betyr at sykehusene fortsatt fakturerer som før sammenslåingen av de to regionene, da det ikke var internfakturerer innad i regionene, dvs. som følger:

- *Betanien Hospital* fakturerer helseforetak i tidligere Helse Øst, inklusive Vestre Viken, for pasienter bosatt i kommunene Asker og Bærum
- *Revmatismesykehuset* og *Martina Hansens Hospital* fakturerer helseforetak i tidligere Helse Sør, men ikke Vestre Viken for pasienter bosatt i Asker og Bærum kommuner

For å likebehandle helseforetakene og for å forenkle, foreslås det nå at dette oppgjøret avvikles fra 2018 og at sykehusenes basisrammer kompenseres for beregnet bortfall av inntekter med økt basisramme. Økt basisramme med tilsammen om lag 20 millioner kroner til disse sykehusene finansieres fra det regionale helseforetaket.

Beløpets størrelse vil bli fastsatt i forbindelse med budsjettprosessen for 2018 og innarbeidet i inntektsrammene for 2018.

ISF- refusjonene vil fortsatt bli overført disse sykehusene i henhold til faktisk aktivitet.

- *Sykehuset Telemark – etablering av tilbud innen TSB*

Fra 2018 er det planlagt etablert et tilbud knyttet til avrusning og innleggelser etter Helse- og omsorgstjenestelovens §10-2 ved Sykehuset Telemark. Som en del av budsjettprosessen inn mot 2018 vil det bli vurdert å gi helseforetaket inntektsstøtte som følge av dette.

- *Regionale kompetansetjenester*

Fram mot budsjettet for 2018 vil det bli foretatt en gjennomgang av de økonomiske rammebetingelsene for regionale kompetansetjenester i regionen og det vil som følge av dette bli endringer i finanseringen.

### **Inntektsrammer**

Inntektsforutsetningene i økonomisk langtidsplan omfatter faste inntekter, det vil si basisramme, midler til kvalitetsbasert finansiering, midler til forskning, til nasjonale kompetansetjenester og øvrige øremerkede tilskudd over statsbudsjettet.

Det er kun basisrammen som endres i økonomisk langtidsplan. Andre faste inntekter forutsettes gitt over hele perioden på 2017- nivå. Alle tall er i faste 2017-kroner, dvs. at det ikke er innarbeidet lønns- og prisvekst i perioden. Dette gjøres i de årlige budsjettene ut i fra forutsetninger i statsbudsjettet.

Bevilgning til kvalitetsbasert finansiering, KBF, forutsettes uendret i økonomiplanperioden i forhold til 2017. KBF-midlene inngår i basisrammene. Det samme gjelder uttrekk og tilbakelegging av midler knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (ABE-reformen).

ISF- refusjoner omfattes ikke, da disse inntektene er avhengig av aktiviteten og må budsjetteres av helseforetakene og sykehusene selv på bakgrunn av planlagt aktivitet.

Planleggingsrammene for årene 2018-2021 er beregnet med utgangspunkt i inntektsrammer 2017 slik disse fremstår i Oppdrag og bestilling 2017, med følgende endringer:

- Fordeling av forskuttert basisrammereduksjon til dekning av endrede pensjonskostnader i 2017
- Omfordelinger som følge av oppdatert inntektsmodell
- Tildeling av forutsatte økte midler til aktivitetsvekst
- Andre endringer, jf. omtale over

Tabell 7 under viser planforutsetninger for sum faste inntekter pr år i perioden, fordelt på sykehusområder, private ideelle sykehus uten definert opptaksområde, Sykehuspartner og Helse Sør-Øst RHF.

Sum faste inntekter	2 018	2 019	2 020	2 021	2018-21
Akershus SO	5 638	5 717	5 790	5 862	4,0 %
Innlandet SO	5 304	5 303	5 309	5 318	0,3 %
Oslo SO	15 151	15 276	15 391	15 501	2,3 %
Sørlandet SO	4 037	4 067	4 098	4 128	2,2 %
Telemark og Vestfold SO	5 187	5 192	5 209	5 227	0,8 %
Vestre Viken SO	5 367	5 402	5 435	5 470	1,9 %
Østfold SO	3 622	3 645	3 668	3 692	1,9 %
Private ideelle sykehus uten definert opptaksområde	268	270	273	275	2,3 %
Sykehuspartner HF	20	2	0	0	-100,0 %
Helse Sør-Øst RHF	7 382	7 550	7 702	7 852	6,4 %
<b>I alt</b>	<b>51 975</b>	<b>52 425</b>	<b>52 875</b>	<b>53 325</b>	<b>2,6 %</b>

Tabell 7. Faste inntekter 2018-2021. Millioner 2017- kroner

Dette er planleggingsrammer som skal legges til grunn for budsjettprosessen inn mot 2018 og videre for hele planperioden. Det tas forbehold om at det kan bli justeringer av disse rammene ut over det som følger av Prop.1S (2017-2018), jf. bla omtalen av videreutvikling av inntektsmodellen.

### Nye rammebetingelser fra 2018

I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Sør-Øst RHF for 2017 heter det at det forberedes endringer i finansieringsordningen. Det tas sikte på

- Innføring av betalingsplikt for kommunene for pasienter med rus- og/eller psykiske helseproblemer tidligst fra 2018
- Omlegging av refusjonssystemet for laboratorieundersøkelser fra 1. januar 2018

Disse ordningene er ikke tallfestet og dermed ikke innarbeidet i de planleggingsrammene som nå sendes helseforetakene og sykehusene. Dette må det regionale helseforetaket komme tilbake til i budsjettprosessen for 2018, etter at forslag til statsbudsjett 2018 er lagt frem og de budsjettmessige endringene synliggjort.

