

# Saksframlegg

## Saksgang:

| Styre                    | Møtedato      |
|--------------------------|---------------|
| Styret Helse Sør-Øst RHF | 11. mars 2021 |

## Sak 024-2021

### Økonomisk langtidsplan 2022–2025 – planforutsetninger

#### Forslag til vedtak:

- Helseforetakene skal i sine økonomiske langtidsplaner for perioden 2022–2025 legge til grunn følgende planforutsetninger:
  - De fem prioriterte satsingsområdene i regional utviklingsplan er førende for økonomisk langtidsplan
    - Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
    - Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester
    - Redusere uønsket variasjon
    - Mer tid til pasientrettet arbeid
    - Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste
  - Samlet vekst i pasientbehandlingen skal være minst 2,1 prosent i 2022 og 1,5 prosent årlig fra 2023 til 2025. Veksten i ISF-finansiert pasientbehandling skal være minimum 5,7 prosent i planperioden. Veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal hver for seg være høyere enn for somatikk i hele planperioden. For 2022 skal veksten være minst 2,1 prosent innen somatikk, 2,2 prosent innen psykisk helsevern, og 2,3 prosent innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det gis spesifikke aktivitetskrav for helseforetakene for 2022.
  - Tilgjengelighet til tjenesten skal bedres, og målsetninger om utvikling i ventetider per tjenesteområde og forløpstider for pakkeforløpene skal nås.
  - Bedring i kvalitet og pasientsikkerhet skal prioriteres, herunder skal uønsket variasjon reduseres ved bruk av data fra helseatlas og kvalitetsregistre.

- Helseforetakene skal legge til rette for flere kliniske behandlingsstudier og økt pasientdeltakelse i slike studier, jf. mål i *Nasjonal handlingsplan for kliniske studier*.
  - Det skal gjennomføres analyser av fremtidig bemanningsbehov. Analysene skal følges opp av tiltak som sørger for at kompetanse er i samsvar med helseforetakenes behov. Utdanningskapasiteten i tjenesten skal økes.
  - Helseforetakene skal benytte egne kartlegginger av status og behov for medisinsk-teknisk utstyr til å foreta prioriteringer og innarbeide anskaffelsesplaner for medisinsk-teknisk utstyr.
  - Helseforetakene skal sette av midler til både ordinært og ekstraordinært vedlikehold. I gjennomsnitt skal det ordinære vedlikeholdet over tid utgjøre cirka 250 kr/kvm per år for hele bygningsmassen.
2. Helseforetakenes økonomiske langtidsplaner skal baseres på realistiske forutsetninger om kostnads- og inntektsutvikling, og tiltak for å oppnå det planlagte resultatet skal i størst mulig grad beskrives og tallfestes. Dette arbeidet skal skje i nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner. Helseforetakene skal legge inntektsrammene i denne saken til grunn for sin planlegging. Det skal planlegges for å oppnå en resultatgrad på 2,5 prosent over tid.
  3. Som en planforutsetning legger styret til grunn at allerede prioriterte investeringsprosjekter videreføres. Ved store nybyggprosjekter påpeker styret viktigheten av grundig, involverende og forpliktende arbeid med gevinstrealiseringsplaner og konkretisering av tiltak for tilpasning av kostnadsnivået i forkant av innflytting.
  4. Styret slutter seg til at det planlegges et økende investeringsnivå for IKT i planperioden og forutsetter at det gjøres prioriteringer i den samlede porteføljen som sørger for akseptabelt risikonivå, samtidig som helseforetakene får tid til gradvis tilpasning til kostnadsnivået.

Hamar, 4. mars 2021

Cathrine M. Lofthus  
administrerende direktør

## 1. Hva saken gjelder

Styret inviteres med denne saken til å legge føringer for helseforetakenes arbeid med økonomisk langtidsplan for årene 2022–2025. I saken gis det forslag til føringer for aktivitetsutvikling og prioriteringer innen det medisinsk- og helsefaglige området, utvikling av bemanning og kompetanse, satsing innen informasjonsteknologi, krav til medisinsk-teknisk utstyr og vedlikehold av bygningsmassen, samt økonomiske planleggingsrammer.

På grunnlag av føringene skal helseforetakene utarbeide innspill til regionens økonomiske langtidsplan for årene 2022–2025. Det er et krav at innspillene styrebehandles i helseforetakene. Videre er det lagt opp til at økonomiplanen i størst mulig grad skal være førende for planperioden, med størst binding mot utarbeidelse av årsbudsjett 2022. Økonomisk langtidsplan 2022–2025 for Helse Sør-Øst vil bli forelagt styret 17. juni 2021.

Saken bygger på styresak 060-2020 *Økonomisk langtidsplan 2021–2024* og styresak 126-2020 *Budsjett 2021 – fordeling av midler til drift og investeringer*. I tillegg legger *Regional utviklingsplan 2035*, jf. styresak 114-2018, viktige premisser for de planforutsetningene som omtales i denne saken.

## 2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

### 2.1 Det strategiske grunnlaget og mål for perioden 2022–2025

Regjeringen lanserte 22. november 2019 ny *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* (Meld. St. 7 (2019–2020)). Planen fastslår at regjeringen vil videreutvikle pasientens helsetjeneste gjennom å styrke befolkningens helsekompetanse og pasientens mulighet til å være en aktiv deltaker i egen helse og utvikling av tjenestene. Hovedmålene i den nye nasjonale helse- og sykehusplanen er i tråd med hovedmålene i *Regional utviklingsplan 2035* for Helse Sør-Øst.

*Regional utviklingsplan 2035* utgjør det strategiske grunnlaget for økonomisk langtidsplan 2022–2025 og skal legges til grunn for planperioden sammen med ny *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*.

Det har vært en betydelig effektivisering i helseforetakene over en lang periode. Samtidig er det rom for å forbedre koordinering, logistikk og støttesystemer. Nye og mer fleksible arbeidsformer må vurderes og konkretiseres, og ny teknologi må i større grad tas i bruk for å øke kapasitet og kvalitet. Spesialisthelsetjenesten må legges til rette for at pasienter kan få oppfølging og behandling utenfor sykehus, og at pasientene kan ta mer aktivt del i planlegging og gjennomføring av tjenestene. Pasienter med behov for hyppig og omfattende tilgang på spesialisthelsetjenester må ivaretas bedre i samarbeid med primærhelsetjenesten gjennom arbeid i helsefellesskapene. Det må fortsatt legges vekt på å redusere uønsket variasjon og risikoen for uønskede hendelser.

Helse Sør-Øst har prioritert fem satsingsområder i den regionale utviklingsplanen:

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

Satsingsområdene som beskrives i planen vil være viktige for å videreutvikle «pasientens helsetjeneste». Videre skal Helse Sør-Øst gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det.

Økonomisk langtidsplan er et viktig virkemiddel for å gjennomføre tiltakene i *Regional utviklingsplan 2035*. For å lykkes med målene og satsningsområdene er det viktig at foretaksgruppen har god og effektiv ressursbruk, god og helhetlig virksomhetsstyring, realiserer gevinster av investeringsprosjekter og reduserer risiko ved at bedre økonomiske resultater oppnås i forkant av investeringsprosjekter.

I tillegg til målene uttrykt gjennom *Regional utviklingsplan 2035* legges målene i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2021 til grunn. Der framgår det at spesialisthelsetjenesten skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede styringsmål:

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

## 2.2 Aktivitetsvekst

I de nærmeste årene vil det være nødvendig å øke aktiviteten for å møte behovet for spesialisthelsetjenester. Aktivitetsbehovet påvirkes av befolkningsvekst og av økt antall eldre, men også av sykdomsutvikling, ny diagnostikk, nye behandlingsmetoder, nye legemidler og ny teknologi, samt helsepolitiske prioriteringer. Samtidig bør det i større grad igangsettes tiltak for å redusere forbruket av helsetjenester som ikke har tilstrekkelig dokumenterbar effekt. Dette vil frigjøre ressurser som er nødvendige for å kunne møte økningen i behovet for helsetjenester.

Befolkningsframskrivingen fra Statistisk sentralbyrå (2020; MMMM-alternativet) for Helse Sør-Øst viser en noe redusert samlet befolkningsvekst fram mot 2040 sammenlignet med forrige framskriving fra 2018. Framskrivningene viser at befolkningen sentraliseres. Dette er særlig tydelig på Østlandet i og rundt de store byene. Følgelig sees det en nedgang i befolkning i distriktene.

I innspill til statsbudsjett for 2022, jf. styresak 127-2020, er vekstanslagene i tabell 1 foreslått for de forskjellige tjenesteområdene. I beregningene som er gjort er det sett bort fra den eventuelle påvirkning koronapandemien har på spesialisthelsetjenesten. Det er beregnet et samlet behov for aktivitetsvekst på 2,1 prosent for 2022.

| Innspill til statsbudsjett 2022          |             |
|------------------------------------------|-------------|
| Nasjonale vekstanslag per tjenesteområde | Vekstanslag |
| Somatikk                                 | 2,1 %       |
| Psykisk helsevern                        | 2,2 %       |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling   | 2,3 %       |

Tabell 1. Innspill til statsbudsjett for 2022, aktivitetsvekst

Tabell 2 viser aktivitetsvekst for inntektsgivende polikliniske opphold per tjenesteområde i Helse Sør-Øst de siste årene. Vekst for de andre omsorgsnivåene og absolutte tall finnes i vedlegg til saken. Aktiviteten i 2020 preges av koronapandemien med en generell nedgang.

| Vekst i inntektsgivende polikliniske opphold per tjenesteområde | F2018 | F2019 | F2020  |
|-----------------------------------------------------------------|-------|-------|--------|
| Somatikk                                                        | 2,9 % | 2,3 % | -2,0 % |
| Psykisk helsevern – VOP                                         | 7,6 % | 3,5 % | -3,4 % |
| Psykisk helsevern – BUP                                         | 2,5 % | 3,6 % | 6,3 %  |
| Psykisk helsevern – samlet                                      | 5,9 % | 3,5 % | -0,3 % |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling                          | 0,6 % | 5,2 % | -2,0 % |

Tabell 2. Faktisk årlig vekst i inntektsgivende polikliniske opphold per tjenesteområde i 2017–2020. VOP: psykisk helsevern voksne. BUP: Psykisk helsevern barn og unge

Krav til aktivitetsvekst i statsbudsjettet for årene 2018 til 2020 har vært henholdsvis 2,0 prosent, 1,7 prosent og 1,5 prosent. Kravene i statsbudsjettet er generelle vekstkrav som verken er differensiert på omsorgsnivå (døgn-, dag- og poliklinisk behandling) eller tjenesteområde (somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling).

På grunn av koronapandemien er det vanskelig å legge statsbudsjettet for 2021 til grunn for fremtidige aktivitetskrav. Statsbudsjettet stiller krav om en aktivitetsvekst på 2,3 prosent, hvorav 0,8 prosentpoeng er en ettårig vekst for å redusere ventetidene som følge av koronapandemien, 1,3 prosentpoeng er demografisk betinget vekst og 0,2 prosentpoeng er vekst ut over demografi.

| Tjenesteområde                         | Omsorgsnivå          | F2017  | F2018   | F2019 | F2020  |
|----------------------------------------|----------------------|--------|---------|-------|--------|
| Somatikk                               | Døgn/dag/poliklinisk | 2,1 %  | 0,7 %   | 4,0 % | -6,4 % |
|                                        | Legemidler           | 20,0 % | 35,8 %  | 7,2 % | 3,9 %  |
| Somatikk samlet                        | Alle omsorgsnivå     | 2,7 %  | 2,2 %   | 4,2 % | -5,8 % |
| Psykisk helsevern – VOP                | Poliklinisk          |        | 11,2 %  | 2,9 % | -2,0 % |
| Psykisk helsevern – BUP                | Poliklinisk          |        | 8,6 %   | 5,1 % | 5,6 %  |
| Psykisk helsevern – samlet             | Poliklinisk          |        | 9,9 %   | 4,0 % | 1,9 %  |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling | Poliklinisk          |        | -12,2 % | 5,2 % | 2,7 %  |
| Alle tjenesteområder samlet            | Alle omsorgsnivå     | 2,7 %  | 4,5 %   | 4,2 % | -2,7 % |
| Krav i statsbudsjett for gjeldende år  |                      | 1,5 %  | 1,6 %   | 1,6 % | 1,4 %  |

Tabell 3. ISF-vekst for Helse Sør-Øst inklusive private ideelle sykehus i henhold til sørge-for-ansvaret og krav i statsbudsjettet for det aktuelle år (VOP: Psykisk helsevern voksne, BUP: Psykisk helsevern barn og unge). Det vises ingen vekst for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2017 fordi innsatsstyrt finansiering ble innført for disse tjenesteområdene det året.

Vekst i innsatsstyrt finansiert aktivitet forutsettes å bli 2,2 prosent i 2021. Tabell 3 viser årlig vekst i innsatsstyrt finansiert aktivitet de siste årene sammenlignet med krav i statsbudsjettet det aktuelle året. Kravet til vekst er oppnådd alle årene, bortsett fra 2020 som var preget av koronapandemien. Aktiviteten for hvert av årene finnes i vedlegg til saken.

I tillegg til de nasjonale framskrivningene gjort i forbindelse med innspill til statsbudsjett er det gjort framskrivninger av aktivitetsbehov for Helse Sør-Øst fram til 2025.

Framskrivningene er basert på demografiske data fra Statistisk sentralbyrå og aktiviteten i helseforetakene i 2019. Det gjøres framskrivninger per fagområde i somatiske sykehusfunksjoner, for pasienter med og uten kroniske sykdommer og per omsorgsnivå (døgntilrettelagt, dagbehandling og poliklinikk), oppdelt i ettårig aldersintervaller og kjønn. Det er ikke justert for variasjon i forbruksmønsteret.

