

## Saksframlegg

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret Helse Sør-Øst RHF	7. mars 2024

**Sak 019-2024**

**Økonomisk langtidsplan 2025–2028 – planforutsetninger**

***Forslag til vedtak:***

1. Helseforetakene skal i sine økonomiske langtidsplaner for perioden 2025–2028 legge til grunn innsatsområdene i *Regional utviklingsplan 2040*. Videre skal følgende planforutsetninger legges til grunn:
  - Aktivitetsnivået må tilpasses slik at det møter befolkningens behov for helsetjenester og mål om reduserte ventetider.
  - For psykisk helsevern skal det planlegges for en årlig vekst innen døgnkapasitet og døgnaktivitet.
  - Poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn foregående år.
  - Kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, eksklusive avskrivninger og pensjon, skal øke minst på nivå med vekst i den frie driftsbevilgningen.
  - Tilgjengelighet til tjenesten skal bedres, og mål om utvikling i ventetider per tjenestoområde skal oppfylles.
  - Bedring i kvalitet og pasientsikkerhet skal prioriteres, herunder skal uønsket variasjon reduseres ved bruk av tilgjengelige data.
  - Det skal legges til rette for oppfølging av *Nasjonale strategier for persontilpasset medisin 2023-2030*, inkludert bruk av storskala helsedata og ny teknologi der pasientbehandling, systematisk kunnskapsbygging og forskning er integrert.
  - Det skal legges til rette for bedre integrering av klinisk forskning og pasientbehandling, bl.a. gjennom flere kliniske behandlingsstudier og økt pasientdeltakelse i slike studier, i tråd med målene i *Nasjonale handlingsplaner for kliniske studier 2021-2025*.
  - Det skal gjennomføres analyser av framtidig bemanningsbehov. Analysene skal følges opp av tiltak som styrker arbeidet med riktig og god bruk av personell og kompetanse med basis i ivaretagelse av forsvarlighetskravet. Helseforetakene og de private ideelle sykehusene skal planlegge for å være en attraktiv arbeidsgiver og å løse sitt bemanningsbehov i all hovedsak gjennom fast ansatte.

- Ved inngangen til planperioden skal antallet utdanningsstillinger for sykepleiere og antallet lærlinger være økt i henhold til oppdrag og bestilling for 2024. Lærlinger innen helsefagarbeid skal prioriteres. Nivået på antallet utdanningsstillinger og antall lærlinger skal opprettholdes eller økes ytterligere i planperioden.
  - Egne kartlegginger av status og behov for medisinsk-teknisk utstyr skal benyttes til å foreta prioriteringer og innarbeide anskaffelsesplaner for medisinsk-teknisk utstyr.
  - Det skal settes av midler til ordinært og ekstraordinært vedlikehold. I gjennomsnitt skal det ordinære vedlikeholdet over tid utgjøre minst 350 kr/kvm per år for hele bygningsmassen. Det avsettes 200 millioner kroner årlig av regionens likviditet i årene 2025-2026 til ekstraordinær prioritering av vedlikeholdsinvesteringer. Helseforetakene skal planlegge med minst samme vedlikeholds nivå i planperioden som i forrige økonomiske langtidsplan.
2. Regjeringens varslede endringer i finansieringsregimet for spesialisthelsetjenesten slik de framgår av helse- og omsorgsministerens sykehustale i 2024 legges til grunn, herunder at bevilgningen til demografisk betinget aktivitetsvekst fra og med 2025 dekkes 100 prosent, at renteberegningsmetoden endres tilbake til statsrente med påslag, og at det kan søkes om lån inntil 90 prosent av styringsrammen for nye prosjekter fra 2025.
  3. 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. 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.
  4. Som en planforutsetning viderefører styret tidligere, prioriterte store byggeprosjekter. Det skal vurderes muligheter for trinnvis utbygging i alle prosjekter og muligheter for forskyving av prosjekter som ikke er i forprosjekt- eller gjennomføringsfase. Ved store byggeprosjekter påpeker styret viktigheten av grundig, involverende og forpliktende arbeid med gevinstrealiseringsplaner og konkretisering av tiltak for tilpasning av kostnadsnivået i forkant av innflytting.
  5. Som en planforutsetning tildeles ekstraordinær inntektsstøtte til Sykehuset Innlandet HF for 2025 med 55 millioner kroner. Nivået vil bli vurdert på nytt og endelig fastsatt i forbindelse med budsjett 2025.
  6. Styret slutter seg til planlagt investeringsnivå for IKT i planperioden. Nye systemer skal bidra til en mer effektiv arbeidshverdag for medarbeiderne ved å frigi tid for helsepersonell. Arbeidet med nytte- og gevinstrealisering, standardisering og sanering skal videreføres og forsterkes.

Hamar, 29. februar 2024

Terje Rootwelt  
administrerende direktør

## 1 Hva saken gjelder

Styret inviteres med denne saken til å legge føringer for helseforetakenes arbeid med økonomisk langtidsplan for årene 2025–2028. I saken gis det forslag til føringer for aktivitetsutvikling og prioriteringer innen det medisinske 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 2025–2028. Det er et krav at innspillene styrebehandles i helseforetakene. Økonomisk langtidsplan 2025–2028 for Helse Sør-Øst vil bli forelagt styret 21. juni 2024.

Saken bygger på styresak 099-2023 *Økonomisk langtidsplan 2024–2027* og styresak 131-2023 *Budsjett 2024 – fordeling av midler til drift og investeringer*. I tillegg legger styresak 134-2022 *Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040* og sak 004-2024 *Oppdragsdokument 2024* premisser for planforutsetningene som omtales i denne saken.

## 2 Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

### 2.1 Det strategiske grunnlaget og mål for perioden 2025–2028

Helseforetakene forventes å følge opp gjeldende nasjonale strategier som angår spesialisthelsetjenesten, innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder for helseforetak.

Økonomisk langtidsplan er et viktig virkemiddel for å gjennomføre tiltakene i *Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040* (styresak 134–2022). For å lykkes med målene og satsingsområdene må ressursbruken i foretaksgruppen være effektiv, virksomhetsstyringen god og helhetlig, gevinster av investeringsprosjekter må bli realisert, og for å redusere risiko må de økonomiske resultatene forbedres i forkant av investeringsprosjektene.

Foretaksgruppen er inne i andre år av den regionale utviklingsplanen som har et perspektiv fram mot 2040. Regional utviklingsplan er supplert med delstrategier på ulike fagområder, se blant annet kapittel 2.4 om psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og 2.11 IKT-området. Helse Sør-Øst har prioritert seks satsingsområder i den regionale utviklingsplanen:

- Styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering
- Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi
- Samarbeid om de som trenger det mest – vår felles helsetjeneste
- Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester
- Ta tiden tilbake - mer tid til pasientrettet arbeid
- Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste

Regjeringen har varslet at den vil legge fram *Nasjonal helse- og samhandlingsplan* 1. mars 2024. Planen skal behandles av Stortinget, men helseforetakene må i utarbeidelsen av sine økonomiske langtidsplaner ta hensyn til de planene Regjeringen har for utviklingen av

helse- og omsorgssektoren. Samhandling for å skape gode pasientforløp og likeverdige tjenester skal være et sentralt tema i planen.

Ved inngangen til planperioden legges *Oppdragsdokument 2024 Helse Sør-Øst RHF* og oppdragsdokumentene til helseforetakene til grunn. Der framgår det at spesialisthelsetjenesten skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede styringsmål:

- Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

Foretaksrådet 16. januar 2024 ba de regionale helseforetakene om å sørge for at arbeidet med hensiktsmessig oppgavedeling skal ha en systematisk tilnærming, pågå kontinuerlig og gi bedre organisering av arbeidsprosesser. Det skal legges til rette for partssamarbeid og medarbeiderinvolvering på alle nivåer i arbeidet. Personellkonsekvenser av tiltak skal særskilt utredes og inngå som del av beslutningsgrunnlaget for alle tiltak innenfor eget ansvarsområde. Vurderingene bør inneholde personellkonsekvenser gitt dagens organisering og oppgavedeling, konsekvenser for forbruk og tilbud andre typer helsetjenester, samt konsekvenser for utdanningskapasitet.

## **2.2 Utvikling av helsetjenesten**

### **2.2.1 Tilgjengelighet, samarbeid og kapasitetsutnyttelse**

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

I 2022 og 2023 er intensivkapasiteten gjennomgått nasjonalt og i foretaksgruppen. Helseforetakene må tilrettelegge for en intensivkapasitet som kan ivareta naturlige svingninger, og som er fleksibel nok til å skalere opp og håndtere større kriser som en langvarig pandemi. Beredskapskapasiteten skal ha en større økning enn økningen i intensivkapasitet i ordinær drift.

Fagplan for habilitering ble godkjent i styret i Helse Sør-Øst RHF september 2023, jmfør sak 105-2023. Helseforetakene skal styrke ressurser og kompetanse i habiliteringsfeltet og utarbeide opptrappingsplaner som bidrar til den økte satsningen som er nødvendig for å løfte fagfeltet.

Fagplan for fysikalsk medisin og rehabilitering ble godkjent av styret i Helse Sør-Øst RHF oktober 2023, jmfør sak 120-2023. Hovedtrekkene i fagplanen er å styrke tidlig rehabilitering i sykehus integrert med annen medisinsk behandling, mens rehabilitering i senfase i regi av spesialisthelsetjenesten reduseres. Helseforetakene må følge opp dette i sin

planlegging. Gjennom helsefelleskapene skal helseforetakene bidra til en mer sammenhengende helse- og omsorgstjenester på tvers av tjenestenivåene.

Helseforetakene skal ha rutiner for systematisk dialog med kommunene ved henvisning til psykisk helsevern barn og unge. Det skal som hovedregel ikke gis avslag basert på kun skriftlig henvisning, men tilbys vurderingssamtale for videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Pakkeforløp kreft og pakkeforløp hjem for pasienter med kreft videreføres. For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er pakkeforløp erstattet med begrepet «pasientforløp», og det skal etableres nye og forenklete løsninger i planperioden. Det forventes at helseforetakene i planperioden arbeider videre med å forbedre flyt i pasientforløpene slik at tid og ressurser brukes så godt som mulig.

## **2.2.2 Europeisk samarbeid gjennom EU4Health**

Norge deltar i det europeiske samarbeidet EU4Health, som har som overordnede mål å bidra til å beskytte europeiske borgere mot grenseoverskridende helsetrusler, forbedre tilgjengeligheten til medisinsk utstyr, legemidler og annet kriserelatert utstyr, samt bidra til å styrke de nasjonale helsesystemene og arbeidsstyrken på helseområdet. I planperioden pågår det flere europeiske samarbeidsprosjekter under EU4Health som Norge og Helse Sør-Øst deltar i. Enkelte helseforetak er allerede involvert og har avsatt ressurser på kreftområdet, området sjeldne diagnoser og beredskap innen lufttransport. Det vil kunne bli aktuelt å delta i flere europeiske samarbeidsprosjekt og involvere flere helseforetak i løpet av planperioden.

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

Den nasjonale infrastrukturen InPreD med tilbud om presisjonsdiagnostikk for pasienter med metastatisk kreftsykdom skal evalueres i løpet av 2024 med formål om å lage et strategisk plandokument for videreutvikling og investeringer i presisjonsdiagnostikk. Videre skal det etableres et nasjonalt genomsenter for en samordnet håndtering av store datamengder fra kliniske genomundersøkelser og fra forskning. Dette arbeidet er organisert som en konseptutredning med deltakere fra flere helseforetak i regionen. Konseptutredningen vil ferdigstilles i 2024 med forventninger om rask oppstart av pilotering av tjenester til brukerne.