Omlegging av refusjonssystemet for laboratorieundersøkelser forventes å gi betydelige omfordelingseffekter, spesielt som følge av at refusjonene innen medisinsk genetikk forventes å bli satt vesentlig ned. Disse refusjonssatsene ble fastsatt på et tidspunkt da kostnadene ved disse testene var betydelig høyere enn i dag. En tilpasning av takstene til dagens kostnadsnivå vil gi mindreinntekt for samme aktivitetsnivå innen dette fagfeltet. Innen en budsjettneutral omlegging, vil refusjoner innen andre fagområder øke tilsvarende. Dette vil gi omfordelingseffekter mellom helseforetakene.

I tillegg legges beregning av kostnadsvektorer innen ISF-ordningen om. Dagens vekter er beregnet med utgangspunkt i en top-down modell, der kostnader blir fordelt til enkelt-DRG etter nasjonale fordelingsnøkler og standardiserte kostnadsgrupper (operasjon, intensiv, lab, bilde mv) og liggetid. Fra 2018 vil vektene bli beregnet med basis i kostnader pr. pasient, KPP, som vil gi et



mer realistisk kostnadsbilde. Foreløpige beregninger fra Helsedirektoratet tyder på at denne omleggingen ikke gir store omfordelingseffekter mellom helseregionene, men til dels store effekter for enkeltforetak. Generelt vil en slik omlegging gi større vekt til medisinske DRG på bekostning av kirurgiske DRG. Dette betyr igjen at refusjonsinntekter flyttes fra regionsykehus til lokalsykehus, gitt samme aktivitet.

## 2.10 Nasjonale, felles eide selskaper

Hovedformålet med de felleseide selskapene er å bidra at oppgavene løses på en rasjonell måte og med god ressursutnyttelse for på denne måten å frigjøre ressurser til pasientbehandling. Videreutviklingen av nasjonalt samarbeid og en bedre samordning på tvers av regionene fremstår som en viktig del av den nasjonale helsepolitikken. Felleseide selskaper vil kunne bidra til samordning innen områder hvor dette er viktig.

Pr. 2017 er det etablert følgende selskaper

- Luftambulansetjenesten – hovedkontor i Bodø
- Pasientreiser – hovedkontor i Skien
- Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett (HDO) – hovedkontor i Gjøvik
- Nasjonal IKT (NIKT) – hovedkontor i Bergen
- Sykehusbygg – hovedkontor i Trondheim
- Sykehusinnkjøp – hovedkontor i Vadsø

Det er fra 2017 etablert et årshjul som skal underbygge den formelle styringen som de administrerende direktørene ivaretar i selskapenes foretaksmøter. Målet er større gjensidig innsikt i og kunnskap om selskapenes virksomhet og de regionale helseforetakenes samlede aktiviteter. Gjennomføring av styringsaktivitetene forventes å medføre bedre kontroll og forutsigbarhet mht. selskapenes økonomi og aktiviteter, bl.a. sett inn mot arbeidet med de regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner og årlige budsjetter.

For å styrke dialogen med de felles eide selskapene om økonomi og aktiviteter, samt øke kvaliteten på gjennomgangen av budsjetter og årlig melding legges det opp til to faste møter med selskapene pr. år. Tema for disse møtene vil fange opp alle styrings- og oppfølgingsaktiviteter, herunder også forberedelse for selskapsmøter/foretaksmøter, samt tertialvis rapportering til RHF-styrene.

## 2.11 Felles forsyningscenter

Ordningen med felles forsyningscenter innebærer et sentralisert varelager driftet av en ekstern leverandør. Tjenesten består av lagerdrift, transport og innkjøp til lager, samt andre administrative tjenester med å drive dette. Løsningen muliggjør innkjøp til ett punkt i regionen, noe som skal muliggjøre bedre innkjøpsavtaler. Løsningen muliggjør også en nedbygging av lager på sykehus.

Estimert utvikling for perioden 2017-2021 viser fortsatt vekst i omsetning og følgelig økte muligheter for realisering av nedbygging av sentrale lagre på sykehusene, samt høyere avtalelojalitet ved økt kjøp gjennom Helse Sør-Øst forsyningscenter. Ved ytterligere økt kjøp fra forsyningscenteret vil man i perioden kunne nå et omsetningsnivå som gjør det lønnsomt å automatisere lagervirksomheten både på forsyningscenteret og i forbrukslagrene på sykehusene.

## 2.12 Investeringer og økonomisk handlingsrom

Det er omfattende investeringsplaner i foretaksgruppen, og investeringsnivået forventes å øke i den kommende langtidssperioden. For å sikre økonomisk handlingsrom til nødvendige investeringer er det derfor viktig å realisere forutsatte gevinstuttak og kostnadstilpasninger slik at investeringsprosjekter realiseres innenfor de økonomiske rammene som er gitt.

Det er nødvendig å prioritere mellom investeringsprosjekter ut i fra regionale og foretaksspesifikke behov. Det regionale helseforetaket spiller en viktig rolle i dette ved at den etablerte finansieringsmodellen for investeringer gjør at regionen kan gjennomføre større prosjekter tidligere enn om hvert enkelt helseforetak skulle finansiere selv. I tillegg sikrer dette sentral koordinering og finansiering av regionale, standardiserte prosjekter som f.eks. felles IKT-løsninger. Dette vil over tid sikre en effektiv regional samhandling som vil ha kvalitetsmessige og økonomiske positive konsekvenser.