I framskrivningene brukes historisk utvikling for tre definerte pasientgrupper for å beregne en vekstfaktor utover demografi (uten kronisk sykdom, én kronisk sykdom og to eller flere kroniske sykdommer definert med Elixhauser komorbiditetsindeks). Den historiske utviklingen viser en sterkere vekst for pasienter med kroniske lidelser. Denne gruppen har mange kontakter med spesialisthelsetjenesten og fører til et behov for aktivitetsvekst utover demografi. Den største delen av veksten er poliklinisk, noe som fører til høyere vekst i aktivitet og lavere vekst i DRG-poeng. Analysene indikerer et samlet behov for aktivitetsvekst på 2,1 prosent per år fra 2022 til 2025, og analysene er således i tråd med innspillet fra de regionale helseforetakene til statsbudsjett for 2022. Behovet for vekst innen ISF-finansiert somatisk aktivitet er beregnet til å være 5,7 prosent fra 2022 til 2025.

De regionale framskrivningene er også gjort på helseforetaksnivå, og benyttet for å gruppere aktivitetsvekst for helseforetakene som vist i tabell 4.

| Over gjennomsnittlig vekst      |
|---------------------------------|
| Akershus universitetssykehus HF |
| Gjennomsnittlig vekst           |
| Oslo universitetssykehus HF     |
| Sørlandet sykehus HF            |
| Vestre Viken HF                 |
| Under gjennomsnittlig vekst     |
| Sykehuset Innlandet HF          |
| Sykehuset Østfold HF            |
| Sunnaas sykehus HF              |
| Sykehuset i Vestfold HF         |
| Sykehuset Telemark HF           |

Tabell 4. Gruppering av helseforetakene basert på behov for aktivitetsvekst for perioden 2022–2025. Grupperingen er grunnlaget for krav til aktivitetsvekst. Gjennomsnitt er satt til 2,1 prosent  $\pm 0,1$  prosentpoeng

Den regionale framskrivningen vurderes som et godt grunnlag for kravet til generell aktivitetsvekst de nærmeste årene. For de spesifikke tjenesteområdene er det vurdert at innspillet fra de regionale helseforetakene til statsbudsjettet 2022, kan legges til grunn for krav til vekst i 2022.

Historisk har den generelle vekstforutsetningen fra Helse- og omsorgsdepartementet vært lavere enn helseregionenes innspill til statsbudsjett. Det foreslås derfor å legge til grunn et konservativt anslag for vekst i perioden etter 2022, på nivå med vekstforutsetningene i statsbudsjettet for 2020 og 2021. Det vil si en forutsetning om en generell aktivitetsvekst på 1,5 prosent. Kravet til generell aktivitetsvekst må ses opp mot bevilgning i statsbudsjettet og rom for effektivisering. Se avsnitt om midler til aktivitetsvekst under kapittel 2.7.1 for nærmere omtale.

I planperioden foreslås det at følgende forutsetninger blir lagt til grunn for aktivitet og prioritering:

- Samlet vekst i pasientbehandlingen skal være minst 2,1 prosent i 2022
- Samlet vekst i pasientbehandlingen skal være minst 1,5 prosent årlig fra 2023 til 2025
- Vekst i ISF-finansiert pasientbehandling (somatikk) skal være minimum 5,7 prosent fra 2022 til 2025
- Vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal hver for seg være høyere enn for somatikk for hele planperioden
- For 2022 skal veksten være minst 2,1 prosent innen somatikk, 2,2 prosent innen psykisk helsevern og 2,3 prosent innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Det gis spesifikke aktivitetskrav per helseforetak for 2022:
  - Akershus universitetssykehus HF skal ligge over snittet i Helse Sør-Øst
  - Oslo universitetssykehus HF, Sørlandet sykehus HF og Vestre Viken HF skal ha en vekst omtrent på snittet i Helse Sør-Øst
  - Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Østfold HF, Sunnaas sykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF skal ligge under snittet i Helse Sør-Øst.

Endelige krav til aktivitetsvekst, herunder krav til vekst i ISF-finansiert pasientbehandling, fastsettes på bakgrunn av føringer i statsbudsjettet det enkelte år.

## 2.3 Utvikling av helsetjenesten

### 2.3.1 Tilgjengelighet og kapasitetsutnyttelse

Helseforetakene må dimensjonere tjenestetilbudet i sine aktivitets-, bemannings- og kostnadsbudsjetter slik at krav til tilgjengelighet til tjenesten innfris. Dette innebærer også tilstrekkelig samlet kapasitet for medisinske støttefunksjoner og en hensiktsmessig bruk av disse. Unødvendige undersøkelser skal unngås.

Det forventes at helseforetakene i planperioden intensiverer arbeidet med å bedre flyt i pasientforløpene for å utnytte tid, personell og økonomiske ressurser så godt som mulig. I planperioden vil det bli innført en ny indikator for planleggingshorisont som skal følges opp.

For bedre oversikt over kapasitet og forbruk av bildediagnostiske undersøkelser og laboratorieundersøkelser, vil Helse Sør-Øst RHF stille krav til helseforetakene om en definert aktivitetsrapportering innen bildediagnostikk og laboratiefag. Rapporteringen innføres for alle helseforetak fra 2021.



Ved inngangen til planperioden skal gjennomsnittlig ventetid i somatikk være under 50 dager og minst 95 prosent av pasientavtalene skal overholdes.

### **2.3.2 Persontilpasset medisin, laboratorievirksomhet og bildediagnostikk**

Innsatsen innen persontilpasset medisin (presisjonsmedisin) skal gi et større tilbud av molekylær diagnostikk og mer individtilpasset og dermed mer virkningsfull behandling til pasientene. Persontilpasset medisin har også som mål å identifisere de pasientene som ikke har nytte av den behandlingen de får i dag.

Anvendelse av mer persontilpasset medisin krever en økt innsats for å dele kompetanse innen flere medisinske fagfelt, samt behov for nye personellgrupper med kompetanse innen for eksempel bioinformatikk. For å understøtte en slik utvikling, leder Oslo universitetssykehus HF både et nasjonalt og et regionalt kompetansenettverk for persontilpasset medisin. Kompetansenettverket har en koordinerende rolle mot tjenestene og en rådgivende rolle overfor de regionale helseforetakene.

Utprøvende behandling med nye, avanserte legemidler krever ofte bred utredning med diagnostiske metoder som ikke er i rutinemessig bruk i dag. Behovet for persontilpasset diagnostikk er spesielt stort innen kreftområdet, da økt kunnskap om molekylære endringer har resultert i nye behandlingsstrategier. De fire regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, legge til rette for bruk av molekylære tester, genpaneler og biomarkører i forskning og klinisk praksis og samordne nasjonal infrastruktur for presisjonsdiagnostikk.

Persontilpasset medisin vil også kreve mer avansert bildediagnostikk og utløser behov for tilgang på nye radiologiske modaliteter, spesielt med tanke på den raske nukleærmedisinske utviklingen med positronemisjonstomografi (PET) og såkalt «teranostikk» (kombinert terapi og diagnostikk).

Helseforetakene skal legge til rette for at egne pasienter kan dra nytte av ny infrastruktur til utprøvende behandling og delta i kliniske studier. I løpet av 2021 vil det arbeides for å inkludere samtlige helseforetak med patologiavdeling i et regionalt bidrag til nasjonal infrastruktur innen presisjonsdiagnostikk. Den nasjonale infrastrukturen skal organiseres med en funksjonsfordeling og inndeling i nivåer for å tilpasse tilbudet til helseforetakenes egen kapasitet, tilgang på avansert utstyr og kompetanse.

### **2.3.3 Endringer i bioteknologiloven**

Stortinget vedtok 8. juni 2020 flere endringer i bioteknologiloven. Hovedsakelig får disse endringene konsekvenser for de to helseforetakene i Helse Sør-Øst som har reproduksjonsmedisinske avdelinger. Samtidig gjorde Stortinget flere anmodningsvedtak, deriblant om at tidlig ultralyd skal tilbys alle gravide i regi av den offentlige svangerskapsomsorgen, og at aldersgrensen for å tilbys fosterdiagnostikk senkes til 35 år. Disse endringene i lovverket medfører et behov for å utvide kapasiteten i helseforetakene som yter tjenester til gravide.

### **2.3.4 Uønsket variasjon**

Arbeidet med uønsket variasjon skal prioriteres i planperioden. Reduksjon av uønsket variasjon vil bidra til likeverdige helsetjenester, at unødvendige undersøkelser og behandling unngås, samt at ressurser utnyttes på best mulig måte. Arbeidet skal ta



utgangspunkt i data fra helseatlas, kvalitetsregistre og nasjonale kvalitetsindikatorer fra Helsedirektoratet, samt brukererfaringer og dødelighetsdata fra Folkehelseinstituttet.

### 2.3.5 Forskning og innovasjon

Det er et langsiktig mål at ressursbruken til forskning og innovasjon, målt på regionalt nivå, skal utgjøre fem prosent av de samlede kostnadene. Helse Sør-Øst RHF har et særlig ansvar for å tilrettelegge for forskning av høy kvalitet i regionens helseforetak og sykehus. Dette inkluderer blant annet å understøtte etablering av infrastruktur og forskningsstøtte, forvaltning av regionale forskningsmidler og fastsettelse av strategiske satsingsområder som skal bidra til at alle helseforetak og sykehus får gode forutsetninger for å nå sine mål.

De siste årene har det i tillegg vært satset spesielt på innovasjon for å bidra til at både forskningsresultater og ideer og erfaringer fra helsetjenesten omsettes til forbedret pasientbehandling og utforming av tjenestetilbudet.

Klinisk forskning skal integreres med pasientbehandling, og det er et ledelsesansvar å bidra til dette. Det er et mål å gi flere pasienter tilgang til utprøvende behandling, og utprøvende behandling skal som hovedregel gis som en del av en klinisk studie. Helseforetakene skal legge til rette for økt antall kliniske studier og for at flere pasienter blir inkludert i slike studier. Det er et krav om en økning i antall kliniske behandlingsstudier med 15 prosent i 2021. Regjeringen har i *Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021–2025* satt et mål om at andelen pasienter i spesialisthelsetjenesten som deltar i kliniske studier er fem prosent i 2025.

Det er behov for mer kunnskap om helsetjenestenes organisering, bruk av kompetanse, kvalitet, pasientsikkerhet, pasientforløp og samhandling. Helsetjenesteforskning og innovasjonsprosjekter er viktige virkemidler for god planlegging og videreutvikling av tjenestene. Prosjekter som bidrar til mer tid til pasientrettet arbeid og samarbeid om sårbare pasientgrupper bør prioriteres.

### 2.3.6 Teknologi i pasientens helsetjeneste

Tjenester som tidligere krevde oppmøte hos helsepersonell skal i større grad kunne ytes til pasientene ved hjelp av videokonsultasjoner, nettbaserte behandlingsprogrammer og som digital hjemmeoppfølging ved bruk av pasientrapporterte data og sensortechnologi. Spesielt for sårbare pasientgrupper skal det medisinske utstyret flyttes dit pasienten er og ikke omvendt. Brukerstyring og samvalg skal vektlegges og understøttes.

Ved inngangen til planperioden skal andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon være over 15 prosent.

Kunstig intelligens skal gjøre det mulig å utnytte våre felles helsedata for å tilby raskere og mer presis diagnostisering, bedre behandling og mer effektiv ressursbruk. Helse- og omsorgstjenesten skal ha en kultur for innovasjon og deling av kunnskap. Videre er samarbeid med næringslivet om å utvikle de verktøyene tjenesten og pasientene trenger viktig.

Infrastruktur for presisjonsdiagnostikk vil kreve effektiv IKT-samhandling mellom helseforetakene både regionalt og på tvers av regionene. Det er også av stor betydning at IKT-behov i forbindelse med datafangst, -analyse og -lagring harmoniseres med de etablerte strukturene i helsetjenesten, og dette vil kreve tett samarbeid mellom ulike aktører i spesialisthelsetjenesten.

Målene for digitalisering er knyttet til målene for pasientbehandling. Moderniserte journalsystemer skal bidra til bedre informasjonsdeling og mer effektive arbeidsprosesser. Digitale samhandlingsløsninger skal tilrettelegge for kommunikasjon både internt i sykehusene og mellom kommuner og sykehus for å understøtte helhetlige pasientforløp. Pasienter og helsepersonell skal oppleve at de digitale systemene gjør hverdagen enklere og tryggere. Befolkningen skal ha tillit til at helsetjenesten både ivaretar deres personvern og tar i bruk de mulighetene teknologien gir for å utvikle bedre tjenester.

## **2.4 Psykisk helsevern**

I planperioden skal det fortsatt legges til rette for at veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er høyere enn i somatikk. Distriktpsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.

### **2.4.1 Ventetider**

Ved inngangen til planperioden skal gjennomsnittlig ventetid være under 40 dager for psykisk helsevern voksne, under 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og under 30 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

### **2.4.2 Forebygging av selvmord**

Helseforetakene skal sørge for at det eksisterer rutiner for kunnskapsbaserte tiltak som kan bidra til å forebygge selvmord og sørge for god behandling av pasienter etter selvmordsforsøk eller alvorlig selvskading.

### **2.4.3 Bruk av tvang**

Helseforetakene skal videreføre arbeidet med rapporten *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst* (2019), og sørge for at erfaringer fra det regionale implementeringsarbeidet i 2020/2021 anvendes.

### **2.4.4 Avvisningsrater**

Helseforetak skal etablere rutiner for systematisk dialog med kommunene ved henvisning til psykisk helsevern barn og unge med sikte på raskere helsehjelp på riktig nivå og færre avslag i spesialisthelsetjenesten. Tverrfaglige oppsøkende team bør opprettes der det er befolkningsmessig grunnlag for det. For at pasientene skal få rett tilbud på riktig nivå videreføres arbeidet med bedre samarbeid rundt henvisninger.

### **2.4.5 Utvikling av nettbaserte tilbud**

Terapeutveiledet nettbasert behandling (eMeistring) for behandling av psykiske lidelser er godkjent i Beslutningsforum. Nettbasert behandling må i løpet av planperioden innføres som en del av det ordinære tilbudet for vanlige psykiske lidelser som angst og depresjon.

Det forventes for øvrig at helseforetakene viderefører og videreutvikler ulike løsninger for å øke tilgjengeligheten av behandlingstilbudet og nå frem til pasienter det ellers kan være vanskelig å nå på grunn av sykdomsbildet.