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

Utviklingen innen digitalisering av patologifaget understøttes ved innføring av ny programvare og annen nødvendig teknologi for bildebehandling av mikroskopiske vevssnitt. Digital patologi er tatt i bruk ved Sykehuset i Vestfold HF, og det tilrettelegges for implementering av en felles regional løsning for digital patologi for alle helseforetak i planperioden. Den regionale løsningen vil muliggjøre samhandling om digitaliserte bilder i patologi. Digital patologi vil muliggjøre bruk av avansert informasjonsteknologi («kunstig intelligens») for bedre diagnostikk og åpne for et mer ustrakt samarbeid om utredning og oppfølging av pasienter som har komplekse og sjeldne diagnoser.

Innen bildediagnostikk vil avansert informasjonsteknologi inklusive rask bredding av bruk av kunstig intelligens i tolkningen gi muligheter for mer effektiv og bedre diagnostikk. Innføring av felles bildearkiv vil øke tilgjengelighet av - og samhandling om - bildediagnostiske undersøkelser uavhengig av hvor disse er utført. Felles bildearkiv er en forutsetning for å realisere potensialet i digital patologi og vil samtidig gi nye muligheter for bedret oppfølging av pasienter innen en rekke kliniske fagområder.

#### 2.2.4 Uønsket variasjon

Som omtalt i Helsepersonellkommissjonens utredning NOU 2023:4 *Tid for handling*, er det behov for å redusere forbruket av tjenester med lav forventet nytte og som legger beslag på ressurser. Det foreligger lite kunnskapsbasert praksis for å redusere overforbruk. Helse Sør-Øst RHF har derfor valgt å planlegge arbeidet i et format som lar seg publisere i tidsskrift med fagfelle vurderinger for å bidra til forankring i de kliniske miljøene. Helse Sør-Øst RHF har utviklet et klinisk dashboard for å møte helseforetakene sine behov for tilgang til relevant styringsdata for å kunne vurdere uønsket variasjon i kvalitet, pasientsikkerhet og forbruksrater. Arbeidet med prosedyrerelatert behandling er ferdigstilt, psykisk helsevern og tverrspecialisert rusbehandling er i prosess, mens bildediagnostikk og klinisk kjemi gjenstår. Helseforetakene vil bli fulgt opp med utgangspunktet i indikatorene som inngår i klinisk dashboard.

#### 2.2.5 Forskning og innovasjon

Klinisk forskning skal i større grad integreres med pasientbehandling, og det er et ledelsesansvar å bidra til dette. Flere pasienter skal gis tilgang til utprøvende behandling. 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, jf. *Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021–2025*.

Kliniske 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 sensorteknologi. Brukerstyring og samvalg skal vektlegges og understøttes. Bruk av teknologi er også aktuelt for tilrettelegging for økt deltakelse i kliniske studier.

Kunstig intelligens skal gjøre det mulig å utnytte 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, også i samhandlingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Videre er det viktig å samarbeide med næringslivet om å utvikle de verktøyene tjenesten og pasientene trenger.

Nasjonalt genomsenter etableres for å legge til rette for effektiv IKT-samhandling mellom helseforetakene innad i regionen og på tvers av regionene for store datamengder fra genombasert diagnostikk i spesialisthelsetjenesten. IKT-behov i forbindelse med datafangst, -analyse og -lagring må harmoniseres med de etablerte strukturene i helsetjenesten. Dette vil kreve tett samarbeid i spesialisthelsetjenesten, men også med kompetansemiljøer i universitetssektoren.

*DelMedMeg* er et verktøy for digital tilbakemelding fra pasienter innen psykisk helsevern som i 2024 skal breddes til alle helseforetak/sykehus i Helse Sør-Øst. Det er et stort

potensial for videreutvikling av verktøyet, f.eks. for å forenkle inntak, for bruk i brukerstyrt poliklinikk og som støtte i behandlingsforløpet.

## 2.3 Kvalitet og pasientsikkerhet

*Nasjonal helse- og samhandlingsplan skal, sammen med Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring legges til grunn for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.*

*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.*

## 2.4 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

*Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033) Meld. St. 23 (2022-2023) innebærer en prioritering av psykisk helse og at innsatsen innen psykisk helse-feltet skal trappes opp gjennom en planperiode på ti år.*

Planen peker på behov for sterkere innsats for å forebygge psykiske plager og lidelser og at pasienter med alvorlige psykiske lidelser får mer helhetlig behandling og oppfølging. Det må tas større hensyn til personellressursene framover og hvordan oppgaver fordeles og tjenestene organiseres. For psykisk helsevern skal det planlegges for en årlig vekst innen døgnaktivitet. Det er i samsvar med dette planlagt en økning av døgnkapasiteten for pasienter med alvorlig psykisk lidelse i flere helseforetak, basert på revidert framskrivingsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Det er behov for en generell styrking av behandlingskapasiteten for barn og unge. Psykisk helsevern for barn og unge har siden 2019 hatt en betydelig vekst i antall henvisninger og antall pasienter i behandling.

Veiledning, kompetanseheving og samarbeid om tidlig vurdering for barn med behov for spesialiserte tjenester bør organiseres nærmere der barna bor. Slik vil de spesialiserte tjenestene i psykisk helsevern for barn og unge kunne prioriteres særskilt for barn med de alvorligste og mest komplekse utfordringene. Det skal planlegges for at alle barnevernsinstitusjoner er tilknyttet et ambulant spesialisthelsetjeneste-team forankret i psykisk helsevern barn og unge. Felles henvisningsmottak er etablert i alle regionens helseforetak/sykehus/DPS. Alle henvisninger rettighetsvurderes ved et felles henvisningsmottak, før de eventuelt videresendes til avtalespesialister. Det har vært en økning i antall henvisninger til DPS etter innføringen, noe som utfordrer den samlede kapasiteten. Henvisningsflyten er elektronisk og fungerer, men innføring av DIPS Arena og Henvisningsmelding er nødvendig for å gi mer effektiv flyt og mindre ressursbelastning i DPS.

*Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (sak 041-2021) inngår som premiss i arbeidet med lokale utviklingsplaner ved helseforetak og private ideelle sykehus med eget opptaksområde. Fagplanene danner også grunnlag for anskaffelser av behandlingstilbud fra private leverandører, og for tildeling av forsknings- og innovasjonsmidler. Dette må gjenspeiles i de prioriteringene som gjøres i utviklingen og oppfølgingen av tjenestene.*

Helseforetakene har deltatt i det nasjonale arbeidet med å utarbeide en overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvungent psykisk helsevern.

Helse Sør-Øst RHF skal følge opp planen for sikkerhetspsykiatri, koordinere arbeid med tiltak som går på tvers av regionene og vurdere hvordan utvikling av regionale og nasjonale funksjoner ivaretas. Dette omfatter også å følge opp etableringen av helhetlige sikkerhetspsykiatriske forløp i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Helse Sør-Øst RHF skal også utrede innretning av et tilbud for barn under 18 år.

Regjeringen arbeider med en forebyggings- og behandlingsreform innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og ønsker å styrke forebyggingen og å gi bedre behandling og oppfølging til mennesker med rusproblemer. Det rettes særlig oppmerksomhet mot ungdom. Helse Sør-Øst RHF gjorde i 2022 en behovsvurdering innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling som tilrår en oppbygging av behandlingstilbudene ved helseforetakene og en omstrukturering og faglig utvikling av behandlingstilbudene som anskaffes fra private virksomheter. I planperioden skal det fortsatt arbeides med å utvikle tilbud innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i samarbeid med Kriminalomsorgen.

## **2.5 Aktivitetsvekst**

Behovet for spesialisthelsetjenester vil øke framover. Befolkningen i Helse Sør-Øst ventes å vokse med i gjennomsnitt 0,6 prosent per år i planperioden, og andelen eldre vil øke. Behovet for spesialisthelsetjenester endres også på grunn av utviklingen av sykdomsbilde i befolkningen, bl.a. knyttet til demografisk utvikling, ny diagnostikk, nye behandlingsmetoder og helsepolitiske prioriteringer.

De fire helseregionene har i fellesskap gitt innspill til aktivitetsvekst for statsbudsjett 2025. Innspillet anslår en samlet demografisk betinget aktivitetsvekst på om lag 1,5 prosent. I dette inngår vekst på 1,5 prosent for somatikk og 1,5 prosent totalt for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I tillegg har de regionale helseforetakene gitt innspill på behov utover demografi, slik at det samlede vekstbehovet fra 2024 til 2025 tilsvarer om lag 2,1 prosent. Planforutsetningene for midler til aktivitetsvekst omtales i kapittel 2.7.

Helseforetak og sykehus må planlegge for å møte det framtidige behovet for spesialisthelsetjenester og må legge til grunn framskrivninger av behov fra revidert nasjonal framskrivingsmodell. Innen psykisk helsevern skal det planlegges for en årlig vekst i poliklinisk aktivitet samt for døgnaktivitet og døgnkapasitet.

Det stilles ikke krav til aktivitetsvekst i absolutte tall eller prosent i økonomisk langtidsplan, men krav til at aktivitetsnivået må tilpasses slik at det møter befolkningens behov for helsetjenester og mål om reduserte ventetider. Tallfestede krav til pasientbehandling og



aktivitetsvekst vil vurderes i budsjettprosessen hvert år, og legges blant annet med bakgrunn i statsbudsjettet for det gjeldende år.

## 2.6 Bemanning og kompetanse

Helseforetakenes arbeid med å beholde, rekruttere og utvikle kompetansen hos sine medarbeidere for å møte det framtidige kompetansebehovet, må intensiveres. Økt bevissthet om viktigheten av å utvikle og beholde eget personell vil være avgjørende for å ha tilstrekkelig personell for å løse oppgavene. Helseforetakene og de private ideelle sykehusene skal vektlegge å være en attraktiv arbeidsgiver og å løse sitt bemanningsbehov gjennom fast ansatte. Utdanning og strategisk kompetanseutvikling må ledes og prioriteres på lik linje med andre lederoppgaver.

Helseforetakene har generelt god tilgang på helsepersonell, men det er en begynnende mangel på personell innenfor enkelte spesialiteter, særlig av spesialiststillinger innen psykisk helsevern. I planperioden må rekruttering til psykisk helsevern og rusbehandling prioriteres. I oppdrag og bestilling for 2022 og 2023 ble det lagt krav om vekst i antallet LIS 3-stillinger innen psykisk helsevern. Dette oppdraget er dessverre ikke løst av de fleste helseforetakene. Det forventes at helseforetakene intensiverer arbeidet med å øke antallet utdanningsstillinger for leger i spesialisering innen psykisk helsevern og at disse stillingene besettes. Et godt grunnlag for å rekruttere og beholde personell er et solid faglig miljø, tydelige avklaringer av roller og arbeidsoppgaver, og en sammensetning av kompetanse som gjør at hver enkelt medarbeider benytter sin kjernekompetanse i arbeidshverdagen. Helseforetakene bør gjennomgå hvordan tjenesten er organisert, hvordan bemanningen er sammensatt, og dele erfaringer og effektive tiltak på tvers i regionen slik at de i større grad lykkes med å rekruttere og beholde personell.

Helseforetakene gir tilbakemelding om rekrutteringsutfordringer også for andre legespesialiteter. Helseforetakene/sykehusene skal i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF med utgangspunkt i antallet LIS 2/3 stillinger i 2023, kartlegge og utarbeide en oversikt over behov for endringer i utdanningskapasitet (LIS-stillinger) for å dekke opp behovet for overleger for de ulike sykehusspesialitetene. Det skal utarbeides en plan som særskilt beskriver hvordan en skal dekke behovet for tilstrekkelig antall LIS og overlegestillinger, spesielt innenfor breddespesialitetene generell indremedisin og kirurgi.