### **Finansiering av investeringer**

Helseforetakene får i sine oppdrags- og bestillingsdokument fra Helse Sør-Øst RHF tildelt en samlet basisramme. Det er opp til helseforetakene å disponere basisrammen til drift og investeringer. Investeringsnivået kan økes over tid gjennom at foretaket skaper positive resultater i drift. I planperioden skal gjeldende likviditetsstyringsprinsipper i henhold til vedtatt finansstrategi etterleves.

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 langtidssplan skal avstemmes med Helse Sør-Øst RHF. Endelig finansieringsløsning fastsettes av styret i Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med den enkelte investeringsbeslutning.

Større utbyggings- og vedlikeholdsprosjekter på over 500 millioner kan delfinansieres ved lån fra Helse – og omsorgsdepartementet med inntil 70 % av forventet projektkostnad. Helse- og omsorgsdepartementet har åpnet for at regionene kan søke lån til større byggeprosjekter basert på P85-estimat. Styringen av investeringsprosjektene er uavhengig av låneandelen, og investeringsprosjektene i foretaksgruppen skal fortsatt styres etter forventet projektkostnad med P50-estimat som en planforutsetning.

Helse Sør-Østs eiendomsstrategi fremgår av sak 010 – 2011 *Strategi for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst*, og er også forankret i *Plan for strategisk utvikling 2013-2020*. Regionalt prioriterte investeringer omfatter byggeprosjekter over 100 millioner kroner og regional IKT-satsning. Dette innebærer at det enkelte helseforetak forutsettes å foreta nødvendige lokale investeringer knyttet til vedlikehold, teknisk og funksjonell oppgradering av bygningsmassen, medisinskteknisk utstyr (MTU) mv. innenfor sin tilgjengelige likviditet.

Foretaksgruppen har årlig om lag 3,5 milliarder kroner tilgjengelig i fri likviditet ved et resultat i balanse. Dette disponeres til avdrag på lån, finansiering av regionalt prioriterte prosjekter og tildeling til helseforetakenes lokale investeringsformål. Bevilgninger av regionale midler til investeringsformål gjøres av styret i forbindelse med det enkelte årsbudsjett. Prinsippene for fordeling av likviditet til helseforetakenes lokale investeringsformål endres i økonomisk langtidssplan 2018-2021, fra å være basert på historiske avskrivningsandeler til å være basert på størrelse målt som andel av faste inntekter. Prinsippendringen innebærer kun en endring i hva som stilles til disposisjon av likviditet det enkelte år til helseforetakene. Det gjeldende regimet med fordringer og gjeld opprettholdes som tidligere.

### **Regionalt prioriterte prosjekter i økonomisk langtidsplan**

Regionalt prioriterte prosjekter videreføres i tråd med sak 051-2016 *Økonomisk langtidsplan 2017-2020*. Dette omfatter en videreføring av igangsatte prosjekter:

- Oslo universitetssykehus: Ferdigstilling av samlokalisering fase I
- Oslo universitetssykehus: Lukking av myndighetspålegg i perioden 2016-2019
- Sykehuset i Vestfold: Tønsbergprosjektet
- Sørlandet sykehus: Nytt psykiatribygg
- Vestre Viken: Nytt sykehus i Drammen
- Digital fornying: Videreføring av regional satsning, hvor omfanget vurderes på bakgrunn av gjennomføringsstrategi og tilgjengelig likviditet

I økonomisk langtidsplan 2017-2020 ble det tatt høyde for etablering av stråleterapientheter i sykehusområdene Telemark-Vestfold, Akershus, Vestre Viken og Østfold fram mot 2030, jf styresak 030-2016.

Videre ble det planmessig tatt høyde for prioritering og gjennomføring av investeringer knyttet til:

- Oslo universitetssykehus: Planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus, jf styresak 053-2016, herunder
  - Regional sikkerhetsavdeling (RSA)
  - Radiumhospitalet
  - Utvikling av Aker og Gaustad (avgrensning og konkretisering inkludert dimensjonering av virksomhetsinnhold i et første trinn i utvikling av Aker og Gaustad)
- Protonterapisenter ved Oslo universitetssykehus.

Det ble forutsatt å være økonomisk handlingsrom for Sykehuset Telemark sitt byggeprosjekt ved utløpet av økonomiplanperioden.

Det fremgår av styresak 054-2016 at det vil kunne være økonomisk handlingsrom for følgende prosjekter etter utløpet av økonomisk langtidsplan 2017-2020:

- Videreføring av tidligere nevnte investeringer i stråleterapi
- Planer for utvikling av Oslo universitetssykehus, jf sak 053-2016. Det er tatt høyde for en mulig samtidig oppstart på Aker og Gaustad og at utbyggingen vil skje trinnvis.
- Sykehuset Innlandet: Investeringsprosjekter. Helse Sør-Øst la i sak 066-2014 til grunn at eventuell byggestart for aktuelle prosjekter tidligst kan skje i 2022.

I tillegg arbeider flere helseforetak i regionen med planer for nybygg ut over prosjektene prioritert i økonomisk langtidsplan for 2017-2020. Ved behandling av økonomisk langtidsplan for 2018-2021 vil de regionale prioriteringene knyttet til investeringsprosjekter tilpasses økonomisk handlingsrom og eventuelt oppdateres.