#### **2.4.6 Samarbeid med Kriminalomsorgen**

I planperioden skal det arbeides med å utvikle tilbud innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i samarbeid med Kriminalomsorgen.

### **2.5 Kvalitet og pasientsikkerhet**

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring skal, sammen med delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, legges til grunn for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

#### **2.5.1 Pakkeforløp**

Arbeidet med å følge opp og innføre pakkeforløp innen kreft, hjerneslag, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fortsetter. Helse Sør-Øst bistår i Helsedirektoratets arbeid med å videreutvikle pakkeforløpene og eventuelt utvikle nye pakkeforløp dersom det blir aktuelt i perioden.

#### **2.5.2 Reduksjon av uønskede hendelser**

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er førende for arbeidet med å utvikle faglig forsvarlige helsetjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Videreutvikling av avvikssystemer for å fremme læring og forebygge uønskede hendelser skal gis økt prioritet. Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden Global Trigger Tool (GTT), skal reduseres på regionalt nivå.

#### **2.5.3 Redusert bruk av antibiotika**

Arbeidet med å redusere bruk av antibiotika, særskilt bredspektret antibiotika, skal prioriteres. Helseforetakene skal i planperioden tilrettelegge for å nå målene som er satt for å redusere forbruk av bredspektret antibiotika og sørge for varige systemer og strukturer for endring i forbruk.

#### **2.5.4 Fødselsomsorg**

I foretaksmøte 10. juni 2020 ble Helse Sør-Øst RHF gitt i oppdrag å følge opp kompetanse- og ressursbehov dokumentert i rapporten «Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem», i utvikling av fødeinstitusjonene. Oppdraget er videreført til helseforetakene. Rapporten fra Helsedirektoratet inneholder flere anbefalinger som innebærer økte ressurser til fødselsomsorgen, først og fremst knyttet til utdanning, rekruttering og bibehold av jordmødre i spesialisthelsetjenesten.

#### **2.5.5 Screening for kolorektal kreft**

Det nasjonale screeningprogrammet for tarmkreft vil bli innført trinnvis i regionen med oppstart fra 2021/2022. Det startes opp med screening av blod i avføringen og deretter vil det være en overgang til koloskopi som primærmetode. I 2025 planlegges det at 50 prosent av primærscreening skal skje ved koloskopi.

## 2.6 Bemanning og kompetanse

Helseforetakenes arbeid med å rekruttere, beholde og utvikle kompetanse hos sine medarbeidere er avgjørende for å ivareta fremtidig kompetansebehov. Fokus på rett kompetanse og oppgavedeling er uttalte målsetninger. I *Regional utviklingsplan 2035* er det særlig påpekt behovet for nye arbeidsformer gjennom bruk av ny teknologi og mer brukerstyring.

Enkelte områder vil kreve særskilte tiltak for å sørge for tilstrekkelig bemanning. For å innfri prioriteringsregelen og møte behov for helsetjenester i befolkningen, må helseforetakene øke innsatsen for å oppnå tilstrekkelig bemanning innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Helseforetakene må blant annet sette av ressurser for å kunne videreføre innsatsen fra det regionale prosjektet innen psykisk helsevern for barn og unge.

Det er utfordringer med utdanningskapasiteten innen flere legespesialiteter. Videre er det mangel på spesialsykepleiere. I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet er det stilt krav om en plan for å rekruttere, utdanne og beholde intensivsykepleiere. Helse Sør-Øst RHF vil sammen med helseforetakene gjennomføre en behovsanalyse som grunnlag for helseforetakenes arbeid med å sørge for tilstrekkelig tilgang til intensivsykepleiere.

Samlet sett vurderes det at måltall for utdanning innen visse områder ikke gir tilstrekkelig grunnlag for å oppfylle kompetansebehovene fremover. Dette gjelder særlig områdene:

- Spesialsykepleiere og jordmorutdanning
- Enkelte legespesialiteter, særlig innen psykisk helsevern
- Andre behandlergrupper i psykisk helsevern, særlig for barn og unge

Helseforetakene må vie disse områdene spesiell oppmerksomhet. Analyser av kompetanse og behov, samt nødvendige tiltak må tas med i planarbeidet i helseforetakene.

Helseforetakene har fått krav om å øke utdanningskapasitet i tjenesten og øke antall helsefagarbeiderlæringer. Disse økningene må også fremkomme i helseforetakenes planarbeid. Helseforetakene skal planlegge på kort, mellomlang og lang sikt, og planarbeidet skal gjelde alle yrkesgrupper.

Prinsippene for heltid og faste ansettelser skal være førende for rekruttering, samtidig som helseforetakene beholder god og kvalifisert arbeidskraft.

Det legges fortsatt til grunn at helseforetakene øker innsatsen for en mer helhetlig og langsiktig bemanningsplanlegging og ressursutnyttelse. Krav om langtidsplanlegging av pasientbehandling, pakkeforløp, videreutvikling av tjenestene og utnyttelse av kompetanse, utstyr og lokaler må hensyntas i utarbeidelse av bemanningsplaner. Bemanningsplanene skal bidra til gode og forutsigbare pasientforløp, samt trygt og sikkert arbeidsmiljø. Arbeidet med bemanningsplaner skal gjennomføres i samarbeid med ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten. Bemanningsutviklingen må i økende grad styres ved at det utarbeides bemanningsplaner som ivaretar arbeidsoppgaver og som tar høyde for variasjoner i aktivitet over tid. Bedre samsvar mellom aktivitet og bemanning er en forutsetning for å nå målene.

Helse Sør-Øst RHF fremhever viktigheten av å arbeide med økonomisk langtidsplan og bemanningsplanlegging i flere fagakser. Helseforetakene skal i sine innspill vise planlagt bemanningsutvikling fordelt på stillingskategorier.

## 2.7 Økonomiske planforutsetninger

### 2.7.1 Økonomiske rammevilkår

#### **Finansiering av drift og investeringer**

Spesialisthelsetjenesten har en samlet finansiering til drift og investeringer. Dette gir en fleksibilitet samtidig som det stiller krav om positive økonomiske resultater for å finansiere investeringer i blant annet nye bygg, teknologi og medisinsk-teknisk utstyr. Helse Sør-Øst står overfor betydelige investeringer i årene fremover og må derfor ha positive resultater i drift for å opparbeide tilstrekkelig med egenkapital.

På grunn av koronapandemien har 2020 vært et annerledes år med hensyn til økonomi. Sannsynligvis blir dette gjeldende også for 2021. For 2020 er foreløpig resultat for Helse Sør-Øst i størrelsesorden 2,6 milliarder kroner, som gir en resultatgrad på 2,9 prosent, jf. tabell 5. I 2021 er det planlagt for et resultat i størrelsesorden 1,2 milliarder kroner med en resultatgrad på 1,1 prosent, jf. styresak 145-2020 *Oppdrag og bestilling 2021 – økonomiske resultatkrav*.

| Helse Sør-Øst | F2017 | F2018 | F2019 | F2020 | B2021 |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| (Års)resultat | 1 016 | 1 768 | 2 009 | 2 589 | 1 221 |
| Resultatgrad  | 1,3 % | 2,2 % | 2,3 % | 2,9 % | 1,1 % |

Tabell 5. Resultatgrad for foretaksgruppen faktisk 2017–2019, foreløpig for 2020 og budsjett 2021 i millioner kroner. Resultatbuffer er medregnet for alle årene i tabellen.

Målet har vært å oppnå en resultatgrad på 2,5 prosent for over tid å kunne opprettholde verdiene i eiendom, teknologi og utstyr. Målet er således nådd for 2020, men er ikke planlagt nådd for 2021. De to årene bør imidlertid sees i sammenheng grunnet koronapandemien. I økonomisk langtidsplan 2021–2024 ble det planlagt for en resultatgrad som vist i tabell 6.

| Helse Sør-Øst | Økonomisk langtidsplan |       |       |       |
|---------------|------------------------|-------|-------|-------|
|               | 2021                   | 2022  | 2023  | 2024  |
| Resultatgrad  | 1,2 %                  | 1,5 % | 1,6 % | 1,7 % |

Tabell 6. Planlagt resultatgrad i økonomisk langtidsplan 2021–2024

Potensialet for sparing til investering gjennom positive resultater begrenses av trekk som følge av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (ABE-reformen). ABE-reformen ble innført i 2015 og er et generelt effektiviseringskrav i offentlig sektor. Ordningen innebærer at basisbevilgningen og variable inntekter årlig reduseres med om lag 0,5 % for alle tjenesteområder. Deler av det samlede uttrekket tilbakeføres fordi spesialisthelsetjenesten har et samlet ansvar for drift og investeringer. Dette skal legge til rette for at reformen i mindre grad påvirker de regionale helseforetakenes muligheter til å investere i bygg,

teknologi og nytt utstyr. Imidlertid har ABE-reformen gitt et netto årlig tap siden innføringen ved at det ikke tilbakeføres midler i samme størrelse som trekket.

Videre begrensninger er underregulering av laboratorie- og radiologitakster, at det legges stadig nye krav og oppgaver innenfor de økonomiske rammene til sektoren og at midler til aktivitetsvekst gis som 80 prosent marginalfinansiering.

### Midler til aktivitetsvekst

Tabell 7 viser midler til aktivitetsvekst som har blitt bevilget til Helse Sør-Øst RHF fra statsbudsjettet i 2016 til og med 2021, samt tilhørende krav til aktivitetsvekst.

| Midler til aktivitetsvekst og krav til aktivitetsvekst i statsbudsjettet | 2016    | 2017    | 2018    | 2019    | 2020    | 2021*   |
|--------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Midler til aktivitetsvekst (tusen kroner)                                | 715 100 | 709 200 | 604 892 | 582 063 | 508 251 | 815 837 |
| Krav til generell aktivitetsvekst                                        | 2,5 %   | 2,1 %   | 2,0 %   | 1,7 %   | 1,5 %   | 2,3 %   |

\*I 2021 var det krav til ekstraordinær ettårig aktivitetsvekst og medfølgende midler

Tabell 7. Vekstkrav og midler til aktivitetsvekst fra 2016 til 2021

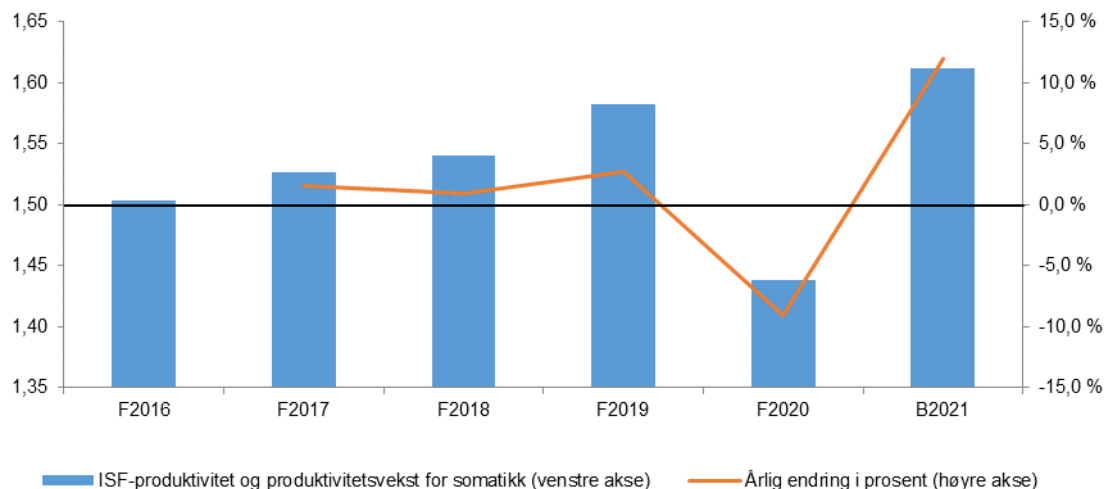
Som nevnt i kapittel 2.2 er det foreslått at kravet til samlet vekst i pasientbehandlingen i Helse Sør-Øst skal være 2,1 prosent i 2022 og 1,5 prosent årlig i perioden 2023-2025.

Vurdering av aktivitetsvekst og tilhørende midler til finansiering kan gjøres med forskjellige innfallsvinkler. En tilnærming er å vurdere behovet for aktivitetsvekst fremover, vurdere muligheter for effektivisering, og til sist anslå hvilken finansiering som er nødvendig for å øke aktiviteten i tråd med behovet fremover. En annen tilnærming er å anslå hvilken finansiering til aktivitetsvekst som vil bli bevilget over statsbudsjettene fremover. Deretter må muligheter for effektivisering vurderes og til sist vurderes det hvilken aktivitet disse midlene kan gi.