I tillegg til utdanning av eget personell har også spesialisthelsetjenesten ansvar for å utdanne for kommunehelsetjenesten. Prioritering av oppbygningen innen intensiv skal videreføres i tråd med vedtatte føringer og målbildet for området. Helseforetakene må legge planer for en økt satsing på utdanningsstillinger for kritisk kompetanse, i tråd med helseforetakets behov.

Det er et viktig rekrutteringstiltak å tilby studenter og lærlinger praksisplasser av faglig god kvalitet. Helseforetakene må ha gode planer for hvordan praksisstudiene gjennomføres og hvordan ansvar, oppgaver og roller fordeles. I tråd med oppdragsdokumentet for spesialisthelsetjenesten de siste årene, omtale i *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* og NOU 2023:4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*, skal antall lærlinger i helsefag og i andre fag som er relevante i sykehus, øke. En endret

sammensetning av kompetanse og nye yrkesgrupper inn i spesialisthelsetjenesten forutsetter at det legges gode planer, og at dette synliggjøres i budsjettarbeidene.

En bærekraftig helsetjeneste krever bruk av flere virkemidler i sammenheng. I tillegg til utdanningskapasiteten er det nødvendig at helseforetakene øker innsatsen med framtidsrettet og hensiktsmessig oppgavedeling og bruk av medarbeidernes kompetanse. I *Regional utviklingsplan 2040* er det særlig pekt på behovet for nye arbeidsformer gjennom bruk av ny teknologi og mer brukerstyring. NOU 2023:4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste* peker på at det ikke er bærekraftig med en videre økning av personell i helsetjenesten på samme nivå som tidligere. Et sentralt tiltak for å understøtte dette arbeidet er etableringen av TØRN-programmet for oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene forventes å bidra inn i dette arbeidet i årene framover.

### **2.6.1 Bemanning og aktivitet**

Helseforetakene må øke innsatsen for en mer helhetlig og langsiktig bemanningsplanlegging, sett i sammenheng med aktiviteten. Bemanningsutviklingen må i økende grad styres ved at det utarbeides aktivitetsplaner som legger til rette for oppgaveplanlegging, og som tar høyde for variasjoner i aktivitet over tid. Bedre samsvar mellom aktivitet og bemanning er en forutsetning for å nå målene. Helseforetakene må derfor prioritere bemanningen inn til de områdene der bemanningsbehovene er størst i forhold til de faglige prioriteringene.

Prinsippene for heltid og faste ansettelse skal være førende for rekruttering, samtidig som helseforetakene beholder god og kvalifisert arbeidskraft. Det bør ses på muligheter for å gi ledere et bedre verktøy for bemannings- og ressursplanlegging, som tar høyde for alle nødvendige faktorer som for eksempel aktivitet og oppgavedeling, sykefravær, ønsket deltid, ferie mm.

### **2.6.2 Bemanningskostnader og månedsverk**

I tidligere økonomiske langtidsplaner har det vært budsjettert en lavere bemanning enn det som har vist seg å bli den faktiske utviklingen, for antall månedsverk og bemanningskostnader år for år. Det forutsettes at helseforetakene gjør en fornyet gjennomgang av sin bemanningsbudsjettering i årets innspill til økonomisk langtidsplan. Budsjetteringen skal være i tråd med den prioriteringen som følger av fagplanene og virksomhetenes behov, og samtidig innenfor helseforetakets økonomiske handlingsrom.

Det tekniske beregningsutvalget for inntektsoppgjørene (TBU) la 16. februar fram sine foreløpige tall før lønnsoppgjøret. Tallene viser at helseforetakene siste år har hatt en gjennomsnittlig årslønnsvekst på 5,8 prosent noe som er cirka 0,5 prosentpoeng høyere enn de sentrale rammene i oppgjøret. 0,3 prosentpoeng av differansen skyldes endret kompetansesammensetning (høyere andel dyrere årsverk) og 0,2 prosentpoeng skyldes lønnsglidning. Utviklingen i kompetansesammensetning og yrkesgrupper er tidligere presentert for helseforetakene. Tall fra Spekter viser at over de siste ti årene (2013-2023) har antallet leger økt 31 prosent, sykepleiere 16 prosent, spesialsykepleiere 14 prosent, mens antallet helsefagarbeidere er redusert med 20 prosent. Det har de seneste årene blitt gitt særskilte oppdrag til helseforetakene om å se på oppgavedeling og sammensetning av

personell, med krav knyttet til vekst i antallet helsefagarbeidere som er videreført i 2024. Fra 2020 har antallet helsefagarbeidere økt fra 2202 til 2511 dvs. 309 flere helsefagarbeidere de siste årene.

Helseforetakene skal innarbeide framskrevet kompetanse- og bemanningsbehov i budsjettering på stillingskategori, og gjøre en særskilt gjennomgang av kostnader til overtid, innleie og sykerefusjoner. Det vises i denne sammenheng også til punkt 3.2.4 i *Oppdragsdokumentet 2024 for Helse Sør-Øst RHF*.

Det pågår arbeid med framskriving av bemanningsbehov innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, jamfør styrets vedtak i sak 153-2022. Et tilsvarende arbeid vil bli vurdert gjennomført for somatikk. For ytterligere å understøtte helseforetakenes arbeid med bemanningsplanlegging og -sammensetning, vil videreutviklingen av regional data- og analyseplattform, RDAP, i 2024 prioritere utvikling av måltall og styringsinformasjon for god og effektiv drift, innen følgende områder: Sengepost, operasjon, intensiv, poliklinikk og den akuttmedisinske kjeden.

## 2.7 Økonomiske planforutsetninger

Helse Sør-Øst RHF la i styresak 131-2023 *Budsjett 2024 -- fordeling av midler til drift og investering* til grunn inntektsforutsetningene i Prop. 1 S (2023-2024). I styresak 150-2023 *Oppdrag og bestilling 2024 – økonomiske resultatkrav* vedtok styret økonomiske resultatkrav for 2024 i helseforetakene. Den økonomiske utviklingen i foretaksgruppen var utfordrende gjennom 2023. Resultatutviklingen er et viktig premiss for de investeringsplanene som er lagt i foretaksgruppen. Sak 003-2024 *Foreløpig virksomhetsrapport per desember 2023* viste at den driftsøkonomiske situasjonen medfører et vesentlig behov for omstilling for å nå resultatkravene i 2024.

### 2.7.1 Finansiering av drift og investeringer

Spesialisthelsetjenesten har en samlet finansiering til drift og investeringer. Dette gir fleksibilitet samtidig som det stiller krav om positive økonomiske resultater i driften for å finansiere investeringer blant annet i nye bygg, teknologi og medisinsk-teknisk utstyr.

Regjeringens varslede endringer i finansieringen av spesialisthelsetjenesten legges til grunn som planforutsetninger. Det er forventet at endringene vil bli nærmere beskrevet i *Nasjonal helse- og samhandlingsplan*. Dette innebærer endringer i:

- Finansiering av aktivitetsvekst
- Rentemodell for statlige investeringslån
- Lånemodell for framtidige investeringsprosjekter med statlig lånefinansiering

For planperioden legges til grunn at bevilgningen til demografisk betinget aktivitetsvekst dekkes 100 prosent. Videre legges det til grunn at låneandelen kan utgjøre inntil 90 prosent av styringsrammen (P50-estimat) for nye prosjekter, og at dette innføres for lån Stortinget bevilger fra og med statsbudsjettet for 2025. Dette vil bedre likviditeten i Helse Sør-Øst, men økte lån vil isolert sett medføre økte rentekostnader som trekker i motsatt retning.

Regjeringen har også varslet at den vil gå tilbake til rentemodellen som var gjeldende for lån bevilget fram til og med 2017. Det legges til grunn at dette omfatter alle nye prosjekter, og prosjekter som har fått innvilget lån fra og med 2018 med nye betingelser. Lån innvilget før dette har fortsatt gammel rentemodell. Dette vil dempe noe av renteeffekten av økt andel lånefinansiering av prosjektene.

### 2.7.2 Midler til aktivitetsvekst

Det meste av inntektene til spesialisthelsetjenesten består av basisramme og aktivitetsbaserte inntekter. Midler til aktivitetsvekst i statsbudsjettet er en årlig økning i basisrammen. En stor andel av vekstmidlene er beregnet med utgangspunkt i antatt vekst som følge av demografi. Det har variert mellom de ulike budsjettårene hvor mye midler som bevilges til økt aktivitet utover den demografisk betingede aktivitetsveksten.

I 2024 ble Helse Sør-Øst RHF bevilget 902 millioner kroner i basisrammen til aktivitetsvekst, se tabell 1. Sammen med midlene på de aktivitetsavhengige inntekstpostene skulle de økte bevilgningene legge til rette for en vekst i pasientbehandlingen på 1,8 prosent. Dette tilsvarer om lag 0,3 prosent vekst ut over demografi sett opp mot Helsedirektoratets framskriving av behov (1,5 prosent i 2024), og 500 millioner kroner per prosentpoeng vekst, som er om lag på nivå med midlene bevilget i 2023. Som følge av effektiviseringskrav er imidlertid den reelle veksten i bevilgning 1,2 prosent.

Budsjettår	Midler til aktivitetsvekst (2024-millioner kroner)	"Legger til rette for" vekst*	Millioner kroner per % vekst
2018	740	2,0 %	370
2019	690	1,7 %	410
2020	590	1,5 %	390
2021	920	2,3 %	400
2022	710	1,7 %	420
2023	770	1,5 %	510
<b>2024</b>	<b>900</b>	<b>1,8 %</b>	<b>500</b>
<b>2024-anslag 100%</b>	<b>1 125</b>		<b>630</b>
<b>2025-2028</b>	<b>1 010</b>	<b>1,6 %</b>	

Tabell 1 Midler til aktivitetsvekst i basisrammen til Helse Sør-Øst RHF i Prop. 1 S, årlig

Det foreslås å legge til grunn en vekst basert på demografisk utvikling i planperioden, på om lag 1,4 prosent årlig. I tillegg foreslås å planlegge for en årlig vekst i finansiert aktivitet utover demografi på 0,2 prosent. Anslaget er lavere enn de regionale helseforetakenes innspill til statsbudsjettet for 2025, jf. omtalen under 2.5. De regionale helseforetakenes innspill til statsbudsjett har hvert år lagt til grunn høyere behov for aktivitetsvekst enn de faktiske vekstforutsetningene i de årlige statsbudsjettene.

Under de gitte forutsetningene i saken kan det estimeres at økt basisramme til aktivitetsvekst blir på om lag 1 010 millioner kroner årlig, som vist i tabell 2.

Tabell 2 viser fordelingen av vekstmidler i budsjettet for 2023 og 2024, samt forslaget til fordeling av økte midler i planperioden mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene/sykehusene. Som en planforutsetning foreslås det som i tidligere planer at 50 millioner kroner reserveres i Helse Sør-Øst RHF.

Midler til økt aktivitet	Fordelt i budsjett 2023	Fordelt i budsjett 2024	2025	2026	2027	2028
Helseforetak og sykehus	703	898	960	960	960	960
Helse Sør-Øst RHF		4	50	50	50	50
Midler til økt aktivitet i alt	703	902	1 010	1 010	1 010	1 010

Tabell 2 Fordeling av midler i basisrammen til økt aktivitet i 2023 og 2024 og forutsatte midler 2025–2028 i millioner kroner

Midlene til økt aktivitet er i planleggingsrammene fordelt til helseforetakene i henhold til behovsandeler innen de enkelte tjenesteområdene. Den endelige fordelingen av basisbevilgningen mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene/sykehusene skjer i den årlige budsjettbehandlingen. Da er regjeringens forslag kjent, og det foreligger nærmere vurdering av behov for regionale midler til bestemte formål.