### **Spesielt om investeringer i IKT – infrastrukturmodernisering**

I styresak 069-2016 ble besluttet at det skulle inngås kontrakt med ekstern leverandør for å gjennomføre modernisering av IKT-infrastrukturen i regionen. I sak 069-2016 fremgår analyser av konsekvenser for økonomisk langtidsplan 2017-2020, som viser en positiv økonomisk effekt over kontraktens lengde (7 år). Gjennomføring med ekstern leverandør vil innebære økt ressursinnsats rettet mot IKT og modernisering av infrastrukturen de første årene, noe som vil medføre svekkelse av resultat og utvikling i likviditet frem til 2019 sammenlignet med egenregialternativet som er innarbeidet i økonomisk langtidsplan 2017-2020, jf styresak 051-2016. Fra 2020 viser analysene at det er en positiv resultat- og likviditetsutvikling ved gjennomføring med ekstern leverandør.

Det vises også til omtale under punkt 2.15.

### **Status inn mot økonomisk langtidsplan 2018-2021**

I 2016 har foretaksgruppen i henhold til foreløpig regnskap et positivt resultat i størrelsesorden 1,1 milliard kroner. Resultatet for 2016 innebærer videre et positivt resultatavvik i forhold til budsjett og gir derfor en bedre inngang til økonomisk langtidsplan 2018-2021 enn forutsatt i økonomisk langtidsplan 2017 – 2020. Det positive resultatet i 2016 ligger i hovedsak i Helse Sør-Øst RHF.

Helse Sør-Øst RHF må finansiere helseforetak med underskudd ved bruk av driftskredittrammer, og det påvirker den regionale likviditeten negativt. Videre indikerer resultatene i 2016 at det er utfordrende for helseforetakene å realisere en resultatutvikling som er lagt til grunn i tidligere økonomiske langtidsplaner.

Det vil være risiko og usikkerhet knyttet til forutsetningene i økonomiske langtidsplaner som kan påvirke fremtidig til resultatutvikling. Foretaksgruppen har videre ambisjoner og planer om å gjennomføre betydelige investeringsprosjekter i og etter økonomiplanperioden, og det vil være nødvendig å innarbeide et tilstrekkelig finansielt handlingsrom for å kunne håndtere endringer mot økonomisk langtidsplan. I tillegg til tidligere nevnte resultatbuffer, ble det også innarbeidet en investeringsbuffer på 200 millioner kroner per år i perioden 2017-2020. Det ble planlagt med en nedre likviditetsmessig sikkerhetsgrense på 1 milliard kroner for hele langtidsperioden. Nivåene for resultat- og investeringsbuffer videreføres i økonomisk langtidsplan 2018-2021, sammen med sikkerhetsgrensen for likviditet.

### **Finansiell leasing og OPS**

Helse- og omsorgsdepartementet åpnet for bruk av finansiell leasing som finansiering i 2015. Det er nå kommet nærmere presiseringer om hvordan avtaler om formalisert samarbeid mellom helseforetak og private i form av OPS (Offentlig Privat Samarbeid), dvs. prosjekter der privat sektor tar en større del av ansvaret knyttet til utvikling og/eller drift av et prosjekt, skal håndteres.

Det vises til sak 028-2017 *Revisjon av finansstrategi* til behandling i styret for Helse Sør-Øst RHF 9.mars 2017 for videre omtale av interne retningslinjer knyttet til dette.

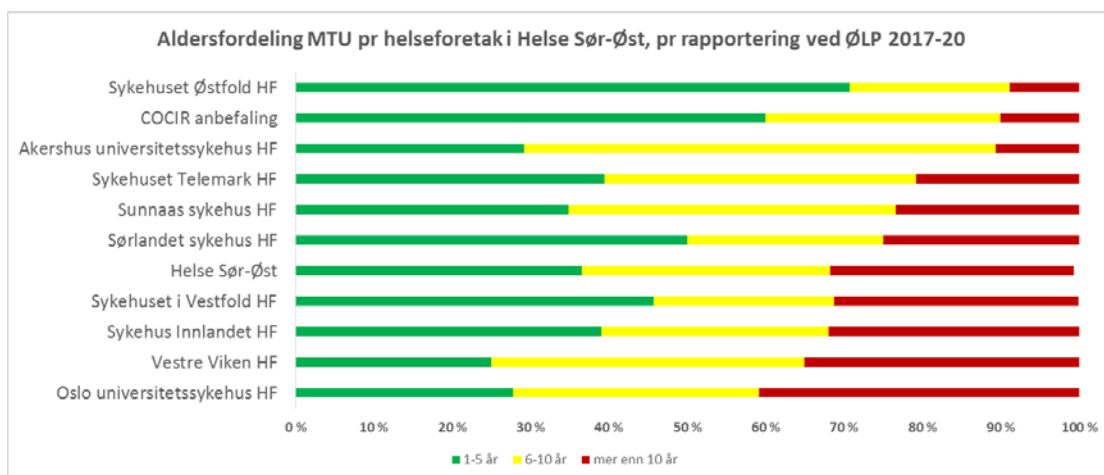
## 2.13 Medisinsk teknisk utstyr- MTU

Gjennom prosessen for økonomisk langtidsplan 2017-20 rapporterte helseforetakene at gjennomsnittlig alder på utstyrsparken var 9,2 år ved årsskiftet 2015/2016. Dersom beregningen gjøres som et verdivektet gjennomsnitt hvor dyrt utstyr teller mest, er gjennomsnittet under 8 år. Det var betydelige forskjeller mellom helseforetakene på dette området, og gjennomsnittsalderen varierer mellom 2,0 år og 11,1 år. Helseforetakene planlegger å gjennomføre investeringer som reduserer gjennomsnittsalderen i regionen til under 9 år i 2020. Endelig prioritering og gjennomføringstidspunkt vil kunne medføre endringer.