For å vurdere mulighetene for effektivisering kan utviklingen i ISF-produktivitet de siste årene være en indikator. ISF-produktivitet beregnes som antall ISF-poeng per månedsverk somatikk. Tabell 8 og figur 1 viser utviklingen i ISF-produktivitet fra 2016 til og med budsjett for 2021.

| ISF-produktivitet og produktivitsvekst for somatikk | F2016 | F2017 | F2018 | F2019 | F2020  | B2021  | % endring F2016 – B2021 | Gjennomsnittlig årlig endring |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|-------------------------|-------------------------------|
| Akershus universitetssykehus HF                     | 1,64  | 1,64  | 1,70  | 1,74  | 1,56   | 1,80   | 9,5 %                   | 1,9 %                         |
| Oslo universitetssykehus HF                         | 1,27  | 1,28  | 1,26  | 1,29  | 1,19   | 1,30   | 2,4 %                   | 0,5 %                         |
| Sunnaas sykehus HF                                  | 0,89  | 0,92  | 0,93  | 0,95  | 0,75   | 0,95   | 6,1 %                   | 1,2 %                         |
| Sykehuset i Vestfold HF                             | 1,70  | 1,70  | 1,72  | 1,77  | 1,63   | 1,80   | 6,0 %                   | 1,2 %                         |
| Sykehuset Innlandet HF                              | 1,71  | 1,73  | 1,71  | 1,77  | 1,57   | 1,80   | 5,7 %                   | 1,1 %                         |
| Sykehuset Telemark HF                               | 1,54  | 1,61  | 1,69  | 1,72  | 1,56   | 1,79   | 16,0 %                  | 3,2 %                         |
| Sykehuset Østfold HF                                | 1,50  | 1,60  | 1,70  | 1,79  | 1,65   | 1,83   | 22,4 %                  | 4,5 %                         |
| Sørlandet sykehus HF                                | 1,56  | 1,59  | 1,60  | 1,62  | 1,49   | 1,69   | 7,9 %                   | 1,6 %                         |
| Vestre Viken HF                                     | 1,81  | 1,83  | 1,86  | 1,93  | 1,68   | 1,89   | 4,9 %                   | 1,0 %                         |
| Helse Sør-Øst foretaksgruppen                       | 1,50  | 1,53  | 1,54  | 1,58  | 1,44   | 1,61   | 7,2 %                   | 1,4 %                         |
| Årlig endring i prosent                             |       | 1,5 % | 0,9 % | 2,8 % | -9,1 % | 12,0 % |                         |                               |

Tabell 8. ISF-produktivitet (arbeidsproduktivitet) og produktivitsvekst fra 2016 til og med budsjett 2021. Tabellen viser aktivitet utført i eget belforetak. ISF-produktivitet: ISF-poeng per brutto månedsverk somatikk



Figur 1. ISF-produktivitet (arbeidsproduktivitet) og produktivitetsvekst for foretaksgruppen samlet fra 2016 til og med budsjett 2021. Sort linje indikerer en årlig vekst på 0 prosent. Figuren viser aktivitet utført i eget helseforetak. ISF-produktivitet: ISF-poeng per brutto månedverk somatikk

Før koronapandemien traff i 2020, vokste produktiviteten hvert år for foretaksgruppen. I snitt vokste produktiviteten 1,8 prosent årlig fra 2016 til 2019 (ikke vist i tabellen). Fra 2016 til og med budsjett 2021 er gjennomsnittlig årlig produktivitetsvekst 1,4 prosent. Det legges til grunn at det også er muligheter for produktivitetsvekst fremover.

Fra ett år til et annet kan det være rimelig å legge til grunn marginalfinansiering av vekst på grunn av økning i produktivitet. På lengre sikt er det grunn til å anta at økt aktivitet krever større tilpasninger, som for eksempel nye bygg. Selv med mer effektive måter å drive pasientbehandling på, innføring av ny teknologi og så videre, er det vanskelig å tenke seg at en kontinuerlig aktivitetsøkning i den størrelsesorden som de regionale helseforetakene blir bedt om, kan håndteres til marginkostnader.

Det er også en risiko for at det i statsbudsjettene fremover ikke vil bli forutsatt en særlig aktivitetsvekst ut over demografi. Videre må det legges til grunn at det på kort sikt kun vil følge marginalfinansiering til kravet om vekst i statsbudsjettene fremover. På lengre sikt må det likevel kunne forutsettes at det gis finansiering for hele kravet til aktivitetsvekst.

Som en planforutsetning for økonomisk langtidsplan 2022–2025 foreslås det å legge til grunn en finansiering for en generell aktivitetsvekst på 2,1 prosent i 2022 og 1,5 prosent i perioden 2023–2025. Nivået på forutsatt vekstbevilgning er beregnet med utgangspunkt i historisk bevilgningsnivå for tilsvarende aktivitetsvekst og videreføring av marginalfinansiering av aktivitetsvekst med 80 prosent.

For 2022 er det lagt til grunn en finansiering for det behovet for aktivitetsvekst som er spilt inn til statsbudsjettet for 2022 og som framskrivninger for Helse Sør-Øst indikerer. Det er forutsatt at det er muligheter for videre produktivitetsvekst. For 2023 og utover er det i tillegg til forutsetningen om videre produktivitetsvekst, lagt mer vekt på hvilken finansiering det er realistisk at regionen får tildelt i statsbudsjettene fremover.

Tabell 9 viser planforutsetninger for midler til aktivitetsvekst og effekt av ABE-reformen. Det forutsettes at dette er midler som blir bevilget over statsbudsjettet for det gjeldende år.



Forutsetningen om videreføring av ABE-reformen og fortsatt marginalfinansiering av aktivitetsvekst med 80 prosent, krever at det effektiviseres for å opprettholde og forbedre de økonomiske resultatene.

| Forutsatte midler til aktivitetsvekst i økonomisk langtidsplan 2022–2025 (millioner kroner) | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|
| Midler til aktivitetsvekst                                                                  | 730  | 520  | 520  | 520  |
| Effekt av ABE-reformen                                                                      | 100  | 100  | 100  | 100  |
| Netto effekt                                                                                | 630  | 420  | 420  | 420  |

Tabell 9. Forutsatte midler til aktivitetsvekst 2022–2025 i millioner kroner

Tabell 10 viser fordelingen av vekstmidler i budsjettet for 2020 og 2021, samt forslaget til fordeling av økte midler i økonomiplanperioden mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene/sykehusene. Budsjettet for 2021 skiller seg ut på grunn av midler gitt i forbindelse med koronapandemien, blant annet til en ettårig vekst. Ved utarbeidelse av inntektsrammene for 2022 er det tatt høyde for at deler av vekstbevilgningen i 2021 var en ettårig vekstbevilgning som ikke videreføres i 2022.

Økte midler til Helse Sør-Øst RHF vil bli disponert til å bygge opp regionale likviditets- og resultatbuffer i 2022, samt til forventede økninger i nasjonale satsninger mm.

| Midler til økt aktivitet (millioner kroner) | Fordelt i budsjett 2020 | Fordelt i budsjett 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|------|------|------|------|
| Helseforetak og sykehus                     | 358                     | 741                     | 680  | 470  | 470  | 470  |
| Helse Sør-Øst RHF                           | 150                     | 75                      | 50   | 50   | 50   | 50   |
| Økt aktivitet i alt                         | 508                     | 816                     | 730  | 520  | 520  | 520  |

Tabell 10. Fordeling av forutsatte midler til økt aktivitet i 2020 og 2021 og forutsatte midler 2022–2025 i millioner kroner

Midlene til økt aktivitet er i planleggingsrammene fordelt til helseforetakene i henhold til behovsandelene innen de enkelte tjenesteområdene.

Den endelige fordelingen av basisbevilgningen mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene/sykehusene skjer i den årlige budsjettbehandlingen. Da er beløpets størrelse klart, og det foreligger nærmere vurdering av behov for regionale midler til blant annet nasjonale satsinger.

### 2.7.2 Resultatgrad, finansresultat og driftskreditt

Som angitt over er det en planforutsetning at foretaksgruppens resultat minst bør utgjøre 2,5 prosent av samlede inntekter (resultatgrad) for å styrke foretaksgruppens økonomiske handlingsrom

Finansresultatet i foretaksgruppen for 2021 vil påvirkes av at det generelle rentenivået er redusert fra forutsetningene i økonomiske langtidsplan 2021–2024. For helseforetak som har pågående byggeprosjekter eller prosjekter under planlegging, medfører endringer i rentenivået ikke lettelse i kravet til driftsresultat før avskrivninger (EBITDA-nivå). Helse Sør-Øst RHF vil ha en særskilt oppfølging av utvikling i driftsresultat før avskrivninger slik at foretaksgruppens gjeldsbetjeningsevne styrkes i tråd med økonomiplanen.

Driftskreditt opparbeidet som følge av resultatmessige underskudd skal ifølge finansstrategien nedbetales etter avtale, normalt tre til fem år. I perioder med overskuddslikviditet skal denne i første rekke benyttes til å nedbetale gjeld og driftskreditt. I økonomisk langtidsplan 2022–2025 skal det legges en plan for reduksjon av driftskreditten til Akershus universitetssykehus HF, som omtalt i protokoll fra styresak 145-2020 *Oppdrag og bestilling 2021 – økonomiske resultatkrav* i Helse Sør-Øst RHF.

### **2.7.3 Midler til fordeling i økonomisk langtidsplan**

Inntektsforutsetningene i økonomisk langtidsplan omfatter faste inntekter, det vil si basisramme, midler til kvalitetsbasert finansiering (KBF), 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 uendret på 2021-nivå. Også bevilgning til KBF forutsettes uendret i forhold til 2021. Antatt videreføring av ABE-reformen både hva gjelder trekk i basisrammen og reduksjon i variable inntekter, innarbeides samlet som en justering i basisrammen. Alle tall er i faste 2021-kroner, det vil si at det ikke er innarbeidet lønns- og prisvekst i perioden. Dette gjøres i de årlige budsjettene ut i fra forutsetninger i statsbudsjettet.

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 2022–2025 er beregnet med utgangspunkt i inntektsrammer 2021 med følgende endringer:

- Omfordelinger som følge av oppdateringer i inntektsmodellen
- Andre inntektsrammeforutsetninger, jf. omtale under
- Tildeling av forutsatte midler til økt aktivitet

### **2.7.4 Inntektsmodellen i Helse Sør-Øst**

Formålet med inntektsmodellen er å fordele basisramme til helseforetak og private ideelle sykehus med opptaksområdeansvar slik at disse settes i økonomisk stand til å levere likeverdige helsetjenester som er tilpasset befolkningens ulike behov og helseforetakenes/sykehusenes forskjellige kostnadmessige forutsetninger. For å ta hensyn til pasientflyt mellom opptaksområdene har modellen også en mobilitetskomponent.

#### ***Ordinær oppdatering av inntektsmodellen***

Det er foretatt ordinær oppdatering av kriteriesettene og aktivitetsdata som inngår i modellen. Enkelte 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 tverrfaglig spesialisert rusbehandling, definerte regionale kompetansetjenester og øvrige regionale og nasjonale funksjoner. Det er gjort en fornyet gjennomgang av disse forholdene i forbindelse med oppdateringen av inntektsmodellen. Det vil også bli gjort en større gjennomgang av oppgaver og funksjoner finansiert utenfor inntektsmodellen i løpet av første halvår 2021.

Siste tilgjengelige befolkningsframskriving fra Statistisk sentralbyrå (SSB) fra juni 2020 er lagt til grunn. Nytt av årets befolkningsframskriving er at Oslo kommune har gjennomført framskrivingen på bydelsnivå for Oslo. Denne metoden skiller seg delvis fra SSB sin metode, og gir en noe sterkere befolkningsvekst for bydelene i Oslo.

Koronapandemien har gjort at aktivitetstall for 2020 i en del tilfeller er lite egnede til å predikere fremtiden, fordi de er lite representative for aktiviteten i normalår. For noen modellelementer er det derfor benyttet 2019-tall der hvor det vanligvis skulle vært brukt 2020-tall.

Prosjektet «Raskere tilbake» ble avviklet i 2017. Helseforetak og sykehus ble tildelt basismidler for å bygge opp egne tilbud innen muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser. Helse Sør-Øst RHF ble i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet bedt om å videreføre kjøp av helsetjenester fra private tilbydere, og det ble inngått tilleggsavtaler for kjøp av helsetjenester innen arbeid og helse. Helseforetakene er avregnet for bruk av avtalene i inntektsmodellen for 2021. Tilleggsavtalene innen somatikk har blitt avregnet 100 prosent etter forbruk, mens tilleggsavtalene innen psykisk helsevern har blitt avregnet med 50 prosent etter forbruk og 50 prosent etter behovsandel. Øvrig avregning innenfor psykisk helsevern avregnes med 70 prosent etter forbruk og 30 prosent etter behovsandel. Det anbefales derfor at avregning etter forbruk økes til 70 prosent for tilleggsavtaler for kjøp innen psykisk helsevern - arbeid og helse, tilsvarende øvrig avregning av kjøp fra private avtaleparter innen psykisk helsevern. Det anbefales videre at det tas stilling til en økning til 100 prosent for hele tjenesteområdet i forbindelse med utviklingsarbeidet av den regionale inntektsmodellen og planforutsetninger for økonomisk langtidsplan 2023–2026.

Den regionale inntektsmodellen skal videreutvikles, og det tas sikte på at en ny regional inntektsmodell er implementert fra og med økonomisk langtidsplan 2023–2026. Den nye regionale inntektsmodellen forventes å påvirke fordelingen innenfor alle tjenesteområder.

#### ***Inntektsfordeling internt i Oslo sykehusområde***

Det er innført regional inntektsmodell for tjenesteområdet somatikk i Oslo sykehusområde fra 2020. Som en konsekvens av dette beregnes det årlig et forskuttet gjestepasientoppgjør for somatiske tjenester internt i sykehusområdet. Det brukes historiske data for å predikere pasientmobilitet i påfølgende år og det korrigeres for planlagte endringer i oppgave- og funksjonsfordelinger i sykehusområdet.

På grunn av koronapandemien i 2020 foreligger det ikke representative aktivitetstall fra 2020 som kan benyttes i en oppdatering av det forskuttede gjestepasientoppgjøret. Som en planforutsetning for økonomisk langtidsplan 2022 foreslås det derfor å videreføre det forskuttede gjestepasientoppgjøret uendret fra budsjett 2021. Det innarbeides en justering av oppgjøret for å ta hensyn til overføring av pasienter innen medikamentell kreftbehandling og palliasjon fra Oslo universitetssykehus HF til Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus. Det forskuttede gjestepasientoppgjøret for 2022 må fastsettes i dialog mellom sykehusene og Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med budsjettprosessen for 2022.

I styresak 126-2020 *Budsjett 2021 – fordeling av midler til drift og investeringer*, ble det besluttet å reservere 86 millioner kroner og 65 millioner kroner av regional resultatbuffer til henholdsvis Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus som midlertidig inntektsstøtte i 2021.

I styresaken ble det lagt til grunn at den overnevnte inntektsstøtten halveres for 2022 og bortfaller i sin helhet fra 2023. Det foreslås derfor at Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus kan legge til grunn henholdsvis 43 millioner kroner og 32,5 millioner kroner i inntektsstøtte i 2022, og at denne inntektsstøtten bortfaller i 2023.

Det betyr at sykehusene fra og med 2023 må planlegge for å få sine inntekter fordelt gjennom den regionale inntektsmodellen på lik linje med helseforetakene i Helse Sør-Øst.

Videre ble det i styresak 126-2020 reservert inntil 30 millioner kroner i støtte til dekning av legemiddelkostnader overført i 2018. Det ble lagt til grunn at finansieringen av legemidlene ville gjennomgås i forbindelse med planforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2022–2025, og denne gjennomgangen er nå gjort.