Regjeringen videreførte et generelt effektiviseringskrav på alle bevilgningsposter til spesialisthelsetjenesten i statsbudsjettet for 2024. Samlet ble effektiviseringskravene anslått til om lag 140 millioner kroner for Helse Sør-Øst. Som en planforutsetning foreslås det at effektiviseringskravet vil videreføres i planperioden. Inntektsreduksjonen innarbeides i inntektsrammene til helseforetak og sykehus etter andel driftsinntekter i perioden 2025–2028.

### 2.7.3 Resultatgrad, driftsresultat og finansresultat

For 2023 er foreløpig resultat for Helse Sør-Øst i 1 613 millioner kroner, som gir en resultatgrad på 1,5 prosent, se tabell 3. I 2024 er det planlagt for et resultat på 1 462 millioner kroner med en resultatgrad på 1,5 prosent. Dersom resultatbufferen ikke kommer til anvendelse, vil resultatgraden være 2,2 prosent i budsjettet for 2024.

Resultat for Helse Sør-Øst	F2018	F2019	F2020	F2021	F2022	F2023	B2024
(Års)resultat	1 768	2 009	2 593	2 078	1 674	1 614	1 462
Resultatgrad	2,2 %	2,3 %	2,9 %	2,2 %	1,6 %	1,5 %	1,5 %

Tabell 3 Resultatgrad for foretaksgruppen faktisk 2018–2022, foreløpig for 2023 og budsjett 2024, i millioner kroner. Resultatbuffer er medregnet for alle historiske år i tabellen, men ikke for B2024.

Det skal planlegges for å oppnå en resultatgrad på 2,5 prosent over tid for å kunne opprettholde verdiene i eiendom, teknologi og utstyr.

Det regionale helseforetaket skal som en planforutsetning opprettholde nivået på EBITDA på samme nivå som for budsjett 2024 dvs 150 millioner kroner. Med større endringer i rentebildet og som følge av framdriften i de store investeringsprosjektene vil finansresultatet – og dermed årsresultatet - variere. Som en planforutsetning budsjetteres det med en årlig resultatbuffer på 700 millioner kroner og investeringsbuffer på 200 millioner kroner, sammen med nedre likviditetsmessig grense på 1 milliard kroner.

Finansresultatet i foretaksgruppen vil påvirkes av at rentenivå i planperioden er fallende, men rentebanen er likevel høyere enn forrige økonomiske langtidsplan. Langsiktig realrente videreføres som planforutsetning for årene etter 2028, og dette demper effektene av et svingende rentenivå på lang sikt – se også sak 067-2023 *Økonomisk langtidsplan 2024-2027 – reviderte planforutsetninger*.

For helseforetak som har pågående byggeprosjekter eller prosjekter under planlegging, opprettholdes kravet til nivå på driftsresultat før avskrivninger (EBITDA<sup>1</sup>-nivå). Helse Sør-Øst RHF vil ha en særskilt oppfølging av utvikling i driftsresultat før avskrivninger slik at foretaksgruppens gjeldsbetjeningsevne opprettholdes.

#### 2.7.4 Midler til fordeling i økonomisk langtidsplan

##### ***Inntektsmodellen i Helse Sør-Øst - oppdatering av inntektsmodellen***

Revidert modell for fordeling av inntekter i Helse Sør-Øst innføres med virkning fra 2025, jf. styrets vedtak i styresak 156-2023 *Revidert inntektsmodell for Helse Sør-Øst*.

I oppdatering av inntektsmodellen er siste tilgjengelige befolkningsframskriving fra Statistisk sentralbyrå (SSB) fra juni 2022 lagt til grunn. SSB framskriver befolkningen hvert annet år, og dette er dermed samme befolkningsframskriving som ved oppdatering av inntektsmodellen for 2024. For bydelene i Oslo er det Oslo kommune sin befolkningsframskriving som benyttes.

Det er foretatt ordinær oppdatering av de reviderte kriteriesettene fra inntektsmodellprosjektet og aktivitetsdata som inngår i modellen. Oppdateringen av kriteriesettene gir omfordelingseffekter sammenlignet med prosjektets beregninger som lå til grunn for styresak 156-2023. Effektene skyldes hovedsakelig oppdatering av datagrunnlaget som inngår i kriteriene og endring i befolkningen per opptaksområde fra 2024 til 2025. På grunn av koronapandemien har aktivitetsdata som benyttes i

---

<sup>1</sup> EBITDA står for «earnings before interest, taxes, depreciation and amortization» og er resultat før renter, skatt, avskrivninger og nedskrivninger.  
Sak 019-2024

modellelementet for somatikk tidligere vært låst til 2019-data. Det er nå innarbeidet foreløpige aktivitetsdata for 2023 fra NPR, som også gir noen omfordelingseffekter.

Inntektsmodellprosjektet innebar som følge av anbefalinger knyttet til det interregionale gjestepasientoppgjøret at det i modellelement for somatikk ble tilført 118,5 millioner kroner 2024-kroner til fordeling. Administrerende direktør har i forbindelse med planforutsetningene vurdert det samlede behovet for å reserve midler regionalt. På bakgrunn av disse vurderingene er ikke inntektsmodellprosjektets anbefalinger om å tilføre 118,5 millioner kroner til modellelement for somatikk inkludert i modelloppdateringen. Det vises bl.a. behov for regional finansiering av protonbehandling ved Oslo universitetssykehus HF som starter opp i 2025, jf. omtale under 2.7.5 Andre inntektsrammeforutsetninger. Dette gir noen endringer i omfordelingseffekter sammenlignet med inntektsmodellprosjektet.

I tillegg gir modellen omfordelingseffekter som følge av endringer i basisrammen som følger av bevilgninger i revidert nasjonalbudsjett 2023 og budsjett 2024. Dette omfatter blant annet varig bevilgningsøkning på 1 354,6 millioner kroner og reduserte inntekter til endrede pensjonskostnader på om lag 450 millioner kroner. Det foreslås i tillegg å forskuttere økt basisbevilgning til økte pensjonskostnader i revidert nasjonalbudsjett 2024. Disse bevilgningene er fordelt etter en annen fordelingsnøkkel i budsjettåret enn inntektsmodellens behovsandeler, og når midlene fordeles gjennom inntektsmodellen gir dette omfordelingseffekter.

#### ***Endring i avregning av kjøp fra private leverandører***

Det innføres et oppgjør for bruk av private leverandører som i større grad gjenspeiler befolkningens faktiske forbruk i ulike områder. Dette gjør at helseforetak og sykehus raskere kan se den økonomiske effekten av endringer i bruk. Som en planforutsetning for 2025 videreføres en forskuttet avregning av private avtaleparter på siste års tilgjengelige aktivitetsdata. Helse Sør-Øst RHF vil arbeide videre med å fastsette det endelige opplegget og prinsipper for forskuttet avregning og endelig oppgjør av bruk av private avtaleparter i 2024.

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

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

På grunn av koronapandemien har ikke aktivitetstallene i det interne oppgjøret innen somatikk vært oppdatert etter 2019. Dette har vært vurdert årlig i forbindelse med økonomisk langtidsplan. Foreløpige aktivitetstall for 2023 viser at aktiviteten har stabilisert seg etter pandemien. Etter dialog med Oslo universitetssykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus foreslås det at aktivitetsgrunnlaget, og beregningen av gjestepasientoppgjøret, oppdateres med 2023-aktivitet i forbindelse med planforutsetningene til økonomisk langtidsplan 2025.

Etter innføring av inntektsmodellprinsipper ved fordeling av inntekter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling må det innføres et gjestepasientoppgjør også innen dette området mellom Oslo universitetssykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus. Det er enighet mellom sykehusene om at det etableres et

fast oppgjør for å finansiere områdefunksjoner og avtalt oppgavedeling for døgnbehandling innen psykisk helsevern barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling mot Oslo universitetssykehus HF fra Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus. For øvrig aktivitet er det avtalt at det skal være et løpende oppgjør, for regionale og lokale funksjoner. Det faste oppgjøret for døgnbehandling innen psykisk helsevern barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling tar utgangspunkt i budsjetterte kostnader ved Oslo universitetssykehus HF og fordeler dette nivået etter gjennomsnittlig aktivitet av årene 2019, 2022 og 2023.

Mellom Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus etableres det et fast oppgjør for alderspsykiatri og allmennpsykiatri. Her benyttes 100 prosent døgnpris fra det ordinære gjestepasientoppgjøret i Helse Sør-Øst RHF på gjennomsnittlig aktivitet av årene 2019, 2022 og 2023.

Det endelige forskutterte gjestepasientoppgjøret for 2025, innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, må fastsettes i dialog mellom sykehusene og Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med budsjettprosessen for 2025.

Ansvar for den polikliniske behandlingen innen psykisk helsevern barn og unge for pasienter tilhørende bydel Vestre Aker, ble overført fra Lovisenberg Diakonale Sykehus til Diakonhjemmet Sykehus fra 1. januar 2024. I budsjett 2024 ble det overført 14 millioner kroner fra Lovisenberg Diakonale Sykehus til Diakonhjemmet Sykehus for å finansiere denne endringen. Etter innføring av inntektsmodellprinsipper innen psykisk helsevern har Diakonhjemmet Sykehus fått inntekter til psykisk helsevern barn og unge gjennom inntektsmodellen. Overføringen av basisramme på 14 millioner kroner som ble gjort i budsjett 2024 reverseres derfor i inntektsrammene for 2025.

### ***Endring i opptaksområder***

I framskrivningen av inntektsrammer tas det høyde for overføring av ansvaret for å yte spesialisthelsetjenester til befolkningen i bydelene Alna, Grorud og Stovner fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF. Ansvar for somatiske spesialisthelsetjenester for bydel Alna overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF ved årsskiftet 2025/2026, ref. styresak 024-2023. Det er videre forutsatt at overføring av psykisk helsevern og rusbehandling for bydelene i Groruddalen skjer samlet i 2032. Overføring av ansvaret for somatiske tjenester for bydelene Grorud og Stovner er i planforutsetningene overført i 2036. Det pågår et prosjekt for å vurdere om dette også kan skje i 2032, men dette er foreløpig ikke innarbeidet i planforutsetningene.

### ***Pensjon***

Håndteringen av inntekter til kapital- og pensjonskostnader ble endret i forbindelse med revidering av inntektsmodellen i Helse Sør-Øst (jf. styresak 156-2023 *Revidert inntektsmodell for Helse Sør-Øst*). Inntekter til endrede pensjonskostnader innarbeides fra og med modellår 2025 i hvert modellelement, og fordeles som øvrig basisramme.

Helse- og omsorgsdepartementet håndterer endringer i pensjonskostnad ved å justere basisrammen. Bevilgningsendringen tar utgangspunkt i endringen i pensjonskostnaden nasjonalt, og fordeles mellom de regionale helseforetakene etter den nasjonale fordelingsnøkkelen.



Samlet gjennom Prop. 118 S (2022-2023), revidert nasjonalbudsjett 2023 og Prop. 1 S (2023-2024) har Helse Sør-Øst RHF fått en reduksjon i basisrammen med 326,5 millioner kroner. Endringene ble i de aktuelle budsjettårene fordelt mellom helseforetakene etter andel kostnadsendring. Beløpet er innarbeidet i inntektsmodellen for 2025, og vil gi omfordelingseffekter ved fordeling etter behovsandel.

Helseforetakene skal legge til grunn faktisk pensjonskostnad for 2024 fra NRS januar 2024 ved budsjettering av pensjonskostnad i økonomisk langtidsplan. NRS januar 2024 (faktisk kostnad 2024) viser en økning i pensjonskostnad på om lag 445 millioner kroner i Helse Sør-Øst, sammenlignet med hva som ligger til grunn i budsjett 2024 (NRS juni 2023). Det forventes at Helse Sør-Øst vil motta en bevilgningsendring fra Helse- og omsorgsdepartementet som følge av denne kostnadsøkningen i revidert nasjonalbudsjett 2024. Denne bevilgningsendringen er innarbeidet i helseforetakene sine inntektsrammer for 2025 etter andel kostnadsendring 2024, og forskutteringen er innarbeidet og omfordelt i inntektsmodellen for 2025.