Foretakene melder om at medisinskteknisk utstyr (MTU) prioriteres i investeringsplanene, men at det er utfordrende å senke gjennomsnittsalderen på MTU, sett i lys av behov for prioritering mellom reanskaffelse og nyinvesteringer for å møte nye behov og teknologisk utvikling. Et betydelig innslag av anskaffelsene gjøres som følge av sammenbrudd i eksisterende utstyr.

COCIR<sup>2</sup>, har utarbeidet et sett med “Golden Rules”<sup>3</sup> for gjennomsnittlig aldersfordeling av medisinsk utstyr, basert på en målsetning om å balansere fordelene mellom å ta i bruk nye innovative produkter, mot et pragmatisk behov for å oppnå mest mulig verdi av gjennomførte investeringer. Resultatet ble en anbefaling om at minst 60 prosent av utstyret bør være under fem år gammelt, ikke mer enn 30 prosent mellom 6 og 10 år gammelt, mens ikke mer enn 10 prosent bør overstige 10 års utstyrsalder. Basert på denne måten å fordele utstyret på, viste ØLP 2017-20 at kun Sykehuset Østfold med sitt nylig ferdigstilte sykehus var innenfor denne anbefalingen. Helse Sør-Øst RHF har imidlertid ikke tidligere gitt konkrete føringer for optimal aldersfordeling av medisinsk utstyr.

Helseforetakene som i figuren ligger under gjennomsnittet i foretaksgruppen, har alle omfattende byggeplaner som vil bedre bildet vesentlig.



Figur 1. Aldersfordeling MTU. Kilde: rapportering fra helseforetakene i ØLP 2017-20

Innføring av ny diagnostikk og nye behandlingsmetoder, samt forventninger om at foretaksgruppen skal ligge i forkant i forhold til utprøving av dette, tilsier at investeringer i MTU må prioriteres høyt. Pasientene skal være trygge på at de får god diagnostikk og behandling, samt at nye metoder kan tas i bruk når det er dokumentert at de er sikre og effektive.

<sup>2</sup> European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry

<sup>3</sup> [http://www.cocir.org/site/index.php?id=63&tx\\_ttnews%5bt\\_news%5d=571&cHash=78f2b6bd4000176fa392a26f11ffb3fe](http://www.cocir.org/site/index.php?id=63&tx_ttnews%5bt_news%5d=571&cHash=78f2b6bd4000176fa392a26f11ffb3fe)

For perioden 2018-2021 skal helseforetakene benytte sine kartlegginger av status og behov for medisinsk teknisk utstyr, foreta prioriteringer og innarbeide anskaffelsesplaner i innspillet til økonomisk langtidsplan. Det skal også vises hvilke effekter dette får på gjennomsnittlig alder på det medisinsk- tekniske utstyret.

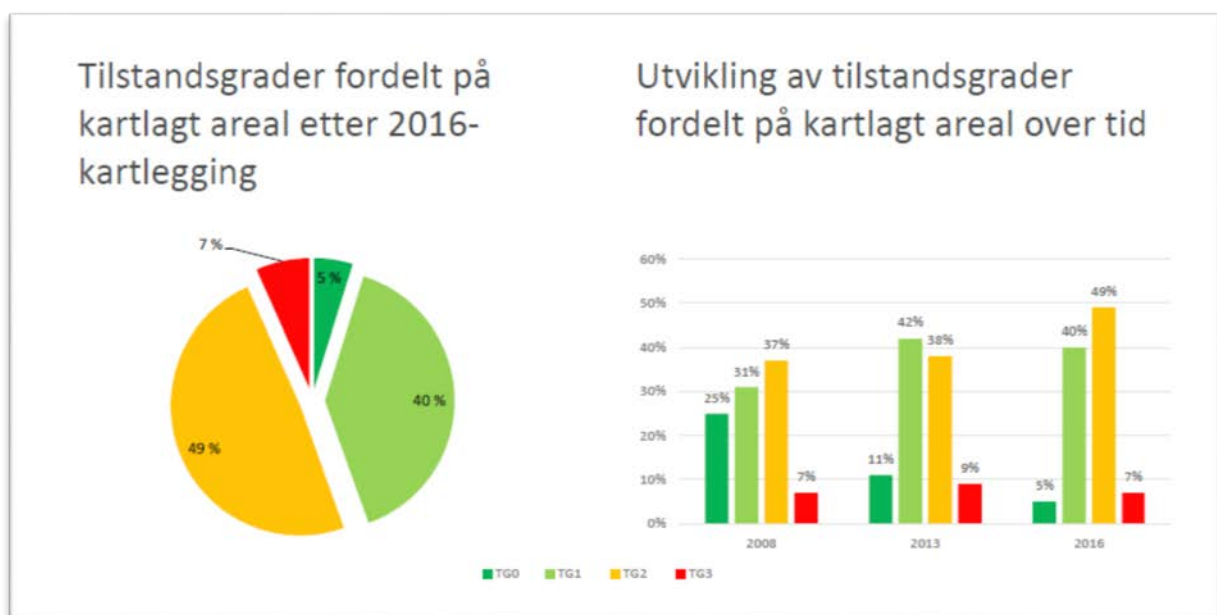
## 2.14 Bygg og vedlikehold

Alle helseforetakene er pålagt å utarbeide vedlikeholdsplaner som skal være tilstandsbasert, dvs. at primærbygg som har delkomponenter eller vektet tilstand i grad 2 eller 3 tas først.