Midlene som Helse Sør-Øst RHF fikk i 2018 for å dekke legemiddelkostnadene ble fordelt ut til helseforetakene etter behovsandel for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i budsjettet for 2019. For tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det kun én behovsandel for Oslo sykehusområde, og ikke egne behovsandeler for Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Oslo universitetssykehus HF. Fordelingen til Oslo sykehusområde gikk i 2019 til Oslo universitetssykehus HF alene, og det måtte dermed innføres en særordning for de private ideelle sykehusene med opptaksområde.

Det anbefales nå at denne særordningen avvikles, og at midlene som blir fordelt til Oslo sykehusområde etter behovsandelen for tverrfaglig spesialisert rusbehandling fordeles internt i Oslo sykehusområde etter andel kostnad i 2020. For de andre helseforetakene i regionen medfører dette ikke endringer fra tidligere år.

#### ***Endring i opptaksområder***

I framskrivningen av inntektsrammer i perioden etter 2025 tas det høyde for overføring av bydelene Alna, Grorud og Stovner fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF med overføring av alle tjenesteområder for bydel Alna fra 2031, overføring av psykisk helsevern og rusbehandling for bydelene Grorud og Stovner fra 2031 og overføring av somatikk for bydelene Grorud og Stovner fra 203

#### ***Akershus universitetssykehus HF – overføring av invasiv kardiologi fra LHL-sykehuset***

Akershus universitetssykehus HF overtok fra 1. januar 2021 virksomheten til LHL-sykehuset innenfor invasiv kardiologi. Aktiviteten som tidligere ble utført ved LHL-sykehuset er avregnet helseforetakene/sykehusene gjennom den regionale inntektsmodellen. Avregningen for det predikerte kjøpet av disse tjenestene i inntektsmodellen for 2021 ble i budsjett for 2021 tilbakeført til helseforetakene/sykehusene slik at disse ble satt i stand til å betale et forventet gjestepasientoppgjør for invasiv kardiologi som nå utføres ved Akershus universitetssykehus HF. Prisen ble satt til 100 prosent av ISF-pris. I styresak 126-2020 om budsjett for 2021 ble det lagt til grunn at overtagelsen, på lik linje med tilsvarende aktivitet ved Sørlandet sykehus HF, skulle vurderes inn mot abonnementsordningen for høyspesialiserte tjenester i planforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2022–2025.

Fag- og funksjonsfordeling innenfor området invasiv kardiologi i Helse Sør-Øst er ikke besluttet. I løpet av 2021 skal det gjøres kapasitetsvurderinger som berører opptaksområdene til Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF og Oslo universitetssykehus HF. Som en planforutsetning foreslås det at Akershus universitetssykehus HF kan fakturere 50 prosent av ISF-pris for aktiviteten i det regionale gjestepasientoppgjøret, slik at prisen til sammen blir 100 prosent av ISF-pris. Det foreslås ingen endringer i abonnementsordningen.

### ***Endring i flerområdefunksjon for Sørlandet sykehus HF***

Flerområdefunksjon i inntektsmodellen innebærer at Sørlandet sykehus HF får betalt 20 prosent av ISF-pris per DRG for definert høyspesialisert aktivitet innenfor kardiologi, det vil si invasiv kardiologi. Sammen med ordinært gjestepasientoppgjør og ISF-refusjon er finansiering 100 prosent av ISF-pris. Aktiviteten som Sørlandet sykehus HF gjennomfører har endret seg de siste årene, blant annet som følge av endringer i DRG-systemet. På grunn av disse endringene foreslås det at flerområdefunksjonen til Sørlandet sykehus HF i inntektsmodellen utvides innenfor kardiologi med to nye DRG-er innen perkutane kardiovaskulære prosedyrer, 112A og 112Q. Endringen vil også medføre at finansieringen er tilsvarende den som Akershus universitetssykehus HF får for den virksomheten som ble overtatt fra LHL-sykehuset.

### ***Pensjon***

Ved oppdatering av inntektsmodellen for økonomisk langtidsplan 2021–2024 var nivået på samlet endring i pensjonskostnaden for 2020 usikkert. Som følge av dette ble ikke forventet reduksjon i basisbevilgning i revidert nasjonalbudsjett 2020 forskuttet i utarbeidelsen av inntektsrammer til økonomisk langtidsplan 2021–2024. Redusert basisbevilgning i revidert nasjonalbudsjett 2020, og økt basisbevilgning som følge av endrede pensjonskostnader i Prop. 1 S (2020–2021), gir modelleffekter i inntektsmodellen for 2022. Dette skyldes at den samlede endringen i pensjonskostnader varierer mellom helseforetakene, og videre at andelen kostnadsendring avviker fra behovsandel i pensjonselementet.

Oppdaterte beregninger fra januar 2021 viser en ytterligere økning i pensjonskostnad sammenlignet med hva som ligger til grunn i budsjett 2021. Det forventes at Helse- og omsorgsdepartementet vil kompensere økningen med en tilsvarende økning i basisramme i revidert nasjonalbudsjett 2021, og det er derfor gjort en forskuttering av denne endringen i planforutsetningene for økonomisk langtidsplan. I inntektsrammene for 2021 ble det for helseforetak med avtale hos Oslo Pensjonsforsikring AS forskuttet en reduksjon i basisramme på om lag 100 millioner kroner som følge av overfinansiert ordning. Denne effekten ble effektuert i 2020, men først innarbeidet i Helse- og omsorgsdepartementet sine grunnlagstall i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2021. Helseforetakene skal legge til grunn oppdatert pensjonskostnad for 2021 fra NRS januar 2021 ved budsjettering av pensjonskostnad i økonomisk langtidsplan i 2022.

I forbindelse med budsjettprosessen for 2022 vil det gjøres en gjennomgang av pensjonshåndteringen for Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus som kan medføre endringer i inntektsrammene for 2022. Bakgrunnen er en særfinansiering av pensjon som disse sykehusene har hatt i sin basisramme siden 2014.

### ***Samlet effekt av oppdatering av inntektsmodellen***

Samlet sett gir oppdatering av inntektsmodellen årlige omfordelinger per opptaksområde som vist i tabell 11. Mer detaljerte effekter er vist i vedlegg til saken.

| Opptaksområde                   | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---------------------------------|------|------|------|------|
| Akershus universitetssykehus HF | -78  | 23   | 16   | 11   |
| Oslo universitetssykehus HF     | 117  | 45   | 46   | 44   |
| Sykehuset Innlandet HF          | -28  | -32  | -32  | -31  |
| Sykehuset i Vestfold HF         | 12   | -11  | -9   | -8   |
| Sykehuset Telemark HF           | -23  | -17  | -15  | -14  |
| Sykehuset Østfold HF            | -5   | -6   | -3   | -1   |
| Sørlandet sykehus HF            | -17  | -9   | -8   | -8   |
| Vestre Viken HF                 | -58  | -6   | -3   | 0    |
| Diakonhjemmet Sykehus           | 29   | 2    | 2    | 1    |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus   | 51   | 10   | 8    | 6    |

Tabell 11. Omfordelingseffekter av inntektsmodellen 2022–2025 i millioner kroner (2021-kroner)

Enkelte helseforetak får relativt store negative omfordelingseffekter av oppdateringen. Eventuelle behov for ekstraordinær inntektsstøtte vil bli vurdert som del av arbeidet med styresak om økonomisk langtidsplan i juni.

### 2.7.5 Andre inntektsrammeforutsetninger

#### **Nasjonale kompetansetjenester**

Systemet for nasjonale kompetansetjenester er under omlegging. Nasjonale kompetansetjenester som har vært i funksjon i ti år eller mer, vil få en annen organisering dersom de videreføres. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å utrede etablering av et nasjonalt servicemiljø med regionale noder for nasjonale tjenester og nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk, etter modell fra kvalitetsregistre. Målet er en etablering i løpet av 2021. De regionale helseforetakene må også samarbeide om å utarbeide et mandat/rammeverk for nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk.

Helse- og omsorgsdepartementet gir ikke lenger øremerket tilskudd til nye nasjonale kompetansetjenester over statsbudsjettet. Et system for finansiering av nye nasjonale kompetansetjenester og for kvalitets- og kompetansenettverk må derfor utarbeides i et samarbeid mellom regionale helseforetak. Det vil være dialog med helseforetakene om dette i planperioden.

#### **Regionale kompetansetjenester**

Etter at omleggingen av systemet for de nasjonale kompetansetjenestene er gjennomført, vil det bli gjort en tilsvarende helhetlig gjennomgang av innhold, organisering og finansiering av de regionale kompetansetjenestene. Det vil ikke bli etablert nye regionale kompetansetjenester i påvente av en gjennomgang av de eksisterende. Som en planforutsetning foreslås det å legge til grunn en videreføring av de økonomiske rammene fra budsjett 2021. Det må forventes at regionale kompetansetjenester vil avvikles i løpet av planperioden.

#### **Oslo universitetssykehus HF – utvidet oppdrag innen prehospitale tjenester**

Asker, Røyken og Hurum kommune ble slått sammen til nye Asker kommune fra 1. januar 2020. Som en midlertidig løsning, og i påvente at et større prosjekt om AMK-organiseringen i Helse Sør-Øst, rutes 113 for hele nye Asker kommune til AMK Oslo. Bakkeberedskap (ambulanse) er delt mellom Vestre Viken HF (Røyken og Hurum) og Oslo universitetssykehus HF (tidligere Asker). Bedring av målt respons i den nye kommunen krever en forsterket ressursinnsats fra Oslo universitetssykehus HF som ikke gjenspeiles i



det prehospitale elementet i inntektsmodellen. Oslo universitetssykehus HF fikk i budsjett 2021 tildelt til 2,5 millioner kroner for å dekke merkostnaden ved forsterket ressursinnsats i nye Asker kommune.

Da Akershus universitetssykehus HF startet opp prosjekt for Kongsvinger fase III medførte dette endringer i pasientstrøm mellom Nordbyhagen og Kongsvinger for kommunene Ullensaker og Eidsvoll. Endringene medførte ekstra ressursbruk i ambulansetjenesten og økte pasientreisekostnader for Oslo universitetssykehus HF. Oslo universitetssykehus HF ble derfor i budsjett 2021 tildelt 2,5 millioner kroner for ekstra ressursbruk i ambulansetjenesten i Akershus universitetssykehus HF sitt opptaksområde.

Den regionale inntektsmodellen skal videreutvikles i et eget prosjekt og det skal også gjennomføres et større prosjekt om AMK-organiseringen i Helse Sør-Øst, slik omtalt over. Det forventes at disse prosjektene vil resultere i permanente løsninger for nye Asker kommune og opptaksområdet til Akershus universitetssykehus HF fra og med økonomisk langtidsplan 2023–2026. Som en planforutsetning videreføres imidlertid støtten i økonomisk langtidsplan 2022–2025 uten prisjustering. Det tas endelig stilling til en videreføring i 2022 i forbindelse med utarbeidelse av budsjett for 2022.

#### **Sunnaas sykehus HF – inntektsrammeforutsetninger**

I styresak 126-2020 fikk Sunnaas sykehus HF en økt basisramme på 1,6 millioner kroner. For å understøtte den regionale oppgaven sykehuset innehar innen kompleks rehabilitering foreslås det å videreføre en økning i basisrammen på 1,6 millioner kroner årlig som en planforutsetning for økonomisk langtidsplan 2022–2025. Endelig beløp vil fastsettes av Helse Sør-Øst RHF etter en spesifikk vurdering av inntektsrammen i forbindelse med budsjett 2022.

#### **Sykehuspartner HF - inntektsrammeforutsetninger**

I styresak 017-2020 *Økonomisk langtidsplan 2021–2024 – planforutsetninger*, ble Sykehuspartner HF tildelt 100 millioner kroner i basisramme som planforutsetning i årene 2021–2023 og 85 millioner kroner i 2024 og 2025. Bevilgningen skal gå til dekning av akkumulerte negative resultater per 31. desember 2018 som følge av infrastrukturmodernisering, jf. omtale senere i denne saken. I planforutsetningene inngår i tillegg basisramme til finansiering av driftskostnadene i programmet for standardisering og infrastrukturmodernisering (STIM) inkludert prosjekt Windows 10 i perioden 2022–2024. Driftskostnadene i STIM inkludert prosjekt Windows 10 håndteres dermed tilsvarende som driftskostnadene i den regionale IKT-prosjektporteføljen. Dette vises oppsummert i tabell 12. Kostnadene er avhengig av utviklingen i STIM. Driftskostnadene i STIM er på styringsrammenivå (P50-estimat). Videre er risikoen knyttet til pensjon fra og med 2020 endret (jf. styresak 126-2020 *Budsjett 2021 – fordeling av midler til drift og investeringer*), ved at endring i pensjonskostnader fra budsjett inngår i ordningen som er etablert for de øvrige helseforetakene i Helse Sør-Øst og anbefales finansiert over basisramme. Økningen i pensjon fra økonomisk langtidsplan utgjør 19 millioner kroner.

| Basisramme Sykehuspartner HF                     | B2020 | B2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--------------------------------------------------|-------|-------|------|------|------|------|
| Inndekning av opparbeidet underskudd             | 100   | 100   | 100  | 100  | 85   | 85   |
| Driftskostnader programmet STIM inkl. Windows 10 |       | 256   | 315  | 230  | 200  | 190  |
| Pensjon                                          |       | 19    |      |      |      |      |
| Sum basisramme                                   | 100   | 375   | 415  | 330  | 285  | 275  |

Tabell 12. Basisramme til Sykehuspartner HF 2020–2025 i millioner kroner



***Private ideelle sykehus uten opptaksområde***

Det er på det nåværende tidspunkt ikke gjort vurderinger som gir grunnlag for å endre inntektsrammeforutsetningen til de private ideelle sykehusene uten opptaksområde. Det legges derfor til grunn en videreføring av de tre private ideelle sykehusenes inntektsrammer fra 2021, justert for midler til økt aktivitet. Det vil bli foretatt en ny vurdering av inntektsrammeforutsetningene for sykehusene inn mot budsjett 2022.