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

Samlet sett gir oppdatering av inntektsmodellen årlige omfordelinger per opptaksområde som vist i tabell 4. Beløpene må summeres for å se samlet effekt over fireårs-perioden. Omfordelingseffektene er et resultat av ordinær oppdatering av inntektsmodellen og forholdene omtalt over.

Sum endringer inntektsmodellen	2025	2026	2027	2028
Akershus universitetssykehus HF	110 159	(461 087)	19 526	17 132
Sykehuset Innlandet HF	(113 096)	(35 129)	(33 082)	(32 093)
Oslo universitetssykehus HF	(631 983)	520 923	36 654	34 432
Diakonhjemmet Sykehus	294 773	(2 623)	(1 986)	(715)
Lovisenberg Diakonale Sykehus	330 797	(660)	(1 986)	(297)
Sørlandet sykehus HF	(46 432)	(4 522)	(4 942)	(4 995)
Sykehuset Telemark HF	(30 681)	(15 462)	(15 065)	(15 608)
Sykehuset i Vestfold HF	(38 561)	(4 817)	(5 437)	(5 351)
Vestre Viken HF	93 832	144	3 196	4 489
Sykehuset Østfold HF	31 193	3 232	3 120	3 006
	-0	-0	0	0

Tabell 4 Omfordelingseffekter av inntektsmodellen 2025-2028 (i millioner 2024-kroner)

For Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus må effektene vurderes sammen med innføring av gjestepasientoppgjør innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, dvs. samlet økonomisk effekt dem imellom i 2025 vil ikke være som angitt.

Sammenlignet med prosjektets beregninger av økonomiske effekter ved innføring av revidert inntektsmodell, er de samlede økonomiske effektene etter oppdatering av inntektsmodellen for 2025 som vist tabell 5. Den beregnede økonomiske effekten består av inntektsmodelleffekten som følger av oppdatering av inntektsmodellen som vist i tabell 4, oppdatert estimat på gjestepasientoppgjør mellom sykehusene i Oslo og anbefaling om ikke

å innarbeide inntektsmodellprosjektets anbefalinger om å tilføre midler til modellelement for somatikk.

Opptaksområde (tall i mill. 2024-kroner)	Økonomisk effekt modell 2025	Økonomisk effekt i prosjektet	Endring fra prosjektet
Akershus universitetssykehus HF	110 159	70 597	39 563
Sykehuset Innlandet HF	(113 096)	(5 021)	(108 075)
Oslo universitetssykehus HF	(150 304)	(166 508)	16 204
Diakonhjemmet Sykehus	64 796	47 831	16 965
Lovisenberg Diakonale Sykehus	79 094	54 897	24 198
Sørlandet sykehus HF	(46 432)	9 039	(55 471)
Sykehuset Telemark HF	(30 681)	53 023	(83 705)
Sykehuset i Vestfold HF	(38 561)	12 979	(51 540)
Vestre Viken HF	93 832	(14 144)	107 976
Sykehuset Østfold HF	31 193	17 853	13 340
<b>Sum</b>	(0)	80 546	(80 546)

Tabell 5 Økonomiske effekter ved innføring av revidert inntektsmodell i 2025 (i millioner 2024-kroner)

Omfordelingseffekten for Sykehuset Innlandet HF er vesentlig, og det foreslås derfor at det allerede som en planforutsetning reserveres ekstraordinær inntektsstøtte til Sykehuset Innlandet HF på 55 millioner kroner i 2025. Nivået vil bli vurdert på nytt og endelig fastsatt i forbindelse med budsjett 2025.

## 2.7.5 Andre inntektsrammeforutsetninger

### **Finansiering av legemidler**

Finansieringsansvaret for legemidler til behandling av sjeldne sykdommer ble overført fra Folketrygden til de regionale helseforetakene 1. februar 2019, jf. Stortingets behandling av Prop 1 S (2018-2019). I sak 102-2018 *Budsjett 2019 - Fordeling av midler til drift og investeringer* ble midlene budsjettert sentralt i Helse Sør-Øst RHF, for så å bli fordelt etter faktiske kostnader i helseforetakene. Siden overføringen av legemidlene i 2019 har Beslutningsforum vedtatt å innføre flere nye kostbare legemidler til behandling av sjeldne sykdommer. Disse legemidlene er i likhet med de overførte legemidlene i 2019 kjennetegnet ved å være lite homogene, har få brukere og er ikke en del av ISF-systemet. I motsetningen til de overførte legemidlene i 2019 må kostnadene for disse dekkes av pasientens hjemmehørende helseforetak/sykehus.

Det er grunn til å tro at legemiddelbehandling vil tilta i årene framover, og at denne type endringer i pasientbehandlingen vil påvirke både kostnadsnivå og periodisering av kostnader. Helseforetakene må tilpasse seg denne utviklingen. Dersom finansieringsansvaret følger behandlingsansvaret, vil det kunne bidra til at helsetjenesten tilpasser sin drift i tråd med den medisinske utviklingen. Det legges derfor til grunn at

finansieringsansvaret for alle legemidler til behandling av sjeldne sykdommer legges til helseforetakene fra 2025. Det foreslås derfor å fordele midlene på 619 millioner kroner, for de overførte legemidlene i 2019, ut til helseforetakene og de private ideelle sykehusene med opptaksområde etter behovsandeler somatikk.

### ***Protonterapi***

I 2025 vil protonterapi være etablert som en flerregional behandlingstjeneste ved Oslo universitetssykehus HF og medføre økte driftskostnader. Tilbudet vil også etableres ved Helse Bergen HF. Protonterapi er en mer skånsom og presis behandling enn tradisjonell stråleterapi i kreftbehandling. Aktiviteten vil ikke være ISF-finansiert i 2025, og aktiviteten må finansieres gjennom basisrammen. Det vil bli etablert et gjestepasientoppgjør internt i regionen og interregionalt. Det planlegges for en gradvis opptrapping av behandlingsskapasiteten ved de to behandlingsstedene i planperioden, mens store deler av driftskostnadene vil løpe fra 2025. Det innebærer at kostnaden per pasient vil være synkende i planperioden. Forutsetningene for finansiering, herunder gjestepasientprisene vil konkretiseres i budsjett 2025, og det vil bli vurdert hvorvidt Helse Sør-Øst RHF skal avlaste for deler av behandlingsskapasiteten i perioden kapasiteten trappes opp fram mot 2029 for å understøtte ibruktakelse.

### ***Ny sikkerhetspsykiatri ved Oslo universitetssykehus HF***

I løpet av 2026 vil lokal sikkerhet, regional sikkerhet og regional seksjon for psykiatri, utviklingshemming/autisme ved Oslo universitetssykehus HF samles i et nytt bygg på Ila i Bærum. Regionale behandlingstjenester innen psykisk helsevern fullfinansieres ved en kombinasjon av gjestepasientoppgjør og basisramme fra Helse Sør-Øst RHF. Samling av behandlingstilbudet i et nytt bygg med økt kapasitet vil påvirke kostnadene til det regionale tilbudet innen sikkerhetspsykiatri og psykiatri, utviklingshemming/autisme. Oslo universitetssykehus HF vil sammen med Helse Sør-Øst RHF beregne de økonomiske effektene av å samle funksjonene og utvide kapasiteten som en del av sitt innspill til langtidsplanen.

### ***Endring i takster for poliklinisk laboratorievirksomhet***

Helse Sør-Øst RHF er kjent med at Helsedirektoratet i juni 2023 oversendte foreslåtte nye laboratorietakster til Helse- og omsorgsdepartementet. De nye takstene vil kunne gi en reduksjon i finansiering av poliklinisk laboratorieanalyser for offentlige og private laboratorier som utbetales fra Helfo. Helsedirektoratet har forespeilet at en eventuell reduksjon i takstinntektene vil kompenseres med en tilsvarende økning i basisramme til de regionale helseforetakene, slik at endringen samlet sett er budsjettneutryl. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt signaler om at en endring ikke kommer i 2024, men at det kan forventes en videre avklaring i planperioden.

### ***Endring i priser for døgnbehandling innen psykisk helsevern voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i det regionale gjestepasientoppgjøret***

Det er i dag etablert et regionalt gjestepasientoppgjør innen psykisk helsevern voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Prisene defineres med en marginalpris uttrykt som 80 prosent av gjennomsnittskostnad for det enkelte type opphold. I inntektsmodellprosjektet ble det gjort et arbeid med å se på prisene, og analysene indikerte at prisene for døgnbehandling ligger noe under kostnad per opphold slik det er rapportert i SAMDATA. Basert på analysene foreslås at prisen for døgnbehandling innen psykisk

helsevern voksne settes til 13 000 kroner, og prisen for døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling settes til 12 400 kroner (høy sats) og 6 200 kroner (lav sats) fra 2025. Prisene er inkludert påslag for kapital og pensjon.

For polikliniske konsultasjoner foreslås det å legge til et påslag for kapital og pensjon med 9,7 prosent (80 prosent av 12,1 prosent beregnet i prosjektet) på dagens pris i det regionale gjestepasientoppgjøret.

### **Andre spesifikke inntektsrammeforutsetninger per helseforetak**

- Sunnaas sykehus HF:
  - Helse Sør-Øst RHF gjør en årlig vurdering av basisrammen til Sunnaas sykehus HF. Sunnaas sykehus HF har ikke opptaksområdeansvar, men ansvar for kompleks rehabilitering i Helse Sør-Øst. Jf. fagplan for fysikalsk medisin og rehabilitering skal tidlig rehabilitering i sykehus styrkes. Som en planforutsetning foreslås det at det ikke reserveres midler til Sunnaas sykehus i 2025 og framover, men at hele vekstbevillingen tilordnes helseforetakene og de private ideelle sykehusene med opptaksområdeansvar.
- De tre private ideelle sykehusene 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 for 2024, justert for midler til økt aktivitet.

### **Sykehuspartner HF - inntektsrammeforutsetninger**

I tidligere budsjett er Sykehuspartner HF tildelt basisramme til dekning av akkumulerte negative resultater per 31. desember 2018 som følge av infrastrukturmodernisering. Som planforutsetning for økonomisk langtidsplan gjenstår 85 millioner kroner for 2025. Det negative resultatet for 2019 i Sykehuspartner HF er forutsatt dekket inn gjennom økte tjenestepriiser i 2026 og 2027.

I planforutsetningene inngår i tillegg basisramme til finansiering av driftskostnadene i infrastrukturprosjektene i det tidligere programmet for standardisering og infrastrukturmodernisering (STIM,) og driftskostnadene til den regionale IKT-porteføljen som ble overført til Sykehuspartner HF ved virksomhetsoverdragelsen av porteføljestyling fra 1. januar 2024. Dette vises oppsummert i tabell 6. Driftskostnadene i STIM er på styringsrammenivå (P50-estimat).

Basisramme Sykehuspartner HF	F2022	B2023	B2024	Økonomisk langtidsplan 2025-2028			
				2025	2026	2027	2028
Inndekning av opparbeidet underskudd	100	100	85	85			
Virksomhetsoverdragelse inkl. driftskostnader i den regionale porteføljen		38	148	150	160	160	160
Driftskostnader STIM inkl. Windows 10 (fram tom 2023) inntil	295	243	224	201	136	135	100
<b>Sum basisramme</b>	<b>395</b>	<b>382</b>	<b>457</b>	<b>436</b>	<b>296</b>	<b>295</b>	<b>260</b>

Tabell 6 Basisramme til Sykehuspartner HF 2022–2028 i millioner kroner

## 2.7.6 Økonomiske planleggingsrammer i perioden

Tabell 7 viser planforutsetninger for sum faste inntekter per år i perioden, fordelt på helseforetak og private ideelle sykehus med opptaksområde.