Helseforetakene er også pålagt å lage en plan over hvilke bygg som er prioritert og hvilken tilstandsgrad som er ønsket for å drive forsvarlig. Tilstandsgrad 3 skal ikke forekomme og skal utbedres først dersom byggene er i drift.

Helseforetakene må sette av midler til både løpende og ekstraordinært vedlikehold. I gjennomsnitt bør dette ligge på 250 kr/kvm for hele bygningsmassen. Kontering etter NS3454 med konverteringstilbakeføring til år 2010, tyder på at vedlikeholdskostnadene ikke ligger høyere enn 80 kr/kvm. De samlede vedlikeholdsbudsjetter for alle foretakene bør derfor ligge nærmere 500 millioner kroner høyere enn dagens nivå for å ligge på anbefalt gjennomsnitt. I tillegg kommer strakstiltak og lukking av myndighetsavvik og utbedring av havarier.

En oppdatert registrering av tilstandsgraden for hele bygningsmassen i Helse Sør-Øst i databasen Multimap, viser en utvikling av tilstanden som vist i figuren nedenfor:



Figur 2. Tilstandsgrader

Sykehuset Østfold er ikke tatt med i denne oversikten, da de ennå ikke har lagt inn nye tall som hensynstar nytt bygg og avhending av Fredrikstad og Veum. Unntatt Sykehuset Østfold sin innvirkning, viser oversikten at prosentandel i tilstandsgrad 0 har gått ned, mens tilstandsgrad 2 har økt. Tilstandsgrad 3 er relativt stabil fra 2008, men har gått noe ned fra 2013- oversikten.

En overordnet vurdering viser at helhetsbildet ikke har endret seg vesentlig fra 2008, og det vil være behov for betydelig økte midler til vedlikehold, det vil si på et nivå høyere enn anbefalt gjennomsnittsnivå for å ta igjen deler av etterslepet. Behov for vedlikehold må naturlig nok ses i sammenheng med eventuelle nybyggprosjekter.

Det må fortsatt vies særlig oppmerksomhet for å redusere volumet av tilstandsgrad 3, men det er også viktig å hindre at tilstandsgrad 2 øker.

## 2.15 IKT – området

### **Oppdatert IKT- strategi og Digital fornying**

Regionens oppdaterte IKT- strategi ble vedtatt av styret i desember 2015, jf. sak 086-2015. Det ble lagt til grunn for oppdateringen at den strategiske retningen skulle beholdes, men at den skulle oppdateres ved å innarbeide følgende forhold:

- Erfaringer fra gjennomføringen av Digital fornying så langt
- Behov knyttet til IKT-støtte for forskning og det prehospitale området
- Nasjonale strategier og utviklingsretning

Hovedretningen for strategien ligger i å regionalisere et utvalg kliniske og virksomhetsrettete løsninger sammen med å bygge en robust IKT-infrastruktur som løsningene kan driftes på. Når denne grunnmuren er klar vil det åpne for en videre forbedring av de regionale løsningene. Det vil også i mye større grad være mulig å innføre nye og moderne løsninger når dette er klart.

### **Strategiske program under Digital fornying**

De strategiske programmene under Digital fornying utgjør hovedsatsningen innen fornying og modernisering av IKT-porteføljen i Helse Sør-Øst, og dette er forankret i IKT-strategi 2015. Det er lagt opp til en gjennomføring av Digital fornying for å realisere IKT-strategien, men fremdrift er tilpasset regionens investeringsevne i planperioden.

Som en planforutsetning legges det opp til et årlig kostnadsnivå på 800 millioner kroner i planperioden. Dette inkluderer både investeringskostnader og driftskostnader i programmene Regional klinisk løsning, Virksomhetsstyring og Regional IKT for forskning i Digital fornying, forvaltning av regionale løsninger og driftsinvesteringer i Sykehuspartner. Som for øvrige investeringer vil det bli gjort konkrete prioriteringer og vurderinger i de årlige budsjettene, i forhold til investeringsnivå og fordelinger til områder.

### **Regional klinisk løsning**

I løpet av 2024 er det planlagt ferdigstillelse av en konsolidering av de kliniske hovedløsningene. Det innebærer etableringen av et regionalt radiologi- og laboratoriedatasystem, et funksjonalitetsforbedret regionalt pasientadministrativt- og elektronisk pasientjournalssystem (PAS/EPJ). Regional løsning for medikamentell kreftbehandling er planlagt ferdigstilt rundt 2020, og en gjennomgående kurve- og medikasjonsløsning er planlagt ferdigstilt rundt 2021.

Arbeidet så langt i forprosjektet for konsolidering av PAS/EPJ indikerer en høyere kompleksitet enn overordnede estimater gitt i tidligere økonomiske langtidsplaner. Dette skyldes særlig kompleksitet rundt overgang til ny versjon av DIPS (DIPS Arena), standardisering av integrasjoner og kompleksitet rundt håndtering av unike hjelpenummer (identitet for pasienter uten fødselsnummer eller D-nummer).

I tillegg til etableringen av regionale kliniske hovedløsninger, vil det være viktig å ferdigstille og etablere flere regionale og nasjonale initiativ, deriblant kjernejournal, samhandlingsløsninger mellom helseforetakene og primærhelsetjenesten, samt kommunikasjon med pasientene i helsenorge.no. For å ivareta et aktivitetsnivå i tråd med økonomisk langtidspan 2017-2020 vil det være nødvendig å vurdere tidspunkt og strategi for regionalisering av enkelte områder.