***Håndtering av midler til overført finansieringsansvar for legemidler***

De regionale helseforetakene ble tillagt finansieringsansvaret for legemidler til behandling av komplikasjoner ved nyresvikt, legemidler brukt i forbindelse med transplantasjoner og legemidler innenfor områdene amyotrofisk lateralsklerose (ALS), jernoverskudd, Cushings syndrom og immunoglobuliner fra 1. september 2020. Fra 1. februar 2021 overtar også de regionale helseforetakene finansieringsansvaret for enkelte legemidler til behandling av multipel sklerose (MS), narkolepsi, immunsvikt og sjeldne sykdommer. Til disse overføringene følger det henholdsvis 125,4 millioner kroner og 32,4 millioner kroner i 2021. Som tidligere vil midlene fordeles til helseforetakene løpende etter faktiske kostnader. Prinsippet er valgt for å redusere risiko for utilsiktede økonomiske effekter mellom helseforetakene og de private ideelle sykehusene med opptaksområdeansvar. Disse midlene fordeles dermed ikke til helseforetakene og sykehus i planforutsetningene for 2022–2025.

**2.7.6 Regional resultat- og likviditetsbuffer**

Som en planforutsetning budsjetteres det med et årlig overskudd på 200 millioner kroner i det regionale helseforetaket for årene 2022–2025, samt en årlig investeringsbuffer på 200 millioner kroner. Nivået på regional resultatbuffer videreføres som en årlig planforutsetning med 600 millioner kroner.

Helse Sør-Øst RHF vil i tillegg gjøre en årlig vurdering av handlingsrommet for tilbakeføring av positive resultater i morselskapet, herunder eventuelt mindreforbruk av kjøp fra private leverandører.

**2.7.7 Økonomiske planleggingsrammer i perioden**

Tabell 13 viser planforutsetninger for sum faste inntekter per år i perioden, fordelt på helseforetak og private ideelle sykehus med opptaksområde. En tabell hvor de private ideelle sykehusene uten opptaksområde, Sykehuspartner HF og Helse Sør-Øst RHF er inkludert, finnes i vedlegg til saken. Inntektsrammene i 2022 er justert for ettårige tildelinger knyttet til koronapandemien i 2021.

| Sum faste inntekter             | B2021  | Økonomisk langtidsplan 2022–2025 |        |        |        | Andel 2021 | Andel 2025 |
|---------------------------------|--------|----------------------------------|--------|--------|--------|------------|------------|
|                                 |        | 2022                             | 2023   | 2024   | 2025   |            |            |
| Akershus universitetssykehus HF | 7 509  | 7 494                            | 7 583  | 7 666  | 7 744  | 14,6 %     | 14,7 %     |
| Oslo universitetssykehus HF     | 13 792 | 13 821                           | 13 896 | 13 971 | 14 044 | 26,9 %     | 26,6 %     |
| Sunnaas sykehus HF              | 442    | 446                              | 447    | 448    | 449    | 0,9 %      | 0,9 %      |
| Sykehuset Innlandet HF          | 5 299  | 5 351                            | 5 366  | 5 380  | 5 395  | 10,3 %     | 10,2 %     |
| Sykehuset i Vestfold HF         | 3 467  | 3 531                            | 3 551  | 3 572  | 3 594  | 6,8 %      | 6,8 %      |
| Sykehuset Telemark HF           | 2 545  | 2 564                            | 2 571  | 2 579  | 2 588  | 5,0 %      | 4,9 %      |
| Sykehuset Østfold HF            | 4 456  | 4 507                            | 4 544  | 4 583  | 4 624  | 8,7 %      | 8,8 %      |
| Sørlandet sykehus HF            | 4 734  | 4 758                            | 4 789  | 4 820  | 4 852  | 9,2 %      | 9,2 %      |
| Vestre Viken HF                 | 6 445  | 6 448                            | 6 500  | 6 554  | 6 613  | 12,6 %     | 12,5 %     |
| Diakonhjemmet Sykehus           | 1 236  | 1 278                            | 1 296  | 1 312  | 1 328  | 2,4 %      | 2,5 %      |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus   | 1 376  | 1 445                            | 1 472  | 1 496  | 1 519  | 2,7 %      | 2,9 %      |
| I alt                           | 51 301 | 51 644                           | 52 013 | 52 381 | 52 750 | 100,0 %    | 100,0 %    |

Tabell 13. Planleggingsrammer 2022–2025 i millioner kroner (2021-kroner)

Som omtalt over forutsettes det at ABE-reformen videreføres i 2022–2025 som i 2020. I 2021 ble ABE-satsen økt fra 0,5 prosent til 0,6 prosent, men det er lagt til grunn en ABE-sats på 0,5 prosent i årene fremover. Netto effektiviseringskrav for Helse Sør-Øst er som en planforutsetning anslått til å være på om lag 100 millioner kroner årlig. Trekket er fordelt til helseforetak/sykehus basert på andel av samlede driftsinntekter.

Dette er planleggingsrammer som foreslås lagt til grunn for budsjettprosessen inn mot 2022 og videre for planperioden. Det tas forbehold om at det kan bli justeringer av disse rammene ut over det som følger av Prop. 1 S (2021–2022).

### Utvikling i basisramme

Analyser av utvikling i basisramme per helseforetak i perioden 2017 til budsjett 2021, målt i 2021-kroner, viser at alle helseforetakene med unntak av Oslo universitetssykehus HF (-1,3 prosent) og Sykehuset Innlandet HF (-12,2 prosent) har hatt vekst. Noe av endringen ved Sykehuset Innlandet HF skyldes overføring av ansvaret for spesialisthelsetjenester for Kongsvingerregionen til Akershus universitetssykehus HF per 2. februar 2019. I perioden budsjett 2021 til økonomisk langtidsplan 2025, forventes det økt basisramme for alle helseforetakene. Sees det på andel av basisrammetildeling, så viser denne størst relativ positiv utvikling for Sykehuset Østfold HF, Vestre Viken HF og Akershus universitetssykehus HF. Også her påvirker overføringen av opptaksområdeansvaret for Kongsvingerregionen. I tillegg kommer overføringen av ansvaret for spesialisthelsetjenester for Vestby kommune fra Akershus universitetssykehus HF til Sykehuset Østfold HF i mai 2018. Sykehuspartner HF og Sykehusapotekene HF er holdt utenfor disse sammenstillingene. Det vises til vedlegg til saken for mer detaljer.

## 2.8 Investeringer og økonomisk handlingsrom

Det er omfattende investeringsplaner i foretaksgruppen. For å skape økonomisk handlingsrom til nødvendige investeringer er det avgjørende å nå resultatmålene slik at investeringsprosjekter kan 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 har en viktig rolle ved at den etablerte finansieringsmodellen for investeringer setter regionen i stand til å gjennomføre

større prosjekter tidligere enn om hvert enkelt helseforetak skulle finansiere dette selv. I tillegg bidrar finansieringsmodellen til sentral koordinering og finansiering av regionale, standardiserte prosjekter som for eksempel felles IKT-løsninger. Dette vil over tid sørge for en effektiv regional samhandling som vil gi positive effekter på kvalitet og økonomi.

### 2.8.1 Finansiering av investeringer

Helseforetakene får i oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF tildelt en samlet basisramme. Det er opp til helseforetakene å disponere denne basisrammen til drift og investeringer. Investeringsnivået kan økes over tid gjennom at foretaket skaper positive resultater i driften. I planperioden skal gjeldende likviditetsstyringsprinsipper i henhold til vedtatt finansstrategi etterleves, jf. styresak 033-2019.

Helseforetakene må bidra med egenfinansiering, herunder likviditet fra egne positive resultater, ved finansiering av regionalt prioriterte investeringsprosjekter i eget helseforetak. Forutsetninger om egenfinansiering av investeringsprosjekter i økonomisk langtidsplan skal avstemmes med Helse Sør-Øst RHF. Endelig finansieringsløsning fastsettes av styret i Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med den enkelte investeringsbeslutningen.

I tråd med finansstrategien i Helse Sør-Øst skal periferiutstyr i Sykehuspartner HF som hovedregel finansieres ved regional likviditet fremfor finansielle leieavtaler. I planperioden for årets økonomiske langtidsplan forutsettes en tilpasning ved at periferiutstyr finansieres med regional likviditet i tråd med finansstrategien. De øvrige helseforetakene skal ikke budsjettere med nye finansielle leasingavtaler ut over en maksimalgrense for leasingbetalinger på 0,2 prosent av helseforetakets årlige samlede inntekter. Enkelte større leasingavtaler, for eksempel knyttet til bygninger, kan etter søknad godkjennes av styret i Helse Sør-Øst RHF.

Helse Sør-Øst RHF reviderte i styresak 073-2019 fullmaktstrukturen for bygginvesteringer. Endringene samkjører fullmaktene med beslutningspunktene i gjeldende *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* (jf. styresak 088-2017) og fastsetter blant annet at Helse Sør-Øst RHF har beslutningsmyndighet for oppstart av tidligfase/prosjektinnramming for prosjekter over 500 millioner kroner, så vel som for påfølgende beslutningspunkter for alle prosjekter over 50 millioner kroner. Videre ble det besluttet at utredning av lokalisering gjennomføres i egen prosess og at Helse Sør-Øst RHF kan overta som prosjekteier for prosjekter over 500 millioner kroner fra og med konseptfase.

Større utbyggings- og vedlikeholdsprosjekter på over 500 millioner kroner kan delfinansieres ved lån fra Helse- og omsorgsdepartementet med inntil 70 prosent. Helse- og omsorgsdepartementet tilbyr regionene å søke lån basert på kostnadsrammen (P85-estimat). Styringsrammen (P50-estimat) for investeringsprosjektene er uavhengig av finansieringen, og investeringsprosjektene i foretaksgruppen skal fortsatt styres etter styringsrammen.

Regionalt prioriterte investeringer omfatter byggeprosjekter over 100 millioner kroner og regionale IKT-satsninger. Dette innebærer at det enkelte helseforetak forutsettes å foreta nødvendige lokale investeringer knyttet til vedlikehold, teknisk og funksjonell oppgradering av bygningsmassen, medisinsk-teknisk utstyr mv. innenfor tilgjengelig likviditet.

Foretaksgruppen har årlig om lag 4,0 milliarder kroner tilgjengelig i fri likviditet ved et resultat i balanse. Disse midlene disponeres til avdrag på lån, finansiering av regionalt prioriterte prosjekter og til helseforetakenes lokale investeringsformål. Bevilgninger av

regionale midler til investeringsformål gjøres av styret i Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med det enkelte årsbudsjett. Prinsippene for fordeling av likviditet til helseforetakenes lokale investeringsformål er basert på størrelse målt som andel av faste inntekter. I planforutsetningene for 2022–2025 foreslås det at nivået på 1 067 millioner kroner fra budsjett 2021 videreføres.

### 2.8.2 Regionalt prioriterte prosjekter i økonomisk langtidsplan

Regionalt prioriterte prosjekter foreslås videreført i tråd med styresak 060-2020 *Økonomisk langtidsplan 2021–2024* og styresak 114-2018 *Regional Utviklingsplan 2035*. Dette omfatter en videreføring av igangsatte prosjekter og prosjekter som er prioritert som regional satsing.

Følgende prosjekter er vedtatt planlagt/gjennomført og har avklart finansiering:

- Vestre Viken HF: Nytt sykehus i Drammen, jf. styresak 017-2019
- Sykehuset i Vestfold HF: Tønsbergprosjektet, jf. styresak 009-2017
- Sørlandet sykehus HF: Nybygg psykisk helsevern i Kristiansand, jf. styresak 038-2020
- Oslo universitetssykehus HF har flere prosjekter i ulike faser basert på målbildet som ble godkjent i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF den 24. juni 2016:
  - Nytt klinikkbygg og protonsentor ved Radiumhospitalet, jf. styresak 097-2019
  - Utviklingen av nye Aker og nye Rikshospitalet, jf. styresak 124-2020 og styresak 063-2020
  - For ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus HF er det innvilget lånefinansiering. Oppstart av forprosjekt planlegges nå, da Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet statlig reguleringsplan for Ila sør, jf. styresak 010-2018 og 070-2017
- Oslo universitetssykehus HF: Vedlikeholdsinvesteringer knyttet til lukking av tilsynsavvik, jf. styresak 045-2015
- Sykehuset Telemark HF: Utbygging somatikk Skien inkludert strålebygg, jf. styresak 132-2020
- Akershus universitetssykehus HF: Samling av sykehusbasert psykisk helsevern, jf. styresak 133-2020
- Sykehuspartner HF: IKT-infrastrukturmodernisering i Helse Sør-Øst, standardisering og IKT-infrastrukturmoderniseringsprogrammet (STIM), jf. styresak 048-2018, styresak 077-2017 og styresak 058-2017
- Regional IKT-prosjektportefølje: Videreføring av regional satsing, hvor omfang vurderes på bakgrunn av gjennomføringsstrategi og tilgjengelig likviditet. Omtalt i flere styresaker, med tertialvis rapportering, jf. blant annet styresak 129-2020 *Status og rapportering regional IKT-portefølje 2. tertial 2020*

Ved behandling av styresak 124-2020 *Oslo universitetssykehus HF - oppstart forprosjekt Nye Aker og Nye Rikshospitalet*, ba styret i Helse Sør-Øst RHF om en utredning av en mulig samlokalisering av deler av Oslo universitetssykehus' virksomhet med Universitetet i Oslo i Livsvitenskapsbygget. Videre har Regjeringen i Prop. 79S (2020-2021) angitt at det skal arbeides med sikte på å innplassere klinikk for laboratoriemedisin ved Oslo universitetssykehus HF i nytt bygg for livsvitenskap ved Universitetet i Oslo. Flytting av

klinikken inngår i fase 2 av målbildet fra 2016. Oslo universitetssykehus HF vil måtte dekke sin del av prosjektet gjennom en kostnadsdekkende husleie, jf. Prop 79S (2020-2021). Det foreslås at Oslo universitetssykehus HF innarbeider prosjektet som en planforutsetning i økonomisk langtidsplan.