Sum faste inntekter	B2024	Økonomiplan 2024-2027					Andel 2024	Andel 2028
		2025	2026	2027	2028			
Akershus universitetssykehus HF	9 988	10 422	10 113	10 286	10 456	12,7 %	12,6 %	
Oslo universitetssykehus HF	16 280	16 324	16 905	17 103	17 199	20,6 %	20,7 %	
Sunnaas sykehus HF	526	529	528	527	526	0,7 %	0,6 %	
Sykehuset i Vestfold HF	4 733	4 844	4 906	4 968	5 030	6,0 %	6,1 %	
Sykehuset Innlandet HF	7 098	7 200	7 267	7 337	7 406	9,0 %	8,9 %	
Sykehuset Telemark HF	3 422	3 509	3 546	3 584	3 621	4,3 %	4,4 %	
Sykehuset Østfold HF	6 129	6 352	6 450	6 548	6 646	7,8 %	8,0 %	
Sykehuspartner HF	457	436	296	295	260	0,6 %	0,3 %	
Sørlandet sykehus HF	6 343	6 497	6 582	6 666	6 751	8,0 %	8,1 %	
Vestre Viken HF	8 651	9 015	9 147	9 282	9 418	11,0 %	11,4 %	
Betanien Hospital	119	121	122	124	125	0,2 %	0,2 %	
Diakonhjemmet Sykehus	1 659	1 792	1 824	1 857	1 891	2,1 %	2,3 %	
Lovisenberg Diakonale Sykehus	1 839	2 053	2 094	2 133	2 174	2,3 %	2,6 %	
Martina Hansens Hospital	235	238	241	244	246	0,3 %	0,3 %	
Revmatismesykehuset	71	72	73	74	74	0,1 %	0,1 %	
Helse Sør-Øst RHF	11 334	10 778	10 956	10 996	11 070	14,4 %	13,4 %	
I alt	78 885	80 182	81 052	82 023	82 893	100,0 %	100,0 %	

Tabell 7 Planleggingsrammer 2025–2028 i millioner 2024-kroner

Endringen i Helse Sør-Øst RHF sin ramme fra 2024 til 2025 skyldes i hovedsak at finansieringsansvaret for alle legemidler til behandling av sjeldne sykdommer legges til helseforetakene fra 2025, og 619 millioner kroner fordeles ut til helseforetakene og de private ideelle sykehusene fra Helse Sør-Øst RHF. Ansvar for somatiske spesialisthelsetjenester for bydel Alna, med tilhørende basisramme, overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF i 2026.

Dette er planleggingsrammer som foreslås lagt til grunn for budsjettprosessen inn mot 2025 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 (2024–2025).

## 2.8 Investeringer og økonomisk handlingsrom

Det er omfattende investeringsplaner i foretaksgruppen. Resultatmålene må nås slik at investeringsprosjekter kan realiseres innenfor de økonomiske rammene som er gitt.

Det må prioriteres mellom investeringsprosjekter ut fra regionale og foretaksspesifikke behov. Den etablerte finansieringsmodellen for investeringer i Helse Sør-Øst 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 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 ved positive resultater i driften. Helseforetakene må bidra med egenfinansiering ved finansiering av regionalt prioriterte investeringsprosjekter i eget helseforetak, også likviditet fra egne positive resultater. 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 planperioden skal *Finansstrategi for Helse Sør-Øst* (sak 118-2023) følges, herunder likviditetsstyringsprinsippene og tillatt omfang av finansiell leasing.

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. Tildeling av regionale midler til investeringsformål gjøres av styret i Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med det enkelte årsbudsjett. Prinsippene for fordeling av likviditet til helseforetakenes lokale investeringsformål er basert på andel av faste inntekter. I planforutsetningene for 2025–2028 foreslås det at nivået på 1 202,0 millioner kroner fra budsjett 2024 videreføres. I tillegg avsettes 200 millioner kroner årlig 2025-2026 av regionens likviditet til lokale investeringsformål for å styrke ekstraordinære vedlikeholdsinvesteringer i helseforetakenes bygningsmasse.

### 2.8.2 Regionalt prioriterte prosjekter i økonomisk langtidsplan

Regionalt prioriterte prosjekter foreslås videreført i tråd med styresak 099-2023 *Økonomisk langtidsplan 2024–2027* og styresak 134-2022 *Regional Utviklingsplan 2040*.

Større utbyggings- og vedlikeholdsprosjekter på over 500 millioner kroner kan delfinansieres ved lån fra Helse- og omsorgsdepartementet. Regionalt prioriterte investeringer omfatter byggeprosjekter over 200 millioner kroner og regionale IKT-satsninger. Helseforetakene ivaretar investeringer i medisinsk-teknisk utstyr, lokale IKT-initiativ og bygningsmessig oppgradering og vedlikehold innenfor tilgjengelig likviditet. I tillegg kan helseforetakene gi innspill på prosjekter for regional prioritering i økonomisk langtidsplan. Helseforetakene skal som en planforutsetning innarbeide prosjekter som planlegges gjennomført, og er regionalt prioritert, se Tabell 8.

For å bidra til økonomisk styring skal helseforetakene vurdere muligheten for at investeringsprosjekter som ennå ikke er vedtatt, kan skyves på. Byggeprosjekter i gjennomføringsfase og prosjekter som er tildelt lånefinansiering over statsbudsjettet, videreføres som planforutsetning.

Kapasitetsbehov vil være førende for framtidige anbefalinger om å videreføre prosjekter. Muligheter for trinnvis utbygging skal utredes i alle byggeprosjekter.

Helseforetak	Prosjektnavn	Planfase	Prosjekteier	Styresak HSØ
Vestre Viken HF	Nytt sykehus i Drammen	Gjennomføringsfase	RHF	sak 008-2023
Oslo universitetssykehus HF	Radiumhospitalet	Gjennomføringsfase	RHF	sak 097-2019
Oslo universitetssykehus HF	Livsvitenskapsbygget	Gjennomføringsfase	Ekstern partner	sak 055-2023
Oslo universitetssykehus HF	Nye Aker og Nye Rikshospitalet	Gjennomføringsfase	RHF	sak 146-2022
Oslo universitetssykehus HF	Ny sikkerhetspsykiatri	Gjennomføringsfase	RHF	sak 069-2023
Oslo universitetssykehus HF	Vedlikeholdsinvesteringer knyttet til lukking av tilsynsavvik	Gjennomføringsfase	HF	sak 045-2015
Oslo universitetssykehus HF	Nye Aker og Nye Rikshospitalet etappe 2	Ikke påbegynt prosjektinnramming	RHF	sak 114-2018
Sykehuset Telemark HF	Utbygging somatikk Skien	Forprosjektfase	HF	sak 132-2020
Akershus universitetssykehus HF	Samling av sykehusbasert psykisk helsevern	Gjennomføringsfase	HF	sak 045-2023
Akershus universitetssykehus HF	Kreft- og somatikkbygg	Konseptfase	HF	sak 120-2021
Sørlandet sykehus HF	Akuttbygg Kristiansand	Konseptfase	HF	sak 134-2023
Sunnaas sykehus HF	Byggetrinn 3	Konseptfase	HF	sak 117-2021
Sykehuset Innlandet HF	Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF	Konseptfase	RHF	sak 102-2022
Sykehuset Østfold HF	Stråle- og somatikkbygg Kalnes	Konseptfase	HF	sak 017-2023

Tabell 8 Byggeprosjekter aktuelle for økonomisk langtidsplan 2025-2028

I tillegg til dette tas det høyde for investeringer i bygninger Helse Sør-Øst RHF eier og som disponeres av Diakonhjemmet sykehus AS.

Helse Sør-Øst RHF har innhentet oppdaterte vurderinger av framtidig utvikling i byggekostnader fra Prognosesenteret. Prognosesenteret forventer at veksten i byggekostnadene vil ligge under trend i årene 2024-2026. Prognosesenteret anslår en vekst i byggekostnadsindeksen på 0,6 prosent for 2024, 1,8 prosent for 2025 og 2,7 prosent for 2026, målt som endringen i prisnivået desember til desember.

Basert på Statistisk sentralbyrås (SSB) konjunkturtrendens fra desember 2023, forventes det at deflator i statsbudsjettet for 2025 vil overstige prisveksten i byggekostnadene. Prognosesenterets analyse innebærer at deflator de neste tre årene kan overstige veksten i byggekostnadsindeksen med om lag seks prosent samlet for perioden 2024-2026.

- I helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan 2025-2028 skal relevante investeringskostnader i 2024-kroner realprisjusteres. Dette gjelder for regionalt prioriterte prosjekter, og i den grad det er aktuelt kan det også gjøres av helseforetakene for lokalt finansierte prosjekter. Helse Sør-Øst RHF vil kunne bistå helseforetakene med informasjon for å gjøre beregningene.

For IKT-området legges følgende til grunn:

- Sykehuspartner HF: Videreføring av prosjektene fra det tidligere IKT-infrastrukturmoderniseringsprogrammet i Helse Sør-Øst (STIM), jf. styresak 048-2018, styresak 077-2017 og styresak 058-2017, samt tertialvis rapportering jf. blant annet styresak 143-2023 *Status og rapportering andre tertial 2023 for programmet STIM og Windows 10-prosjektet, Sykehuspartner HF*.
- 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 133-2023 *Status og rapport regionale IKT-prosjekter 2. tertial 2023*.

Prioritering og gjennomføring av prosjektene avhenger av framdriften i andre prosjekter og resultatutviklingen, og foretaksgruppen vil tilpasse investeringsporteføljen til det økonomiske handlingsrommet.

Økonomisk langtidsplan skal ta høyde for gjennomføring av nødvendige investeringer i stråleterapi. Det 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 av kreft- og somatikkbygg for Akershus universitetssykehus HF og stråle- og somatikkbygg ved Sykehuset Østfold HF. Rapporten *Oppdatert regional vurdering fra OUS HF, Oppfølging av stråleterapikapasiteten i HSØ*, (februar 2024) redegjør for oppdatert framskriving til 2040, og gir en vurdering av kapasitets- og utbyggingsbehovet i regionen, som legges til grunn som dimensjonerende kapasitet for nye strålesentre. De nye stråleterapisentrene planlegges tatt i bruk før Ullevål sykehus fraflyttes, for å ivareta den samlede regionale kapasiteten. Det skal tilrettelegges for standardisering av stråleterapi, med hensyn prosjektgjennomføring, samt driftsmodell inklusive bemanning, utstyr, IKT og layout.

Som del av konseptfasen for byggeprosjektene skal de økonomiske effektene for den regionale IKT-prosjektporteføljen og for investeringer i IKT-infrastruktur, vurderes. Vurderingen må belyse hvordan hvert enkelt byggeprosjekt eventuelt utløser teknologikostnader. Dette gjelder innenfor byggeprosjektets egen styringsramme, og for regionens IKT-satsning i Sykehuspartner HF. Videre må eventuelle mottaksprosjekter og behov for lokale løsninger som følge av driftskonsepter mv., identifiseres og 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 2025–2028 vil eventuelle nye regionale prioriteringer av investeringsprosjekter vurderes og tilpasses økonomisk handlingsrom.