### **Virksomhetsstyring**

Virksomhetsstyringsprogrammet innfører ERP for hele foretaksgruppen. Løsningen er så langt tatt i bruk av Akershus universitetssykehus, Sykehuset Østfold, Sykehuset i Vestfold, Sykehuspartner og Helse Sør-Øst RHF. I 2017 innføres løsningen ved Sunnaas sykehus og Sykehuset Telemark, samt at det er pågående aktiviteter ved Oslo universitetssykehus.

### **Regional IKT for forskning**

Prosjekter knyttet til realisering av løsninger for datainnhenting, strukturering og sammenstilling, samt prosessering og analyse vil være hovedområder i programmet. Den faglige bredden i forskningen og et stort omfang av datafangstløsninger, kilde-systemer og andre integrasjoner, vil medføre en stegvis innføring med flere leveranser som bygger på hverandre.

Programmet bygger i stor grad på leveranser fra Infrastrukturmodernisering og Regional klinisk løsning og skal sikre at disse etablerer løsninger som også ivaretar behov fra forskningsvirksomheten. I tillegg kommer etableringen av mer spesifikke forskningsrettede løsninger.

### **Regional forvaltning**

Prioriteringene innenfor IKT-området gjøres samlet for foretaksgruppen. Disse skjer på grunnlag av helhetlige vurderinger knyttet til behov for standardisering, omstilling og utvikling. Dette medfører at det regionale ansvaret for å ivareta forvaltning av regionens IKT-løsninger øker.

Nødvendig vedlikehold av disse løsningene meldes inn fortløpende og vurderes etter vedtatte prioriteringskriterier. Myndighetspålegg eller større oppdateringer vil måtte prioriteres inn i budsjett innenfor avsatt ramme for forvaltningsinvesteringer.

### **Infrastrukturmodernisering**

Som tidligere omtalt er det inngått en langsiktig avtale for gjennomføring av IKT-infrastrukturmodernisering. Kontrakten omfatter overføring av driftsansvaret inklusive virksomhetsoverdragelse, samt en avtalesfestet modernisering over en treårsperiode. Gjennomføringsansvaret for avtalen er lagt til Sykehuspartner. Det er etablert et program (iMod) for gjennomføring av ansvarsoverføring og modernisering med et eget programstyre ledet av administrerende direktør i Sykehuspartner. Ansvar for alle pågående aktiviteter knyttet til infrastrukturmodernisering i Digital Fornyng er overført til Sykehuspartner og videreføres i samarbeid med ekstern leverandør, Hewlett Packard Enterprise (HPE). Programmet skal gjennomføres innenfor rammene i kost/nytte-analysen beskrevet i sak 069-2016. Det er etablert et forsterket styrings- og oppfølgingsregime for oppdraget, hvilket vil innebære særskilt rapportering til styret i Sykehuspartner og Helse Sør-Øst RHF.

Det skal realiseres en kostnadsbesparelse på 1,9 milliarder kroner over en 7-års periode sammenlignet med gjennomføring i egen regi som beskrevet i kost/nytte-analysen. Det skal utarbeides en gevinstrealiseringsplan som ivaretar dette og som danner grunnlaget for årlig budsjettering.



En modernisert IKT-infrastruktur tilrettelegger for ytterligere gevinster både i drift og forvaltning i hele foretaksgruppen. De enkelte helseforetak er ansvarlig for gevinstrealiseringen i sitt helseforetak. Infrastrukturmoderniseringsprogrammet vil utarbeide en samlet plan og oppfølgingsregime for gevinstrealisering.

### **Lokale IKT-investeringer**

I tillegg til regionale IKT-investeringer gjort gjennom Digital fornying, har helseforetakene investert mellom 100 og 160 millioner kroner årlig i lokal IKT de siste tre årene. De lokale IKT-investeringene er finansiert av helseforetakene i en intern prioritering mot bygg og medisinskteknisk utstyr.

### **Sykehuspartner**

Sykehuspartner har ansvaret for å levere tjenester innenfor IKT, HR og økonomi/logistikk. Dette omfatter IKT-infrastruktur og forvaltning av systemløsningene. Foretaket skal ha sikker og kostnadseffektiv drift.

Investeringer i den regionale IKT- porteføljen skjer i regi av Helse Sør-Øst RHF. Det ble i styresak 069-2016 besluttet å inngå avtale med ekstern leverandør om modernisering av infrastrukturen. Gjennomføringsansvaret for dette programmet tilligger Sykehuspartner. De øvrige IKT-investeringene gjøres i Digital fornying og løsningene overføres til Sykehuspartner når de er ferdigstilt. Løsningene finansieres ved at helseforetakene betaler for avskrivnings- og driftskostnadene gjennom en tjenestepriis. Økte investeringer vil derfor innebære økte tjenestepriiser. I tillegg kommer økte kostnader til opplæring, endrede arbeidsprosesser mv lokalt. De tjenestepriisene som settes fra Sykehuspartner er derfor viktige planforutsetninger som helseforetakene må innarbeide i sine resultatanalyser.

Sykehuspartner finansieres i all hovedsak ved tjenestepriiser. Foretaket er i tillegg tillagt oppgaver på vegne av Helse Sør-Øst RHF som ikke inngår i tjenestepriismodellen, men som basisfinansieres fra Helse Sør-Øst RHF. Basisrammen fra Helse Sør-Øst RHF er forutsatt redusert fra 38 millioner kroner i 2017 til 0 i 2020, jf. tabell 7 over.