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

For videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF (Mjøssykehuset), jf. styresak 005-2019, er målbildet vedtatt og konseptfase skal etter planen starte i 2021. Arbeid med konkretisering av virksomhetsinnhold er gjennomført i 2019. Samlet styresak, inkludert konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft, planlegges fremlagt våren 2021.

Følgende prosjekt er i prosjektinnramming:

- Akershus universitetssykehus HF: Stråle- og somatikkbygg, jf. styresak 096-2019

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

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

I henhold til styrets vedtak i styresak 030-2016 *Oppfølging av stråleterapikapasiteten i Helse Sør-Øst – etablering av nye stråleterapienheter i sykehusområder som ikke har egen strålestrålebehandlingstilbud i dag*, legges det opp til å etablere nye stråleenheter ved Sykehuset Telemark HF, Akershus universitetssykehus HF, Vestre Viken HF og Sykehuset Østfold HF fram mot 2030. Økonomisk langtidsplan tar høyde for gjennomføring av nødvendige investeringer i stråleterapi. I første omgang planlegges stråleterapi etablert som del av nytt sykehus i Drammen for Vestre Viken HF, ved utbyggingen i Skien for Sykehuset Telemark HF og ved utbygging på Nordbyhagen for Akershus universitetssykehus HF. Det er også tatt høyde for bygging av strålesenter på Kalnes for Sykehuset Østfold HF fram mot 2030.

Som del av konseptfasen for byggeprosjektene skal også de økonomiske effektene for den regionale IKT-prosjektporteføljen og for investeringer i IKT-infrastruktur i regi av Sykehuspartner HF, inkluderes i vurderingene. Den samlede vurderingen må belyse hvordan hvert enkelt byggeprosjekt eventuelt utløser teknologikostnader innenfor både prosjektets egne kostnadsrammer, for regionens IKT-satsning og infrastrukturkostnader i Sykehuspartner HF. Videre må eventuelle mottaksprosjekter og behov for lokale løsninger som følge av driftskonsepter etc. identifiseres, kostnader anslås og innarbeides i det berørte helseforetakets innspill til økonomisk langtidsplan.

Flere helseforetak i regionen arbeider med planer for nybygg ut over prioriterte prosjekter. Ved behandling av økonomisk langtidsplan for 2022–2025 vil eventuelle nye regionale prioriteringer knyttet til investeringsprosjekter vurderes og tilpasses økonomisk handlingsrom.

### **2.8.3 Status inn mot økonomisk langtidsplan 2022–2025**

I 2020 har foretaksgruppen i henhold til foreløpig regnskap et positivt resultat i størrelsesorden 2,6 milliarder kroner. Resultatet for 2020 innebærer et positivt resultatavvik i forhold til budsjett, og gir derfor en bedre inngang til økonomisk langtidsplan 2022–2025 enn forutsatt i økonomisk langtidsplan 2021–2024.

Det vil være risiko og usikkerhet knyttet til forutsetningene i økonomisk langtidsplan som kan påvirke fremtidig resultatutvikling og investeringsevne. Foretaksgruppen har planer om å gjennomføre betydelige investeringsprosjekter i og etter økonomiplanperioden, og det vil være nødvendig å opprettholde et tilstrekkelig finansielt handlingsrom for å kunne håndtere endringer mot økonomisk langtidsplan. I tillegg til resultatbuffer ble det også innarbeidet en investeringsbuffer på 200 millioner kroner per år i perioden 2021–2024. Det ble planlagt med en nedre likviditetsmessig sikkerhetsgrense på 1 milliard kroner for hele langtidsperioden. Nivåene for resultat- og investeringsbuffer foreslås videreført i økonomisk langtidsplan 2022–2025, sammen med sikkerhetsgrensen for likviditet.

### **2.8.4 Investeringsordningene for sykehus**

I brev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 25. april 2019 opplyste regjeringen om endringer i lånebetingelsene til helseforetakene. To endringer ble innført:

- Maksimal avdragstid ble økt fra 25 år til 35 år, oppad avgrenset til levetiden for investeringen, gjeldende for alle prosjekter som ikke var ferdigstilt
- Helseforetakene innvilges mulighet til å velge annuitetslån som alternativ til serielån som avdragsplan

Helse Sør-Øst RHF har vurdert forskjellene mellom serielån og annuitetslån. Annuitetslån gir en økt rentebelastning sammenlignet med dagens ordning med serielån. På dette grunnlaget legges det derfor opp til at det fortsatt skal benyttes serielån.

### **2.8.5 Gevinstrealisering i store byggeprosjekter**

Det er nødvendig å følge opp de store byggeprosjektenes planer for gevinstrealisering og bidrag til helseforetakenes resultater. Helseforetakene skal i forbindelse med årlig rullering av økonomisk langtidsplan rapportere på prosjektenes gevinstrealiseringsplaner. Helseforetakene skal gjennomføre en årlig revisjon av gevinstrealiseringsplanen for det enkelte byggeprosjekt og bekrefte dette gjennom prosessen for økonomisk langtidsplan.

For å påse at helseforetakenes underliggende drift planlegges i tråd med forutsetningene som lå til grunn for beslutningen om å gjennomføre prosjektene, skal helseforetakenes planlagte driftsresultat før avskrivninger (EBITDA) måles opp mot driftsresultatet som lå til grunn for prosjektenes godkjente konsept- og forprosjektfase. Endringer i nivået skal forklares. Dagens lave rentenivå kan være forbigående, og det er vesentlig at helseforetakene planlegger sin drift slik at driftsresultat før avskrivninger minimum følger prisstigningen. Det er lagt til rette for at informasjon om gevinstrealisering følges opp tett gjennom rapportering og ved utarbeidelse av årlige budsjetter og økonomisk langtidsplan.



## 2.9 Medisinsk-teknisk utstyr

Det er helseforetakenes ansvar å ivareta behovet for medisinsk-teknisk utstyr, jf. tidligere etablert grensdragning mellom regionale og lokale prioriteringer slik de er omtalt i styresak 093-2009 *Økonomisk handlingsrom og utfordringsbilde i forhold til prioritering av investeringer i Helse Sør-Øst* og styresak 060-2020 *Økonomisk langtidsplan 2021–2024*. Det betyr at det er helseforetakenes egne investeringsmidler som er hovedkilden til finansiering av medisinsk-teknisk utstyr. I økonomisk langtidsplan 2021–2024 viste innspillene fra helseforetakene at det var planlagt med et investeringsnivå til medisinsk-teknisk område på 4,9 milliarder kroner samlet i perioden 2021–2024. Tabell 14 viser investeringer i perioden 2017–2020.

| Helse Sør-Øst | 2017 | 2018 | 2019 | 2020  |
|---------------|------|------|------|-------|
| MTU           | 789  | 973  | 930  | 1 093 |

Tabell 14 Investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i regionen i millioner kroner.

For perioden 2022–2025 skal helseforetakene benytte egne kartlegginger av status og behov for medisinsk-teknisk utstyr til å foreta prioriteringer av anskaffelser i eget helseforetak og vise hvordan dette er innarbeidet i innspillet til økonomisk langtidsplan. Det skal vises hvilke effekter dette får på gjennomsnittlig alder på utstyrsparken, i tråd med etablerte krav om at det enkelte helseforetak utarbeider erstatningsplaner for utstyrsparken.

## 2.10 Bygg og vedlikehold

Helse Sør-Øst sin eiendomsstrategi fremgår av styresak 080-2018 *Delstrategi for Eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst*. Det overordnede målet for eiendomsvirksomheten er at eiendommene skal støtte opp om strategiske mål og utvikling i Helse Sør-Øst.

I delstrategien for eiendomsvirksomheten for Helse Sør-Øst fokuseres det på krav til helseforetakene i ti punkter. Dette er til dels kjente krav, men gir tydeligere føringer innen følgende områder:

- Vedlikehold
- Kostnadsregistreringer og rapportering
- Digitalisering
- Klima og miljø

### 2.10.1 Innføring av husleie

Helseforetakenes bygningsmasse representerer store verdier og er viktig for kjernevirksomheten. God eiendomsforvaltning krever langsiktig planlegging. De regionale helseforetakene skal arbeide videre med å legge til rette for en husleieordning med sikte på en mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring, jf. foretaksmøteprotokoll i Helse Sør-Øst RHF fra 15. januar 2019. Husleieordningen vil bygge på et felles sett av prinsipper slik at det blir mulig å sammenligne helseforetakene innbyrdes.



De regionale helseforetakene skal i 2021 avslutte arbeidet med en veileder for felles prinsipper for ordningen. Helseforetakene skal bidra i dette arbeidet i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.

### 2.10.2 Vedlikeholdsplaner

I arbeidet med økonomisk langtidsplan, årlig budsjettprosess og i løpende økonomiske disposisjoner må det være etablert regimer for behovsvurdering og prioritering av vedlikehold av bygningsmassen. Grunnlaget for å prioritere større vedlikeholdsarbeider må inneholde vurderinger knyttet til bygningens alder, tilstand og funksjonalitet.

Helseforetakene skal etablere langsiktige drifts- og vedlikeholdsplaner basert på tilstandsovervåkning og levesyklus kostnader per bygg, samt krav knyttet til teknisk minimumstilstand. Byggene tilstandsregistreres etter NS3424. Vedlikeholdsplanene skal føre til en forpliktende oppgradering av bygningsmassen til en tilstand som er tilstrekkelig god for gjeldende og planlagt bruk. Der et normbasert vedlikehold ikke er tilstrekkelig for å etablere forutsatt tilstandsgrad, må det etableres forslag til investeringsprosjekter tilpasset utviklingsplanen.

I gjennomsnitt bør ordinært vedlikehold ligge på 250 kroner per kvadratmeter for hele bygningsmassen. I tillegg må det settes av midler til ekstraordinært vedlikehold. Helseforetakene har ulik tilstandsgrad for eide bygg og dermed ulikt behov for investeringer i eksisterende bygningsmasse. Midler som settes av må gjenspeile behovet. Samlet for alle helseforetak er det generelt et betydelig behov for økte investeringer til vedlikehold/utskifting.

Helse Sør-Øst skal i perioden planlegge og gjennomføre en rekke regionale byggeprosjekter. Det må i planperioden legges til rette for å ta i bruk digitale eiendomsadministrative- og driftstekniske systemer, som legger til rette for en sømløs overføring av informasjon igjennom hele livssyklusen til et bygg.

Eierskapsmeldingen (Meld. St. 8 2019–2020) stiller økte krav til klimarisikovurderinger med tilhørende klimatilpasningstiltak. Energiforbruket er en av de største drivere til CO<sub>2</sub> - utslipp, og tiltak for å redusere energibruken anses derfor som viktig.

### 2.11 IKT-området

Behov og strategiske føringer for IKT-området er basert på føringer fra *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* og *Regional utviklingsplan 2035* for Helse Sør-Øst, samt regional delstrategi for teknologiområdet, jf. styresak 049-2020.

*Nasjonal helse og sykehusplan 2020–2023* beskriver hvordan pasienttilbud må utvikles i tiden fremover og er særlig tydelig på behovet for ny teknologi.

Den medisinske og teknologiske utviklingen, flere endringer i leveranser og prosjekter de siste årene og *Regional utviklingsplan 2035* har medført at det har vært behov for en oppdatert strategi for IKT-området. Delstrategien for teknologiområdet beskriver mål og nye innsatsområder, inkludert satsingsområder som kreves for å kunne realisere tiltakene i regional utviklingsplan. Regional delstrategi for teknologiområdet består av åtte

innsatsområder som hver har tre til fire delmål med underliggende tiltak. Innsatsområdene en og to oppsummerer de overordnede målene for perioden, og blir nærmere omtalt under.

#### **2.11.1 Realisere én innbygger – én journal**

For å sørge for gode nasjonale løsninger som ivaretar helsetjenestens behov, er det viktig at Helse Sør-Øst bidrar med sin kunnskap og kompetanse i nasjonal utvikling og realisering av pasientens helsetjeneste i regionen. Hovedmålene for dette innsatsområdet er:

- Være en pådriver i videreutvikling av nasjonale e-helseløsninger
- Bidra til nasjonal e-helsestrategi gjennom samhandling innen spesialisthelsetjenesten
- Etablere felles EPJ-utvikling med øvrige helseregioner
- Understøtte sammenhengende helsetjenester med primærhelsetjenesten

#### **2.11.2 Ta i bruk ny teknologi for bedre helsehjelp**

Flere nye teknologier har stort potensial for å understøtte nye typer helsetjenester og effektivisere pasientbehandlingen. For å kunne utnytte dette potensialet, er det nødvendig med faglige mål og rammer for effektiv og forsvarlig bruk av teknologiene. Hovedmålene for dette innsatsområdet er:

- Etablere digital hjemmeoppfølging
- Understøtte utviklingen av persontilpasset medisin
- Etablere analyseverktøy som grunnlag for ny innsikt og kunnskap
- Benytte kunstig intelligens både for kliniske og administrative områder

I tillegg er en videreføring av arbeidet med regionale fellesløsninger viktig. De regionale fellesløsningene danner kjernesystemene i regionen og skal effektivisere utvikling og drift av teknologi i Helse Sør-Øst. Regional delstrategi for teknologiområdet peker både på kjernesystemer som skal utvikles og etablering av nye kjernesystemer med regional forvaltning. Kjernesystemene vil blant annet være avgjørende for effektiv etablering av digital hjemmeoppfølging. Økt digitalisering i helsesektoren er en forutsetning for at regionen skal evne å levere de helsetjenestene innbyggerne har behov for og forventer på en sikker og bærekraftig måte. Teknologi vil derfor bli en stadig viktigere innsatsfaktor i helsetjenestene de kommende årene. Summen av tiltakene som må gjennomføres for å lykkes med dette gjør at helseforetakene må forvente økte lokale kostnader til teknologi, og – over tid – en økning i total tjenestepreis fra Sykehuspartner HF.