Gjennomføring av store prosjekter medfører risiko for det enkelte helseforetak og for foretaksgruppen. Helseforetaket skal eie egne sykehusbygg, og må dekke kapitalkostnader (renter og avskrivninger) på lik linje med øvrige kostnader. På samme måte som det regionale helseforetaket som prosjekteier, må helseforetaket som skal motta bygget, ta høyde for finansieringsrisiko inntil kostnadsrammen (P85-estimat). Styringsrammen (P50-estimat) ligger til grunn for gjennomføringen av prosjektet, men det skal samtidig legges til grunn at ethvert prosjekt skal kunne gjennomføres også innenfor kostnadsrammen (P85-



estimat). Elementer i prosjektutredningen belyser finansieringsrisikoen:

- Sensitivitetsberegninger i utredningene viser risiko for enkeltelementer i økonomisk bæreevne, og dermed mulige krav til ytterligere gevinstuttak
- Prosjektene har kuttliste i gjennomføring. Likeledes må helseforetaket ha gevinstplaner som kan utvides og revideres. Det er krav til at gevinstplanene revideres årlig.
- Usikkerhetsanalyser på byggekostnadene gjennomføres, og tar hensyn til prosjektintern risiko. Kostnadsøkninger som følge av eksogene sjokk, som f.eks. pandemi eller krig, er ikke inkludert i usikkerhetsanalysen.

Det er også muligheter for å håndtere endringer utover kostnadsrammen og utfordringer etter ferdigstilling av prosjektet:

- Dersom byggekostnadene øker utover kostnadsrammen, og det kan påvises med rimelig sannsynlighet at dette skyldes eksogene sjokk, vil det regionale helseforetaket kunne bidra med planmessig inntektsstøtte. Nivået anslås i forbindelse med økonomisk langtidsplan, oppdateres i lys av utviklingen i prosjektet, og vedtas i årlige budsjetter.
- I henhold til allerede etablerte prinsipper, kan Helse Sør-Øst RHF bidra med ekstraordinær inntektsstøtte ved bristende forutsetninger for gevinstuttak/kostnadstilpasning i det enkelte budsjettår. Dette kan være aktuelt i forbindelse med ferdigstilling av nye bygg, slik som det ble gjort for Sykehuset Østfold HF i forbindelse med prosjektet på Kalnes.

### 2.8.3 Gevinstrealisering i store byggeprosjekter

Helseforetakene skal i forbindelse med årlig rullering av økonomisk langtidsplan oppdatere prosjektenes gevinstrealiseringsplaner. Gevinstrealiseringen følges deretter opp i årsbudsjetter og tertialvis foretaksrapportering.

En sentral del av gevinstrealiseringen er effekter på bemanningen i helseforetaket. I planperioden skal helseforetaket se til at effektene fra byggeprosjektene er avstemt med bemanningsplanen totalt sett.

## 2.9 Medisinsk-teknisk utstyr

I økonomisk langtidsplan 2024–2027 viste innspillene fra helseforetakene at det var planlagt med et investeringsnivå til medisinsk-teknisk utstyr på 6,6 milliarder kroner samlet i perioden 2024–2027. Tabell 8 viser investeringer i perioden 2018–2023.

Investeringer i MTU Helse Sør-Øst	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Millioner kroner	984	930	1 167	1 191	1 123	1 278

Tabell 9 Investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i regionen i millioner kroner

For perioden 2025–2028 skal helseforetakene bruke 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 eiendom

Det overordnede målet for eiendomsvirksomheten er at eiendommene skal støtte opp om strategiske mål og utvikling i Helse Sør-Øst, der eiendommene og eiendomsvirksomheten skal være virkemidler for å understøtte pasientbehandlingen. Som vist i styresak 080-2018 *Delstrategi for Eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst* gis det krav til helseforetakene. Dette gir føringer til helseforetakene for fem perspektiver:

### 2.10.1 Tilstandsbasert vedlikehold

Regimer for behovsvurdering og prioritering av vedlikehold av bygningsmassen må være etablert. Dette gjelder i arbeidet med årlig vedlikeholdsplanlegging og budsjettprosess, økonomisk langtidsplan og i løpende økonomiske disposisjoner. Grunnlaget for å prioritere større vedlikeholdsarbeider må inneholde vurderinger av bygningens tilstand og funksjonalitet.

Helseforetakene skal etablere langsiktige drifts- og vedlikeholdsplaner basert på tilstand og livssyklus kostnader per bygg, samt krav til teknisk minimumstilstand.

Tilstanden til byggene skal registreres i henhold til Norsk Standard for Tilstandsanalyse av byggverk (NS3424) i 2024, og hvert fjerde år. Tilstandsanalysen er grunnlag for vedlikeholdsplanene, som skal føre til en forpliktende oppgradering av bygningsmassen til en tilstand som er tilstrekkelig god for gjeldende og planlagt bruk. Helseforetakene etablerte i 2022 tilstandsbaserte 10-års vedlikeholdsplaner for tilstandsgrad 2 (TG2) og 5-års vedlikeholdsplaner tilstandsgrad 3 (TG3) i henhold til Norsk Standard for Tilstandsanalyse av byggverk (NS3424). Vedlikeholdsplanene videreføres som forutsetning for planperioden.

I gjennomsnitt bør ordinært vedlikehold ligge på minimum 350 kroner per kvadratmeter for hele bygningsmassen, indeksregulert gjennom planperioden. I tillegg må det settes av midler til ekstraordinært vedlikehold utover avsatte midler på regionalt nivå. Der et normbasert vedlikehold ikke er tilstrekkelig, må det etableres forslag til investeringsprosjekter tilpasset utviklingsplanen.

For å styrke ekstraordinære vedlikeholdsinvesteringer blir det avsatt 200 millioner kroner årlig av regionens likviditet til lokale investeringsformål i årene 2025-2026. Det endelige

nivået på tildelingen fastsettes i den årlige budsjettprosessen. De ekstraordinære vedlikeholdsmidlene skal brukes til investeringstiltak etter intensjon i styresak 068-2022 *Økonomisk langtidsplan 2023- 2026* samt sak 129-2022 *Budsjett 2023 – fordeling av midler til drift og investeringer*. Helseforetakene skal minst videreføre vedlikeholds nivået i planperioden sammenlignet med forrige økonomiske langtidsplan.

### **2.10.2 Arealeffektivisering**

Helseforetakene i Helse Sør-Øst har innført en kostnadsdekkende husleieordning i 2023 etter retningslinjene fra styresak 055-2022 *Innføring av internhusleie i Helse Sør-Øst*. Helseforetakene skal innarbeide effekter fra internhusleiemodellen i planperioden.

### **2.10.3 Prosjekteierstyring og standardisering**

Helseforetakene skal arbeide med å forbedre prosjektstyringen for større investeringsprosjekter. Prosjekteiere av byggeprosjekt i Helse Sør-Øst skal bidra til effektivisering av prosjekterings- og byggeprosesser ved økt standardisering og industrialisering. Det skal etableres gode rutiner for implementeringsfasen. Krav om evaluering av alle prosjekter skal også inkludere implementeringsfasen, for å muliggjøre erfaringsoverføring mellom ulike prosjekter, helseforetak og helseregioner.

### **2.10.4 Digitalisering**

Det må i planperioden legges til rette for å ta i bruk digitale eiendomsadministrative og driftstekniske systemer, og at effekten av nye vedlikeholdstiltak tydeliggjøres i økonomisk langtidsplan.

### **2.10.5 Miljø- og samfunnsansvar**

Eierskapsmeldingen *Statens direkte eierskap i selskaper, bærekraftig verdiskaping* (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 Eierskapsmeldingen viser til at det må på plass tiltak for å redusere energibruken. Spesialisthelsetjenestenes mål er 20 prosent reduksjon i energiforbruk og 40 prosent reduksjon av CO<sub>2</sub> ekvivalenter innen 2030, målt fra 2019. Helseforetakene må utarbeide handlingsplaner for å støtte opp under disse målene.

## **2.11 IKT-området**

I *Regional utviklingsplan 2040* for Helse Sør-Øst framheves viktigheten av teknologi for å lykkes med flere av de seks satsingsområdene. Særlig framheves dette i satsingsområdet "Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi".

Helseforetakene skal prioritere innføring av nasjonale digitale samhandlingsløsninger og gi helsepersonell tilgang til gode arbeidsverktøy som bidrar til en mer effektiv og trygg arbeidsdag og styrket pasientsikkerhet.

Regional delstrategi for teknologiområdet, (styresak 132-2023) har identifisert følgende syv innsatsområder:

- Pasienter behandles og følges opp hjemme når det gir effektiv ressursbruk, god kvalitet og økt egenmestring.
- Kunstig intelligens, beslutningsstøtte og persontilpasset medisin skal gi arbeidsbesparende effekter, i tillegg til mer presise og likeverdige helsetjenester.
- Nødvendig og relevant pasientinformasjon skal være tilgjengelig for pasienter og helsepersonell på tvers av helsetjenesten.
- Brukervennlig teknologi skal gi effektive arbeidsprosesser og forenkle hverdagen for helsepersonell.
- Økt datafangst og bruk av informasjon for å forbedre pasientbehandlingen, sykehusdriften og grunnlaget for forskning.
- Økt grad av brukerdrevne utviklingsmetoder skal gi raskere endringer og gode brukeropplevelser.
- Moderne og kostnadseffektive felles IKT-tjenester som også gir økt endringsevne.

For å lykkes med de nasjonale og regionale ambisjonene, kreves det fortsatt store investeringer i IKT-infrastruktur, digitale løsninger for pasient og helsepersonell og i medisinsk teknisk utstyr. Det er særdeles viktig å prioritere teknologi som bidrar til en enklere og mer effektiv hverdag for vårt helsepersonell gitt den utfordringen spesialisthelsetjenesten står i når det gjelder tilgang til helsepersonell de kommende årene og den demografiske utviklingen. Tabell 10 oppsummerer investeringene på IKT-området slik de er lagt til grunn for tjenestepriene fra Sykehuspartner HF til helseforetakene i økonomisk langtidsplan.

IKT-området investering Millioner kroner	F2022	F2023	B2024	ØLP24-27	Økonomisk langtidsplan 2025-2028			
				ØLP2025	2025	2026	2027	2028
Regionale kjernesystemer	666	736	733	550	550	540	540	540
Forvaltning av regionale løsninger	79	126	172	190	190	190	190	190
Reduksjon ØLP 2024-2027 og periodisering 2024					-100	-150	-150	-100
<b>Sum regional IKT</b>	<b>745</b>	<b>862</b>	<b>905</b>	<b>740</b>	<b>640</b>	<b>580</b>	<b>580</b>	<b>630</b>
Sykehuspartner HF	571	542	562	566	482	482	519	492
Infrastruktur/tidl. STIM	273	377	437	333	315	405	296	283
Lokale IKT-investeringer, Sykehuspartner HF	123	115	117	80	215	225	280	370
<b>Sum Sykehuspartner HF</b>	<b>967</b>	<b>1 034</b>	<b>1 116</b>	<b>979</b>	<b>1 012</b>	<b>1 112</b>	<b>1 095</b>	<b>1 145</b>
Lokale IKT-investeringer, helseforetakene	88	152	26	25	25	25	25	25
<b>Delsum før ikke-byggnær IKT</b>	<b>1 831</b>	<b>2 048</b>	<b>2 047</b>	<b>1 744</b>	<b>1 677</b>	<b>1 717</b>	<b>1 700</b>	<b>1 800</b>
<b>Ikke-byggnær IKT</b>	<b>101</b>	<b>215</b>	<b>408</b>	<b>648</b>	<b>582</b>	<b>325</b>	<b>213</b>	<b>421</b>
<b>Sum IKT-investeringer</b>	<b>1 932</b>	<b>2 263</b>	<b>2 455</b>	<b>2 392</b>	<b>2 259</b>	<b>2 042</b>	<b>1 913</b>	<b>2 221</b>

Tabell 10 Investeringer i IKT-området

Det er tatt hensyn til nedjustering av investeringsnivået på IKT-området i tråd med økonomisk langtidsplan 2024-2027 med 200 millioner kroner årlig fra og med 2025. Det er forutsatt at dette skal gjelde til og med 2033. Styrkingen av investeringene i den regionale porteføljen i budsjettet for 2024 med 100 millioner kroner, finansiert ved reduksjon for årene 2026 og 2027 med 50 millioner kroner på hvert år, er også innarbeidet jamfør omtale i sak 131-2023. Årlig totalt investeringsnivå til IKT foruten ikke-byggnær IKT vil etter dette utgjøre mellom 1,7 og 1,8 milliarder kroner i økonomisk langtidsplan 2025-2028.