Sykehuspartner har ansvaret for å gjennomføre avtalen med ekstern leverandør om modernisering av infrastrukturen. Økte kostnader som en konsekvens av forsert modernisering av infrastrukturen tillates å generere underskudd i Sykehuspartner i planperioden. Akkumulert underskudd i Sykehuspartner forutsettes inndecket i årene 2020-2025. Foretakene må bidra aktivt med sanering av applikasjonsporteføljen for at moderniseringen skal kunne gjennomføres som planlagt. Dette er en forutsetning for effektivisering av drift og forvaltning i Sykehuspartner og dermed fremtidig tjenestepriisnivå fra Sykehuspartner. Sykehuspartner skal inngå forpliktende leveranseavtaler med det enkelte helseforetak om saneringen.

Sykehuspartner arbeider med planer for å definere endret kompetanse- og kapasitetsbehov mot slutten av planperioden som en konsekvens av modernisert infrastruktur og regionale løsninger fra Digital fornying.

### 3. Administrerende direktørs anbefaling

Formålet med planforutsetningene for økonomisk langtidsplan er å gi helseforetakene og sykehusene en forutsigbarhet i egne planprosesser knyttet til sentrale elementer som aktivitets- og prioriteringskrav, forventet inntektsutvikling som følge av oppdatering av inntektsmodellen, samt priser/kostnader fra felles tjenesteleverandører som Sykehusapotekene og Sykehuspartner.

Foreløpige tall viser at helseforetaksgruppen samlet sett fremviste et positivt regnskapsmessig resultat på om lag 1,1 milliard kroner i 2016. Dette innebærer økt økonomisk handlingsrom for å gjennomføre investeringer i kommende økonomiplanperiode.

Det positive resultatet skyldes i stor grad lavere kostnader enn budsjettert i det regionale helseforetaket og engangseffekter i form av inntekter fra salg av eiendom mv. i helseforetakene, og ikke underliggende drift ved helseforetakene. Det er store variasjoner knyttet til måloppnåelse med hensyn på økonomisk resultat i foretaksgruppen. Det forutsettes at helseforetakene budsjetterer mest mulig realistisk på kostnadssiden i sine innspill til den regionale økonomiske langtidsplanen og at det dokumenteres og tallfestes hvilke tiltak som er planlagt gjennomført for å oppnå et ønsket resultat.

For økonomisk langtidsplan 2018-2021 vil det fortsatt være sterkt fokus på at veksten i pasientbehandling innen psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn innen somatikk. Kravet fra Helse- og omsorgsdepartementet er at dette skal være oppfylt på regionnivå, men alle helseforetakene og sykehusene skal innfri kravene i sine aktivitetsbudsjetter, der dette er relevant.

Det skal fortsatt arbeides for å unngå unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen, samt for økt kvalitet og pasientsikkerhet.

Innenfor bemanningsområdet må helseforetakene både ha fokus på riktig bemanningsnivå og bemannings sammensetning. Det må gjennomføres behovsanalyser innen aktuelle fagområder som knyttes til helseforetakenes utviklingsplaner. Analysene må følges opp av tiltak i økonomiplanperioden som bidrar til å sikre at utdanning og kompetanse er i samsvar med foretakenes behov

Enkelte elementer i inntektsmodellen i Helse Sør-Øst vil nå bli gjennomgått på nytt, og resultatene av denne gjennomgangen vil bli innarbeidet i inntektsforutsetningene for perioden 2019-2022. Enkelte unntak, omtalt i saken, kan gi effekt allerede fra budsjett 2018.

Godt vedlikeholdte bygg er viktig for god pasientbehandling, helse-miljø og sikkerhet, samt klima og miljø. Flere av helseforetakene har utfordringer knyttet til aldrende bygningsmasse som ikke er blitt tilstrekkelig vedlikeholdt over tid, slik at det er oppstått et betydelig vedlikeholdsetterslep. Det er viktig at det utarbeides vedlikeholdsplaner som følges opp lokalt.

Som følge av langsiktig avtale for gjennomføring av IKT-infrastrukturmodernisering, skal det realiseres en kostnadsbesparelse på 1,9 milliarder kroner over en 7-års periode sammenlignet med gjennomføring i egen regi. En modernisert IKT-infrastruktur tilrettelegger for ytterligere gevinster både i drift og forvaltning i hele foretaksgruppen. Det enkelte helseforetak er ansvarlig for gevinstrealiseringen i sitt helseforetak.

Infrastrukturmoderniseringsprogrammet vil utarbeide en samlet plan og oppfølgingsregime for gevinstrealisering

Kapasitetsutnyttelsen av medisinteknisk utstyr må bedres, og helseforetakene må forsterke sin prioritering av midler til investeringer i medisinskteknisk utstyr slik at gjennomsnittsalderen på utstyrsparken reduseres.

Det positive resultatet for 2016 styrker foretaksgruppens likviditet. Foretaksgruppen har imidlertid betydelige investeringsplaner i og etter økonomiplanperioden, og det er nødvendig å opprettholde og videreføre resultat- og investeringsbuffer i økonomisk langtidsplan 2018-2021 for å ha tilstrekkelig finansiell sikkerhet til å håndtere risiko. Det forutsettes videre at helseforetak med byggeplaner legger opp til å disponere en andel av likviditet fra egne overskudd til å finansiere egne regionale prosjekter.

Trykte vedlegg:

- Ingen

Utrykte vedlegg:

- Ingen