Tabell 15 oppsummerer investeringene på IKT-området slik de er lagt til grunn for tjenestepriene fra Sykehuspartner HF til helseforetakene i økonomisk langtidsplan.

| IKT-OMRÅDET INVESTERING                     |              | ØLP 2022-2025 |              |              |              |
|---------------------------------------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| Mill. kroner                                | B2021        | 2022          | 2023         | 2024         | 2025         |
| Regionale kjernesystemer                    | 510          | 490           | 450          | 400          | 340          |
| Teknologi for bedre helsehjelp              | 80           | 100           | 100          | 100          | 100          |
| Forvaltning av regionale løsninger          | 85           | 100           | 120          | 140          | 160          |
| Sykehuspartner HF                           | 602          | 665           | 645          | 625          | 625          |
| Programmet STIM, Sykehuspartner HF          | 373          | 545           | 550          | 495          | 275          |
| Lokale IKT-investeringer, Sykehuspartner HF | 100          | 90            | 80           | 80           | 80           |
| Tarmkreftscreening                          | 32           |               |              |              |              |
| Lokale IKT-investeringer, helseforetakene   | 46           |               |              |              |              |
| <b>Delsum før ikke bygnær IKT</b>           | <b>1828</b>  | <b>1990</b>   | <b>1945</b>  | <b>1840</b>  | <b>1580</b>  |
| <b>Ikke bygnær IKT</b>                      | <b>142</b>   | <b>245</b>    | <b>395</b>   | <b>415</b>   | <b>310</b>   |
| <b>SUM INVESTERINGER</b>                    | <b>1 970</b> | <b>2 235</b>  | <b>2 340</b> | <b>2 255</b> | <b>1 890</b> |

Tabell 15. Investeringer i IKT-området

Årlig totalt investeringsnivå til IKT vil ligge på mellom 2,0 og 2,3 milliarder kroner i økonomisk langtidsplan 2022–2025. Om lag 1,3 milliarder kroner av de årlige investeringene skjer i Sykehuspartner HF i begynnelsen av planperioden, og dette omtales under. Som planforutsetninger for økonomisk langtidsplan 2022-2025 forutsettes årlige investeringer i den regionale IKT-prosjektporteføljen i størrelsesorden 700 millioner kroner. Det legges opp til at en økende andel av investeringsmidlene i planperioden skal gå til forvaltning av eksisterende investeringer som følge av at flere løsninger settes i drift. I takt med nye sykehusbygg øker investeringene til ikke-bygnær IKT.

## 2.12 Sykehuspartner HF

Sykehuspartner HF har ansvaret for å levere tjenester innenfor IKT og lønnskjøring. Forsyningssenteret er fra og med 2021 overført til det regionale helseforetaket. Tjenestene i Sykehuspartner HF omfatter IKT-infrastruktur, drift og forvaltning av systemløsningene, samt sikker, stabil og effektiv drift. I tillegg gjelder følgende hovedprioriteringer for Sykehuspartner HF's virksomhet (listen er ikke i prioritert rekkefølge):

- Etablere en felles og moderne IKT-infrastruktur
- Forvalte regionale løsninger og levere til regionale prosjekter
- Prioritere tjenestebestillinger og forbedre leveransepresisjon
- Øke samlet leveransekapasitet ved bruk av underleverandører
- Ivareta informasjonssikkerhet
- Ivareta helhetlige teknologileveranser til nye byggeprosjekter
- Effektivisere driften

Sykehuspartner HF skal sørge for å realisere stordriftsfordeler i forvaltningen av regionens IKT-løsninger og forbedre informasjonssikkerhet og personvern. Videre skal Sykehuspartner HF kontinuerlig identifisere områder for effektivisering og gevinstrealisering. Sykehuspartner HF må tilstrebe et omstillingsnivå i budsjett 2022 og i

kommende økonomiplaner som evner å favne om de nye løsningene som implementeres parallelt med det økte behovet for digitalisering. Det er et mål at tjenestepreiser ikke økes utover forutsetningene fra fjorårets økonomiske langtidsplan. Et økt resultatkrav vil bli vurdert i forbindelse med budsjettarbeidet for 2022.

Planforutsetningene for Sykehuspartner HF utarbeides i forkant av helseforetakenes arbeid med økonomisk langtidsplan, da tjenestepreisutviklingen er en viktig forutsetning for helseforetakenes langtidsbudsjett.

### 2.12.1 Utarbeidelse av tjenestepreis

Sykehuspartner HF finansieres i all hovedsak ved tjenestepreiser. Forutsigbare tjenestepreiser, kapasitet og kompetanse er viktig for en langsiktig og bærekraftig planlegging i foretaksgruppen. Tjenestepriismodellen for IKT-tjenester er under kontinuerlig videreutvikling, og dette skjer i dialog med helseforetakene og Helse Sør-Øst RHF. Endringer i tjenestepriismodellen skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF. Tjenestepriismodellen skal understøtte Sykehuspartner HF sin rolle som felles tjenesteleverandør, gi incentiver for standardisering og raskere innføring av regionale løsninger, kostnadseffektiv drift og forvaltning, samt sørge for tilstrekkelig transparens og sporbarhet i et underliggende tjenesteregnskap.

Endringer i tjenestepriismodellen vil bli implementert i økonomiplanperioden etter avtale med Helse Sør-Øst RHF. I årene 2022–2025 innføres endret prising av infrastruktur fra basisfordelingsnøkkelen til inntektsfordelingsnøkkelen med 25 prosent årlig.

Tjenestepreisene som skal benyttes som planforutsetninger for perioden ligger over økonomisk langtidsplan 2021–2024 når denne er pris- og lønnsjustert. I siste del av planperioden knytter kostnadsøkningen seg hovedsakelig til nye sykehusbygg. Tabell 16 viser utviklingen i tjenesteprisnivå i form av driftsinntekter til Sykehuspartner HF og endringer fra forrige økonomiske langtidsplan.

| Driftsinntekter Sykehuspartner HF<br>(millioner kroner) | 2021  | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  |
|---------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Driftsinntekter ØLP 2021–2024                           | 4 278 | 4 380 | 4 443 | 4 514 |       |
| Driftsinntekter ØLP 2022–2025                           |       | 4 423 | 4 488 | 4 578 | 4 783 |
| Endring                                                 |       | 43    | 45    | 64    |       |

Tabell 16. Utviklingen i tjenesteprisnivå i form av driftsinntekter til Sykehuspartner HF og endringer fra forrige økonomiske langtidsplan (2021–kroner)

Sykehuspartner HF har basert sine tjenestepreisestimater på et omfang av lokale IKT-investeringer i størrelsesorden 80 til 90 millioner kroner årlig, jf. tabell 15. Dette nivået vil imidlertid kunne øke som følge av økt gjennomføringstakt av leveranser fra Sykehuspartner HF og etter dialog med helseforetakene om lokale behov, samt i tråd med regionale føringer.

Det er knyttet usikkerhet til omfanget av programmet STIM, og eventuelle endringer i forutsatt investeringsnivå både i STIM og den regionale IKT-prosjektporteføljen i årene fremover vil påvirke tjenestepreisen.

### 2.12.2 Leasing

Finansstrategien for Helse Sør-Øst, jf. styresak 033-2019 *Revisjon av finansstrategi for Helse Sør-Øst*, regulerer omfanget av finansiell leasing i det enkelte helseforetak som innebærer at årlig leiebetalning ikke kan utgjøre mer enn 0,2 prosent av årlig samlet inntekt i helseforetaket. Videre er det forutsatt at kjøp av PC-er og annet periferiutstyr i Sykehuspartner HF som hovedregel skal finansieres ved regional likviditet fremfor finansielle leieavtaler. Godkjente og inngåtte finansielle leieavtaler per 31. desember 2019 er unntatt fra denne begrensningen. Senest innen 1. januar 2023 forutsettes finansiering av periferiutstyr i Sykehuspartner HF å skje ved regional likviditet og innenfor finansstrategiens bestemmelser.

## 3. Administrerende direktørs anbefaling

Formålet med planforutsetningene for økonomisk langtidsplan er å gi helseforetakene og sykehusene en forutsigbarhet i egne planprosesser for sentrale elementer som aktivitetskrav, faglig prioritering og forventet inntektsutvikling blant annet som følge av oppdatering av inntektsmodellen.

Økonomisk langtidsplan er et viktig virkemiddel for å gjennomføre strategien uttrykt i *Regional utviklingsplan 2035*, som styret ga sin tilslutning til i styresak 114-2018. De fem prioriterte satsningsområdene i regional utviklingsplan skal være førende for økonomisk langtidsplan. Videre skal økonomisk langtidsplan gi et samlet grunnlag for vurdering av økonomisk bæreevne for investeringer i foretaksgruppen i et lengre perspektiv enn det enkelte budsjettår.

Det legges opp til at samlet vekst i pasientbehandlingen skal være minst 2,1 prosent i 2022 og 1,5 prosent årlig fra 2023 til 2025. Veksten i ISF-finansiert pasientbehandling skal være minimum 5,7 prosent i planperioden. For 2022 skal veksten være minst 2,1 prosent innen somatikk, 2,2 prosent innen psykisk helsevern og 2,3 prosent innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal hver for seg være høyere enn for somatikk i hele planperioden. Det er lagt opp til spesifikke aktivitetskrav for helseforetakene for 2022.

Tilgjengelighet til tjenestene skal bedres, og målet er at gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager for somatikk ved inngangen til planperioden, samt at 95 prosent av pasientavtalene skal overholdes. Kravene til ventetid i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er satt lavere enn dette, henholdsvis under 40 dager for psykisk helsevern voksne, under 35 dager for psykisk helsevern barn og unge, og under 30 dager for rusbehandling ved inngangen til planperioden. Videre er det avgjørende at helseforetakene planlegger for å nå målene som er satt for pakkeforløpene. I tillegg skal bedring i kvalitet og pasientsikkerhet prioriteres, herunder skal uønsket variasjon reduseres ved bruk av data fra helseatlas og kvalitetsregistre, samt nasjonale kvalitetsindikatorer fra Helsedirektoratet og brukererfaringer og dødelighetsdata fra Folkehelseinstituttet. Helseforetakene skal legge

til rette for flere kliniske behandlingsstudier og økt pasientdeltakelse i slike studier, jf. mål i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier.

Innenfor bemanningsområdet må helseforetakene både ha fokus på riktig bemanningsnivå og bemanningssammensetning. Foretakenes arbeid med å rekruttere, beholde og utvikle kompetanse hos sine medarbeidere er avgjørende for å sikre fremtidig kompetansebehov. Det skal gjennomføres analyser av fremtidig bemannings- og kompetansebehov regelmessig. Analysene skal følges opp av tiltak som sørger for at kompetansen er i samsvar med helseforetakenes behov. Utdanningskapasiteten i tjenesten skal økes og det skal tilrettelegges for gode praksisplasser. Det legges fortsatt til grunn at helseforetakene øker innsatsen for mer helhetlig og langsiktig bemanningsplanlegging. Bemanningsplanene skal bidra til gode og forutsigbare pasientforløp, samt et trygt og sikkert arbeidsmiljø.

Kapasitetsutnyttelsen av medisinsk-teknisk utstyr må bedres, og helseforetakene må forsterke sin prioritering av midler til investeringer i medisinsk-teknisk utstyr slik at gjennomsnittsalderen på utstyrsparken reduseres. Kartlegging av status og behov for medisinsk-teknisk utstyr må ligge til grunn for prioriteringer og anskaffelsesplaner.

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 tilstrekkelig vedlikeholdt over tid, slik at det er oppstått et betydelig vedlikeholdsetterslep. Det er viktig at det utarbeides vedlikeholdsplaner som følges opp lokalt. I gjennomsnitt skal det løpende vedlikeholdet over tid utgjøre cirka 250 kroner/kvm per år for hele bygningsmassen. I tillegg må det settes av midler til ekstraordinært vedlikehold.

På grunn av koronapandemien har 2020 vært et annerledes år med hensyn til både kostnader og inntekter, og for 2020 er foreløpig resultat for Helse Sør-Øst i størrelsesorden 2,6 milliarder kroner. Dette tilsvarer en resultatgrad på 2,9 prosent. Målet har vært å oppnå en resultatgrad på 2,5 prosent, og det bør planlegges for at dette målet nås over tid. Dette målet er ikke planlagt nådd for 2021, og helseforetakene må arbeide med å øke det regnskapsmessige resultatet for å kunne opprettholde verdiene i eiendom, teknologi og utstyr over tid. Administrerende direktør forutsetter at helseforetakene budsjetterer mest mulig realistisk i sine innspill til den regionale økonomiske langtidsplanen, herunder realistiske forutsetninger om kostnads- og inntektsutvikling. Helseforetakene skal legge inntektsrammene fremstilt i denne saken til grunn for sin planlegging. Det er videre vesentlig at det dokumenteres og tallfestes hvilke tiltak som er planlagt gjennomført for å oppnå et ønsket resultat. Administrerende direktør forutsetter at dette arbeidet skjer i nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.

Det positive resultatet for 2020 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 2022–2025 for å ha tilstrekkelig finansiell sikkerhet til å håndtere risiko. Administrerende direktør forutsetter at helseforetak med byggeplaner legger opp til å disponere en andel av likviditet fra egne overskudd til å finansiere egne regionale prosjekter.



Administrerende direktør anbefaler at styret som en planforutsetning legger til grunn at allerede prioriterte investeringsprosjekter videreføres. Ved store nybyggprosjekter er det avgjørende med grundig, involverende og forpliktende arbeid med gevinstplaner og konkretisering av tiltak for tilpasning av kostnadsnivået i forkant av innflytting.

Videre anbefaler administrerende direktør at styret tar til etterretning at det planlegges et høyt investeringsnivå innenfor IKT og teknologi i planperioden. Den nye situasjonen med koronapandemien betyr at arbeidet med å digitalisere av vårt tjenestetilbudet må intensiveres og det må legges til rette for digital hjemmeoppfølging der dette er mulig. Erfaringer fra omlegging av driften de siste månedene har vist at sykehusene har motivasjon og kompetanse til raskt å ta i bruk nye løsninger. Det skal gjøres prioriteringer i den samlede porteføljen som sørger for akseptabelt risikonivå, samtidig som helseforetakene får tid til gradvis tilpasning til kostnadsnivået. Administrerende direktør inviterer styret til å vedta fremsatte forslag til vedtak.

Trykte vedlegg:

- Tabeller

Utrykte vedlegg:

- Ingen