Helseforetakene må i sin planlegging ta høyde for gjennomføring av lokale mottaksprosjekter som følger av de regionale initiativene. Det legges opp til at en økende andel av investeringsmidlene i planperioden skal gå til videreutvikling av eksisterende løsninger som følger av at flere regionale løsninger settes i drift.

## 2.12 Sykehuspartner HF

Sykehuspartner HF leverer ikke-medisinske fellestjenester for helseforetakene, herunder IKT-tjenester og lønn- og personaladministrative tjenester. I tillegg har Sykehuspartner HF ansvaret for IKT-infrastrukturen i Helse Sør-Øst og den regionale IKT prosjektporteføljen. Tjenestene omfatter drift og forvaltning av systemløsningene samt sikker, stabil og effektiv drift. I tillegg gjelder følgende hovedprioriteringer for Sykehuspartner HF's virksomhet i 2024:

1. Bidra til å realisere regional delstrategi for teknologiområdet
2. Forbedre egen leveranseevne og realisere stordriftsfordeler
3. Ivareta regional IKT-porteføljestyring

Videre skal Sykehuspartner HF kontinuerlig identifisere områder for effektivisering av egen virksomhet. Dette må forsterkes i tiden som kommer. Det må jobbes kontinuerlig med å effektivisere forvaltningen for å frigjøre kapasitet.

### 2.12.1 Utarbeidelse av tjenestepris

Sykehuspartner HF finansieres i all hovedsak gjennom tjenesteprising. Tjenesteprismodellen skal understøtte Sykehuspartner HF sin rolle som felles tjenesteleverandør og gi insentiver for standardisering, sanering og raskere innføring av regionale løsninger. Sykehuspartner HF skal etterstrebe en kostnadseffektiv drift og forvaltning og sørge for tilstrekkelig transparens og sporbarhet i et underliggende tjenesteregnskap.

Eventuelle endringer i tjenesteprismodellen skal skje etter avtale med Helse Sør-Øst RHF. I 2025 har inntektsfordelingsnøkkel erstattet tidligere basisfordelingsnøkkel i sin helhet ved prising av infrastruktur.

Tjenesteprisene for perioden ligger over forrige økonomisk langtidsplan selv når denne er pris- og lønnsjustert. For å levere på krav må Sykehuspartner HF prioritere leveranser i samarbeid med eier og helseforetakene, og arbeidet med standardisering og sanering må videreføres og forsterkes. Tjenesteprisen er økende utover planperioden, hovedsakelig fordi nye løsninger blir innført for å dekke behovene i foretaksgruppen. Behovet for nye og forbedrede digitale løsninger i helseforetakene er økende, og skal understøtte gevinstuttak og omstilling. Samtidig stilles det økte krav til informasjonssikkerhet i alle ledd, basert på trusselbildet i omgivelsene. Dette medfører blant annet volumøkning innen drift og lagring samt et økende behov for forvaltning av tjenester og gjennomføring av oppgraderinger.

Hovedutfordringen i budsjett 2024 og i økonomisk langtidsplan er de økte kostnadene til lisenser, service og avtalekostnader, men også bemanningsvekst bidrar til et økende kostnadsnivå. Arbeidet med standardisering og sanering må forsterkes. Det er innarbeidet

kostnadsreduksjoner på avtalekostnader på 285 millioner kroner som det ikke er identifisert tiltak for. Dette innebærer en vesentlig risiko.

Sammenlignet med forrige økonomiske langtidsplan øker avskrivninger fra og med 2026. Dette betyr at løsninger tas i bruk, hvilket understøtter gevinstuttak ved helseforetakene. Veksten er knyttet til følgende porteføljer: infrastruktur (tidligere STIM), IKT systemer overført fra regional IKT og ikke-byggnær IKT i nye sykehusbygg. Tabell 10 viser utviklingen i tjenestepriisnivå i form av driftsinntekter til Sykehuspartner HF og endringer fra forrige økonomiske langtidsplan og budsjett 2024.

Driftsinntekter (tjenestepriis) ekskl. konsulentinntekter og basisramme (2024-kroner)	B2024	2025	2026	2027	2028
ØLP 2024-2027 (i)	5 025	5 217	5 501	5 741	
ØLP 2025-2028	5 145	5 388	5 842	6 128	6 488
<b>Økning sammenlignet med ØLP 2024-2027 (i)</b>	<b>120</b>	<b>171</b>	<b>341</b>	<b>387</b>	<b>IA</b>
Økning i prosent ift. ØLP 2024-2027 (i)	2,4 %	3,3 %	6,2 %	6,7 %	
<b>Økning per år sammenlignet med B2024 (MNOK)</b>		243	697	983	1 343
Økning i prosent ift. B2024 per år		4,7 %	13,5 %	19,1 %	26,1 %

Tabell 10 Utvikling i tjenestepriiser (millioner kroner)

Sykehuspartner HF har basert sine tjenestepriisestimater på et omfang av lokale IKT-investeringer på mellom 215 og 370 millioner kroner, se Tabell 9. Dette nivået er høyere enn forrige økonomiske langtidsplan som la opp til et nivå rundt 80 millioner kroner. Lokale IKT-investeringer finansieres av helseforetakene ved at det ytes lån til Sykehuspartner HF. Gjennomføring av lokale initiativ må også tilpasses tilgjengelige ressurser i Sykehuspartner HF.

### 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 prioriteringer 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 2040*, som styret ga sin tilslutning til i styresak 134-2022. 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.

For å møte det framtidige behovet for spesialisthelsetjenester i regionen og redusere ventetidene er det nødvendig å øke aktivitetsnivået. I tråd med oppdragsdokumentet for Helse Sør-Øst RHF i 2024 legger administrerende direktør til grunn at det skal planlegges for en årlig vekst innen døgnkapasitet og døgnaktivitet i psykisk helsevern. Det skal videre planlegges for en årlig vekst i den polikliniske aktiviteten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og at det skal være en årlig vekst i kostnadene i

psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som er større enn veksten i den frie driftsbevillingen.

Administrerende direktør mener det fortsatt er viktig å arbeide for at tilgjengelighet til tjenestene bedres. I tillegg skal bedring i kvalitet og pasientsikkerhet prioriteres, herunder skal uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester reduseres ved bruk av tilgjengelige data inklusive fra kvalitetsregistre og helseatlas og ikke minst videre utvikling av vår regionale data- og analyseplattform RDAP med tilhørende dashboards. Helseforetakene skal legge til rette for flere kliniske behandlingsstudier og økt pasientdeltakelse i slike studier.

Innenfor bemanningsområdet må helseforetakene ha riktig bemanningsnivå og bemanningssammensetning. Det skal regelmessig gjennomføres analyser av framtidig bemannings- og kompetansebehov. Analysene skal følges opp av tiltak som sørger for at kompetansen er i samsvar med helseforetakenes behov og styrking av arbeidet med riktig og god bruk av personell og kompetanse med basis i forsvarlighetskravet. Helseforetakene og de private ideelle sykehusene skal legge vekt på å være attraktive arbeidsgivere og å løse sitt bemanningsbehov gjennom fast ansatte. Helseforetakene må gjøre en grundig vurdering av sammenhengen i kostnadene til bemanning og effekter av nye bygg, nye IKT-løsninger og endret oppgavesammensetning i planperioden.

Det skal legges særlig vekt på å redusere bruken av innleie.

Ved inngangen til planperioden skal antallet utdanningsstillinger for sykepleiere og antallet lærlinger være økt i henhold til kravet i *Oppdrag og bestilling for 2024*. Dette nivået må opprettholdes eller øker ytterligere i planperioden.

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, arbeidsmiljø 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 350 kroner/kvm per år for hele bygningsmassen. For å styrke satsingen videreføres tildelingen av regionale midler til ekstraordinære investeringer knyttet til vedlikehold i årene 2025-2026. Helseforetakene skal minst videreføre vedlikeholdsnivået i planperioden sammenlignet med forrige økonomiske langtidsplan.

Regjeringen har varslet at den vil legge fram Nasjonal helse- og samhandlingsplan 1. mars 2024. Stortingsmeldingen vil omfatte mange tema som vil være førende for planene helseregionene og helseforetakene skal legge framover. Regjeringen har varslet at den i meldingen vil foreslå tre vesentlige endringer i finansieringsmodellen for spesialisthelsetjenesten. Forslagene om endret finansiering av demografisk betinget aktivitetsvekst, endring tilbake til rentemodell som var gjeldende fram til 2018, og redusert egenkapitalkrav for lånefinansierte investeringsprosjekter legges til grunn i planforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2025-2028.

For å kunne opprettholde verdiene i eiendom, teknologi og utstyr over tid er målet å oppnå en resultatgrad på 2,5 prosent over tid. De siste fem årene er det kun i 2020 at dette målet har vært oppnådd. Budsjettprosessen for 2024 viser at det er behov for å videreføre omstillingstiltak og effektivisering i driften av helseforetakene.

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 som framkommer i denne saken, til grunn for sin planlegging. Sykehuset Innlandet HF har vesentlige omfordelingseffekter som følge av oppdatering av inntektsmodellen, og anbefales tildelt inntektsstøtte allerede som en planforutsetning. Det er videre vesentlig at det dokumenteres og tallfestes hvilke tiltak som er planlagt gjennomført for at de budsjetterte resultatene kan realiseres. Administrerende direktør forutsetter at dette arbeidet skjer i nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.

Foretaksgruppen har betydelige investeringsplaner i og etter økonomiplanperioden, og det er nødvendig å opprettholde og videreføre resultat- og investeringsbuffer i økonomisk langtidsplan 2025–2028 for å håndtere risiko.

Administrerende direktør anbefaler at styret legger til grunn at prosjekter i gjennomføringsfase og prosjekter som er tildelt lånefinansiering over statsbudsjettet, videreføres som planforutsetning.

For å bidra til økonomisk kontroll skal helseforetakene vurdere muligheten for at investeringsprosjekter som ennå ikke er vedtatt, skyves på. Kapasitetsbehov vil være førende for styrets framtidige beslutninger om å videreføre prosjekter. Prosjekter som kan bygges ut trinnvis, skal vurderes for slik framdrift i helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan. Videre anbefaler administrerende direktør at styret ved store nybyggprosjekter påpeker viktigheten av grundig, involverende og forpliktende arbeid med gevinstrealiseringsplaner og konkretisering av tiltak for tilpasning av kostnadsnivået i forkant av innflytting.

Administrerende direktør anbefaler at styret slutter seg til at det planlagte investeringsnivået for IKT i planperioden, og at styret forutsetter at det gjøres prioriteringer i den samlede porteføljen som sørger for akseptabelt risikonivå. Samtidig må helseforetakene få tid til å gradvis tilpasse seg til kostnadsnivået og til å bedre utnyttelsen av nye systemer. I en økonomisk krevende situasjon anbefales det en presisering av at nye systemer skal bidra til en mer effektiv hverdag for medarbeiderne. Arbeidet med nytte- og gevinstrealisering, standardisering og sanering av IKT-løsninger i regionen må videreføres og forsterkes.

Administrerende direktør inviterer styret til å vedta framsatte forslag til vedtak.

Trykte vedlegg:

- Ingen

Utrykte vedlegg:

- Ingen